



Horst Harych und Peter Harych

**ARBEITSLOSIGKEIT
UND GESUNDHEITLICHE FOLGEN
IN OSTDEUTSCHLAND**

ROSA-LUXEMBURG-VEREIN 1997

Horst Harych und Peter Harych

**ARBEITSLOSIGKEIT UND GESUNDHEITLICHE
FOLGEN IN OSTDEUTSCHLAND – EINE STUDIE
IM FREISTAAT SACHSEN**

**Ergebnisse ärztlicher Untersuchungen
und Befragungen in den Jahren 1993 und 1994**

ROSA-LUXEMBURG-VEREIN 1997

TEXTE ZUR POLITISCHEN BILDUNG

Im Auftrag des Rosa-Luxemburg-Vereins herausgegeben
von Lutz Höll und Manfred Neuhaus

Heft 23

ISBN 3-932725-14-X

© ROSA-LUXEMBURG-VEREIN e. V. 1997
Sternwartenstr. 31
D-04103 Leipzig

Redaktion und Satz: Lutz Höll
Titelfoto: »Schnappschuß aus Chemnitz« (»Junge
Welt« vom 24./25. Februar 1996)
Korrektur: Ursula Albert
Herstellung: GNN Verlag Sachsen GmbH
Badeweg 1, D-04435 Schkeuditz

Inhalt

*Horst Harych/Peter Harych: Arbeitslosigkeit und gesundheitliche Folgen
in Ostdeutschland – Eine Studie im Freistaat Sachsen*

*Ergebnisse ärztlicher Untersuchungen und Befragungen in den Jahren
1993 und 1994*

Danksagung	5
Vorbemerkung	7
Zeit, Ort und Personen der Untersuchung	9
Berufstätigkeit und Sorgen um den Arbeitsplatz	10
Zufriedenheit der Berufstätigen mit ihrem Arbeitsplatz	11
Dequalifizierungsprozesse	14
Anforderungen in einem neuen Tätigkeitsfeld	15
Stand des Partners im Berufsleben	17
Quellen des Lebensunterhaltes	17
Arbeitslosigkeit im Berufslebenslauf	19
Wertehierarchie	19
Mögliche Arbeitslosigkeit und erwartete Auswirkungen	24
Mögliche Arbeitslosigkeit und Einschätzung der Chancen auf neue Arbeit	26
Langzeitarbeitslosigkeit	26
Arbeitslosigkeit und Familienklima	27
Das Verhalten von Vorgesetzten aus der Sicht der Arbeitnehmer	29
Belastende soziale Verhältnisse	30
Freizeitgestaltung	32
Gesundheitszustand	33
Hoffnungen auf einen Arbeitsplatz und subjektiver Gesundheitszustand	36
Zum Zusammenhang von sozialen Belastungen und Gesundheitszustand	37
Ausmaß subjektiver gesundheitlicher Beschwerden	38
Intensität gesundheitlicher Beschwerden im zeitlichen Verlauf	39

Zum Bestand (Prävalenz) chronischer Erkrankungen	40
Verschlechterung des Gesundheitszustandes 1992 zu 1993	44
Verschlechterungen der Gesundheit bei Langzeitarbeitslosen	46
Veränderungen im subjektiven Gesundheitszustand	47
Veränderungen bei subjektiven Beschwerden	49
Objektive Gesundheitsstörungen	50
Chronische Krankheiten nach ärztlichem Urteil	52
Verschlechterung des Gesundheitszustandes 1993 zu 1994	54
Alkoholkonsum	55
Tabakkonsum	56
Veränderungen des Blutdrucks	57
Zusammenfassende und erweiterte Ergebnisdarstellung	58
Ansätze (Schlußfolgerungen) und mögliche Bewältigungsstrategien (Coping)	67
Über die Autoren dieses Heftes	75
Lieferbare Veröffentlichungen des Rosa-Luxemburg-Vereins e. V.	76

Die life-test Forschung dankt den Fachärzten für Allgemeinmedizin für ihr wissenschaftliches Engagement und aufwendige klinische und soziologische Arbeit:

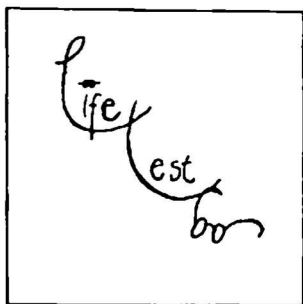
Dipl. Med. Christina Brandt, Burgstädt
Dipl. Med. Marion Hildebrandt, Kamenz
Dipl. Med. Tobias Kögel, Dresden
Dipl. Med. Beate Maaz, Arnsdorf
Dipl. Med. Marianne Patzig, Annaberg-Buchholz
Dr. med. Stefan Peter, Freiberg
Dipl. Med. Wilfried Seeland, Chemnitz
Dipl. Med. Angela Stibenz, Hartmannsdorf
Dr. med. Gert Sudau, Erlau
Dipl. Med. Helmut Ullrich, Callenberg

sowie Herrn Dr. med. habil. Walter Hubrich, Dresden, für seine Mitwirkung an den umfangreichen Literaturrecherchen.

Die life-test Forschung dankt auch den evaluativ aktiven und helfend kritischen Mitgliedern des die Forschung begleitenden wissenschaftlichen Beirates:

Dr. Erika Mezger, Düsseldorf
Dipl. Phil. Sabine Aßmann, Dresden
Christian Brinkmann, Nürnberg
Klaus Bürger, Bischofswerda
Dr. Jörg Eckhardt, Leipzig
Gabriele Finsterbusch, Dresden
Heide Göpel, Dresden
Dr. med. Alexandra Hildebrandt, Chemnitz
Dr. Siegfried Keusch, Dresden
Norbert Möller-Lücking, Düsseldorf
Dr. Karl Schollberg, Dresden





Vorbemerkung

Die Hans-Böckler-Stiftung und die Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) in Sachsen haben in den Jahren 1993 und 1994 wissenschaftliche Untersuchungen zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheitszustand gefördert. Ausgeführt wurden diese Studien von der life-test Forschung zu Lebensweise und Gesundheit Dresden, einer gemeinnützigen Gesellschaft.

Der gesellschaftliche Wandel in Ostdeutschland ist insbesondere durch massenhaft auftretende Arbeitslosigkeit geprägt. Die jetzt im Arbeitsleben stehende Population in Ostdeutschland hatte keine geschichtlichen Erfahrungen mit dem Problem Arbeitslosigkeit. Zu erwarten war, daß Arbeitslosigkeit zunächst unterschätzt würde, später dann kein Konzept verfügbar war, mit diesem Problem umzugehen, es zu bewältigen.

Es gibt in der internationalen Literatur ein Fülle von Hinweisen, von Beweisen, daß Arbeitslosigkeit nach einer kurzfristigen Entlastungsphase zu Gesundheitsstörungen führt, die um so stärker sind, je länger die Arbeitslosigkeit anhält. In Ostdeutschland waren nicht nur die Umstellungen auf ein neues gesellschaftliches System zu bewältigen, hier mußte die tief ins persönliche Dasein eingreifende Arbeitslosigkeit, begleitet von kaum erlebten Existenzängsten, zusätzlich getragen werden. Um so stärker waren Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Betroffenen zu erwarten.

Schon bei der Aufbereitung der relevanten Literatur fielen einige Quellen auf, die über erhebliche gesundheitliche Auswirkungen berichteten, wenn Arbeitnehmer erfuhren, daß sich ihr Betrieb nicht auf Dauer würde halten können, irgendwann also Arbeitslosigkeit eintreten würde. Diese Situation war im »Großraumversuch« auch in Ostdeutschland gegeben. Viele Betriebe waren für eine »Abwicklung« vorgesehen, andere zur ungewissen Privatisierung. Es wurden aus diesem Grund in dieser Untersuchung die

Erwerbstätigen statistisch getrennt nach Berufstätigen, die ohne Sorgen um ihren Arbeitsplatz waren, und denen, die »in Sorge« lebten.

Es kann davon ausgegangen werden, daß ein breites öffentliches Interesse an den Ergebnissen und Schlußfolgerungen dieser vorliegenden Untersuchung besteht. Während der sehr detaillierte Forschungsbericht selbst den wissenschaftlich Interessierten auf anderem Wege zur Verfügung gestellt werden wird, soll diese erheblich gekürzte Fassung das allgemeine Interesse befriedigen. Wir werden uns also auf die Wiedergabe gesicherter Erkenntnisse und Schlußfolgerungen, die in der täglichen Arbeit der politisch Verantwortlichen, der Verwaltung, der Arbeitsämter, der Beratungsstellen, der Selbsthilfegruppen u. v. a. m. von Bedeutung sein könnten.

life-test Forschung
zu Lebensweise und Gesundheit gGmbH
Grunaer Straße 26
01069 Dresden

Zeit, Ort und Personen der Untersuchung

Es wurden in zufälliger Auswahl 1.628 Personen (1/3 Männer, 2/3 Frauen) von allgemeinmedizinisch tätigen Ärzten untersucht und schriftlich befragt. Tätig waren die beteiligten Ärzte in städtischen und ländlichen Bereichen der Regierungsbezirke Dresden und Chemnitz des Freistaates Sachsen. Untersucht und befragt wurde jeweils im ersten Halbjahr der Jahre 1993 und 1994. Durch den Ausfall von drei Ärzten waren im Jahre 1994 noch 1.215 Probanden in der Stichprobe vorhanden. Obwohl die Teilnahme freiwillig war, gab es nur einzelne Verweigerungen.

Mittels Fragebogen und ärztlicher Untersuchung wurden erfaßt:

- die soziale Lage des Befragten (Verhältnisse),
- die subjektive Widerspiegelung der Verhältnisse,
- die Umstände der Arbeitsmarktsituation, bezogen auf die Lage des Probanden,
- der subjektive Gesundheitszustand des Befragten und dessen Veränderungen,
- der objektive Gesundheitszustand des Befragten und dessen Veränderungen.

Im wesentlichen interessierten die Vergleiche der drei Hauptgruppen:

- Berufstätige ohne Sorgen um ihren Arbeitsplatz (BtoS),
- Berufstätige in Sorge (BtiS) und
- Arbeitslose (Al);

wo es hypothetisch interessant war, haben wir die Gruppe der Arbeitslosen nach Kurz- und Langzeitarbeitslosen aufgesplittet (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Probanden nach Stand im Berufsleben und Geschlecht, 1993, n = 1.251

Stand im Berufsleben	männlich		weiblich		total	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Berufstätig ohne Sorgen	214	46,4	249	31,5	463	37,0
Berufstätig in Sorge	148	32,1	253	32,0	401	32,1
Arbeitslos	99	21,5	288	36,5	387	30,9

Die Hauptaussagen aus der Tabelle 1 lassen sich wie folgt zusammen fassen:

- Männer hatten sich zu wesentlich höheren Anteilen am Arbeitsmarkt behaupten können (hochsignifikant), darüber hinaus auf subjektiv sicheren Arbeitsplätzen.
- Frauen trugen zu wesentlich höheren Anteilen die Arbeitslosigkeit.
- Rund 1/3 der Probanden, Männer wie Frauen, hatte einen Arbeitsplatz, fühlte ihn aber so bedroht, daß es sich Sorgen machen müsse.
- 78,5 % der männlichen Probanden waren berufstätig, aber nur noch 63,5 % der weiblichen.

Selbst wenn man den deutlich geringeren Anteil der sich in ungewollter Vorruhe befindlichen Frauen im Vergleich zu den Männern in Rechnung stellte, war die Beschäftigungslosigkeit der Frauen insgesamt deutlich höher als die der Männer.

Die Anteile Arbeitsloser in unserer Studie waren mit fast 28 % bei jungen Menschen (unter 30jährige) und ansteigend bis fast 37 % bei den über 50jährigen nirgendwo in Mitteleuropa auch nur annähernd erreicht; und das alles vor dem Hintergrund einer weit vor dem Rentenalter erlebten vorzeitigen Beendigung des Erwerbslebens. Es ist eine epidemiologische Katastrophe schlechthin, und immer noch offen ist die Frage, wie die betroffenen Menschen sie gesundheitlich verkraften können, ob dieses life-event nicht auch zu Spätfolgen bisher unbekannter Natur führen könnte.

Berufstätigkeit und Sorgen um den Arbeitsplatz

Sorgen um den Arbeitsplatz beginnen offensichtlich in größerem Maße bereits ab vierzig Lebensjahre. Betrachten wir unter diesem Aspekt die beiden Gruppen der Berufstätigen.

In der weiteren Analyse wird immer wieder deutlich werden, daß sich nämlich Berufstätige in Sorgen um ihren Arbeitsplatz in vielen Dingen wie Arbeitslose verhalten. Wie wichtig aus dieser Sicht diese Gruppe ist, zeigte ihre Zusammensetzung (siehe Tabelle 2 auf der nächsten Seite).

Generell bestand ein Zusammenhang zwischen Alter und Sorge um den Arbeitsplatz. Insbesondere ältere Arbeitnehmer waren in dieser Sorge. Die Hypothese, daß besonders Frauen mit dieser Sorge leben müssen, haben wir nicht bestätigen können.

Arbeitslosigkeit in Ostdeutschland trifft nicht, wie unsere Untersuchung zeigte, die unteren sozialen Schichten, die Unqualifizierten, auch nicht nur

Tabelle 2: Berufstätige nach Stand im Berufsleben und Alter, 1993

Stand im Berufsleben	Altersgruppen				gesamt absolut
	bis unter 30 Jahre	30 bis unter 40 Jahre	40 bis unter 50 Jahre	ab 50 Jahre	
Berufstätige ohne Sorgen	36,4 %	31,7 %	20,2 %	11,7 %	461
Berufstätige in Sorge	22,6 %	32,4 %	25,9 %	19,1 %	398

die älteren. Sie trifft alle Schichten der Gesellschaft. Sie trifft aber besonders die Frauen, die aus einem arbeitsreichen, erfolgreichen Leben herausgerissen werden, die sich ihre Lebens- und Berufsbiographie so nicht vorgestellt haben, die zum Teil frustriert und hilflos diesem Geschehen ausgeliefert sind. Werden sie physisch und emotional diesen Entwicklungen gewachsen sein? Werden sie vielleicht besondere Bewältigungsstrategien entwickeln können? Werden sie auf diesen Distreß mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder sogar Krankheit reagieren? Wir werden uns im weiteren dieser besonderen Problematik zuwenden.

Zufriedenheit der Berufstätigen mit ihrem Arbeitsplatz

Der gesellschaftliche Umbruch in Ostdeutschland hat in frustrierender Weise die Arbeitswelt der Menschen gewandelt. Die Tätigkeiten veränderten sich infolge vieler Produktionsumstellungen in kürzester Zeit, die Arbeitskollektive schrumpften, die Vorgesetzten wechselten, Überstunden, auch ohne Bezahlung, wurden gang und gäbe, die Arbeit selbst wurde intensiver.

Um wenigstens Teilbereiche dieser die Menschen berührenden Veränderungen zu erfassen, haben wir für die Erwerbstätigen drei Fragestellungen mit entsprechender Skalierung in unsere Untersuchung aufgenommen:

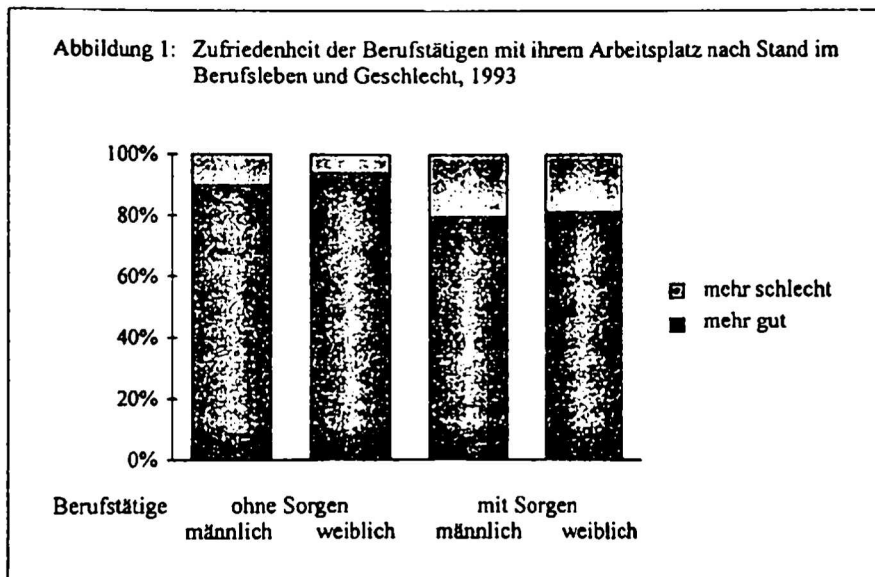
»Wie gefällt Ihnen – insgesamt gesehen – Ihr jetziger Arbeitsplatz?«

»Haben sich in letzter Zeit in Ihrem Arbeitsbereich die Beziehungen der Kollegen zueinander verändert?«

»Hat sich in den letzten Wochen und Monaten das Verhalten Ihres unmittelbar Vorgesetzten verändert?«

Die Abbildung 1 (siehe nächste Seite) stellt in Beantwortung der ersten Frage den Grad der Zufriedenheit der Berufstätigen dar, wobei wir nach »in

Sorge« bzw. »ohne Sorgen« untergliedert haben. Es wurden die Antworten »gut« und »mehr gut als schlecht« zu »mehr gut«, die Antworten »mehr schlecht als gut« und »schlecht« zu »mehr schlecht« zusammengefaßt.



Die Abbildung verdeutlicht die höhere Zufriedenheit der Berufstätigen ohne Sorgen um ihren Arbeitsplatz (92,1 % gaben eine eher positive Wertung an) gegenüber den Berufstätigen in Sorge (80,6 % mit eher positiver Bewertung).

Nach dem Geschlecht zeigte sich bei differenzierter Betrachtung, daß unter den Berufstätigen in Sorge Frauen sehr viel eindeutiger aus der Vierer-Skala den Skalenwert »gut« für die Zufriedenheit mit ihrem Arbeitsplatz angaben als Männer. So bewerteten 38,8 % der männlichen Berufstätigen, aber 62,3 % der weiblichen Beschäftigten in Sorge ihren Arbeitsplatz als gut.

Einen wesentlichen Einfluß auf die Zufriedenheit mit der Arbeit hat naturgemäß das Verhältnis der Beschäftigten untereinander. Auf die diesbezüglichen Fragen gaben 0,6 bis 5,0 % keine Antwort.

Trotz der freiwilligen Teilnahme an der Befragung und der gegebenen Versicherung, daß niemand, auch kein Arbeitgeber, zu den Aussagen der Probanden Zugang haben würde, war das Vertrauen in diesem Punkte nicht

durchgehend vorhanden. Da kaum jemand Bedenken haben würde, seine Zufriedenheit mit seinem Arbeitsplatz auch öffentlich zu bekunden, wäre die Vermutung immerhin nicht abwegig, daß die Antwortverweigerer eher unzufrieden mit ihrer Arbeit waren. Halten wir uns an die gegebenen Einschätzungen der Responder.

Tabelle 3: Positive Veränderungen im Verhältnis der Berufstätigen zueinander, 1993

Interpersonelle Beziehungen	Stand im Berufsleben	
	Berufstätige ohne Sorgen in %	Berufstätige mit Sorgen in %
Offenheit/Ehrlichkeit		
zugenommen	69,1	46,6
Zusammenhalt/Kameradschaft		
zugenommen	66,8	47,6
Hilfe/Unterstützung		
zugenommen	75,6	63,6
Konkurrenz untereinander		
abgenommen	41,8	32,9
Streit/Unfrieden		
abgenommen	59,5	46,6
Mißgunst/Neid		
abgenommen	56,0	41,9

In Bewertung der Antworten der Probanden konnten hinsichtlich der Beziehungen unter den Berufstätigen zwei wesentliche Schlußfolgerungen gezogen werden:

1. Das Verhältnis der Beschäftigten mit sicherem Arbeitsplatz hatte sich insgesamt deutlich positiv verändert.

2. Die Berufstätigen in Sorge um ihren Arbeitsplatz bewerteten die Veränderungen im Verhältnis unter den Beschäftigten durchgehend und deutlich negativer.

Berufstätige in Sorge um ihren Arbeitsplatz empfanden zu zwei Dritteln eine Zunahme der Konkurrenz (62,3 %), am ehesten positiv die Hilfe und Unterstützung durch die Kollegen. Alle anderen Kategorien waren so negativ besetzt, daß die Arbeitsatmosphäre eher von Mißtrauen geprägt war.

Der Vergleich der Antworten der weiblichen mit denen der männlichen Beschäftigten zeigte, daß in allen sechs Kategorien die weiblichen Beschäftigten die Beziehungen unter den Arbeitskollegen positiver bewerteten.

Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen waren bei den Beschäftigten ohne Sorgen um ihren Arbeitsplatz durchgehend nur geringfügig. Bei den Beschäftigten in Sorge um ihren Arbeitsplatz gaben die weiblichen Beschäftigten deutlich positivere Einschätzungen (zwischen 5,5 und 8,6 %) ab. Bei der Annahme eines vergleichbaren Arbeitsumfeldes könnte man daraus gegebenenfalls auf ein toleranteres Verhalten der weiblichen Beschäftigten und eine bessere Befähigung zur Arbeit im Team schließen. Das erstere wird ihnen bei der männlichen Konkurrenz nicht nützen, das zweite wird zu selten erkannt.

Dequalifizierungsprozesse

Im Fragebogen enthalten waren der Grad der beruflichen Bildung und die derzeitige bzw. letzte Tätigkeit der Probanden. Die hohe Zahl der fehlenden Werte (missing values) von 229 (14 %) ließ vermuten, daß viele zu DDR-Zeiten eingenommene Positionen wegen der öffentlichen Kritik (Systemnähe u. ä.) nicht preisgegeben worden waren.

Es war aber auch zu erwarten, daß die Probanden aus Sorge um einen Arbeitsplatz häufig eine niedriger qualifizierte Arbeit als ihrer ursprünglichen beruflichen Qualifikation entsprechend akzeptiert hatten.

Es war zwar nicht das vordergründige Ziel unserer Untersuchungen, solche Fragen zu beantworten. Sie wurden aber gestellt, um das »Sorgenmuster« der Betroffenen aller Qualifizierungsgruppen nachempfinden zu können.

Es ergaben sich 4 Gruppen von Wechslern:

1. Von 977 Facharbeitern wechselten 125 (13 %) zu Tätigkeiten unter ihrer Qualifikation.
2. 26,6 % der Fachschulabsolventen wechselten in Facharbeiterberufe und tiefer: medizinisches Fachpersonal in teilweise artgleiche Berufe wie Altenhilfe u. ä. oder Verwaltung, Fachschulingenieure in Tätigkeiten als Verkäuferin, Sekretärin, Kundenberater u. ä.
3. 18 von 98 der Hochqualifizierten übten Tätigkeiten aus, die überwiegend eine Facharbeiterqualifikation verlangten. Hier war der Wechsel von Jurist zu Archivar oder bestenfalls zum Facharbeiter Recht u. ä. zu verzeichnen.
4. Selbst Teilfacharbeiter waren zu 17,3% als un- bzw. angelehrte Kräfte tätig.

Vom Teilfacharbeiter bis zum Hochschulabsolventen gaben von 1.404

antwortenden Befragten 233 (16,6 %) eine Tätigkeit an, die gemessen an ihrer beruflichen Qualifikation einer Dequalifizierung entsprach. Weitere 2,4 % befanden sich in Weiterbildung, Umschulung o. ä., versuchten also in neuer Tätigkeit, über deren zukünftige Qualität keine Aussagen vorlagen, Fuß zu fassen. Auch hier konnte der angestrebte neue Beruf bzw. die neue Tätigkeit eher den aktuellen Bedürfnissen der Wirtschaft, mußte also nicht zwingend der schon vorhandenen beruflichen Qualifikation entsprechen.

Aus den gestellten Fragen konnten sowohl die Dequalifizierungsprozesse als auch ein Aufstieg in Tätigkeiten, die eigentlich eine höhere berufliche Qualifikation erfordert hätten, sichtbar gemacht werden. Die nachfolgende Darstellung (Tabelle 4) enthält in beiden Achsen die sechs Kategorien der beruflichen Qualifikation, die wir erfragt haben. Die Diagonale enthält die Anteile der Probanden (kursiv ausgezeichnet), die entsprechend ihrer Ausbildung auch tätig sind. Über dieser Diagonale finden sich die Anteile (absolut), die unter ihrer Qualifikation arbeiteten. Unter dieser Diagonale sind die Probanden erfaßt, die eine Tätigkeit über ihrer eigentlichen Qualifikation ausführten.

Tabelle 4: Dequalifikationsprozesse, 1993

notwendige berufliche Qualifikation	un-/an- gelernt	berufliche Qualifikation der Befragten				
		Teilfach- arbeiter	Fach- arbeiter	Meister/ Techniker	Fachsch.- absolvent	Hochsch.- absolvent
un-/angelernt	63	9	46	4	1	1
Teilfacharbeiter	12	32	79	2	2	-
Facharbeiter	8	9	824	18	50	14
Meister/Techniker	-	-	3	44	3	1
Fachschulabsolvent	-	-	2	1	147	3
Hochschulabsolvent	-	-	-	-	-	76
n	83	50	954	69	203	95

Anforderungen in einem neuen Tätigkeitsfeld

400 Probanden hatten eine von der bisherigen Arbeit abweichende Tätigkeit aufgenommen. Mit 306 war die Gruppe der Facharbeiter statistisch ausreichend besetzt. 27 % von ihnen waren jetzt in unterqualifizierter Arbeit

tätig. Von den 82 unterqualifiziert beschäftigten Facharbeitern (in neuer Tätigkeit) hatten mehr als die Hälfte das erlernte Fach verlassen müssen, die andere Hälfte war in artgleichen Bereichen untergekommen.

Die jetzt als Facharbeiter beschäftigten Fachschulabsolventen waren überwiegend aus Ingenieurberufen, die unterqualifiziert beschäftigten medizinischen Fachschulabsolventen waren im Fach geblieben.

Dequalifizierung und Arbeitslosigkeit stehen miteinander in Beziehung. Je stärker die Bereitschaft zu einem Tätigkeitswechsel ausgeprägt war, um so geringer war die Quote der Arbeitslosigkeit in der jeweiligen Qualifikationsgruppe (siehe Tabelle 5).

berufliche Qualifikation	Tätigkeitswechsel	Arbeitslosigkeit
Facharbeiter	12 %	28 %
Fachschulabsolventen	32 %	18 %
Hochschulabsolventen	21 %	17 %

Es wurde deutlich: Fach- und Hochschulabsolventen hatten durch eine hohe Bereitschaft zu einem meist dequalifizierenden Tätigkeitswechsel ihre Arbeitslosenquote auf erträglich hohem Niveau halten können. Facharbeiter mit weniger Bereitschaft zum Wechsel »bezahlen« mit einem hohen Anteil Arbeitslosigkeit.

Häufig verbanden sich in der Praxis artfremde Arbeit und Dequalifizierung. 26 % der Facharbeiter waren in dieser Weise betroffen. Während »soziale« Marktwirtschaft die höherqualifizierten eher ausgrenzt, weil sie zu teuer sind (»wir können Sie wegen Überqualifizierung leider nicht einstellen«), nutzt die freie Wirtschaft den gesellschaftlichen Umbruch in Ostdeutschland, personale Qualität billig einzukaufen.

In unserer Untersuchung waren Unqualifizierte keineswegs stärker von Arbeitslosigkeit betroffen. Der hohe Grad der Qualifikation in Ostdeutschland hatte vielmehr dazu geführt, daß Ungelernte ihren Platz in der Marktwirtschaft fanden, Qualifizierte dagegen entweder »niedere Arbeit« annehmen oder zu großen Anteilen in die Arbeitslosigkeit gehen mußten. Diese Situation dürfte in allen neuen Bundesländern bei einer beträchtlichen Zahl der Beschäftigten ebenfalls zutreffen.

BERGER (1993)¹ beschreibt diese Situation so, daß viele dieser Statuswechsel als »Abstieg« gelten müssen, durch die die im bisherigen Lebenslauf erworbenen Bildungs- und Berufsqualifikationen, aber auch die gesamte Lebenserfahrung »entwertet« wurden. Insgesamt könne man diese erkennbaren Tendenzen wohl als Verdrängungs- und Dequalifizierungsprozesse kennzeichnen, deren sich ein großer Teil der einstigen DDR-Bevölkerung im Zuge der Wende ausgesetzt sähe und noch sieht.

Stand des Partners im Berufsleben

Die Angaben zur Berufstätigkeit des Ehe- oder Lebenspartners vervollkommen die Sicht auf die soziale Situation (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Stand des Partners im Berufsleben nach Stand im Berufsleben des Probanden und Geschlecht, 1993

Stand im Berufsleben des Partners	Stand im Berufsleben des Probanden			
	berufstätig		arbeitslos	
	männlich in %	weiblich in %	männlich in %	weiblich in %
berufstätig ohne Sorgen	33	54	31	53
berufstätig in Sorge	26	27	26	26
arbeitslos	30	12	30	12
nicht mehr berufstätig	11	7	13	9

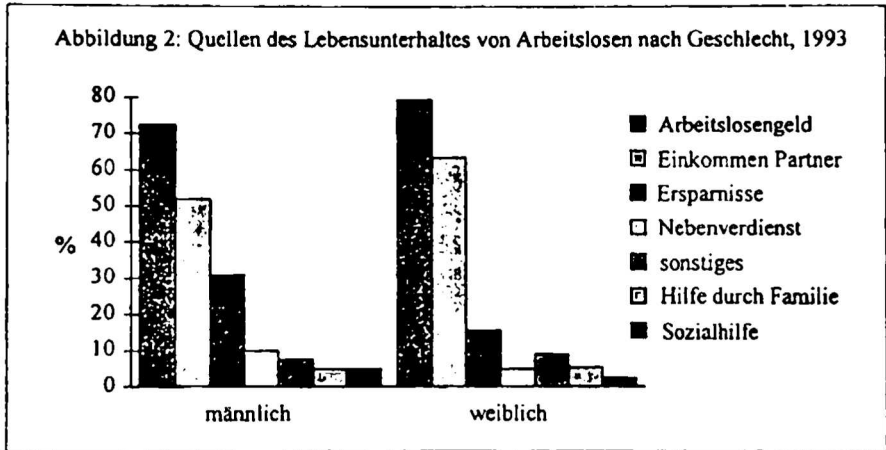
Bei den arbeitslosen Männern waren 30 % der Ehe- oder Lebenspartner auch arbeitslos. Auch die nicht geringe Anzahl arbeitsloser Frauen hatte zu noch 12 % einen arbeitslosen Partner. Diese hohen Anteile von Doppelarbeitslosigkeit sind ein alarmierendes Indiz, weil hier relativ kurzfristig Armut eine Rolle spielen wird.

Diese wenigen Hinweise auf die soziale Situation der von uns Befragten machen das hohe psychologische Negativpotential deutlich. In diesem Umfeld ist das gesundheitliche Befinden der Menschen eingebunden. Es gibt aber weitere psychologisch relevante Problemfelder.

¹ Berger, P. A.: Anpassung, Differenzierung und Fluktuation. In: Umbruch. Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum Berlin-Brandenburg e.V. (1993) S. 58–69.

Quellen des Lebensunterhaltes

Frage man die Arbeitslosen unter unseren Probanden, wovon sie ihren Lebensunterhalt bestritten, gaben im Jahre 1993 nur 72,5 % der Männer und 79,4 % der Frauen das Arbeitslosengeld an. Nur 5 und 2,8 % bezogen Arbeitslosen- oder Sozialhilfe (siehe Abbildung 2).



Jeder zehnte arbeitslose Mann und jede zwanzigste arbeitslose Frau verfügten über einen Nebenverdienst. Doppelt so häufig verfügten Männer über Ersparnisse.

Neben denen, die keine Auskunft geben wollten (5 bzw. 2,4 %), hatten 18 Männer (von 98) und 35 Frauen (von 288) diese Frage nicht beantwortet.

MÖLLER-LÜCKING (1987)¹ zitiert aus der Studie des Deutschen Gewerkschaftsbundes »Die neue Armut« von 1984 für die alten Bundesländer, daß viele Arbeitslose keine Leistungen von der Bundesanstalt für Arbeit mehr erhalten – weder Arbeitslosengeld noch Arbeitslosenhilfe – und daß es schon bedrückend sei, festzustellen, daß derzeit nur noch 35 % der registrierten Arbeitslosen die Hauptunterstützung, das Arbeitslosengeld, erhielten. Daraus leite sich die Forderung ab, den Bezug von Arbeitslosengeld zu verlängern, damit der Grundsatz, daß das Arbeitslosengeld ausreichend sein

¹ Möller-Lücking, N.: Arbeitslosigkeit, Beschäftigungspolitik und Gewerkschaften. In: Kieselbach, T. und Wacker, A. (Hrsg.): Individuelle und gesellschaftliche Kosten der Massenarbeitslosigkeit. Weinheim: Deutscher Studienverlag 1987. S. 284.

und während der gesamten Dauer der Beschäftigungslosigkeit die Existenz des Arbeitslosen und seiner Familie sichern müßte, erfüllt würde.

Da die Arbeitslosigkeit in Ostdeutschland erst nach der Wende einsetzte und damit jeder Betroffene auf durchschnittlich lange Versicherungszeiten zurückgreifen konnte, ist die soziale Abfederung zur Zeit noch hoch. Zu erwarten ist allerdings, daß die genannte Studie sozusagen die Prognose der Zustände in Ostdeutschland darstellt.

Arbeitslosigkeit im Berufslebenslauf

Von unseren Probanden standen 387 in Arbeitslosigkeit. 401 Befragte fühlten ihren Arbeitsplatz bedroht, was seine Gründe sowohl in der wirtschaftlichen Entwicklung Ostdeutschlands, der derzeit hohen und täglich diskutierten Arbeitslosigkeit und zu nicht unerheblichen Anteilen auch in zeitweilig schon erlebter Kurzarbeit, Einbeziehung in sogenannte Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen oder sogar Arbeitslosigkeit selbst findet.

Von den 401 Befragten berichteten im Jahre 1993 in ihrer Berufsbiographie

- 47 (11,7 %) über Phasen von Arbeitslosigkeit, darunter 8 mit über zehn Monaten,
- weitere 50 (12,5 %) über ungewollte Teilbeschäftigung, darunter 20 mit über zehn Monaten,
- weitere 27 (6,7 %) über Null-Stunden-Kurzarbeit, darunter 5 mit über zwölf Monaten.

Damit hatte fast jeder Dritte der »Besorgten« die Unsicherheiten des Arbeitsmarktes kennen und offenbar fürchten gelernt.

Von den 463 Berufstätigen ohne Sorgen um den Arbeitsplatz berichteten 58, 19 und 14 – in derselben Reihenfolge wie eben zitiert –, also nur 20 %, über solche Erfahrungen.

Insgesamt waren von unseren Probanden über 48 % bereits mit Arbeitslosigkeit und deren Folgen konfrontiert.

Wertehierarchie

Die Arbeitslosen, besonders jene von Dauerarbeitslosigkeit betroffenen oder bedrohten, stehen vor dem Problem, Werteorientierungen verinnerlicht zu haben, die an Erwerbsarbeit als wesentlichen Lebensinhalt gebunden

sind. Ein Teil dieser tradierten Wertestrukturen und -orientierungen ist nicht mehr lebensnah, und neue können nur schwer aufgebaut werden. Der entscheidende Wechsel vollzieht sich im Übergang von einem gesellschaftlichen Dasein, das durch soziale Sicherheit auf einer mittleren Stufe bei Einschränkung persönlicher Freiheiten durch einen vormundschaftlichen Staat gekennzeichnet war, zu einer Existenzweise, die dem einzelnen zwar mehr individuelle Wahl- und Existenzmöglichkeiten bieten, von ihm aber auch Durchsetzungsvermögen und volles Risiko bei der sozialen Existenzsicherung verlangen.

Das Handeln der Menschen wird nicht unwesentlich davon bestimmt, wie wichtig oder unwichtig bestimmte Aspekte des Lebens für sie selbst sind. Für jemanden, dem z. B. Gesundheit ein hohes Gut darstellt, sind Angebote, wie man sich gesund erhalten kann, von Interesse; er wird eher geneigt sein, ein gesundheitsförderndes Verhalten zu praktizieren.

Wertevorstellungen sind auch Ausdruck der Verfassung der Gesellschaft. Aus der Fülle der möglichen Werte dieser Gesellschaft haben wir einige herausgestellt, die auf unser Thema Bezug nehmen könnten.

Über alle Probanden hinweg hatte »gesund sein« den höchsten Wert. Die benutzte Skala begann mit 1 = sehr wichtig und reichte bis 4 = nicht wichtig. Der Durchschnittswert aller Probanden lag bei dieser Wertevorstellung bei 1,15.

»Arbeit haben« lag an vierter Stelle, »Zufriedenheit im Beruf« an sechster, »Erfolg im Beruf« erst an zehnter Stelle.

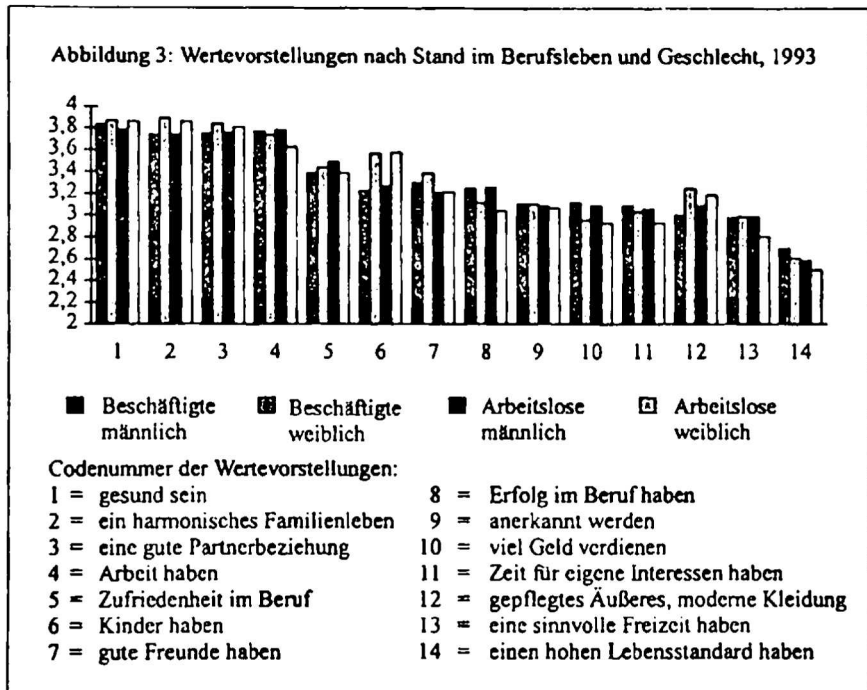
Hypothetisch könnten diese Wertevorstellungen differieren, wenn jemand ungleich schlechter dasteht als der Durchschnitt der Bevölkerung, wie z. B. ein Arbeitsloser und hier besonders die Frau als Arbeitslose. Wenden wir uns also den Wertevorstellungen nach Stellung im Berufsleben zu.

Um zu einer positiven Darstellung zu kommen, haben wir die oben vorgestellte Skala in der Abbildung 3 umgedreht.

Für die Werte

- ein harmonisches Familienleben (Code-Nr. 2),
- eine gute Partnerbeziehung (3),
- Kinder haben (6),
- gepflegtes Äußeres, moderne Kleidung (12),
- gesund sein (1),
- gute Freunde haben (7),
- anerkannt werden (9),
- Zufriedenheit im Beruf (5) und
- Erfolg im Beruf haben (8)

gab es keine unterschiedlichen Wertevorstellungen zwischen Beschäftigten und Arbeitslosen.



Für die nachfolgenden Wertevorstellungen gab es Unterschiede:

a) »Arbeit haben« war für alle Probanden von hohem Wert. Berufstätige (99 %) und Arbeitslose (97 %) hatten da fast gleiche Vorstellungen.

b) »Viel Geld verdienen« war für Berufstätige in Sorge von höherem Wert als für Berufstätige ohne Sorgen und für Arbeitslose.

c) »Zeit für eigene Interessen haben« war wiederum für Arbeitslose weniger wichtig und verstärkt die Aussage zu d), daß Freizeit und private Interessen fehlende Arbeit nicht kompensieren können.

d) »Sinnvolle Freizeitbeschäftigung haben« war für Arbeitslose von weniger hohem Wert. Das kann man nur im Zusammenhang mit fehlender Arbeit, die stärker als Freizeit das Leben sinnerfüllt gestaltet, verstehen und deuten.

e) »Hohen Lebensstandard haben« war für Berufstätige ein deutlich höherer Wert als für Arbeitslose.

Diese drei Jahre nach der Wende erhobenen Wertevorstellungen mit denen vor der Wende zu vergleichen lag nahe.

Eine Untersuchung des Instituts für Soziologie und Sozialpolitik der Akademie der Wissenschaften Berlin, durchgeführt mit 499 Probanden in den Bezirken Berlin, Potsdam und Frankfurt/Oder zwischen Oktober 1987 und April 1988, wurde nicht mehr publiziert. Es liegt nur noch ein Privatmanuskript des Leiters dieser Forschungsgruppe, H. ENGELS¹, vor, aus dem wir zitieren dürfen. Diese Zitate fallen etwas zu ausführlich aus, das schien uns aber berechtigt, darf man doch davon ausgehen, daß die Untersuchungsergebnisse insgesamt auf Dauer verloren sein dürften.

Befragt wurden Leiter, mittlere Ebene und Produktionsarbeiter automatisierter Fertigungsbereiche. Rund 65 % der Befragten kamen aus beruflichen Qualifikationen wie Facharbeiter, Meister, Techniker, 22 % aus dem Hoch- und Fachschulbereich.

Die Untersuchung geht von Bedürfnisstrukturen aus, wobei theoretisch Zusammenhänge zwischen Wertvorstellungen und Bedürfnissen gesehen werden. Bedürfnisse sind durch »relativ stabile, langfristig angelegte und grundlegende Werte, die man als Lebensziele, Lebenswertorientierungen, Grundwerte bezeichnen könnte«, bestimmt.

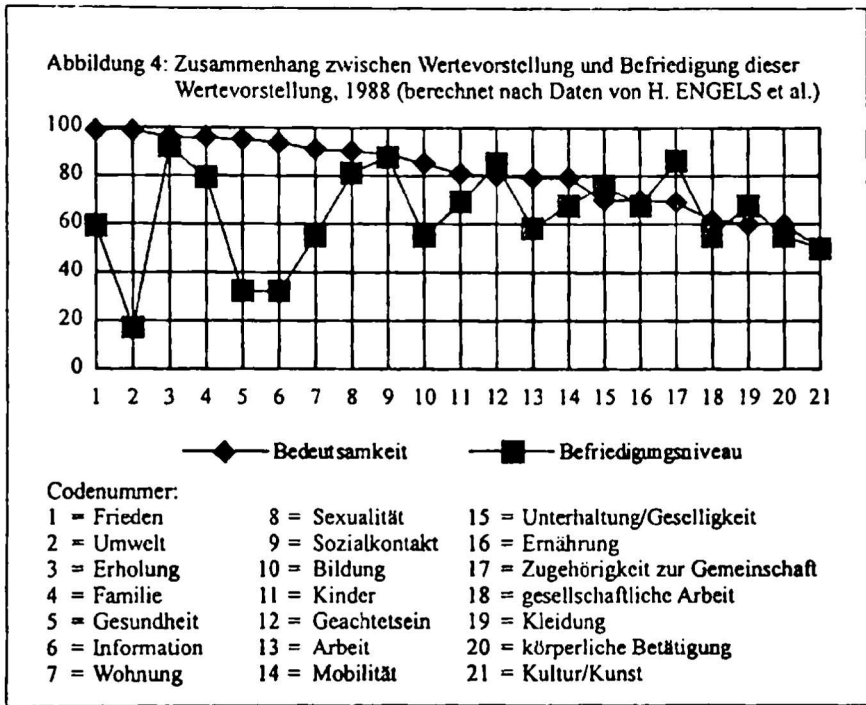
Diese Werte/Bedürfnisse wurden in vier Dimensionen untersucht:

1. Bedeutsamkeit (Wichtigkeit) – welche Bedeutung wird von der Untersuchungsperson der jeweiligen Bedürfnisart beigemessen?
2. Aktivität – wie intensiv bemüht sich der Befragte, seine Lebenssituation in bezug auf das genannte Bedürfnis aktiv zu gestalten?
3. Befriedigung – wie wird die eigene Bedürfnisbefriedigung in bezug zum durchschnittlich in der Gesellschaft vorhandenen Standard eingeschätzt?
4. Bedingungen – in welchem Maße müßten sich die gesellschaftlich gegebenen Bedingungen nach Ansicht der Befragten zukünftig verändern?

Nach Ansicht der Autoren spielen Bedeutsamkeit und Befriedigungsni-veau die zentrale wissenschaftliche Rolle, will man ablaufende gesellschaftliche Prozesse politisch beeinflussen.

Die folgende Abbildung 4 unterscheidet für die abgebildeten 21 Items

¹ Engels, H. et al.: Forschungsbericht zur Gesamtstruktur von Bedürfnisarten bei ausgewählten Werkütigen. Akademie der Wissenschaften der DDR, Institut für Soziologie und Sozialpolitik. Berlin 1988 (unveröffentlicht, Fundort beim Erstverfasser).



zwischen Bedeutsamkeit (die jeweilige Wertevorstellung war für den Befragten »sehr wichtig« oder »wichtig«) und Befriedigung (die jeweilige Wertevorstellung traf für den Befragten »voll zu« oder »eher zu«).

Auch in dieser letzten Untersuchung zu den Werte-/Bedürfnisvorstellungen der Bevölkerung der DDR liegen Familie und Gesundheit an der Spitze der Skala. »Erholung«, am ehesten mit unserem Begriff »eine sinnvolle Freizeit haben« vergleichbar, liegt hier sehr viel weiter vorn als nach der Wende. Arbeit nimmt eher eine nachgeordnete Position ein, weil sie zu DDR-Zeiten eine Selbstverständlichkeit, auch von der Verfassung gesichert, war.

Festzustellen ist aber auch, daß viele dieser hochgesteckten Wertevorstellungen im realen Leben durch die Befragten nur sehr unvollständig realisiert gesehen werden. Frieden und Umwelt waren zu dieser Zeit hehre, tragende Grundsätze sozialistischen Handelns. Der einzelne fand sich in diese Werte kaum eingebunden, es sei denn, man stilisierte die Arbeit schlechthin als Beitrag für den Frieden hoch. Erholung, ein Recht des

»sozialistischen Menschen«, fand man nur mit weniger als 50 % verfügbar, und Information, deren Grundwert sehr wohl erkannt wurde, war offensichtlich nur kläglich realisiert. Selbst »Arbeit«, dieses Allgemeingut, war nur zu 56,8 % befriedigt, was immer auch sich hinter dieser Kritik verborgen hatte. Solche Aussagen waren es auch, die wissenschaftliche Untersuchungen zu Bedürfnissen so schwierig werden und z. B. ein Item »Reisen« fast unmöglich erscheinen ließen. Der Begriff »Mobilität« in der vorliegenden Untersuchung war deutlich als Mobilität am Ort definiert.

Die bedeutsamsten Unterschiede in den Wertekategorien vor und nach der Wende in Ostdeutschland liegen in den Positionen Gesundheit, Arbeit und Kinder. Die beiden ersteren haben an Bedeutung gewonnen, die letztere verloren.

Mögliche Arbeitslosigkeit und erwartete Auswirkungen

Die an alle Probanden gerichtete Frage, welche Vorstellungen sie mit Arbeitslosigkeit verbinden, hatte also nur noch für jeden zweiten theoretischen Charakter. Welche Vorstellungen die Probanden mit Arbeitslosigkeit verbinden, haben wir mit 16 Variablen erfaßt. Die Antworten haben wir wie folgt bewertet:

»stimmt vollkommen«	mit 4
»stimmt teilweise«	mit 3
»stimmt kaum«	mit 2
»stimmt nicht«	mit 1

In aufsteigender Rangfolge ergaben sich für 1.500 bis 1.600 antwortende Befragte folgende Durchschnittswerte (vergleiche Abbildung 5).

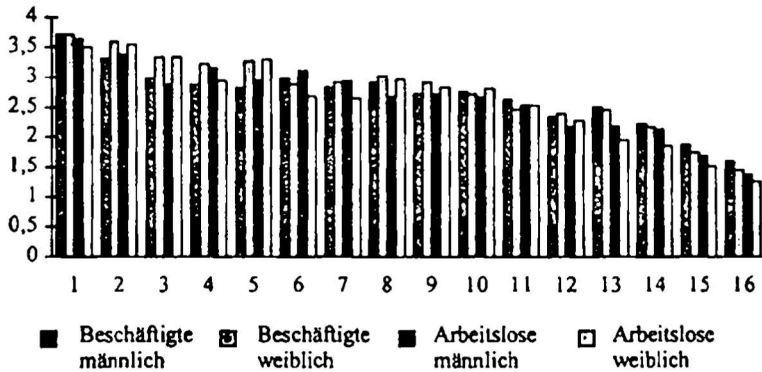
Die Angst vor finanziellen Schwierigkeiten war extrem hoch. Für den hohen Stellenwert der Arbeit sprach, daß sich über 2/3 der Befragten überflüssig vorkommen würden, wenn Arbeitslosigkeit eintritt. Auch die mit fehlender Arbeit zwangsläufig verbundene fehlende Anerkennung im Beruf wurde von fast 70 % der Befragten erwartet.

Daß über ein Drittel meinten, sie müßten bei Arbeitslosigkeit das Mitleid anderer ertragen, vermittelt Dimensionen vom befürchteten Verlust des Selbstwertgefühls und einer sozialen Ausgrenzung und damit der inneren Spannung, mit der die ablaufenden gesellschaftlichen Prozesse beobachtet bzw. wahrgenommen werden.

Man erkennt, wie sich der bedroht Fühlende vor seine Kinder stellt, von denen er fest glauben möchte (82,2 %), daß deren Freundschaften durch

die eigene mögliche Arbeitslosigkeit nicht gestört werden würden, als ob nicht logisch finanzielle Schwierigkeiten, Mitleid, mangelnde Anerkennung und Störungen in der Familie auch die Kinder und ihre Umwelt erfassen müssen.

Abbildung 5: »Arbeitslosigkeit bedeutet für mich ...« nach Stand im Berufsleben und Geschlecht, 1993



Codenummern der Vorstellungen zur Arbeitslosigkeit:

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1 = finanzielle Schwierigkeiten | 11 = mich wieder mal in einer anderen |
| 2 = fehlender Kontakt zu Kollegen | Tätigkeit bewähren zu können |
| 3 = mehr Zeit für meine Familie haben | 12 = mehr Möglichkeiten, mit Freun- |
| 4 = fehlende Anerkennung im Beruf | den zusammen zu sein |
| 5 = mehr Zeit für meinen Haushalt | 13 = Störung des Zusammenlebens |
| 6 = geringe Anerkennung in der | in der Familie |
| Gesellschaft | 14 = das Mitleid anderer ertragen zu |
| 7 = Gefühl des Überflüssigseins | müssen |
| 8 = mehr Zeit für persönliche | 15 = geringe Anerkennung bei |
| Interessen | Verwandten/Freunden |
| 9 = mehr für Gesundheit tun können | 16 = Störung der Freundschaften |
| 10 = mehr für meine Weiterbildung tun | meiner Kinder |
| können | |

Mögliche Arbeitslosigkeit und Einschätzung der Chancen auf neue Arbeit

Ausdruck einer schlechten psychischen Verfassung der Betroffenen war auch, daß man nach einer möglichen Arbeitslosigkeit die Sorgenlast größer werden sieht. Befragt nach den Chancen auf neue Arbeit, falls sie arbeitslos würden, rechneten sich eigentlich nur die Berufstätigen ohne Sorgen auch eine gute Chance für neue Arbeit aus. Alle anderen Gruppen sahen in steigendem Maße kaum noch Chancen. Auch nach Altersstandardisierung ist dieser Zusammenhang hochsignifikant (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Einschätzung der Chancen auf Arbeit nach Stand im Berufsleben, 1993
(Hauptgruppen, n = 1.226)

Chancen	Stand im Berufsleben (in %)		
	berufstätig ohne Sorgen	berufstätig in Sorge	arbeitslos
gut	30,9	10,2	6,7
mehr gut als schlecht	32,0	19,6	14,8
mehr schlecht als gut	32,3	33,8	35,2
schlecht	13,9	36,4	43,3
gesamt (absolut)	447	393	386

In diese Chancenbewertung ging natürlich die Erfahrung ein, die man schon mit Arbeitslosigkeit hatte machen müssen.

Es glaubten in allen Gruppen nach dem Stand im Berufsleben die Männer deutlich häufiger als die Frauen, eher gute Chancen zu haben. Diese Unterschiede waren bei den Beschäftigten in Sorge um ihren Arbeitsplatz (40,4 % bei Männern, 23,5 % bei Frauen) und bei Arbeitslosen (32,6 % zu 17,7 %) am deutlichsten. Diese Unterschiede zwischen den Geschlechtern waren offensichtlich das Ergebnis der besonders negativen Erfahrungen der Frauen auf dem Arbeitsmarkt in Ostdeutschland.

Langzeitarbeitslosigkeit

Die Befragung zu dieser Untersuchung fand in den ersten Monaten des Jahres 1993 statt. Zum beruflichen Lebenslauf hatten wir alle Erwerbstätigkeiten ab 1.1.1992 erfragt.

Wie international üblich haben wir Langzeitarbeitslosigkeit als Arbeitslosigkeit definiert, die über mindestens zwölf Monate andauerte.

Von Langzeitarbeitslosigkeit in diesem Sinne waren von unseren Befragten 146 Personen betroffen. Das waren

- bezogen auf alle Probanden (n = 1.628) 9,0 %
- bezogen auf die drei Hauptgruppen (n = 1.251) 11,7 %
- bezogen auf alle Arbeitslosen (n = 417) 35,0 %.

Die Arbeitslosen in unserer Untersuchung gliederten sich in

- 271 Kurzzeitarbeitslose und
- 146 Langzeitarbeitslose.

Nach dem Geschlecht ergab sich folgende Verteilung:

Tabelle 8: Arbeitslosigkeit nach Dauer und Geschlecht, 1993

Geschlecht	Dauer der Arbeitslosigkeit			
	Kurzzeitarbeitslosigkeit absolut	Kurzzeitarbeitslosigkeit in %	Langzeitarbeitslosigkeit absolut	Langzeitarbeitslosigkeit in %
männlich	83	77,6	24	22,4
weiblich	188	60,6	122	39,4
n	271		146	

Fast doppelt so häufig wie Männer waren Frauen von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen! Die Unterschiede sind sowohl zwischen Berufstätigen ohne Sorgen und beiden Kategorien von Arbeitslosen als auch zwischen den beiden Arbeitslosenkategorien signifikant.

Arbeitslosigkeit und Familienklima

Ein harmonisches Familienleben besitzt, wie wir schon darstellen konnten, einen hohen Wert bei unseren Befragten. Man kann der Familie demnach,

und das findet man in der Literatur auch beschrieben, ein hohes Support-Potential zugestehen. Sie kann also Hilfe in der Not, auch z. B. in der Arbeitslosigkeit, sein. Andererseits sind Auseinandersetzungen in der Familie nichts Außergewöhnliches. Viele Auswirkungen des gesellschaftlichen Wandels einschließlich Arbeitslosigkeit können also in zwei Richtungen wirken: Entweder führen sie zu einem solidarischen Zusammenrücken der Partner, oder die Betroffenen zerreiben sich an den zusätzlich auftretenden Problemen.

Wie sehr man mit der Frage nach der Familienatmosphäre einen Intimbereich berührt, wird am Anteil der Non-Responder (nicht Antwortende) deutlich: Berufstätige ohne Sorgen um den Arbeitsplatz und Arbeitslose haben zu 11 bis 14 %, Berufstätige in Sorge zu 8 bis 10 % keine Angaben gemacht. Die Tabelle 9 zeigt die Fragestellung und das Antwortmodell.

Tabelle 9: Familiäre Atmosphäre nach Stand im Berufsleben, 1993

Merkmale des familiären Klimas	berufstätig ohne Sorgen	berufstätig in Sorge	arbeitslos
Auseinandersetzung in der Familie			
keine Angaben	12,9	9,7	14,0
zugewonnen	11,6	15,5	18,7
gleichgeblieben	63,8	64,6	57,0
abgenommen	11,6	10,2	10,4
Zusammengehörigkeitsgefühl			
keine Angaben	12,1	7,7	11,1
zugewonnen	24,4	26,7	26,7
gleichgeblieben	58,2	59,4	57,5
abgenommen	5,4	6,2	4,7
Ansehen in der Familie			
keine Angaben	12,9	10,0	13,0
zugewonnen	10,1	5,0	6,2
gleichgeblieben	75,0	81,8	77,5
abgenommen	1,9	3,2	3,4
gesamt (absolut)	463	401	387

Am wenigsten gewonnen hatten die *Auseinandersetzungen* in den Familien bei Berufstätigen ohne Sorgen um den Arbeitsplatz, am stärksten bei den Arbeitslosen. Zu 10 bis 12 % hatten sie andererseits bei vielen aber

auch abgenommen. Per Saldo bleibt aber festzustellen, daß Arbeitslosigkeit und Sorgen um den Arbeitsplatz zu vermehrten Auseinandersetzungen führten.

Sehr deutlich zugenommen hatte über alle Gruppen hinweg das Zusammengehörigkeitsgefühl. Ausdruck dieses Solidaritätsgefühls war auch, daß das Ansehen der Probanden, unabhängig von ihrem beruflichen Status, zu hohen Anteilen (75 bis 82 %) gleichgeblieben war. In den Gruppen gab es dazu keine unterschiedlichen Bewertungen.

Berufstätige im Status »ohne Sorgen« genossen (subjektiv) ein höheres Ansehen in ihrer Familie als die »in Sorge« und Arbeitslose.

Die in der Literatur oft dargestellten negativen Wirkungen von Arbeitslosigkeit auf die familiären Beziehungen haben wir in der Weise relativieren können, daß sich in der besonderen Situation ostdeutscher Verhältnisse das Zusammengehörigkeitsgefühl bei Arbeitslosigkeit verstärkt hat. Die psychische Belastung des Arbeitslosen wird dadurch eher verringert, die der Familie möglicherweise angespannter, weil Coping eine ständige Bereitschaft und Hingabe erfordert.

Das Verhalten von Vorgesetzten aus der Sicht der Arbeitnehmer

Der gesellschaftliche Wandel hat in großem Umfang als Folge struktureller Veränderungen in der Wirtschaft auch Leitungshierarchien und Unterstellungsverhältnisse verändert. Hypothetisch war denkbar, daß von Berufstätigen Anpassungsleistungen gefordert waren, die neben vielem anderen zu psychologischer Überforderung, zu Disstress, führen.

War zunächst die Sorge um den Arbeitsplatz aus Stilllegungen bzw. Privatisierungen abgeleitet worden, so standen hier Kommunikationsprobleme im Vordergrund.

Tatsächlich unterschieden sich die Einschätzungen zu den Vorgesetzten zwischen Berufstätigen ohne und denen in Sorge um den Arbeitsplatz erheblich, wobei nicht die Frage Ost- oder Westvorgesetzter im Mittelpunkt stand. Diese Frage war nicht gestellt worden.

Die Sorge um den Arbeitsplatz erhält mit dem Blick auf den Entscheidungsträger im Betrieb/in der Dienststelle eine vielleicht nicht unwichtige Dimension in bezug auf gesundheitliches Befinden. Die Sorge um den Bestand des Arbeitsplatzes muß ja nicht zwingend in der Person, ihrem Gesundheitszustand, ihrer Qualifikation usw. zu finden sein. Das Gefühl oder die Gewißheit von Mißmanagement im eigenen Betrieb oder von

mangelnder Initiative oder von fühlbarer Distanz der Vorgesetzten zu den Beschäftigten sind ja durchaus geeignet, Sorgen zu bereiten, oft ja gerade weil man die Hintergründe des Verhaltens der Vorgesetzten nicht zu durchschauen vermag.

Besorgte sahen in den letzten Wochen und Monaten vor der Befragung beim Vorgesetzten zu 65 % wenig Initiativen gegenüber betrieblichen Problemen, zu 62 % eine verschlechterte Vertretung ihrer Interessen und zu 55 % schlechtere Umgangsformen. Probanden an (subjektiv) sicheren Arbeitsplätzen sahen dieselben Probleme an ihren Arbeitsstellen nur zu 35, 38 und 45 %.

Unsicherheiten waren also durch das Verhalten von Vorgesetzten nicht unerheblich mitbestimmt.

Belastende soziale Verhältnisse

Arbeitslosigkeit an sich wird von vielen Autoren als belastender Faktor beschrieben, der gesundheitliche Beeinträchtigungen zur Folge haben kann.

Neben den bereits vor dem Eintritt der Arbeitslosigkeit vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen gibt es soziale Situationen, die sich im Falle einer Arbeitslosigkeit zusätzlich negativ auf den Gesundheitszustand der Betroffenen auswirken können.

Wir hatten also zu untersuchen, inwieweit sich Probleme im familiären oder häuslichen Bereich belastend auf den Gesundheitszustand Arbeitsloser im Vergleich zu anderen Gruppen nach dem Stand im Berufsleben auswirkten.

Hier zunächst die Darstellung der sozialen Komponente. Als Belastungsfaktoren wurden herausgefiltert:

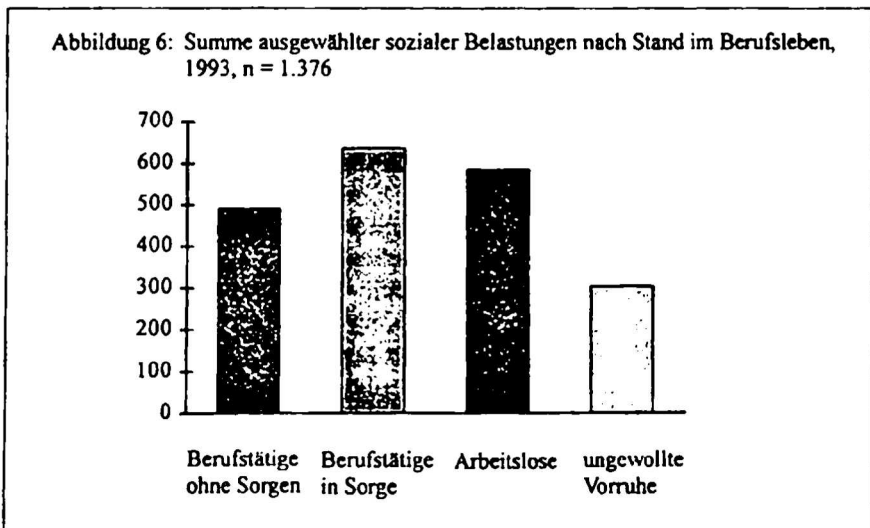
- Belastung durch Haushalt und Kinder
- Belastung durch Pflege von Familienangehörigen
- die Arbeitslosigkeit des Partners
- gehäufte Auseinandersetzungen in der Familie
- gestörtes Zusammengehörigkeitsgefühl in der Familie
- schlechtes Ansehen des Betroffenen in der Familie
- ungünstige Wohnverhältnisse.

Zunächst konnte festgestellt werden, daß rund 61 % der Probanden der Hauptgruppen und der ungewollten Vorruehändler keine Belastungen

bzgl. der aufgelisteten Faktorenangaben. Die drei Hauptgruppen unterschieden sich nicht voneinander.

Die Abbildung 6 zeigt an, daß Berufstätige hoch belastet waren. Nicht berücksichtigt waren dabei Belastungen, die durch die Arbeit selbst entstehen können, und die vor allem psychologischen Lasten, die aus Angst um den Arbeitsplatz oder das Gefühl der Chancenlosigkeit auf dem Arbeitsmarkt hervorgerufen werden.

Als bedenklich einzuschätzen ist die Situation der Berufstätigen in Sorge um ihren Arbeitsplatz. Sorge um die Arbeit plus zusätzliche Belastungen plus dem Gefühl der Chancenlosigkeit bei Verlust der Arbeit (74,1 % der Fälle) dürften in der Summe Wohlbefinden und Gesundheit nicht unerheblich berühren. Auch Arbeitslose waren deutlich zusätzlich belastet. Hilfe und Solidarität in der Familie führen offensichtlich noch nicht zu einer wirkungsvollen Support-Situation. Die »Entlastung« durch die fehlende Arbeit wird mehr als nur aufgebraucht durch andere soziale Nöte, die (vgl. mit den ausgewählten sozialen Belastungsfaktoren) zumindest mittelbar häufig durch Arbeitslosigkeit mitverursacht werden. Hypothetisch waren auch hier Auswirkungen auf den Gesundheitszustand zu erwarten.



Bezogen auf die Probanden in der jeweiligen Gruppe ergaben sich folgende Kennziffern der Belastung:

– Berufstätige mit sicherem Arbeitsplatz: 491 / 1000

- Berufstätige mit Sorge um den Arbeitsplatz: 636 / 1000
- Arbeitslose: 585 / 1000
- ungewollte Vorruheständler: 304 / 1000

Die Unterschiede der drei Hauptgruppen sind, auch wenn die Balkendarstellung das suggeriert, nicht signifikant. Signifikant sind die Unterschiede der drei Hauptgruppen zu den Vorruheständlern. Fast 64 % von ihnen geben keine Belastungen an. 62 % aller Probanden mit Belastung gaben eine an, 26 % zwei, mehr als zwei Belastungen hatten 12 %.

- Berufstätige*, die Belastungen angaben, klagten zu
- 25 % über unzureichende Wohnverhältnisse, hatten zu
 - 18 % einen arbeitslosen Partner, litten zu
 - 16 % über Auseinandersetzungen in der Familie und fühlten sich zu
 - 11 % allgemein durch Haushalt und Kinder belastet.
- Sozial zusätzlich belastete *Arbeitslose* litten zu
- 96 % unter unzureichenden Wohnverhältnissen, zu
 - 60 % unter familiären Auseinandersetzungen, zu
 - 35 % durch Haushalt und Kinder und hatten zu
 - 45 % einen arbeitslosen Partner.

Freizeitgestaltung

Unter der hypothetischen Annahme, daß alternative Arbeit, durch die Arbeitslosen eine sinnvolle Lebensführung möglich wird, nicht ausreichend organisiert werden kann, kommt dem Freizeitverhalten der Betroffenen erhebliche Bedeutung für Bewältigungsstrategien bei Arbeitslosigkeit zu. Die Nutzung der verfügbaren Möglichkeiten für eine sinnvolle Freizeit ist wahrscheinlich unterentwickelt, bietet aber gerade deshalb vielfältige Ansatzpunkte für erfolgversprechendes Coping.

Fragen nach der Freizeitgestaltung waren in dreifacher Hinsicht interessant:

a) Welche Freizeitaktivitäten wurden von unseren Probanden überhaupt und in welchem Umfang wahrgenommen, um abwägen zu können, ob sie in irgendeiner Weise für Bewältigungsstrategien bzgl. Arbeitslosigkeit eingesetzt werden können?

b) Änderte sich das Freizeitverhalten unter den Bedingungen von Arbeitslosigkeit?

c) Änderte sich auch für Berufstätige das Freizeitverhalten?

Erfaßt wurden 16 Freizeitaktivitäten im Vergleich zum Vorjahr mit den

Meßgrößen »1 = häufiger, 2 = gleichgeblieben, 3 = seltener, 4 = nie«. Faßte man die unter dem Freizeitbegriff ausgewählten Lebensbereiche zusammen, zeigte sich, daß sich Arbeitslose und Erwerbstätige nur bei den Feldern »Sport«, »Briefwechsel pflegen« und »zusätzliche Erwerbsarbeit« nicht unterschieden. In 13 von 16 Lebensbereichen verhielten sich Arbeitslose anders. Das zeigt deutlich, wie gravierend der gesellschaftliche Umbruch gerade diese Population trifft, berührt, zu gewaltigen Umstellungen in der Lebensführung zwingt.

Bei Berufstätigen, die in Sorge um ihren Arbeitsplatz lebten, fanden wir zum Teil ein Verhalten, das mehr zu dem der Arbeitslosen neigte (Theater, Kino). Da finanzielle Beweggründe dafür nicht in Frage kommen, müssen noch andere bestehen. Geknüpft an die Sorge um den Arbeitsplatz könnte es der berufliche Streß sein. In Feldern, wo ihnen als Berufstätige, als Verdienner, mehr finanzielle Möglichkeiten zur Verfügung standen, wie z. B. bei »Gaststätten besuchen« und »Reisen«, unterschieden sie sich positiv von den Arbeitslosen. Manchmal lagen sie in ihrem Verhalten in der Mitte zwischen den Gruppen, aber eine gewisse Neigung zur Lebensphilosophie der Berufstätigen ohne Sorgen war schon spürbar. Diese Gruppe ist mehr zwischen Hoffen und Bangen hin und her gerissen, sie macht sich das Leben offensichtlich schwerer als es sein müßte. Klar ist aber auch, daß sie aus diesem Dilemma nicht allein herausfindet.

Dem Freizeitverhalten der Arbeitslosen, auch Langzeitarbeitslosen, waren kaum tragfähige Elemente für Bewältigungsstrategien zu entnehmen. Die hypothetischen Erwartungen haben sich nicht erfüllt. Damit waren hypothetisch erwartete positive Wirkungen auf den Gesundheitszustand durch die bessere oder andere Nutzung der Freizeit ebenfalls nicht sehr wahrscheinlich. Weiterbildung und Lernen dürften nur solange psychologisch entlastend wirken, solange damit Hoffnungen auf neue Arbeit verbunden werden können. Die weitgehende Umstellung fast aller Lebensbereiche bei Arbeitslosen dürfte eher zu negativen gesundheitlichen Wirkungen führen.

Positive Wirkungen des Freizeitverhaltens auf den Gesundheitszustand haben wir auch in der weiteren Untersuchung nicht finden können.

Gesundheitszustand

Es gibt zwei übliche Verfahren, den Gesundheitszustand zu messen:

1. Der Patient wird gefragt, wie er seinen Gesundheitszustand einschätzt.

In der Forschung wird dieser Methode häufig der Vorzug eingeräumt, weil die Angaben des Patienten meist sehr zuverlässig sind und zudem das vom Patienten täglich erlebte körperliche und geistige Leistungsvermögen einschließen.

2. Der Arzt ermittelt objektive Daten des Gesundheitszustandes durch Messung des Blutdrucks, des Gewichtes, die Einnahme bestimmter Medikamente, eine Vielzahl von Labordaten, diagnostizierte Krankheiten oder Verschlechterungen des Zustandes des Patienten aus der Sicht des Arztes u. a. m.

Da wir diese Untersuchung zusammen mit Ärzten durchgeführt haben, standen uns beide Möglichkeiten der Beurteilung des Gesundheitszustandes zur Verfügung.

Im Ergebnis unserer detaillierteren Auswertung war festzustellen, daß der »subjektive Gesundheitszustand« nach Stand im Berufsleben unterschiedlich bewertet wurde. Dabei fühlten sich die Berufstätigen ohne Sorgen um den Arbeitsplatz am gesündesten. Nur 65 von 460 (14,1 %) gaben ihren Gesundheitszustand mit »mehr schlecht« oder »schlecht« an. Alle anderen unterschieden sich deutlich hinsichtlich der Einschätzung des Gesundheitszustandes von dieser Gruppe der Beschäftigten.

Der subjektive Gesundheitszustand der Berufstätigen in Sorge war mit 23,3 % schlechten Einschätzungen negativer als jener der Arbeitslosen (20,5 %). Damit werden an sich analoge Angaben der Literatur bestätigt, welche die Phase vor der Entlassung mit ihren Unwägbarkeiten, Befürchtungen und Hoffnungen als psychisch besonders belastend angeben. Es ist dabei nicht von Bedeutung, ob eine Entlassung tatsächlich unmittelbar bevorsteht oder der Beschäftigte sich »nur« durch die Möglichkeit einer Entlassung verunsichert fühlt.

In der Literatur finden sich zu dieser Gruppe von Verunsicherten jeweils Beschreibungen aus einzelnen Betrieben oder Einzugsgebieten bestimmter Allgemeinpraktiker. In diese sächsische Studie waren Menschen größerer territorialer Regionen einbezogen. Die Anteile derjenigen, die Angst um ihren Arbeitsplatz hatten, rund 41 % der erwerbstätigen Männer und 50 % der erwerbstätigen Frauen, konnten bisher als Massenerscheinung nicht beobachtet werden. Damit erhält die Aussage eines subjektiv schlechteren Gesundheitszustandes in der beschriebenen Höhe eine bevölkerungspolitische, gesundheitspolitische Dimension, die zu Befürchtungen Anlaß gibt. Mit Sicherheit zu vermuten ist, daß diese Verhältnisse nicht nur ein sächsisches Problem darstellen, sie werden überall in Ostdeutschland anzutreffen sein.

Sieht man von der Phase des Wartens auf Arbeitslosigkeit ab, findet man in der Literatur nicht selten, daß es bezüglich des subjektiven Gesundheitszustandes zwischen Berufstätigen und Arbeitslosen keine Unterschiede gibt. Faßt man in unserer Untersuchung alle Berufstätigen (mit und ohne Sorge um den Arbeitsplatz) als eine Gruppe zusammen und vergleicht deren subjektiven Gesundheitszustand mit dem der Arbeitslosen, dann ergeben sich ebenfalls keine wesentlichen Unterschiede. Alle Untersuchungen zu Folgen der Arbeitslosigkeit in bezug auf den Gesundheitszustand sind, kann man daraus rückblickend schließen, wenig aussagefähig, wenn man die Erwerbstätigen nicht bzgl. ihrer Befindlichkeiten (Sorgen, Ängste) untergliedert.

Aus der speziellen Situation des Arbeitsmarktes in den neuen Bundesländern ist deshalb zu schlußfolgern, daß die unverhältnismäßig große Zahl der Berufstätigen in Sorge um den Arbeitsplatz gesundheitliche Probleme vorprogrammiert. Ein weiteres Merkmal dieser Situation ist, daß diesen Kreis der von Arbeitslosigkeit indirekt Betroffenen kaum jemand zur Kenntnis nimmt. Sie werden nirgendwo erfaßt, sie werden nirgendwo betreut, wenn man von einigen wenigen Bemühungen der Gewerkschaften absieht, in solchen Situationen Sozialpläne zu erkämpfen und allgemein Mut zu machen.

Dieses Problem hat unserer Ansicht nach MÖLLER-LÜCKING (1987)¹ sehr pointiert und richtig beschrieben: »Als ein grundsätzliches Problem unserer Gesellschaft erscheint der Mangel an Zuwendung gegenüber besonders Benachteiligten und den von den Auswirkungen des Wirtschaftssystems besonders Betroffenen«.

Wir kommen auf dieses Problem noch einmal bei den Ansätzen für Bewältigungsstrategien zurück.

Wir hatten bereits feststellen können, daß Arbeitslose und Berufstätige in Sorge um ihren Arbeitsplatz bzgl. ihres Gesundheitszustandes dicht beieinander lagen, Berufstätige in Sorge eher noch etwas schlechter gestellt waren. Die weitere Differenzierung nach Kurz- und Langzeitarbeitslosen zeigte die wesentlich schlechtere Position der Langzeitarbeitslosen und daß zumindest langdauernde Arbeitslosigkeit direkte Auswirkungen auf den Gesundheitszustand hatte.

Einen mehr schlechten Gesundheitszustand hatten:

Berufstätige ohne Sorgen	14,1 %
Kurzzeitarbeitslose	17,5 %

¹ Möller-Lücking, N.: Arbeitslosigkeit, Beschäftigungspolitik und Gewerkschaften. In: Kieselbach, T. und Wacker, A. (Hrsg.): Individuelle und gesellschaftliche Kosten der Massenarbeitslosigkeit. Weinheim: Deutscher Studienverlag 1987. S. 284.

Berufstätige in Sorge	23,3 %
Langzeitarbeitslose	25,9 %.

Bei unseren Untersuchungen fanden sich generell keine Unterschiede im subjektiven Gesundheitszustand von Frauen und Männern. Nach dem Stand im Berufsleben zeigte sich aber, daß arbeitslose Frauen häufiger einen schlechten subjektiven Gesundheitszustand angaben als Frauen in sicherer Arbeit. Auch arbeitslose Männer und berufstätige Männer in Sorge hatten einen deutlich schlechteren subjektiven Gesundheitszustand als alle anderen Männer.

Hoffnungen auf einen Arbeitsplatz und subjektiver Gesundheitszustand

Die Probanden wurden befragt: »Falls Sie arbeitslos sind bzw. werden sollten, wie schätzen Sie Ihre Chancen auf neue Arbeit ein?«. Das vorgegebene Antwortmodell lautete: gut = 1, mehr gut als schlecht = 2, mehr schlecht als gut = 3, schlecht = 4. Die Items 1 und 2 wurden als »gut«, die Items 3 und 4 als »schlecht« zusammengefaßt. Hypothetisch stand die Frage, ob bei subjektiv empfundener Chancenlosigkeit auf dem Arbeitsmarkt negative Auswirkungen auf den subjektiven Gesundheitszustand verstärkt werden.

Verglich man den Einfluß des Bestehens bzw. des Nichtbestehens einer Hoffnung auf einen Arbeitsplatz auf den subjektiven Gesundheitszustand bei Arbeitslosen, dann war festzustellen, daß bei Vorliegen einer Hoffnung weniger häufig (15,9 %) ein schlechter Gesundheitszustand angegeben wurde als bei Nichtvorliegen einer solchen (23,9 %). Dieser Zusammenhang ist hoch signifikant.

Subjektiv empfundene geringe Chancen auf dem Arbeitsmarkt führen also zu schlechterer Gesundheit. Schlechte Gesundheit verschärft auf der anderen Seite das Gefühl der Chancenlosigkeit. Dieser Zusammenhang ist zudem an bisherige Erfahrungen mit Arbeitslosigkeit geknüpft.

Es ergaben sich folgende Beziehungen:

1. Bei *gutem* Gesundheitszustand...

... und *keinen* Erfahrungen mit Arbeitslosigkeit

sahen die Probanden zu 53,8% keine Chancen,

...und *Erfahrungen* mit Arbeitslosigkeit zu 77,6% keine Chancen.

2. Bei *schlechtem* Gesundheitszustand...

... und *keinen* Erfahrungen mit Arbeitslosigkeit
sahen die Probanden zu 74,0% keine Chancen,
...und *Erfahrungen* mit Arbeitslosigkeit zu 87,3% keine Chancen.

Zum Zusammenhang von sozialen Belastungen und Gesundheitszustand

Wir haben vorn einige Aspekte der sozialen Belastung unserer Befragten beschrieben. Im weiteren soll untersucht werden, ob sich aus diesen zusätzlichen Belastungen Folgen für den Gesundheitszustand der Betroffenen ergaben, was hypothetisch zu erwarten war.

Schaut man sich die Summe der Belastungen je 1.000 der jeweiligen Probanden in der Abbildung 7 an, so zeigt sich, daß auch Berufstätige hoch durch weitere Faktoren belastet waren. Nicht berücksichtigt waren dabei die Belastungen, die durch die Arbeit selbst entstehen können und die vor allem psychologischen Lasten, die aus Angst um den Arbeitsplatz oder das Gefühl der Chancenlosigkeit auf dem Arbeitsmarkt hervorgerufen werden. Trotzdem war, wie wir gesehen haben, der subjektive Gesundheitszustand der *Berufstätigen ohne Sorgen* zu 85,9 % als gut eingeschätzt worden. Ein sicherer Arbeitsplatz ließ also die Probanden auch größere zusätzliche Belastungen ertragen, ohne daß sich daraus im größeren Maß gesundheitliche Beeinträchtigungen ergaben.

Schon sehr viel schlechter war die Situation der *Berufstätigen in Sorge* um ihren Arbeitsplatz einzuschätzen. Sorge um die Arbeit plus zusätzliche Belastungen plus dem Gefühl der Chancenlosigkeit bei Verlust der Arbeit (74,1 % der Fälle) hatten bei 23,2 % zu einem subjektiv schlechten Gesundheitszustand geführt.

Arbeitslose waren deutlich zusätzlich belastet. Hilfe und Solidarität in der Familie führten offensichtlich noch nicht zu einer wirkungsvollen Support-Situation. Die »Entlastung« durch die fehlende Arbeit wurde mehr als nur aufgebraucht durch andere soziale Nöte, die (wie die ausgewählten sozialen Belastungsfaktoren) zumindest mittelbar häufig durch Arbeitslosigkeit mitverursacht werden. Da der subjektive Gesundheitszustand der Arbeitslosen nur sehr wenig besser war als der der Berufstätigen in Sorge, kann man hier ableiten, daß tatsächlich die Arbeitslosigkeit an sich erheblich zu dieser schlechteren gesundheitlichen Befindlichkeit beigetragen hat.

Ausmaß subjektiver gesundheitlicher Beschwerden

In dieser Untersuchung wurden alle Beschwerden mit Hilfe einer 25-Item-Liste erfaßt. Vernachlässigt wurden in der Auswertung alle statistisch schwach besetzten Items und alle, für die der Proband das Vorhandensein verneinte bzw. sie als mäßig oder selten auftretend charakterisierte.

Deutliches bzw. sehr starkes Ausmaß von Beschwerden wurde, wie in Tabelle 10 ausgewiesen, angegeben. Dabei hatten wir wieder nach den drei Hauptgruppen getrennt. Das Anliegen dieser Befragung war ja nicht, die Morbidität (Krankheitshäufigkeit) der Probanden festzustellen, sondern zu prüfen, ob der Stand im Berufsleben, insbesondere der Status »arbeitslos«, zu besonderen gesundheitlichen Auswirkungen führt. Die Gruppen der Berufstätigen waren also mehr als Kontrollgruppen gedacht. Beschwerden, die in allen drei Gruppen gleich verteilt waren, werden deshalb nicht besonders diskutiert.

Erste Auffälligkeit war das durchgehend schwächere Beschwerdeausmaß bei Berufstätigen ohne Sorgen. Am ehesten waren sie durch Erschöpfung und Abgespanntheit (31,3 %), Durchschlafstörungen (17,2 %) und rasche Ermüdbarkeit (14,2 %) betroffen, Zustände, die mit der Arbeit selbst im Zusammenhang stehen konnten.

Durchgehend stärker betroffen waren die Berufstätigen in Sorgen um ihren Arbeitsplatz und Arbeitslose. Die Sorgen um den noch ausgefüllten Arbeitsplatz schienen den Sorgen und Schwierigkeiten der Arbeitslosen, eine neue Arbeit zu finden, gleich zu sein, soweit es die Auswirkungen auf das gesundheitliche Befinden betraf. Auch das vorn festgestellte Solidaritätsgefühl in der Familie hatte angesichts der zusätzlichen sozialen Belastungen bei den Arbeitslosen Einwirkungen auf den Gesundheitszustand nicht verhindern können. Und auch bei den Berufstätigen in Sorge hatten soziale Gesamtbelastung und Sorgen um den Arbeitsplatz eher noch verstärkte Anzeichen von gesundheitlicher Belastung (Erschöpfung, Abgespanntheit, Durchschlafstörungen, Herzbeschwerden und rasche Ermüdbarkeit) offen gelegt.

Für alle nachfolgend in der Tabelle 10 (siehe gegenüberliegende Seite) aufgeführten Beschwerden gab es signifikante Unterschiede in der Verteilung.

Tabelle 10: Fälle mit deutlichen und sehr starken Beschwerden nach Art der Beschwerden und Stand im Berufsleben, 1993

subjektive Beschwerden	Berufstätige ohne Sorgen in %	Berufstätige in Sorge in %	Arbeitslose in %
Einschlafstörungen	11,9	17,8	19,9
Geräuschempfindlichkeit	11,3	18,8	19,0
Herzschmerz, -druck, -stiche	13,4	26,1	25,4
Durchschlafstörungen	17,2	27,8	24,1
Kribbeln, Prickeln, Einschlafen der Hände, Arme...	13,9	23,1	25,0
Erschöpfung, Abgespanntheit	31,3	37,9	30,4
rasche Ermüdung	14,2	23,4	24,5
absolut	460	400	380

Intensität gesundheitlicher Beschwerden im zeitlichen Verlauf

Wir hatten zunächst das Ausmaß gesundheitlicher Beschwerden bestimmt. Diesen Ist-Zustand haben wir hinterfragt, wie sich »diese Beschwerden im letzten Halbjahr entwickelt hatten«. Der Proband konnte mit »verstärkt«, »gleichgeblieben« oder »vermindert« antworten.

Eine *Verstärkung* im letzten Halbjahr gaben an:

Berufstätige ohne Sorgen	zu 24,2 % bei Erschöpfung, Abgespanntheit
	zu 12,9 % bei Durchschlafstörungen
	zu 11,6 % bei rascher Ermüdbarkeit
	zu 10,7 % bei Kreislaufstörungen
	zu 10,2 % bei Einschlafstörungen
Berufstätige in Sorge	zu 27,8 % bei Erschöpfung, Abgespanntheit
	zu 19,7 % bei Durchschlafstörungen
	zu 16,9 % bei rascher Ermüdbarkeit
	zu 16,2 % bei Kreislaufstörungen
	zu 11,6 % bei Herzbeschwerden

Arbeitslose	zu 23,7 % bei Erschöpfung, Abgespanntheit
	zu 21,8 % bei Durchschlafstörungen
	zu 18,5 % bei Einschlafstörungen
	zu 16,4 % bei rascher Ermüdbarkeit
	zu 16,0 % bei Kreislaufstörungen
	zu 11,1 % bei Herzbeschwerden

Berufstätige waren selbst in der Rangfolge von gleichen Beschwerden betroffen, die im letzten Halbjahr vor der Befragung eine Verstärkung erfahren hatten, aber Berufstätige in Sorgen waren zu höheren Anteilen präsent und darüber hinaus zusätzlich mit verstärkten Herzbeschwerden konfrontiert.

Die Arbeitslosen hatten bei leichten Rangverschiebungen gleichhohe Verschlechterungen zu verzeichnen wie Berufstätige in Sorge. Auch dieser Vergleich bezeugt einmal mehr, daß bezüglich ihres Gesundheitszustandes Berufstätige in Sorgen den Arbeitslosen näher stehen als den anderen Erwerbstätigen.

Bei den Einschlaf- und Durchschlafstörungen waren die Unterschiede zwischen den drei Gruppen hochsignifikant. Arbeitslose und besorgte Berufstätige waren stärker betroffen. Signifikant waren die Unterschiede bei Herzschmerzen, -druck, -stichen. Am meisten betroffen waren hier die Berufstätigen in Sorgen vor den Arbeitslosen. Vom Trend her hatten sich diese Beschwerden aus dem Jahr 1993 gegen 1994 um 12,8 (Berufstätige in Sorge) und 9,1 % (Arbeitslose) verstärkt.

Signifikant sind auch die Unterschiede bei rascher Ermüdbarkeit. Auch hier waren die beiden letztgenannten Gruppen stärker betroffen (>16 %). Durchgehend waren bei allen erfaßten Beschwerden die Berufstätigen ohne Sorgen um ihren Arbeitsplatz weniger betroffen.

Die Anteile mit verstärkten Beschwerden im letzten Halbjahr vor der ersten Befragung waren über alle Probanden hinweg so hoch, daß eine allgemein hohe soziale Belastung zu vermuten ist. Belastungen, die der Berufstätige am Arbeitsplatz zu tragen hat, zusätzliche Belastungen durch Haushalt und Familie und schließlich die emotional negativ besetzten Felder, die aus Hoffen und Harren auf neue sinnvolle Tätigkeit entstehen.

Zum Bestand (Prävalenz) chronischer Erkrankungen

Erfaßt wurden auch chronische Erkrankungen, die in ärztlicher Behandlung waren. Diese chronischen Erkrankungen sind also Ausdruck eines

objektiven Krankheitsgeschehens, da im Hintergrund das ärztliche Urteil gegeben ist.

Insgesamt war die Anzahl chronischer Erkrankungen mit 2.017 größer als die Zahl der Probanden ($n = 1.251$). Chronische Erkrankungen entstehen im allgemeinen längerfristig, in Jahren oder Jahrzehnten bilden sie sich heraus. Da sie viele Jahre zu ihrer Ausprägung benötigen, ist stets eine Altersabhängigkeit gegeben. Vergleicht man also Gruppen mit unterschiedlicher Altersverteilung, können sich leicht Fehlinterpretationen einstellen. Die Methode der Wahl, diesen Fehler zu vermeiden, ist die Altersstandardisierung, die wir für dieses Merkmal also zwingend eingesetzt haben. Da die Anteile unter der Bevölkerung mit chronischen Krankheiten mit zunehmendem Alter größer werden, führt die im allgemeinen ansteigende Lebenserwartung unserer Bevölkerung dazu, daß auch die Träger chronischer Erkrankungen mit der Zeit zunehmen. Diesen Effekt können wir aber in dieser Untersuchung außer acht lassen, weil unsere Befragten während der Untersuchung nur ein Lebensjahr älter geworden waren, in dem sich normalerweise der Zuwachs an chronischen Krankheiten in Grenzen hält. Eine Abhängigkeit vom Stand im Berufsleben konnte insofern vorliegen, daß Arbeitslose wegen ihrer chronischen Erkrankungen in die Arbeitslosigkeit geschickt wurden, was wir zunächst wegen der überhasteten Abläufe auf dem Arbeitsmarkt nach der Wende für wenig wahrscheinlich hielten.

Wir haben deshalb als erstes Berufstätige und Arbeitslose gegenübergestellt, die ungewollten Vorruehständler miterfaßt, um das natürliche, altersbezogene Geschehen bei chronischen Krankheiten zu demonstrieren.

Die Anteile mit chronischen Erkrankungen lagen bei 51,6 % bei Berufstätigen und 61,9 % bei Arbeitslosen. Nach Altersstandardisierung waren die Unterschiede hochsignifikant (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: chronische Erkrankungen nach Stand im Berufsleben, 1993

Anzahl chronischer Erkrankungen	Stand im Berufsleben			gesamt in %
	Berufstätige in %	Arbeitslose in %	ungewollte Vorruehe in %	
keine	48,4	38,1	28,8	43,8
eine	28,7	30,3	12,0	27,6
2 bis 3	19,3	25,4	42,4	23,1
mehr als 3	3,6	6,2	16,8	5,5
n absolut	865	386	125	1.376

Arbeitslose waren also stärker durch chronische Erkrankungen belastet. Während das Alter, wie wir vorn darstellen konnten, zu keinem Selektionseffekt bezüglich Arbeitslosigkeit geführt hatte, war der Gesundheitsstatus, bezogen auf den Hintergrund einer chronischen Erkrankung, offenbar ein Grund für den Gang in die Arbeitslosigkeit, ein Selektionseffekt also, trotz der Hektik der gesellschaftlichen, hier der strukturellen Umgestaltung der Wirtschaft.

Die verantwortlichen Leiter haben in der Umstrukturierungsphase, die meist mit einer Reduzierung des Personals einherging, ältere Mitarbeiter, wahrscheinlich wegen ihrer fachlichen Kompetenz, weiter beschäftigt. Gesundheitliche Handicaps der Mitarbeiter, die den häufig alteingesessenen Leitern aus der Vergangenheit natürlich bekannt waren, waren unausgesprochen ein wahrscheinlich häufiger Grund für die Entlassung.

Dieser Selektionseffekt wurde unterstrichen, wenn man die Arbeitslosen nach der Dauer der Arbeitslosigkeit differenzierte. Die Langzeitarbeitslosen waren mit 68,5 % stärker betroffen als die übrigen Kurzarbeitslosen mit 57,6 %.

Die Tabelle 11 gibt auch das Maß an chronischen Erkrankungen wieder. So schien *eine* chronische Krankheit – hier waren Berufstätige und Arbeitslose fast gleich hoch betroffen – noch nicht das entscheidende Maß für eine Kündigung zu sein. Erst bei zwei und mehr chronischen Erkrankungen lag der Schwerpunkt bei den Arbeitslosen.

Immerhin war auch fast die Hälfte der Berufstätigen durch chronische Erkrankungen belastet. Es lag nun nahe zu prüfen, ob die »Sorgen um den Arbeitsplatz« nicht auch durch die schon vorhandene gesundheitliche Belastung befördert wurden. Wir haben deshalb die Berufstätigen nach den beiden Gruppen »ohne und in Sorgen« getrennt (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12: chronische Erkrankungen der Berufstätigen nach Stand im Berufsleben, 1993

Anzahl chronischer Erkrankungen	Berufstätige ohne Sorgen in %	Berufstätige in Sorge in %
keine	51,1	45,4
eine	29,1	28,2
2 bis 3	17,7	21,2
mehr als 3	2,2	5,2
n absolut	464	401

Die Belastungen der Berufstätigen ohne und in Sorge durch chronische Erkrankungen unterschieden sich nicht. Damit liegt ein Hinweis dafür vor, daß die Sorgen um den Arbeitsplatz ihre Ursache nicht in chronischen Krankheiten finden.

Während eine Selektion nach dem Gesundheitszustand bei der Entscheidung einer Weiterbeschäftigung offensichtlich erfolgte, bewies die höhere Betroffenheit der Langzeitarbeitslosen, daß, war der einmal Entlassene chronisch krank, seine Chancen auf Wiederbeschäftigung erheblich sanken.

Damit wurden die Aussagen von BÜCHTEMANN (1984)¹ bestätigt. Er wies nach, daß Arbeitslose mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht nur mehr unter den Folgen der Arbeitslosigkeit leiden, sondern ein eigenständiges Vermittlungshindernis sind. Sie könnten erst nach längerer Zeit wieder vermittelt werden und trügen durch ihren längeren Verbleib in der Arbeitslosigkeit zu einer Verschlechterung des durchschnittlichen Gesundheitszustandes der Arbeitslosen bei.

BÜCHTEMANN (1985)² kritisiert generell, daß bei der Untersuchung der Arbeitslosigkeit und ihrer Folgen oft von Kleinststichproben ausgegangen wird und illegale Kausaldeutungen und Verallgemeinerungen vorgenommen werden. Darüber hinaus würden die Zusammenhänge von Arbeitslosigkeit und Gesundheit oft der ausreichenden Begründung entbehren. Das schein insbesondere für die möglichen Zusammenhänge von bestehenden chronischen Erkrankungen und Entlassung zuzutreffen. Das gleiche gelte aber auch für den Anteil und Beitrag chronischer Erkrankungen zum Gesundheitszustand Arbeitsloser.

Wir müssen diesen Ausführungen von Büchtemann zunächst soweit zustimmen, daß mögliche gesundheitliche Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf den Gesundheitszustand von bestehenden chronischen Erkrankungen überlagert sind, und wir werden dieses im folgenden zu berücksichtigen haben.

1 Büchtemann, C. F.: Gesundheitliche Beeinträchtigung und Bewältigung von Arbeitslosigkeit. In: Elsner G. (Hrsg.): Was uns kaputt macht: Arbeitsmarkt und Arbeitsmedizin. Hamburg: VSA-Verlag 1984. S. 112-120.

2 Büchtemann, C. F.: Die soziale Erfahrung von Arbeitslosigkeit: Erwerbsbiographischer Kontext und psychosoziale Verarbeitung. In: Keupp, H.; Kleiber, D; Scholten, B. (Hrsg.): Im Schatten der Wende: Helferskrisen, Arbeitslosigkeit, berufliche Rehabilitation. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie 1985 (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 8). S. 107-121.

Verschlechterung des Gesundheitszustandes 1992 zu 1993

Durch die Ärzte wurden einige Daten des objektiven Gesundheitszustandes der Probanden erfaßt. Dazu gehörten auch akute Krankheiten. Da diese aber stark von äußeren Gegebenheiten abhängig sind und in dieser Untersuchung keine epidemiologische Analyse vorgesehen war, haben wir diese Daten zunächst nicht berücksichtigt. Für jede einzelne beim Patienten vorliegende Erkrankung hatte der behandelnde Arzt einzuschätzen, ob sich der Zustand im Verlauf der Jahre 1992 zu 1993 bzw. bei mehr akuten Erkrankungen im Verlauf der letzten Wochen und Monate verändert hatte. Vier Kategorien einer Verschlechterung wurden gemessen:

- Veränderung eines akuten in einen chronischen Zustand
- Ersterfassung eines chronischen Zustandes im Folgejahr
- Veränderung eines akuten in einen akut-rezidivierenden Zustand
- Veränderung eines akut-rezidivierenden in einen chronischen Zustand.

Als weitere objektive Verschlechterungen wurden erfaßt: der Anstieg des systolischen Blutdrucks um mindestens 20 mmHg oder gleich/über 160 mmHg sowie ein diastolischer Blutdruck gleich/über 90 mmHg und die Einnahme von mehr Medikamenten gegenüber dem Vorjahr.

Alle diese Belastungen des Probanden wurden aufsummiert und die jeweilige Verschlechterungsrate je 1.000 Patienten ermittelt.

Im Vordergrund stand die Frage, ob bei Arbeitslosigkeit eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes festzustellen war. In den Gruppen nach Stand im Berufsleben waren Unterschiede bei der Häufigkeit von Verschlechterungsraten des Gesundheitszustandes zu erkennen.

Bei 244/1.000 der *Berufstätigen mit sicherem Arbeitsplatz* wurde eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes festgestellt.

Bei *Berufstätigen in Sorge* um den Arbeitsplatz erfolgte dies in 304/1.000 aller Fälle.

Arbeitslose hatten zu 365/1.000 einen verschlechterten objektiven Gesundheitszustand.

Im Durchschnitt hatte sich bei 31,3 % dieser Probanden der Gesundheitszustand verschlechtert.

In allen drei Gruppen hatte sich also auch objektiv der Gesundheitszustand verschlechtert.

Im einzelnen trat der erhöhte Blutdruck bei 17,5 % der Patienten auf, zu 10,1 % wurden mehr Medikamente genommen, und zu 8,1 % hatte sich die gegebene Krankheit verschlechtert.

Frauen waren von Verschlechterungen ihres Gesundheitszustandes in gleicher Weise betroffen wie Männer. Unter den Männern hatten lediglich die Vorrueheständler gegenüber den Berufstätigen ohne Sorge einen signifikant schlechteren Gesundheitszustand. Unter den Frauen hatten die arbeitslosen höhere Verschlechterungsraten.

Verschlechterungen des Gesundheitszustandes wurden gefunden:

- zu 25,7 % bei Berufstätigen in Sorge; (Männer – 22,8 %)
- zu 28,5 % bei Berufstätigen ohne Sorgen; (Männer – 33,8 %)
- zu 36,5 % bei Arbeitslosen. (Männer – 36,7 %).

An den Verschlechterungen des Gesundheitszustandes war die Kategorie »Veränderung eines akut-rezidivierenden in einen chronischen Zustand« mit 69,3 bis 72,9 % beteiligt.

Wir hatten schon feststellen können, daß besonders die Altersgruppe der 30– bis unter 40jährigen und dann die über 50jährigen von Arbeitslosigkeit betroffen wurden. Es hatte keine Selektion nach dem Alter gegeben, die Unterschiede bzgl. der Prävalenz chronischer Erkrankungen zu den Berufstätigen waren aber deutlich. Waren diese Verhältnisse auch bei der Analyse der Verschlechterung des Gesundheitszustandes wiederzufinden? (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13: Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach Stand im Berufsleben und Alter

Alter	Berufstätige ohne Sorgen in %	Berufstätige in Sorge in %	Arbeitslose in %	insgesamt absolut
unter 30 Jahre	21,4	23,3	21,4	78
30 – unter 40	17,7	27,9	37,7	111
40 – unter 50	33,3	35,9	40,7	101
über 50	33,3	35,5	49,3	82

Hochsignifikant ist der schlechte objektive Gesundheitszustand der Arbeitslosen gegenüber den Berufstätigen ohne Sorge.

Die kleinen Zahlen in den einzelnen Altersgruppen (20–50 Fälle) erlauben aber keine weitergehenden Schlußfolgerungen.

BÜCHTEMANN (1984)¹ stellt in der bereits zitierten Studie fest, daß der vorliegende Gesundheitszustand wesentlichen Einfluß auf die Chancen einer möglichen Wiedereingliederung Arbeitsloser habe. 86 % der Arbeitslosen mit gutem Gesundheitszustand, aber nur 69 % mit eingeschränktem und letztlich nur 51 % mit stärker eingeschränktem Gesundheitszustand gelänge innerhalb von 5 Jahren die berufliche Wiedereingliederung. Insgesamt konnten nur 44 % der im Jahre 1978 arbeitslosen Personen bis 1982 wieder stabil in ihrem Beruf Fuß fassen.

Wenn wir auch für Sachsen trotz der Zeitraffer-Abläufe in der Strukturierung der Wirtschaft eine Selektion bezüglich Arbeitslosigkeit auf Grund des Gesundheitszustandes feststellen konnten, so ist das, was Büchtemann beschreibt, für zukünftige Entwicklungen mehr als wahrscheinlich. Das Ausmaß der Verschlechterungen, die wir zunächst nur im Ablauf eines Jahres belegen konnten, läßt für die Zukunft noch stärkere Selektionsprozesse erwarten. Dem kann man eigentlich nur präventiv entgegensteuern.

Verschlechterungen der Gesundheit bei Langzeitarbeitslosen

Der Vergleich der Berufstätigen mit den Arbeitslosen zeigt hier folgende Verteilung:

Berufstätige ohne Sorgen	– 29,8 % mit Verschlechterungen,
Kurzzeitarbeitslose	– 33,2 % mit Verschlechterungen,
Langzeitarbeitslose	– 39,7 % mit Verschlechterungen.

Der gesellschaftliche Umbruch, insbesondere Arbeitslosigkeit und deren indirekte Wirkungen, zeigte bei Berufstätigen in Sorge um ihren Arbeitsplatz, Arbeitslosen und besonders Langzeitarbeitslosen erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigungen. Bei älteren Menschen sind vor allem die um den Arbeitsplatz Besorgten und die Frauen als Risikogruppen zu sehen, weil schon die Kurzfristigkeit des Geschehens gesundheitliche Auswirkungen nachweisen ließ. Es waren chronisch Kranke infolge ihres gesundheitlichen Handicaps besonders von Arbeitslosigkeit und verstärkt von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen. Aus diesem Blickwinkel sind chronisch Kranke als besondere Risikogruppe einzuordnen, was wegen der hohen Prävalenz chronischer Erkrankungen in unserer Bevölkerung von großer gesundheitspolitischer Bedeutung ist.

¹ Büchtemann, C. F.: Gesundheitliche Beeinträchtigung und Bewältigung von Arbeitslosigkeit. In: Elsner G. (Hrsg.): Was uns kaputt macht: Arbeitsmarkt und Arbeitsmedizin. Hamburg: VSA-Verlag 1984. S. 112–120.

Schon die Sorge um den Arbeitsplatz führte bei Arbeitnehmern zu Einstellungen, Haltungen, psychologischen Einschätzungen der Situation, die sich stärker negativ auf den Gesundheitszustand auswirkten als bei von Arbeitslosigkeit direkt Betroffenen.

Der Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und daraus resultierender gesundheitlicher Beeinträchtigung konnte vielfältig nachgewiesen werden. Inwieweit diese Prozesse durch andere Wirkungen des gesellschaftlichen Umbruchs verstärkt oder vermindert worden sind, war wegen der Kurzfristigkeit der Studie nicht zu beurteilen.

Bei allen Befragten konnten zusätzliche soziale Belastungen festgestellt werden, ohne daß sich daraus zusätzliche Gesundheitsgefährdungen hätten nachweisen lassen. Da das auch für Arbeitnehmer mit sicherem Arbeitsplatz festzustellen war, war diese, in unserer Untersuchung ja nur subjektiv empfundene Sicherheit, schon hinreichend für ein gutes Gesundheitsgefühl.

Die Befragung und ärztliche Untersuchung wurden im Jahre 1994 an denselben Probanden wiederholt. Die im Jahre 1993 sichtbar starke Betroffenheit der Berufstätigen in Sorge um ihren Arbeitsplatz und der Arbeitslosen mit den nachweisbaren Effekten auf den Gesundheitszustand der Untersuchten und die kaum veränderte Situation auf dem Arbeitsmarkt ließ positive Wirkungen auf den Gesundheitszustand kaum erwarten. Umso überraschender war das Ergebnis des Jahres 1994.

Veränderungen im subjektiven Gesundheitszustand

Der Vergleich der Jahre 1993 und 1994 zeigte folgende Anteile für einen mehr schlechten Gesundheitszustand (siehe Tabelle 14):

Tabelle 14: Anteile von Probanden mit »mehr schlechtem« Gesundheitszustand nach Stand im Berufsleben und Jahr

Stand im Berufsleben	1993 in %	1994 in %
Berufstätige ohne Sorgen	14,1	6,7
Berufstätige in Sorge	23,2	18,8
Arbeitslose	20,5	18,5
Langzeitarbeitslose	25,9	25,0

Entgegen der hypothetischen Annahme, daß sich der subjektive Gesundheitszustand vor allem bei besorgten Berufstätigen und Arbeitslosen weiter verschlechtern würde, hatte er sich verbessert. Am stärksten empfanden das die Berufstätigen ohne Sorgen. Berufstätige in Sorge waren weiterhin betroffener als die Arbeitslosen, aber auf einem niedrigeren Niveau. Langzeitarbeitslose waren nach wie vor am stärksten betroffen.

Die Tabelle 15 stellt die subjektiven Einschätzungen des Gesundheitszustandes für beide Geschlechter nebeneinander.

Stand im Berufsleben	»mehr schlechter« Gesundheitszustand (in %)	
	männlich	weiblich
Berufstätige ohne Sorgen	8,7	5,4
Berufstätige in Sorge	14,1	21,9
Arbeitslose	19,4	18,2
Kurzzeitarbeitslose	15,2	13,6
Langzeitarbeitslose	33,3	23,3

Frauen hatten einen hochsignifikant besseren Gesundheitszustand als die Männer. In einer besonderen Situation lebten Frauen in Sorge um ihren Arbeitsplatz. Die Anteile mit mehr schlechtem Gesundheitszustand waren fast so hoch wie bei langzeitarbeitslosen Frauen.

Der subjektive Gesundheitszustand hatte sich entgegen allen Erwartungen verbessert. Einzige Ausnahme waren die Langzeitarbeitslosen. Deren gesundheitliches Wohlbefinden war am stärksten eingeschränkt; da sie aber mit einem Anteil von nur 7,5 bis 8,5 % in der Gesamtstichprobe vertreten waren, wirkte sich dieser Effekt nicht in der Gesamtpopulation aus. Auch deshalb nicht, weil sich diese Anteile im Laufe der beiden Erhebungsjahre kaum verändert hatten. Erhöhen sich die Anteile der Langzeitarbeitslosen, was zu erwarten ist, verschlechtert sich die gesundheitliche Lage allgemein.

Frauen werden mit den Problemen offensichtlich besser fertig als Männer. Das gilt aber nicht, wenn die sozialen Verhältnisse übermächtig werden, so z. B. bei andauernden Sorgen um den Arbeitsplatz und Langzeitarbeitslosigkeit. In diesen Fällen sind die negativen Rückwirkungen auf die Gesundheit deutlich.

Allein die Tatsache, daß der Arbeitsmarkt »in Bewegung« ist, 24 % der

im Jahre 1993 Arbeitslosen hatten eine Arbeit bekommen, viele andere waren kurzzeitig wieder erwerbstätig, schien sich psychologisch günstig auszuwirken und wirkte signifikant positiv auf den subjektiven Gesundheitszustand. Es ist das wieder ein Hinweis für den Zusammenhang von psychischen Befindlichkeiten und Gesundheit und, wenn man so will, ein Hinweis auf Möglichkeiten des Copings in dieser Frage.

Veränderungen bei subjektiven Beschwerden

Die Frage nach dem Gesundheitszustand wurde vom Probanden entsprechend seinem Wohlbefinden und seinen funktionellen Fähigkeiten allgemein beantwortet. Die Frage nach gesundheitlichen Beschwerden bezog sich dagegen auf konkrete, wirklich vorhandene, wenn auch subjektiv unterschiedlich empfundene Leidenszustände. In unserer Analyse konzentrierten wir uns auf die Beschwerden, die im Jahre 1993 am häufigsten aufgetreten waren. Welche dieser Beschwerden sich zum Jahre 1994 hin verstärkt hatten, gibt Tabelle 16 wieder.

Obwohl der subjektive Gesundheitszustand im allgemeinen besser als im Jahre 1993 eingeschätzt wurde, gab es doch einen nicht unerheblichen Anteil von Probanden, der über verstärkte Beschwerden klagte. Bei den Berufstätigen waren es besonders Kreislaufstörungen, Erschöpfung und rasche Ermüdung. Wie schon im Jahre 1993 reagierten besorgte Berufstätige häufig stärker als Arbeitslose. Wieder wird man es bezüglich der Arbeitslosen mit dem entlastenden Effekt der fehlenden Arbeit erklären müssen.

Tabelle 16: Verstärkung subjektiver Beschwerden gegenüber 1993 nach Stand im Berufsleben

Art der Beschwerden	Beschwerden verstärkt gegenüber 1993 (in %)		
	Berufstätige ohne Sorgen	Berufstätige in Sorge	Arbeitslose
Einschlafstörungen	7,8	13,3	17,9
Geräuschempfindlichkeit	9,5	10,6	4,7
Herzschmerz, -druck, -stiche	5,7	12,8	9,1
Durchschlafstörungen	13,0	20,2	16,9
Kribbeln, Prickeln, Einschlafen der Hände, Arme...	13,9	15,6	16,1
Erschöpfung, Abgespanntheit	22,8	29,6	15,0
rasche Ermüdung	10,4	16,6	14,5

Verfeinert man die allgemeine Frage nach dem Gesundheitszustand, in unserem Frageprogramm nach gesundheitlichen Beschwerden, so findet man erhebliche Anteile mit »verstärkt« auftretenden Leiden. 10 bis 20 % der Befragten gaben an, daß sie gegenüber dem Vorjahr verstärkt unter Schlafstörungen, Herz- und Kreislaufbeschwerden leiden. Da die besorgten Berufstätigen und Arbeitslosen besonders betroffen waren, wurde die subjektive Aussage zum Gesundheitszustand doch erheblich relativiert und die Arbeitsmarktsituation als auslösende Ursache konkretisiert.

Noch stärker im Widerspruch zu den positiven Veränderungen im subjektiven Gesundheitszustand standen die Befunde der Ärzte. Die Erfassung der Verschlechterung des Gesundheitszustandes basierte ja weitgehend auf objektiven Daten des Krankheitsgeschehens dieser Befragten.

Objektive Gesundheitsstörungen

Die beteiligten Ärzte haben die diagnostizierten Erkrankungen für alle Probanden ab Januar 1992 nach der 9. Revision des Internationalen Verzeichnisses der Krankheiten dokumentiert. Bezogen auf die jeweils erfaßten Patienten (1.628 in den Jahren 1992 und 1993; 1.015 im Jahr 1994) gibt die Tabelle 17 auf der nächsten Seite die Entwicklung des Bestandes an Krankheiten wieder, die in den Häufigkeiten ausreichend besetzt waren.

Überwiegend zeigten die Bestände im Jahre 1994 den höchsten Wert. Akute Erkrankungen der Atmungsorgane waren großen Schwankungen unterworfen, gleiches galt für die »echte« Grippe, die z. B. im Jahr 1993 keinmal festgestellt wurde.

Große Prävalenz-Schwankungen waren auch bei den Rückenleiden zu verzeichnen. Zwei Diagnosen, die psychosomatisch von besonderem Interesse sind, Herzinfarkt und Angina pectoris, und zudem zu den in der Tabelle 17 enthaltenen chronisch ischämischen Herzkrankheiten epidemiologische Beziehungen haben, sollen nachfolgend in ihren Beständen genannt werden, obwohl wegen der geringen Häufigkeiten von fast null Prozent bezogen auf alle Krankheiten beim Herzinfarkt bzw. 2,1 % für die Angina pectoris keine weiteren Differenzierungen sinnvoll waren.

Der akute Herzinfarkt war unter den Probanden des Jahres 1992 viermal, 1993 einmal, 1994 nicht vertreten; die Angina pectoris wurde 1992 27mal, 1993 9mal, 1994 21mal diagnostiziert. Zusammen mit den ischämischen Herzkrankheiten war jeder zehnte Proband von diesen Krankheiten

Tabelle 17: Häufigkeiten ausgewählter Diagnosen von 1992 bis 1994

Diagnosen- Nummer	1992		1993		1994	
	%	absolut	%	absolut	%	absolut
250	1,2	18	5,8	94	8,1	82
270/278	1,8	22	8,2	133	10,2	103
401	3,5	54	15,5	253	20,1	204
414	1,1	15	4,9	79	7,7	78
460-466	30,4	503	0,6	9	18,1	183
487	8,0	126	0,0	0	3,9	40
531-536, 558	10,7	176	2,3	37	9,3	94
720-724	17,5	281	8,5	139	26,1	265

Codenummer:

- 250 = Diabetes mellitus
- 270/278 = Hyperlip-, Hypercholesterämie, Adipositas (Fettsucht)
- 401 = Bluthochdruck
- 414 = chronisch ischämische Herzkrankheit
- 460-466 = akute Erkrankungen des Atmungssystems
- 487 = Grippe
- 531-536/558 = Magen-Darm-Entzündungen
- 720-724 = Rückenleiden (Spondylose, HWS-Syndrom, Lumbago)

betroffen, denen allgemein ein hoher psychosomatischer Hintergrund bescheinigt wird.

Für die auffälligen Steigerungen von Bluthochdruck und Magen-Darm-Entzündungen sowie bei den im Jahre 1994 statistisch gut besetzten akuten Erkrankungen des Atmungssystems und von Rückenleiden haben wir die Differenzierung nach den drei Hauptgruppen nach Stand im Berufsleben versucht.

Bluthochdruck (Diagnose 401 des Internationalen Verzeichnisses):

Der Bluthochdruck war kontinuierlich von 1992 zu 1994 angestiegen. Die Unterschiede zwischen den drei Hauptgruppen waren aber nicht signifikant, obwohl durchgehend die Werte der Berufstätigen in Sorge und der Arbeitslosen höher lagen. Im Jahre 1994 lagen Arbeitslose und Berufstätige in Sorge deutlich über den Werten der Berufstätigen ohne Sorgen um ihren Arbeitsplatz.

Akute Erkrankungen der Atmungsorgane (Diagnosen 460-466):

Außer den schon erwähnten jährlichen Schwankungen im Bestand

zeigten bei diesen Erkrankungen die drei Hauptgruppen über alle drei Jahre keine signifikanten Unterschiede.

Magen-Darm-Entzündungen (Diagnosen 531–536; 558):

Bei absoluten Fallzahlen von etwa 50 zeigten sich zwischen den Hauptgruppen im Jahre 1992 keine Unterschiede. Im Jahre 1993 waren die Bestände an diesen Krankheiten sehr klein, dennoch waren die Arbeitslosen höher betroffen. Im Jahr 1994 hatten sich die Bestände mehr als verdoppelt, ohne aber Unterschiede zwischen den Gruppen nach dem Stand im Berufsleben zu zeigen.

Rückenleiden (Diagnosen 720–724, darunter Spondylose, Halswirbelsäulen-Syndrom, Lumbago):

Von diesen Krankheiten waren Berufstätige stärker betroffen als Arbeitslose. Die Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen waren im Jahre 1992 signifikant. Im Jahre 1993 waren Arbeitslose am stärksten betroffen, danach die Berufstätigen in Sorge, beide mit deutlichem Abstand zu den Berufstätigen ohne Sorgen. Im Jahr 1994 waren die Berufstätigen in Sorge und Arbeitslose stärker betroffen als Berufstätige ohne Sorgen, aber jeder vierte Proband dieser Hauptgruppe hatte Rückenleiden.

Die Bewertung der Verteilung dieser vier Krankheiten bzw. Krankheitsgruppen vor dem Hintergrund möglicher psychischer Wirkungen (Verarbeitung von Sorgen und Arbeitslosigkeit) ist schwierig, weil, wie z. B. die Rückenleiden deutlich machen, der Arbeitsprozeß selbst bestimmte Wirkungen verursacht. Die vorhandenen Trends, z. T. mathematisch gesichert, zeigen aber die Berufstätigen in Sorge und Arbeitslose stärker betroffen.

Für hohe Anteile der Befragten hatte sich der Gesundheitszustand tatsächlich verschlechtert. Diese Verschlechterung zeigte sich auffälligerweise bei den sich extrem gegenüberstehenden Gruppen am Arbeitsmarkt, den Berufstätigen ohne Sorgen um den Arbeitsplatz und den Langzeitarbeitslosen. Während zu den Langzeitarbeitslosen viele bestätigende wissenschaftliche Arbeiten vorliegen, bieten sich vertiefende Untersuchungen zu Berufstätigen ohne Sorgen um ihren Arbeitsplatz in diesen Zeiten der gesellschaftlichen Wende an.

Chronische Krankheiten nach ärztlichem Urteil

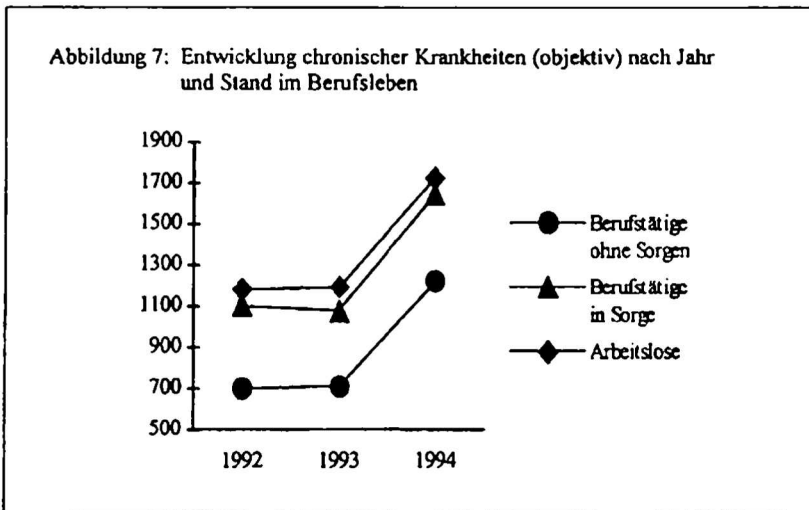
Die Aufzeichnungen der Ärzte erlaubten die exakte Feststellung chronischer Krankheiten. In die Statistik wurden wieder nur die Fälle einbezogen,

die sowohl im Jahre 1993 als auch 1994 als Probanden zur Verfügung standen.

Die Ärzte registrierten im Jahre 1993 für diese 1.015 Befragten 1.176 chronische Krankheiten. Das entspricht einer Rate von 1.159 auf 1.000. 44 % der Patienten waren frei von chronischen Krankheiten. Die Ärzte registrierten im Jahre 1994 1.543 chronische Krankheiten. Die Rate erhöhte sich auf 1.520 je 1.000. Nur noch 34 % der Patienten waren frei von chronischen Erkrankungen.

Es war also ein erheblicher Zuwachs an chronischen Erkrankungen eingetreten.

Prüft man die Entwicklung chronischer Erkrankungen über die drei zur Verfügung stehenden Dokumentationen der Ärzte zwischen 1992 und 1994, so ergeben sich folgende Beziehungen nach dem Stand im Berufsleben (siehe Abbildung 7).



In allen drei Jahren sind die Unterschiede zwischen den Berufstätigen ohne Sorgen und den anderen beiden Hauptgruppen signifikant. Der generelle Zuwachs im Jahr 1994 läßt sich ohne weiteres nicht erklären. Ein erstes Argument, es könnte ein systematischer Erfassungsfehler vorliegen, klingt wahrscheinlich, dann wäre aber zu fragen, warum er nicht schon im Jahr davor, als die Untersuchung begann, aufgetreten ist.

Ein zweites Argument, die chronischen Erkrankungen »reifen« schneller unter den geschilderten psychologischen Bedingungen, bedürfte weiterer Beweise, die diese Untersuchung nicht liefern kann, weil sie nicht entsprechend organisiert war. Unseres Wissens ließen sich in der wissenschaftlichen Literatur Belege dafür finden, daß life event-Ereignisse sehr wohl chronische Erkrankungen wie z. B. Diabetes mellitus auslösen können. Dazu wären weitere Untersuchungen erforderlich.

Da dieser Zuwachs auch ein Merkmal für »Verschlechterung des Gesundheitszustandes« war, werden wir im nächsten Abschnitt prüfen, ob sich dieser Zuwachs bei bestimmten Gruppen (Stand im Berufsleben) niederschlägt.

Verschlechterung des Gesundheitszustandes 1993 zu 1994 (Erfassungsmodus wie im Jahre 1993, siehe vorn)

Der subjektive Gesundheitszustand hatte sich nicht, wie erwartet, verschlechtert. Die subjektiven Beschwerden hatten aber weiter zugenommen. Zu prüfen war also noch, ob sich objektiv Verschlechterungen ergeben hatten.

Wir beziehen uns wieder auf die 1.015 Probanden der Zweiterhebung. Es hatte sich gegenüber dem Vorjahr der Gesundheitszustand objektiv verschlechtert (siehe Tabelle 18).

Tabelle 18: Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach Stand im Berufsleben, 1993 und 1994

Stand im Berufsleben	objektive Verschlechterung des Gesundheitszustandes in %	
	1993	1994
Berufstätige ohne Sorgen	24,1	32,2
Berufstätige in Sorge	32,6	41,9
Kurzzeitarbeitslose	30,1	42,6
Langzeitarbeitslose	38,4	46,2

Betroffen waren vor allem Berufstätige mit »sicherem Arbeitsplatz« und Langzeitarbeitslose. Kurzzeitarbeitslose paßten sich gesundheitlich eher den Verhältnissen an.

Ein Überkreuz-Vergleich zeigte, daß über alle drei aus den Dokumenta-

tionen der Ärzte erfaßten Jahre 91 Probanden nie Verschlechterungen des Gesundheitszustandes aufwiesen, 712 (70 %) aber immer.

Obwohl subjektiv eine »Entspannung« bezüglich des Wohlbefindens nachzuweisen war, hatte sich objektiv die gesundheitliche Lage weiter verschlechtert. Als Ursachenkomplexe ist man geneigt, zwei Lebensfelder zu identifizieren:

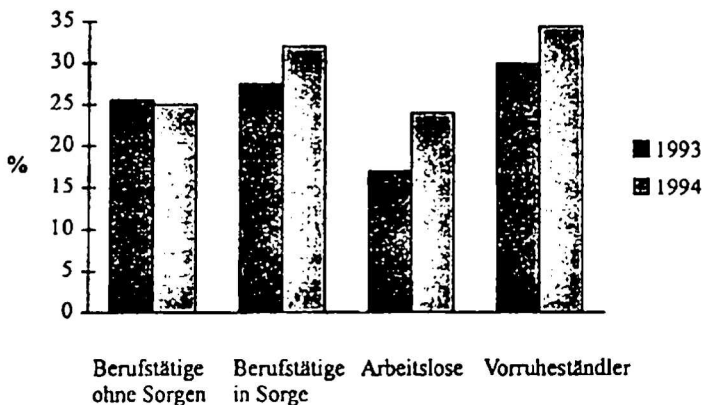
- a) den sicheren, aber stressigen Arbeitsplatz,
- b) die hoffnungslose Lage von Langzeitarbeitslosen.

Da tendenziell beide Lebensfelder quantitativ zunehmen, mehr subjektiv sichere Arbeitsplätze, mehr zu erwartende Langzeitarbeitslose, muß man die allgemeinen gesundheitlichen Perspektiven eher negativ einschätzen.

Alkoholkonsum

In der Abbildung 8 ist der Vergleich der Jahre 1993 und 1994 dargestellt. Der tägliche Konsum von Alkohol hatte bei Berufstätigen in Sorge von der Tendenz her zugenommen. Arbeitslose hielten sich weiter zurück. Die Interpretation ist bei den Vorrüheständlern diffizil. Sie haben viel Zeit für Kommunikation und damit mehr Gelegenheit zum Trinken. Sie könnten aber auch Probleme mit ihrem vorfristigen Ausscheiden aus dem Berufsleben haben. Tiefergehende Untersuchungen dazu wären sicher nützlich, um das psychologische Befinden dieser Menschen besser ausleuchten zu können.

Abbildung 8: täglicher Alkoholkonsum nach Stand im Berufsleben, Vergleich 1993/1994



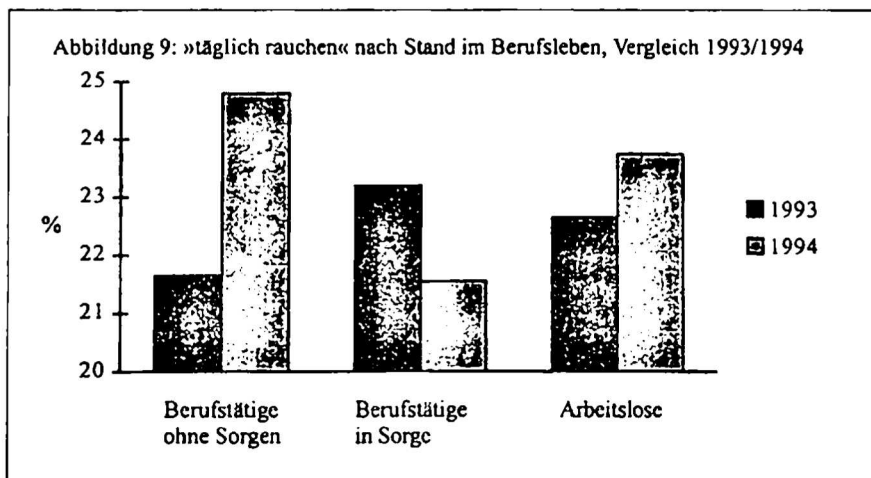
Interessant war die getrennte Betrachtung von Kurz- und Langzeitarbeitslosen. Nur 4 % der Langzeitarbeitslosen neigten zu täglichem Alkoholgenuß, 60 % tranken selten, 6 % nie Alkohol. Dieselben Anteile lagen bei den Kurzzeitarbeitslosen bei 18, 49 und 3 %.

Im Vergleich zum Vorjahr gaben 25,5 % der Probanden an, weniger als im Jahre 1993 zu trinken. Für die vier Gruppen ergab sich im Detail folgende Verteilung für »weniger«:

- Berufstätige ohne Sorgen 24,9 %
- Berufstätige in Sorge 21,8 %
- Arbeitslose 28,5 %
- Vorruheständler 32,1 %.

Diese Aussagen wurden aber relativiert durch die Anteile mit »mehr« Konsum. Diese lagen bei den Berufstätigen in Sorge mit 4,6 % am höchsten, gefolgt von den Berufstätigen ohne Sorgen mit 2,7 und den Arbeitslosen mit 2 %. Die Unterschiede zwischen den Gruppen sind nicht signifikant.

Tabakkonsum

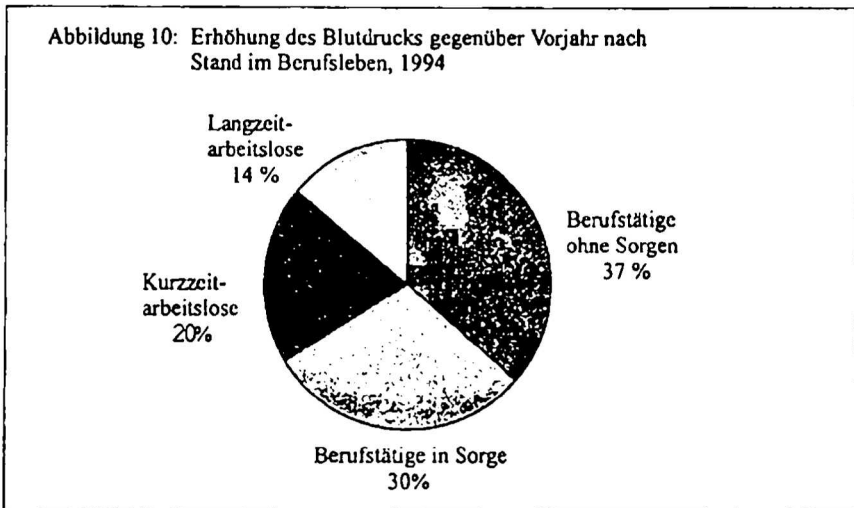


Optisch entsteht aus der Abbildung 9 der Eindruck, daß Berufstätige ohne Sorgen und Arbeitslose mehr rauchten als im Vorjahr. Aber die maximal 3% mehr, die täglich rauchten, ergaben keinen signifikanten

Unterschied zu den anderen Gruppen. Ob sich hier ein Trend abzeichnet, müßte durch weitergehende Untersuchungen geklärt werden.

Veränderungen des Blutdrucks

In die Auswertung wurden alle systolischen Blutdruckwerte über 160 mmHg, alle diastolischen über 95 mmHg und Erhöhungen des Blutdruckes gegenüber dem Jahre 1993 um mindestens 20 mmHg einbezogen. Von 708 Personen mit Angaben zu dieser Frage zeigten 81 (11,4 %) eine Erhöhung des Blutdruckes im definierten Sinne. Die Abbildung 10 zeigt die Beteiligung an diesem Geschehen nach dem Stand im Berufsleben.



Offensichtlich war der Faktor »berufstätig« am ehesten geeignet, Blutdruckerhöhungen nach sich zu ziehen. Zwei Drittel aller Blutdruckerhöhungen gegenüber dem Vorjahr gingen zu Lasten der Erwerbstätigen. Arbeitslose beider Kategorien waren in erheblich geringerem Umfang betroffen.

In den bisher abgehandelten Abschnitten haben wir – nach unserer Ansicht – wesentliche Ergebnisse der Studie wiedergegeben. Um einen Einblick in das Gesamtkonzept und seine Ergebnisse zu geben, werden wir in der folgenden Zusammenfassung viele weitere Aspekte der Untersuchung ansprechen.

Zusammenfassende und erweiterte Ergebnisdarstellung

Den Prozeß des gesellschaftlichen Wandels in Ostdeutschland beschreiben Soziologen als »Entfremdung«, »Entwertung« (Sozialprestige, Qualifikation, Besitz, Urkunden, Zeugnisse, Wissen, Dienstjahre, Arbeitsverhältnis, soziales Netz u. a.), »Zerstörung der gewohnten und überschaubaren Strukturen«, »Auflösung sozialer Netzwerke durch Arbeitslosigkeit«, »Überfluß an Informationen«, »Mangel an Informationen«, »Überforderung der Bevölkerung« und ähnliches mehr.

Diese Begriffe deuten schon an, daß dieser Wandel von großen psychischen Anforderungen an die betroffene Bevölkerung begleitet ist.

Erkenntnisse zur sozialen Situation der Befragten:

Für Menschen im erwerbstätigen Alter ist die psychologische Grundposition zum eigenen Arbeitsplatz ein außerordentlich wichtiges Unterscheidungsmerkmal in bezug auf den Gesundheitszustand. In der vorliegenden Untersuchung waren im Jahre 1993, bezogen auf die Hauptgruppen, rund

1/3 der Probanden auf einem subjektiv sicheren Arbeitsplatz,

1/3 auf einem subjektiv unsicheren Arbeitsplatz,

1/3 arbeitslos.

Das Gefühl, einen sicheren Arbeitsplatz zu haben, war bei jungen Männern (<30 Jahre) mit 62 %-Anteilen stark ausgeprägt, bei über 50jährigen nur noch zu 11 %. Junge Frauen fühlten sich nur zu 35 % sicher.

Das Sorgenpotential war zwischen 30 und 50 Jahren am höchsten ausgeprägt; Frauen waren in gleicher Weise betroffen wie Männer.

Hochqualifizierte sahen sich zu 44,2 % auf einem sicheren Arbeitsplatz. Qualifizierte sahen sich nur zu 34,2 % gesichert, aber Männer (44,6 %) standen weitaus besser da als Frauen (27,6 %).

Über alle Qualifikationsgruppen hinweg hatten sich Männer besser behaupten können. Bei den Frauen war die Sorge um die Arbeit um so höher vertreten, je geringer die berufliche Qualifikation war, aber generell betraf sie um die 50 % aller befragten Frauen.

Die Anteile besorgter Erwerbstätiger waren in der Zweitbefragung leicht zurückgegangen, subjektiv stabile Beschäftigungsverhältnisse hatten zugenommen.

Am häufigsten waren qualifizierte Frauen (zu 42,5 %) aus dem Arbeitsmarkt ausgeschieden. Aber auch unqualifizierte Frauen waren – gegenüber unqualifizierten Männern (12,7 %) – hoch betroffen (36,4 %).

Arbeitslosigkeit in Sachsen, vermutlich in ganz Ostdeutschland, trifft *nicht* vorwiegend die unteren sozialen Schichten, die Unqualifizierten, auch nicht die älteren. Sie trifft alle Schichten, aber besonders die Frauen, die sich ihre Lebens- und Berufsbiographie so nicht vorgestellt haben.

Selektionsprozesse, indem ältere Erwerbstätige eher entlassen werden, waren im Gegensatz zu entsprechenden internationalen Erfahrungen in Sachsen zum Zeitpunkt der Befragung nicht zu erkennen. Die Betroffenheit der Frauen schien in Sachsen zum Zeitpunkt der Studie weniger ein Selektionseffekt, eher eine Folge des Zusammenbrechens frauendominierter Wirtschaftsbereiche (Textil, Leder, Bekleidung, Handel) zu sein.

Einen weiteren international bekannten Selektionseffekt hat es auch in Sachsen gegeben. Menschen mit mehreren chronischen Erkrankungen sind häufiger in die Arbeitslosigkeit entlassen worden, und sie werden auch häufiger zu Langzeitarbeitslosen.

Frauen waren auch stärker von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen. Auch das ist als Struktureffekt zu deuten, da sich die genannten Industriebereiche bisher nicht erholen konnten. Am stärksten von Langzeitarbeitslosigkeit sind z. Z. die 30- bis 40jährigen betroffen. Auch der größte Teil der Kurzzeitarbeitslosen gehört zu dieser Altersgruppe.

Doppelarbeitslosigkeit bzw. der Umstand, daß der jeweilige Partner nicht berufstätig ist, steigen potentiell an. Damit steigt die Gefahr der Verarmung größerer Anteile der Bevölkerung.

Die Wirtschaft in Sachsen bevorzugt offensichtlich junge Leute, verzichtet also auf Berufs- und Lebenserfahrung. Sie baut möglicherweise auf die sehr gute schulische Ausbildung der hier Großgewordenen.

Die besondere Betroffenheit der Frauen wurde durch den geförderten Übergang in den sogenannten Vorruhestand verstärkt. 77 % der hochqualifizierten Frauen waren in die Vorruhe gegangen. Auch das bedeutet einen hohen Verlust an geistiger Kapazität. Gleiches galt für 30 % der hochqualifizierten Männer

Die Situation auf dem ostdeutschen Arbeitsmarkt hat zu Benachteiligungen geführt, die im allgemeinen als Dequalifizierung bezeichnet werden. Betroffen waren im Jahre 1993 13 % der Facharbeiter, 26 % der Fachschulabsolventen, 18 % der Hochschulabsolventen, selbst Teilfacharbeiter zu 17,3 %. Daß sich Facharbeiter einer Dequalifizierung bisher weitgehend entzogen hatten, bezahlten sie mit einer hohen Quote von Arbeitslosigkeit (28 % in dieser Stichprobe gegenüber 17–18 % der höher Qualifizierten).

Bei einem zukünftigen wirtschaftlichen Aufschwung besteht die Gefahr,

daß bisher Arbeitslose dann gehäuft unter ihrer beruflichen Qualifikation eingestellt werden.

Ein subjektiv sicherer Arbeitsplatz führte zu guten sozialen Beziehungen der Beschäftigten untereinander. Sorgen um den Arbeitsplatz schafften sozialen Zündstoff (Konkurrenz, Mißtrauen). Haltungen und Verhalten der Vorgesetzten entscheiden in nicht geringem Maße über Sorgen und Ängste der Arbeitnehmer. Kommunikationsprobleme zwischen Leiter und Mitarbeiter werden offensichtlich nicht bewältigt.

Wertevorstellungen und ihre Realisierung im täglichen Leben haben erheblichen Einfluß auf das Wohlbefinden der Menschen. »Gesund sein« lag an der Spitze der Wertevorstellungen, Partner und Familie lagen noch vor »Arbeit haben«. Damit sind Partner und Familie die Ansatzpunkte für alle sozial und gesundheitlich stabilisierenden Maßnahmen. Da diese Werte unabhängig vom Stand im Berufsleben Spitzenpositionen in der Wertehierarchie einnehmen, sind sie von genereller Bedeutung für »Ansprech«-Strategien.

Der Familie ist im allgemeinen ein hohes Hilfe- (Support-) Potential eigen, das gerade bei hoher sozialer Belastung von Bedeutung ist.

Ein »harmonisches Familienleben«, gute Partnerbeziehungen und »Kinder haben« besaßen für Frauen einen höheren Wert als für Männer. Möglicherweise ist dies für Support- bzw. gesundheitsfördernde Maßnahmen einsetzbar.

Wenngleich sich die Familienbeziehungen bei Arbeitslosigkeit verschlechterten, ist dieser Prozeß z. Z. wenig dramatisch. Immerhin sollte er Anlaß zu Nachdenklichkeit sein, weil Arbeitslosigkeit nach allgemeiner Einschätzung der Experten noch lange Zeit unser gesellschaftliches Leben bestimmen wird und das soziale Netz nur auf Zeit (Dauer der Gewährung von Arbeitslosengeld) eng geknüpft ist.

Familienpolitik, insbesondere im Sinne der Stärkung des Zusammenhalts der Familie, gewinnt in »belasteten« Zeiten größere Bedeutung als sonst. Schließlich leben hohe Anteile unserer Bevölkerung in Familie bzw. Partnerschaft, der die gleiche soziale Bedeutung zukommen dürfte. Bei Arbeitslosigkeit ist die Familie der zentrale Lebensbereich der Betroffenen.

Bei möglicher Arbeitslosigkeit war die Angst vor finanziellen Schwierigkeiten extrem hoch.

Eine »sinnvolle Freizeitbeschäftigung« kann fehlende Arbeit nicht ersetzen. Auch »Zeit für eigene Interessen haben« war für Arbeitslose kein Wert.

»Arbeit haben« lag an vierter Stelle der Wertehierarchie. Nicht nur »Arbeit haben« war für Frauen von hohem Wert, im gleichen Sinne suchten

sie Erfolge in beruflicher Tätigkeit, Selbstbestätigung also. Bei fehlender Arbeit sahen viele die dann ausbleibende Anerkennung im Beruf als tiefen Einschnitt in ihr persönliches Leben, als Verlust des Selbstwertgefühls, als soziale Ausgrenzung. Tief verwurzelt war die Verantwortung für Familie und Kinder, die aus der Sicht der Arbeitslosen nicht leiden dürfen. Männer sind offensichtlich aber weniger gut in der Lage, bei Arbeitslosigkeit alternative Rollen z. B. im Haushalt zu übernehmen. Deutlich positiver als die Männer schätzten bei Arbeitslosigkeit die Frauen den Zeitgewinn für Haushalt, Familie und Kinder ein.

Die Hälfte der Befragten gab für ausgewählte Bereiche (Wohnverhältnisse, Haushalt und Kinder u. ä.) zusätzliche soziale Belastungen an. Nicht erfragt waren berufliche Belastungen, die das Bild bei den belasteten Erwerbstätigen wahrscheinlich weiter verschärfen würden. Auch wenn die beruflichen Belastungen bei den Arbeitslosen wegfallen, ist das Belastungsniveau für Berufstätige und Arbeitslose relativ gleich, bei Berufstätigen eher höher.

Von den Arbeitslosen wurden vor allem bestehende Wohnverhältnisse als belastend empfunden (96 % der Befragten). Bei den Arbeitslosen, die sich belastet fühlten, waren auch familiäre Auseinandersetzungen hoch vertreten.

Auch bei Berufstätigen standen »unzureichende Wohnverhältnisse« als Belastungsmoment an der Spitze, aber nur zu 25 %. Berufstätige sind nur nach Feierabend von unzureichenden Wohnverhältnissen betroffen, Arbeitslosen fällt dieser Zustand über 24 Stunden »auf den Kopf«.

Wenn Haushalt und Kinder als Belastung empfunden werden, so war weniger der Status im Berufsleben, eher die Anzahl der zu versorgenden Kinder maßgebend. Arbeitslose, die sich hier belastet fühlten, hatten zu fast 25 % drei und mehr Kinder zu versorgen.

Zusätzliche soziale Belastungen fielen für arbeitslose Frauen weniger ins Gewicht. Wesentliche Ursache dafür war, daß meistens der Partner noch berufstätig war. Die zusätzliche soziale Belastung arbeitsloser Männer beruhte zu nicht unwesentlichen Anteilen darauf, daß der weibliche Partner auch arbeitslos war. In vielen Fällen war also die Arbeitslosigkeit in der Familie das auslösende Agens, daß bei bestimmten Gegebenheiten der sozialen Lage diese als Belastung empfunden wird.

Veränderungen von Arbeits- und Lebensbedingungen

Neue Arbeit wurde häufig nicht akzeptiert, wenn dafür ein Ortswechsel,

Wohnungswechsel, Tätigkeitswechsel notwendig war. Diese Ablehnung war stark an familiäre Verhältnisse gebunden.

Hochqualifizierte sperrten sich vor allem gegen einen Tätigkeitswechsel, dem sie ja sehr spezifisches, über viele Jahre angeeignetes Wissen opfern mußten.

Unter 40jährige hatten sich im Jahre 1993 trotz finanzieller Probleme mit Arbeitslosigkeit abgefunden. Dagegen begehrt über 40jährige dagegen auf, obwohl sie sich ihrer schlechten Chancen bewußt waren. Ein Jahr später, 1994, hatte sich die Resignation deutlich verstärkt.

Je schlechter der subjektive Gesundheitszustand war, desto geringer wurden die Chancen für eine neue Arbeit gesehen. Auch die Erfahrung mit Arbeitslosigkeit drückte die Erwartung auf neue Arbeit erheblich.

13 von 16 erfragten Lebensbereichen erfuhren bei Arbeitslosen Veränderungen. Der gesellschaftliche Umbruch traf Arbeitslose besonders gravierend. Bei allen Lebensbereichen, die von Arbeitslosen anders ausgefüllt wurden als von Berufstätigen, hatte man dennoch nie den Eindruck, daß Verhaltensweisen vollzogen worden waren, die geeignet sein könnten, den Effekt von Arbeitslosigkeit in irgendeiner Weise zu mindern, Ersatz sein zu können für fehlende Arbeit.

Langzeitarbeitslose erlebten wie Arbeitslose Veränderungen in fast allen Lebensbereichen, sie erlebten sie allerdings wesentlich verschärfter.

Gegenüber dem Vorjahr gingen die Befragten zu Anteilen von abgerundet

80 bis 90 % seltener oder nie ins Theater,

70 bis 85 % seltener oder nie ins Kino,

50 bis 70 % seltener oder nie in eine Gaststätte oder ein Café,

35 bis 55 % seltener oder nie auf Reisen.

Da hier Freizeitbeschäftigungen angesprochen waren, die »Geld kosten«, war zu erwarten, was dann auch eintraf. Am stärksten waren Arbeitslose betroffen. Sie gingen selten oder nie in Gaststätten (zu 69,5 %) oder auf Reisen (zu 56,3 %).

Hoch über alle Gruppen hinweg war das Bedürfnis nach Gesunderhaltung.

Fast die Hälfte der Berufstätigen machte sich Sorgen um den Arbeitsplatz. An sich müßte diese Haltung zu höherem Engagement bzgl. beruflicher Pläne führen, den Ängsten sozusagen entgegenwirken, neue, aussichtsreiche Startpositionen im Beruf zu finden, falls das Befürchtete wirklich eintritt. Aber fast 50 % dieser so Betroffenen hatten keine beruflichen Pläne. Zu dieser Haltung paßte auch, daß »Weiterbildung, Lernen« als Freizeitaktivitäten insbesondere bei Arbeitslosen, verstärkt bei Langzeitarbeitslosen, gegenüber dem Vorjahr deutlich zurückgegangen waren.

Erkenntnisse zum subjektiven Gesundheitszustand der Befragten

Der subjektive Gesundheitszustand der Berufstätigen in Sorge um ihren Arbeitsplatz und der Arbeitslosen war deutlich schlechter als der der Berufstätigen ohne Sorgen.

Da 41 % der erwerbstätigen Männer und 50 % der erwerbstätigen Frauen in Sorge um ihren Arbeitsplatz waren und jeder vierte der so Besorgten und jeder fünfte der Arbeitslosen einen schlechten subjektiven Gesundheitszustand angaben, haben wir es hier mit beachtlichen gesundheitlichen Auswirkungen des gesellschaftlichen Wandels zu tun. Berufstätige in Sorge und Arbeitslose sind von allen mit Gesundheit befaßten Institutionen noch nicht als Risikogruppe erkannt, noch viel weniger in entsprechende präventive Maßnahmen eingebunden.

Ein noch schlechterer Gesundheitszustand war bei Langzeitarbeitslosen zu registrieren (25,9 %). Damit lagen Langzeitarbeitslose am schlechtesten, schlechter sogar als Berufstätige in Sorge, womit ein weiterer Hinweis auf Gesundheitsbeeinträchtigungen infolge Arbeitslosigkeit gegeben ist.

Der subjektive Gesundheitszustand war in erheblichem Maße vom Stand im Berufsleben und vom Geschlecht abhängig: Arbeitslose Frauen standen schlechter da; arbeitslose Männer und insbesondere Männer in Sorge um ihren Arbeitsplatz litten in höherem Maße unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen als Berufstätige ohne Sorgen.

Berufstätige bis zu 30 Jahren hatten einen schlechteren Gesundheitszustand als die Probanden der nachfolgenden Altersgruppen. Anpassungsschwierigkeiten an den Arbeitsprozeß könnten eine mögliche Ursache sein. In jedem Fall zeigte sich hier eine Risikogruppe, der man präventive Aufmerksamkeit schenken sollte.

Hochqualifizierte hatten den besten subjektiven Gesundheitszustand (85,1 %). Sie reagierten aber am empfindlichsten, wenn sie in Sorge um ihren Arbeitsplatz waren, dann sogar stärker als Hochqualifizierte in Arbeitslosigkeit. Geringere berufliche Qualifikation war stets ein gesundheitlicher Risikofaktor.

Wer hoffte, bei möglicher Arbeitslosigkeit einen neuen Arbeitsplatz zu finden, war subjektiv weniger negativ gesundheitlich tangiert. Hoffnung zu vermitteln ist also eine wichtige allgemeine und vor allem politische Aufgabe.

Alleinlebende Personen, die Kinder zu betreuen hatten, hatten häufiger einen mehr schlechten subjektiven Gesundheitszustand. Dieser Befund war noch gravierender, wenn diese Personen Sorgen wegen ihres Arbeitsplatzes hatten.

Alle Erwerbstätigen gaben in der Zweitbefragung einen besseren subjektiven Gesundheitszustand an als im Jahre 1993. Berufstätige in Sorge und Arbeitslose standen aber weiterhin hochsignifikant schlechter da als Berufstätige ohne Sorgen um ihren Arbeitsplatz. Frauen hatten fast durchgehend einen besseren subjektiven Gesundheitszustand als Männer. Eine Ausnahme bilden die Frauen in Sorge: Fast 22 % gaben einen mehr schlechten Gesundheitszustand an, und sie lagen damit im Bereich der langzeitarbeitslosen Frauen.

Die Gründe für die Verbesserung des subjektiven Gesundheitszustandes waren mit dem verfügbaren methodischen Instrumentarium nicht zu finden (Anpassung?, Schutzbehauptung?), hinterfragte man aber diese Situation im Sinne der Wahrnehmung subjektiver gesundheitlicher Beschwerden, so relativierte sich das Bild.

Berufstätige ohne Sorgen um ihren Arbeitsplatz waren zu 11 bis 14 % mit deutlichen oder sehr starken gesundheitlichen Beschwerden unterschiedlicher Art konfrontiert. Aus diesem allgemeinen Rahmen herausfallend wiesen Erschöpfung, Abgespanntheit (31,3 %) und Durchschlafstörungen (17,2 %) auf größere berufliche Belastungen hin.

Berufstätige in Sorge und Arbeitslose waren zu 18 bis 38 % von denselben Beschwerden betroffen. Sie unterlagen offensichtlich dem gleichen beruflichen bzw. sozialen Streß, nur auf höherem Niveau, wie Berufstätige ohne Sorgen. Im Vordergrund standen bei Berufstätigen in Sorge wieder Erschöpfung, Abgespanntheit (37,9 %) und Durchschlafstörungen (27,8 %), aber darüber hinaus auch Herzbeschwerden (26,1 %), für die vordergründig nur die Ängste um den Arbeitsplatz verantwortlich gemacht werden können. Streßabbauende präventive Maßnahmen, u. U. verbunden mit leichter medikamentöser Therapie, könnten hier ein wirkungsvolles Feld finden.

Daß ein hoher Grad von Erschöpfung seine Quellen nicht nur aus dem Berufsleben findet, zeigten die Arbeitslosen (30,4 %), bei denen sich diese Reaktion wahrscheinlich aus der allgemeinen Verunsicherung, die man bei Arbeitslosigkeit verstärkt findet, ableitete.

Die für die drei Hauptgruppen festgestellten gesundheitlichen Beschwerden verdienen besondere Aufmerksamkeit, weil sie sich nach Aussagen der Betroffenen im letzten Halbjahr vor der Befragung verstärkt hatten. Das galt nachgewiesenermaßen im besonderen für Erschöpfung, Abgespanntheit (jeder vierte Proband betroffen) und für Durchschlafstörungen (bei Berufstätigen in Sorge und Arbeitslosen jeder fünfte betroffen). Hier muß präventiv schnell gegengesteuert werden, will man nicht ernste Auswirkungen und Dauerschäden der Gesundheit riskieren.

Diese Gefahr wurde durch die Befragungsergebnisse der Zweiterhebung bestätigt. Bei den schon genannten Beschwerden trat eine weitere Verschlechterung von 15 bis 30 % auf. Wieder reagierten Berufstätige in Sorge stärker als Arbeitslose.

Erkenntnisse zum objektiven Gesundheitszustand

Daß Berufstätige in Sorge und Arbeitslose von ärztlich festgestellten Krankheitsverschlechterungen stärker betroffen waren, läßt auf indirekte und direkte Wirkungen der Arbeitslosigkeit schließen. Die Verschlechterungsraten lagen bei Frauen generell höher als bei Männern. Langzeitarbeitslose waren am stärksten betroffen. Im Jahre 1994 hatte sich der Gesundheitszustand von Berufstätigen ohne Sorgen und bei Langzeitarbeitslosen weiter verschlechtert. Als Ursachen kann man hier am ehesten den sicheren, aber stressigen Arbeitsplatz sowie die hoffnungslose Lage bei langdauernder Arbeitslosigkeit erkennen.

Menschen ohne Hoffnung auf einen neuen Arbeitsplatz zeigten auch generell häufiger eine Verschlechterung von bestehender Erkrankung.

Erkenntnisse zum Gesundheitsverhalten

Mehr als ein Viertel der Berufstätigen nahm seine Mahlzeiten unregelmäßig ein. 40 bis 45 % der Berufstätigen nahmen ihre Mahlzeiten unter Zeitdruck ein. Ein durchorganisiertes Pausenregime könnte nicht nur das Betriebsklima verbessern, es wäre auch eine einfache präventive Maßnahme gegen Krankheiten vielfältiger Natur.

Arbeitslose griffen trotz aller Nöte nicht vermehrt zu Alkohol. Gegenüber dem Vorjahr war der Alkoholkonsum sogar rückläufig.

Arbeitslose rauchten nicht verstärkt Tabak. Diejenigen, die rauchten, konsumierten zu 50 % (Berufstätige in Sorge) bis 56 % (Berufstätige ohne Sorgen) mehr als zehn Zigaretten täglich, arbeitslose Raucher verbrauchten diese Mengen nur zu einem Anteil von 38 %. Die schon interpretierten Eßgewohnheiten in Kombination mit diesen Rauchgewohnheiten stellen aus medizinischer Sicht ein hohes Gefährdungspotential dar.

Berufstätige ohne Sorgen, die nach ärztlichem Urteil eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zeigten, waren vor allem von abträglichen Eßgewohnheiten betroffen! Diese Feststellung galt auch für Berufstätige in Sorge.

Medikamente wurden offensichtlich kaum zur Streßabwehr eingesetzt. Das galt auch im Vergleich des Medikamentenverbrauchs gegenüber dem Vorjahr.

Hausärzte verordneten relativ selten Medikamente, die psychosomatische Beschwerden angehen. Ihre Patienten, insbesondere die Berufstätigen in Sorge und die Arbeitslosen, litten aber erklärtermaßen unter derartigen Erscheinungen. Daraus leitet sich die Frage ab, ob die Ärzte methodisch nicht in der Lage sind, psychosomatische Beschwerden und soziale Ursachen zu verknüpfen, oder ob sie eher für die vom Patienten mitgeteilten Beschwerden naturwissenschaftliche Hintergründe vermuten und entsprechend diagnostisch vorgehen und therapieren.

Patienten vermuteten bei Herz-Kreislauf-Beschwerden auch einen erhöhten Blutdruck. Diese subjektive (zu hohe) Einschätzung des Blutdrucks könnte für den behandelnden Arzt ein Hinweis auf unbewältigte Probleme im Leben seines Patienten sein.

Erhöhter Blutdruck war besonders bei besorgten Berufstätigen und Arbeitslosen anzutreffen. Der Blutdruck erweist sich damit als objektiver Meßwert für die psychosoziale Belastung, wenn andere medizinische Ursachen auszuschließen sind.

Stark übergewichtige Frauen fanden sich gehäuft unter den arbeitslosen Frauen. 63 % dieser Frauen hatten einen Body-Mass-Index (BMI) von über 28. Auch bei berufstätigen, aber um ihren Arbeitsplatz besorgten Frauen zeigten 47 % diesen hohen, ungünstigen Meßwert.

Wie »begehrt« schlanke Frauen im Erwerbsleben sind, zeigte der Anteil von 67 % bei berufstätigen Frauen ohne Sorgen mit BMI-Werten von unter 24.

Übergewichtigkeit könnte zukünftig verstärkt sowohl verdeckter Kündigungsgrund als auch Einstellungshemmnis sein.

Indirekter Ausdruck für die durch Arbeitslosigkeit ausgelöste psychische Betroffenheit war die hohe Konsultationsrate (Arztbesuche) bei Berufstätigen in Sorge. Auch Mehrfachkonsultationen waren bei ihnen häufiger vertreten.

Vorsorgeuntersuchungen (Check up) wurden nur unzureichend wahrgenommen. Selbst Arbeitslose verhielten sich trotz größeren verfügbaren Freizeitfonds nicht anders. Eine Verhaltensänderung ist wahrscheinlich nur über finanzielle Stimuli, wie z. B. bei Inanspruchnahme zahnärztlicher Prophylaxe, zu erreichen.

Den Abschluß dieser Kurzinformation sollen Überlegungen darstellen, was sich denn anbietet zu tun, um den Betroffenen helfen zu können. Viele der nachfolgenden Ansätze für Bewältigungsstrategien (Coping) für von Arbeitslosigkeit direkt und indirekt Betroffene sind nicht neu, konnten durch

die vorliegenden Ergebnisse aber aktualisiert werden. Andere sprechen die verschiedenen genannten gesellschaftlichen Bereiche neu an.

Ansätze (Schlußfolgerungen) und mögliche Bewältigungsstrategien (Coping)

An vielen Stellen des Untersuchungsberichtes konnte der Zusammenhang von Psyche und Gesundheit belegt werden. Da ein Großteil der Maßnahmen und Pläne für eine kollektive und individuelle Bewältigung der Arbeitslosenproblematik auf psychischen Faktoren basiert, ist aber auch erkennbar, daß gerade auf diesem Sektor viele wissenschaftliche Grundlagen noch fehlen.

Die Plötzlichkeit, die Art und der Umfang der Arbeitslosigkeit in den neuen Bundesländern stellen eine einmalige Situation in einem Industrieland dar. Sie erfordert nicht nur von den Arbeitslosen ungewohnte und außerordentliche Verhaltensänderungen, sondern zugleich Veränderungen der gegenwärtigen Verhältnisse, unter denen die Arbeitslosigkeit entsteht, andauert und erlebt wird, Veränderungen, die auch anderenorts angemahnt werden.

Im Jahre 1986 hat sich NOVAK¹ zum Zusammenhang von Arbeit, Arbeitslosigkeit und Krankheit als überwiegend psychosomatisches Problem geäußert. Die Arbeitslosigkeit würde als Abbruch routinemäßiger Ereignisse empfunden, die eine erhöhte Anpassungsleistung verlangten und für die übliche Bewältigungsstrategien nicht mehr ausreichten. Dadurch entstünden Spannungszustände und physiologische Reaktionen, die in Anwesenheit von disponierenden Faktoren zu Erkrankungen führen könnten. Zwischen Eintritt der Arbeitslosigkeit und dem Auftreten von Erkrankungen läge, so wie beim Auftreten anderer lebensverändernder Ereignisse auch, eine Zeitspanne von einigen Wochen oder Monaten. Diese vulnerable Phase, meint der Autor, sei krankheits- und verhaltensrelevant und könne ärztliche Intervention erfordern.

Das, was Novak beschreibt, fußt auf Erfahrungen und wissenschaftlichen Erkenntnissen, die Jahre zurückliegen. Längst ist inzwischen Allgemeingut, daß ärztliche Interventionen allein dieses life event Arbeitslosigkeit nicht bewältigen können, daß gesamtgesellschaftliche Interventionen gefordert sind.

¹ Novak, P.: Arbeit und Krankheit: ein psychosomatisches Problem. In: Uexküll, T. v. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. München: Urban und Schwarzenberg 1986. S. 1111–1125.

Da das Problem der Arbeitslosigkeit alle neuen Bundesländer in gleicher Weise erfaßt hat, darf im wesentlichen davon ausgegangen werden, daß die Ergebnisse und Schlußfolgerungen dieser Untersuchung für diese fünf Länder gültig sind.

Gesellschaftliche Unterstützung der Betroffenen

Mit Arbeitslosigkeit werden in der Bevölkerung vor allem finanzielle Schwierigkeiten (92,9 % aller Probanden), das Gefühl des Überflüssigseins (67,1 %) und geringe gesellschaftliche Anerkennung (64,5 %) verbunden.

In der Gesellschaft sollte also eine größere Solidarisierung mit dem Arbeitslosen erkennbar sein und praktiziert werden. Arbeitslose sind zwar betroffen aber nicht schuldig.

Der gesellschaftliche Wandel hat in großem Umfang als Folge struktureller Veränderungen in der Wirtschaft auch Leitungshierarchien und Unterstellungsverhältnisse verändert.

Das Gefühl oder die Gewißheit von Mißmanagement im eigenen Betrieb oder mangelnder Initiative oder von fühlbarer Distanz zu den Beschäftigten sind, wie unsere Untersuchung zeigt, geeignet, Sorgen zu bereiten, oft gerade deswegen, weil die Hintergründe des Verhaltens des Vorgesetzten nicht zu durchschauen sind. Die gesellschaftlichen und betrieblichen Verantwortungsträger könnten durch Informationen mit klaren betrieblichen Perspektiven einen beträchtlichen Teil der Sorgen um den Arbeitsplatz reduzieren.

Durch ein persönlicheres und angemesseneres Verhalten der Leitungen in den Betrieben und Verwaltungen sowie ein besseres Management könnte weiterer Druck von den Arbeitnehmern genommen werden.

Ein Großteil der Arbeitnehmer ist mit unregelmäßiger Einnahme von Mahlzeiten, und wenn, dann unter Zeitdruck, konfrontiert. Ein durchorganisiertes Pausenregime könnte Abhilfe schaffen. Damit werden ökonomische Belange des Betriebes eher gefördert als behindert.

Die von MÖLLER-LÜCKING¹ geforderte »Zuwendung« könnte nicht nur Aufgabe der Gewerkschaften, sie könnte auch für Arbeitgeber Teil des Sozialpaktes sein. Zuwendung ist ja mehr als Interessenvertretung, sie ist individuelle Hinwendung zu den Betroffenen, Vermittlung von Solidarität und Aufrechterhaltung der Bindungen an den Betrieb. Was schadet einem

¹ Möller-Lücking, N.: Arbeitslosigkeit, Beschäftigungspolitik und Gewerkschaften. In: Kieselbach, T. und Wacker, A. (Hrsg.): Individuelle und gesellschaftliche Kosten der Massenarbeitslosigkeit. Weinheim: Deutscher Studienverlag 1987. S. 284.

Betriebsleiter das Versprechen, den arbeitslosen Kollegen wieder ins Kollektiv aufzunehmen, wenn es die wirtschaftliche Situation erlaubt? Muß denn die Möglichkeit, vielleicht dann einen besseren Mitarbeiter einstellen zu können, immer vollständig ausgereizt werden? Bringen die »alten« Kollegen nicht wieder das frühere Zusammengehörigkeitsgefühl mit und sicher auch ihre oft jahrelange Betriebskenntnis?

Diese Untersuchung hat gezeigt, wie segensreich – im weitesten Sinne – Hoffnung wirkt, wie Vertrauen in die Leitung, den Leiter – hergestellt durch Zuwendung, Teilnahme am Schicksal der Kollegen – Betriebsklima, Gesundheit und damit Leistungsfähigkeit befördert.

Die finanzielle und materielle Absicherung der Arbeitslosen und ihrer Familien muß weiter ein Hauptelement der Unterstützung bleiben. In der Freizeitgestaltung konnten wir für Arbeitslose nachweisen, daß sie kosten-trächtige »Vergnügen« weit zurückgestellt haben.

Schon kurz nach der Wende hatten bereits 48 % der Befragten Erfahrungen mit Arbeitslosigkeit bzw. zeitweiligen Überbrückungsmaßnahmen und diese ungewohnte Unsicherheit mehr oder weniger intensiv erlebt.

40 bis 50 % der Berufstätigen sind in Sorge um ihren Arbeitsplatz. Diese Erwerbstätigen sind darüber hinaus besonderen sozialen Belastungen (nicht nur der Sorge um den Arbeitsplatz) ausgesetzt, leiden am stärksten unter den Zwängen der Veränderungen und reagieren am intensivsten (stärker als die Arbeitslosen) mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes.

Diese soziale Situation muß von allen Verantwortungsträgern verinnerlicht werden. Daß sich die Menschen trotzdem, wie Umfragen in Ostdeutschland zeigten, zu großen Anteilen »wohl fühlen« – nicht nur wirtschaftlich, politisch, sondern auch gesundheitlich – sollte für die Politiker eher Ansporn sein als Zufriedenheit vermitteln. Ohne Verständnis und Zuwendung, ohne Lösungen für die Arbeitsmarktprobleme sind große Befürchtungen für den Zusammenhalt und die Gesundheit dieser Gesellschaft angebracht.

27 bis zuletzt 30 % der von uns erfaßten Arbeitslosen hatten einen Partner, der gleichfalls arbeitslos war. Beim Verbleib in der Arbeitslosigkeit und der Minderung finanzieller Unterstützung wird dies eine Problemgruppe sein, für die Armut vorprogrammiert ist.

Diese Personengruppe sollte seitens der Arbeitsämter nicht nur erfaßt, sondern besonders betreut und vorrangig vermittelt werden. Für Behinderte gibt es gesetzliche Regelungen, die eine angemessene Arbeit vermitteln sollen. Auch von Doppelarbeitslosigkeit betroffene Menschen, Familien sind im höchsten Maße »behindert«, ohne daß es auch nur registriert wird.

Unterstützung durch das Gesundheitswesen, die Krankenkassen und relevante Dienste

Der subjektive und der objektive Gesundheitszustand der Arbeitslosen und der Berufstätigen in Sorge um ihren Arbeitsplatz war deutlich schlechter als der der Berufstätigen ohne Sorgen. Das wird insbesondere im zeitlichen Verlauf deutlich. Jeder vierte bis fünfte Betroffene klagte über Erschöpfung, Abgespanntheit, Durchschlafstörungen, Einschlafstörungen und Herzbeschwerden, und diese Beschwerden nehmen zu. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen führten zwangsläufig zu einer erhöhten Inanspruchnahme der hausärztlichen Versorgung. Damit könnte der Hausarzt eine entscheidende Rolle in der Bewältigung der genannten Folgen von Arbeitslosigkeit einnehmen.

Es gibt aber sichere Anzeichen dafür, daß die behandelnden Ärzte die psychosozialen Zusammenhänge der gegebenen Umbruchsituation nicht erkennen und damit an den eigentlichen Ursachen der Gesundheitsstörungen vorbei diagnostizieren und therapieren. Das ist natürlich mit großen Effektivitätsverlusten, also auch Kosten verbunden.

Durch die im Gesundheitssektor Tätigen sind anamnestisch verstärkt die Zusammenhänge von gesundheitlichen Störungen und Sorgen um den Arbeitsplatz aufzuklären, die medizinischen Konsequenzen dieses Zusammenhanges zu ziehen und die notwendige Koordination mit anderen Sektoren zu sichern. Durch die Krankenkassen müßte diese Arbeitsweise stimuliert werden. Was man kostenmäßig in diese geforderte »ausführliche Anamnese« investiert, wird durch eine dann mögliche gezielte Therapie und kürzere Erkrankungsdauer eingespart, ganz abgesehen vom präventiven Charakter dieser Maßnahme, dem alle Kassen vom Gesetz her weiter verpflichtet sein sollten.

Da auch die Erwerbstätigen, selbst die ohne Sorgen um ihren Arbeitsplatz, verstärkt unter Erschöpfung, Anspannung, Ermüdung leiden, ist ein weites Feld präventiver Überlegungen für Betriebe und Einrichtungen gegeben. Der Verdacht, durch vielfältige Einzelerfahrungen bestätigt, liegt nahe, daß massenhaft Erwerbstätige zu umfangreicher unbezahlter Überstundenarbeit genötigt sind und werden. Das hat bereits Konsequenzen für den Gesundheitszustand und läßt eine Verschlechterung der Volksgesundheit für die Zukunft erwarten. Da sich die Arbeitnehmer wegen der Gefahr der Kündigung nicht wehren können bzw. nicht glauben, daß sie es mit Erfolg könnten, müssen die für das Wohl des Staates Verantwortlichen aktiv werden.

Unter 30jährige zeigten in unserer Untersuchung größere Beeinträchtigungen der Gesundheit als andere Altersgruppen. Die Eingewöhnung in das Berufsleben könnte als sozialmedizinische Ursache vermutet werden. Auf jeden Fall ist diese Bevölkerungsgruppe einem höheren Gesundheitsrisiko ausgesetzt, das sowohl durch den Arzt als auch die Krankenkassen beachtet werden sollte, läßt sich hier doch vorbeugend viel tun.

Das gilt auch für die ungenügende Inanspruchnahme der etablierten Vorsorgeuntersuchungen. Zu denken wäre an ein stimulierendes Vorgehen, um die Nachfrage zum Nutzen aller zu erhöhen.

Das bestehende soziale Netz und die psychosozialen Dienste müssen den Bedürfnissen der Betroffenen stärker angepaßt werden.

Zunächst bedürfen alle beteiligten Fachdienste umfangreicher Informationen und eines besseren Wissens über die Probleme und Reaktionsweisen der Arbeitslosen und der Berufstätigen in Sorge um ihren Arbeitsplatz. Das trifft insbesondere für die letzte Gruppe zu, um die sich zur Zeit Arbeitsämter, Gewerkschaften und psychosoziale Dienste zu wenig kümmern. Daß sich nicht nur Arbeitslose, sondern auch Menschen in Arbeit an alle diese Institutionen wenden können, ist dabei unbestritten. Ob sie es aber im notwendigen Umfang wirklich tun, darf eher angezweifelt werden. Diese Untersuchung hat für beide Kategorien von Betroffenen ergebige Informationen zusammengestellt, die wir, gemeinsam mit der Hans-Böckler-Stiftung, in diesem Fall mit dem Rosa-Luxemburg-Verein e.V., versuchen, in geeigneter Weise zu vermitteln.

Die psychosoziale Betreuung darf nicht vordergründig nur der Wiedereingliederung in das Arbeitsleben dienen, sie muß die Phase bis zu einem tragfähigen Angebot mit Coping ausfüllen, die Lebensbedingungen der Betroffenen und ihrer Familien analysieren, verbessern, wenn erforderlich, Zuversicht vermitteln, bei zu beobachtenden Gesundheitsstörungen ärztliche Betreuung vermitteln. Die Befindlichkeiten, wie in dieser Arbeit dargestellt, könnten vielfältiger Ausgangspunkt für soziale Arbeit sein.

Die psychosozialen Dienste sind in der Beratung, wie uns scheint, bei übergewichtigen Klienten kompetenter als ein Arzt. Geht es in diesen Fällen doch häufig darum, Einsichten dahingehend zu vermitteln, daß Übergewichtigkeit ein Einstellungshemmnis bzw. ein verdeckter Kündigungsgrund sein könnten. Normalgewichtige waren auch in unserer Studie zu großen Anteilen in sicheren Jobs.

Die Forschung sollte auf der Basis dieser Befindlichkeiten Interventionsmöglichkeiten ausarbeiten und in Modellen erproben.

Individuelles Verhalten Arbeitsloser

Die Familie ist der Bereich, in dem Arbeitslosigkeit vorwiegend gelebt wird. In der Mehrzahl der Familien in Sachsen verstärkte sich das Zusammengehörigkeitsgefühl. Aber auch Auseinandersetzungen sind, wenn auch nicht in dramatischem Umfang, zu beobachten. Die Familie könnte also Ausgangspunkt vieler Coping-Überlegungen sein. In der Familie wachsen die ersten Keime von Isolation, Verschlechterung des Gesundheitszustandes und Depression.

Familie und Partner der Arbeitslosen müssen überzeugt werden, daß der Arbeitslose selbst nicht für seine Situation verantwortlich ist. Das Solidaritätsgefühl in der Familie muß gestärkt werden. Zugleich muß gesichert werden, daß auch eine sehr intensive Arbeitssuche noch Potentiale für die Bewältigung der veränderten täglichen Lebensbedingungen der Familie des Arbeitslosen beläßt. Nachgewiesen werden konnte, daß die meisten Lebensbereiche der Arbeitslosen Veränderungen erfahren haben. Von allen diesen Veränderungen ist auch die Familie berührt.

Auch wenn die überwiegende Mehrheit der Arbeitslosen (82 %) keine negativen Folgen für die eigenen Kinder als Resultat der Arbeitslosigkeit sieht, ist in Kindereinrichtungen und Schulen konsequent negativen Haltungen gegenüber den Arbeitslosen und ihren Angehörigen, ihren Kindern vor allem, zu begegnen.

Fast die Hälfte der Arbeitslosen gibt an, weniger Kontakte mit Freunden und Kollegen zu haben. Das verstärkt die Gefahr der Isolierung. Hier gibt es vielfältige Ansätze für Coping.

Unsere Ergebnisse belegen, daß Arbeitslosigkeit nur ein Faktor ist, der zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führt. Copingstrategien müssen dort beginnen, wo sich Individuen Sorgen um ihre Zukunft machen.

Bei allen Freizeitaktivitäten, die Geld kosten, sind die Einschränkungen bei den Arbeitslosen am größten. Besonders weit auseinander liegen Erwerbstätige und Arbeitslose bei Gaststättenbesuchen und Reisen. Selbst der Kinobesuch findet zu hohen Anteilen nie oder seltener statt. Obwohl viele Lichtspieltheater preisgesenkte Karten für Arbeitslose anbieten, gehen 60 % von diesen nie und weitere 26,3 % seltener ins Kino. Da Kino ein Gemeinschaftserlebnis ist, treffen die verbilligten Karten, die nur zwischen Montag und Freitag angeboten werden, nicht den Bedarf. Damit verringern sich die sozialen Kontakte der Arbeitslosen und verstärkt sich die Isolation.

Arbeit ist durch »Beschäftigungen« in Haushalt, Familie und Freizeit

nicht zu ersetzen. Diese Lebensbereiche sind deshalb für das Coping nur sehr bedingt einsetzbar.

Die Neigung zu »Weiterbildung, Lernen« geht bei Arbeitslosen schnell verloren, ein »es hat ja alles doch keinen Zweck«-Verhalten. Diese Einstellung muß durchbrochen werden, und das kann nur von außen geschehen. Wird hier nicht gezielt beraten, betreut und Weiterbildung organisiert, geht berufliches und menschliches Potential verloren, was eine Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt schon mittelfristig unmöglich macht.

Übergreifende Erkenntnisse zur Bewältigung von Arbeitslosigkeit

Der wichtigste Weg zur Stabilisierung der psychosozialen Lage Arbeitsloser müsse immer noch in der Wiederbeschäftigung gesehen werden, schreibt KIESELBACH (1994)¹, und schließlich fordert er, nach einer bestimmten Dauer von Arbeitslosigkeit eine gesellschaftlich zugesicherte Beschäftigungsgarantie zu geben.

MÖLLER-LÜCKING (1987)² verweist auf die räumliche Distanz der Betriebe zu den Arbeitslosen. Aber darüber hinaus müßten »sie auch die Distanz überbrücken, die sich aus der Unkenntnis der Probleme Arbeitsloser ergibt«.

Die umfangreiche Literatur zum Problem der Bewältigung von Arbeitslosigkeit deutet das Feld an, das politischen und gesellschaftlichen Gestaltungsmöglichkeiten Raum gibt. Dennoch wird Arbeitslosigkeit trotz ihres komplexen gesellschaftlichen Zusammenhanges immer individuell erfahren und verarbeitet. Das darf aber nicht zu dem Trugschluß führen, die Bewältigung der Probleme sei ausschließlich eine Sache der Arbeitslosen.

Insgesamt sind alle Gruppen unserer Probanden gesundheitlich mehr gefährdet als früher. Die Lebensweise der Bevölkerung müßte unter diesen Rahmenbedingungen untersucht und unter Mitwirkung der Krankenkassen und der Ärzteschaft sowie psychosozialer Dienste müßten Interventionsmöglichkeiten entwickelt werden.

Die freiwilligen Gesundheitsuntersuchungen sollten für weitere Problemgruppen angeboten, wirkungsvoll stimuliert und den Ärzten ihr entsprechendes

1 Kieselbach, T.: Arbeitslosigkeit als psychosoziales Problem auf individueller und gesellschaftlicher Ebene. In: Montada, L. (Hrsg.): Arbeitslosigkeit und soziale Gerechtigkeit. Frankfurt/New York: Campus-Verlag 1994. S. 233.

2 Möller-Lücking, N.: Arbeitslosigkeit, Beschäftigungspolitik und Gewerkschaften. In: Kieselbach, T. und Wacker, A. (Hrsg.): Individuelle und gesellschaftliche Kosten der Massenarbeitslosigkeit. Weinheim: Deutscher Studienverlag 1987. S. 284.

Engagement honoriert werden. Neue gesundheitsgerechte Verhaltensweisen müssen den Risikogruppen vermittelt und ihr Potential für Selbsthilfe gestärkt werden. Hausarzt und Familie sind auch in dieser Richtung die wesentlichen Multiplikatoren (KORCZAK, 1994)¹.

Aus der Sicht der Sozialmedizin liegt vieles im Argen: in der Politik, in der Gesellschaft und schließlich auch im Gesundheitswesen. Über alle unterschiedlichen politischen Auffassungen hinweg müssen Lösungen gesucht werden, und man darf nicht zulassen, daß der bestehende Sozialpakt ausgehöhlt wird. Dem Einzelnen bleiben darüber hinaus noch genug Pflichten, Verpflichtungen für ein sinnvolles Leben in der Gemeinschaft und für sich selbst, für seine Gesunderhaltung zum Beispiel.

¹ Korczak, D.: Der Einfluß des Sozialmilieus auf das Gesundheitsverhalten. In: Mielck, A. (Hrsg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen: Leske und Budrich 1994.

Über die Autoren dieses Heftes



Horst Harych, geb. 1930 in Berlin. Studium an der Humboldt-Universität zu Berlin. Habilitation an der Martin-Luther-Universität Halle/Wittenberg. Dr. Dr. med. habil., ordentlicher Professor für Sozialmedizin (em.) an der medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden. Forschungsschwerpunkte: zur Organisation und Qualität des Gesundheitswesens, zur Epidemiologie, zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit sowie zur Pflege in der Familie. 110 wissenschaftliche Veröffentlichungen. Seit 1992 Gesellschafter der life-test Forschung zu Lebensweise und Gesundheit gGmbH Dresden.

Peter Harych, geb. 1966 in Berlin. Studium an der Fachhochschule für Technik und Wirtschaft sowie der Technischen Fachhochschule Berlin. Dipl. Math. Arbeitsgebiete: Konzeption und Durchführung von Datenerfassungen im sozialwissenschaftlichen und medizinischen Bereich, Interviews, Personalschulung, mathematisch-statistische Auswertungen von Datensätzen sowie deskriptive Analysen.

LIEFERBARE VERÖFFENTLICHUNGEN DES ROSA-LUXEMBURG-VEREINS e.V.

(Stand April 1997)

TEXTE ZUR POLITISCHEN BILDUNG

Heft 2: Reimar Gilsenbach/Joachim S. Hohmann: Beiträge zur Geschichte der Sinti und Roma. Mit einem Titelfoto von Christiane Eisler und einer Besprechung von Ulrich Heine-
mann. Leipzig 1992. 51 S. – *Heft 4:* Bärbel Bergmann: Arbeitsunsicherheit. Erleben und
Bewältigen. Eine Studie aus dem Raum Dresden. Leipzig 1993. 44 S. – *Heft 5:* Uta Schlegel:
Politische Einstellungen ostdeutscher Frauen im Wandel. Leipzig 1993. 60 S. – *Heft 6:*
Walter Poeggel: Deutsch-polnische Nachbarschaft. Die Verträge über Grenzen und gute
Nachbarschaft – Grundlage für ein konstruktives Verhältnis zwischen Deutschland und Polen.
Leipzig 1993. 74 S. – *Heft 8:* Landwirtschaft in den neuen Bundesländern. Leipzig 1994.
58 S. [Enthält: Otto Rosenkranz: Die Landwirtschaft in den neuen Bundesländern. Was war
– was ist – was wird sein? S. 5–38. – Gerhard Müller: Die Strukturkrise in der Landwirt-
schaft Westeuropas und die Chancen für die Landwirtschaft in den neuen Bundesländern. S.
39–52.] – *Heft 9:* Gunhild Korfes: Zur Jugendgewalt in den neuen Bundesländern – Ergeb-
nisse soziologischer Forschung. Leipzig 1994. 89 S. – *Heft 11:* Beiträge zur Geschichte des
Warschauer Ghettos. Leipzig 1994. 67 S. [Enthält: Marian Feldman: Der Aufstand im War-
schauer Ghetto. S. 5–15. – Eva Seeber: Das Ghetto von Warschau. Von der Ausgrenzung zum
Völkermord. S. 17–58. [Für den Druck bearbeitete und ergänzte Fassungen der Vorträge, die
die Verf. auf der Gedenkveranstaltung des Polnischen Instituts Leipzig, der Israelitischen Re-
ligionsgemeinde zu Leipzig, des Bundes der Antifaschisten und des Rosa-Luxemburg-Vereins
am 28. April 1993 aus Anlaß des 50. Jahrestages des Aufstandes im Warschauer Ghetto
gehalten haben.] – Ausgewählte Veröffentlichungen über das Warschauer Ghetto S. 59–61.]
– *Heft 12:* Joachim Tesch: Ziele und Wege der Wohnungsbauförderung. Leipzig 1994. 39 S.
– *Heft 13:* Eva-Maria und Lothar Elsner: Ausländerpolitik und Ausländerfeindschaft in der
DDR (1949–1990). Leipzig 1994. 92 S. – *Heft 14:* Jürgen Becher: Wohnen und Mietrecht.
Ausgewählte Probleme in Ostdeutschland. Leipzig 1994. 41 S. – *Heft 15:* Sarkis Latchinian:
»Maastricht« – Hoffnung für Europa? Fehlentwicklungen der europäischen Wirtschafts- und
Währungsunion. Leipzig 1994. 47 S. – *Heft 16:* Antisemitismus und Massenmord. Beiträge
zur Geschichte der Judenverfolgung von Helmut Eschwege, Nora Goldenbogen, Karl-Heinz
Gräfe, Kurt Pätzold, Horst Schneider und Gustav Seeber. Leipzig 1994. 89 S. [Enthält: Nora
Goldenbogen: Zum Geleit. S. 5–6. – Gustav Seeber: Zum Kampf der deutschen Sozialdemo-
kratie gegen den Antisemitismus im Kaiserreich. S. 7–16. – Karl-Heinz Gräfe: Stalinismus
und Antisemitismus in der UdSSR der 20er und 30er Jahre. S. 17–23. – Horst Schneider:
Pogromnacht in Dresden. S. 25–30. – Kurt Pätzold: »Die vorbereitenden Arbeiten sind einge-
leitet«. Die Wannsee-Konferenz am 20. Januar 1942. S. 31–50. – Helmut Eschwege: Zur
Deportation alter Juden mit »Heimeinkaufsverträgen« 1942–1945. S. 51–73. – Nora Golden-
bogen: »Schonungslos den kranken Kern aufdecken...«. Zu Problemen des Antisemitismus
und seiner Rolle in den »Säuberungen« in Sachsen 1949–1953. S. 75–83.] – *Heft 17:* Walter

78 Veröffentlichungen des Rosa-Luxemburg-Vereins e.V.

Poeggel: Der deutsch-tschechoslowakische Nachbarschaftsvertrag als Ausgangspunkt einer neuen Ära in den gegenseitigen Beziehungen. Leipzig 1994. 59 S. – *Heft 18*: Kurt Finker: 20. Juli 1944 – 20. Juli 1994. Eine notwendige Nachbetrachtung. Leipzig 1995. 88 S. – *Heft 19*: Werner Bramke: Carl Goerdeler und Leipzig. Leipzig 1995. 92. S. – *Heft 20*: Walter Poeggel: Der Völkerbund als zwischenstaatliche Organisation für den Weltfrieden und die Haltung Deutschlands. Zum 75. Jahrestag der Gründung des Völkerbundes. Leipzig 1995. 66 S. – *Heft 21*: Sarkis Latchinian: »Maastricht – eine Fehlkonstruktion für Europa. Studie zur geplanten europäischen Währungsunion. Leipzig 1996. 79 S. – *Heft 22*: Andrea Fischer-Tahir und Christian Pommerening: Zwischen Aufstand und Flucht. Zur jüngeren Geschichte Irakisch Kurdistan. Leipzig 1996. 106 S.

TEXTE ZUR LITERATUR

Heft 2: Verbrannt, verboten, verbannt. Vergessen? Zum 60. Jahrestag der Bücherverbrennung von 1933. Leipzig 1995. 76 S. [Enthält: Vorbemerkung. S. 5. – Alfred Klein: Vernichtungssymbol und Mobilmachungssignal. Zum ideologiegeschichtlichen Ort der Bücherverbrennung vom 10. Mai 1933. S. 7–28. – Hans Jürgen Friederici: Bücherverbote und Bücherverbannung in der Buchstadt Leipzig. S. 29–36. – Anneliese Feurich: Erinnerung an Karl Barth. S. 37–38. – Wolfgang U. Schütte: Bücherverbrennung 1933 und Büchervernichtung 1989/1990. S. 39–41. – Juliane Krummsdorf: Probleme einer Bibliothekarin im Umgang mit Schwarzen Listen, Schandpfahl und Autodafé. S. 42–46. – Frank Andert: Tucholsky auf den Müll? S. 47–51. – Rahel Springer: Der Verlust von Büchern war schmerzlicher als der von Möbeln. S. 52–53. – Rudolf Scholz: Rede anlässlich der Eröffnung der Ausstellung »Verbrannt, verboten, verbannt. Vergessen?« S. 55–63. – Personalien. S. 65–70.]

TEXTE ZUR PHILOSOPHIE

Heft 1: Eva J. Engel: Moses Mendelssohns Briefwechsel mit Lessing, Abbt und Iselin. Leipzig 1994. 42 S. [Enthält: Helmut Seidel: Zum Geleit. S. 5. – Eva J. Engel: Moses Mendelssohns Briefwechsel mit Lessing, Abbt und Iselin. S. 9–34. – Zur Autorin dieses Heftes. S. 35. – Debatten, Kolloquia und Vorträge im Philosophischen Arbeitskreis. S. 37–38.] – *Heft 2*: Claus Träger: Johann Gottfried Herder und der Fortschritt als Beförderung der Humanität. Leipzig 1996. 35 S.

TEXTE ZUR HOCHSCHULPOLITIK

Heft 1: 4. Alternativer Hochschultag (11. März 1995). Leipzig 1995. 124 S.

OSTEUROPA IN TRADITION UND WANDEL

Heft 2: Zwischen sozialer Transformation und nationaler Identifikation (I). Leipzig 1995. 88 S. [Enthält: Zum Geleit. S. 5. – Erhard Crome: Vergleichende Osteuropaforschung. Einige methodische und theoretische Aspekte. S. 7–17. – Eckart Mehls: Zum Transformationsprozeß in Polen. Bemerkungen eines Historikers. S. 19–35. – Bernd Koenitz: »Wir sind ein kleines Volk«. Zu den Existenzbedingungen der tschechischen Nation und ihren Wirkungen. S. 37–53. – Dietmar Endler: Südslawische Literaturen im Spannungsfeld zwischen nationaler Identitätssuche und zwischennationalen Gemeinsamkeiten. S. 55–69. – Olaf Kirchner: Kolloquia des Leipziger Gesprächskreises Osteuropa. S. 71–76. – Zu den Autoren dieses Heftes. S. 77–78. – Kolloquia der Gesellschaft für Kulturosoziologie für 1996. S. 79.]

ROHRBACHER MANUSKRIPTE

Heft 1: Globale Probleme im Meinungsstreit. Leipzig 1995. 84 S. [Enthält: Vorwort. S. 5–7. – Rudolf Rochhausen: Ist unser Planet noch zu retten? S. 9–32. – Gerhard Poppei: Die globalen Dimensionen der Energie. S. 33–47. – Gerhard Gruhn: Alternative Energien. S. 49–58. – Reinhard Grienig: Globale Zivilisationskrise – gibt es einen Ausweg? S. 59–67. – Manfred Jödecke: Dialog als lokales Problem (menschlichen) Überlebens. S. 69–72. – Kurt Reiprich: Wissenschaft und Wert. S. 73–78.] – *Heft 2: Beiträge zur Methodologie der Wissenschaften.* Leipzig 1996. 112 S. [Enthält: Vorwort. S. 5–7. – Rudolf Rochhausen: Gibt es einen methodologischen Dualismus zwischen Natur- und »Geisteswissenschaften«? S. 9–19. – Wolfgang Jantzen: Diagnostik, Dialog und Rehistorisierung: Methodologische Bemerkungen im Zusammenhang von Erklären und Verstehen im diagnostischen Prozeß. S. 21–40. – Manfred Jödecke: Paradigmenwechsel in der Sonderpädagogik oder wider den methodischen Reduktionismus. S. 41–48. – Horst Pickert: Methoden in der Philosophischen Anthropologie der Gegenwart. S. 49–58. – Gerhard Poppei: Entwicklung und Entropie. Selbstorganisation, Strukturbildung und Entropieproduktion. Reflexionen über ein womöglich allgemeingültiges Prinzip. S. 59–69. – Hans Eigler: Methoden bei der Entwicklung und Überleitung mikroelektronischer Bauelemente und Mikrosysteme und ihr Gültigkeitsbereich. S. 71–80. – Jan-Peter Domschke: Die Rezeption philosophischer Auffassungen von Natur- und Technikwissenschaftlern in der Philosophie. S. 81–90. – Roland Opitz: Russische Schriftsteller in der deutschen Emigration. S. 91–101.]

BUCHVERÖFFENTLICHUNGEN

Ansichten zur Geschichte der DDR. Band V. Im Auftrag der PDS/Linke Liste im Deutschen Bundestag und des Rosa-Luxemburg-Vereins e. V. Leipzig hrsg. von Jochen Cerny, Dietmar Keller und Manfred Neuhaus. Bonn, Berlin 1994. 177 S.

80 Veröffentlichungen des Rosa-Luxemburg-Vereins e.V.

Rußland & Europa. Historische und kulturelle Aspekte eines Jahrhundertproblems. Im Auftrag des Rosa-Luxemburg-Vereins e. V. Leipzig, des Jenaer Forums für Bildung und Wissenschaft e. V. und der Thüringischen Freundschaftsgesellschaft e. V. hrsg. von Michael Wegner, Claus Remer sowie Erhard Hexelschneider. Leipzig 1995. 325 S.

»Wenn jemand seinen Kopf bewußt hinhielt...« Beiträge zu Werk und Wirken von Walter Markov. Hrsg. von Manfred Neuhaus und Hemut Seidel in Verbindung mit Gerald Diesener und Matthias Middell. Leipzig 1995. 262 S.

Walter Friedrich und Peter Förster: Jugend im Osten. Politische Mentalität im Wandel. Hrsg. vom Rosa-Luxemburg-Verein e. V. Leipzig und dem Kommunalpolitischen Forum Sachsen e. V. Leipzig 1996. 216 S.

Michael Meyen: Leipzigs bürgerliche Presse in der Weimarer Republik. Wechselbeziehungen zwischen gesellschaftlichem Wandel und Presseentwicklung. Leipzig 1996. 325 S. (Hochschulschriften des Rosa-Luxemburg-Vereins.)

SPD – PDS. Stagnation statt Aufbruch – das Jahr 1995. Mit einem Anhang: Über SPD, PDS und linke Mehrheiten von Roland Claus. Hrsg. im Auftrag des Politikwissenschaftlichen Arbeitskreises des Rosa-Luxemburg-Vereins e. V. und der Leipziger Gesellschaft für Politik und Zeitgeschichte e. V. Leipzig 1996. 148 S.

Menschen ohne Hoffnung. Materialien des Symposiums vom 18. und 19. Juni 1993 in Berlin Veranstalter: Gesellschaftsanalyse und Politische Bildung e. V. Berlin, Rosa-Luxemburg-Verein e. V. Leipzig, Zeitgenössische Osteuropaforschung e. V. Im Auftrag des Rosa-Luxemburg-Vereins in Verbindung mit Gesellschaftsanalyse und Politische Bildung e. V. hrsg. von Birgit Schliewenz und Cornelia Domaschke. Leipzig 1996. 192 S.

Literaturhistorische Streifzüge. Für Hans Mayer von Schülern der Leipziger Zeit. Hrsg. von Alfred Klein, Klaus Pezold und Werner Schubert. Leipzig 1996. 312 S.