



**Oldenburger Studien zur Europäisierung und zur transnationalen Regulierung  
(ISSN: 1866-8798)**

**Ausgewählte Abschlussarbeiten  
ST 2013/04**

# **Die Gesundheit der Armen – Eine vergleichende Analyse von erwerbstätigen und erwerbslosen Armen aus sozial-epidemiologischer Perspektive**

**Sven Broschinski  
Finn Lukas Gütebier  
Christopher Hanraets  
Melanie Hauber**

---

Jean Monnet Centre for Europeanisation and Transnational Regulations Oldenburg  
Fakultät I • Carl-von-Ossietsky-Universität Oldenburg • 26111 Oldenburg

Abrufbar im Internet unter: <http://www.uni-oldenburg.de/cetro/31251.html>

# Inhalt

1. Einleitung .....	4
2. Einfluss der sozialen Lage auf die gesundheitliche Ungleichheit.....	6
2.1. Einführung in die Sozial-Epidemiologie .....	6
2.2. Soziale Ungleichheit und Gesundheit .....	7
2.3. Einkommensarmut und Gesundheit .....	10
2.4. Arbeit und Gesundheit.....	12
2.5. Arbeitslosigkeit und Gesundheit .....	16
3. Unterschiede in der Gesundheit von erwerbslosen und erwerbstätigen Armen.....	21
4. Methoden und Design .....	28
4.1 Quantitative Methoden – Die Datengrundlage: Das Sozioökonomische Panel .....	28
4.1.1 Operationalisierung der Untersuchungsgruppe .....	29
4.1.2 Die unabhängigen und abhängigen Variablen.....	30
4.1.3 Auswertungsverfahren und Methoden .....	32
4.2 Qualitative Methoden .....	33
4.2.1 Die Rekrutierung der Probanden .....	34
4.2.2 Die Durchführung der Interviews.....	35
4.2.3 Beschreibung der Stichprobe.....	36
5. Ergebnisse .....	38
5.1 Deskriptive Analyse der SOEP-Stichprobe.....	38
5.2 Die subjektive Zufriedenheit mit der Gesundheit .....	40
5.3 Übergewicht und Body-Mass-Index.....	45
5.4 Psychische Beschwerden.....	53
5.5 Physische Beschwerden.....	61
5.6 Drogenkonsum .....	68
5.6.1 Regelmäßiger Alkoholkonsum.....	68
5.6.2 Rauchen gegenwärtig .....	72
6. Fazit.....	77
Literaturverzeichnis.....	81

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Quantitatives Forschungsdesign.....	30
Abbildung 2: Zufriedenheit mit der Gesundheit, gerundet.....	39
Abbildung 3: BMI in Klassen, gerundet.....	45
Abbildung 4: Grad der psychischen Beschwerden, gerundet.....	52
Abbildung 5: Grad der physischen Beschwerden, gerundet.....	61
Abbildung 6: Regelmäßiger Alkoholkonsum, gerundet.....	68
Abbildung 7: Rauchen gegenwärtig, gerundet.....	72
Tabelle 1: Bedarfsgewichtetes HH-Nettoeinkommen nach Region.....	37
Tabelle 2: Deskriptive Analyse der Stichprobe. Alle Werte in Prozent.....	38
Tabelle 3: Mittelwertvergleich und T-Test: Zufriedenheit mit der Gesundheit*Zielgruppe....	40
Tabelle 4: Einfache Lineare Regression - Zufriedenheit m. Gesundheit.....	40
Tabelle 5: Zufriedenheit mit der Gesundheit*Alter nach Kategorien in Prozent.....	41
Tabelle 6.: Multiple Regression: Zufriedenheit mit der Gesundheit.....	42
Tabelle 7: Mittelwertvergleich und T-Test: Body Mass Index*Zielgruppe.....	45
Tabelle 8: Lineare Regression: Body Mass Index.....	46
Tabelle 9.: Multiple Regression: Body Mass Index.....	46
Tabelle 10: BMI*Alter nach Kategorien in Prozent.....	47
Tabelle 11: Mittelwertvergleich und T-Test: Psychische Beschwerden*Zielgruppe.....	53
Tabelle 12: Index-Variablen: Grad der psychischen Beschwerden.....	54
Tabelle 13: Einfache lineare Regression: Psychische Beschwerden*Zielgruppe.....	54
Tabelle 14: Multiple Regression: Psychische Beschwerden.....	55
Tabelle 15: Mittelwertvergleich und T-Test physischen Beschwerden*Zielgruppe.....	62
Tabelle 16: Index-Variablen Grad der physischen Beschwerden.....	62
Tabelle 17: Grad der physischen Beschwerden*Alter in Kategorien Kreuztabelle.....	63

Tabelle 18: Grad der physischen Beschwerden*Alter in Kategorien nach Zielgruppe.....	64
Tabelle 19: Einfache lineare Regression: Physische Beschwerden*Zielgruppe.....	64
Tabelle 20: Multiple Regression: Physische Beschwerden.....	65
Tabelle 21: Chi <sup>2</sup> -Test regelmäßiger Alkoholkonsum*Zielgruppe.....	68
Tabelle 22: Binäre Logistische Regression: Regelmäßiger Alkoholkonsum.....	69
Tabelle 23: Binäre logistische Regression: Regelmäßiger Alkoholkonsum.....	70
Tabelle 24: Chi <sup>2</sup> -Test Rauchen gegenwärtig*Zielgruppe.....	72
Tabelle 25.: Binäre logistische Regression: Rauchen gegenwärtig.....	73
Tabelle 26.: Binäre logistische Regression: Rauchen gegenwärtig.....	73

## 1. Einleitung

Armut und soziale Ungleichheit ist in Deutschland nichts Ungewöhnliches und auch keine Ausnahmeerscheinung mehr. Auch wenn Armut hierzulande nicht so extrem und in dem Maße in Erscheinung tritt wie beispielsweise in Entwicklungsländern, so ist die Anzahl der Armen in Deutschland nicht unerheblich, zumal die Tendenz steigend ist, wie der aktuelle Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung zeigt (Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2013). Soziale Ungleichheit ist auf den ersten Blick erst einmal nichts Verwerfliches, da sie insbesondere in einer Leistungsgesellschaft mit freier Marktwirtschaft als Belohnung für die Tüchtigen und als Anreiz für die Armen dienen kann, mehr Leistung und Engagement zu erbringen. Sobald jedoch die soziale Ungleichheit zu erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen oder Leiden führt, die mit einem höheren Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko verbunden sind, ist diese nicht mehr meritokratischen zu rechtfertigen und verlangt nach staatlichen Interventionen. Denn Gesundheit ist ein grundlegendes Menschenrecht (Recht auf körperliche Unversehrtheit, Art. 2 Abs. 2 GG) und sollte daher auch sozialpolitisch von großem Interesse sein.

Häufig wird angenommen, dass Erkrankungen oder ein frühzeitiger Tod das Ergebnis von individuellem (Fehl)Verhalten sei. Dabei bleibt jedoch der nicht zu unterschätzende Einfluss der gesellschaftlichen Strukturen unberücksichtigt, der oft in einem noch größeren Umfang, als man vermuten mag, Auswirkungen auf die Gesundheit hat (Hradil 2006: 35). Darüber, dass soziale Ungleichheiten und Benachteiligungen mit höheren gesundheitlichen Risiken und einem frühzeitigeren Tod verbunden sind, sowohl für Erwachsene als auch für Kinder, besteht in der Fachliteratur überwiegend Einigkeit und wurde empirisch des Öfteren nachgewiesen (vgl. West 1991; Mielck 2000; Wilkinson und Marmot 2003; Richter und Hurrelmann 2009), weshalb von einer kausalen Beziehung zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit ausgegangen werden kann.

Nicht nur aus ethischer oder normativer Perspektive spielen der Gesundheitszustand von Armen und die „gesundheitliche Ungleichheit“ (Mielck 2000) eine bedeutende Rolle. Auch aus ökonomischer und volkswirtschaftlicher Sicht ist eine gesunde Bevölkerung erstrebenswert, da angesichts der demografischen Entwicklung die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit von Jahr zu Jahr steigen und demnach mehr in die Gesundheitsprävention als in die nachträgliche Behandlung von Erkrankungen investiert werden sollte. Auch kann eine schlechte Gesundheit, bedingt durch Armut oder soziale Benachteiligung, die eigenen

Bemühungen oder Initiativen sich aus der prekären Lebenslage eigenständig zu befreien, behindern, da man nicht mehr in der Lage ist einer Erwerbsarbeit nachzugehen. Angesichts des seit 2003 im Rahmen der Hartz-Gesetze eingeführten Aktivierungsparadigmas und einer aktiven Arbeitsmarktpolitik ist die Aktivierung von Erwerbslosen ein Schlüsselement in der Armutsbekämpfung geworden. Jedoch können nur Personen aktiviert werden, die auch fähig sind zu arbeiten und dementsprechend gesund sind. Die aktive Arbeitsmarktpolitik in Deutschland versucht die Erwerbslosen in erster Linie über prekäre oder atypische Beschäftigung in den Arbeitsmarkt zu integrieren, die häufig nur mit einem geringen Lohn einhergehen und nicht selten zu Armut trotz Erwerbsarbeit führen (vgl. Dingeldey 2011). Unter diesen Gesichtspunkten wäre es interessant zu wissen, ob eine Erwerbstätigkeit, auch wenn diese nicht dazu führt der Armut zu entkommen, einen positiven Effekt auf den Gesundheitszustand hat und die erwerbstätigen Armen dementsprechend gesundheitlich besser dastehen, als die erwerbslosen Armen. Sollte sich diese Vermutung bewahrheiten, so könnte eine aktive Arbeitsmarktpolitik gleichzeitig durch die Aktivierung der Erwerbslosen auch die Beschäftigungsfähigkeit dieser steigern und zusätzlich einen Beitrag zur Gesundheitsprävention leisten und somit auch zur gesamtgesellschaftlichen Integration der Armen beitragen.

In der Literatur ist bisher viel über die Auswirkungen von Arbeit, Armut und Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit untersucht worden. Jedoch wurde der direkte Einfluss von Erwerbsarbeit auf die Gesundheit der Armen im Vergleich zu den nichterwerbstätigen Armen, im Kontext der Aktivierungspolitik, bisher vernachlässigt. Dieser Forschungslücke soll im Rahmen dieser Arbeit nachgegangen werden. Somit lautet die Forschungsfrage dieser Untersuchung:

*Inwiefern unterscheidet sich der Gesundheitszustand von armen Personen in Abhängigkeit davon, ob sie einer Erwerbsarbeit (Working Poor) nachgehen oder erwerbslos sind (Non-Working Poor) und wodurch könnten diese Unterschiede erklärt werden?*

Um dieser Frage nachzugehen soll im ersten Teil dieser Arbeit ein kurzer Überblick über die Debatte von sozialer Ungleichheit und Gesundheit gegeben werden. Dabei wird zuerst eine Einführung in die Sozial-Epidemiologie gegeben und anschließend werden die bisherigen Forschungsergebnisse über den Zusammenhang von Armut, Arbeitslosigkeit und Erwerbsarbeit im Bezug auf die Gesundheit zusammengetragen. Im zweiten Teil wird dann der eigene Forschungsansatz dargelegt, der mit dem theoretischen Konzept der Sozial-Epidemiologie einen erklärenden Ansatz liefern will, warum und in welchen Dimensionen

Erwerbsarbeit einen Effekt auf die Gesundheit der Armen hat. Der eigene Forschungsansatz dieser Arbeit beschäftigt sich dann mit theoretischen Überlegungen über die Auswirkungen einer Erwerbsarbeit oder der Erwerbslosigkeit auf den Gesundheitszustand der Armen aus diesem dann fünf Hypothesen entwickelt werden. Die aus dem eigenen Forschungsansatz entwickelten Hypothesen werden schließlich in einem quantitativen und qualitativen Design, welches zuvor im Methoden-Kapitel erläutert wird, überprüft, korrigiert oder gegebenenfalls falsifiziert, um am Schluss eine Antwort auf die eingangs erwähnte Forschungsfrage zu erhalten.

## **2. Einfluss der sozialen Lage auf die gesundheitliche Ungleichheit**

### **2.1. Einführung in die Sozial-Epidemiologie**

Die Anfänge der Sozial-Epidemiologie gehen bis ins 19. Jahrhundert zurück, wo bereits auf die gesellschaftlichen Ursachen von Krankheit und Sterblichkeit hingewiesen und teilweise bereits nachgewiesen wurden (Lampert 2011: 576). Bereits Emile Durkheim stellte Anfang des 19. Jahrhunderts fest, dass es Korrelationen zwischen den beruflichen Lebensbedingungen der Menschen und deren Erkrankungen gab, wodurch man Soziales nur durch Soziales erklären könne (Durkheim 1973). Gesundheit sei somit zu einem bestimmten Anteil ein soziales Phänomen, welches eine Interdependenz zu sozialen Lebensbedingungen aufweist, wodurch sich auch der Zusatz „Sozial“ im Wort Sozial-Epidemiologie erklären lässt. So ist auch nicht nur die Medizin und der medizinische Fortschritt dafür verantwortlich, dass sich die gesundheitlichen Lebensbedingungen im Laufe der letzten Jahrzehnte verbessert haben, sondern im besonderen Maße auch die sozialen Lebensumstände und Lebensverhältnisse (Behrens 2001: 246).

Der Begriff „Sozial-Epidemiologie“ wurde das erste Mal in den 1960er Jahren wissenschaftlich definiert und bezeichnet einen Forschungsbereich zwischen der Medizin und der Soziologie, der sich mit „der Häufung, der Entstehung, der Auslösung und dem Verlauf von Krankheiten in Abhängigkeit von sozialen Variablen“ (Pflanz 1967: 79) befasst. Damit wird Gesundheit im Kontext sozialer Ungleichheiten multidimensional betrachtet. Auch international setzten sich ähnliche Definitionen durch. Die am weitesten verbreitete stammt von Berkman und Kawachi: „We define social epidemiology as the branch of epidemiology

that studies the social distribution and social determinants of states of health“ (2000:6). So gesehen wird versucht, epidemiologische Fragestellungen und Phänomene durch das Soziale bzw. durch soziale Umstände zu erklären (Behrens 2001: 247). Eine der aktuellsten und umfangreichsten Definitionen für die Sozial-Epidemiologie stammt von Mielck und Bloomfield, die die sozialen Determinanten explizit benennen: „Der Gesundheitszustand wird entscheidend geprägt durch ‚das Soziale‘, d.h. durch unseren sozio-ökonomischen Status (Bildung, Beruf, Einkommen), unsere Organisation der Erwerbsarbeit, unsere Beteiligung am Erwerbsleben (Arbeitslosigkeit etc.), unsere geschlechtsspezifischen Bevorzugungen und Benachteiligungen, unsere Nationalität und Migration, unsere gegenseitige Unterstützung bei Problemen, und durch die vielen anderen Merkmale, die unser soziales Zusammenleben charakterisieren“ (2001:13).

Die zentrale Aufgabe der sozial-epidemiologischen Forschung ist demnach „sozial bedingte Unterschiede in der Gesundheit aufzudecken und zu beschreiben, kausale Zusammenhänge zu erkennen und praktisch umsetzbare Konzepte zu deren Beseitigung zu entwickeln“ (Schott und Kuntz 2011: 160). Auch wenn in einer Gesellschaft die Ungleichheit, vor allem die Einkommensungleichheit, unter bestimmten Bedingungen zwar akzeptiert wird, bleibt die Frage offen, in wie fern eine „gesundheitliche Ungleichheit“ zu akzeptieren ist, sobald diese mit einer erheblich höheren Mortalität und Morbidität einhergeht. Aufgrund dessen sieht die Sozial-Epidemiologie die Beseitigung dieser gesundheitlichen Ungleichheit und deren Ursachen als das zentrale Ziel der sozial- und Gesundheitspolitik. Aus diesem Grund ist das Thema Gesundheit und gesundheitliche Ungleichheit, die als Einschränkung der Lebensqualität und der Handlungsmöglichkeiten betrachtet wird, ganz entscheidend in der Diskussion um soziale Ungleichheiten und soziale Gerechtigkeit. Doch was genau ist soziale Ungleichheit und wie wird diese im Kontext gesundheitlicher Ungleichheit operationalisiert? Dieser Frage soll sich im folgenden Abschnitt gewidmet werden.

## **2.2. Soziale Ungleichheit und Gesundheit**

Ganz allgemein liegt soziale Ungleichheit nach Hradil dann vor, “wenn Menschen aufgrund ihrer Stellung in sozialen Beziehungsgefügen von den ‘wertvollen Gütern’ einer Gesellschaft regelmäßig mehr als andere erhalten” (2001: 30). Die früheren Modelle der sozialen Ungleichheitsforschung gingen rein von Schicht- oder Klassenmodellen aus. Diese

traditionellen Schichtungsansätze beinhalteten die klassischen, vertikalen Indikatoren wie Berufsstatus, Bildung oder Einkommen und wurden entweder einzeln betrachtet oder zu einem Index zusammengefasst, anhand diesem dann der soziale Status oder die soziale Lage einer Person festgemacht wurde. Diese Indikatoren wurden besonders aufgrund ihrer hohen Korrelation mit Gesundheitsindikatoren in der Sozial-Epidemiologie bevorzugt (Niemann und Abel 2001: 115). Diese additiven Indizes waren jedoch meistens zu einfach und eindimensional operationalisiert worden, um die komplexe soziale Differenzierung abbilden zu können, so dass zwar die Zusammenhänge statistisch dargestellt werden konnten, diese jedoch inhaltlich keine ausreichende Erklärungskraft besaßen (Ebd.: 107f).

Aus diesem Grund ging man in der neueren Ungleichheitsforschung dazu über, neue und multidimensionale Ansätze zu verwenden, die diese horizontale Differenzierungsmechanismen mit einbeziehen, um so die Realität besser widerspiegeln zu können. So wurden die früheren Klassen- und Schichtmodelle zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit immer mehr durch Milieu- und Lebensstilmodelle ersetzt, mit der Begründung, dass der soziale Wandel eine Pluralität von Lebensstilen und eine Individualisierung mit sich brachte (Sperlich und Mielck 2003: 165). Das führte zu einer Abkehr von objektiven zu den subjektiven Sozialstrukturindikatoren. Wo vorher Beruf, Bildung und Einkommen im Mittelpunkt der Forschung standen kamen jetzt auch Geschlecht, Alter, Ethnizität und die Wertorientierung hinzu bzw. ersetzten diese (Ebd.: 166). Jedoch wird den neuen Ansätzen, genau wie den alten, eine Verabsolutierung der subjektiven Indikatoren vorgeworfen, die die objektiven und vertikalen Unterschiede fast gänzlich ausblenden und für nicht mehr relevant erklären, was sich jedoch als großer Irrtum erwies, insbesondere im Hinblick auf die empirischen Erkenntnisse über die Ausgestaltung von Lebenschancen. Bildung, Berufsstatus und vor allem Einkommen sind also nach wie vor höchst relevant für die soziale Ungleichheitsforschung und zur Bestimmung der sozialen Lage einer Person im Hinblick auf die Erklärung gesundheitlicher Unterschiede und bilden quasi das „Rückgrat des schichtungssoziologischen Ansatzes“ (Schott und Kuntz 2011: 164).

Nachdem nun beschrieben wurde, wie soziale Ungleichheit operationalisiert wird und was eine soziale Lage ist, sollen im Folgenden vier Erklärungsansätze für den Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheit herangezogen und genauer betrachtet werden. Diese vier Erklärungsansätze sind nach Sperlich und Mielck (2003: 169):

1. *Erklärung durch Artefakte*
2. *Erklärung durch soziale Selektion (Drift-Hypothese)*

### *3. Erklärung durch materielle Bedingungen*

### *4. Erklärung durch Verhalten*

Der erste Erklärungsansatz behauptet, dass es sich bei den Zusammenhängen von sozialer Lage und Gesundheit lediglich um statistische Artefakte in den Daten handelt. Dies kann mittlerweile jedoch als widerlegt angesehen werden, aufgrund der eindeutigen empirischen Beweise für einen bestehenden Zusammenhang. Nicht zuletzt durch die wohl größte und empirisch beste Studie zum Thema Gesundheit und soziale Lage, der 1980 erschienene „Black Report“, der, von der britischen Regierung beauftragt, eindeutige empirische Beweise zum Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit bzw. Krankheit in Großbritannien brachte (Vgl. DHSS 1980).

Der zweite Erklärungsansatz ist die Drift-Hypothese nach Hradil, die im Grunde besagt: „Gesunde steigen (...) auf; Kranke steigen ab“ (1997: 14). Sie unterstellt also, dass nicht die soziale Lage verantwortlich für die Gesundheit ist, sondern dass die Gesundheit verantwortlich für die momentane soziale Lage ist. Diese Erklärung trifft jedoch nur bedingt zu und reicht als alleinige Erklärung nicht aus. Behrens sieht die Hypothese aufgrund von Längsschnittdaten als (zum größten Teil) widerlegt an, da in der Längsschnittperspektive gesunde Personen mit niedrigen sozialen Status erst krank werden und dann in „berufliche und gesundheitliche Labilisierungsspiralen“ geraten (Behrens 2001: 254). Ausnahmen bestätigen allerdings auch hier die Regel.

Die größte Erklärungskraft für den Zusammenhang von sozialer Lage und gesundheitlicher Ungleichheit sehen Sperlich und Mielck in den materiellen Bedingungen und im Verhalten, die sich gegenseitig beeinflussen und bedingen (2003:169). Mit materiellen Bedingungen sind hier vor allem das Einkommen und alle daraus resultierenden Ressourcen wie die Wohnung etc. gemeint. Das Verhalten beinhaltet alle gesundheitsrelevanten Handlungen wie das Rauchen, Trinken, ungesunde Ernährungsweise und mangelnde Bewegung. So ist hinreichend bewiesen, dass Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status oft erhöhte psychische und physische Krankheitsrisiken aufweisen und zudem häufiger von einem subjektiv schlechteren Gesundheitszustand berichten (Haverkamp 2008: 323). Je niedriger die soziale Schichtzugehörigkeit, desto häufiger kommen auch Krankheit und ein frühzeitiger Tod vor (Hradil 2006: 39). Besonders spezifische Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Rückenschmerzen, Schwindel und Depression kommen bei Männern und Frauen der unteren Schichten häufiger vor (Ebd.: 40).

Diese Gesundheitsrisiken, aufgrund der Zugehörigkeit zu einer niedrigen sozialen Schicht, die durch die Mischung aus materiellen Bedingungen und Verhalten resultieren, lassen sich nach Peter (2001: 32) durch folgende Ursachen erklären:

- höhere Schadstoffbelastungen durch Wohnsituation und Arbeitsplatz
- vermehrte psychosoziale Belastungen (z.B. berufliche und familiäre Schwierigkeiten)
- erhöhte Prävalenz gesundheitsschädigender Verhaltensweisen (Zigarettenkonsum, Fehlernährung, Bewegungsmangel etc.)
- schlechterer Zugang zu und seltenere Inanspruchnahme von medizinischen Versorgungsleistungen
- nur begrenzte Verfügung über Ressourcen (Geld, soziale Vernetzung, Verhaltensweisen zum angemessenen Umgang mit erfahrenen Belastungen etc.) zur Bewältigung erhöhter Belastungshäufigkeiten und –intensität.

### **2.3. Einkommensarmut und Gesundheit**

Da bereits im vorherigen Abschnitt auf die besondere Rolle des Einkommens im Bezug auf die Gesundheit hingewiesen wurde, soll in diesem Abschnitt noch einmal explizit auf die Auswirkungen und Wirkungsweisen eines niedrigen Einkommens bzw. von Einkommensarmut eingegangen werden.

Um Armut mit Bezug auf das Einkommen überhaupt messen oder empirisch untersuchen zu können, ist eine Operationalisierung von Einkommensarmut unerlässlich. Dabei unterscheidet man zwischen der absoluten und der relativen Armut. In den westlichen Industriestaaten wird Armut jedoch nicht als Subsistenzminimum verstanden, sondern immer im Verhältnis zum durchschnittlichen gesellschaftlichen Lebensstandard. Eine mögliche Definition von Armut kommt von Seiten des Europäischen Rats: „Verarmte Personen sind Einzelpersonen, Familien und Personengruppen, die über so geringe materielle, kulturelle und soziale Mittel verfügen, dass sie von der Lebensweise ausgeschlossen sind, die in dem Mitgliedsstaat, in dem sie leben, als Minimum annehmbar ist“ (Rat der Europäischen Gemeinschaft 1985: 24). Dabei gibt es unterschiedliche Einkommensschwellen, ab denen eine Person als relativ arm betrachtet wird, die je nach Studie unterschiedlich ausfallen, meistens jedoch bei 60% des Medians des bedarfsgewichteten Haushaltsnettoeinkommens liegt (Näheres dazu im Kapitel *Methoden*).

Zu den „wertvollen Gütern“ einer Gesellschaft zählt vor allem das Einkommen, da es in einer funktionierenden Marktwirtschaft den Zugang zu fast allen Gütern ermöglicht. Deshalb liegt der Fokus der aktuellen Armutsforschung überwiegend auf dem Einkommen bzw. auf der Einkommensarmut. Zudem stellt das Einkommen einen der wichtigsten Einflussfaktoren für die gesundheitliche Ungleichheit dar: Je geringer das Einkommen, desto schlechter ist auch nachweislich die Gesundheit (Heinzel-Gutenbrunner 2001: 39). Zwar gilt der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit mittlerweile als empirisch bewiesen, jedoch stellt die Erklärung dieses Zusammenhangs noch immer eine Herausforderung dar (Lampert 2011: 591).

In der Literatur gibt es darüber hinaus zwei verschiedene Versuche, den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit bzw. Armut und gesundheitlicher Ungleichheit zu erklären. Zum einen die Selektionshypothese und zum anderen die Kausationshypothese. Die Selektionshypothese unterstellt, dass Krankheit arm macht, also eine längere Krankheitsphase oder eine ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit den sozialen Abstieg herbeiführt. Die Kausationshypothese unterstellt, dass Armut krank macht, indem gesundheitliche Belastungen aus Gründen des Geldmangels hervorkommen bspw. gesundheitsschädigende Wohnung und Wohnlage, Mangelernährung etc. (Heinzel-Gutenbrunner 2001: 41). Welche Hypothese jedoch den größeren Beitrag zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen sozialer Ungleichheit und gesundheitlicher Ungleichheit leistet, lässt sich nicht eindeutig bestimmen. So hat Heinzel-Gutenbrunner (2001) festgestellt, dass für westdeutsche Frauen und Migranten eher die Selektionshypothese zutreffend ist und für ostdeutsche Frauen und westdeutsche Männer eher die Kausationshypothese. Allgemein kommt er jedoch zu dem Schluss, dass „Armut macht krank“ eher zuzutreffen scheint als „Krankheit macht arm“. Soziale Benachteiligung verursacht demnach eine größere Gesundheitsgefährdung als umgekehrt. Am Sprichwort: „Wenn du arm bist, musst du früher sterben“ scheint also laut empirischen Befunden tatsächlich etwas dran zu sein. So belegen die Daten, dass je niedriger das Einkommen ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit zu erkranken und/oder vorzeitig zu sterben (Schott und Kuntz 2011: 169). So korreliert Armut häufig mit chronischen Erkrankungen, zahnmedizinischen Problemen, psychischen Störungen, Rauchen, ungesunde Ernährung, Mangel an körperlicher Bewegung und Adipositas, kognitive Probleme und Seh- und Hörprobleme (Haverkamp 2008: 323). Weiterhin gehen einkommensarme Personen seltener zum Arzt und seltener zur Vor- und Nachsorge. Selbiges gilt für Unterversorgung von Impfungen etc. (Ebd.: 326).

Zwischen Bildung, Beruf und Einkommen scheint es, wie weiter oben bereits erwähnt, hohe Korrelationen zu geben. So kann angenommen werden, dass eine schlechte Bildung zu einem (qualitativ) schlechten Beruf führt, der wiederum ein nur geringes Einkommen mit sich bringt und so zur Einkommensarmut führt. Ob das hohe Gesundheitsrisiko also von der prekären finanziellen Lage her kommt oder aber eher von der Art der ausgeübten Erwerbstätigkeit (oder auch von der Erwerbslosigkeit) ist nur schwer zu beantworten. Welchen Einfluss eine Erwerbsarbeit auf die Gesundheit hat, insbesondere dann, wenn es sich um Armutsarbeit oder um qualitativ schlechte Arbeit handelt, soll deshalb im nächsten Abschnitt genauer erörtert werden.

## **2.4. Arbeit und Gesundheit**

Dass es signifikante Unterschiede in der Gesundheit zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen gibt, gilt als gesichert. Aber auch der Berufsstatus beeinflusst die gesundheitliche Situation. So ergeben sich auch zwischen Erwerbstätigen je nach Art und Form der Arbeitsbelastung unterschiedliche Gesundheitsrisiken. Besonders die Gesundheitsrisiken von prekär Beschäftigten sind vor dem Hintergrund der wachsenden Zahl der Arbeitnehmer in derartigen Arbeitsverhältnissen, die nur eine geringe Beschäftigungssicherheit und niedrige Löhne bieten und nicht sozialversicherungspflichtig sind, in den Fokus der Arbeits- und Gesundheitsforschung geraten (Kroll und Lampert 2012: 1f).

So stellten Kroll und Lampert fest, dass prekär Beschäftigte mehr über gesundheitliche Beschwerden klagen, als sicher Beschäftigte. So ist die Anzahl der Tage, an denen Männer in prekären Beschäftigungsverhältnissen unter körperlichen Beschwerden leiden, gegenüber sicher Beschäftigten um 49% erhöht. Prekäre Beschäftigung scheint sich also deutlich negativ auf den Gesundheitszustand der Betroffenen auszuwirken, was insofern problematisch ist, da ein schlechter Gesundheitszustand häufig Ursache für Arbeitslosigkeit werden kann (Ebd.: 4-7).

Laut Lampert und Ziese können sich arbeitsbezogene Gesundheitsrisiken in vielerlei Formen bemerkbar machen: neben körperlichen Belastungen Unfallgefahren und schädlichen Umweltbedingungen spielen auch psychische Belastungen eine Rolle, die sich in Form von schwierigen Verhältnissen zu Arbeitskollegen oder Vorgesetzten, monotonen Arbeitsabläufen

beruflichen Gratifikationskrisen oder Zeitdruck äußern können. Auf der anderen Seite stehen aber auch positive Einflüsse, wie soziales Prestige, Mitwirkung an Entscheidungsprozessen, Möglichkeiten der persönlichen Entfaltung und Weiterbildung, Aufbau von sozialen Kontakten oder die Übernahme von Verantwortung. So gesehen spielt die Arbeit vor dem gesundheitlichen Hintergrund zwei Rollen: Einerseits hilft sie, die Gesundheit der Arbeitenden zu erhalten, stellt gleichzeitig stellt sie aber ein Gesundheitsrisiko für die Arbeitnehmer dar. Das Verhältnis von Arbeit als Ressource oder Risiko hängt maßgeblich von der Stellung in der Arbeitswelt und der beruflichen Position ab. Gesunde Arbeitnehmer verbleiben zudem eher in ihrem Arbeitsverhältnis, während gesundheitlich beeinträchtigte eher entlassen werden (Lampert und Ziese 2005: 77f). Brödner und Knuth machen außerdem darauf aufmerksam, dass psychische Erkrankungen in den vergangenen Jahren immer weiter zugenommen haben, während andere Formen der Erkrankung tendenziell rückläufig sind. Die Herausforderung für mehr Gesundheit am Arbeitsplatz besteht also vornehmlich in der Verhütung von Risiken von psychischen Erkrankungen (Brödner und Knuth 2002: 1f). Riedel-Heller et al. stellten anhand verschiedener Studien fest, dass psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz das Risiko, an psychischen Störungen zu leiden, erhöhen. Besonders häufig traten dabei depressive Störungen, Angststörungen, oder das Burnout-Syndrom auf, die durch eine zu hohe Arbeitsbelastung oder einer mangelnden Balance zwischen Aufwand und Belohnung ausgelöst wurden (Riedel-Heller et al.: 2013: 2f).

Lampert und Ziese zeigen außerdem, dass die Zahl der Arbeitsunfälle bereits seit mehreren Jahren rückläufig ist, das Risiko eines Arbeitsunfalls aber mit zunehmenden Alter der Erwerbstätigen zunimmt. Dazu kommen die sogenannten Wegeunfälle, die zwar seltener als Arbeitsunfälle auftreten, dafür aber meist schwerwiegende Folgen haben. Wegeunfälle machen nur etwas mehr als 15% der gesamten arbeitsbezogenen Unfälle aus, sind aber für 40,3% der Unfallbedingten Todesfälle verantwortlich. So wie die Anzahl der Arbeitsunfälle ist seit den 90er Jahren auch die Anzahl die Häufigkeit von Berufskrankheiten zurückgegangen. Auf Grundlage der Arbeitsunfähigkeitsstatistiken ließ sich ermitteln, dass Erwerbstätige im Schnitt 1,1 Mal pro Jahr krank werden und für 13,7 Arbeitstage arbeitsunfähig sind. Mit zunehmenden Alter sinkt die Häufigkeit der Erkrankungen, dafür sind die Betroffenen länger krank. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen machen Erkrankungen am Muskel-Skelett-System rund 40% der Krankheitsfälle aus. Frauen neigen aber eher zu psychischen Erkrankungen, während Männer stärker von Herz-Kreislauf-Erkrankungen betroffen sind. Die berufliche Stellung hat ebenfalls Einfluss auf die Häufigkeit von Erkrankungen. So weisen pflichtversicherte Arbeiter mit durchschnittlich 23 Fehltagen

rund zehn Fehltage mehr auf als pflichtversicherte Angestellte. Auch die Art des Berufes hat Einfluss auf die Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitstagen: Elektroingenieure fehlen nur an 1,3 Tagen im Jahr, Straßenreiniger und Abfallbeseitiger dagegen an 26,4 Tagen. Plausibel erscheint auch der Zusammenhang von der ausgeübten Tätigkeit und der Art der Erkrankung. So leiden Erwerbstätige im Baugewerbe deutlich häufiger unter muskulo-skelettalen Erkrankungen als beispielsweise Arbeitnehmer im Banken- und Versicherungsgewerbe. Ein weiterer Faktor, der das Risiko einer Erkrankung oder eines Unfalls erhöhen kann, sind unregelmäßige Arbeitszeiten oder Schichtbetrieb. Erwerbstätige, die keine regelmäßigen Arbeitszeiten haben, haben ein höheres Krankheits- und Unfallrisiko. Geringqualifizierte Angestellte Männer haben außerdem eine erhöhte Mortalitätsrate. Mit steigender Qualifikation sinkt die Mortalität ab. Eine geringe Qualifikation begünstigt also ein frühes Ableben. Der Arbeitsstatus beeinflusst zudem die Selbstwahrnehmung der eigenen Gesundheit. Höher qualifizierte Erwerbstätige schätzen ihre Gesundheit besser ein, als Geringqualifizierte. Dazu kommt, dass Geringqualifizierte sich gesundheitsriskanter verhalten. So gibt es unter den Geringqualifizierten deutlich mehr Raucher, als unter den hochqualifizierten Arbeitnehmern (Lampert und Ziese 2005: 81-100).

Für die Erklärung von gesundheitlichen Belastungen am Arbeitsplatz gibt es verschiedene Erklärungsansätze. Unterschieden wird außerdem im Blickwinkel: Bei einigen Betrachtungsweisen stehen die krankmachenden Belastungsfaktoren im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. In diesem Fall spricht man Pathogenese. Ein anderes Erklärungsmodell untersucht die Art der Bewältigung von Belastungen bei der Arbeit. Hier stellt sich die Frage, was den Arbeitenden trotz Arbeit gesund erhält. In diesem Fall spricht man von Salutogenese. In neueren Ansätzen wird beides miteinander in Verbindung gesetzt, sodass festgestellt werden kann, welche regulativen Tätigkeiten die negativen Einflüsse von Arbeit auf die Gesundheit mindern kann (Brödner und Knuth 2002: 13). Eines der am häufigsten genutzten Modelle ist das effort-reward-imbalance-Modell von Siegrist. Hier stehen sich zwei Faktoren gegenüber: Zum einen der Arbeitsaufwand, den das Individuum bei der Verrichtung seiner Arbeit leistet, sowie die Belohnung in Form von Gehalt oder nicht-materiellen Faktoren, wie Anerkennung oder die Möglichkeit zum Aufstieg. Hinzu kommt das sogenannte überangepasste Verhalten, mit dem eine Tendenz des Erwerbstätigen gemeint ist, sich bei der Arbeit zu verausgaben. Durch dieses Verhalten steigt der Arbeitsaufwand und die subjektiv empfundene Belohnung wird geschmälert. Kommt es zu einer Schieflage von Aufwand und Belohnung, kommt es zur Gratifikationskrise (Bamberg 2013: 50).

Ein weiteres Erklärungsmodell ist das Job-Demand-Control-Modell von Karasek und Theorell dar. Hier stehen Arbeitsaufwand und Entscheidungsspielraum im Mittelpunkt der Analyse. Ist der Arbeitsaufwand besonders hoch, der Spielraum für eigene Entscheidungen bei der Arbeit aber nur sehr klein, entsteht Stress, der sich nachteilig auf die psychische Gesundheit des Betroffenen auswirkt. Soziale Unterstützung kann als persönliche Ressource bei der Bewältigung dieser Kluft helfen und die nachteiligen Effekte vermindern (Riedel-Heller et al. 2013: 2). Riedel-Heller et al. erklären sich die zunehmende psychische Belastung außerdem mit zwei wichtigen Entwicklungen, die in der jüngsten Vergangenheit stattgefunden haben: Zum einen mit dem technologischen Fortschritt, der zwar einerseits die Arbeit an sich erleichtert, dafür aber die Arbeitsprozesse komplexer macht und den Arbeitern mehr Kompetenzen und damit einen lebenslangen Lernprozess abverlangt, und der Globalisierung, die eine Entwicklung hin zu flexibleren Arbeitsverhältnissen einläutete (Ebd.: 1).

Brödner und Knuth sehen den Grund für die zunehmenden psychischen Belastungen bei der Arbeit ebenfalls in einer veränderten Arbeitswelt. Er stellt dar, dass besonders Hochqualifizierte von zusätzlichen Belastungen betroffen sind. Das ist insofern bemerkenswert, als dass Berufe mit hohem Qualifikationsniveau in der bisherigen Arbeits- und Gesundheitsforschung als privilegiert galten. Ihrer Auffassung nach sind die internationalen Märkte komplexer und dynamischer geworden. Darüber hinaus gab es seitens der Unternehmen eine Entwicklung von massenhafter Produktion hin zu einem Angebot von Dienstleistungen und Produkten, die sich mehr an den Wünschen des Endkunden orientiert. Das führte zu einer Veränderung der bestehenden Organisationsformen der Unternehmen. So wurden in erster Linie Hierarchien abgebaut und Aufgaben, die originär dem Tätigkeitsfeld des Managements zugehören, auf die einzelnen Arbeitsgruppen übertragen. Die Folge für die Mitarbeiter in den Arbeitsgruppen ist, dass sie nun mehr Verantwortung tragen und sich ihr Aufgabenfeld vergrößert hat. Das bedeutet zusätzliche Belastungen, eine Erhöhung der Arbeitsintensität, längere Arbeitszeiten und erhöhter Zeitdruck. Das kann dauerhaft zu psychischen Erkrankungen und Störungen, wie Depressionen oder Burnout führen. Diese neuen Belastungsformen betreffen vorrangig Hochqualifizierte Arbeitskräfte. Jedoch sind auch Geringqualifizierte nicht unerheblich von derartigen Belastungen betroffen: Schichtarbeit, routinisierte und monotone Tätigkeiten, Unterforderung, Fremdbestimmung, keine oder geringe Partizipation an unternehmerischen Entscheidungen, schlechtes Arbeitsklima, unsichere Beschäftigungsverhältnisse, gefährliche oder unzumutbare Arbeitsbedingungen sind Belastungsfaktoren, die zum Teil eher bei Berufen mit niedrigem Qualifikationsniveau zu finden sind (Brödner und Knuth 2002: 2-7).

Für weitere Belastungen bei den Erwerbstätigen sorgen andere neuartige Managementkonzepte. So werden manche Arbeitsschritte nicht mehr sequentiell, sondern parallel durchgeführt, oder die Just-in-Time-Produktion, mit der Lagerkosten gespart werden sollen. Sie bedürfen einer besseren Planung und Koordinierung. Auch hier entstehen weitere Belastungsfaktoren für die psychische Gesundheit der Beschäftigten. Hinzu kommt, dass die Grenzen der Arbeit verschwimmen, beziehungsweise gänzlich verschwinden. Hier spricht man von der Entgrenzung von Arbeit in sachlicher, zeitlicher und räumlicher Hinsicht. Die Arbeitsaufgabe ist nicht mehr klar definiert, sondern ergibt sich erst aus den konkreten Kundenwünschen. Erst dann wird auch der zeitliche Rahmen deutlich. Außerdem findet die Arbeit nicht mehr nur an einem bestimmten Ort, wie einer Fabrik, statt, sondern an wechselnden Orten (Ebd.: 10-12).

## **2.5. Arbeitslosigkeit und Gesundheit**

Arbeit deckt einen Großteil menschlicher Grundbedürfnisse ab. Sie gibt die Möglichkeit zur produktiven Aktivität, gibt den Menschen das Gefühl eine wichtige und klar definierte Rolle in der Gesellschaft zu spielen, gibt dem Alltag eine zeitliche Struktur, ermöglicht ein ausreichendes finanzielles Auskommen, macht soziale Interaktionen mit Kollegen möglich und erzwingt einen gewissen Grad an Aktivität. Fällt diese wichtige Instanz des täglichen Lebens bei einem Menschen durch Arbeitslosigkeit weg, können sich daraus leicht psychische Krankheiten oder bei Langzeitarbeitslosigkeit sogar psychische Störungen ergeben (Frese 1994: 211).

Welche Auswirkungen - insbesondere auf die psychische Gesundheit - die Arbeitslosigkeit haben kann, zeigten bereits Jahoda und Lazarsfeld in den 1930er Jahren mit ihrer bekannten Studie "Die Arbeitslosen von Marienthal". Auch neuere Untersuchungen verdeutlichen die negativen Einflüsse der Arbeitslosigkeit auf den gesundheitlichen Zustand der Betroffenen (Hollederer 2002: 416). So zeigen beispielsweise Berth et al. in einer in Sachsen durchgeführten Längsschnittstudie, dass Arbeitslose eher zu chronischen Erkrankungen, höherem Blutdruck, Schlafstörungen, Herzbeschwerden, Angespanntheit und Erschöpfung und starkem Tabak- und Alkoholkonsum neigen, als Erwerbstätige. Darüber hinaus verlieren sie einige ihrer sozialen Bindungen und ihr soziales Prestige, haben mehr Depressions- und Angstsymptome, fühlen sich unwohler und sind allgemein und speziell mit ihrem

gesundheitlichen Zustand unzufriedener (Berth et al. 2006: 111f). Auch Hollederer stellt gleich in mehreren Arbeiten anhand von Daten der Bundesagentur für Arbeit und der Krankenkassenstatistik fest, dass Arbeitslose häufiger krank sind, mehr Krankenhausaufenthalte aufweisen und sich eher durch ihre gesundheitlichen Einschränkungen im Alltag behindert fühlen. Darüber hinaus haben sie deutlich mehr Arbeitsunfähigkeitstage als Erwerbstätige. Sie haben außerdem eine höhere Mortalitätsrate, legen ein gesundheitsriskanteres Verhalten an den Tag und leiden weitaus häufiger an psychischen Erkrankungen, die rund ein Viertel der Erkrankungen bei Arbeitslosen ausmachen und damit neben den muskulo-skelettalen Erkrankungen die zweithäufigste Krankheitsursache darstellen. Auch physisch zeigen sich negative Auswirkungen von Arbeitslosigkeit. Diese sind aber nicht so deutlich ausgeprägt, wie die psychischen Belastungen (Hollederer 2002: 413-416; siehe dazu auch Hollederer 2005, 2008 und 2011). Auch Elkeles und Seifert stellten bei Arbeitslosen einen verschlechterten Gesundheitszustand fest (Elkeles und Seifert 1993: 148). Zu dem Ergebnis, dass Arbeitslose häufiger krank sind als Erwerbstätige und eine kürzere Lebenserwartung haben, kommen auch Lampert und Kroll. Sie haben mehr gesundheitliche Beschwerden, leiden besonders unter psychischen Belastungen, verhalten sich gesundheitsriskanter und haben eine höhere Suizidrate (Kroll und Lampert 2012: 1-5). Einen geschlechterspezifischen Unterschied erkennen Lange und Lampert. Sie stellen fest, dass bei Männern vor allem die Langzeitarbeitslosigkeit negative Auswirkungen auf die Gesundheit. Bei Frauen aber wirkt sich vor allem kurzzeitige Arbeitslosigkeit aus. Sie geben selbst an, dass sich ihr Gesundheitszustand kurz nach Eintritt in die Arbeitslosigkeit deutlich verschlechtert habe (Lange und Lampert 2005: 1260f). Kieselbach konstatiert zudem, dass nicht nur die Arbeitslosen selbst unter der Arbeitslosigkeit leiden. Zusätzlich gebe es sogenannte "Opfer-durch-Nähe". Damit sind vor allem Lebens- oder Ehepartner und Kinder der Betroffenen gemeint. Der durch die Arbeitslosigkeit ausgelöste Stress wirkt sich mit der Zeit auch auf die Kinder mit ähnlichen Symptomen, wie bei den Betroffenen selbst aus (Kieselbach 1994: 244-246).

Unklarheiten gibt es allerdings bei der Art des Zusammenhangs von Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Hier stehen sich die sogenannte Kausalitäts- und die Selektionshypothese gegenüber. Wichtig ist aber, dass sich die beiden Hypothesen nicht gegenseitig ausschließen, sondern gleichzeitig wirken können. Erstere geht davon aus, dass Betroffene erst mit Eintritt in Arbeitslosigkeit gesundheitliche Einbußen hinnehmen müssen, die Arbeitslosigkeit als Belastung also Ursache für die Krankheit ist. Die Selektivitätshypothese besagt, dass es Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen auf dem Arbeitsmarkt schwerer haben, eine

Stelle zu finden, beziehungsweise eher entlassen werden. Hier ist also die Krankheit Ursache für die Arbeitslosigkeit (Hollederer 2002: 416). Hollederer findet in seinen Arbeiten Hinweise darauf, dass beide Hypothesen durchaus zutreffend sind. Er zeigt zum Beispiel, wie die psychischen Belastungen mit andauernder Arbeitslosigkeit zunehmen und sich so die Erkrankungen häufen. Das führt seiner Ansicht nach für die Betroffenen zu einem Teufelskreis. So müssen Menschen mit latenten psychischen Erkrankungen eher damit rechnen ihren Arbeitsplatz zu verlieren. Sind sie erst einmal arbeitslos, verschlechtert sich ihr gesundheitlicher Zustand zusehends, sodass es ihnen schwer fällt eine neue Stelle zu finden. Finden sie doch eine, ist das Risiko des Arbeitsplatzverlustes bei ihnen nach wie vor erhöht. Somit geraten sie auch eher in Langzeitarbeitslosigkeit (Ebd.: 423f; siehe dazu auch Hollederer 2005, 2008 und 2011). Dieses Ergebnis wird von den meisten anderen Studien geteilt (vgl. Berth et al. 2006, Frese 1994).

Wie sich die Arbeitslosigkeit im Einzelfall auf den Betroffenen auswirkt, hängt stark von persönlichen Eigenschaften, der persönlichen Einstellung und dem jeweiligen Umfeld ab. So zeigt Frese in seiner Studie anhand ehemaliger DDR-Bürger, dass besonders Diejenigen nach der Wende von Arbeitslosigkeit betroffen waren, die schon zu dem Zeitpunkt, an dem sie noch erwerbstätig waren, eine eher pessimistische Sicht auf die Zukunft hatten. Wer aber optimistisch blieb und eine hohe Eigeninitiative an den Tag legte, verlor unter den gegebenen Umständen zwar möglicherweise auch seinen Arbeitsplatz, nahm die Arbeitslosigkeit aber weniger als Schicksalsschlag, sondern als Chance wahr und war dank selbst initiiertes Weiterbildungsmaßnahmen bald wieder in den Arbeitsmarkt integriert. Mit dieser Einstellung sank außerdem das Risiko für psychische Erkrankungen. Auch hier macht sich ein Teufelskreis bemerkbar: Wer ohnehin pessimistisch eingestellt ist, bleibt länger arbeitslos und verliert dadurch noch mehr Motivation sich weiterzubilden oder auf Arbeitssuche zu begeben. Dadurch steigt die Gefahr von psychischen Erkrankungen, die die Ausgangslage weiter verschlechtert. Das muss allerdings nicht zwingend bedeuten, dass allein psychologische Unterstützung bei der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt hilft. Vielmehr muss davon ausgegangen werden, dass die optimistisch eingestellten sich auch objektiv in der besseren Position befanden (Frese 1994: 203-211).

Kieselbach stellt vor allem den gesamtgesellschaftlichen Umgang mit Arbeitslosigkeit dar und wie dieser sich auf die tatsächlich von Arbeitslosigkeit betroffenen auswirkt. Er zeigt zunächst vier gesellschaftliche Bewältigungsmuster auf: Bagatellisierung, Individualisierung, Naturalisierung und Historisierung. Erstere meint zum Beispiel die Anpassung von Kriterien

für die statistische Erfassung von Arbeitslosigkeit, sodass das wahre Ausmaß der gesellschaftlichen Spaltung verborgen bleibt. Individualisierung äußert sich in Form von individualisierten Schuldzuweisungen. Ein Arbeitsloser ist nicht aufgrund der schlechten Konjunktur arbeitslos, sondern weil er arbeitsunwillig oder zu gering qualifiziert ist und zu hohe Ansprüche an eine Arbeitsstelle stellt. Bei der Naturalisierung wird ein bestimmtes Maß an Arbeitslosigkeit als natürlich und unumgänglich angesehen. Historisierung spielt vor allem mit Arbeitslosigkeit in den neuen Bundesländern eine Rolle. Hier wird sie aus dem vorherigen Staatssystem abgeleitet. Ziel derartiger sozialer Konstruktionen ist die Delegitimation von Arbeitslosen. Es werden klare Grenzen zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen gezogen, eine Identifikation mit ihnen wird erschwert und es wird versucht damit negative Sanktionen Arbeitslosen zu begründen. Das kann bei vielen langfristig oder dauerhaft Betroffenen Tendenzen zu Passivität, Demoralisierung und Selbsterstörung bewirken und verstärken (Kieselbach 1994: 235-239).

Die Betroffenen passen sich laut Kieselbach an die neue Situation an, um sie erträglicher zu machen. Diese Anpassung kann resignativ oder konstruktiv erfolgen. Bei einer resignativen Adaption verbessert sich das psychische Wohlbefinden der Betroffenen zunächst, bleibt aber hinter dem von Erwerbstätigen zurück. Dazu kommt eine Verlangsamung der kognitiven Prozesse, was ein Anzeichen für depressive Stimmungen ist. Die durch die Arbeitslosigkeit ausgelösten Stresswerte sinken zwar ab, dafür nehmen berufliche Kompetenz und das Anspruchsniveau der Betroffenen ab. Bei konstruktiver Adaption leiden die Arbeitslosen nur geringfügig unter psychosozialen Problemen. Sie kompensieren den Verlust des Arbeitsplatzes durch die Ausdehnung von Hobbies, Schwarzarbeit oder die Pflege sozialer Kontakte. Wer arbeitslos ist, aber eine zentrale und für ihn persönlich wichtige Tätigkeit ausübt unterscheidet sich in seinem Selbstwertgefühl kaum von Erwerbstätigen. Der Gesundheitszustand und die Lebenszufriedenheit sind dennoch signifikant schlechter (Ebd.: 239-241). Lange und Lampert vermuten, dass Frauen daher besser in der Lage sind, die negativen Folgen von Arbeitslosigkeit abzufedern, da sie sich auf die klassische Rolle der Hausfrau zurückziehen können und diese in den Mittelpunkt ihres Lebens stellen. In ihrer Untersuchung ließ sich aber keine generell geringere Auswirkung von Arbeitslosigkeit auf Frauen feststellen, als bei Männern (Lange und Lampert 2005: 1264).

Weiterhin sind laut Kieselbach für die Bewältigung von Arbeitslosigkeit verschiedene Faktoren, wie zum Beispiel individuelle Einstellungen, gesellschaftliche Werte, die Phase der Arbeitslosigkeit und auch die finanzielle Situation von Bedeutung. Besonders deutlich zeigen

sich die Auswirkungen bei Langzeitarbeitslosen, bei Familienvätern mit abhängigen Kindern und Jugendlichen (Ebd.: 241-243).

In einer weiteren Arbeit hat Kieselbach außerdem die durch Arbeitslosigkeit bedingte soziale Exklusion untersucht. Auch hier wird der bereits zuvor benannte Teufelskreis thematisiert, in dem besonders belastende Arbeitsplätze das Arbeitslosigkeitsrisiko erhöhen, die Arbeitslosigkeit zu weiteren Belastungen führt und somit eine Reintegration in den Arbeitsmarkt erschwert wird. Entsprechend lässt sich bei einigen Arbeitslosen in der Anfangsphase auch ein Erholungseffekt feststellen, der einen Rückschluss auf die Belastungen der vorherigen Erwerbsarbeit erlaubt. Der Verlust des Arbeitsplatzes führt schließlich in drei Ebenen zu psychosozialen Risiken. Zunächst gehen in der primären Viktimisierung die zeitliche Alltagsstruktur, ökonomische Sicherheit, Selbstwertgefühl und die soziale Einbindung verloren oder schwächen sich zumindest ab. In der zweiten Viktimisierung werden Erfahrungen mit Sorgen bezüglich der finanziellen Sicherheit und der unsicheren Zukunft gemacht. Auch Stigmatisierung spielt eine Rolle. Das hat einen verstärkenden Effekt auf die Belastungen. In der tertiären Viktimisierung werden den Arbeitslosen als gesellschaftlich unangemessene Bewältigungsformen der Arbeitslosigkeit selbst angelastet. Entweder, weil die Betroffenen aufgrund beschränkter Ressourcen nur unzureichend mit der Situation fertig werden und schwere psychosoziale Probleme aufweisen, oder da sie ihre Situation besonders gut bewältigen und daher mit dem Vorwurf konfrontiert werden, dass sie das Sozialsystem missbrauchen (Kieselbach 2007: 1-3).

Von weiterer gesellschaftlicher Exklusion sind laut Kieselbach besonders Jugendliche betroffen. Er verweist dabei auf die YUSEDER-Studie, die die Lage von arbeitslosen Jugendlichen in Griechenland, Italien, Deutschland, Belgien, Spanien und Schweden untersuchte und Vergleich. Danach werden arbeitslose Jugendliche in sechs Dimensionen exkludiert: institutionell, ökonomisch, kulturell, räumlich, durch soziale Isolation und am Arbeitsmarkt. Jugendliche werden vor allem wegen geringer Qualifikationen arbeitslos. Da ihnen so die Möglichkeit zum Sammeln von Berufserfahrung genommen wird, verschlechtern sich ihre Chancen zusehends. Außerdem muss damit gerechnet werden, dass bereits erlernte Qualifikationen wieder verloren gehen. Hier spielt die Schattenwirtschaft eine wichtige Rolle, da sie den Jugendlichen fast alles bieten kann, was eine reguläre Arbeit auch mit sich bringt. Allerdings werden sie durch Schwarzarbeit wiederum vom regulären Arbeitsmarkt ferngehalten. Besonders in den nordeuropäischen Ländern der Studie macht sich ökonomische Exklusion bemerkbar, da arbeitslose Jugendliche nur Sozialleistungen auf Mindestniveau

erhalten und die Familie kaum ökonomische Kompensation leistet. So entsteht bei den Betroffenen das subjektive Gefühl der ökonomischen Ausgrenzung. Institutionelle Exklusion wird von jungen Leuten vor allem in Form von langsamen und ineffizienten Behörden wahrgenommen. Laut der Studie ist die soziale Exklusion besonders in Belgien und Deutschland ein Problem. Die Betroffenen ziehen sich zurück und beschränken sich auf einen engen Bekanntenkreis, der zumeist aus Menschen in ähnlichen Situationen besteht. Damit integrieren sie sich zwar einerseits in eine soziale Gruppe, koppeln sich andererseits durch die Einseitigkeit der Kontakte von der restlichen Gesellschaft ab. Kulturelle Exklusionserscheinungen manifestieren sich vor allem im unterschiedlichen Lebensstandard von erwerbstätigen und arbeitslosen Jugendlichen, da dieser in hohem Maße von der finanziellen Situation abhängt. Hinzu kommen Formen von Stigmatisierung. Räumliche Exklusion bedeutet einerseits die Konzentration auf Stadtviertel mit schlechter Wohnqualität und hoher Kriminalität. Auf der anderen Seite stehen ländliche Gegenden mit schlechter Infrastruktur, Weiterbildungs- und Arbeitsmöglichkeiten. Generell erhöhen geringe schulische und berufliche Qualifikation, schlechte finanzielle Situation, passives Verhalten, geringe institutionelle Unterstützung, geringes Selbstwertgefühl das Risiko sozialer Ausgrenzung (Ebd.: 8-11).

### **3. Unterschiede in der Gesundheit von erwerbslosen und erwerbstätigen Armen**

Wie der Stand der Diskussion zeigt, wurde bisher in verschiedenen Studien der Zusammenhang oder der Einfluss von sozialer Ungleichheit, insbesondere Einkommensungleichheit, auf den Gesundheitszustand von Individuen untersucht. Hurrelmann verweist darauf, dass die Studien deutlich machen, wie stark sich die Ressource Geld auf die Gesundheit auswirkt, denn mit Geld hat der Mensch „Möglichkeiten der sozialen Integration und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben“ (Hurrelmann 2006: 38). Dies wirft die Frage auf, ob es neben den rein ökonomischen Mängeln und den dadurch auftreten gesundheitlichen Schwächen Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen von Armen gibt. In dieser Untersuchung soll die Gruppe der Armen spezifischer nach erwerbslosen Armen und nach erwerbstätigen Armen differenziert werden. Dabei soll untersucht werden, ob und vor allem welche Unterschiede eine Erwerbsarbeit beziehungsweise das Nichtvorhandensein einer

Arbeit auf den Gesundheitszustand von bereits materiell benachteiligten Menschen, also Armen, hat. Dies wäre im Kontext der aktiven Arbeitsmarktpolitik von großer Bedeutung. Schließlich wäre eine deutliche Gesundheitsminderung durch „Arbeitslosigkeit“ Grund genug, um über die derzeitige Form der Aktivierungspolitik nachzudenken. Andererseits könnte bei einer positiven Wirkung der Erwerbsarbeit auf die Arbeitsbevölkerung eine gleichzeitige Gesundheitsprävention durch die Vermittlung von Arbeit geleistet werden. Somit wäre eine aktive Arbeitsmarktpolitik in zweierlei Hinsicht entlastend für den Sozialstaat: 1. geringere Ausgaben für Transferleistungen und 2. geringere Ausgaben in der Gesundheitsvorsorge und den Behandlungskosten.

Um über Gesundheit reden zu können oder diese gar zu untersuchen, bedarf es erst einmal einem Verständnis davon, was Gesundheit eigentlich ist. Die WHO definiert Gesundheit in ihrer Gründungsakte wie folgt:

„Health is a state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity“ (WHO 1946).

Diese Definition macht deutlich, dass Gesundheit ein vielschichtiger Begriff ist, der mehrere Dimensionen umfasst. Eine Untersuchung der Gesundheit muss daher mehreren Aspekten gerecht werden, wie der physischen als auch der psychischen Dimension von Gesundheit. Auch die selbst empfundene Gesundheit und die Gesundheitsrisiken, denen man ausgesetzt ist oder denen man sich durch gesundheitsgefährdendes Verhalten selbst aussetzt, müssen berücksichtigt werden. Hurrelmann sieht ebenfalls ein Defizit darin, dass Krankheiten rein biomedizinisch erklärt werden und „hingegen die Erkenntnisse der nicht biomedizinisch ausgerichteten Ursachenforschung, nach denen ein enger Zusammenhang zwischen der Ausbreitung von chronischen Krankheiten und den sozialen Lebensbedingungen und der hierdurch bestimmten Lebensweise der Bevölkerung besteht“ stark vernachlässigt werden (Hurrelmann 2006: 20f).

Hurrelmann unterteilt daher die Bedingungen für den Gesundheits- und Krankheitszustand der Bevölkerung in drei Gruppen von Faktoren, die nicht unabhängig voneinander wirken, sondern sich gegenseitig beeinflussen (Hurrelmann 2006: 21f):

**1. Personale Faktoren:** Dazu zählen die genetischen Dispositionen, die körperliche sowie die psychische Konstitution, Behinderungen und die ethnische Herkunft.

**2. Verhaltensfaktoren:** Dazu zählen Essgewohnheiten, körperliche Aktivitäten, Spannungsregulation, Tabak- und Alkoholkonsum, Drogenkonsum, Hygieneverhalten sowie Selbstvertrauen, Selbstwirksamkeitsüberzeugung, Bewältigungskompetenzen und Vorsorgeverhalten.

**3. Verhältnisfaktoren:** Dazu zählt der sozioökonomischen Status, Bildungsangebote, wirtschaftliche Verhältnisse, Arbeitsbedingungen, politische Stabilität, Migrationsstatus, Wohnverhältnisse, Verkehrssicherheit sowie Luft, Wasser- und Bodenqualität, Hygienebedingungen, Freizeitmöglichkeiten und die Qualität der Versorgungsangebote.

Um also die Gesundheit in ihrer Gesamtheit darzustellen, sollten alle drei Faktorengruppen in die Untersuchung mit aufgenommen und untersucht werden, um so eine geeignete Analyse der Gesundheit von armen Personen durchführen zu können. Im Folgenden werden nun aus diesen Faktorengruppen Hypothesen hergeleitet, mit denen in der empirischen Untersuchung der Gesundheitszustand der befragten Personen möglichst umfangreich und präzise erfasst werden soll.

Da alle gemessenen objektiven Faktoren für Gesundheit durchaus vom selbstwahrgenommenen Gesundheitszustand abweichen können, ist die selbstempfundene beziehungsweise die subjektive Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit unerlässlich, um den Gesundheitszustand einer Person in seiner gesamten Breite erfassen zu können (Vgl. Himmel 2001). Denn genau wie beim Vorhandensein von materieller Armut, wo sich der Betroffene selbst möglicherweise gar nicht als arm sieht, könnten auch bei der Gesundheit Unterschiede zwischen objektiver und subjektiver Gesundheit beziehungsweise Krankheit bestehen. Besonders seit der „Ottawa Charta“ der WHO im Jahre 1986 wird Gesundheit, auch in internationalen Studien, häufiger unter subjektiven Aspekten betrachtet, wie der eigenen Zufriedenheit mit der Gesundheit oder der subjektiven Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes (vgl. Lampert und Ziese 2005: 38). Es ist also unerlässlich in einer Untersuchung über die Gesundheit die subjektive Zufriedenheit mit einzubeziehen. Interessant wäre es nun, ob eventuell Unterschiede zwischen den erwerbstätigen Armen und den erwerbslosen Armen zu finden sind. Es ist möglich, dass eine der beiden Gruppen ihre Gesundheit als besser wahrnimmt und die andere Gruppe ihre Gesundheit als schlechter wahrnimmt, als diese eigentlich ist. So könnte beim Austreten aus dem Erwerbsleben eine allgemeine Unzufriedenheit durch die radikale Veränderung der Lebensverhältnisse entstehen. Dieses allgemeine Absinken der Lebenszufriedenheit könnte sich demnach auf die Wahrnehmung der Gesundheit auswirken. Auch kann ein Ausscheiden aus dem Erwerbsleben

durch Krankheiten und Beschwerden bedingt sein und so eine Arbeitsunfähigkeit nach sich ziehen, weshalb auch hier die Zufriedenheit mit der Gesundheit geringer ist. Bei Langzeitarbeitslosen könnte es zudem sein, dass Beschwerden als stärker wahrgenommen werden, als sie eigentlich sind, um möglicherweise als Rechtfertigung für die bestehende Erwerbslosigkeit herzuhalten oder um die Arbeitslosigkeit vor sich selbst zu rechtfertigen, da man im jetzigen Gesundheitszustand eigentlich gar nicht in der Lage ist zu arbeiten. Aus diesen Vermutungen ergibt sich unsere erste Hypothese:

*Arme, die einer Erwerbsarbeit nachgehen sind mit ihrer Gesundheit zufriedener als Arme, die erwerbslos sind.*

Bereits im Stand der Diskussion wurde anhand von Studien gezeigt, dass auch die Erwerbsarbeit einen negativen Einfluss auf den Gesundheitszustand haben kann. In diesen Untersuchungen konnte verdeutlicht werden, dass es einen engen Zusammenhang zwischen der arbeitsweltlichen und gesundheitlichen Lage gibt. Die gesundheitliche Relevanz der Arbeit ergibt sich in erster Linie aus den arbeitsbezogenen Risiken, die mit einer Erwerbsarbeit einhergehen. Arbeit birgt daher bestimmte Gesundheitsrisiken unter anderem durch körperliche Belastung, Unfallgefahr und Umgebungseinflüsse, die in Abhängigkeit zur ausgeführten Erwerbstätigkeit gesehen werden müssen (vgl. Lampert und Ziese 2005: 77). Vor allem Tätigkeiten im Bau- und Reinigungsgewerbe sowie im verarbeitenden Gewerbe sind durch ein hohes Gesundheitsrisiko, insbesondere was Verletzungen am Muskel-Skelett-System anbelangen, gekennzeichnet (vgl. Ebd.: 89f). Besonders betrifft es Arbeitnehmer mit niedrigen Qualifikationen, die auch häufig von Erwerbsarmut betroffen sind, weswegen zu vermuten ist, dass die physischen Beschwerden bei den erwerbstätigen Armen besonders hoch sind. Erwerbslose hingegen sind keiner oder nur geringer körperlicher Belastung ausgesetzt und müssen nicht unter zum Teil schlechten und belastenden Arbeitsbedingungen arbeiten. Obwohl beide Gruppen durch ihre Armut bereits einem erhöhten Gesundheitsrisiko ausgesetzt sind, ist anzunehmen, dass die zusätzliche körperliche Belastung von meist prekärer Arbeit unter schlechten Arbeitsbedingungen, die physische Gesundheit der arbeitenden Armen zusätzlich schädigt und so zu stärkeren physischen Beschwerden führt, als dies bei den erwerbslosen Armen der Fall ist. Die zweite Hypothese lautet somit:

*Arme, die keiner Erwerbsarbeit nachgehen sind weniger oft von starken physischen Beschwerden betroffen als Arme, die erwerbstätig sind.*

Die im Stand der Diskussion genannten Studien zeigen, dass Arbeitslosigkeit häufig mit psychischen Belastungen einhergeht. Die Arbeitslosen weisen oft Angst- und Depressionssymptome auf, leiden häufig unter Zukunftsängsten, haben ein geringes Wohlbefinden und sind oft unzufrieden mit ihrer Lebenssituation, da ihnen oft eine tägliche Zeitstruktur fehlt, sie den Verlust ihres Arbeitsplatzes nicht ertragen und darin ein persönliches Versagen sehen. Darüber hinaus kämpfen sie mit Schuldzuweisungen und sozialer Isolation aufgrund von Stigmatisierung. Zudem lässt die Eigeninitiative wegen zunehmender Mut- und Hilflosigkeit nach. Durch das Gefühl des "Nicht-gebraucht-werdens" verringert sich außerdem das Selbstwertgefühl der Betroffenen. Arbeitslosigkeit scheint also einen wesentlichen Einfluss auf die psychische Gesundheit und Beschwerden zu haben. Es stellt sich nun die Frage, wie sich Arbeitslosigkeit im Vergleich zu einer Gruppe auswirkt, die über die gleichen geringen Mittel verfügt, aber erwerbstätig ist. Erwerbsarme haben vermutlich wegen ihren oftmals prekären Beschäftigungsverhältnissen auch stark unter Zukunftsängsten und finanziellen Sorgen zu leiden. Jedoch haben Erwerbstätige eine Aufgabe der sie nachgehen und die eventuell sinnstiftend für sie sein kann. Desweiteren werden erwerbstätige Arme nicht als „Sozialschmarotzer“ stigmatisiert und durch ihre Arbeit haben sie Zugang zu sozialen Kontakten. Insgesamt besitzen erwerbstätige Arme wohl mehr Hoffnung auf eine Verbesserung der derzeitigen Situation, als erwerbslose Arme dies tun können. Daher vermuten wir, dass erwerbslose Arme stärker von psychischen Beschwerden betroffen sind, als erwerbstätige Arme, auch wenn sie sich in den verfügbaren Geldmitteln nur wenig unterscheiden. Die dritte Hypothese lautet demnach:

*Arme ohne Erwerbsarbeit sind häufiger von starken psychischen Beschwerden betroffen als Arme in Erwerbsarbeit.*

Gesundheitliche Beschwerden und Erkrankungen der Armen sind zum Teil auf gesundheitsschädigendes Verhalten zurück zu führen, dies gilt insbesondere für den Konsum von Tabak (Lampert und Ziese 2005: 41). Besonders die psychosozialen Belastung durch die Armut könnte der Grund dafür sein, dass sich bei der Befriedigung der eigenen Bedürfnisse eher kurzfristig orientiert wird und dadurch auch ein höheres gesundheitsschädliches Verhalten in Kauf genommen wird, wie z.B. durch Alkohol- oder Tabakkonsum (vgl. Ebd.: 48). Da in der vorhergehenden Hypothese behauptet wurde, dass erwerbslose Arme mehr

unter psychischen Beschwerden zu leiden haben, liegt also die Vermutung nahe, dass diese Gruppe auch häufiger zum Alkohol und Tabakkonsum, also zum Konsum von legalen Drogen, neigt, als erwerbstätige Arme. Jedoch kann natürlich nicht ausgeschlossen werden, dass arme Erwerbstätige nicht ebenfalls einem hohen Stress ausgesetzt sind durch ihre zumeist prekäre Beschäftigungssituation. Jedoch nehmen wir an, dass die psychische Belastung bei erwerbslosen und insbesondere bei den langzeiterwerbslosen Armen höher ist. Der erhöhte Drogenkonsum könnte also zum einen darauf zurückgeführt werden, dass bereits vorhandene Konsummuster sich durch die Arbeitslosigkeit weiter verfestigen und verstärken. Zudem könnten Arbeitslose aus Langeweile zum Konsum von Alkohol und Tabakwaren neigen. Ein höherer Drogenmissbrauch könnte zudem auch durch die Belastungen von Zukunftsängsten, sozialer Exklusion und Existenzängste auftreten. Auch hier kann wieder angeführt werden, dass Erwerbstätige, wenn sie über die gleichen geringen finanziellen Mittel verfügen, wie arme Arbeitslose, mit ähnlichen psychischen Belastungen umgehen müssen. Da jedoch bereits in der vorherigen Hypothese angenommen wurde, dass erwerbslose Arme unter höheren psychischen Beschwerden leiden, liegt die Vermutung nahe, dass Erwerbslose in Armut eher zu einem erhöhten Alkohol- und Tabakkonsum neigen, als Erwerbstätige in Armut. Die vierte Hypothese lautet demnach:

*Arme ohne Erwerbsarbeit konsumieren häufiger legale Drogen als Arme in Erwerbsarbeit.*

Neben dem Tabak und Alkoholkonsum liegt ein weiteres gesundheitsgefährdendes oder gesundheitsschädliches Verhalten in einer ungesunden Ernährungsweise so wie an einem Mangel an Bewegung. Beide Faktoren, insbesondere wenn sie in Kombination auftreten, können zu Übergewicht und sogar zu Adipositas (Fettleibigkeit) führen. Übergewicht und Adipositas gehören zu den größten Gesundheitsprobleme der westlichen Welt (vgl. Rauh-Pfeiffer und Koletzko 2007: 469) Betroffene weisen ein hohes Risiko für akute und chronische Folgeerkrankungen auf, wie Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Herzkrankheiten, Krebs, Gicht, psychosoziale Störungen und orthopädische Erkrankungen. (vgl. Ebd.) Aber auch auf der sozialen Ebene kann ein starkes Übergewicht hinderlich sein und den Handlungsspielraum des Betroffenen einschränken. Mobbing und soziale Isolation können die Folge sein, ebenso wie die Scham, die eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben behindert. Eine Einschränkung der Mobilität, so dass selbst einfachste Bewegungen schwer fallen, sind ein weiteres Resultat von Übergewicht und Adipositas. Arbeitslosigkeit, die

häufig mit Lethargie und Antriebslosigkeit einhergeht, kann einer der Gründe dafür sein, dass erwerbslose Arme stärker von Übergewicht und Adipositas betroffen sind, als erwerbstätige Arme. Aber auch die kurzfristige Befriedigung durch ungesundes Essen entweder aus Langeweile oder aufgrund psychischer Probleme kann ebenfalls zum Übergewicht beitragen. Da angenommen werden kann, dass eine Erwerbstätigkeit zumindest ein Minimum an Bewegung mit sich bringt und Erwerbstätige meist einen strukturierten Alltag haben, wodurch Lethargie, Langeweile und psychische Probleme seltener vorkommen, lautet unsere fünfte Hypothese:

*Arme, die keiner Erwerbsarbeit nachgehen, leiden häufiger unter Übergewicht oder Adipositas als Arme, die erwerbstätig sind.*

#### Zusammenfassung der Hypothesen:

**H1:** Arme, die einer Erwerbsarbeit nachgehen sind mit ihrer Gesundheit zufriedener als Arme, die erwerbslos sind.

**H2:** Arme, die keiner Erwerbsarbeit nachgehen sind weniger oft von starken physischen Beschwerden betroffen als Arme, die erwerbstätig sind.

**H3:** Arme ohne Erwerbsarbeit sind häufiger von starken psychischen Beschwerden betroffen als Arme in Erwerbsarbeit.

**H4:** Arme ohne Erwerbsarbeit konsumieren häufiger legale Drogen als Arme in Erwerbsarbeit.

**H5:** Arme, die keiner Erwerbsarbeit nachgehen, leiden häufiger unter Übergewicht oder Adipositas als Arme, die erwerbstätig sind.

## **4. Methoden und Design**

Nachdem der eigene Forschungsansatz und die Forschungsfrage im vorherigen Teil formuliert wurden, werden im folgenden Abschnitt sowohl die Methoden als auch das Forschungsdesign dieser Untersuchung dargelegt. Als erstes werden die quantitativen Methoden beschrieben, die das Sozioökonomische Panel (SOEP) als Datengrundlage für die statistische Analyse haben (4.1). Anschließend werden die qualitativen Methoden dieser Untersuchung erläutert, die mit Hilfe von Leitfadeninterviews eine tiefere Analyse der Thematik ermöglichen sollen (4.2).

### **4.1 Quantitative Methoden – Die Datengrundlage: Das Sozioökonomische Panel**

In der empirischen Analyse soll nun der Einfluss von Erwerbsarbeit auf die unterschiedlichen Bereiche der Gesundheit, der von Armut betroffenen Personen, untersucht werden. Dafür wird ein Datensatz benötigt, der sowohl repräsentativ ist, als auch ausreichende Indikatoren zum Thema Gesundheit beinhaltet. Daher verwenden wir in dieser Untersuchung das Sozioökonomische Panel (SOEP) als Datengrundlage für die Sekundäranalyse. Das SOEP ist eine repräsentative Wiederholungsbefragung, die seit 1984 läuft und im Auftrag vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) Berlin Mikrodaten über die Personen und Haushalte in Deutschland erhebt. Dabei werden rund 20.000 Personen Fragen über ihr Einkommen, Erwerbstätigkeit, Zufriedenheit, Gesundheit, Bildung, Haushaltsgrößen usw. gestellt. Das SOEP ist für eine solche Untersuchung, wie wir sie in dieser Arbeit anstreben, besonders geeignet, da es zum einen repräsentativ ist, individuelle als auch haushaltsbezogene Daten erhebt, subjektive als auch objektive Aspekte aufgreift und Aufschluss über die verschiedenen Arten von Einkommen und Erwerbstätigkeit in einem Haushalt gibt. Des Weiteren werden zahlreiche Fragen zum Thema Gesundheit erhoben, wie die subjektive Zufriedenheit mit der Gesundheit, physische so wie psychische Beschwerden als auch das Konsumverhalten von Alkohol und Tabak, welche für diese Untersuchung die Grundlage zur Überprüfung unserer Hypothesen sind. Im Rahmen dieser Arbeit werden die Daten des SOEPs aus dem Jahre 2010, genauer gesagt der Welle BA, verwendet und mit SPSS 20 bearbeitet und ausgewertet. Um eine Repräsentativität der erhobenen Daten gewährleisten zu

können, werden die Daten via individuellen Hochrechnungsfaktor gewichtet, um sie so an die Gesamtpopulation anzupassen.

#### **4.1.1 Operationalisierung der Untersuchungsgruppe**

Die Grundgesamtheit in dieser Untersuchung besteht aus allen Personen in privaten Haushalten zwischen 15 und 64 Jahren, die unterhalb der relativen Armutsschwelle liegen und somit als „arm“ klassifiziert werden. Gemeinsam bilden sie die *Zielgruppe* dieser Untersuchung, welche noch zusätzlich in zwei Untersuchungsgruppen unterteilt wird:

##### Working Poor

Die Working Poor (WP) werden definiert als Personen zwischen 15 und 64 Jahren, die im vergangenen Jahr mindestens sieben Monate erwerbstätig waren und mit ihrem bedarfsgewichteten Haushaltsnettoeinkommen unterhalb der relativen Armutsgrenze liegen.

##### Non-Working Poor

Die Non-Working Poor (NWP) werden definiert als Personen zwischen 15 und 64 Jahren, die im vergangenen Jahr weniger als sieben Monate erwerbstätig waren und mit ihrem bedarfsgewichteten Haushaltsnettoeinkommen unterhalb der relativen Armutsgrenze liegen.

Armut wird im Rahmen dieser Arbeit als relative Einkommensarmut definiert. Als Armutsschwelle nehmen wir 60% des Medians des bedarfsgewichteten Haushaltsnettoeinkommens. Für die Gewichtung wird die modifizierte OECD-Äquivalenzskala verwendet, die den Haushaltsvorstand mit 1, jeden weiteren Bewohner über 14 mit 0,5 und Kinder unter 14 mit 0,3 gewichtet. Die Personen in den beiden Untersuchungsgruppen werden in den Variablen, die für die jeweiligen Hypothesen von Relevanz sind, miteinander verglichen, um so die Hypothesen zu bestätigen oder gegebenenfalls zu falsifizieren. Dabei nehmen die Non-Working Poor die Funktion einer Vergleichsgruppe zu den Working Poor ein.

#### 4.1.2 Die unabhängigen und abhängigen Variablen

Die *Zielgruppe* ist die entscheidende unabhängige Variable dieser Untersuchung. Sie ist dichotom und besitzt die Merkmalsausprägungen „Working Poor/Non-Working Poor“. Weitere unabhängige Variablen (Kontrollvariablen), die vor allem bei den multivariaten Analysen gebraucht werden, sind das Alter in Jahren und quadriert, das Geschlecht, die Bildung (ISCED), der Familienstand (verheiratet/nicht-verheiratet) sowie die Anzahl der Kinder im Haushalt.

Die abhängigen Variablen, die zur Überprüfung der Hypothesen benötigt werden, sind:

Zufriedenheit mit der Gesundheit: Diese Variable wird direkt mit den Fragen des SOEPs und einer Skala von 0 (Sehr unzufrieden) bis 10 (Sehr zufrieden) erfasst und wird daher metrisch behandelt. Diese Variable wird zur Überprüfung der ersten Hypothese verwendet.

Body-Mass-Index: Diese Variable wird aus der Körpergröße in cm und dem Körpergewicht in Kg, die direkt vom SOEP erfasst wurden, mit folgender Formel berechnet:  $\text{Körpergewicht}/\text{Körpergröße}^2 = \text{BMI}$ . Sie ist ebenfalls metrisch und soll die fünfte Hypothese überprüfen.

Grad der physischen Beschwerden: Diese Variable besteht aus fünf weiteren Variablen, die mittels Faktorenanalyse als zusammenhängend ermittelt und zu einem additiven Index zusammengefasst wurden (Tab. 27). Sie ist somit metrisch und dient zur Überprüfung der zweiten Hypothese.

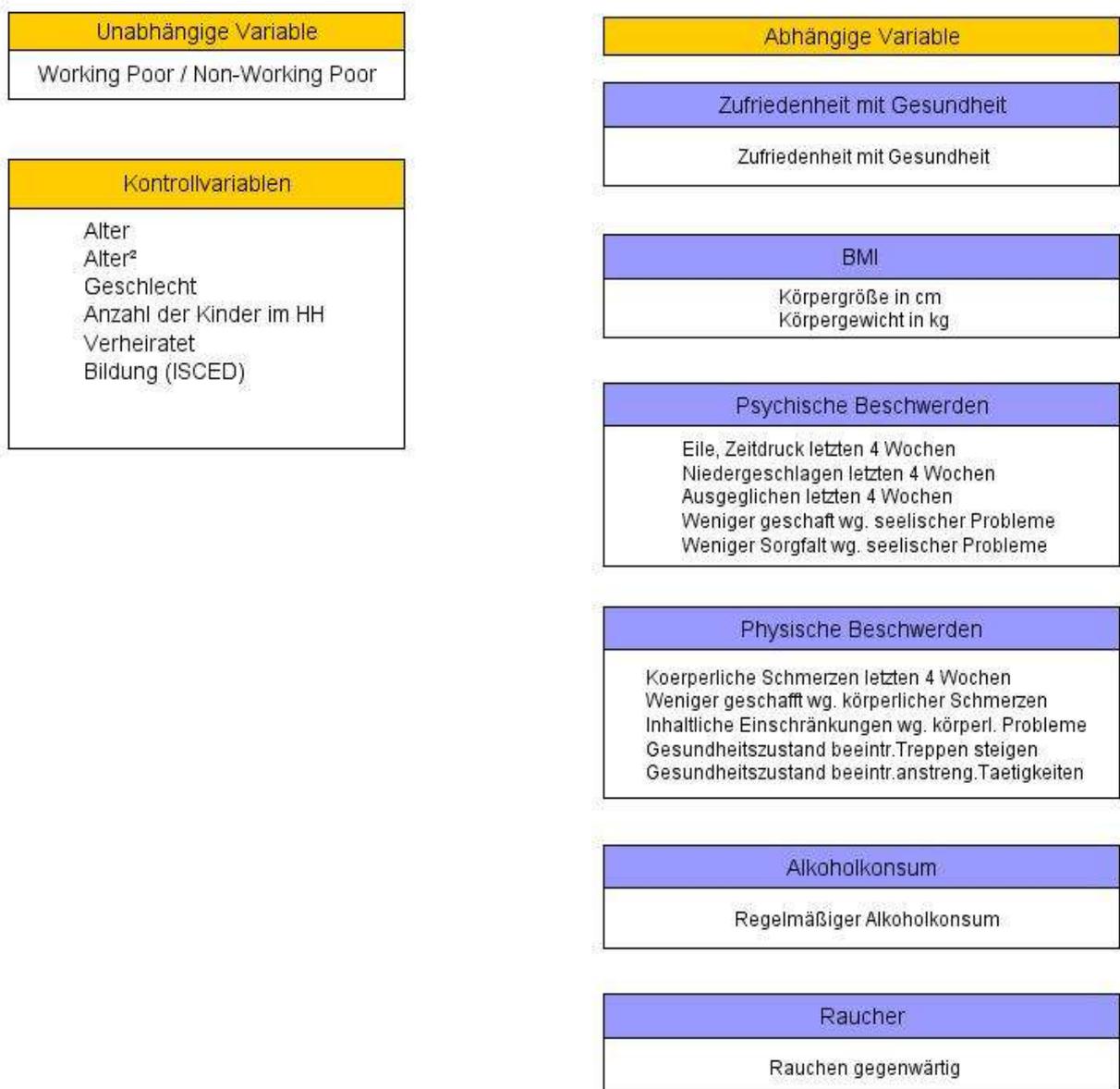
Grad der psychischen Beschwerden: Auch diese Variable besteht aus fünf anderen Variablen, die mittels Faktorenanalyse als zusammenhängend ermittelt und zu einem additiven Index zusammengefasst wurden (Tab. 27). Sie ist ebenfalls metrisch und wird zur Überprüfung der dritten Hypothese benötigt.

Regelmäßiger Alkoholkonsum: Diese Variable wurde aus vier vorhandenen Variablen, die direkt vom SOEP erhoben werden, zusammengesetzt. Diese vier Variablen fragten über das Trinkverhalten von Bier, Spirituosen, Mischgetränken und Wein/Sekt und haben jeweils die Antwortmöglichkeiten *regelmäßig/ab und zu/selten/nie*. Wenn eine oder mehrere dieser vier Fragen mit *regelmäßig* beantwortet wurden, galt die Person als regelmäßiger Alkoholkonsument. Hierbei handelt es sich um eine dichotome Variable mit den Ausprägungen: regelmäßiger Alkoholkonsum *Ja/Nein*.

Rauchen gegenwärtig: Das Rauchverhalten wird direkt vom SOEP erhoben und ist ebenfalls eine dichotome Variable mit den Ausprägungen: Rauchen gegenwärtig *Ja/Nein*.

Eine ausführliche deskriptive Analyse der Variablen, die in dieser Untersuchung verwendet wurden, befindet sich in Tabelle 34. Das Diagramm 7 fasst das gesamte quantitative Forschungsdesign noch einmal grafisch zusammen.

Abbildung 1: Quantitatives Forschungsdesign



### 4.1.3 Auswertungsverfahren und Methoden

Für die Analyse der erhobenen Daten verwenden wir verschiedene statistische Auswertungsverfahren. Für eine bessere und deutlichere grafische Darstellung der Häufigkeitsauszählung wurden einige der Variablen zu Kategorien zusammengefasst. So zum Beispiel der BMI, der nach den offiziellen Klassen der WHO klassifiziert wurde. Auch die Zufriedenheit mit der Gesundheit wurde in fünf Kategorien zusammengefasst sowie die beiden Variablen psychische und physische Beschwerden. Für die Regressionsmodelle wurden allerdings wieder die ursprünglichen Variablen verwendet. Als erstes sollen die Häufigkeiten der Merkmalsausprägungen der unterschiedlichen Variablen via Kreuztabellen ausgezählt werden, um so einen ersten Überblick über die Verteilung der Merkmalsausprägungen auf die Zielgruppe zu erhalten. So sollen mögliche Zusammenhänge einfach veranschaulicht werden. Anschließend werden bei den metrischen Variablen noch die Mittelwerte miteinander verglichen, um zu erfahren, ob diese sich signifikant voneinander unterscheiden. Mittels einfacher linearer Regression soll dann die Stärke und Richtung des Einflusses, die die Zielgruppe auf die jeweilige abhängige Variable hat, überprüft werden. Sie ermöglicht es, die Zusammenhängestruktur der Variablen zu analysieren und eine Vorhersage über eine metrische, abhängige Variable treffen zu können. Da durch eine solche einfache und eindimensionale Betrachtung der Daten die Gefahr besteht, dass es zu Fehlschlüssen und Fehlinterpretationen in den Zusammenhängen kommt, empfiehlt es sich an dieser Stelle ein multivariates Modell zu verwenden, um den Einfluss weiterer Faktoren zu berücksichtigen und einen möglichen Scheinzusammenhang aufzudecken. Für die multiple lineare Regression werden weitere erklärende Variablen in das Modell mit eingebunden. Dabei wird die Beziehung zwischen einer abhängigen und mehreren unabhängigen Variablen festgestellt, um so die Erklärungskraft der einzelnen unabhängigen Variablen und deren Einfluss auf die abhängige Variable einschätzen zu können. Als Voraussetzung für eine lineare Regression dürfen die Residuen untereinander nicht korrelieren (Autokorrelation), sie sollten annähernd normalverteilt sein und es sollte Homoskedastizität vorliegen. Die abhängige Variable muss zudem metrisch und die unabhängigen Variablen ebenfalls metrisch oder aber dichotom sein. Diese Voraussetzungen sind für die linearen Regressionsmodelle erfüllt.

Da jedoch einige der vorhandenen abhängigen Variablen nicht metrisch sind, sondern dichotom (Regelmäßiger Alkoholkonsum; Rauchen gegenwärtig), muss für diese eine andere Methode verwendet werden. Da die unabhängigen Variablen metrisch und die abhängige Variable

kategorial sind, bietet sich an dieser Stelle eine logistische Regression an. Da es sich bei der abhängigen Variablen zusätzlich um eine dichotome Variable (Ja/Nein) handelt, ist hier eine binäre logistische Regression sinnvoll. Die unabhängigen Variablen können in diesem Fall metrisch oder dichotom (Dummy-Variablen) sein. Dieses Analyseverfahren wird für die abhängigen Variablen *regelmäßiger Alkoholkonsum* und *Rauchen gegenwärtig* angewandt und soll die Wahrscheinlichkeit für das Eintreffen eines Ereignisses, in diesem Fall die Variablenausprägung *Ja*, berechnen. Einzige Voraussetzung hier ist, dass die Stichprobe größer 50 (idealerweise größer 100) ist und die unabhängigen Variablen nicht untereinander korrelieren. Auch hier sind die Voraussetzungen erfüllt.

Für die Untersuchung der Gesundheit der Zielgruppe hielten wir es für sinnvoll, sowohl die physischen als auch die psychischen Beschwerden zu untersuchen, um so ein genaueres und differenziertes Bild über den Gesundheitszustand der Individuen zu erhalten. Jedoch verfügen beide Merkmale über mehrere Dimensionen, so dass es nicht möglich ist, sie mit einer einzigen Variablen zu überprüfen. Da das SOEP jedoch eine Vielzahl von Variablen zum Thema psychische und physische Gesundheit umfasst, bietet es sich hier an, zwei additive Indizes zu bilden, um so aus den insgesamt zehn Variablen zwei aussagekräftige Variablen zu erhalten. Bei einem additiven Index werden die Werte der Einzelindikatoren aufaddiert und so eine neue Variable gebildet. Um jedoch zu wissen, welche der Variablen ähnliche Informationen beinhalten, und dementsprechend auch zu einem Index zusammengefasst werden können, verwenden wir zuvor eine Faktorenanalyse. Sie ermöglicht es, von einer großen Anzahl vorhandener Einzelindikatoren auf wenige, einfache Faktoren zu schließen und so die Daten effektiv zu einer homogenen Gruppe (Faktoren) zu reduzieren. Die Ergebnisse der Faktorenanalyse können den Tabellen 30, 30.1 und 30.2 im Anhang entnommen werden.

## **4.2 Qualitative Methoden**

Die qualitativen Interviews in dieser Arbeit sollen vor allem der Plausibilisierung und Illustration der Ergebnisse aus der quantitativen Untersuchung dienen. Da die qualitative Untersuchung einen deutlich tieferen Einblick in die Lebenswelt der Betroffenen ermöglicht, soll sie auch dabei helfen, die Ergebnisse richtig einzuschätzen und zu interpretieren. Insgesamt wurden vier Interviews geführt. In zwei Interviews wurden Erwerbstätige in Armut

befragt und in den anderen zwei Interviews erwerbslose Arme. Auf diese Weise soll die Möglichkeit zum Vergleich gegeben werden, da sich die Forschungsfrage nicht zuletzt auch damit befasst, ob sich Arbeitslosigkeit negativer auf die Betroffenen auswirkt, als Erwerbsarmut. Die Probanden für diese Untersuchung wurden in Oldenburg gewonnen. Dabei musste gewährleistet sein, dass die Probanden erwerbstätig (beziehungsweise erwerbslos) sind und zudem unter die Einkommensarmutsgrenze fallen. Um ersteres sicherzustellen war ein kurzes Vorgespräch vonnöten.

#### **4.2.1 Die Rekrutierung der Probanden**

Um Erwerbslose und Erwerbstätige in Armut auf die Untersuchung aufmerksam zu machen, wurden in Einrichtungen, wie zum Beispiel der Arbeitslosenhilfe Oldenburg (ALSO) Flyer verteilt. Auch in den hiesigen Zeitarbeitsfirmen wurden Handzettel ausgelegt, die sich an die Erwerbstätigen in Armut richteten, da zu vermuten war, dass Zeitarbeiter überdurchschnittlich stark von Erwerbsarmut betroffen sind. Um einen Anreiz zur Teilnahme an der Studie zu schaffen, wurde den Probanden eine Aufwandsentschädigung von 25 Euro versprochen.

Da das Auslegen und Aushängen der Handzettel allein zu keinerlei Rückmeldung führte, wurde dazu übergegangen, Personen, die die Bundesagentur für Arbeit oder das Jobcenter in Oldenburg verließen, direkt anzusprechen. Gegenstand und Ziel der Studie wurde den potenziellen Teilnehmern erläutert, die Eignung des potenziellen Kandidaten gemäß der oben erläuterten Kriterien überprüft, ein Flyer wurde übergeben und auf die Aufwandsentschädigung hingewiesen. War der potenzielle Proband mit dem Interview einverstanden und erfüllte er die Kriterien, wurden Kontaktdaten ausgetauscht und ein Termin vereinbart.

Diese Vorgehensweise führte jedoch nur bei der Suche nach Arbeitslosen schnell zum Erfolg. Gemäß seiner Funktion verließen in erster Linie Arbeitslose das Gebäude der Bundesagentur für Arbeit in Oldenburg. Demgegenüber stand eine kleine Zahl von Erwerbsarmen, die sich zudem nicht zu einem Interview bereitklärten. Daher wurde dazu übergegangen, Personen vor den Gebäuden Oldenburger Zeitarbeitsfirmen anzusprechen, was immerhin eines der zwei benötigten Interviews einbrachte. Da alle bisher gewonnenen Interviewpartner männlichen Geschlechts waren, wurde beschlossen die Suche nach dem letzten Interviewpartner auf weiblich dominierte und für tendenziell niedrige Löhne bekannte Branchen zu beschränken.

Dazu zählten zum Beispiel Kosmetik- und Friseursalons. Tatsächlich erklärte sich hier jemand zu einem Interview bereit.

Es sei darauf hingewiesen, dass diese Auswahl nicht repräsentativ ist. Beispielsweise ist davon auszugehen, dass sich nur ein bestimmter Teil der Arbeitslosen und Erwerbsarmen überhaupt zu solchen Interviews bereiterklärt. Zudem können Verzerrungseffekte durch die regionale Beschränkung auf die Stadt Oldenburg auftreten. Auch muss darauf hingewiesen sein, dass nur an wenigen Tagen zu bestimmten Uhrzeiten an den oben genannten Orten potenzielle Interviewpartner angesprochen wurden. Wer üblicherweise eine andere Uhrzeit für seinen Besuch bei der Bundesagentur für Arbeit wählt, wurde auch hier von vornherein von der Untersuchung ausgeschlossen. Eine repräsentative Auswahl der Befragten wäre zwar wünschenswert gewesen, jedoch musste in Anbetracht begrenzter Mittel und Zeit auf pragmatische Lösungen zurückgegriffen werden.

#### **4.2.2 Die Durchführung der Interviews**

Die Gespräche fanden allesamt bei den Befragten zu Hause statt. Die gewohnte Umgebung sollte dazu beitragen, dass eine möglichst natürliche Gesprächssituation entsteht und auch die Effekte der asymmetrischen Gesprächssituation gemildert werden. Auf diese Weise sollten die Probanden offener und gesprächsbereiter sein, als wenn die Befragung in einer für sie fremden Umgebung stattfindet. Dazu wurde auch der Gesprächsstil weich bis neutral gehalten, keinesfalls jedoch hart. Der Befragte sollte weder das Gefühl haben, verhört zu werden, noch sollte die soziale Distanz zwischen dem Interviewer und dem Befragten überwunden werden. Letzteres hätte die Nachprüfbarkeit der Gespräche gemindert. Nichtsdestotrotz wurde natürlich bei interessanten Äußerungen nachgehakt.

Das Interview sollte vor allem problemorientiert sein und folgte einem zuvor entwickelten Leitfaden. Es wurden zwei verschiedene Leitfäden für die Interviews entwickelt; einer für die Befragung von Arbeitslosen, einer für die Befragung von Erwerbsarmen. Da sich beide Gruppen in zum Teil sehr unterschiedlichen Situationen befanden, war ein einheitlicher Leitfaden für beide Gruppen nicht sinnvoll. Durch die von uns gewählte Vorgehensweise konnte besser auf die spezifischen Merkmale der Befragten eingegangen werden. Es sei an dieser Stelle jedoch darauf hingewiesen, dass trotz der Leitfäden jedes Interview ein individuelles Gespräch darstellte. Die Fragen auf dem Leitfaden dienten lediglich der

Orientierung und wurden auch nicht in der Reihenfolge, wie sie niedergeschrieben wurden gestellt. Schließlich ist es auch Merkmal eines guten Interviews auf die individuelle Situation des Gesprächspartners einzugehen, auch wenn das dazu führt dass die einzelnen Interviews nur bis zu einem gewissen Grad miteinander vergleichbar werden.

Die Themen der Befragung lassen sich grob in mehrere Blöcke einteilen. Zunächst sollte der Befragte seine eigene Erwerbsgeschichte schildern. Diese beginnt mit der Schulbildung, geht weiter über die Berufsausbildung und endet schließlich bei der aktuellen persönlichen Situation auf dem Arbeitsmarkt. Es ging auch darum, ob das Geld zum Leben reicht und, wenn Mängel auftreten, wo diese besonders deutlich zu spüren sind und inwiefern dies Auswirkungen gerade auf die Gesundheit als zentralen Aspekt von Lebensqualität hat. Weiterhin wurden Fragen zur Freizeitgestaltung und zum gesundheitlichen Status gestellt. Bei letzterem wurden auch Fragen zu den Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten, also Sport, gestellt. Ferner sollte ermittelt werden, wie es um die Zufriedenheit der Befragten stand, insbesondere in Bezug auf ihre Arbeit, wie sie ihre Rolle in der Gesellschaft sehen und wie sie ihre Situation allgemein subjektiv wahrnehmen. Dazu gehört zum Beispiel, ob sich die Befragten selbst als arm sehen oder nicht, oder ob insbesondere die Arbeitslosen mit den in den Medien gängigen Klischees in ihrem gesellschaftlichen Umgang zu kämpfen haben, oder ob die Erwerbsarmen trotz ihrer "niedrigen" beruflichen Situation das Gefühl haben, dass ihre Arbeit geschätzt und respektiert wird. Hinzu kommen noch Fragen zur Schuldzuweisung. Sehen die Befragten die Verantwortung für ihre derzeitige Situation bei sich selbst, oder bei externen Faktoren, die sie nicht oder kaum beeinflussen können, wie zum Beispiel Gesetzgebung, Arbeitsmarktsituation etc. Die Interviews wurden mit Hilfe eines Diktiergerätes aufgenommen und im Anschluss transkribiert. Angaben aus dem Lebenslauf der Befragten, die Rückschlüsse auf die Identität des Interviewten zuließen, zum Beispiel Wohnorte oder die Namen von Unternehmen, in denen die Befragten gearbeitet haben, wurden anonymisiert. Schließlich wurden die Interviews via MaxQDA paraphrasiert und ausgewertet.

#### **4.2.3 Beschreibung der Stichprobe**

Die beiden befragten Arbeitslosen werden im Folgenden als NWP001 und NWP002 bezeichnet, was jeweils für Non-Working-Poor steht, da sie zwar arm, aber nicht erwerbstätig sind. Die beiden Erwerbsarmen erhalten das anonyme Kürzel WP für Working-Poor.

NWP001 ist männlich, 46 Jahre alt und arbeitslos. Er hat ein sehr wechselhaftes Erwerbsleben hinter sich mit vielen einzelnen Phasen der Arbeitslosigkeit, verschiedenen Weiterbildungen, Praktika und der Erwerbsarbeit. Ursprünglich machte er eine Ausbildung zum Schriftsetzer.

NWP002 ist ebenfalls männlich, war zum Befragungszeitpunkt 29 Jahre alt und ist auch arbeitslos. Er versuchte sein Abitur nachzuholen, scheiterte aber wegen einer schweren Erkrankung und ist daher vorübergehend arbeitslos mit Aussicht auf einen saisonal begrenzten Arbeitsplatz. Er ist gelernter Koch.

WP001 ist männlich, 35 Jahre alt und zur Zeit für eine Zeitarbeitsfirma tätig. Er hat eine abgeschlossene Ausbildung zum Industriemechaniker, wechselte nach dem Zivildienst aber die Branche und machte eine Ausbildung zum Heilerzieher /-pfleger und arbeitete zunächst in diesem Beruf. Nach einer einjährigen Haftstrafe aufgrund von Drogendelikten durfte er diesen jedoch nicht mehr ausüben.

WP002 ist weiblich, 22 Jahre alt und begann nach dem Abitur eine Ausbildung zur Friseurin. In diesem Ausbildungsverhältnis befand sie sich auch zum Zeitpunkt des Interviews. Die Ausbildung ist allerdings nur ein Zwischenschritt, da sie für eine Weiterbildung für ihren Traumberuf, Maskenbildnerin, eine Ausbildung in der Friseur- oder Kosmetikbranche nachweisen muss.

## 5. Ergebnisse

### 5.1 Deskriptive Analyse der SOEP-Stichprobe

Das Medianeinkommen, welches auf Grundlage des bedarfsgewichteten HH-Nettoeinkommens berechnet wurde, lag nach eigenen Berechnungen im Jahr 2010 bei rund 18272€. Für Westdeutschland waren dies 18811€ und für Ostdeutschland 15900€. Daraus ergibt sich eine relative Armutsgrenze für Gesamtdeutschland von 10963€.

*Tabelle 1: Bedarfsgewichtetes HH-Nettoeinkommen nach Region.*

<b>Region</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>Median</b>	<b>N</b>	<b>Std. Abweichung</b>
West	21740	18811	66398979	18925
Ost	17651	15900	14459021	10578
Gesamt	21009	18272	80858000	17792

Quelle: Eigene Berechnungen, SOEP 2010

Im Jahr 2010 lagen somit rund 11,7 Millionen Menschen in Deutschland unterhalb der relativen Armutsgrenze von 60%, wovon rund 6,7 Millionen im erwerbsfähigen Alter zwischen 15 und 64 Jahren sind, welche in dieser Untersuchung unsere Zielgruppe bilden. Von den 6,7 Millionen Personen im erwerbsfähigen Alter unterhalb der relativen Armutsgrenze sind rund 2,6 Millionen als Working Poor und 4 Millionen als Non-Working Poor einzustufen. Der Anteil der Frauen ist bei den Working Poor mit 60% etwas höher, als der Anteil der Männer mit 40%, bei den Non-Working Poor überwiegen ebenfalls leicht die Frauen. Innerhalb dieser Zielgruppe sind vor allem Einpersonenhaushalte (36,5%) und Alleinerziehende (21,7%) am häufigsten von Armut betroffen. Am geringsten von Armut betroffen sind hingegen Paare mit Kindern und ganz besonders Mehr-Generationen Haushalte (1,3%). Betrachtet man die Verteilung des Alters unter den Working Poor, sind es vor allem die 21-29 Jährigen und die 30-45 Jährigen, die trotz Erwerbsarbeit arm sind. In der Altersgruppe der 55-65 Jährigen sind hingegen Non-Working Poor (26,6%) häufiger vertreten, als die Working Poor (13,9%). Auch wenn die Altersgruppe der <20 Jährigen insgesamt am seltensten von Armut betroffen ist, sind hier immerhin fast doppelt so viele Non-Working Poor vorzufinden. Zum Zeitpunkt der Befragung waren 31,9% der Working Poor in einer Vollzeitbeschäftigung, 26,1% in einer Teilzeitbeschäftigung und 19,9% waren geringfügig beschäftigt. Zu beachten ist hier, dass sich die Definition von Armut auf das Einkommen des Vorjahres bezieht und die Frage nach dem Erwerbsstatus erst zum Zeitpunkt des Interviews abgefragt wurde, wodurch bei den Non-Working Poor auch Erwerbstätige zu finden sind und bei den Working Poor auch Erwerbslose.

Table 2: Descriptive Analysis of the Sample. All values in Percent.

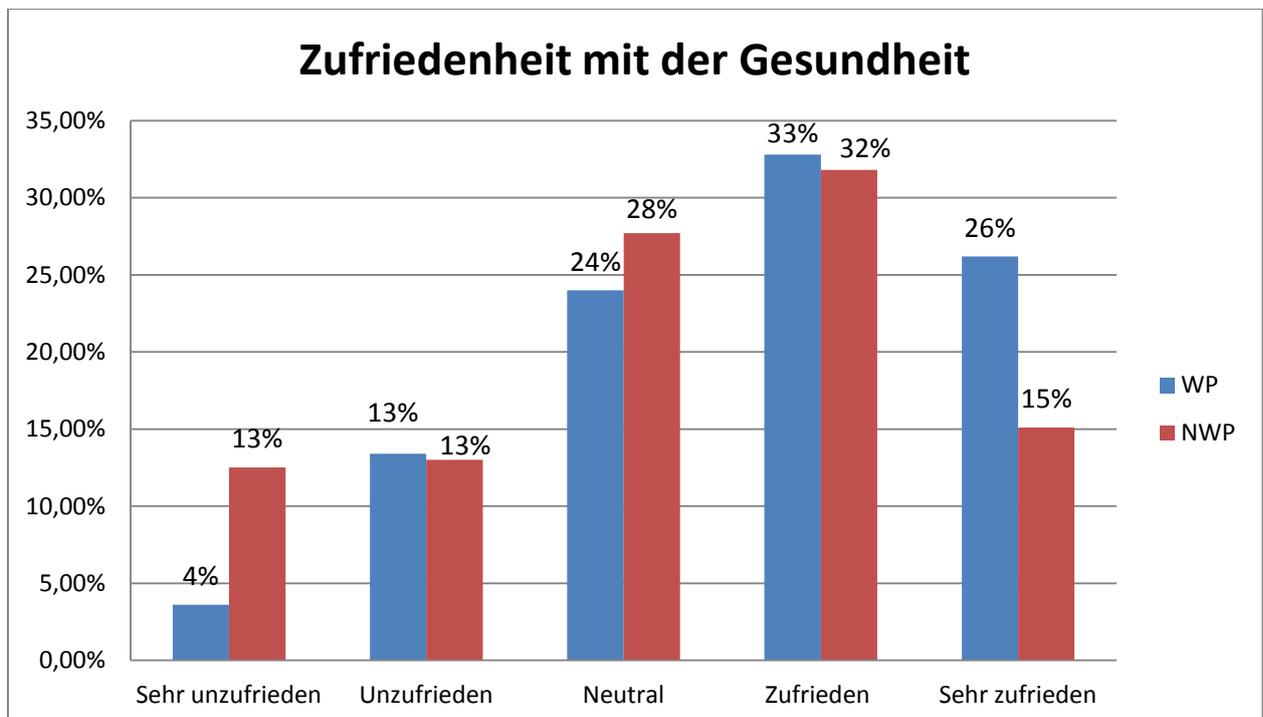
	<b>Insgesamt</b>	<b>WP</b>	<b>NWP</b>
<b>Insgesamt</b>	<b>N = 6727844</b>	<b>N = 2641768</b>	<b>N = 4086076</b>
<b>Geschlecht</b>			
• Männer	42,2	40	43,6
• Frauen	57,8	60	56,4
<b>Haushaltstypen</b>			
• 1-Pers.-HH	36,5	37,6	35,8
• Ehe-Paar ohne K.	13,4	8,8	16,4
• Alleinerziehende	21,7	25,4	19,4
• Paar + K. LE 16	14,7	16,1	13,8
• Paar + K. GT 16	6,6	5,6	7,2
• Paar + K. LE und GT 16	4,9	5,5	4,5
• Mehr-Generationen-HH	1,3	0,4	1,9
<b>Alter</b>			
• <20	7,6	4,9	9,4
• 20-29	26,7	32,4	23,1
• 30-45	25,5	29,6	22,9
• 46-54	18,5	19,2	18,0
• 55-65	21,6	13,9	26,6
<b>Erwerbsstatus</b>			
• Vollzeit erwerbstätig	15,8	31,9	5,3
• Teilzeit erwerbstätig	12,2	26,1	3,3
• Ausbildung, Lehre	4,6	8,6	2,0
• Geringfügig beschäftigt	10,1	19,9	3,8
• Sonstige*	1,2	2	0,6
• Nicht erwerbstätig	56,2	11,5	85,2

Quelle: Eigene Berechnung, SOEP 2010. \*Altersteilzeit mit Arbeitszeit null, Wehr- und Zivildienst, Werkstätten für Menschen mit Behinderungen.

## 5.2 Die subjektive Zufriedenheit mit der Gesundheit

Die subjektiv empfundene Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit ist einer der wichtigsten Indikatoren, um Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand eines Menschen ziehen zu können. So sind zwar objektiv messbare Gesundheitskriterien wie Übergewicht oder physische Beschwerden gute Indikatoren für die Gesundheit, jedoch werden Erkrankungen oder diverse Einschränkungen von einzelnen Personen unterschiedlich wahrgenommen. Daher ist die subjektive Zufriedenheit ein starkes Maß für die empfundene Lebensqualität, ungeachtet von objektiv vorhandenen Erkrankungen. Im SOEP wird die Zufriedenheit mit der Gesundheit über eine Skala von 0 bis 10 gemessen, wobei 10 die höchstmögliche und 0 die geringste Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit darstellt. Für eine übersichtlichere Anschauung der Verteilung und einem besseren Vergleich, wurden die Werte von uns in fünf Kategorien klassifiziert. Auf dem ersten Blick fallen einem die deutlichen Unterschiede bei „sehr unzufrieden“ auf, wo der Anteil der Non-Working Poor fast dreimal so hoch ist, und bei „sehr zufrieden“, wo der Anteil der Working Poor immerhin mehr als zehn Prozent höher ist. Im Mittelfeld ist es bis auf wenige Prozentpunkte relativ ausgeglichen. Damit lässt sich also fürs erste festhalten, dass die Working Poor auf dem ersten Blick zufriedener mit ihrer Gesundheit zu sein scheinen, als die Non-Working Poor.

Abbildung 2: Zufriedenheit mit der Gesundheit, gerundet



Quelle: Eigene Berechnung, SOEP 2010

Auch beim direkten Vergleich der Mittelwerte erkennt man, dass die Non-Working Poor mit einem Mittelwert von 5,9 im Durchschnitt unzufriedener sind, als die Working Poor mit 6,8. Um heraus zu finden, ob es nun tatsächlich einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Zielgruppe und der Zufriedenheit mit der Gesundheit gibt, der auf den ersten Blick recht offensichtlich zu sein scheint, verwenden wir an dieser Stelle einen zweistichproben-t-Test. Der t-Test weist hier auf einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Erwerbstätigkeit, also Working Poor oder Non-Working, und der Zufriedenheit mit der Gesundheit hin.

*Tabelle 3: Mittelwertvergleich und T-Test: Zufriedenheit mit der Gesundheit\*Zielgruppe*

<b>Variablen</b>	<b>Mittelwert WP</b>	<b>Mittelwert NWP</b>	<b>T</b>	<b>Df</b>	<b>Sig.</b>
Zufriedenheit m. Gesundheit*Zielgruppe	6,8	5,9	456,53	6702765	0,000

Quelle: Eigene Berechnung, SOEP 2010

Um die Stärke und den genauen Einfluss von der Zielgruppe auf die Zufriedenheit mit der Gesundheit zu messen, wird eine lineare Regression durchgeführt. Das Regressionsmodell zeigt, dass der Einfluss der Zielgruppe auf die Zufriedenheit mit der Gesundheit hoch signifikant ist und der Regressionskoeffizient  $b$  lässt darauf schließen, dass die Zufriedenheit mit der Gesundheit bei den Non-Working Poor durchschnittlich um 0,883 geringer ist, als bei den Working Poor. Da Beta in einer einfachen linearen Regression gleich dem Bravais-Pearson-Korrelationskoeffizient interpretiert werden kann, ergibt sich eine Korrelation von -0,174, womit eine schwache, negative Korrelation zwischen den beiden Variablen gegeben ist. Nichtsdestotrotz scheint die vorab aufgestellte Vermutung bestätigt, dass es mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit eine Abhängigkeit zwischen der Zielgruppe und der Zufriedenheit mit der Gesundheit gibt, auch wenn der Zusammenhang recht schwach ausgeprägt ist und nur 3% der Varianz der abhängigen Variablen durch die Zielgruppe erklärt werden konnten.

*Tabelle 4: Einfache Lineare Regression - Zufriedenheit m. Gesundheit*

<b>Variablen</b>	<b>b</b>	<b>SE</b>	<b>Beta</b>
Zielgruppe (NWP)	-0,883***	0,002	-0,174
Konstante	7,695***	0,003	
R <sup>2</sup>	0,03		
N	6702767		

\*p < 0.5; \*\*p < 0.01; \*\*\*p < 0.001

Quelle: Eigene Berechnung, SOEP 2010

Betrachtet man jedoch noch einmal die Altersverteilung der Zielgruppe (Tabelle 2) stellt man fest, dass in der Kategorie der 55-64 Jährigen die Non-Working Poor doppelt so oft vertreten sind, wie die Working Poor. Die Non-Working Poor scheinen also im Durchschnitt um einiges älter zu sein, als die Working Poor. So beträgt das Durchschnittsalter der Working Poor 38 Jahre und das der Non-Working Poor 41 Jahre (Tabelle 33). Dies könnte zumindest einen Teil des Einflusses der Zielgruppe auf die Zufriedenheit mit der Gesundheit erklären, wenn man davon ausgeht, dass mit zunehmendem Alter die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit geringer wird. Um dies allerdings noch einmal genauer zu überprüfen, betrachten wir die Variablen *Zufriedenheit mit der Gesundheit* und *Alter in Kategorien* in einer Kreuztabelle miteinander und differenzieren diese nach Working Poor und Non-Working Poor.

*Tabelle 5: Zufriedenheit mit der Gesundheit\*Alter nach Kategorien in Prozent*

	<20	20-29	30-45	46-54	55-64	
<b>Sehr unzufrieden</b>	0	1,8	2,9	4,8	8,4	WP
	1,4	4,9	11,7	19,4	18,9	NWP
<b>Unzufrieden</b>	6,5	6,9	11,6	28	14,1	WP
	3,0	2,7	8,6	19,7	24,7	NWP
<b>Neutral</b>	31,5	14,9	23	26,9	41,1	WP
	17,2	16,8	31,8	28,3	35,9	NWP
<b>Zufrieden</b>	31,6	32	43,5	26,7	20,9	WP
	39,2	45,1	35,1	27,4	17,7	NWP
<b>Sehr zufrieden</b>	30,4	44,4	19,1	13,7	15,4	WP
	39,2	30,5	11,8	5,2	2,8	NWP

Quelle: Eigene Berechnung, SOEP 2010

In dieser Tabelle lässt sich erkennen, dass die Zufriedenheit mit der Gesundheit mit zunehmendem Alter zwar abnimmt, jedoch prozentual mehr Non-Working Poor im Alter von 55-64 Jahren „sehr unzufrieden“ sind mit ihrer Gesundheit (18,9%), als dies bei den Working Poor im selben Alter der Fall ist (8,4%). Das gleiche lässt sich bei der Kategorie „sehr zufrieden“ beobachten, wo die 55-64 jährigen Working Poor 15,4% aufweisen, die Non-Working Poor aber nur 2,8%. Damit dürfte die häufigere Vertretung von Non-Working Poor in der Alterskategorie der 55-64 Jährigen nicht den vermuteten Einfluss auf die Zufriedenheit mit der Gesundheit haben. Denn auch differenziert nach dem Alter sind die Working Poor, bis auf die unter 20 Jährigen, zufriedener mit ihrer Gesundheit, gerade im höheren Alter. Die Tatsache, dass eine Person einer Erwerbstätigkeit nachgeht, scheint also weiterhin einen Einfluss auf die Zufriedenheit mit der Gesundheit zu haben.

Um jedoch einen möglichen Scheinzusammenhang weitestgehend ausschließen oder diesen zumindest aufdecken zu können, werden in einem multiplen Regressionsmodell weitere unabhängige Variablen in das Modell mit einbezogen, die bereits im Methoden-Kapitel näher erläutert wurden. Das multiple Regressionsmodell weist in diesem Fall ein korrigiertes Bestimmtheitsmaß ( $R^2$ ) von 0,215 auf und erklärt somit 21,5% der Varianz der abhängigen Variablen durch die sieben unabhängigen Variablen. In Anbetracht der Komplexität von subjektiv empfundener Gesundheit, besitzt das Modell also eine recht hohe Erklärungskraft. Alle mit einbezogenen Variablen weisen zudem einen hoch signifikanten Zusammenhang mit der abhängigen Variablen auf. Die Variable *Zielgruppe* weist weiterhin, auch unter der Kontrolle der sechs anderen Variablen, einen hoch signifikanten Zusammenhang mit der Zufriedenheit auf, wodurch nach wie vor Non-Working Poor mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit im Durchschnitt um 0,883 unzufriedener mit ihrer Gesundheit sind, als Working Poor.

*Tabelle 6.: Multiple Regression: Zufriedenheit mit der Gesundheit*

<b>Variablen</b>	<b>b</b>	<b>SE</b>	<b>Beta</b>
Zielgruppe (NWP)	-0,883***	0,002	-0,157
Alter	-0,787***	0,001	-1,356
Alter <sup>2</sup>	-0,239***	0,000	0,973
Frau	0,295***	0,002	0,059
Anzahl Kinder	0,270***	0,001	0,108
Unverheiratet	0,209***	0,002	0,039
Bildung (ISCED)	0,117***	0,001	0,058
Konstante	12,313***	0,003	
$R^2$	0,215		
N	6211764		

\*p < 0.5; \*\*p < 0.01; \*\*\*p < 0.001

Quelle: Eigene Berechnung, SOEP 2010

Betrachten wir noch einmal die standardisierten Regressionskoeffizienten (Beta), so sehen wir, dass das Alter mit -1,356 den höchsten Beta-Wert besitzt und somit den wahrscheinlich stärksten Einfluss auf die Zufriedenheit mit der Gesundheit hat. Dies scheint logisch in Anbetracht dessen, dass im fortschreitenden Alter die Gesundheit stetig abnimmt und auch altersbedingte Erkrankungen zunehmen können und so die Zufriedenheit mit der Gesundheit beeinträchtigen. Da es sich hier um einen negativen Zusammenhang handelt, kann man sagen: Je älter, desto unzufriedener ist man mit seiner Gesundheit. Nach dem Alter scheint die Zielgruppe, also ob man zu den Non-Working Poor gehört, den stärksten Einfluss auf die Zufriedenheit mit der Gesundheit zu haben. Der Beta-Wert liegt hier bei -0,157 und zeigt

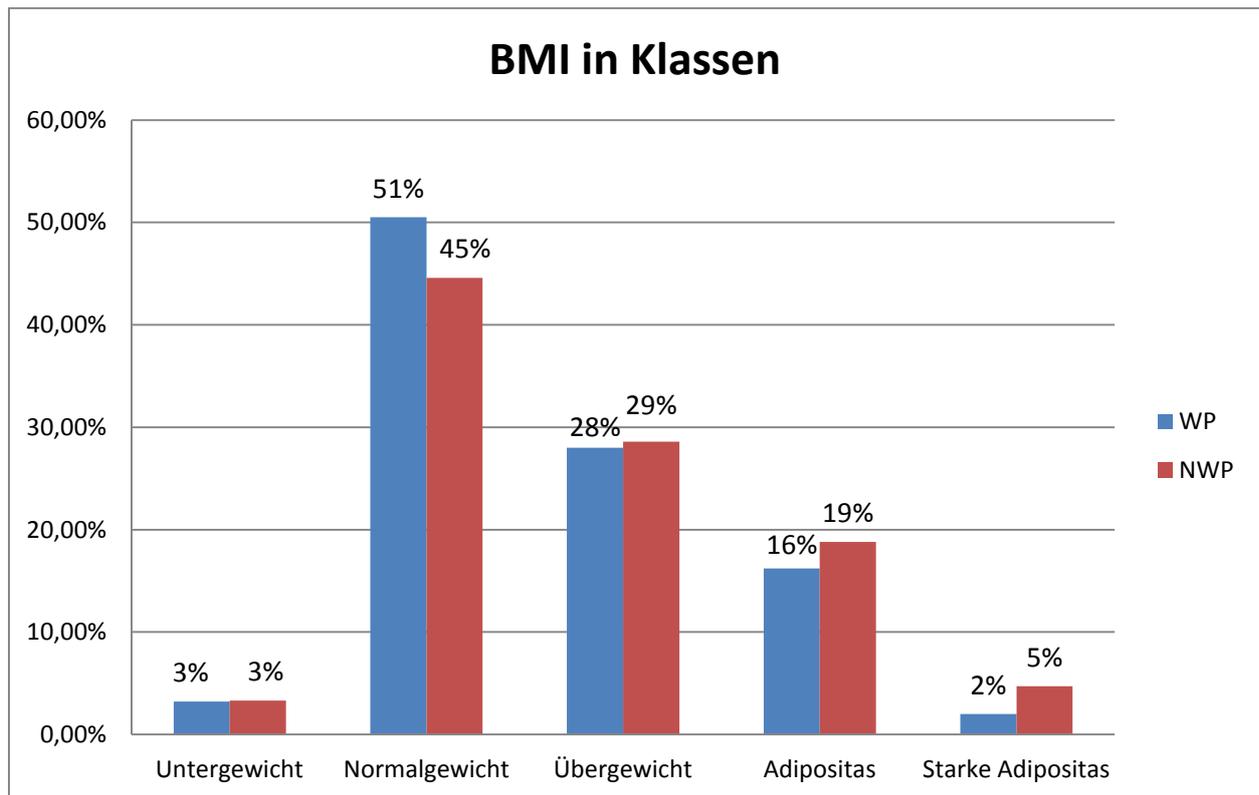
ebenfalls einen negativen Zusammenhang an. Auch dieser lässt sich so interpretieren, dass Non-Working Poor offensichtlich weniger zufrieden sind mit ihrer Gesundheit, als Working Poor. Der bereits in der Abbildung 2 vermutete Einfluss der Zielgruppe auf die Zufriedenheit lässt sich hier also bestätigen. Weiterhin kann der multiplen Regressionsanalyse entnommen werden, dass Frauen und unverheiratete zufriedener sind mit ihrer Gesundheit und das mit steigender Anzahl der Kinder und des Bildungsniveaus die Zufriedenheit weiter zunimmt. Die qualitative Untersuchung konnte hier nicht im großen Maße zum Erkenntnisgewinn beitragen. Alle vier Probanden gaben ungefähr die gleiche subjektive Einschätzung über ihren derzeitigen Gesundheitszustand an. Sie waren alle im Großen und Ganzen zufrieden mit ihrer Gesundheit, so dass keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Non-Working Poor und den Working Poor festzustellen waren.

Als Zwischenergebnis dieses Abschnitts lässt sich also festhalten, dass das Ausüben einer Erwerbstätigkeit bei von Armut betroffenen Personen einen hoch signifikanten Einfluss darauf hat, wie sie ihre Gesundheit selbst einschätzen. Trotz der unterschiedlichen Altersverteilung bei den Working Poor und den Non-Working Poor konnte der Einfluss der Zielgruppe bestätigt werden. Die Zufriedenheit mit der Gesundheit von armen Personen hängt also, neben dem erreichten Lebensalter, im besonderen Maße vom Erwerbsstatus ab bzw. ob einer Erwerbstätigkeit nachgegangen wird oder nicht. Die Ursache für dieses Phänomen könnte zum einen darin liegen, dass Non-Working Poor aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation erwerbslos sind und deshalb einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen oder darin, dass die Erwerbstätigkeit einen gesundheitsfördernden Effekt mit sich bringt. Andererseits könnte ein subjektiv schlechteres Gesundheitsempfinden auch eine Art Rechtfertigung dafür sein, dass man erwerbslos ist und keiner Erwerbstätigkeit nachgehen kann, aufgrund des Gesundheitszustandes. So wird die eigene Gesundheit, insbesondere vor anderen, wohlmöglich schlechter geredet, als sie objektiv betrachtet ist.

### 5.3 Übergewicht und Body-Mass-Index

Die fünfte Hypothese dieser Untersuchung beschäftigt sich mit den unterschiedlichen Folgen der Arbeitslosigkeit bzw. der Erwerbsarbeit auf die körperliche Gesundheit in Form des relativen Körpergewichts. Da ein erhöhtes Übergewicht hin zur Adipositas (Fettleibigkeit) schwerwiegende Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität haben kann, als auch die Wahrscheinlichkeit für bestimmte Erkrankungen erhöht, ist das Körpergewicht ein entscheidender Faktor für den Gesundheitszustand einer Person. Für eine vereinfachte aber generalisierte Auswertung der physischen Konstitution, wird in dieser Untersuchung der Body Mass Index (BMI) verwendet. Dabei wird das Körpergewicht in Relation zur Körpergröße betrachtet. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat dafür vier unterschiedliche Klassen aufgestellt, um die einzelnen BMI-Werte medizinisch interpretieren zu können. So ist ein BMI-Wert von unter 18,5 als Untergewicht, ein Wert zwischen 18,5 und 24,9 als Normalgewicht, ein Wert zwischen 25 und 29,9 als Übergewicht und jeder Wert ab 30 als Adipositas klassifiziert. Für eine differenziertere Analyse wurden die Personen mit einem BMI von über 40 von uns in eine zusätzliche Klasse „starke Adipositas“ eingeteilt, um so die Extremwerte gesondert betrachten zu können. Auch in diesem Fall wurde als erstes eine Kreuztabelle zur einfachen Betrachtung der Häufigkeitsverteilung erstellt, die im Diagramm 3 grafisch dargestellt wird. In der Darstellung lässt sich eine leichte Tendenz erkennen, dass die Non-Working Poor etwa 3% häufiger adipös oder stark adipös sind, während die Working Poor hingegen häufiger normalgewichtig sind (51% zu 45%). Beim Untergewicht liegen beide Gruppen mit etwa 3% gleich auf. So ist vor allem die Zahl der stark adipösen bei den Non-Working Poor mehr als doppelt so hoch, wodurch jenes Übergewicht, welches als krankhaft und stark gesundheitsgefährdend gilt, öfter bei den Armen vorzufinden ist, die erwerbslos sind. Dies könnte einen Hinweis darauf geben, dass die Erwerbslosigkeit öfter zu einem krankhaften Übergewicht führt, denn die armen Erwerbstätigen sind häufiger normalgewichtig und nur sehr selten stark adipös. Die Non-Working Poor haben mit 27,2 zudem einen etwas höheren Durchschnitts-BMI, als die Working Poor mit 25,7. Zusätzlich weist der Mittelwertvergleich hier auf einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Zielgruppe und dem BMI hin, womit es scheinbar tatsächlich eine Abhängigkeit zwischen dem Körpergewicht und dem Erwerbsstatus gibt.

Abbildung 3: BMI in Klassen, gerundet



Quelle: Eigene Berechnung, SOEP 2010

Tabelle 7: Mittelwertvergleich und T-Test: Body Mass Index\*Zielgruppe

Variablen	Mittelwert WP	Mittelwert NWP	T	df	Sig. (2-seitig)
Body Mass Index *Zielgruppe	25,7	27,2	-211,045	6662777	0,000

Quelle: Eigene Berechnung, SOEP 2010

Werden lediglich die beiden Variablen *BMI* und *Zielgruppe* in eine einfache lineare Regression eingebunden, zeigt sich, dass der Einfluss der Zielgruppe auf die Höhe des BMI's hoch signifikant ist und somit ein Zusammenhang zwischen diesen Variablen besteht. Der Regressionskoeffizient der Zielgruppe weist hier einen Wert von 0,015 auf, womit sich der BMI durchschnittlich um 1,5<sup>1</sup> Punkte erhöht, wenn der Befragte zu den Non-Working Poor gehört.

<sup>1</sup> Da bei der Berechnung des BMI's die Körpergröße in Zentimetern genommen wurde und der BMI so als Dezimalzahl berechnet wurde, haben wir der Übersicht halber den Wert im Nachhinein mit 1000 multipliziert. Dementsprechend entspricht der Regressionskoeffizient von 0,015 einer Steigerung des BMI's von 1,5 Punkten.

*Tabelle 8: Lineare Regression: Body Mass Index*

<b>Variablen</b>	<b>b</b>	<b>SE</b>	<b>Beta</b>
Zielgruppe (NWP)	0,015***	0,000	0,081
Konstante	0,242***	0,000	
R <sup>2</sup>	0,007		
N	6662779		

\*p < 0.5; \*\*p < 0.01; \*\*\*p < 0.001 Quelle: Eigene Berechnung, SOEP 2010 (Welle BA)

Um sich jedoch der Frage nach dem tatsächlichen Einfluss der Zielgruppe auf das höhere Gewicht der Non-Working Poor ansatzweise annähern zu können, werden noch weitere Einflussvariablen in das Modell mit einbezogen in Form einer multiplen Regression. Das multiple Regressionsmodell hat mit einem R<sup>2</sup> von 0,059 eine recht geringe Güte, so dass nur 5,9% der Variation durch die sieben unabhängigen Variablen erklärt werden kann. Ähnlich wie bei der Zufriedenheit mit der Gesundheit handelt es sich beim BMI bzw. beim Körpergewicht jedoch um einen Faktor, der durch zahlreiche Variablen beeinflusst werden kann, weshalb ein geringes R<sup>2</sup> nicht sonderlich verwundert.

*Tabelle 9.: Multiple Regression: Body Mass Index*

<b>Variablen</b>	<b>b</b>	<b>SE</b>	<b>Beta</b>
Zielgruppe (NWP)	0,012***	0,000	-0,065
Alter	0,004***	0,000	0,640
Alter <sup>2</sup>	-3,750E-005***	0,000	-0,473
Frau	-0,018***	0,000	-0,095
Anzahl Kinder	-0,003***	0,000	-0,027
Unverheiratet	0,010***	0,000	0,050
Bildung (ISCED)	-0,004***	0,000	-0,055
Konstante	12,313***	0,000	
R <sup>2</sup>	0,059		
N	6172630		

\*p < 0.5; \*\*p < 0.01; \*\*\*p < 0.001 Quelle: Eigene Berechnung, SOEP 2010

Es scheint also noch Einflussvariablen zu geben, die einen erheblich größeren Effekt auf den BMI haben, als unsere sieben. Jedoch haben auch hier alle unabhängigen Variablen einen signifikanten Einfluss auf die abhängige Variable. Es lässt sich erkennen, dass die Zielgruppe mit einem Beta von 0,065 nur einen relativ geringen Einfluss auf den BMI aufweist. Das Alter hingegen hat mit 0,640 den stärksten Einfluss. Dies scheint nachvollziehbar zu sein, denn bereits bei der Zufriedenheit mit der Gesundheit wurde gezeigt, dass Gesundheit und Alter stark mit einander zusammenhängen. Auch das Körpergewicht im Verhältnis zur Körpergröße

scheint im Alter zuzunehmen und so häufiger zu einem erhöhten BMI zu führen. Wie lässt sich dann aber der Unterschied zwischen den Working Poor und den Non-Working Poor, insbesondere bei der starken Adipositas, erklären, wenn die Zielgruppe eigentlich nur einen relativ geringen Einfluss auf den BMI hat? Betrachtet man noch einmal die Altersverteilung der Zielgruppe, so sind die Non-Working Poor mit 26,6% proportional fast doppelt so oft in der Klasse der 55-65 Jährigen vertreten, als die Working Poor mit 13,9% (Tabelle 2). Und da das Alter, wie die multiple Regression gezeigt hat, einen großen Einfluss auf den BMI zu nehmen scheint, ist das Risiko, von Adipositas betroffen zu sein, im höheren Alter wesentlich wahrscheinlicher. Somit lässt sich das häufigere Auftreten von Adipositas und starker Adipositas bei den Non-Working Poor bis auf Weiteres auf das höhere Alter dieser Gruppe zurückführen. Innerhalb der drei niedrigsten Alterskategorien der Working Poor ist jedoch niemand oder kaum jemand stark adipös. In denselben Alterskategorien der Non-Working Poor sind hingegen deutlich mehr von starker Adipositas betroffen. Bei den <20 Jährigen 1,8%, bei den 20-29 Jährigen 3% und bei den 30-45 Jährigen sogar 7% und damit mehr als bei den 55-64jährigen (4%).

*Tabelle 10: BMI\*Alter nach Kategorien in Prozent*

	<20	20-29	30-45	46-54	55-64	
<b>Untergewicht</b>	21,8	2,9	1,5	3,2	2,2	WP
	3,1	7,9	3,8	1,9	0,3	NWP
<b>Normalgewicht</b>	60,3	65,8	56,2	24,2	36,9	WP
	59,3	67,3	44,1	39,5	23,5	NWP
<b>Übergewicht</b>	17,9	17,1	31,2	38,1	35,3	WP
	29,6	12,6	29,2	34,9	37,2	NWP
<b>Adipositas</b>	0	14,2	10,5	25,8	24,6	WP
	6,3	9,6	15,8	17,2	34,9	NWP
<b>Starke Adipositas</b>	0	0	0,7	8,7	1,1	WP
	1,8	3,0	7,0	6,5	4,1	NWP

Quelle: Eigene Berechnung, SOEP 2010

Damit kann besonders die starke Adipositas nicht ausschließlich auf das Alter zurückgeführt werden. Hier müssen also noch andere Faktoren weit stärker auf das Körpergewicht einwirken, insbesondere bei den jüngeren. Auf den ersten Blick könnte dies der Erwerbsstatus bzw. die Erwerbslosigkeit sein. Was die quantitative Analyse an dieser Stelle jedoch nicht erklären kann, denn hier stößt sie auf ihre Erklärungsgrenzen, ob tatsächlich die Erwerbslosigkeit der Non-Working Poor dazu führt, dass sie häufiger stark adipös sind. Um dennoch einen Eindruck davon zu gewinnen, in wie weit die Erwerbslosigkeit bzw.

Erwerbstätigkeit einen Einfluss auf den BMI hat, wurden die Probanden in den qualitativen Interviews zu ihren Lebensgewohnheiten befragt, die möglicherweise einen Einfluss auf deren Körpergewicht haben.

In den Interviews mit den Non-Working Poor hat sich gezeigt, dass beide zwar an Übergewicht leiden, dieses aber nicht erst in der Phase der Erwerbslosigkeit erworben haben, sondern es zumindest teilweise auf ihre vorangegangene Erwerbszeit zurückführen. NWP001 sieht den Grund für sein Übergewicht zum einen beim unregelmäßigen Arbeiten im Schichtbetrieb und den Verlockungen in der Betriebskantine. Dazu kommt, dass es nach den langen und unregelmäßigen Arbeitszeiten für NWP001 besonders am späten Abend bequemer war, bei der Ernährung auf Fertiggerichte zurückzugreifen:

*"Das hatte ich auch schon während meiner Schichtzeit, ich glaub das hing mit den Schichtzeiten zusammen... ja, das man da halt immer unregelmäßig isst, dass man Mittagessen um 6 Uhr abends einnimmt."*

*"Ja ich hatte ja vorher viel Schichtdienst und dann kommt man nach Hause, hat Hunger und macht sich ne Tüte, ich weiß nicht.... Ja eh son Fertiggericht auf."*

NWP001 sieht darüber hinaus im Schichtbetrieb einen Grund, warum er eine Reduktion seines Körpergewichts nicht in Angriff nehmen konnte. Durch die unregelmäßigen und langen Arbeitszeiten, die zum Teil noch mit langen Fahrtwegen verbunden waren, sei eine Mitgliedschaft in einem Sportverein zum Beispiel nicht möglich, beziehungsweise nur begrenzt sinnvoll gewesen:

*"Auch mit meiner ehm, Sachen wenn ich nach HBG001 gefahren bin dann hab ich das nicht geschafft oder wenn ich meine Schichtzeiten hatte, da kann ich dann auch nicht in nen Verein gehen, eh... weil die Zeiten unterschiedlich sind."*

Ähnlich war es auch bei NWP002, der in der Gastronomie tätig und als Kellner von unregelmäßigen Arbeitszeiten betroffen war. Einen Zusammenhang zwischen den Arbeitszeiten und seiner Gewichtszunahme stellt er jedoch nicht ausdrücklich her.

*"Hab auch noch in nem guten Restaurant gearbeitet, da gabs dann Ente, Knödel und wenn was vom Buffet zurück gekommen ist, nimmt man sich natürlich Knödel, Soße."*

Tatsächlich versuchen beide die freie Zeit der aktuellen Arbeitslosigkeit zu nutzen, um ihr Gewicht zu reduzieren. So besuchte NWP001 einen Kurs bei der Ernährungsberatung und nutzt die Zeit für Sport, indem er zumindest bei gutem Wetter viel Fahrrad fährt und einen

Aqua-Fitness-Kurs belegt. Zugleich räumt er aber ein, dass er diesen nicht immer regelmäßig besucht. Nichtsdestotrotz sind seine Anstrengungen Gewicht zu verlieren eigenen Angaben zufolge erfolgreich, wobei er sein Ziel noch nicht erreicht sieht. Insgesamt scheint sich bei NWP001 aber ein höheres Gesundheitsbewusstsein entwickelt zu haben, nicht nur, da er verstärkt auf gesunde Ernährung achtet, Gewicht verlieren möchte und Sport treibt, sondern auch, da er versucht Gesundheitsrisiken zu minimieren.

Auch NWP002 nutzt die durch die Arbeitslosigkeit frei gewordene Zeit in erster Linie, um mehr Sport zu treiben. Nach eigenen Angaben macht er an sechs Tagen in der Woche Sport; Oberstes Ziel ist dabei, neben der Förderung der allgemeinen Fitness, auch die Reduktion des Körpergewichtes. Dazu greift er auf eine Vielzahl unterschiedlicher Sportarten zurück:

*"Äh, ja ich bin grad wieder bei sechs Mal die Woche. Also dazu gehört Ausdauer, Joggen, Kardio, Kraftsport natürlich drei Mal die Woche, Kampfsport, heut Abend geh ich zum Capoeira, jao, es geht halt um Gewichtsreduktion, ich sag mal, allgemeine Fitness."*

Bei den beiden interviewten Erwerbsarmen zeigt sich ein gemischtes Bild. WP001 hat eigenen Angaben zufolge keinerlei Gewichtsprobleme. Er gibt jedoch an, vorwiegend Fertiggerichte zu konsumieren. Er begründet dies damit, dass er schlichtweg keine Lust hat sich lange mit der Essenszubereitung aufzuhalten, obwohl er nach eigenen Angaben ausreichend Zeit zur Verfügung hat. Er bezeichnet dies als seinen Lebensstil.

*"Ja klar, aber das ist mein Lebensstil, weil ich einfach keine Lust hab zu kochen großartig."*

Sport spielt für WP001 keine Rolle. Eine Mitgliedschaft in einem Fitnessstudio liege zwar ohnehin außerhalb seiner finanziellen Möglichkeiten, aber auch mit einem zusätzlichen Einkommen lehnt WP001 es ab, sich an feste Termine für die körperliche Ertüchtigung, wie zum Beispiel in einem Sportverein, binden zu lassen. Auch die kostengünstigen Angebote an der Universität nimmt er nicht wahr, da er sich nicht dazu motivieren kann, sich zweimal in der Woche dorthin zu begeben. Anders als WP001 legt WP002 sehr großen Wert auf gesunde Ernährung und körperliche Betätigung. Bemerkenswert ist, dass sie ihre geringe Freizeit auch nach einem langen Arbeitstag für Sport nutzt. Zuerst fiel es ihr schwer sich an ihren Arbeitsrhythmus zu gewöhnen, aber laut eigener Aussage treibt sie jetzt wieder regelmäßig Sport. Sie bevorzugt dafür die günstigen Sportkurse an der Universität. Einen teuren Fitnessstudiovertrag kann sie sich nicht leisten. Des Weiteren geht sie Joggen und Schwimmen, was ebenfalls kostengünstig ist. Regelmäßige sportliche Aktivitäten kann sie durch ihre Trinkgeldeinnahmen bei ihrer Ausbildungsstätte sowie mit ihrem Zweitjob finanzieren.

*"[...] hab nebenbei immer viel Sport gemacht, aber dadurch, dass ich die Arbeit angefangen hab, war ich am Anfang, weil ich so viel gearbeitet hab, hab ich das überhaupt nicht mehr, also hab ich gar keinen Sport mehr gemacht, weil ich immer so erledigt war, weil ich mich erstmal an diesen Rhythmus gewöhnen muss."*

In ihrem Haushalt wird nur vegetarisch gekocht und eine gesunde Ernährung ist ihr extrem wichtig. Allerdings kann sie sich einen Großteil dessen nur leisten, da ihr Mitbewohner auf dem Wochenmarkt arbeitet und von dort günstig frische Lebensmittel mitbringen kann. Des Weiteren isst sie laut eigener Aussage nur sehr selten Fast Food und achtet sehr auf eine gesunde Lebensweise. Diese Art von gesunder, ausgewogener und frischer Ernährung wäre allerdings ohne Kontakte nicht möglich, da ihr Lohn ihr diesen Standard nicht gewährleisten kann.

Zum Ende dieses Abschnitts lässt sich also festhalten, dass der Erwerbsstatus einen signifikanten Einfluss auf den BMI hat und somit die Tatsache, dass eine Person von Adipositas oder starker Adipositas betroffen ist mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit, davon abhängt, ob er erwerbslos oder erwerbstätig ist. So hat die quantitative Analyse ergeben, dass die Non-Working Poor im Durchschnitt einen um 1,5 Punkte höheren BMI aufweisen, als die Working Poor. Des Weiteren sind die Non-Working Poor mehr als Doppelt so oft von starker Adipositas betroffen. Angesichts der eingangs formulierten Annahmen und den Ergebnissen der quantitativen Untersuchung, überraschen die Ergebnisse der Interviews zum Thema Ernährung und Sport. Waren wir doch davon ausgegangen, dass die allgemeine Lethargie und Antriebslosigkeit bedingt durch die Arbeitslosigkeit dazu führt, dass sich weniger mit Sport, Ernährung und Gesundheit im Allgemeinen auseinander gesetzt wird. Stattdessen zeigt sich, dass der Drang, den Tag mit sinnvollen Tätigkeiten zu verbringen und etwas für die eigene Gesundheit zu tun bei den Non-Working Poor stärker zu sein scheint. Bei den Working Poor gibt zumindest einer der beiden Befragten an, nicht auf eine gesunde Lebensweise zu achten. Durch das hohe Arbeitspensum ist es jedoch beiden Working Poor nur selten möglich sportlichen Aktivitäten nachzugehen. Die Belastung durch Arbeit scheint hier eine viel größere Rolle zu spielen, als die unterstellte Antriebslosigkeit bei Arbeitslosen. Ein interessanter Punkt ist zudem, dass die beiden Non-Working Poor den Grund für ihr Übergewicht bei ihrer alten Tätigkeit sehen. So hätten unregelmäßige Arbeitszeiten und schnell und leicht verfügbare ungesunde Lebensmittel bei der Arbeit zu der Gewichtszunahme geführt. Weiterhin scheint es so zu sein, dass das verfügbare Geld einen erheblichen Einfluss

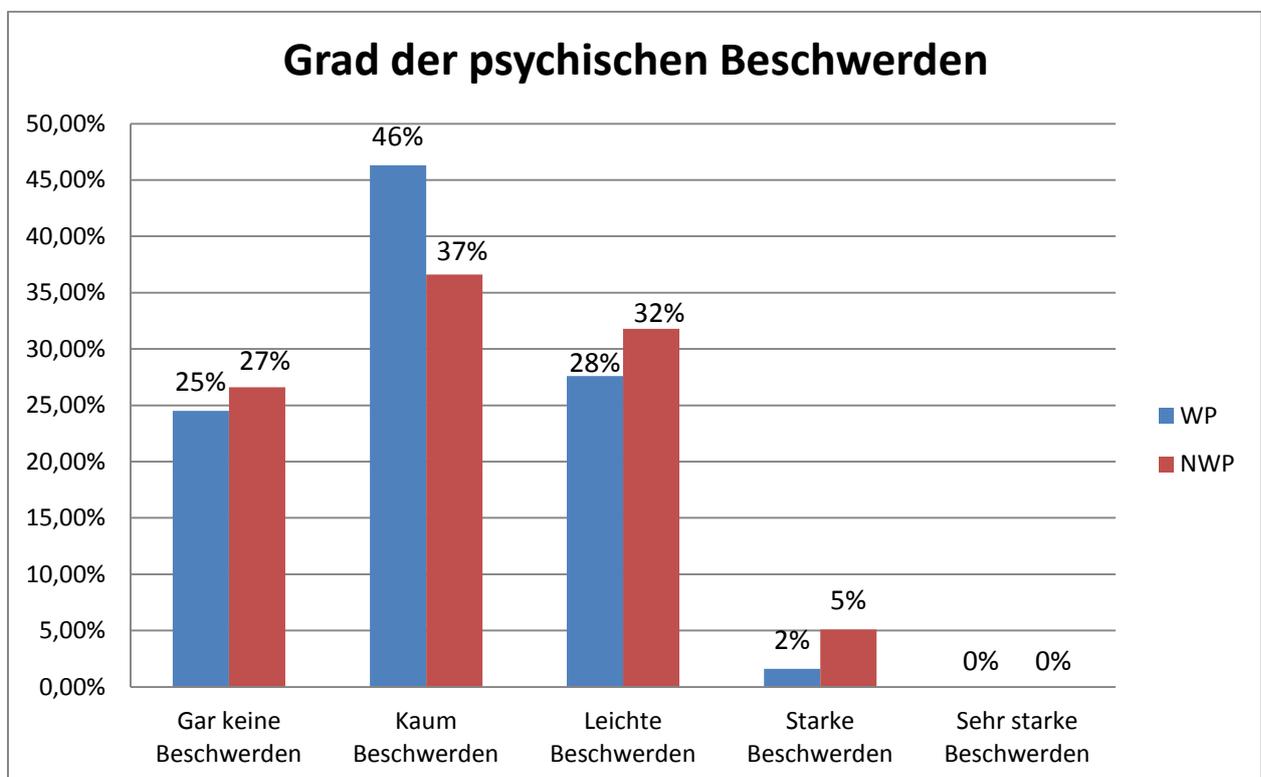
auf die Möglichkeiten nimmt, sich gesund zu ernähren und demnach sowohl die Working Poor als auch die Non-Working Poor gleichermaßen eingeschränkt sind.

Zum Schluss dieses Abschnitts sollte hier noch einmal kurz die Aussagekraft und Interpretation des BMI's diskutiert werden. Dieser Index wird zwar häufig für die Messungen von Übergewicht herangezogen, besonders bei großen quantitativen Analysen, jedoch setzt dieses Maß lediglich die Körpergröße ins Verhältnis zum Körpergewicht. Individuelle Besonderheiten, wie der Anteil von Muskeln oder Körperfett am Gesamtgewicht, werden hier vollständig ausgeblendet, weshalb der BMI nur als grobes Richtmaß für Übergewicht genommen werden sollte. Es kann daher nicht immer direkt auf das einzelne Individuum geschlossen werden, dass bei einem sehr hohen BMI auch gleichzeitig Adipositas vorliegt. Stattdessen sollte der Index dabei helfen, innerhalb einer großen Datenmenge Muster in der Häufigkeitsverteilung feststellen zu können. Da dieser Index, trotz all seiner Schwächen, immer noch breite Verwendung in der Medizin findet und sogar von der WHO immer noch als Indikator für Adipositas verwendet wird, sahen wir den BMI als das beste Instrument zur Bestimmung des gesundheitsgefährdenden Übergewichts an, welches uns für diesen Zweck zur Verfügung stand.

## 5.4 Psychische Beschwerden

Neben den körperlichen, den physischen Aspekten der Gesundheit sind es vor allem die psychischen Beschwerden oder Erkrankungen, die einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit haben. Besonders Stress, Depression oder Burn-Out sind in der heutigen Zeit, insbesondere in der Arbeitswelt, keine Seltenheit mehr. Um all diese verschiedenen Faktoren abdecken zu können, wurde die Variable *psychische Beschwerden* mittels explorativer Faktorenanalyse (Tab. 39) gebildet. Sie beinhaltet dabei fünf Variablen, die jeweils einen Aspekt der psychischen Gesundheit enthalten: Eile und Zeitdruck, Niedergeschlagenheit, Ausgeglichenheit (bzw. Unausgeglichenheit), weniger geschafft wegen seelischer Probleme und weniger Sorgfalt wegen seelischer Probleme. Aus diesen Variablen wurde dann ein additiver Index gebildet, der den Grad der psychischen Beschwerden angibt. Für die spätere Interpretation der Werte ist hier darauf hinzuweisen, dass ein niedriger Index-Wert einen hohen Grad der psychischen Beschwerden und ein hoher Index-Wert einen niedrigen Grad der psychischen Beschwerden bedeutet. Auch bei dieser Variablen haben wir zu Anfang die unterschiedlichen Werte kategorisiert, um sie interpretierbar zu machen und einen ersten Überblick zu erhalten.

Abbildung 4: Grad der psychischen Beschwerden, gerundet.



Quelle: Eigene Berechnung, SOEP 2010

Als erstes erkennt man, dass sehr starke Beschwerden scheinbar gar nicht vorhanden sind, weder bei den Working Poor noch bei den Non-Working Poor. Starke Beschwerden hingegen sind besonders unter den Non-Working Poor zu erkennen, die mit rund 5% mehr als doppelt so häufig vertreten sind als die Working Poor mit 2%. Auch bei den leichten Beschwerden sind die Non-Working Poor etwas häufiger vertreten. Was wiederum überrascht ist, dass die Non-Working Poor bei gar keinen Beschwerden häufiger vertreten sind, wenn auch nur mit 2% mehr, als die Working Poor. Im direkten Vergleich der Mittelwerte ist nur ein sehr marginaler Unterschied festzustellen. Working Poor haben im Durchschnitt einen Index-Wert von 17,7 und Non-Working Poor von 17,3. Der t-Test lässt jedoch einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Zielgruppe und dem Grad der psychischen Beschwerden erkennen, weswegen fürs erste festgehalten werden kann, dass die Non-Working Poor häufiger unter psychischen Beschwerden leiden, als die Working Poor.

*Tabelle 11: Mittelwertvergleich und T-Test: Psychische Beschwerden\*Zielgruppe*

<b>Variablen</b>	<b>Mittelwert WP</b>	<b>Mittelwert NWP</b>	<b>T</b>	<b>df</b>	<b>Sig.</b>
Psychische Beschwerden *Zielgruppe	17,7	17,3	134,085	6600625	0,000

Quelle: Eigene Berechnung, SOEP 2010

Weiterhin interessant könnte es sein, wie die einzelnen Variablen, die zu einem Index zusammengefasst worden sind, sowohl bei den Working Poor als auch bei den Non-Working Poor, verteilt sind. Betrachtet man die einzelnen Mittelwerte der fünf Variablen, so sieht man, dass die Working Poor insbesondere bei Eile und Zeitdruck einen niedrigeren Durchschnittswert aufweisen, was darauf hindeutet, dass sie häufiger in Eile oder unter Zeitdruck sind, als die Non-Working Poor. Dies ist in Anbetracht ihrer Erwerbstätigkeit oder der Vereinbarung von Beruf und Familie auch nicht weiter verwunderlich. Was jedoch auffällt ist, dass die Non-Working Poor im Durchschnitt weniger schaffen oder weniger Sorgfalt walten lassen, aufgrund seelischer Probleme. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Non-Working Poor tatsächlich häufiger unter seelischen Problemen leiden und somit auch der Grad der psychischen Beschwerden bei ihnen höher ist. Ähnlich wie beim BMI muss jedoch auch hier beachtet werden, dass wohlmöglich eine „umgekehrte Kausalität“ vorliegt. So könnte es sein, dass viele der jetzigen Non-Working Poor unter psychischen Beschwerden leiden und dadurch erst in die Arbeitslosigkeit geraten sind und jetzt nur schwer wieder in das

Berufsleben zurückfinden. Anders ist es aber auch gut denkbar, dass die bestehende Arbeitslosigkeit in Kombination mit der Armut zu seelischen Problemen führen kann.

*Tabelle 12: Index-Variablen: Grad der psychischen Beschwerden*

Variablen	Working Poor	Non-Working Poor
Eile, Zeitdruck	2,95	3,28
Niedergeschlagen	3,30	3,18
Unausgeglichen	3,18	3,10
Weniger geschafft wg. Seelischer Probleme	4,07	3,75
Weniger Sorgfalt wg. Seelischer Probleme	4,19	3,94

Quelle: Eigene Berechnung, SOEP 2010

Die einfache lineare Regression bestätigten den signifikanten Zusammenhang zwischen dem Grad der psychischen Beschwerden und der Tatsache, ob man erwerbstätig ist oder nicht. So gibt der Regressionskoeffizient von -0,419 an, dass der Index-Wert durchschnittlich um 0,419 Punkte fällt, wenn die Person zu den Non-Working Poor gezählt wird. Kontrolliert man jetzt noch weitere mögliche Einflussvariablen, wie das Alter oder das Geschlecht, so erhöht sich dieser Regressionskoeffizient sogar auf -0,570 und bleibt weiterhin hoch signifikant.

Im multiplen Regressionsmodell, welches mit einem  $R^2 = 0,031$  eine sehr geringe Güte aufweist und somit noch viele weitere Faktoren einen Einfluss auf die psychischen Beschwerden zu haben scheinen, hat hier das Alter mit einem Beta von -0,941 den stärksten signifikanten Einfluss. Das zeigt, dass ein höheres Alter mit einem niedrigeren Index einhergeht, was auf höhere psychische Beschwerden im Alter hindeutet. Auch die Kreuztabelle verdeutlicht diesen Zusammenhang.

*Tabelle 13: Einfache lineare Regression: Psychische Beschwerden\*Zielgruppe*

Variablen	b	SE	Beta
Zielgruppe (NWP)	-0,419***	0,003	-0,052
Konstante	18,119***	0,005	
$R^2$	0,003		
N	6117748		

\*p < 0.5; \*\*p < 0.01; \*\*\*p < 0.001

Quelle: Eigene Berechnung, SOEP 2010

*Tabelle 14: Multiple Regression: Psychische Beschwerden*

<b>Variablen</b>	<b>b</b>	<b>SE</b>	<b>Beta</b>
Zielgruppe	-0,570***	0,003	-0,071
Alter	-0,264***	0,001	-0,941
Alter <sup>2</sup>	0,003***	0,000	0,873
Geschlecht	-0,745***	0,003	-0,094
Anzahl Kinder	0,188***	0,002	0,047
Verheiratet	0,056***	0,004	0,007
Bildung (ISCED)	0,073***	0,001	0,023
Konstante	24,362***	0,019	
R <sup>2</sup>	0,031		
N	6117748		

\*p < 0.5; \*\*p < 0.01; \*\*\*p < 0.001

Quelle: Eigene Berechnung, SOEP 2010

Mit einem Beta-Wert von -0,071 hat die Zielgruppe den drittstärksten Einfluss auf den Grad der psychischen Beschwerden, der ebenfalls signifikant ist. Die Annahme, dass Non-Working Poor einen niedrigeren Index-Wert haben und somit häufiger unter psychischen Beschwerden leiden, kann also beibehalten werden. Gleichzeitig sollte dabei sowohl das Alter als auch das Geschlecht berücksichtigt werden, die einen noch stärkeren Einfluss auf die psychischen Beschwerden zu haben scheinen, als die Erwerbslosigkeit.

In den qualitativen Interviews gab keiner der Befragten an, tatsächlich an einer anerkannten psychischen Erkrankung zu leiden. Womöglich lag es daran, dass es den Probanden unangenehm war, psychische Erkrankungen zuzugeben oder darüber zu sprechen. Weder NWP001 noch NWP002 gaben an mit schwerwiegenden psychischen Beschwerden zu kämpfen, fühlen sich aber durch die momentane Arbeitslosigkeit seelisch stark belastet. So berichtet NWP001 besonders von Selbstzweifeln, da er bereits über einen längeren Zeitraum häufiger arbeitslos geworden ist und seine Bewerbungen zumeist mit Absagen beantwortet werden:

*"Weiß ich nicht, also es ist so ne... ja wie soll ich das erklären, man, man zweifelt auch n bisschen an sich selber dann irgendwann, wenn man denn öfters arbeitslos ist und wenn man dann auch eh, ja ich war bevor ich bei dieser kleinen Werbeagentur anfang ne ziemliche Zeit arbeitslos, waren das drei Jahre?"*

Hinzu kommt, dass NWP001 offenbar befürchtet "abgehängt" zu werden, da sein Berufsbild sich durch die technische Entwicklung sehr stark wandelt. Damit geht die Befürchtung einher, dass ein potenzieller Arbeitgeber seine Bewerbung ablehnen könnte, da er nicht in die heute

gängigen Arbeitsweisen eingearbeitet ist und außerdem als zu alt angesehen werden könnte. Somit besteht für ihn eine doppelte Belastung, da er zum einen fürchtet nicht mehr in seinem Beruf arbeiten zu können, da ihm die nötigen Fachkenntnisse fehlen, zum anderen, da er befürchtet, jüngere Bewerber könnten bevorzugt werden.

Ein weiterer Belastungsfaktor für die Non-Working Poor als auch für die Working Poor stellen die nur sehr begrenzt zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel dar. NWP001 gibt beispielsweise an, dass sein Geld nicht für die Bewältigung des Alltags reiche. Zwar habe er ein Dach über dem Kopf und müsse nicht hungern, das Bilden von Rücklagen für plötzlich anfallende Kosten oder das Sparen für bestimmte Anschaffungen sei aber de facto unmöglich. Er bringt es relativ einfach auf den Punkt: *"Es darf, es darf nichts kaputt gehen"*.

Sollte etwas in seinem Haushalt ausfallen, wäre er kaum in der Lage dies zu ersetzen. Diese prekäre finanzielle Situation bringt zum Beispiel mit sich, dass NWP001 kaum passende Kleidung besitzt - bspw. für Vorstellungsgespräche. Auch NWP002 leidet unter dem Geldmangel. Die laufenden Kosten würden zwar gedeckt werden, da das Amt auch die Miete der Wohnung übernehme, dennoch seien sie sehr belastend für seine finanzielle Lage. Dieser Unterschied wird ihm besonders im Vergleich zu der Situation in seiner Erwerbszeit deutlich.

Besonders prekär macht die finanzielle Situation von NWP002, dass er hoch verschuldet ist. Er habe sein Konto um etwa 1500 Euro überzogen und durch den Bildungskredit, den er aufnahm um sein Abitur nachzuholen - was an seinen schweren Erkrankungen während der Schulzeit scheiterte - weitere 10000 Euro Schulden. Einen Bausparvertrag musste er kündigen. Das ruft bei ihm auch Zukunftsängste hervor.

*"Ja und sonst, naja, das ist irgendwie, das ganze ist halt son bisschen... erdrückend, weil man kein Geld hat. Das ist das Problem. Also, wenn ich sagen würde ich hab jetzt gutes Geld noch auf der Dings, im Hintergrund, oder so. Aber durch die Schule hab ich nunmal Schulden und da ist man schon son bisschen nervös"*

Da er also auf kein erspartes Geld zurückgreifen kann und auch nicht in der Lage ist mit Hilfe der staatlichen Unterstützung, die gerade einmal reicht um das Nötigste zu beschaffen, Rücklagen zu bilden, kann auch er nicht auf plötzlich anfallende Kosten reagieren. In solchen Fällen leiht er sich Geld von Verwandten und Freunden:

*"Ich hab mir was von meiner Mutter geliehen, gestern mit nem Bekannten getroffen, der hat mir 80 Euro geliehen, und ja, so ohne Hilfe würd ichs nicht schaffen. Nee."*

*"[...]dass ich unabhängig bin, das, also das wäre so wirklich mein Hauptwunsch, weil ich nun wirklich alles mitgemacht habe..."*

Dadurch ist NWP002 abhängig von Freunden und Verwandten geworden und verlor dadurch einen Teil seiner Selbstständigkeit und Unabhängigkeit. Er empfindet es als teilweise demütigend, seine Eltern um Geld zu bitten. Auch kleinere Anschaffungen kann sich NWP002 nicht leisten. Wie bei NWP001 betrifft das zum Beispiel den Erwerb von neuer Kleidung oder die Möglichkeiten der Freizeitgestaltung. So würde er gerne öfter ausgehen:

*"Das man sagen kann, so, oder ich sag mal richtig Kaffee trinken oder essen gehen, das kann man sich halt prinzipiell alles nicht leisten, also das ist das was wirklich schmerzt, oder weh tut und nervt."*

Die knappen finanziellen Mittel erlauben also nur eine begrenzte Gestaltung der eigenen Freizeit. Das führt dazu, dass insbesondere die NWP teilweise von gesellschaftlichen Ereignissen von vornherein ausgeschlossen sind, da die nötigen Geldmittel fehlen. Darüber hinaus stellt es eine große Belastung dar, wenn Freunden und Bekannten gegenüber offenbart werden muss, dass kein Geld vorhanden ist. So leiden die sozialen Kontakte deutlich darunter, wenn bspw. die Rechnung im Café nicht übernommen werden kann:

*"...und dann setzt man sich ins Café und dann: 'ich bezahle, ne ich bezahle'. Man sitzt daneben und kann dann nicht bezahlen... das ist dann doof..."*

WP001 beschäftigt sich stark mit dem Thema Altersarmut und fühlt sich von der Politik allein gelassen. Darüber hinaus wird deutlich, dass auch er durch den Mangel an Geld von bestimmten Möglichkeiten der Freizeitgestaltung mit Freunden und Bekannten ausgeschlossen wird. WP002 hat ein sehr hohes Arbeitspensum zu leisten, da sie nebenbei zusätzlich in der Gastronomie tätig ist, um ausreichend Geld zu verdienen. Die hohe Belastung durch die zwei Jobs führt zu einem Mangel an Freizeit, worunter die sozialen Kontakte leiden. Öfters muss sie auch spontane Treffen absagen, da ihr Tag sehr lang und stressig war und sie Ruhe braucht. Des Weiteren hat auch ihre Beziehung unter der geringen Freizeit gelitten und zerbrach letztlich. Das gesamte Leben von WP002 dreht sich nach eigenen Angaben nur um die Arbeit und die Einkommenssicherung:

*"Also ich arbeite jeden Tag... montags, mittwochs, donnerstags, freitags arbeite ich von halb zehn bis halb acht ungefähr im Salon, also ist da der komplette Tag weg. Samstag ist eigentlich mein freier Tag, aber da arbeite ich dann noch im GST003 nebenbei, um dann noch nen bisschen mehr Geld ranzuschaffen. Sonntag ist dann halt mein komplett freier Tag."*

Auf die Frage nach ihren drei Wünschen antwortete sie, dass sie gerne mehr Geld und vor allem mehr Freizeit hätte. Sie muss einige Einschränkungen machen und könnte mit 500 Euro mehr im Monat zumindest etwas Geld zurücklegen und sparen. Oft beneidet sie Freunde, die studieren und vor allem wesentlich mehr Freizeit haben:

*„Mehr Freizeit, weil, zum Beispiel würd ich mich gern einfach öfter mit Freunden treffen. Dadurch, dass ich fast nur Studenten als Freunde hab, die ihr Studentenleben haben und ich immer hart arbeiten muss (lacht) ist das manchmal sehr deprimierend...“.*

Weitere Faktoren die psychisch belastend für die Betroffenen sind, sind die Unzufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation, beziehungsweise dem bisherigen Verlauf des eigenen Lebens und die Unzufriedenheit oder Wut auf Behörden und Unternehmen. Aber auch die mangelnde Aussicht, der bisherigen Situation durch Arbeit zu entfliehen, ist für die Betroffenen frustrierend. NWP001 fühlt sich von seinen bisherigen Arbeitgebern ausgenutzt. Er wechselte häufig zwischen Phasen der Arbeitslosigkeit und kurzen Phasen der Erwerbsarbeit, erlangte dabei jedoch nur bestenfalls befristete Verträge. Er gibt an, dass ihm zwar eine Festanstellung in Aussicht gestellt wurde, der Arbeitgeber aber von vornherein nicht plante, diese auch tatsächlich zu vergeben. Er fühlt sich daher vom Unternehmen ausgenutzt:

*"Ja, Wut auf Arbeitgeber... das war so `ne Masche von denen... man ist befristet beschäftigt, man arbeitet und tut und sieht zu, dass man auch nicht allzu krank ist... ja und dann heißt es ‚ätsch‘ geht nicht, weil wir vergeben keine Festanstellungen mehr - da fühlt man sich verarscht!"*

Darüber hinaus machte NWP001 weitere Erfahrungen, wie er in Unternehmen ausgenutzt wurde. So wurde ihm ein Praktikum in einem Betrieb vermittelt, durch das er hoffte, neues Wissen zu erlangen und seine Qualifikationen zu steigern. Letztendlich beschränkte sich seine Tätigkeit aber darauf den Hof zu fegen, wodurch sein Selbstwertgefühl einen neuen Tiefpunkt erreichte und die Hoffnung auf eine gute Arbeit zunehmend schwand. Durch den Abbruch des Praktikums wurde er zusätzlich noch von der Arbeitsagentur sanktioniert, wodurch er sich ungerecht behandelt und fast schon drangsaliert fühlte:

*„Und da hab ich mir alles angeguckt, dies und jenes, und der Kollege sagte: ‚Ja mach man das, mach man dies, ich zeig dir das!‘ Und dann war ich da und dann kam der Chef vorbei: ‚Sie sollen hier aber nur den Hof fegen!‘ Ich so: ‚Dann kann ich auch wieder gehen‘. Dann bin ich auch wieder gegangen und hab mir nen fetten Eintrag abgeholt vom Arbeitsamt.“*

Hier wird also auch deutlich, wie sich der Betroffene von den zuständigen Behörden allein gelassen fühlt. Dazu gehört eben auch die seiner Meinung nach mangelhafte Hilfestellung, die seitens der Behörden kommt. Auch WP001 kritisiert die fehlende Unterstützung und Maßnahmen der Politik beziehungsweise der Arbeitsagentur. Diese lehnte es beispielsweise ab ihm einen Schweißschein im Wert von rund 10.000 Euro aufgrund seiner zwei vorhandenen Ausbildungen als Weiterbildungsmaßnahme zu finanzieren. So empfindet er,

dass zwar ständig gefordert wird, dafür aber keine Gegenleistungen erbracht werden wie z.B. sinnvolle Weiterbildungsmaßnahmen. Auch WP001 hat nach seiner Entlassung aus dem Gefängnis bereits bei mehreren Zeitarbeitsfirmen und anderen Unternehmen gearbeitet. Zeitweise hat er in seinen Tätigkeiten weniger verdient als die zurzeit 1000€ und wurde nach seinem Empfinden bei einigen Betrieben schlecht behandelt, beschimpft und als Zeitarbeiter im Vergleich mit den Festangestellten regelrecht ausgenutzt. Er hatte nach eigenen Aussagen eintönige Arbeiten zu schlechten Konditionen zu verrichten.

Ähnlich wie NWP001 gibt auch NWP002 an, dass er lieber arbeiten gehe, wenn auch für wenig Geld, als die Zeit zu Hause zu verbringen und von den Transferleistungen zu leben. Somit scheint besonders für Erwerbslose das Abhängigkeitsverhältnis zum Staat eine sehr belastende Situation darzustellen, die sie um jeden Preis, selbst mit einer nur gering bezahlten Arbeit, beenden wollen:

*" Ich arbeite lieber, auch wenn es weniger Geld ist, äh aber, ich möcht nicht zu Hause rumsitzen. Wenn ich jetzt arbeiten geh, Vollzeit, und dafür 800 Euro kriegen würd, würd ich das lieber tun, weil dann hat man was zu tun. Und wenn man Kellner ist kriegt man vielleicht noch nen bisschen Trinkgeld dazu."*

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass laut den Ergebnissen der quantitativen Analyse Non-Working Poor signifikant häufiger unter psychischen Beschwerden zu leiden haben. So gaben rund doppelt so viele Non-Working Poor wie Working Poor an, sie hätten starke psychische Beschwerden. Jedoch unterschieden sich die Mittelwerte beider Gruppen nur marginal. Zwischen der Zielgruppe und dem Grad der psychischen Beschwerden besteht dennoch mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit ein Zusammenhang. Allen Probanden der qualitativen Befragung ist gemein, dass sie unter erheblichen finanziellen Engpässen leiden. Dadurch ergeben sich psychische Belastungen in Form von Zukunfts- und Existenzängsten, Isolation und soziale Exklusion und der Verlust der Selbstständigkeit und Unabhängigkeit, indem sie in einem Abhängigkeitsverhältnis zum Staat oder zu Freunden und Familie stehen, das von allen Befragten als sehr belastend empfunden wird. Nicht zu vernachlässigen ist auch die soziale Komponente, die durch den Geldmangel zum Vorschein kommt. So geben vor allem die Non-Working Poor an, dass sie deswegen nicht mehr so häufig an gesellschaftlichen Ereignissen teilnehmen können. Bei den Working Poor ist es hingegen eher die mangelnde Freizeit, die dazu führt, dass sie soziale Kontakte nicht aufrecht erhalten können. Interessant dabei ist, dass vermutet wurde, dass Arbeitslose stärker von sozialer Exklusion betroffen wären, als Erwerbsarme. Dabei wurde davon ausgegangen, dass die Working Poor die

monetär bedingte gesellschaftliche Exklusion durch die sozialen Kontakte, die sie bei der Arbeit knüpfen, zumindest zum Teil kompensieren könnten. Allerdings macht insbesondere WP002 deutlich, dass sie gerade wegen ihrer Berufstätigkeit kaum Zeit findet, sich mit Freunden und Bekannten zu verabreden, was sie sehr belastet.

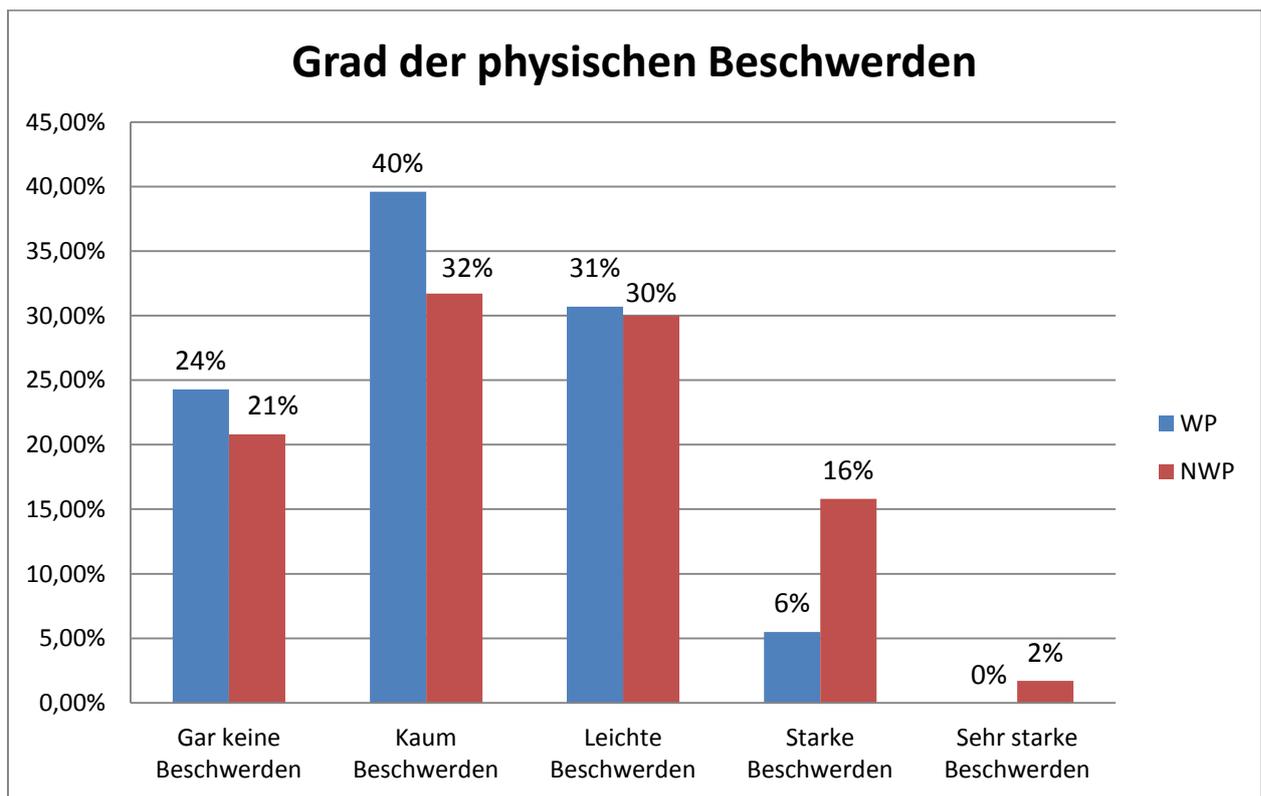
## 5.5 Physische Beschwerden

Mindestens genauso bedeutsam für den Gesundheitszustand ist das Vorhandensein bzw. die Abwesenheit von physische Beschwerden. So können körperliche Gebrechen oder Erkrankungen das gesamte Leben beeinflussen und so die Lebensqualität und die soziale Teilhabe einschränken. Insbesondere bei der Betrachtung von Armut ist die physische Konstitution von großer Bedeutung. Schließlich bestimmt sie, inwieweit man in der Lage ist, bestimmte Arbeiten zu verrichten oder ob man seinen erlernten Beruf weiterhin ausüben kann. So ist man vielleicht aufgrund der Beschwerden nicht mehr in der Lage, jede Arbeit zu verrichten, die man gerne machen möchte oder auch mehr Geld einbringen würde. Die freiwillige Reduzierung der Arbeitszeit von Vollzeit auf Teilzeit kann auch das Resultat von körperlichen Gebrechen oder Einschränkungen sein. Körperliche Beschwerden können zudem der Grund dafür sein, dass jemand seine Arbeit ganz aufgeben muss und nur schwer wieder eine Arbeit findet. Eventuell entstehen diese physischen Beschwerden erst durch Arbeit, die unter schlechten Arbeitsbedingungen stattfindet. Genau wie bei den psychischen Beschwerden, setzt sich die Variable *physische Beschwerden* aus fünf unterschiedlichen Variablen zusammen, die mittels explorativer Faktorenanalyse (Tab. 30) als zusammenhängend ermittelt wurden: Körperliche Schmerzen, weniger geschafft wegen körperlicher Probleme, inhaltliche Einschränkung wegen körperlicher Probleme, Gesundheitszustand beeinträchtigt Treppen steigen und Gesundheitszustand beeinträchtigt anstrengende Tätigkeiten. Daraus wurde dann ein additiver Index gebildet, der den Grad der physischen Beschwerden angibt. Auch bei diesem Index gilt: ein niedriger Index-Wert bedeutet einen hohen Grad der physischen Beschwerden und ein hoher Index-Wert einen niedrigen Grad der physischen Beschwerden.

Auch hier wurden die Index-Werte wieder kategorisiert, um einen besseren Überblick zu gewährleisten. In der Häufigkeitsauszählung der kategorisierten Index-Werte für physische Beschwerden erkennt man sehr deutlich, dass die Non-Working Poor deutlich häufiger unter starken und sehr starken physischen Beschwerden leiden, als die Working Poor. Besonders in

der Kategorie *starke Beschwerden* unterscheiden sich die Beiden Gruppen um rund 10%. Bei den sehr starken Beschwerden sind die Working Poor sogar überhaupt nicht vertreten. Die Working Poor sind dafür vor allem bei *gar keinen* und *kaum Beschwerden* vorzufinden. Daraus ergibt sich auf dem ersten Blick die sehr deutliche Vermutung, dass die Zielgruppe einen entscheidenden Einfluss auf den Grad der physischen Beschwerden hat und immerhin 18% der Non-Working Poor unter *starken* oder *sehr starken* physischen Beschwerden leiden, während es bei den Working Poor nur 6% sind. Auch ist der Durchschnittswert mit 15,4 bei den Non-Working Poor etwas niedriger als bei den Working Poor mit 16,7 und der t-Test bestätigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen den physischen Beschwerden und der Zielgruppe.

Abbildung 5: Grad der physischen Beschwerden, gerundet.



Quelle: Eigene Berechnung, SOEP 2010

*Tabelle 15: Mittelwertvergleich und T-Test physischen Beschwerden\*Zielgruppe*

<b>Variablen</b>	<b>Mittelwert WP</b>	<b>Mittelwert NWP</b>	<b>T</b>	<b>df</b>	<b>Sig.</b>
Psychische Beschwerden *Zielgruppe	16,7	15,4	378,903	6558039	0,000

Quelle: Eigene Berechnung, SOEP 2010 (Welle BA)

Betrachtet man einmal die Mittelwerte der fünf einzelnen Variablen, aus denen sich der Index für physische Beschwerden ergibt, erkennt man, dass die Non-Working Poor in allen fünf Variablen einen niedrigeren Wert aufweisen, als die Working Poor, und somit in jedem dieser Bereiche größere Beschwerden haben. Besonders die Beeinträchtigungen durch den Gesundheitszustand beim Treppensteigen und bei anstrengenden Tätigkeiten scheint bei den Non-Working Poor ein wesentliches Problem darzustellen.

*Tabelle 16: Index-Variablen Grad der physischen Beschwerden*

<b>Variablen</b>	<b>Working Poor</b>	<b>Non-Working Poor</b>
Körperliche Schmerzen	3,79	3,61
Weniger Geschafft wg. Körperlicher Probleme	3,95	3,60
Einschränkungen wg. Körperlicher Probleme	4,01	3,68
Gesundheitszustand beeintr. Treppensteigen	2,56	2,30
Gesundheitszustand beeintr. Anstrengende Tätigkeiten	2,44	2,21

Quelle: Eigene Berechnung, SOEP 2010

Die Frage ist nun, wie oder wodurch sich der Unterschied zwischen den Working Poor und den Non-Working Poor erklären lässt. Wohlmöglich sind die Non-Working Poor gerade durch ihre physischen Beschwerden in die Arbeitslosigkeit geraten, da sie ihren Beruf nicht mehr ausführen konnten, aber noch nicht als arbeitsunfähig klassifiziert sind und dadurch als arbeitssuchend gelten. Dass die Erwerbslosigkeit allerdings erst zu den physischen Beschwerden geführt hat, ist jedoch eher unwahrscheinlich. Eventuell ist es die unterschiedliche Altersstruktur der Working Poor und Non-Working Poor, die diesen Unterschied hervorruft. Den Einfluss des Alters erkennt man deutlich, wenn man die Kreuztabelle zwischen Alter und Grad der physischen Beschwerden betrachtet. So hat die Alterskategorie <20 Jahre zu rund 85% und die 21-29 Jahre zu 79% gar keine oder kaum

physische Beschwerden. Bei den 46-54 Jährigen sind dies nur noch 42% und bei den 55-64 Jährigen nur noch 32%. Diese hingegen fallen durch ihren hohen Anteil bei starken und sehr starken Beschwerden auf. Dort haben die beiden Alterskategorien je einen kumulierten Anteil von rund 25%.

*Tabelle 17: Grad der physischen Beschwerden\*Alter in Kategorien Kreuztabelle*

	<b>&lt;20</b>	<b>21-29</b>	<b>30-45</b>	<b>46-54</b>	<b>55-64</b>
Gar keine Beschwerden	31,5	37,0	22,6	13,0	7,6
Kaum Beschwerden	53,9	42,0	34,1	29,0	24,4
Leichte Beschwerden	13,7	18,7	35,0	32,7	42,8
Starke Beschwerden	0,9	2,3	8,3	21,7	23,2
Sehr starke Beschwerden	0,0	0,0	0,0	3,6	1,9

Quelle: Eigene Berechnung, SOEP 2010

Spaltet man diese Kontingenztafel jedoch noch einmal nach Working Poor und nach Non-Working Poor auf, so ergeben sich ganz andere Ergebnisse. Man sieht zwar immer noch, dass die Kategorien „gar keine“ und „kaum Beschwerden“ mit zunehmendem Alter sinken und die Kategorien „leichte“, „starke“ und „sehr starke Beschwerden“ zunehmen, jedoch unterscheiden sich die Working Poor von den Non-Working Poor insbesondere in den höheren Alterskategorien. So haben von den 55-64 Jährigen der Working Poor lediglich 11% starke oder sehr starke Beschwerden, während es bei den Non-Working Poor ganze 30% sind. Also fast das Dreifache. Bei den 46-54 Jährigen sieht es ganz ähnlich aus. So haben nur 17% der Working Poor starke oder sehr starke Beschwerden, aber mit rund 31% fast doppelt so viele der Non-Working Poor. Dieses Phänomen lässt sich auch in den unteren Alterskategorien verzeichnen, wenn auch nicht so stark ausgeprägt wie bei den beiden höchsten. Obwohl also das Alter einen sichtbaren Einfluss hat, erklärt es nicht vollständig die Unterschiede zwischen den Working Poor und den Non-Working Poor. Es scheint, als hätte die Zielgruppe doch einen weit größeren Einfluss auf den Grad der physischen Beschwerden bzw. der Grad der physischen Beschwerden einen größeren Einfluss darauf, ob jemand Working Poor oder Non-Working Poor ist. Auch die einfache lineare Regression bestätigt einen hoch signifikanten Zusammenhang zwischen den Variablen *Grad der physischen Beschwerden* und *Zielgruppe*. So reduziert sich der Index-Wert um durchschnittlich 0,883 Punkte, was gleichbedeutend mit höheren physischen Beschwerden ist, wenn die befragte Person zu den Non-Working Poor gezählt wird.

*Tabelle 18: Grad der physischen Beschwerden\*Alter in Kategorien nach Zielgruppe*

	<20	20-29	30-45	46-54	55-64	
Gar keine Beschwerden	39,7	38,4	17,8	16,4	9,8	WP
	28,7	35,8	26,5	10,9	6,9	NWP
Kaum Beschwerden	47,6	43,1	38,0	35,0	37,6	WP
	56,1	41,0	30,9	25,2	19,9	NWP
Leichte Beschwerden	12,7	16,9	43,1	31,9	41,3	WP
	14,0	20,3	28,4	33,3	43,3	NWP
Starke Beschwerden	0	1,6	1,1	16,7	11,0	WP
	1,3	2,9	14,2	24,9	27,4	NWP
Sehr starke Beschwerden	0	0	0	0	0,2	WP
	0	0	0	5,8	2,6	NWP

Quelle: Eigene Berechnung, SOEP 2010

*Tabelle 19: Einfache lineare Regression: Physische Beschwerden\*Zielgruppe*

Variablen	b	SE	Beta
Zielgruppe (NWP)	-0,883***	0,002	-0,174
Konstante	7,695***	0,003	
R <sup>2</sup>	0,030		
N	6702767		

\*p < 0.5; \*\*p < 0.01; \*\*\*p < 0.001

Quelle: Eigene Berechnung, SOEP 2010

Werden noch weitere Variablen in das Regressionsmodell mit einbezogen und kontrolliert, um die Wahrscheinlichkeit einer Scheinkorrelation zu verringern, so reduziert sich der Regressionskoeffizient auf -0,787 bleibt jedoch weiterhin hoch signifikant. Betrachtet man den standardisierten Regressionskoeffizienten Beta, so erkennt man, dass das Alter hier den stärksten signifikanten Einfluss auf die physischen Beschwerden hat. Dies verwundert nicht weiter, wenn man davon ausgeht, dass die Physis eines Menschen im Durchschnitt schlechter wird, je Älter er wird. Neben dem Alter hat die Zielgruppe den höchsten Beta-Wert und hat somit noch vor dem Geschlecht oder der Bildung den zweitstärksten Einfluss auf die Physis. Das multiple Regressionsmodell hat mit einem R<sup>2</sup> von 0,201, in Anbetracht der hohen Komplexität physischer Gesundheit, eine sehr hohe Güte und erklärt damit ganze 20% der Varianz der abhängigen Variablen. Die exakte Richtung der Kausalität lässt sich hier jedoch nicht bestimmen – ob also die Gesundheit die Erwerbslosigkeit bedingt oder umgekehrt. Mit Hilfe der qualitativen Interviews soll jedoch versucht werden tiefer in diesen Zusammenhang einzusteigen und mehr über mögliche Ursachen und Wirkungen zu erfahren.

*Tabelle 20: Multiple Regression: Physische Beschwerden*

<b>Variablen</b>	<b>b</b>	<b>SE</b>	<b>Beta</b>
Zielgruppe (NWP)	-0,787***	0,002	-0,157
Alter	-0,239***	0,001	-1,356
Alter <sup>2</sup>	0,002***	0,000	0,973
Frau	0,295***	0,002	0,059
Anzahl Kinder	0,270***	0,001	0,108
Unverheiratet	0,209***	0,002	0,039
Bildung (ISCED)	0,117***	0,001	0,058
Konstante	12,313***	0,010	
R <sup>2</sup>	0,215		
N	6211764		

\*p < 0.5; \*\*p < 0.01; \*\*\*p < 0.001

Quelle: Eigene Berechnung, SOEP 2010

So ergab die qualitative Analyse, dass besondere NWP002 eine lange Erkrankungsphase mit diversen Operationen und Fehldiagnosen hinter sich hatte, die ihn letztendlich auch einen besseren Schulabschluss kostete und ihn in die Arbeitslosigkeit brachte. Dazu gehörte zum einen eine Muskelentzündung an beiden Armen, die es ihm unmöglich machten seine Arbeit als Kellner weiter auszuüben:

*"Ich wurde falsch behandelt von den Ärzten, war bei der Arbeit hab fast geschrien vor Schmerzen, bis mir irgendwie ein Arzt in NDS007 sagte alles was ich bei den anderen Ärzten hatte, wie Massagen, Salben, hilft nichts."*

Sein Krankheitsverlauf beeinträchtigte seinen Schulalltag so stark, dass er nicht mehr in der Lage war, die Schule mit dem Abitur abzuschließen, wodurch sich evtl. bessere Möglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt für ihn ergeben hätten. Zudem musste er sich Arbeitslos melden und verweilt seitdem in der Grundsicherung. NWP002 ist also erst durch seine physischen Leiden in die Armut und Erwerbslosigkeit geraten.

Bei den beiden Working Poor hat sich gezeigt, dass sie bei ihrer Arbeit z.T. starken körperlichen Belastungen oder Gefährdungen ausgesetzt sind. So arbeitet WP001 in einem Lager, wo er schweren körperlicher Belastung ausgesetzt ist, die ihn nach eigenen Angaben zunehmend körperlich schädigen. WP002 hat durch ihre Ausbildung zur Friseurin Allergien bekommen und müsste ihren Beruf eigentlich aufgeben. Jedoch hält sie daran fest, obwohl sie Hautausschläge und Irritationen vom Ammoniumsulfat und Quecksilber, das in den Farben und Blondierungen enthalten ist, bekommen hat. Die hohe körperliche Belastung von

mindestens 10 Stunden am Tag, die sie im Salon stehen muss belastet ihre Gesundheit stark und sie berichtet, dass viele in dem Beruf mit Rückenproblemen zu kämpfen haben:

*"Ich hab vorher eigentlich gar keine Allergien gehabt und jetzt, da sich das, da ich mit diesen Stoffen immer in Kontakt bin, hat sich das äh, hab ich halt Hautallergien dagegen bekommen. Also ich war beim Hautarzt und eigentlich muss ich den Friseurberuf auch aufgeben."*

So lässt sich in diesem Abschnitt festhalten, dass quantitativ betrachtet die Non-Working Poor häufiger starke und sehr starke physische Beschwerden haben und im Gegensatz zu den Working Poor überhaupt Angaben, sehr starke Beschwerden zu haben. Der Mittelwertvergleich wies zudem auf einen hoch signifikanten Zusammenhang zwischen dem Grad der physischen Gesundheit und dem Erwerbsstatus hin. Auch in der multiplen Regression konnte ein signifikanter Zusammenhang, unter der Kontrolle weiterer Variablen, nachgewiesen werden. Die Vermutung, dass die Erwerbslosigkeit eher zu körperlichen Beschwerden führt, worauf die quantitative Analyse hindeutet, bestätigt sich in den Interviews nicht. Einer der Non-Working Poor hat bis auf sein Übergewicht mit keinerlei körperlichen Einschränkungen zu kämpfen, der andere ist durch Krankheit überhaupt erst in die Arbeitslosigkeit gelangt. So scheint die Tendenz hier eher zu sein, dass Arbeit, insbesondere im Niedriglohnsektor, eher zu physischen Beschwerden und Erkrankungen führt. So hat die Friseurin mit aufkommenden Hautallergien zu kämpfen und muss bei längerer Ausübung ihres Berufs mit Rückenschmerzen rechnen. Der zweite Working Poor gibt an, dass er bei seiner Tätigkeit ständig schwere Dinge heben muss, wodurch sich bereits jetzt bei ihm erste Verschleißerscheinungen und Schädigungen des Bewegungsapparates zeigen. Die naheliegendste Erklärung für den schlechten physischen Gesundheitszustand einiger Non-Working Poor liegt also wahrscheinlich in den bereits zuvor erlittenen Erkrankungen oder Schädigungen – zum Teil wohl auch von der vorher ausgeübten Erwerbstätigkeit.

## **5.6 Drogenkonsum**

Bei dem Thema Gesundheit in Verbindung mit Armut oder Arbeitslosigkeit spielt natürlich auch der Konsum von Drogen eine wichtige Rolle. Hier stellt sich die Frage, ob es einen signifikanten Unterschied im Konsumverhalten zwischen den Working Poor und den Non-Working Poor gibt und wodurch dieser begründet wird. Als Drogen werden hierbei Tabakerzeugnisse und Alkohol bezeichnet, die die einzigen Rauschmittel sind, deren Konsum über das SOEP erhoben wird. In den qualitativen Interviews wird darüber hinaus noch nach weiteren Drogen gefragt.

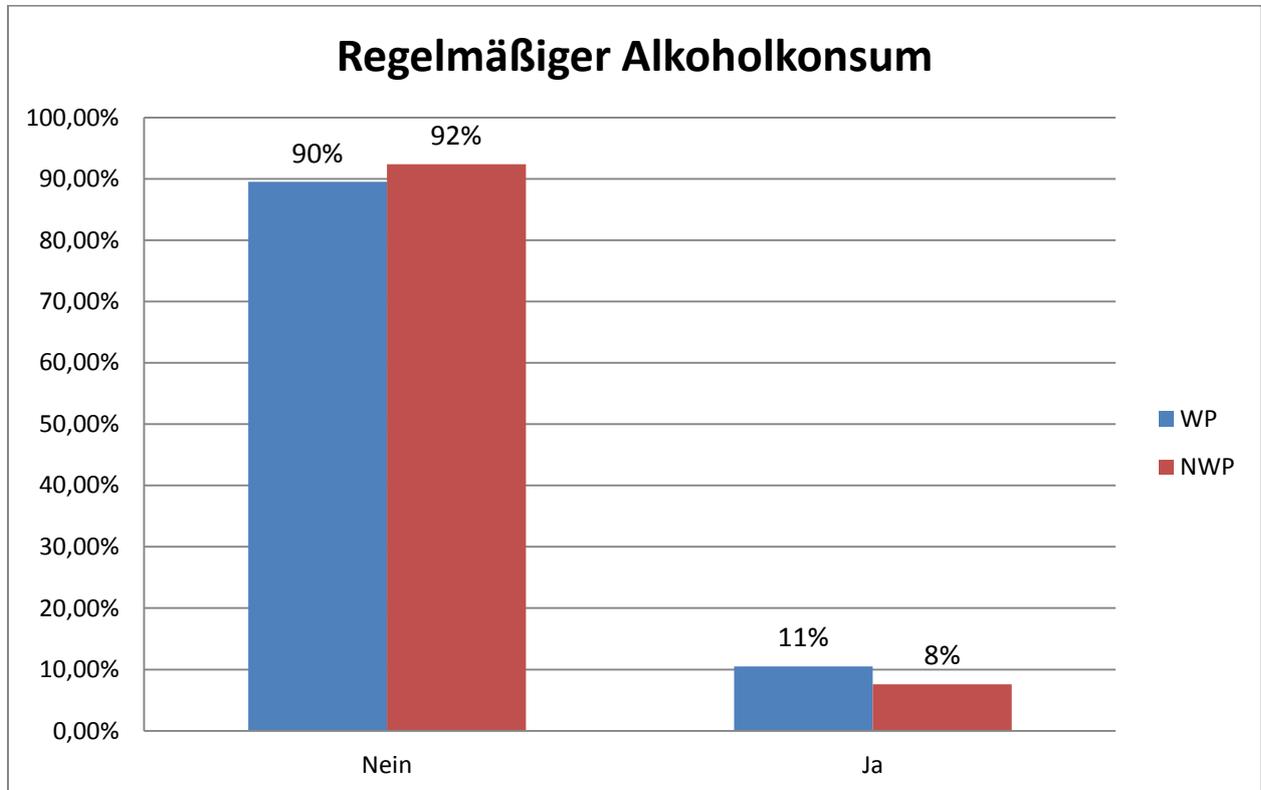
### **5.6.1 Regelmäßiger Alkoholkonsum**

Dass ein regelmäßiger bzw. exzessiver Alkoholkonsum zu gesundheitlichen Schäden führen kann ist hinlänglich bekannt und gilt auch in der Medizin als unumstritten. Nur ist der Begriff „regelmäßig“ ein sehr relativer und weit interpretierbarer Begriff. So kann mit „regelmäßig“ sowohl das Glas Wein am Abend gemeint sein oder aber auch das regelmäßige „Komasaufen“ am Wochenende. Die Dimensionen des regelmäßigen Alkoholkonsums sind hier unheimlich weit gefasst und unterliegen sehr subjektiven Empfindungen, weshalb es nur sehr schwer ist, mittels dieser Daten valide Ergebnisse zum unterschiedlichen bzw. regelmäßigen Konsum von Alkohol bei Working Poor und Non-Working Poor zu erhalten. Im SOEP werden zum Thema Alkohol vier unterschiedliche Variablen erhoben. Und zwar die Häufigkeit des Genusses von Bier, Wein oder Sekt, Spirituosen und Mischgetränken. Wurde eine dieser vier Variablen mit „regelmäßig“ beantwortet, galt diese Person somit als regelmäßiger Konsument von Alkohol.

Die Häufigkeitsverteilung via Kreuztabelle zeigt, dass nur sehr wenige der Befragten, sowohl der Working Poor (11%) als auch der Non-Working Poor (8%), nach eigenen Einschätzungen zum regelmäßigen Alkoholkonsum neigen. Dieses Ergebnis überrascht vielleicht im ersten Moment. Jedoch könnte hier die soziale Erwünschtheit eine sehr bedeutende Rolle gespielt haben. Denn das Etikett eines „regelmäßigen Trinkers“ wollen wohl nur die wenigstens an sich haften haben. Vor allem, da regelmäßiger Alkoholkonsum sehr schnell mit Alkoholismus und all seinen negativen Assoziationen in Verbindung gebracht wird. Dieses zurückhaltende Ergebnis mag auch daraus resultieren, dass jedes Individuum ein eigenes Verständnis von Regelmäßigkeit hat und sich selbst nie darin einordnen würde, weil es dem eigenen Selbstbild eventuell widersprechen würde. Wer möchte sich selbst schon als regelmäßigen Trinker

bezeichnen. Einige mögen sich aus diesen Gründen vielleicht lieber für „gelegentlich“ entschieden haben, um eher als Genussrinker oder Gelegenheitstrinker angesehen zu werden.

Abbildung 6: Regelmäßiger Alkoholkonsum, gerundet.



Quelle: Eigene Berechnung, SOEP 2010

Dem ersten Eindruck zur Folge, den Abbildung 6 hier darlegt, neigen also Working Poor etwas häufiger zum regelmäßigen Alkoholkonsum, als die Non-Working Poor. Um diese Annahme auf ihre Signifikanz hin zu überprüfen, wurde ein Chi<sup>2</sup>-Test durchgeführt. Der Chi<sup>2</sup>-Test weist hier auf einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Zielgruppe und dem regelmäßigen Alkoholkonsum hin, jedoch ist die Stärke des Zusammenhangs recht marginal, wie der Kontingenzkoeffizient von 0,049 zeigt. Nichts desto trotz scheint es mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit einen Zusammenhang zwischen dem regelmäßigen Alkoholkonsum und der Tatsache, dass eine Person erwerbstätig ist oder nicht, zu geben.

Tabelle 21: Chi<sup>2</sup>-Test regelmäßiger Alkoholkonsum\*Zielgruppe

	Wert	Df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	16258,340	1	0,000
Kontingenzkoeffizient	0,049		
N	6727843		

Quelle: Eigene Berechnung, SOEP 2010

Da es sich bei dieser abhängigen Variablen um eine nominalskalierte und dichotome Variable handelt, wurde als multivariates Verfahren eine logistische Regression bzw. eine binäre Regression gewählt, um den Einfluss weiterer unabhängiger Variablen auf den Alkoholkonsum zu testen und die Eintrittswahrscheinlichkeit für das empirisch beobachtete Ereignis „regelmäßiger Alkoholkonsum“ zu bestimmen. Dabei ist 1 „Ergebnis tritt ein“ und 0 „Ergebnis tritt nicht ein“. Der Effektkoeffizient  $\text{Exp(B)}$  gibt dabei das Wahrscheinlichkeitsverhältnis dafür an, dass die abhängige Variable die Merkmalsausprägung 1 annimmt. Wird lediglich eine unabhängige Variable, und zwar die Zielgruppe, in die binäre logistische Regression eingebunden, so ergibt sich ein Effekt-Koeffizient von 0,706. So ist die Wahrscheinlichkeit dafür, regelmäßig Alkohol zu trinken, um 0,706 geringer, wenn die Person zu den Non-Working Poor zählt.

*Tabelle 22: Binäre Logistische Regression: Regelmäßiger Alkoholkonsum*

<b>Variablen</b>	<b>b</b>	<b>SE</b>	<b>Wald</b>	<b>df</b>	<b>Exp(B)</b>
Zielgruppe (NWP)	-0,348	0,003	16134,027	1	0,706***
Konstante	-1,799	0,004	164721,147	1	0,165***
-2 Log-Likelihood	3971321,37				
Cox & Snel R <sup>2</sup>	0,002				
Nagelkerkes R <sup>2</sup>	0,005				
N	6727843				

\*p < 0.5; \*\*p < 0.01; \*\*\*p < 0.001

Quelle: Eigene Berechnung, SOEP 2010

Erweitert man das binäre logistische Regressionsmodell nun um weitere Kontrollvariablen, bleibt die Variable *Zielgruppe* weiterhin hoch signifikant, jedoch reduziert sich der Effekt-Koeffizient auf 0,683. Damit ist die Wahrscheinlichkeit, regelmäßig Alkohol zu trinken, für Non-Working Poor noch geringer, wenn weitere Einflussfaktoren kontrolliert werden. Die Chance also, dass Non-Working Poor regelmäßig Alkohol trinken ist um fast 32% geringer, als bei den Working Poor. Working Poor neigen also, mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit, häufiger zu einem regelmäßigen Alkoholkonsum. Des Weiteren fällt auf, dass die Wahrscheinlichkeit vor allem für Männer und für Unverheiratete höher ist, regelmäßig Alkohol zu konsumieren, als für Frauen und verheiratete Personen. Die Vermutung liegt also nahe, dass es in erster Linie unverheiratete und männliche Working Poor sind, die regelmäßig Alkohol trinken. Gründe hierfür könnten die wohlmögliche Zukunfts- oder Existenzangst der Working Poor sein oder die soziale Isolation, bedingt durch die Kombination von Armut und einem hohen Arbeitspensum, wie bereits die Interviews mit den Working Poor im Abschnitt *Psychische Beschwerden* darauf hindeuteten.

Tabelle 23: Binäre logistische Regression: Regelmäßiger Alkoholkonsum

Variablen	b	SE	Wald	df	Exp(B)
NWP (Ref. WP)	-0,382	0,003	16361,762	1	0,683***
Alter	0,024	0,001	810,772	1	1,025***
Alter <sup>2</sup>	0,000	0,000	1789,429	1	1,000***
Frau (Ref. Mann)	-1,457	0,003	2046992,910	1	0,233***
Bildung (ISCED)	0,026	0,001	461,508	1	1,026***
Anzahl der Kinder	-0,347	0,002	25679,664	1	0,707***
Unverheiratet (Ref. Verheiratet)	0,301	0,004	6793,021	1	1,351***
Konstante	0,156	0,017	82,280	1	1,169***
-2 Log-Likelihood	3397468,6				
Cox & Snel R <sup>2</sup>	0,048				
Nagelkerkes R <sup>2</sup>	0,107				
N	6236838				

\*p < 0.5; \*\*p < 0.01; \*\*\*p < 0.001

Quelle: Eigene Berechnung, SOEP 2010

Zum Thema Alkoholkonsum ergaben die Interviews mit den Non-Working Poor, dass sich beide nach eigenen Angaben mit dem Konsum von Alkohol zurückhalten. So behauptet NWP002 von sich, nur sehr selten und wenn, dann nur in Maßen zu trinken. NWP001 gibt ebenfalls an, nur sehr wenig zu trinken und wenn, dann zu bestimmten Anlässen. Seiner Meinung nach, habe sein Alkoholkonsum seit seiner Arbeitslosigkeit massiv abgenommen. Den Grund dafür sieht er erstens darin, dass er kein Geld mehr für Alkohol habe und das man zweitens durch die sozialen Interaktionen unter Kollegen zum Trinken animiert werde und so auch eher zu gesellschaftlichen Ereignissen, wie Hochzeiten, Betriebsfeiern etc., eingeladen werde. Da in der Arbeitslosigkeit diese soziale Komponente stark zurückgehe, habe man auch weniger Gelegenheiten und Anlässe zum Trinken:

*"Ich find es ist sogar weniger geworden. [...] ja weiß ich nicht, eh hab ich auch, erstmal hab ich das Geld nicht, sich da volllaufen zu lassen, jeden Tag."*

*„Dieses Betriebsaufen, der eine hat zum Geburtstag Leute eingeladen [...] man war auf ner Hochzeit eingeladen, man war auf diesem Polterabend eingeladen [...]"*

Nur einmal habe NWP001 in seiner Zeit als Arbeitsloser sich betrunken; nämlich nachdem er an einem einzigen Tag zehn Absagen von verschiedenen Arbeitgebern erhalten habe:

*"Ja, hm man, man bewirbt sich, man kriegt Absagen, ich hab mal an einem Tag 10 Absagen gekriegt, was man meiner Leber nicht gut tat [...] die eh Briefträgerin hatte ja auch schon Pipi inne Augen, weil Sie mir ja son Stapel von 10 Absagen gegeben hat und mein Kommentar war: Ich hab noch ne Flasche Whisky zu Hause..."*

Auch die Working Poor schätzen ihren Alkoholkonsum recht gering ein. So behauptet WP001, dass er kein regelmäßiger Konsument sei und nur selten und vor allem aber in Maßen Alkohol trinke – Vielleicht 10 Bier im Monat, schätzt er. WP002 gibt an, dass sie selbst nur sehr wenig oder nur gelegentlich Geld für Alkohol ausgeben würde. Sie könne es sich einfach nicht leisten, regelmäßig oder jedes Wochenende auszugehen oder mit Freunden etwas zu trinken. Dennoch sagt sie, dass sie sich ab und an mit einigen Freunden zusammen eine Flasche hochprozentigen Alkohol teilen würde, was aber nicht die Regel sei.

Die Ergebnisse der quantitativen Analyse lassen sich also in gewisser Weise durch die Interviews bestätigen. So gab zwar niemand der Interviewten an, wirklich regelmäßig Alkohol zu konsumieren, jedoch ließ sich erkennen, dass bei den Non-Working Poor der Alkoholkonsum deutlich seltener geworden sei, seit dem sie erwerbslos sind. Ein Grund dafür ist vor allem das mangelnde Geld. Ein anderer Grund scheint das Fehlen von sozialen Kontakten zu sein, in deren Kontext man zu gemeinsamen Aktivitäten oder Festlichkeiten eingeladen wird. Durch das Wegfallen solcher sozialer Aktivitäten scheint sich also auch der Alkoholkonsum zu reduzieren. Entgegen unseren Erwartungen scheinen also die Non-Working Poor tatsächlich seltener Alkohol zu trinken, als die Working Poor. Neben dem Mangelnden Geld, was wohl auf beide Gruppen in ähnlichem Maße zutreffen dürfte, scheint die soziale Isolation und Exklusion, im Zuge der Erwerbslosigkeit, der entscheidende Faktor zu sein – Es gibt einfach weniger/keine Anlässe zum Trinken.

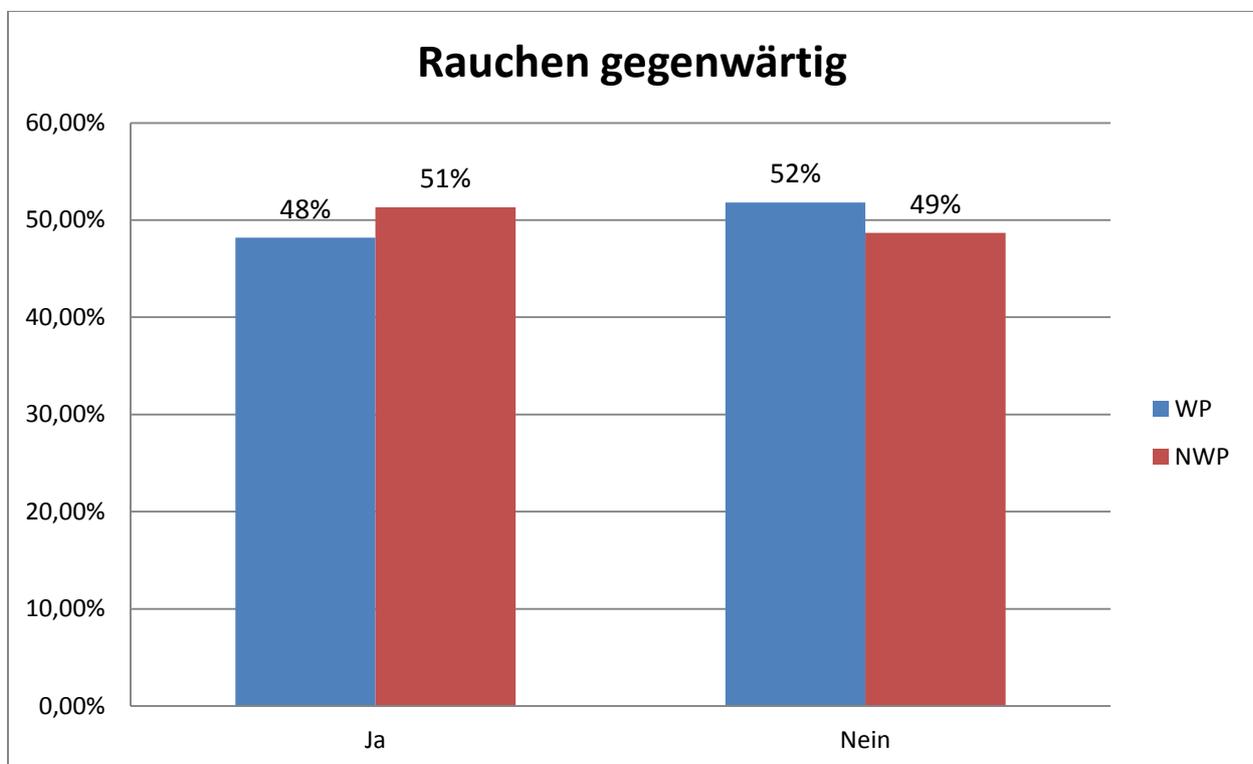
### **5.6.2 Rauchen gegenwärtig**

Die zweite Kategorie mit dessen Hilfe der Konsum von Drogen neben dem Alkohol untersucht werden soll, ist der Konsum von Tabak. Wie der Alkohol, so kann auch der regelmäßige Konsum von Tabakwaren zu schweren körperlichen Erkrankungen führen und somit einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit haben. Im nachfolgenden soll nun untersucht werden, ob es einen Unterschied zwischen den Working Poor und den Non-Working Poor gibt, was den Konsum von Tabakwaren angeht. Dabei soll ermittelt werden, ob wohlmöglich die Erwerbslosigkeit häufiger zum Rauchen führt als eine Erwerbsarbeit, oder umgekehrt. Im SOEP ist zu diesem Thema die Variable *Rauchen gegenwärtig* vorhanden, die die Merkmalsausprägungen Ja = 0 und Nein = 1 annehmen kann. Ähnlich wie beim Konsum von Alkohol unterliegt das Ergebnis wieder der Selbsteinschätzung des Befragten, ob er oder sie sich selbst gegenwärtig als Raucher bezeichnen würde oder nicht. Auch hier kann das

Ausmaß des Konsums von einer Zigarette pro Tag bis zu ein oder zwei Schachteln Zigaretten stark variieren. Somit kann bei den Befragten, mit der Angabe gegenwärtig zu rauchen, nicht festgestellt werden, wie hoch deren Konsum in einem bestimmten Zeitraum ist. Daher differenzieren wir in unserer Untersuchung lediglich zwischen Rauchern und Nichtrauchern nach der eigenen Einschätzung der Befragten.

Die Abbildung 7 mit den Variablen *Rauchen gegenwärtig* und *Zielgruppe* zeigt, dass die Non-Working Poor (51%) geringfügig häufiger rauchen, als die Working Poor (48%). Dieser scheinbare Zusammenhang ist laut dem Chi<sup>2</sup>-Test auch signifikant, weist jedoch nur eine geringe Stärke auf, wie der Kontingenzkoeffizient von 0,030 verdeutlicht.

Abbildung 7: *Rauchen gegenwärtig, gerundet.*



Quelle: Eigene Berechnung, SOEP 2010

Tabelle 24: *Chi<sup>2</sup>-Test Rauchen gegenwärtig\*Zielgruppe*

	Wert	Df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	5940,606	1	0,000
Kontingenzkoeffizient	0,030		
N	6708732		

Quelle: Eigene Berechnung, SOEP 2010

Non-Working Poor rauchen also mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit häufiger als Working Poor. Die Wahrscheinlichkeit dafür, dass ein Non-Working Poor gegenwärtig raucht ist somit 1,130 mal höher, als für einen Working Poor, wie die binäre logistische Regression ergeben hat. Werden jetzt noch weitere Kontrollvariablen in das Regressionsmodell hinzugefügt, so erhöht sich der Effekt-Koeffizient von 1,130 auf 1,252 und bleibt weiterhin hoch signifikant. Unter der Kontrolle weitere Einflussfaktoren ist also die Wahrscheinlichkeit für einen Non-Working Poor zu rauchen 1,252 höher, als für einen Working Poor – Das entspricht einer 25% höheren Wahrscheinlichkeit. Werden also andere Faktoren zusätzlich kontrolliert, verstärkt sich der Effekt der Zielgruppe auf die Wahrscheinlichkeit, gegenwärtig zu rauchen.

*Tabelle 25.: Binäre logistische Regression: Rauchen gegenwärtig*

<b>Variablen</b>	<b>b</b>	<b>SE</b>	<b>Wald</b>	<b>df</b>	<b>Exp(B)</b>
NWP ( <i>Ref. WP</i> )	0,122	0,002	5938,512	1	1,130***
Konstante	-0,194	0,003	5302,429	1	0,824***
-2 Log-Likelihood	9294325,74				
Cox & Snel R <sup>2</sup>	0,001				
Nagelkerkes R-Quadrat	0,001				
N	6708732				

\*p < 0.5; \*\*p < 0.01; \*\*\*p < 0.001

Quelle: Eigene Berechnung, SOEP 2010

*Tabelle 26.: Binäre logistische Regression: Rauchen gegenwärtig*

<b>Variablen</b>	<b>b</b>	<b>SE</b>	<b>Wald</b>	<b>df</b>	<b>Exp(B)</b>
NWP ( <i>Ref. WP</i> )	0,225	0,002	17106,290	1	1,252***
Alter	0,099	0,000	40985,595	1	1,104***
Alter <sup>2</sup>	-0,001	0,000	37755,368	1	0,999***
Frau ( <i>Ref. Mann</i> )	-0,647	0,002	144015,259	1	0,523***
Bildung (ISCED)	-0,245	0,001	117190,291	1	0,783***
Anzahl der Kinder	0,190	0,001	34173,669	1	1,209***
Unverheiratet ( <i>Ref. Verheiratet</i> )	-0,473	0,002	57300,868	1	0,623***
Konstante	-0,377	0,010	1460,275	1	0,686***
-2 Log-Likelihood	8218053,3				
Cox & Snel R <sup>2</sup>	0,062				
Nagelkerkes R <sup>2</sup>	0,082				
N	6217729				

\*p < 0.5; \*\*p < 0.01; \*\*\*p < 0.001

Quelle: Eigene Berechnung, SOEP 2010

Weiterhin lässt sich festhalten, dass für Frauen die Wahrscheinlichkeit zu rauchen deutlich geringer ist, als für Männer und mit steigendem Bildungsniveau die Wahrscheinlichkeit weiter abnimmt. Zudem scheint die Wahrscheinlichkeit für Unverheiratete niedriger zu sein, als für Verheiratete, gegenwärtig zu rauchen.

Der Grund, warum gerade Non-Working Poor häufiger zum Tabakkonsum neigen, vermuten wir in erster Linie in der Langeweile, die Erwerbslose möglicherweise empfinden können, wenn sie keiner regelmäßigen Tätigkeit nachgehen und so häufiger und mehr zum Rauchen neigen. Jedenfalls ist die Chance zu rauchen wesentlich niedriger, wenn die Person einer Erwerbsarbeit nachgeht. Da beide Gruppen als arm gelten, können hier finanzielle Unterschiede keine große Rolle spielen, vor allem wenn man davon ausgeht, dass die Working Poor, aufgrund ihrer Erwerbsarbeit, noch ein wenig mehr Geld zur Verfügung haben, als die Non-Working Poor.

Aus der qualitativen Analyse geht hervor, dass beide befragten Non-Working Poor nicht rauchen. Während NWP001 angab, völlig auf Tabakwaren zu verzichten, gab NWP002 an zumindest gelegentlich Shisha, also Wasserpfeife, zu rauchen. Auf den Konsum von Zigaretten verzichte er aber zugunsten seiner Gesundheit und körperlichen Fitness. Bei den Working Poor zeigte sich ein recht offener Umgang mit Rauschmitteln. So hat WP001 eine regelrechte Drogenkarriere, nicht nur als Konsument, sondern auch als Verkäufer, hinter sich. Er konsumierte große Mengen Haschisch und beteiligte sich am Drogenverkauf, um seinen eigenen Bedarf finanzieren zu können. Allerdings wurde die Polizei irgendwann auf ihn aufmerksam und er musste für ein Jahr ins Gefängnis. Dazu kam ein Berufsverbot, sodass er seinen zweiten gelernten Beruf, Heilerzieher, nicht mehr ausüben durfte:

*"Ich bin ja jetzt in ner Zeitarbeit gelandet, weil eh ich n bisschen Mist gebaut hatte. Also ich war früher starker Kiffer und dann hab ich halt um meinen Konsum zu finanzieren nebenbei n paar Drogen verkauft [...] so und dann ehm ja erwischt worden, Gefängnis hin und her, auf jeden Fall kriegst du denn auch gleich n Berufsverbot ne, wenn du so Heilerzieher/-pfleger gelernt hast"*

Jetzt habe er seinen Haschisch-Konsum jedoch eingestellt. Allerdings rauche er nach wie vor gewöhnliche Zigaretten. Auch WP002 konsumiert gelegentlich Rauschmittel wie Haschisch. Sie gab zunächst an, keinerlei Drogen zu sich zu nehmen, korrigierte sich dann aber und gab einen gelegentlichen Haschisch-Konsum zu. Zwar konsumiere sie nicht regelmäßig Haschisch, aber wenn Freunde etwas mitbringen, dann rauche sie mit. Laut eigener Aussage sind die Abstände des Konsums jedoch unwichtig für sie, denn sie könne auch monatelang auf den Konsum verzichten. Ein regelmäßiger Konsum ist hier also nicht festzustellen. Allerdings

konsumiert sie zwischendurch auch bis zu fünf Mal im Monat Haschisch. Dennoch gibt sie selbst in der Regel kein Geld für Drogen aus und hat sich auch noch nie selbst etwas gekauft. Dies könne sie sich nicht leisten und werde auch in Zukunft nicht von ihr angestrebt.

Im Gegensatz zu den quantitativen Ergebnissen, die eine höhere Wahrscheinlichkeit für das gegenwärtige Rauchen bei den Non-Working Poor feststellte, ergab die qualitative Analyse, dass die Arbeitslosigkeit den Konsum von Tabak o.ä. eher zu verringern scheint. Im Falle der beiden interviewten Non-Working Poor scheint das im Zusammenhang mit einem gestiegenen Gesundheitsbewusstsein zu stehen, wie die Ergebnisse der vorherigen Abschnitte gezeigt haben. Die beiden Working Poor gaben hingegen an, dass sie gelegentlich Haschisch konsumieren oder konsumiert haben und einer der beiden gegenwärtig raucht – in diesem Fall aber normale Zigaretten. Möglicherweise wurde durch den Konsum von Tabak oder Rauschmitteln versucht, den durch die Arbeit entstandenen Stress abzubauen.

Am Ende dieses Abschnitts zum Thema Drogenkonsum lässt sich also festhalten, dass laut quantitativer Analyse die Non-Working Poor häufiger zu einem regelmäßigen Alkoholkonsum neigen, als die Working Poor. Diese gaben jedoch häufiger an gegenwärtig zu rauchen. Die qualitativen Interviews mit den zwei Non-Working Poor und den zwei Working Poor lieferten hingegen andere Ergebnisse. So gaben die Non-Working Poor insbesondere seit Anfang ihrer Erwerbslosigkeit keinen oder kaum noch Alkohol zu konsumieren, was in erster Linie auf die fehlenden sozialen Kontakte und Aktivitäten zurückzuführen ist. Aber auch die Working Poor schienen nicht regelmäßig Alkohol zu konsumieren, was wohl z.T. durch die finanzielle Situation bedingt ist. Jedoch tranken sie zumindest gelegentlich oder zu bestimmten Anlässen, wie Geburtstagen oder Hochzeiten. Auch beim Thema Rauchen und Tabakkonsum ergab die qualitative Analyse ein anderes Bild, als die quantitative Analyse: Statistisch gesehen ist die Wahrscheinlichkeit für Non-Working Poor signifikant höher, gegenwärtig zu rauchen, als für Working Poor. Die beiden interviewten Non-Working Poor rauchten jedoch beide nicht, was zumindest bei einem der beiden aus einem gesteigerten Gesundheitsbewusstsein seit der Arbeitslosigkeit resultiert. Die beiden Working Poor gaben hingegen an, des Öfteren Tabak oder Haschisch zu konsumieren oder konsumiert zu haben.

## 6. Fazit

Im Rahmen dieses Lehrforschungsprojekts sollte der Frage nachgegangen werden, inwiefern sich der Gesundheitszustand von armen Personen in Abhängigkeit davon, ob sie einer Erwerbsarbeit (Working Poor) nachgehen oder erwerbslos sind (Non-Working Poor) unterscheidet und wodurch diese Unterschiede erklärt werden könnten. Dieser Frage sollte mit Hilfe einer empirischen Analyse nachgegangen werden. Um einen sowohl breiten als auch tieferen Einblick in diese Thematik zu bekommen, entschieden wir uns neben einer umfassenden quantitativen Analyse außerdem für eine qualitative Analyse mittels Leitfadeninterviews. Mit diesem Forschungsdesign sollten die vorher aufgestellten und theoretisch hergeleiteten fünf Hypothesen auf ihre Richtigkeit hin überprüft und gegebenenfalls falsifiziert werden.

Die erste Hypothese unterstellt, dass Working Poor mit ihrer Gesundheit zufriedener sind als Non-Working Poor. Das Ausüben einer Erwerbstätigkeit bei von Armut betroffenen Personen zeigte einen hoch signifikanten Einfluss auf die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes. Somit konnte mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit ein Zusammenhang zwischen der Zielgruppe und der Zufriedenheit mit der Gesundheit festgestellt werden. Demnach sind Working Poor im Durchschnitt zufriedener mit ihrer Gesundheit, als die Non-Working Poor. Damit wäre die erste Hypothese weitestgehend bestätigt. Den Grund für diesen Zusammenhang sehen wir zum einen darin, dass die meisten Non-Working Poor vermutlich bereits vor ihrer Erwerbslosigkeit erkrankten oder gesundheitliche Probleme aufwiesen, und aufgrund dessen keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgehen können. Möglicherweise reden einige Non-Working Poor ihren Gesundheitszustand auch schlechter, als er tatsächlich ist, als Erklärung für ihren derzeitigen Erwerbsstatus, um die Schuld an ihrer Lage zumindest teilweise von sich zu nehmen.

Die zweite Hypothese geht davon aus, dass die Working Poor häufiger von starken physischen Beschwerden betroffen sind als Non-Working Poor, aufgrund ihrer Erwerbstätigkeit in zumeist prekären Arbeitsverhältnissen. Entgegen der Erwartung zeigte die Untersuchung, dass offensichtlich Non-Working Poor häufiger starke und sehr starke physische Beschwerden haben. Im Gegensatz dazu gaben Working Poor gar nicht an, unter sehr starken Beschwerden zu leiden. Der Zusammenhang zwischen den physischen Beschwerden und dem Ausüben einer Erwerbstätigkeit scheint zudem hoch signifikant zu sein. Die Interviews ergaben jedoch, dass vor allem die Erwerbsarbeit der Working Poor dazu

führt/führte, dass die Personen unter physischen Beschwerden leiden. So ist einer der Probanden erst durch diese Beschwerden in Erwerbslosigkeit geraten. Die beiden Working Poor gaben an, durch ihre Arbeit als Lagerist und Friseurin physische Schäden oder Beschwerden erworben zu haben, die sie langfristig am ausüben ihres Berufes hindern oder einschränken werden. Somit lässt sich diese Hypothese nur teilweise falsifizieren. Zwar ergab die quantitative Analyse, dass mehr Non-Working Poor unter physischen Beschwerden leiden, jedoch wird vermutet, dass diese häufig auf die zuvor ausgeübte Erwerbstätigkeit zurückzuführen sind. Somit sind erwerbstätige Arme einem womöglich höheren physischen Gesundheitsrisiko ausgesetzt, als nicht-erwerbstätige Arme.

Bei der dritten Hypothese wurde vermutet, dass Non-Working Poor häufiger unter psychischen Beschwerden leiden als die Working Poor. Diese Hypothese lässt sich weitestgehend bestätigen, in dem die quantitative Analyse ergeben hat, dass Non-Working Poor signifikant häufiger unter psychischen Beschwerden leiden, als die Working Poor. Zwischen der Zielgruppe und dem Grad der psychischen Beschwerden besteht daher mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit ein starker Zusammenhang. Des Weiteren gaben rund doppelt so viele Non-Working Poor wie Working Poor an, sie hätten starke psychische Beschwerden. Die qualitative Analyse ergab nichts bezüglich der Intensität der psychischen Beschwerden, jedoch im Hinblick auf deren unterschiedlichen Ursachen. So leiden sowohl die Working Poor als auch die Non-Working Poor psychisch unter der finanziellen Situation und haben dementsprechend Zukunfts- und Existenzängste. Auch die finanzielle Abhängigkeit vom Staat oder der Familie führte zu einem Verlust der Selbstständigkeit und Unabhängigkeit. Jedoch zeigte sich bei den Working Poor eine psychische Belastung eher dadurch, dass sie kaum noch Zeit für Freunde und Familie hätten und dementsprechend ihr soziales Leben unter der hohen Arbeitsbelastung, zusätzlich zur finanziellen Belastung, deutlich leidet. Bei den Non-Working Poor waren es vor allem die fehlenden sozialen Kontakte, die zur psychischen Belastung wurden. Als Ursache dafür wird zum einen das mangelnde Geld gesehen, wodurch kaum noch Freizeitaktivitäten oder Gesellschaftlichen Ereignissen beigewohnt werden kann. Zum anderen aber auch keine sozialen Kontakte über die Arbeit o.ä. geknüpft werden können.

Bei der vierten Hypothese wurde davon ausgegangen, dass Non-Working Poor häufiger Drogen konsumieren als die Working Poor. Bei der Analyse wurde differenziert zwischen dem Alkoholkonsum und dem Tabakkonsum. Beim Alkoholkonsum zeigte sich, dass die Working Poor signifikant häufiger zu einem regelmäßigen Alkoholkonsum neigen, als die Non-Working Poor. Die qualitativen Interviews ergaben, dass die Non-Working Poor

aufgrund ihrer finanziellen Situation keinen Alkohol mehr konsumieren. Vor allem aber mangle es aufgrund der Erwerbslosigkeit an sozialen Ereignissen, bei denen getrunken wird. Bei der Frage nach dem gegenwärtigen Konsum von Tabak zeigte sich jedoch, dass quantitativ gesehen Non-Working Poor häufiger zum Tabakkonsum neigen. Die beiden interviewten Non-Working Poor rauchten jedoch beide nicht, was zumindest bei einem der beiden aus einem gesteigerten Gesundheitsbewusstsein seit der Arbeitslosigkeit resultiert. Bei den Working Poor wird neben Tabak auch gelegentlich Haschisch konsumiert. Damit lässt sich diese vierte Hypothese nicht eindeutig bestätigen oder falsifizieren, da es keinen einheitlichen Drogenkonsum gibt, sondern sich stark nach Alkohol- und Tabakkonsum differenziert. Einen klaren Einfluss der Erwerbstätigkeit oder der Erwerbslosigkeit auf den Drogenkonsum konnte somit nicht festgestellt werden.

Die fünfte und letzte Hypothese dieser Untersuchung stellte die Vermutung auf, dass Non-Working Poor häufiger unter Übergewicht oder Adipositas leiden als die Working Poor. So ergab die quantitative Analyse, dass der Erwerbsstatus einen signifikanten Einfluss auf den BMI hat und somit auch auf die Tatsache, ob eine Person von Adipositas oder starker Adipositas betroffen ist. So weisen Non-Working Poor im Durchschnitt einen um 1,5 Punkte höheren BMI auf, als die Working Poor. Des Weiteren sind die Non-Working Poor mehr als doppelt so oft von starker Adipositas betroffen. Damit lässt sich diese Hypothese weitestgehend bestätigen. Nichtsdestotrotz scheint in Einzelfällen gerade die Erwerbslosigkeit Anlass für eine gesundheitliche Neuorientierung zu sein. So gaben beide Non-Working Poor im Interview an, die freie Zeit vor allem für Sport und körperliche Gesundheit zu investieren, um den Tag mit sinnvollen Tätigkeiten zu füllen. Die Working Poor gaben hingegen an, aufgrund ihres hohen Arbeitspensums weder Zeit für Sport zu haben noch besonders viel Lust und Motivation, um auf eine gesunde Ernährung zu achten. Ein interessanter Punkt ist zudem, dass die beiden Non-Working Poor den Grund für ihr Übergewicht bei ihrer alten Tätigkeit sehen. So hätten unregelmäßige Arbeitszeiten und schnell und leicht verfügbare ungesunde Lebensmittel bei der Arbeit zu der Gewichtszunahme geführt.

Allgemein kann als Resultat dieser Untersuchung festgehalten werden, dass es beim Thema Gesundheit bzw. der Wechselwirkung zwischen Gesundheit und Erwerbsarbeit schwer ist, klare Kausalitäten festzustellen. Besonders die Punkte Übergewicht, psychische und physische Beschwerden ließen häufig die Frage offen: Was war zuerst? Übergewicht oder Erwerbslosigkeit? Mit Hilfe der qualitativen Interviews sollte und konnte z.T. dieser Frage näher gekommen werden. So zeigte sich, dass vor allem unregelmäßige Arbeitszeiten,

Schichtarbeit, ein hohes Arbeitspensum und eine hohe Arbeitsbelastung häufig Übergewicht und physische Beschwerden bedingen können. Als Konsequenz daraus lässt sich für die zukünftige Arbeitsmarkt- und Gesundheitspolitik schließen, dass auch oder besonders in den prekären Arbeitsverhältnissen die Prävention und Gesundheitsförderung in den Fokus politischer Maßnahmen genommen werden sollte. Denn eine Gesundheitsförderung, die bereits am Arbeitsplatz beginnt, könnte dazu beitragen, dass Erwerbstätige länger erwerbsfähig sind und so geringere Kosten für das Sozial- und Gesundheitssystem verursachen. Denn Erwerbsarbeit kann unter bestimmten Umständen langfristig zur Erwerbslosigkeit oder sogar Erwerbsunfähigkeit führen und stellt somit einen entscheidenden Faktor für Armut und Arbeitslosigkeit dar. Des Weiteren kann eine Erwerbsarbeit, auch wenn diese nicht armutsvermeidend ist, vor allem auf der sozialen Ebene einen großen Vorteil mit sich bringen, indem neue soziale Kontakte geknüpft werden können und somit die soziale Isolation aufgehoben werden kann. Dies bringt zum einen Vorteile für das Privatleben mit sich, was positive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben kann, als auch für das berufliche Leben, indem zusätzliche Kontakte möglicherweise auch neue Arbeitsmöglichkeiten eröffnen können, die einen Weg aus der prekären Lage ermöglichen.

## Literaturverzeichnis

- Bamberg, Florian. 2013. *Psychologische Erkenntnisse in Tageszeitungen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Behrens, Johann. 2001. Das Soziale in der Sozial-Epidemiologie: Beiträge der Soziologie zur Sozial-Epidemiologie und zu ihrer klinischen Praxis. In *Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*, Hrsg. Andreas Mielck und Kim Bloomfield, 246-263. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Berkman, Lisa F. und Ichiro Kawachi. 2000. *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Berth, Hendrik, Peter Förster, Yve Stöbler-Richter, Friedrich Balck und Elmar Brähler. 2006. Arbeitslosigkeit und psychische Belastung. Ergebnisse einer Längsschnittstudie 1991 bis 2004. *Z Med Psychol* 15: 111-116.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales. 2013. *Lebenslagen in Deutschland: Vierter Armuts- und Reichtumsberichts der Bundesregierung*.
- Brödner, Peter und Matthias Knuth. 2002. Nachhaltige Arbeitsgestaltung: Trendreports zur Entwicklung und Nutzung von Humanressourcen. München: Hampp.
- Brödner, Peter und Matthias Knuth. 2002. *Macht Arbeit wieder krank? Flexibilität und nachhaltige Gestaltung von Arbeit*. München: Hampp.
- DHSS – Department of Health and Social Security. 1980. Inequalities in health: Report of a Working Group [Black Report]. London: DHSS.
- Dingeldey, Irene. 2011. Der aktivierende Wohlfahrtsstaat. Governance der Arbeitsmarktpolitik in Dänemark, Großbritannien und Deutschland. Frankfurt a.M.: Campus Verlag.
- Durkheim, Emil. 1973. *Der Selbstmord* [Erstausgabe 1897]. Neuwied: Leuchterhand.
- Elkeles, Thomas; Seifert, Wolfgang (2003): Arbeitslose und ihre Gesundheit: Langzeitanalysen für die Bundesrepublik Deutschland. *Soziale Präventionsmedizin* 38/1993, Basel: Birkhäuser Verlag, S. 148-155.
- Engels, Dietrich. 2008. Lebenslagen. In *Lexikon der Sozialwirtschaft*, Hrsg. Bernd Maelicke, 643-646. Baden-Baden: Nomos-Verlag.
- Frese, Michael. 1994. Psychische Folgen von Arbeitslosigkeit in den fünf neuen Bundesländern: Ergebnisse einer Längsschnittstudie, In *Arbeitslosigkeit und soziale Gerechtigkeit*, Hrsg. Leo Montada, 193-213. Frankfurt a.M.: Campus Verlag.

- Hanesch, Walter, Wilhelm Adamy, Rudolf Martens, Doris Rentzsch, Ulrich Schneider, Ursula Schubert, Martin Wisskirchen. 1994. *Armut in Deutschland*. Reinbeck: Rowohlt.
- Haverkamp, Fritz. 2008. Gesundheit und soziale Lebenslage. In *Handbuch Armut und Soziale Ausgrenzung*, Hrsg. Ernst-Ulrich Huster, Jürgen Boeckh, Hildegard Mogge-Grotjahn, 320-334. Wiesbaden: VS Verlag.
- Heinzel-Gutenbrunner, Monika. 2001. Einkommen, Einkommensarmut und Gesundheit. In *Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*, Hrsg. Andreas Mielck und Kim Bloomfield, 39-49. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Himmel, Wolfgang. 2001. Subjektive Gesundheitskonzepte und gesundheitsbezogene Lebensqualität – Gibt es einen Zusammenhang?. *Sozial- und Präventivmedizin* 46(2): 87-95.
- Hollederer, Alfons. 2002. Arbeitslosigkeit und Gesundheit - ein Überblick über empirische Befunde und die Arbeitslosen- und Krankenkassenstatistik. *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, Jg. 35: 411-428.
- Hollederer, Alfons. 2005. Arbeitslosigkeit, Gesundheit und ungenutzte Potenziale von Prävention und Gesundheitsförderung. *Fehlzeiten-Report*. Berlin: Springer: 219-239.
- Hollederer, Alfons. 2008. Psychische Gesundheit im Fall von Arbeitslosigkeit. *Praktische Arbeitsmedizin* 12/2008: 29-32.
- Hollederer, Alfons. 2011. *Erwerbslosigkeit, Gesundheit und Präventionspotenziale*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Hradil, Stefan. 1997. *Lebenssituation, Umwelt und Gesundheit*. Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Materialien zur Bevölkerungswissenschaft, Heft 88.
- Hradil, Stefan. 2001. *Soziale Ungleichheit in Deutschland*. 8. Auflage. Opladen: Leske + Budrich.
- Hradil, Stefan. 2006. Was prägt Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Konzepte*, Hrsg. Matthias Richter und Klaus Hurrelmann, 33-52. Wiesbaden: VS Verlag.
- Hurrelmann, Klaus. 2006. *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. 6. Auflage 2006. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Kroll, Lars Eric und Thomas Lampert. 2012. Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. *GBE Kompakt* 1/2012: 1-9. Berlin: Rober Koch Institut.

- Kieselbach, Thomas. 1994. Arbeitslosigkeit als psychologisches Problem - auf individueller und gesellschaftlicher Ebene. In *Arbeitslosigkeit und soziale Gerechtigkeit*, Hrsg. Leo Montada. Frankfurt a. M.: Campus Verlag, 233-263.
- Kieselbach, Thomas. 2007. Arbeitslosigkeit, soziale Exklusion und Gesundheit: Zur Notwendigkeit eines sozialen Geleitschutzes in beruflichen Transitionen. In *Präventionen für gesunde Lebenswelten - Soziales Kapital als Investition in Gesundheit*, 12. Bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit, Berlin, 1-35.
- Lampert, Thomas. 2011. Armut und Gesundheit. In *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit*, Hrsg. Thomas Schott und Claudia Hornberg, 575-597. Wiesbaden: VS Verlag.
- Lampert, Thomas und Lars Eric Kroll. 2005. Einfluss der Einkommensposition auf die Gesundheit und Lebenserwartung, DIW-Diskussionspapiere, No.527, <http://hdl.handle.net/10419/18378>.
- Lampert, Thomas und Thomas Ziese. 2005. *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Lange, C. und Thomas Lampert. 2005. Die Gesundheit arbeitsloser Frauen und Männer. In *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 11/2005, Berlin: Springer Medizin Verlag, 1256-1264.
- Lessmann, Ortrud. 2009. Konzeption und Erfassung von Armut. Vergleich des Lebenslage-Ansatzes mit Sens „Capability“-Ansatz. Berlin: Duncker & Humblot.
- Mielck, Andreas. 2000. Soziale Ungleichheit und Gesundheit: empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze Interventionsmöglichkeiten. Bern: Huber.
- Mielck, Andreas und Kim Bloomfield. 2001. Einführung. In *Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*, Hrsg. Andreas Mielck und Kim Bloomfield, 9-16. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Niemann, Steffen und Thomas Abel. 2001. Neue soziale Ungleichheiten, Lebensstile und Gesundheit. In *Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*, Hrsg. Andreas Mielck und Kim Bloomfield, 107-116. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Peter, Richard. 2001. Berufsstatus und Gesundheit. In *Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*, Hrsg. Andreas Mielck und Kim Bloomfield, 28-38. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Pflanz, Manfred. 1967. Soziale Epidemiologie. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin 73: 78-90.
- Rat der Europäischen Gemeinschaften. 1985. Beschluss des Rates vom 19. Dezember 1984 über gezielte Maßnahmen zur Bekämpfung der Armut auf Gemeinschaftsebene. In: Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaft L2: 24-25.

- Rauh-Pfeiffer, Astrid und Bethold Koletzko. 2007. Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. *Monatsschriften Kinderheilkunde* 155: 469-483.
- Richter, Matthias und Klaus Hurrelmann. 2009. Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen. In *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*, Hrsg. Matthias Richter und Klaus Hurrelmann, 13-33. Wiesbaden: VS Verlag.
- Riedel-Heller, S.G. 2013. Psychische Gesundheit und Arbeit - Konzepte, Evidenz und Implikationen für Forschung und Praxis. *Der Nervenarzt*, Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.
- Schott, Thomas und Benjamin Kuntz. 2011. Sozialepidemiologie: Über die Wechselwirkung von Gesundheit und Gesellschaft. In *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit*, Hrsg. Thomas Schott und Claudia Hornberg, 159-171. Wiesbaden: VS Verlag.
- Sperrlich, Stefanie und Andreas Mielck. 2003. Sozialepidemiologische Erklärungsansätze im Spannungsfeld zwischen Schicht- und Lebensstilkonzeptionen. Plädoyer für eine integrative Betrachtung auf Grundlage der Bourdieuschen Habitusstheorie. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 11(2): 165-179.
- West, Patrick. 1991. Rethinking the health selection explanation for health inequalities. *Soc Sci med* 32, 373-384.
- WHO.1946. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946. *Official Records of the World Health Organization*, no. 2, p. 100.
- Wilkinson, R.G. und M. Marmot. 2003. *Social determinants of health: the solid facts*. Copenhagen: WHO Europe.