GENDER
OPEN
REPOSITORIUM

Arbeitslosigkeit und Gesundheit – eine intersektionale Analyse

Dören, Martina; Heizmann, Boris; Vinz, Dagmar

2009

https://doi.org/10.25595/3164

Veröffentlichungsversion / published version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Dören, Martina; Heizmann, Boris; Vinz, Dagmar: *Arbeitslosigkeit und Gesundheit – eine intersektionale Analyse*, in: Femina politica / Femina Politica e. V. : Zeitschrift für feministische Politik-Wissenschaft, Jg. 18 (2009) Nr: 1, 35–47. DOI: https://doi.org/10.25595/3164.

GenderOpen – Repositorium für die Geschlechterforschung: www.genderopen.de

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

Arbeitslosigkeit und Gesundheit – eine intersektionale Analyse

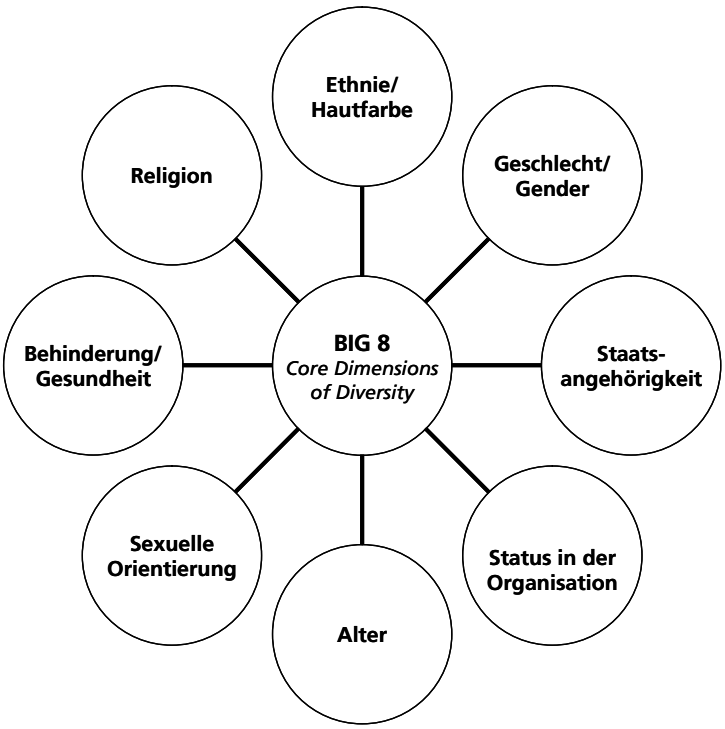
MARTINA DÖREN. BORIS HEIZMANN. DAGMAR VINZ

Diversity und Intersektionalität sind Konzepte, die Versuche bündeln, Phänomene der Pluralität und Differenzkomplexität heutiger Gesellschaften zu erfassen und praxisrelevante Ansätze für den Umgang mit Vielfalt zu finden. Dabei enthält der Begriff Diversity, über die reine Deskription von Verschiedenheit und Differenz hinausgehend, eine positive Konnotation der Bereicherung durch Vielfalt. Diversity hat ihren Weg als programmatisches Leitbild in den öffentlichen Raum gefunden, beispielsweise in Form personalpolitischer Strategien des „Managing Diversity" oder im Rahmen des „Europäischen Jahres der Chancengleichheit für alle" sowie mit der Kampagne für den „Nutzen der Vielfalt". Intersektionalität hingegen ist als „Überschneidungstheorie" zu einem neuen Leitkonzept in der Geschlechterforschung geworden. Intersektion verweist auf Kreuzungen, Überlagerungen und Überschneidungen von Benachteiligungen, aber auch Privilegien. Die Perspektive der Intersektionalität betont damit die Überlagerung von verschiedenen Gruppenzugehörigkeiten, verweist auf ein multiples Subjekt und stellt dadurch auch heraus, dass Frauen keine homogene Gruppe sind. Was bedeutet dies nun in Bezug auf Gesundheitspolitik? Als ein Ziel von Intersektionalitätsforschung in der Medizin und den Gesundheitswissenschaften könnte postuliert werden, gleichzeitig die Wechselwirkungen von als relevant angesehenen Variablen zu erfassen, die Gesundheit von Frauen und Männern bedingen. Intersektionalitätsforschung ist ein analytischer Versuch, vielschichtige Wechselwirkungen von gesundheitsbestimmenden Faktoren anwendungsbezogen herauszuarbeiten. Dabei gehen wir davon aus, dass der Erwerbsstatus im Zusammenspiel mit anderen sozialen Gruppenzugehörigkeiten wie Geschlecht oder Ethnie den Gesundheitszustand beeinflusst. Wir werden diese These anhand einer Analyse der Übergänge von Erwerbstätigkeit und Erwerbslosigkeit auf der Basis des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP)[1] überprüfen.

Welche Differenzierungen? Welche Achsen der Differenz?

Einschlägige Einführungen zu Diversity wählen tabellarische oder graphische Schemata, welche mit Verweis auf äußere Merkmale, aber auch in Bezug auf Eigenschaften, Verhaltensweisen, Wertvorstellungen oder Wissen und Fähigkeiten relevante Dimensionen sozialer und kultureller Diversität zeigen. Das Konzept der „Big 8" orientiert sich an den folgenden Kerndimensionen von Diversity:

Graphik 1: Kerndimensionen von Diversity



Quelle: Eigene Darstellung

In anderen Klassifikationen von Diversität werden „Primärdimensionen“ (Gender, Race/Ethnie oder Hautfarbe, Alter, Religion, Behinderung und sexuelle Orientierung) durch stärker veränderbare „Sekundärdimensionen“ ergänzt, zu denen z.B. Einkommen, beruflicher Werdegang, Familienstand, Elternschaft oder (Aus-)Bildung zählen. Eine Fülle weiterer Darstellungen werden zur Illustration von Diversity verwandt, indem zum Beispiel mit dem Modell des „Eisbergs“ zwischen sichtbaren/wahrnehmbaren und unsichtbaren/nicht-wahrnehmbaren Merkmalen unterschieden oder eine Einteilung in innere (z.B. Geschlecht), äußere (z.B. Familienstand) und organisationale (z.B. Funktion) Dimensionen vorgenommen wird.

Graphik 2:

sichtbar	weniger sichtbar	
	Werte	Wissen und Fähigkeiten
• Hautfarbe • Geschlecht • Alter	• Persönlichkeit • Werte • Religion • Sexuelle Orientierung • Humor	• Bildung • Sprachen • Status/Hierarchie • Fachkompetenz

Quelle: Milliken/Martins 2002, 418

Diese didaktisch aufbereiteten Darstellungen von Diversität zeigen zwar, dass Menschen in unterschiedliche Identitätsgruppen eingeteilt werden können und verdeutlichen soziale Klassifikationssysteme, von denen angenommen wird, dass sie sich im Zuge von Globalisierung, Migration und Individualisierung verstärken. Was in der eher statischen Darstellungsweise der Momentaufnahme als etwas Gegebenes gezeigt wird, ist jedoch als Ergebnis von Handlungen und sozialen Prozessen zu beschreiben und hängt davon ab, wie gesellschaftliche und politische Akteure Differenzierungen vornehmen und wie sie auf Differenz Bezug nehmen (Fuchs 2007). Dabei ist das Konzept der Diversität dafür offen, *welche* äußeren Merkmale, Eigenschaften oder Werte Bezugspunkte der Differenzierung werden. Dies ist in einem handlungstheoretischen Verständnis von Differenz mit Machtbeziehungen verknüpft. Diversity steht als normativer Ansatz dafür, die Ausrichtung einer Organisationskultur an einer hegemonialen Norm, die durch eine dominante Gruppe geprägt wird, zu überwinden. Innovative Ansätze zur Organisationsentwicklung begreifen Diversity als Lernansatz: als Chance, Abweichungen von der Norm produktiv zu verarbeiten und eine multikulturelle Organisationskultur zu schaffen, die für unterschiedliche Gruppen inklusiv ist, nicht-diskriminierende Verfahren der Personalauswahl und -beurteilung durchsetzt und das Führungspersonal zu einem produktiven Umgang mit Konflikten unter Anerkennung unterschiedlicher Erfahrungen befähigt.

Zu den Good-Practice-Beispielen für organisationale Vielfalt in der Gesundheitsversorgung zählen beispielsweise die Einrichtung hausinterner Dolmetscherdienste in Krankenhäusern, das Erstellen von Leitfäden für den „Umgang mit Fremden" oder Konzepte für „migrantenfreundliche" Krankenhäuser (Herrmann/Kätker 2007). Managing Diversity als Strategie der Organisationsentwicklung heißt im Gesundheitswesen, eine ganzheitliche PatientInnenorientierung (z.B. mit Konzepten der Interkulturellen Pflege) umzusetzen und hierbei eine feinere Zielgruppendifferenzierung zu berücksichtigen (Dreachslin u.a. 2004). Gleichermaßen impliziert Managing Diversity im Sinne der Organisationsentwicklung eine Orientierung an den MitarbeiterInnen und den Bedürfnissen unterschiedlicher Gruppen (z.B. im Krankenhaus mit Strategien für Work-Life-Balance, Chronobiologie und Schichtarbeit, Dienstplangestaltung und Arbeitszeitkonten, Vertrauensarbeitszeit).

Problematischerweise unterstellen die schematischen Darstellungen von Diversity eine Äquivalenz von verschiedenen sozialen Klassifikationen, die der Frage nach dem Verhältnis von kulturellen Unterschieden und sozialer Ungleichheit nicht gerecht werden kann. Hier besteht ein Bedarf zur Theorieentwicklung über die komplexe Vermittlung zwischen „Achsen der Differenz" und „Achsen der Ungleichheit" (Klinger/Knapp 2003). Ein angemessenes Verständnis von Diversity muss thematisieren, welche Unterschiede sozial bedeutsam sind und damit möglicherweise Zusammenhänge und Trennlinien verdeutlichen: zwischen der Vielfalt als buntem Nebeneinander von persönlichen Vorlieben und Unterschieden, die als Ursache von sozialer Ungleichheit und/oder rechtlicher oder politischer Diskriminierung sozial relevant werden. Hier ist das Konzept der Intersektionalität klarer konturiert, denn es bezieht sich in den meisten Interpretationen auf die Triade „Race, Class, Gender" und hat einen klaren Bezug auf Diskriminierung und Ungleichheit. Insbesondere die Dimension „Klasse" oder sozio-ökonomischer Status, die in Deutschland nach wie vor höchst ungleichheitswirksam ist, ist im Konzept Diversity häufig nicht berücksichtigt.

Theoretisch und methodisch ist Intersektionalität mittlerweile ein recht etabliertes Konzept. Weniger verbreitet sind empirische und/oder sozialwissenschaftliche Analysen der Intersektionalität, und die Nachfrage nach ihnen ist größer als das Angebot (vgl. Hardmeier/Vinz 2007). McCall hat mit ihrem inter-kategorialen Ansatz, der verschiedene soziale Gruppen in Bezug setzt, dabei einen quantitativen Ansatz präsentiert, der auf der Auswertung disaggregierter Daten beruht. Hier steht das Konzept der Intersektionalität für das Arbeiten mit so genannten Interaktionseffekten in linearen Modellen wie der Regression (McCall 2005, 1788). Mit dieser Prozedur sollen Intersektionen Beachtung finden, die über die additiven Effekte einzelner Variablen (Geschlecht + „Rasse") hinausgehen und die berücksichtigen, dass der Effekt einer unabhängigen Variable (z.B. Geschlecht) auf eine abhängige Variable (z.B. Lohnungleichheit, Gesundheit) mit einer anderen unabhängigen Variable (z.B. Migrationshintergrund) interagiert. So können multiplikative Variablen in ein Modell zusammengedacht werden (z.B. Geschlecht * „Rasse").

Intersektionalität in Bezug auf Gesundheit und Erwerbsstatus

Das Konzept der Intersektionalität hat in der Gesundheitsforschung ebenso wie in der Geschlechterforschung insgesamt an Bedeutung gewonnen. In der folgenden Analyse wird der Gesundheitszustand und sein Zusammenhang zum Erwerbsstatus sowie zur Zugehörigkeit zu verschiedenen sozialen Gruppen genauer untersucht. Da wir den Besitz eines Arbeitsplatzes bzw. Arbeitslosigkeit für Gesundheit für zentral halten (vgl. Grobe/Schwartz 2003), wurden sowohl Veränderungen im Erwerbsstatus als auch selbstberichtete Einschätzungen der psychischen und physischen Gesundheit von Frauen und Männern erfasst.

Es wurden nur tatsächlich erwerbsfähige Personen bis einschließlich 64 Jahren in die Analysen von 2004 bis 2006 einbezogen; für den Gesundheitszustand wurden im Jahr 2006 erhobene Daten verwendet. Mit der Methode der multiplen linearen Regression wird eine gleichzeitige statistische Berücksichtigung verschiedener Merkmale des sozialen Status, nicht nur des Erwerbsstatus, für Gesundheit erreicht.
Es werden verschiedene Gesundheitsindikatoren als abhängige Variable herangezogen. Für die Analyse der Gesundheit steht eine SOEP-spezifische Variante eines international angewandten, standardisierten Gesundheitsfragebogens zur Verfügung (SF12v2, vgl. Andersen u.a. 2007). Dieses Instrument besteht aus insgesamt zwölf Fragen zur Gesundheit und erfasst die Auswirkungen von gesundheitlichen Belastungen auf verschiedene Aspekte des Alltagslebens in Form von subjektiven Selbsteinschätzungen der Befragten. Unsere Analysen konzentrieren sich auf Indikatoren zur physischen und psychischen Gesundheit. Beide haben von allen im Rahmen des SOEP-SF12v2 generierten Variablen den breitesten Variationsbereich, da für beide Maße zusammen die meisten der innerhalb des SOEP-SF12v2 erhobenen Informationen verwendet werden.

Welche Faktoren bestimmen Gesundheit mit?

Zahlreiche Faktoren beeinflussen den gesundheitlichen Zustand. An erster Stelle ist hier der *Erwerbsstatus* zu nennen. Der Erwerbsstatus lässt sich auf vielfältige Weise definieren, ebenso kann aus verschiedensten Gründen eine Erwerbslosigkeit vorliegen. Wir haben auf eine Aufspaltung der Gruppe der Erwerbstätigen – beispielsweise in verschiedene Berufsgruppen – verzichtet. Als Zeitfenster haben wir 2004 bis 2006 gewählt, d.h. zum jeweiligen Befragungszeitpunkt sind die Befragten entweder arbeitslos gemeldet oder erwerbstätig. Die Vielfalt der Gründe, die zu einer Erwerbslosigkeit ohne Arbeitslosigkeitsmeldung führen können („Stille Reserve", z.B. in eigenen Haushalten tätige Frauen und Männer), lassen keine klar begründbaren Erwartungen hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Gesundheit zu. Daher wurde auf die Analyse dieser Subgruppe der Erwerbslosen verzichtet. Arbeitslos gemeldet zu sein, stellt hingegen als besondere Krisensituation ein auch aus anderen Studien bekanntes Gesundheitsrisiko dar. Die Datenstruktur des SOEP ermöglicht die Betrachtung von Übergängen zwischen den beiden möglichen Zuständen. Dabei ergeben sich vier Ausprägungen: eine zu allen drei Befragungszeitpunkten vorliegende Arbeitslosenmeldung, eine durchgängige Erwerbstätigkeit oder ein Übergang von einem Erwerbsstatus in den jeweils anderen. Tabelle 1 stellt die möglichen Kombinationen dar. Für die Einflussgröße Erwerbsbiografie ist weiterhin relevant, ob ein geschlechtsspezifischer Unterschied bezüglich ihres Zusammenhangs mit Gesundheit vorliegt. Hierzu werden Interaktionseffekte gebildet.

Tabelle 1: Erwerbsbiografie

2004: zum Befragungszeitpunkt…	2005: zum Befragungszeitpunkt…	2006: zum Befragungszeitpunkt…	Ausprägung: letzter Wechsel…
arbeitslos gemeldet	arbeitslos gemeldet	arbeitslos gemeldet	durchgängig arbeitslos gemeldet
arbeitslos gemeldet	arbeitslos gemeldet	in Arbeit	letzter Wechsel: in Arbeit
arbeitslos gemeldet	in Arbeit	in Arbeit	letzter Wechsel: in Arbeit
in Arbeit	arbeitslos gemeldet	in Arbeit	letzter Wechsel: in Arbeit
arbeitslos gemeldet	in Arbeit	arbeitslos gemeldet	letzter Wechsel: in Arbeitslosigkeit
in Arbeit	arbeitslos gemeldet	arbeitslos gemeldet	letzter Wechsel: in Arbeitslosigkeit
in Arbeit	in Arbeit	arbeitslos gemeldet	letzter Wechsel: in Arbeitslosigkeit
in Arbeit	in Arbeit	in Arbeit	durchgängig erwerbstätig

Migrationshintergrund ist ein weiterer Faktor, der Gesundheit beeinflusst. Für unsere Analysen definieren wir als Personen mit Migrationshintergrund diejenigen Befragten, die nach 1948 nach Deutschland eingewandert sind und/oder die nicht die deutsche Staatsangehörigkeit haben. Auch für diese Einflussgröße werden etwaige geschlechtsspezifische Unterschiede analytisch berücksichtigt (Bildung eines Interaktionsterms).

Auch *Bildung* ist zentral für die Aufrechterhaltung von Gesundheit. Für gesundheitlich riskante Verhaltensmuster, wie etwa das Rauchen, konnte gezeigt werden, dass ein starker Zusammenhang mit der erworbenen Bildung besteht (Lampert/Thamm 2004). Eine generierte Variable „Dauer der Ausbildung in Jahren" reflektiert Bildung und mittelbar den Sozialstatus der Befragten. Je nach erworbenem höchstem Abschluss wurden den Befragten Werte zwischen 7 und 18 zugewiesen; diese basieren auf typischen Ausbildungszeiten für den jeweils erreichten Bildungsabschluss (Haisken-DeNew/Frick 2005, 69ff.).

Des Weiteren stellt das *Einkommen* eine zentrale sozioökonomische Größe dar, deren Bedeutung für die Gesundheit vielfach belegt ist. So haben beispielsweise Personen mit geringem Einkommen im Vergleich zu denjenigen mit hohen Einkommen eine verringerte Lebenserwartung (Lampert u.a. 2007). Da unsere Fragestellung sich mit der Bedeutung von Arbeitslosigkeit für die Gesundheit auseinandersetzt, kann hier nicht lediglich auf das Erwerbseinkommen zurückgegriffen werden. Vielmehr umfasst eine weitere generierte Variable zum Haushaltseinkommen auch Transfers wie Arbeitslosengeld, Sozialhilfe usw. (vgl. Grabka 2007, 41). Ferner muss das Einkommen auch die personelle Struktur des Haushalts des Befragten berücksichtigen. Dazu wird das gesamte Haushaltseinkommen gemäß der modifizierten OECD-Skala wie folgt bedarfsgewichtet: 1,0 für die das Haupteinkommen beziehende Person, 0,5 für Haushaltsmitglieder über 14 Jahren und 0,3 für Haushaltsmitglieder bis 14 Jahre. Es wird – wie aus Verteilungsgründen üblich – das logarithmierte Einkommen in das Modell eingegeben.

Die *Zufriedenheit mit dem Freundes- und Bekanntenkreis* soll schließlich den Einfluss des zur Verfügung stehenden sozialen Netzes abbilden. In verschiedenen Studien konnte das Ausmaß der sozialen Unterstützung als bedeutsam für die Gesundheit belegt werden (Stansfeld 2006).

Analysen

Tabelle 2: Lineare Regressionsmodelle für die psychische Gesundheit 2006, Gewichtet, Robuste Standardfehler

	Modell 1	Modell 2
Geschlecht und Erwerbsbiografie		
Frau, 2004-2006 arbeitslos gemeldet	-2,96***	-1,13
Mann, 2004-2006 arbeitslos gemeldet	-0,57	1,25
Frau, letzter Wechsel in die Erwerbstätigkeit	-0,28	1,55
Mann, letzter Wechsel in die Erwerbstätigkeit	0,53	2,35**
Frau, letzter Wechsel in die Arbeitslosigkeit	-3,90***	-2,08**
Mann, letzter Wechsel in die Arbeitslosigkeit	-3,12***	-1,29
Frau, 2004-2006 erwerbstätig	-1,83***	Ref.
Mann, 2004-2006 erwerbstätig	Ref.	1,83***
Alter in Jahren	0,10***	0,10***
Mit Migrationshintergrund (Ref.: Ohne Migrationshintergrund)	1,28**	-0,94
Interaktion Migrationshintergrund X Frau	-2,22**	-
Interaktion Migrationshintergrund X Mann	-	2,22**
Dauer der Ausbildung in Jahren	-0,04	-0,04
Bedarfsgewichtetes Einkommen (ln)	0,51	0,51
Zufriedenheit mit dem Freundes-, Bekanntenkreis	1,97***	1,97***
N	9640	9640
Korrigiertes R^2	0,16	0,16

Signifikanzniveau: *** = p<0,01; ** = p<0,05; * = p<0,10. Regression inkl. Konstante.
Abhängige Variable: Mental Component Summary Score (SOEP-SF-12v2) 2006; Ref. = Referenzkategorie
Alle Einflussfaktoren bis auf Geschlecht Í Erwerbsbiografie beziehen sich auf 2006.

In Tabelle 2 werden zwei lineare Regressionsmodelle für den Index der mentalen Gesundheit dargestellt. Die beiden Modelle unterscheiden sich in den jeweils gewählten Referenzkategorien für das erwerbsbiografische Muster und in der gewählten Interaktion des Geschlechts mit dem Migrationshintergrund.
In Modell 1 sind deutliche Zusammenhänge zwischen der Erwerbsbiografie und der mentalen Gesundheit zu erkennen. Bei Männern wirkt sich ein Wechsel in die Arbeitslosigkeit deutlich negativ auf diesen Gesundheitsindikator aus. Diejenigen

Männer, die durchgängig arbeitslos gemeldet waren, sind gegenüber den durchgängig Erwerbstätigen jedoch nicht im Nachteil. Möglicherweise gibt es bei länger anhaltender Arbeitslosigkeit Anpassungsprozesse an diese Krisensituation, die an dieser Stelle jedoch nicht nachgewiesen werden können. Auch wird deutlich, dass Frauen in allen erwerbsbiographischen Mustern – mit Ausnahme des letzten Wechsels in die Erwerbstätigkeit – gegenüber den durchgängig erwerbstätigen Männern signifikant benachteiligt sind hinsichtlich der psychischen Gesundheit.
Betrachtet man dieselbe Variablengruppe in Modell 2, so zeigt sich, dass Frauen, die zuletzt in die Arbeitslosigkeit geraten sind, gegenüber denjenigen mit durchgängiger Erwerbstätigkeit eine signifikant verschlechterte psychische Gesundheit aufweisen. Männer, die zuletzt in die Erwerbstätigkeit gewechselt sind, weisen nach dieser Modellierung eine im Mittel bessere mentale Gesundheit auf als Frauen, die durchgängig erwerbstätig sind.
Insgesamt betrachtet lässt sich also festhalten, dass bei Frauen und Männern eine negative Auswirkung des Wechsels in die Arbeitslosigkeit belegt ist, und dass Frauen gegenüber Männern in fast allen erwerbsbiografischen Konstellationen bezüglich der mentalen Gesundheit im Nachteil sind. Gleichzeitig finden sich in der vorliegenden Analyse Hinweise darauf, dass eine länger anhaltende Arbeitslosigkeit nicht mit einer gegenüber den Erwerbstätigen verschlechterten mentalen Gesundheit assoziiert ist. Dieser zunächst überraschende Befund lässt sich damit erklären, dass für den Gesamtindikator der psychischen Gesundheit sowohl direkte Fragen nach auf den psychischen Zustand wirkenden Stressoren als auch nach dessen Auswirkungen auf das Alltagsleben gestellt werden. Dies begründet eine gewisse inhaltliche Heterogenität dieses Indikators, da unterschiedliche Facetten der psychischen Gesundheit erfragt werden, die zum Teil gerade bei erwerbstätigen Personen besonders stark ausgeprägt sein dürften (etwa Zeitdruck). Bei einer separaten Betrachtung der Subdimensionen zeigt sich, dass eine dauerhafte Arbeitslosigkeit insbesondere hinsichtlich der Bewältigung alltäglicher Aufgaben aufgrund von psychischen/emotionalen Problemen einen signifikanten Nachteil mit sich bringt.
Hinsichtlich des Migrationshintergrundes ist anhand der beiden signifikanten Koeffizienten (Migrationshintergrund und Migrationshintergrund × Frau) zu erkennen, dass Männer mit Migrationshintergrund über eine etwas bessere mentale Gesundheit verfügen als Personen ohne Migrationshintergrund, und dass sich Frauen von diesem Muster signifikant unterscheiden. Wichtig ist hierbei zu bedenken, dass es sich um den reinen Netto-Effekt – bereinigt um die Erwerbsbiografie, Bildung und Einkommen eines Migrationshintergrundes – handelt, die mit einem Migrationshintergrund verstärkt einhergehenden Belastungsstrukturen und deren negative Auswirkungen auf die Gesundheit also bereits berücksichtigt sind. Der dennoch bestehende Unterschied könnte auf kulturelle Differenzen beispielsweise hinsichtlich der Beurteilung der eigenen psychischen Gesundheit zurückzuführen sein (Aichberger u.a. 2008). So ist in einigen, möglicherweise relativ großen Subpopulationen der Bevölkerungsteile mit Migrationshintergrund eine Tabuisierung der Thematik psychischer

Gesundheit gerade bei Männern zu erwarten. Diese Frage lässt sich an dieser Stelle jedoch nicht klären, da hierzu eine genauere Differenzierung der Gruppe der Migranten in verschiedene Kulturkreise vonnöten wäre.
Frauen hingegen unterscheiden sich von diesem Muster dahingehend signifikant, dass das Vorliegen eines Migrationshintergrundes bei ihnen keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich der psychischen Gesundheit mit sich bringt, wie in Modell 2 zu erkennen ist.
Ein höheres Lebensalter wirkt sich nach dieser Analyse positiv auf die mentale Gesundheit aus. Dieser Befund mag zunächst kontraintuitiv erscheinen. Es ist jedoch zu beachten, dass das maximale Alter hier 64 Jahre beträgt. Möglicherweise handelt es sich bei dem allgemeinen Anstieg der Prävalenz psychischer Erkrankungen weltweit (Prince u.a. 2007) um einen Kohorteneffekt, der dann tatsächlich jüngere Personen in stärkerem Ausmaß betrifft. Von den weiteren berücksichtigten Variablen weist lediglich die Zufriedenheit mit dem Freundes- und Bekanntenkreis einen Zusammenhang zur mentalen Gesundheit auf. Bildung und Einkommen sind hier nicht von Bedeutung.
Ferner wurden Modelle für Personen mit und ohne Migrationshintergrund getrennt berechnet. Dabei lässt sich feststellen, dass der gesundheitliche Vorteil einer dauerhaften Erwerbstätigkeit bei Männern in dieser getrennten Betrachtung bei den Personen mit Migrationshintergrund stärker ausgeprägt ist. Mit anderen Worten: Die Unterschiede hinsichtlich der Bedeutung der Erwerbsbiografie sind für Personen mit Migrationshintergrund stärker ausgeprägt als für Personen ohne Migrationshintergrund. Betrachtet man diejenigen mit Migrationshintergrund, so ergibt sich für fast alle Männer und Frauen mit einer von „Mann, konstant erwerbstätig“ abweichenden Erwerbsbiografie ein signifikanter negativer Effekt. Lediglich die zuletzt in eine Erwerbstätigkeit gewechselten Männer unterscheiden sich nicht signifikant von den konstant erwerbstätigen Männern. In der auf den Personenkreis ohne Migration beschränkten Modellierung werden hinsichtlich der Erwerbsbiografie Ergebnisse erzielt, die den in Tabelle 2 berichteten weitgehend entsprechen. Allerdings zeigt sich für zuletzt in die Arbeitslosigkeit geratene Männer ein signifikanter negativer Effekt im Vergleich zu konstant erwerbstätigen Frauen (Modellierung entspricht Modell 2 in Tabelle 2). Hinsichtlich der Bedeutung von Alter, Bildung und Einkommen für die psychische Gesundheit bestehen keine nennenswerten Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund, die Ergebnisse entsprechen den in Tabelle 2 ausgewiesenen Befunden. Die Bedeutung der sozialen Unterstützung ist bei den Personen ohne Migrationshintergrund etwas stärker ausgeprägt.
Für die physische Gesundheit kommt die gleiche Modellierungsstrategie wie bei der psychischen Gesundheit zum Einsatz (Tabelle 3).
In Modell 1 zeigt sich für die durchgängig arbeitslos gemeldeten sowie für die in die Arbeitslosigkeit gewechselten Männer eine schlechtere physische Gesundheit als für die durchgängig erwerbstätigen. Bemerkenswert ist ferner, dass auch hier die durchgängig erwerbstätigen Frauen gegenüber den entsprechenden Männern benachteiligt

sind. Ein Wechsel in die Erwerbstätigkeit birgt wiederum keinerlei gesundheitliche Vor- oder Nachteile für Männer und Frauen gegenüber den erwerbstätigen Männern. Zieht man Modell 2 hinzu, so wird schließlich deutlich, dass die nähere Erwerbsbiografie keinen signifikanten Einfluss auf die physische Gesundheit der Frauen hat: Keiner der die Frauen kennzeichnenden Koeffizienten weist statistische Signifikanz auf. Ein Wechsel in die Arbeitslosigkeit ist hier nur für die Männer mit einer signifikanten Verschlechterung verbunden.
Der Migrationshintergrund hat hier ebenfalls keinen Einfluss. Die übrigen Variablen jedoch sind alle hoch signifikant: Mit zunehmendem Alter verringert sich die physische Gesundheit, während sie mit zunehmender Bildung und zunehmendem Einkommen sowie zunehmender Zufriedenheit mit dem Freundes- und Bekanntenkreis steigt.

Tabelle 3: Lineares Regressionsmodell für die physische Gesundheit 2006, Gewichtet, Robuste Standardfehler

	Modell 1	Modell 2
Geschlecht und Erwerbsbiografie		
Frau, 2004-2006 arbeitslos gemeldet	-2,13**	-1,33
Mann, 2004-2006 arbeitslos gemeldet	-1,76*	-0,90
Frau, letzter Wechsel in die Erwerbstätigkeit	-0,93	-0,11
Mann, letzter Wechsel in die Erwerbstätigkeit	-1,04	-0,16
Frau, letzter Wechsel in die Arbeitslosigkeit	-1,57	-0,74
Mann, letzter Wechsel in die Arbeitslosigkeit	-2,82***	-1,96**
Frau, 2004-2006 erwerbstätig	-0,83**	Ref.
Mann, 2004-2006 erwerbstätig	Ref.	0,86**
Alter in Jahren	-0,26***	-0,26***
Mit Migrationshintergrund (Ref.: Ohne Migrationshintergrund)	0,29	-0,60
Interaktion Migrationshintergrund X Frau	-0,32	-
Interaktion Migrationshintergrund X Mann	-	0,32
Dauer der Ausbildung in Jahren	0,45***	0,45***
Bedarfsgewichtetes Einkommen (ln)	1,65***	1,65***
Zufriedenheit mit dem Freundes-, Bekanntenkreis	0,35***	0,35***
N	9640	9640
Korrigiertes R^2	0,16	0,16

Signifikanzniveau: *** = p<0,01; ** = p<0,05; * = p<0,10. Regression inkl. Konstante.
Abhängige Variable: Physical Component Summary Score (SOEP-SF-12v2) 2006; Ref. = Referenzkategorie
Alle Einflussfaktoren bis auf Geschlecht Í Erwerbsbiografie beziehen sich auf 2006.

Für die physische Gesundheit wurden ebenfalls Modelle für Personen mit und ohne Migrationshintergrund berechnet. Hier zeigt sich, dass in der Gruppe mit Migrati-

onshintergrund lediglich konstant arbeitslos gemeldete Frauen gegenüber den durchgängig erwerbstätigen Männern im Nachteil sind. Die Bedeutsamkeit der näheren Erwerbsbiografie für die physische Gesundheit in der Migrationsgruppe ist damit möglicherweise einzuschränken.[2] Für die Personen ohne Migrationshintergrund werden ähnliche Ergebnisse wie in Tabelle 3 erzielt. Die beiden Koeffizienten für die konstante Arbeitslosenmeldung verfehlen jedoch knapp die statistische Signifikanz, und für zuletzt in die Arbeitslosigkeit geratene Frauen wird ein signifikanter negativer Effekt gegenüber den konstant erwerbstätigen Männern ermittelt. Hinsichtlich der anderen betrachteten Variablen lassen sich ebenfalls Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund feststellen. So ist der negative Effekt des Alters bei Migrationsbiografien etwas stärker ausgeprägt, während der Bildung hinsichtlich der physischen Gesundheit nur bei den Personen ohne Migrationshintergrund eine positive Bedeutung zukommt. Dafür spielt das Einkommen und auch die soziale Unterstützung eine weit stärkere positive Rolle bei den Personen mit Migrationshintergrund.

Fazit

Die vorgestellten Analysen der zwei Indizes mentaler und physischer Gesundheit belegen die Bedeutsamkeit der näheren Erwerbsbiografie für die Gesundheit. Dabei wurde eine Reihe verschiedener, für den Gesundheitszustand relevanter Einflussfaktoren in die Analysen miteinbezogen, sodass diese konfundierenden sozialen Tatbestände kontrolliert sind und damit eine Annäherung an den tatsächlichen Einfluss der Arbeitslosigkeit gelungen ist. Zwar muss eingeschränkt werden, dass es um Selbsteinschätzungen der Gesundheit geht, nicht etwa um diagnostisch ermittelte Daten. Da jedoch eine (auch fälschlich) als negativ wahrgenommene Gesundheit als Belastung angesehen werden muss, Gesundheit also – analog zur individuellen Wohlfahrt – als eine Vermengung objektiver und subjektiver Faktoren begriffen werden kann, sind die Ergebnisse durch diesen Einwand nur bedingt zu relativieren.
Insgesamt lässt sich festhalten, dass insbesondere der *Übergang* in die Arbeitslosigkeit – und weniger eine dauerhaft vorliegende Arbeitslosigkeit – sowohl psychische als auch physische Beeinträchtigungen mit sich bringt. Dabei zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede: Hinsichtlich der psychischen Gesundheit sind Frauen stärker als Männer benachteiligt. Bei der physischen Gesundheit hingegen geht bei den Männern eine kürzliche Erfahrung des Wechsels in die Arbeitslosigkeit mit einer Beeinträchtigung einher, während bei einem Vergleich der Frauen untereinander keine erwerbsmusterspezifischen Unterschiede festgestellt werden können.
Getrennte Betrachtungen von Personen mit und ohne Migrationshintergrund zeigen, dass die Bedeutung des Erwerbslebens für die Gesundheit mit dem Migrationshintergrund zusammenhängt. Bei der mentalen Gesundheit sind die relativen Unterschiede stärker ausgeprägt, bei der physischen schwächer.
Bezüglich des Alters lassen sich für beide hier vorgestellten Gesundheitsindikatoren unterschiedliche Auswirkungen feststellen. Hinsichtlich der psychischen Gesundheit

sind ältere Menschen gegenüber den Jüngeren im Vorteil, bei der physischen Gesundheit jedoch benachteiligt. Ein Migrationshintergrund erwies sich nur für die psychische Gesundheit der Männer als bedeutsam – die berichtete positive Auswirkung eines Migrationshintergrundes ist vermutlich auf kulturelle Unterschiede zurückzuführen. Frauen mit Migrationshintergrund sind gegenüber Personen ohne Migrationshintergrund nicht im Nachteil. Bildung und Einkommen wirken sich lediglich auf die physische Gesundheit aus. Dies deutet darauf hin, dass das mit einer niedrigen Bildung und einem niedrigen Einkommen häufig einhergehende ungünstige Gesundheitsverhalten sich offenbar nur auf den physischen, nicht aber auf den psychischen Bereich auswirkt. Bemerkenswert ist auch hier der Unterschied zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund hinsichtlich der physischen Gesundheit: Für die ersteren ist die Bildung ohne Bedeutung für den Indikator der physischen Gesundheit, während sie für die letzteren eine hohe Bedeutung hat. Das Einkommen spielt bei beiden Gruppen eine wichtige Rolle hinsichtlich der physischen Gesundheit, bei den Personen mit Migrationshintergrund jedoch eine weitaus größere. Der Zufriedenheit mit dem Freundeskreis als Indikator der sozialen Unterstützung kommt jedoch sowohl für die psychische als auch für die physische Gesundheit eine hohe positive Bedeutung zu, wobei dieser Effekt bei der psychischen Gesundheit stärker ausgeprägt ist.
Angewandte Intersektionalitätsforschung, die verschiedene soziale Faktoren zur Erklärung physischer und psychischer Gesundheit heranzieht, kann und sollte eine Basis für eine gelingende Gesundheitspolitik und die Grundlage für ein Organisationslernen im Sinne des Managing Diversity bilden.

Anmerkungen

1 Den folgenden Analysen liegt das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) als Datenbasis zugrunde (Wagner u.a. 2007). Dabei handelt es sich um eine seit 1984 durchgeführte, jährliche Wiederholungsbefragung der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands zu verschiedenen sozialwissenschaftlich relevanten Themengebieten. Aktuell (Stand 2008) umfasst die Stichprobe mehr als 11.000 Haushalte mit mehr als 20.000 Befragten http://diw.de/deutsch/soep/26628.html (28.09.2008). Das wiederholte Befragen derselben Personen ermöglicht die analytische Bearbeitung von Fragestellungen, welche sich mit Veränderungen im Zeitverlauf auseinandersetzen.

2 Inwieweit die an dieser Stelle nicht signifikanten Ergebnisse auf die geringere Fallzahl (N = 1170) in diesem Modell zurückzuführen ist, lässt sich an dieser Stelle nicht klären.

Literatur

Aichberger, Marion C./**Schouler-Ocak**, Meryam/**Rapp**, Michael A./**Heinz**, Andreas, 2008: „Transkulturelle Aspekte der Depression". Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 51. Jg. H. 4, 436-442.

Andersen, Hanfried H./**Mühlbacher**, Axel/**Nübling**, Matthias/**Schupp**, Jürgen/**Wagner**, Gert G., 2006: "Computation of Standard Values for Physical and Mental Health Scale Scores Using the SOEP Version of SF-12v2". Schmollers Jahrbuch. 127. Jg. H. 1, 171-182.

Dreachslin, Janice L./**Weech-Maldonado**, Robert/**Dansky**, Kathryn H., 2004: "Racial and Ethnic Diversity and Organizational Behaviour: a Focused Research Agenda for Health Services Management". Social Science & Medicine. 59. Jg. H. 5, 961-971.

Fuchs, Martin, 2007: „Diversity und Differenz – Konzeptionelle Überlegungen". In: Krell, Gertraude/Riedmüller, Barbara/Sieben, Barbara/Vinz, Dagmar (Hg.): Diversity Studies: Grundlagen und disziplinäre Ansätze. Frankfurt/M., 18-34.

Grabka, Markus M., 2007: "Codebook for the $PEQUIV File 1984-2007. CNEF Variables with Extended Income Information for the SOEP". DIW Data Documentation 34. Berlin. Internet: http://diw.de/documents/publikationen/73/87024/diw_datadoc_2008-034.pdf (28.09.08).

Grobe, Thomas G./**Schwartz**, Friedrich W., 2003: „Arbeitslosigkeit und Gesundheit". Gesundheitsberichterstattung des Bundes. H. 13. Berlin. Internet: http://www.rki.de/cln_109/nn_199850/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/arbeitslosigkeit,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/arbeitslosigkeit.pdf (28.09.08).

Hardmeier, Sybille/**Vinz**, Dagmar, 2007: „Diversity und Intersektionalität – Eine kritische Würdigung der Ansätze für die Politikwissenschaft". Femina Politica. Zeitschrift für feministische Politikwissenschaft. 16. Jg. H. 1, 23-33.

Haisken-DeNew, John P./**Frick**, Joachim R., 2005: "Desktop Companion to the German Socio-Economic Panel (DTC)". Berlin. Internet: http://www.diw.de/documents/dokumentenarchiv/17/38951/dtc.354256.pdf (28.09.08).

Herrmann, Eva/**Kätker**, Sandra, 2007: Diversity Management. Organisationale Vielfalt im Pflege- und Gesundheitsbereich erkennen und nutzen. Bern.

Klinger, Cornelia/**Knapp**, Gudrun-Axeli, 2003: Achsen der Ungleichheit – Achsen der Differenz. Verhältnisbestimmungen von Klasse, Geschlecht, „Rasse"/Ethnizität. Münster.

Lampert, Thomas/**Kroll**, Lars E./**Dunkelberg**, Annalena, 2007: „Soziale Ungleichheit und Lebenserwartung in Deutschland". Aus Politik und Zeitgeschichte. B 42, 11-18.

Lampert, Thomas/**Thamm**, Michael, 2004: „Soziale Ungleichheit des Rauchverhaltens in Deutschland". Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 47. Jg. H. 11, 1033-1042.

McCall, Leslie, 2005: "The Complexity of Intersectionality". Signs: Journal of Women in Culture and Society. 30. Jg. H. 3, 1771-1800.

Milliken, Francis J./**Martins**, Luis L., 1996: "Searching for Common Threads: Understanding the Multiple Effects of Diversity in Organizational Groups". Academy of Management Review. 21. Jg. H. 2, 402-433.

Prince, Martin/**Patel**, Vikram/**Saxena**, Shekhar/**Maj**, Mario/**Maselko**, Joanna/**Phillips**, Michael R./**Rahman**, Atif, 2007: "No Health without Mental Health". Lancet. 370. Jg. H. 9590, 859-877.

Stansfeld, Stephen A., 2006: "Social Support and Social Cohesion". In: Marmot, Michael/Wilkinson, Richard G. (Hg.): Social Determinants of Health. Oxford, 148-171.

Vinz, Dagmar, 2008: „Vielfalt, Differenz und Chancengleichheit – Von Managing Diversity zu Diversity Politics?". In: GPJE (Hg.): Diversity Studies und politische Bildung. Schriftenreihe der Gesellschaft für Politikdidaktik und politische Jugend- und Erwachsenenbildung. Schwalbach, 34-52.

Wagner, Gert G./**Frick**, Joachim R./**Schupp**, Jürgen, 2007: "The German Socio-Economic Panel Study (SOEP). Scope, Evolution and Enhancements". Schmollers Jahrbuch. 127. Jg. H. 1, 139-169.