

SOZIALER FORTSCHRITT

Unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik

Herausgegeben von der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt e.V., Bonn

I N H A L T

Arbeitslosigkeit und Gesundheit — ein europäisches (Forschungs-)Problem. Von Dr. Detlef Schwefel, München 169

Bevölkerungsentwicklung und Krankheitskosten. Von Gerd Lefelmann, Bonn, und Günter Borchert, Wuppertal 173

STREIFLICHTER

Hundert Jahre gesetzliche Krankenversicherung (S. 175) — **Illusionen und Realitäten der Sozialen Sicherheit** (S. 176) — **45. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Betriebliche Altersversorgung** (S. 178) — **Familienorientierte Arbeitswelt?** (S. 179)

Beratungskapazität für Betriebsräte — Zur Innovationspolitik der IG Metall. Von Horst Hinz, Frankfurt 180

Betriebliche Mitbestimmung im kirchlichen Dienst. Von Prof. Dr. Wilhelm Herschel, Bonn/Köln 183

Sozialethische Grundlegung von Wirtschaftssystemen — Zur Interdependenz von Sozialethik und Wirtschaft. Von Dr. Lothar Schneider, Bonn/Leverkusen 186

SOZIALPOLITISCHE UMSCHAU 189

NEUE BÜCHER 191

TERMINVORSCHAU 192



Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Ein europäisches (Forschungs-)Problem

Von Dr. Detlef Schewel, München

1. Einleitung

Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000! Dieser kontroverse Wahlspruch der Weltgesundheitsorganisation (WHO) scheint gegenwärtig unrealistisch zu werden. In vielen Ländern der Dritten Welt sprechen Bevölkerungsentwicklung, Bevölkerungskonzentration, sinkende Rohstoffeinkommen und höchst ungleiche Einkommensverteilung gegen die Erfüllung des Ziels der Weltgesundheitsorganisation. Durch die sprunghafte Entwicklung der Rationalisierung durch Roboterwissenschaften und Kommunikationstechnologien auch in der Ersten Welt beflügelt, scheint sich zugleich weltweit eine neue internationale Arbeitsteilung anzukündigen, die auch Europa hinter den Entwicklungszentren beispielsweise im asiatischen Raum zurückläßt. Die neuen Technologien und die Konkurrenz des Weltmarktes setzen Arbeitskräfte frei.

In Europa häufen sich die Zeichen einer strukturellen Wirtschaftskrise. Die offiziellen Arbeitslosenquoten sind in manchen Ländern auf bisher unbekannte Rekordwerte gestiegen — in der Bundesrepublik Deutschland auf 10 9/10 —, das Realeinkommen vieler Europäer sinkt, Furcht und Angst vor Krieg lähmt viele, nicht nur in Westeuropa.

Wenn feststeht, daß „die Verbesserung des Lebensstandards durch bessere Ernährung, Ausbildung und medizinische Einrichtungen langfristig zur Senkung der Mortalitätsraten beigetragen hat“¹ — muß dann nicht im Umkehrschluß befürchtet werden, daß wirtschaftliche Instabilität, sinkendes Realeinkommen und steigende Arbeitslosigkeit bis zum Jahr 2000 unsere Lebenserwartung in Europa deutlich senken wird?

Ein Zusammenhang zwischen wirtschaftlicher Entwicklung und Gesundheit ist immer schon überaus klar zutage getreten in den verarmten Entwicklungsregionen der Welt ebenso wie in der Vergangenheit Europas. Im angelsächsischen Nordamerika und in Europa konnten wir diesen Zusammenhang im Nachkriegsboom vergessen. Zumindest drei Gründe sprechen jetzt dafür, ihn intensiv zu erforschen:

1. Wenn es wahrscheinlich, aber noch nicht bewiesen ist, daß wirtschaftliche Instabilität ein Risikofaktor für die Gesundheit ist, der eventuell wichtiger ist als mancher andere ‚Virus‘, dann ist das eine Herausforderung an die Grundlagenforschung, kausale Beziehungen zwischen Wirtschaft und Gesundheit zu erforschen.
2. Die Hypothese eines Zusammenhangs zwischen Wirtschaft und Gesundheit fordert darüber hinaus die angewandte Forschung auf, die gesundheitlichen

Aus- und Nebenwirkungen von Wirtschafts- und Sozialpolitik — aber auch Sicherheitspolitik — zu evaluieren.

3. Die Vermutung eines wechselseitigen Zusammenhangs zwischen Wirtschaft und Gesundheit erweitert zugleich die Gesundheitspolitik. Sie führt zu einer Neubeurteilung gesundheitspolitischer Zielsetzungen, vor allem auch dann, wenn gemäß der „Strategie der Weltgesundheitsorganisation und ihrer Mitgliedsstaaten Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000 gewährleistet werden soll, d. h. ein Gesundheitsniveau, das es dem Menschen erlaubt, ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen“².

Die wirtschaftliche Krise Europas legt also eine Annäherung zwischen Grundlagenforschung, angewandter Forschung und Politik nahe. Dabei geht es im wesentlichen um folgende Fragen: „Welche Aspekte (oder Zusammenhänge) wirtschaftlichen Wandels prädisponieren welche Art von Leuten über welche Mechanismen zu welcher Art von Krankheiten? Welche Art von Intervention wird vor solchen Krankheitseffekten schützen?“³. Umgekehrt ist zu fragen: Sind die Kranken eher von den negativen Konsequenzen wirtschaftlicher Instabilität betroffen als die Gesunden?

2. Brenners wissenschaftliche Herausforderung

Wirtschaftliche Instabilität scheint sich leicht messen zu lassen durch die Veränderungen des Bruttosozialprodukts oder durch Schwankungen des Pro-Kopf-Einkommens oder durch Arbeitslosenquoten. Gesundheit auf der anderen Seite mag durch ihr Gegenteil — Mortalität — indiziert werden. Da Arbeitslosenquoten und Mortalitätsdaten schon lange fast überall auf der Welt gesammelt werden, liegt es für Ökonomen und Soziologen nahe, diese Daten — möglicherweise zeitverzögert — miteinander in Beziehung zu setzen. Ein Vergleich der Entwicklung von Wirtschaftsdaten und Mortalitätsdaten kann natürlich — das wissen die Vertreter dieses Ansatzes genau — nur als Schwarzer-Kasten-Ansatz verstanden werden. Die möglicherweise komplizierten kausalen Pfade oder gar Irrwege zwischen Wirtschaft und Gesundheit bleiben implizit.

¹ World Health Organization (WHO), Regional Office for Europe (1981): Study on the Influence of Economic Development on Health — Planning Meeting, Summary Report, Copenhagen, 11. - 13. November 1980.

² Ibid.

³ Barnard, K. (1983): Influence of economic instability on health. Report on the Symposium, 1981, in: Influence of Economic Instability on Health, Proceedings, pp. 1 - 25.

Einen solchen als ökonometrisch zu kennzeichnenden Ansatz vertritt seit längerer Zeit Harvey M. Brenner von der Johns Hopkins-Universität in Baltimore. An entsprechenden Zeitreihen innerhalb der Vereinigten Staaten von Amerika fand er mit multiplen Regressionsanalysen seine These nicht widerlegt, daß wirtschaftliches Wachstum gesundheitsfördernd und Rezession, vor allem Arbeitslosigkeit, gesundheitsschädlich ist⁴. Anhand von entsprechenden Wirtschaftsdaten und von todesursachenspezifischen Mortalitätsdaten aus Großbritannien nach dem Kriege konnte er auch für ein europäisches Land die gesundheitlichen Implikationen des wirtschaftlichen Wachstums und der Rezession deutlich zeigen, wobei er gleichzeitig die Effekte von Verhaltensrisiken — Alkohol- und Nikotinmißbrauch — und die Auswirkungen der Gesundheitsdienste berücksichtigt⁵.

So attraktiv waren Brenners Ergebnisse, daß sie nicht nur im Wahlkampf Hubert Humphreys in den USA Verwendung fanden, sondern auch in Europa auf fruchtbaren Boden fielen, weil sie hier in einer Zeit niedergehender Wirtschaften auf die gesundheitlichen Folgewirkungen wirtschaftlicher Krisen verwiesen. Wenn auch geniale Würfe bisweilen sehr einfach sind, so schien andererseits manchem Brenners herausfordernder Ansatz doch zu simpel zu sein, um wissenschaftlicher Kritik Stand zu halten. Zu weit ist Brenners nationalstatistischer Ansatz entfernt vom Wissenschaftsverständnis von Ärzten und Epidemiologen, die in der Gesundheitspolitik und in der Gesundheitsforschung (meist noch) den Ton angeben. Zwei wissenschaftliche Paradigmata treffen hier heftig aufeinander.

3. Die Impulse der Weltgesundheitsorganisation

Es ist das Verdienst des gesundheitswissenschaftlichen Gespürs und der gesundheitsökonomischen Expertise in der Weltgesundheitsorganisation, Brenners Herausforderung als einen Hinweis auf ein wissenschaftliches, soziales und politisches Problem Europas erkannt zu haben, gleichgültig, ob Brenners Ansatz nur einer unter vielen konkurrierenden Ansätzen ist; er stachelt zumindest an, und zwar mehr als andere Ansätze.

1. Im November 1980 tagte im europäischen Büro der Weltgesundheitsorganisation in Kopenhagen eine Planungsgruppe von 15 Wissenschaftlern aus 11 Ländern mit 5 Mitarbeitern der Weltgesundheitsorganisation. Die Tagungsteilnehmer empfahlen Studien auf unterschiedlichen Analyseebenen — Nation, Region, Gemeinde, Individuum —, um von unterschiedlichen Ebenen, Methodologien und Paradigmen her den Zusammenhang zwischen Wirtschaft und Gesundheit zu erforschen bzw. Brenners These zu prüfen^{6, 7}.
2. Im September 1981 lud das Institut für medizinische Informatik und Systemforschung (MEDIS) der Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung München (GSF) zum zweiten Planungstreffen nach München ein; es nahmen 30 Wissenschaftler aus 8 Ländern teil, die zumeist schon konkrete Studien durchgeführt bzw. Forschungspläne entwickelt hatten. Eine Konfrontation der unterschiedlichen Disziplinen, Methodologien und Studiendesigns verwies auf die relativen Vor- und Nachteile unterschiedlicher Studienansätze, zugleich aber auch auf die Notwendigkeit ihrer Koexistenz^{8, 9}.
3. Im Dezember 1982 wurde das dritte Planungstreffen vom Nuffield Centre for Health Services Studies der Universität von Leeds im Auftrag des europäischen Regionalbüros der Weltgesundheitsorganisation durchgeführt. Auf diesem Treffen standen die gesellschaftlichen Implikationen des Problems — Arbeitslosigkeit und Gesundheit — für Gemeinde und Politik im Zentrum der Diskussion. Der Workshop nannte sich entsprechend: Gesundheitspolitik für die Arbeitslosigkeit in der Gemeinde¹⁰.
4. Parallel dazu wurden von der Weltgesundheitsorganisation die Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, das Internationale

Arbeitsamt, die Kommission der Europäischen Gemeinschaften sowie der Europarat zur Zusammenarbeit motiviert, um dieses für Europa wesentliche soziale Problem zu erforschen und um auf dieser Grundlage Empfehlungen für rationale nationale Politiken formulieren zu können¹¹.

Die Impulse der Weltgesundheitsorganisation führten dazu, daß heute in Europa vermehrt und an verschiedenen Stellen wissenschaftliche Anstrengungen unternommen werden, dem Zusammenhang zwischen wirtschaftlicher Instabilität bzw. Arbeitslosigkeit und Gesundheit bzw. Tod auf die Spur zu kommen.

4. Konkurrierende wissenschaftliche Ansätze

Einer breiten wissenschaftlichen Öffentlichkeit ist jetzt eine detaillierte Darstellung der unterschiedlichen wissenschaftlichen Ansätze und der durchaus widersprüchlichen Ergebnisse von Studien zugänglich: die Proceedings der Münchener GSF/MEDIS-WHO-Tagung¹².

In diesem Werk kommen neben den entsprechenden WHO-Berichten zu Wort:

- unterschiedliche Disziplinen von der Epidemiologie über Ökonomie, Psychologie, Psychiatrie, Soziologie bis hin zur Geschichtswissenschaft und
- unterschiedliche Methodologien und Forschungsstrategien von Einzelfallstudien über Bevölkerungsbefragungen, Fall-Kontroll-Studien, Kohortenstudien und Regressionsberechnungen mit Globaldaten.

Unter didaktischen Gesichtspunkten stark vereinfacht lassen sich die Vorgehensweisen in Makro- bzw. Mikroansätze unterscheiden, d. h. in Untersuchungen über Nationen bzw. in Untersuchungen über Menschen. Diese Gegenüberstellung ist vereinfacht, weil sie zunächst absieht von anderen möglichen Analyseebenen in der Kette zwischen Individuum, Familie, Gruppe, Organisation, Ort, Region, Nation, Weltgesellschaft.

4.1. Makrostudien

Makrostudien versuchen Brenners Ansatz (zu korrigieren und) auf Europa testend zu übertragen, wobei allerdings verschiedenen kritischen Einwendungen gegen Brenner Rechnung getragen wird:

1. Analysemethoden: Verschiedene statistische Methoden werden alternativ zu Brenners Vorgehensweise verwendet, wie z. B. Spektralanalysen statt

⁴ Brenner, M. H. (1977): Health cost and benefits of economic policy, in: International Journal of Health Services (1977), pp. 581 - 623.

⁵ Brenner, M. H. (1983): Mortality and economic instability: Detailed analyses for Britain, in: Influence of Economic Instability on Health, Proceedings, pp. 27 - 84.

⁶ WHO (1981), op. cit.

⁷ Brenner, M. H. & Schwefel, D. (1983): Study on the influence of economic development on health. Report on the WHO Planning Meeting, 1980, in: Influence of Economic Instability on Health, Proceedings, pp. 492 - 522.

⁸ World Health Organization (WHO), Regional Office for Europe (1982): Symposium on the Influence of Economic Instability on Health, Summary Report, Munich, 9. - 11. September 1981.

⁹ Barnard, K. (1983), op. cit.

¹⁰ World Health Organization (WHO), Regional Office for Europe (1983): Workshop on Health Policy in Relation to Unemployment in the Community. Summary Report, Leeds, 13. - 15. December 1982.

¹¹ WHO (1981), op. cit.

¹² John, J.; Schwefel, D.; Zöllner, H. (Eds.): Influence of Economic Instability on Health, Proceedings of a Symposium, Munich, 9. - 11. Sept. 1981, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, Series: Lecture Notes in Medical Informatics, Vol. 21, 1983.

Regressionsanalysen und zusätzliche Pfadanalysen zur Prüfung indirekter Verursachungen¹³.

2. Gleichungssysteme: Es wurden multiple Gleichungssysteme statt Mehr-Risiko-Faktoren-Gleichungen verwendet¹⁴.
3. Schätzperioden: Die Schätzperioden werden experimentell variiert, um den Einfluß der Wahl der Schätzperiode auf das Ergebnis prüfen zu können¹⁵. Andererseits wurden die Schätzperioden verlängert, um die Einflüsse von Fluktuationen auszuschalten¹⁶.
4. Zeitverzögerung: Es wurden unterschiedliche Annahmen formuliert über das Ausmaß der Zeitverzögerung zwischen Arbeitslosigkeit und Mortalität, seien sie gegründet auf epidemiologischer Kenntnis über Latenzzeiten, formaler Zeitverzögerungsmodellierungen z.B. à la Koyck¹⁷ oder statistischem optimalen Fitting, wie es Brenner tut.
5. Trendbereinigung: Unterschiedliche Varianten der Trendbereinigung — z.B. linear statt exponentiell — wurden gewählt¹⁸.
6. Intervenierende Variablen: Es wurde der Einfluß unterschiedlicher intervenierender Variablen wie z.B. der Gastarbeiterimmigration berücksichtigt¹⁹.

All diese kritischen Bereinigungen des Brenner-Ansatzes führten nicht dazu, daß Brenners Ergebnisse voll und allgemein bestätigt werden konnten:

- Winter²⁰ fand langfristig stärkere Zusammenhänge zwischen Säuglingssterblichkeit und Ernährung in England als zwischen Säuglingssterblichkeit und Arbeitslosigkeit.
- Søgaard²¹ ermittelte für Dänemark einen stärkeren Einfluß von Alkohol- und Nikotinverbrauch auf die Mortalität als von Arbeitslosigkeit; Arbeitslosigkeit hängt in Dänemark nur mit der Selbstmordhäufigkeit zusammen.
- Für die Bundesrepublik Deutschland konnte John²² inzwischen genau diesem Ergebnis widersprechen; die oft belegte Beziehung zwischen Selbstmord und Arbeitslosigkeit ist hier nicht nachweisbar. Im übrigen fand auch John²³ eine klare und durchgängige Beziehung zwischen Mortalität als abhängiger und Arbeitslosigkeit als unabhängiger Variabler.

Ist Brenners Ansatz, wie immer adaptiert, korrigiert, modifiziert, eben doch ein methodischer Irrweg? Oder gibt es in Europa stärkere soziale oder familiäre Sicherungen gegen Wirtschaftseinflüsse als in Brenners Heimat? Sicherlich intervenieren solche Faktoren. Dies zu prüfen wird im Rahmen von Makrostudien der nächste Schritt sein müssen. Die Brutalität des Einflusses von Arbeitslosigkeit auf Tod, wie sie Brenner für die USA analysierte — überspitzt: 1 vH mehr Arbeitslosigkeit produziert in den USA 36 000 vorzeitige Todesfälle mehr pro Jahr²⁴ — scheint in Europa nicht zu herrschen. Wird sie aber herrschen, wenn wir aus wirtschaftlichen Überlegungen heraus unsere sozialen Netze löchern?

Daß die angedeuteten Zusammenhänge nicht nur für Westeuropa gelten, konnte Włodarczyk²⁵ mit Hilfe eines nicht so streng an Brenner angelehnten Modells schon vor der jüngsten politischen und gesellschaftlichen Krise Polens zeigen. Włodarczyk²⁶ weist zugleich auch auf die Zusammenhänge mit der Gesundheitsversorgung hin. Eine systematische Erforschung kausaler statt nur korrelationaler Zusammenhänge müßte jedoch erst noch beginnen.

4.2. Mikrostudien

Genau dieses Argument — Kausalität statt Korrelation — wird bisweilen (fälschlicherweise) als Begründung für die wissenschaftliche Superiorität von Mikrostudien herangezogen, insbesondere wenn es sich um prospektive Kohortenstudien epidemiologischer Herkunft handelt.

Fagin²⁷ ermittelte mit Hilfe psychiatrisch-klinischer Längsschnittinterviews mit einigen Arbeitslosen und ihren Familien in Großbritannien einen ‚kausalen‘ Bezug zwischen Arbeitslosigkeit und Krankheit. Kasl²⁸ fand in einer sehr kleinen Kohortenstudie in den USA kurzfristig Streß-Effekte, aber keine längeren gesundheitlichen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit. Entsprechend ermittelte Brinkmann²⁹ in der Bundesrepublik Deutschland, daß Arbeitslose nicht psychisch kränker sind, daß sie aber psychisch und mental betroffen sind, was längerfristig physische Auswirkungen haben mag; in der Bundesrepublik Deutschland wird diese psychosoziale Belastung von den Arbeitslosen als stärker wahrgenommen als die finanzielle. Catalano & Dooley³⁰ fanden bei einer Verfolgung von Vierteljahresstichproben in den Vereinigten Staaten bestätigt, daß die Erfahrung wirtschaftlicher Probleme ein größeres Krankheitsrisiko bedeutet und daß in Zeiten wirtschaftlicher Instabilität höhere Gesundheitsrisiken auftreten.

Ob sich auch in solchen Mikrostudien ein struktureller Unterschied von Ergebnissen zwischen USA und Europa niederschlägt, müßte noch genauer überprüft werden. Überall aber treten zunächst einmal psychosoziale Auswirkungen auf statt Morbidität oder gar Mortalität, und es intervenieren Persönlichkeitsprägungen wie z.B., ob Menschen Arbeit als Ziel ansehen oder als Instrument, wie Fröhlich³¹ nachweist.

¹³ Søgaard, J. (1983): Socio-economic change and mortality — a multivariate coherency analysis of Danish time series, in: Influence of Economic Instability on Health, Proceedings, pp. 85 - 112.

¹⁴ Ibid.

¹⁵ John, J. (1983): Economic instability and mortality in the Federal Republic of Germany. Problems of macroanalytical approach with special reference to migration, in: Influence of Economic Instability on Health, Proceedings, pp. 113 - 138.

¹⁶ Winter, J. M. (1983): Unemployment, nutrition and infant mortality in Britain, 1920 - 1950, in: Influence of Economic Instability on Health, Proceedings, pp. 169 - 199.

¹⁷ John, J. (1982): Economic instability and health: Infant mortality and suicide reconsidered, Paper prepared for the WHO-Workshop on Health Policy in Relation to Unemployment in the Community, Leeds, 13. - 15. Dec. 1982.

¹⁸ Ibid.

¹⁹ John, J. (1983), op. cit.

²⁰ Winter, J. M. (1983), op. cit.

²¹ Søgaard, J. (1983), op. cit.

²² John, J. (1982), op. cit.

²³ John, J. (1983), op. cit.

²⁴ Brenner, M. H. (1977), op. cit.

²⁵ Włodarczyk, W.; Szubert, Z.; Bryła, M.: (1983): An attempt to analyse some dependences between economic and health status in Poland in the years 1959 - 1979, in: Influence of Economic Instability on Health, Proceedings, pp. 139 - 169.

²⁶ Ibid.

²⁷ Fagin, L. (1983): Unemployment: A psychiatric problem as well?, in: Influence of Economic Instability on Health, Proceedings, pp. 286 - 292.

²⁸ Kasl, S. V. (1983): Strategies of research on economic instability and health, in: Influence of Economic Instability on Health, Proceedings, pp. 338 - 370.

²⁹ Brinkmann, C. (1983): Health problems and psycho-social strains of unemployed. A summary of recent empirical research in the Federal Republic of Germany, in: Influence of Economic Instability on Health, Proceedings, pp. 263 - 285.

³⁰ Catalano, R. & Dooley, D. (1983): The health effects of economic instability: A test on the economic stress hypothesis, in: Influence of Economic Instability on Health, Proceedings, pp. 225 - 262.

³¹ Fröhlich, D. (1983): Economic deprivation, work orientation and health: Conceptual ideas and some empirical findings, in: Influence of Economic Instability on Health, Proceedings, pp. 293 - 320.

4.3. Vor- und Nachteile von Makro- und Mikrostudien

Ein Vergleich der forschungsstrategischen Vor- und Nachteile von Makro- und Mikrostudien scheint nötig zu sein, damit nicht nur der Zufall der jeweiligen professionellen Sozialisation über Akzeptanz oder Verwerfung wissenschaftlicher Ergebnisse anderer Disziplinen entscheide. Was sind also die Vor- und Nachteile des Makroansatzes gegenüber dem Mikroansatz?

Der Mikroansatz wird gern mit einer klinischen oder epidemiologischen oder psychologischen Forschung gleichgesetzt, die Abläufe im Organismus des einzelnen Menschen bzw. in der Interaktion zwischen Mensch und (belastender) Umwelt untersucht und die Frage von Lebensqualität, Gesundheit und Krankheit. In Ermangelung entsprechender Daten orientiert sich der Makroansatz eher am Gegenteil der Gesundheit, der Mortalität, und entstammt den sozialwissenschaftlichen Disziplinen der Politologie, Soziologie und Ökonomie. Es ist klar, daß beide Ansätze den gemeinsamen wissenschaftlichen Standards empirischer Forschung genügen müssen: Objektivität, Wiederholbarkeit, Zuverlässigkeit, Gültigkeit. Im folgenden sollen jedoch eher die Unterschiede als die Gemeinsamkeiten dargestellt werden, die komparativen Vor- und Nachteile, wie sie sich bei der Beobachtung des WHO-Projektes 'Die Untersuchung des Einflusses von wirtschaftlicher Instabilität auf die Gesundheit' zeigten.

Die folgenden Kriterien nennen die Vorzüge von Makrostudien:

1. Große Populationen und seltene Ereignisse, Vollständigkeit der Daten
2. Lange Zeiträume, Kontinuität der Datensammlung, Periodizität
3. Internationale Reichweite der gesammelten Daten
4. Schnelle Verfügbarkeit von Daten und Informationen
5. Einfluß aller intervenierenden Variablen auf den Variablenatz
6. Einschluß aller indirekten Effekte wie z. B. Spill-over-Effekte³²
7. Ausschluß von Hawthorne/Heisenberg-Effekten³³
8. Ersparnis von Forschungskosten

Für prospektive Mikrostudien sprechen die folgenden Kriterien:

9. Konstrukt- und hypothesennahe Operationalisierungen
10. Pfadanalysen statt Schwarzer-Kasten-Ansatz
11. Ausschließbarkeit intervenierender Variablen
12. Face Validity, authentische Situationsdefinitionen der 'Objekte'
13. Hypothesentestungspotential

Die Einhaltung der folgenden beiden Kriterien ist automatisch weder im Makro- noch im Mikroansatz gewährleistet:

14. Sicherheit vor ökologischen Trugschlüssen
15. Gesicherte Kausalitäten

Aber: Es läßt sich auch argumentieren, daß der Mikroansatz vor ökologischen Trugschlüssen eher schützt, wengleich er andererseits gegen andere Einsichten und Evidenzen immunisiere.

4.4. Mehrebenenstudien als Ziel

Gegenüber den bisweilen skurrilen Mißverständnissen zwischen Epidemiologie und Sozioökonomie aufgrund der gar nicht einfach aufeinander abbildbaren Konstrukte Individuum und Gesellschaft bleibt zur Zeit nur der Hinweis, daß beide Ansätze Vorteile haben. Die politische und gesellschaftliche Attraktivität des Makroansatzes ist wegen seiner großen Reichweite — Kriterien 1 bis 4 — verständlich, im wissenschaft-

lichen Studiendesign enthält er auch überindividuelle Einflüsse wie z. B. Spill-over-Effekte. Der Mikroansatz zeichnet sich demgegenüber aus durch beliebige Präziserbarkeit und Differenzierbarkeit und durch Face Validity. Auch Revisionen des Studiendesigns sind beim Mikroansatz wegen der Veränderbarkeit der Datenbasis leichter durchführbar. Welchem von beiden Ansätzen jedoch Validität zukommt, hängt ab vom theoretischen Validitätsbegriff und vom Untersuchungsgegenstand. Zumindest aber wird wohl dann die Überzeugungskraft — d. h. nicht Beweiskraft — von Studienergebnissen größer sein, wenn Evidenzen sowohl auf der Mikro- als auch auf der Makroebene dafür sprechen, wenn Ökonomen und Psychologen und Epidemiologen zu gleichgerichteten Ergebnissen bzw. zu komplementären Interpretationen und konstruktiven Forschungsanregungen kommen. Dann würden Makrozusammenhänge durch Verweis auf Mikrotheorien begründet und die gesellschaftlich weitreichende Relevanz von Mikrostudien durch Verweis auf gleichlautende Gesamtzusammenhänge auf Makroebene dargestellt werden können. Allerdings handelt es sich hierbei nur um eine technische Kreuzvalidierung.

5. Über die Gültigkeit und den Nutzen der Forschung

Durch Kreuzvalidierungen werden Evidenzen gesammelt, aber keine Richtigkeitsbeweise geführt. Im Makroansatz werden beispielsweise tatsächlich nicht die Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit gemessen, sondern die zwischen Entwicklung der registrierten Arbeitslosenquoten und der Entwicklung von irgendwie codierten registrierten Todesursachendaten. Eine Vielzahl von Gründen spricht gegen eine naive Gleichsetzung von Gesundheit und Abwesenheit von Mortalität und gegen eine Gleichsetzung von Arbeitslosenquoten und Arbeitslosigkeit³⁴:

- Die Definitionen über die Arbeitsmarkt-beteiligung verschiedener sozialer Gruppen ändern sich mit der Zeit und im Raum.
- Die Registrierungspraktiken unterscheiden sich nach institutionellen Rahmenbedingungen der Systeme sozialer Sicherung.
- Es müssen verschiedene Typen von Arbeitslosigkeit — z. B. zyklische und strukturelle Arbeitslosigkeit — unterschieden werden.
- Arbeitslosenquoten gibt es nur jenseits der feudalistischen, subsistierenden, geplanten und grauen Bereiche der Wirtschaft.
- Arbeitslosenquoten können vielfältig je nach sozialen Voraussetzungen und Konsequenzen interpretiert werden als Indiz für Armut oder Einkommensverlust, als Reflex von Arbeitsmarktproblemen, als psychologischer Standortverlust, als vorzeitige Pensionierung oder verlängerte Schulung.

³² In der Ökonomie gelten positive externe Effekte als Spill-over-Effekte. Im sozialen System versteht man darunter den Prozeß der Übernahme von Zielsetzungen eines Subsystems, die über seine eigenen Grenzen hinausweisen, durch andere Subsysteme. Siehe F u c h s, W. et al. (1978): Lexikon zur Soziologie. Westdeutscher Verlag, Opladen, p. 730.

³³ Als Hawthorne-Effekt bezeichnet man die Verfälschung von experimentellen Ergebnissen oder empirischen Beobachtungen aufgrund des Bewußtseins der Versuchspersonen, daß sie an dem Experiment oder der Beobachtung teilnehmen. Der Heisenberg-Effekt ist die aus dem Heisenberg-Prinzip (daß entweder temporale Lokalisation im Raum oder die Energie eines Elektrons bestimmt werden können, nicht aber beides) abgeleitete Limitierung der Sozialforschung, daß beim Messen einer Variable eine andere nicht mehr oder nur verfälscht meßbar ist. Siehe F u c h s, W. et al. (1978): Lexikon zur Soziologie. Westdeutscher Verlag, Opladen, p. 307.

³⁴ Brenner, M. H. & Schwefel, D. (1983), op. cit.

All diese Argumente verweisen auf die vage, teils widersprüchliche Bedeutung der Arbeitslosenquoten.

Aber auch darüber hinaus: Weisen nicht die Unterschiede zwischen verschiedenen Studien darauf hin, daß die soziale Bedeutung der Arbeitslosigkeit starken Veränderungen und Variationen unterliegt, daß die Furcht vor Arbeitslosigkeit fürchterlicher sein kann, als die Arbeitslosigkeit, sofern es nicht bloß um Arbeitslosigkeit geht, sondern um soziale Sicherheit, um finanzielle und soziale und emotionale Verankerung eines Individuums im sozialen Raum, sei es staatlich geplant oder im Familien- oder Freundeskreis? Ist dann Arbeitslosigkeit das Thema oder das Zerreißen sozialer Unterstützungssysteme bzw. das Fehlen einer (gewerkschaftlichen) Lobby und die Stigmatisierung von Arbeitslosen zu Außenseitern?

Diese Überlegungen weisen darauf hin, daß es für eine gesundheitsökonomische Grundlagenforschung noch genügend zu tun gibt, um die wirtschaftlichen, sozialen und gesundheitlichen Konnotationen der Arbeitslosigkeit zu erhellen, um damit der Gefahr zu entgehen, einen Indikator zu reifizieren.

Der angewandten (gesundheitsökonomischen) Forschung könnte es in diesem Zusammenhang zur Aufgabe gemacht werden, alternative Initiativen zur Verringerung der Arbeitslosigkeit — Gleichverteilung von Arbeitszeit, flexible Frühpensionierung, Arbeitsbeschaffungsprogramme, selektive Arbeitsreintegration je nach Persönlichkeitstyp — hinsichtlich ihrer Relevanz und ihrer gesellschaftlichen und gesundheitlichen Aus- und Nebenwirkungen zu evaluieren. Im pragmatischen Sinne sind darüber hinaus die besonders Betroffenen zu ermitteln, z. B. junge Schulabgänger, ältere Facharbeiter, bestimmte Persönlichkeitstypen, um dadurch der Sozialpolitik Hinweise auf Zielgruppen geben zu können.

Die Herausforderung von Brenner, die Impulse der Weltgesundheitsorganisation und die wissenschaftliche Unruhe verschiedener Forscher(gruppen) in Eu-

ropa haben der Gesundheitsökonomie ein weites Feld geöffnet und die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kontroverse angestachelt, um Grundlagenforschung und angewandte Gesundheitssystemforschung mit dem Entwurf oder der Kritik sozialer und wirtschaftlicher Politiken anzubündeln.

Tendenziell war die Ausgangsfragestellung von Brenner und seinen Nachfolgern konservativ. Schädigt wirtschaftlicher Wandel? Gleichberechtigt ließe sich fragen: Schädigt nicht auch soziale und wirtschaftliche Routine und Stabilität und Stagnation? Provokativ läßt sich darüber hinaus fragen: Nützt nicht unsere europäische wirtschaftliche Stagnation zumindest dem japanischen oder koreanischen Arbeiter, der im Prozeß allmählicher weltweiter Umverteilung von Ressourcen auch gesundheitlich profitieren mag? Die Devise 'Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000' läßt diese Fragen gerechtfertigt erscheinen.

Die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit weist also über sich selbst hinaus. Die Weltgesundheitsorganisation hatte die konzeptionelle Fragestellung 'Wirtschaftliche Instabilität und Gesundheit' aufgegriffen. Der aktuelle Bezug zur Arbeitslosigkeit signalisiert das aktuelle soziale Problem, das in Europa auf der Tagesordnung steht. Als Wissenschaftler muß man jedoch davor warnen, daß Indikatoren nicht zu ernst genommen werden. Möglicherweise ist Arbeitslosigkeit weder das eigentliche soziale Problem noch ein gesundheitliches Problem, sondern nur die Ungleichverteilung von Arbeitsbelastungen und von Belastungen aufgrund von Arbeitslosigkeit; es könnte sogar sein, daß Arbeitslosigkeit bisweilen (kurzfristige) therapeutische Effekte hat. Auch solche weiteren Zusammenhänge zu erahnen und dennoch präzise Einzelforschung durchzuführen, ist Aufgabe der angewandten Gesundheitsökonomie, der es nicht nur allein ums Geld und ums Bezahlen geht, sondern auch um die Zusammenhänge zwischen Wirtschaft, Gesellschaft und Gesundheit.