

# Zusammenhang zwischen eingeschränktem Gesundheitszustand und Arbeitslosigkeit

E. Pech, G. Freude

## Zusammenfassung

- 1) Die Unterschiede zwischen aktuell Erwerbstätigen und Arbeitslosen sind hinsichtlich wichtiger Gesundheitsindikatoren durch zahlreiche Studien empirisch gut belegt:
  - a. Arbeitslose schätzen ihren eigenen Gesundheitszustand deutlich häufiger als Erwerbstätige als mittelmäßig bis sehr schlecht ein.
  - b. Der Anteil von Arbeitslosen mit Störungen der psychischen Gesundheit (Major Depression, Dysthymie, Panikstörungen, Phobien, Somatoforme Störungen) ist gegenüber Erwerbstätigen um das Zwei- bis Vierfache erhöht.
  - c. Die Zahl der Krankenhaustage von Arbeitslosen übersteigt die von Erwerbstätigen sowohl insgesamt als auch hinsichtlich vieler Einzeldiagnosen um das Mehrfache (z. B. Medikamentenabhängigkeit: 22-fach, Alkoholabhängigkeit: 9-fach)
  - d. Das Mortalitätsrisiko bei Personen mit zwei oder mehr Jahren Arbeitslosigkeit ist um den Faktor 3,8 erhöht.
  - e. Das Suizidrisiko (RR) Arbeitsloser beiderlei Geschlechts ist gegenüber Erwerbstätigen um das Zwei- bis Dreifache erhöht.
- 2) Den Fragen, ob ein schlechter gesundheitlicher Zustand verstärkt zum Arbeitsplatzverlust führt oder aber der bei Arbeitslosigkeit häufiger zu beobachtende eingeschränkte Gesundheitszustand eine Folge der Arbeitslosigkeit ist, wird in der Arbeitslosigkeitsforschung in Gestalt der Kausalitäts- und Selektivitätshypothesen nachgegangen. Nach der Einschätzung der meisten Autoren finden sich für beide Hypothesen in zahlreichen Querschnitts- und Längsschnittstudien Belege für deren Gültigkeit. Danach konnte gezeigt werden, dass beide Hypothesen gleichzeitig nebeneinander ihre Berechtigung haben und als Erklärungsmuster für Gesundheitseinschränkungen von Arbeitslosen herangezogen werden können. Es wird daher gelegentlich von einer Wechselwirkung von Kausalität und Selektion im Sinne eines „Teufelskreises“ gesprochen.

## 1 Empirische Befunde zu Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Ein im Vergleich mit Erwerbstätigen deutlich schlechterer Gesundheitszustand von Arbeitslosen kann als wissenschaftlich gesichert gelten.

Der Vergleich bezieht sich in der Regel auf folgende Indikatoren:

- Subjektive Gesundheit
- Gesundheitliche Beschwerden
- Gesundheitsriskantes Verhalten
- Frühberentung
- Mortalität

## Arbeitslosigkeit und (subjektive) Gesundheit

Wie das RKI 2008/09 ermittelte<sup>1</sup>, schätzen Arbeitslose ihren eigenen Gesundheitszustand deutlich häufiger als Erwerbstätige als mittelmäßig bis sehr schlecht ein. Bei Frauen ist die Differenz zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen in den neuen Bundesländern noch größer als in den alten Bundesländern. Bei Männern hingegen sind in den alten Bundesländern größere Unterschiede zu beobachten (Anhang, Abbildung 1).

Vergleichbare Ergebnisse zeigen sich auch für das Risiko von selbstberichteten gesundheitsbedingten Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten und hinsichtlich der Prävalenz chronischer Krankheiten. Im Vergleich zu Erwerbstätigen sind arbeitslose Frauen und Männer häufiger funktionell eingeschränkt und chronisch krank, wobei sich dieser Zusammenhang in den neuen und alten Bundesländern in ähnlicher Größenordnung darstellt (RKI, 2009).

Bereits in den 1980er Jahren erhobene Daten einer Längsschnittstudie<sup>2</sup> belegten die teilweise erheblichen Unterschiede bei verschiedenen gesundheitsbezogenen Indikatoren zwischen Arbeitslosen und aktuell Erwerbstätigen. Diese Daten zeigen eindeutig eine Abnahme sowohl der subjektiven Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustandes als auch bei der Bewertung der eigenen Funktionsfähigkeit (Anhang, Tabelle 1) sowie auch bei dem Anteil mit Krankenhausaufenthalt bei Langzeitarbeitslosen.

Die vergleichsweise deutlich schlechtere gesundheitliche Situation von Arbeitslosen kommt in Tabelle 2 (Anhang) durch die Zahl der Krankenhaustage nach Diagnosen noch deutlicher zum Ausdruck.

Diese Aussage wird durch den aktuellen Krankenhausreport der Barmer GEK bestätigt. Es wird ausgewiesen, dass die Gruppe „Arbeitslos“ mit 182 Fällen je 1.000 Versicherungsjahre (VJ) und 1.572 Tagen Verweildauer je 1.000 VJ im Vergleich mit anderen Berufsgruppen die absolute Spitzenposition einnimmt (Barmer GEK, 2010).

Eine von BORMANN (2006) vorgenommene Auswertung des Bundesgesundheits surveys von 1997/98 zeigt die Unterschiede hinsichtlich wesentlicher Gesundheitsindikatoren

zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen im Querschnitt (getrennt nach Geschlechtsgruppen und Region Ost/West, Tabelle 3 im Anhang). Die Daten zeigen, dass bei Arbeitslosen ungünstigere Parameter vorliegen (schlechterer Gesundheitszustand, gesundheitsschädigendes Verhalten: Rauchen, Bluthochdruck, Übergewicht). Einschränkend sei angemerkt, dass auf Grundlage von Querschnittsdaten keine Aussagen darüber möglich sind, inwieweit letztere bereits vor Eintritt der Arbeitslosigkeit vorlagen oder sich erst in ihrem Verlaufe entwickelt haben.

## Arbeitslosigkeit und Mortalitätsrisiko

Einer auf der Auswertung schwedischer Registerdaten basierende Studie von ELIASON et al. (2004) zufolge, haben arbeitslose Männer gegenüber Erwerbstätigen ein um 44 % erhöhtes Risiko innerhalb der ersten 4 Jahre nach Eintritt der Arbeitslosigkeit zu versterben. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen GROBE et al. (2003) auf der Basis der Auswertungen von Krankenkassendaten (GEK), nach denen sich Arbeitslosigkeit auf die Sterblichkeit auswirkt und sich das Mortalitätsrisiko bei Personen mit zwei oder mehr Jahren Arbeitslosigkeit um den Faktor 3,8 erhöht.

## Arbeitslosigkeit und Suizidrisiko

Die Auswertung neuseeländischer Censusedaten und Mortalitätsregister ergab 2003, dass das Suizidrisiko (RR) Arbeitsloser beiderlei Geschlechts gegenüber Erwerbstätigen um das Zwei- bis Dreifache erhöht ist (BLAKELY et al., 2003).

## Arbeitslosigkeit und Prävalenz psychischer Störungen

In Deutschland haben Erhebungen im Rahmen des Bundesgesundheits surveys von 1997/98 in Hinsicht auf die Prävalenz psychischer Störungen (nach ICD 10, 12-Monats-Prävalenz) ebenfalls deutliche Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen ergeben. Wie die Tabelle 4 (Anhang) zeigt, ist im Vergleich mit aktuell Erwerbstätigen wie auch mit arbeitslosen Frauen insbesondere die psychische Gesundheit arbeitsloser Männer erheblich schlechter einzuschätzen (ROSE et al., 2006).

## 2 Zum Kausalitäts- vs. Selektivitätsproblem

Ob der eingeschränkt gesundheitliche Zustand verstärkt zum Arbeitsplatzverlust führt oder aber der bei Arbeitslosigkeit häufiger zu beobachtende eingeschränkte Gesundheitszustand eine Folge der Arbeitslosigkeit ist, wird in der Arbeitslosigkeitsforschung bereits seit längerem in Gestalt der Kausalitäts- und Selektivitätshypothesen diskutiert.<sup>3</sup>

Der Kausalitäts- bzw. social-causation-Hypothese (HÄFNER, 1990; WINEFIELD, 1995) zufolge führt der Eintritt von Arbeitslosigkeit kausal zu den negativen psychischen und physischen gesundheitlichen Folgen, zu Krankheit und vorzeitigem Tod. Dies kann zum einen direkt und andererseits indirekt als Folge eines geänderten Verhaltens, wie z. B. höherer Nikotin- und

<sup>1</sup> GEDA09: Telefonbefragung des Robert Koch-Instituts im Juli 2008 bis Ende Mai 2009 unter dem Namen „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) N = 25.000.

<sup>2</sup> Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie/Survey West N = 4.700.

<sup>3</sup> Zur Geschichte des Forschungsthemas „Arbeitslosigkeit“ vgl. MOHR (2010).

Alkoholkonsum, oder durch sozio-ökonomische Belastungen, wie etwa finanzielle Probleme, eintreten.

Dagegen sieht die sogenannte „drift“- oder Selektions-Hypothese die Unterschiede durch Selektionsprozesse verursacht, durch die Personen mit gesundheitlichen Problemen (chronische Erkrankungen, häufige oder lange Fehlzeiten) eher entlassen werden und mit geringerer Wahrscheinlichkeit Arbeitsangebote erhalten. Eine Auslese zu Ungunsten gesundheitlich eingeschränkter Menschen findet sich demnach in Einstellungsverfahren oder durch die Festlegung von Auswahlkriterien für Entlassungen und Stellenabbaustrategien, weil ihnen weniger Leistungsfähigkeit unterstellt wird. Personen, die häufiger und länger krank sind, werden dieser Annahme folgend eher arbeitslos und bleiben dies auch länger als Gesunde.

PAUL et al. weisen in ihrer Überblicksdarstellung von 2001 daraufhin, dass zwar beiden Hypothesen für sich hohe Plausibilität zuzuweisen ist, jedoch bereits durch WINEFELD (1995) selbst offen gelassen wurde, welche der beiden Hypothesen vor dem Hintergrund der vorliegenden Forschungsdaten als letztlich gültig anzusehen sei. Seine Antwort lautete daher folgerichtig: „both!“ (Zitiert nach PAUL et al., 2001)

In Kenntnis neuer Forschungsergebnisse kommen auch FÖRSTER et al. (2004) zu dem Schluss: Für beide Hypothesen fanden sich in Studien Belege. Für die Kausalitätshypothese etwa bei SEMMER (1993) oder BJARNASON et al. (2003), für die Selektionshypothese, z. B. bei KIVIMÄKI et al. (2003). In den meisten Untersuchungen konnte jedoch gezeigt werden, dass beide Hypothesen gleichzeitig nebeneinander ihre Berechtigung haben und als Erklärungsmuster herangezogen werden können (vgl. z. B. GROBE et al., 2003; PAUL et al., 2001; BROUTSCHEK et al., 1999).

BERTH et al. (2006) sprechen auf Grundlage ihrer Auswertungen der Sächsischen Längsschnittstudie von einer Wechselwirkung von Kausalität und Selektion im Sinne eines „Teufelskreises“.

Ein klarer Verfechter der Selektionshypothese ist dagegen PRÖLL (2004), der mit Verweis auf die Analysen von PAUL et al. (2001) und der Studie von KIVIMÄKI et al. (2003) „deutliche Belege für die Gültigkeit der Selektionshypothese“ sieht und deshalb fordert, dass der „Selektionshypothese mehr Evidenz zugewilligt werden muss als das die Arbeitslosigkeitsforschung bisher tut“.

MOHR (2008) relativiert allerdings diese Einschätzungen zu Gunsten der Kausalitätshypothese: „Inzwischen liegt eine

Vielzahl von Längsschnittstudien und Metaanalysen vor. Damit kann die grundsätzliche Frage, ob Erwerbslose aufgrund ihrer psychischen Labilität erwerbslos werden und bleiben (Selektionsthese) oder die psychische Labilität der Erwerbslosen eine Folge der Erwerbslosigkeit ist (Verursachungsthese)<sup>4</sup>, inzwischen folgendermaßen beantwortet werden: Es lassen sich sowohl Selektions- als auch Verursachungseffekte feststellen. Es kann also belegt werden, dass Erwerbslosigkeit eine Verschlechterung des Befindens bewirkt, dass aber bei einigen Menschen eine bereits vorhandene psychische Labilität die Erwerbslosigkeit begünstigt. Zentral ist dabei folgende Aussage auf der Grundlage von Daten aus insgesamt 223 Studien aus unterschiedlichen westlichen Ländern: Der Verursachungseffekt ist deutlich stärker ausgeprägt als der Selektionseffekt. Unter den Erwerbslosen ist der Anteil psychisch beeinträchtigter Personen doppelt so hoch wie in der Gruppe der Erwerbstätigen. Depressivität, Angstsymptome, psychosomatische Beschwerden und die Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl sind als psychische Folgen der Erwerbslosigkeit nachgewiesen. Im Gesundheitsreport einer deutschen Krankenversicherung wird auf der Grundlage der Daten von 2,4 Millionen Versicherten festgestellt, dass die Behandlungsquote mit Antidepressiva bei Erwerbslosen um 77 Prozent höher liegt als bei Erwerbstätigen“.<sup>5</sup>

Auch HOLLEDERER (2002, 2003) sieht eine Tendenz zu stärkeren Effekten durch die Auswirkungen einer bereits vorliegenden Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit, also einer größeren Bedeutung der Kausalitätshypothese. Nach seiner Meinung fehlen aber größere und aktuelle Längsschnittstudien, um diese Frage valide beantworten zu können.

Die Notwendigkeit aktueller Längsschnittstudien ergibt sich auch daraus, dass sich in der Arbeitswelt gerade in den letzten 10 - 15 Jahren gravierende Veränderungen vollzogen haben, die durch ältere Datenbestände nur eingeschränkt erfasst sind. Gerade vor dem Hintergrund der unbestrittenen starken Zunahme der psychischen Belastung durch Erwerbsarbeit in den letzten Jahren ist davon auszugehen, dass damit auch das Risiko von Einbußen der Leistungsfähigkeit bis hin zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen und damit auch das Risiko von Arbeitslosigkeit angestiegen ist. Die hohen Zuwachsraten bei psychischen Diagnosen in den AU-Daten der Krankenkassen und der anhaltende Trend zu Frühberentung wegen psychischer Erkrankungen sind auch ein Beleg dafür, dass gesundheitliche Probleme der Arbeitslosigkeit und ggf. darauf folgenden Frühberentungen im erheblichen Umfang vorausgehen und damit im gewissen Maß den Übergang von der Erwerbstätigkeit in die Arbeitslosigkeit mit verursachen. Diese Fragen lassen sich nur im Rahmen groß angelegter Längsschnittstudien unter Einschluss von Registerdaten klären.

<sup>4</sup> Konkrete Angst vor Arbeitslosigkeit hat übrigens ähnliche Effekte wie Arbeitslosigkeit selbst (FRESE, 1981).

<sup>5</sup> MOHR (2010) weist allerdings hinsichtlich vorliegender Untersuchungsergebnisse zu Auswirkungen der Erwerbslosigkeit auch auf eine Reihe unerwarteter, widersprüchlicher und wenig abgesicherter Befunde hin.

Abschließend sei noch auf einen anderen Aspekt hingewiesen, der den Themenkreis Arbeitslosigkeit–Gesundheit–Kausalität – Selektion tangiert. Dieser ist in einem sozialen Gradienten zu sehen, der auch – wie bei allen gesundheitsrelevanten Fragen – zu berücksichtigen ist<sup>6</sup>. Es ist davon auszugehen, dass sowohl hinsichtlich der Wirkrichtung „eingeschränkte Gesundheit → Arbeitslosigkeit“ als auch umgekehrt „Arbeitslosigkeit → Gesundheit“ signifikante Effekte mit dem sozialen

Status verbunden sind und insofern den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit maßgeblich moderieren.<sup>7</sup> MOHR (2010) hat in diesem Zusammenhang auf die Notwendigkeit hingewiesen, einer Reihe zusätzlicher Bedingungen (intervenierende Variablen) wie finanzielle Lage, Qualifikation, Arbeitsorientierung u. a. stärker zur Erklärung des Zusammenhanges von Arbeitslosigkeit und Gesundheit heranzuziehen.

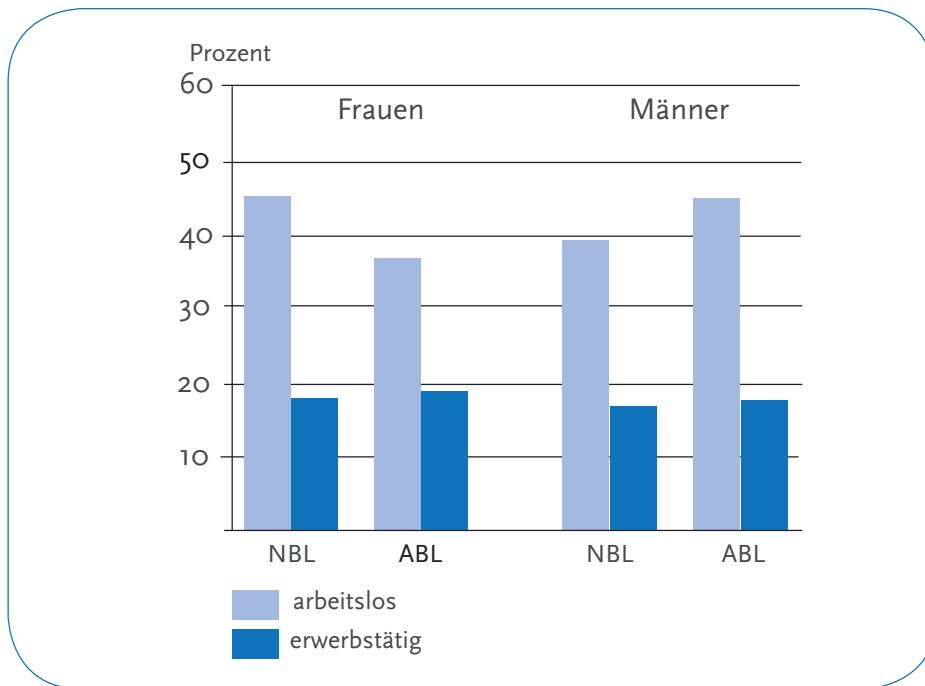
## Schlussfolgerungen

- 1) Es besteht Forschungsbedarf dahingehend, inwiefern die gravierenden Veränderungen der Arbeitswelt der letzten 10 - 15 Jahre, die insbesondere durch einen starken Anstieg der psychischen Belastung charakterisiert werden, mit den vorliegenden Daten zum Zusammenhang von Gesundheit und Arbeitslosigkeit erfasst werden und dabei insbesondere mögliche Veränderungen der Gesundheitslage von Erwerbstätigen und Arbeitslosen hinreichend abbilden. In diesem Zusammenhang wird in der Literatur auch auf den Mangel an aktuellen Längsschnittdaten zu diesem Themenkreis hingewiesen.
- 2) Ein weiteres Defizit in den Untersuchungen zum Zusammenhang von Gesundheit und Arbeitslosigkeit besteht u. E. in der zu geringen Beachtung der spezifischen Bedingungen einzelner Soziallagen (sozialer Gradient).
- 3) Unabhängig davon bieten die bereits vorliegenden Erkenntnisse über den Zusammenhang von Gesundheit und Arbeitslosigkeit hinreichend Anlass, den gesundheitsschädigenden Auswirkungen der Arbeitslosigkeit stärker entgegenzuwirken (DGB, 2010).

<sup>6</sup> Sozialer Gradient heißt verkürzt gesagt, dass sowohl die Chancen dafür gesund als auch erwerbstätig zu sein resp. zu bleiben, überzufällig ungleich zwischen unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen verteilt sind. Diese Gruppen sind vor allem über solche Merkmale wie soziale Herkunft, Bildung, Einkommen, bereits gemachte Arbeitslosigkeitserfahrungen sowie z. T auch die regionale Verortung definiert. Diese sozialstrukturellen Merkmale überlagern sich in ihrer Wirkung mit den demographischen Merkmalen Alter und Geschlecht.

<sup>7</sup> Das RKI (2009) zieht in seinem Bericht „20 Jahre nach dem Fall der Mauer: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt?“ dazu folgendes Fazit: Eine Vielzahl empirischer Untersuchungen weist darauf hin, dass zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage ein enger Zusammenhang besteht. In dem vorliegenden Kapitel wurde exemplarisch die Bedeutung des Einkommens, der Bildung und der Arbeitslosigkeit für die Gesundheit betrachtet. Die berichteten Forschungsbefunde verdeutlichen, dass Personen mit einem niedrigen Einkommen, einer geringen Bildung und Arbeitslosigkeitserfahrungen häufiger von Krankheiten und Beschwerden betroffen sind, ihren eigenen Gesundheitszustand und ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität schlechter einschätzen und einer höheren vorzeitigen Sterblichkeit unterliegen. In einigen Bereichen der Gesundheit zeigen sich auch Unterschiede zwischen den mittleren und höheren Einkommens- bzw. Bildungsgruppen. Bisweilen kann somit von einem sozialen Gefälle der Gesundheitschancen gesprochen werden: Je schlechter die soziale Lage, desto höher ist das Risiko einer Beeinträchtigung der Gesundheit. (...) Die Auswertungen der GEDA-Daten machen hierzu deutlich, dass in beiden Teilen Deutschlands ein niedriges Einkommen, eine geringe Bildung und Arbeitslosigkeit mit verminderten Gesundheitschancen einhergehen. Diese lassen sich unter anderem an einem schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand, häufigeren Einschränkungen in der Alltagsgestaltung und einem höheren Risiko für Rauchen, Adipositas und sportlicher Inaktivität festmachen. (...) Wenn der Zusammenhang zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage in beiden Teilen Deutschlands ähnlich stark ausgeprägt ist und sich die soziale Lage in den neuen Bundesländern schlechter darstellt als in den alten Bundesländern, wofür unter anderem die höheren Armutsrisiko- und Arbeitslosenquoten sprechen (siehe Kapitel 2.2), dann liegt es nahe, einen Teil der Ost-West-Unterschiede in der Gesundheit auf die ungleichen Lebensverhältnisse zurückzuführen. Dafür sprechen auch die auf Ebene der Bundesländer und Raumordnungsregionen gefundenen Zusammenhänge zwischen der Armutsrisiko- und Arbeitslosenquote und der Lebenserwartung.

# Anhang



**Abb. 1** Selbstschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes (mittelmäßig bis sehr schlecht) in der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung nach Erwerbsstatus (Quelle: GEDA09)

**Tab. 1** Gesundheitsmerkmale nach Kurz- und Langzeitarbeitslosigkeit

	Erwerbsstatus (Angaben in %)			
	(1) Seit mind. 12 Monaten arbeitslos	(2) Seit bis zu 11 Monaten arbeitslos	(3) Aktuell erwerbstätig	p*
Gegenwärtiger Gesundheitszustand				
- sehr gut/gut	33,2	43,5	50,5	***/*
- zufriedenstellend	32,8	40,5	38,9	
- weniger gut/schlecht	32,8	16,0	10,7	
Behinderung durch Gesundheitszustand bei Erfüllung täglicher Aufgaben				
- überhaupt nicht	50,0	54,2	68,1	***/*
- ein wenig	22,1	32,1	25,9	
- erheblich	27,9	13,7	6,0	
Mindestens 1 Tag in den letzten 4 Wochen				
- bettlägerig	12,4	15,3	7,8	***/n.s.
- Einschränkung bei tägl. Beschäftigungen wegen Krankheit, Verletzung/Beschwerde	16,9	16,0	12,1	***/n.s.
Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten	11,5	10,8	8,3	***/n.s.
Durchschnittliche Zufriedenheit				
- mit der Gesundheit	4,5	4,9	5,1	***/*
- mit der allgemeinen Lebenssituation	4,8	5,2	5,6	***/*
N	122	131	35.392	
Durchschnittliches Alter (Jahre)	44,5	40,4	42,2	

\*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001 (jeweils  $\chi^2$ -Test)

a: (Spalte 1 plus 2) vs. Spalte 3 – bzw. – Spalte 1 vs. Spalte 2

Datenbasis: Integrierter Datensatz DHP-Studie (West) 1984 bis 1991 (N = 55.308)

(Quelle: Elkeles, 1999)

**Tab. 2** Krankheitstage je 1.000 von Arbeitslosen und Nichtarbeitslosen nach Diagnosen – Männer

ICD 9		Arbeitslose Tage je 1.000	Nichtarbeitslose Tage je 1.000	Verhältnis
303	Alkoholabhängigkeit	229	25	9,2
295	Schizophrene Psychosen	183	18	10,2
300	Neurosen	105	23	4,6
304	Medikamentenabhängigkeit	66	3	22,0
291	Alkoholpsychosen	43	4	10,8
414	Chron. Ischäm. Herzkrankheiten	41	27	1,5
296	Affektive Psychosen	36	12	3,0
722	Bandscheibenschäden	34	31	1,1
309	Psychogene Reaktion	31	7	4,4
250	Diabetes	31	12	2,6
571	Chronische Lebererkrankung	30	3	10,0
301	Persönlichkeitsstörung	28	3	9,0

(Quelle: Sammet, 2000)

**Tab. 3** Zusammenfassung der wichtigsten Gesundheitsparameter bei arbeitslosen und vollbeschäftigten Männern und Frauen in den alten und neuen Ländern im Alter von 25 bis unter 65 Jahren (Werte in Prozent)

	Männer				Frauen			
	Arbeitslos		Vollbeschäftigt		Arbeitslos		Vollbeschäftigt	
	Ost	West	Ost	West	Ost	West	Ost	West
Weniger guter/schlechter Gesundheitszustand (Selbsteinschätzung)	15,0	34,1	10,4	12,0	18,4	28,4	10,2	13,3
Verschlechterung des Gesundheitszustandes gegenüber Vorjahr	17,0	19,3	9,8	15,8	14,0	24,3	14,6	16,0
(sehr) starke Schmerzen	3,0	19,8	6,1	6,0	14,0	10,8	10,8	11,3
Ziemliche Behinderung wegen Schmerzen bei der Ausübung von Alltagstätigkeiten	4,1	18,2	4,8	5,8	9,6	9,6	7,1	9,3
Auffällige Beschwerdenhäufigkeit und -intensität	7,0	25,0	6,6	10,1	18,6	26,0	14,4	19,9
Raucherquote	49,0	54,5	40,6	37,0	37,3	33,8	31,2	33,5
Bluthochdruck	37,4	26,1	29,9	22,0	19,6	14,9	15,4	12,9
Starkes Übergewicht	38,8	29,5	30,3	27,9	29,7	37,8	23,1	21,6
Starke Einschränkung der sozialen Kontakte wegen gesundheitlicher Störungen	3,0	5,7	1,8	3,3	5,7	10,8	3,5	4,5
Inanspruchnahme eines Arztes in den 4 Wochen vor Befragung	38,0	45,5	25,8	30,1	51,6	41,9	44,3	43,1

(Quelle: C. Bormann, in: Holleederer/Brand, 2006)

**Tab. 4** Logistische Regression mit psychischen Störungen (DSM-IV, erhoben mit M-CIDI)

Männer	bei Erwerbstätigen %	bei Nichtberufstätigen/Arbeitslosen %	OR (95%-KI)
Major Depression	5,3	12,8	2,62 (1,46 - 4,68)
Dysthymie	2,9	10,4	3,83 (1,97 - 7,43)
Panikstörung mit/ohne Agoraphobie	1,6	4,8	3,03 (1,20 - 7,70)
Phobie	7,9	18,4	2,62 (1,59 - 4,31)
Somatoforme Störung/Syndrom	7,9	16,8	2,34 (1,40 - 3,91)
Frauen	bei Erwerbstätigen %	bei Nichtberufstätigen/Arbeitslosen %	OR (95%-KI)
Major Depression	9,8	15,8	1,73 (1,09 - 2,74)
Dysthymie	4,0	10,5	2,85 (1,59 - 5,13)
Panikstörung mit/ohne Agoraphobie	2,8	4,1	1,48 (0,63 - 3,44)
Phobie	18,4	24,6	1,44 (0,98 - 2,12)
Somatoforme Störung/Syndrom	15,6	17,5	1,15 (0,75 - 1,77)

Quelle: Rose, U. & Jacobi, F. (2006)



# Literaturverzeichnis

**Barmer GEK (2010):** Report Krankenhaus, Schwäbisch Gmünd

**Berth, H.; Förster, P.; Petrowski, K.; Stöbel-Richter, Y.; Balck, F. (2006):** Geschlechterdifferenzen in den Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit. Ergebnisse der Sächsischen Längsschnittstudie. In: Hinz, A.; Decker, O. (Hrsg.), Gesundheit im gesellschaftlichen Wandel. Altersspezifik und Geschlechterrollen, 78-92, Gießen: Psychosozial-Verlag

**Bjarnason, T.; Sigurdardottir, T.J. (2003):** Psychological distress during unemployment and beyond: social support and material deprivation among youth in six northern European countries. *Social Science & Medicine*, 56, 973-985

**Blakely, T. A.; Collings, S.C.D.; Atkinson, J. (2003):** Unemployment and suicide. Evidence for a causal association? *J Epidemiol Community Health* 2003; 57:594-600

**Bormann, C. (2006):** Gesundheitliche Konsequenzen von Arbeitslosigkeit in den alten und neuen Ländern in der Gender-Perspektive. In: Holleederer, A.; Brand, H. (Hrsg.) *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit*. Verlag Hans Huber: Bern. S. 85-93

**Broutschek, B.; Schmidt, S.; Dauer, S. (1999):** Macht Arbeitslosigkeit krank oder Krankheit arbeitslos? Psychologische Theorien zur Beschreibung von Arbeitslosigkeit. In: Dauer, S.; Hennig, H.; Meischner-Al-Mousawi, M.; Stück, M. (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit und Gesundheit*, 72-92, Halle: Mitteldeutscher Verlag

**Eliason M.; Storrie D. (2004):** Does Job Loss Shorten Life? *Working Papers in Economics* No 153, Stockholm

**DGB Bundesvorstand (Bereich Arbeitsmarktpolitik) (2010):** Gesundheitsrisiko Arbeitslosigkeit – Wissensstand, Praxis und Anforderungen an eine arbeitsmarktintegrierte Gesundheitsförderung in *arbeitsmarkt aktuell* Nr. 09 / August 2010

**Förster, P.; Berth, H.; Brähler, E. (2004):** Arbeitslosigkeit und Gesundheit, Ergebnisse der Sächsischen Längsschnittstudie 17. Welle 2003, Arbeitsheft der Otto Brenner Stiftung. Berlin

**Frese, M. (1981):** Arbeit und psychische Störungen. In Baumann, U.; Berbalk, H.; Seidenstücker, G. (Eds.), *Klinische Psychologie – Trend in Forschung und Praxis*, Vol 4 (pp. 48-77). Bern: Huber

**Grobe, T.; Schwartz, F. (2003):** Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Robert Koch-Institut (Hrsg.). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 13*, Berlin

**Häfner, H. (1990):** Arbeitslosigkeit – Ursache von Krankheit und Sterblichkeit?, in: *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 19 (1), 1-17

**Holleederer, A. (2002):** Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Ein Überblick über empirische Befunde und die Arbeitslosen- und Krankenkassenstatistik. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (Hrsg.). *Mitteilungen aus Arbeitsmarkt- und Berufsforschung MittAB* 3/2002, 411-428

**Holleederer, A. (2003):** Arbeitslos – Gesundheit los – chancenlos? IAB Kurzbericht Nr. 4/2003

**Kivimäki, M.; Elovainio, M.; Kokko, K.; Pulkkinen, L.; Kortteinen, M.; Tuomikoski, H. (2003):** Hostility, unemployment and health status: testing three theoretical model. *Social Science & Medicine*, 56, 2139-2152

**Mohr, G. (2008):** Psychosoziale Folgen von Erwerbslosigkeit – Interventionsmöglichkeiten, Politik und Zeitgeschichte, Nr. 40-41

**Mohr, G. (2010):** Erwerbslosigkeit. In: U. Kleinbeck & K.-H. Schmidt (Hrsg.). *Enzyklopädie der Psychologie*, Band 1 Arbeitspsychologie, 471-519. Göttingen: Hogrefe.

**Paul, K.; Moser, K. (2001):** Negatives psychisches Befinden als Wirkung und Ursache von Arbeitslosigkeit: Ergebnisse einer Metaanalyse. In: *Erwerbslosigkeit*. Zempel, J.; Bacher, J.; Moser, K. (Hrsg.). Leske + Budrich, Opladen, S. 83-110

**Pröll, U. (2004):** Arbeitsmarkt und Gesundheit. Gesundheitliche Implikationen der neuen Arbeitsmarktpolitik und Ansätze zur Prävention, Verlag für neue Wissenschaft GmbH, Bremerhaven (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Forschungsbericht, Fb 1018)

**RKI (2009):** Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes 20 Jahre nach dem Fall der Mauer: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt?

**Rose, U.; Jacobi, F. (2006):** Gesundheitsstörungen bei Arbeitslosen. Ein Vergleich mit Erwerbstätigen im Bundesgesundheitsurvey 98. *Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed.* 41, 12: 556-564

**Semmer, N.; Udris, I. (1993):** Psychologische Arbeitslosenforschung: Was der Verlust der Arbeit bewirken kann. *Psychosocope*, 14, 11-13

**Winefield, A.H. (1995):** Unemployment: Its psychological costs. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 10, 169-212



## Weiterführende Literatur

**Berth, H.; Förster, P.; Brähler, E. (2003b):** Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit bei jungen Erwachsenen. *Das Gesundheitswesen*, 65, 555-560

**Berth, H.; Förster, P.; Brähler, E. (2003a):** Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Ergebnisse einer Studie bei jungen Erwachsenen. *Jahrbuch für Kritische Medizin*, 39, 108-124

**Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (2008):** Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland (psychologie gesellschaft politik)

**Brähler, E.; Laubach, W.; Stöbel-Richter, Y. (2002):** Belastung und Befindlichkeit von Arbeitslosen in Deutschland. In: Schumacher, J.; Reschke, K.; Schröder, H. (Hrsg.), *Mensch unter Belastung*, 201-214, Frankfurt am Main: VAS

**Brinkmann, C.H.; Potthoff, P. (1983):** Gesundheitliche Probleme in der Eingangsphase der Arbeitslosigkeit. *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, 16. Jg./1983, Nr. 4

**Bundesanstalt für Arbeit (2002):** Strukturanalyse. Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen – September 2002, Nürnberg

**Büssing, A. (1993):** Arbeitslosigkeit – Differentielle Folgen aus psychologischer Sicht. *Arbeit*, Heft 1, Jg. 2: 5-19

**Chandola, T.; Siegrist, J.; Marmot, M. (2004):** Do changes in effort-reward imbalance at work contribute to an explanation of the social gradient in angina? *Occup Environ Med* 2005; 62:223-230. doi: 10.1136/oem.2004.016675

**Elkeles, T. (1999):** Arbeitslosigkeit, Langzeitarbeitslosigkeit und Gesundheit. *Sozialer Fortschritt* 48, 6, 150-155

**Elkeles, T. (2001):** Arbeitslosigkeit und Gesundheit. In: Mielk, A.; Bloomfield, K. (Hrsg.), *Sozial-Epidemiologie. Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*, 71-82, Weinheim: Juventa

**Elkeles, T.; Seifert, W. (1992):** Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Langzeitanalysen mit dem sozio-ökonomischen Panel, *Soziale Welt*, 43, 278-300

**Hollederer, A.; Brand, H. (2006):** Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber Verlag

**Jahoda, M.; Lazarsfeld, P.; Zeisel, H. (1975):** Die Arbeitslosen von Marienthal (1933), Frankfurt: Suhrkamp Verlag.

**Karsten, P.; Hassell, A.; Moser, K. (2006):** Die Auswirkung von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit. In: Holleder, A.; Brand, H. (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit*, Bern

**Lundin, A.; Lundberg, L.; Hallsten, J.; Ottosson, T.; Hemmingsson (2008):** Unemployment and mortality – a longitudinal prospective study on selection and causation in 49321 Swedish middle-aged men, *J Epidemiol Community Health* 2010; 64:22-28, doi:10.1136/jech.2008.079269

**McKee-Ryan, F.; Song, Z.; Wanberg, C.; Kinicki, A. (2005):** Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology*, 90, 53-76

**Mohr, G. (2001):** Langzeitarbeitslosigkeit. In: Zempel, J.; Bacher, J.; Moser, K. (Hrsg.), *Erwerbslosigkeit. Ursachen, Auswirkungen und Interventionen*. 111-131, Opladen: Leske + Budrich.

**Mohr, G.; Otto, K. (2005):** Langzeitarbeitslosigkeit: Welche Interventionen machen aus psychologischer Sicht Sinn? *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 3, 45-56

**Murphy, G.; Athanasou, J. (1999):** The effect of unemployment on mental health. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72, 83-99

**Paul, K.I.; Moser, K. (2009):** Unemployment impairs mental health. *Journal of Vocational Behavior*, 74, 264-282

**Paul, K.I.; Hassel, A.; Batinic, B.; Moser, K. (2010):** Die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit. *BAG Arbeit: Forum Arbeit* 1/10

**Salm, M. (2009):** Does Job Loss Cause Ill Health? Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit, Institute for the Study of Labor, DISCUSSIONPAPERSERIES IZA DP No. 4147

**Taris, T.W. (2002):** Unemployment and mental health: A longitudinal perspective. *International Journal of Stress Management*, 9, 43-57

**Winefield, A.H. (2002):** The psychology of unemployment. In: Hofsten, C.v.; Baeckman, L. (Eds.), *Psychology at the turn of the millennium*, vol. 2: Social, developmental, and clinical perspectives, 393-408, Florence: Taylor & Frances

**Zempel, J.; Bacher, J.; Moser, K. (2001):** Erwerbslosigkeit. Leske + Budrich, Opladen, S. 83-110

**Quelle:** [www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/artikel22.html](http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/artikel22.html)

**Stand:** Oktober 2010

**Bundesanstalt für Arbeitsschutz  
und Arbeitsmedizin**  
Friedrich-Henkel-Weg 1-25  
44149 Dortmund

**Service-Telefon** 0231 9071-2071  
**Fax** 0231 9071-2070  
[info-zentrum@baua.bund.de](mailto:info-zentrum@baua.bund.de)  
[www.baua.de](http://www.baua.de)