



Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit

Ein Überblick zum Forschungsstand und zu aktuellen Daten der Studien GEDA 2010 und GEDA 2012

Hintergrund

Die Ergebnisse vieler Studien verdeutlichen, dass Arbeitslose im Vergleich zu Erwerbstätigen einen schlechteren Gesundheitszustand haben [1–9]. Der Eintritt in die Arbeitslosigkeit hat i. d. R. erhebliche Auswirkungen auf die Lebensführung der Betroffenen. Sie verlieren einen beträchtlichen Teil ihres Einkommens und damit verbundene Partizipationsmöglichkeiten. Die immateriellen Verluste wiegen ebenfalls schwer; etwa der Verlust fester Tages- und Zeitstrukturen oder von an den Arbeitsplatz gebundenen Kontakten zu Kolleginnen und Kollegen [10–15]. Vor dem Hintergrund hoher Erwerbsorientierung zeigt sich auch international, dass Arbeitslosigkeit mit einem geringeren Selbstwertgefühl assoziiert ist [16].

Betrachtet man das komplexe Zusammenwirken von Arbeitslosigkeit und Gesundheit genauer, so finden sich analytisch drei Ursachen dafür, warum bei Arbeitslosen Krankheiten und Gesundheitsprobleme häufiger auftreten können als bei Erwerbstätigen. Sie lassen sich theoretisch mit den Begriffen „Kausationsthese“, „Selektionsthese“ und „Kompositionseffekte“ fassen, die in empirischen Analysen allerdings nur schwer zu trennen sind. Die „Kausationsthese“ beschreibt, dass die mit der Arbeitslosigkeit assoziierten Belastungen u. a. psychosozialen Stress erzeugen, der gesundheitsriskantes Ver-

halten sowie das Auftreten von Erkrankungen begünstigen kann. So ist vielfach dokumentiert, dass insbesondere psychische Erkrankungen, wie z. B. Depressionen und Angststörungen, bei Arbeitslosen vermehrt auftreten [1, 7, 17]. Die „Selektionsthese“ geht davon aus, dass Erwerbstätige mit chronischen Gesundheitsproblemen ein höheres Arbeitsloskeitsrisiko sowie schlechtere Chancen auf eine Wiederbeschäftigung haben [5, 18–20]. Als Resultat kumulieren bei Langzeitarbeitslosen gesundheitliche Probleme. Mit dem Begriff der „Kompositionseffekte“ lässt sich beschreiben, dass Arbeitsloskeitsrisiken sozial ungleich verteilt sind. Daten zu Erwerbsbiografien des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) zeigen, dass Phasen von Arbeitslosigkeit im Lebenslauf umso seltener werden, je höher die erworbene schulische und berufliche Qualifikation von Männern und Frauen ist [21, 22]. Somit ist ein Teil der Assoziation zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit darauf zurückzuführen, dass Arbeitslose im Durchschnitt bereits bei ihrem Eintritt in die Arbeitslosigkeit eine geringere Ausstattung mit materiellen und psychosozialen Ressourcen aufweisen [23].

Nachfolgend wird der Forschungsstand zum Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit in Deutschland aufgearbeitet und durch ausgewählte internationale Befunde er-

gänzt. Anhand kumulierter Daten der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ 2010 und 2012 (GEDA) werden die beschriebenen Befunde durch eigene Analysen erweitert. Zuvor werden die Entwicklung der Arbeitslosigkeit sowie die soziale Lage arbeitsloser Frauen und Männer in Deutschland analysiert. Zum Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit werden Befunde zur Mortalität, zur körperlichen, psychischen und subjektiven Gesundheit sowie zum Gesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten dargestellt.

Datenbasis und Methode

Für die vorliegenden Analysen wurden die Daten der GEDA-Studien 2010 und 2012 verwendet. Es handelt sich bei ihnen um bundesweit repräsentative telefonische Befragungen der 18-jährigen und älteren Bevölkerung in Deutschland [24–26]. Die Grundgesamtheit der Studie bilden deutschsprachige Erwachsene in Privathaushalten in Deutschland. Die Stichprobenbasis stellt eine nach dem Gabler-Häder-Verfahren gezogene Zufallsstichprobe von Telefonnummern im deutschen Festnetz dar [27, 28]. Die beiden Studien wurden im Zeitraum September 2009 bis Juli 2010 (GEDA 2010) bzw. zwischen März 2012 und März 2013 (GEDA 2012) erhoben.

Das Antwort- und Kooperationsverhalten wurde gemäß der international

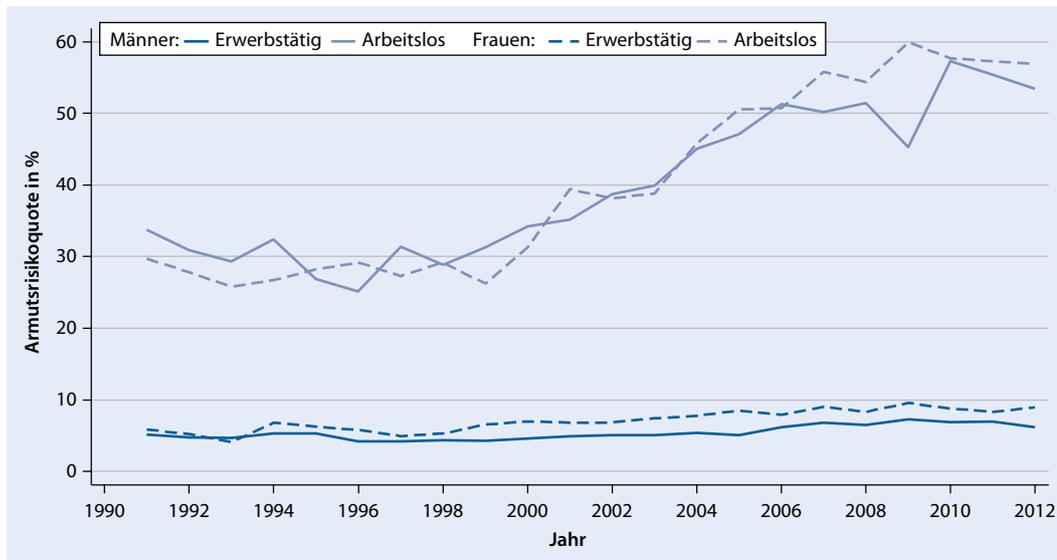


Abb. 1 ◀ Entwicklung des Armutsrisikos bei Arbeitslosigkeit in Deutschland 1991-2012. Datenbasis: eigene Berechnungen, SOEP 1991-2012

standardisierten Vorgaben der American Association of Public Opinion Research untersucht [24, 25, 29]. Die Response-Rate (Anteil der abgeschlossenen Interviews an der um neutrale Ausfälle bereinigten Bruttostichprobe, Response-Rate 3 AAPOR) betrug 29,1 bzw. 22,1%. Um design- und response-bedingte Abweichungen auszugleichen und die Repräsentativität der Ergebnisse der GEDA-Studie zu verbessern, wurden Gewichtungsfaktoren gebildet, die die Daten auf den Bevölkerungsstand Deutschlands stratifiziert nach Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildungsabschluss am 31. 12. 2009 (GEDA 2009) und 31. 12. 2011 (GEDA 2012) hochrechnen. Die zusammgeführten Gewichtungsfaktoren beschreiben die durchschnittliche Bevölkerung zwischen beiden Zeitpunkten. Die Verwendung von Hochrechnungsfaktoren war notwendig, da in den Stichproben der GEDA-Studien 2010 und 2012 männliche Befragte und Personen mit niedriger Qualifikation im Vergleich zur Grundgesamtheit tendenziell unterrepräsentiert sind, während Frauen und hochgebildete Personen überrepräsentiert sind. Für die nachfolgenden Analysen wurden Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Alter zwischen 18 und 64 Jahren mit Angaben zu Arbeitslosigkeitserfahrungen in den letzten 5 Jahren ausgewählt ($n = 31.955$). Die Erfassung von Arbeitslosigkeit basiert in GEDA auf der Angabe der Befragten, ob sie in den letzten 5 Jahren arbeitslos waren. Das

subjektive Messkonzept berücksichtigt, dass auch nicht als arbeitslos gemeldete Personen (sog. „stille Reserve“) auf der Suche nach einer Teilzeit- oder Vollzeitstelle sein können.

Alle Analysen wurden mit Stata 13.1 MP 8-Core [30] durchgeführt und mit den im Datensatz enthaltenen und vom Datenhalter bereitgestellten bevölkerungsbezogenen Hochrechnungsfaktoren berechnet.

Forschungsstand und Ergebnisse

Soziale Lage von Arbeitslosen

Während in der Nachkriegszeit bis Anfang der 1970er-Jahre nahezu Vollbeschäftigung in Deutschland erreicht werden konnte, stieg die Arbeitslosenquote ab Mitte der 1970er-Jahre auf etwa 5% und in den 1980er-Jahren auf etwas unter 10%. Nach der Vereinigung Deutschlands gab es deutliche Ost-West-Unterschiede bei der Arbeitslosigkeit: In den alten Bundesländern stieg die Arbeitslosenquote auf 11,0%, in den neuen Bundesländern auf 20,6% im Jahr 2005. Seitdem sinkt die Quote wieder: Im Jahr 2014 betrug sie im Bundesdurchschnitt 7,5% (6,7 bzw. 11,0% in den alten und neuen Bundesländern) [31].

Einen ersten Zugang zu Informationen zur sozialen Lage der Arbeitslosen bieten die Informationen aus der amtlichen Sozialberichterstattung des Statistischen Bundesamtes zur Armutsrisikoquote

von Erwerbslosen auf Basis des Mikrozensus [32]. Die Armutsrisikoquote ist der zentrale Indikator zur sozialen Lage einer Bevölkerungsgruppe für die europäische und nationale Sozialberichterstattung [33]. Sie beschreibt den Anteil aller Personen unter der Armutsgrenze von weniger als 60% des gesellschaftlichen Mittelwertes (Median) des Äquivalenzeinkommens. Die Quote lag bei Erwerbslosen im Jahr 2005 bei 49,6% und stieg bis zum Jahr 2012 auf 58,7% an. Der gleiche Indikator lässt sich anhand der Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) über einen längeren Zeitraum und geschlechtsdifferenziert für Arbeitslose im engeren Sinne darstellen (▣ Abb. 1). Demnach ist die Armutsrisikoquote bei Arbeitslosen zwischen 1991 und 2012 deutlich angestiegen, während sie bei Erwerbstätigen weitgehend konstant geblieben ist.

Die kurze Betrachtung der Entwicklung des Armutsrisikos von Arbeitslosen macht deutlich, dass die materiellen Folgen von Arbeitslosigkeit in Deutschland – ungeachtet der Lohnersatzleistungen, die durch das Arbeitslosengeld I und II den Betroffenen zugutekommen – erheblich sind und sich im Zeitverlauf sogar noch verschärft haben. Die insgesamt positiven Entwicklungen am Arbeitsmarkt der letzten Jahre, mit einer stetigen Verringerung der Arbeitslosenquote und steigenden Beschäftigtenzahlen, haben sich nicht positiv auf die Armutsrisiken von arbeitslosen Männern und Frauen ausgewirkt.

Lebenserwartung

Erste Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Lebenserwartung ergeben sich durch sozial-ökologische Analysen, in denen vielfach dokumentiert wurde, dass die Lebenserwartung in Regionen mit höheren Arbeitslosenquoten in der Regel geringer ist. Daten der amerikanischen Längsschnittstudie Panel Study of Income Dynamics (PSID) zeigen etwa eine Zunahme der Mortalität bei Männern im erwerbsfähigen Alter um 6 % im Jahr nach einem Anstieg der Arbeitslosigkeit um 1 Prozentpunkt [34]. Veränderungen infolge höherer Arbeitslosenquoten zeigten sich insbesondere bei Herz- und Kreislauferkrankungen sowie bei Krebs-erkrankungen.

Der Zusammenhang zwischen Arbeitslosenquote und Lebenserwartung in Deutschland bei Geburt, differenziert nach Geschlecht, ist in **Abb. 2** beschrieben (Datengrundlage bilden die 402 Kreise und kreisfreien Städte im Zeitraum 1997-2012). Die Daten stammen aus der Regionaldatenbank INKAR-Online. Sie zeigen, dass bei Männern und Frauen auf Kreisebene ein signifikanter Zusammenhang zwischen Arbeitslosenquote und Lebenserwartung besteht. So lag die Lebenserwartung von Männern im Zeitraum 2010 bis 2012 in den Kreisen mit der niedrigsten Arbeitslosenquote (1. Perzentil) bei etwa 79 Jahren, in den Kreisen mit der höchsten Arbeitslosenquote (100. Perzentil) bei etwa 76 Jahren. Bei Frauen beträgt der entsprechende Unterschied lediglich ein Jahr. Insgesamt liegt die Lebenserwartung bei Geburt für den gesamten betrachteten Zeitraum in den Kreisen mit der höchsten Arbeitslosenquote etwa 2,5 Jahre niedriger als in denen mit der geringsten Arbeitslosenquote. Die Unterschiede in der Lebenserwartung haben sich zudem zwischen 1997 und 2012 nicht signifikant verringert.

Der auf der Kontextebene bestehende Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Lebenserwartung zeigt sich auch auf der Individualebene für das Mortalitätsrisiko. So sind Arbeitslosigkeits-erfahrungen bei Frauen und Männern mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko und einer verringerten Lebenserwartung

Bundesgesundheitsbl 2016 · 59:228–237 DOI 10.1007/s00103-015-2282-7
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

L.E. Kroll · S. Müters · T. Lampert

Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. Ein Überblick zum Forschungsstand und zu aktuellen Daten der Studien GEDA 2010 und GEDA 2012

Zusammenfassung

Ausgehend vom nationalen und internationalen Forschungsstand wird im vorliegenden Beitrag der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit analysiert. Datenbasis bilden die Erhebungen 2010 und 2012 der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) des Robert Koch-Instituts. Für die Analysen wurden Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Alter von 18 bis 64 Jahren ausgewählt, die Angaben zu Arbeitslosigkeits-erfahrungen in den letzten 5 Jahre gemacht haben ($n = 31.955$). Die Ergebnisse zeigen, dass Arbeitslose im Vergleich zu Erwerbstätigen ihren subjektiven Gesundheitszustand deutlich schlechter einschätzen und häufiger unter ärztlich diagnostizierten Depressionen leiden. Der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit ist bei Männern stärker ausgeprägt als bei Frauen. Im Vergleich zu Erwerbstätigen

rauchen Arbeitslose deutlich häufiger und sind seltener sportlich aktiv. Beim Alkoholkonsum zeigt sich ein Zusammenhang nur bei arbeitslosen Frauen, welche seltener in gesundheitlich bedenklichem Maße Alkohol konsumieren. Während die Inanspruchnahme von medizinischen Maßnahmen zur Krankheitsfrüherkennung bei Arbeitslosen geringer ist als bei Erwerbstätigen, liegt bei ihnen die Anzahl der Arztbesuche und der Krankenhausaufenthalte höher. Die Befunde sprechen dafür, dass Arbeitslose eine wesentliche Zielgruppe für präventive Maßnahmen bleiben und die Präventionsmaßnahmen für sie intensiviert werden sollten.

Schlüsselwörter

Arbeitslosigkeit · Mortalität · Morbidität · Gesundheitsverhalten · Gesundheit in Deutschland Aktuell (GEDA)

Unemployment and Health. An overview of current research results and data from the 2010 and 2012 German Health Update

Abstract

This study analyzes the association of unemployment and health using national and international research data. It is based on data from the 2010 and 2012 German Health Update (GEDA), conducted by the Robert Koch Institute. For our analysis, participants aged from 18 to 64 years were selected if they gave information on their unemployment experiences within the five years prior to the study ($n = 31,955$). The results show that the self-rated health of the unemployed in Germany is significantly worse compared to the workforce. Additionally, the unemployed suffer from medically diagnosed depression. The association of unemployment and health is more pronounced in men than in women for all major outcomes. When compared to workers of the same age, the unemployed smoke

more frequently and do less sports. Regarding alcohol consumption, no systematic relationship was found. While the use of medical screening measures for the early detection of diseases is lower among the unemployed than among the employed, they visit general practitioners and hospitals more often than their counterparts. Overall, our findings suggest that unemployed people should remain an important target group of preventive measures in Germany and that the corresponding measures should be intensified.

Keywords

Unemployment · Mortality · Morbidity · Health behavior · German Health Update (GEDA)

assoziiert [18, 35–38]. Erhöhte spezifische Risiken zeigen sich u. a. in Bezug auf Suizide sowie für Männer in Bezug auf alkoholassoziierte Todesursachen, Verkehrsunfälle, Herzinfarkte und Krebserkrankungen. Bei Frauen ist Arbeitslosigkeit weniger stark mit dem Mortalitätsrisiko assoziiert [39, 40].

In einer aktuellen Metaanalyse aus dem Jahr 2011 wurde gezeigt, dass die Gesamtmortalität bei Arbeitslosen im Vergleich zu beschäftigten Personen signifikant erhöht ist [38]. In die Analyse gingen 42 internationale Längsschnittstudien ein. Der Beobachtungszeitraum umfasst die Zeit zwischen 1960

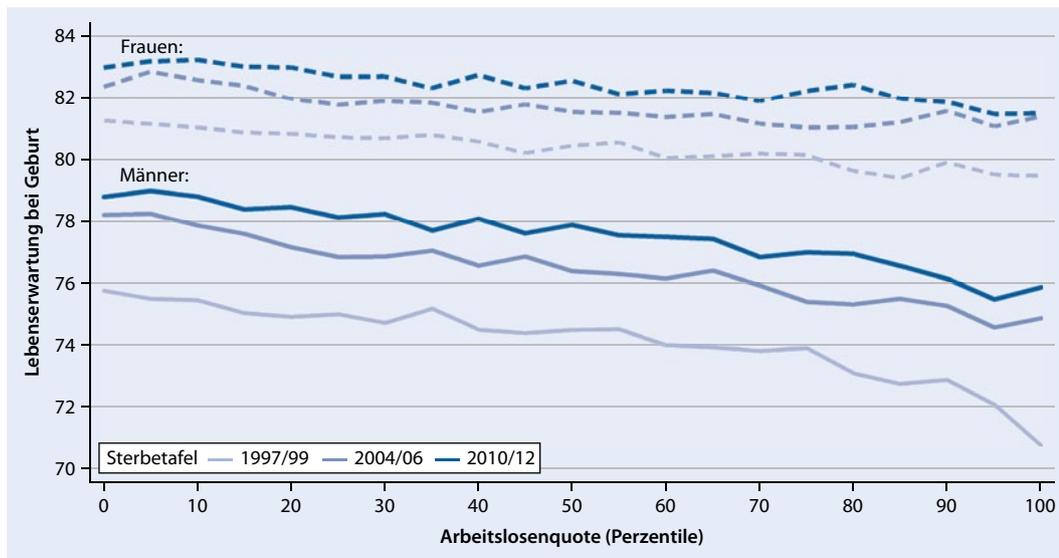


Abb. 2 ◀ Zeitliche Entwicklung des Zusammenhangs zwischen Arbeitslosenquote auf Kreisebene und Lebenserwartung in Deutschland. Datenbasis: INKAR 2014

und 2008 mit mehr als 20 Mio. Personen. Diese wurden im Schnitt 8 Jahre lang beobachtet. Nach Kontrolle für Alter und weitere Variablen war das Mortalitätsrisiko für Arbeitslose im Vergleich zu anderen Studienteilnehmern um das 1,63-Fache erhöht. Auch die geschlechtsspezifischen Risiken waren jeweils signifikant: bei Männern lag die Erhöhung des Risikos beim 1,78-Fachen und bei Frauen beim 1,37-Fachen. Anhand von schwedischen Daten für den Zeitraum von 1997 bis 2002 für mehr als 3 Mio. Männer und Frauen wurde zudem gezeigt, dass das Mortalitätsrisiko mit der Dauer der Arbeitslosigkeit zunimmt [39]. Dieser Zusammenhang war bei Frauen schwächer ausgeprägt als bei Männern.

Auch aus Deutschland liegen Ergebnisse vor, die auf eine erhöhte Mortalität bei Arbeitslosen hindeuten [36, 37]. So wurde anhand von Daten der Gmünder Ersatzkasse (seit 2010 BARMER GEK) für kurzzeitarbeitslose Versicherte (weniger als ein halbes Jahr) im Vergleich zu durchgängig beschäftigten Versicherten ein 1,4fach erhöhtes Mortalitätsrisiko beschrieben. Je länger die Arbeitslosigkeit eines Versicherten andauerte, desto stärker erhöhte sich sein Mortalitätsrisiko im Vergleich zu dem durchgängig beschäftigter Versicherter. Mit Längsschnittdaten des SOEP für den Zeitraum von 1984 bis 2005 wurde ebenfalls ein erhöhtes Mortalitätsrisiko bei Arbeitslosen beschrieben [37]. Demnach ist das Mortalitätsrisiko von Arbeits-

losen im Vergleich zu dem bei Erwerbstätigen nach Kontrolle für das Alter und Geschlecht 2,15fach erhöht. Das Mortalitätsrisiko von Arbeitslosen in Deutschland war allerdings weniger stark erhöht als zwischen den Vergleichsgruppen in den USA (3,66fach erhöhtes Risiko).

Die vorliegenden Befunde werden dahingehend interpretiert, dass die Beziehung zwischen Arbeitslosigkeit und Mortalität über verringerte soziale Ressourcen und einen erhöhten psychosozialen Stress sowie die daraus resultierende Entwicklung von Angststörungen und depressiven Erkrankungen vermittelt wird. Durch die Kontrolle für weitere soziodemografische Merkmale und den Gesundheitszustand der Studienteilnehmer konnten in Deutschland alle Mortalitätsunterschiede zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten aufgeklärt werden, was im Einklang mit der ausgeprägten sozialen Differenzierung des Arbeitslosigkeitsrisikos in Deutschland steht [37]. Ergebnisse internationaler Studien deuten zudem darauf hin, dass auch Unterschiede bei Gesundheitsverhaltensweisen und assoziierten Risikofaktoren, wie bspw. beim Tabak- und Drogenkonsum oder bei Adipositas, einen signifikanten Beitrag zur Erklärung der erhöhten Mortalität von Arbeitslosen leisten [38]. Insgesamt sprechen die vorliegenden Daten aber eher bei Männern als bei Frauen für einen kausalen Einfluss der Arbeitslosigkeit auf die Mortalität [41].

Körperliche und psychische Gesundheit

Verschiedene Studien zeigen, dass arbeitslose Frauen und Männer von vielen Beschwerden und Krankheiten häufiger betroffen sind als Erwerbstätige im gleichen Alter [1, 7, 42, 43]. Dies gilt v. a. für psychische Störungen und Verhaltensstörungen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sowie für Krankheiten des Nervensystems.

Daten der gesetzlichen Krankenkassen zu krankheitsbedingten Fehlzeiten in Deutschland deuten ebenfalls auf eine erhöhte Morbidität der Arbeitslosen hin. Laut Gesundheitsreport der Betriebskrankenkassen aus dem Jahr 2014 liegen die krankheitsbedingten Fehlzeiten bei den Arbeitssuchenden mit ALG I-Bezug bei 27,1 Arbeitsunfähigkeitstagen, bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern dagegen bei 17,6 Tagen. Die Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle liegt bei arbeitslosen BKK-Mitgliedern allerdings deutlich niedriger (73 Fälle je 100) als bei den pflichtversicherten Mitgliedern (139 je 100). In der Gruppe der Arbeitslosen finden sich demnach meist schwerere Krankheitsfälle mit längeren Fehlzeiten [44].

Der selbst berichtete allgemeine Gesundheitszustand ist ein wichtiger zusammenfassender Indikator für die Gesundheit. Er hat sich in verschiedenen Studien als guter Prädiktor der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens

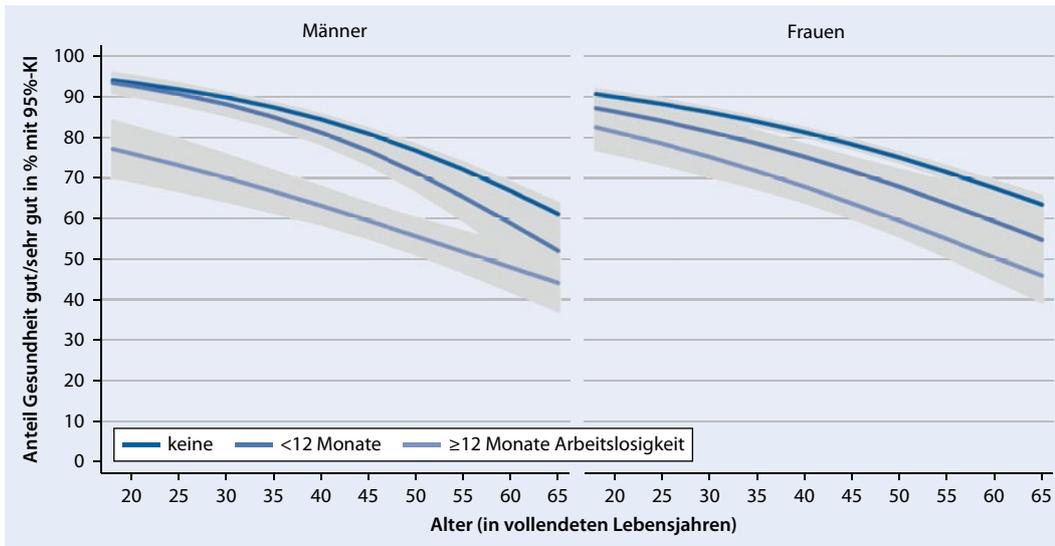


Abb. 3 ◀ Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und subjektiver Gesundheit im Altersgang. Datenbasis: GEDA 2010, 2012

und der Lebenserwartung erwiesen [45–47]. In **Abb. 3** wird auf Basis der kumulierten Daten der GEDA-Studien 2010 und 2012 gezeigt, wie sich der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit im Altersgang vom jungen Erwachsenenalter bis hin zum Renteneintritt bei Männern und Frauen darstellt. Verglichen werden Männer und Frauen ohne Arbeitslosigkeitserfahrungen in den letzten 5 Jahren mit Personen, die in dieser Zeit weniger als 12 Monate und solchen, die 12 Monate oder länger arbeitslos waren. Nach Kontrolle für Alters- und Bildungsunterschiede schätzen Männer und Frauen mit Arbeitslosigkeitserfahrungen in den letzten 5 Jahren im Vergleich zu Personen, die nicht arbeitslos waren, ihre Gesundheit signifikant schlechter ein. Abbildung 3 macht deutlich, dass sich Männer mit Arbeitslosigkeitserfahrungen von mehr als 12 Monaten bereits im Alter von 42 Jahren durchschnittlich nur so gesund fühlen wie Männer ohne entsprechende Erfahrungen im Alter von 65 Jahren. Bei Frauen sind die Differenzen etwas geringer: Sie erreichen diesen Zustand etwa 4 Jahre später als Männer.

Mit Querschnittsdaten lassen sich sowohl für körperliche als auch für psychische Erkrankungen regelmäßig Assoziationen mit der Arbeitslosigkeit zeigen [1]. Aktuelle Längsschnittanalysen deuten darauf hin, dass in Deutschland v. a. die psychische, nicht aber die körperliche Gesundheit durch den Ein-

tritt in die Arbeitslosigkeit negativ beeinflusst wird [48].

Krankenkassendaten der AOK aus den Jahren 1987 bis 1996 zeigten auf, dass Krankenhauseinweisungen aufgrund von Herzinfarkten bei Arbeitslosen häufiger sind und mit der Dauer der Arbeitslosigkeit zunehmen [49]. Dieser Befund konnte in anderen Ländern aber nicht vollständig repliziert werden [1]. Auswertungen der Daten des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut (RKI) zeigen zudem eine Häufung von Asthma bronchiale und Diabetes mellitus bei Arbeitslosen [43, 50]. Ebenso berichten arbeitslose Frauen und Männer häufiger von körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen bei der Ausübung ihrer alltäglichen Aktivitäten [42]. Auch aus den Daten der PASS-Studie des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit geht hervor, dass ALG-II-Empfänger eine schlechtere körperliche Gesundheit aufweisen als Erwerbstätige. Hierzu wurde aus dem Kurzfragebogen SF 12 ein Index zur Messung der körperlichen Gesundheit verwendet. Ebenso werden bei ALG II-Bezieherinnen signifikant häufiger amtlich anerkannte Behinderungen festgestellt sowie deutlich häufiger schwerwiegende gesundheitliche Einschränkungen angegeben [51].

Zum Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und psychischer Gesundheit konnte in Reviews gezeigt werden, dass sich bei Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen häufiger De-

pressionen und Angststörungen sowie ein geringeres Selbstwertgefühl finden [1, 16]. Für Deutschland deuten Krankenkassendaten ebenfalls auf eine Häufung von psychischen Problemen bei Arbeitslosen hin. So gehen laut der Daten der BKK aus dem Jahr 2013 knapp 40 % der Fehlzeiten von ALG I-Empfängern auf psychische Störungen zurück, während diese Zahl bei den Pflichtversicherten lediglich bei 24 % liegt [44]. Bevölkerungsrepräsentative epidemiologische Daten zur psychischen Gesundheit liegen aus dem Gesundheitsmonitoring am RKI vor. Auf Basis des BGS98 konnte dabei gezeigt werden, dass arbeitslose Männer signifikant häufiger depressive Störungen, Dysthymien, Panikstörungen, Phobien sowie somatoforme Störungen und Syndrome aufweisen. Bei Frauen waren die entsprechenden Zusammenhänge dagegen schwächer und zumeist nicht signifikant [50].

Berechnungen mit Querschnittsdaten der GEDA-Studien aus den Jahren 2010 und 2012 zeigen für Männer und Frauen ebenfalls einen deutlichen Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und ärztlich diagnostizierten Depressionen (**Abb. 4**). Die Assoziation zwischen Depressionsprävalenz und Arbeitslosigkeitserfahrungen verstärkt sich mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeitserfahrungen und ist bei Männern stärker ausgeprägt als bei Frauen. So ist das Risiko für eine Depression bei langzeitarbeitslosen Männern im Vergleich zu nicht-

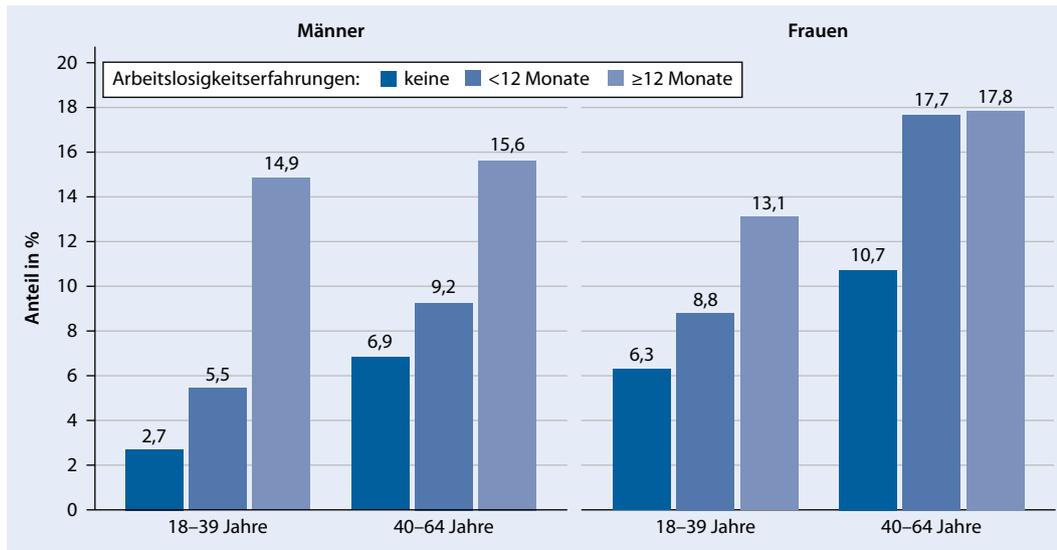


Abb. 4 ◀ Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und einer ärztlich diagnostizierten Depression. Datenbasis: GEDA 2010, 2012

arbeitslosen Männern nach Kontrolle für Altersunterschiede 3,2fach, bei Frauen 1,9fach erhöht. Ergebnisse von Analysen der Daten der PASS-Studie sprechen ebenfalls dafür, dass diese Gruppe eine schlechtere mentale Gesundheit hat und häufiger von psychischen Beeinträchtigungen betroffen ist [51].

Gesundheitsverhalten und gesundheitsbezogene Einstellungen

Neben gesundheitlichen Problemen treten auch gesundheitlich riskante Verhaltensweisen bei Arbeitslosen häufiger auf. Zudem achten sie i. d. R. weniger stark auf ihre Gesundheit als Erwerbstätige [2, 7, 52, 53]. Im Querschnitt zeigen sich für Arbeitslose höhere Raten insbesondere beim Tabakkonsum und der sportlichen Inaktivität. Demgegenüber sind die Befunde für den Alkoholkonsum weniger eindeutig.

Für arbeitslose Männer und Frauen in Deutschland ist seit langem dokumentiert, dass sie häufiger Tabak konsumieren als Erwerbstätige im gleichen Alter [5, 9, 42, 54, 55]. Aktuelle Auswertungen der GEDA-Studien 2010 und 2012 (Tab. 1) machen ebenfalls auf erhöhte Raucherquoten bei Männern und Frauen mit Arbeitslosigkeitserfahrungen in den letzten 5 Jahren aufmerksam. Auf Basis dieser Datenquelle ist, nach Kontrolle für Altersunterschiede, das Risiko aktuell zu rauchen bei Männern und Frauen mit

Arbeitslosigkeitserfahrungen von weniger als 12 Monaten 1,7fach bzw. 1,8fach erhöht im Vergleich zu Personen ohne Arbeitslosigkeitserfahrungen. Bei mehr als 12 Monaten Arbeitslosigkeit in den letzten 5 Jahren liegen die entsprechenden Risiken sogar beim 2,5- bzw. 2,2fachen der Vergleichsgruppe. Aktuelle Ergebnisse der PASS-Studie sprechen ebenfalls für einen deutlich erhöhten Tabakkonsum bei Langzeitarbeitslosen [51].

Sportliche Aktivität ist ein protektives Gesundheitsverhalten, dessen positive Wirkungen auf den Organismus in der Bevölkerung ebenso bekannt sind wie die negativen Auswirkungen des Tabakkonsums. Unterschiedliche Datenquellen zeigen, dass Arbeitslose in Deutschland im Vergleich zu gleichaltrigen Erwerbstätigen deutlich seltener sportlich aktiv sind (Tab. 1). So treiben nach Ergebnissen der PASS-Studie 25% der erwerbstätigen Frauen und Männer nie Sport, während es bei arbeitslosen ALG-II-Bezieherinnen 48% der Frauen und 41% der Männer sind.

Für den Alkoholkonsum konnte in einem Review mit über 130 internationalen Studien aus den Jahren 1990–2010 gezeigt werden, dass Arbeitslose häufiger riskant viel Alkohol trinken sowie häufiger alkoholabhängig sind als Erwerbstätige. Darüber hinaus ist bei Arbeitslosen ein signifikant erhöhter Konsum von verschreibungspflichtigen und nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten festzustellen [55]. In

einer Längsschnittstudie mit Daten des US National Longitudinal Survey of Youth konnte für die über 13 Jahre untersuchte Kohorte der im Jahre 1979 14- bis 22-Jährigen ebenfalls ein Zusammenhang zwischen der Dauer der Arbeitslosigkeit und starkem Alkoholkonsum festgestellt werden [57]. Für Deutschland ist die Datenlage zum Alkoholkonsum bei Arbeitslosen allerdings nicht eindeutig. So weisen die Ergebnisse der GEDA-Studien 2010 und 2012 nicht auf einen signifikant häufigeren riskanten Alkoholkonsum von Männern und Frauen mit kurzen oder längeren Arbeitslosigkeitserfahrungen hin (Tab. 1). Auch die Daten der PASS-Studie sprechen dagegen, dass Arbeitslose häufiger Alkohol trinken [51].

Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung und Präventionsangeboten

Arbeitslose sind aufgrund ihrer erhöhten Krankheitslast und ihres, in einigen Bereichen, riskanteren Gesundheitsverhaltens eine wichtige Zielgruppe für Maßnahmen der primären und sekundären Krankheitsprävention. Zugleich ist für arbeitslose Männer und Frauen ein erhöhter Bedarf an medizinischen Leistungen zu erwarten, um ihre vorhandenen Krankheiten und Gesundheitsprobleme zu behandeln [5].

Mit Blick auf die Inanspruchnahme präventiver Angebote sprechen die vorliegenden Daten dafür, dass Arbeitslose

Tab. 1 Anteile der Arbeitslosen in % für die einzelnen Altersgruppen, die Tabak konsumieren (Raucherquote), sportlich inaktiv sind und riskanten Alkoholkonsum betreiben. Datenbasis: GEDA 2010, 2012

Alter	Kein Sport in den letzten 3 Monaten			Raucherquote			Riskanter Alkoholkonsum (AUDIT-C [56])		
	18–29	30–44	45–64	18–29	30–44	45–64	18–29	30–44	45–64
Anteile in %									
Männer									
Nicht arbeitslos	12,1	31,5	36,4	35,7	37,8	31,1	44,1	31,0	30,6
<12 Monate	22,5	37,3	49,0	50,8	50,3	43,5	40,6	29,8	31,5
≥ 12 Monate	29,7	49,5	51,1	62,9	66,3	47,6	40,8	23,8	30,6
Gesamt	15,3	33,7	38,7	40,5	41,8	33,5	43,2	30,3	30,7
Frauen									
Nicht arbeitslos	16,5	29,6	31,5	28,6	29,4	26,6	34,3	18,8	22,0
<12 Monate	28,2	36,9	38,1	47,7	42,7	34,2	28,3	20,0	18,4
≥ 12 Monate	38,8	49,5	46,7	57,4	48,0	39,8	24,0	15,7	15,3
Gesamt	19,6	32,7	33,6	33,1	33,1	28,6	32,8	18,6	21,0

Arbeitslosigkeit in den letzten 5 Jahren: nicht arbeitslos = Keinen Monat arbeitslos; <12 Monate = weniger als 12 Monate arbeitslos; ≥ 12 Monate = 12 Monate oder länger arbeitslos.

an den durch die gesetzliche Krankenversicherung nach § 20 SGB V finanzierten Präventionsmaßnahmen und auch an den durch die Kassen finanzierten Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen seltener teilnehmen [58]. Auch Ergebnisse der GEDA-Studie 2010 sprechen dafür, dass gesetzlich krankenversicherte Frauen und Männer mit Arbeitslosigkeitserfahrungen in den letzten 5 Jahren die Maßnahmen zur Krankheitsfrüherkennung und Prävention seltener in Anspruch nehmen (Abb. 5). Nach Berücksichtigung von Altersunterschieden bestehen bei Männern und Frauen mit Arbeitslosigkeitserfahrung signifikant geringere Teilnahmeraten an Zahnvorsorgeuntersuchungen, Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und am Gesundheits-Check-up.

Anders als bei der Inanspruchnahme von präventiven Angeboten sind bei Personen mit Arbeitslosigkeitserfahrungen die Anzahl der Arztbesuche und die Zahl der Krankenhausaufenthalte nach Ergebnissen der GEDA-Studie 2010 deutlich erhöht. Männer mit Arbeitslosigkeitserfahrungen suchen im Verlauf eines Jahres signifikant häufiger Ärzte auf und werden auch häufiger und länger in Krankenhäusern behandelt. Bei Frauen ist der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Arztbesuchen sowie Krankenhausaufenthalten nicht signifikant. Hinsichtlich der Krankenhausauf-

enthalte liegt die Inanspruchnahme bei Frauen mit Arbeitslosigkeitserfahrungen tendenziell etwas höher. Auch die Daten der PASS-Studie des IAB sprechen dafür, dass Langzeitarbeitslose häufiger als Erwerbstätige einen Arzt konsultieren und häufiger im Krankenhaus sind. So waren nach Daten der PASS-Studie etwa 20 % der arbeitslosen ALG II-Bezieher in den letzten 12 Monaten vor der Befragung in einem Krankenhaus, während dies nur für 14 % der erwerbstätigen Frauen bzw. 9 % der erwerbstätigen Männer galt [51]. Auswertungen von Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) zeigen ebenfalls häufigere Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte bei Erwerbslosen [59].

Diskussion

Die vorliegenden Ergebnisse deuten auf der Grundlage verschiedener Datenquellen und für unterschiedliche abhängige Merkmale auf einen Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit in Deutschland hin. Arbeitslose weisen ein erhöhtes Mortalitätsrisiko auf, sind öfter krank, haben mehr Beschwerden und verhalten sich auch häufiger gesundheitsriskant. Die vorliegenden Daten deuten zusammengefasst darauf hin, dass insbesondere hinsichtlich der psychischen Gesundheit ursächliche Zusammenhänge mit Arbeits-

losigkeitserfahrungen bestehen. Zudem sind die vorgefundenen Zusammenhänge weiterhin bei Frauen weniger stark ausgeprägt als bei Männern. Zusätzlich geben auch die vorliegenden Befunde aus dem Sozio-oekonomischen Panel sowie aus der amtlichen Statistik, die unabhängig voneinander auf einen Anstieg der Einkommensarmut bei Arbeitslosen hindeuten, Anlass zur Sorge. So ist der Zusammenhang zwischen relativer Einkommensarmut und Gesundheit auch für Deutschland umfassend dokumentiert [60, 61].

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass gesundheitliche Probleme nicht allein eine Folge, sondern auch die Ursache von Arbeitslosigkeit sein können. So werden chronisch Kranke seltener beschäftigt bzw. eingestellt. Zudem finden sich bei Personen mit größeren Arbeitslosigkeitsrisiken auch häufiger weitere sozio-ökonomische Belastungen. Die eigentlichen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit werden damit überschätzt, wenn nicht ausreichend berücksichtigt wird, dass Krankheiten auch eine Ursache der Arbeitslosigkeit bzw. von Lebensbedingungen und sozialen Konstellationen sind, die mit höheren Arbeitslosigkeitsrisiken einhergehen. Limitationen der vorliegenden Auswertungen der GEDA-Studien ergeben sich aufgrund der verwendeten Querschnittsdaten, die keine kausalen Aussagen erlauben, sowie aus dem verwendeten Indikator „selbst berichtete Arbeitslosigkeitserfahrungen“. So kann mit der Datenquelle bisher noch keine Abgrenzung der Konzepte Arbeitslosigkeit nach SGB II und III bzw. Erwerbslosigkeit nach Definition der Internationalen Arbeitsorganisation ILO vorgenommen werden. Die daraus resultierende Heterogenität der erfassten Arbeitslosen kann dazu führen, dass die berichteten Zusammenhänge schwächer sind, als sie bei einer trennschärferen Definition wären.

Hinsichtlich der Mechanismen der kausalen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit bestehen verschiedene Erklärungsansätze: Die latenten Funktionen der Erwerbstätigkeit und die Deprivationstheorie werden dabei besonders häufig diskutiert. Das

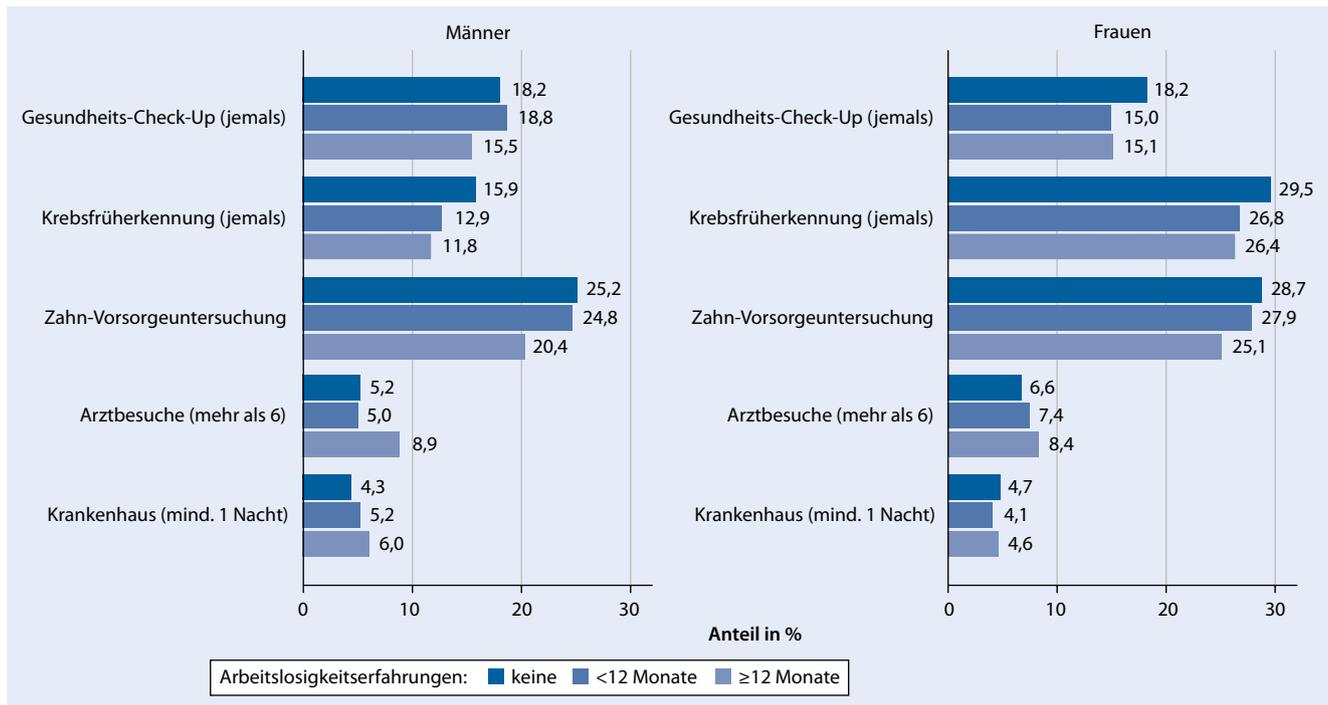


Abb. 5 Anteil der Personen in %, die medizinische Leistungen in Anspruch nahmen, differenziert nach Alter und Arbeitslosigkeitserfahrungen in den letzten 5 Jahren. Datenbasis: GEDA 2010

Modell der latenten Funktionen geht auf Jahoda 1983 [62] zurück und meint den Verlust von Status und Identität, von Zeitstruktur, der Zweckbestimmung über eine Beteiligung an kollektiven Zielen, sozialer Kontakte, der Möglichkeit regelmäßiger Betätigung sowie der Kontrolle der eigenen Lebensumstände [62]. Die ökonomische Deprivationstheorie rekurriert auf den durch die Arbeitslosigkeit entstehenden finanziellen Mangel, der mit der Problematik zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben einhergeht [63]. Daneben wird häufig auf die Bedeutung sozialer Unterstützung und sozialen Kapitals bei der erfolgreichen Bewältigung von Belastungen durch die Arbeitslosigkeit verwiesen [64]. In internationalen Kohortenstudien konnte bereits mehrfach gezeigt werden, dass diese Ansätze auch empirisch zur Erklärung kausaler Zusammenhänge beitragen [15, 65, 66]. Arbeitslosigkeitserfahrungen stellen sich damit vor allem als psychosoziale Belastungen dar, die sich auf die psychische Gesundheit und auf das Gesundheitsverhalten der Betroffenen auswirken. Befunde zur körperlichen Gesundheit und Sterblichkeit erscheinen dagegen eher als Folgen dieses primären Wirkungs-

mechanismus sowie auch als Resultat von Selektionseffekten.

Hinsichtlich der beobachtbaren Geschlechterdifferenzen bei den Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit wird diskutiert, dass Frauen stärker als Männer auch in Familienrollen Ressourcen finden, die die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit abfedern können [67]. Zudem bestehen auch strukturelle Unterschiede in der Beschäftigung. Frauen arbeiten mit geringeren Stundenzahlen als Männer sowie häufiger in Berufen mit höheren Belastungen und geringerer Be- und Entlohnung. Der Verlust dieser weniger attraktiven Arbeitsplätze kann folglich als geringere Einbuße empfunden werden [68].

International vergleichende Studien kommen zu dem Ergebnis, dass Arbeitslosigkeit und Gesundheit in den meisten europäischen Staaten eng assoziiert sind [69, 70]. Analysen auf Basis des European Social Surveys aus dem Jahr 2004 sprechen dafür, dass arbeitslose Frauen und Männer gegenüber Erwerbstätigen des gleichen Alters in allen 23 teilnehmenden Staaten einen schlechteren Gesundheitszustand hatten. Im Vergleich der verschiedenen Sozialsysteme ergaben die

Analysen, dass die Differenzen zwischen den Ländern relativ gering ausgeprägt waren. Neuere Analysen mit Daten des European Surveys of Income and Living Conditions (EU-SILC) sprechen dagegen im Vergleich von 23 EU-Staaten dafür, dass der sozialpolitische Kontext durchaus einen Einfluss auf den Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit hat. So verbessert sich die subjektive Gesundheit von Arbeitslosen, je besser die Einkommensverluste durch die Arbeitslosigkeit mithilfe von Sozialleistungen ersetzt werden [71].

Arbeitslose sollten angesichts der vielfach dokumentierten Verbindungen zwischen Arbeitslosigkeit, sozialer Lage und Gesundheit auch in Zeiten sinkender Arbeitslosenzahlen eine zentrale Zielgruppe für Präventionsmaßnahmen sowie auch für eine am sozialen Ausgleich orientierte Sozial- und Gesundheitspolitik bleiben. Für die Prävention und Gesundheitsförderung aber auch für medizinische Interventionen verdeutlichen die vorgestellten Ergebnisse einmal mehr die Notwendigkeit, mit Maßnahmen sowohl an den gesundheitlichen Folgen als auch an den gesundheitlichen Ursachen der Arbeitslosigkeit anzu-

setzen. Die bisherigen Anstrengungen der Krankenkassen wurden mit Blick auf die Bedarfsgerechtigkeit und die Erreichung für bzw. von Arbeitslosen als nicht ausreichend bewertet, um die bestehenden Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit aufzulösen [72].

Korrespondenzadresse

Dr. L.E. Kroll

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring,
Robert Koch-Institut
General-Pape-Str. 62–66, 12101 Berlin
kroll@rki.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. L.E. Kroll, S. Müters und T. Lampert geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

- Herbig B, Dragano N, Angerer P (2013) Health in the long-term unemployed. *Dtsch Arztebl Int* 110:413–419
- Lampert T, Kroll LE, Kuntz B, Ziese T (2011) Gesundheitliche Ungleichheit. In: Destatis WZB (Hrsg) Datenreport 2011: Der Sozialbericht für Deutschland. Bundeszentrale für politische Bildung, Wiesbaden, S 247–258
- Berth H, Forster P, Balck F, Brahler E, Stobel-Richter Y (2008) Arbeitslosigkeitserfahrungen, Arbeitsplatzunsicherheit und der Bedarf an psychosozialer Versorgung. *Gesundheitswesen* 70:289–294
- Elkeles T (2008) Gesundheitliche Ungleichheit am Beispiel von Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Befunde, Erklärungen und Interventionsansätze. In: Bauer U, Bittlingmayer UH, Richter M (Hrsg) Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 87–107
- Weber A, Hörmann G, Heipertz W (2007) Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht. *Dtsch Arztebl* 104:2957–2962
- Brenner H (2006) Arbeitslosigkeit. In: Stoppe G, Bramesfeld A, Schwartz F-W (Hrsg) Volkskrankheit Depression? Springer, Berlin, S 163–189
- RKI (2003) Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Robert Koch-Institut, Berlin
- Hanisch KA (1999) Job loss and unemployment research from 1984 to 1998: a review and recommendations for research and intervention. *J Vocat Behav* 55:188–220
- Elkeles T (1999) Arbeitslosigkeit, Langzeitarbeitslosigkeit und Gesundheit. *Sozialer Fortschritt* 6:150–155
- Jahoda M (1983) *Wieviel Arbeit braucht der Mensch*. Beltz, Weinheim
- Warr P (1987) *Work, Unemployment and Mental Health*. Oxford University Press, Oxford
- Fryer JP (1986) Employment deprivation and personal agency during unemployment: a critical discussion of Jahoda's Explanation of the psychological effects. *Soc Behav* 1:3–23
- Brief AP, Konovsky MA, Goodwin R, Link K (1995) Inferring the meaning of work from the effects of unemployment. *J Appl Soc Psychol* 25:693–711
- Creed PA, Macintyre SR (2001) The relative effects of deprivation of the latent and manifest benefits of employment on the well-being of unemployed people. *J Occup Health Psychol* 6:324–331
- Janlert U, Hammarström A (2009) Which theory is best? Explanatory models of the relationship between unemployment and health. *BMC Public Health* 9:235
- Paul KI, Moser K (2009) Unemployment impairs mental health: meta-analyses. *J Vocat Behav* 74:264–282
- Paul KI, Hassel A, Moser K (2006) Die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit. In: Hollerer A, Brand H (Hrsg) *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit*. Huber, Bern, S 35–51
- Voss M, Nylén L, Floderus B, Diderichsen F, Terry PD (2004) Unemployment and early cause-specific mortality: a study based on the Swedish twin registry. *Am J Public Health* 94:2155–2161
- Arrow JO (1996) Estimating the influence of health as a risk factor on unemployment: a survival analysis of employment durations for workers surveyed in the German Socio-Economic Panel (1984–1990). *Soc Sci Med* 42:1651–1659
- Varekamp I, van Dijk FJ, Kroll LE (2013) Workers with a chronic disease and work disability: problems and solutions. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz* 56:406–414
- Möller J, Schmillen A (2008) Verteilung von Arbeitslosigkeit im Erwerbsleben. Hohe Konzentration auf wenige – steigendes Risiko für alle. *IAB Kurzbericht* 24/2008
- Weber B, Weber E (2013) Qualifikation und Arbeitsmarkt: Bildung ist der beste Schutz vor Arbeitslosigkeit. *IAB Kurzbericht* 4/2013, Nürnberg
- Lampert T, Kroll LE, Kuntz B, Ziese T (2013) Gesundheitliche Ungleichheit. In: Destatis WZB (Hrsg) Datenreport 2013: Der Sozialbericht für Deutschland. Bundeszentrale für politische Bildung, Wiesbaden, S 259–271
- RKI (Hrsg) (2012) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Robert Koch-Institut, Berlin
- RKI (Hrsg) (2014) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Robert Koch-Institut, Berlin
- Lange C, Jentsch F, Allen J, Hoebel J, Kratz AL, von der Lippe E, Müters S, Schlich P, Thelen J, Wetzstein M, Fuchs J, Ziese T (2015) Data Resource Profile: German Health Update (GEDA) – the health interview survey for adults in Germany. *Int J Epidemiol* 44(2):442–50
- ADM/BVM (1998) Richtlinie für telefonische Befragungen. In: Gabler S, Häder S, Hoffmeyer-Zlotnik JHP (Hrsg) *Telefonstichproben in Deutschland*. Westdeutscher Verlag, Opladen, S 181–187
- Gabler S, Häder S (1999) Generierung von Telefonstichproben mit TeLSuSa. *ZUMA-Nachrichten* 44:138–143
- AAPOR (2009) Standard Definitions: final dispositions of case codes and outcome rates for surveys. The American Association for Public Opinion Research, Deerfield
- StataCorp (2013) *Stata Statistical Software: Release 13.0*. Stata Corporation, College Station
- Bundesagentur für Arbeit (2014) Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Arbeitslosigkeit im Zeitverlauf. http://www.statistik-arbeitsagentur.de/nn_598718/SiteGlobals/Forms/Suche/serviceSuche_Formhtml?allOfTheseWords=Arbeitslosenquote+Zeitreihe&pageLocale=de&view=processForm
- Destatis (2015) Armutsgefährdungsquoten gemessen am Bundesmedian nach soziodemographischen Merkmalen. Statistisches Bundesamt, IT.NRW, Wiesbaden
- BMAS (2013) *Lebenslagen in Deutschland. Der 4. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Berlin
- Halliday TJ (2014) Unemployment and mortality: evidence from the PSID. *Soc Sci Med* 113:15–22
- Martikainen PT, Valkonen T (1996) Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment. *Lancet* 348:909–912
- Grobe TG (2006) Sterben Arbeitslose früher? In: Hollerer A, Brand H (Hrsg) *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit*. Huber, Bern
- McLeod CB, Lavis JN, MacNab YC, Hertzman C (2012) Unemployment and mortality: a comparative study of Germany and the United States. *Am J Public Health* 102:1542–1550
- Roelfs DJ, Shor E, Davidson KW, Schwartz JE (2011) Losing life and livelihood: a systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. *Soc Sci Med* 72:840–854
- Garcy AM, Vagerö D (2012) The length of unemployment predicts mortality, differently in men and women, and by cause of death: a six year mortality follow-up of the Swedish 1992–1996 recession. *Soc Sci Med* 74:1911–1920
- Norström T, Grönqvist H (2014) The Great Recession, unemployment and suicide. *J Epidemiol Community Health* 69:110–116
- Clemens T, Popham F, Boyle P (2015) What is the effect of unemployment on all-cause mortality? A cohort study using propensity score matching. *Eur J Public Health* 25:115–121
- Kroll LE, Lampert T (2012) Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. *GBE Kompakt* 3:1–8
- Lange C, Lampert T (2005) Die Gesundheit arbeitsloser Frauen und Männer. Erste Auswertungen des telefonischen Gesundheitssurveys 2003. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz* 48:1256–1264
- Knieps F, Pfaff H (Hrsg) (2014) „Gesundheit in Regionen“. BKK Gesundheitsreport 2014. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft und BKK Dachverband e. V., Berlin
- Idler EL, Benyamini Y (1997) Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 38:21–37
- Miilunpalo S, Vuori I, Oja P, Pasanen M, Urponen H (1997) Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. *J Clin Epidemiol* 50:517–528
- Jylha M (2009) What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med* 69:307–316
- Gebel M, Vossemer J (2014) The impact of employment transitions on health in Germany. A difference-in-differences propensity score matching approach. *Soc Sci Med* 108:128–136

49. Geyer S, Peter R (2003) Hospital admissions after transition into unemployment. *Soz Präventivmed* 48:105–114
50. Rose U, Jacobi F (2006) Gesundheitsstörungen bei Arbeitslosen. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 41:556–564
51. Eggs J, Trappmann M, Unger S (2014) Grund-sicherungsempfänger und Erwerbstätige im Vergleich. ALG-II-Bezieher schätzen ihre Gesundheit schlechter ein. *IAB-Kurzbericht* 23:2014
52. Schunck R, Rogge B (2010) Unemployment and its association with health-relevant actions: investigating the role of time perspective with German census data. *Int J Public Health* 55:271–278
53. Holleder A (2011) Unemployment and health in the German population: results from a 2005 microcensus. *J Public Health* 19:257–268
54. Lange C, Lampert T (2005) Die Gesundheit arbeitsloser Frauen und Männer. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 48:1256–1264
55. Henkel D (2011) Unemployment and substance use: a review of the literature (1990–2010). *Curr Drug Abuse Rev* 4:4–27
56. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA (1998) The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. Arch Intern Med* 158:1789–1795
57. Mossakowski KN (2008) Is the duration of poverty and unemployment a risk factor for heavy drinking? *Soc Sci Med* 67:947–955
58. Büttner R, Schweer O (2011) Gesundheitliche Orientierung in der Arbeitsmarktpolitik. *IAQ-Report* 01:1–17
59. Grabka M (2013) Gesundheit, Einstellungen und Verhalten. In: Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) (Hrsg) *Datenreport 2013 – Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), Bonn, S 249–258
60. Lampert T (2011) Armut und Gesundheit. In: Schott T, Hornberg C (Hrsg) *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 575–597
61. Lampert T, Kroll LE (2010) Armut und Gesundheit. *GBE kompakt* 5:1–9
62. Jahoda M (1983) *Wie viel Arbeit braucht der Mensch?* Beltz, Weinheim
63. Janlert U (1991) *Work deprivation and health. Consequences of job loss and unemployment*. Karolinska Institute, Stockholm
64. Kroll LE, Lampert T (2011) Unemployment, social support and health problems: results of the GEDA study in Germany, 2009. *Dtsch Arztebl Int* 108:47–52
65. Aslund C, Starrin B, Nilsson KW (2014) Psychosomatic symptoms and low psychological well-being in relation to employment status: the influence of social capital in a large cross-sectional study in Sweden. *Int J Equity Health* 13:22
66. Berchick ER, Gallo WT, Maralani V, Kasl SV (2012) Inequality and the association between involuntary job loss and depressive symptoms. *Soc Sci Med* 75:1891–1894
67. Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortes I (2004) Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *Am J Public Health* 94:82–88
68. van der Meer PH (2014) Gender, unemployment and subjective well-being: why unemployed is worse for men than for women. *Soc Indic Res* 115:23–44
69. Bartley M (1994) Unemployment and ill health: understanding the relationship. *J Epidemiol Community Health* 48:333–337
70. Bamba C, Eikemo TA (2009) Welfare state regimes, unemployment and health: a comparative study of the relationship between unemployment and self-reported health in 23 European countries. *J Epidemiol Community Health* 63:92–98
71. Ferrarini T, Nelson K, Sjoberg O (2014) Decomposing the effect of social policies on population health and inequalities: an empirical example of unemployment benefits. *Scand J Public Health* 42:635–642
72. Holleder A (2011) *Erwerbslosigkeit, Gesundheit und Präventionspotenziale*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden