



Wahrgenommene Gesundheitsgefährdung durch Erwerbsarbeit in Deutschland in den Jahren 2014/2015 und 2024

Autorinnen und Autoren: Florian Beese¹, Stephan Müters¹, Ronny Kuhnert¹, Nico Dragano², Jens Hoebel¹

Institutionen: ¹ Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin ² Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Institut für Medizinische Soziologie, Centre for Health and Society, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum, Düsseldorf

Abstract

Hintergrund: Erwerbsarbeit kann die Gesundheit von Beschäftigten erheblich beeinflussen. Dieser Beitrag beschreibt die wahrgenommene Gesundheitsgefährdung durch Erwerbsarbeit in Deutschland.

Methode: Analysiert wurden Daten von Voll- und Teilzeiterwerbstägigen im Alter von 18 bis 64 Jahren aus den Studien GEDA 2014/2015-EHIS (6.782 Frauen, 6.170 Männer) und dem Panel „Gesundheit in Deutschland“ 2024 (10.634 Frauen, 8.907 Männer). Die wahrgenommene Gesundheitsgefährdung durch Erwerbsarbeit wurde durch eine vierstufige Likert-Skala erfasst und altersstandardisiert nach Geschlecht und Qualifikationsniveau ausgewertet.

Ergebnisse: Etwa ein Viertel der Erwerbstägigen berichtet in beiden Erhebungszeiträumen eine starke oder sehr starke Gesundheitsgefährdung durch ihre Erwerbsarbeit. Bei Frauen lag die Prävalenz in 2024 höher als etwa zehn Jahre zuvor. Die höchsten Prävalenzen zeigen sich bei Männern mit niedrigem Qualifikationsniveau.

Schlussfolgerung: Arbeitsbedingungen bleiben zentrale Ansatzpunkte für Prävention und Gesundheitsförderung – auch mit Blick auf gesundheitliche Chancengerechtigkeit.

Keywords: Arbeitsbedingungen, Erwerbsarbeit, Gesundheitszustand, Prävalenzen, Gesundheitsförderung, Gesundheitliche Ungleichheit, Deutschland

1. Einleitung

Erwerbsarbeit kann sowohl förderlich als auch belastend für die körperliche und psychische Gesundheit sein [1,2]. Arbeit kann aber auch zu Sinnstiftung, sozialem Wohlbefinden und ökonomischer Absicherung beitragen [3]. Zugleich verändern Globalisierung, Digitalisierung und demografischer Wandel die Arbeitswelt tiefgreifend, schaffen neue Chancen, führen aber auch zu neuartigen Belastungen und gesundheitlichen Gefährdungen, wie z. B. Entgrenzung von Arbeit und Privatleben durch ständige Erreichbarkeit [4] oder Stress durch den Umgang mit digitalen Technologien wie Computer, Smartphone, E-Mails etc. (Technostress) [5]. Belastungen am Arbeitsplatz – etwa durch körperlich anstrengende Tätigkeiten, Schichtarbeit oder psychosozialen Stress – sind mit einem erhöhten Krankheitsrisiko assoziiert [6–8]. Zudem bestehen beträchtliche soziale Ungleichheiten im Zugang zu gesunden Arbeitsbedingungen: Menschen mit niedrigerem Qualifikationsniveau arbeiten häufiger in Berufen mit höheren Gesundheitsrisiken [6,9]. Folglich beeinflusst Erwerbsarbeit sowohl den Erhalt von Gesundheit als auch die Entstehung von Krankheiten und eröffnet Möglichkeiten für präventive Maßnahmen – auch im Kontext gesundheitlicher Ungleichheiten.

Informationen zu Artikel und Zeitschrift

Eingereicht: 16.09.2025

Akzeptiert: 29.12.2025

Veröffentlicht: 04.02.2026

Artikel peer reviewed

Zitierweise: Beese F, Müters S, Kuhnert R, Dragano N, Hoebel J. Wahrgenommene Gesundheitsgefährdung durch Erwerbsarbeit in Deutschland in den Jahren 2014/2015 und 2024. J Health Monit. 2026;11:01. doi: 10.25646/13604

Florian Beese
BeeseF@rki.de

Robert Koch-Institut, Berlin
Journal of Health Monitoring
www.rki.de/jhealthmonit

Englische Version des Artikels
www.rki.de/jhealthmonit-en

Open access



[CC BY 4.0 Lizenzvertrag](#)
[Namensnennung 4.0 International](#)

Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
Gemeinsam getragen von RKI und Destatis.



Das Robert Koch-Institut ist ein
Bundesinstitut im Geschäftsbereich des
Bundesministeriums für Gesundheit

Kernaussagen

- ▶ Insgesamt nimmt ca. ein Viertel der Erwerbstätigen sowohl 2014/2015 als auch 2024 eine starke oder sehr starke Gefährdung ihrer Gesundheit durch ihre Erwerbsarbeit wahr.
- ▶ Männer mit niedrigem Qualifikationsniveau berichten in beiden Erhebungen häufiger von wahrgenommenen Gesundheitsgefährdungen durch ihre Erwerbsarbeit.
- ▶ 2024 zeigt sich bei Frauen eine höhere Prävalenz von wahrgenommenen Gesundheitsgefährdungen durch ihre Erwerbsarbeit im Vergleich zu 2014/2015.

Der vorliegende Beitrag berichtet einen allgemeinen Indikator, der die wahrgenommene Gesundheitsgefährdung durch die eigene aktuelle Erwerbsarbeit abbildet. Der Indikator wurde bereits mehrfach in Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts (RKI) erhoben. So zeigten frühere Ergebnisse, dass knapp 16,8% der Befragten im Jahr 2010, 20,9% im Jahr 2012 und 23,0% im Jahr 2014 eine starke bis sehr starke Gesundheitsgefährdung durch Erwerbsarbeit wahrgenommen haben [10–12]. Weiterhin weisen die Ergebnisse darauf hin, dass der Indikator sowohl mit körperlichen (z. B. Heben/Tragen von schweren Lasten) als auch mit psychosozialen Belastungen (z. B. Arbeit unter Zeit-/Leistungsdruck) assoziiert ist [10]. Bei der Ergebniseinordnung über mehrere Erhebungen hinweg ist zu berücksichtigen, dass sich das Studiendesign (Stichprobenziehung, Erhebungsmodus) zwischen den Studien 2010 und 2012 vom Design der Studie 2014 unterschied. Diese Unterschiede können systematische Modus- und Selektionseffekte erzeugen, sodass beobachtete Veränderungen nicht eindeutig von designbedingten Einflüssen zu trennen sind. Der vorliegende Beitrag stellt Ergebnisse der wahrgenommenen Gesundheitsgefährdung durch Erwerbsarbeit aus zwei methodisch vergleichbaren Befragungen aus 2014/2015 und 2024 gegenüber.

2. Methode

Datengrundlage sind die Studien Gesundheit in Deutschland aktuell 2014/2015 (GEDA 2014/2015-EHIS; November 2014 – Juli 2015) und die Jahreserhebung 2024 des Panels „Gesundheit in Deutschland“ des RKI (RKI-Panel 2024; Mai 2024 – Januar 2025; Datensatzversion 5). In beiden Befragungen wurde der Indikator „Wahrgenommene Gesundheitsgefährdung durch Erwerbsarbeit“ mittels der Frage an Erwerbstätige „Glauben Sie, dass Ihre Gesundheit durch Ihre Arbeit gefährdet ist?“ erhoben. Antwortkategorien waren „sehr stark“, „stark“, „mäßig“ und „gar nicht“. Für diesen Beitrag wurden

die Antworten dichotomisiert, sodass eine starke bis sehr starke gegenüber einer mäßigen bis nicht vorliegenden wahrgenommenen Gesundheitsgefährdung durch Erwerbsarbeit abgebildet wird.

Die Analyse wurde auf Personen beschränkt, die 18 bis 64 Jahre alt sowie in Voll- oder Teilzeit erwerbstätig waren. Die Erhebung des Geschlechts erfolgte in GEDA 2014/2015-EHIS mit der Frage: „Sind Sie männlich oder weiblich?“ Im RKI-Panel 2024 wurde sowohl das bei Geburt zugewiesene Geschlecht als auch die geschlechtliche Identität (inkl. offener Antwortoption) erhoben. Folglich wurde in dieser Analyse die geschlechtliche Identität verwendet. Genderdiverse Personen wurden in der Stichprobenbeschreibung aufgeführt aber wegen statistischer Unsicherheiten aufgrund der geringen Fallzahl (n=40; [Annex Tabelle 1](#)) von den weiteren Analysen ausgeschlossen. Neben Geschlecht und Alter wurde

RKI-Panel Gesundheit in Deutschland 2024

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Ziele: Bereitstellung umfassender Daten zu Gesundheitszustand, gesundheitsbezogenem Verhalten und gesundheitlicher Versorgung der Bevölkerung in Deutschland, zukünftige Möglichkeit zum Längsschnittvergleich und zur Analyse von Zeitverläufen

Studiendesign: Panelstudie mit Mixed-Mode-Ansatz (Teilnahme online und schriftlich-postalisch)

Grundgesamtheit: Deutschsprachige Bevölkerung ab 18 Jahren in privaten Haushalten mit Hauptwohnsitz in Deutschland

Stichprobe: Probabilistische/repräsentative Stichprobe der Panelinfrastruktur Gesundheit in Deutschland

Teilnehmende der Jahreswelle 2024: Insgesamt haben 41.376 der im Panel registrierten Personen an mindestens einer der drei Teilwellen in 2024 teilgenommen.

Fragebogen A: 14.759 Frauen, 12.374 Männer, 66 Personen mit anderer Geschlechtsidentität

Fragebogen B: 14.828 Frauen, 12.258 Männer, 61 Personen mit anderer Geschlechtsidentität

Fragebogen C: 14.709 Frauen, 12.329 Männer, 64 Personen mit anderer Geschlechtsidentität

Fragebogen D: 14.872 Frauen, 12.368 Männer, 66 Personen mit anderer Geschlechtsidentität

Datenerhebung:

1. Teilwelle: 28.05.2024 bis 05.08.2024

2. Teilwelle: 12.08.2024 bis 14.10.2024

3. Teilwelle: 28.10.2024 bis 06.01.2025

Mehr Informationen unter www.rki.de/panel

GEDA 2014/2015-EHIS

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Ziele: Bereitstellung zuverlässiger Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland, mit Möglichkeit zum europäischen Vergleich

Erhebungsmethode: Schriftlich oder online ausgefüllter Fragebogen

Grundgesamtheit: Bevölkerung ab 18 Jahren mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

Stichprobe: Einwohnermeldeamt-Stichproben – zufällig ausgewählte Personen aus 301 Gemeinden in Deutschland wurden eingeladen

Teilnehmende: 24.016 Personen

(13.144 Frauen und 10.872 Männer)

Datenerhebung: November 2014 – Juli 2015

Mehr Informationen unter www.rki.de/geda

das formale schulisch-berufliche Qualifikationsniveau in die Auswertungen einbezogen, das mit der CASMIN-Klassifikation (Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations) erhoben und in die Kategorien niedrig (Grundschul- bis niedrige Sekundarbildung), mittel (mittlere/höhere Sekundarbildung) und hoch (Tertiärbildung) eingeteilt wurde [13].

Es werden beobachtete und auf die Europastandardbevölkerung 2013 [14] altersstandardisierte Prävalenzen der wahrgenommenen Gesundheitsgefährdung durch Erwerbs-

arbeit nach Geschlecht und Qualifikationsniveau berichtet. Für die modellbasierte Kontrolle des Erwerbsstatus (voll- oder teilzeiterwerbstätig) wurden zusätzlich Poisson-Regressionen [15] geschätzt, um für jeden Erhebungszeitraum und jeweils für Frauen und Männer vorhergesagte Wahrscheinlichkeiten zu berechnen, die nach Qualifikationsniveau stratifiziert berichtet werden. Die vorhergesagten Wahrscheinlichkeiten ermöglichen den Vergleich der Prävalenzen beider Erhebungszeiträume unabhängig von Alters- und Erwerbsstruktur.

Abweichungen der Stichproben zur Bevölkerungsstruktur wurden hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung sowie in GEDA 2014/2015-EHIS hinsichtlich Kreistyp und im RKI-Panel 2024 hinsichtlich Gemeindegrößenklasse und Haushaltsgröße mittels gewichteter Berechnungen korrigiert. Zudem wurden die Sample Points zur Berechnung robuster Standardfehler berücksichtigt. Detaillierte Beschreibungen der Studiendesigns und Gewichtungen finden sich zum einen bei Lange et al. (2017) für GEDA 2014/2015-EHIS [16] und bei Lemcke et al. (2024) zum RKI-Panel 2024 [17].

3. Ergebnisse

Für GEDA 2014/2015-EHIS wurden insgesamt 12.952 und für das RKI-Panel 2024 insgesamt 19.541 Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren, die in Voll- oder Teilzeit erwerbstätig waren, in die Analysen einbezogen (Annex Tabelle 1). In 2014/2015 lag die beobachtete Prävalenz einer als stark oder sehr stark wahrgenommenen Gesundheitsgefährdung durch Erwerbsarbeit in dieser Bevölkerungsgruppe bei 24,5% (Frauen: 20,5%, Männer: 27,8%), während sie in 2024 bei 25,3% (Frauen: 23,6%, Männer: 26,9%) lag.

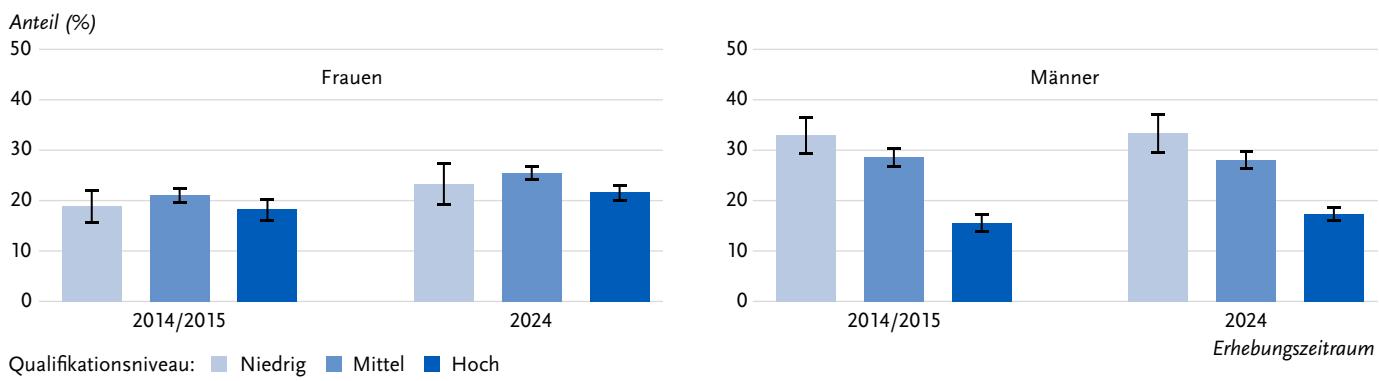
Auch nach Altersstandardisierung zeigt sich insgesamt eine niedrigere Prävalenz bei Frauen im Vergleich zu Männern, wobei 2014/2015 die Prävalenz bei Frauen niedriger war als in 2024 (Tabelle 1). Weiterhin waren 2014/2015 keine

Tabelle 1: Prävalenz der wahrgenommenen Gesundheitsgefährdung durch Erwerbsarbeit nach Geschlecht, Alter und Qualifikationsniveau.
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS (n=6.782 Frauen, n=6.170 Männer); RKI-Panel 2024 (n= 10.634 Frauen, n=8.907 Männer)

Alter (Jahre)	2014/2015				2024			
	Frauen		Männer		Frauen		Männer	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
18–29	23,7	(20,5–26,9)	26,0	(22,2–29,8)	29,1	(25,7–32,6)	26,5	(23,1–29,9)
30–44	18,7	(16,7–20,6)	28,4	(25,9–30,9)	23,7	(21,9–25,4)	28,5	(26,3–30,8)
45–64	20,4	(18,7–22,1)	28,0	(26,1–29,8)	21,8	(20,4–23,2)	25,7	(23,9–27,4)
Qualifikationsniveau (CASMIN) ¹	18,8	(15,1–22,5)	33,1	(29,1–37,2)	23,8	(18,4–29,2)	33,5	(29,0–38,1)
Niedrig	21,2	(19,6–22,8)	29,1	(27,1–31,0)	25,4	(23,9–26,8)	28,2	(26,4–30,0)
Mittel	19,5	(16,6–22,4)	14,1	(12,0–16,1)	22,3	(20,0–24,5)	16,8	(15,1–18,6)
Gesamt ¹	20,3	(19,0–21,6)	27,0	(25,5–28,5)	24,0	(22,8–25,3)	26,9	(25,5–28,3)

¹ altersstandardisierte Prävalenz (Standardbevölkerung: Europastandardbevölkerung 2013); gewichtete % und 95 %-KI

KI = Konfidenzintervall, CASMIN = Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations



Qualifikationsniveau: ■ Niedrig ■ Mittel ■ Hoch

Abbildung 1: Altersstandardisierte Prävalenz der wahrgenommenen Gesundheitsgefährdung durch Erwerbsarbeit nach Geschlecht und Qualifikationsniveau, adjustiert für Erwerbsstatus, 2014/2015 und 2024, Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS (n=6.782 Frauen, n=6.170 Männer), RKI-Panell 2024 (n=10.634 Frauen, n=8.907 Männer)

Altersunterschiede bei Frauen zu erkennen, während sich in 2024 die Prävalenz mit steigendem Alter reduziert. Bei Männern zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Altersgruppen, jedoch nach dem Qualifikationsniveau. Bei Männern mit niedrigem Qualifikationsniveau lag die Prävalenz etwa doppelt so hoch wie bei Männern mit hohem Qualifikationsniveau. Bei Frauen zeigen sich hinsichtlich des Qualifikationsniveaus nur geringe Unterschiede.

Auch nach zusätzlicher Adjustierung des Erwerbsstatus (Vollzeit, Teilzeit) zeigen sich hinsichtlich des Qualifikationsniveaus keine Veränderungen beim Vergleich der beiden Erhebungszeiträume. Während bei Frauen marginale Unterschiede zwischen den Qualifikationsniveaus zu erkennen sind, bleibt der Gradient bei Männern zu beiden Erhebungszeiträumen bestehen, wobei sich insbesondere Unterschiede zwischen Männern mit niedrigem/mittlerem Qualifikationsniveau im Vergleich zu Männern mit hohem Qualifikationsniveau zeigen (Abbildung 1, Annex Tabelle 2).

4. Diskussion

Insgesamt nimmt ungefähr ein Viertel der Voll- oder Teilzeiterwerbstätigen in Deutschland eine starke oder sehr starke Gefährdung ihrer Gesundheit durch ihre Erwerbsarbeit wahr. Insbesondere bei Männern mit niedrigem oder mittlerem Qualifikationsniveau zeigen sich zu beiden Erhebungszeiträumen deutlich höhere Prävalenzen im Vergleich zu Männern mit hohem Qualifikationsniveau. Bei Frauen zeigt sich eine im Zeitvergleich leicht gestiegene Prävalenz sowie 2024 eine höhere Prävalenz im jungen und mittleren Erwerbsalter.

Zwischen den Jahren 2014 und 2024 ist die Erwerbstätigenquote vor allem bei Frauen von 69,3% auf 74,1% angestiegen [18]. Gleichzeitig leisteten Frauen im Jahr 2022 44,3% mehr unbezahlte (Sorge-)Arbeit als Männer [19]. Gerade Frauen in jüngeren und mittleren Altersgruppen könnten häufiger Mehrfachbelastungen aufgrund von Erwerbsbeteiligung und paralleler Sorgearbeit wahrnehmen. Zugleich könnten gesellschaftliche Debatten über Gleichstellung, Ver-

einbarkeit und Rollenbilder [20] zu einer sensibleren Wahrnehmung arbeitsbedingter Belastungen beitragen, die zuvor möglicherweise normalisiert worden waren. Neuere Befunde zeigen außerdem, dass strukturelle Veränderungen wie flexible Arbeitszeitmodelle nicht automatisch Entlastung schaffen: Bei Frauen hängt der entlastende Effekt stark von der Verteilung der Haus- und Sorgearbeit ab; bleibt diese ungleich verteilt, kann Flexibilität sogar zu höheren Work-Life-Konflikten führen [21]. Vor diesem Hintergrund könnten Mehrfachbelastungen und Vereinbarkeitskonflikte bei der Wahrnehmung der Gesundheitsgefährdung durch Erwerbsarbeit eine Rolle spielen, auch wenn der Indikator gezielt im Kontext von Erwerbsarbeit abgefragt wird. Zudem könnten die Ergebnisse auch im Kontext der COVID-19-Pandemie interpretiert werden: Frauen sind häufiger in Berufen, die Interaktionsarbeit erfordern (z. B. Gesundheits- und Erziehungsberufe) beschäftigt. Diese Berufe waren im Rahmen der COVID-19-Pandemie häufig mit höheren Krankheitsrisiken assoziiert [22], während sie zugleich mit mangelnder Anerkennung, hohen z. T. physischen und psychischen Arbeitsbelastungen und vergleichsweise geringer Entlohnung einhergingen [23]. Diese Faktoren könnten zu einer gesteigerten Wahrnehmung gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen insbesondere in diesen Berufen beigetragen haben.

In Bezug auf das Qualifikationsniveau der Befragten zeigen sich insbesondere bei Männern zeitlich stabile Ungleichheiten. Berufe, für die häufiger ein niedriges Qualifikationsniveau vorausgesetzt wird [6], gehen auch häufiger mit physischen (z. B. Heben schwerer Lasten) und psychosozialen (z. B. niedriger Handlungs- und Entscheidungsspielraum, prekäre Beschäftigung) Arbeitsbelastungen einher, so z. B. in Hoch- und Tiefbau, (Innen-)Ausbau oder Gebäude- und Versorgungstechnik. Diese Berufe werden größtenteils von Männern ausgeübt [24, 25]. Die betreffenden Belastungen zeigen sich entsprechend häufig unter Männern und könnten die fortbestehenden Ungleichheiten bei Männern erklären.

Der vorliegende Indikator wurde bereits in früheren Studien als zusammenfassendes Maß für die wahrgenommenen

gesundheitsbezogenen Arbeitsbelastungen verwendet. So kann in der Gesundheitsberichterstattung die Perspektive der Beschäftigten auf ihre Arbeitswelt berücksichtigt werden. Die wahrgenommene Gesundheitsgefährung kann jedoch durch individuelle Gesundheitskonzepte, Erwartungen, Erfahrungen und gesellschaftliche Diskurse beeinflusst sein und bildet daher nicht direkt objektive Arbeitsbedingungen ab.

Die Arbeitswelt bleibt ein zentrales Setting für Prävention und Gesundheitsförderung. Neben Arbeitsschutz und betrieblichem Gesundheitsmanagement gewinnen Maßnahmen an Bedeutung, die unterschiedliche Arbeitsbedingungen und Belastungen berücksichtigen – etwa die Reduktion physischer und psychosozialer Risiken in körperlich beanspruchenden Tätigkeiten oder die Förderung von Arbeitszeitmodellen zur besseren Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Privatleben. Besonders profitieren könnten hier von Gruppen mit strukturell erhöhten Arbeitsrisiken oder Mehrfachbelastungen. Eine gezielte Verbesserung von Arbeitsbedingungen, insbesondere in Berufen mit niedrigen formalen Qualifikationsanforderungen, kann zudem zur Reduktion sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen.

Datenschutz und Ethik

Das Panel „Gesundheit in Deutschland“ 2024 wurde unter strikter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorgaben der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sowie des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) durchgeführt. Die Ethik-Kommission der Ärztekammer Berlin hat die Studie unter ethischen Gesichtspunkten gemäß der aktuellen Fassung der Deklaration von Helsinki geprüft und der Durchführung des Studienvorhabens und der Jahreswelle 2024 zugestimmt (Antragsnummer Eth-63/23, Amendment 1).

GEDA 2014/2015-EHIS wurde gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) durchgeführt. Die Studie wurde der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) in Deutschland zur Prüfung vorgelegt. Es wurden keine Bedenken gegen die Durchführung der Studie geäußert. Ein Ethik-Votum war für die reine Befragungsstudie zum damaligen Zeitpunkt nicht notwendig. Die Teilnahme an den Studien war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Jahreswelle 2024 des RKI-Panels bzw. der Studie GEDA 2014/2015-EHIS sowie über den Datenschutz informiert und erteilten ihre Einwilligung entweder elektronisch (im Rahmen der Online-Befragung) oder schriftlich (informed consent).

Datenverfügbarkeit

Für die den Ergebnissen zugrunde liegenden Daten bestehen Zugangsbeschränkungen. Die Daten aus GEDA 2014/2015-EHIS können über das Forschungsinstitut (FDZ) des Robert Koch-Instituts als Scientific Use Files beantragt werden. Der Datennutzungsantrag sowie weitere Informationen finden sich auf der folgenden Webseite: www.rki.de/suf. Die Panel-Daten sind bei begründetem Forschungsinteresse im Rahmen einer erweiterten Datennutzung über das Forschungsinstitut (FDZ) des Robert Koch-Instituts zugänglich. Anfragen können per E-Mail an fdz@rki.de gestellt werden. Weitere Informationen finden sich auf der folgenden Webseite: www.rki.de/fdz.

Förderungshinweis

Die Studie GEDA 2014/2015-EHIS und das Panel „Gesundheit in Deutschland“ 2024 wurden mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

Beiträge der Autorinnen und Autoren

Maßgebliche Beiträge zu Konzeption oder Design der Arbeit: FB, JH, SM; Erhebung der verwendeten Daten: RK; Analyse der verwendeten Daten: FB, RK; Interpretation der verwendeten Daten: FB, JH, SM, ND. Aus-

arbeitung des Manuskripts: FB; kritische Überarbeitung bedeutender Inhalte: FB, JH, SM, RK, ND. Finale Version des Manuskripts gelesen und der Veröffentlichung zugestimmt: FB, JH, SM, RK, ND.

Deklaration generativer Künstlicher Intelligenz (KI) und KI-gestützter Technologien

Für die sprachliche Überarbeitung zur verbesserten Lesbarkeit einzelner Textpassagen wurde ChatGPT-5.2 eingesetzt.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- 1 Bakker AB, Demerouti E. The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*. 2007;22(3):309–28. doi: 10.1108/02683940710733115.
- 2 Niedhammer I, Bertrais S, Witt K. Psychosocial work exposures and health outcomes: a meta-review of 72 literature reviews with meta-analysis. *Scand J Work Environ Health*. 2021;47(7):489–508. Epub 20210527. doi: 10.5271/sjweh.3968.
- 3 Paul KI, Scholl H, Moser K, Zechmann A, Batinic B. Employment status, psychological needs, and mental health: Meta-analytic findings concerning the latent deprivation model. *Front Psychol*. 2023;14:1017358. Epub 20230302. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1017358.
- 4 Ohlbrecht H. Arbeitswelt und Gesundheit: Ein gesundheitssoziologischer Blick auf die Herausforderungen der Arbeitswelt 4.0. In: Ohlbrecht H, Seltrecht A, editors. *Medizinische Soziologie trifft Medizinische Pädagogik*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2018. p. 117–37.
- 5 Dragano N, Riedel-Heller SG, Lunau T. Haben digitale Technologien bei der Arbeit Einfluss auf die psychische Gesundheit? *Nervenarzt*. 2021;92(11):1111–20. doi: 10.1007/s00115-021-01192-z.
- 6 Andrasfay T, Raymo N, Goldman N, Pebley AR. Physical work conditions and disparities in later life functioning: Potential pathways. *SSM – Population Health*. 2021;16:100990. doi: 10.1016/j.ssmph.2021.100990.
- 7 Boivin DB, Boudreau P, Kosmadopoulos A. Disturbance of the Circadian System in Shift Work and Its Health Impact. *Journal of Biological Rhythms*. 2021;37(1):3–28. doi: 10.1177/07487304211064218.
- 8 Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, et al. The measurement of effort–reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine*. 2004;58(8):1483–99. doi: 10.1016/S0277-9536(03)00351-4.
- 9 Siegrist J. Social Inequalities, Work, and Chronic Disease: Pathways Linking Sociological with Biomedical Research. *Med Res Arch*. 2025;13(8). doi: 10.18103/mra.v13i8.6808.
- 10 Kroll LE, Müters S, Dragano N. Arbeitsbelastungen und Gesundheit. *GBE kompakt*. 2011;2(5). doi: 10.25646/3021.
- 11 Kroll LE, Müters S, Schumann M, Lampert T. Wahrnehmung gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen in Deutschland. *J Health Monit*. 2017;2(4). doi: 10.17886/rki-gbe-2017-121.
- 12 Robert Koch-Institut. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2012. Berlin: RKI; 2014.
- 13 Brauns H, Scherer S, Steinmann S. The CASMIN Educational Classification in International Comparative Research. In: Hoffmeyer-Zlotnik JHP, Wolf C, editors. *Advances in Cross-National Comparison: A European Working Book for Demographic and Socio-Economic Variables*. Boston, MA: Springer US; 2003. p. 221–44.
- 14 European Commission. Revision of the European Standard Population: Report of Eurostat's Taskforce. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2013.
- 15 Frome EL. The analysis of rates using Poisson regression models. *Biometrics*. 1983;39(3):665–74.
- 16 Lange C, Finger JD, Allen J, Born S, Hoebel J, Kuhnert R, et al. Implementation of the European health interview survey (EHIS) into the German health update (GEDA). *Arch Public Health*. 2017;75:40. Epub 20170918. doi: 10.1186/s13690-017-0208-6.

- 17** Lemcke J, Loss J, Allen J, Öztürk I, Hintze M, Damerow S, et al. Gesundheit in Deutschland: Etablierung eines bevölkerungsbezogenen Gesundheitspanels. *J Health Monit.* 2024(S2):1–22. doi: 10.25646/11913.2.
- 18** Statistisches Bundesamt. Erwerbstägenquoten 1991 bis 2024. 2025. Available from: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstäigkeit/Tabellen/erwerbstägenquoten-gebietsstand-geschlecht-altergruppe-mikrozensus.html>.
- 19** Statistisches Bundesamt. Gender Care Gap 2022. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2025 [cited 16.04.2025]. Available from: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/02/PD24_073_63991.html.
- 20** Binner K, Décieux F. (Sorge-)Arbeit, Geschlecht und soziale Ungleichheit. In: Dlabaja C, Fernandez K, Hofmann J, editors. Aktuelle Ungleichheitsforschung. Befunde – Theorien – Praxis. Perspektiven aus der ÖGS-Sektion Soziale Ungleichheit. 1. Weinheim; Basel: Beltz Juventa; 2023.
- 21** Leshchenko O, Strauss S. Flexible working time arrangements and work-life conflict: The role of gender and housework. *Journal of Family Research.* 2025;37:205–26. doi: 10.20377/jfr-1186.
- 22** Gutu R, Schaps V, Hoebel J, Wachtler B, Beese F, Jacob J, et al. Berufsbedingte Unterschiede in COVID-19-Erkrankungen – Eine wellenspezifische Analyse von 3,17 Millionen gesetzlich Versicherten. *ASU Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin.* 2023;58:776–84. doi: 10.17147/asu-1-324029.
- 23** Koebe J, Samtleben C, Schrenker A, Zucco A. Systemrelevant, aber dennoch kaum anerkannt: Entlohnung unverzichtbarer Berufe in der Corona-Krise unterdurchschnittlich. *DIW aktuell.* 2020(48).
- 24** Statistisches Bundesamt. Erwerbsbeteiligung von Frauen nach Berufen. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2024 [cited 6.01.2026]. Available from: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/Dimension-1/erwerbsbeteiligung-frauen-berufe.html>.
- 25** Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Berichtsjahr 2023. Unfallverhütungsbericht Arbeit. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; 2024.

Annex Tabelle 1: Stichprobenzusammensetzung. Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS, RKI-Panel 2024

	GEDA 2014/2015-EHIS (N=12.952)	RKI-Panel 2024 (N=19.581)
	n (%) ^a	n (%) ^a
Geschlecht		
Frauen	6.782 (44,6)	10.634 (47,0)
Männer	6.170 (55,4)	8.907 (52,8)
Genderdivers	–	40 (0,2)
Alter (Jahre)		
18–29	1.963 (17,8)	2.916 (16,0)
30–44	4.330 (33,2)	6.834 (36,3)
45–64	6.659 (49,0)	9.831 (47,7)
Qualifikationsniveau (CASMIN)		
Niedrig	1.723 (19,9)	1.879 (22,5)
Mittel	7.629 (60,8)	10.286 (52,7)
Hoch	3.595 (19,3)	7.410 (24,8)
Fehlend	5	6
Erwerbsstatus		
Vollzeit	9.786 (78,2)	13.613 (72,2)
Teilzeit	3.166 (21,8)	5.968 (27,8)
Starke/sehr starke wahrgenommene Gesundheitsgefährdung durch Erwerbsarbeit		3.000 (24,5)
Fehlend	153	209

^an ungewichtet; % gewichtet; KI = Konfidenzintervall, CASMIN = Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations

Annex Tabelle 2: Altersstandardisierte Prävalenz der wahrgenommenen Gesundheitsgefährdung durch Erwerbsarbeit nach Geschlecht und Qualifikationsniveau, adjustiert für Erwerbsstatus, 2014/2015 und 2024. Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS (n=6.782 Frauen, n=6.170 Männer); RKI-Panel 2024 (n=10.634 Frauen, n=8.907 Männer)

Qualifikationsniveau (CASMIN)	2014/2015				2024			
	Frauen		Männer		Frauen		Männer	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Niedrig	19,0	(15,6–22,4)	33,0	(29,2–36,8)	23,2	(19,0–27,5)	33,7	(29,7–37,7)
Mittel	21,1	(19,5–22,7)	28,6	(26,7–30,5)	25,2	(23,7–26,7)	28,3	(26,4–30,1)
Hoch	18,3	(16,0–20,5)	15,6	(13,8–17,5)	21,6	(20,0–23,3)	17,3	(15,8–18,7)

KI = Konfidenzintervall, CASMIN = Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations