Public Health Reporting Germany
Journal of Health Monitoring 2026 | 11 | 24 **FOCUS**

ROBERT KOCH INSTITUT

Erwerbslosigkeit, psychische Gesundheit und Gesundheitsförderung: eine realistische Synthese internationaler Metaanalysen

Autor: Alfons Hollederer
Institution: Universität Kassel, Fachbereich 01 Humanwissenschaften, Kassel

Abstract

Hintergrund: Seit der Frühindustrialisierung sind negative Auswirkungen von Erwerbslosigkeit auf die Gesundheit bekannt, aber bis heute keine adäquate gesundheitsförderliche Strategie zur Bewältigung gefunden worden. Die Forschung entwickelte sich phasenweise, jedoch heterogen und unübersichtlich. Ziel der realistischen Synthese ist die Untersuchung der Zusammenhänge von Erwerbslosigkeit und psychischer Gesundheit sowie der Wirkungsweise von Gesundheitsförderung für Politik und Praxis.

Methode: Es wurde eine Literaturrecherche in den Datenbanken MEDLINE, PsycINFO, WoS und Health Evidence durchgeführt. In die realistische Synthese wurden zehn systematische Reviews mit quantitativer Metaanalyse eingeschlossen, davon sieben zu Assoziationen von Erwerbslosigkeit und Gesundheit sowie drei zur Gesundheitsförderung. Eine Qualitätsbewertung der Metaanalysen erfolgte mittels der AMSTAR II-Checklist.

Ergebnisse: Die Metaanalysen zeigen auf Basis von Quer- und Längsschnitterhebungen in großer Übereinstimmung, dass sich die psychische Gesundheit bei Arbeitsplatzverlust signifikant verschlechtert und nach Wiederbeschäftigung verbessert. Die Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit nimmt mit Dauer der Erwerbslosigkeit zu. Die Moderationsanalysen ergeben, dass Männer in Erwerbslosigkeit stärker als Frauen leiden. Für die Gesundheitsförderung wurden sowohl Gesundheits- als auch Arbeitsmarkteffekte bei Erwerbslosen belegt.

Schlussfolgerungen: Die vorliegenden Metaanalysen stützen die Hypothese einer Ursache-Wirkungs-Beziehung zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit und haben Implikationen für Forschung und Gesundheitsberichterstattung. Die Abwärtsspirale kann durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung abgemildert werden.

Keywords: Erwerbslosigkeit, Arbeitslosigkeit, Gesundheit, Psychische Gesundheit, Depression, Wohlbefinden, Gesundheitsförderung

1. Einleitung

1.1 Historische Erfahrungen mit Massenerwerbslosigkeit am Beispiel Deutschland

Erwerbslosigkeit ist historisch eng mit der industriellen Revolution verbunden und kam als Begriff in der großen Depression der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts auf. Die tiefgreifenden Veränderungen der Wirtschafts- und Arbeitsbedingungen führten zu starken sozialen Verwerfungen. Die „soziale Frage“ war in der Frühindustrialisierung strukturell ungelöst. So gab es beispielsweise noch keine allgemeine Erwerbslosenversicherung in Deutschland. Die Erwerbslosigkeit beschäftigte schon damals Protagonisten der öffentlichen Gesundheitspflege. Die

Informationen zu Artikel und Zeitschrift

Eingereicht: 31.03.2026
Akzeptiert: 03.09.2026
Veröffentlicht: 18.11.2026

Artikel peer reviewed

Zitierweise: Hollederer A. Erwerbslosigkeit, psychische Gesundheit und Gesundheitsförderung: eine realistische Synthese internationaler Metaanalysen. J Health Monit. 2026;11:24.
doi: 10.25646/14419

Prof. Dr. Alfons Hollederer
alfons.hollederer@uni-kassel.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

Sozialhygiene interpretierte Erwerbslosigkeit als eine „soziale Krankheit“ [1]. Schanz notierte bereits im Jahr 1895 [2]: „Die Arbeitslosigkeit ist eine furchtbare Geissel für die Arbeiterbevölkerung, sie bringt dieser die Gefahr des materiellen und moralischen Ruins… Auf Viele wirkt es schon sehr abstumpfend, wenn sie in Folge längerer Arbeitslosigkeit almosengenössig werden. Selbstgefühl und Scham erleiden nicht selten Einbusse.“ Uebl [3] und Herzen [4] beschrieben kurz darauf die Mittellosigkeit der Arbeiter aufgrund des Verdienstausfalls und eine damit einhergehende dramatische Verschlechterung der Ernährungs-, Wohn- und Gesundheitsverhältnisse der Familien sowie aufkommende Alkoholprobleme. Das sind frühe Zeugnisse von Gesundheitsbelastungen durch Massenerwerbslosigkeit. Sie gipfelten laut Schanz in bekannt gewordene Suizide: „Nicht selten endet aber… die durch die Arbeitslosigkeit und Noth zur Verzweiflung gebrachte Familie unter erschütternden Scenen in gemeinsamem Tod.“ [2].

Auf diese lange wirtschaftliche Depression in Deutschland folgte eine Aufschwungphase, die jedoch nur kurz, bis zum 1. Weltkrieg 1914 andauerte. Nach dem verlorenen Weltkrieg wurde die Weimarer Republik und damit die erste Demokratie in Deutschland konstituiert. Sie musste die Kriegslasten und eine einsetzende Hyperinflation bewältigen. Daran schloss sich die kurze Blütezeit der „Goldenen Zwanziger Jahre“ an. Ein Crash an der New Yorker Börse löste dann im Jahr 1929 die erste große Weltwirtschaftskrise und eine sehr schnell anwachsende Massenerwerbslosigkeit aus. Obwohl kurz vorher die Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung gegründet wurde, war Erwerbslosigkeit für die Betroffenen mit extremer Verarmung verbunden. Der Arzt und Parlamentarier Moses veröffentlichte 1931 einen sozialmedizinischen Sammelband unter dem Titel „Arbeitslosigkeit: Ein Problem der Volksgesundheit“ [5]. 1933 erschien dann der weltbekannte Klassiker „Die Arbeitslosen von Marienthal“ von Jahoda, Lazarsfeld & Zeisel [6]. Mit der nationalsozialistischen Machtübernahme endete 1933 schließlich die erste Demokratie in Deutschland. Bei der innenpolitischen Agitation spielte die Erwerbslosigkeit eine große Rolle. Der Nationalsozialismus führte bald in den 2. Weltkrieg und in die erneute Niederlage. Nach dem 2. Weltkrieg wurde Deutschland geteilt. Als Lehre aus dem Untergang der Weimarer Republik nahm die Deutsche Demokratische Republik interessanterweise das Recht auf Arbeit in ihre Verfassung als Staatsziel auf. In der Bundesrepublik Deutschland war dagegen die Erwerbslosigkeit anfangs kriegsbedingt hoch und verringerte sich dann schnell im Zuge des Wiederaufbaus. Die 1960er-Jahre des deutschen „Wirtschaftswunders“ stellten schließlich die einzige Phase der Vollbeschäftigung in der deutschen Nachkriegsgeschichte dar. Sie endete 1974 mit dem „Ölpreisschock“. In den nachfolgenden Konjunkturzyklen baute sich strukturell ein harter Kern an Erwerbslosigkeit auf, der von einem hohen Anteil von Langzeiterwerbslosen geprägt war. Im Jahr 1989 glückte die deutsche Wiedervereinigung, aber der Arbeitsmarkt in Ostdeutschland war und ist durch die Transformation besonders stark von Erwerbslosigkeit betroffen. Im Jahr 2005

Kernaussagen

- Die internationalen Metaanalysen von kontrollierten Längsschnittstudien zeigen übereinstimmend, dass sich Erwerbslosigkeit kausal negativ auf die Gesundheit auswirkt und parallel gesundheitsbezogene Selektionseffekte am Arbeitsmarkt bestehen.
- Die ersten Metaanalysen könnten aufgrund kleiner Studienzahlen die Effektgrößen statistisch überschätzt haben.
- Die Moderationsanalysen geben praxisrelevante Hinweise auf notwendige Zielgruppenspezifizierungen in der Gesundheitsförderung, besonders für erwerbslose Männer.
- Die Gesundheitsförderung und die Berichterstattung zur Gesundheit von erwerbslosen Menschen sollten in Deutschland systematisch ausgebaut werden.
- Erwerbslosigkeit stellt nach wie vor eine große Public-Health-Herausforderung dar.

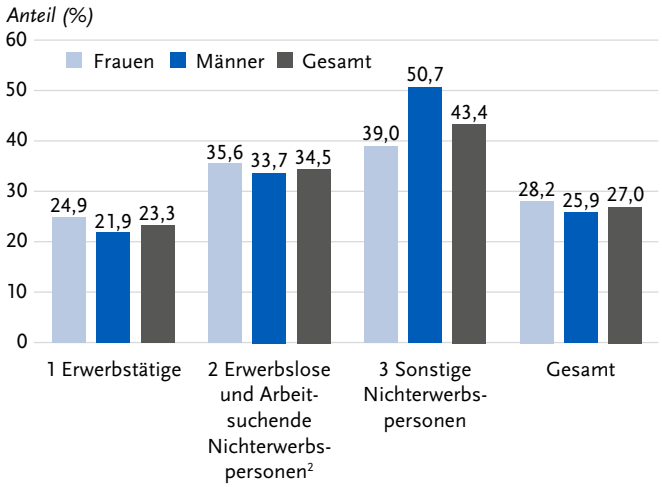


Abbildung 1: Selbstberichtete chronische Krankheit nach Erwerbsstatus und Geschlecht im Mikrozensus 2023 in Deutschland im Alter von 18 bis 64 Jahren (Ja-Anteil)[1]. Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Mikrozensus 2023, gewichtete Ergebnisse; eigene Berechnungen und Darstellung (n = 15.543 Frauen, n = 15.224 Männer)
[1]Frage: „Haben Sie eine chronische Krankheit oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem? “ (Ja/Nein). Ausfüllhinweis: „Damit gemeint sind Krankheiten oder gesundheitliche Probleme, die mindestens 6 Monate andauern oder voraussichtlich andauern werden.“
[2]Arbeitsuchende Nichterwerbspersonen sind Personen, die in den letzten vier Wochen aktive Schritte der Arbeitsuche unternommen haben, aber für den Arbeitsmarkt nicht sofort verfügbar sind.

erreichte die Erwerbslosigkeit in Deutschland schließlich mit rund 5 Millionen Erwerbslosen ihren Höhepunkt. Danach erlebte Deutschland ein anhaltendes „Beschäftigungswunder", unterbrochen von der Wirtschaftskrise 2008 und dann der COVID-19-Pandemie. Die Erwerbslosigkeit konnte in verschiedenen Phasen deutlich reduziert werden, aber das Problem ist bis heute nicht gelöst und nimmt aktuell wieder zu. Im Juli 2026 ist die Zahl der arbeitslos gemeldeten Menschen auf über 3 Millionen in Deutschland gestiegen und die Arbeitslosenquote betrug 6,4 % [7].

Die Erwerbslosigkeit hat daher nach wie vor eine sehr hohe Public Health-Relevanz. Das bestätigt auch der Mikrozensus 2023, der signifikante Gesundheitsunterschiede zwischen Erwerbstätigen und Erwerbslosen in Deutschland aufzeigt (Abbildung 1).

1.2 Theoretische Grundlagen

In der Erwerbslosenforschung gab es von Beginn an Evidenz, dass sich der Faktor Arbeit positiv auf die berufstätigen Menschen auswirkt und ein Arbeitsplatzverlust deshalb die Gesundheit belastet. Die positiven Aspekte von Arbeit bestätigt auch die aktuelle Empirie [8–10]. Es ist aber zu konstatieren, dass es darüber hinaus keinen konsentierten theoretischen Rahmen für die Wirkung der Erwerbslosigkeit auf die Gesundheit gibt. Auf die negativen Folgen durch Arbeitsplatzverlust zielt auch eine der prominentesten Theorien der Erwerbslosenforschung von Jahoda [11]. Für Jahoda ist die Arbeit wegen ihren manifesten und latenten Funktionen bedeutsam. Manifest meint die Funktion der materiellen Absicherung. Die negativen psychosozialen Belastungen bei Arbeitsplatzverlust resultieren jedoch nach Jahoda aus dem Wegfall von latenten Funktionen, namentlich der 1. Vermittlung sozialer Kontakte, 2. der Einbindung in gesellschaftliche Ziele und Sinnstiftung, 3. der Strukturierung der Zeit, 4. der Ausbildung eines sozialen Status sowie schließlich 5. der Aktivität. Der Erklärungsansatz wurde auf Basis der Gemeindestudie „Die Arbeitslosen von Marienthal" [6] entwickelt. Jahoda negierte dabei nicht die Verarmung in Erwerbslosigkeit, aber dieser Aspekt ist in ihrer Theorie nur untergeordnet. Die internationale Studienlage stützt empirisch diese Theorie der Deprivation. Wie vor kurzem die Metaanalysen von Paul et al. [12] und Aitken et al. [13] zeigten, sind die fünf latenten Funktionen und auch die manifeste Funktion bei Erwerbstätigen in einem signifikant höheren Ausmaß erfüllt als bei Erwerbslosen. Dabei ist das Erreichen dieser Funktionen zudem mit der psychischen Gesundheit der Betroffenen assoziiert.

Erwerbslosigkeit ist auch heute noch eine Hauptursache für Armut. Diese Verarmungsprozesse und Handlungsrestriktionen in Erwerbslosigkeit sind ein wichtiger Erklärungsansatz für die negativen Gesundheitsfolgen nach Fryer [14]. Erwerbslosigkeit führt demnach zu Ressourcenverlust und deshalb zu negativen Gesundheitskonsequenzen für die Betroffenen. Daneben wurde eine Reihe von weiteren Theorien auf den Bereich der Erwerbslosigkeit im Laufe der Zeit übertragen, wie Stigma-Konzepte [15], Stresstheorien [16] oder Identitätstheorien [17]. Die internationale Studienlage ist dementsprechend umfangreich, aber auch heterogen. Die zentrale Frage nach der Richtung der kausalen Wirkung zwischen Erwerbslosigkeit und Gesundheit ist ebenfalls noch nicht abschließend geklärt: Macht Erwerbslosigkeit krank oder macht Krankheit erwerbslos?

1.3 Entwicklung der Forschung zu Erwerbslosigkeit und Gesundheit

Die Forschungsaktivitäten zu Erwerbslosigkeit und Gesundheit verliefen parallel zu der beschriebenen historischen Entwicklung. In Zeiten hoher Erwerbslosigkeit waren sie intensiver. Folgende Phasen können grob unterschieden werden:

1. In der frühen Periode von 1870 bis 1932 gab es – wie oben beschrieben – einzelne Artikel und Berichte. Sie konzentrierten sich auf die Deskription der Verelendung der Arbeiterschaft.
2. Nach den „Arbeitslosen von Marienthal" [6] dominierten Untersuchungen zu Typologien und Phasenmodellen bis in die 1950er-Jahre hinein, die jedoch wissenschaftlich nicht verifiziert werden konnten.
3. In den 1970er-Jahren kam es bei weltweit ansteigender Erwerbslosigkeit wieder zu einer Intensivierung der Forschungsaktivitäten in den OECD-Staaten. Es handelte sich vor allem um Querschnittstudien und narrative Überblicksarbeiten.
4. In den 1980er-Jahren stieg die Langzeiterwerbslosigkeit an. Infolgedessen wurde Arbeitsplatzverlust nicht mehr nur als ein kritisches Lebensereignis, sondern prozesshaft als Lebensphase wahrgenommen. Es wurden sozialpsychologische Theorien auf Erwerbslosigkeit übertragen. Die „differentielle Arbeitslosenforschung" [18] diskutierte intensiv die Bewältigungsformen von Erwerbslosigkeit. Jugenderwerbslosigkeit war ein großes Thema.
5. In den 1990er-Jahren wurde das Erkenntnisinteresse auf die Phasen vor und nach Erwerbslosigkeit ausgeweitet und die Übergänge analysiert. Prekäre Beschäftigung und Arbeitsplatzunsicherheit rückten stärker in den Fokus. In der Methode folgten Längsschnittstudien, um den Prozesscharakter von Erwerbslosigkeit und ihre Bewältigung zu untersuchen.
6. In den 2000er-Jahren war die Entwicklung und Evaluation gesundheitsbezogener Interventionsansätze für Erwerbslose bemerkenswert. Sie stützten sich ins-

besondere auf sozial-kognitive Lerntheorien [19]. Sie wurden durch einzelne arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderungsprogramme ergänzt [20, 21]. Es kamen verstärkt Interventionsstudien mit Kontrollgruppendesign hinzu.

7. Ab 2005 bis dato gewannen internationale Metaanalysen mit quantitativen empirischen Methoden stark an Bedeutung. Im Zentrum der Metaanalysen standen die Assoziationen zwischen Erwerbslosigkeit und Gesundheit. Die Metaanalysen fokussierten zunehmend die methodisch hochstehenden Längsschnittstudien und untersuchten kausale Zusammenhänge. Zuletzt wurden auch Effekte von Maßnahmen der Gesundheitsförderung metaanalysiert.

1.4 Begriffsdefinitionen „arbeitslos“ oder „erwerbslos“?

Grundsätzlich ist zu berücksichtigen, dass es „die Erwerbslosen“ nicht gibt, da sich Arbeitsmärkte aus vielen Personengruppen in unterschiedlichen Lebenslagen zusammensetzen. Die Erwerbslosigkeit ist zudem saisonal, konjunkturbedingt und regional beeinflusst. Der Begriff „Arbeitslosigkeit“ ist problematisch. Arbeit meint etymologisch nach dem lateinischen Wort Labor eine regelmäßige Tätigkeit, die Mühe macht oder eine Anstrengung erfordert. Es ist aber nicht so, dass Arbeitslose, die beispielsweise Kinder erziehen, Angehörige pflegen oder ehrenamtlich engagiert sind, keine Arbeiten hätten. Mit „Arbeitslosigkeit“ ist hier die bezahlte Erwerbsarbeit oder die Lohnarbeit gemeint. In der Weimarer Republik wurde konsequenterweise das Begriffspaar Erwerbstätige und Erwerbslose im offiziellen Sprachgebrauch verwendet. Auch in den Sozialwissenschaften wird aufgrund dieser grundsätzlichen Erwägungen häufig dem Begriff Erwerbslosigkeit der Vorzug gegeben – wie in diesem Artikel. Jedoch birgt auch der Begriff „Erwerbslosigkeit“ inhärent die Gefahr, Probleme der Betroffenen auf das Finanzielle bzw. den Lohnerwerb zu reduzieren.

In Deutschland normiert das Sozialgesetzbuch III die formalen Voraussetzungen für „arbeitslos“. Dazu zählen die persönliche Arbeitslosmeldung, die aktive Arbeitsuche, die heutige Verfügbarkeit am Arbeitsmarkt und die Mitwirkungsbereitschaft. Diese Definition unterscheidet sich von der international gebräuchlichen Definition der International Labour Organization (ILO) [22]. Nach dem Labour Force Konzept der ILO [22] genügt beispielsweise die Verfügbarkeit in den nächsten 14 Tagen und sie erfordert keine Arbeitslosmeldung beim Amt. Andrerseits darf kein Arbeitsverhältnis mit mindestens einer Wochenstunde regelmäßig geleisteter Arbeitszeit bestehen.

1.5 Ziele der realistischen Synthese

Aktuell nimmt die Zahl der internationalen Metaanalysen zu. Sie rangieren in der Evidenzhierarchie weit oben und fassen die heterogene Studienlage strukturiert zusammen. Sie generieren neue Erkenntnisgewinne in einer beachtlichen Themenbreite, führen aber auch zu neuen Unübersichtlichkeiten für Politik und Praxis. Die verfügbaren Metaanalysen variieren nicht nur bei den Methoden und in der Outcome-Bildung, sondern enthalten beispielsweise unterschiedliche Vergleichsgruppen, Beobachtungszeiträume und Regionen. Ihre Ergebnisse sind auch für politik- und praxisrelevante Fragestellungen zu bewerten. Die vorliegende realistische Synthese zielt deshalb darauf, den Zusammenhang zwischen den Kontexten und der Gesundheit von Erwerbslosen zu explorieren. Zentrale Fragestellungen sind, ob Erwerbslosigkeit und Gesundheit kausal assoziiert ist, wer in Erwerbslosigkeit besonders leidet oder welche Einflussfaktoren die Wirkung von Erwerbslosigkeit auf die Gesundheit moderieren?

Um die Gesundheitsbelastungen in Erwerbslosigkeit zu ermessen, ist methodisch die (psychische) Gesundheit von Erwerbslosen im Verhältnis zu Erwerbstätigen zu analysieren. Erkenntnisse über vulnerable Personengruppen sind relevant für zielgruppenspezifische Strategien der Gesundheits- und Arbeitsförderung. Eine weitere zentrale Frage ist, ob Maßnahmen der Gesundheitsförderung nach dem aktuellen Forschungsstand die Gesundheit und Arbeitsmarktintegration verbessern. Die realistische Synthese zielt darauf ab, die Wissensbasis für Politik und Praxis zu erweitern. Sie konzentriert sich auf die systematischen Reviews mit quantitativen Metaanalysen, um einen umfassenden Überblick über den aktuellen Stand der Forschung in diesem Bereich zu erhalten.

2. Methode

2.1 Literaturrecherche nach Primärstudien

Für die Identifikation von systematischen Reviews mit Metaanalyse wurde eine internationale Literaturrecherche in folgenden Datenbanken der Medizin und Psychologie durchgeführt:

1. MEDLINE PubMed der US National Library of Medicine, National Institutes of Health (NIH)
2. MEDLINE Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (EBSCO)
3. PsycINFO American Psychological Association
4. Web of Science Core Collection
5. Health Evidence (McMaster University)

Die englischsprachige Literaturrecherche wurde in den bibliografischen Datenbanken mit folgendem Suchterm ab-

gefragt: „(((TS=(unemploy* and health)) AND DT=(Meta Analysis OR Systematic Review)) AND (DOP=(1996-01-01/2026-07-31)))" (Beispiel MEDLINE). Hinzu kommen weitere Recherchen im „Schneeball-System" anhand der zitierten Literatur.

2.2 Auswahlprozess

Die Abbildung 2 präsentiert den Auswahlprozess der Literatur für den Publikationszeitraum von 1.1.1996 bis 31.7.2026. Die Recherche ergab auf der ersten Stufe der Referenzsuche 593 Literaturangaben. Nach Entfernung von Dubletten und Auswahl der relevanten Publikationen wurden die Ergebnisse gesichtet, extrahiert, thematisch geordnet und deskriptiv ausgewertet. Es wurden systematische Reviews mit quantitativer Metaanalyse eingeschlossen. Ausschlusskriterium war demzufolge narrative Reviews oder systematische Reviews ohne quantitative Metaanalyse.

Das Forschungsinteresse richtet sich vor allem auf Metaanalysen zur psychischen Gesundheit und Gesundheitsförderung bei Erwerbslosen. Eine Priorisierung ist aufgrund der starken Platzrestriktionen notwendig, denn die Studienlage ist komplex. Aus diesem Grund wurden die vorhandenen Metaanalysen zur Mortalität und zu Suiziden bei Erwerbslosen [23–26] in der vorliegenden Übersicht ausgeschlossen. Metaanalysen, die primär die Gesundheit in der Arbeitswelt und ihre positiven Aspekte fokussieren und die Erwerbslosigkeit nur als Vergleichsparameter heranziehen, wurden ebenfalls nicht für den Ergebnisteil berücksichtigt (z. B. [27]). Für die zentrale Fragestellung ist die allgemeine Gesundheit oder Mental Health im Outcome-Parameter wesentlich. Deshalb fanden Metaanalysen zum Zusammenhang von Erwerbslosigkeit mit anderen speziellen Krankheitsgruppen oder Biomarkern (z. B. [28]) sowie Suchtverhaltensweisen (z. B. [29]) keine Berücksichtigung. Ebenso wurden metaanalytische Strukturmodelle mit anderen Outcome-Parametern nicht eingeschlossen [13, 30].

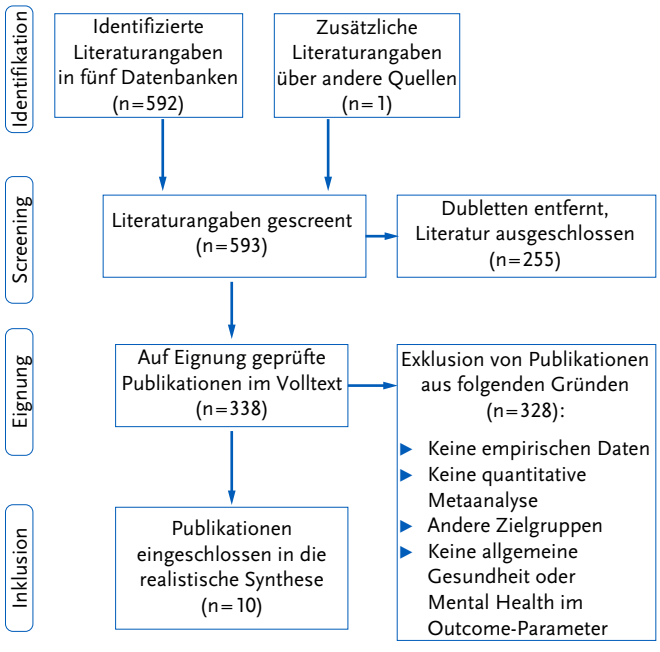


Abbildung 2: Flussdiagramm für die Literaturrecherche und den Auswahlprozess

Alle Titel und Abstracts wurden von zwei Reviewern unabhängig voneinander gescreent. Beide Reviewer bewerteten unabhängig voneinander die Volltextartikel hinsichtlich ihrer Eignung, führten eine Qualitätsbewertung durch und extrahierten die Daten zur Einbeziehung in die Überblicksarbeit.

2.3 Methodik

Für die Beurteilung der Qualität der Metaanalysen wurde das Instrument AMSTAR II nach Shea et al. [31] genutzt. Es baut auf der AMSTAR I-Checklist [32] auf und ist durch die Revision besser für systematische Reviews von Gesundheitsinterventionen geeignet, die randomisierte und nichtrandomisierte Studien enthalten. Die AMSTAR II-Checklist umfasst 16 vorgegebene Items für die Bewertung von systematischen Reviews, von denen 6 als kritische Domänen und 10 als Schwächen für die vorliegende Arbeit kategorisiert wurden. Folgende 6 Prüfkriterien wurden als kritische Domänen angesehen:

1. Angemessenheit der Literaturrecherche
2. Begründung für den Ausschluss einzelner Studien
3. Das Risiko eines Bias durch einzelne Studien wurde im Review bewertet.
4. Geeignetheit der metaanalytischen Methoden
5. Berücksichtigung des Risikos eines Bias bei der Interpretation der Ergebnisse des Reviews
6. Bewertung des Vorhandenseins und der wahrscheinlichen Auswirkung eines Publikationsbias.

Die Zuverlässigkeit der Ergebnisse von systematischen Reviews wird nach Shea et al. [31] als „hoch" bewertet, wenn keine oder nur eine Schwäche, die keinen kritischen Mangel darstellt, vorhanden ist. Schwächen wären beispielsweise ein fehlendes Study Protocol oder wenn die Studienauswahl und Datenextraktion nicht doppelt von den Autoren und Autorinnen durchgeführt worden wären. Die Qualität ist „moderat", wenn das systematische Review mehr als eine Schwäche, aber noch keinen kritischen Mangel aufweist. Wenn ein kritischer Mangel (mit oder ohne unkritische Schwächen) festgestellt wird, gilt die Zuverlässigkeit als „gering". Die Qualität des systematischen Reviews wird als „kritisch niedrig" eingeschätzt, wenn die Überprüfung mehr als einen kritischen Mangel ergibt. Die Qualität der Metaanalysen wurde nach diesem Schema [32] von zwei Reviewern unabhängig voneinander bewertet und danach die Unterschiede diskutiert. Für jede einbezogene Studie wurden die Daten extrahiert und

die Bewertungen anhand der 16 vorgegebenen Items nach der AMSTAR II-Checklist durchgeführt und dokumentiert (Protokoll beim Autor). Unstimmigkeiten zwischen den Reviewern wurden durch Diskussion und Konsens gelöst. Die zusammenfassenden Qualitätsaussagen sind in der Tabelle 1 und in der Tabelle 2 hinterlegt.

Die Struktur und Herangehensweise der nachfolgenden realistischen Synthese orientiert sich an der RAMESES-Checklist [33]. Die realistische Synthese ist ein theorienbasierter Publikationsstandard und Ansatz zur Evidenzsynthese für politikrelevante Bereiche. Sie zielt laut Wong et al. [33] darauf, die Zusammenhänge zwischen Kontext, Mechanismen und Outcome zu untersuchen. Sie wurde für die vorliegende Arbeit präferiert, weil Erwerbslosigkeit in der Realität der Betroffenen sozialrechtlich konstruiert ist und sich die Frage stellt, ob Gesundheitsförderung für wen unter welchen Umständen realistischerweise funktioniert.

3. Ergebnisse

3.1 Sample

Die 10 eingeschlossenen Metaanalysen dienen zur Bewertung der vorhandenen Studienlage, objektiven Zusammenfassung der Ergebnisse und Integration in die Forschung. Zentral ist bei der Frage nach der Gesundheit von Erwerbslosen, ob Selektionseffekte am Arbeitsmarkt oder kausale Zusammenhänge durch die Erwerbslosigkeit wirken. Querschnittstudien im Kontrollgruppendesign geben nur die Korrelation zwischen Gesundheit und Erwerbslosigkeit an. Für die Frage nach der Wirkungsrichtung braucht es methodisch Längsschnittstudien mit mehreren Messzeitpunkten. Wie Tabelle 1 anhand der Publikationsjahre verdeutlicht, können zwei Perioden der Metaanalysen unterschieden werden:

1. Die drei Metaanalysen von Murphy und Athanasou von 1999 [34], McKee-Ryan et al. von 2005 [35] sowie Paul und Moser von 2009 [36] markierten einen Meilenstein im Forschungsfeld, weil sie die ersten systematischen Reviews mit quantitativen Metaanalysen darstellten. Sie deckten einen Publikationszeitraum der Primärstudien von 1963 bis 2004 ab. Die Metaanalyse von Murphy und Athanasou [34] beinhaltete noch relativ wenige Primärstudien. Während McKee-Ryan et al. [35] vor allem Querschnittstudien analysierten, untersuchten Paul und Moser zusätzlich die kontrollierten Längsschnittstudien [36]. Danach gab es lange Zeit keine neuen derartigen Metaanalysen zu diesem Thema.
2. Erst in den letzten 5 Jahren wurden gleich 4 quantitative Metaanalysen von Amiri (2021) [37], Gedikli et al. (2023) [38], Picchio und Ubaldi (2024) [39] sowie Sterud et al. (2025) [40] erstellt. Sie versuchten nicht nur, die Studienlage zu aktualisieren, sondern auch neue Schwerpunkte zu setzen. Da longitudinale Studien mit möglichst vielen Messzeitpunkten aussagekräftiger als die Querschnittstudien sind, konzentrierten sich zwei Metaanalysen nur noch auf diesen Studientyp [38, 40]. Tabelle 1 informiert darüber, dass die Metaanalysen dieser zweiten Periode die jüngeren Primärstudien fassen, sich aber auch teilweise mit der ersten Periode überschneiden.

Die Tabelle 1 verdeutlicht, dass in den Metaanalysen die Outcome-Parameter Gesundheit und Wohlbefinden sehr unterschiedlich konzeptualisiert wurden. Der Gesundheitsbegriff ist meistens weit gefasst. Die Erfassung der psychischen Gesundheit und darunter klassisch der Depressionen ist den Metaanalysen immanent. Interessanterweise hat keine neuere Metaanalyse mehr den großen Studienumfang von Paul und Moser [36] mit 237 Querschnitts- und 87 Längsschnittstudien erreicht. Die Studienlage konzentriert sich geografisch vor allem auf Europa und angelsächsische Länder. Die Primärstudien decken die oben erwähnten Phasen 3 bis 7 der Erwerbslosenforschung vollständig ab.

Gemessen an der AMSTAR II-Checklist ist die Qualität dieser Metaanalysen als hoch oder moderat zu beurteilen; mit Ausnahme der ersten Metaanalyse von Murphy und Athanasou [34] (Tabelle 1).

3.2 Assoziationen von Erwerbslosigkeit und Gesundheit

Nach Tabelle 1 stehen die erzielten Hauptergebnisse bisheriger systematischer Reviews mit quantitativer Metaanalyse in einer hohen Übereinstimmung sowohl auf Basis der Querschnitt- als auch Längsschnittstudien über alle Perioden hinweg. Alle Metaanalysen in Tabelle 1 ergeben eine signifikant schlechtere psychische Gesundheit von Erwerbslosen im Verhältnis zu Erwerbstätigen. Die Gesundheitsunterschiede lassen sich anhand von mehreren Indikatoren nachweisen, darunter auch das Wohlbefinden oder die Lebenszufriedenheit.

Von besonderer Relevanz sind die Metaanalysen von kontrollierten Längsschnittstudien an den Arbeitsmarktübergängen, welche die Wirkungsrichtung zwischen Erwerbsstatus und Gesundheit eruierten. Zuletzt wertete die internationale Metaanalyse von Sterud et al. [40] anhand von 38 prospektiven Längsschnittstudien mit mehreren Messzeitpunkten den Zusammenhang von Erwerbslosigkeit und psychischer Gesundheit aus. Ein wichtiges Ergebnis dieser Meta-Analyse ist, dass der Übergang von Erwerbslosigkeit in Erwerbstätigkeit zu einer deutlichen durchschnittlichen Verbesserung der psychischen Gesundheit führte ($d = 0{,}27$). Der Arbeitsplatzverlust wirkte sich dagegen negativ auf die psychische Gesundheit bei geringer Effektstärke aus ($d = -0{,}19$).

Gedikli et al. [38] überprüften anhand von 29 Längsschnittstudien die Auswirkung von Erwerbslosigkeit auf die psychi-

Tabelle 1: Systematische Reviews mit quantitativer Metaanalyse zu Erwerbslosigkeit und Gesundheit

Nr.	Autoren (Publikationsjahr)	Fokus	Zeitraum Primärstudien	Länder/ Kontinente	Studienzahl (dar. Längsschnitt)	Hauptergebnisse bei Erwerbslosen (mit Richtung)	Qualität (AMSTAR II-Checklist)
1.	Murphy & Athanasou (1999) [34]	Allgemeine Gesundheit, psychische Gesundheit	1986 – 1996	Europa, USA, Australien	16 (16)	↓ Psychische Gesundheit verschlechtert sich bei Erwerbslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen. ↑ Psychische Gesundheit verbessert sich bei Wiederbeschäftigung im Vergleich zu weiterhin Erwerbslosen.	Kritisch niedrig
2.	McKee-Ryan et al. (2005) [35]	Psychisches und physisches Wohlbefinden (Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit, psychische Gesundheit, subjektiver und objektiver Gesundheitszustand)	1980 – 2002	Europa, Amerika, Asien, Australien	104 (15)	↓ Psychische Gesundheit verschlechtert sich bei Erwerbslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen. ↑ Psychische Gesundheit verbessert sich bei Wiederbeschäftigung im Vergleich zu weiterhin Erwerbslosen.	Hoch
3.	Paul & Moser (2009) [36]	Psychische Gesundheit (Disstress, Depression, Ängste, subjektives Wohlbefinden, psychosomatische Symptome, Selbstwertgefühl)	1963 – 2004	Europa, Amerika, Australien, Asien	324 (87)	↓ Psychische Gesundheit verschlechtert sich bei Erwerbslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen. ↓ Psychische Gesundheit verschlechtert sich bei Schülerinnen und Schülern, die erwerbslos werden. ↑ Psychische Gesundheit verbessert sich bei Wiederbeschäftigung im Vergleich zu weiterhin Erwerbslosen. ↓ Selektionseffekte: Menschen mit beeinträchtigter psychischer Gesundheit verlieren häufiger Arbeitsplatz und finden weniger Wiederbeschäftigung.	Moderat
4.	Amiri (2021) [37]	Majore Depression und depressive Symptome	1999 – 2020	Europa, Amerika, Asien, Australien, Afrika	89 (k. A.)	Bei Erwerbslosen sind im Vergleich zu Erwerbstätigen die Odds Ratios für ↑ Depression sowie ↑ depressive Symptome circa doppelt so hoch.	Moderat
5.	Gedikli et al. (2023) [38]	Wohlbefinden (subjektives Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit), psychische Gesundheit (Disstress, Depression, Ängste)	1990 – 2020	EU-15-Länder, Großbritannien, USA, Australien	29 (29)	Bei Erwerbslosen verschlechtert sich im Vergleich zu Erwerbstätigen ↓ Wohlbefinden, ↓ Lebenszufriedenheit, ↓ psychische Gesundheit. Erwerbslosigkeit und Wohlbefinden stehen in Wechselbeziehung.	Hoch
6.	Picchio & Ubaldi (2024) [39]	Wohlbefinden, subjektiver Gesundheitszustand, psychische und physische Gesundheit, Gesundheitsverhalten, Gesundheitsversorgung	1990 – 2021	Europa, USA, Australien, Multi-country	65 (k. A.)	Bei aktuell Erwerbslosen sind im Vergleich zu Erwerbstätigen ↓ Wohlbefinden, ↓ psychische Gesundheit geringfügig schlechter.	Moderat
7.	Sterud et al. (2025) [40]	Psychische Gesundheit (Disstress, Depression, Ängste)	1990 – 2024	Europa, Australien, USA, Asien	38 (38)	↓ Psychische Gesundheit verschlechtert sich bei Erwerbslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen. ↑ Psychische Gesundheit verbessert sich bei Wiederbeschäftigung im Vergleich zu weiterhin Erwerbslosen.	Hoch

k. A. = keine Angabe

sche Gesundheit mit ähnlichen Resultaten. Die Metaanalyse bestätigte, dass Erwerbslose ein signifikant schlechteres allgemeines Wohlbefinden im Vergleich zu Beschäftigten aufweisen. Interessanterweise konnte die Metaanalyse von Gedikli et al. [38] darüber hinaus eine wechselseitige Beziehung zwischen Erwerbslosigkeit und allgemeinem Wohlbefinden über ein Strukturmodell verifizieren.

Eine alte Forschungsfrage ist auch, ob sich Erwerbslosigkeit auf die physische und/oder psychische Gesundheit auswirkt. Wie eine weitere Metaanalyse von Picchio und Ubaldi [39] vor kurzem herausfand, leidet die psychische

Gesundheit stärker unter Erwerbslosigkeit als die physische Gesundheit.

Die Metaanalyse von Amiri [37] konzentrierte sich nur auf Depressionen und depressive Symptome in den Outcome-Parametern. Sie ermittelte für Erwerbslose ein signifikant erhöhtes Odds Ratio von 1,88 für Depressionen und von 2,06 für depressive Symptome im Vergleich zu Erwerbstätigen. Das deckt sich mit den anderen Metaanalysen, die diese Indikatoren unter psychischer Gesundheit subsummierten oder teilweise separat auswiesen.

Die Hauptergebnisse dieser vier neuen Metaanalysen von Gedikli et al. [38], Sterud et al. [40], Picchio und Ubaldi [39] und Amiri [37] stehen im großen Einklang zu der Metaanalyse von Paul und Moser [36] mit früher publizierten Quer- und Längsschnittstudien. Paul und Moser [36] belegten, dass Erwerbslosigkeit mit einer Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit einhergeht. Der Gesamteffekt ist von mittlerer Stärke und statistisch signifikant.

Abbildung 3 demonstriert nicht nur die Wirkungsrichtung von Arbeitsplatzverlust und Wiederbeschäftigung auf die psychische Gesundheit, sondern zeigt auch die Effektstärken, die in den internationalen Metaanalysen mit Längsschnittstudien aus verschiedenen Perioden berechnet wurden – soweit sie in der Methode direkt vergleichbar sind.

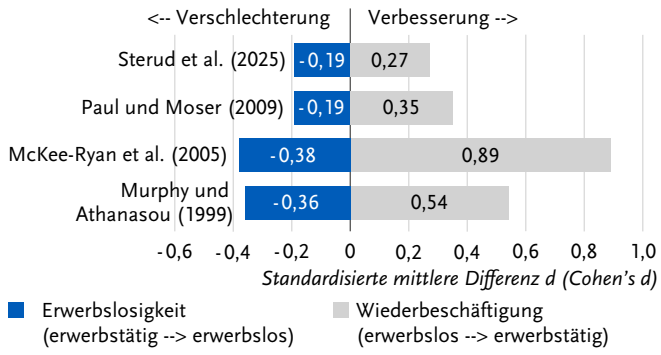


Abbildung 3: Veränderungen der psychischen Gesundheit mit Effektstärken in Metaanalysen von kontrollierten Längsschnittstudien

Paul und Moser [36] haben mit 87 Längsschnittstudien die bislang umfangreichste Studienbasis metaanalysiert. Sie stellten eine geringe, aber signifikante Effektstärke der Gesundheitsbelastungen durch Arbeitsplatzverlust fest ($d = -0,19$). Parallel ergab sich eine signifikante Verbesserung der psychischen Gesundheit bei Menschen, die zwischen den zwei Messzeitpunkten einen neuen Arbeitsplatz gefunden haben ($d = 0,35$). Das ist fast deckungsgleich zu Sterud et al. [40], die in ähnlicher Weise ein höheres Symptomaufkommen in Erwerbslosigkeit und eine niedrigere Gesundheitsbelastung bei Wiederbeschäftigung ermittelten (siehe oben).

Wie Abbildung 3 zeigt, fallen die Effektstärken dieser beiden letztgenannten Metaanalysen aber wesentlich kleiner als bei McKee-Ryan et al. [35] sowie Murphy und Athanasou [34] aus. Das könnte auf deren kleine Studienzahlen und die damit einhergehende größere statistische Unsicherheit zurückzuführen sein (Tabelle 1). Außerdem ist die Studienqualität der Metaanalyse von Murphy und Athanasou [34] gemessen an der AMSTAR II-Checklist kritisch gering (Tabelle 1), sodass deren Ergebnisse generell mit Vorsicht zu interpretieren sind.

Es fällt bei allen vier Metaanalysen in Abbildung 3 überraschenderweise auf, dass die psychische Gesundheit bei Wiederbeschäftigung im Durchschnitt stärker stieg als sie vorher bei Arbeitsplatzverlust gefallen ist. Das dürfte höchstwahrscheinlich an einem Selektionseffekt in Erwerbslosigkeit liegen. Wenn Einschränkungen der psychischen Gesundheit die Wiederbeschäftigungschancen reduzieren, bedeutet dies, dass im Bestand an Erwerbslosen tendenziell mehr erwerbslose Menschen mit schlechterer Gesundheit (länger) verbleiben. Paul und Moser [36] berechneten für den Übergang von Erwerbslosigkeit in den Arbeitsmarkt einen Selektionseffekt separat im Verhältnis zu denjenigen, die erwerbslos blieben. Die standardisierte mittlere Differenz *d* lag bei 0,15. Das wäre in etwa die Lücke zwischen den beiden Effektgrößen in Abbildung 3. Darüber hinaus wiesen Paul und Moser [36] einen weiteren Selektionseffekt nach: Bei Erwerbstätigen mit schlechterer psychischer Gesundheit zum 1. Messzeitpunkt war das Erwerbslosigkeitsrisiko höher ($d = 0,23$). Das legt nahe, dass Erwerbslosigkeit kausal die Gesundheit beeinträchtigt und Selektionseffekte parallel wirken. Ein „Circulus vitiosus" von Erwerbslosigkeit und Gesundheit [21] deutet sich an. Das bestätigte auch die neuere Metaanalyse von Gedikli et al. [38], nach der ein beeinträchtigtes Wohlbefinden ebenfalls das künftige Erwerbslosigkeitsrisiko erhöht.

3.3 Dauer der Erwerbslosigkeit und Gesundheit

Die Annahme, dass Erwerbslosigkeit als Expositionsfaktor kausal die Gesundheit belastet, wird auch durch Beobachtungen zur Einwirkdauer konsistent gestützt. Sowohl Paul und Moser [36] als auch McKee-Ryan et al. [35], Gedikli et al. [38] sowie Picchio und Ubaldi [39] führten Moderationsanalysen in der Querschnittsbetrachtung durch und stellten übereinstimmend fest, dass Langzeiterwerbslosigkeit die Gesundheit wesentlich stärker belastet als Kurzzeiterwerbslosigkeit. Paul und Moser [36] berechneten mit separaten Metaanalysen, dass es im ersten Jahr der Erwerbslosigkeit zu einem großen Anstieg der psychischen Symptome kommt, die im neunten Monat den Höhepunkt erreichten. Die psychische Gesundheit stabilisierte sich im zweiten Jahr der Erwerbslosigkeit auf einem mittleren Niveau unter verschiedenen Schwankungen und schien sich im dritten Jahr nochmals zu verschlechtern.

Gedikli et al. [38] stellten zudem einen negativen Zusammenhang von Länge der Erwerbslosigkeitsdauer mit

Wohlbefinden und mit Lebenszufriedenheit metaanalytisch fest. Die Effekte waren sehr groß.

Diese empirischen Befunde sprechen für die oben erwähnte Theorienbildung (Phase 4), Erwerbslosigkeit als eine andauernde kritische Lebensphase zu begreifen.

3.4 Erwerbslosigkeit und soziodemografische Einflussfaktoren

Neben der Dauer der Erwerbslosigkeit wurden in der Fachliteratur viele potenzielle Einflussfaktoren untersucht, welche die direkte Wirkung von Erwerbslosigkeit auf den individuellen Gesundheitszustand verstärken oder abmildern könnten. Für einen Teil dieser Faktoren berechneten die vorliegenden Metaanalysen Moderatoreffekte. Jedoch konsentieren die Moderationsanalysen in der Gesamtschau nur relativ wenige Faktoren, auf die nachfolgend eingegangen wird.

Seit langem wird darüber diskutiert, inwieweit die unterschiedliche Erwerbsbeteiligung von Männern und Frauen sowie die Rollenbilder die negativen Gesundheitseffekte von Erwerbslosigkeit moderieren [41]. Ein historischer Erklärungsansatz ist bei Männern die Rolle des „Ernährers“ und die Verpflichtungen für abhängige Familienangehörige. Bei Frauen wurde in der Vergangenheit dagegen eine entlastende Alternativrolle zu Erwerbslosigkeit durch Haushaltsführung und Kindererziehung geltend gemacht. Im Zeitverlauf ist die Erwerbsquote von Frauen jedoch stark gestiegen, die traditionellen Rollenbilder haben sich gesellschaftlich verändert und die Erwerbsbiografien teilweise angeglichen. Interessanterweise bestätigen Metaanalysen Geschlechtsunterschiede bei den gesundheitlichen Reaktionen auf Erwerbslosigkeit sowohl aus der ersten als auch der zweiten Periode, d. h. auch in den jüngeren Publikationen.

Erste Periode: Die Metaanalyse von Paul und Moser [36] eruierte auf Basis der umfangreichsten Zahl an 302 Stichproben in der Querschnittsbetrachtung, dass die negativen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit der Männer signifikant größer als bei den Frauen sind. Die erste Metaanalyse von Murphy und Athanasou [34] ergab dagegen, dass das Geschlecht keine Bedeutung für die berechneten Effektgrößen von Erwerbslosigkeit auf die Gesundheit hatte. Allerdings wurde oben schon auf die kritisch geringe Studienqualität dieser Metaanalyse (Tabelle 1) und eine methodisch bedingte niedrige Teststärke bei wenigen Studien hingewiesen.

Zweite Periode: Für Sterud et al. [40] stand für diese Moderatoranalyse ebenfalls nur eine sehr kleine Studienzahl zur Verfügung. Die Studienlage war im Ergebnis uneinheitlich und war möglicherweise konfundiert durch unterschiedliche länderspezifische Faktoren. Darunter befand sich eine deutsche Panelanalyse von Unger et al. [42], die beobachtete, dass sich der Verlust des Arbeitsplatzes besonders negativ auf die psychische Gesundheit von älteren Männern auswirkte.

Die übrigen drei Metaanalysen zeigen eine große Übereinstimmung: Gedikli et al. [38] ermittelte, dass die negativen Effekte der Erwerbslosigkeit auf das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit bei Männern erheblich größer als bei Frauen ausfallen. Ebenso berichteten Picchio und Ubaldi [39], dass die gesundheitlichen Auswirkungen der Erwerbslosigkeit gravierender für Männer als für Frauen waren. Amiri [23] berechnete bei erwerbslosen Männern ein deutlich höheres Odds Ratio für Depressionen als bei erwerbslosen Frauen (OR 2,27 vs. OR 1,62), aber nicht für depressive Symptome. Diese Metaanalysen knüpfen damit an Paul und Moser [36] an.

Paul und Moser [36] machten außerdem einen moderierenden Trend hinsichtlich sozialer Klasse aus. Erwerbslose aus dem Arbeitermilieu waren stärker als Angestellte von den negativen Folgen auf die psychische Gesundheit betroffen.

Entgegen den Erwartungen wurde die Hypothese, dass sich die Erwerbslosigkeit in verschiedenen Altersphasen unterschiedlich auf die Gesundheit auswirkt, in bisherigen Moderationsanalysen [36, 38, 39] nicht verifiziert. Das Qualifikationsniveau der Erwerbslosen hatte ebenfalls in den Meta-Analysen [34–36, 38] keinen nachweisbaren Einfluss auf die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit. Gleiches gilt für ethnische Zugehörigkeit und Nationalität [35, 36]. Das bedeutet, dass alle diese Personengruppen und Subgruppen ähnlich unter Erwerbslosigkeit leiden.

3.5 Einflussfaktoren auf Länderebene

In der Fachliteratur wurde der Einfluss des Arbeitsmarkts bei den psychischen Belastungen in Erwerbslosigkeit kontrovers diskutiert. Eine hohe Erwerbslosenquote geht auf der einen Seite mit weniger offenen Stellen und geringeren Beschäftigungschancen einher und könnte daher bei Erwerbslosen die Zukunftsängste und den Druck bei der Arbeitsuche erhöhen. Auf der anderen Seite kann argumentiert werden, dass in Wirtschaftskrisen die Arbeitsplatzunsicherheit auch die Erwerbstätigen als Vergleichsgruppe belastet [27]. Wider Erwarten konnte in den Metaanalysen von Paul und Moser [36] sowie McKee-Ryan et al. [35] kein signifikanter Moderationseinfluss für die berichtete lokale Erwerbslosenquote in den Primärstudien festgestellt werden. Dagegen identifizierten Picchio und Ubaldi [39] vor kurzem einen signifikant negativen Einfluss der Erwerbslosenquote auf die Gesundheit von Erwerbslosen.

Ein großer Vorteil der internationalen Überblicksarbeiten ist es, metaanalytisch überprüfen zu können, ob differentielle Gesundheitsauswirkungen durch Erwerbslosigkeit mit Unterschieden zwischen den Herkunftsländern zusammen-

hängen. Die Gesundheitsfolgen der Erwerbslosigkeit können nach den Metaanalysen durch mehrere Faktoren auf Länderebene systematisch beeinflusst werden. Paul und Moser [36] identifizierten als bedeutsame Moderatorvariable die Einkommensgleichheit im internationalen Vergleich. Die negativen Gesundheitseffekte der Erwerbslosigkeit sind in Ländern mit hoher Einkommensungleichheit (Gini-Koeffizient) größer als in Ländern mit geringer Ungleichheit.

Paul und Moser [36] erkannten als weitere wichtige Einflussvariable die Großzügigkeit des sozialen Sicherungssystems eines Landes. Die Großzügigkeit zeigt sich an der Höhe der Unterstützungszahlung, deren Dauer oder den Prozentsatz der leistungsempfangenden Erwerbslosen. Vom Unterstützungssystem hängt in der Regel die finanzielle Situation der Erwerbslosen ab. In der Metaanalyse von McKee-Ryan et al. [35] wurde diese Moderatorvariable aber nicht bestätigt und in der Metaanalyse von Gedikli et al. [38] nur teilweise.

Darüber hinaus stellten Paul und Moser [36] fest, dass das Niveau der wirtschaftlichen Entwicklung des Landes sich auf die Gesundheit von Erwerbslosen auswirkt. Die negativen Effekte der Erwerbslosigkeit sind demnach in ärmeren Ländern größer als in reicheren Ländern. Diese makroökonomische Moderatorvariable wurde jedoch in den letzten Metaanalysen von Gedikli et al. [38] sowie von Picchio und Ubaldi [39] als nicht signifikant getestet.

Außerdem zeigten Gedikli et al. [38] kürzlich auf, dass das Wohlbefinden von Erwerbslosen in höherem Maße in Ländern beeinträchtigt wurde, die strengere soziale Normen in Bezug auf Arbeitsorientierung haben. Das ist kompatibel zur Inkongruenztheorie von Paul und Moser [30].

Die Gesamtschau der Metaanalysen ergibt bei den Einflussfaktoren auf Länderebene vielfältige, aber uneinheitliche Ergebnisse. Paul und Moser [36] haben die meisten Primärstudien metaanalysiert, aber nicht alle Moderationsfaktoren wurden in den anderen Metaanalysen bestätigt. Möglicherweise können derartige Länderunterschiede erst bei größerer Studienzahl und Teststärke methodisch nachgewiesen werden. Sie könnten sich aber auch im Zeitverlauf verändert haben. Die Ergebnisse sind daher vorsichtig zu interpretieren.

3.6 Metaanalysen zur Gesundheitsförderung bei Erwerbslosen

Die arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung zielt primär auf die Krankheitsprävention und Stärkung der Gesundheit von Erwerbslosen ab. Darüber hinaus hat sie sekundär die Verbesserung der Arbeitsmarktintegration als Ziel. Zu den Gesundheitseffekten wurden erste systematische Reviews mit quantitativer Metaanalyse von Paul und Holledere (2023) [43] sowie Arena et al. (2023) [44] vorgelegt. Die Arbeitsmarkteffekte untersuchte eine Metaanalyse von Hult et al. (2020) [45].

Tabelle 2 informiert darüber, dass die Qualität der drei Metaanalysen durchgängig hoch entsprechend der AMSTAR II-Checklist ist.

Die internationale Metaanalyse von Paul und Holledere [43] baute auf einem früheren systematischen Review [20] auf. Sie erfasste Interventionsstudien bei Erwerbslosen mit mindestens zwei Messzeitpunkten und einer Kontrollgruppe. Das Hauptergebnis der Metaanalyse ist, dass die gesundheitsorientierten Interventionen und Gesundheitsförderung

Tabelle 2: Systematische Reviews mit quantitativer Metaanalyse zur Gesundheitsförderung bei Erwerbslosen

Nr.	Autoren (Publikationsjahr)	Fokus	Zeitraum Primärstudien	Länder/ Kontinente	Studienzahl	Hauptergebnisse bei Erwerbslosen (mit Richtung)	Qualität (AMSTAR II-Checklist)
1.	Hult et al. (2020) [45]	Gesundheitsmaßnahmen zur Wiederbeschäftigung (Kognitive Verhaltenstherapie, Bewegung, Gesundheitsberatung) mit und ohne Kombination eines Trainings zur Arbeitsuche	1989 – 2018	Europa, Amerika, Australien, Israel	15	Gesundheitsmaßnahmen ohne Training zur Arbeitssuche verbessern signifikant die ↑ Wiederbeschäftigung. Gesundheitsmaßnahmen mit Training zur Arbeitssuche verbessern leicht die ↑ Wiederbeschäftigung.	Hoch
2.	Paul und Holledere (2023) [43]	Gesundheitsorientierte Interventionen und Gesundheitsförderung (kognitive Verhaltenstechniken, Entspannung, Stressbewältigung, soziale Unterstützung, Bewegung, Gesundheitsberatung, Training zur Arbeitsuche)	1989 – 2020	Europa, Australien, Amerika	34	Nach Gesundheitsintervention verbesserte sich die ↑ psychische Gesundheit, ↑ körperliche Aktivität signifikant, aber nicht die → physische Gesundheit im Vergleich zur Kontrollgruppe.	Hoch
3.	Arena et al. (2023) [44]	Mental-Health-Interventionen (Depression, Angst)	1989 – 2022	USA, Australien	39	Sowohl Prävention als auch Behandlung verbesserten signifikant ↓ Depressionen, ↓ Angstzustände, ↓ Stresswerte im Vergleich zur Kontrollgruppe. Gemittelte Gesamteffekte waren tendenziell positiv.	Hoch

eine signifikante Verbesserung der psychischen Gesundheit erzielten. Die durchschnittlichen metaanalytischen Effekte waren von geringer Größe direkt nach der Intervention (d=0,22) sowie bei Follow-up (d=0,11). Darüber hinaus war die Förderung körperlicher Aktivität signifikant erfolgreich und führte zu einem erhöhten Aktivitätsniveau (d=0,30). Entgegen den Erwartungen moderierten die getesteten soziodemografischen Merkmale die Wirkung der Gesundheitsinterventionen nicht.

Eine bemerkenswerte Moderatorvariable stellte die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Gesundheitsmaßnahme dar. Die verpflichtenden Gesundheitsmaßnahmen (z. B. durch Jobcenter) waren nicht wirksam. Freiwilligkeit zählt zu den Handlungsprinzipien nach der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO [46].

Des Weiteren eruierte die Metaanalyse von Paul und Hollederer [43] für den kombinierten Einsatz mit Trainings zur Arbeitssuche einen signifikant negativen Moderatoreffekt auf die physische Gesundheit. Von den Maßnahmen zur Förderung der körperlichen Gesundheit waren lediglich diejenigen ohne Training zur Arbeitssuche wirksam.

In die Metaanalyse von Paul und Hollederer [43] wurden auch evaluierte Interventionsansätze einbezogen, die in Deutschland entwickelt wurden. Dazu gehören unter anderem das Programm JobFit, das einen eigenen Präventionskurs konzipiert hat und motivierende Gesprächsführung nutzt [47, 48], sowie die Programme AktivA [49] und AmigA [50].

Die Hauptergebnisse sind konsistent zu einer weiteren Metaanalyse von Arena et al. [44], die sich in den Endpunkten auf Depressionen und Ängste konzentrierte. Sie ergab, dass die gemittelten Gesamteffekte sowohl bei den untersuchten Präventions- als auch Behandlungsstudien positive Effekte auf Depressionen, Angstzustände und Stress erreichten. Die Evidenz war vergleichsweise robust für Ansätze auf Basis der kognitiven (Verhaltens-)Therapie. Am deutlichsten wurde die Wirkung auf Disstress nachgewiesen, wenngleich die aggregierte Effektstärke gering war.

Die Metaanalyse von Hult et al. [45] untersuchte als primären Outcome die Wiederbeschäftigung von Arbeitssuchenden, die an Gesundheitsförderungsmaßnahmen teilnahmen. Bei 7 von 15 randomisierten kontrollierten Interventionsstudien wurde die Gesundheitsmaßnahme mit einem Training zur Arbeitssuche kombiniert. Im Verhältnis zur Kontrollgruppe ohne Intervention erzielten die Gesundheitsmaßnahmen ohne ein Training zur Arbeitssuche eine geringe, aber signifikante Verbesserung der Wiedereingliederungschancen (bei sehr geringer Sicherheit der Evidenz). Hult et al. [45] legen offen, dass die Gesundheitsintervention mit inkludiertem Training zur Arbeitssuche jedoch nicht so große Verbesserungen der Wiederbeschäftigungschancen erreichten.

In der Gesamtschau dieser Metaanalysen zeigt sich Evidenz für die Wirksamkeit sowohl auf die Gesundheit als auch Wiederbeschäftigung bei geringen Effektgrößen. Es gibt vorsichtige Hinweise darauf, dass sich die Kombination von Gesundheitsintervention mit Training zur Arbeitssuche in Hinblick auf Arbeitsmarkt- und Gesundheitseffekte nicht bewährt hat.

4. Diskussion

4.1 Diskussion der Ergebnisse

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die bisherigen internationalen Metaanalysen die heterogene Studienlage zur Gesundheit von Erwerbslosen aus einer ganzen Epoche abdecken und in den Kernaussagen dabei eine hohe Kongruenz erzielen. Sie ergaben durchgehend, dass der Eintritt in Erwerbslosigkeit mit einer Zunahme von psychischen Symptomen und die Wiederbeschäftigung mit Verbesserungen der psychischen Gesundheit verbunden sind. Die Veränderungen der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens lassen sich für mehrere Indikatoren nachweisen. Die psychische Gesundheit wird stärker als die physische Gesundheit durch die Erwerbslosigkeit belastet. Die Metaanalysen von Längsschnittdaten stützen die Annahme, dass Erwerbslosigkeit nicht nur mit Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit korreliert, sondern diese mit verursacht (Kausationshypothese). Je länger die Menschen erwerbslos waren, desto stärker waren im Durchschnitt die negativen Effekte auf die psychische Gesundheit. Kausalität und Selektion schließen sich aber nicht aus und ein „Circulus vitiosus“ von Erwerbslosigkeit und Gesundheit [21] deutet sich aufgrund der Wechselbeziehungen an.

Die Metaanalysen haben größtenteils ein hohes methodisches Qualitätsniveau erreicht. Für die Interpretation der Qualität nach der AMSTAR II-Checklist ist darauf hinzuweisen, dass sowohl die Qualität der Methodik als auch formale Aspekte wie fehlendes Study Protocol oder Statement zum Interessenkonflikt in die Beurteilung Eingang finden und das Rating relativ streng ist. Diese Gewichtung ist vor allem für die Metaanalysen mit Gesundheitsinterventionen relevant (Tabelle 2).

Es ist aber als Limitation zu beachten, dass die zugrundeliegenden Primärstudien häufig kein hohes Qualitätsniveau haben. Sterud et al. [40] konstatierten für ihre Metaanalyse, dass die Bewertungen nach der GRADE-Methode bei allen eingeschlossenen Studien als gering einzuschätzen sind. Außerdem ist die Zahl der geeigneten Längsschnittstudien klein. Es wurden häufig nur Querschnittstudien durchgeführt. Eine Stärke dieses Überblicks liegt auch darin, die Qualität und Zahl der Primärstudien in der Gesamtbeurteilung zu berücksichtigen. So verdichten sich die Hinweise, dass die Effektgrößen von Erwerbslosigkeit und Wiederbeschäftigung

auf die psychische Gesundheit aufgrund der niedrigen Qualität oder kleinen Studienzahl bei den frühen Metaanalysen statistisch überschätzt sein könnten (vgl. Abbildung 3).

Eine weitere Stärke liegt in der Gesamtschau der Moderationsfaktoren, die hohe Politik- und Praxisrelevanz haben, aber nur teilweise übereinstimmen. Die gesundheitsbezogenen Reaktionen auf die Erwerbslosigkeit sind nicht homogen und die Effekte werden von Einflussfaktoren moderiert. Eine Stärke der realistischen Synthese ist es, die Evidenz übergreifend herauszuarbeiten und dabei die Perioden zu berücksichtigen. Die Moderationsanalysen sind auch für die Gesundheitsförderung wichtig, weil sie potenziell an Einflussfaktoren wie Ressourcen und Belastungen ansetzen kann.

4.2 Implikationen für die Gesundheitsförderung

Die internationalen Metaanalysen tragen zur Evidenzbasierung der arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung für Erwerbslose bei. Sie weisen positive Wirkungen vor allem auf die psychische Gesundheit bei niedrigen Effektgrößen nach. Darüber hinaus wurden geringe, aber signifikante Effekte auf die Wiederbeschäftigung belegt. Die Abwärtsspirale in Erwerbslosigkeit kann demnach durch Gesundheitsförderung abgemildert werden.

Von Relevanz sind die Ergebnisse der Metaanalysen zum Anstieg der negativen Gesundheitseffekte mit Dauer der Erwerbslosigkeit. Langzeiterwerbslose sind wesentlich stärker als Kurzzeiterwerbslose betroffen. Auf diese Zielgruppe richtet sich die Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung größtenteils in Deutschland [51]. „Prä-venire“ meint aber „zuvor-kommen“ und der erste Höhepunkt der Gesundheitsbelastungen wurde mit neun Monaten Erwerbslosigkeit festgestellt [36]. Deshalb könnte der Einsatz geeigneter Gesundheitsinterventionen bereits bei Kurzzeiterwerbslosen von Vorteil sein. Beispielsweise wurde das internationale JOBS Program für diese Zielgruppe der Kurzzeiterwerbslosen ursprünglich konzipiert und ist mittlerweile in Deutschland positiv evaluiert worden [52].

Die Moderationsanalysen geben wichtige Hinweise auf vulnerable Personengruppen. Es ist jedoch zu beachten, dass die Frage nach der Gesundheitsgefährdung unabhängig von der Frage des individuellen Erwerbslosigkeitsrisikos ermittelt wird. Das ist praxisrelevant, da die Erwerbslosigkeitsrisiken sozial ungleich verteilt sind. Zum Beispiel war in Deutschland die Arbeitslosenquote von Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit fast dreimal so hoch wie die der Deutschen im Jahresdurchschnitt 2025 laut Bundesagentur für Arbeit [53]. Nach den vorliegenden Metaanalysen leiden aber beide Gruppen im Fall von Arbeitsplatzverlust trotzdem ähnlich stark.

Dagegen ist der Sachverhalt bei der Betrachtung nach Männern und Frauen anders gelagert. In Deutschland waren im Jahresdurchschnitt 2025 Männer stärker als Frauen von Arbeitslosigkeit betroffen (6,6 % vs. 6,0 %) [53]. Gleichzeitig sind in den Metaanalysen die Auswirkungen auf die psychische Gesundheit bei Männern größer als bei Frauen. Das ist eine klare Indikation für eine Zielgruppenspezifizierung in der Prävention und Gesundheitsförderung. Das fünfte Sozialgesetzbuch für die Gesetzliche Krankenversicherung gibt in § 20 SGB V Absatz 1 vor, dass die Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung „insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen sollen“. In der Praxis der Gesundheitsförderung ist jedoch der Erreichungsgrad von arbeitslosen Männern gering und männerspezifische Präventionsansätze sind unterentwickelt. Ein geschlechtsspezifischer Bedarf besteht auch in der Suchtprävention. Ein systematisches Review von Nolte-Troha et al. [54] berichtete, dass Erwerbslose höhere Prävalenzraten an Suchterkrankungen sowie höhere Alkohol- und Tabakkonsumraten als Erwerbstätige aufweisen und diese bei erwerbslosen Männern stärker als bei erwerbslosen Frauen ausgeprägt sind.

Die Metaanalysen erbringen außerdem fachlich interessante Ergebnisse zur Kombination von Gesundheitsförderung mit Trainings zur Arbeitssuche. Sie legen nahe, dass sich diese Kombination nicht bewährt hat. Möglicherweise ist es besser, sie getrennt in den etablierten Strukturen der Gesundheits- und Arbeitsförderung umzusetzen.

4.3 Implikationen für die Gesundheitsforschung

Die Forschung benötigt Gesundheitsdaten von Erwerbslosen und Erwerbstätigen. Ein massives Standortproblem ist der fehlende freie Zugang zu den Routinedaten der Sozialversicherungen für die unabhängige Wissenschaft in Deutschland. Für eine genauere Bestimmung des Wirkungsgefüges von Kausalität und Selektionseffekten in Erwerbslosigkeit sind qualitativ hochwertige Vergleichsstudien mit möglichst vielen Messzeitpunkten notwendig. Sie gibt es bislang selten. Zu beachten ist auch, dass sich aufgrund der Studienlage noch nicht alle bekannten Indikatoren zum Zusammenhang von Gesundheit und Erwerbslosigkeit metaanalysieren lassen und das Spektrum der psychischen Störungen weiter gefasst ist [55].

Die internationalen Metaanalysen fassen in der Konzeption die Gesundheitsoutcomes unterschiedlich breit und verwenden verschiedene Analysemethoden. Das erschwert die Synthese der Ergebnisse erheblich. Es überrascht, dass keine der neueren Metaanalysen die große Studienzahl von Paul und Moser [36] sowohl bei den Querschnitt- als auch Längsschnittstudien erreichte, obwohl deren Erfassungszeitraum der Primärstudien nur bis zum Jahr 2004 ging. Die geringe-

re Teststärke hat Rückwirkung auf die Ergebnisse und die Interpretation von Trends. Ein Update der Metaanalyse von Paul und Moser [36] mit derselben Methodik ist deshalb perspektivisch empfohlen.

Die Metaanalysen zur arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung bei Erwerbslosen zeigen die qualitative und quantitative Weiterentwicklung im Feld auf. Es gibt Evidenz, aber sie ist aufgrund der Studienlage wenig abgesichert. Die Metaanalysen legen jedoch auch geringe Effektgrößen und Nachhaltigkeit offen. Es braucht daher mehr Präventionsforschung zu den Wirkungen von Maßnahmen auf die Gesundheit und Arbeitsmarktintegration von erwerbslosen Menschen.

4.4 Implikationen für die Berichterstattung zur Gesundheit von Erwerbslosen in Deutschland

Zur Gesundheit von Erwerbslosen fehlt ein regelmäßiges Monitoring in Deutschland. In der Berichterstattung zur Gesundheit wird Erwerbslosigkeit primär als Kontextvariable auf der Makroebene beschrieben.

Da alle Sozialversicherungen in Deutschland den offiziellen Arbeitslosenstatus von ihren Versicherten aus Abrechnungsgründen erfassen, wäre eine systematische Berichterstattung von der Datenlage her realisierbar. Als eine positive Ausnahme mit Modellcharakter sei der jährliche Gesundheitsreport des BKK Dachverbands erwähnt. Er berichtet regelmäßig auf Basis der Routinedaten der BKK-versicherten arbeitslosen Versicherten die Krankenhausfälle und -diagnosen, das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, die ambulante Versorgung sowie die Arzneimittelverordnungen [56]. Die meisten Arbeitslosen in Deutschland sind aber bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) versichert, die arbeitslose Menschen in ihrer Berichterstattung nicht gesondert ausweisen. Daneben fehlen entsprechende Analysen über erwerbslose Menschen auch von den übrigen Sozialversicherungen wie der Gesetzlichen Rentenversicherung, der Gesetzlichen Unfallversicherung und der Privaten Krankenversicherung.

Eine Alternative zur Berichterstattung der Sozialversicherungen stellen repräsentative Befragungsstudien von Erwachsenen dar. Hier gab es zwischendurch Fortschritte bei den nationalen Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts [57–60]. Methodisch limitieren jedoch kleine Fallzahlen von Erwerbslosen in den üblichen Stichprobengrößen die Vergleichsanalysen. Das Panel Arbeitsmarkt und soziale Sicherung (PASS) [61] hätte aufgrund eines Oversampling bei Erwerbslosen Potenzial auch für die Gesundheitsberichterstattung, wie Auswertungen zum subjektiven Gesundheitszustand von Erwerbslosen [42] oder zu speziellen Zielgruppen wie Menschen mit Behinderungen [62] zeigen. Eine weitere ausbaufähige Datenquelle für die Berichterstattung zur Gesundheit von Erwerbslosen ist der Mikrozensus [63, 64], der in Deutschland regelmäßig durch das Statistische Bundesamt durchgeführt wird und repräsentative Ergebnisse nicht nur für den Bund, sondern auch für die Länder und nordrhein-westfälischen Kommunen generiert.

Forschung und Berichterstattung können jedoch nur die Wissensbasis für informierte Entscheidungen der Politik und Praxis liefern. Um den „Circulus vitiosus“ von Erwerbslosigkeit und Gesundheit zu durchbrechen, ist eine politikfeldübergreifende Kooperation und gesundheitsförderliche Gesamtpolitik im Sinne der betroffenen Menschen notwendig.

Datenschutz und Ethik
Für diesen Beitrag wurden von dem Autor keine Studien an Menschen oder Tieren sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt.

Datenverfügbarkeit
Nicht zutreffend.

Förderungshinweis
Keine Förderung.

Beiträge der Autorinnen und Autoren
Maßgebliche Beiträge zu Konzeption oder Design der Arbeit: AH; zur Erhebung der verwendeten Daten: AH; zur Analyse der verwendeten Daten: AH; zur Interpretation der verwendeten Daten: AH. Ausarbeitung des Manuskripts: AH; kritische Überarbeitung bedeutender Inhalte: AH. Finale Version des Manuskripts gelesen und der Veröffentlichung zugestimmt: AH.

Deklaration generativer Künstlicher Intelligenz (KI) und KI-gestützter Technologien
Nicht zutreffend.

Interessenkonflikt
Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung
Ich danke Herrn Daniel Tarekegn Worede (Universität Kassel) für die Mitwirkung bei der Literaturrecherche und -auswahl sowie die Zweitbewertung der Qualität der systematischen Reviews nach der AMSTAR II-Checklist und die Diskussion.

Literatur

1 Stern J. Die soziale Krankheit, ihre Ursachen u. ihre Heilung. 2nd ed. Stuttgart: Dietz; 1890. de.

2 Schanz G. Zur Frage der Arbeitslosen-Versicherung. Bamberg: C. C. Buchner Verlag; 1895.

3 Uebl J. Die Gefahren der Arbeitslosigkeit für die arbeitenden Klassen, vom hygienischen Standpunkte aus betrachtet. Friedrich's Blätter f. gerichtl. Med. u. Sanitätspolizei [Internet]. 1897;48:49–65 [cited 14.09.2026]. Available from: https://books.google.de/books?id=rxUaAAAAYAAJ&pg=PA49&dq=uebl+%22Die+gefahren+der+Arbeitslosigkeit%22&hl=de&newbks=1&newbks_redir=1&sa=X&ved=2ahUKEwjLwcTO666QAxWq1AIHHflpKQAQ6AF6BAgIEAM.

4 Herzen W. Die Arbeitslosigkeit in ihren gesundheitlichen Folgen. Neuland [Internet]. 1897;1(2):145–55 [cited 14.09.2026]. Available from: https://www.google.de/books/edition/Neuland/sYdRAAAAYAAJ?hl=de&gbpv=1&dq=die+arbeitslosigkeit+in+ihren+gesundheitliche+folgen+willibald+herzen&pg=PT1&printsec=frontcover.

5 Moses J. Arbeitslosigkeit: Ein Problem der Volksgesundheit: eine Denkschrift für die Regierung und Parlamente. Berlin: Scholem; 1931.

6 Jahoda M, Lazarsfeld P, Zeisel H. Die Arbeitslosen von Marienthal. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1975.

7 Bundesagentur für Arbeit (BA). Monatsbericht zum Arbeits- und Ausbildungsmarkt: Blickpunkt Arbeitsmarkt Juli 2026. Nürnberg; 2026.

8 Modini M, Joyce S, Mykletun A, Christensen H, Bryant RA, Mitchell PB, et al. The mental health benefits of employment: Results of a systematic meta-review. Australas Psychiatry. 2016;24(4):331–6. doi: 10.1177/1039856215618523.

9 Gerdes R, Jackson TD, Roberts R, Lytvyak E, Deibert D, Dennett L, et al. Associations Between Employment and Health Outcomes: A Systematic Review of Reviews. J Occup Rehabil. 2026. doi: 10.1007/s10926-025-10357-5.

10 van der Noordt M, IJzelenberg H, Droomers M, Proper KI. Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. Occup Environ Med. 2014;71(10):730–6. doi: 10.1136/oemed-2013-101891.

11 Jahoda M. Wieviel Arbeit braucht der Mensch. Weinheim: Beltz; 1983.

12 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. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1017358.

13 Aitken JA, Cannon JA, Kaplan SA, Kim H. The Benefits of Work: A Meta-analysis of the Latent Deprivation and Agency Restriction Models. J Bus Psychol. 2024;39(4):821–47. doi: 10.1007/s10869-023-09920-9.

14 Fryer D. Employment deprivation and personal agency during unemployment: A critical discussion of Jahoda's explanation of the psychological effects. Social Behavior. 1986;3(1):3–23.

15 Goffman E. Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag; 1967.

16 Lazarus RS. Psychological stress and the coping process. New York: Mc-Graw-Hill; 1966.

17 Ezzy D. Unemployment and mental health: a critical review. Soc Sci Med. 1993;37(1):41–52. doi: 10.1016/0277-9536(93)90316-v

18 Wacker A. Differentielle Verarbeitungsformen von Arbeitslosigkeit. PROKLA. 1983;13(53):77–88. doi: 10.32387/prokla.v13i53.1467.

19 Bandura A, Stanford U. Social cognitive theory of personality. In: Pervin LA, John OP, editors. Handbook of personality, Theory and research. New York, NY: Guilford Press; 1999. p. 154–96.

20 Holllederer A. Health promotion and prevention among the unemployed: a systematic review, Health Promot Int. 2019;34(6):1078–1096. [cited 14.09.2026]. Available from: https://academic.oup.com/heapro/article/34/6/1078/5106383?guestAccessKey=ae74b5f3-af0d-4675-888d-faf63ca25aa5.

21 Holllederer A. Gesundheit und Krankheit von Arbeitslosen sowie Chancen und Grenzen arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung. In: Holllederer A, editor. Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag; 2021. p. 12–35.

22 International Labour Organization (ILO). Resolution concerning the measurement of underemployment and inadequate employment situations, adopted by the Sixteenth International Conference of Labour Statisticians; 1998.

23 Amiri S. Unemployment and suicide mortality, suicide attempts, and suicide ideation: A meta-analysis. Int J Ment Health. 2022;51(4):294–318. doi: 10.1080/00207411.2020.1859347.

24 Milner A, Page A, LaMontagne AD. Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. PLoS ONE. 2013;8(1):e51333. doi: 10.1371/journal.pone.0051333.

25 Roelfs DJ, Shor E. Financial Stress, Unemployment, and Suicide – A Meta-Analysis. Crisis. 2023;44(6):506–17. doi: 10.1027/0227-5910/a000908.

26 Roelfs DJ, Shor E, Davidson KW, Schwartz JE. Losing Life and Livelihood: A Systematic Review and Meta-Analysis of Unemployment and All-Cause Mortality. Soc Sci Med. 2011;72(6):840–54. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.01.005.

27 Kim TJ, dem Knesebeck O v. Is an insecure job better for health than having no job at all? A systematic review of studies investigating the health-related risks of both job insecurity and unemployment. BMC Public Health. 2015;15:985. doi: 10.1186/s12889-015-2313-1.

28 Hughes A, Kumari M, McMunn A, Bartley M. Unemployment and inflammatory markers in England, Wales and Scotland, 1998-2012: Meta-analysis of results from 12 studies. Brain Behav Immun. 2017;64:91–102. doi: 10.1016/j.bbi.2017.03.012.

29 Amiri S. Smoking and alcohol use in unemployed populations: a systematic review and meta-analysis. J Addict Dis. 2022;40(2):254–77. doi: 10.1080/10550887.2021.1981124.

30 Paul KI, Moser K. Incongruence as an explanation for the negative mental health effects of unemployment: Meta-analytic evidence. J Occup Organ Psychol. 2006;79(4):595–621. doi: 10.1348/096317905X70823.

31 Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. BMJ. 2017;358:j4008. doi: 10.1136/bmj.j4008.

32 Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. BMC Med Res Methodol. 2007;7:10. doi: 10.1186/1471-2288-7-10.

33 Wong G, Greenhalgh T, Westhorp G, Buckingham J, Pawson R. RAMESES publication standards: realist syntheses. BMC Med. 2013;11:21. doi: 10.1186/1741-7015-11-21.

34 Murphy GC, Athanasou JA. The effect of unemployment on mental health. J Occup Organ Psychol. 1999;72:83–99.

35 McKee-Ryan FM, Song Z, Wanberg CR, Kinicki AJ. Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. J Appl Psychol. 2005;90(1):53–76. doi: 10.1037/0021-9010.90.1.53.

36 Paul KI, Moser K. Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. J Vocat Behav. 2009;74(3):264–82. doi: 10.1016/j.jvb.2009.01.001.

37 Amiri S. Unemployment associated with major depression disorder and depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis. Int J Occup Saf Ergon. 2021;28(4):2080–92. doi: 10.1080/10803548.2021.1954793.

38 Gedikli C, Miraglia M, Connolly S, Bryan M, Watson D. The relationship between unemployment and wellbeing: an updated meta-analysis of longitudinal evidence. Eur J Work Organ Psychol. 2023;32(1):128–44.

39 Picchio M, Ubaldi M. Unemployment and health: A meta-analysis. J Econ Surv. 2024;38(4):1437–72. doi: 10.1111/joes.12588.

40 Sterud T, Lunde L-K, Berg R, Proper KI, Aanesen F. Mental health effects of unemployment and re-employment: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Occup Environ Med. 2025;82(7):343–53.

41 Holllederer A, Mohr G. Arbeitslosigkeit und Gesundheit in der Gender-Perspektive. In: Hornberg, C., Pauli, A., Wrede B, editors. Medizin – Gesundheit – Geschlecht. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2016. p. 235–57.

42 Unger S, Tisch A, Tophoven S. Age and gender differences in the impact of labour-market transitions on subjective health in Germany. Scand J Public Health. 2018;46(19_suppl):49–64. doi: 10.1177/1403494817738430.

43 Paul KI, Holllederer A. The Effectiveness of Health-Oriented Interventions and Health Promotion for Unemployed People-A Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(11). doi: 10.3390/ijerph20116028.

44 Arena AF, Mobbs S, Sanatkar S, Williams D, Collins D, Harris M, et al. Mental health and unemployment: A systematic review and meta-analysis of interventions to improve depression and anxiety outcomes. J Affect Disord. 2023;335:450–72. doi: 10.1016/j.jad.2023.05.027.

45 Hult M, Lappalainen K, Saaranen TK, Räsänen K, Vanroelen C, Burdorf A. Health-improving interventions for obtaining employment in unemployed job seekers. Cochrane Database Syst Rev. 2020; 1(1):CD013152. doi: 10.1002/14651858.CD013152.pub2.

46 Weltgesundheitsorganisation (WHO). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Genf; 1986.

47 Hanewinkel R, Wewel M, Stephan C, Isensee B, Wiborg G. Motivierende Gesprächsführung mit Arbeitslosen: Akzeptanz und Ergebnisse einer Beratung zur Verbesserung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen. Gesundheitswesen. 2006;68(4):240–8. doi: 10.1055/s-2006-926693.

48 Faryn-Wewel M. JobFit als Ansatz zur Gesundheitskompetenzförderung arbeitsuchender Menschen: Prävention in arbeitsmarktnahen Settings von 2003 bis 2020. In: Hollederer A, editor. Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag; 2021. p. 414–30.

49 Rothländer K, Mühlpfordt S, Richter P. Evaluation des Gesundheitsförderungsprogramms „Aktive Bewältigung von Arbeitslosigkeit (AktivA)". Zeitschrift für Gesundheitspsychologie. 2012;20(3):115–27. doi: 10.1026/0943-8149/a000070.

50 Kellner A. Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung: AmigA seit 2008 im Jobcenter MAIA des Landkreises Potsdam-Mittelmark. In: Hollederer A, editor. Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag; 2021. p. 318–33.

51 GKV Spitzenverband, Medizinischer Dienst Bund. Präventionsbericht 2025.

52 Hollederer A, Jahn HJ. Results from a Nationwide Evaluation Study of Labor Market-Integrative Health Promotion for the Unemployed: Impact of the JOBS Program Germany. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(19). doi: 10.3390/ijerph20196835.

53 Bundesagentur für Arbeit (BA). Arbeitsmarkt kompakt – Die Lage am Arbeits- und Ausbildungsmarkt in Deutschland im Jahr 2025. Nürnberg; 2026.

54 Nolte-Troha C, Roser P, Henkel D, Scherbaum N, Koller G, Franke AG. Unemployment and Substance Use: An Updated Review of Studies from North America and Europe. Healthcare (Basel). 2023;11(8). doi: 10.3390/healthcare11081182.

55 Franke AG, Schmidt P, Neumann S. Association Between Unemployment and Mental Disorders: A Narrative Update of the Literature. Int J Environ Res Public Health. 2024;21(12). doi: 10.3390/ijerph21121698.

56 Klemm A-K, Meyer B, editors. Vielfalt und gesunde Arbeit: BKK Gesundheitsreport 2025. Berlin, Germany: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2025.

57 Kroll LE, Lampert T. Arbeitslosigkeit, soziale Unterstützung und gesundheitliche Beschwerden: Ergebnisse aus der GEDA-Studie 2009. Dtsch Arztebl Int. 2011;108(4):47–52. doi: 10.3238/arztebl.2011.0047.

58 Kroll LE, Lampert T. Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. GBE KOMPAKT. 2012;3(1):1–9.

59 Kroll LE, Müters S, Lampert T. Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit: Ein Überblick zum Forschungsstand und zu aktuellen Daten der Studien GEDA 2010 und GEDA 2012. Bundesgesundheitsbl. 2016;59(2):228–37. doi: 10.1007/s00103-015-2282-7.

60 Robert Koch-Institut (RKI), editor. Gesundheit in Deutschland. Berlin; 2015. 516 p.

61 Trappmann M, Bähr S, Beste J, Eberl A, Frodermann C, Gundert S, et al. Data Resource Profile: Panel Study Labour Market and Social Security (PASS). Int J Epidemiol. 2019;48(5):1411-1411g. doi: 10.1093/ije/dyz041.

62 Paul KI, Hollederer A. Unemployment and Job Search Behavior among People with Disabilities during the First Year of the COVID-19 Pandemic in Germany. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(11). doi: 10.3390/ijerph20116036

63 Hollederer A. Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Gesundheitsförderung in Deutschland. In: Klemm A-K, Meyer B, editors. Vielfalt und gesunde Arbeit, BKK Gesundheitsreport 2025. Berlin, Germany: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2025. p. 139–45. [cited 01.02.2026]. Available from: https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/Publikationen/2025/Gesundheitsreport_2025/BKK_Gesundheitsreport_2025.pdf#p152.

64 Hollederer A. Unemployment and health in the German population: results from a 2005 microcensus. J Public Health. 2011;19(3):257–68. doi: 10.1007/s10389-010-0367-1.