

**Kernaussagen**

- ▶ Arbeitslose sind häufiger krank und sterben früher.
- ▶ Arbeitslose und prekär Beschäftigte haben mehr gesundheitliche Beschwerden.
- ▶ Die psychische Gesundheit wird durch Arbeitslosigkeit und prekäre Beschäftigung besonders beeinträchtigt.
- ▶ Krankheiten können sowohl Folge als auch Ursache von Arbeitslosigkeit sein.

**Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit**

Im Jahr 2011 lag die Arbeitslosenquote in Deutschland bei 7,1 % und damit so niedrig wie noch nie seit der Wiedervereinigung. Je weniger Menschen arbeitslos sind, desto mehr läuft diese Gruppe Gefahr, aus dem Blickfeld der Öffentlichkeit zu geraten. Arbeitslosigkeit und ihre individuellen Folgen sollten aber aus Sicht der Gesundheitswissenschaften auch weiterhin ein zentrales Thema für Forschung und Gesundheitsförderung bleiben.

Die Ergebnisse vieler Studien verdeutlichen, dass Arbeitslose im Vergleich zu Erwerbstätigen einen schlechteren Gesundheitszustand haben (Berth et al. 2008, Brenner 2006, Elkeles 1999, Hanisch 1999, Lampert et al. 2011, RKI 2003, Weber et al. 2007). Der Eintritt in die Arbeitslosigkeit hat in der Regel erhebliche Auswirkungen auf die Lebensführung der Betroffenen. Sie verlieren einen beträchtlichen Teil ihres Einkommens und müssen sich an die Vorgaben der Arbeitsagentur halten. Die immateriellen Verluste wiegen ebenfalls schwer; etwa der Verlust fester Tages- und Zeitstrukturen oder von an den Arbeitsplatz gebundenen Kontakten zu Kolleginnen und Kollegen (Brief et al. 1995, Creed, Macintyre 2001, Fryer 1986, Jahoda 1983, Janlert, Hammarstrom 2009, Warr 1987).

Außerdem verringert sich das an den Beruf gebundene soziale Prestige mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit. Diese mit der Arbeitslosigkeit assoziierten Belastungen können psychosozialen Stress erzeugen und gesundheitsriskantes Verhalten sowie das Auftreten von Erkrankungen begünstigen. So ist vielfach dokumentiert, dass insbesondere psychische Erkrankungen, wie Depressionen und Angststörungen, bei Arbeitslosen vermehrt auftreten (Hollederer 2003, RKI 2003). Erwerbstätige mit chronischen Gesundheitsproblemen haben zudem ein höheres Arbeitslosigkeitsrisiko, während Arbeitslose mit Gesundheitsproblemen schlechtere Chancen auf eine Wiederbeschäftigung haben (Arrow 1996, Voss et al. 2004, Weber et al. 2007).

In der Folge kumulieren bei Langzeitarbeitslosen häufig soziale und gesundheitliche Probleme. Dieser Mechanismus ist besonders in Zeiten des wirtschaftlichen Aufschwungs von Bedeutung, in denen Langzeitarbeitslose mit Gesundheitsproblemen trotz guter Rahmenbedingungen häufig keine Beschäftigung finden. Arbeitslosigkeit wirkt sich dadurch in Wachstumsperioden besonders belastend auf die Betroffenen aus (Novo et al. 2001, Scanlan, Bundy 2009). Die Verhinderung der negativen gesundheitlichen Konsequenzen der Arbeitslosigkeit stellt somit eine wichtige Aufgabe für die Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland dar und kann dazu beitragen, die Wiederbeschäftigungschancen von Arbeitslosen zu verbessern.

Neben der Arbeitslosigkeit selbst rückt in den letzten Jahren zunehmend auch die Bedrohung der Beschäftigungssicherheit in das Blickfeld der Öffentlichkeit. Ungeachtet der allgemeinen Erholung auf dem deutschen Arbeitsmarkt,

hat der Anteil von nicht regulären Arbeitsverhältnissen in den letzten Jahren beträchtlich zugenommen (Bispinck, Schulten 2011). Immer mehr Erwerbstätige in Deutschland sind prekär beschäftigt. Als prekär beschäftigt gelten Erwerbstätige, die keine unbefristeten, sozialversicherungspflichtigen Tätigkeiten ausüben oder ihre eigene Beschäftigung als gefährdet wahrnehmen (Ferrie 2006). Prekär beschäftigte Frauen und Männer haben häufig befristete Verträge, sind für Zeitarbeitsfirmen tätig oder beziehen sehr niedrige Löhne und Gehälter.

Diese Tendenzen sind auch für die Gesundheitsforschung relevant, da nicht nur die Arbeitslosigkeit selbst, sondern bereits die subjektiv wahrgenommene Bedrohung der Beschäftigungssicherheit gesundheitsschädlichen Stress erzeugen kann (Dragano, Siegrist 2006, Ferrie 2006, Zok 2006). So weisen die Ergebnisse von Langzeitstudien darauf hin, dass sich die Unsicherheit des Arbeitsplatzes negativ auf die psychische Gesundheit auswirkt, während sie sich nach dem Wechsel in sichere Beschäftigungsverhältnisse wieder signifikant verbessert (Ferrie 2006).

In diesem Beitrag werden aktuelle Ergebnisse zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit, prekärer Beschäftigung und Gesundheit vorgestellt. Dazu werden Daten aus der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell« (GEDA) für das Jahr 2010 herangezogen, die im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut durchgeführt wurde (Kurth et al. 2009). Die Daten werden um ausgewählte Befunde aus der amtlichen Statistik und der Krankenversicherungsstatik ergänzt. Für die Analysen werden Angaben von 14.693 Frauen und Männern im Alter zwischen 18 und 64 Jahren verwendet, die zum Befragungszeitpunkt entweder erwerbstätig oder arbeitslos waren.

## Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)

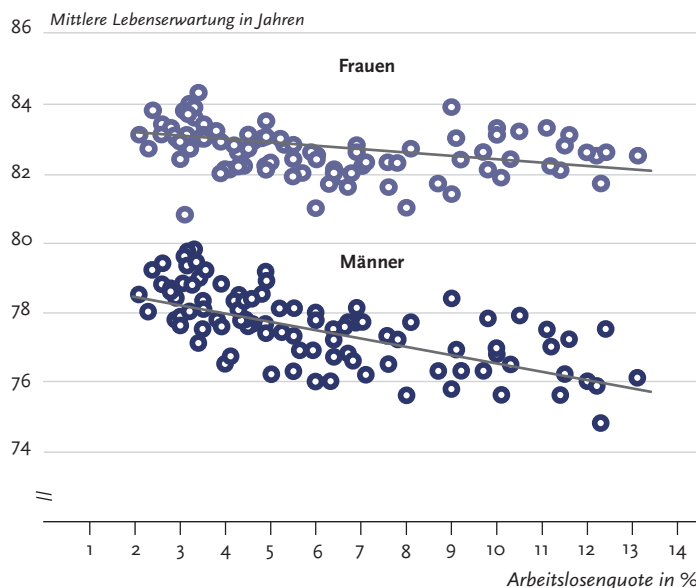
<b>Datenhalter:</b>	Robert Koch-Institut
<b>Ziele:</b>	Bereitstellung aktueller Daten zu gesundheitsbezogenen Themen, Analyse zeitlicher Entwicklungen und Trends
<b>Erhebungsmethode:</b>	Computerunterstützte telefonische Befragung (CATI)
<b>Grundgesamtheit:</b>	18-jährige und ältere Wohnbevölkerung Deutschlands
<b>Stichprobe:</b>	22.050 Frauen und Männer
<b>Kooperationsrate:</b>	55,8 %
<b>Untersuchungszeitraum:</b>	September 2009 bis Juli 2010

## Arbeitslosigkeit beeinflusst die Lebenserwartung

Befunde verschiedener nationaler und internationaler Studien zeigen, dass Arbeitslosigkeitserfahrungen bei Frauen und Männern mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko assoziiert sind (Grobe 2006, Martikainen, Valkonen 1996, Voss et al. 2004). So haben Personen mit Arbeitslosigkeitserfahrungen eine insgesamt höhere Sterblichkeit und ein erhöhtes Risiko für den Tod in Folge eines Suizides oder ungeklärter äußerer Ursachen. Die vorliegenden Befunde werden dahingehend interpretiert, dass die Beziehung zwischen Arbeitslosigkeit und Mortalität über verringerte soziale Ressourcen und psychosozialen Stress sowie die daraus resultierende Entwicklung von Angststörungen und depressiven Erkrankungen vermittelt wird.

In Abbildung 1 ist auf der Ebene aller 96 Raumordnungsregionen in Deutschland im Jahr 2008 dargestellt, dass ein Zusammenhang zwischen Arbeitslosenquote und Lebens-

**Abbildung 1**  
Lebenserwartung bei Geburt und Arbeitslosenquote 2008 nach Geschlecht  
Quelle: INKAR 2010 (BBR 2010)



erwartung bei Geburt besteht. Raumordnungsregionen sind Regionen innerhalb von Bundesländern, die mehrere Städte und Landkreise zusammenfassen. Sie bestehen in der Regel aus einer größeren Stadt als wirtschaftlichem Zentrum und ihrem ländlichen Umland. Die Daten der 96 deutschen Raumordnungsregionen stammen aus der amtlichen Regionaldatenbank INKAR 2010 (BBR 2010).

Auf Ebene der Raumordnungsregionen ist die Arbeitslosenquote signifikant mit der Lebenserwartung von Frauen und Männern assoziiert. Bei Frauen sinkt die Lebenserwartung mit jedem Prozentpunkt, den die Arbeitslosenquote zunimmt, um etwa einen Monat. Bei Männern liegt der entsprechende Wert bei drei Monaten. Zwischen der Region mit der höchsten und der mit niedrigsten Arbeitslosenquote bestand eine Differenz von 0,6 Jahren bei Frauen und 2,4 Jahren bei Männern.

### Arbeitslose sind häufiger krank

Arbeitslose Frauen und Männer sind von vielen Beschwerden und Krankheiten häufiger betroffen als Erwerbstätige des gleichen Alters (RKI 2003). Hinweise liefert etwa die Arbeitsunfähigkeitsstatistik der gesetzlichen Krankenkassen. Der Gesundheitsreport der Betriebskrankenkassen (BKK) aus dem Jahr 2010 zeigt, dass arbeitslose Frauen im Jahr 2009 mit durchschnittlich 22,8 Tagen deutlich häufiger arbeitsunfähig waren, als weibliche Angestellte mit 12,4 Tagen. Bei Männern betragen die entsprechenden Werte 19,5 und 9,7 Tage.

### Erfassung von Arbeitslosigkeit und prekärer Beschäftigung in GEDA 2010

Die Erfassung basiert auf der Selbsteinstufung von Befragten, die entweder erwerbstätig oder arbeitslos sind. Nichterwerbstätige wurden aus den Analysen ausgeschlossen (24,1 % der Frauen und 13,1 % der Männer in GEDA 2010). Das subjektive Messkonzept berücksichtigt, dass auch Personen, die nicht arbeitslos gemeldet sind, auf der Suche nach einer Vollzeitoder Teilzeitbeschäftigung sein können. Die Befragten werden in vier Gruppen eingeteilt:

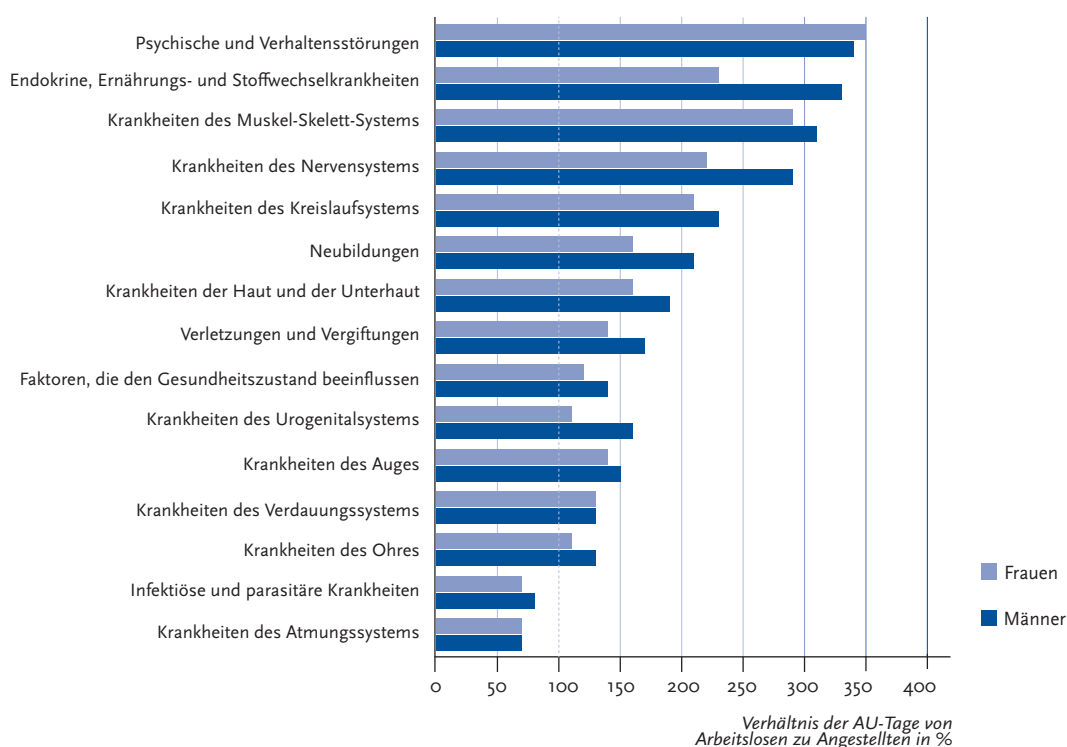
- 1) Personen, die Voll- oder Teilzeit erwerbstätig sind und ihre Weiterbeschäftigung nicht als gefährdet einschätzen (77,2 % der Frauen und 82,8 % der Männer),
- 2) Personen, die ihre Beschäftigungssicherheit als gefährdet ansehen (12,5 % der Frauen und 9,7 % der Männer),
- 3) Arbeitslose, die weniger als 12 Monate arbeitslos sind (4,0 % der Frauen und 3,8 % der Männer) und
- 4) Arbeitslose, die bereits 12 Monate oder länger arbeitslos sind oder Arbeitslosengeld II beziehen (6,3 % der Frauen und 3,7 % der Männer).

In Abbildung 2 ist das Verhältnis der gemeldeten Krankheitstage von arbeitslosen und angestellten Frauen und Männern nach Diagnosen differenziert dargestellt. Dabei zeigt sich, dass Arbeitslose vor allem von psychischen und Verhaltensstörungen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, Krankheiten des Nervensystems, Krankheiten des Kreislaufsystems, Neubildungen, Krankheiten der Haut und der Unterhaut, Verletzungen und Vergiftungen, Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, Krankheiten des Urogenitalsystems, Krankheiten des Auges, Krankheiten des Verdauungssystems, Krankheiten des Ohres, Infektiöse und parasitäre Krankheiten, Krankheiten des Atmungssystems

**Abbildung 2**

**Arbeitsunfähigkeitstage von Arbeitslosen im Vergleich zu Angestellten 2009, nach Geschlecht**

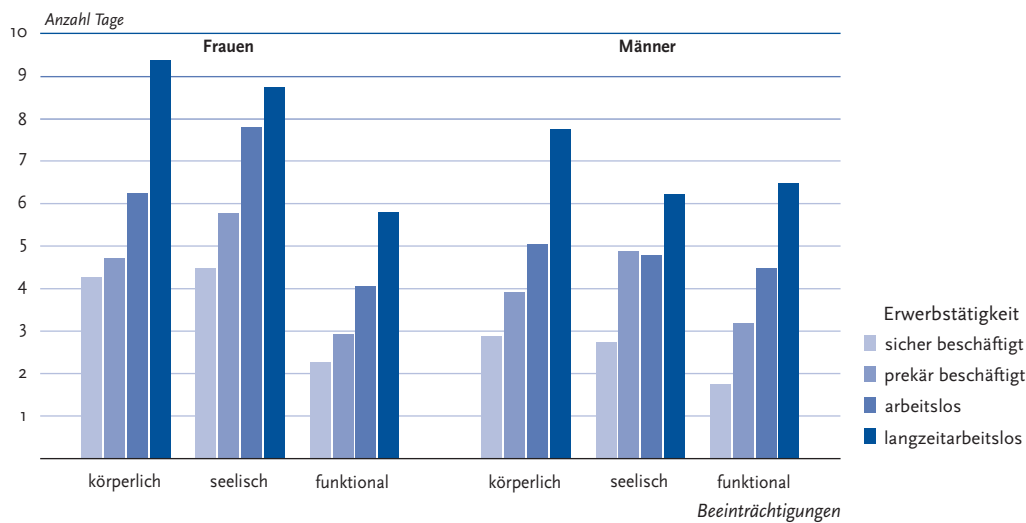
Datenbasis: BKK Gesundheitsreport 2010



**Abbildung 3**

**Tage mit Beeinträchtigung des körperlichen und seelischen Befindens und daraus folgende Beeinträchtigungen bei Alltagsaktivitäten in den letzten vier Wochen nach Erwerbssituation und Geschlecht**

Datenbasis: GEDA 2010



lett-Systems sowie von Krankheiten des Nervensystems stärker betroffen sind.

### Mehr gesundheitliche Beschwerden bei Arbeitslosen und prekär Beschäftigten

In der GEDA-Studie 2010 werden Beeinträchtigungen des seelischen Befindens sowie der körperlichen Gesundheit auch unabhängig von einer Krankmeldung beim Arzt erfasst. Zudem wird erfasst, inwiefern sich diese Beeinträchtigungen auf die Alltagsaktivitäten der Befragten auswirken. Im Einklang mit den Abrechnungsdaten der Krankenkassen wird deutlich, dass Arbeitslose von diesen Beeinträchtigungen häufiger betroffen sind als Erwerbstätige (Kroll, Lampert 2011a, Lange, Lampert 2005).

In Abbildung 3 ist die durchschnittliche Anzahl von Tagen mit Beeinträchtigungen in den letzten vier Wochen vor der Befragung differenziert nach dem Erwerbsstatus dargestellt. Die Ergebnisse machen deutlich, dass die Zeiten mit Beeinträchtigung der körperlichen Gesundheit, des seelischen Befindens und der Ausübung der Alltagsaktivitäten bei Unsicherheit der Beschäftigung und mit der Dauer der Arbeitslosigkeit sukzessive zunehmen. In weiterführenden Analysen wurde die Dauer von Beeinträchtigungen für Altersunterschiede zwischen den Befragten kontrolliert.

Nach Berücksichtigung von Altersunterschieden geben prekär beschäftigte Frauen 35 % mehr Tage mit körperlichen Beschwerden an als sicher beschäftigte Frauen. Bei arbeitslosen Frauen, die weniger als ein Jahr arbeitslos sind, ist die Anzahl um 63 % und bei Langzeitarbeitslosen sogar um 105 % erhöht. Für Männer betragen die entsprechenden Differenzen zu sicher beschäftigten Erwerbstätigen 49 %, 83 % und 145 %. Vergleichbare Differenzen zeigen sich auch

für Tage mit Beeinträchtigung des seelischen Befindens und Tage, an denen Alltagsaktivitäten aufgrund gesundheitlicher Probleme beeinträchtigt sind.

### Psychisches Wohlbefinden von Arbeitslosen ist niedrig

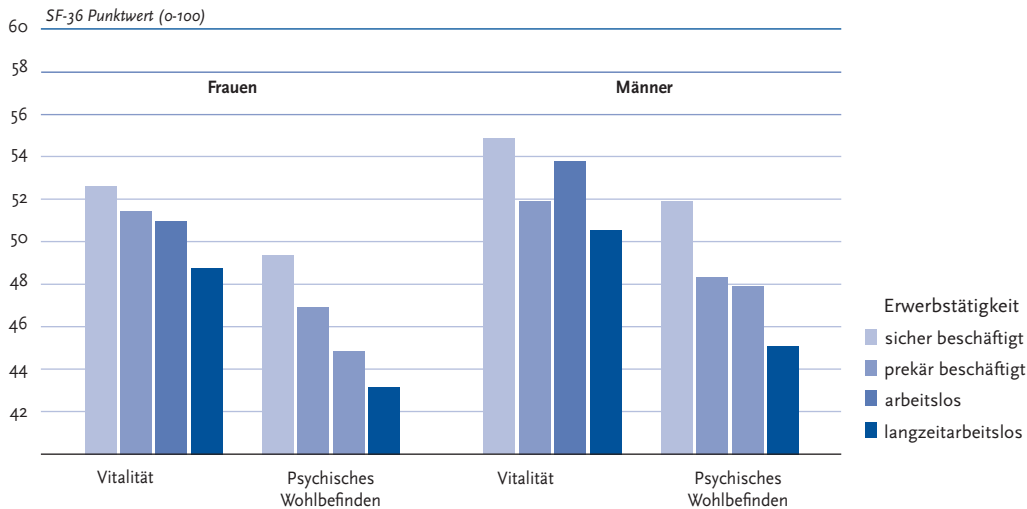
In der GEDA-Studie 2010 wurden zwei Skalen aus dem international anerkannten und validierten Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36) (Bellach et al. 2000, Bullinger 1995) erfasst, die weitere Hinweise auf die psychische Gesundheit der Arbeitslosen geben können. Die Skalen messen das allgemeine psychische Wohlbefinden und die Vitalität der Befragten. Wobei als Bezugszeitraum die letzten vier Wochen vor der Befragung vorgegeben werden.

In Abbildung 4 sind die Punktwerte von Frauen und Männern auf beiden Skalen differenziert nach Erwerbsstatus und im Vergleich zu altersspezifischen Referenzwerten für eine psychisch gesunde Bevölkerung dargestellt (Punktwert 50 = Referenzwert). Demnach verschlechtert sich die psychische Gesundheit mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit erheblich. Die Werte der Skala psychisches Wohlbefinden liegen für prekär beschäftigte und arbeitslose Frauen und Männer deutlich unter den altersspezifischen Referenzwerten.

### Arbeitslose verhalten sich häufiger gesundheitsriskant

Im Kontext der beträchtlichen psychosozialen Belastung von Arbeitslosen sind Befunde zum Gesundheitsverhalten zu sehen, die darauf hindeuten, dass Arbeitslose und von Arbeitslosigkeit bedrohte Frauen und Männer sich häufiger gesundheitsriskant verhalten und weniger auf ihre Gesundheit achten als Erwerbstätige mit sicheren Beschäftigungsverhältnissen. Unterschiede zeigen sich etwa im

**Abbildung 4**  
**Vitalität und psychisches Wohlbefinden (SF-36) nach Erwerbssituation und Geschlecht**  
 Datenbasis: GEDA 2010



Gesundheitsbewusstsein, der sportlichen Aktivität und im Substanzkonsum (Hollederer 2011, Lampert et al. 2011, RKI 2003, Schunck, Rogge 2010).

In Abbildung 5 ist die Rauchquote sowie der Anteil starker Raucher bei Frauen und Männern differenziert nach ihrem Erwerbsstatus dargestellt. Arbeitslose rauchen ungeachtet ihrer schwierigen ökonomischen Lage deutlich häufiger und auch häufiger stark als Erwerbstätige, während sich zwischen prekär und sicher beschäftigten Erwerbstätigen keine Differenzen zeigen.

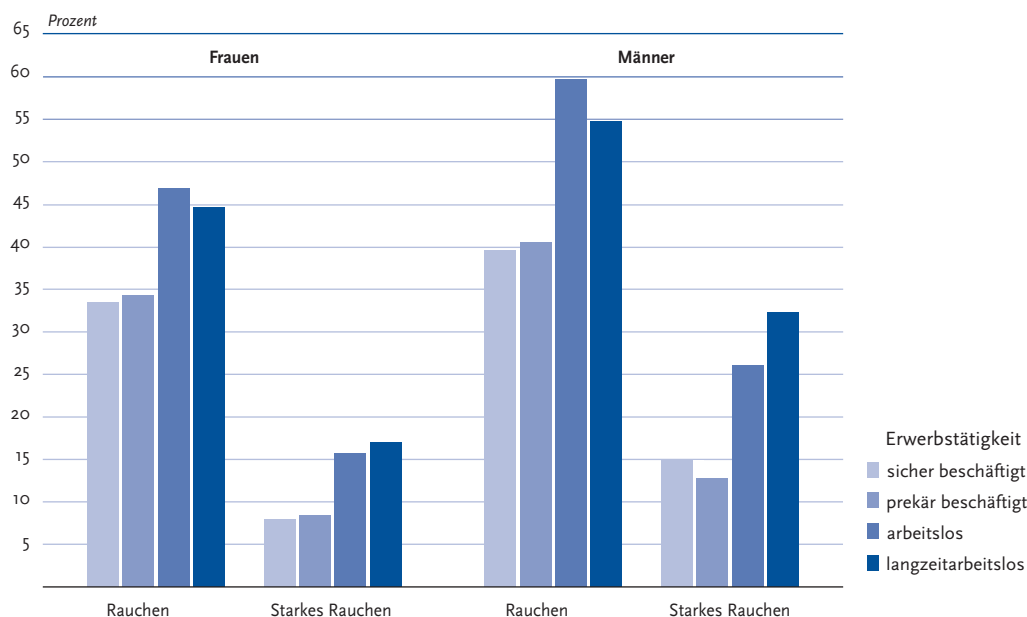
Nach Berücksichtigung von Altersunterschieden ist das Risiko aktuell zu rauchen bei kurzzeitig arbeitslosen und bei langzeitarbeitslosen Frauen jeweils 1,7-fach gegenüber

der Vergleichsgruppe mit sicherer Beschäftigung erhöht. Bei Männern sind die entsprechenden Risiken jeweils um das 2,3-Fache und 2,1-Fache erhöht. Der Tabakkonsum von prekär beschäftigten Frauen und Männern ist nach der Berücksichtigung von Altersunterschieden nicht signifikant erhöht.

### Krankheiten sind zugleich Folge und Ursache von Arbeitslosigkeit

Der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit wird davon beeinflusst, dass Frauen und Männer mit Gesundheitsproblemen, chronischen Krankheiten und

**Abbildung 5**  
**Rauchquote nach Erwerbsstatus und Geschlecht**  
 Datenbasis: GEDA 2010



**Tabelle 1**  
**Risiko den Gesundheitszustand als zufriedenstellend oder schlechter zu bewerten nach Arbeitslosigkeitserfahrungen, Erwerbssituation und Geschlecht**

Databasis: GEDA 2010

derzeitiger Erwerbsstatus	Arbeitslosigkeitserfahrungen	Frauen	Männer
		OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)
erwerbstätig	keine	Ref.	Ref.
	1 bis 5 Monate	0,83 (0,58-1,18)	1,24 (0,94-1,65)
	6 bis 11 Monate	1,28 (0,87-1,87)	1,11 (0,79-1,54)
	1 Jahr und mehr	1,98* (1,43-2,75)	1,70* (1,32-2,19)
arbeitslos	keine	5,13* (2,56-10,24)	2,23* (1,28-3,87)
	1 bis 5 Monate	2,82* (1,55-5,13)	2,56* (1,41-4,64)
	6 bis 11 Monate	3,51* (1,96-6,30)	1,97* (1,18-3,31)
	1 Jahr und mehr	5,96* (4,42-8,03)	3,40* (2,67-4,34)

\*p<0,05

Behinderungen häufiger arbeitslos werden und schlechter wieder eine neue Anstellung finden (Lange, Lampert 2005, RKI 2003, Thiede, Traub 1997). In der GEDA-Studie 2010 gaben 15 % der Frauen und 16 % der Männer mit Arbeitslosigkeitserfahrungen in den letzten fünf Jahren an, dass der Verlust ihres Arbeitsplatzes auch mit ihrem Gesundheitszustand zusammen hing. Gleichzeitig gingen allerdings auch 19 % der befragten Frauen und 15 % der Männer davon aus, dass sich ihr Gesundheitszustand in Folge ihrer Arbeitslosigkeit verschlechtert habe.

Anhand der GEDA-Studie 2010 kann der Zusammenhang zwischen aktuellen und früheren Arbeitslosigkeits-Erfahrungen und der subjektiven Gesundheit verglichen werden. In der GEDA-Studie wird die subjektive Gesundheit über eine fünfstufige Skala von sehr gut bis schlecht erfasst. In Tabelle 1 ist das Risiko eines zufriedenstellenden, weniger guten oder schlechten Gesundheitszustandes in Abhängigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen in den letzten 5 Jahren dargestellt. Für Altersunterschiede zwischen den Befragten wurde kontrolliert. Die Ergebnisse deuten im Einklang mit vergleichbaren Analysen auf Basis des Bundes-Gesundheitssurvey 1998 darauf hin, dass insbesondere aktuelle Arbeitslosigkeitserfahrungen negative Folgen für die Gesundheit haben (RKI 2003, Thiede, Traub 1997).

Frühere Erfahrungen wirken bei aktuell Beschäftigten ebenfalls noch nach, allerdings ist ihr Einfluss auf die subjektive Gesundheit geringer als bei aktuell arbeitslosen Frauen und Männern. Erwerbstätige mit längeren Arbeitslosigkeitserfahrungen haben im Vergleich zu Erwerbstätigen ohne solche Erfahrungen ein erhöhtes Risiko, ihren Gesundheitszustand als zufriedenstellend oder schlechter

einzuschätzen. Ihr Risiko ist allerdings geringer, als das Risiko von aktuell Arbeitslosen, selbst wenn diese keine vorherigen Erfahrungen mit Arbeitslosigkeit haben.

## Diskussion

Die vorliegenden Ergebnisse deuten auf einen stabilen Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit, prekärer Beschäftigung und Gesundheit in Deutschland hin. Arbeitslose weisen ein erhöhtes Mortalitätsrisiko auf, sie haben mehr psychische Krankheiten und Beschwerden und verhalten sich auch häufiger gesundheitsriskant.

Die vorliegenden Ergebnisse für Deutschland deuten darauf hin, dass ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeitserfahrungen bzw. Arbeitsplatzunsicherheit auf der einen und der Verschlechterung der psychischen Gesundheit auf der anderen Seite besteht.

Zudem führen gesundheitliche Probleme häufig auch zu Arbeitslosigkeit. Die direkten Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit werden daher überschätzt, wenn nicht ausreichend berücksichtigt wird, dass Krankheiten auch eine Ursache der Arbeitslosigkeit sein können. Die Befunde zum Ausmaß von gesundheitlichen Differenzen zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen auf Basis der GEDA-Studie 2010 sind vergleichbar mit den Ergebnissen aus anderen Datenquellen, wie des Mikrozensus der amtlichen Statistik oder der Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen (Grobe 2006, Hollederer 2011). Zusammengenommen zeigt sich, dass Arbeitslose in der Regel einen schlechteren Gesundheitszustand als Erwerbstätige haben, dass diese Differenz zum Teil auf die Lebenssituation der Arbeitslosen zurückzuführen und bei Frauen weniger stark als bei Männern ausgeprägt ist.

International vergleichende Studien kommen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass Arbeitslosigkeit und Gesundheit in den meisten europäischen Staaten eng assoziiert sind (Bambra, Eikemo 2009, Bartley 1994). Analysen auf Basis des European Social Surveys aus dem Jahr 2004 sprechen dafür, dass arbeitslose Frauen und Männer gegenüber Erwerbstätigen des gleichen Alters in allen 23 teilnehmenden Staaten einen schlechteren Gesundheitszustand hatten. Im Vergleich der verschiedenen Sozialsysteme ergaben die Analysen, dass die Differenzen zwischen den Ländern relativ gering ausgeprägt waren.

Für Deutschland liegen zudem erste Befunde zur Entwicklung von gesundheitlichen Ungleichheiten in Abhängigkeit vom Erwerbsstatus vor (Kroll 2010, Kroll, Lampert 2011b). Im Kontext eines, im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt, überproportional gestiegenen Armutsrisiko von Arbeitslosen in Deutschland (Frick, Grabka 2008, Goebel, Richter 2007), haben sich in den letzten zwei Jahrzehnten auch die gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen bei Männern ausgeweitet. Bei Frauen sind sie dagegen weitgehend stabil geblieben. Arbeitslosigkeit und prekäre Beschäftigung sollten angesichts der vielfach dokumentierten



Verbindungen zur Gesundheit auch in Zeiten sinkender Arbeitslosenquoten prominent auf der Agenda der Gesundheitswissenschaften und der Gesundheitspolitik platziert bleiben.

Für die Prävention und Gesundheitsförderung aber auch für medizinische Interventionen verdeutlichen die vorgestellten Ergebnisse einmal mehr den Bedarf, mit Maßnahmen sowohl an den gesundheitlichen Folgen als auch an den gesundheitlichen Ursachen der Arbeitslosigkeit anzusetzen. Hierzu sind wirksame und langfristig orientierte Maßnahmen der Sozialpartner und der Akteure im Gesundheitswesen unerlässlich (Morfeld et al. 2005).

*Dr. Lars Eric Kroll, Dr. Thomas Lampert*  
Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und  
Gesundheitsberichterstattung

## Literatur

- Arrow JO (1996) Estimating the influence of health as a risk factor on unemployment: A survival analysis of employment durations for workers surveyed in the German Socio-Economic Panel (1984–1990). *Soc Sci Med* 42(12): 1651–1659
- Bambra C, Eikemo TA (2009) Welfare state regimes, unemployment and health: a comparative study of the relationship between unemployment and self-reported health in 23 European countries. *J Epidemiol Community Health* 63(2): 92–98
- Bartley M (1994) Unemployment and ill health: understanding the relationship. *J Epidemiol Community Health* 48(4): 333–337
- BBR - Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (2010) INKAR 2010 – Indikatoren, Karten und Graphiken zur Raum- und Stadtentwicklung in Deutschland und in Europa. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung, Wiesbaden
- Bellach BM, Ellert U, Radoschewski M (2000) Der SF-36 im Bundes-Gesundheitssurvey. Erste Ergebnisse und neue Fragen. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 43(3): 210–216
- Berth H, Förster P, Balck F et al. (2008) Arbeitslosigkeitserfahrungen, Arbeitsplatzunsicherheit und der Bedarf an psychosozialer Versorgung. *Gesundheitswesen* 70: 289–294
- Bispinck R, Schulten T (2011) Trade Union Responses to Precarious Employment in Germany. *WSI-Diskussionspapier* 178
- Brenner H (2006) Arbeitslosigkeit. In: Stoppe G, Bramesfeld A, Schwartz F-W (Hrsg) *Volkskrankheit Depression?* Springer, Berlin, S 163–189
- Brief AP, Konovsky MA, Goodwin R et al. (1995) Inferring the meaning of work from the effects of unemployment. *J Appl Soc Psychol* 25(8):693–711
- Bullinger M (1995) German translation and psychometric testing of the SF-36 Health Survey: preliminary results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. Soc Sci Med* 41(10): 1359–1366
- Creed PA, Macintyre SR (2001) The relative effects of deprivation of the latent and manifest benefits of employment on the well-being of unemployed people. *J Occup Health Psychol* 6(4): 324–331
- Dragano N, Siegrist J (2006) Arbeitsbedingter Stress als Folge von betrieblichen Rationalisierungsprozessen - die gesundheitlichen Konsequenzen. In: Badura B, Schnellschmidt H, Vetter C (Hrsg) *Fehlzeitenreport 2005*. Springer, Heidelberg, S 167–182
- Elkeles T (1999) Arbeitslosigkeit, Langzeitarbeitslosigkeit und Gesundheit. *Sozialer Fortschritt* 6: 150–155
- Ferrie JE (2006) Gesundheitliche Folgen der Arbeitsplatzunsicherheit. In: Badura B, Schnellschmidt H, Vetter C (Hrsg) *Fehlzeiten-Report 2005*. Springer, Berlin
- Frick JR, Grabka M (2008) Niedrigere Arbeitslosigkeit sorgt für weniger Armutsrisiko und Ungleichheit. *DIW Wochenbericht* 75(38): 556–566
- Fryer JP (1986) Employment deprivation and personal agency during unemployment: A critical discussion of Jahoda's Explanation of the psychological effects. *Social Behaviour* 1(1): 3–23
- Goebel J, Richter M (2007) Nach der Einführung von Arbeitslosengeld II: Deutlich mehr Verlierer als Gewinner unter den Hilfeempfängern. *DIW Wochenbericht* 2007 (50): 753–761
- Grobe TG (2006) Sterben Arbeitslose früher? In: Holleder A, Brand H (Hrsg) *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit*, Huber Bern

- Hanisch KA (1999) Job Loss and Unemployment Research from 1994 to 1998: A Review and Recommendations for Research and Intervention. *J Vocat Behav* 55(2): 188–220
- Hollederer A (2003) Arbeitslos – Gesundheit los – chancenlos? IAB Kurzbericht 4
- Hollederer A (2011) Unemployment and health in the German population: results from a 2005 microcensus. *J Public Health* 19(3): 257–268
- Jahoda M (1983) *Wieviel Arbeit braucht der Mensch*. Beltz Verlag, Weinheim
- Janlert U, Hammarstrom A (2009) Which theory is best? Explanatory models of the relationship between unemployment and health. *BMC Public Health* 9(1): 235
- Kroll LE (2010) Sozialer Wandel, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Die Entwicklung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten in Deutschland zwischen 1984 und 2006. VS Verlag, Wiesbaden
- Kroll LE, Lampert T (2011a) Unemployment, social support and health problems: results of the GEDA study in Germany, 2009. *Dtsch Arztebl Int* 108(4): 47–52  
<http://www.aerzteblatt.de/int> (Stand: 08.03.2012)
- Kroll LE, Lampert T (2011b) Changing health inequalities in Germany from 1994 to 2008 between employed and unemployed adults. *Int J Public Health* 56(3): 329–339
- Kurth BM, Lange C, Kamtsiuris P et al. (2009) Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 52(5): 557–570
- Lampert T, Kroll LE, Kuntz B et al. (2011) Gesundheitliche Ungleichheit. In: Destatis, WZB (Hrsg) *Datenreport 2011: Der Sozialbericht für Deutschland*. Bundeszentrale für politische Bildung, Wiesbaden, S 247–258
- Lange C, Lampert T (2005) Die Gesundheit arbeitsloser Frauen und Männer. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 48(11): 1256–1264
- Martikainen PT, Valkonen T (1996) Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment. *The Lancet* 348(9032): 909–912
- Morfeld M, Bullinger M, Nantke J et al. (2005) The version 2.0 of the SF-36 Health Survey: results of a population-representative study. *Sozial- und Präventivmedizin* 50(5): 292–300
- Novo M, Hammarstrom A, Janlert U (2001) Do high levels of unemployment influence the health of those who are not unemployed? A gendered comparison of young men and women during boom and recession. *Soc Sci Med* 53(3): 293–303
- RKI - Robert Koch-Institut (2003) *Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 13*. RKI, Berlin  
<http://www.rki.de> (Stand: 11.04.2012)
- Scanlan JN, Bundy AC (2009) Is the health of young unemployed Australians worse in times of low unemployment? *Aust NZ J Public Health* 33(1): 79–82
- Schunck R, Rogge B (2010) Unemployment and its association with health-relevant actions: investigating the role of time perspective with German census data. *Int J Public Health* 55(4): 271–278
- Thiede M, Traub S (1997) Mutual influences of health and poverty. Evidence from German panel data. *Soc Sci Med* 45(6): 867–877
- Voss M, Nylén L, Floderus B et al. (2004) Unemployment and early cause-specific mortality: A study based on the Swedish twin registry. *Am J Public Health* 94(12): 2155–2161
- Warr P (1987) *Work, Unemployment and Mental Health*. Oxford University Press, Oxford
- Weber A, Hörmann G, Heipertz W (2007) Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht. *Dtsch Arztebl* 104(43): 2957–2962
- Zok K (2006) Personalabbau, Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit - Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage. In: Badura B, Schnell-schmidt H, Vetter C (Hrsg) *Fehlzeitenreport 2005*. Springer, Heidelberg, S 147–166



**Impressum**

GBE kompakt

**Herausgeber**

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20  
13353 Berlin

**Redaktion**

Martina Rabenberg, Dr. Livia Ryl  
Robert Koch-Institut  
Abt. für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung  
General-Pape-Straße 62  
12101 Berlin  
Tel.: 030-18754-3400  
E-Mail: [gbe@rki.de](mailto:gbe@rki.de)  
[www.rki.de/gbe](http://www.rki.de/gbe)

**Zitierweise**

Kroll LE, Lampert T (2012)  
Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit  
Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin,  
GBE kompakt 3(1)  
[www.rki.de/gbe-kompakt](http://www.rki.de/gbe-kompakt) (Stand: 18.10.2012)

ISSN 2191-4974

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