

PSYCHOLOGIE GESELLSCHAFT POLITIK  
2008

PSYCHISCHE GESUNDHEIT  
AM ARBEITSPLATZ IN  
DEUTSCHLAND



Berufsverband Deutscher  
Psychologinnen und Psychologen



Berufsverband  
Deutscher  
Psychologinnen  
und Psychologen

**Psychologie  
Gesellschaft Politik – 2008  
PSYCHISCHE GESUNDHEIT  
AM ARBEITSPLATZ  
IN DEUTSCHLAND**

*Herausgeber*

Vorstand des  
Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen  
und Psychologen e.V. (BDP)  
Bundesgeschäftsstelle  
Glinkastr. 5-7, 10117 Berlin

[www.bdp-verband.de](http://www.bdp-verband.de)

Tel. 030 - 20 91 49 - 0  
Fax 030 - 20 91 49 - 66  
[info@bdp-verband.de](mailto:info@bdp-verband.de)

Hauptgeschäftsführer  
Dipl.-Psych. Armin Traute

Verantwortlich im Sinne des Presserechts:  
Dipl.-Psych. Carola Brücher-Albers  
Präsidentin des BDP  
BDP, Glinkastr. 5-7, 10117 Berlin

*Hinweis der Redaktion: Im Bericht wird im Interesse der Lesbarkeit überwiegend die männliche Form verwendet. Gemeint sind aber in jedem Fall die Vertreter beiderlei Geschlechts.*

HENDRIK BERTH, FRIEDRICH BALCK, CORNELIA ALBANI,  
PETER FÖRSTER, YVE STÖBEL-RICHTER, ELMAR BRÄHLER

## **2.3 PSYCHISCHE GESUNDHEIT UND ARBEITSLOSIGKEIT**

*Massenarbeitslosigkeit ist seit Jahrzehnten gesellschaftliche Realität. Die negativen Gesundheitsfolgen können als gut untersucht gelten. So treten z.B. bei Arbeitslosen fast alle Erkrankungen häufiger auf, und das Sterblichkeitsrisiko ist bei Personen mit zwei oder mehr Jahren Arbeitslosigkeit 3,8-fach höher. Illustriert durch Beispiele aus der Sächsischen Längsschnittstudie, einer seit 1987 laufenden Untersuchung, werden die körperlichen und psychischen Folgen von Arbeitslosigkeit im Überblick skizziert. Es zeigt sich, dass vor allem die Psyche unter einem Arbeitsplatzverlust leidet. Männer, jüngere Personen und Langzeitarbeitslose sind stärker betroffen. Mittlerweile gibt es wirksame Interventionsstrategien zur Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen, die jedoch auch einigen Einschränkungen unterliegen. Beispielsweise nehmen Arbeitlose ihre erhöhten gesundheitlichen Belastungen und Risiken oft überhaupt nur sehr mangelhaft wahr, was spezialisierte und zielgruppenspezifische Interventionen notwendig macht.*

### 2.3.1 Einleitung

Arbeitslosigkeit gehört seit mehr als 100 Jahren zu den in der Psychologie und den Sozialwissenschaften am häufigsten untersuchten gesellschaftlichen Phänomenen. Als Klassiker dieser Forschungstradition gilt die Studie „Die Arbeitslosen von Marienthal“ (Jahoda, Lazarsfeld & Zeisel, 1933). Unter den zahlreichen, mittels eines multimethodalen Designs erhobenen Befunden dieser Untersuchung ist hervorzuheben, dass Arbeitslosigkeitsfolgen subjektiv deutlich unterschiedlich erlebt werden. Die Autoren unterschieden vier Typen des Umgangs mit Arbeitslosigkeit: die Ungebrochenen (16%), die Resignierten (48%), die Verzweifelten (11%) und die Apathischen (25%).

In Deutschland erfuhr die (psychologische) Arbeitslosigkeitsforschung Anfang der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts durch die Folgen der Wiedervereinigung einen erneuten Aufschwung (vgl. z.B. Kieselbach & Voigt, 1994). Die Umstrukturierung der Wirtschaft der ehemaligen DDR führte zu einem massiven Abbau von Arbeitsplätzen. Die daraus resultierenden deutlich höheren Arbeitslosenzahlen in Ostdeutschland im Vergleich zu Westdeutschland sind, trotz massiver Anstrengungen der Politik, immer noch gesellschaftliche Realität. So wies die Statistik der Bundesagentur für Arbeit im Januar 2008 eine Arbeitslosenquote von 14,9% für die neuen und 7,1% für die alten Bundesländer aus (Quote gesamt: 8,7%).

Im letzten Jahr führte der wirtschaftliche Aufschwung zu einer deutlichen Abnahme der Arbeitslosigkeit in Deutschland. Es kann dennoch davon ausgegangen werden, dass Massenarbeitslosigkeit weiterhin Bestand haben wird. Zudem entwickelt sich der Arbeitsmarkt weiterhin in Richtung bildungsintensiver, anspruchsvoller Dienstleistungstätigkeiten, ein sogenanntes „Normalarbeitsverhältnis“ wird nicht mehr die Regel sein (Allmendinger & Ebner, 2006).

Die aus den zahlreichen Untersuchungen bekannten Folgen von Arbeitslosigkeit werden nachfolgend anhand von Daten der Sächsischen Längsschnittstudie illustriert. Diese Studie (vgl. Berth, Förster, Brähler & Stöbel-Richter, 2007; <http://www.wiedervereinigung.de/sls/>) wurde bereits 1987 in der DDR begonnen. Eine Stichprobe (ursprünglich N = 1.281, nach der dritten Erhebung 1989: N = 587) seinerzeit 14-jähriger Schüler wurde repräsentativ für den DDR-Geburtsjahrgang 1973 ausgewählt und wird seitdem jährlich zu verschiedenen Schwerpunkten befragt.

### 2.3.2 Arbeitslosigkeitserfahrungen

Die 383 Teilnehmer an der 21. Welle der Sächsischen Längsschnittstudie im Jahr 2007 waren im mittleren Alter von 34,2 Jahren, mit nur einer geringen Streuung (SD 0,46), da in der Ersterhebung 1987 alle die 8. Klassenstufe besuchten (altershomogene Stichprobe). Davon waren N = 207 (54,2%) weiblich. Die meisten der Befragten haben inzwischen ihre berufliche Ausbildung absolviert, nur N = 9 (2,4%) haben keine abgeschlossene Berufsausbildung. Mehr als 85% leben mit einem Partner/in zusammen, 45,1% sind verheiratet. 67,2% haben Kinder. Abbildung 1 zeigt die Arbeitslosigkeitserfahrungen von 1996 bis 2007.

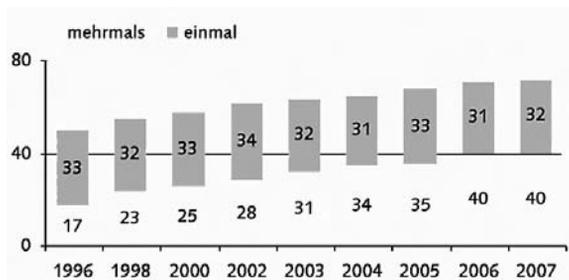


Abbildung 1: Anteile der Personen mit ein- bzw. mehrmaliger Arbeitslosigkeit 1996 bis 2007 (%)

Bereits 1996 – die Teilnehmer waren 23 Jahre alt und Fragen nach der Arbeitslosigkeit wurden erstmalig gestellt – waren 50% betroffen. Bis zum Jahr 2007 waren über 70% einmal oder mehrfach arbeitslos. Die mittlere Dauer der insgesamt erlebten Arbeitslosigkeit betrug 17,3 Monate. Deutliche Unterschiede gibt es zwischen Männern (MW 13,5 Monate) und Frauen (MW 20,7 Monate).

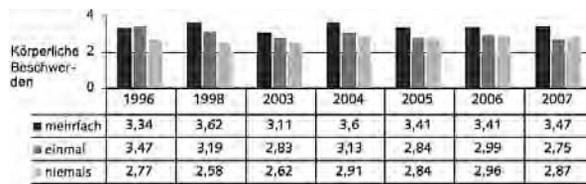
### 2.3.3 Arbeitslosigkeit und körperliche Beschwerden

Körperliche Gesundheit und Arbeitslosigkeit sind, verglichen mit den psychischen Folgen, relativ wenig untersucht (Jin, Shah & Svoboda, 1995). Ursache dafür könnte sein, dass Daten von entsprechenden Leistungsträgern – etwa Krankenkassen – erforderlich sind, die oft nicht oder nur schwer für Forschungsfragen zugänglich sind.

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Grobe & Schwartz, 2003) zeigte anhand von Daten der Gmünder Ersatzkasse, dass fast alle Erkrankungen bei arbeitslosen Männern und Frauen häufiger sind. Relativ gering waren die Unterschiede bei Krebsneubildungen, Krankheiten des Kreislaufsystems, der Harn- und Geschlechtsorgane und des Bewegungsapparates. Bei Infektionskrankheiten, Krankheiten des Stoffwechsel und des Verdauungssystems, Verletzungen/Vergiftungen, vor allem aber bei psychischen und Verhaltensstörungen gab es deutlich mehr Krankenhausaufenthalte (Tage) bei den Arbeitslosen.

Im telefonischen Bundesgesundheitsurvey 2003 (Lange & Lampert, 2005) ergaben sich für langzeitarbeitslose Männer (mehr als zwölf Monate arbeitslos) höhere Risiken für chronische Bronchitis, Rückenschmerzen, Schwindel, Bluthochdruck und Depressionen. Bei kurzzeitarbeitslosen Frauen (weniger als zwölf Monate arbeitslos) waren die relativen Risiken für Asthma bronchiale, Rückenschmerzen, erhöhte Blutfettwerte, Bluthochdruck, Schwindel und Depressionen signifikant gesteigert.

Eine höhere Belastung mit körperlichen Beschwerden durch Arbeitslosigkeit zeigt sich auch in den Daten der Sächsischen Längsschnittstudie (Abbildung 2). Hierzu wurde der G-Score, eine Eigenentwicklung, die die Häufigkeit von Magenschmerzen, Herzbeschwerden, Nervosität und Schlaflosigkeit erfragt, mit den Arbeitslosigkeitserfahrungen in Beziehung gesetzt. Vor allem mehrfach arbeitslose Personen gaben mehr körperliche Beschwerden an.



**Abbildung 2:** Arbeitslosigkeitserfahrungen und körperliche Beschwerden 1996 bis 2007 (G-Score, MW)

in Anspruch nehmen (Virtanen, Kivimäki, Vahtera & Koskenvuo, 2006; Ahs & Westerling, 2006). Einige Untersuchungen (Grobe & Schwartz, 2003; Grobe, 2006) konnten zeigen, dass sich Arbeitslosigkeit (auch bei Adjustierung von Vorerkrankungen, Geschlechts- und Alterseffekten usw.) auf die Sterblichkeit auswirkt: Das Mortalitätsrisiko ist bei Personen mit zwei oder mehr Jahren Arbeitslosigkeit um den Faktor 3,8 erhöht.

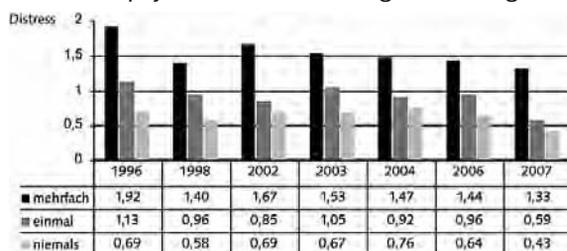
Gesundheitliche Risikofaktoren wie etwa Übergewicht, Tabak- und Alkoholkonsum sind bei Personen mit Arbeitslosigkeitserfahrungen oft stärker ausgeprägt (vgl. z.B. Bormann, 2006). Studien belegen, dass Arbeitslose für sich jedoch kaum gesundheitliche Risiken sehen und so tatsächlich weniger Angebote (etwa Arztbesuche)

### 2.3.4 Arbeitslosigkeit und psychische Beschwerden

Metaanalysen (Murphy & Athanasou, 1999) haben gezeigt, dass die psychischen Folgen von Arbeitslosigkeit oftmals deutlicher sind als die somatischen. Neuere deutsche Bücher zum Thema konzentrieren sich daher auch zumeist auf die psychologischen Aspekte (Zempel, Bacher & Moser, 2001; Kastner, Hagemann & Kliesch, 2005; Holleder & Brand, 2006). Übereinstimmend kommen die vorliegenden Metaanalysen und Überblicksarbeiten zum Thema „Arbeitslosigkeit und psychische Gesundheit“ zum Ergebnis: Arbeitslosigkeit reduziert deutlich das psychische Befinden (z.B. Murphy & Athanasou, 1999; Feather, 1990; Udris, 2005; McKee-Ryan, Song, Wanberg & Kinicki, 2005; Kieselbach, Winefield, Boyd & Anderson, 2006, oder Winefield, 2002). Dies betrifft nahezu alle Bereiche der menschlichen Psyche u.a.:

- psychische Beschwerden/Störungen (Angst, Depression, somatoforme Störungen ...),
- allgemeines emotionales Wohlbefinden,
- Lebenszufriedenheit, Lebensqualität,
- Persönlichkeit,
- Selbstwertgefühl, Selbstkonzept, Selbstwirksamkeit,
- Selbstmanagement und Lebensgestaltung,
- familiäre Beziehungen und Kohäsion oder
- Alkohol- und Drogenkonsum usw.

Abbildung 3 zeigt den globalen psychischen Distress der Teilnehmer der Sächsischen Längsschnittstudie in Abhängigkeit von den Arbeitslosigkeitserfahrungen. Das Distressniveau wurde mittels des Screeninginstruments D-Score erhoben, das u.a. ängstliche und depressive Symptome erfasst (vgl. Berth, Förster, Stöbel-Richter, Balck & Brähler, 2006). Deutlich erkennbar ist, dass Arbeitslosigkeit mit mehr psychischen Belastungen einhergeht, insbesondere bei mehrfach arbeitslosen Personen.



**Abbildung 3:** Arbeitslosigkeitserfahrungen und psychische Belastung 1996 bis 2007 (D-Score, MW)

Die Wirkung von Arbeitslosigkeit auf die Psyche variiert in Abhängigkeit von verschiedenen Merkmalen. Metaanalysen (Moser & Paul, 2001; Paul, Hassel & Moser, 2006) konnten zeigen, dass Männer, jüngere Personen, Personen mit niedrigerem sozialen und/oder beruflichen Status und Langzeitarbeitslose mehr unter den Folgen von Arbeitslosigkeit leiden. Diese Folgen werden ihrerseits allerdings auch durch Persönlichkeitsmerkmale wie etwa Selbst-

wirksamkeit (z.B. Berth, Förster, Balck, Brähler & Stöbel-Richter, 2005) oder Coping-Strategien (z.B. Christensen, Schmidt, Kriegbaum, Hougaard & Holstein, 2006) beeinflusst.

Diskutiert wird, wie nun genau Gesundheit und Arbeitslosigkeit in Zusammenhang stehen. Die Kausalitätshypothese besagt, dass der Eintritt von Arbeitslosigkeit kausal zu den genannten negativen psychischen und körperlichen Folgen führt. Die Selektionshypothese hingegen postuliert, dass Arbeitslosigkeit als Folge eines schlechteren psychischen oder somatischen Befindens eintritt. Für beide Hypothesen fanden sich in Studien Belege. Für die Kausalitätshypothese etwa bei Lange und Lampert (2005), für die Selektionshypothese z. B. bei Kivimäki, Elovainio, Kokko, Pulkkinen, Kortteinen und Tuomikoski (2003) oder Berth et al. (2006). In den meisten Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass beide Hypothesen als Erklärungsmuster herangezogen werden können.

### 2.3.5 Empfehlungen

Der Wiedereintritt ins Berufsleben nach einer Phase der Arbeitslosigkeit ist die wirksamste Methode, um das psychische Befinden entscheidend zu verbessern. Es gibt jedoch Belege aus Längsschnittstudien dafür, dass sich die negativen Folgen eines erlebten Arbeitsplatzverlustes nie ganz zurückbilden (Lucas, Clark, Georgellis & Diener, 2004). Daher gewinnen Interventionsstrategien mit dem Ziel, die Gesundheit Arbeitsloser zu erhalten oder zu verbessern, mehr und mehr an Bedeutung.

In Deutschland werden zahlreiche Bemühungen unternommen, um die Gesundheit von Arbeitslosen zu fördern. Darunter finden sich sehr umfassende und ambitionierte Projekte, wie etwa „Amiga“ in Brandenburg (von Braunmühl & Toumi, 2006). Besonderes Augenmerk verdient die wachsende Gruppe der Langzeitarbeitslosen, auch hierfür gibt es mittlerweile spezifische Interventionen (für einen Überblick vgl. Mohr & Otto, 2005). So konnten etwa Richter und Nitsche (2002) in ihrer Studie zeigen, dass gemeinnützige Beschäftigung eine – zumindest kurzzeitige – gesundheitsfördernde Wirkung hat und eine Hilfe beim Eintritt in den ersten Arbeitsmarkt darstellen kann. Als ein niederschwelliges, kurzzeitiges und damit auch kostengünstiges Projekt hat sich das Programm „BKK Job-Fit“ erwiesen, für das auch erste Wirksamkeitsbelege existieren (Hanewinkel, Wewel, Stephan, Isensee & Wiborg, 2006).

Ein Problem ist, dass Arbeitslose oft für sich selbst keine Notwendigkeit sehen, Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Anspruch zu nehmen (vgl. Kirschner & Elkeles, 2006). Daher müssen entsprechende Angebote einer Reihe von Anforderungen genügen, um die Zielgruppe anzusprechen und wirksam sein zu können (vgl. Berth, Balck & Stöbel-Richter, 2007). Dazu gehört u.a. dass diese Angebote niederschwellig und Teile eines Maßnahmenbündels sein müssen, das zuallererst auf eine Vermittlung in den Arbeitsmarkt zielt und spezifisch auf den Betroffenen (etwa Alter, Geschlecht, Dauer der Arbeitslosigkeit), dessen individuelle Fähigkeiten (etwa Bildungsgrad, Beruf), aber auch auf dessen Defizite ausgerichtet ist. Eine notwendige und grundlegende Interventionsstrategie zur Minderung der Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit muss es sein, den Bedarf angemessen an die Betroffenen selbst zu kommunizieren, da sie ihn selbst nicht wahrhaben können bzw. wollen.

Kritisiert wurde, dass die Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit von der Politik und den Entscheidungsträgern nicht ausreichend wahrgenommen werden (z.B. Hammarstrom & Janlert, 2005). Arbeitslosigkeit sollte in Zeiten sich wandelnder Märkte und sich ändernder Berufsbiografien, hoher Mobilität und Flexibilität eher als ein (vorübergehender) Normalzustand angesehen werden, der Bestandteil jeder Berufsbiografie sein kann. In diese Richtung muss sich auch der Umgang mit Arbeitslosigkeit verändern, zum einen hin zu einer gesellschaftlichen Akzeptanz, weg von einer Stigmatisierung und zum anderen in der Entwicklung von speziellen, auch von den Betroffenen akzeptierten Maßnahmen der Arbeitsmarktintegration und Gesundheitsförderung.

## Literatur

- Ahs, A. M. & Westerling, R.** (2006). Health care utilization among persons who are unemployed or outside the labour force. *Health Policy*, 78, 178-193.
- Allmendinger, J. & Ebner, C.** (2006). Arbeitsmarkt und demografischer Wandel. Die Zukunft der Beschäftigung in Deutschland. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 50, 227-239.
- Berth, H., Balck, F. & Stöbel-Richter, Y.** (2007). Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Public Health. In T. von Lengerke (Hrsg.), *Public Health-Psychologie. Individuum und Bevölkerung zwischen Verhältnissen und Verhalten* (S. 148-159). Weinheim: Juventa.
- Berth, H., Förster, P. & Brähler, E.** (2005). Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzunsicherheit und Lebenszufriedenheit. Ergebnisse einer Studie bei jungen Erwachsenen in den neuen Bundesländern. *Sozial- und Präventivmedizin*, 50, 1-9.
- Berth, H., Förster, P., Balck, F., Brähler, E. & Stöbel-Richter, Y.** (2005). Arbeitslosigkeit, Selbstwirksamkeitserwartung, Beschwerdeerleben. Ergebnisse einer Studie bei jungen Erwachsenen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 53, 328-341.
- Berth, H., Förster, P., Balck, F., Brähler, E. & Stöbel-Richter, Y.** (2007). Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit. Ergebnisse der Sächsischen Längsschnittstudie. *psychosozial*, 109, 73-83.
- Berth, H., Förster, P., Brähler, E. & Stöbel-Richter, Y.** (2007). Einheitslust und Einheitsfrust. Junge Ostdeutsche auf dem Weg vom DDR- zum Bundesbürger. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Berth, H., Förster, P., Stöbel-Richter, Y., Balck, F. & Brähler, E.** (2006). Arbeitslosigkeit und psychische Belastung. Ergebnisse einer Längsschnittstudie 1991 bis 2004. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 15, 111-116.
- Bormann, C.** (2006). Gesundheitliche Konsequenzen von Arbeitslosigkeit in den alten und neuen Ländern in der Gender-Perspektive. In A. Holleederer & H. Brand (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit* (S. 85-96). Bern: Huber.
- Christensen, U., Schmidt, L., Kriegbaum, M., Hougaard, C.O. & Holstein, B. E.** (2006). Coping with unemployment: Does educational attainment make any difference? *Scandinavian Journal of Public Health*, 34, 363-370.
- Feather, N. T.** (1990). *The psychological impact of unemployment*. New York: Springer.
- Grobe, T. G. & Schwartz, F. W.** (2003). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. In Robert Koch Institut (Hrsg.), *Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13*. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Grobe, T.G. (2006). Sterben Arbeitslose früher? In A. Holleederer & H. Brand (Hrsg.), Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit (S. 75-84). Bern: Huber.**
- Hammarstrom, A. & Janlert, U. (2005). An agenda for unemployment research: a challenge for public health. *International Journal of Health Services*, 35, 765-777.
- Hanewinkel, R., Wewel, M., Stephan, C., Isensee, B. & Wiborg, G.** (2006). Motivierende Gesprächsführung mit Arbeitslosen. Akzeptanz und Ergebnisse einer Beratung zur Verbesserung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen. *Das Gesundheitswesen*, 68, 240-249.
- Holleederer, A. & Brand, H. (Hrsg.)**. (2006). *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber.
- Jahoda, M., Lazarsfeld, P. F. & Zeisel, H. (1933). *Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziodemographischer Versuch über die Wirkung langandauernder Arbeitslosigkeit*. Leipzig: Hirzel.
- Jin, R. L., Shah, C. P. & Svoboda, T. J.** (1995). The impact of unemployment on health: a review of the evidence. *Canadian Medical Association Journal*, 153, 529-540.
- Kastner, M., Hagemann, T. & Kliensch, G. (Hrsg.)**. (2005). *Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung*. Lengerich: Pabst.
- Kieselbach, T. & Voigt, P. (Hrsg.)**. (1994). *Systemumbruch, Arbeitslosigkeit und individuelle Bewältigung in der Ex-DDR*. Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- Kieselbach, T., Winefield, A. H., Boyd, C. & Anderson, S. (Hrsg.)**. (2006). *Unemployment and Health. International and interdisciplinary perspectives*. Bowen Hills: Australian Academic Press.
- Kirschner, W. & Elkeles, T.** (2006). Eine aktuelle Bestandsaufnahme von deutschen Projekten zur Gesundheitsförderung von Arbeitslosen – Probleme, Forschungs- und Entwicklungsbedarf. In A. Holleederer & H. Brand (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit* (S. 97-112). Bern: Huber.

- Kivimäki, M., Elovainio, M., Kokko, K., Pulkkinen, L., Kortteinen, M. & Tuomikoski, H.** (2003). Hostility, unemployment and health status: testing three theoretical models. *Social Science & Medicine*, 56, 2139-2152.
- Lange, C. & Lampert, T.** (2005). Die Gesundheit arbeitsloser Frauen und Männer. Erste Auswertungen des telefonischen Gesundheitssurveys 2003. *Bundesgesundheitsblatt*, 48, 1256-1264.
- Lucas, R. E., Clark, A. E., Georgellis, Y. & Diener, E.** (2004). Unemployment alters the set point for life satisfaction. *Psychological Science*, 15, 8-13.
- McKee-Ryan, F. M., Song, Z., Wanberg, C. R. & Kinicki, A. J.** (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology*, 90, 53-76.
- Mohr, G. & Otto, K.** (2005). Langzeitarbeitslosigkeit: Welche Interventionen machen aus psychologischer Sicht Sinn? *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 3, 45-56.
- Moser, K. & Paul, K.** (2001). Arbeitslosigkeit und seelische Gesundheit. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 33, 431-442.
- Murphy, G. C. & Athanasou, J. A.** (1999). The effect of unemployment on mental health. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72, 83-99.
- Paul, K. I., Hassel, A. & Moser, K.** (2006). Die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit: Befunde einer quantitativen Forschungsintegration. In A. Holleederer & H. Brand (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit* (S. 35-52). Bern: Huber.
- Richter, P. & Nitsche, I.** (2002). Langzeiterwerbslosigkeit und Gesundheit – Stabilisierende Effekte durch Tätigkeiten außerhalb der Erwerbsarbeit. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 52, 194-199.
- Udris, I.** (2005). Die Kosten der Erwerbslosigkeit – gesundheitlich, psychisch, sozial, gesellschaftlich. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 3, 13-29.
- Virtanen, P., Kivimäki, M., Vahtera, J. & Koskenvuo, M.** (2006). Employment status and differences in the one-year coverage of physician visits: different needs or unequal access to services? *BMC health services research*, 6, 123.
- von Braunmühl, C. & Toumi, I.** (2006). Arbeitsförderung mit integriertem Gesundheitsmanagement. Ein Modellprojekt in Brandenburg (AmigA). In A. Holleederer & H. Brand (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit* (S. 215-224). Bern: Huber.
- Winefield, A. H.** (2002). The psychology of unemployment. In C. v. Hofsten & L. Baeckman (Hrsg.), *Psychology at the turn of the millennium*, vol. 2: Social, developmental, and clinical perspectives (S. 393-408). Florence: Taylor & Frances.
- Zempel, J., Bacher, J. & Moser, K. (Hrsg.).** (2001). *Erwerbslosigkeit. Ursachen, Auswirkungen und Interventionen*. Opladen: Leske + Budrich.

---

## Korrespondenzadressen

**Dr. Hendrik Berth, Prof. Dr. Friedrich Balck**  
 Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden  
 Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie  
 Fetscherstr. 74  
 01307 Dresden  
 berth@inhaltsanalyse.de,  
 friedrich.balck@uniklinikum-dresden.de

**Prof. Dr. Cornelia Albani**  
 Universitätsklinikum Leipzig  
 Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und  
 Psychosomatische Medizin  
 Semmelweisstraße 10  
 04103 Leipzig  
 cornelia.albani@medizin.uni-leipzig.de

**Prof. Dr. Peter Förster**  
 Forschungsstelle Sozialanalysen  
 Schweizerbogen 11  
 04289 Leipzig  
 prof.foerster@gmx.de

**Prof. Dr. Elmar Brähler,**  
**Jun.-Prof. Dr. Yve Stöbel-Richter**  
 Universität Leipzig  
 Selbstständige Abteilung für Medizinische  
 Psychologie und Soziologie  
 Philipp-Rosenthal-Str. 55  
 04103 Leipzig  
 elmar.braehler@medizin.uni-leipzig.de,  
 yve.stoebel-richter@medizin.uni-leipzig.de