

Lebenswissenschaften im Dialog

Herausgegeben von
Kristian Köchy
und Stefan Majetschak

Band 16

Heiner Fangerau
Sebastian Kessler (Hg.)

Achtung und Missachtung in der Medizin

Anerkennung und Selbstkonstitution
als Schlüsselkategorien zur
Deutung von Krankheit und Armut

Verlag Karl Alber Freiburg/München

*Hendrik Berth, Peter Förster, Elmar Brähler, Anja Fleischmann,
Markus Zenger und Yve Stöbel-Richter*

Arbeitslosigkeit und körperliche Gesundheit

Ausgewählte Ergebnisse einer Längsschnittstudie

1. Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Hintergrund

Trotz der wirtschaftlichen Krisen in Deutschland und zahlreichen anderen Ländern dieser Welt in den vergangenen Jahren kann die Bundesagentur für Arbeit seit vielen Monaten sehr erfreuliche, weil deutlich sinkende, Arbeitslosenzahlen vermelden. So waren im Oktober 2012 $N = 2.753.354$ Personen (7,2 % der abhängigen zivilen Erwerbspersonen) als arbeitslos gemeldet. Dies ist verglichen mit den Vorjahren (2011: $N = 2.736.926$,¹ 7,3 %; 2010: $N = 2.945.491$, 7,8 %; 2009: $N = 3.228.625$, 8,6 %) ein deutlicher Rückgang. Große Unterschiede bestehen seit der Wiedervereinigung und damit der Erfassung dieser Zahlen auch in den neuen Ländern zwischen Ost- und Westdeutschland. Die Quote in Ostdeutschland ist dabei stets etwa doppelt so hoch wie in den alten Ländern. Im Oktober 2012 waren dies in den neuen Ländern $N = 824.055$ Personen (10,9 %), in Westdeutschland hingegen $N = 1.929.299$ Personen (6,3 %).²

Als ‚arbeitslos‘ werden im Sinne der Arbeitsagentur Personen verstanden, die nicht jünger als 15 Jahre sind, die die Altergrenze für den Renteneintritt noch nicht erreicht haben, die vorübergehend nicht in einem Beschäftigungsverhältnis stehen oder weniger als 15 Stunden pro Woche arbeiten, die eine versicherungspflichtige zumutbare Beschäftigung suchen und dabei den Vermittlungsbemühungen der Agentur für Arbeit zur Verfügung stehen, die sich persönlich bei der Agentur für Arbeit/einem Jobcenter arbeitslos gemeldet haben, die in der Bundesrepublik Deutschland wohnen, die nicht arbeitsunfähig erkrankt sind, die nicht Teilnehmer an Maßnahmen der aktiven Arbeits-

1 Im Vergleich der absoluten Zahlen ergibt sich eine Steigerung von 2011 zu 2012 von $N = 16.428$ Personen. Der prozentuale Rückgang erklärt sich durch die unterschiedliche Basis (Anzahl der abhängigen zivilen Erwerbspersonen).

2 Quelle: <http://statistik.arbeitsagentur.de/>, zuletzt geprüft am 21.11.2012.

marktpolitik, die nicht Schüler oder Studenten oder Empfänger von Altersrente sind und die auch arbeiten können oder dürfen.³

So erfreulich die eingangs dargestellten Zahlen sind, darf man jedoch nicht übersehen, dass Arbeitslosigkeit nach wie vor ein Massenphänomen darstellt. Als besonders gravierendes Problem erweist sich dabei die Langzeitarbeitslosigkeit, das heißt eine Dauer der Arbeitslosigkeit länger als 12 Monate. Etwa 50 % der in der Statistik erfassten Personen gehören zu dieser Gruppe. Besonders häufig von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen sind Frauen, ältere Menschen, niedrig qualifizierte Personen und Ostdeutsche. Diese leiden in besonderem Maße unter gesundheitlichen Problemen, dem Verlust fachlicher Kompetenzen, der Abnahme materieller Ressourcen oder der Verarbeitung von Misserfolgen bei der Arbeitsplatzsuche.⁴

Die Arbeitswelt insgesamt ist in den letzten Jahren/Jahrzehnten von tiefgreifenden Veränderungen geprägt. Während es also einerseits zahlreiche Arbeitslose gibt, werden an anderer Stelle Fachkräfte in verschiedenen Branchen händeringend gesucht. Der Arbeitsmarkt entwickelt sich in Richtung bildungsintensiver und anspruchsvoller Dienstleistungstätigkeiten. Ein sogenanntes ‚Normalarbeitsverhältnis‘ wird nicht mehr die Regel sein.⁵ Viele der neuen Stellen in den letzten Jahren entstanden im Bereich der Leih- und Zeitarbeit. Es gibt weiterhin einen deutlichen Trend zu befristeten Verträgen und zu Teilzeitbeschäftigungen mit einer wöchentlichen Arbeitszeit unter 40 beziehungsweise 38 Stunden. Der Rückgang der Arbeitslosenstatistik beruht in Anteilen auch auf Änderungen in der Statistik der Bundesanstalt für Arbeit. Seit der Einführung des SGB-II („Hartz IV“) gibt es weiterhin einen Trend, dass Betroffene aufgrund des massiven wirtschaftlichen Drucks Stellen annehmen, für die sie überqualifiziert sind und die weiterhin deutlich schlechter honoriert werden, als ihre vorangegangene Beschäftigung.

3 Vgl. <http://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Grundlagen/Glossare/AST-Glossar/AST-Glossar-Nav.html>, zuletzt geprüft am 21.11.2012.

4 G. Mohr, K. Otto, Langzeitarbeitslosigkeit: Welche Interventionen machen aus psychologischer Sicht Sinn?, in: *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 3/2005, S. 45–56.

5 J. Allmendinger, C. Ebner, Arbeitsmarkt und demografischer Wandel. Die Zukunft der Beschäftigung in Deutschland, in: *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 50/2006, S. 227–239.

Das Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit ist in den vergangenen Jahren bereits umfassend untersucht worden.⁶ Im Vordergrund vieler Untersuchungen standen dabei die Folgen von Arbeitslosigkeit auf die Psyche der Betroffenen (für einen Überblick siehe Paul und Moser, 2009). Die Erkenntnis ist dabei relativ übereinstimmend, dass sich Arbeitslosigkeit deutlich negativ auf das psychische Befinden auswirkt, unter anderem in Bezug auf:⁷

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

Die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die körperliche Gesundheit sind, verglichen mit den psychischen Folgen, relativ wenig untersucht. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes⁸ zeigte anhand von Daten einer Krankenkasse, dass im Vergleich zu Erwerbstätigen fast alle Erkrankungen bei arbeitslosen Männern und Frauen häufiger vorkommen. Relativ gering waren die Unterschiede bei Krebsneubildungen,

6 Vgl. zum Beispiel die Überblicke von R. Barwinski (Hrsg.), *Erwerbslosigkeit als traumatische Erfahrung. Psychosoziale Folgen und traumatherapeutische Interventionen*, Kröning 2011; S. Mühlpfordt, G. Mohr, P. Richter (Hrsg.), *Erwerbslosigkeit: Handlungsansätze zur Gesundheitsförderung*, Lengerich 2011; A. Holleder (Hrsg.), *Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis*, Frankfurt a. M. 2009; A. Holleder, H. Brand (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit*, Bern 2006; M. Kastner, T. Hagemann, G. Kliesch (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Arbeitsmarktintegrierte Gesundheitsförderung*, Lengerich 2005; J. Zempel, J. Bacher, K. Moser (Hrsg.), *Erwerbslosigkeit. Ursachen, Auswirkungen und Interventionen*, Opladen 2001; F. M. McKee-Ryan, Z. Song, C. R. Wanberg, A. J. Kinicki, Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study, in: *Journal of Applied Psychology*, 90/2005, S. 53–76, oder A. H. Winefield, The psychology of unemployment, in: C.v. Hofsten und L. Baeckman (Hrsg.), *Psychology at the turn of the millennium 2: Social, developmental, and clinical perspectives*, Hove 2002, S. 393–408.

7 Vgl. H. Berth, F. Balck, C. Albani, P. Förster, Y. Stöbel-Richter, E. Brähler, Psychische Gesundheit und Arbeitslosigkeit, in: Berufsverband Deutscher Psychologen (Hrsg.), *Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland*, Berlin 2008, S. 21–26.

8 T. G. Grobe, F. W. Schwartz, *Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes 13*, Berlin 2003.

Krankheiten des Kreislaufsystems, der Harn- und Geschlechtsorgane und des Bewegungsapparates. Bei Infektionskrankheiten, Krankheiten des Stoffwechsel- und des Verdauungssystems, Verletzungen/Vergiftungen und bei psychischen und Verhaltensstörungen gab es deutlich mehr Krankenhausaufenthalte bei den Arbeitslosen.

Im Bundesgesundheitsurvey 2003⁹ ergaben sich für langzeitarbeitslose Männer (mehr als zwölf Monate arbeitslos) höhere Risiken für chronische Bronchitis, Rückenschmerzen, Schwindel, Bluthochdruck und Depressionen. Auch bei kurzzeitarbeitslosen Frauen (weniger als zwölf Monate arbeitslos) waren die relativen Risiken für Asthma bronchiale, Rückenschmerzen, erhöhte Blutfettwerte, Bluthochdruck, Schwindel und Depressionen signifikant gesteigert.

Gesundheitliche Risikofaktoren wie Übergewicht, Tabak- und Alkoholkonsum sind bei Personen mit Arbeitslosigkeitserfahrungen oft stärker ausgeprägt.¹⁰ Studien belegen weiterhin, dass Arbeitslose für sich jedoch kaum gesundheitliche Risiken sehen und so tatsächlich weniger Angebote (etwa Arztbesuche) in Anspruch nehmen.¹¹ Einige Untersuchungen¹² konnten zeigen, dass sich Arbeitslosigkeit (auch bei Adjustierung von Vorerkrankungen, Geschlechts- und Alterseffekten und so weiter) auf die Sterblichkeit auswirkt und somit das Mortalitätsrisiko deutlich erhöht.

Der vorliegende Beitrag versucht, anhand der Daten einer Längsschnittstudie einen Beitrag zu den Auswirkungen von erlebter Arbeitslosigkeit auf die körperliche Gesundheit der Betroffenen zu leisten, da es trotz einiger vorliegender Studien weiteren Forschungsbedarf gibt. Zu den psychischen Folgen von Arbeitslosigkeit sind Ergebnisse der Studie unter anderem dokumentiert in Berth et al. (2003), Berth et al.

- 9 C. Lange, T. Lampert, Die Gesundheit arbeitsloser Frauen und Männer. Erste Auswertungen des telefonischen Gesundheitssurveys 2003, in: *Bundesgesundheitsblatt*, 48/2005, S. 1256–1264.
- 10 Vgl. zum Beispiel C. Bormann, Gesundheitliche Konsequenzen von Arbeitslosigkeit in den alten und neuen Ländern in der Gender-Perspektive, in: A. Hollederer und H. Brand (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit*, Bern 2006, S. 85–96.
- 11 P. Virtanen, M. Kivimäki, J. Vahtera, M. Koskenvuo, Employment status and differences in the one-year coverage of physician visits: different needs or unequal access to services?, in: *BMC Health Services Research*, 6/2006, S. 123; A. M. Ahs, R. Westerling, Health care utilization among persons who are unemployed or outside the labour force, in: *Health Policy*, 78/2006, S. 178–193.
- 12 T. G. Grobe, F. W. Schwartz, Arbeitslosigkeit und Gesundheit; T. G. Grobe, Sterben Arbeitslose früher?, in: A. Hollederer und H. Brand (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit*, Bern 2006, S. 75–84.

(2005), Berth et al. (2006), Berth et al. (2008), Berth et al. (2011), Berth et al. (2012) oder Zenger et al. (2012).¹³

2. Methoden

2.1 Die Sächsische Längsschnittstudie

Die Sächsische Längsschnittstudie¹⁴ wurde 1987 durch das Zentralinstitut für Jugendforschung der DDR in Leipzig begonnen.¹⁵ Untersucht wurde ein DDR-repräsentatives Sample damals 14-jähriger Schüler (Geburtsjahrgang 1973) aus 72 Klassen an 41 Schulen in den DDR-Bezirken Karl-Marx-Stadt (heute Chemnitz) und Leipzig (ursprünglich N = 1.281). Nach dem Abschluss der dritten Welle im Frühjahr 1989 erklärten sich N = 587 Befragte bereit, auch weiterhin an der Studie teilzunehmen. Die Studie konnte seitdem mit nahezu jährlich stattfindenden Erhebungen fortgesetzt werden. Mittlerweile liegen 26 abgeschlossene Erhebungswellen vor (2012). Ein wesentlicher Schwerpunkt der Studie ist die sozialwissenschaftliche Begleitung der

- 13 H. Berth, P. Förster, E. Brähler, Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit bei jungen Erwachsenen, in: *Das Gesundheitswesen*, 65/2003 S. 555–560; H. Berth, P. Förster, E. Brähler, Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzunsicherheit und Lebenszufriedenheit. Ergebnisse einer Studie bei jungen Erwachsenen in den neuen Bundesländern, in: *Sozial- und Präventivmedizin*, 50/2005, S. 1–9; H. Berth, P. Förster, E. Brähler, Y. Stöbel-Richter, *Einheitslust und Einheitsfrust. Junge Ostdeutsche auf dem Weg vom DDR- zum Bundesbürger. Eine sozialwissenschaftliche Längsschnittstudie von 1987–2006*, Gießen 2007; H. Berth, F. Balck, C. Albani, P. Förster, Y. Stöbel-Richter, E. Brähler, Psychische Gesundheit und Arbeitslosigkeit; H. Berth, Hendrik, P. Förster, E. Brähler, M. Zenger, Y. Stöbel-Richter, „Warum machen Sie noch mit?“ *Die Sächsische Längsschnittstudie 1987 bis 2010, Jahrbuch Volkskunde in Sachsen*, Bd. 23, Dresden 2011, S. 227–243; H. Berth, P. Förster, E. Hämmerling, E. Brähler, M. Zenger, Y. Stöbel-Richter, Unemployment and health in East Germany: The Saxony Longitudinal study, in: T. Kieselbach und S. Mannila (Hrsg.), *Unemployment, Precarious Work and Health. Research and Policy Issues*, Wiesbaden 2012, S. 251–262; M. Zenger, H. Berth, E. Brähler, Y. Stöbel-Richter, Arbeitslosigkeitserfahrungen in der Sächsischen Längsschnittstudie, in: H. Berth, E. Brähler, M. Zenger, Y. Stöbel-Richter (Hrsg.), *Innenansichten der Transformation. 25 Jahre Sächsische Längsschnittstudie (1987 bis 2012)*, Gießen 2012, S. 301–320.
- 14 <http://www.wiedervereinigung.de/sls>, zuletzt geprüft am 21.11.2012; http://de.wikipedia.org/wiki/Sächsische_Längsschnittstudie, zuletzt geprüft am 21.11.2012.
- 15 Vgl. W. Friedrich, P. Förster, K. Starke (Hrsg.), *Das Zentralinstitut für Jugendforschung Leipzig 1966–1990. Geschichte – Methoden – Erkenntnisse*, Berlin 1999.

Befragten auf ihrem Lebensweg, das Nachvollziehen ihres Erlebens der deutschen Wiedervereinigung und der gesamtgesellschaftlichen Transformation in Ostdeutschland.¹⁶ Weitere Forschungen innerhalb der Sächsischen Längsschnittstudie befassen sich u. a. mit den Themen Partnerschaft und Familiengründung.¹⁷

Im Folgenden werden Daten beginnend ab Welle zwölf (1996) bis Welle 26 (2012) herangezogen. In diesen Wellen wurden übereinstimmend sowohl die Arbeitslosigkeitserfahrungen als auch die subjektiv erlebte, körperliche Gesundheit der TeilnehmerInnen erfasst. Die TeilnehmerInnen variieren von N = 355 (1996) über N = 423 (2002) bis N = 350 (2012, ausführlich zu den TeilnehmerInnencharakteristiken vgl. Berth et al., 2011, 2012). Für die nachfolgenden Analysen wurden nur die Personen einbezogen, die stets an allen Wellen von 1996 bis 2012 übereinstimmend teilnahmen, dies ist mit N = 200 eine ausreichend große Stichprobe.

Von den N = 350 TeilnehmerInnen des Jahres 2012 waren N = 192 (54,9 %) Frauen. Die Rücklaufquote, bezogen auf jene, die sich im Jahr 1989 zur weiteren Mitarbeit bereit erklärt hatten, betrug 59,6 %; bezogen auf nach wie vor aktive Adressen (vgl. Berth et al., 2011) 76,4 %. Das Durchschnittsalter der TeilnehmerInnen im Jahr 2012 betrug 39,2 Jahre. Es handelt sich um eine altershomogene Stichprobe (Geburtsjahr 1973). 56,5 % waren verheiratet, 35,7 % ledig, 7,0 % geschieden und 0,9 % verwitwet. 76,1 % der TeilnehmerInnen lebten mit einem Partner zusammen, unabhängig vom Familienstand. Die meisten TeilnehmerInnen (75,9 %, N = 264) haben Kinder (N = 106, 30,3 % ein Kind und N = 129, 36,9 % zwei Kinder). Die berufliche Situation stellte sich 2012 wie folgt dar: N = 192 (55,0 %) sind Angestellte, N = 60

16 Vgl. z. B. H. Berth, P. Förster, E. Brähler, Y. Stöbel-Richter, *Einheitslust und Einheitsfrust*; H. Berth, P. Förster, E. Brähler, M. Zenger, Y. Stöbel-Richter, „Wir Thälmannpioniere lieben unser sozialistisches Vaterland, die Deutsche Demokratische Republik.“ – Was bleibt davon nach 20 Jahren?, in: E. Brähler und I. Mohr (Hrsg.), *20 Jahre deutsche Einheit – Facetten einer geteilten Wirklichkeit*, Gießen 2010, S. 155–171; H. Berth, E. Brähler, M. Zenger, Y. Stöbel-Richter (Hrsg.), *Innenansichten der Transformation. 25 Jahre Sächsische Längsschnittstudie (1987 – 2012)*, Gießen 2012.

17 Vgl. z. B. Y. Stöbel-Richter, *Fertilität und Partnerschaft. Eine Längsschnittstudie zu Familienbildungsprozessen über 20 Jahre*, Gießen 2010; Y. Stöbel-Richter, M. Zenger, H. Berth, E. Brähler, To what extent family planning can be seen as a rational decision making process?, in: S. Salzborn, E. Davidov, J. Reinecke (Hrsg.), *Methods, Theories and Empirical Applications in the Social Sciences*, Wiesbaden 2012, S. 303–307.

(17,2 %) Arbeiter, N = 39 (11,2 %) Selbstständige, N = 21 (6,0 %) Beamte, N = 14 (4,0 %) zu Hause/in Elternzeit und N = 13 (3,7 %) aktuell arbeitslos. Die verbliebenen TeilnehmerInnen studieren oder gehen einer anderen Beschäftigung nach. Das Qualifikationsniveau der Befragten ist hoch: 22,2 % verfügen über einen Hochschulabschluss, 22,8 % über einen Fachschulabschluss und 46,8 % sind gelernte Facharbeiter. Ohne Qualifikation sind lediglich 1,8 %. Von der Untersuchungsgruppe leben mittlerweile N = 76 (21,7 %) in den alten Bundesländern und N = 8 (2,3 %) im Ausland.

2.2 Fragebogen

Die Arbeitslosigkeitserfahrungen werden seit 1996 mit den folgenden Fragen erfasst: „Waren Sie seit der Wende arbeitslos (einschließlich eventueller jetziger Arbeitslosigkeit)?“ (Antwortmöglichkeiten: „nein, ja einmal, ja mehrmals“). Dazu wird die Dauer der bislang im Lebenslauf insgesamt kumuliert erlebten Arbeitslosigkeit in Monaten erfragt. Zur Steigerung der Messqualität wird dabei den TeilnehmerInnen meist als Erinnerungsstütze mitgeteilt, wie viele Monate erlebter Arbeitslosigkeit sie in der letzten Welle der Studie angegeben hatten.

Die körperliche Gesundheit der TeilnehmerInnen wird mit vier Fragen (Eigenkonstruktion) erfasst: „Hatten Sie in den letzten 12 Monaten folgende Beschwerden? Bitte geben Sie an, wie häufig diese auftraten: a) Nervosität, b) Magenbeschwerden, c) Schlaflosigkeit und d) Herzbeschwerden“. Die Antwortmöglichkeiten lauten „ja, häufig“, „ja, ab und zu“, „ja, selten“ und „nein, nie“. Diese werden mit 3 bis 0 kodiert, so dass ein höherer Wert eine häufigere Ausprägung der jeweiligen Beschwerde ausdrückt. Aus diesen Einzelfragen wird weiterhin ein Gesamtwert (Summenwert) für die körperliche Gesundheit berechnet, der „G-Score“ genannt wird. Er kann zwischen 0 und 12 liegen, je höher der Wert, umso höher ist das Ausmaß an Körperbeschwerden. Der G-Score ist trotz seiner Kürze ein hinreichend reliables Instrument, so beträgt Cronbachs Alpha z. B. $\alpha = .67$ (W 12 1996, N = 354), $\alpha = .67$ (W 13 1998, N = 367), $\alpha = .59$ (W 17 2003, N = 417), $\alpha = .61$ (W 18 2004, N = 405), $\alpha = .68$ (W 19 2005, N = 377), $\alpha = .64$ (W 20 2006, N = 382), $\alpha = .63$ (W 21 2007, N = 358), $\alpha = .67$ (W 22 2008, N = 347), $\alpha = .69$ (W 23 2009, N = 358), $\alpha = .71$ (W 24 2010, N = 324), $\alpha = .74$ (W 25 2011, N = 367) und $\alpha = .70$ (W 26 2012, N = 350).

Die Validität wurde u. a. in der 23. Welle 2009 bestimmt, indem Korrelationen zum Gießener Beschwerdebogen GBB-24 (Brähler und Scheer, 1995), einem Instrument, das ebenfalls Körperbeschwerden misst, berechnet wurden. Die Korrelationen (Pearson) des G-Scores zu den vier Einzelskalen und dem Gesamtwert des GBB-24 betragen G-Score x Erschöpfungsneigung $r = .62$, G-Score x Magenbeschwerden $r = .58$, G-Score x Gliederschmerzen $r = .55$, G-Score x Herzbeschwerden $r = .62$ und G-Score x Beschwerdedruck $r = .71$ (alle $p = 0.00$). Diese Werte belegen die Gültigkeit des Screeninginstruments G-Score.

3. Ergebnisse: Arbeitslosigkeit und körperliche Gesundheit

Im Jahre 1996 hatten bereits 50 % der TeilnehmerInnen Erfahrungen mit ein- oder mehrmaliger Arbeitslosigkeit gemacht. Das mittlere Alter zu diesem Zeitpunkt lag bei ca. 23 Jahren. 2012 gaben 67,7 % der Befragten an, arbeitslos gewesen zu sein. Die mittlere Dauer der erlebten Arbeitslosigkeit betrug in der Gesamtgruppe 1996 6,45 Monate, im Jahr 2012 16,56 Monate. In allen Wellen gab es große Unterschiede in der erfahrenen Arbeitslosigkeitsdauer zwischen Männern (2012 $M = 12,93$ Monate, $SD = 17,28$) und Frauen (2012 $M = 19,54$ Monate, $SD = 30,57$; ausführlich zu den Arbeitslosigkeitszahlen vgl. Berth et al., 2011).

Die Tabellen 1 bis 4 zeigen das Vorhandensein (Zusammenfassung der Antworten „ja,...“) der vier erfassten Körperbeschwerden für die Wellen 12 (1996) bis 26 (2012) in Abhängigkeit davon, ob bis zum Zeitpunkt der jeweiligen Welle Arbeitslosigkeit erlebt (ja) wurde oder nicht (nein).

Tabelle 1: Magenschmerzen und Arbeitslosigkeitserfahrungen (ja/nein) 1996 bis 2012 (N =, %, Antwortmöglichkeiten „Ja, häufig“, „Ja, ab und zu“ und „ja, selten“ zusammengefasst, χ^2 -Test)

Welle/Jahr	Nein, nicht arbeitslos	Ja, arbeitslos	χ^2
Welle 12 (1996), N = 199	47 (44,7 %)	47 (50,0 %)	$\chi^2(df = 3) = 0,933$ $p = 0,817$
Welle 13 (1998), N = 200	43 (44,2 %)	52 (50,5 %)	$\chi^2(df = 3) = 1,389$ $p = 0,708$
Welle 17 (2003), N = 199	39 (48,2 %)	56 (47,4 %)	$\chi^2(df = 3) = 0,320$ $p = 0,956$
Welle 18 (2004), N = 200	38 (48,7 %)	57 (46,7 %)	$\chi^2(df = 3) = 0,090$ $p = 0,993$
Welle 19 (2005), N = 200	35 (48,6 %)	60 (46,9 %)	$\chi^2(df = 3) = 0,267$ $p = 0,966$
Welle 20 (2006), N = 199	32 (47,1 %)	62 (47,3 %)	$\chi^2(df = 3) = 0,471$ $p = 0,925$
Welle 21 (2007), N = 200	33 (47,8 %)	62 (47,3 %)	$\chi^2(df = 3) = 0,410$ $p = 0,938$
Welle 22 (2008), N = 199	31 (47,6 %)	64 (47,7 %)	$\chi^2(df = 3) = 0,078$ $p = 0,994$
Welle 23 (2009), N = 200	31 (46,2 %)	64 (48,1 %)	$\chi^2(df = 3) = 1,092$ $p = 0,779$
Welle 24 (2010), N = 200	33 (47,8 %)	62 (47,3 %)	$\chi^2(df = 3) = 0,410$ $p = 0,938$
Welle 25 (2011), N = 200	32 (45,7 %)	63 (48,5 %)	$\chi^2(df = 3) = 0,788$ $p = 0,852$
Welle 26 (2012), N = 200	33 (48,5 %)	62 (47,0 %)	$\chi^2(df = 3) = 0,452$ $p = 0,929$

Tabelle 2: Nervosität und Arbeitslosigkeitserfahrungen (ja/nein) 1996 bis 2012 (N =, %, Antwortmöglichkeiten „Ja, häufig“, „Ja, ab und zu“ und „ja, selten“ zusammengefasst, Chi²-Test)

Welle/Jahr	Nein, nicht arbeitslos	Ja, arbeitslos	Chi ²
Welle 12 (1996), N = 199	77 (73,3 %)	71 (75,5 %)	Chi ² (df = 3) = 0,418 p = 0,936
Welle 13 (1998), N = 200	71 (73,2 %)	78 (75,8 %)	Chi ² (df = 3) = 0,181 p = 0,981
Welle 17 (2003), N = 199	60 (74,0 %)	89 (75,5 %)	Chi ² (df = 3) = 1,535 p = 0,674
Welle 18 (2004), N = 200	57 (73,0 %)	92 (75,5 %)	Chi ² (df = 3) = 1,061 p = 0,787
Welle 19 (2005), N = 200	53 (73,6 %)	96 (75,0 %)	Chi ² (df = 3) = 0,947 p = 0,814
Welle 20 (2006), N = 199	49 (72,0 %)	99 (75,6 %)	Chi ² (df = 3) = 1,037 p = 0,792
Welle 21 (2007), N = 200	51 (73,9 %)	98 (74,8 %)	Chi ² (df = 3) = 0,520 p = 0,915
Welle 22 (2008), N = 199	48 (73,9 %)	101 (75,4 %)	Chi ² (df = 3) = 0,387 p = 0,943
Welle 23 (2009), N = 200	50 (74,7 %)	99 (74,4 %)	Chi ² (df = 3) = 0,151 p = 0,985
Welle 24 (2010), N = 200	52 (75,3 %)	97 (74,0 %)	Chi ² (df = 3) = 0,457 p = 0,928
Welle 25 (2011), N = 200	52 (74,3 %)	97 (74,6 %)	Chi ² (df = 3) = 0,418 p = 0,936
Welle 26 (2012), N = 200	52 (76,4 %)	97 (73,5 %)	Chi ² (df = 3) = 0,251 p = 0,969

Tabelle 3: Schlaflosigkeit und Arbeitslosigkeitserfahrungen (ja/nein) 1996 bis 2012 (N =, %, Antwortmöglichkeiten „Ja, häufig“, „Ja, ab und zu“ und „ja, selten“ zusammengefasst, Chi²-Test)

Welle/Jahr	Nein, nicht arbeitslos	Ja, arbeitslos	Chi ²
Welle 12 (1996), N = 199	45 (42,8 %)	58 (61,7 %)	Chi ² (df = 3) = 7,814 p = 0,050
Welle 13 (1998), N = 200	44 (45,4 %)	60 (58,2 %)	Chi ² (df = 3) = 5,349 p = 0,148
Welle 17 (2003), N = 199	39 (48,2 %)	65 (55,1 %)	Chi ² (df = 3) = 1,447 p = 0,695
Welle 18 (2004), N = 200	36 (46,2 %)	68 (55,8 %)	Chi ² (df = 3) = 2,181 p = 0,536
Welle 19 (2005), N = 200	34 (47,2 %)	70 (54,7 %)	Chi ² (df = 3) = 1,419 p = 0,701
Welle 20 (2006), N = 199	32 (47,0 %)	72 (54,9 %)	Chi ² (df = 3) = 2,172 p = 0,537
Welle 21 (2007), N = 200	33 (47,8 %)	71 (54,2 %)	Chi ² (df = 3) = 1,772 p = 0,621
Welle 22 (2008), N = 199	32 (49,3 %)	71 (53,0 %)	Chi ² (df = 3) = 1,310 p = 0,727
Welle 23 (2009), N = 200	33 (49,3 %)	71 (53,4 %)	Chi ² (df = 3) = 1,356 p = 0,716
Welle 24 (2010), N = 200	33 (47,8 %)	71 (54,2 %)	Chi ² (df = 3) = 1,772 p = 0,621
Welle 25 (2010), N = 200	33 (47,1 %)	71 (54,7 %)	Chi ² (df = 3) = 2,047 p = 0,563
Welle 26 (2012), N = 200	33 (48,6 %)	71 (53,8 %)	Chi ² (df = 3) = 1,378 p = 0,711

Tabelle 4: Herzbeschwerden und Arbeitslosigkeitserfahrungen (ja/nein) 1996 bis 2012 (N =, %, Antwortmöglichkeiten „Ja, häufig“, „Ja, ab und zu“ und „ja, selten“ zusammengefasst, Chi²-Test)

Welle/Jahr	Nein, nicht arbeitslos	Ja, arbeitslos	Chi ²
Welle 12 (1996), N = 199	9 (8,6 %)	19 (20,1 %)	Chi ² (df = 3) = 6,435 p = 0,092
Welle 13 (1998), N = 200	8 (8,3 %)	21 (20,4 %)	Chi ² (df = 3) = 7,113 p = 0,068
Welle 17 (2003), N = 199	9 (11,1 %)	20 (16,9 %)	Chi ² (df = 3) = 2,034 p = 0,565
Welle 18 (2004), N = 200	8 (10,2 %)	21 (17,1 %)	Chi ² (df = 3) = 3,089 p = 0,378
Welle 19 (2005), N = 200	8 (11,2 %)	21 (16,5 %)	Chi ² (df = 3) = 2,314 p = 0,510
Welle 20 (2006), N = 199	7 (10,2 %)	22 (16,7 %)	Chi ² (df = 3) = 3,640 p = 0,303
Welle 21 (2007), N = 200	7 (10,1 %)	22 (16,7 %)	Chi ² (df = 3) = 3,723 p = 0,293
Welle 22 (2008), N = 199	7 (10,8 %)	22 (16,4 %)	Chi ² (df = 3) = 3,291 p = 0,349
Welle 23 (2009), N = 200	7 (10,5 %)	22 (16,6 %)	Chi ² (df = 3) = 3,476 p = 0,324
Welle 24 (2010), N = 200	7 (10,1 %)	22 (16,7 %)	Chi ² (df = 3) = 3,723 p = 0,293
Welle 25 (2011), N = 200	7 (10,1 %)	22 (16,9 %)	Chi ² (df = 3) = 3,856 p = 0,277
Welle 26 (2012), N = 200	6 (8,7 %)	23 (17,4 %)	Chi ² (df = 3) = 4,573 p = 0,206

In keiner der Wellen findet sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen mit unterschiedlich ausgeprägten Arbeitslosigkeitserfahrungen für den Bereich der Magenschmerzen. Ebenso gibt es keine Differenzen für die Nervosität. Für die Beschwerde Schlaflosigkeit gibt es nur in Welle zwölf (1996) einen signifikanten Unterschied ($p = 0.05$), die Beschwerde ist zu diesem Zeitpunkt bei den Personen mit Arbeitslosigkeitserfahrungen höher ausgeprägt. Tendenziell ($p < 0.1$) unterscheiden sich die Gruppen für die Herzbeschwerden in den Wellen zwölf und 13.

Insgesamt lässt sich daher hierzu zusammenfassend feststellen, dass es auf Ebene der einzelnen Körperbeschwerden keine signifikanten Unterschiede in Abhängigkeit von der erlebten Arbeitslosigkeit gibt. Ein Blick in die Tabellen 1 bis 4 zeigt jedoch für nahezu alle Beschwerden und in fast allen abfragten Wellen die höchsten prozentualen Ausprägungen der zustimmenden Antwortmöglichkeiten in der Gruppe derer, die arbeitslos waren. So gaben, um ein ausgewähltes Beispiel darzustellen, in Welle 26 (2012) 8,7 % der Niemals-Arbeitslosen verglichen mit 16,7 % derer, die von Arbeitslosigkeit betroffen waren, an, unter Herzbeschwerden zu leiden. Diese doch recht groß erscheinenden Unterschiede erreichen jedoch nicht das Signifikanzniveau. Daher empfiehlt sich die Zusammenfassung der Einzelbeschwerden zum bereits vorgestellten Summenwert G-Score (Tabelle 5).

Tabelle 5: Körperbeschwerden (Index G-Score) und Arbeitslosigkeitserfahrungen 1996 – 2012 (M, SD, Varianzanalyse)

Welle/Jahr	Nein, nicht arbeitslos	Ja, arbeitslos	T-Test
Welle 12 (1996), N = 199	M = 2,91 (SD = 2,52)	M = 3,60 (SD = 2,68)	t(df=197) = -1,846 p = 0,066
Welle 13 (1998), N = 199	M = 2,54 (SD = 2,26)	M = 3,37 (SD = 2,72)	t(df=197) = -2,326 p = 0,021
Welle 17 (2003), N = 198	M = 2,52 (SD = 2,03)	M = 3,11 (SD = 2,32)	t(df=196) = -1,859 p = 0,065
Welle 18 (2004), N = 196	M = 3,06 (SD = 2,21)	M = 3,35 (SD = 2,29)	t(df=194) = -0,873 p = 0,384
Welle 19 (2005), N = 196	M = 2,86 (SD = 2,17)	M = 2,94 (SD = 2,06)	t(df=194) = -0,246 p = 0,806
Welle 20 (2006), N = 193	M = 2,95 (SD = 2,13)	M = 3,29 (SD = 2,23)	t(df=191) = -1,002 p = 0,318
Welle 21 (2007), N = 195	M = 2,97 (SD = 2,36)	M = 3,17 (SD = 2,35)	t(df=193) = -0,551 p = 0,582
Welle 22 (2008), N = 190	M = 2,88 (SD = 2,15)	M = 3,10 (SD = 2,46)	t(df=188) = -0,608 p = 0,544
Welle 23 (2009), N = 198	M = 3,05 (SD = 2,31)	M = 3,41 (SD = 2,40)	t(df=196) = -1,002 p = 0,317
Welle 24 (2010), N = 199	M = 3,20 (SD = 2,62)	M = 3,30 (SD = 2,44)	t(df=197) = -0,261 p = 0,795
Welle 25 (2011), N = 197	M = 3,81 (SD = 2,82)	M = 3,53 (SD = 2,68)	t(df=195) = 0,670 p = 0,504
Welle 26 (2012), N = 200	M = 3,62 (SD = 2,60)	M = 3,47 (SD = 2,52)	t(df=198) = 0,390 p = 0,697

Die Ausprägung des Gesamtindex für die Körperbeschwerden G-Score zeigt für die Wellen 12 (1996) bis 17 (2003) signifikante beziehungsweise tendenziell signifikante Unterschiede ($p < 0.1$) zwischen den Gruppen mit Arbeitslosigkeitserfahrungen ja/nein. Das höchste Aus-

maß an Körperbeschwerden zeigen dabei die Personen, die von Arbeitslosigkeit betroffen waren. In den darauffolgenden Wellen der Studie ab 2004 (W 18) sind keine signifikanten Unterschiede mehr in Abhängigkeit von den Arbeitslosigkeitserfahrungen feststellbar. Dieser Befund könnte darauf zurückzuführen sein, dass das Ausmaß der Körperbeschwerden mit zunehmendem Alter, insbesondere in der Gruppe ohne Arbeitslosigkeitserfahrungen, ansteigt. So betrug der Mittelwert dieser Gruppe 1996 $M = 2,91$ und stieg bis 2012 auf $M = 3,62$ an. Unter den Befragten mit Arbeitslosigkeitserfahrungen findet sich ein solcher Anstieg nicht. Dort betrug bereits im Jahr 1996 der Mittelwert $M = 3,60$. 2012 lag der Wert dieser Teilstichprobe bei $M = 3,47$.

4. Zusammenfassung und Diskussion

Anhand ausgewählter Daten einer seit 1987 laufenden Längsschnittstudie bei ostdeutschen (jungen) Erwachsenen haben wir die Folgen von Arbeitslosigkeit für die physische Gesundheit untersucht. Wie einleitend skizziert, sind die Zusammenhänge von erlebter Arbeitslosigkeit und körperlicher Gesundheit bislang relativ wenig untersucht, vor allem vor dem Hintergrund der Fülle von Studien, die sich mit dem Thema Arbeitslosigkeit und seelische Gesundheit auseinandersetzen.

Auf Ebene der vier erfassten Einzelbeschwerden (Magenschmerzen, Nervosität, Schlaflosigkeit, Herzbeschwerden) gibt es zusammengefasst in allen Wellen keine Unterschiede in der Ausprägung einer einzelnen Beschwerde in Abhängigkeit von den Arbeitslosigkeitserfahrungen. Beim kombinierten Index G-Score zeigen sich jedoch einige signifikante Differenzen, zumindest bis zum Jahr 2003. Die Teilnehmer waren zu diesem Zeitpunkt etwa 30 Jahre alt. Personen mit Arbeitslosigkeitserfahrungen gaben stets mehr Körperbeschwerden an als Nicht-Arbeitslose. Es lässt sich jedoch keine für Arbeitslose 'typische' Einzelbeschwerde wie Schlaflosigkeit oder Herzbeschwerden identifizieren. In den Wellen der Sächsischen Längsschnittstudie ab 2004 finden sich keine signifikanten Unterschiede mehr im G-Score zwischen den Gruppen mit unterschiedlichen Arbeitslosigkeitserfahrungen. Ursache hierfür ist wahrscheinlich, dass das Ausmaß an Körperbeschwerden mit zunehmendem Alter der Befragten auch bei den Nicht-Arbeitslosen angestiegen ist. Betrug zu Beginn der entsprechenden Erhebungen 1996 die Unterschiede der Mittelwerte zwischen der Gruppe ohne

Arbeitslosigkeitserfahrung und der Gruppe mit Arbeitslosigkeit mehr als 0,5 Punkte so ist diese Differenz im Laufe der Jahre geschrumpft (2012: 0,15 Punkte). Der Level an Körperbeschwerden verharrt bei den Arbeitslosen etwa auf demselben Niveau, während er bei den Nicht-Arbeitslosen über die einzelnen Erhebungswellen anstieg.

Die vorliegenden Daten zeigen im Längsschnitt von 1996 bis 2012, dass sich Arbeitslosigkeit nur im jungen Erwachsenenalter (etwa bis zum 30. Lebensjahr) negativ auf die körperliche Gesundheit auswirkt. Danach lassen sich Einflüsse von Arbeitslosigkeitserleben auf die Körperbeschwerden nicht mehr nachweisen.

Kritisch ist zu erwähnen, dass es sich hierbei um Selbstauskünfte bzgl. des Vorliegens von Beschwerden handelt und nicht um ‚objektive‘ Diagnosen. Bei dem eingesetzten Instrument G-Score handelt es sich trotz der dargestellten ausreichenden Gütekriterien um ein sehr kurzes, selbstentwickeltes Instrument zur körperlichen Gesundheit, das nur Screening-Charakter besitzt. Die Stichprobe ist mit N = 200 Personen, für die vollständige Datensätze über alle Wellen (16 Erhebungsjahre) vorliegen, zwar von beachtlicher Größe, kann aber keine Repräsentativität beanspruchen. Daten aus früheren Wellen der Studie (seit 1987) können leider nicht herangezogen werden, da die Studie einen anderen Forschungsschwerpunkt (Erleben der Wiedervereinigung bei jungen Ostdeutschen) aufwies und für die Fragestellung Arbeitslosigkeit und Gesundheit wichtige Indikatoren nicht erhoben wurden. Geplant ist die Fortsetzung der Sächsischen Längsschnittstudie auch in den nächsten Jahren, die 27. Welle soll im Jahr 2013 durchgeführt werden.

Auch die hier dargestellten Ergebnisse unterstreichen jedoch, dass es notwendig ist, dem Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit weiterhin Aufmerksamkeit zu schenken, sowohl aus gesellschaftspolitischer, wirtschaftlicher, psychologischer und medizinischer Sicht. Ausgehend vom Stand der Forschung und von zahlreichen eigenen Arbeiten zum Thema haben die Mitglieder des Fachbeirats zum Gesundheitsziel *Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen* des Sächsischen Sozialministeriums daher die folgenden elf Thesen zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit formuliert:¹⁸

18 Ausführlich vgl. G. Mohr, 11 Thesen – Positionspapier des Fachbeirats Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen, in: S. Mühlpfordt, G. Mohr, P. Richter (Hrsg.), *Erwerbslosigkeit: Handlungsansätze zur Gesundheitsförderung*, Lengerich 2011, S. 15–34.

1. Psychisch labile Arbeitslose bedürfen professioneller Hilfe – so früh wie möglich!
2. Die Reduzierung finanzieller Mittel ist falsch!
3. Arbeitslose können nicht mehr leisten als andere Menschen auch!
4. Viele Bewerbungen, hohe Arbeitsorientierung, starke Konzessionsbereitschaft und viel Optimismus sind falsche Forderungen an Arbeitslose!
5. Auch Gesundheit ist ein Kriterium für den Erfolg von Maßnahmen für Arbeitslose!
6. Andere Formen der Arbeit sollten nicht behindert oder negativ bewertet werden, sondern als Qualifikationspotential positiv gewürdigt und unterstützt werden!
7. Nicht jede Erwerbsarbeit ist besser als Arbeitslosigkeit!
8. Primärprävention fängt im Betrieb an: Betriebliche Arbeitsgestaltung ist Prävention von Arbeitslosigkeit!
9. Prävention muss im Betrieb konsequent fortgeführt werden: durch Information und Hilfsangebote!
10. Die psychosoziale Gesundheit von Arbeitslosen zu erhalten ist ein allgemeines Präventionsziel und fängt mit der Schaffung von Bildungschancen im Kindergarten an!
11. Die öffentliche Stigmatisierung von Arbeitslosen ist zurückzuweisen. Statt Arbeitslose zu diskriminieren, ist ihre Leistung bei der Bewältigung der Mängel des Arbeitsmarktes anzuerkennen!

Hinzuweisen ist auf die Tatsache, dass die negativen Folgen von erlebter Arbeitslosigkeit auf die seelische und körperliche Gesundheit auch bei einem erfolgreichen Wiedereintritt ins Berufsleben und auch nach dem Ausscheiden aus der Berufstätigkeit (Berentung) weiterhin nachweisbar sind.¹⁹ Zudem gibt es Belege, dass erfahrene Arbeitslosigkeit

19 Vgl. z. B. M. Zenger, E. Brähler, H. Berth, Y. Stöbel-Richter, Unemployment during working life and mental health of retirees: Results of a representative survey, in: *Ageing and Mental Health*, 15/2011, S. 178–185; R. E. Lucas, A. E. Clark, Y. Georgellis, E. Diener, Unemployment Alters the Set Point for Life Satisfaction, in: *Psychological Science*, 15/2004, S. 8–13.

sich nicht nur auf die Betroffenen selbst, sondern auch auf deren Familien und insbesondere die Kinder beeinträchtigend auswirkt.²⁰ Hier besteht die Gefahr der sozialen Vererbung von Arbeitslosigkeit.

20 Z. B. H. Berth, P. Förster, K. Petrowski, A. Hinz, F. Balck, E. Brähler, Y. Stöbel-Richter, Vererbt sich Arbeitslosigkeit?, in: *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin*, 8/2010, S. 35–43; A. Fleischmann, S. Drössler, Y. Stöbel-Richter, H. Berth, Neue Perspektiven – Die Kinder der Studie, in: H. Berth, E. Brähler, M. Zenger und Y. Stöbel-Richter (Hrsg.), *Innenansichten der Transformation. 25 Jahre Sächsische Längsschnittstudie (1987 bis 2012)*, Gießen 2012, S. 341–356.

Heribert Limm, Mechthild Heinmüller, Katrin Horns, Peter Angerer, Harald Gündel

Gesundheits-Coaching verbessert die Situation von Menschen in Langzeitarbeitslosigkeit

1. Hintergrund

Der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und mangelnder Gesundheit ist vielfach untersucht worden.¹ Arbeitslose zeigen sowohl eine schlechtere Einschätzung ihres subjektiven Gesundheitszustands² als auch schlechtere objektive Gesundheitsdaten. So berichten Grobe und Schwartz (2003), dass sich das Mortalitätsrisiko bei Personen mit zwei oder mehr Jahren Arbeitslosigkeit um den Faktor 3,8 erhöht. Insbesondere die psychische Gesundheit nimmt mit der Dauer der Arbeitslosigkeit signifikant ab.³

In der Arbeitslosigkeitsforschung wird sowohl die Kausalitäts- als auch die Selektionshypothese zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen Arbeitslosigkeit und eingeschränktem Gesundheitszustand diskutiert.⁴ Gemäß der Verursachungsthese (Kausalitätshypothese) führt Arbeitslosigkeit zu negativen psychischen wie physischen Folgen, im

- 1 E. Brähler, W. Laubach, Y. Stöbel-Richter, Belastung und Befindlichkeit von Arbeitslosen in Deutschland, in: Schumacher, J., Reschke, K. & H. Schröder (Hrsg.), *Mensch unter Belastung*, Frankfurt a. M. 2002, S. 201–214; T. Grobe, F. Schwartz, *Arbeitslosigkeit und Gesundheit (3. Aufl.)*, Berlin 2007; T. Grobe, F. Schwartz, Arbeitslosigkeit und Gesundheit, in: Robert Koch-Institut (Hrsg.), *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, Heft 13, Berlin 2003.
- 2 S. Overland, N. Glozier, J. Maeland, A. Gunnar, E. Leif, M. Arnstein, Employment status and perceived health in the Hordaland Health Study (HUSK), in: *BMC Public Health*, 29 (6)/2006, S. 219–227.
- 3 G. Murphy, J. A. Athanasou, The effect of unemployment on mental health, in: *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72/1999, S. 83–99; F. McKee-Ryan, Z. Song, C. R. Wanberg, J. A. Kinicki, Psychological and Physical Well-Being During Unemployment: A Meta Analytic Study, in: *Journal of Applied Psychology*, 90(1)/2005, S. 53–76.
- 4 H. Berth, P. Förster, Y. Stöbel-Richter, F. Balck, E. Brähler, Arbeitslosigkeit und psychische Belastung. Ergebnisse einer Längsschnittstudie 1991 bis 2004, in: *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 15/2006, S. 111–116; G. Mohr, P. Richter, Psychosoziale Folgen von Erwerbslosigkeit und Intervention, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 40-41/2008, S. 25–32.