

Yve Stöbel-Richter, Markus Zenger, Heide Glaesmer,
Elmar Brähler und Hendrik Berth

Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit

1. Vorbemerkungen

Arbeitslosigkeit ist in der modernen Gesellschaft kein Einzelphänomen, sondern ein Ereignis, welches in den letzten Jahren immer mehr Personen betrifft und im Lebensverlauf auch mehrfach auftreten kann. Die negativen gesundheitlichen und psychischen Folgen von Arbeitslosigkeit sind in zahlreichen Studien untersucht worden; in einigen wurden die schwerwiegenden psychischen Auswirkungen als Folgen eines Arbeitsplatzverlustes nachgewiesen. Darüber hinaus zeigt sich in aktuellen Studien wiederholt, dass bereits die Bedrohung des Arbeitsplatzes zu psychischen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen führt.

Der Beitrag gibt einen zusammenfassenden Überblick über Ergebnisse aus einer repräsentativen Erhebung sowie aus der Sächsischen Längsschnittstudie zu dieser Thematik.

In einer Deutschland-repräsentativen Studie wurden im Jahr 2009 psychische Symptome im Zusammenhang mit erfahrener Arbeitslosigkeit untersucht. Die Stichprobe umfasste 2.512 Personen von 14 bis 94 Jahren. Eingesetzt wurden u. a. die Instrumente HADS und COPSOQ. Die Auswertungen belegen deutlich, dass bereits die Sorge um den Arbeitsplatz, aber auch die Erfahrung von mehrfacher Arbeitslosigkeit mit erhöhten Depressivitäts- und Ängstlichkeitswerten einher geht.

In der Sächsischen Längsschnittstudie wird seit 1987 eine identische Stichprobe Ostdeutscher des Geburtsjahrgangs 1973 jährlich untersucht. An der Erhebung 2010 nahmen $N = 326$ Personen teil. Bis zum Jahr 2010 waren mehr als 70 % der Probanden mindestens einmal von Arbeitslosigkeit betroffen. Diesen Faktor berücksichtigende Auswertungen zeigen deutlich negative Auswirkungen auf die individuelle psychische, körperliche und soziale Gesundheit.

Massive Beeinträchtigungen des Befindens aufgrund von Arbeitslosigkeit bzw. Sorgen um den Arbeitsplatz betreffen verschiedene Bereiche des psychischen Erlebens wie Ängstlichkeit, Depressivität und Lebens-

qualität. Dem gesellschaftlichen Stressor Arbeitslosigkeit kann daher, wie anderen bedrohlichen Lebensereignissen auch, eine krisenhafte Wirkung zugeschrieben werden. Daraus können ein entsprechender Behandlungsbedarf und Behandlungsangebote abgeleitet werden.

1.1 Gesellschaftlicher Hintergrund

Erwerbstätigkeit ist vor dem Hintergrund von Arbeitslosigkeit in ein anderes Licht der Betrachtung gerückt; definierte sich der Einzelne früher sehr stark über seinen beruflichen Status, das damit verbundene Einkommen sowie seine Arbeitsinhalte, sind nunmehr auch andere Optionen gefragt. Berufstätigkeit bzw. bezahlte Beschäftigung haben dennoch ihre wesentliche Funktion für den Status des Einzelnen in der Gesellschaft und somit auch ihren Einfluss auf das Selbstbild und Selbstwertgefühl des Individuums nicht eingebüßt. Das Gefühl, in einer Gesellschaft gebraucht zu werden, vermittelt sich nachhaltig durch die ausgeübte Berufstätigkeit. Berufstätigkeit wird als positiv strukturierendes Element im Tagesablauf empfunden und bietet eine wichtige Möglichkeit, soziale Kontakte herzustellen und aufrechtzuerhalten (Jahoda, 1981). Durch den Verlust des Arbeitsplatzes entfallen diese und viele weitere Aspekte, die im Kontext von bezahlter Erwerbstätigkeit eine Rolle spielen, z. B. die aktuelle und zukünftige finanzielle Absicherung (Creed u. Klisch 2005). Durch die gegebene Realität, dass eine Vollbeschäftigung der Bevölkerung der Vergangenheit angehört, muss der Anspruch, stattdessen andere, ggf. neue soziale Rollen zu übernehmen, auch unter gesellschaftlichen Aspekten stärker fokussiert werden. Auch wenn biografische Brüche durch Arbeitslosigkeit im individuellen Lebensverlauf inzwischen sehr viele Personen betreffen (Fleig-Palmer, Luthans u. Mandernach, 2009; Robert Koch-Institut, 2003), werden doch die damit zusammenhängenden Folgen in der öffentlichen Wahrnehmung nur wenig thematisiert.

Der seit den 1970er Jahren im Bereich der alten Länder begonnene und in den neuen Ländern durch die deutsche Wiedervereinigung ausgelöste Wandel in der Arbeitswelt hat dazu geführt, dass sich die Arbeitslosigkeitsforschung in den letzten Jahren verstärkt zum einen den Auswirkungen von Langzeitarbeitslosigkeit (vgl. Mohr, 2001; Stöbel-Richter et al., 2010) und zum anderen (psychologischen) individuumszentrierten Interventionsstrategien (z. B. die Stärkung der Eigeninitiative, vgl. z. B. Frese et al., 2002) widmet.

1.2 Verbreitung und Auswirkungen von Arbeitslosigkeit

Als arbeitslos gelten Arbeitsuchende bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres, die nicht oder weniger als 15 Stunden wöchentlich in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, die nicht Schüler, Studenten oder Teilnehmer an Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung, nicht arbeitsunfähig erkrankt, nicht Empfänger von Altersrente sind und für eine Arbeitsaufnahme als Arbeitnehmer sofort zur Verfügung stehen. Arbeitslose müssen sich persönlich bei ihrer zuständigen Arbeitsagentur gemeldet haben (Bundesagentur für Arbeit, 2011).

Auch wenn die Bundesanstalt für Arbeit in den letzten Monaten stets eine deutliche Abnahme der Arbeitslosenzahlen in Deutschland berichtete, geht das Phänomen Arbeitslosigkeit längst über eine individuelle Betroffenheit hinaus.

Im Januar 2011 waren deutschlandweit 3.347.000 Menschen arbeitslos (Quote: 7,9 %). Dabei ist die Arbeitslosenquote in Westdeutschland (6,8 %, 2.274.000 Personen) nach wie vor deutlich niedriger als in Ostdeutschland (12,7 %, 1.073.000 Personen; Bundesagentur für Arbeit, 2011). 30 % aller Arbeitslosen sind langzeitarbeitslos, d. h. seit mindestens zwölf Monaten ohne Arbeit (vgl. Bundesagentur für Arbeit, 2011).

In den vorliegenden Studien zu negativen sozialen, psychischen und somatischen Folgen von Arbeitslosigkeit zeigen sich nicht nur akute Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit (z. B. infolge des Schocks über das Ereignis), sondern auch längerfristige, mit der Dauer der Arbeitslosigkeit zunehmende psychische Folgen. Ein gravierender Anstieg von Symptomen und Beschwerden ist nach zwölf Monaten zu verzeichnen (vgl. Pollmann-Schult u. Büchel, 2005). Aber nicht nur die Dauer der Arbeitslosigkeit, sondern zusätzlich auch das Alter, Geschlecht und der soziale Status lassen sich in Zusammenhang mit der Gesundheit bringen: Männer, jüngere Personen oder Personen mit einem niedrigeren sozialen und beruflichen Status leiden meist stärker unter den Folgen von Arbeitslosigkeit (Hollederer u. Brand, 2006; Kastner 2005; McKee-Ryan et al., 2005; Kieslbach et al., 2006; Paul, Hassel u. Moser, 2006; Paul u. Moser, 2009; Holleder, 2009). Allerdings existieren bezüglich des Einflusses des Geschlechts auf die psychische Belastung bei Arbeitslosigkeit auch gegenteilige Befunde (Artazcoz et al., 2004; Brown et al., 2003), die zum Teil mit der generellen Tendenz höherer Prävalenzraten von psychischen Störungen bei Frauen in der Allgemeinbevölkerung (z. B. bei Depressionen und Ängsten) erklärt werden. Des Weiteren stellten einige Studien keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen fest (Creed u.

Watson, 2003; Ensminger u. Celentano, 1990; Leeflang, Klein-Hesselink u. Spruit, 1992).

1.3 Theoretische Ansätze

Forschungen zu den Auswirkungen der Arbeitslosigkeit haben eine lange Tradition; die erste und viel beachtete Studie hierzu wurde bereits im Jahr 1933 von Jahoda, Lazarsfeld und Zeisel durchgeführt. Durch teilnehmenden Beobachtungen und Interviews im von Arbeitslosigkeit massiv betroffenen Ort Marienthal konnten zahlreiche Erkenntnisse gewonnen werden. Ein Ergebnis der Beobachtungen waren die idealtypisch als Phasenmodell beschriebenen und individuell durchlaufenen Stadien nach Eintritt von Arbeitslosigkeit (Jahoda et al., 1933):

1. Antizipationsphase,
2. Schock unmittelbar nach dem Eintreten,
3. Erholungsphase (1.–2. Monat),
4. Latenzphase (3.–6. Monat),
5. pessimistische Reaktionen (7.–12. Monat),
6. Phase der fatalistischen Anpassung (nach einem Jahr).

Auch aktuelle Studien beziehen sich auf das Modell, was dessen Relevanz unterstreicht (Barwinski-Fäh, 2010; Fischer u. Riedesser, 2003; Berth et al., 2011). In diesem Modell wird das Erleben des Arbeitsplatzverlustes als Schock beschrieben, aus welchem ein »seelisches Tief« im Sinne einer depressiven Stimmung resultieren kann. Die Suche nach einem neuen Arbeitsplatz kann zunächst von einer Phase des Optimismus und der Aktivität begleitet sein. Bei Misserfolg und angesichts der auf Dauer sinkenden Alternativen und Chancen, wieder in den Arbeitsmarkt integriert zu werden, folgt ein weiteres »seelisches Tief«, das sich in Depressionen und auch in Suizidgedanken äußern kann.

Die metaanalytischen Befunde sprechen für einen linearen negativen Effekt der Arbeitslosigkeitsdauer (McKee-Ryan et al., 2005; Paul u. Moser, 2009), weitere Arbeiten belegen den negativen Effekt wiederholter Arbeitslosigkeitsperioden auf das Wohlbefinden (Luhmann u. Eid, 2009; Stankunas et al., 2006). Demgegenüber plädieren andere Wissenschaftler auf der Grundlage ihrer Daten eher für ein Adaptationsmodell. Dieses impliziert einen größeren Rückgang des individuellen Wohlbefindens zu Beginn der Arbeitslosigkeit, gefolgt von einer späteren Adaptation an die neuen Umstände und der Stabilisierung der Befindlichkeit (Brown et al., 2003; Gallo et al., 2006; Georgellis et al., 2008; Grossi, 1999; Lu-

cas et al., 2004; Stankunas et al., 2006; Thomas, Benzeval u. Stansfeld, 2005).

1.4 Psychische und physische Beschwerden als Auswirkungen von Arbeitslosigkeit

Betrachtet man die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf den Einzelnen, so spielt deren Dauer eine entscheidende Rolle bei der Ausprägung von somatischen und/oder psychischen Beschwerden. Langzeitstudien haben gezeigt, dass vor allem nach Langzeitarbeitslosigkeit (zwölf Monate und länger) psychische Langzeitfolgen auftreten (Berth et al., 2008a). Gleichmut und Fatalismus werden zum Überlebensprinzip. Durch die Arbeitslosigkeit verändern sich die Lebensumstände der betroffenen Personen schlagartig. Ihnen wird eine neue gesellschaftliche Rolle auferlegt, mit der sich nur wenige der Betroffenen dauerhaft identifizieren können oder wollen. Auch wenn in ländlichen und/oder eher konservativen Regionen Männer nach wie vor die alleinige Rolle des Familienernährers innehaben und dementsprechend der Wegfall dieser Rolle zu schweren Krisen führen kann, ist inzwischen nicht mehr davon auszugehen, dass Frauen durch Arbeitslosigkeit weniger belastet wären, zumal sie – vor allem in den neuen Bundesländern – viel häufiger und eher davon betroffen sind. Gerade Frauen, die aus Gründen der Kindererziehung oder zugunsten der Karriere des Mannes auf eine eigene berufliche Karriere verzichtet haben, sind stark gefährdet, durch Arbeitslosigkeit in Armut und finanzielle Not zu geraten.

Die Forschungen zu den psychischen Folgen von Arbeitslosigkeit basieren überwiegend auf Querschnitterhebungen und können somit Kausalitäten nur bedingt abbilden (vgl. etwa die Überblicke von Hollenderer u. Brand, 2006; Kastner, 2005; McKee-Ryan et al., 2005; Kieselbach et al., 2006; Berth et al., 2010a). Generell kann zwischen medizinisch-messbaren bzw. quantifizierbaren Gesundheitsfolgen und subjektiven Einschätzungen bzw. Beeinträchtigungen infolge von Arbeitslosigkeit unterschieden werden. Quantifizierbar zeigen sich eine Erhöhung des systolischen Blutdrucks, ein gesteigerter Alkohol- und Nikotinkonsum, die Zunahme von Herzinfarkten, die Steigerung von Medikamentenverordnungen, die Zunahme von Arztbesuchen, die häufigere und längere Dauer von Krankenhausaufenthalten oder die erhöhte Mortalität bei Arbeitslosen (Laubach, Mundt u. Brähler, 1999). In der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Grobe u. Schwartz, 2003) konnte, bezogen auf verschiedene Diagnosen, auch gezeigt werden, dass es bei Arbeitslosen

vor allem zu erhöhten gastrointestinalen und psychischen Beschwerden in der subjektiv berichteten Gesundheit kommt. In eigenen früheren Repräsentativerhebungen zeigte sich, dass Ängstlichkeit, Depressivität und Körperbeschwerden bei Arbeitslosen wesentlich ausgeprägter sind als bei Nichtarbeitslosen (Brähler, Laubach u. Stöbel-Richter, 2002; Albani et al., 2007). Viinamäki et al. (1993) konnten nachweisen, dass eine schlechtere finanzielle Situation bei Arbeitslosen mit einer erhöhten Depressivität, jedoch nicht mit stärkerem Alkohol- oder Drogengebrauch assoziiert war. Einen ähnlichen Zusammenhang fanden Rantakeisu und Jonsson (2003) bei schwedischen Arbeitslosen, darüber hinaus war auch hier die Stärke der wahrgenommenen ökonomischen Einschränkungen mit einem schlechteren Befinden verknüpft. In der Sächsischen Längsschnittstudie fanden Berth et al. (2011) ebenfalls erhöhte Werte von Depressivität und Ängstlichkeit.

1.5 Zum Zusammenhang von Gesundheit und Arbeitslosigkeit

Spätestens seit den 1980er Jahren ist Gesundheit als Thema auch gesellschaftlich stark vertreten, was u. a. mit dem Reflexivwerden von Modernisierungsprozessen zusammenhängt (Bauch, 1996). Gesundheit wird damit zur gesellschaftlich bedeutsamen und normativen Komponente, die nicht zuletzt auch ein gesellschaftliches System aufrechterhält; der Einzelne ist mehr oder minder verpflichtet, seine Gesundheit zu bewahren, wenn er den Leistungsansprüchen der Gesellschaft gerecht werden will. Öffentliche Gesundheitsdiskussionen führen zu einem neuen Gesundheitsbewusstsein, vor allem in der Mittelschicht und bei Frauen (Faltermaier, 2009).

Die steigenden Arbeitslosigkeitsquoten, vor allem in den neuen Bundesländern in den 1990er Jahren, führten in den letzten Jahren dazu, nach den Auswirkungen dieser Prozesse auf die Gesundheit zu fragen, da Zusammenhänge zwischen beiden Themen in den Bereich der Forschung und auch in den Fokus des politischen Interesses rückten. So ist es erklärtes Ziel etlicher Landesregierungen, Gesundheit trotz Arbeitslosigkeit zu erhalten bzw. von Arbeitslosigkeit Betroffene für die Thematik, vor allem hinsichtlich präventiver Maßnahmen, zu sensibilisieren.

Für die Erklärung des Zusammenhangs von Arbeitslosigkeit und Gesundheit werden zwei gegensätzliche Hypothesen herangezogen (Brähler et al., 2002): die Kausalitäts- und die Selektionshypothese. Die Kausalitätshypothese (Häfner, 1990) besagt, dass der Eintritt von Arbeitslosigkeit kausal zu den o. g. negativen psychischen und physischen Folgen, zu

Krankheit und sogar zum Tod führt. Dies kann einerseits direkt und andererseits indirekt als Folge eines geänderten Verhaltens, wie z. B. höherer Nikotin- und Alkoholkonsum, Ernährung oder durch sozioökonomische Belastungen, wie etwa finanzielle Probleme, erfolgen.

Die Selektionshypothese (Elkeles u. Seifert, 1992) hingegen postuliert, dass Arbeitslosigkeit als Folge eines schlechten Gesundheitszustandes eintritt. Personen, die häufiger und länger krank sind, werden eher arbeitslos und bleiben dies auch länger als gesündere Personen.

Für beide Hypothesen fanden sich in Studien Belege: für die Kausalitätshypothese etwa bei Semmer und Udris (1993) oder Bjarnason und Sigurdardottir (2003), für die Selektionshypothese z. B. bei Kivimäki et al. (2003). Aus den Ergebnissen vieler Untersuchungen lässt sich jedoch ableiten, dass beide Hypothesen gleichzeitig nebeneinander ihre Berechtigung haben und als Erklärungsmuster herangezogen werden können (vgl. z. B. Grobe u. Schwartz, 2003; Paul u. Moser, 2001, Broutschek, Schmidt u. Dauer, 1999), wobei insgesamt der kausale Einfluss der Arbeitslosigkeit auf das individuelle Befinden als stärker einzuschätzen ist (Gallo et al., 2000; Paul u. Moser, 2009).

Arbeitslosigkeit ist und bleibt in Deutschland gesellschaftliche Realität, da mittelfristig auf dem Arbeitsmarkt keine gravierende Besserung zu erwarten ist. Die Wechselwirkung zwischen gesellschaftlichem Transformationsprozess und individueller Anpassungsleistung steht im Fokus weiterer Studien (Kastner, 2005; Schröder, 1992). Während die Ausübung eines Berufes an einem oder zumindest sehr wenigen Arbeitsplätzen im letzten Jahrhundert überwog, gehören unter heutigen Anforderungen und Gegebenheiten ein Arbeitsplatzwechsel sowie kontinuierlich stattfindende Fort- und Weiterbildungen oder gar Umschulungen bzw. das Erlernen eines zweiten Berufes zur Berufsbiografie. Unter diesen Umständen erscheint die früher funktionale monolithische Persönlichkeitsstruktur gegenwärtig fragiler und somit zumindest in Teilen maladaptiv zu sein (Zenger et al., 2010). Unstetige Berufsbiografien sowie ein größeres Maß an erwarteter Flexibilität werden für Arbeitnehmer zur Normalität, charakterisiert durch berufliche Wechsel, welche mit Arbeitslosigkeitsperioden einhergehen können und eine mehrfache Arbeitsplatzsuche über die Lebensspanne hinweg implizieren (Fleig-Palmer et al., 2009; Kanfer, Wanberg u. Kantrowitz, 2001; Liukkonen et al., 2009; Robert Koch-Institut, 2003).

In den Forschungen zu den psychosozialen und gesundheitlichen Folgen von Arbeitslosigkeit finden sich sowohl Ergebnisse, welche die Kausaliäts- als auch die Selektionshypothese bestätigen und damit nach-

weisen können, dass es sich hier um ein multifaktorielles Geschehen handelt. Allerdings gibt es nur sehr wenige Langzeitstudien, mittels derer der Frage nach der gegenseitigen Bedingtheit wirklich nachgegangen werden kann bzw. die darüber hinaus ermitteln, welche Ressourcen generiert werden, um wieder in den Arbeitsmarkt zurückzukommen, oder warum es Menschen schaffen, trotz Arbeitslosigkeit ihre Gesundheit zu erhalten. Trotz der Vielzahl an vorliegenden Untersuchungen gibt es ebenfalls nur wenige Studien (z. B. Stöbel-Richter et al., 2010; Zenger et al., 2010; Brähler et al., 2002; Laubach et al., 1999), die auf repräsentativen Bevölkerungsstichproben beruhen.

1.6 Arbeitsplatzunsicherheit

Neben Arbeitslosigkeit kann auch bereits Arbeitsplatzunsicherheit zu gravierenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen. Den Zusammenhang zwischen der Angst vor einem Arbeitsplatzverlust und affektiven Störungen berichtet z. B. die Whitehall-Studie: In einem zweieinhalbjährigen Beobachtungszeitraum an britischen Regierungsangestellten zeigte sich, dass Männer und Frauen, die von chronischer Arbeitsplatzunsicherheit betroffen waren, ein höheres Risiko für psychische Belastungen (z. B. Depressivität) aufwiesen (Ferrie et al., 2002).

An einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Erwerbsbevölkerung konnten Dragano, Verde und Siegrist (2005) nachweisen, dass eigene Erfahrungen von Stellenabbau (»Downsizing«) mit gesundheitlichen Beschwerden assoziiert waren. Auch Personen, die einen derartigen Prozess beruflich überdauerten, wiesen ein erhöhtes Krankheitsrisiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und sogar ein erhöhtes Mortalitätsrisiko auf, insbesondere bezogen auf koronare Herzerkrankungen (Vahtera et al., 2004). Außerdem zeigten die Ergebnisse der Studie von Sverke et al. (2004), dass Arbeitsplatzunsicherheit mit deutlichen psychischen Beeinträchtigungen einhergeht.

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse legen anhand einer im Jahr 2009 erhobenen deutschlandrepräsentativen Stichprobe dar, welche Differenzierungen bezüglich des Ausmaßes von psychischen Symptomen sich in Abhängigkeit von erfahrener Arbeitslosigkeit sowie der Angst vor Arbeitsplatzverlust abbilden lassen. Dabei werden das Ausmaß von Depressivität und Ängstlichkeit sowie das psychosoziale Befinden bei Arbeitslosen im Vergleich zu Nichtarbeitslosen und im Vergleich zu Personen betrachtet, die vom Verlust der Arbeit bedroht sind. Die eingesetzten Fragebögen sind unter 2.2 kurz dargestellt.

In der zweiten Studie – der Sächsischen Längsschnittstudie – werden Ergebnisse zur Thematik Arbeitslosigkeit im Längsschnitt präsentiert. Dabei stehen weniger weitere Ausführungen der querschnittlichen Ergebnisse im Vordergrund, sondern Aspekte, die in anderen Untersuchungen kaum ausgeführt werden, so beispielsweise die Auswirkungen auf die realisierte Kinderzahl, gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen und soziale Ängste.

2. Methode

2.1 Stichproben

a) Repräsentative Stichprobe

Die vorliegende Stichprobe basiert auf einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage, die durch den Unabhängigen Service für Umfragen, Methoden und Analysen Berlin (USUMA) durchgeführt wurde. Die in die Studie einbezogenen Personen wurden per Zufallsauswahl ermittelt (Random-Route-Verfahren), zu Hause aufgesucht und von geschulten Interviewern dort befragt (Face-to-Face-Interview). Die Auswahl der Zielperson im Haushalt erfolgte ebenfalls nach dem Zufallsprinzip aus der Gruppe der Haushaltsmitglieder ab 14 Jahre. Die Zielpersonen wurden gebeten, verschiedene Angaben zu ihrer Person zu machen sowie jeweils einen umfangreichen Erhebungsbogen auszufüllen, welcher vor allem psychodiagnostische Verfahren enthielt. Ausländer wurden zur Vermeidung von Sprachproblemen nicht in die Studie aufgenommen.

Die Repräsentativität der Stichprobe konnte durch Ziehung von ADM-Stichproben (Arbeitskreis Deutsche Marktforschungsinstitute; Koch, 1997) und durch Vergleiche mit den Angaben des Statistischen Bundesamtes gesichert werden. Insgesamt wurden 2.512 Personen im Altersbereich von 14 bis 94 Jahren befragt. In die weiteren Berechnungen wurden jedoch nur Personen ab dem Alter von 18 Jahren einbezogen.

Zum Zeitpunkt der Befragung gaben 188 Personen (7,7 %) an, arbeitslos zu sein. Weitere Angaben zur Stichprobe sind in Tabelle 1 aufgelistet.

Die Studie diente vor allem dazu, verschiedene Fragebögen teststatistisch zu normieren und darüber hinaus unterschiedlichste inhaltliche Fragestellungen zu analysieren. Die hier vorgestellten Ergebnisse stellen deshalb nur ausgewählte Aspekte und Ergebnisse der Befragung zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit dar.

Tabelle 1: Soziodemografische Kennwerte der repräsentativen Bevölkerungsstichprobe

	Gesamtstichprobe (N = 2.358) N (%)	Männer (n = 1.025) n (%)	Frauen (n = 1.333) n (%)
Altersgruppen			
Bis 30 Jahre (Altersgruppe 1)	374 (15,9)	165 (16,1)	209 (15,7)
31–60 Jahre (Altersgruppe 2)	1.214 (51,5)	526 (51,3)	688 (51,6)
Über 60 Jahre (Altersgruppe 3)	770 (32,7)	334 (32,6)	436 (32,7)
Zusammenleben mit Partner			
Ja	1.366 (57,9)	638 (62,2)	728 (54,6)
Nein	992 (42,1)	387 (37,8)	605 (45,4)
Beschäftigungs- status			
In Ausbildung	85 (3,6)	41 (4,0)	44 (3,4)
Vollzeit beschäftigt	889 (37,6)	515 (50,2)	374 (28,1)
Teilzeit/stunden- weise beschäftigt	268 (11,4)	33 (3,2)	235 (17,7)
Erziehungsurlaub	23 (1,0)	–	23 (1,6)
Arbeitslos bzw. Kurzarbeit	188 (8,0)	88 (8,6)	100 (7,5)
Nicht berufstätig/ Hausfrau/-mann	146 (6,2)	5 (0,5)	141 (10,6)
Berentet	759 (32,3)	343 (33,5)	416 (31,1)
Sorgen um Arbeitsplatz			
Überhaupt keine Sorgen	515 (21,8)	236 (23,0)	279 (20,9)
Eher wenig Sorgen	588 (24,9)	272 (26,5)	316 (23,8)
Eher viel Sorgen	207 (8,8)	92 (9,0)	115 (8,6)
Sehr große Sorgen	127 (5,4)	68 (6,6)	59 (4,4)
Keine Angabe	921 (39,1)	357 (34,9)	564 (42,3)

b) Die Sächsische Längsschnittstudie

Die Sächsische Längsschnittstudie wurde 1987 durch das Zentralinstitut für Jugendforschung initiiert (vgl. Friedrich, Förster u. Starke, 1999) und umfasste in den ersten drei Erhebungswellen (1987–1989) 1.281 Schüler des Geburtsjahrgangs 1973 aus 72 Klassen an 41 Schulen in den DDR-Bezirken Karl-Marx-Stadt und Leipzig. Nach dem Abschluss der 3. 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. Bis zum Jahr 2010 lagen insgesamt 24 abgeschlossene Erhebungswellen vor. Lag der Fokus in den ersten Erhebungen vor allem in Fragestellungen zur politischen Identifikation bzw. zum politischen Einstellungswandel und zur Integration in ein neues Gesellschaftssystem, so wurden in den letzten Jahren verstärkt Fragestellungen zur Familiengründung und zum Einfluss von Arbeitslosigkeit auf den Lebensverlauf und verschiedene gesundheitliche Aspekte analysiert.

An der 24. Welle der Studie (2010) nahmen 326 Personen teil, 54,6 % davon waren Frauen. Zum Befragungszeitpunkt betrug das Durchschnittsalter 37,3 Jahre. 54,0 % der Teilnehmer waren verheiratet, 12,3 % ledig ohne Partner. 76,6 % haben Kinder. Tabelle 2 zeigt weitere ausgewählte Merkmale der Stichprobe von 1987 bis 2010 (vgl. Berth et al., 2011).

2.2 Eingesetztes Instrumentarium

In den ausgewerteten Befragungen wurden u. a. die folgenden Erhebungsinstrumente eingesetzt:

a) Repräsentativerhebung

- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
- 6-Item Screener aus dem Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)

b) Sächsische Längsschnittstudie

- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
- Gießener Beschwerdebogen (GGB-24)
- Distress-Summenwert (D-Score)
- Frage zur Familiengründung (realisierte Kinderzahl)
- Fragen zu sozialen Ängsten
- Frage zur Arbeitsplatzsicherheit

Tabelle 2: Ausgewählte Merkmale der Teilnehmer der Sächsischen Längsschnittstudie 1987 bis 2009

Welle (Jahr)	Teilnehmer (N)	Alter (M)	Frauen (%)	Verheiratet (%)	Kinder (%)
1 (1987)	1.407	–	47,2	–	–
2 (1988)	1.220	–	49,2	–	–
3 (1989)	1.281	–	49,6	–	–
4 (1990)	276	–	60,8	–	–
5 (1990)	86	17,5	61,6	–	–
6 (1991)	216	18,2	58,8	–	–
7 (1992)	192	18,9	55,7	–	–
8 (1992)	170	19,5	55,9	1,8	1,8
9 (1993)	232	20,6	53,9	3,4	3,8
10 (1994)	250	21,5	54,4	8,0	–
11 (1995)	316	22,5	53,2	10,1	8,6
12 (1996)	355	23,5	54,1	11,9	13,0
13 (1998)	368	25,1	54,9	19,6	21,5
14 (2000)	398	27,2	53,8	28,1	36,5
15 (2001)	353	28,6	54,1	–	–
16 (2002)	423	29,0	52,6	30,7	43,3
17 (2003)	419	30,1	54,2	35,6	50,5
18 (2004)	418	31,1	53,6	39,2	57,0
19 (2005)	385	32,1	53,4	41,9	61,4
20 (2006)	391	33,2	54,5	44,2	64,6
21 (2007)	383	34,2	54,2	45,1	67,2
22 (2008)	381	35,3	52,8	46,8	69,6
23 (2009)	364	36,2	52,2	49,4	72,4
24 (2010)	326	37,3	54,6	54,0	76,6

Anmerkung: Bei fehlenden Angaben wurden Daten in den jeweiligen Wellen nicht erhoben.

Der Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzsorgen bzw. Arbeitslosigkeit und Gesundheit wurde somit anhand unterschiedlicher inhaltlicher Konstrukte überprüft.

Die Hospital Anxiety and Depression Scale (Herrmann, Buss u. Snaith, 1995; vgl. auch Hinz u. Schwarz, 2001; Hinz u. Brähler, 2011) ist ein Fragebogeninstrument zur Selbsteinschätzung von Ängstlichkeit und Depressivität bei Erwachsenen. Sie besteht aus 14 Items, je sieben pro Subskala in alternierender Abfolge. Die Antworten erfolgen auf einer vierstufigen Antwortskala (Punktwerte zwischen 0 und 3); bezogen auf die letzte Woche soll eingeschätzt werden, ob der geschilderte Sachverhalt (z. B. »Ich fühle mich angespannt und überreizt«) zutrifft. Die jeweils sieben Items einer Skala werden zu Summenwerten addiert, maximal können 21 Punkte erreicht werden. Ein Wert zwischen 0 und 7 wird als unauffällig gewertet, zwischen 8 und 10 als fragwürdig und Werte größer/gleich 11 als klinisch auffällig. Die Reliabilität liegt für beide Subskalen bei Cronbach's Alpha = 0.80 (Buss u. Snaith, 1995) und kann damit als gut eingeschätzt werden.

Der Copenhagen Psychosocial Questionnaire ist ein umfassendes Screening- Instrument zur Erfassung psychischer Belastungen und Beanspruchungen am Arbeitsplatz (Kristensen u. Borg, 2000; Kristensen et al., 2005; Nübling et al., 2005). Der deutsche COPSOQ liegt als Langversion (30 Skalen, 141 Items) und als verkürzte Version (25 Skalen, 87 Items) vor. Auf der deutschen Homepage¹ können zahlreiche Vergleichsdaten aus unterschiedlichen Branchen eingesehen werden. Da der Gesamtbogen eher im betrieblichen Kontext eingesetzt wird, liegen derzeit keine Normdaten vor. In der vorliegenden Repräsentativerhebung wurden aus dem Instrument die sechs Items zur Erfassung des psychischen Wohlbefindens bzw. Beanspruchungserlebens ausgewählt (vgl. Tabelle 4). Erfasst werden dabei die Faktoren Müdigkeit, körperliche und emotionale Erschöpfung, sich ausgelaugt, schwach und krankheitsanfällig fühlen. Erfasst werden die Angaben auf einer 5er-Skala von 1 = nie/fast nie, 2 = selten, 3 = manchmal, 4 = oft bis 5 = immer.

Der GBB-24 (Brähler, Hinz u. Scheer, 2008) ist eine Kurzform des Gießener Beschwerdebogens GBB von Brähler und Scheer (1995). Es ist ein sehr häufig eingesetztes Verfahren zur Erfassung subjektiver Körperbeschwerden. Mit 24 Items werden körperliche Beschwerden wie »Schwächegefühl« und »Nacken- oder Schulterschmerzen« abgefragt, zu denen jeweils anzugeben ist, wie stark diese in den letzten sieben Tagen aufgetreten sind. Die Fragen des GBB sind den vier Skalen »Erschöpfung« (Cronbach's Alpha = 0.88), »Magenbeschwerden« (Cronbach's Alpha =

¹ Siehe <http://www.mentalhealthpromotion.net/?i=promenpol.de.toolkit.223>, Zugriff am 29.11.2011.

0.82), »Gliederschmerzen« (Cronbach's Alpha = 0.84) und »Herzbeschwerden« (Cronbach's Alpha = 0.85) zugeordnet. Alle Items können weiterhin in einem Gesamtwert (»Beschwerdedruck«) (Cronbach's Alpha = 0.94) abgebildet werden.

Die vier Skalen enthalten jeweils sechs Items, das Antwortformat umfasst fünf Stufen von 0 = nicht bis 4 = stark, Ergebnisse können somit in einem Wertebereich von 0 bis 24 Punkten variieren.

Die globale psychische Belastung wurde mit dem D-Score, einem selbstentwickelten Screening-Instrument, welches vier Items zum Distress umfasst, gemessen. Erfragt werden u. a. Gefühle der Mutlosigkeit und Niedergeschlagenheit oder die Angst vor der Zukunft. Zur Beantwortung steht eine dreistufige Skala (nein; ja, seit Monaten; ja, seit Jahren) zur Verfügung. Der Wertebereich erstreckt sich von 0 bis 8, höhere Werte stehen für einen höheren Distress. Dieser Score erfasst reliabel und valide die subjektiv empfundene psychische Belastung einer Person (Berth et al., 2006; 2011). Die Reliabilität kann mit einem Cronbach's Alpha = 0.71 als gut bezeichnet werden.

Bezogen auf die Familiengründung wurde nach der realisierten und idealen Kinderzahl gefragt.

Um soziale Ängste abzubilden, wurden verschiedene Aspekte vorgegeben (z. B. Angst vor dem eigenen sozialen Abstieg, privater Zahlungsunfähigkeit, Verschlechterung der Gesundheit, Erhöhungen der Miete, Auswirkungen von Harz IV etc., vgl. Abbildung 7) und gefragt, wie stark man sich hiervon persönlich bedroht fühle. Die Antwortoptionen waren auf einer vierstufigen Skala einzutragen (stark, eher stark, eher schwach, schwach).

Anhand der Frage »Wie sehr machen Sie sich zur Zeit Sorgen wegen Ihres Arbeitsplatzes?« wurde die Arbeitsplatzbedrohung Berufstätiger erhoben. Das eingesetzte Antwortformat umfasste vier Ausprägungen: überhaupt keine Sorgen, eher wenig Sorgen, eher viel Sorgen, sehr große Sorgen. Sowohl die aktuelle Arbeitslosigkeit als auch deren kumulative Dauer über die Lebensspanne wurden anhand der Angaben der Befragten, also subjektiv, erfasst.

3. Ergebnisse

3.1 Ergebnisse im bevölkerungsrepräsentativen Querschnitt

3.1.1 Ängstlichkeit und Depressivität

Bezogen auf das in der HADS erfasste Konstrukt *Ängstlichkeit* zeigen sich in der varianzanalytischen Prüfung signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen, zwischen Männern und Frauen sowie hinsichtlich der Arbeitslosigkeitserfahrungen. Demnach weisen Frauen höhere Werte auf als Männer (Frauen $M = 4,96$; Männer $M = 4,41$; $F = 10,74$; $p(F) = .001$). Die Unterschiede zwischen den drei Altersgruppen sind nicht signifikant. Personen, die mehrfach arbeitslos waren, haben höhere Werte als Personen, die gar nicht oder einmalig arbeitslos waren ($F = 10,29$; $p(F) \leq .001$), die Unterschiede zwischen allen Gruppen sind signifikant (M1 niemals arbeitslos = 4,41; M2 einmalig arbeitslos = 5,08; M3 mehrmals arbeitslos = 5,67; M1–M2 $p < .001$; M1–M3 $p < .001$; M2–M3 $p = .025$).

Zwischen den Faktoren Alter, Geschlecht und Arbeitslosigkeit gibt es keine signifikanten Interaktionen.

Bezogen auf die *Depressivitätssymptome* zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen (Männer $M = 4,89$; Frauen $M = 4,60$; $F = 3,68$; $p(F) = .055$). Jedoch zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen allen drei Altersgruppen dahingehend, dass die Depressivitätswerte mit dem Alter kontinuierlich zunehmen (M Altersgruppe 1 = 3,43; M Altersgruppe 2 = 4,56; M Altersgruppe 3 = 5,62; M1–M2 $p < .001$; M1–M3 $p < .001$; M2–M3 $p < .001$; $F = 10,88$; $p(F) \leq .001$). Gleiches gilt für den Faktor Arbeitslosigkeitserfahrungen: Personen ohne erfahrene Arbeitslosigkeit weisen geringere Werte auf als Personen mit einmaliger Arbeitslosigkeit und diese wiederum geringere Werte als Personen mit mehrmalig erfahrener Arbeitslosigkeit (M1 (niemals arbeitslos) = 4,34; M2 (einmalig arbeitslos) = 5,08; M3 (mehrfach arbeitslos) = 6,08; M1–M2 $p < .001$; M1–M3 $p < .001$; M2–M3 $p < .001$; $F = 24,35$; $p(F) \leq .001$). Der Interaktionsterm zwischen den drei Faktoren ist ebenfalls signifikant ($F = 2,57$; $p(F) \leq .036$). Die höchsten Werte ($M = 6,76$) geben die Männer der Altersgruppe > 60 Jahre an, die einmalig arbeitslos gewesen sind, während bei den Frauen diejenigen die höchsten Werte aufweisen, welche zwischen 31 und 60 Jahre alt waren und bereits mehrmalige Arbeitslosigkeitserfahrungen gemacht hatten. In den Abbildungen 1 und 2 sind die Differenzen für die Teilgruppen nach Arbeitslosigkeitserfahrungen dargestellt.

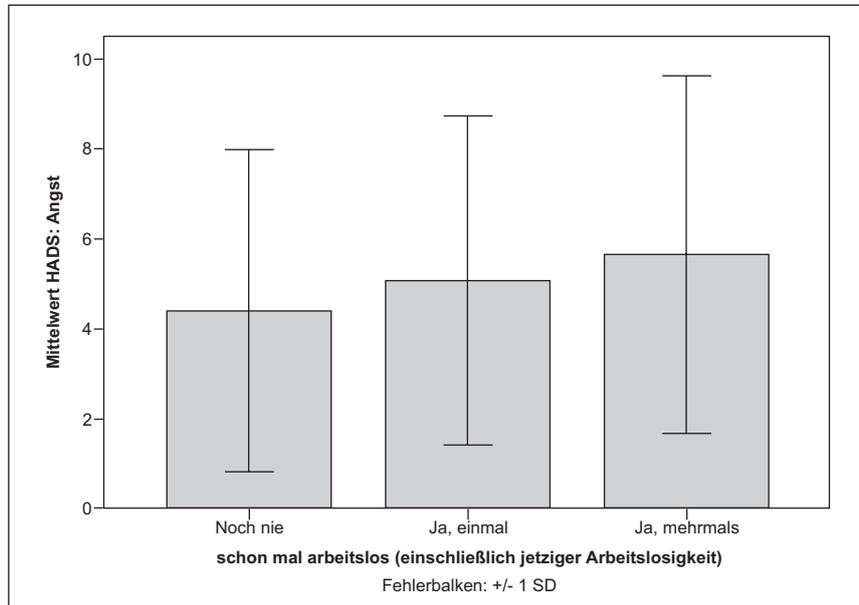


Abbildung 1: Mittelwerte und Standardabweichungen von Ängstlichkeit (HADS) in Abhängigkeit von erfahrener Arbeitslosigkeit

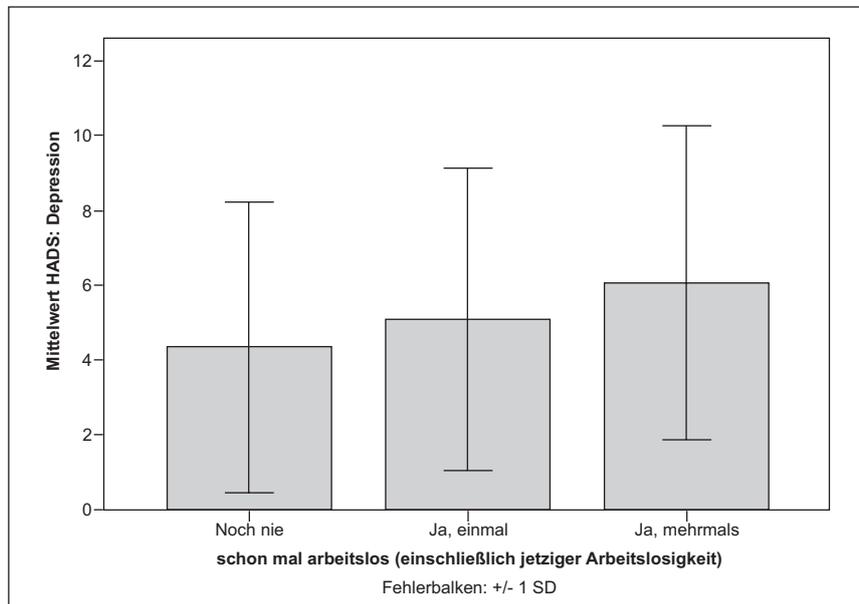


Abbildung 2: Mittelwerte und Standardabweichungen von Depression (HADS) in Abhängigkeit von erfahrener Arbeitslosigkeit

Vergleicht man Personen, die derzeit nicht arbeitslos sind, mit denen, die aktuell arbeitslos sind, hinsichtlich der klinischen Auffälligkeit der Werte auf der HADS, weisen diejenigen, die aktuell arbeitslos sind, häufiger eine auffällige Symptomatik auf (Tabelle 3a).

Erweitert man den Betrachtungszeitraum und vergleicht Personen hinsichtlich der Arbeitslosigkeit in den letzten zwei Jahren, so zeigen sich langfristige Auswirkungen; Personen, die in den letzten zwei Jahren arbeitslos waren, weisen häufiger höhere Werte mit auffälliger Symptomatik auf (Tabelle 3b).

Dabei beruhen die Angaben zur aktuellen Arbeitslosigkeit auf den soziodemografischen Angaben und die Frage, ob man in den letzten zwei Jahren arbeitslos war, wurde separat gestellt.

Tabelle 3a: Verteilungen HADS hinsichtlich klinischer Auffälligkeit in den Gruppen »nicht arbeitslos« und »arbeitslos« (Angaben in Prozent)

	Unauffällig Wert 0–7	Fragwürdig Wert 8–10	Auffällig Wert \geq 11
HADS-Ängstlichkeit/Angst			
Aktuell nicht arbeitslos	78,9	14,4	6,7
Aktuell arbeitslos	69,1	15,2	15,7
HADS-Depressivität/Depression			
Aktuell nicht arbeitslos	80,4	11,8	7,8
Aktuell arbeitslos	60,5	21,1	18,4

Tabelle 3b: Verteilungen HADS hinsichtlich klinischer Auffälligkeit unterschieden nach Arbeitslosigkeit in den letzten zwei Jahren (Angaben in Prozent)

	Unauffällig Wert 0–7	Fragwürdig Wert 8–10	Auffällig Wert \geq 11
HADS-Ängstlichkeit/Angst			
In den letzten zwei Jahren nicht arbeitslos	78,9	14,1	7,0
In den letzten zwei Jahren arbeitslos	66,2	18,6	15,2
HADS-Depressivität/Depression			
In den letzten zwei Jahren nicht arbeitslos	80,1	11,9	8,0
In den letzten zwei Jahren arbeitslos	60,3	21,8	17,9

3.1.2 Ängstlichkeit und Depressivität im Kontext von Sorgen um den Arbeitsplatz

Bezogen auf die Sorgen um den Arbeitsplatz wurden nur diejenigen Personen ausgewählt, die zum Zeitpunkt der Befragung in einem Beschäftigungsverhältnis standen. Die Altersgruppen wurden beibehalten, allerdings fielen Personen über 65 Jahre aus der Betrachtung heraus. Auch hier zeigen sich deutliche Unterschiede in den Altersgruppen und zwischen Männern und Frauen. Generell geben Personen, die große Sorgen um ihren Arbeitsplatz haben, die höchsten Werte im Bereich Ängstlichkeit an: M1 (keine Sorgen) = 3,92; M2 (wenig Sorgen) = 4,59; M3 (eher viel Sorgen) = 6,01; M4 (sehr große Sorgen) = 6,95; alle Subgruppenvergleiche $p < .05$; $F = 21,89$; $p(F) \leq .001$; ebenso im Bereich Depressivität: M1 (keine Sorgen) = 3,52; M2 (wenig Sorgen) = 3,83; M3 (eher viel Sorgen) = 5,24; M4 (sehr große Sorgen) = 6,90; M1–M2 $p = .175$; alle anderen Subgruppenvergleiche $p < .001$; $F = 23,26$; $p(F) \leq .001$ (vgl. hierzu Abbildungen 3 und 4).

In der Analyse zeigen sich keine Interaktionseffekte, außer bei den Depressivitätswerten, wobei hier die Faktoren Geschlecht und Altersgruppe signifikant interagieren ($F = 6,37$; $p(F) \leq .012$): Jüngere Männer mit Sorgen um den Arbeitsplatz weisen höhere Depressivitätswerte auf als ältere Männer, ebenso ältere Frauen mit Sorgen um den Arbeitsplatz.

3.1.3 Psychisches Wohlbefinden (COPSOQ)

Für alle sechs Items des Screeners ergeben sich signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern und Altersgruppen und teilweise hinsichtlich erfahrener Arbeitslosigkeit (vgl. Tabelle 4). Die Ergebnisse zeigen, dass sich die folgenden Gruppen signifikant psychisch belasteter fühlen: Frauen im Vergleich zu Männern und Personen über 60 Jahre im Vergleich zu Personen der jüngeren Altersgruppen. Personen, die mehrfach arbeitslos waren, sind teilweise psychisch belasteter als Personen, die einmal oder gar nicht arbeitslos waren.

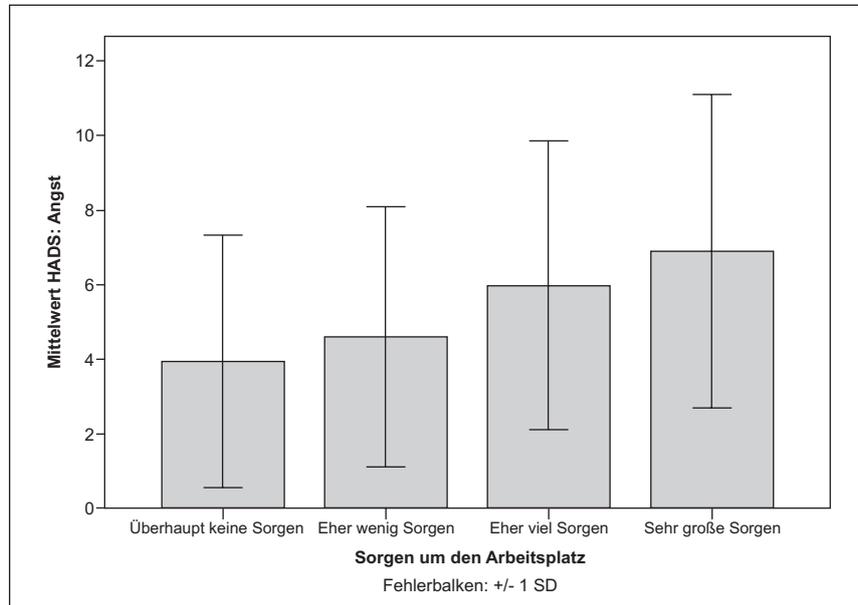


Abbildung 3: Mittelwerte und Standardabweichungen von Ängstlichkeit (HADS) in Abhängigkeit von Sorgen um den Arbeitsplatz



Abbildung 4: Mittelwerte und Standardabweichungen von Depression (HADS) in Abhängigkeit von Sorgen um den Arbeitsplatz

Tabelle 4: Psychisches Wohlbefinden in Abhängigkeit von Geschlecht, Altersgruppen und Arbeitslosigkeit

	Wie häufig fühlen Sie sich...					Wie häufig denken Sie: »Ich kann nicht mehr«?
	müde	körperlich erschöpft	emotional erschöpft	ausgelaugt	schwach und krankheitsanfällig	
Männer	2,47	2,35	1,99	1,98	1,79	1,68
Frauen	2,67	2,52	2,16	2,13	1,96	1,92
F	14,83	9,97	9,54	12,96	10,74	21,45
p(F)	≤ .001	.002	.002	≤ .001	.001	≤ .001
Bis 30 Jahre	2,40	2,20	1,90	1,88	1,59	1,63
31–60 Jahre	2,58	2,44	2,11	2,12	1,83	1,84
Über 60 Jahre	2,67	2,57	2,13	2,08	2,12	1,87
F	7,93	6,59	3,49	5,41	20,23	1,78
p(F)	≤ .001	.001	.031	.005	≤ .001	.169
Nie arbeitslos	2,55	2,43	2,03	2,02	1,86	1,76
Einmal arbeitslos	2,64	2,47	2,17	2,12	1,91	1,85
Mehrmals arbeitslos	2,66	2,51	2,24	2,23	1,97	2,05
F	2,02	0,81	5,49	3,04	3,89	8,14
p(F)	.133	.447	.004	.048	.021	≤ .001

Die Überprüfung der Interaktionseffekte ergab lediglich eine Wechselwirkung zwischen den Altersgruppen und Arbeitslosigkeitserfahrungen: Während in der jüngsten Altersgruppe Personen mit einmaliger Arbeitslosigkeit die niedrigsten Werte aufweisen ($M = 2,05$), sind dies in der mittleren Altersgruppe diejenigen ohne Arbeitslosigkeitserfahrungen ($M = 2,37$) und in der ältesten Subgruppe Menschen mit mehrmalig erfahrener Arbeitslosigkeit ($M = 2,39$).

Die Post-Hoc-Tests für die Mittelwertvergleiche in den einzelnen Subgruppen erbrachten folgende Ergebnisse:

Faktor Altersgruppe:

- Müde: M1 (bis 30 Jahre) – M2 (31–60 Jahre) $p = .001$;
M1–M3 (über 60 Jahre) $p < .001$; M2–M3 $p = .035$
- Körperlich erschöpft: M1–M2 $p < .001$; M1–M3 $p < .001$;
M2–M3 $p = .002$
- Emotional erschöpft: M1–M2 $p < .001$; M1–M3 $p < .001$;
M2–M3 $p = .602$
- Ausgelaugt: M1–M2 $p < .001$; M1–M3 $p = .001$; M2–M3 $p = .387$
- Schwach und anfällig: M1–M2 $p < .001$; M1–M3 $p < .001$;
M2–M3 $p < .001$
- »Ich kann nicht mehr«: M1–M2 $p < .001$; M1–M3 $p < .001$;
M2–M3 $p = .460$

Faktor Arbeitslosigkeit:

- Müde: M1 (nie arbeitslos) – M2 (einmal arbeitslos) $p = .069$;
M1–M3 (mehrmals arbeitslos) $p = .044$; M2–M3 $p = .708$
- Körperlich erschöpft: M1–M2 $p = .398$; M1–M3 $p = .140$;
M2–M3 $p = .529$
- Emotional erschöpft: M1–M2 $p = .005$; M1–M3 $p \leq .001$;
M2–M3 $p = .250$
- Ausgelaugt: M1–M2 $p = .044$; M1–M3 $p < .001$; M2–M3 $p = .102$
- Schwach und anfällig: M1–M2 $p = .335$; M1–M3 $p = .059$;
M2–M3 $p = .372$
- »Ich kann nicht mehr«: M1–M2 $p = .069$; M1–M3 $p < .001$;
M2–M3 $p = .003$

3.1.4 Zwischenzusammenfassung

Die Ergebnisse der repräsentativen Bevölkerungsbefragung zeigen deutliche Zusammenhänge zwischen dem psychischen Befinden und erfahrener Arbeitslosigkeit. Vor allem Personen, die mehrmals arbeitslos waren, sind gefährdet, psychische Beeinträchtigungen in Form von Ängstlichkeit und Depressivität in klinisch relevanter Ausprägung auszubilden, und stellen sich als psychisch belasteter dar. Darüber hinaus ist auch die Wahrnehmung einer Gefährdung des Arbeitsplatzes bereits ein Risikofaktor für die Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit.

3.2 Ergebnisse im Längsschnitt einer Alterskohorte junger Ostdeutscher

3.2.1 Arbeitslosigkeitserfahrungen

Seit 1996 werden in der Sächsischen Längsschnittstudie Arbeitslosigkeitserfahrungen mit der Frage »Waren Sie seit der Wende arbeitslos (einschließlich eventueller jetziger Arbeitslosigkeit)?« (Antwortmöglichkeiten: »nein«, »ja einmal«, »ja mehrmals«) erfasst. Die Dauer der bislang im Lebenslauf insgesamt erlebten Arbeitslosigkeit wird in Monaten kumuliert; wozu den Teilnehmern in jeder Welle als Erinnerungsstütze mitgeteilt wird, wie viele Monate erlebter Arbeitslosigkeit sie in der jeweils vorhergehenden Welle der Studie angegeben hatten (Tabelle 5; vgl. Berth et al., 2011). Die aktuelle Arbeitslosenquote der Stichprobe liegt meist unter dem ostdeutschen Bevölkerungsdurchschnitt; im Jahr 2010 waren 10 % der Teilnehmer aktuell von Arbeitslosigkeit betroffen.

Tabelle 5: Arbeitslosigkeitserfahrungen der Teilnehmern der Sächsischen Längsschnittstudie 1996 bis 2010

Welle (Jahr)	Arbeitslosigkeitserfahrungen (%)			Dauer der erlebten Arbeitslosigkeit (Mittelwert in Monaten)		
	Einmal	Mehrmals	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
12 (1996)	32,5	17,2	49,7	4,92	7,80	6,45
13 (1998)	31,8	23,1	54,9	6,91	11,29	9,24
14 (2000)	33,2	25,6	58,8	8,42	11,94	10,22
16 (2002)	34,0	28,6	62,6	8,39	10,48	9,38
17 (2003)	31,6	32,1	63,6	9,48	11,30	10,48
18 (2004)	31,5	33,9	65,4	9,86	14,12	12,09
19 (2005)	32,9	34,7	67,6	11,32	16,81	14,04
20 (2006)	30,5	40,1	70,5	13,63	19,31	16,63
21 (2007)	31,9	38,8	70,7	13,70	20,70	17,30
22 (2008)	31,7	40,4	72,0	14,46	20,82	17,70
23 (2009)	29,9	41,8	71,7	15,02	24,12	19,76
24 (2010)	30,2	38,2*	68,4*	13,87*	18,26*	16,32*

*Anmerkung: Unstimmig erscheinende Angaben (sinkende Prozente/Gesamtdauer) resultieren aus wechselnden Teilnehmern in verschiedenen Wellen.

Bereits 1996 waren fast 50 % der Teilnehmer ein- oder mehrmalig von Arbeitslosigkeit betroffen. Das mittlere Alter zu diesem Zeitpunkt lag bei ca. 23 Jahren. Im Jahr 2010 gaben 68 % der 37-Jährigen an, mindestens einmal arbeitslos gewesen zu sein. Die mittlere Dauer der erlebten Arbeitslosigkeit betrug 1996 in der Gesamtgruppe 6,45 Monate, im Jahr 2010 16,32 Monate. In allen Wellen gab es große Unterschiede in der erfahrenen Arbeitslosigkeitsdauer zwischen Männern (2010 = 13,87 Monate) und Frauen (2010 = 18,26 Monate).

3.2.2 Körperliche Beschwerden

Die oben ausgeführten Auswirkungen aktueller bzw. vor allem vergangener Arbeitslosigkeitserfahrungen in der bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe zeigen sich hier auch im zeitlichen Verlauf. Darüber hinaus belegen die Ergebnisse der Sächsischen Längsschnittstudie, dass eine Rückkehr in die Berufstätigkeit nicht automatisch zu einem Verschwinden der Beschwerden führt (vgl. hierzu Berth et al., 2008b; Förster et al., 2008).

Nach der Einschätzung des persönlichen Gesundheitszustandes befragt, zeigt sich im Zeitverlauf deutlich, dass Personen, die nie arbeitslos waren, ihren Gesundheitszustand deutlich besser einschätzen als Personen, die mehrfach arbeitslos waren (vgl. Abbildung 5). Der subjektive Gesundheitszustand wurde mittels eines Items erhoben (»Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?« – Antwortmöglichkeiten: »sehr gut«, »gut«, »zufriedenstellend«, »weniger gut«, »schlecht«). Diese Frage erwies sich verschiedentlich als zuverlässiger Indikator für Gesundheit (Helmert, 2002). In Abbildung 5 sind die zusammengefassten Werte für die diejenigen dargestellt, die ihre Gesundheit als gut oder sehr gut eingeschätzt haben. Die Unterschiede zwischen den drei Gruppen (»nie«, »einmal« oder »mehrmals arbeitslos«) sind in allen Jahren, außer in 2006, 2008 und 2010, signifikant (χ^2 -Test).

Die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die körperliche Gesundheit wurden mittels verschiedener Indikatoren in zahlreichen Erhebungswellen gemessen. Dargestellt sind im Folgenden das Ausmaß an subjektiv erlebten Körperbeschwerden (erfasst mit dem Gießener Beschwerdebogen GBB-24) und erlebtem Distress (D-Score).

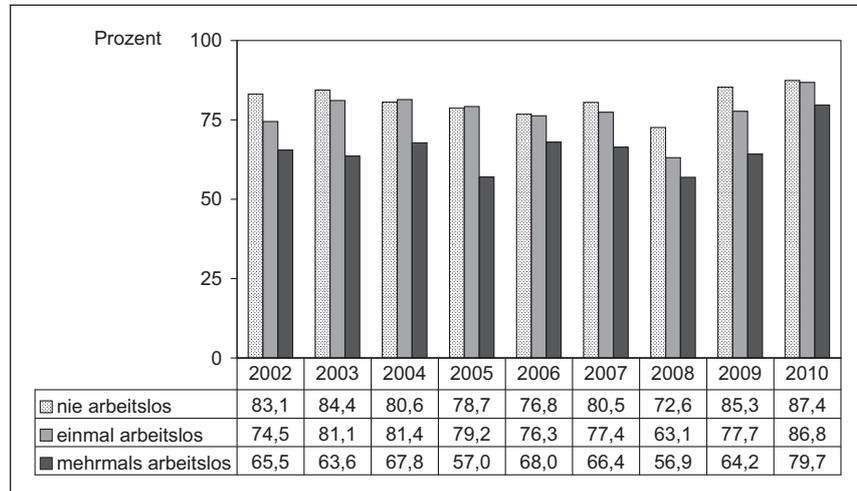


Abbildung 5: Zusammengefasste Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes als gut bzw. sehr gut im Kontext von Arbeitslosigkeit (Angaben in Prozent der Teilnehmer)

In Abbildung 6 sind die mit dem GBB-24 erhobenen subjektiven Körperbeschwerden als Summenwert dargestellt. Die Ergebnisse zeigen höhere Beschwerden in der Gruppe der mehrfach Arbeitslosen und sind in den Jahren 2002, 2004 und 2006 signifikant im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen.

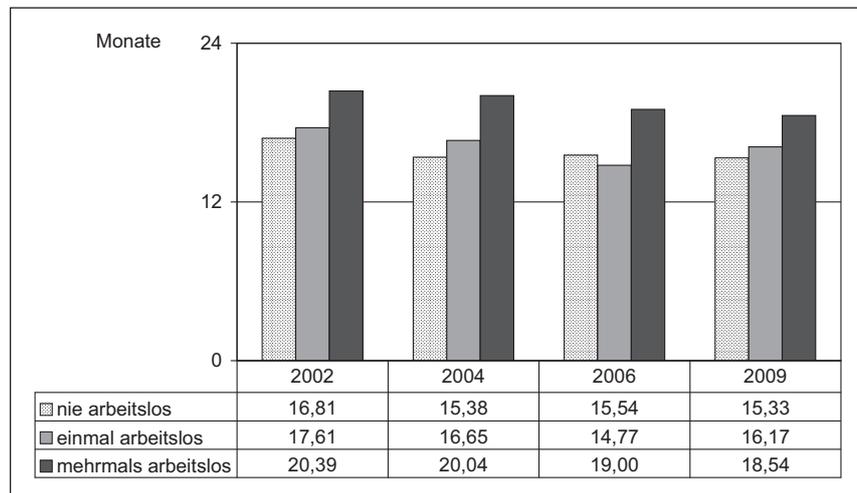


Abbildung 6: Subjektive Körperbeschwerden im GBB-24 (Gesamtwert) in Abhängigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen

Aber auch objektive Kriterien zeigen deutliche Unterschiede zwischen den drei Gruppen: Sowohl Frauen als auch Männer der Gruppe der Langzeitarbeitslosen haben häufiger Übergewicht als Personen, die nur einmal oder gar nicht arbeitslos waren (Abbildung 7). Die Unterschiede innerhalb der Gesamtgruppe ($F = 12,18$; $p = .002$) und bei den Frauen ($F = 12,21$; $p = .002$) sind für die Befragten mit einer Arbeitslosigkeitserfahrung von zwölf und mehr Monaten signifikant im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen.

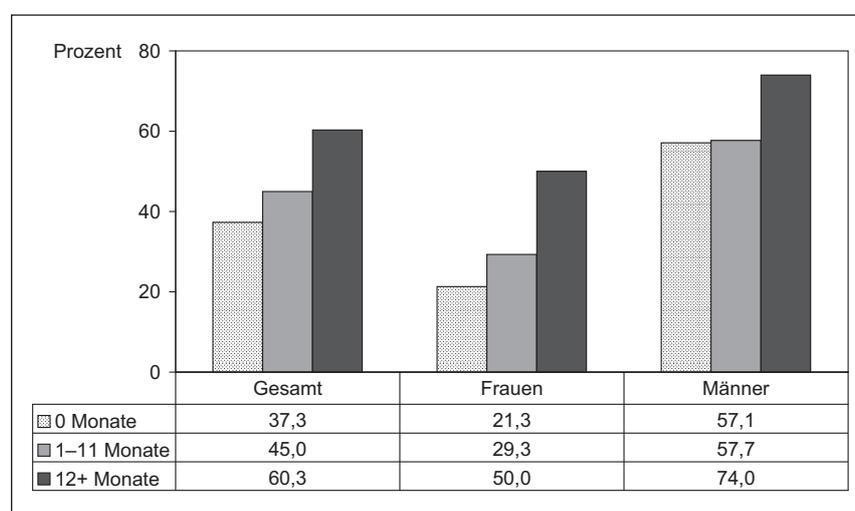


Abbildung 7: Übergewicht (BMI ≥ 25 in Prozent) im Kontext der Dauer der Arbeitslosigkeit

In allen Erhebungswellen der Sächsischen Längsschnittstudie zeigt sich deutlich, dass Personen mit mehrfachen Arbeitslosigkeitserfahrungen ihren Gesundheitszustand nicht nur schlechter einschätzen, sondern auch ein erhöhtes Risikoverhalten (Ernährungs- und Lebensweise) aufweisen und ihren Gesundheitszustand seltener als »gut« bzw. »sehr gut« wahrnehmen als Personen mit einmaliger bzw. keinen Arbeitslosigkeitserfahrungen. Unterschiede zwischen den Gruppen »nie« bzw. »einmalige Arbeitslosigkeitserfahrungen« sind nicht in allen Erhebungswellen festzustellen.

3.2.3 Psychische Beschwerden

Wie oben ausgeführt, zeigen die Auswertungen zahlreicher Forschungsarbeiten deutlichere und gravierendere psychische als körperliche Folgen von Arbeitslosigkeit (vgl. Einleitung). Daher werden auch in der Sächsischen Längsschnittstudie immer wieder Daten zu dieser Thematik erhoben. Beispielhaft seien an dieser Stelle die Ergebnisse der HADS und des D-Scores in Zusammenhang mit Arbeitslosigkeitserfahrungen dargestellt.

Tabelle 6 zeigt, dass in der HADS, bezogen auf die Skala »Ängstlichkeit«, lediglich im Jahr 2002 signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen mit unterschiedlichen Arbeitslosigkeitserfahrungen ($p < 0.5$) auftreten, nicht aber in den späteren Wellen. Personen, die mehrfach arbeitslos waren, gaben 2002 ein signifikant größeres Ausmaß an Ängsten an, als die beiden anderen Gruppen. Bezogen auf die Skala »Depressivität« zeigen sich zu allen vier dargestellten Erhebungszeitpunkten signifikante Unterschiede. Auch hier sind es die Befragten mit mehrfacher Arbeitslosigkeit, die die stärksten depressiven Symptome angaben und sich signifikant von den beiden anderen Gruppen unterschieden (Ausnahme 2008: hier war der Unterschied zwischen ein- und mehrmaliger Arbeitslosigkeit nicht signifikant). Die Unterschiede zwischen den Gruppen ohne bzw. mit einmalig erfahrener Arbeitslosigkeit bezüglich Ängstlichkeit und Depressivität waren zu keinem Zeitpunkt signifikant.

Tabelle 6: Ängstlichkeit und Depressivität (HADS) in Abhängigkeit von den Arbeitslosigkeitserfahrungen 2002 bis 2008 (M, (SD), varianzanalytische Prüfgrößen)

	Arbeitslosigkeitserfahrungen			Varianzanalyse
	Nie	Einmal	Mehrmals	
Ängstlichkeit				
2002	6,24 (3,16)	6,13 (3,00)	7,44 (3,32)	F(df=2) = 6,74, $p < .001$
2004	5,53 (3,57)	5,67 (3,09)	6,30 (3,74)	F(df=2) = 1,93, $p > .05$
2006	5,36 (3,29)	5,16 (3,50)	5,81 (3,52)	F(df=2) = 1,28, $p > .05$
2008	5,95 (3,61)	6,30 (3,61)	5,92 (3,77)	F(df=2) = 0,37, $p > .05$
Depressivität				
2002	3,47 (2,86)	3,67 (2,69)	4,98 (3,00)	F(df=2) = 10,68, $p < .001$
2004	3,75 (3,10)	4,21 (3,19)	5,58 (3,66)	F(df=2) = 11,38, $p < .001$
2006	3,61 (2,89)	3,83 (3,49)	4,69 (3,27)	F(df=2) = 4,28, $p < .05$
2008	3,73 (2,77)	4,55 (3,32)	4,83 (3,67)	F(df=2) = 3,19, $p < .05$

Auch hinsichtlich des erlebten Disstresses zeigen sich deutliche Unterschiede für die Gruppe der mehrfach Arbeitslosen (Abbildung 8): Signifikante Differenzen ergeben sich in allen Jahren, außer 2009, vor allem zwischen den Gruppen der nie arbeitslosen und der mehrmals arbeitslosen Befragten. Generell muss der berichtete Wert für alle Gruppen eher als gering eingestuft werden.

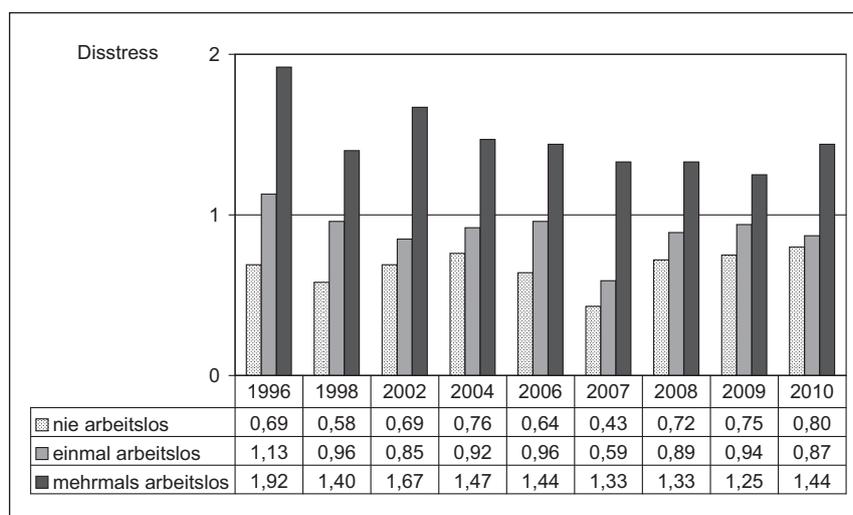


Abbildung 8: Disstress in Abhängigkeit von erfahrener Arbeitslosigkeit im Lebensverlauf

3.2.4 Soziale Beeinträchtigungen

Vor allem längere und mehrfache Zeiten von Arbeitslosigkeit sind stark mit sozialen Beeinträchtigungen verbunden, so z. B. hinsichtlich finanzieller und familialer Aspekte (vgl. Berth et al., 2010a). Darüber hinaus zeigen unsere Auswertungen auch Veränderungen hinsichtlich der Zukunftseinschätzung mit mehr Ängsten (z. B. vor der Verteuerung des Lebens, vor Armut im Alter, vor weiteren Reformen der Regierung) oder auch mit einer deutlich pessimistischeren Einschätzung der Zukunftsperspektiven sowohl für sich selbst als auch für die eigenen Kinder (vgl. Förster et al., 2008).

Wie der Vergleich der beiden Extremgruppen (keine bzw. Langzeitarbeitslosigkeit) zeigt, äußern Personen, die langzeitarbeitslos waren, verstärkt Ängste vor dem eigenen sozialen Abstieg, privater Zahlungsunfähigkeit, Verschlechterung der Gesundheit, Erhöhungen der Miete, Auswirkungen von Harz IV, Eintreten einer persönlichen Notlage, Re-

formen der Regierung, aber vor allem vor Armut im Alter und einer Verteuerung des Lebens (Abbildung 9).

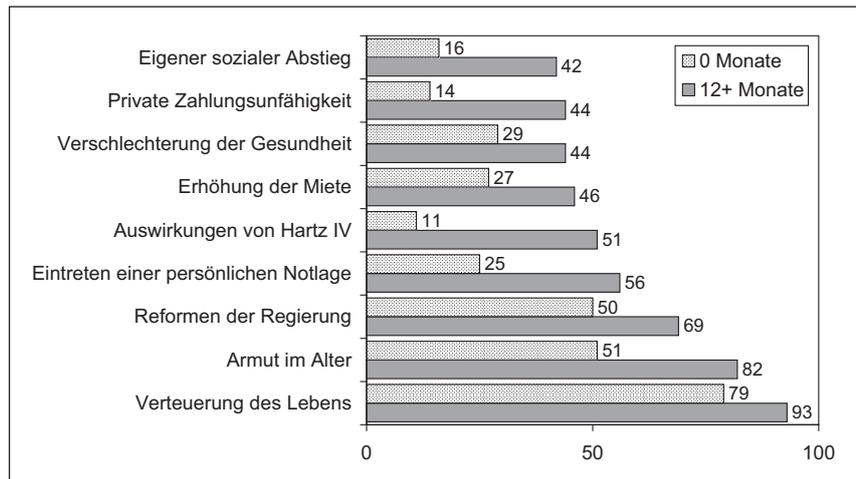


Abbildung 9: Soziale Ängste – Vergleich zwischen Nichtarbeitslosen und Personen mit Langzeitarbeitslosigkeit (zusammengefasste Antwortkategorien »eher stark« und »stark« in Prozent)

Aber auch die Familiengründung fällt in der Wichtigkeit vor dem Hintergrund von erfahrener Arbeitslosigkeit zurück. In Abbildung 10 ist die realisierte Kinderzahl im Kontext von Arbeitslosigkeitserfahrungen der Gruppe derjenigen Teilnehmer dargestellt, die an allen Erhebungswellen seit 1996 teilgenommen haben. Mit zunehmendem Alter zeigen sich deutliche Unterschiede: Personen, die mehrfach oder längere Zeit arbeitslos waren, bekommen weniger Kinder als Personen, die diese Erfahrung gar nicht oder nur einmal gemacht haben. Zu Beginn der Erhebung der Arbeitslosigkeitserfahrungen im Jahr 1996 (Alter der Teilnehmer ca. 23 Jahre) gab es keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Anzahl der Kinder zwischen den Gruppen mit unterschiedlichen Arbeitslosigkeitserfahrungen. Seit dem Jahr 2006, die Teilnehmer waren etwa 33 Jahre, werden die Unterschiede zwischen denjenigen, die mehrfach arbeitslos waren, und den beiden anderen Gruppen signifikant ($p < 0.05$): Die meisten Kinder haben seitdem die Teilnehmer bekommen, die niemals arbeitslos waren. Die Erfahrung von Arbeitslosigkeit schlägt sich somit erst ab einem mittleren Lebensalter (> 30 Jahre) auf die realisierte Kinderzahl nieder.

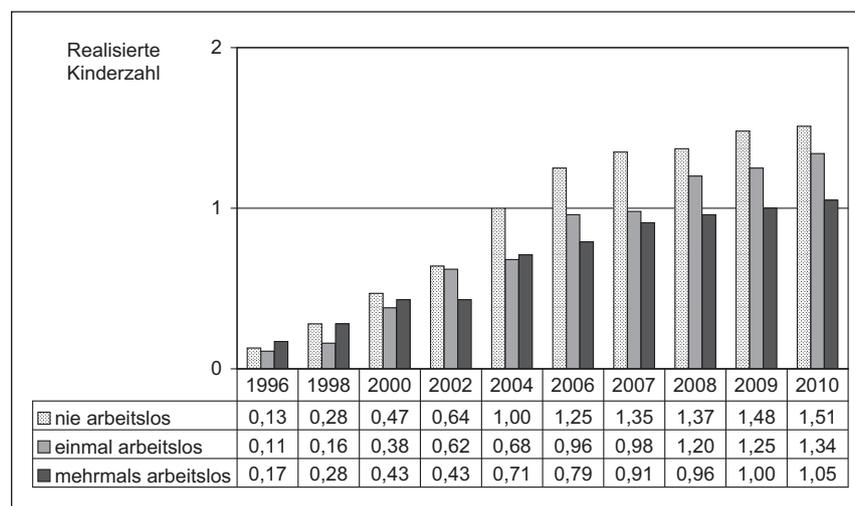


Abbildung 10: Realisierte Kinderzahl bei Befragten nach Arbeitslosigkeitserfahrungen 1996 bis 2010 (n = 200)

4. Diskussion

Die Ergebnisse beider Erhebungen zeigen im Quer- und im Längsschnitt die einschneidenden und langanhaltenden Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene.

4.1 Repräsentativer Bevölkerungsquerschnitt

Im Querschnitt ergeben sich vor allem bei Frauen, die mehrfach arbeitslos waren, höhere Werte auf den Skalen »Ängstlichkeit« und »Depressivität« in der HADS. Darüber hinaus leiden aber auch Personen, die aktuell arbeitslos sind oder in den letzten zwei Jahren arbeitslos waren, zu 15–18 % unter einer klinisch auffälligen Symptomatik von depressiven und/oder Angststörungen. Das ist im bevölkerungsrepräsentativen Querschnitt eine relativ hohe Zahl, zumal davon ausgegangen werden muss, dass diese Personen nicht nur medizinisch und/oder psychologisch durch eine entsprechende Behandlung unterstützt werden sollten, sondern dass diese Beschwerden eine Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt erheblich erschweren können.

Ebenfalls hoch sind die Werte für Ängstlichkeit und Depressivität bei Personen, die sich große Sorgen um ihren Arbeitsplatz machen. Das lässt

darauf schließen, dass die Befürchtung, den Arbeitsplatz zu verlieren, die psychische Befindlichkeit ähnlich stark belastet wie Langzeitarbeitslosigkeit. Einschränkend muss allerdings hinzugefügt werden, dass die Frage nach der Sorge um den Arbeitsplatz nicht in Kontext zu bereits erfahrener Arbeitslosigkeit gesetzt wurde. Hier sind weitere Auswertungen bzw. eine spezifischere Erhebung notwendig, um zu klären, ob Personen, die bereits einmal oder mehrfach arbeitslos waren, eher von erneutem Arbeitsplatzverlust bedroht sind und sich somit viel stärker Sorgen machen und dementsprechend belasteter sind.

In dem Ergebnis, dass sich Personen, die mehrfach arbeitslos waren, vor allem emotional erschöpfter und ausgelaugter fühlen, zeigt sich sehr deutlich die emotionale Belastung durch Arbeitslosigkeit und durch die damit einhergehenden Einschränkungen.

4.2 Sächsische Längsschnittstudie

Im Längsschnitt zeigen die Ergebnisse, dass sich mehrfache bzw. Langzeitarbeitslosigkeit auch dann noch auf die psychische und körperliche Gesundheit auswirkt, wenn die Betroffenen wieder in einem Beschäftigungsverhältnis stehen. In der Sächsischen Längsschnittstudie waren in der letzten Erhebung 10 % der Beteiligten aktuell arbeitslos. Dennoch geben diejenigen, die mehrfach arbeitslos waren, im Durchschnitt seltener einen guten bzw. sehr guten Gesundheitszustand an, gehen häufiger zum Arzt und geben stärkere Körperbeschwerden an. Der höhere BMI (Body Mass Index) bei Personen, die zwölf Monate und länger arbeitslos waren, lässt vermuten, dass sich diejenigen auch ungesünder ernähren bzw. weniger auf eine gesunde Lebensweise achten. Interessanterweise haben Männer hier die höheren Werte; auch bei denjenigen, die nicht arbeitslos waren, ist der Anteil mit einem BMI > 25 deutlich höher als bei den Frauen, was auf eine gendersensible Thematik hinweist. Ähnliche Ergebnisse zeigen sich hinsichtlich des Konsums von Alkohol; auch diesbezüglich unterscheiden sich Männer und Frauen deutlich. Selbst Männer, die niemals arbeitslos waren, trinken deutlich mehr als Frauen, die mehrfach arbeitslos waren. Hier liegt die Vermutung nahe, dass Frauen andere Kompensationsmechanismen zur Bewältigung der Arbeitslosigkeit wählen. Einschränkend muss jedoch erwähnt werden, dass an dieser Stelle weitere Auswertungen hinsichtlich der Auspartialisierung von Effekten notwendig sind, um die Kausalität zwischen Langzeitarbeitslosigkeit und BMI bzw. Alkoholkonsum uneindeutig nachzuweisen.

Die Auswertungen der Sächsischen Längsschnittstudie konnten zeigen, dass sich Arbeitslosigkeit neben den genannten Faktoren auch auf soziale Aspekte des Lebens auswirkt: Mehrfach arbeitslose Personen geben deutlich mehr soziale Ängste an und schätzen sowohl ihre eigene Zukunft als auch die ihrer Kinder pessimistischer ein (vgl. Berth et al., 2011). Neben diesen erwartbaren Auswirkungen sind aber jene im Kontext von Familiengründung besonders zu berücksichtigen: Sowohl Männer als auch Frauen, die länger bzw. mehrfach arbeitslos waren, gründen eine Familie erst später im Lebensverlauf, bekommen weniger Kinder, heiraten später oder gar nicht und passen auch ihre gewünschte Kinderzahl den familienunfreundlichen Lebenskontexten an (Stöbel-Richter, 2010; Stöbel-Richter et al., 2007). Erwähnenswert erscheint im diesem Kontext das Ergebnis, dass die Unterschiede zwischen den Gruppen (nie, einmal, mehrfach arbeitslos) erst mit Mitte 30 signifikant werden, die Tendenzen aber dennoch bereits vorher erkennbar sind. Dieser Zusammenhang müsste in weiterführenden Studien noch analysiert werden.

Die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit betreffen nicht nur den Einzelnen, sondern ganze Familiensysteme: Der Einfluss familialer Netzwerke auf die Gesundheit ist vor allem in den letzten Jahren verstärkt diskutiert worden (Spitzer, 2010; Nettle, 2010). Berth et al. (2010b) konnten zeigen, dass das Risiko, selbst von Arbeitslosigkeit betroffen zu sein, für Personen, deren Eltern auch schon arbeitslos waren, deutlich höher ist. Dabei handelt es sich nicht um einen kurzfristigen, vielleicht zufälligen Effekt, sondern um ein konsistentes, über viele Jahre hinweg bestehendes Muster.

Aber auch die antizipierte Arbeitslosigkeit bzw. ein als unsicher empfundener Arbeitsplatz kann zu einer deutlich negativen psychischen Stimmung, Ängstlichkeit, Depressivität und Einschränkungen in der Lebensqualität führen (Berth, Förster u. Brähler, 2003a, 2003b; Weyers, 2010; Dragano, 2007). Die Daten zeigen deutlich, dass sich bereits diese Unsicherheit mindernd auf das Befinden auswirkt. Das heißt, der Druck, mit welchem die Betroffenen ihrer aktuellen Tätigkeit nachgehen, dürfte enorm sein und auch im Arbeitsprozess nicht folgenlos bleiben.

Arbeitslosigkeit und die Bedrohung des Arbeitsplatzes bleiben ein massenhaft individuelles Problem, welches sich jedoch weiterhin gesellschaftlich auswirken wird: in längerfristig eingeschränkter Gesundheit, in familiär und sozial weitergegebenen Lebenswerten und -zielen und in den sich hieraus ergebenden Konsequenzen.

Neben zielgruppenorientierten Maßnahmen, so wie sie seit einigen Jahren verstärkt durch verschiedene Kostenträger angeboten werden, um

die Gesundheit von (Langzeit-)Arbeitslosen zu fördern, ist vor allem ein gesellschaftliches Umdenken notwendig, welches Arbeitslosigkeit nicht mehr als Stigma, sondern als Lebenskrise interpretiert, deren Chance der Überwindung durch die Aktivierung personeller und struktureller Ressourcen unterstützt werden muss.

Literatur

- Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Grulke, N., Bailer, H., Schmutzer, G., Brähler, E. (2007). Erwerbslosigkeit, Arbeitsplatzbedrohung und psychische Gesundheit. *Psychosozial*, 109, 55–71.
- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C., Cortès, I. (2004). Unemployment and mental health: Understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *American Journal of Public Health*, 94, 82–88.
- Barwinski-Fäh, R. (2010). Zur Wechselwirkung zwischen sozialer Situation und intrapsychischen Veränderungen am Beispiel von Langzeit-Erwerbslosigkeit. In E. Brähler, Y. Stöbel-Richter (Hrsg.), *Zeitschrift Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin (ZPPM) Sonderheft Arbeitswelt und Gesundheit*, 2, 45–57.
- Bauch, J. (1996). *Gesundheit als sozialer Code*. Weinheim: Juventa.
- Berth, H., Balck, F., Albani, C., Förster, P., Brähler, E., Stöbel-Richter, Y. (2008b). Psychische Gesundheit und Arbeitslosigkeit. In BDP-Verband (Hrsg.), *Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland* (S. 21–26). Berlin: Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen.
- Berth, H., Förster, P., Balck, F., Brähler, E., Stöbel-Richter, Y. (2008a). Was bedeutet Langzeitarbeitslosigkeit für junge Erwachsene? Ergebnisse der Sächsischen Längsschnittstudie. *Zeitschrift Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 40, 87–97.
- Berth, H., Förster, P., Brähler, E. (2003a). Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit bei jungen Erwachsenen. *Das Gesundheitswesen*, 10, 555–560.
- Berth, H., Förster, P., Brähler, E. (2003b). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Ergebnisse einer Studie bei jungen Erwachsenen. *Jahrbuch für Kritische Medizin*, 39, 108–124.
- Berth, H., Förster, P., Brähler, E., Stöbel-Richter, Y. (2010a). Armut, Arbeitslosigkeit und Gesundheit bei jungen Ostdeutschen. Ergebnisse aus 20 Jahren Sächsische Längsschnittstudie. In *Gesundheit Berlin-Brandenburg* (Hrsg.), *Dokumentation 15. Kongress Armut und Gesundheit – Ethik im Spannungsfeld und Satellitenveranstaltung »Global – Gerecht – Gesund«* (CD-ROM, ISBN 978-3-939012-10-8), Berlin: Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.
- Berth, H., Förster, P., Brähler, E., Zenger, M., Stöbel-Richter, Y. (2011). Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Ergebnisse der Sächsischen Längsschnittstudie. In S. Mühlpfordt, G. Mohr, P. Richter (Hrsg.), *Erwerbslosigkeit: Handlungsansätze zur Gesundheitsförderung* (S. 35–53). Lengerich: Pabst.
- Berth, H., Förster, P., Petrowski, K., Hinz, A., Balck, F., Brähler, E., Stöbel-Richter, Y. (2010b). Vererbt sich Arbeitslosigkeit? In E. Brähler, Y. Stöbel-Richter (Hrsg.), *Arbeitswelt und Gesundheit. Schwerpunkttheft der Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin (ZPPM)*, 2, 35–43.

- 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.
- Bjarnason, T., Sigurdardottir, T. J. (2003). Psychological distress during unemployment and beyond: social support and material deprivation among youth in six northern European countries. *Social Science & Medicine*, 56, 973–985.
- Brähler, E., Hinz, A., Scheer, J. W. (2008). GBB-24. Der Gießener Beschwerdebogen. Manual. 3., überarbeitete und neu normierte Auflage. Bern: Hans Huber.
- Brähler, E., Laubach, W., Stöbel-Richter, Y. (2002). Belastung und Befindlichkeit von Arbeitslosen in Deutschland. In J. Schumacher, K. Reschke, H. Schröder (Hrsg.), *Mensch unter Belastung. Erkenntnisfortschritte und Anwendungsperspektiven der Stressforschung* (S. 201–214). Frankfurt a. M.: VAS Verlag für Akademische Schriften.
- Brähler, E., Scheer, J. W. (1995). Gießener Beschwerdebogen (GBB), 2. erg. u. rev. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Broutschek, B., Schmidt, S., Dauer, S. (1999). Macht Arbeitslosigkeit krank oder Krankheit arbeitslos? Psychologische Theorien zur Beschreibung von Arbeitslosigkeit. In S. Dauer, H. Hennig, M. Meischner-Al-Mousawi, M. Stück (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit und Gesundheit* (S. 72–92). Halle: Mitteldeutscher Verlag.
- Brown, D. W., Balluz, L. S., Ford, E. S., Giles, W. H., Strine, T. W., Moriarty, D. G., Croft, J. B., Mokdad, A. H. (2003). Associations between short- and long-term unemployment and frequent mental distress among a national sample of men and women. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45, 1159–1166.
- Bundesagentur für Arbeit (2011). Der Arbeits- und Ausbildungsmarkt in Deutschland. Monatsbericht Januar 2011. Zugriff am 28.02.2011 unter <http://statistik.arbeitsagentur.de/cae/servlet/contentblob/246040/publicationFile/122467/Monatsbericht-201101.pdf?jsessionid=F000CDC7BFE194BA0086E3F7023F2A1E/>
- Creed, P. A., Klisch, J. (2005). Future outlook and financial strain: Testing the personal agency and latent deprivation models of unemployment and well-being. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10, 251–260.
- Creed, P. A., Watson, T. (2003). Age, gender, psychological well-being and the impact of losing the latent and manifest benefits of employment in unemployed people. *Australian Journal of Psychology*, 55, 95–103.
- Dragano, N. (2007). Personalabbau, Outsourcing, Restrukturierung: Gesundheitliche Folgen von Rationalisierungsmaßnahmen und mögliche Erklärungen. In E. Brähler, Y. Stöbel-Richter (Hrsg.), *Arbeitswelt und Gesundheit. Psychosozial* 109, 39–54.
- Dragano, N., Verde, P. E., Siegrist, J. (2005). Organisational downsizing and work stress: testing synergistic health effects in employed men and woman. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 694–699.
- Elkeles, T., Seifert, W. (1992). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Langzeitanalysen mit dem Sozio-Ökonomischen Panel. *Soziale Welt*, 43, 278–300.
- Ensminger, M. E., Celentano, D. D. (1990). Gender differences in the effect of unemployment on psychological distress. *Social Science & Medicine*, 30, 469–477.
- Faltermaier, T. (2009). Gesundheit: körperliche, psychische und soziale Dimensionen. In J. Bengel, M. Jerusalem (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (S. 46–57). Göttingen: Hogrefe.
- Ferrie, J. E., Shipley, M. J., Stansfeld, S. A., Marmot, M. G. (2002). Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbid-

- ity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: The Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 450–454.
- Fischer, G., Riedesser, P. (2003). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Reinhardt.
- Fleig-Palmer, M. M., Luthans, K. W., Mandernach, B. J. (2009). Successful Reemployment through resiliency development. *Journal of Career Development* 35, 228–247.
- Förster, P., Brähler, E., Stöbel-Richter, Y., Berth, H. (2008). Die »Wunde Arbeitslosigkeit«: Junge Ostdeutsche, Jg. 1973. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 40–41, 33–43.
- Frese, M., Garman, G., Garmeister, K., Halemba, K., Hortig, A., Pulwitt, T., Schildbach, S. (2002). Training zur Erhöhung der Eigeninitiative bei Arbeitslosen: Bericht über einen Pilotversuch. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 46, 89–97.
- Friedrich, W., Förster, P., Starke, K. (Hrsg.) (1999). *Das Zentralinstitut für Jugendforschung Leipzig 1966 bis 1990. Geschichte, Methoden, Erkenntnisse*. Berlin: edition ost.
- Gallo, W. T., Bradley, E. H., Siegel, M., Kasl, S. V. (2000). Health effects of involuntary job loss among older workers: Findings from the health and retirement survey. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 55B, 131–140.
- Gallo, W. T., Bradley, E. H., Teng, H., Kasl, S. V. (2006). The effect of recurrent involuntary job loss on the depressive symptoms of older US workers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 80, 109–116.
- Georgellis, Y., Gregoriou, A., Healy, J., Tsitsianis, N. (2008). Unemployment and life satisfaction: a non-linear adaptation process. *International Journal of Manpower*, 29, 668–680.
- Grobe, T. G., Schwartz, F. W. (2003). *Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 13*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Grossi, G. (1999). Coping and emotional distress in a sample of Swedish unemployed. *Scandinavian Journal of Psychology*, 40, 157–165.
- Häfner, H. (1990). Arbeitslosigkeit – Ursache von Krankheit und Sterberisiken? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 14, 1–17.
- Helmert, U. (2002). Subjektive Einschätzung der Gesundheit und Mortalitätsentwicklung. *Das Gesundheitswesen*, 65, 47–54.
- Herrmann, C., Buss, U., Snaith, R. P. (1995). *HADS-D Hospital Anxiety and Depression Scale –Deutsche Version. Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin. Testdokumentation und Handanweisung. Test Dokumentation und Manual*. Bern: Huber.
- Hinz, A., Brähler, E. (2011). Normative values for the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in the general German population. *Journal of Psychosomatic Research*, doi:10.1016/j.jpsychores.2011.01.005 (Zugriff am 13.4.2011)
- Hinz, A., Schwarz, R. (2001). Angst und Depression in der Allgemeinbevölkerung. Eine Normierungsstudie zur Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 51, 193–200.
- Hollederer, A. (Hrsg.) (2009). *Gesundheit von Arbeitslosen fördern!* Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Hollederer, A., Brand, H. (Hrsg.) (2006). *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Hans Huber.
- Jahoda, M. (1981). Work, employment, and unemployment: Values, theories and approaches in social research. *American Psychologist*, 36, 184–191.
- Jahoda, M., Lazarsfeld, P., Zeisel, H. (1933). *Die Arbeitslosen von Marienthal*. Zugriff am 30.1.2010 unter <http://www.sozpsy.uni-hannover.de/marienthal/>

- Kanfer, R., Wanberg, C. R., Kantrowitz, T. M. (2001). Job search and employment: A personality-motivational analysis and meta-analytic review. *Journal of Applied Psychology*, 86, 837–855.
- Kastner, M. (2005). Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Was bewirkt was und was ist zu tun? In M. Kastner, T. Hagemann, G. Kliesch (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung* (S. 53–89). Lengerich: Pabst.
- Kieselbach, T., Winefield, A. H., Boyd, C., Anderson, S. (Eds.) (2006). *Unemployment and Health. International and interdisciplinary perspectives*. Brisbane: Australian Academic Press.
- Kivimäki, M., Elovainio, M., Kokko, K., Pulkkinen, L., Kortteinen, M., Tuomikoski, H. (2003). Hostility, unemployment and health status: testing three theoretical model. *Social Science & Medicine*, 56, 2139–2152.
- Koch, A. (1997). ADM-Design und Einwohnermelderegister-Stichprobe. Stichproben bei mündlichen Bevölkerungsumfragen. In S. Gabler, J. H. P. Hoffmeyer-Zlotnik (Hrsg.), *Stichproben in der Umfragepraxis* (S. 99–116). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Kristensen, T. S., Borg, V. (2000). AMI's spørgeskema om psykisk arbejdsmiljø. Copenhagen: National Institute of Occupational Health.
- Kristensen, T. S., Hannerz, H., Høgh, A., Borg, V. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) – a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 31, 438–449.
- Laubach, W., Mundt, A., Brähler, E. (1999). Selbstkonzept, Körperbeschwerden und Gesundheitseinstellung nach Verlust der Arbeit – ein Vergleich zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten anhand einer repräsentativen Untersuchung der deutschen Bevölkerung. In A. Hessel, M. Geyer, E. Brähler (Hrsg.), *Gewinne und Verluste sozialen Wandels. Globalisierung und deutsche Wiedervereinigung aus psychosozialer Sicht* (S. 75–92). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Leeflang, R. L. I., Klein-Hesselink, D. J., Spruit, I. P. (1992). Health effects of unemployment-II. Men and women. *Social Science & Medicine*, 34, 351–363.
- Liukkonen, V., Virtanen, P., Vahtera, J., Suominen, S., Sillanmäki, L., Koskenvuo, M. (2009). Employment trajectories and changes in sense of coherence. *European Journal of Public Health*, 20, 293–298.
- Lucas, R. E., Clark, A. E., Georgellis, Y., Diener, E. (2004). Unemployment Alters the Set Point for Life Satisfaction. *Psychological Science*, 15, 8–13.
- Luhmann, M., Eid, M. (2009). Does it really feel the same? Changes in life satisfaction following repeated life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97, 363–381.
- 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. (2001). Langzeiterwerbslosigkeit. In J. Zempel, J. Bacher, K. Moser (Hrsg.), *Erwerbslosigkeit. Ursachen, Auswirkungen und Interventionen* (S. 111–131). Opladen: Leske + Budrich.
- Nettle, D. (2010). Dying young and living fast: variation in life history across English neighborhoods. *Behavioral Ecology*, 21, 387–395.
- Nübling, M., Stöfel, U., Hasselhorn, H.-M., Michaelis, M., Hofmann, F. (2005). Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen – Erprobung eines Messinstrumentes (COPSOQ). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Fb 1058).

- 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. 35–51). Bern: Hans Huber.
- Paul, K., Moser, K. (2001). Negatives psychisches Befinden als Wirkung und als Ursache von Arbeitslosigkeit: Ergebnisse einer Metaanalyse. In J. Zempel, J. Bacher, K. Moser (Hrsg.), *Erwerbslosigkeit. Ursachen, Auswirkungen und Interventionen* (S. 83–110). Opladen: Leske + Budrich.
- Paul, K. I., Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74, 264–282.
- Pollmann-Schult, M., Büchel, F. (2005). Unemployment Benefits, Unemployment Duration and Subsequent Job Quality. *Acta Sociologica*, 48, 21–39.
- Rantakeisu, U., Jonsson, L. R. (2003). Unemployment and mental health among white-collar workers – a question of work involvement and financial situation? *International Journal of Social Welfare*, 12, 31–41.
- Robert Koch-Institut (2003). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 13. Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Zugriff am 6.12.2011 unter http://www.rki.de/cln_116/nn_199850/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/arbeitslosigkeit,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/arbeitslosigkeit.pdf
- Schröder, H. (1992). Gesundheitspsychologische Probleme im sozialen Umbruch. In T. Kieselbach, P. Voigt (Hrsg.), *Systemumbruch, Arbeitslosigkeit und individuelle Bewältigung in der Ex-DDR* (S. 95–100). Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Semmer, N., Udris, I. (1993). Psychologische Arbeitslosenforschung: Was der Verlust der Arbeit bewirken kann. *Psychoscope*, 14, 11–13.
- Spitzer, M. (2010). Schnell leben und jung sterben. *Nervenheilkunde*, 29, 613–617.
- Stankunas, M., Kalediene, R., Starkuviene, S., Kapustinskiene, V. (2006). Duration of unemployment and depression: a cross-sectional survey in Lithuania. *BioMed Central Public Health*, 6, DOI: 10.1186/1471-2458-6-174.
- Stöbel-Richter, Y. (2010). Fertilität und Partnerschaft. Eine Längsschnittstudie zu Familienbildungsprozessen über 20 Jahre. Gießen: Psychosozial.
- Stöbel-Richter, Y., Förster, P., Brähler, E., Berth, H. (2007). Vom Single zur Familie. In H. Berth, P. Förster, E. Brähler, Y. Stöbel-Richter (Hrsg.), *Einheitslust und Einheitsfrust* (S. 143–176). Gießen: Psychosozial.
- Stöbel-Richter, Y., Zenger, M., Berth, H., Brähler, E. (2010). (Spät-)Folgen von Arbeitslosigkeit auch im Rentenalter. In T. Rigotti, S. Korek, K. Otto (Hrsg.), *Gesund mit und ohne Arbeit* (S. 395–408). Lengerich: Pabst.
- Sverke, M., Hellgern, J., Näswall, K., Chirumbolo, A., De Witte, H., Goslinga, S. (2004). *Job insecurity and Union membership*. New York: Lang.
- Thomas, C., Benzeval, M., Stansfeld, S. A. (2005). Employment transitions and mental health: an analysis from the British household panel survey. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 243–249.
- Vahtera, J., Kivimäki, M., Pentti, J., Linna, A., Virtanen, M., Virtanen, P. (2004). Organisational downsizing, sickness absence, and mortality: 10 town prospective cohort study. *British Medical Journal*, 328, 555.
- Viinamäki, H., Koskela, K., Niskanen, L., Arnkill, R. (1993). Unemployment and mental wellbeing: A factory closure study in Finland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88, 429–433.
- Weyers, S., Dragano, N., Möbus, S., Beck, E.-M., Stang, A., Möhlenkamp, S., Jöckel, K. H.,

- Erbel, J., Siegrist, J. (2010). Poor social relations and adverse health behaviour: stronger associations in low socioeconomic groups? *International Journal of Public Health*, 55, 17–23.
- Zenger, M., Brähler, E., Berth, H., Stöbel-Richter, Y. (2010). Der Einfluss von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit – Ergebnisse einer Repräsentativerhebung. In E. Brähler, Y. Stöbel-Richter (Hrsg.), *Arbeitswelt und Gesundheit. Schwerpunktheft der Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin (ZPPM)*, 2, 59–68.