

Psychische Gesundheit im Fall von Arbeitslosigkeit

Alfons Holleederer

Die Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit sind wechselseitig und werden schon lange Zeit in der Gesundheitsforschung analysiert. Arbeitslose weisen im Vergleich zu Beschäftigten einen schlechteren Gesundheitszustand auf. Die Gesundheitsunterschiede sind vor allem im Bereich der psychischen Gesundheit sehr groß. Das belegen sowohl internationale Meta-Analysen als auch Auswertungen von Surveys und Krankenkassendaten in Deutschland. Gesundheitsberichte von einzelnen Krankenkassen bestätigen eine deutlich höhere Morbiditätslast von Arbeitslosen durch psychische und Verhaltensstörungen sowohl bei Arbeitsunfähigkeitsgeschehen und Krankengeldbezug als auch bei den Krankenhausbehandlungen sowie Arzneimittelverordnungen. Zudem werden Arbeitslose von den herkömmlichen Kursangeboten zur Prävention und Gesundheitsförderung kaum erreicht.

Gesundheitliche Einschränkungen stellen am Arbeitsmarkt ein relevantes Vermittlungshemmnis bei der Wiedereingliederung dar.

Es zeichnet sich für Arbeitslose ein Kreislauf ab, der sowohl von Selektionseffekten an den beruflichen Übergängen als auch von kausaler Wirkung durch Arbeitslosigkeit charakterisiert ist.

Schlagworte: Arbeitslosigkeit, Gesundheit, psychische Erkrankungen, Prävention, Gesundheitsförderung

1. Arbeitslosigkeit als „Problem der Volksgesundheit“

Mit der Weltwirtschaftskrise von 1929 ist Massenarbeitslosigkeit zu einem zentralen Problem westlicher Industrieländer geworden. Die Zahl der Arbeitslosen nahm damals mit der nachfolgenden Depression ein beispielloses Ausmaß an und erreichte im Winter 1931 in Deutschland mit über 6 Millionen Arbeitsuchenden ihren Höchststand. Seitdem beobachtet die Forschung systematisch die negativen Auswirkungen von unfreiwilligem Arbeitsplatzverlust auf die Gesundheit. Im Jahr 1931 brachte der Arzt und Gesundheitspolitiker Julius Moses eine „Denkschrift“ mit dem Titel „Arbeitslosigkeit: Ein Problem der Volksgesundheit“ heraus. Ausgewählte Sozialmediziner beantworteten darin die Frage nach den Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit. Nach ihren ärztlichen Praxiserfahrungen bestanden vielfältige Beein-

trächtigungen der physischen, aber vor allem der psychischen Gesundheit.

Zwei Jahre später erschien von Jahoda et al. (1933) der weltbekannte Klassiker „Die Arbeitslosen von Marienthal“. In dieser Studie wurden die psychosozialen Belastungen auf ein ganzes Gemeinwesen beschrieben und die untersuchten Familien von Arbeitslosen in vier Haltungstypen mit den Attributen

1. ungebrochen,
2. resigniert,
3. verzweifelt und
4. apathisch eingeteilt.

Diese Kategorien stellten den Ausgangspunkt zu einem ersten theoretischen Phasenmodell von Eisenberg und Lazarsfeld (1938) für das individuelle Erleben von Arbeitslosigkeit dar.

2. Theorien über die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf Gesundheit

Auf Grundlage dieser frühen Studien entwickelte Jahoda (1983) später eine viel beachtete Theorie der „psychischen Deprivation“. Die psychosozialen Folgen bei Arbeitslosigkeit resultieren demnach aus dem Verlust der manifesten und latenten Funktionen eines Arbeitsplatzes. Eine Erwerbstätigkeit sichert nicht nur die Verdienstmöglichkeiten als zentrale Funktion für den Lebensunterhalt, sondern gibt eine Zeitstruktur vor, erweitert die sozialen Beziehungen, setzt übergeordnete Ziele, weist sozialen Status zu, stiftet Identität und regt zu regelmäßigen Aktivitäten an.

Eine Reihe von weiteren theoretischen Ansätzen versuchte danach die wechselseitigen Beziehungen zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit zu erklären. Dazu zählen u. a.

- eine „finanzielle Deprivation“ und Handlungsrestriktionen durch Belastungen und Verarmungsprozesse in Arbeitslosigkeit (Fryer, 1986);
- Konzepte mit Arbeitslosigkeit als stresshafte Lebensphase, z. B. nach der transaktionalen Stresstheorie von Lazarus (1966) oder Anforderungs- und Kontrollmodellen (vgl. Creed und Bartrum, 2006);
- mit Arbeitslosigkeit verbundene soziale Stigmatisierungskonzepte (Goffman, 1967).

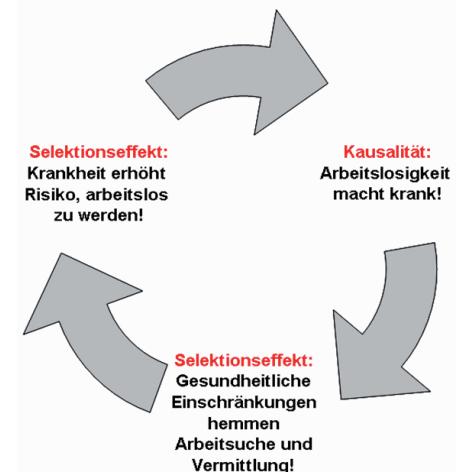
In der kritischen Auseinandersetzung mit diesen Theorien rückte dann die „differentielle Arbeitslosenforschung“ die Vielfalt der individuellen Bewältigungsformen von Arbeitslosigkeit in den Vordergrund. Diese reicht von

belastungsfreien Formen bis zu selbst schädigenden Verhaltensweisen. Die Bewältigung ist abhängig von den zur Verfügung stehenden sozioökonomischen und psychosozialen Ressourcen sowie von den individuellen Fähigkeiten und Kompetenzen (Büssing, 1993).

3. Selektion und Kausalität

Die Wirkungsrichtung zwischen Arbeitslosigkeit und individuellem Gesundheitszustand ist eine zentrale Fragestellung in der Arbeitslosenforschung. Seit langem wird diskutiert, ob Krankheit zu Arbeitslosigkeit führt oder ob sich die Arbeitslosigkeit selbst als eigenständiger Faktor ursächlich auf individuelle Gesundheitszustände auswirkt (Creed und Bartrum, 2006). Die Selektions- und die Kausalitätshypothese schließen sich nicht gegenseitig aus, sondern können gleichzeitig wirken (Abbildung 1). Das zugrunde liegende Ursachen-Wirkungsgefüge und die Effektgrößen sind bisher nicht eindeutig geklärt. Es ist aber eine sehr große Übereinstimmung bei den Arbeitslosenforschern in allen Perioden vorzufinden, dass sich Arbeitslosigkeit negativ auf den Gesundheitszustand auswirkt.

Abbildung 1: „Circulus vitiosus“ von Arbeitslosigkeit und Gesundheit



4. Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit

Arbeitslose weisen im Vergleich zu Beschäftigten einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand, ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten und einen erhöhten Suchtmittelkonsum auf. Das belegen die Auswertungen der nationalen Gesundheitssurveys und repräsentativen Erhebungen wie Mikrozensus oder Sozioökonomisches Panel (Überblicke Hollederer und Brand, 2006; Hollederer, 2008) sowie zahlreiche empirische Forschungsarbeiten (vgl. McKee-Ryan et al., 2005; Paul et al., 2006). Nach Sekundäranalysen von Krankenkassendaten ist bei Arbeitslosen ein erhöhtes Risiko für vorzeitige Mortalität nachgewiesen (Grobe, 2006).

Seit kurzem werden die empirischen Vergleichsuntersuchungen zu Arbeitslosigkeit und Gesundheit auch im Verfahren der Meta-Analyse mit quantitativen Methoden ausgewertet. Mit dieser Auswertungsmethode wird eine Bewertung des gesamten Forschungsstandes und eine Vereinheitlichung bisheriger statistischer Untersuchungsergebnisse vorgenommen. Sie erlaubt, Effektgrößen und kausale Beziehungen zu generalisieren. Paul et al. (2006) fassten die psychischen Gesundheitseffekte von Arbeitslosigkeit in einer internationalen Meta-Analyse auf Basis von 237 internationalen Querschnitt- und 87 Längsschnittstudien zusammen. Sie bestätigten, dass Arbeitslosigkeit mit einer Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit einhergeht. Der Effekt ist von mittlerer Stärke (Abbildung 2). Es gibt kein typisches „Arbeitslosigkeitsyndrom“, die Beeinträchtigung des Befindens lässt sich für mehrere Indikatoren nachweisen. Die psychischen Beanspruchungssymptome korrelieren aber nicht nur mit Arbeitslosigkeit, sondern werden – trotz der nachweisbaren Existenz von Selektionseffekten – auch durch diese mitverursacht.

Die Kausalitätshypothese wird durch Untersuchungen mit einem Wechsel zwischen Erwerbsstatus und Arbeitslosigkeit gestützt. Sie zeigen, dass Menschen nach Arbeitsplatzverlust in der Tendenz eine Verschlechterung ihrer psychischen Gesundheit erleiden und umgekehrt sich das seelische Befinden deutlich verbessert, wenn Arbeitslose zurück in die Beschäftigung finden.

Diese Ergebnisse stehen in großer Übereinstimmung mit einer anderen Meta-Analyse von McKee-Ryan et al. (2005). Sie ergab, dass Arbeitslose im Vergleich zu Beschäftigten vor allem eine signifikant schlechtere psychische Gesundheit und Lebenszufriedenheit, aber auch einen ungünstigeren physischen Gesundheitszustand aufweisen. Vor allem Ressourcen und Belastungen standen in einem statistisch gesicherten Zusammenhang zu besserer psychischer Gesundheit. Eine wahrgenommene

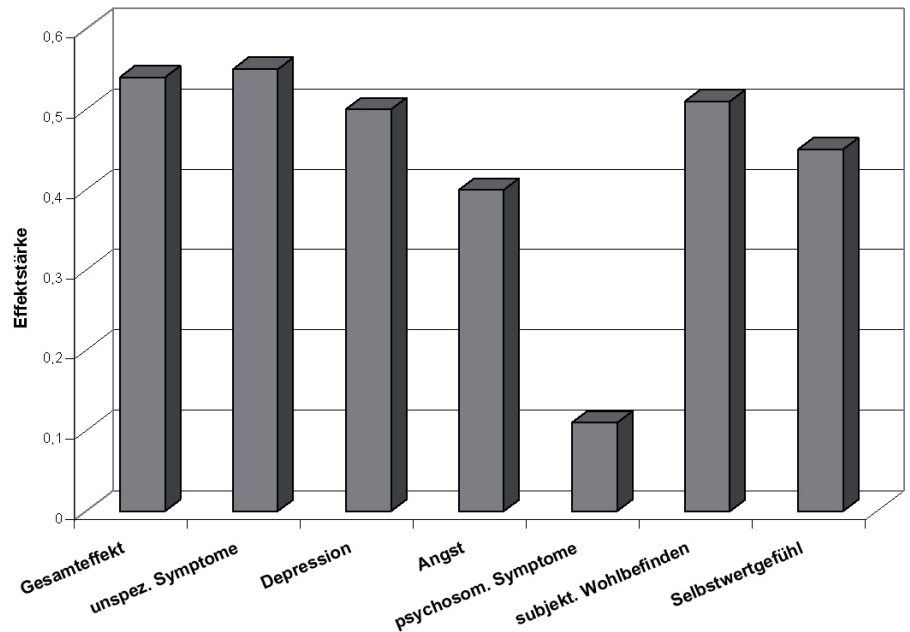


Abbildung 2:

Vergleiche von Arbeitslosen und Erwerbstätigen für sechs Indikatoren psychischer Gesundheit. Anmerkung: Positive Werte bedeuten, dass Arbeitslose ein schlechteres Befinden als Erwerbstätige aufweisen. Je höher die Werte, desto schlechter ist das Befinden von Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen.

Quelle: Paul et al., 2006, S. 42

finanzielle Belastung korrelierte in dieser Analyse mit schlechterer psychischer Gesundheit und niedrigerer Lebenszufriedenheit. Für Faktoren der sozialen Unterstützung wurde ein moderierender Einfluss festgestellt. Die Autoren bestätigten meta-analytisch eine Korrelation mit strukturierter Zeiteinteilung. Menschen werden in höherem Maße durch Arbeitslosigkeit psychisch belastet. Die individuelle Dauer der Arbeitslosigkeit stellt einen wichtigen Einflussfaktor auf die psychische Gesundheit dar.

Trotz der langjährigen psychologischen Arbeitslosenforschung gibt es in Deutschland nur wenige valide und repräsentative Daten zur Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Arbeitslosen. Eine Ausnahme stellt ein Zusatzsurvey im Bundesgesundheitsurvey von 1998 dar, bei dem psychische Störungen durch ärztliche Interviews von 3.437 Befragten erhoben wurden. Rose und Jacobi (2006) werteten vor kurzem diese Surveys aus. Bei arbeitslosen Männern ließ sich im Vergleich zu erwerbstätigen Männern eine ca. 2,5-fach höhere Quote an Gesundheitsstörungen bei psychischen Störungen und auch Asthma bronchiale sowie Diabetes mellitus nachweisen. Bei Frauen waren diese Zusammenhänge nicht signifikant. Die psychischen Störungen beinhalteten ein breites Diagnosespektrum. Bei Männern waren mit der Arbeitslosigkeit Dysthymie, depressive Störungen, Panik, Phobien und somato-

forme Störungen assoziiert. Bei den Frauen ging statistisch signifikant lediglich eine Dysthymie mit Arbeitslosigkeit einher.

5. Gesundheitsberichterstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Da Arbeitslose in bevölkerungsbezogenen Befragungen häufig unterrepräsentativ erfasst und die Stichprobengrößen klein sind, kommt Analysen von Krankenkassendaten besondere Wichtigkeit zu, um erhöhte Morbiditätsrisiken von Arbeitslosen zu identifizieren. Aufgrund von Meldegesetzen werden die Krankenkassendaten für den Bund kassenartenübergreifend zusammengeführt. Allerdings differenziert die GKV-Statistik über Krankenhausbehandlungen, die den gesamten versicherten Personenkreis erfasst, nicht nach Arbeitslosen. Die Krankheitsdiagnosen von Arbeitsunfähigkeit und bei Krankengeldbezug sind überhaupt nicht Bestandteil der GKV-Statistik des Bundes (nur die Leistungsfälle und -tage). Damit bestehen auf Bundesebene große Einschränkungen in der Berichterstattung. Verfügbar sind lediglich einzelne Gesundheitsreports der BKK, GEK und TK, die in den letzten Jahren eine Routineberichterstattung aufgebaut haben, die auch Auswertungen der Arbeitslosen zu Arbeitsunfähigkeit, Krankengeldbezug und Arzneimittelverordnungen enthalten. Besonders aussagekräftig ist die Gesundheitsberichterstattung der BKK, die die Leistungsfälle in der Krankenhausbehandlung für Arbeitslose mit Diagnosen routinemäßig ausweist.

Zur Person



Dr. Alfons Holleder, MPH

Jahrgang 1966, ist seit 2003 am Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW (Zentrum für Öffentliche Gesundheit) als Dezernatsleiter tätig. Zuvor arbeitete er als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) der BA (von 2001 bis 2003) und am Institut für Präventive Pneumologie (von 1996 bis 2001) in Nürnberg nach Studiengängen der Dipl.-Gesundheitswissenschaften und Sozialwesen. Derzeitige Tätigkeitsschwerpunkte sind Gesundheitspolitik, Gesundheitsziele, Europäische Zusammenarbeit, Prävention, Arbeitslosigkeit und Gesundheit.

5.1 Diagnosen bei Arbeitsunfähigkeit und Krankengeldbezug

Wenn ein Arbeitsloser arbeitsunfähig erkrankt ist, melden die Vertragsärzte den Krankenkassen die Krankheitsursachen, die die Arbeitsunfähigkeit begründen. Die Auswertungen der Arbeitsunfähigkeitsfälle von BKK und TK zeigen übereinstimmend für das Jahr 2004, dass die bei ihnen pflichtversicherten Arbeitslosen im Vergleich zu pflichtversicherten Beschäftigten überproportional von psychischen und Verhaltensstörungen betroffen sind. Sie weisen mehr als doppelt bzw. dreifach so viele Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Mitglieder mit einer solchen Diagnose auf (BKK 2005, TK 2005). Die psychischen und Verhaltensstörungen verursachten bei den BKK-versicherten Arbeitslosen 227 AU-Tage je 100 Mitglieder im Jahr 2004, bei den pflichtversicherten Arbeitern dagegen lediglich 107 und bei den Angestellten 106 AU-Tage je 100 Mitglieder (BKK 2005). Darunter dominieren die affektiven Störungen und Neurosen, die bei den arbeitslosen Frauen insgesamt 85% und bei den arbeitslosen Männern 64% der durch psychische und Verhaltensstörungen verursachten AU-Tage ausmachen.

Die erhöhte Morbidität an psychischen Erkrankungen bei Arbeitslosen wird auch durch die (nicht pflanzlichen) Anti-Depressiva-Verordnungen verifiziert (TK 2005, BKK 2005). Im Jahr 2004 erhielten z. B. von den TK-versicherten Arbeitslosen 5,7% mindestens einmal eine Antidepressiva-Verordnung während bei den TK-versicherten Berufstätigen 3,2% betroffen waren (TKK 2005).

Ein besonders großes Gefälle zwischen Arbeitslosen und pflichtversicherten Beschäftigten gibt es bei der fallzahlenmäßig kleineren Krankheitsgruppe der psychischen Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, insbesondere bei Männern. So beanspruchten männliche Arbeitslose wegen dieser Krankheiten achtmal mehr AU-Tage je 100 Mitglieder als männliche Angestellte und dreieinhalb Mal mehr als männliche Arbeiter. Auffällig ist auch ein siebenfach höherer Wert von männlichen Arbeitslosen bei den durch Schizophrenie verursachten Krankheitstagen im Vergleich zu männlichen Angestellten und ein gut dreifach höherer Wert im Vergleich zu männlichen Arbeitern.

Bei fast allen mit den Krankengeldleistungen erfassten Diagnosegruppen belegt der BKK-Gesundheitsbericht für das Jahr 2004, dass BKK-versicherte Arbeitslose im Vergleich zu beschäftigten BKK-Pflichtmitgliedern deutlich mehr Tage je 100 Mitglieder und mehr Tage je Fall aufweisen (BKK 2005, S. A20-21). Die Unterschiede sind – wie beim Arbeitsunfähigkeitsgeschehen – vor allem bei den psychischen und Verhaltensstörungen und auch in der Untergruppe der Suchterkrankungen außerordentlich hoch.

5.2 Krankenhausbehandlungen von BKK-pflichtversicherten Arbeitslosen

Mit In-Kraft-Treten der Hartz IV-Reform zum 1.1.2005 nahmen die Krankenhausaufenthalte bei BKK-pflichtversicherten Arbeitslosen stark zu und erhöhten sich nochmals in 2006 (BKK, 2007). Im Jahresdurchschnitt 2006 wurden BKK-versicherte Arbeitslose fast doppelt so oft wie BKK-pflichtversicherte Beschäftigte stationär behandelt und nahmen mehr als doppelt so viele Krankenhaus-Leistungstage in Anspruch. BKK-versicherte Arbeitslose hatten in fast allen Krankheitsdiagnosegruppen mehr Krankenhausaufenthalte als die anderen Versicherungsträger der BKK.

Häufigste Ursache für einen Krankenhausaufenthalt waren die psychischen und Verhaltensstörungen und in dieser Krankheitsgruppe gab es bei der BKK auch die größten Unterschiede zwischen Arbeitslosen und pflichtversicherten Beschäftigten.

BKK-versicherte arbeitslose Männer wurden im Durchschnitt siebenmal häufiger als BKK-pflichtversicherte Beschäftigte wegen psychischen und Verhaltensstörungen stationär behandelt.

Diese Befunde entsprechen einer früheren Auswertung der Krankenhausaufenthalte von GEK-Versicherten (Grobe und Schwartz, 2003).

6. Gesundheitliche Einschränkungen als Vermittlungshemmnis

Arbeitslosigkeit und Gesundheit stehen im wechselseitigen Zusammenhang. Gesundheitliche Einschränkungen von Arbeitslosen zählen zu den wichtigsten Hemmfaktoren für die Wiedereingliederung am Arbeitsmarkt. Sie stellten sich in einer repräsentativen IAB-Befragung bei der Suche nach einer neuen Stelle als großes Hemmnis und Behinderung der Suchaktivitäten heraus. Für Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen bestehen in Konsequenz deutlich geringere Wiedereingliederungschancen auf dem Arbeitsmarkt (Cramer et al., 2002; Holleder, 2003). Das Risiko der Langzeitarbeitslosigkeit ist für Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen erhöht (Rudolph, 1998). Damit schließt sich der in Abbildung 1 dargestellte „Circulus vitiosus“.

7. Fazit: Den „Teufelskreislauf“ durchbrechen

Der BKK-Bundesverband rechnet bei 4,3 Millionen pflichtversicherten Arbeitslosen mit Mindereinnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung durch die niedrigeren Krankenversicherungsbeiträge in Höhe von 7,4 Mrd. EUR und mit Mehrausgaben von schätzungsweise 8,3 Mrd. EUR durch häufigere Krankenleistungen allein im Jahr 2006 (Bellwinkel und Zoike, 2007).

Angesichts dieser Schätzungen erstaunen die geringen Investitionen der gesetzlichen Krankenversicherung für Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen bei Arbeitslosen. Die Gesetzliche Krankenversicherung hat eigentlich den Gesetzauftrag nach § 20 SGB V mit Leistungen der primären Prävention den allgemeinen Gesundheitszustand zu verbessern und „insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu erbringen“.

Eine kürzlich vorgelegte Auswertung für BKK-Versicherte (RKI 2006, S. 132) offenbart aber exemplarisch für die gesetzliche Krankenversicherung, dass sich die Inanspruchnahme von Kursen der Primärprävention und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen weit unter dem Durchschnitt befindet. Im Jahr 2003 lagen die Kursteilnahmequoten von arbeitslosen Männern und Frauen (mit 1,6 bzw. 6,5 Teilnehmern je 1.000 versicherte Personen) ganz erheblich unter denen von pflichtversicherten Männern und Frauen (mit 2,2 bzw. 9 Teilnehmern je 1.000 versicherte Personen). Im Sinne der Bedarfsgerechtigkeit sind daher bessere Ansprachestrategien für zielgruppenspezifische Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung zu konzipieren. Die vorherigen Abschnitte zeigen, dass gerade im Bereich der psychischen Gesundheit der Bedarf sehr groß ist.

Die Prävention und Gesundheitsförderung für Arbeitslose braucht zur Weiterentwicklung bessere Rahmenbedingungen, um den in Abb. 1 dargestellten Kreislauf durch Gesundheitsförderung und Prävention zu durchbrechen oder zumindest abzumildern. Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen (SVR, 2007) schlägt im aktuellen Gutachten daher eine explizite Verankerung des Präventionsgedankens in SGB II und SGB III vor. Er spricht sich für eine Erweiterung der Finanzierungsverantwortung für diesen Bereich auch auf die Arbeitslosenversicherung aus – z. B. im geplanten Präventionsgesetz. Der Sachverständigenrat empfiehlt die Erweiterung und Neuorientierung der Aufgaben der Ärztlichen Dienste der BA und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes für die Klärung von Präventionsbedarf, Ausgestaltung und Koordination von Maßnahmen sekundärer und tertiärer Prävention.

Derartige Maßnahmen würden dazu beitragen, die Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitslosen zu erhalten oder wieder zu erlangen. Sie können aber nur an den moderierenden Einflussfaktoren wie den Ressourcen und Belastungen ansetzen. Die eigentlichen Ursachen von Massenarbeitslosigkeit beseitigen sie indessen nicht.

Literatur

Bellwinkel M, Zoike E (2007). Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. In: Prävention und Versorgungsforschung. Kirch W, Badura B, Pfaff H, Hrsg. Springer: Berlin: 471-484.

BKK Bundesverband, Hrsg. (2005). BKK Gesundheitsreport 2005. Krankheitsentwicklungen – Blickpunkt: Psychische Gesundheit. 287 S., Essen.

BKK Bundesverband (Hrsg) (2007). Gesundheitsreport 2007. Gesundheit in Zeiten der Globalisierung. Essen.

Büssing A (1993). Arbeitslosigkeit - Differentielle Folgen aus psychologischer Sicht. Arbeit, Heft 1, Jg. 2: 5-19.

Cramer R, Gilberg R, Hess D, Marwinski K, Schröder H, Smid M (2002). Suchintensität und Einstellungen Arbeitsloser. IAB (Hrsg.), Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 261. Nürnberg.

Creed PA, Bartrum D (2006). Explanations for deteriorating wellbeing in unemployed people: specific unemployment theories and beyond. In: Kieselbach T, Winefield AH, Boyd C, Anderson S (Eds): Unemployment and Health. Bowen Hills Qld: Australian Academic Press: 1-20.

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

Goffman E (1967). Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt: Suhrkamp Verlag.

Grobe T (2006). Sterben Arbeitslose früher? In: Holleder A, Brand H (Hrsg): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber Verlag: 75-83.

Grobe T, Schwartz F (2003). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Robert Koch-Institut (Hrsg.). Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 13. Berlin.

Holleder A (2003). Arbeitslos – Gesundheitlos – Chancenlos. IAB-Kurzbericht Nr. 4 vom 21.3.2003. (<http://doku.iab.de/kurzber/2003/kb0403.pdf>)

Holleder A, Brand H (Hrsg.) (2006). Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber Verlag.

Holleder A (2008). Gesundheitsauswirkungen von Arbeitslosigkeit: ein Public-Health-Problem. In: Lampert T & Hagen C (Hrsg.): Armut und Gesundheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2008 (im Druck).

Jahoda M (1983). Wieviel Arbeit braucht der Mensch? Weinheim: Beltz Verlag.

Jahoda M, Lazarsfeld P, Zeisel H (1975). Die Arbeitslosen von Marienthal (1933). Frankfurt: Suhrkamp Verlag.

Kieselbach T (1998). Outplacement als Chance. Blätter der Wohlfahrtspflege – Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit 7+7: 152-4.

Lazarus RS (1966). Psychological stress and the coping process. New York: McGraw-Hill.

McKee-Ryan FM, Song Z, Wanberg CR, Kinicki AJ (2005). Psychological and physical wellbeing during unemployment. Journal of Applied Psychology 2005; 90: 53-76.

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

Paul KI, Hassel A, Moser K (2006). Die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit. In: Holleder A, Brand H (Hrsg.): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber Verlag: 35–51.

Rose U, Jacobi F (2006). Gesundheitsstörungen bei Arbeitslosen. Ein Vergleich mit Erwerbstätigen im Bundesgesundheitsurvey 98. Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed. 41, 12: 556-564.

Rudolph H (1998). Risiko von Langzeitarbeitslosigkeit frühzeitig erkennen: Berechnung der Verbleibswahrscheinlichkeit von Arbeitslosen. IAB-Werkstattbericht Nr. 14 vom 19.11.1998.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2007). Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007, Berlin.

Techniker Krankenkasse (TK) (2005). Gesundheitsreport. Auswertungen 2005 zu Trends bei Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen. Hamburg.