

Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Arbeitslosen

Die Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Gesundheitsverhalten wurden bereits in der Weimar Republik unter dem Eindruck der damaligen Massenarbeitslosigkeit beobachtet. Medizinalrat Dr. Dohrn beklagte 1931 „eine verheerende Erschlaffung durch die Erwerbslosigkeit“ und „dass es auch für den Arzt schwer niederdrückend ist, wenn er die körperlichen und seelischen Verheerungen, besonders bei den Jugendlichen, durch die Erwerbslosigkeit sieht.“ Um das Gesundheitsverhalten zu verbessern, wurden nach seinem Bericht „vom hiesigen Arbeitsamt sportliche Veranstaltungen wie gymnastische Übungen, Hand-, Faust- und Fußballspiele und Wanderungen eingerichtet“. Heute ist die Datenlage besser, viele Probleme sind offensichtlich geblieben.

ALFONS HOLLEDERER, SVEN VOIGTLÄNDER

1. Einleitung

Internationale Meta-Analysen von Paul und Moser (2009) sowie von McKee-Ryan et al. (2005) belegen, dass Arbeitslosigkeit mit einer Beeinträchtigung insbesondere der psychischen Gesundheit einhergeht. Assoziationen zwischen Arbeitslosigkeit und ungünstigerem Gesundheitszustand werden in Deutschland empirisch durch Auswertungen des Mikrozensus (Statistisches Bundesamt 2014; Holleder 2011), des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) (Marcus 2014; Lampert et al. 2013) und des nationalen Gesundheits-surveys (Kroll/Lampert 2012) übereinstimmend bestätigt.

Darüber hinaus ist bei Arbeitslosen ein wesentlich ungünstigeres Gesundheitsverhalten vor allem bezüglich Tabakkonsum, körperliche Aktivitäten und Ernährung zu konstatieren (z. B. Grobe/Schwartz 2003; Holleder 2011, 2013a; Kroll/Lampert 2012). Das Gesundheitsverhalten ist ein bisher relativ wenig beachtetes Problem bei Arbeitslosen. Tabakkonsum ist eine der Hauptursachen von vermeidbarer Morbidität (USDHHS 1994). Die Gesundheitswirksamkeit körperlicher Aktivität ist ebenfalls evident (USDHHS 2008). Sie hilft bei der Gewichtsreduktion und Prävention von Krankheiten und Fettleibigkeit (Adipositas). Die Adipositas-Prävalenz ist bei Arbeitslosen relativ hoch (Holleder 2013b; Lampert et al. 2013). Rudimentär ist die Datenlage zum Alkoholkonsum von Arbeitslosen. Ein Literaturüberblick von Henkel (2011) ergibt, dass riskantes Alkoholkonsumverhalten bei Arbeitslosen stärker als unter Beschäftigten verbreitet ist.

In der Arbeitslosenforschung wird davon ausgegangen, dass Gesundheitsunterschiede zwischen Arbeitslosen und

Beschäftigten durch Selektionseffekte an den Arbeitsmarktübergängen in und aus Arbeitslosigkeit hervorgerufen werden können oder dass die Gesundheit durch die Arbeitslosigkeit ursächlich belastet wird (Paul/Moser 2009; McKee-Ryan et al. 2005). Die Gesundheitsbeeinträchtigungen könnten sich z. B. durch „psychische Deprivation“ (Jahoda 1983) ergeben oder über finanzielle Restriktionen (Fryer 1986) vermittelt sein. Die Selektions- und die Kausalitätshypothese schließen sich allerdings gegenseitig nicht aus, sondern können gleichzeitig wirken. Nach dem aktuellen Forschungsstand moderiert außerdem eine Reihe von soziodemografischen, erwerbsbiografischen und makroökonomischen Einflussfaktoren die Wirkung von Arbeitslosigkeit auf verschiedene Gesundheitsoutcomes (Überblick bei Holleder 2015). Zum Beispiel wurde in der Meta-Analyse von Paul und Moser (2009) ein moderierender Einfluss bezüglich der Großzügigkeit des sozialen Sicherungssystems für Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit identifiziert. Nach McKee-Ryan et al. (2005) werden beispielsweise Menschen mit ausgeprägter Arbeits- oder Berufsorientierung und einer Zentrierung auf die Arbeitsrolle im höheren Maße durch Arbeitslosigkeit psychisch belastet.

Die theoretischen Erklärungsansätze zu den Wechselbeziehungen von Arbeitslosigkeit, Gesundheit und speziell Gesundheitsverhalten sind wenig entwickelt. Die Datenlage zu Gesundheitsverhaltensweisen bei Arbeitslosen ist rudimentär. Nach einem Modell zur Erklärung der sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheit von Mielck (2000) produziert soziale Ungleichheit unterschiedliche Lebensverhältnisse, die direkt oder auch indirekt über das Gesundheitsverhalten den Gesundheitszustand beeinflussen. ▶

Das Gesundheitsverhalten wird demnach durch die Lebensverhältnisse und durch das Zusammenwirken von Belastungen und Ressourcen maßgeblich geprägt. Ziel dieses Beitrags ist die Beschreibung der Gesundheitsunterschiede zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten für erste Hinweise insbesondere beim Gesundheitsverhalten auf Basis des Panels Arbeitsmarkt und soziale Sicherung (PASS) 2012, das nachfolgend im Methodenteil kurz beschrieben wird (2). Es schließen sich die deskriptiven Ergebnisse (3) und eine Diskussion (4) an.

2. Methoden

Die Datengrundlage bildet der Scientific Use File (SUF) des Panels Arbeitsmarkt und soziale Sicherung (PASS), der durch das Forschungsdatenzentrum (FDZ) der Bundesagentur für Arbeit (BA) im Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) zur Verfügung gestellt wurde. Der SUF setzt sich zusammen aus einer Teilstichprobe, für die Bedarfsgemeinschaften im Grundsicherungsbezug nach SGB II aus Prozessdaten der BA gezogen wurden, sowie einer haushaltsbasierten Bevölkerungsstichprobe. Die Befragung fand über computergestützte Telefoninterviews (CATI) und persönliche Interviews (CAPI) statt. Detaillierte Informationen zu Erhebungsmethoden, Fragebogeninhalten, Response und Gewichtung finden sich bei Bethmann et al. (2013), Berg et al. (2013) sowie Jesske und Schulz (2013). Die Stichproben wurden in zwei Stufen gezogen. Dabei wurde eine disproportionale Schichtung der Bevölkerungsstichprobe zugunsten von Haushalten mit niedrigem und mittlerem Status vorgenommen (Rudolph/Trappmann 2007).

In der vorliegenden Arbeit werden diejenigen Befragten als „Beschäftigte“ kodiert, die angeben, „erwerbstätig mit einem Einkommen von mehr als 400 Euro im Monat“ zu sein und die nicht arbeitslos gemeldet sind. Interviewte mit Arbeitslosenmeldung werden als „Arbeitslose“ kategorisiert. Maßnahmeteilnehmer in der Arbeitsförderung werden ebenfalls den Arbeitslosen zugeordnet. Befragte, die 65 Jahre oder älter waren, werden von der Untersuchung ausgeschlossen.

Zu den erfassten gesundheitsrelevanten Merkmalen zählt die körperliche und psychische Gesundheit auf Basis des Short Form 12 Questionnaire (SF12v2) in der Version des SOEP (Nübling et al. 2006; Andersen et al. 2007). Zum Suchtverhalten werden der Raucherstatus (zusammengefasst zu „Nie-Raucher“, „Ex-Raucher“, „Raucher“) und die Häufigkeit des Konsums von Bier/Wein/alkoholischen Mischgetränken sowie von Spirituosen abgefragt (jeweils 5-stufige Antwortskala von „Jeden Tag“ bis „Nie“). Ein Item eruiert das Aktivitätsverhalten bezüglich Sport/Fitness/Gymnastik mit denselben Antwortoptionen. Aus den Angaben zu Körpergröße und Körpergewicht wird der Body-Mass-Index (BMI) berechnet.

Für nominal- und ordinalskalierte Merkmale werden nachfolgend die hochgerechneten Anteile und für stetige Merkmale die hochgerechneten Mittelwerte, jeweils mit Standardfehlern als Maß für die Präzision der Schätzung, ausgewiesen. Die Berechnung der genannten Parameter berücksichtigt das zweistufige, disproportionale Stichprobendesign des PASS und beinhaltet eine direkte Altersstandardisierung, um Alterseffekte zu kontrollieren.

3. Ergebnisse

Bei den Vergleichen von Arbeitslosen und Beschäftigten ist zu berücksichtigen, dass die Sozialstrukturen beider Gruppen sich deutlich voneinander unterscheiden. Die Arbeitslosen sind im Durchschnitt etwas jünger als die Beschäftigten. Sie sind häufiger durch eine niedrige schulische oder berufliche Qualifikation und durch Einkommensarmut gekennzeichnet. Zudem ist unter Arbeitslosen der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund überproportional hoch. Aufgrund der Platzrestriktionen werden die soziodemografischen Merkmale hier aber nicht weiter dargestellt. Für eine ausführlichere Analyse der strukturellen Unterschiede zwischen den Erwerbsstatusgruppen im PASS-Panel und mögliche Einflussnahmen auf Gesundheitsvariablen wird auf Holleder und Voigtländer (2016) verwiesen.

Tabelle 1 informiert über die hochgerechneten und altersstandardisierten Ergebnisse der Gesundheitsvariablen, stratifiziert nach Erwerbsstatus und Geschlecht für Befragte im erwerbsfähigen Alter von 15 bis 64 Jahren. Die vorgenommene direkte Altersstandardisierung bereinigt die Unterschiede zwischen Beschäftigten und Arbeitslosen um Alterseinflüsse, indem sie für beide Gruppen einen identischen Altersaufbau unterstellt. Das ist für gesundheitsbezogene Vergleichsanalysen bedeutsam, weil Krankheitsrisiken generell mit dem Alter stark zunehmen.

Zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten bestehen ausgeprägte Unterschiede beim selbsteingeschätzten Gesundheitszustand auf Basis des SF12v2-Messinstruments. Dies gilt sowohl bei Männern als auch bei Frauen (*Tabelle 1*). Die Arbeitslosen weisen für die psychische und für die körperliche Gesundheit im Durchschnitt deutlich schlechtere Werte auf als die Beschäftigten. Diese Gesundheitsunterschiede manifestieren sich auch in einer unterschiedlichen Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen. 23,3 % der arbeitslosen Männer und 21,3 % der arbeitslosen Frauen wurden in den letzten 12 Monaten einmal oder mehrmals für mindestens eine Nacht in ein Krankenhaus aufgenommen, während von den beschäftigten Männern und Frauen lediglich 9,8 % bzw. 13,0 % stationär behandelt wurden.

Auch das Gesundheitsverhalten differiert zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten. 66,0 % der arbeitslosen Männer und 52,1 % der arbeitslosen Frauen rauchten zum Befragungszeitpunkt. Die Anteile der Raucher sind damit

TABELLE 1

Gesundheit von beschäftigten und arbeitslosen Männern bzw. Frauen (15–64 Jahre)

Merkmal	Männer			Frauen		
	Beschäftigte (n=2.853)	Arbeitslose (n=1.660)	p-Wert	Beschäftigte (n=2.759)	Arbeitslose (n=1.679)	p-Wert
<i>Gesundheitszustand</i>						
körperliche Skala des SF12v2 (SOEP-Version), AM ^a (SE)	52,4 (0,3)	46,8 (0,5)	<0,001***	51,3 (0,3)	45,5 (0,7)	<0,001***
psychische Skala des SF12v2 (SOEP-Version), AM ^a (SE)	54,4 (0,5)	49,9 (0,7)	<0,001***	52,3 (0,3)	48,3 (0,6)	<0,001***
<i>Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten</i>						
mindestens 1 Krankenhausaufenthalt, Anteil ^a in % (SE)	9,8 (1,1)	23,3 (2,4)	0,002**	13,0 (1,2)	21,3 (2,7)	0,016*
<i>Tabakkonsumverhalten, Anteile^a in % (SE)</i>						
Nie-Raucher	43,3 (2,7)	20,2 (2,3)	0,001**	52,3 (2,5)	34,7 (2,5)	<0,001***
Ex-Raucher	24,6 (1,3)	13,8 (1,7)		22,1 (2,0)	13,2 (1,5)	
Raucher	32,2 (2,6)	66,0 (2,6)		25,6 (1,5)	52,1 (2,6)	
<i>Alkoholkonsum Bier, Wein, alkoholische Mischgetränke, Anteile^a in % (SE)</i>						
jeden Tag	7,9 (0,8)	9,1 (1,7)	0,054	1,4 (0,4)	0,3 (0,1)	<0,001***
mehrmals in der Woche	24,1 (2,5)	14,2 (2,7)		10,6 (1,1)	4,2 (1,3)	
einmal in der Woche	26,9 (2,7)	16,0 (2,1)		15,3 (1,2)	9,7 (1,0)	
seltener	31,0 (1,5)	32,7 (2,9)		50,6 (1,7)	36,0 (2,4)	
nie	10,3 (1,2)	28,0 (2,7)		22,0 (1,6)	49,9 (2,7)	
<i>Alkoholkonsum Spirituosen, Anteile^a in % (SE)</i>						
jeden Tag	0,2 (0,2)	1,2 (0,4)	0,100	0,0 (0,0)	< 0,1 (< 1)	<0,001***
mehrmals in der Woche	2,5 (0,5)	1,9 (0,7)		0,7 (0,3)	0,2 (0,2)	
einmal in der Woche	12,7 (2,2)	6,6 (1,1)		2,4 (0,4)	1,7 (0,5)	
seltener	45,7 (2,5)	36,3 (2,7)		35,1 (1,8)	20,5 (2,1)	
nie	38,9 (2,4)	54,1 (2,8)		61,8 (1,8)	77,6 (2,2)	
<i>sportliche Aktivität, Anteile^a in % (SE)</i>						
jeden Tag	6,2 (0,9)	8,1 (1,4)	0,037*	3,5 (0,6)	8,1 (1,4)	<0,001***
mehrmals in der Woche	29,5 (2,3)	18,6 (2,2)		28,0 (1,6)	15,9 (2,1)	
einmal in der Woche	14,8 (1,3)	9,2 (1,7)		19,1 (1,4)	9,2 (1,6)	
seltener	25,7 (2,3)	21,9 (2,5)		25,6 (1,6)	20,8 (2,6)	
nie	23,7 (1,2)	42,2 (3,4)		23,8 (1,5)	45,4 (3,2)	
<i>Body Mass Index^b</i>						
Adipositas, Anteil ^a in % (SE)	18,2 (1,3)	19,8 (2,1)	0,325	19,3 (1,3)	23,2 (2,3)	0,413

Anmerkungen: AM, arithmetisches Mittel; SE, Standardfehler; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001.

a auf Basis der gültigen Werte.

b Berechnung nur für Befragte ab 18 Jahren. Die WHO (2000) stuft Erwachsene mit einem Body-Mass-Index (BMI) (kg/m²) von mindestens 30 als adipös ein.

Quelle: Panel Arbeitsmarkt und soziale Sicherung (PASS), 6. Welle 2012; gewichtete Daten; direkt altersstandardisiert.

WSI Mitteilungen

doppelt so hoch wie bei den beschäftigten Männern und Frauen. Unter Arbeitslosen gibt es anteilmäßig nicht nur weniger Nie-Raucher, sondern auch weniger Ex-Raucher.

Auf die Fragen zum Alkoholkonsum berichtet hingegen ein deutlich höherer Anteil der arbeitslosen Männer und Frauen, abstinent zu leben, als bei den Beschäftigten. Dies trifft sowohl auf die Frage nach dem Konsum von Bier, Wein und alkoholischen Mischgetränken als auch auf die Frage nach dem Konsum von Spirituosen zu.

Unter arbeitslosen Männern und Frauen ist der Anteil derjenigen, die nie aktiv Sport, Fitness oder Gymnastik treiben, wesentlich höher als bei Beschäftigten.

Weiterführende Analysen haben gezeigt, dass sich die Langzeitarbeitslosen bei den in *Tabelle 1* berichteten Gesundheitsitems wenig von Personen unterscheiden, deren Arbeitslosigkeit kürzer andauert (Ergebnisse nicht ausgewiesen).

4. Diskussion und Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse des PASS zeigen sehr deutliche Gesundheitsunterschiede zwischen Arbeitslosen und Beschäftig-

ten. Die Auswertungen deuten auf einen hohen Bedarf z. B. an Bewegungsförderung, Nichtraucherförderung und Tabakentwöhnung hin. Die Entwicklung eines gesunden Lebensstils setzt entsprechend komplexe Interventionsansätze in den Lebenswelten von Arbeitslosen voraus. Diese sind Erfolg versprechender, wenn sie nicht nur auf das individuelle Verhalten, sondern darüber hinaus auch auf eine Veränderung von Verhältnissen bzw. Lebensbedingungen abzielen. Arbeitslose werden bislang nur in geringerem Maße von Präventionskursen und Setting-Maßnahmen der Gesundheitsförderung durch die gesetzliche Krankenversicherung erreicht (MDS/GKV-SV 2015). Die Raucherprävalenz bei Arbeitslosen ist äußerst hoch und der Anteil der Ex-Raucher auffallend niedrig, während die hohe Abstinenz der Arbeitslosen beim Alkoholkonsum überrascht. Eine Tendenz zur sozialen Erwünschtheit im Antwortverhalten der Arbeitslosen bei Alkohol ist nicht auszuschließen, wäre aber auch beim Tabakkonsumverhalten zu erwarten gewesen.

Eklatant sind die im PASS ermittelten Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten in der stationären Krankenversorgung. Sie bestätigen eine frühere Untersuchung der Leistungsfälle in der Krankenhausbehandlung des BKK Bundesverbandes (2010), bei denen im Jahresdurchschnitt 2009 bei BKK-versicherten Arbeitslosen fast doppelt so viele Krankenhausfälle wie bei BKK-pflichtversicherten Beschäftigten registriert wurden. Der BKK-Bundesverband schätzte die Mehrausgaben für die häufigeren Krankenleistungen bei Arbeitslosen auf mehrere Mrd. Euro für das GKV-System pro Jahr (Prüßmann et al. 2009). Die Ergebnisse korrespondieren außerdem mit früheren Auswertungen des PASS von Eggs et al. (2014), die allerdings die Gesundheitsunterschiede zwischen ALG-II-Empfängern und Erwerbstätigen untersucht haben. Die vorliegende Untersuchung geht insofern darüber hinaus, indem sie alle erfassten Arbeitslosen einbezieht und mit den Beschäftigten vergleicht. Ein etwas überraschender Befund ist, dass die Gesundheit der Langzeitarbeitslosen im PASS nicht wesentlich schlechter als die der übrigen Arbeitslosen ist, da nach den Meta-Analysen von Paul und Moser (2009) sowie McKee-Ryan et al. (2005) mit längerer Arbeitslosigkeitsdauer der Leidensdruck zunimmt und auch die anderen, eingangs genannten Vergleichsuntersuchungen solche Gesundheitsunterschiede aufzeigen. Die Gründe für dieses Ergebnis wären weiter zu erforschen. Es wird aber deutlich, dass Prävention und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen möglichst frühzeitig, d.h. auch schon im SGB-III-Bereich, einsetzen und kontinuierlich durchgeführt werden sollten. Bisher konzentrierten sich die wenigen Gesundheitsförderungsansätze in Deutschland auf ALG-II-Empfänger (MDS/GKV-SV 2015). Trotz der konstatierten erhöhten Krankheitsrisiken und gesundheitsriskanteren Verhaltensweisen werden Arbeitslose von der Gesundheitsförderung bisher nur schlecht erreicht. Ein innovativer Zugangsweg läge in der Verzahnung von Gesundheitsförderung mit Arbeitsförderungsmaßnahmen. Mit dem neuen Präventionsgesetz, das im Mai 2015 im Bundestag verabschiedet wurde, ist die Grundlage für eine verbesserte Zusammenarbeit explizit für die Zielgruppe der Arbeitslosen geschaffen worden. Es ermöglicht neue Chancen in der Verhaltens- und Verhältnisprävention.

Darüber hinaus besteht weiterer Forschungsbedarf, insbesondere an Panelanalysen, zu Fragen der Wechselwirkungen zwischen Arbeitsmarktintegration und Gesundheit und zur Entwicklung des Sucht- und Gesundheitsverhaltens in Arbeitslosigkeit. Das Ursache-Wirkungsgefüge zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit ist noch nicht vollständig aufgeklärt. Die offenen Fragen nach Einflussfaktoren, die die negativen Gesundheitseffekte von Arbeitslosigkeit moderieren oder die Reintegrationschancen von Arbeitslosen mit vermittlungsrelevanten gesundheitlichen Einschränkungen erhöhen könnten, ist von

praktischer Relevanz sowohl für die Gesundheitsförderung als auch die Arbeitsförderung. Es gilt: „Vorbeugen ist besser als heilen“! ■

LITERATUR

- Andersen, H. H./Mühlbacher, A./Nübling, M./Schupp, J./Wagner, G. G. (2007): Computation of standard values for physical and mental health scale scores using the SOEP version of the SF-12v2, in: Schmollers Jahrbuch 127 (1), S. 171–182
- Berg, M./Cramer, R./Dickmann, C./Gilberg, R./Jesske, B./Kleudgen, M./Bethmann, A./Fuchs, B./Trappmann, M./Wurdack, A. (2013): Codebuch und Dokumentation des 'Panel Arbeitsmarkt und soziale Sicherung' (PASS) Datenreport Welle 6, in: Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.): FDZ-Datenreport 06/2013, Nürnberg
- Bethmann, A./Fuchs, B./Wurdack, A. (2013): User guide "Panel Study Labour Market and Social Security" (PASS), Wave 6, in: Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.), FDZ-Datenreport 07/2013, Nürnberg
- BKK Bundesverband (Hrsg.) (2010): BKK Gesundheitsreport 2010: Gesundheit in einer älter werdenden Gesellschaft, Berlin
- Dohm, K. (1931): Gesundheitliche Folgen der Erwerbslosigkeit, in: Moses, J. (Hrsg.): Arbeitslosigkeit: Ein Problem der Volksgesundheit. Eine Denkschrift für die Regierung und Parlamente, Berlin, S. 50–55
- Eggs, J./Trappmann, M./Unger, S. (2014): Grundsicherungsempfänger und Erwerbstätige im Vergleich: ALG-II-Bezieher schätzen ihre Gesundheit schlechter ein, IAB-Kurzbericht 23/2014, Nürnberg
- Fryer, D. (1986): Employment deprivation and personal agency during unemployment: a critical discussion of Jahoda's explanation of the psychological effects, in: Social Behavior 1 (3), S. 3–23
- Grobe, T. G./Schwartz, F. W. (2003): Arbeitslosigkeit und Gesundheit, in: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13, Berlin
- Henkel, D. (2011): Unemployment and substance use: a review of the literature (1990–2010), in: Current drug abuse reviews 4 (1), S. 4–27
- Hollederer, A. (2011): Unemployment and health in the German population: results from a 2005 microcensus, in: Journal of Public Health 19 (3), S. 257–268
- Hollederer, A. (2013a): Regionale und soziale Unterschiede im Tabakkonsumverhalten im Mikrozensus 2009: Ergebnisse für das Land Nordrhein-Westfalen und dessen Kreise, in: Gesundheitswesen 75 (1), S. 43–50
- Hollederer, A. (2013b): Adipositas in Nordrhein-Westfalen und dessen Kommunen im Mikrozensus 2009: Prävalenz, Krankenstand und Präventionspotenziale, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 138 (6), S. 253–259
- Hollederer, A. (2015): Unemployment, health and moderating factors: the need for targeted health promotion, in: Journal of Public Health 23 (6), S. 319–325
- Hollederer, A./Voigtländer, S. (2016): Die Gesundheit von Arbeitslosen und die Effekte auf die Arbeitsmarktintegration: Ergebnisse im Panel Arbeitsmarkt und soziale Sicherung (PASS), Erhebungswellen 3 bis 7 (2008/09 bis 2013), in: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz 59 (5), S. 652–661
- Jahoda, M. (1983): Wieviel Arbeit braucht der Mensch?, Weinheim
- Jesske, B./Schulz, S. (2013): Methodenbericht: Panel Arbeitsmarkt und Soziale Sicherung PASS Erhebungswelle 6–2012, in: Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.): FDZ-Methodenreport 10/2013, Nürnberg
- Kroll, L./Lampert, T. (2012): Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit, in: GBE kompakt 3 (1), S. 1–9
- Lampert, T./Kroll, L. E./Kuntz, B./Ziese, T. (2013): Gesundheitliche Ungleichheit, in: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Datenreport 2013, Wiesbaden, S. 259–271
- Marcus, J. (2014): Arbeitslosigkeit trifft auch den Partner, in: DIW Wochenbericht 81 (22), S. 494–499
- McKee-Ryan, F./Song, Z./Wanberg, C. R./Kinicki, A. J. (2005): Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study, in: Journal of Applied Psychology 90 (1), S. 53–76
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)/GKV-Spitzenverband/GKV-SV (2015): Präventionsbericht 2014: Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, Essen
- Mielck, A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten, Bern
- Nübling, M./Andersen, H. H./Mühlbacher, A. (2006): Entwicklung eines Verfahrens zur Berechnung der körperlichen und psychischen Summenskalen auf Basis

der SOEP-Version des SF 12 (Algorithmus), Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.), Berlin

Paul, K.I./Moser, K. (2009): Unemployment impairs mental health: Meta-analysis, in: Journal of Vocational Behavior 74 (3), S. 264–282

Prüßmann, J.-F./Friedrichs, M./Bellwinkel, M. (2009): Gesundheitsförderung in Veränderungsprozessen, BKK Bundesverband (Hrsg.), Essen

Rudolph, H./Trappmann, M. (2007): Design und Stichprobe des Panels "Arbeitsmarkt und Soziale Sicherung" (PASS), in: Promberger, M. (Hrsg.): Neue Daten für die Sozialstaatsforschung: Zur Konzeption der IAB-Panellerhebung „Arbeitsmarkt und Soziale Sicherung“, IAB-Forschungsbericht 12/2007, Nürnberg, S. 60–101

Statistisches Bundesamt (2014): Mikrozensus-Fragen zur Gesundheit, Wiesbaden
US Department of Health and Human Services (USDHHS) (1994): Preventing tobacco use among young people. A report of the Surgeon General. U.S.

Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Washington

US Department of Health and Human Services (USDHHS) (2008):

Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report, Washington

World Health Organisation (WHO) (2000): Obesity: Preventing and managing the global epidemic, Report of a WHO consultation, WHO Technical Report Series 894, Geneva

AUTOREN

ALFONS HOLLEDERER, PD Dr., MPH, ist am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) Leiter des Sachgebiets „Versorgungsqualität, Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystemanalyse“ in Nürnberg.

@ alfons.hollederer@lgl.bayern.de

SVEN VOIGTLÄNDER, Dr., MPH, ist Epidemiologe am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) im Sachgebiet „Versorgungsqualität, Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystemanalyse“ in Nürnberg.

@ sven.voigtlaender@lgl.bayern.de