

## Vorwort

Die Teilhabe an Arbeit hat neben dem Lohnerwerb eine wichtige Funktion für die gesamte gesellschaftliche Integration. Arbeitslosigkeit kann sich dagegen auf die Gesundheit negativ auswirken, während gleichzeitig Gesundheit eine der Voraussetzungen für die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt sowie die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit ist. Hier setzt der Sammelband „Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen“ an. Chancengleichheit im Gesundheitsbereich heißt, dass alle Menschen in allen Soziallagen ihr volles gesundheitliches Potenzial auszuschöpfen können. Sie stellt eine politikfeld- und sektorenübergreifende Gemeinschaftsaufgabe dar. Die arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung zielt dabei sowohl auf die Verbesserung der Gesundheit als auch auf die Arbeitsmarktintegration.

In diesem Handbuch für Wissenschaft und Praxis werden daher nicht nur Grundlagen der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen, sondern darüber hinaus evaluierte Modellprojekte, psychosoziale Trainingsmaßnahmen sowie Konzepte für Beratung und Fallmanagement vorgestellt. Die Beiträge fokussieren Zielgruppen in Arbeitslosigkeit mit besonderem Förderbedarf und behandeln Interventionsansätze in arbeitsmarktnahen Settings und im Gemeinwesen. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der strukturierten Kooperation zwischen der Arbeitsförderung und der Gesundheitsförderung.

So heterogen wie die individuellen Bedarfslagen und unterschiedlichen Arbeitsmärkte und Gesundheitsstrukturen vor Ort sind, so verschiedenartig und komplex sind auch bisherige Strategien und Handlungsansätze der Prävention und Gesundheitsförderung. Der vorliegende Band stellt aktuelle Interventionsansätze in einem Überblick vor und zeigt Potenziale für die Weiterentwicklung auf. In Einzelberichten wird der Leser über Handlungsoptionen, Umsetzungsprinzipien, fördernde und hemmende Faktoren und Ergebnisse bisheriger Modellprojekte informiert, so dass „Modelle guter Praxis“ je nach Bedarf und Kontext adaptiert werden können. Die vielfältigen Beiträge wurden in folgende Themenbereiche in diesem Sammelband gefasst:

- I Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung und Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitslosen
- II Psychosoziale Trainingsmaßnahmen und Beratungskonzeptionen
- III Fallmanagement in der Beschäftigungsförderung mit Gesundheitsbezug
- IV Arbeitslose mit besonderem Förderbedarf
- V Ansätze in Betrieben und arbeitsmarktnahen Settings für die von Arbeitslosigkeit bedrohten Menschen
- VI Gemeinwesenbezogene Interventionsansätze

Massenarbeitslosigkeit ist mit der Weltwirtschaftskrise von 1929 zu einem zentralen Problem westlicher Industrieländer geworden. Seitdem werden die Gesundheitsbelastungen aufgrund eines unfreiwilligen Arbeitsplatzverlusts durch die Forschung systematisch beobachtet. Die Qualität und Methoden der Studien steigerten sich kontinuierlich von deskriptiven Arbeiten bis hin zu elaborierten Meta-Analysen (wie Paul und Moser in diesem Band). Mohr unterschied 1997 vier Perioden sozialwissenschaftlicher Arbeitslosigkeitsforschung:

1. Die Periode in den 1930er und 40er Jahren, die sich durch die klassischen Arbeiten zu Typologien und Phasenmodellen auszeichnet.
2. In der Periode der 70er Jahre kam es erneut zu vermehrter Arbeitslosigkeitsforschung, insbesondere methodisch dominierten Querschnittstudien.
3. In den 80er Jahren nahmen Längsschnittstudien und die Wahrnehmung des Prozesscharakters von Arbeitslosigkeit zu. Parallel wurden auch die Folgen für mittelbar Betroffene untersucht.
4. In den 90er Jahren wurde das Forschungsinteresse auch auf den Zeitpunkt vor der Arbeitslosigkeit und damit auf die „Noch-Beschäftigten“ und Arbeitsplatzunsicherheit ausgeweitet.

Obwohl durch diese langjährigen Forschungen umfassende Erkenntnisse über den gesundheitsbelastenden Prozess von Arbeitslosigkeit sowie die gravierenden Gesundheitsunterschiede zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten gewonnen wurden, sind wichtige Forschungsfragen noch offen geblieben. Die Vermittlungsmechanismen von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit und die damit verbundene Frage, wie Menschen diese kritische Lebensphase in Arbeitslosigkeit gesund bewältigen können, sind noch nicht vollständig aufgeklärt. Eine Lücke besteht in der Interventionsentwicklung und in der Reichweite in der Praxis. Die Autoren möchten daher mit diesem Buchprojekt in einer Gemeinschaftsaktion die nächsten Phasen der gesundheitsbezogenen Arbeitslosenforschung voranbringen:

5. Seit den 2000er Jahren intensiviert sich die Entwicklung gesundheitsbezogener Interventionsansätze und arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung. Hier besteht weiterhin Entwicklungsbedarf und in der Forschung ein Mangel an methodisch hochstehenden Evaluationsstudien.
6. Derzeit richtet sich das Interesse auf die intersektorale Zusammenarbeit zur Gesundheit von Arbeitslosen an verschiedenen Schnittstellen im Gesundheitswesen und zwischen den Politikbereichen.

Die Beiträge informieren auch über die Entwicklungen in der sektorenübergreifenden Kooperation, die vor allem durch das Gesetz zur Stärkung der Gesund-

heitsförderung und Prävention“ (Präventionsgesetz) vom 17.7.2015 und den Bundesrahmenempfehlungen seit 2016 einen großen Aufwind in Deutschland erhalten haben.

Es ist dem Buch zu wünschen, dass es eine weite Verbreitung und positive Resonanz in Wissenschaft und Praxis findet und wichtige Impulse im Interesse von Arbeitslosen setzen kann. Am tagesaktuellen Rand steigt die Arbeitslosigkeit wieder durch die wirtschaftlichen Auswirkungen der Corona-Pandemie.

Das Buchprojekt lebt von dem überaus großen Engagement aller Beteiligten, denen das Thema Gesundheitsförderung von Arbeitslosen selbst ein Anliegen ist. Ich danke allen Autorinnen und Autoren, die trotz vieler anderweitiger Verpflichtungen ihre Zeit dafür investiert haben, diesen Sammelband zum Erfolg zu führen. Den Leserinnen und Lesern wünsche ich eine interessante Lektüre mit vielen neuen Erkenntnissen. Als „Handbuch für Wissenschaft und Praxis“ profitiert dieser Band von der ausgewogenen Mischung der Beiträge. Besonders spannend ist die interdisziplinäre Ausrichtung. Auf den Sammelband trifft zu: „Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile“.

Mein besonderer Dank gilt auch dem Verleger Professor Ulrich Stascheit und den Mitarbeitern des Fachhochschulverlags, insbesondere Frau Sarah Kalck, für die kompetente Beratung, angenehme Zusammenarbeit und Unterstützung dieses Buches.

Kassel, im April 2021

Alfons Holleder

# Inhalt

<b>I</b>	<b>Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung und Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitslosen</b>	
A	Gesundheit und Krankheit von Arbeitslosen sowie Chancen und Grenzen arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung <i>Alfons Holleder (Universität Kassel)</i>	12
B	Metaanalytische Moderatoranalysen zu den psychischen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit – Ein Überblick <i>Karsten I. Paul, Klaus Moser (Universität Erlangen-Nürnberg)</i>	36
C	Die Bedeutung von Beschäftigungsfähigkeit für die arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung <i>Kai Seiler (Landesinstitut für Arbeitsgestaltung NRW)</i>	58
D	Theoretische Grundlagen zum Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und psychischer Gesundheit sowie theoretische und methodische Ansätze arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung <i>Heiko J. Jahn, Daniel Klein, Alfons Holleder (Universität Kassel)</i>	77
E	Maßnahmen zur Gesundheitsförderung von Arbeitslosen im Rahmen des SGB V – Möglichkeiten, Grenzen, Verbreitung und Evidenz <i>Wolf Kirschner (FBE, Forschung Beratung Evaluation, Berlin)</i>	103
F	Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei Erwerbslosen <i>Stefan Bräunling, Cornelia Reichert (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.)</i>	117

## II Psychosoziale Trainingsmaßnahmen und Beratungskonzeptionen

- G Wie wirken sich Interventionsmaßnahmen auf die psychische Gesundheit Arbeitsloser aus, wenn die Stellensuche erfolglos bleibt? – Metaanalytische Befunde 134  
*Karsten I. Paul, Klaus Moser (Universität Erlangen-Nürnberg)*
- H Eine qualitative Analyse ausgewählter Programme zur Förderung der psychosozialen Gesundheit Langzeiterwerbsloser 146  
*Kathleen Otto (Universität Marburg),  
Gisela Mohr (Universität Leipzig),  
Tabea Scheel (Europa-Universität Flensburg)*
- I Training psycho-sozialer Kompetenzen für Arbeitslose am Beispiel des Gesundheitsförderungsprogramms AktivA 171  
*Katrin Rothländer*
- J Die Verbesserung der psychischen Gesundheit und der Arbeitsmarktintegration arbeitsloser Menschen durch den JOBS Program-Ansatz 182  
*Heiko J. Jahn, Daniel Klein, Alfons Holleder (Universität Kassel)*
- K Integrierte Arbeits- und Gesundheitsförderung im JobCenter Essen: Konzept und Umsetzungserfahrungen 201  
*Thomas Mikoteit (JobCenter Essen)*
- L Psychosoziale Beratung von Arbeitslosen: Empowerment als Mittel gegen die Viktimisierung 214  
*Benedikt G. Rogge (Universität Bremen)*
- M Gesundheits- und beschäftigungsfördernde Beratung bei Arbeitslosigkeit – Stabilisierende Gruppen als Teil sozialraumbezogener Sozialarbeit 232  
*Peter Kuhnert (Katholische Hochschule Freiburg)*

### III Fallmanagement in der Beschäftigungsförderung mit Gesundheitsbezug

- N Gesundheitsförderung in der Fortbildung für Fallmanager und Arbeitsvermittler 265  
*Thomas Elkeles, Brigitta Michel-Schwartz*  
*(Hochschule Neubrandenburg)*
- O Fallmanagement in der Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung in Deutschland 301  
*Carlchristian von Braunmühl, Ingrid Toumi, Alfons Holleder*  
*(Universität Kassel)*
- P Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung – AmigA seit 2008 im Jobcenter MAIA des Landkreises Potsdam-Mittelmark 318  
*Antje Kellner (Jobcenter MAIA des Landkreises Potsdam-Mittelmark, vorher ARGE MAIA in Potsdam-Mittelmark)*

### IV Arbeitslose mit besonderem Förderbedarf

- Q Ansätze zur psychosozialen Bewältigung von Jugendarbeitslosigkeit 334  
*Gert Beelmann (QUOTAC Management GmbH, Bremen)*
- R SUPPORT25 – Liaisonambulanz für arbeitslose, psychisch kranke Jugendliche am JobCenter Essen 348  
*Meike Liesen, Svenja Spie (LVR-Klinikum Essen), Thomas Mikoteit (JobCenter Essen), Johannes Hebebrand (LVR-Klinikum Essen), Volker Reissner (LVR-Klinikum Düsseldorf)*
- S Psychosoziale Belastungen und Ressourcen von Frauen mit Migrationshintergrund in einem städtischen Arbeitsmarktintegrationsprojekt 365  
*Sigrid James, Franziska Anna Seidel, Julian Trostmann (Universität Kassel)*
- T Wohnungslos, arbeitslos, Gesundheit los: die Abwärtsspirale bei Wohnungs- und Obdachlosen durchbrechen! 381  
*Rebekka Hoher, Alfons Holleder (Universität Kassel)*

- U „Weil ohne Gesundheit auch keine Arbeit“: Bedürfnisse und Erwartungen an die arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung in der Perspektive von Langzeitarbeitslosen 396  
*Dennis Mayer, Alfons Holleederer (Universität Kassel)*

## V Ansätze in Betrieben und arbeitsmarktnahen Settings für von Arbeitslosigkeit bedrohte Menschen

- V JobFit als Ansatz zur Gesundheitskompetenzförderung arbeitsuchender Menschen: Prävention in arbeitsmarktnahen Settings von 2003 bis 2020 414  
*Monique Faryn-Wewel (Team Gesundheit GmbH Bielefeld)*
- W Arbeitslosigkeit verhindern durch Betriebliches Eingliederungsmanagement: Individuelle, betriebliche und ökonomische Nutzenaspekte 431  
*Mathilde Niehaus, Britta Marfels, Arno Jakobs (Universität Köln)*
- X Der Präventionsgedanke in der beruflichen Rehabilitation von Menschen mit (drohender) Behinderung 449  
*Stefan Zapfel, Clemens Kraetsch, Hendrik Faßmann (Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg)*

## VI Gemeinwesenbezogene Interventionsansätze

- Y Verzahnung von Arbeitsförderung und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt 467  
*Karin Schreiner-Kürten, Volker Wanek (GKV-Spitzenverband)*
- Z Digitalisierung in der Gesundheitsförderung bei arbeitslosen Menschen: eine Chance für den ländlichen Raum? 482  
*Jennifer Mages-Torluoglu, Christophe Kunze, Christian Weidmann, Kirsten Steinhausen, Iris Weishaupt (Hochschule Furtwangen)*
- Autorinnen und Autoren 494
- Stichwortverzeichnis 504

# I **Arbeitsmarktintegrierte Gesundheitsförderung und Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitslosen**

## A **Gesundheit und Krankheit von Arbeitslosen sowie Chancen und Grenzen arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung**

Alfons Hollederer (Universität Kassel)

### **Zusammenfassung**

Der Arbeitsmarkt in Deutschland ist durch eine starke Segmentierung und strukturell bedingte „Sockelarbeitslosigkeit“ gekennzeichnet. Im harten Kern befinden sich auch viele Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen. Die wechselseitigen Wirkungen von Arbeitslosigkeit und Gesundheit sind evident. Das Morbiditätsrisiko von Arbeitslosen ist in einem breiten Krankheitsspektrum im Vergleich zu Beschäftigten deutlich erhöht. Arbeitslose weisen eine höhere Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen und ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten auf. Ihr Erreichungsgrad durch Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen ist relativ gering.

Eine Reihe von Einflussfaktoren moderiert die direkte Wirkung von Arbeitslosigkeit auf den individuellen Gesundheitszustand. Der Bewältigungsprozess der Arbeitslosigkeit steht in Abhängigkeit von individuellen Belastungen und Ressourcen sowie Kompetenzen, Einstellungen und Verhaltensweisen, aber auch von makroökonomischen Einflussfaktoren. Die arbeitsmarktintegrierte Gesundheitsförderung kann bei diesen verstärkenden oder abmildernden Faktoren ansetzen. Die Ansätze der arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung zeigen Effekte auf die Gesundheit und Arbeitsmarktintegration. Sie waren aber bei Arbeitslosen unterschiedlich erfolgreich. Die Analysen weisen auf Entwicklungsbedarf hinsichtlich Zielgruppenspezifizierungen, Erreichungsgrad, Evidenzbasierung und Sektoren übergreifender Gesundheitsförderungskonzepte hin. Durch die Flexibilisierung am Arbeitsmarkt werden die Übergänge zu atypischer Beschäftigung fließend. Die Weiterentwicklung der arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung und der Interventionsforschung stellen eine Public Health-Herausforderung dar.



## 1 Segmentierung des Arbeitsmarktes

Der Arbeitsmarkt ist sehr dynamisch und durch eine hohe Fluktuation, aber gleichzeitig auch durch eine starke Segmentierung geprägt. Es gibt nicht *den* Arbeitslosen wie es auch nicht *den* Beschäftigten als Typus gibt! Der „Bestand an Arbeitslosen“ ist eine Momentaufnahme. Arbeitslose stellen keine homogene Gruppe dar, sondern setzen sich aus verschiedenen Personengruppen mit unterschiedlichen Hintergründen und Verweildauern in Arbeitslosigkeit zusammen. Die Lebenssituationen können sowohl vor Eintritt in die Arbeitslosigkeit als auch während der Arbeitslosigkeitsperiode differieren. Schon allein nach Anlässen können vier Typen der Arbeitslosigkeit (Hradil, 2001) unterschieden werden:

1. Friktionelle (Such-)Arbeitslosigkeit aufgrund des benötigten Zeitaufwands von Umstiegs- und Einstiegsprozessen auf dem Arbeitsmarkt.
2. Saisonale Arbeitslosigkeit, wenn Arbeitslose aus Witterungs- oder institutionellen Gründen in der Saisonpause ihren Arbeitsplatz verlieren.
3. Konjunkturelle Arbeitslosigkeit, wenn Betriebe auf konjunkturbedingte Rückgänge der Nachfrage nach Gütern und Dienstleistungen mit Entlassungen oder Einstellungsstopps reagieren.
4. Strukturelle Arbeitslosigkeit, der häufig ein langwieriger Wandel von Wirtschaftsstrukturen zugrunde liegt.

Die Abbildung 1 veranschaulicht anhand der Entwicklung der Arbeitslosenzahlen, dass die Risiken der Arbeitslosigkeit bzw. die Chancen auf Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt stark von den konjunkturellen Verläufen abhängen. Sie stehen im Kontext zu regionalen Arbeitsmärkten. Die Arbeitslosenquoten variieren beträchtlich zwischen den einzelnen Kreisen und kreisfreien Städten und zwischen den Bundesländern (z.B. Nord-Süd-Gefälle in Westdeutschland). Eine historische Besonderheit ereignete sich außerdem mit der Wiedervereinigung im Jahr 1990, die in Ostdeutschland besondere „Strukturbrüche am Arbeitsmarkt und im Sozialgefüge“ und die subjektive „Erfahrung der Überzähligkeit“ (Vogel, 1999) nach sich zog. Sie wirkt bis heute nach.

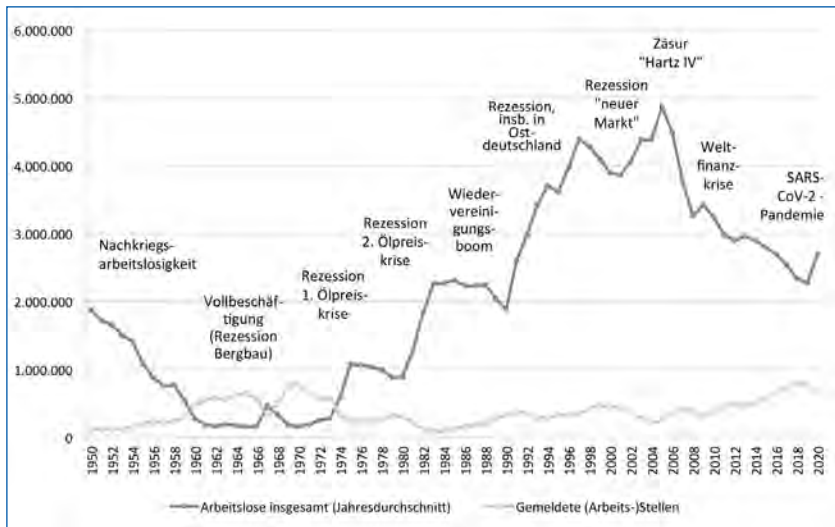
Arbeitslosigkeitsrisiken kumulieren bei bestimmten „Problemgruppen“ am Arbeitsmarkt. Im internationalen Vergleich hat Deutschland eine besonders hohe „Sockelarbeitslosigkeit“, die durch einen starken Anteil sehr schwer vermittelbarer Arbeitsloser in höherem Alter, mit sehr langen Verweildauern, geringen Qualifikationen und eben auch gesundheitlichen Einschränkungen charakterisiert ist. Der harte Kern an Arbeitslosen lässt sich auch in Zeiten des Wirtschaftsaufschwungs nur schwer abbauen. Derzeit liegt der Anteil der Langzeitarbeitslosen an allen Arbeitslosen bei circa einem Drittel (Bundesagentur für Arbeit, 2020a).

Für diese Gruppe sind Programme der aktiven Arbeitsmarktpolitik und zur sozialen Teilhabe sehr wichtig.

Schwerbehinderte Menschen sind in besonders hohem Maße von Arbeitslosigkeit betroffen. 155 Tsd. schwerbehinderte Menschen waren 2019 im Arbeitslosenbestand registriert (Bundesagentur für Arbeit, 2020b). Im Jahresdurchschnitt 2019 betrug die Arbeitslosenquote von Schwerbehinderten 10,9 % in Deutschland. Als schwerbehindert oder Schwerbehinderten gleichgestellt galten 6,1 % der Arbeitslosen im SGB II- und 8,1 % im SGB III-Rechtskreis.

Abbildung 1 visualisiert auch die Diskrepanz zwischen dem Angebot von Arbeitskräften und offenen Stellen anhand der Arbeitsmarktstatistiken der Bundesagentur für Arbeit. Sie zeigt nur einen Ausschnitt des Arbeitsmarktes, weil einerseits nicht alle Stellen der Bundesagentur für Arbeit gemeldet werden und andererseits aufgrund der Statistikkonzeption in den offiziellen Arbeitslosenzahlen nicht alle Arbeitssuchenden und Unterbeschäftigten wegen Ausnahmeregelungen (wie bei Langzeitarbeitsunfähigkeit) erfasst sind. Das Missverhältnis zwischen der Anzahl der gemeldeten Stellen und den Arbeitslosen offenbart aber die gravierenden strukturellen Probleme am Arbeitsmarkt.

**Abbildung 1**  
**Alle Arbeitslosen im Jahresdurchschnitt und gemeldete offene Stellen in Deutschland**



Datenquellen: Statistiken der Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung.

Die gesundheitsbelastenden Folgen von Arbeitslosigkeit werden schon lange Zeit beobachtet und sind Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen seit Arbeitslosigkeit im Zuge der Industrialisierung als Massenphänomen auftrat. In Deutschland brachte bereits 1931 Julius Moses unter dem Eindruck der damaligen Weltwirtschaftskrise eine Denkschrift mit dem Titel „Arbeitslosigkeit: Ein Problem der Volksgesundheit“ heraus. 1933 wurden mit „die Arbeitslosen von Marienthal“ die Auswirkungen und psychosozialen Belastungen auf ein ganzes Gemeinwesen beschrieben (Jahoda et al., 1933/1975). Die früheren Arbeiten über Arbeitslosigkeit und Gesundheit waren durchgängig deskriptiv gehalten. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse, Theorienentwicklung sowie Qualität und Fülle der empirischen Daten steigerten sich seitdem stark.

Trotz dieser langen Forschungstradition ist aber die empirische Datenlage über die Gesundheit von Arbeitslosen heute noch fragmentiert. Im nachfolgenden Abschnitt wird kurz auf empirische Befunde zur Gesundheit und Krankheit von Arbeitslosen in Deutschland eingegangen, weil sich daraus der Bedarf von Prävention und Gesundheitsförderung ableitet.

## 2 Empirische Befunde zur Morbidität, Mortalität und Gesundheitsverhaltensweisen von Arbeitslosen

Arbeitslose haben im Vergleich zu Beschäftigten einen signifikant schlechteren Gesundheitszustand (Hollederer & Brand, 2006; Kieselbach et al., 2006; McKee-Ryan et al., 2005; Paul & Moser, 2009). Das zeigen übereinstimmend zahlreiche Studien und repräsentative Erhebungen in Deutschland wie

- Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (Bammann et al., 2000; Elkeles, 1999);
- Bundesgesundheitsurvey 1998 (Bormann, 2006; Grobe & Schwartz, 2003; Rose & Jacobi, 2006);
- Gesundheitsurvey 2003 (Lange & Lampert, 2005); GEDA-Studie 2009, 2010 und 2012 (Kroll, 2014; Kroll et al., 2016; Kroll & Lampert, 2011a; Kroll & Lampert, 2012)
- Mikrozensus (Hollederer, 2011; Statistisches Bundesamt, 2018a, 2018b, 2018c)
- Sozioökonomisches Panel (Kroll & Lampert, 2011b; Romeu, 2006)
- Sächsische Längsschnittstudie (Berth et al., 2011)
- Haushaltsbefragung LEBEN IN EUROPA (EU-SILC) (Hollederer & Wildner, 2018, 2019)
- Panel Arbeitsmarkt und soziale Sicherung (PASS) (Eggs et al., 2014; Hollederer & Voigtländer, 2016a, 2016b)

Wie diese repräsentativen Vergleichsuntersuchungen in großer Übereinstimmung belegen, ist das Morbiditätsrisiko von Arbeitslosen in einem breiten Krankheitsspektrum, vor allem aber bei psychischen Erkrankungen, deutlich höher als bei Beschäftigten. Es steigt zudem mit der Dauer der Arbeitslosigkeit an.

Nach einem BKK-Gesundheitsreport gab es bei Arbeitslosen im Jahresdurchschnitt 2019 mehr als doppelt so viele Krankenhaufälle und dreimal so viele Behandlungstage wie bei pflichtversicherten Beschäftigten (BKK Dachverband, 2020). Das traf sowohl auf Alg I- als auch Alg II-Leistungsempfängern zu. Psychische und Verhaltensstörungen waren dabei die häufigste Ursache für einen Krankenhausaufenthalt von Arbeitslosen.

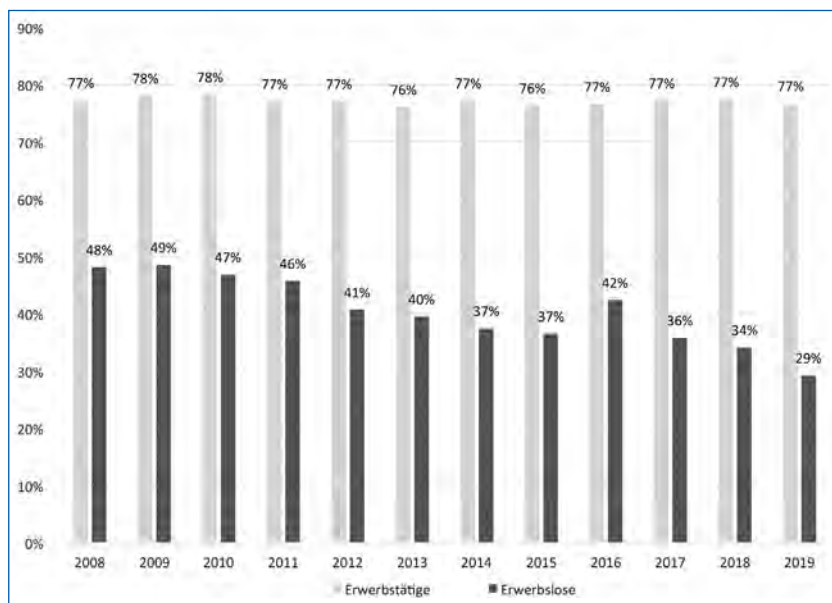
Arbeitslose nehmen außerdem die professionelle Suchtkrankenhilfe überproportional häufig in Anspruch (Henkel, 2011). Das trifft sowohl auf die ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen als auch auf die stationären Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland zu (Institut für Therapieforschung, 2020).

Lebensstil und Verhaltensweisen nehmen Einfluss auf die Gesundheit. Bei Arbeitslosen wurde in vielen Studien ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten sowie ein erhöhter Suchtmittelkonsum festgestellt (Hollederer, 2011; Kroll et al., 2016). So rauchten z.B. nach dem Mikrozensus 2017 45 % der Erwerbslosen zum Befragungszeitpunkt, während bei den Erwerbstätigen nur 27 % zu den Rauchern zählten (Statistisches Bundesamt, 2018c). Bei Erwerbslosen ist sowohl der Anteil an Untergewichtigen als auch an Adipösen höher als bei Erwerbstätigen (Statistisches Bundesamt, 2018a). Arbeitslosigkeit kann sich negativ auf die Ernährung auswirken, wenn eine gesunde Ernährung zu kostspielig bei SGB II-Leistungsbezug geworden ist. Davon sind die Haushaltsangehörigen mit betroffen. Die Kinder von Haushalten mit Erwerbslosen erhalten wesentlich seltener täglich frisches Obst und Gemüse und eine hochwertige Mahlzeit als der Durchschnitt der Kinder (Hollederer & Wildner, 2018). Wichtig ist auch die körperliche Aktivität, weil sie sich auf die körperliche und psychische Gesundheit positiv auswirkt (Geuter & Holleder, 2012). Arbeitslose praktizieren aber wesentlich häufiger als Beschäftigte einen bewegungsarmen Lebensstil. In einer Repräsentativerhebung gab fast die Hälfte der arbeitslosen Frauen an, dass sie nie aktiv Sport, Fitness oder Gymnastik treiben (Hollederer & Voigtländer, 2016b). Die Alltagsbewegung gewinnt damit stark an gesundheitlicher Bedeutung.

Bei Arbeitslosen manifestiert sich die Krankheitslast in einem signifikant erhöhten Risiko für vorzeitige Mortalität. Das ist bei Arbeitslosen national (Grigoriev et al., 2019; Grobe, 2006) wie international (Roelfs et al., 2011) nachgewiesen worden. Langzeitarbeitslosigkeit ist außerdem mit einer erhöhten Suizidrate verbunden (Milner et al., 2013).

In Deutschland ging die Erwerbslosigkeit in der letzten Dekade zurück, aber die Gesundheitsprobleme im Erwerbslosenbestand haben anteilmäßig zugenommen. Die Abbildung 2 informiert über die Ergebnisse des EU-SILC-Survey, der als Besonderheit in Deutschland und in der Europäischen Union jährlich durchgeführt wird. Demnach schätzten 77 Prozent der Erwerbstätigen in Deutschland im Jahr 2019 ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein. Unter den (überwiegend) Erwerbslosen lag dieser Anteil nur bei 29 % in Deutschland und damit am niedrigsten von allen EU-Ländern. Im Jahr 2008 hatten noch 48 % der Erwerbslosen in Deutschland einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand angegeben.

**Abbildung 2**  
**Anteil der Erwerbspersonen mit „sehr gutem oder gutem“ Gesundheitszustand in Deutschland im EU-SILC-Survey (Selbsteinschätzung) (16–64 Jahre)**



Datenquelle: EUROSTAT Datenbank (mit letzter Änderung vom 17.12.2020), eigene Darstellung.

Anmerkung: Der EU-SILC-Survey erfasst in Deutschland jährlich die Antworten von mehr als 22 Tausend Personen (ab 16 Jahren). Der subjektive allgemeine Gesundheitszustand wird im 5er-Likert-Format gemessen und hier dichotomisiert („sehr gut/gut“ vs. „mittelmäßig/schlecht/sehr schlecht“). Der (überwiegende) Erwerbsstatus wird nach dem Labour Force Konzept für das Vorjahr erhoben.

Seit kurzem werden die empirischen Forschungsarbeiten zu Arbeitslosigkeit und Gesundheit im Verfahren der Meta-Analyse ausgewertet. Einen qualitativen Sprung markiert eine Studie von Murphy und Athanasou (1999) über die Effekte von Arbeitslosigkeit. Die Grundfragestellungen griffen Paul, Hassel und Moser (2006) auf Basis von 237 Querschnitt- und 87 Längsschnittstudien auf. Sie wiesen meta-analytisch nach, dass Arbeitslosigkeit mit einer Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit einhergeht, der Effekt von mittlerer Stärke ist und sich die Beeinträchtigung des Befindens für mehrere Indikatoren der psychischen Gesundheit nachweisen lässt. Es gibt demnach kein spezifisches „Arbeitslosigkeitssyndrom“, die Beeinträchtigung des Befindens lässt sich für mehrere Indikatoren der psychischen Gesundheit nachweisen, insbesondere für unspezifische psychische Beanspruchungssymptome, Depressionssymptome, Angstsymptome, subjektives Wohlbefinden und Selbstwertgefühl. Die Hauptanalyse wurde von Paul und Moser (2009) international veröffentlicht. In diesem Sammelband präsentieren Paul und Moser (Kap. B) Ergebnisse dieser langjährigen Forschungsintegration.

Parallel untersuchten McKee-Ryan et al. (2005) den Impact von Arbeitslosigkeit auf das Wohlbefinden der Betroffenen in einer weiteren internationalen Meta-Analyse. Sie ergab, dass Arbeitslose im Vergleich zu Beschäftigten eine signifikant schlechtere psychische Gesundheit und Lebenszufriedenheit, aber auch einen ungünstigeren physischen Gesundheitszustand aufweisen. Auf die Bedeutung der Moderationsanalysen wird weiter unten noch eingegangen.

### 3 Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Ein „Circulus vitiosus“

Die beobachteten Gesundheitsunterschiede zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten können prinzipiell auf verschiedene Art und Weise zustande kommen. Die Wirkungsrichtung zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit ist eine der zentralen Fragestellungen: führt Krankheit zu Arbeitslosigkeit oder wirkt sich Arbeitslosigkeit ursächlich auf individuelle Gesundheitszustände aus? Eine Reihe von Theorien versuchte vor allem die kausale Wirkung von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit zu erklären. Zu bedeutenden theoretischen Ansätzen zählen u.a.:

- eine „psychische Deprivation“ aufgrund des Wegfalls der manifesten und latenten Funktionen der Arbeit durch den Arbeitsplatzverlust (Jahoda et al., 1983);
- 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 (Creed & Bartrum, 2006);
- mit Arbeitslosigkeit verbundene soziale Stigmatisierungskonzepte (Goffman, 1967).

Die Selektionshypothese sieht die Gesundheitsunterschiede zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten durch Arbeitsmarktprozesse verursacht an, wegen derer die betreffenden Personen eher entlassen werden und mit geringerer Wahrscheinlichkeit Arbeitsangebote erhalten. Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen und Behinderungen haben im Schnitt deutlich schlechtere Wiedereingliederungschancen auf dem Arbeitsmarkt. Gesundheitliche Einschränkungen bei Arbeitslosen wirken sich zum Teil schon im Vorfeld der Wiedereingliederung bei der Suche nach einer neuen Arbeitsstelle als ein Hindernis aus (Hollederer, 2011).

Nach derzeitigem Forschungsstand bestehen durch Arbeitslosigkeit verursachte Gesundheitsbeeinträchtigungen parallel zu Selektionsmechanismen auf dem Arbeitsmarkt – auch wenn das zugrunde liegende Ursachen-Wirkungsgefüge bis heute nicht vollständig geklärt ist. Die Effektgrößen der Selektionsprozesse werden aber als kleiner eingeschätzt (Paul & Moser, 2009; Paul & Moser in diesem Band, Kap. 2). Generell ist eine große Übereinstimmung bei den Arbeitslosenforschern in allen Perioden vorzufinden, dass sich Arbeitslosigkeit negativ auf den Gesundheitszustand auswirkt. Die Kausalitätshypothese wird durch die Untersuchungen mit Wechsel zwischen Erwerbsstatus und Arbeitslosigkeit gestützt. Menschen erleiden nach Arbeitsplatzverlust in der Tendenz eine Verschlechterung ihrer psychischen Gesundheit und umgekehrt verbessert sich das seelische Befinden deutlich, wenn Arbeitslose zurück in die Beschäftigung finden.

Für gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitslose zeichnet sich daher ein „circulus vitiosus“ ab (Abb. 3). Sie haben schlechtere Wiedereingliederungschancen in den Arbeitsmarkt und daher eine durchschnittlich höhere Verweildauer in Arbeitslosigkeit, die sich wiederum belastend auf den Gesundheitszustand auswirken kann.

#### **4 Einflussfaktoren auf die Bewältigung von Arbeitslosigkeit**

Wie bewältigen nun Menschen unfreiwilligen Arbeitsplatzverlust und anhaltende Arbeitslosigkeit am besten und gesündesten? Wie im Eingangskapitel ausgeführt, sind schon die Anlässe von Arbeitslosigkeit und die Lebenssituationen der Betroffenen sehr unterschiedlich. Generell fehlt noch



ein systematischer Erklärungsansatz, der die häufig isoliert betrachteten Einflussvariablen mit ihren Wechselbeziehungen und verschiedenen Dimensionen in ihrer ganzen Komplexität erfasst. In der Arbeitslosenforschung überwiegen noch die defizitorientierten Studien. Es bestehen nur wenige Erkenntnisgewinne über salutogenetische Faktoren und erfolgreiche Coping-Strategien. Frühere Phasenmodelle für das Erleben von Arbeitslosigkeit haben sich als zu stereotyp erwiesen, z.B. das Modell nach Eisenberg und Lazarsfeld (1938) mit 1. Phase „aktive Jobsuche“, 2. Phase „pessimistisch, ängstlich, gestresst“, 3. Phase „fatalistisch und angepasst“.

Die „differentielle Arbeitslosigkeitsforschung“ (Wacker, 2001) berücksichtigt daher nicht nur unterschiedliche Arbeitslosigkeitsrisiken in der Erwerbsbevölkerung, sondern auch die ungleichen Verteilungen psychosozialer und gesundheitlicher Risiken in Arbeitslosigkeit. Die Ergebnisse tragen auch dazu bei, vulnerable Gruppen zu identifizieren. Der Bewältigungsprozess einer Arbeitslosigkeitsperiode steht in Abhängigkeit von individuell verfügbaren Ressourcen sowie von Fähigkeiten und Kompetenzen. Viele potenzielle Einflussfaktoren wurden daher in Moderationsanalysen einbezogen, um den unterschiedlichen Umgang mit Arbeitslosigkeit und die Auswirkungen auf verschiedene Personengruppen zu erklären. Moderatorvariablen sind weder abhängige noch unabhängige Variablen. Sie werden erhoben, um im Nachhinein zu prüfen, ob das Merkmal den Einfluss einer unabhängigen auf die abhängige Variable verändert bzw. „moderiert“ (Bortz & Döring, 2015). Moderatorvariablen beeinflussen den kausalen Zusammenhang, ohne aber Bestandteil des eigentlichen Wirkprozesses zu sein.

In der Tabelle 1 sind verschiedene moderierende Variablen, die in zahlreichen Einzelstudien in den letzten drei Jahrzehnten diskutiert wurden, zusammengeführt. Sie nimmt Rückgriff auf Überblicksarbeiten von Kieselbach (1994) und Winefield (1995) sowie verschiedene Meta-Analysen. Paul und Moser geben einen aktuellen Sachstand in diesem Band (Kap. 2), so dass sich hier auf einige, für die Gesundheitsförderung relevante Erkenntnisse beschränkt werden kann. Die Aufstellung zeigt die große Bandbreite von soziodemografischen Variablen, erwerbsbiografischen Merkmalen, Ressourcen, kognitiven Einstellungen, Problemlösestrategien und makroökonomischen Variablen.

Wie die Tabelle 1 demonstriert, herrscht in der Forschung schon lange Konsens, dass eine Reihe von Moderatoren die direkte Wirkung von Arbeitslosigkeit auf den individuellen Gesundheitszustand mildert oder verstärkt. Überraschenderweise wird auf der einen Seite ein Großteil der in der Literatur diskutierten Faktoren in den statistischen Moderationsanalysen aber nicht bestätigt. Auf der anderen Seite verdeutlicht die Gegenüberstellung, dass (noch) nicht



alle diskutierten Faktoren aufgrund der Datenlage quantitativen Moderationsanalysen unterzogen werden konnten. Gegenüber den Berichten früherer Forschungsperioden fällt bei der Gesamtschau der Meta-Analysen auf, dass darin die soziodemografischen Merkmale Alter, ethnische Zugehörigkeit und Qualifikationsniveau nur geringen oder gar keinen nachweisbaren Einfluss bei den Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit hatten.

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei den gesundheitsbezogenen Reaktionen auf Arbeitslosigkeit sind noch nicht vollständig geklärt. Der Diskurs ist bei Hollederer und Mohr (2016) dargestellt. Die Assoziation zwischen Mortalität und Arbeitslosigkeit ist dagegen nach der Meta-Analyse von Roelfs et al. (2011) bei Männern signifikant stärker als bei Frauen ausgeprägt.

Paul und Moser (2009) erkannten außerdem einen schwach moderierenden Trend in ihrer Meta-Analyse für soziale Schicht. Roelfs et al. (2011) berichteten ebenfalls, dass das Mortalitätsrisiko von Arbeitslosen mit dem sozioökonomischen Status korrespondiert.

Eine Inkongruenz zwischen starker innerer Bindung an die Erwerbsarbeit und der Lebenssituation geht nach der Meta-Analyse von Paul und Moser (2006) mit einer Reihe von Distress-Symptomen einher. Auch bei McKee-Ryan et al. (2005) wird meta-analytisch innerhalb der Arbeitslosengruppen festgestellt, dass Menschen mit ausgeprägter Arbeits- oder Berufsorientierung und einer Zentrierung auf die Arbeitsrolle in höherem Maße durch Arbeitslosigkeit psychisch belastet sind.

Unter der Arbeitslosigkeit leiden besonders Personen mit längerer Arbeitslosigkeitsdauer nach den beiden Meta-Analysen von Paul und Moser (2006) und McKee-Ryan et al. (2005). Das Sterblichkeitsrisiko ist dagegen nach der Meta-Analyse von Roelfs et al (2011) nicht nur bei langer, sondern auch bei kurzer Arbeitslosigkeitsdauer signifikant erhöht. Milner et al (2013) berechneten, dass eine lange Dauer der Arbeitslosigkeit mit höheren Risiken eines Suizides oder Suizidversuchs verbunden ist.

In den Meta-Analysen von Paul und Moser (2009) und McKee-Ryan et al. (2005) konnte wider Erwarten kein signifikanter Moderationseinfluss für die lokale Arbeitslosenquote nachgewiesen werden. Paul und Moser (2009) identifizierten als weitere bedeutsame Moderatorvariablen die Größigkeit des sozialen Sicherungssystems, die wirtschaftliche Entwicklung und die Einkommensungleichheit im internationalen Vergleich.