

Beiträge zur  
Gesundheitsberichterstattung  
des Bundes

## Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland

### Kapitel 4: Arbeit und Gesundheit

Die einzelnen Kapitel des Beitrages

»Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland«

können Sie hier als PDF-Dokumente herunterladen.

## 4 Arbeit und Gesundheit

Erwerbsarbeit stellt in der Regel die primäre Quelle zur Sicherung des Lebensunterhaltes dar. Sie bringt aber nicht nur materielle Vorteile durch ein stetiges Einkommen mit sich, sondern wirkt auch sinnstiftend. Erwerbstätigkeit eröffnet von Familien und Freunden unabhängige soziale Kontakte und Netzwerke. Zudem geht mit vielen Berufen auch Anerkennung, ein bestimmtes soziales Ansehen und Prestige einher. Zugleich kann Erwerbsarbeit aber auch Ursache von Belastungen, Stress und Unsicherheiten sein. Gesundheitliche Risiken durch die Erwerbsarbeit ergeben sich durch körperliche, psychische und soziale Belastungen, die je nach Tätigkeit, Berufsstatus, Branche oder Berufserfahrung unterschiedlich stark ausgeprägt sein können. Mit erhöhten Arbeitsbelastungen sind unfall- oder krankheitsbedingte Fehlzeiten und damit Einschränkungen in der Produktivität von Unternehmen assoziiert. In der Regel sind Erwerbstätige mit niedrigem Berufsstatus häufiger Gesundheitsrisiken ausgesetzt und haben zugleich geringere Ressourcen, um diese erfolgreich zu bewältigen [1]. Männer und Frauen sind in Deutschland in unterschiedlichen Wirtschaftsbereichen und Berufsfeldern tätig (horizontale Segregation) und haben häufig unterschiedliche Positionen in der jeweiligen betrieblichen Hierarchie inne (vertikale Segregation) [2, 3]. Die Gründe dafür sind vielfältig, sollen aber an dieser Stelle nicht ausführlich diskutiert werden. Durch die geschlechtsspezifische Segregation des Arbeitsmarktes weisen auch berufliche Einflüsse und deren gesundheitliche Konsequenzen geschlechtsspezifische Prägungen auf. Ziel des vorliegenden Kapitels ist es daher, zunächst die Verteilung der Erwerbs- und Familienarbeit zwischen Männern und Frauen zu beschreiben und dann auf die geschlechtsspezifischen gesundheitlichen Belastungen einzugehen, die mit Erwerbstätigkeit verbunden sein können.

Arbeitslosigkeit kann die Gesundheit erwerbsorientierter Menschen stark belasten [4, 5]. Arbeitslose sind zur Sicherung ihres Lebensunterhaltes zumeist auf Leistungen der Sozialversicherungen, staatliche Fürsorge oder auf die Unterstützung durch Angehörige angewiesen. Sie haben dadurch gegenüber Erwerbstätigen deut-

lich geringere Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten [6]. Zudem führt Arbeitslosigkeit zu einem Verlust der beruflichen Funktionen und Netzwerke. Die daraus resultierenden psychosozialen Belastungen werden durch eine mögliche Stigmatisierung der Arbeitslosigkeit weiter verstärkt [7]. Arbeitslosigkeit und bereits die Bedrohung der Arbeitsplatzsicherheit können daher als Stress auslösende Lebensereignisse angesehen werden [8]. Über welche Aspekte Arbeitslosigkeit und Gesundheit miteinander verknüpft sind, ist ebenfalls Gegenstand des vorliegenden Kapitels, wobei der Fokus auf Gesundheitsrisiken und Gesundheitsprobleme arbeitsloser Männer gelegt wird.

Für das Kapitel wurde zur Beschreibung der Erwerbsbeteiligung und der branchenspezifischen Tätigkeiten auf die Daten der amtlichen Statistik (Mikrozensus, Arbeitsmarktstatistik) zurückgegriffen. Die Ergebnisse der Erwerbstätigenbefragung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) werden für die Darstellung der Arbeitsbelastungen herangezogen. Zusätzlich kann mit den Daten des telefonischen Gesundheitssurveys »Gesundheit in Deutschland aktuell« des Robert Koch-Instituts aus dem Jahr 2010 (GEDA 2010) das Ausmaß von subjektiv empfundenen Arbeitsbelastungen verknüpft mit soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen beschrieben werden. Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen bei Pflichtversicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung wird auf Basis der Daten der KG2- und KM1/13-Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit untersucht und durch Auswertungen für die Versicherten der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) und der Betriebskrankenkassen (BKK) ergänzt. Die Daten zur Arbeitslosenstatistik stammen von der Bundesagentur für Arbeit. Die Studie GEDA 2010 erlaubt hierbei Analysen zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit, prekärer Beschäftigung und Gesundheit.

## 4.1 Erwerbstätigkeit und Familienarbeit

Als Erwerbstätige werden abhängig Beschäftigte, selbständig Arbeitende bzw. auch mithelfende Familienangehörige verstanden, die eine auf wirtschaftlichen Erwerb gerichtete Tätigkeit ausüben [9]. Von der Erwerbsarbeit abgegrenzt wird u.a. Haus- und Familienarbeit, worunter unentgeltliche häusliche und familienbezogene Arbeiten für sich selbst und für im Haushalt lebende Kinder und Angehörige verstanden werden [2].

In Deutschland ist die überwiegende Mehrheit der Männer und Frauen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren erwerbstätig [9]. Im Laufe des 20. Jahrhunderts hat sich das Modell des männlichen Alleinverdieners sukzessive in Richtung des Modells der Doppelverdiener-Haushalte verschoben [10, 11]. Allerdings weist die Aufteilung zwischen Erwerbstätigkeit und Haus- und Familienarbeit einerseits, sowie die Verteilung verschiedener Tätigkeiten der Haus- und Familienarbeit andererseits, gerade in Partnerschaften mit Kindern, eine starke Geschlechtsspezifität auf.

### 4.1.1 Erwerbsbeteiligung

Hinsichtlich der Erwerbsbeteiligung von Männern und Frauen in Deutschland bestehen deutliche Unterschiede. Im Jahr 2012 betrug der Anteil der Erwerbstätigen an der Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren bei Männern 77,1 % und bei Frauen 67,6 % [12], im Jahr 1993 lagen die Anteile noch bei 75,0 % bzw. 55,0 % [13, 14]. In der Altersverteilung zeigt sich, dass die Erwerbsbeteiligung von Männern vor allem ab dem 30. Lebensjahr deutlich höher ist, als die von Frauen. So betrug die Erwerbstätigenquote in der Altersgruppe der 35- bis unter 40-Jährigen bei den Männern 90,1 %, bei Frauen aber nur etwa drei Viertel [14]. Bei den 40-Jährigen und Älteren gleichen sich die Erwerbstätigenquoten von Männern und Frauen bis zu einem Alter von 55 Jahren leicht an, die Unterschiede bleiben bis zum Eintritt ins Rentenalter bestehen.

Der Umfang der Erwerbstätigkeit unterscheidet sich ebenfalls im Vergleich von Männern und Frauen [15]. Im Jahr 2012 war lediglich etwa ein Zehntel der Männer, aber nahezu jede zweite Frau in Teilzeit erwerbstätig [9]. Im Altersverlauf be-

trachtet, sind die Unterschiede bei den Teilzeitquoten zwischen den Geschlechtern am Beginn des Erwerbslebens noch gering und zeigen erst ab dem Alter der Familiengründung deutliche Unterschiede [16]. Ob Männer und Frauen in Vollzeit oder Teilzeit tätig sind, unterscheidet sich demnach stark hinsichtlich der familiären Situation. So sind Väter im Vergleich zu Müttern häufiger erwerbstätig und dies auch öfter in Vollzeit. Wird die Gruppe der Väter nach Familienstand betrachtet, zeigt sich, dass verheiratete Väter am häufigsten erwerbstätig sind und dies auch in Vollzeit. Alleinerziehende mit Kindern unter 15 Jahren waren in der Gruppe der Väter seltener berufstätig und auch die Vollzeitquote ist bei ihnen geringer [17]. Wird nach Gründen für eine Teilzeiterwerbstätigkeit gefragt, sind die wichtigsten Gründe bei Männern, dass sie keine Vollzeitstelle gefunden haben (24,2 %), dass sie eine Ausbildung machen (25,0 %) und dass sie eine Vollzeiterwerbstätigkeit aus anderen Gründen nicht wünschen (29,0 %). Bei Frauen dominieren demgegenüber persönliche oder familiäre Verpflichtungen (50,3 %), worunter die Betreuung von Kindern, pflegebedürftigen Personen und Menschen mit Behinderungen fällt [18].

Die Ergebnisse belegen, dass Männern in der reproduktiven Lebensphase auch heute noch vielfach die Rolle des Familienernährers zukommt. Ihr Leben ist über einen längeren Zeitraum und zeitlich intensiver durch Erwerbsarbeit geprägt, weil die Erwerbsbeteiligung von Frauen nach wie vor stark vom Alter und der Anzahl ihrer Kinder abhängt [19].

### 4.1.2 Wirtschaftszweige und Tätigkeiten

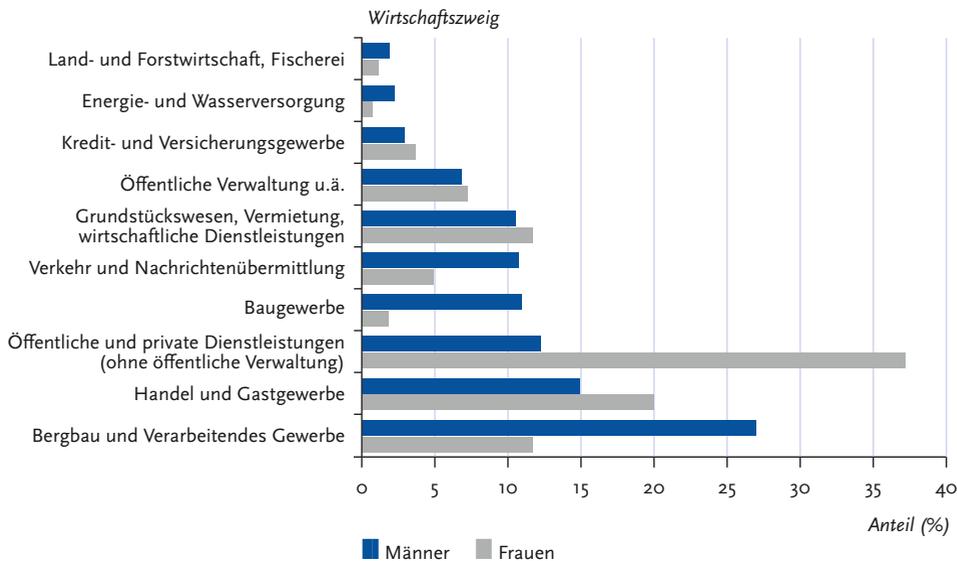
Wie bereits erwähnt, arbeiten Männer häufig in anderen Wirtschaftszweigen und Tätigkeiten als Frauen (horizontale Segregation) [2]. Sie sind nach Angaben des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2012 vor allem im Bereich des Bergbaus und verarbeitenden Gewerbes sowie des Baugewerbes tätig. Frauen sind dagegen vermehrt im Bereich der öffentlichen und privaten Dienstleistungen sowie im Handel und Gastgewerbe tätig (siehe Abbildung 4.1).

Das Spektrum der Berufe von Männern ist insgesamt deutlich breiter als das von Frauen [20]. Die häufigsten Berufe von Männern im Alter zwischen 27 und 59 Jahren sind eher dem administ-

Abbildung 4.1

## Erwerbstätige im Alter ab 15 Jahren nach Wirtschaftszweigen und Geschlecht im Jahr 2012 (Anteile in Prozent)

Quelle: Mikrozensus 2012, Statistisches Bundesamt [9]



rativen Bereich und den MINT-Fächern (Mathematik, Informatik, Naturwissenschaft, Technik) zuzuordnen, während Frauen häufig personenbezogene Dienstleistungen im Sozial- und Gesundheitswesen ausführen [20].

Bei der Berufswahl ist für Mädchen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bereits ein wichtiges Kriterium. Eine Familienorientierung ist auch bei Jungen und ihrer Berufswahl zu beobachten, jedoch nicht so stark im Hinblick auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, sondern eher hinsichtlich der Möglichkeiten zur Erfüllung des Rollenmodells als Familienernährer [21]. Die Wahl des entsprechenden Berufs- und Tätigkeitsfeldes von Männern und Frauen spiegelt damit auch Vorstellungen über die Vereinbarkeit von Beruf und persönlicher Lebensplanung wider. Den Initiativen »Boys' Day« und »Girls' Day« kommt daher bei der Berufsorientierung von Jungen und Mädchen jenseits der traditionellen Rollen- und Berufsbilder eine besondere Bedeutung zu.

Die beschriebene geschlechtsspezifische Segregation des Arbeitsmarktes lässt sich jedoch zum Teil mit den unterschiedlichen Präferenzen auf Seiten der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen erklären [22]. Dass geschlechtsspezifische Kri-

terien bei der Personalauswahl auf Seiten der Arbeitgeber eine Rolle spielen, kann nicht ausgeschlossen werden. Es bestehen zwar rechtliche Rahmenbedingungen, die eine Gleichbehandlung aller Personen in der Personalauswahl vorschreiben. Danach müssen sich die Auswahlentscheidungen zwingend an diskriminierungsfreie Auswahlkriterien orientieren. Aber die Personalauswahl beruht häufig auf stereotypen Zuordnungen von Eigenschaften oder Personen bzw. orientiert sich häufig an der Person bzw. den Eigenschaften des/der vorherigen Beschäftigten [23]. Allerdings gibt es zu geschlechtsbezogener Diskriminierung auf der Nachfrageseite des Arbeitsmarktes bisher nur wenige Erkenntnisse.

#### 4.1.3 Einkommen

In Zusammenhang mit den Unterschieden in der Erwerbsbeteiligung von Männern und Frauen stehen Differenzen in den Erwerbseinkommen, die auch als »gender pay gap« bezeichnet werden [16]. Das durchschnittliche Bruttoerwerbseinkommen der Männer liegt seit dem Jahr 2002 weitgehend konstant um etwa ein Viertel höher als das von

Frauen [24]. Dieser Unterschied ist in den alten Bundesländern deutlich höher als in den neuen Bundesländern, und im europäischen Vergleich sind die Einkommensunterschiede zwischen Frauen und Männern in Deutschland besonders groß [25]. Wichtige Ursachen für das höhere Erwerbseinkommen von Männern sind die bereits angesprochenen Unterschiede im Anteil der Vollzeitbeschäftigten sowie eine höhere Bezahlung in den Tätigkeiten und Wirtschaftszweigen, in denen Männer hauptsächlich arbeiten (vertikale und horizontale Segregation). Zudem sind familienbedingte Unterbrechungen in der Erwerbsbiografie von Männern seltener. Untersuchungen konnten zeigen, dass etwa zwei Drittel des höheren Erwerbseinkommens dadurch erklärt werden können. Die Ursachen für das verbleibende Drittel, den bereinigten *gender pay gap*, sind noch nicht geklärt [26, 27]. Dieser betrug 2012 7%, das heißt, Frauen verdienen auch bei vergleichbarer Qualifikation und Tätigkeit pro Stunde durchschnittlich 7% weniger als Männer [25]. Allerdings lagen für die Berechnung relevante Informationen, wie z.B. familienbedingte Erwerbsunterbrechungen, nicht vor und konnten nicht berücksichtigt werden.

#### 4.1.4 Familiäre Arbeitsteilung

Unterschiede in der Erwerbsbeteiligung sind auch Ausdruck historisch gewachsener Formen familiärer Arbeitsteilung [28]. So übernehmen Männer in Partnerschaften im Vergleich zu ihren Partnerinnen seltener Hausarbeiten oder die Kinderbetreuung. Innerhalb des Haushalts herrscht zudem eine eher traditionelle Arbeitsteilung vor: Männer sind danach stärker für handwerkliche Tätigkeiten und den Lebensunterhalt (Geldverdienen) und Frauen eher für den Haushalt (Kochen, Einkaufen, Putzen) zuständig [28].

Die Daten der amtlichen Zeitbudgeterhebung deuten ebenfalls in diese Richtung [29, 30]. Männer mit Partnerin und Kindern unter 15 Jahren üben deutlich weniger nicht bezahlte Arbeit im Haushalt oder bei der Betreuung von Kindern aus als Frauen, die demgegenüber weniger Zeit auf die Erwerbsarbeit verwenden (siehe dazu auch Kapitel 5 Lebensformen und Gesundheit).

In aktuellen Untersuchungen deutet sich an, dass sich zwar die Einstellungen zur familiären

Arbeitsteilung in Bezug auf die Kinderbetreuung sukzessive modernisieren, gleichzeitig aber die Realität der familiären Arbeitsteilung häufig dahinter zurück bleibt. So geht die Zustimmung zu Aussagen, nach denen die Erwerbsarbeit weitgehend den Männern vorbehalten sei und Frauen die Rolle der Kinderbetreuung zukomme, unter Frauen wie auch unter Männern nach und nach zurück [17]. Gleichzeitig zeigen sich jedoch im Zeitverlauf allenfalls geringfügige Verschiebungen der tatsächlichen familiären Arbeitsteilung bei der Kinderbetreuung. So übernahmen Väter im Jahr 2008 nicht häufiger kinderbezogene Aufgaben und Aktivitäten als im Jahr 1998 [31].

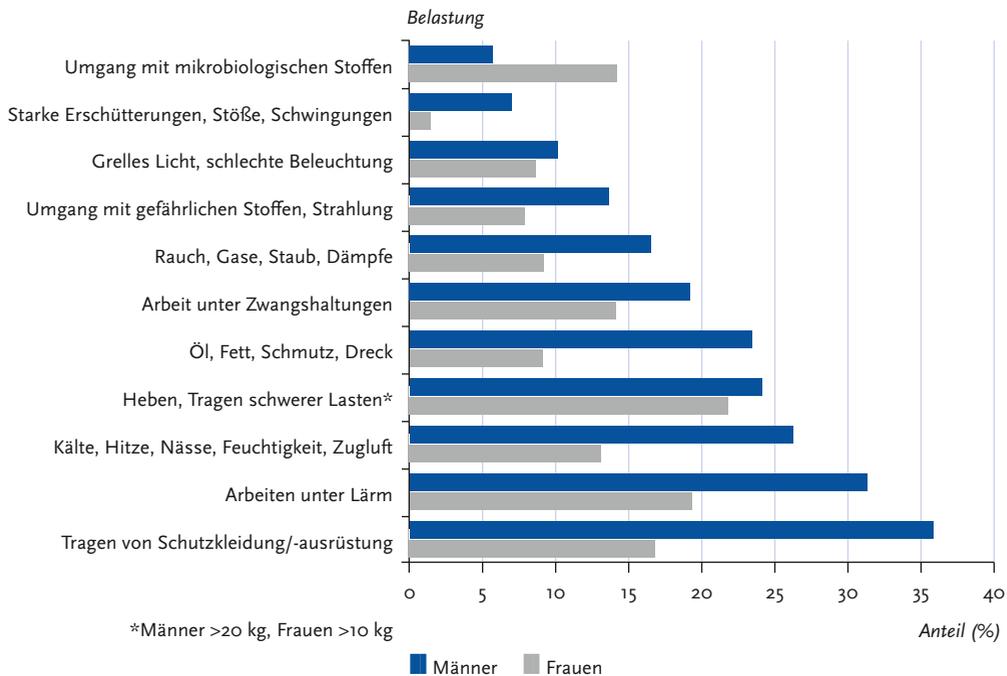
Der Einstellungswandel scheint sich also nur sehr langsam zu vollziehen. Die Politik hat durch verschiedene Maßnahmen und Initiativen Voraussetzungen dafür geschaffen, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Männer und Frauen zu verbessern und dadurch auch Anreize für die Väter zu schaffen, Familienaufgaben zu übernehmen. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang die Partnermonate des Elterngeldes und der Ausbau der Kinderbetreuung [32]. Die Quote der Väter, die für ihre Kinder die Elternzeit in Anspruch nehmen, ist seit Einführung des Gesetzes stetig gestiegen. Wie Ergebnisse aus internationalen Studien belegen, haben familienpolitischen Leistungen auch Einfluss auf die partnerschaftliche Arbeitsteilung [33]. Dabei sind neben den Vätermonaten eine gute Kinderbetreuungsstruktur und die Dauer der Elternzeit entscheidend für eine partnerschaftliche Aufteilung der Familienarbeit zwischen Männern und Frauen [34].

#### 4.2 Erwerbstätigkeit und Gesundheit

Körperliche, geistige oder soziale Arbeitsbelastungen mit gesundheitsschädigendem Potenzial kennzeichnen Arbeitsplätze in unterschiedlichem Maße. Sie resultieren aus Anforderungen in konkreten Tätigkeitsbereichen oder sind Folge der Arbeitsorganisation [35, 36]. Übersteigt die Belastung im Rahmen der Tätigkeit individuelle Grenzen in den genannten Bereichen, können gesundheitliche Beeinträchtigungen, Fehlzeiten am Arbeitsplatz, Arbeitsunfähigkeit bis hin zu Berufskrankheiten und ein vorzeitiger Renteneintritt die Folge sein.

**Abbildung 4.2**  
**Ergonomische und umgebungsbezogene Belastungen von Vollzeitbeschäftigten ab 15 Jahren nach Geschlecht (Anteile in Prozent)**

Quelle: Erwerbstätigenbefragung 2011/2012, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin [37]



\* Männer >20 kg, Frauen >10 kg

Körperliche Belastungen können sich aus den direkten Arbeitsabläufen ergeben. Psychosoziale Belastungen resultieren meist aus Konflikten mit Vorgesetzten oder Kollegen, aus belastenden Arbeitszeiten, aus Leistungsdruck, zu hohen Anforderungen oder zu geringen Kontrollmöglichkeiten bei der Arbeitsdurchführung oder auch aus einer als unangemessen empfundenen Honorierung der eigenen Leistung [35].

#### 4.2.1 Körperliche Arbeitsbelastungen

Aus den Daten der Erwerbstätigenbefragung 2011/2012 geht die Exposition der Erwerbstätigen gegenüber verschiedenen Formen gesundheitsriskanter Arbeitsbedingungen hervor. Da viele der Belastungen zwischen Voll- und Teilzeiterwerbstätigen nicht direkt vergleichbar sind, wird deren Anteil nachfolgend nur für Vollzeitbeschäftigte dargestellt.

In der Verbreitung ergonomischer und umgebungsbezogener Arbeitsbelastungen spiegelt sich die geschlechtsspezifische Segregation des deutschen Arbeitsmarktes wider (siehe Abbildung 4.2). Männer sind in ihrer beruflichen Tätigkeit häufiger Schmutz, Lärm, extremen Temperaturen, Rauch und Gasen ausgesetzt. Außerdem müssen sie häufiger ergonomische Belastungen wie das Tragen von Schutzausrüstung, das Bewegen und Tragen schwerer Lasten (über 20 kg) oder die Arbeit unter Zwangshaltungen ertragen. Diese Belastungen sind typisch für Bereiche wie das Baugewerbe und die industrielle und landwirtschaftliche Produktion, in denen Männer überproportional häufig tätig sind.

Wird die körperliche Arbeitsbelastung dem Lohn der Erwerbstätigen gegenübergestellt, zeigt sich ein sozialer Gradient. Danach arbeiten Männer in der untersten Lohngruppe häufiger in belastenden Berufen als Männer in den mittleren

und oberen Lohngruppen [38]. Dieser Zusammenhang zeigt sich auch nach Kontrolle des Alters und des Umfangs der Erwerbstätigkeit. So ist die körperliche Arbeitsbelastung in der unteren Einkommensgruppe bei Männern 1,8-fach gegenüber der Vergleichsgruppe mit hohen Einkommen erhöht. (GEDA 2010, eigene Berechnungen).

#### 4.2.2 Psychosoziale Arbeitsbelastungen

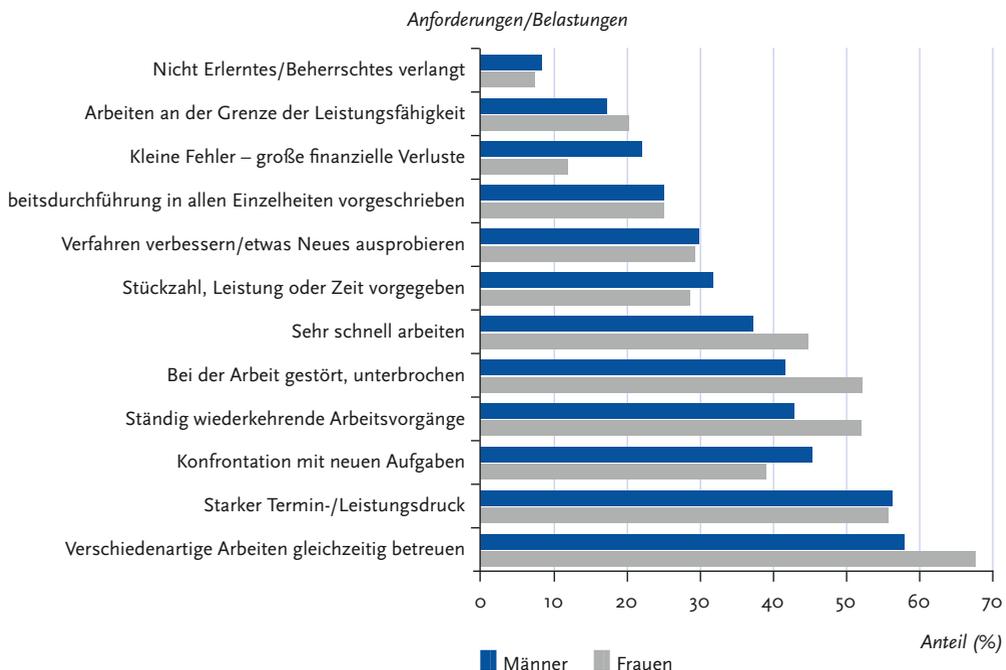
Insgesamt kommt psychosozialen Belastungen im Erwerbsleben eine wachsende Bedeutung zu. In der Tendenz weisen auch die Daten der Erwerbstätigenbefragungen auf eine zunehmende psychische Belastung seit den 1990er Jahren hin [39]. In Abbildung 4.3 ist die geschlechtsspezifische Verbreitung verschiedener psychischer Arbeitsbelastungen bei Vollerwerbstätigen dargestellt. Beschrieben wird der Anteil von Männern und Frauen, die berichten, dass bei ihrer Arbeit die entsprechenden Belastungen »häufig« auftreten.

Im Unterschied zu körperlichen Arbeitsbelastungen zeigt sich bei psychischen Belastungen, auf einem insgesamt höheren Niveau, eine etwas höhere Exposition bei Frauen im Vergleich zu Männern. Die Geschlechterdifferenzen fallen hierbei vergleichsweise gering aus. Die häufigsten Belastungen entstehen bei Männern (und Frauen) dadurch, dass sie bei der Arbeit unter starkem Termin- und Leistungsdruck stehen und verschiedene Arbeiten gleichzeitig betreuen müssen.

Bei psychosozialen Belastungen wird davon ausgegangen, dass sich diese vor allem dann gesundheitsschädigend auswirken, wenn sie nicht durch andere Entfaltungsmöglichkeiten oder Handlungsspielräume kompensiert werden können [40]. Das Ungleichgewicht zwischen psychosozialen Belastungen und möglichen Kompensationen scheint sich bei Männern stärker als bei Frauen auf die Herausbildung von Beschwerdebildern oder Krankheiten auszuwirken [41–43].

Wie bereits für die körperliche Belastung dargestellt, kann auch bei psychosozialen Belastun-

**Abbildung 4.3**  
Arbeitsanforderungen und Belastungen von Vollerwerbstätigen ab 15 Jahren nach Geschlecht (Anteile in Prozent)  
Quelle: Erwerbstätigenbefragung 2011/2012, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin [37]



gen ein sozialer Gradient dahingehend festgestellt werden, dass ihr Ausmaß bei Männern der niedrigen Lohngruppe größer ist [38]. Allerdings fällt der Zusammenhang zwischen Einkommensposition und psychosozialen Belastungen schwächer aus als bei den körperlichen Belastungen: Nach Kontrolle für Alter und Umfang der Erwerbstätigkeit ist die psychosoziale Belastung in der untersten Einkommensgruppe gegenüber der höchsten Einkommensgruppe um das 1,3-fache erhöht (GEDA 2010, eigene Berechnungen).

### 4.2.3 Subjektiv empfundene Arbeitsbelastungen

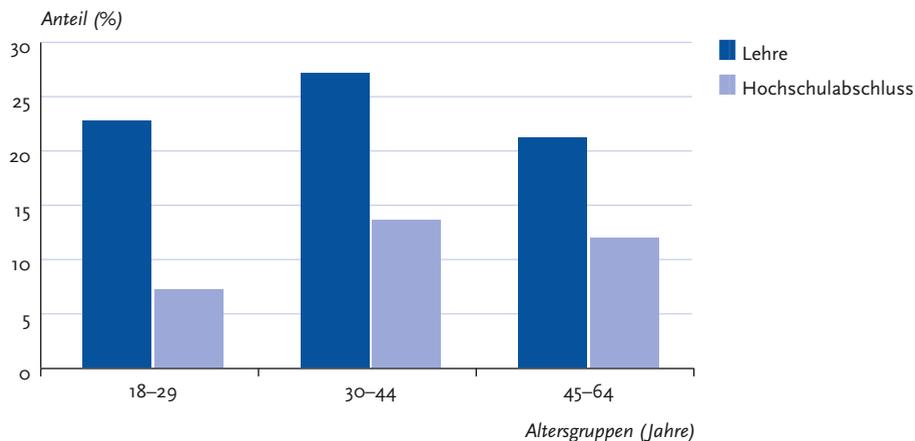
Zur Beschreibung der Verbindung zwischen Arbeit und Gesundheit hat sich in Deutschland das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept durchgesetzt [44]. Danach wirken sich Arbeitsbelastungen nicht zwangsläufig negativ auf den Organismus aus, sondern entfalten erst in Abhängigkeit von der individuellen Leistungsfähigkeit der Erwerbstätigen eine potenziell gesundheitsschädigende Wirkung [36]. Diese Leistungsfähigkeit variiert interindividuell und kann durch Arbeitsschutzmaßnahmen positiv beeinflusst werden. Aufgrund biologisch bedingter Unterschiede von Männern und Frauen ist für einige Arbeitsbelastungen davon auszugehen, dass diese von Män-

nern als weniger beanspruchend wahrgenommen werden als von Frauen. Männer haben im Mittel eine höhere Maximalkraft und können somit Lasten leichter bewegen als Frauen [36]. Auch die kardiopulmonale Leistungsfähigkeit von Männern ist höher als die von Frauen, was einen Einfluss auf die körperliche Dauerleistungsfähigkeit hat [36]. Nach den Ergebnissen der GEDA-Studie 2010 nehmen Männer deutlich häufiger als Frauen eine gesundheitsschädigende Wirkung durch die eigene Arbeit wahr (20,1 % bzw. 13,9 %). Diese Differenzen zwischen den Geschlechtern lassen sich allerdings auf Unterschiede in der Arbeitszeit, Beschäftigungsdauer, Qualifikation und den beruflichen Tätigkeiten von Männern und Frauen zurückführen. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Arbeitsmarktbeteiligung sind somit ein wichtiger Bestimmungsfaktor für die beobachteten geschlechtsspezifischen Unterschiede in der wahrgenommenen Belastung durch die Arbeit.

Darüber hinaus zeigen sich hinsichtlich der subjektiven Wahrnehmung von Arbeitsbelastungen auch soziale Unterschiede. In Abbildung 4.4 ist der Anteil von vollzeitbeschäftigten Männern, die ihre Gesundheit durch die Arbeit als stark oder sehr stark belastet ansehen, differenziert nach beruflicher Qualifikation und Alter dargestellt. Demnach arbeiten gering qualifizierte Männer häufiger in Tätigkeiten, die sie als gesundheitlich

**Abbildung 4.4**  
Starke gesundheitliche Belastung durch die Arbeit nach Qualifikation und Alter bei vollzeiterwerbstätigen Männern (Anteile in Prozent)

Quelle: GEDA 2010, Robert Koch-Institut [38]



stark oder sehr stark belastend einschätzen. Dieser Effekt zeigt sich in allen Altersgruppen. Das entsprechende Risiko ist aber bei Männern, die höchstens eine abgeschlossene Berufsausbildung haben, im Vergleich zu hochqualifizierten Männern mit Hochschulabschluss nach Berücksichtigung von Altersunterschieden 1,6-fach erhöht (GEDA 2010, eigene Berechnungen).

#### 4.2.4 Gesundheitliche Beschwerden

Erwerbstätige, die häufig von gesundheitlichen Belastungen durch die Arbeit betroffen sind, berichten auch häufiger von gesundheitlichen Beschwerden, die während oder unmittelbar nach der Arbeit auftreten [37]. In Abbildung 4.5 sind die auftretenden Beschwerden bei Vollerwerbstätigen differenziert nach Geschlecht dargestellt. Fast alle Beschwerden werden von Frauen häufiger als von Männern berichtet, wobei die Mehrfachbelastung von Frauen (Beruf und Familie) eine wahrscheinliche Ursache sein kann. Eine Ausnahme sind Schmerzen in den Knien, die durch Über- oder Fehlbelastungen der Kniegelenke, z.B. durch häufiges Tragen sehr schwerer Lasten, bedingt sein können. Die Ergebnisse zur Häufigkeit auftretender Beschwerden sind insofern bemerkenswert, als Männer an ihren Arbeitsplätzen häufiger als Frauen ergonomischen und umgebungsbezogenen Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind und somit Symptome auch häufiger auftreten und berichtet werden könnten. Allerdings könnten Befunde zu arbeitsbedingten Beschwerden auch mit einer geringeren Symptomaufmerksamkeit bei Männern assoziiert sein, wie sie für einige Krankheiten bereits dokumentiert ist [45]. Der Grund für die Geschlechterunterschiede wären somit nicht geringere gesundheitliche Beschwerden bei Männern, sondern möglicherweise eher die geringere Bereitschaft, diese zu thematisieren. Gestützt wird diese Annahme auch von Befunden, nach denen insbesondere Arbeitnehmer mit geringem beruflichen Status deutlich stärker als Arbeitnehmerinnen dieser Statusgruppe zu Präsentismus neigen, d.h. sie tendieren stark dazu, Krankheitssymptome zu ignorieren und trotzdem arbeiten zu gehen [46].

Im Unterschied zu selbst berichteten Beschwerden zeigt sich anhand der Daten der Fehl-

zeitenstatistik, wie häufig Männer und Frauen krankheitsbedingt von ihrer Arbeit fernbleiben. Auf Basis der KG2- und KM1-Statistik war der Arbeitsausfall im Jahr 2011 bei pflichtversicherten Männern und Frauen sowohl hinsichtlich der Anzahl der ausgefallenen Tage als auch der Anzahl der auftretenden Fälle mit Arbeitsausfall auf einem vergleichbaren Niveau (Männer: 12,92 Arbeitsunfähigkeitstage je Fall, Frauen: 12,96 Arbeitsunfähigkeitstage je Fall (Versicherte ohne Rentner)) [47]. Mit den Daten der AOK kann für die erwerbstätigen Pflichtversicherten dieser Krankenkasse dargestellt werden, welchen Anteil verschiedene Krankheitsgruppen an den Fehlzeiten der Erwerbstätigen haben (siehe Tabelle 4.1). Bei Männern gehen 24,4 % der Fehlzeiten am Arbeitsplatz auf Muskel- und Skeletterkrankungen und 15,2 % auf Unfälle zurück, bei Frauen sind es dagegen 21,3 % respektive 8,5 %. Demgegenüber führen psychische und Verhaltensstörungen bei Männern mit 7,2 % zu deutlich weniger Fehltagen als bei Frauen (12,7 %).

Allerdings muss einschränkend gesagt werden, dass die Ergebnisse zur Arbeitsunfähigkeit nach Kassenart unterschiedlich ausfallen können und deshalb die Aussagen nur für Versicherte der AOK gelten. Durch die Wahlfreiheit zwischen den Krankenkassen verzeichnen vor allem einige andere Kassen eine günstigere Risikostruktur ihrer Mitglieder, was sich auch in den Daten zur Arbeitsunfähigkeit zeigen dürfte.

Bei der Darstellung gesundheitlicher Beschwerden sind Arbeitsunfälle eine wichtige Größe. Mit den Daten der GEDA-Studie 2010 kann gezeigt werden, dass Männer nicht nur häufiger von Arbeits- und Wegeunfällen betroffen sind, sondern dass hinsichtlich des Auftretens von Arbeitsunfällen auch erhebliche soziale Differenzen bestehen [49] (siehe dazu Kapitel 2.4 Unfälle). So haben Männer mit niedrigem Berufsstatus gegenüber Männern mit hohem Berufsstatus, nach Kontrolle für Altersunterschiede, Arbeitszeit pro Woche und Zeit in der aktuellen Tätigkeit, ein 4,6-fach erhöhtes Risiko, in den letzten 12 Monaten einen Arbeits- oder Wegeunfall erlitten zu haben. Das Risiko von Männern mit mittlerem Berufsstatus ist immer noch um das 2,8-Fache erhöht [50].

Auch hinsichtlich der Krankheitsfolgen bestehen unter Männern beträchtliche soziale Unterschiede [51, 52]. So zeigen Daten der gesetzlichen

**Abbildung 4.5**  
**Beschwerden von Vollzeitbeschäftigten ab 15 Jahren, welche während oder kurz nach der Arbeit auftreten nach Geschlecht (Anteile in Prozent)**

Quelle: Erwerbstätigenbefragung 2011/2012, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin [37]

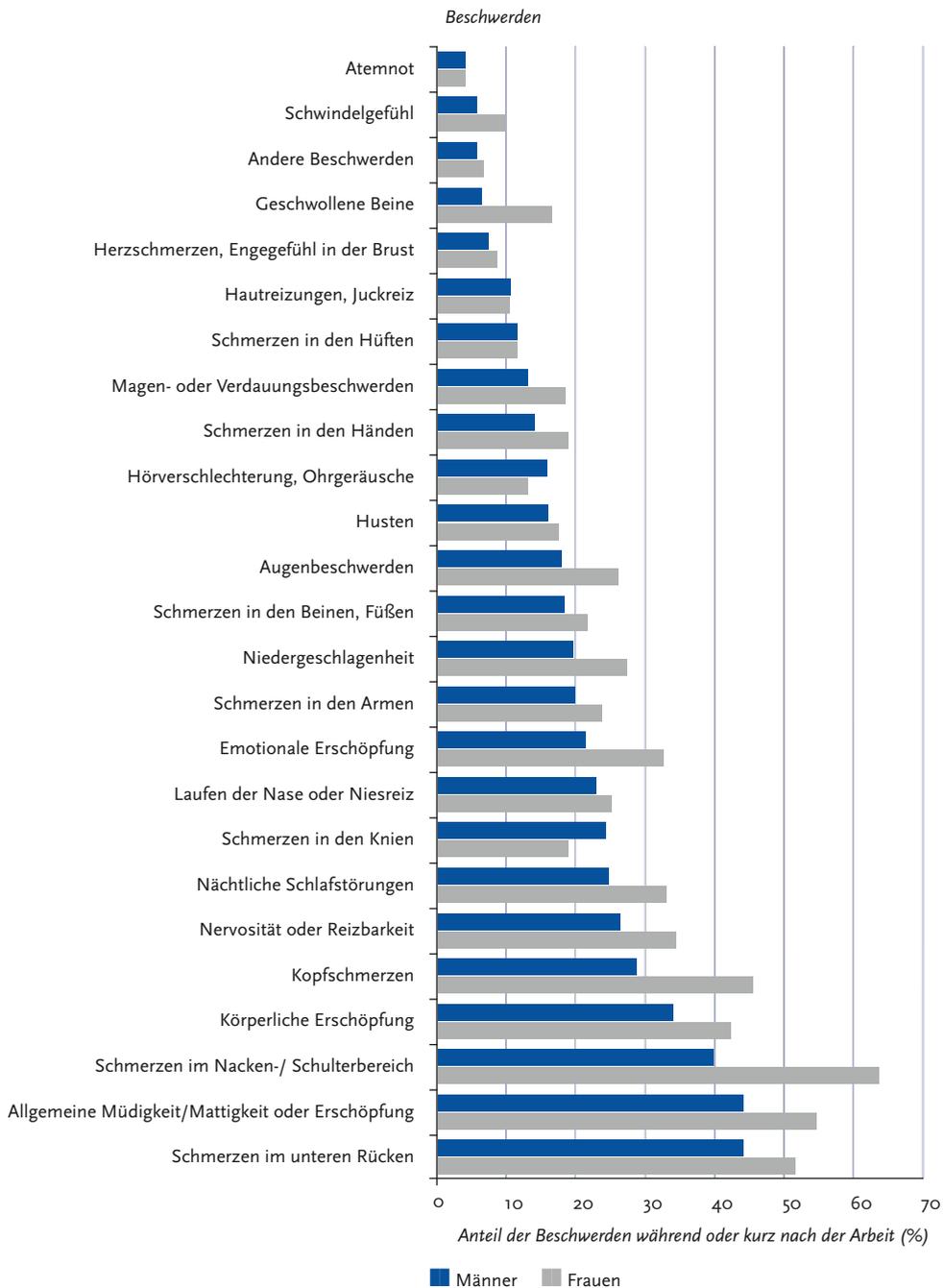


Tabelle 4.1

**Anteil von Diagnosegruppen an den Fehlzeiten (AU-Tage) nach Geschlecht (in Prozent)***Quelle: Fehlzeitenreport 2011, Wissenschaftliches Institut der AOK [48]*

ICD-10	Diagnose	Männer	Frauen
M00–M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	24,4	21,3
S00–T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	15,2	8,5
J00–J99	Krankheiten des Atmungssystems	11,8	13,2
F00–F99	Psychische und Verhaltensstörungen	7,2	12,7
I00–I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	7,0	5,1
K00–K93	Krankheiten des Verdauungssystems	5,9	5,4
A00–B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	4,1	4,1
E00–E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	3,4	3,2
G00–G99	Krankheiten des Nervensystems	3,1	3,7
C00–D48	Neubildungen	2,6	3,9
L00–L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	1,8	1,3
N00–N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	1,4	3,1
H00–H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	0,8	0,6
H60–H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	0,8	1,0
D50–D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	0,7	0,8

Krankenkassen, dass Männer in gering qualifizierten Berufen im Vergleich zu besser qualifizierten Männern ein erhöhtes Mortalitätsrisiko haben [53, 54] und dass bei erwerbstätigen Männern ausgeprägte Mortalitätsdifferenzen zwischen den Berufsstatusgruppen bestehen [55, 56]. Nach Ergebnissen auf Basis der Daten der Deutschen Rentenversicherung für den Zeitraum 2004 bis 2006 gehen gering qualifizierte Männer zudem zu einem erheblich höheren Anteil vorzeitig in Rente als höher qualifizierte Männer [52].

#### 4.2.5 Zusammenfassung Arbeitsbelastungen und gesundheitliche Beschwerden

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass Belastungen und Beschwerden im Zusammenhang mit Erwerbstätigkeit überaus relevante Aspekte für die Männergesundheit sind. Hoch belastende Tätigkeiten für Männer sind vor allem in bestimmten Branchen anzutreffen, wobei der Anteil je nach Branche zum Teil deutlich variiert. Der Anteil und die Art von ergonomischen und umgebungsbezogene Belastungen unterscheidet sich bei Männern und Frauen, was vor allem auf die

geschlechtsspezifische Segregation des Arbeitsmarktes zurückgeführt werden kann. Hingegen zeigen sich bei psychosozialen Belastungen nur geringe geschlechtsspezifische Unterschiede. Bei den konkreten gesundheitlichen Beschwerden wird deutlich, dass die Gründe für die bestehenden geschlechtsspezifischen Unterschiede jedoch nicht immer eindeutig zu erklären sind. Bei allen arbeitsbezogenen Belastungen und Beschwerden sind soziale Unterschiede auffallend, was spezifische gesundheitliche Probleme mit sich bringt.

#### 4.3 Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Aufgrund der großen Bedeutung der Erwerbsarbeit für die individuellen Lebens- und Verwirklichungschancen stellen Arbeitsplatzunsicherheit und Arbeitslosigkeit besondere materielle, psychische und soziale Belastungen dar [57]. Insgesamt waren in Deutschland nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit im Jahresmittel 2012 saisonbereinigt 1,55 Mio. Männer und 1,35 Mio. Frauen arbeitslos gemeldet. Auch wenn absolut mehr Männer als Frauen arbeitslos gemeldet sind, haben sich die Arbeitslosenquoten zwischen den

Geschlechtern in den letzten Jahren deutlich angenähert. Während die Arbeitslosenquote aller Erwerbspersonen im Jahr 1995 bei Männern mit 8,5% noch deutlich niedriger als bei Frauen (10,6%) lag, waren im Jahresdurchschnitt 2012 6,9% der Männer und 6,8% der Frauen arbeitslos gemeldet.

Arbeitslosigkeit ist für Männer und Frauen mit erheblichen materiellen Einschränkungen verbunden, die wiederum negative Effekte auf die Gesundheit der Betroffenen haben können. Insbesondere eine längerfristige Arbeitslosigkeit birgt für die Betroffenen das Risiko des sozialen Abstieges. Das zeigt sich auch anhand der Armutsrisikoquote, also einem Einkommen geringer als 60% des Mittelwertes (Median) [58, 59]. Arbeitslose haben im Vergleich zu Erwerbstätigen gleichen Alters ein erheblich höheres Armutsrisiko. Nach Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) lag die Armutsrisikoquote unter arbeitslosen Männern und Frauen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren 1998 bei 30,0% bzw. 28,3%. Bis zum Jahr 2010 fand sukzessive ein Anstieg auf 39,8% bei Männern bzw. 54,9% bei Frauen statt (SOEP, eigene Berechnungen). Damit gab es in den letzten Jahren – gemessen am Armutsrisiko – eine erhebliche Verschlechterung der ökonomischen Situation von arbeitslosen Männern und Frauen.

### 4.3.1 Gesundheitsprobleme

Viele Studien haben deutlich gemacht, dass Arbeitslose im Vergleich zu Erwerbstätigen vermehrt von Gesundheitsproblemen betroffen sind, sich aber auch häufiger gesundheitsriskant verhalten [4, 57, 60, 61]. Aus sozialmedizinischer Perspektive rückt zudem der erhöhte medizinische und psychotherapeutische Versorgungsbedarf Arbeitsloser ins Blickfeld. Sie sind vermehrt von Schlafstörungen, depressiven Störungen, Angsterkrankungen oder Suchtmittelkonsum betroffen [62, 63] und nehmen Gesundheitsdienstleistungen häufiger in Anspruch als Erwerbstätige. Die gesundheitlichen Nachteile von Arbeitslosen werden häufig an psychosozialen Belastungen in Folge der Arbeitslosigkeit festgemacht, etwa durch den damit verbundenen Einkommensverlust, durch den Verlust arbeitsplatzgebundener Zeitstrukturen,

den Verlust sozialer Kontakte und den Verlust von sozialem Prestige [6, 64–68].

Auch hinsichtlich der gesundheitlichen Folgen von Arbeitslosigkeit sind Geschlechterdifferenzen dokumentiert, wobei sich bei Männern in der Regel ein engerer Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit zeigt als bei Frauen [69–73]. Befunde verschiedener nationaler und internationaler Studien zeigen außerdem, dass Arbeitslosigkeitserfahrungen bei Männern und Frauen mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko assoziiert sind [74–76]. So haben Personen mit Arbeitslosigkeitserfahrungen eine insgesamt höhere Sterblichkeit und ein erhöhtes Risiko für den Tod in Folge eines Suizides oder ungeklärter äußerer Ursachen. Analysen für Deutschland auf Basis von Regionaldaten legen zudem nahe, dass der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit bei Männern stärker ausgeprägt ist als bei Frauen [77].

Auch hinsichtlich der psychischen Gesundheit konnte eine Interaktion zwischen Geschlecht und den Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit festgestellt werden, die für Männer und Frauen unterschiedlich je nach familiärem Rollenmodell ausfallen [70]. Männer, die in klassischer Rollenteilung leben, beziehen aus ihrer Berufstätigkeit häufig große Bestätigung und Stabilität. Ihre Rolle und ihr Selbstverständnis als Haupternährer der Familie haben positive Auswirkungen auf ihre Gesundheit und Lebenszufriedenheit. Im Falle von Arbeitslosigkeit werden diese Männer in ihrem Selbstbild besonders in Frage gestellt, was demnach auch gesundheitliche Auswirkungen haben kann. Inwieweit sich diese These angesichts wandelnder Lebens- und Familienformen als dauerhaft haltbar erweisen wird, bleibt abzuwarten.

### 4.3.2 Arbeitsunfähigkeit

Informationen zur Arbeitsunfähigkeit bzw. zum Krankenstand liefern weitere Hinweise darauf, dass Krankheiten und Beschwerden bei arbeitslosen Männern vermehrt auftreten. Nach Berechnungen auf Basis des Mikrozensus, einer repräsentative Haushaltsbefragung, die 1% der Bevölkerung umfasst, ist die Krankenstandsquote bei erwerbssuchenden Befragten im Vergleich zu Erwerbstätigen etwa doppelt so hoch. Mit dem Alter

verstärken sich die Unterschiede [78, 79]. Auch dem Gesundheitsreport der Betriebskrankenkassen (BKK) aus dem Jahr 2012 kann entnommen werden, dass arbeitslose Versicherte deutlich häufiger arbeitsunfähig waren als pflicht- und freiwillig versichert Beschäftigte [80]. So wurden zusammengenommen für einen arbeitslosen Versicherten 3,5-mal so viele Arbeitsunfähigkeitstage verzeichnet wie für einen als Angestellten arbeitenden Versicherten. Eine diagnosespezifische Betrachtung der BKK-Daten verdeutlicht, dass die Unterschiede zwischen arbeitslosen und angestellten Versicherten insbesondere bei Arbeitsunfähigkeitstagen infolge von psychischen und Verhaltensstörungen (inklusive Suchterkrankungen), Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, Krankheiten des Nervensystems und Stoffwechselerkrankungen hervortreten (siehe Tabelle 4.2). Es ist allerdings dokumentiert, dass Arbeitslose bei kurzzeitigen Erkrankungen eine ärztliche Versorgung in geringerem Maße in Anspruch nehmen als Erwerbstätige. Dadurch werden die tatsächlichen

Differenzen in den Krankheitstagen zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen wahrscheinlich noch unterschätzt [81].

### 4.3.3 Beeinträchtigungen der Alltagsaktivität

In der GEDA-Studie 2010 wurden die Teilnehmenden gefragt, an wie vielen Tagen im letzten Monat sie körperliche oder seelische Einschränkungen zu verkraften hatten oder aufgrund entsprechender Probleme ihren alltäglichen Aktivitäten nicht mehr nachkommen konnten (funktionale Einschränkungen) [77]. Anhand dieser Daten ist es möglich, nicht nur Differenzen zwischen der gesundheitlichen Lage von Arbeitslosen und Erwerbstätigen auszuweisen, sondern dabei auch Altersunterschiede sowie die Sicherheit der Anstellung der Erwerbstätigen zu berücksichtigen. In Abbildung 4.6 wird der Mittelwert von Tagen mit körperlichen, seelischen oder funktionalen Einschränkungen differenziert nach Erwerbsbeteili-

**Tabelle 4.2**

**Arbeitsunfähigkeitstage je 100 versicherte Männer nach Diagnose und Versicherungsstatus im Jahr 2011**

*Quelle: BKK-Gesundheitsreport 2012, BKK Bundesverband [80]*

Diagnosen	Angestellte	Arbeitslose**	Verhältnis**
	AU-Tage je 100 Mitglieder	AU-Tage je 100 Mitglieder	
Psychische und Verhaltensstörungen	178,4	737,2	4,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	233,2	899,3	3,9
Krankheiten des Nervensystems	24,0	87,0	3,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	7,8	26,3	3,4
Krankheiten des Kreislaufsystems	61,2	173,4	2,8
Neubildungen	35,5	97,6	2,7
Krankheiten des Urogenitalsystems	11,6	24,5	2,1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	14,9	29,4	2,0
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	41,8	80,9	1,9
Krankheiten des Auges	8,3	15,9	1,9
Verletzungen und Vergiftungen	134,8	250,6	1,9
Krankheiten des Verdauungssystems	66,6	106,2	1,6
Krankheiten des Ohres	12,3	17,2	1,4
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	27,7	38,7	1,4
Krankheiten des Atmungssystems	172,4	127,5	0,7
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	52,6	37,3	0,7

\* Arbeitslose: betrachtet werden Empfänger von ALG I

\*\* Verhältnis: Verhältnis von Tagen je 100 Versicherte im Vergleich von Arbeitslosen und Angestellten

gung für Männer im Alter zwischen 18 und 64 Jahren dargestellt. Die Angaben zum Erwerbsstatus und zur Sicherheit der Anstellung wurden dazu auf Basis der Selbstangaben der Betroffenen bestimmt. Personen, die in Voll- oder Teilzeit erwerbstätig sind und ihre Weiterbeschäftigung nicht als gefährdet einschätzen, wurden als »sicher beschäftigt« eingestuft, Personen, die ihre Beschäftigungssicherheit als gefährdet ansehen, als »prekär beschäftigt«, Arbeitslose, die weniger als 12 Monate arbeitslos sind als »arbeitslos« und Arbeitslose, die bereits 12 Monate oder länger arbeitslos sind, als »langzeitarbeitslos«. Die Ergebnisse machen deutlich, dass von Arbeitslosigkeit oder Arbeitsplatzunsicherheit betroffene Männer im erwerbsfähigen Alter deutlich häufiger als Erwerbstätige körperliche, seelische oder funktionale Beeinträchtigungen erleben.

Nach Kontrolle für Altersunterschiede ist das Risiko, mehr als fünf Tage im letzten Monat körperlich beeinträchtigt gewesen zu sein, bei kurzzeitig arbeitslosen Männern 1,8-fach und bei Langzeitarbeitslosen 2,5-fach gegenüber sicher beschäftigten Erwerbstätigen erhöht. Männer, die einer prekären Beschäftigung nachgingen, hatten ebenfalls ein 1,5-fach erhöhtes Risiko [77]. Vergleichbare Differenzen zeigen sich auch für Tage mit Beeinträchtigung des seelischen Befindens und Tage, an denen Alltagsaktivitäten aufgrund gesundheitlicher Probleme beeinträchtigt sind.

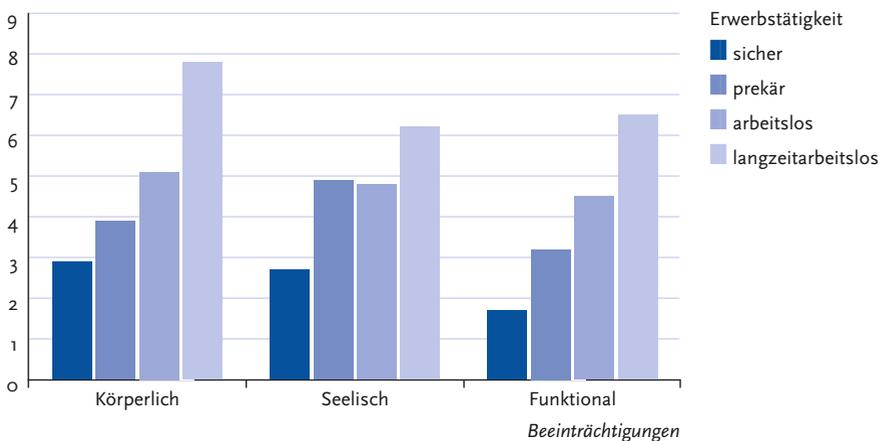
#### 4.3.4 Gesundheitsverhalten

Es ist vielfach dokumentiert, dass sich Arbeitslose und von Arbeitslosigkeit bedrohte Menschen gesundheitsriskanter verhalten als Personen, die einer regelmäßigen und sicheren Beschäftigung nachgehen [57, 82]. In Abbildung 4.7 ist auf Basis der Daten der GEDA-Studie 2010 der Anteil von Männern im Alter zwischen 18 und 64 Jahren dargestellt, die aktuell rauchen bzw. die zu den starken Rauchern (20 oder mehr Zigaretten/Tag [83]) zu zählen sind. Arbeitslose Männer rauchen deutlich häufiger als Erwerbstätige. Zudem weisen sie deutlich höhere Quoten an starken Rauchern auf.

Nach Berücksichtigung von Altersunterschieden haben arbeitslose Männer ein 2,3- bzw. 2,0-fach erhöhtes Risiko aktuell zu rauchen bzw. zu den starken Rauchern zu gehören als Männer mit sicherer Beschäftigung. Der Tabakkonsum von prekär beschäftigten Männern ist dagegen im Vergleich zu sicher Beschäftigten nicht signifikant erhöht [77].

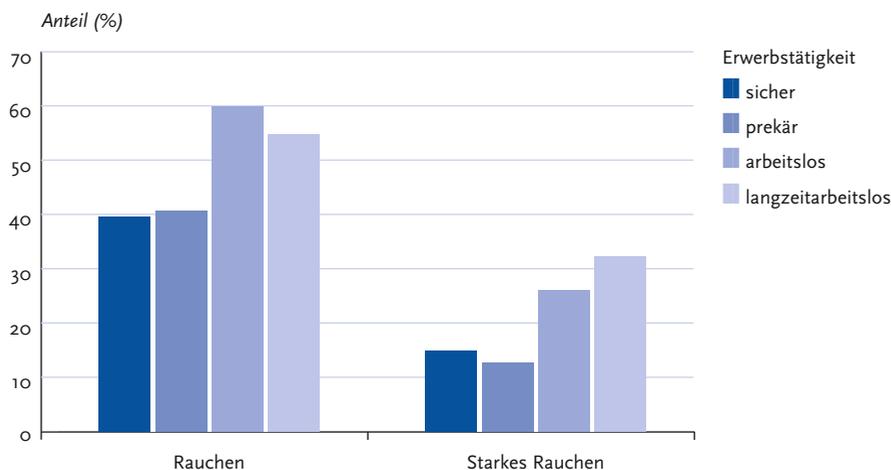
Signifikant erhöhte Risiken von arbeitslosen Männern im Vergleich zu Erwerbstätigen bestehen nach Analysen auf Basis der GEDA-Studie 2010 auch für mangelnde sportliche Aktivität sowie für das Risiko von Adipositas (nur Langzeitarbeitslose). Damit übereinstimmend gaben Arbeitslose häufiger an, nicht auf ausreichend körperliche Bewegung zu achten. Für das Nicht-

**Abbildung 4.6**  
Anzahl von Tagen mit körperlichen, seelischen und funktionalen Problemen im letzten Monat bei Männern im Alter zwischen 18 und 64 Jahren, nach Erwerbstätigkeit  
Quelle: GEDA 2010, Robert Koch-Institut [77]



**Abbildung 4.7**  
**Rauchverhalten bei Männern im Alter zwischen 18 und 64 Jahren, nach Erwerbstätigkeit (Anteile in Prozent)**

Quelle: GEDA 2010, Robert Koch-Institut [77]



Einhalten der Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE), nach denen am Tag fünf Portionen Obst und Gemüse konsumiert werden sollten, konnten hingegen keine erhöhten Risiken für arbeitslose Männer ermittelt werden. Gleiches gilt für den riskanten Alkoholkonsum. Allerdings zeigen andere Datenquellen davon abweichende Ergebnisse: Nach Abrechnungsdaten der Krankenhäuser sind durch Substanzmissbrauch bedingte Krankenhausaufenthalte bei arbeitslosen Männern besonders häufig [84].

#### 4.3.5 Gesundheitliche Probleme als Ursache für Arbeitslosigkeit

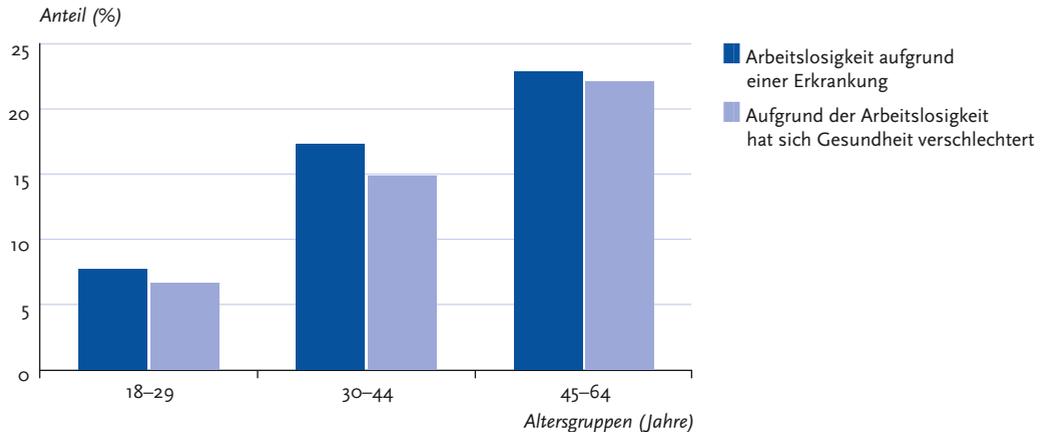
Während unstrittig ist, dass sich Arbeitslosigkeit negativ auf die Gesundheit der Betroffenen auswirkt, können gesundheitliche Probleme auch der Grund für den Eintritt in die Arbeitslosigkeit gewesen sein. Längsschnittstudien und Befunde auf Basis retrospektiver Querschnittuntersuchungen zeigen, dass Arbeitslosigkeit nicht nur die Ursache, sondern auch die Folge von Erkrankungen oder Behinderungen sein kann [85, 86]. Arbeitgeber haben in Deutschland nach § 1 Abs. 2 KSchG unter strengen Auflagen die Möglichkeit, einen Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin aufgrund von

Krankheit zu entlassen, sofern eine Weiterbeschäftigung für sie wirtschaftlich nicht mehr tragbar ist. Zudem können sie auch befristete Verträge auslaufen lassen oder Bewerber bei der Personalauswahl ablehnen.

Von jenen Männern zwischen 18 und 64 Jahren, die in den letzten fünf Jahren mindestens einmal arbeitslos waren, geben nach Ergebnissen der GEDA-Studie 2010 16,3 % an, dass sie ihrer Einschätzung nach aufgrund einer Erkrankung arbeitslos geworden sind. Außerdem geben 14,9 % der Männer mit Arbeitslosigkeits Erfahrungen an, dass sich ihre Gesundheit in Folge der Arbeitslosigkeit noch weiter verschlechtert hat [77]. In Abbildung 4.8 sind die entsprechenden Anteile altersdifferenziert dargestellt. Dabei ist auffällig, dass Arbeitslosigkeit aufgrund beider Einflüsse mit dem Alter der befragten Männer zunimmt: Arbeitslose Männer sind nach eigener Wahrnehmung mit zunehmendem Alter nicht nur häufiger aufgrund ihrer Gesundheit arbeitslos geworden, sondern ältere Männer verzeichnen auch häufiger als jüngere eine Verschlechterung ihrer Gesundheit infolge ihrer Arbeitslosigkeit.

**Abbildung 4.8**  
**Gesundheitliche Probleme als Ursache und Folge eines Arbeitsplatzverlustes bei Männern mit Arbeitslosigkeitserfahrungen in den letzten 5 Jahren, nach Alter (Anteile in Prozent)**

Quelle: GEDA 2010, Robert Koch-Institut, eigene Berechnungen



#### 4.3.6 Zusammenfassung Arbeitslosigkeit

Auf Basis der vorliegenden Befunde erscheint Arbeitslosigkeit als ein bedeutendes Gesundheitsrisiko, welches überaus relevant für die Männergesundheit ist. Für alle hier vorgestellten Bereiche, von den Gesundheitsproblemen über den Krankenstand, die Beeinträchtigung bei Alltagsaktivitäten bis hin zum Gesundheitsverhalten wurden für arbeitslose Männer ungünstigere Ergebnisse ermittelt als für erwerbstätige. Ebenso stellt die Unsicherheit des eigenen Arbeitsplatzes eine erhebliche Belastung für die Gesundheit der betroffenen Männer dar. Es konnte aber auch gezeigt werden, dass innerhalb der Gruppe der arbeitslosen Männer die Ergebnisse sowohl nach Alter als auch Dauer der Arbeitslosigkeit zum Teil deutlich variieren.

#### 4.4 Diskussion

Dem sozialen Geschlecht kommt bei der Erklärung arbeitsweltbezogener gesundheitlicher Belastungen und Beschwerden eine besondere Rolle zu. Zwar lässt sich zusammenfassend feststellen, dass Anforderungen, Belastungen und gesundheitliche Folgen hauptsächlich aus der Art der beruflichen Tätigkeit resultieren und sozial un-

gleich auf die Betroffenen einwirken. Jedoch berührt die Verteilung der erwerbstätigen Männer und Frauen auf unterschiedliche Branchen und Berufsgruppen (geschlechtsspezifische Arbeitsmarktsegregation) grundlegende Fragen der sozialen Geschlechterverhältnisse. Historisch hatte sich eine ausgeprägte lebensweltliche Zweiteilung in einen männlich dominierten Bereich des öffentlichen Lebens und einen den Frauen zugeteilten familiär-privaten Lebensbereich herausgebildet, mit der eine funktionale Koppelung zwischen der (arbeits-)marktförmigen Erwerbstätigkeit von Männern und einer überwiegend den Frauen zukommenden, nicht entlohnten Haushalts- und Familienarbeit verbunden war. Der Arbeitsmarkt ist insofern nicht geschlechtsneutral, sondern ist bis heute stark am Ideal einer rationellen Arbeitsorganisation und dem männlichen Normalarbeitsverhältnis orientiert (*gendered organisation*) [87, 88]. Bei familiären Lebensformen setzt dieses Normalarbeitsverhältnis die Entlastung eines Elternteils von Aufgaben der Kindererziehung und Haushaltsorganisation voraus. Das unterschiedliche Ausmaß der Erwerbsbeteiligung von Vätern und Müttern zeigt, dass bis heute überwiegend die Väter von der Familienarbeit entlastet werden, um der ihnen zugeschriebenen Rolle des Familienernährers nachzukommen, wohingegen berufstätige Frauen deutlich stärker die Vereinbarkeit zwei-

er Rollen gewährleisten müssen [89]. Die Kategorie Geschlecht stellt also bis heute ein wichtiges Strukturmerkmal der Organisation bezahlter und unbezahlter Arbeit dar.

Im Zuge der seit langem steigenden Erwerbsbeteiligung von Frauen hat sich auf dieser Basis ein geschlechtsspezifisch geprägtes berufliches Gefüge mit »geschlechtskonformen« Berufen und Tätigkeitsprofilen herausgebildet [3, 90]. Männer überwiegen bis heute in den so genannten MINT-Berufen, die den Kern der industriellen Produktion bilden, wohingegen Frauen beispielsweise in sozialen Berufen deutlich überrepräsentiert sind. Die Berufswahl ist dabei auch im Hinblick auf die Einschätzung zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf geschlechtsspezifisch geprägt. Erwerbsunterbrechungen sind bei Männern seltener, auch weil in vielen männertypischen Berufen und Branchen familienbedingte Unterbrechungen ungewöhnlich sind oder als »problematisch« wahrgenommen werden. Frauen sind hingegen häufiger in Berufen tätig, die eine gewisse Nähe zur Familienarbeit aufweisen und in denen Lücken im Erwerbsverlauf als weniger »problembehaftet« erscheinen. In den Einkommen der Beschäftigten findet sich auch deswegen eine nach wie vor stark ausgeprägte Geschlechterasymmetrie (*gender pay gap*). Ein Ziel der Novellierung des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes war es daher, dass die überwiegend finanziellen Hinderungsgründe für Väter, Elternzeit wahrzunehmen, abgemildert werden sollten [91, 92].

Die vorliegenden Auswertungen zeigen, dass Männer aus dieser Situation keinesfalls nur Vorteile ziehen. Insbesondere bei sozial schlechter gestellten Männern zieht die horizontale Arbeitsmarktsegregation spezifische gesundheitliche Problemlagen nach sich. Die typischen manuellen Männerberufe sind körperlich belastender und gehen mit deutlich erhöhten Unfallrisiken einher. Verstärkt wird dies durch eine tendenziell gesundheitsabträgliche Arbeitsethik (z.B. durch Verhaltenseigenschaften wie unbedingtes Durchhaltevermögen, Verausgabung und Selbstüberforderung sowie eine Entgrenzung zwischen Arbeit und privatem Leben bei Männern [93]), die in Verbindung mit einer vergleichsweise prekären ökonomischen und Arbeitsmarktsituation bei Männern mit niedrigem sozioökonomischen Status den stärkeren Hang zum Präsentismus erklärt [46, 94].

Auch unabhängig vom sozialen Status bringt die starke Erwerbsorientierung von Männern nicht nur gesundheitliche Vorteile mit sich. Je stärker die zwischengeschlechtliche Arbeitsteilung ausfällt, desto stärker liegt die Verantwortung für die Existenzsicherung bei den Männern und umso stärker fällt die eigene Identifikation mit Berufstätigkeit und Normalarbeitsverhältnis aus. Insbesondere der Arbeitsplatzverlust stellt daher für Männer ein besonderes Gesundheitsrisiko dar, das sich in deutlich gesundheitsriskanteren Verhaltensweisen und erhöhten Krankheitsprävalenzen niederschlägt. Auch wenn genderspezifische Zusammenhänge hier noch unzureichend erforscht sind, zeigt sich insgesamt, dass die männliche Arbeitswelt durchaus spezifische Gesundheitsrisiken hervorbringt, die eine geschlechtsspezifische Betrachtung wie auch die geschlechterangemessene Ausrichtung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention unabdingbar erscheinen lassen.

Durch gesellschaftliche, wirtschaftliche und familiäre Veränderungen, für die beispielhaft der demografische Wandel, eine geringere Arbeitsplatzsicherheit und der Wandel der Lebensformen genannt werden sollen, wird die klassisch männliche kontinuierliche Erwerbsbiografie immer seltener. Sie wird aber aufgrund individueller Bedürfnisse auch zunehmend in Frage gestellt. Die wachsende Erwerbsorientierung von Frauen, der verstärkte Wille von Vätern intensiver am Familienleben teilzunehmen aber auch der Wunsch beider Geschlechter mehr private Freiräume neben dem beruflichen Umfeld zu schaffen, bringt eine stärkere Verzahnung der Lebensbereiche Arbeit und Privatleben mit sich. Eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie/Privatleben (*Work-Life-Balance*) ist daher vor dem Hintergrund der veränderten gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen auch ein wichtiges Thema für die Männergesundheit [24, 95].

## Literatur

1. Kroll LE, Müters S, Dragano N (2011) Arbeitsbelastungen und Gesundheit. GBE kompakt 2(5). Robert Koch-Institut (Hrsg).  
[www.rki.de/gbe-kompakt](http://www.rki.de/gbe-kompakt) (Stand: 28.06.2011)

2. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005) Gender-Datenreport. 1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland. BMFSFJ, München
3. Achatz J (2008) Geschlechtersegregation im Arbeitsmarkt. In: Abraham M, Hinz T (Hrsg) Arbeitsmarktsoziologie. VS, Wiesbaden, S 263–301
4. Hanisch KA (1999) Job Loss and Unemployment Research from 1994 to 1998: A Review and Recommendations for Research and Intervention. *Journal of Vocational Behavior* 55 (2): 188–220
5. Holleder A (2003) Arbeitslos – Gesundheit los – chancenlos? Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit. IAB Kurzbericht 4 (Stand: 06.02.2014)
6. Fryer JP (1986) Employment deprivation and personal agency during unemployment: A critical discussion of Jahoda's Explanation of the psychological effects. *Social Behaviour* 1 (3): 3–23
7. Goffman E (1977) Stigma. Über Techniken zur Bewältigung beschädigter Identität. Suhrkamp, Frankfurt
8. Holmes TH, Rahe RH (1967) The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research* 11 (2): 213–218
9. Statistisches Bundesamt (2013) Fachserie 1 Reihe 4.1.1 Mikrozensus. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit in Deutschland 2012. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
10. Schmidt G (2001) Arbeitsmarkt und Beschäftigung. In: Schäfers B, Zapf W (Hrsg) Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, S 21–36
11. Wirth H, Tölke A (2013) Egalitär arbeiten – familienorientiert leben. Kein Widerspruch für ostdeutsche Eltern. Informationsdienst soziale Indikatoren (49): 7–11
12. Bundesagentur für Arbeit (2013) Der Arbeitsmarkt in Deutschland. Frauen und Männer am Arbeitsmarkt im Jahr 2012. Nürnberg
13. Statistisches Bundesamt (2012) Statistisches Jahrbuch 2012. Deutschland und Internationales. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
14. Statistisches Bundesamt (2013) Statistisches Jahrbuch 2013. Deutschland und Internationales. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
15. Rengers M (2009) Unterbeschäftigung und Teilzeitbeschäftigung im Jahr 2008. *Wirtschaft und Statistik* 9: 886–907
16. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2011) Neue Wege – Gleiche Chancen. Gleichstellung von Frauen und Männern im Lebensverlauf. Erster Gleichstellungsbericht. Stellungnahme der Bundesregierung zum Gutachten der Sachverständigenkommission Gutachten der Sachverständigenkommission. BMFSFJ, Berlin
17. Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (2011) Datenreport 2011. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Band II. bpb, Bonn
18. Statistisches Bundesamt (2012) Fachserie 1 Reihe 4.1.1 Mikrozensus. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit in Deutschland. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
19. Cornelißen W (2008) Vereinbarkeit von Familie und Beruf. In: Badura B, Schröder H, Vetter C (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2007 Arbeit, Geschlecht und Gesundheit. Springer, Heidelberg, S 175–189
20. Statistisches Bundesamt (2010) Frauen und Männer in verschiedenen Lebensphasen. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
21. Puhmann A (2005) Welche Rolle spielt das Geschlecht bei der Berufswahl? In: Freie Hansestadt Hamburg, Behörde für Soziales und Familie (Hrsg) Welche Rolle spielt das Geschlecht bei der Berufswahl? – Strategien zur Erweiterung des Berufswahlspektrums junger Frauen und Männer Dokumentation der Fachtagung vom 7 April 2005, Hamburg, S 4–11
22. Pollmann-Schult M (2009) Geschlechterunterschiede in den Arbeitswerten: eine Analyse für die alten Bundesländer 1980–2000. *Journal for Labour Market Research* 42 (2): 140–154
23. Genderkompetenzentrum (2010) Personalauswahl  
[www.genderkompetenz.info/genderkompetenz-2003-2010/handlungsfelder/personalentwicklung/personalauswahl](http://www.genderkompetenz.info/genderkompetenz-2003-2010/handlungsfelder/personalentwicklung/personalauswahl) (Stand: 12.09.2013)
24. Statistisches Bundesamt (2012) Qualität der Arbeit. Geld verdienen und was sonst noch zählt. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
25. Statistisches Bundesamt (2013) Frauenverdienste – Männerverdienste: Wie groß ist der Abstand wirklich? STATmagazin das Web-Magazin des Statistischen Bundesamtes  
[www.destatis.de/DE/Publikationen/STATmagazin/VerdiensteArbeitskosten/2013\\_03/2013\\_03Verdienstunterschiede.html](http://www.destatis.de/DE/Publikationen/STATmagazin/VerdiensteArbeitskosten/2013_03/2013_03Verdienstunterschiede.html)
26. Busch A, Holst E (2008) Verdienstdifferenzen zwischen Frauen und Männern nur teilweise durch Strukturmerkmale zu erklären. *DIW Wochenbericht* 15: 184–190
27. Hinz T, Gartner H (2005) Geschlechtsspezifische Lohnunterschiede in Branchen, Berufen und Betrieben. *Zeitschrift für Soziologie* 34 (1): 22–39
28. Huinink J, Reichart E (2008) Der Weg in die traditionelle Arbeitsteilung – eine Einbahnstraße? In:

- Bien W, Marbach JH (Hrsg) *Familiale Beziehungen, Familienalltag und soziale Netzwerke*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, S 43–79
29. Sellach B, Enders-Dragässer U, Libuda-Köster A (2004) Geschlechtsspezifische Besonderheiten der Zeitverwendung – Zeitstrukturierung im theoretischen Konzept des Lebenslagen-Ansatzes. In: Destatis (Hrsg) *Alltag in Deutschland Analysen zur Zeitverwendung*. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
  30. Gille M, Marbach J (2004) Arbeitsteilung von Paaren und ihre Belastung mit Zeitstress. In: Destatis (Hrsg) *Alltag in Deutschland Analysen zur Zeitverwendung*. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, S 86–113
  31. Volz R, Zulehner P (2009) *Männer in Bewegung. Zehn Jahre Männerentwicklung in Deutschland*. Nomos, Baden-Baden
  32. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2013) *Familie und Arbeitswelt*. [www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Familie/familie-und-arbeitswelt,did=11408.html](http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Familie/familie-und-arbeitswelt,did=11408.html) (Stand: 31.10.2013)
  33. Boll C, Leppin J, Reich N (2011) Einfluss der Elternzeit von Vätern auf die familiäre Arbeitsteilung im internationalen Vergleich. *Hamburgisches Welt-Wirtschaftsinstitut (HWWI)*, Hamburg
  34. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012) *Familienreport 2012. Leistungen, Wirkungen, Trends*. BMFSFJ, Berlin
  35. Griefahn B (1996) *Arbeitsmedizin*. Thieme, Stuttgart
  36. Schlick C, Bruder R, Luczak H (2010) *Arbeitswissenschaft*. Springer, Heidelberg
  37. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2013) *Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2011*. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Dortmund, Berlin, Dresden
  38. Lampert T, Kroll LE, Kuntz B et al. (2011) *Gesundheitliche Ungleichheit*. In: Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hrsg) *Datenreport 2011 Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*, Bonn, S 247–258
  39. Lehnhart U (2007) *Arbeitsbedingungen in Deutschland: Nichts für schwache Nerven. Gute Arbeit 3*
  40. Siegrist J, Dragano N (2008) *Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben*. *Bundesgesundheitsblatt* 51 (3): 305–312
  41. Bosma H, Peter R, Siegrist J et al. (1998) Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. *Am J Public Health* 88 (1): 68–74
  42. Li J, Yang W, Cho S-i (2006) Gender differences in job strain, effort-reward imbalance, and health functioning among Chinese physicians. *Social Science & Medicine* 62 (5): 1066–1077
  43. Siegrist J (2010) *Gesundheitsrisiken aus der Arbeitswelt und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen*. In: Bardehle D, Stiehler M (Hrsg) *Erster Deutscher Männergesundheitsbericht*. Zuckschwerdt, München, S 72–86
  44. Rohmert W (1984) *Das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept*. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft* 38 (10): 196–200
  45. Rau R, Mensing M, Brand H (2006) *Schlaganfallwissen der Bevölkerung*. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 49 (5): 450–458
  46. Zok K (2008) *Krank zur Arbeit. Einstellungen und Verhalten von Frauen und Männern beim Umgang mit Krankheit am Arbeitsplatz*. In: Badura B, Schröder H, Vetter C (Hrsg) *Fehlzeiten-Report 2007 Arbeit, Geschlecht und Gesundheit*. Springer, Heidelberg, S 121–144
  47. Bundesministerium für Gesundheit (2013) *Arbeitsunfähigkeitsfälle und Arbeitsunfähigkeitstage und Tage je Fall bei Mitgliedern der Gesetzlichen Krankenversicherung*. [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) (Stand: 13.11.2013)
  48. *Wissenschaftliches Institut der AOK (2012) Arbeitsunfähigkeit bei erwerbstätigen AOK-Mitgliedern (Jeweilige Arbeitsunfähigkeitsfälle und Arbeitsunfähigkeitstage als Anteil aller Fälle* [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) (Stand: 04.02.2014)
  49. Robert Koch-Institut (2013) *Das Unfallgeschehen bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse des Unfallmoduls der Befragung »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung. RKI, Berlin
  50. Kroll LE, Lampert T (2013) *Gesundheitliche Ungleichheit bei erwerbstätigen Männern und Frauen – Ergebnisse der GEDA-Studie 2010*. *Gesundheitswesen* 75 (4): 210–215
  51. Hagen C, Himmelreicher RK, Kemptner D et al. (2010) *Soziale Unterschiede beim Zugang in Erwerbsminderungsrente. Eine Analyse auf Basis von Scientific Use Files des Forschungszentrums der Rentenversicherung*. German Council for Social and Economic Data (RatSWD)
  52. Dragano N (2007) *Arbeit, Stress und krankheitsbedingte Frührenten: Zusammenhänge aus theoretischer und empirischer Sicht*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
  53. Voges W, Helmert U, Timm A et al. (2004) *Soziale Einflussfaktoren von Morbidität und Mortalität. Sonderauswertung von Daten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) im Auftrag des Robert Koch-Institutes*. Zentrum für Sozialpolitik, Bremen
  54. Lampert T, Saß A-C, Häfelinger M et al. (2005) *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und*

- Reichtumsbericht der Bundesregierung. Robert Koch-Institut, Berlin
55. Timm A, Helmert U, Müller R (2006) Berufsstatus und Morbiditätsentwicklung von Krankenversicherten im Zeitraum 1990 bis 2003. *Das Gesundheitswesen* 68: 517–525
  56. Geyer S, Peter R (1999) Occupational status and all-cause mortality: A study with health insurance data from Nordrhein-Westfalen, Germany. *The European Journal of Public Health* 9 (2): 114–118
  57. Robert Koch-Institut (2003) Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 13. RKI, Berlin
  58. Giesecke J, Groß M (2005) Arbeitsmarktreformen und Ungleichheit. *Aus Politik und Zeitgeschichte* 16: 25–31
  59. BMAS (2008) Lebenslagen in Deutschland. Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Berlin
  60. Brenner H (2006) Arbeitslosigkeit. In: Stoppe G, Bramesfeld A, Schwartz F-W (Hrsg) *Volkskrankheit Depression?* Springer, Berlin, S 163–189
  61. Elkeles T (1999) Arbeitslosigkeit, Langzeitarbeitslosigkeit und Gesundheit. *Sozialer Fortschritt* 6: 150–155
  62. Berth H, Förster P, Balck F et al. (2008) Arbeitslosigkeitserfahrungen, Arbeitsplatzunsicherheit und der Bedarf an psychosozialer Versorgung. *Das Gesundheitswesen* 70: 289–294
  63. Weber A, Hörmann G, Heipertz W (2007) Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht. *Deutsches Ärzteblatt* 104 (43): 2957–2962
  64. Jahoda M (1983) *Wieviel Arbeit braucht der Mensch*. Beltz Verlag, Weinheim
  65. Warr P (1987) *Work, Unemployment and Mental Health*. Oxford University Press, Oxford
  66. Brief AP, Konovsky MA, Goodwin R et al. (1995) Inferring the meaning of work from the effects of unemployment. *Journal of Applied Social Psychology* 25 (8): 693–711
  67. Creed PA, Macintyre SR (2001) The relative effects of deprivation of the latent and manifest benefits of employment on the well-being of unemployed people. *Journal of Occupational Health Psychology* 6 (4): 324–331
  68. Janlert U, Hammarström A (2009) Which theory is best? Explanatory models of the relationship between unemployment and health. *BMC Public Health* 9 (1): 235
  69. Hammarström A (1994) Health consequences of youth unemployment – review from a gender perspective. *Social Science and Medicine* 38 (5): 699–709
  70. Artazcoz L, Benach J, Borrell C et al. (2004) Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *American Journal of Public Health* 94 (1): 82–88
  71. Berth H, Förster P, Petrowski K et al. (2006) Geschlechterdifferenzen in den Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit. Ergebnisse der Sächsischen Längsschnittstudie. In: Hinz A, Decker O (Hrsg) *Gesundheit im gesellschaftlichen Wandel Altersspezifisch und Geschlechterrollen*. Psychosozial-Verlag, Gießen, S 78–92
  72. Paul KI, Moser K (2009) Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior* 74 (3): 264–282
  73. Hammarström A, Gustafsson PE, Strandh M et al. (2011) It's no surprise! Men are not hit more than women by the health consequences of unemployment in the Northern Swedish Cohort. *Scandinavian Journal of Public Health* 39 (2): 187–193
  74. Grobe T (2006) Sterben Arbeitslose früher? In: Holleder A, Brand H (Hrsg) *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit*. Huber Bern
  75. Martikainen P, Valkonen Z (1996) Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment. *The Lancet* 348 (9032): 909–912
  76. Voss M, Nylén L, Floderus B et al. (2004) Unemployment and early cause-specific mortality: A study based on the Swedish twin registry. *Am J Public Health* 94 (12): 2155–2161
  77. Kroll LE, Lampert T (2012) Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. *GBE kompakt* 3(1). Robert Koch-Institut (Hrsg). [www.rki.de/gbe-kompakt](http://www.rki.de/gbe-kompakt) (Stand: 18.10.2012)
  78. Holleder A (2011) *Erwerbslosigkeit, Gesundheit und Präventionspotenziale*. VS-Verlag, Wiesbaden
  79. Holleder A (2012) *Gesundheit und Krankheit in Bund, Land NRW und dessen Kommunen*. *Bundesgesundheitsblatt* 55 (3): 416–426
  80. BKK Bundesverband (2012) *BKK Gesundheitsreport 2012*. BKK BV, Essen
  81. Holleder A (2006) Arbeitslosigkeit, Gesundheit und ungenutzte Potenziale. In: Badura B, Schell-schmidt H, Vetter C (Hrsg) *Fehlzeitenreport 2005*. Springer, S 219–239
  82. Bartley M (1994) Unemployment and ill health: understanding the relationship. *Journal of Epidemiology and Community Health* 48 (4): 333–337
  83. Lampert T (2011) *Rauchen – Aktuelle Entwicklungen bei Erwachsenen*. *GBE kompakt* 2(4). Robert Koch-Institut (Hrsg). [www.rki.de/gbe-kompakt](http://www.rki.de/gbe-kompakt) (Stand: 24.05.2011)
  84. BKK Bundesverband (2008) *BKK Gesundheitsreport 2008*. BKK BV, Essen

85. Lange C, Lampert T (2005) Die Gesundheit arbeitsloser Frauen und Männer. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 48 (11): 1256–1264
86. Grobe TG, Schwartz FW (2003) Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 13. Robert Koch-Institut, Berlin
87. Wilz S (2008) Organisation: Die Debatte um ›Gendered Organisations‹. In: Becker R, Kortendiek B (Hrsg) Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. VS, Wiesbaden, S 505–511
88. Acker J (1990) Hierarchies, Jobs, Bodies: A Theory of Gendered Organizations. Gender and Society 4 (2): 139–158
89. Becker-Schmidt R (2007) Geschlechter- und Arbeitsverhältnisse in Bewegung. In: Aulenbacher B, Funder M, Jacobsen H et al. (Hrsg) Arbeit und Geschlecht im Umbruch der modernen Gesellschaft. VS Verlag, Wiesbaden, S 250–268
90. Meuser M (2004) Geschlecht und Arbeitswelt – Doing Gender in Organisationen. Gender Mainstreaming in der Organisationskultur. [www.dji.de/kjhgender/Vortrag290404meuser.pdf](http://www.dji.de/kjhgender/Vortrag290404meuser.pdf) (Stand: 13.10.2012)
91. Bundesministerium für Justiz (BMJ) (2006) Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG). [www.gesetze-im-internet.de/beeg/index.html](http://www.gesetze-im-internet.de/beeg/index.html) (Stand: 13.11.2013)
92. Richter R (2012) Väter in Elternzeit. Umsetzungen und Strategien zwischen Familie und Beruf. <http://digital.ub.uni-paderborn.de/hs/content/tit-leinfo/451072> (Stand: 13.11.2013)
93. Hien W (2009) Arbeiten Männer gesundheitsriskanter als Frauen? Neuere empirische Daten und Hypothesen. Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 45: 135–159
94. Preisendörfer P (2010) Präsentismus. Prävalenz und Bestimmungsfaktoren unterlassener Krankmeldungen bei der Arbeit. Zeitschrift für Personalforschung 24 (4): 401–408
95. McGinnity F, Whelan CT (2009) Comparing work-life conflict in Europe: Evidence from the European Social Survey. Social Indicators Research 93 (3): 433–444

Bibliografische Informationen Der Deutschen Bibliothek  
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation  
In der Deutschen Nationalbibliografie

**Herausgeber**

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20  
13353 Berlin

**Redaktion**

Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und  
Gesundheitsmonitoring  
Anne Starker, PD Dr. Thomas Lampert, Dr. Thomas Ziese  
General-Pape-Straße 62–66  
12101 Berlin

**Redaktionsschluss**

15. Juli 2014

**Bezugsquelle**

E-Mail: [gbe@rki.de](mailto:gbe@rki.de)  
[www.rki.de/gbe](http://www.rki.de/gbe)  
Tel: 030-18754-3400  
Fax: 030-18754-3513

**Grafik/Satz**

satzinform, Berlin

**Zitierweise**

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014)  
Gesundheitliche Lage der Männer in  
Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsbericht-  
erstattung des Bundes. RKI, Berlin

**Druck**

Königsdruck, Berlin

**ISBN**

978-3-89606-224-6