

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit

**Langzeiterwerbslosigkeit und Krankheit –
Sozialarbeiterische Unterstützung aus salutogenetischer
Perspektive**

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 16. August 2011

Vorgelegt von:

Katherine Jürgens

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Harald Ansen

Zweiter Prüfer: Prof. Dr. Andreas Langer

„Fraglose Daseinsberechtigung versichert uns in unserem Selbstwertgefühl und fördert das Vertrauen, liebenswert und liebesfähig zu sein.“ (Lorenz 2005, 129)

Für meine Familie.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung.....	4
2.	Aspekte der Arbeitslosigkeit.....	6
2.1	Erwerbsarbeit	6
2.2	Arbeitslosigkeit und Langzeitarbeitslosigkeit	7
2.3	Krankheit und Gesundheit.....	11
3.	Zusammenhänge zwischen (Langzeit-) Arbeitslosigkeit und Krankheit	14
3.1	Sozialepidemiologische Befunde zum Zusammenhang zwischen (Langzeit-) Arbeitslosigkeit und Krankheit.....	14
3.2	Konsequenzen der (Langzeit-) Arbeitslosigkeit für das Individuum	18
3.3	Erläuterungen der theoretischen Zusammenhänge zwischen (Langzeit-) Arbeitslosigkeit und Krankheit	25
4.	Salutogenese nach Aaron Antonovsky	27
5.	Handlungsmöglichkeiten und Maßnahmen der Sozialen Arbeit.....	32
5.1	Primärprävention	35
5.2	Sekundär- und Tertiärprävention.....	36
6.	Fazit.....	46
	Literaturverzeichnis	

1. Einleitung

Die Zahl der Arbeitslosen sank im Oktober 2010 auf unter 3 Millionen (tagesschau online 2010), was seit fast 20 Jahren der niedrigste Wert sei. Die diesbezüglich insbesondere von Seiten der Politik verbreitete Euphorie täuscht jedoch über die beständig gleichbleibende bzw. ansteigende Zahl der Langzeitarbeitslosen (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2011c, 46ff) hinweg.

Die Realität hat inzwischen gezeigt, dass es für viele Langzeitarbeitslose aufgrund besonderer Vermittlungshemmnisse nahezu unmöglich ist, wieder in den Arbeitsmarkt eingegliedert zu werden. Diese Beobachtung steht jedoch sicherlich im Widerspruch zu Artikel 23 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte, der jedem das „Recht auf Arbeit, auf freie Berufswahl, auf gerechte und befriedigende Arbeitsbedingungen sowie auf Schutz vor Arbeitslosigkeit“ (Vereinte Nationen 1984, 5) zuspricht. Aus diesem Grund soll die vorliegende Arbeit den Zusammenhang zwischen (Langzeit-) Arbeitslosigkeit und Krankheit im Hinblick auf die speziellen Vermittlungshemmnisse darstellen.

Da zahlreiche Studien mittlerweile nachgewiesen haben, dass Langzeitarbeitslose deutlich häufiger an psychischen und physischen Erkrankungen leiden als Erwerbstätige (vgl. Grobe/ Schwartz 2003, 13ff; siehe Kapitel 3.1), drängt sich hier ein akuter Handlungsbedarf für die Politik und die Soziale Arbeit auf.

Die Frage, wie die unzweifelhaften Rechte auf Arbeit und Gesundheit in einer Umgebung strukturellen Erwerbsarbeitsmangels (vgl. Breig/ Leuther 2007, 9f) garantiert werden können, gab den Anstoß zu dieser Bachelor-Thesis.

Das Thema Arbeitslosigkeit, mit besonderem Augenmerk auf die Langzeitarbeitslosigkeit, die mit ihr verbundenen Konsequenzen für die Betroffenen und die oftmals existierenden multidimensionalen Problemlagen, speziell psychische Erkrankungen und hier Abhängigkeitserkrankungen, soll daher Grundlage dieser Ausarbeitung sein.

Hierzu ist es notwendig, eingangs die Situation der Betroffenen aus unterschiedlichen Perspektiven zu betrachten, um die Wirkungszusammenhänge und Wechselbeziehungen zwischen den kumulierenden Problematiken verstehen zu können.

Das Ziel dieser Arbeit ist es also, auf die Zielgruppe der Langzeitarbeitslosen mit besonderen Vermittlungshemmnissen und schwerstvermittelbaren Arbeitslosen aus-

gerichtete, sinnvolle Perspektiven und Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit aufzuzeigen, zu analysieren, zusammenzufassen und gegebenenfalls neue Ansätze zu entwickeln.

Im Verlauf der Arbeit sollen in Kapitel 2 zunächst die Begriffe Erwerbsarbeit, Arbeitslosigkeit und Krankheit erläutert werden. Zur Bearbeitung des Themenfelds »Krankheit« soll hier mithilfe der »International Classification of Functioning, Disability and Health« (ICF) spezieller auf die psychische Gesundheit eingegangen werden, da sie im Zusammenhang mit Langzeitarbeitslosigkeit eine besondere Rolle spielt.

Es folgen in Kapitel 3 die Darstellung der sozialepidemiologischen Befunde zur Beziehung zwischen (Langzeit-) Arbeitslosigkeit und Krankheit sowie die Erläuterung der Konsequenzen für die Betroffenen, wobei ein besonderer Fokus auf der Situation Langzeitarbeitsloser mit Sucht als speziellem Vermittlungshemmnis liegen soll, da besonders hier die Schwierigkeit der Wiedereingliederung sowie hohe Korrelationen sichtbar werden. Das Kapitel wird abgeschlossen durch die Erläuterung der Wirkungszusammenhänge anhand einer soziologischen Betrachtung.

Im folgenden Abschnitt (Kapitel 4) wird das Salutogenese-Konzept nach AARON ANTONOVSKY vorgestellt und seine Relevanz für diese Arbeit erläutert.

Der sich ableitende Handlungsbedarf für die Soziale Arbeit wird in Kapitel 5 aufgezeigt und anschließend sowohl primär-, sekundär- als auch tertiärpräventive Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt, den multidimensionalen Problemen Langzeitarbeitsloser zu begegnen. Hierbei soll insbesondere aus salutogenetischer Perspektive methodisches Vorgehen abgeleitet und Ideen für Hilfsangebote entwickelt werden.

Die vorliegende Arbeit endet in Kapitel 6 mit einem zusammenfassenden Fazit, welches eine kritische Stellungnahme der Autorin beinhalten soll.

Im Sinne einer besseren Lesbarkeit wird im Text stets der Plural betreffender Personenbezeichnungen benutzt. Lediglich an Stellen, an denen explizit geschlechtsspezifisch differenziert wird, werden weibliche und männliche Bezeichnungen verwendet.

2. Aspekte der Arbeitslosigkeit

Als Einstieg in die Thematik folgen nun Erläuterungen der Begriffe Erwerbsarbeit, Arbeitslosigkeit und Krankheit, wie sie in der vorliegenden Arbeit und im wissenschaftlichen Diskurs verstanden und gebraucht werden.

2.1 Erwerbsarbeit

Das Wort „Arbeit“ leitet sich linguistisch von den Wörtern „ahd“ oder „ar(a)beit“ ab und bedeutete so viel wie „Mühe“ oder „Plage“ (Brockhaus 1997, 234). Arbeit wird definiert als „bewusstes, zielgerichtetes Handeln des Menschen zum Zweck der Existenzsicherung wie der Befriedigung von Einzelbedürfnissen [und ist] zugleich wesentl. Moment der Daseinserfüllung“ (ebd., 234).

Der zentrale Stellenwert von Erwerbsarbeit im Leben des Menschen wird bereits durch oben genannte Definition angedeutet. Sie dient nicht nur der materiellen Existenzsicherung sondern hat zudem vielfältige psychosoziale Funktionen. Hierzu zählen das Aufrechterhalten sozialer Kontakte, Aktivität und Produktivität, Tagesstrukturierung sowie strukturiertes Zeitempfinden, die Teilhabe an kollektiven Zielen und Aufgaben, somit auch Partizipation an wichtigen Entscheidungsprozessen. Zusätzlich vermittelt Arbeit ein Gefühl der Handlungsautonomie, Zugehörigkeit und auch Kohärenz (vgl. Weig 2009, 209). Nicht zuletzt stellt Arbeit gleichzeitig die zentrale Komponente der Identitätsbildung (Daseinserfüllung) im Erwachsenenalter dar (vgl. Lorenz 2005, 74). So geht auch SIEGRIST davon aus, dass die Basis für psychische Gesundheit und Wohlbefinden im Erwachsenenalter an „Einflussnahme und Wirksamkeitserfahrungen“ (Siegrist 1997, 103) im Erwerbsleben gekoppelt ist.

Dies bedeutet, dass das gesellschaftlich vorherrschende Lebensmodell sowie die „Befriedigung existenzieller menschlicher Bedürfnisse wie eine ausreichende Versorgung, eine sinnvolle soziale Tätigkeit und gesellschaftliche Teilhabe“ (Breig/Leuther 2007, 20) untrennbar an Erwerbsarbeit gekoppelt sind, welche „das grundlegende Ereignis im Leben eines Menschen des Industriezeitalters“ (Jahoda 1933 zit. n. Weig 2009, 209) ist. Diese Beurteilung aus dem Jahr 1933 muss auch heute, in einer Zeit, in der die Arbeitswelt grundlegenden strukturellen Veränderungen unterworfen ist, nicht an Gültigkeit einbüßen. Denn durch die zunehmende Globalisierung und Flexibilisierung der Arbeitswelt und die Pluralisierung der Erwerbsformen dringt der Faktor Erwerbsarbeit in immer mehr

Bereiche des menschlichen Lebens ein. So verschwimmen die „Grenzen zwischen Arbeitszeit und Freizeit, zwischen Arbeitsort und Wohnort, zwischen Arbeitswelt und Lebenswelt“ (Böhnisch/ Schröder 2005, 215). Parallel ist jedoch ein Wertewandel in Bezug auf Erwerbsarbeit zu verzeichnen, welcher mit sich bringt, dass neben der Erwerbsarbeit auch andere Bereiche des Lebens wie beispielsweise Familie, Freizeit und andere Beschäftigungen an Bedeutung gewinnen (vgl. Breig/ Leuther 2007, 26). Dies heißt, dass Erwerbsarbeit zum einen nicht mehr allein die dominante Rolle im Leben der Menschen einnimmt, gleichzeitig aber durch seine existenzsichernde Funktion nach wie vor das entscheidende Kriterium im Leben darstellt. Folglich kann man sagen, dass „je mehr die Erwerbsarbeit in der individuellen Biographie sowie gesamtgesellschaftlich an Bedeutung verliert, umso mehr wird sie - vor dem Hintergrund, dass das Volumen der Erwerbsarbeit immer mehr abnimmt - zu einem zentralen Wert“ (Breig/ Leuther 2007, 27). Das bedeutet also, dass Erwerbsarbeit auf der einen Seite aufgrund ihres Mangels an Bedeutung zunimmt, dennoch auf der anderen Seite die Individuen danach streben, ihr nicht mehr diesen zentralen Platz im Leben einzuräumen.

2.2 Arbeitslosigkeit und Langzeitarbeitslosigkeit

Arbeitslosigkeit wird unterschieden in friktionelle, saisonale, konjunkturelle und strukturelle Arbeitslosigkeit.

Friktionelle, auch vorübergehende Arbeitslosigkeit genannt, meint jene, welche durch einen Arbeitsplatzwechsel entsteht, auch freiwillig sein kann und nur von kurzer Dauer ist. Sie beschreibt also den Zeitraum zwischen Beendigung eines Arbeitsverhältnisses und Aufnahme einer neuen Tätigkeit (vgl. Oschmiansky online 2001).

Die saisonale Arbeitslosigkeit hingegen ist eine Form, die jahreszeitbedingt entsteht und deren Tendenz in der Regel kalkulier- und vorhersagbar ist. Sie resultiert also einerseits aus der saisonal schwankenden Nachfrage nach Produkten und Dienstleistungen aber auch aus den Wetterverhältnissen in den entsprechenden Jahreszeiten. So ist beispielsweise die Nachfrage nach Bauleistungen im Sommer deutlich erhöht, auch in der Landwirtschaft ist die Konjunktur über die Sommermonate besser (ebd.).

Konjunkturelle Arbeitslosigkeit entsteht durch zyklische Schwankungen der Gesamtwirtschaft und tritt vor allem in der Rezessionsphase des Konjunkturzyklus'

auf, welche durch Produktions- und Gewinnrückgang sowie einen Arbeitslosigkeitsanstieg bis hin zu Massenarbeitslosigkeit gekennzeichnet ist (ebd.).

Strukturelle Arbeitslosigkeit bezeichnet jene, welche im Zuge des technologischen Fortschritts und der Globalisierung zum Abbau von Arbeitsplätzen führt und häufig ganze Unternehmen oder sogar Wirtschaftszweige betrifft. Charakteristisch für strukturelle Arbeitslosigkeit ist die lange Dauer, die auch dadurch begründet sein kann, dass bestimmte Qualifikationen allgemein nicht mehr gefragt werden (ebd.).

Vor allem aus der konjunkturellen und der strukturellen Arbeitslosigkeit resultiert schließlich die Langzeitarbeitslosigkeit, auf welche in dieser Arbeit hauptsächlich Bezug genommen wird, da sich gerade hier die signifikantesten Veränderungen im Hinblick auf die psychische Gesundheit und die psychosoziale Situation der Betroffenen im Allgemeinen ergeben.

Die Langzeitarbeitslosigkeit bezieht sich explizit auf einen Zeitraum von mindestens einem Jahr ununterbrochener Arbeitslosigkeit (vgl. Abs.1 §18 SGB III). Man spricht bei Betroffenen bereits ab 40 Jahren nach längerer Arbeitslosigkeit von einem vermittlungerschwerenden Alter (vgl. Kuhnert/ Kastner 2008, 126). Des Weiteren haben Geringqualifizierte, Ältere und Arbeitnehmer mit gesundheitlichen Einschränkungen das höchste Risiko, langzeitarbeitslos zu werden und zusätzlich mit andauernder Arbeitslosigkeit immer geringer werdende Reintegrationschancen (vgl. Breig/ Leuther 2007, 35f). Die Zahl der Langzeitarbeitslosen wird erhoben, indem die Bundesagentur für Arbeit an einem bestimmten Stichtag die Anzahl der Arbeitslosen misst, die zu diesem Zeitpunkt mindestens 12 Monate arbeitssuchend gemeldet sind. Als dauerarbeitslos werden Menschen angesehen, die mehr als fünf Jahre arbeitslos sind. Die Betroffenen dieser Gruppe, deren psychische Verfassung beispielsweise während der Job-Fit-Evaluationsstudie¹ im Vergleich mit anderen arbeitslosen und von Arbeitslosigkeit bedrohten Teilnehmern gemessen werden konnte, wiesen die schlechteste psychische Verfassung sowie die geringsten Copingfähigkeiten auf (vgl. Kuhnert/ Kastner 2006, 127).

¹ Das Job-Fit-Projekt wurde im Rahmen des „Netzwerk Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung“ im Programm EQUAL (gefördert vom Europäischen Sozialfonds und dem Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit) durchgeführt. An dem Projekt nahmen arbeitssuchende BKK-Versicherte und von Arbeitslosigkeit bedrohte Mitarbeiter der Transfergesellschaft PEAG teil. In dem Projekt, dem ein „salutogenetisches Präventions- und Interventionsverständnis zu Grunde“ (Kuhnert/ Kastner 2008, 124) liegt, wurden gesundheitsorientierte Gruppenberatungen zu Alltags- und sozialen Fragen angeboten.

Die Rechtskreise SGB II (Grundsicherung für Arbeitssuchende, also Arbeitslosengeld II) und SGB III (Arbeitslosengeld I) sind jene, durch die die Arbeitslosigkeit geregelt wird.

Arbeitslosigkeit bezieht sich laut Bundesagentur für Arbeit auf erwerbsfähige Personen im Alter von 15 bis 65 Jahren und ist maßgeblich an drei Kriterien geknüpft, nämlich Beschäftigungslosigkeit, Eigenbemühungen, diese zu beenden, und Verfügbarkeit für die Arbeitsvermittlung (vgl. Abs.1 §119 SGB III). Als beschäftigungslos kann ein Mensch nach der Definition der Bundesagentur für Arbeit auch bis zu einer Arbeitszeit von wöchentlich 15 Stunden gelten (vgl. Abs.3 §119 SGB III). Allerdings gilt nicht als arbeitslos, wer an einer Maßnahme zur Arbeitsförderung teilnimmt.

Als Ergänzung zur Definition der Bundesagentur für Arbeit gilt die Definition zur Erwerbslosigkeit («Labour-Force-Concept») des International Labour Office (ILO). Diese spricht statt von Arbeitslosigkeit von Erwerbslosigkeit und hebt jene bereits durch eine wöchentliche Arbeitsstunde auf (vgl. Hartmann/ Riede 2005, 308). Erwerbslosigkeit wird demnach als totales Fehlen von Arbeit angesehen. Die Kriterien für Erwerbslosigkeit sind, ähnlich wie die der Bundesagentur für Arbeit, ein aktives Bemühen um die Beendigung der Erwerbslosigkeit (in den vorangegangenen vier Wochen), somit Unfreiwilligkeit sowie Verfügbarkeit für eine Tätigkeit (innerhalb von zwei Wochen), allerdings werden Personen im Alter von 15 bis 74 Jahren miteinbezogen (ebd., 307).

In dieser Definition wird unterschieden zwischen Erwerbstätigen, Erwerbslosen und Nichterwerbspersonen. Zur ersten Kategorie zählen somit alle Personen, die mindestens eine Stunde pro Woche arbeiten sowie Selbständige und unbezahlt mithelfende Familienangehörige. Zur zweiten Kategorie zählen alle, die nicht erwerbstätig sind, aber wenigstens eine Stunde pro Woche arbeiten wollen und verfügbar sind und zur dritten Gruppe gehören alle Personen, die sich entweder nicht in der Altersspanne befinden, krank sind oder sich der Arbeit verweigern (ebd., 304).

Die Statistiken des ILO zur Erwerbstätigkeit werden durch Stichprobenbefragungen zu einem bestimmten Zeitpunkt erhoben und machen internationale Vergleiche möglich, wogegen die Erhebungen der Bundesagentur für Arbeit lediglich die Daten für Deutschland gemäß jener nicht-globalen Definition wiedergeben (ebd., 304f).

In den Statistiken der Bundesagentur für Arbeit werden alle Arbeitslosen aufgeführt, die die Kriterien der Arbeitslosigkeit erfüllen und die sich bei der Bundesagentur für Arbeit arbeitslos gemeldet haben.

Das heißt allerdings, dass die existente sogenannte »stille Reserve« oder »verdeckte Arbeitslosigkeit« nicht aufgeführt wird. Sie bezeichnet sowohl diejenigen, die faktisch arbeitslos sind, sich aber nicht arbeitssuchend gemeldet haben und »discouraged workers«, also jene, die keine aktive Stellensuche mehr betreiben, als auch die Menschen, die an einer Maßnahme zur Arbeitsförderung teilnehmen (vgl. Abs.2 §16 SGB III). Außerdem zählen zur »stillen Reserve« auch Menschen, die nicht im oben genannten Sinne arbeitslos sind, wie zum Beispiel Schüler, Hausfrauen, Studenten oder Rentner (vgl. Pfitzer/ Oser online 2011).

Um diese allerdings zum Teil berücksichtigen zu können, werden Daten zur »Unterbeschäftigung« erhoben. Diese schließt also auch Menschen mit ein, welche entweder wegen Krankheit vorübergehend arbeitsunfähig sind oder an einer entlastenden Maßnahme der Arbeitsmarktpolitik teilnehmen (vgl. Rengers 2005, 1375f; Bundesagentur für Arbeit 2011a, 16).

Zurzeit (Stand Juli 2011) sind in Deutschland 2,939 Millionen Menschen nach §16 SGB III bei der Bundesagentur für Arbeit als arbeitssuchend gemeldet (Quote 7%), was einer Verringerung um 247000 Personen im Vergleich zum Vorjahresmonat entspricht. Von der Gesamtzahl der Arbeitslosen entfallen 29% auf den Rechtskreis SGB III (also in den Bereich des Arbeitslosengeld I) und 71% auf den Rechtskreis SGB II (Grundsicherung für Arbeitssuchende/ Arbeitslosengeld II). Im Vergleich zum Vorjahresmonat hat sich der Prozentsatz der Arbeitslosen im Rechtskreis SGB III um 17% und im Rechtskreis SGB II um 4% verringert.

Die Zahl der Langzeitarbeitslosen beträgt 962000, was einem Anteil von 33% an allen Arbeitslosen entspricht.

Die Zahl der Unterbeschäftigung beträgt im Juli 2011 4,091 Mio. und hat sich somit um 11% Vergleich zum Vorjahresmonat verringert (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2011a, 11ff).

In der vorliegenden Arbeit wird von einem Arbeitslosigkeitsbegriff ausgegangen, der die stille Reserve bzw. Unterbeschäftigung beinhaltet. Dies erscheint sinnvoll, da auch Menschen, die an arbeitsfördernden Maßnahmen teilnehmen und somit nicht

als arbeitslos registriert sind, aufgrund der psychosozialen Auswirkungen jedoch faktisch als arbeitslos angesehen werden können.

Die Verwendung des Begriffs »Arbeitslosigkeit« wird im Folgenden also weitergeführt, da dies dem allgemeinen Sprachgebrauch entspricht, der Begriff nach Definition der Bundesagentur für Arbeit soll jedoch wie oben erläutert erweitert werden.

2.3 Krankheit und Gesundheit

Krankheit soll in dieser Arbeit nicht verstanden werden in Abgrenzung zu Gesundheit, sondern, in Anlehnung an ANTONOVSKYS Salutogenese-Konzept, welches später beschrieben wird, als ein Zustand auf einem Kontinuum, der sowohl kranke als auch gesunde Anteile in einem Individuum nebeneinander erlaubt (vgl. Antonovsky 1997, 29).

Das bedeutet, Krankheit ist nicht gleichzusetzen mit fehlender Gesundheit und gleichzeitig kann Gesundheit nicht mehr als Zustand völligen Wohlbefindens gelten, wie noch in der Gesundheitsdefinition der World Health Organization (WHO) von 1946. Gesundheit wird demnach nicht mehr als ein statischer Zustand angesehen, sondern viel mehr als ein Prozess, der fortlaufend beeinflusst werden kann (vgl. Lorenz 2005, 23).

Dies stellt eine Neuorientierung, Erweiterung und Kritik der bisherigen eher defizitorientierten, pathogenen Sichtweise der Schulmedizin auf den Gesundheitsbegriff dar. So war die übliche Sichtweise geprägt vom Fokus auf Krankheit, und medizinisches Handeln stets ausgerichtet auf das Beseitigen von pathogenen Symptomen. „Therapie [bedeutete] das Verschwinden negativer Zustände“ (Weig/Linden 2009, 1). Es wurde jedoch meist die Frage vernachlässigt, wie Gesundheit entsteht und gefördert werden kann. Außerdem stand die Krankheit im Mittelpunkt und es blieb die ganzheitliche Betrachtung des Individuums aus, das trotz kranker auch gesunde Anteile innehat, „wie Erfahrungen mit chronisch Kranken und behinderten Menschen zeigen“ (ebd., 1).

Es muss also der Horizont erweitert werden, denn „we are all terminal cases. And we all are, so long as there is a breath of life in us, in some measure healthy“ (Antonovsky 1997 zit. n. Lorenz 2005, 24).

Um nun eine aktuellere Erklärung des Gesundheitsbegriffes zu finden, wird die ICF der WHO herangezogen, welche ein „Konzept zur funktionalen Gesundheit“ (WHO

2005, 5) darstellt. In der ICF wird angenommen, dass Gesundheitszustände durch unterschiedliche, miteinander in Wechselbeziehung stehende Dimensionen zu beschreiben sind (Funktionen, Fähigkeiten und Kontextfaktoren) (ebd., 14). Diese Dimensionen beziehen sich auf den gesamten Lebenskontext eines Individuums, das heißt zum einen auf personale Faktoren wie Körperfunktionen und –strukturen sowie Schädigungen derselben und zum anderen auf Aktivität und Partizipation sowie ihrer Beeinträchtigungen. Außerdem werden auch Umweltfaktoren und ihre Auswirkungen auf das Individuum betrachtet, wozu beispielsweise soziale Unterstützung und Beziehungen zählen (ebd., 132). Diese Dimensionen ermöglichen sowohl positive als auch „negative Bilder der Funktionsfähigkeit“ (ebd., 5).

Es sollen durch die Kodierung unterschiedlicher dimensionaler Faktoren eine differenzierte Beschreibung der Situation eines Menschen und Möglichkeiten zur Verbesserung auf den einzelnen Ebenen (sowohl personal-gesundheitlich als auch die Umwelt betreffend) aufgezeigt werden (vgl. Meyer 2004, 87).

Laut ICF ist eine

„Person [...] *funktional gesund*, wenn – vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren –

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und –strukturen),
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten),
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder –strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Partizipation [Teilhabe] an Lebensbereichen)“ (WHO 2005, 4).

Die ICF schließt nicht nur biologische sondern auch psychosoziale Komponenten, wie zum Beispiel „Komponenten des Wohlbefindens (wie Erziehung/Bildung und Arbeit)“ (ebd., 9) der Gesundheit mit ein. Dies ist für die Zielgruppe dieser Arbeit relevant und gemäß den Klassifikationen nach ICF sind für jene Zielgruppe beispielsweise folgende Einordnungen von Bedeutung:

1. Klassifikation der Körperfunktionen:
 - b122 Globale psychosoziale Funktionen

- b126 Funktionen von Temperament und Persönlichkeit
- b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs (Sucht einschließlich)
- b147 Psychomotorische Funktionen
- b160 Funktionen des Denkens (ebd., 53ff)

2. Klassifikation der Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe):

- d175 Probleme lösen
- d240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen
- d710- d729 Allgemeine interpersonelle Interaktionen
- d840- d859 Arbeit und Beschäftigung
- d920 Erholung und Freizeit
- d950 Politisches Leben und Staatsbürgerschaft
- e310- e399 Unterstützung und Beziehungen (ebd., 98ff).

Insofern spielt die ICF nicht nur aufgrund der salutogenetischen Ausrichtung eine Rolle für diese Bachelor-Thesis, sondern gerade im Hinblick auf die zielgruppenspezifische Bedeutsamkeit des Faktors Gesundheit in Bezug auf Arbeit und der sie betreffenden Einschränkungen. Schließlich gehe es bei der ICF um „die aus dem gesundheitlichen Problem resultierenden Einschränkungen oder Schwierigkeiten einer betroffenen Person und die Wechselwirkungen zwischen diesen Faktoren und der sozialen und materiellen Umwelt“ (Meyer 2004, 23), welche besonders für den Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Krankheit eine enorme Rolle spielen (siehe Kapitel 3.1).

Die Erweiterung der pathogenen Sichtweise im Hinblick auf Salutogenese in dieser Konzeption wird dadurch deutlich, dass ein definiertes Ziel der ICF die Schaffung einer „wissenschaftlichen Grundlage für das Verstehen [...] des Gesundheitszustandes [...]“ (WHO 2005, 11) ist. Diese allgemeine Formulierung sowie der Fakt, dass die ICF „auf *alle* Menschen bezogen“ (ebd., 13) werden kann, machen deutlich, dass sie ein sinnvolles Konzept zur Begriffsbestimmung von Gesundheit und zur Darstellung verschiedener Gesundheitszustände ist.

Die ICF ist somit eine zweckmäßige und notwendige Ergänzung der »International Classification of Diseases« (ICD-10), welche im Gegensatz zur ICF „Diagnosen‘ von Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder anderen Gesundheitszuständen zur Verfügung“ (ebd., 10) stellt.

Grundsätzlich wird hier auch angenommen, dass ein Mensch „Krankheit umso besser bewältigen kann, je gesünder er auf einzelnen oder allen Ebenen ist“ (Weig/Linden 2009, 2), womit auch an dieser Stelle ein Bezug zur Salutogenese, der gesundheitsfördernden Perspektive und dem mit ihr verbundenen Gesundheitsbegriff hergestellt werden kann.

In Bezug auf die vorliegende Arbeit hat die Ebene der psychischen Gesundheit eine herausragende Bedeutung und laut BECKER zeichne insbesondere seelische Gesundheit sich dadurch aus, dass ein Individuum in der Lage sei, externe Stressoren sowie psychische Stressmomente zu bewältigen (vgl. Lorenz 2005, 88). Dies bedeutet, dass seelische Gesundheit davon abhängig ist, wie gut ein Mensch seine Bedürfnisse befriedigen kann und davon, ob er Ziele hat, die seinem Leben einen tieferen Sinn sowie Orientierung geben (ebd., 89). Wie oben erläutert, spielt (Erwerbs-) Arbeit im Zusammenhang mit Sinn und Orientierung im Leben eines Menschen eine bedeutsame Rolle. Wie sich der Verlust derselben auf das Individuum und seine psychische Verfassung auswirken kann, wird in den folgenden Kapiteln verdeutlicht.

Nachdem in diesem Kapitel also das Grundverständnis der Begriffe Erwerbsarbeit, (Langzeit-) Arbeitslosigkeit und Gesundheit für die vorliegende Arbeit erläutert wurde, soll im folgenden Kapitel der Zusammenhang von (Langzeit-) Arbeitslosigkeit und Krankheit dargestellt werden.

3. Zusammenhänge zwischen (Langzeit-) Arbeitslosigkeit und Krankheit

3.1 Sozialepidemiologische Befunde zum Zusammenhang zwischen (Langzeit-) Arbeitslosigkeit und Krankheit

Die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes lässt erahnen, dass Langzeitarbeitslose unter einer wesentlich schlechteren Gesundheit leiden als Erwerbstätige. So sind nach dem Gesundheitssurvey von 2003² nur 9% der Langzeitarbeitslosen und im Gegensatz dazu mehr als 25% der Erwerbstätigen sehr zufrieden mit ihrer Gesundheit (vgl. Lampert et al 2005, 75). Vor allem von langzeitarbeitslosen Menschen wird berichtet, dass sich infolge der Arbeitslosigkeit eine „signifikante Verschlechterung der Gesundheit“ (ebd., 76) eingestellt habe. Auf

² Daten basieren auf Grundlage von Versicherten der Gmünder Ersatzkasse aus dem Jahr 2000.

drastische Art und Weise macht auch das 3,8-fach erhöhte Mortalitätsrisiko Arbeitsloser den schlechten Gesundheitszustand im Vergleich zu Erwerbstätigen deutlich (vgl. Kuhnert et al 2008, 128), das mit der Dauer der Arbeitslosigkeit noch zunimmt (vgl. Holleder 2008, 190).

Da langzeitarbeitslose Menschen auch häufig arm sind, haben sie ein erhöhtes Risiko an verschiedenen Gesundheitsstörungen zu erkranken. So gaben im Gesundheitssurvey 2003 zum Beispiel 42,1% der befragten 30- bis 64-Jährigen mit Armutsrisiko gegenüber 36,7% der Gleichaltrigen mit höherem Einkommen an, dass sie krank waren (ebd., 25).

Erhoben werden konnte außerdem, dass 60% der 20- bis 59-jährigen Langzeitarbeitslosen zum Zeitpunkt der Befragung angaben, eine Krankheit oder sonstige gesundheitliche Einschränkung zu haben, wohingegen dies nur bei 36% der kurzzeitig Arbeitslosen und bei 28% der Erwerbstätigen der Fall war. Am häufigsten wurden Hypertonie, Diabetes mellitus, Adipositas, Herzinfarkt, chronische Bronchitis, Arthrose, Rückenschmerzen, Schwindel und Depressionen als Erkrankungen angegeben (ebd., 77).

Es konnten außerdem Durchblutungsstörungen des Hirns und der Beine, Leberzirrhose, Epilepsie, psychische Störungen sowie Abhängigkeitserkrankungen als überdurchschnittlich häufig auftretende Erkrankungen unter Arbeitslosen ermittelt werden. In der Sächsischen Längsschnittstudie, die seit 1987 jährlich durchgeführt wird und Folgen von Arbeitslosigkeit in Ost- und Westdeutschland vergleicht, wurden bis 2007 außerdem vor allem Magenschmerzen, Nervosität und Schlaflosigkeit als signifikant mit Arbeitslosigkeit kumulierende Symptome erkannt (vgl. Berth et al 2008, 22).

Gerade psychische und Verhaltensstörungen führen vor allem bei arbeitslosen Männern zur verstärkten Inanspruchnahme stationärer medizinischer Leistungen (vgl. Lampert et al 2005, 79) und auch nach HOLLEDERER machten die durch den Ärztlichen Dienst der Bundesagentur für Arbeit im Jahr 2001 erstellten Diagnosen „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“ sowie „Psychische und Verhaltensstörungen“ bei Arbeitslosen insgesamt 66% aus (vgl. Holleder 2003, 2).

Im Gesundheitssurvey 2003 konnte außerdem herausgefunden werden, dass „langzeitarbeitslose Männer 3,4-mal und langzeitarbeitslose Frauen 2,7-mal“ (Lampert et al 2005, 148) häufiger unter Depressionen leiden als Erwerbstätige und

auch die durch die GEK errechneten Daten von 2001 ergaben, dass Arbeitslose ein gegenüber der Referenzgruppe³ 1,8-fach erhöhtes Risiko haben, wegen einer affektiven Störung⁴ krankgeschrieben zu werden (vgl. Holleder 2002, 415).

Man kann davon ausgehen, dass die signifikantesten Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit im Bereich der psychosomatischen und psychischen Gesundheit zu finden sind. Aus diesem Grund soll der Fokus nun auf diesem Bereich und spezieller auf der Prävalenz von Abhängigkeitserkrankungen bei Arbeitslosen liegen.

Abhängigkeitserkrankungen

Im Rahmen des Gesundheitssurveys 2003 wurde für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2003 ermittelt, dass unter den 20- bis 59-Jährigen fast 66% der Arbeitslosen gegenüber nur 40% der gleichaltrigen Erwerbstätigen täglich rauchen (vgl. Lampert et al 2005, 81).

Zur Häufigkeit von Alkoholabusus bzw. problematischem Alkoholkonsums unter Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen existieren widersprüchliche Daten, aber ein direkter Ursache-Wirkungszusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Abhängigkeitserkrankungen wird in der Regel verneint (vgl. Henkel 2008a, 11). HENKEL kommt zu dem Schluss, dass die meisten Arbeitslosen ihren Alkoholkonsum während der Arbeitslosigkeit nicht signifikant verändern. Dies kann bedeuten, dass vorher „sehr häufig so fest gefügte Trinkgewohnheiten bestehen [...], dass selbst der Verlust der Arbeit [...] darauf keinen substantziellen Einfluss nimmt“ (ebd., 41). Auch im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 sowie im Gesundheitssurvey 2003 konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen in Bezug auf Alkoholkonsum gefunden werden (vgl. Grobe/ Schwartz 2003, 8).

Dies steht im Widerspruch zu den Ergebnissen der Mehrheit der Studien, die deutlich machen, dass Arbeitslosigkeit hochsignifikant mit einem erhöhten Risiko für Substanzprobleme sowie alkoholinduzierter Sterblichkeit korreliert (ebd., 48). Im Jahr 2000 waren außerdem knapp 40% aller Erwachsenen, die eine stationäre Suchtbehandlung machten, arbeitslos gemeldet (vgl. Holleder 2002, 416; Kieselbach/ Beelmann 2006, 21).

Bestätigt wurden diese Ergebnisse durch weitere Studien, z.B. durch JACOBI (2004) und ROSE (2003), welche ergaben, dass für Arbeitslose „in der Kategorie »Alkohol und Drogen« ausnahmslos signifikant höhere Prävalenzen“ (Henkel 2008a, 17) im

³ Verglichen wurden Arbeitslose hier mit Versicherten, die in technischen Berufen tätig waren

⁴ Zu affektiven Störungen zählen laut ICD-10 manische, bipolare sowie depressive Störungen

Vergleich mit Erwerbstätigen ermittelt wurden. Des Weiteren konnte in einer Studie von ANDREWS (2001) heraus gefunden werden, „dass die Zwölfmonatsprävalenzrate⁵ von Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol [...] nicht nur bei Kurzarbeitslosen um das 1,8-Fache, sondern [bei Langzeitarbeitslosen] signifikant um das 2,3-Fache höher war als bei den Erwerbstätigen“ (Henkel 2008a, 19). 2003 bildeten arbeitslose Alkoholabhängige die größte Gruppe der insgesamt Suchtbehandelten⁶ (ebd., 166). Des Weiteren haben arbeitslose Alkoholabhängige im Vergleich zu erwerbstätigen ein prägnant erhöhtes Risiko, rückfällig zu werden. Zum einen werden die Betroffenen früher und schwerer rückfällig, zum anderen ist die Gefahr des Rückfalls ins frühere Trinkmuster erhöht (vgl. Körkel 2008, 248ff; Henkel et al 2008, 221). Aufgrund der erhöhten Rückfallquote nehmen alkoholabhängige Arbeitslose suchtrehabilitative Maßnahmen häufiger in Anspruch (vgl. Henkel 2008c, 168).

Wesentliche Unterschiede wurden vor allem im Vergleich von Erwerbstätigen mit Langzeitarbeitslosen im Gegensatz zum Vergleich von Erwerbstätigen mit Kurzarbeitslosen in Bezug auf die Komorbidität von Depressivität und Alkoholabusus gefunden, was darauf hindeutet, dass sich ein Risiko für einen schlechteren Gesundheitszustand mit der Dauer der Arbeitslosigkeit erhöht (ebd., 19). GORDO konnte allerdings herausfinden, dass sich bei einer Dauer der Arbeitslosigkeit von mehr als zwei Jahren wieder eine Verbesserung der Gesundheitszufriedenheit einstellt (vgl. Gordo 2006, 59), was sie mit einer möglichen allmählichen Anpassung an die Situation in Zusammenhang bringt. In diesem Punkt bestehen allerdings auch widersprüchliche Ergebnisse, stellen KUHNERT und KASTNER doch fest, dass die Dauerarbeitslosen ihrer Studie die schlechteste psychische Verfassung aufwiesen (vgl. Kuhnert/ Kastner 2006, 127). Außerdem ist Langzeitarbeitslosigkeit verbunden mit „Risikopotenzialen, die die Herausbildung und Intensivierung von Suchtproblemen deutlich begünstigen können“ (Henkel 2008c, 168).

Anzumerken ist abschließend allerdings, dass nur ein relativ geringer Teil der Arbeitslosen Suchtproblematiken aufweist, die Gruppe der Arbeitslosen unter den Menschen, die Maßnahmen der Suchthilfe in Anspruch nehmen, aber groß ist (vgl. Holleder 2008, 190).

⁵ Zwölfmonatsprävalenzrate = Im Zeitraum von 12 Monaten vor der Befragung

⁶ Die Daten beziehen sich auf Auswertungen der Deutschen Suchthilfestatistik 2003 und umfassen 595 ambulante und 124 stationäre Einrichtungen der Suchthilfe (vgl. Henkel 2008c, 166)

Nachdem in diesem Kapitel die empirischen Befunde zum Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Krankheit, mit besonderem Augenmerk auf die Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit (in Bezug auf Abhängigkeits-erkrankungen) wiedergegeben wurden, scheint es sinnvoll, anschließend die Lebenslage der Betroffenen etwas genauer zu betrachten, um die möglichen Ursachen für die oben aufgezeigten Zusammenhänge zu beleuchten. Hierfür sollen sowohl die sozialen als auch die gesundheitlichen Konsequenzen mit ihren Bedeutungen für das Individuum skizziert werden.

3.2 Konsequenzen der (Langzeit-) Arbeitslosigkeit für das Individuum

Nachdem im vorherigen Kapitel sozialepidemiologische Befunde dargestellt wurden, soll nun die Lebenssituation der Betroffenen beschrieben werden. Die Auswirkungen, die die Arbeitslosigkeit auf unterschiedlichsten Ebenen auf das Individuum hat, sollen erläutert und ein Bild der Lebenslage gezeichnet werden.

Wie in Kapitel 2.1 dargestellt, ist Erwerbsarbeit im Zuge der gesellschaftlichen Entwicklung zu einer Art Statussymbol geworden – Menschen in den westlich geprägten Gesellschaften definieren sich stark durch den Beruf und erfahren durch ihn Anerkennung von Mitmenschen.

Der gesellschaftliche Wandel hat dazu beigetragen, dass sich das Bild der Erwerbsarbeit wesentlich verändert hat. So sind nur noch selten die sogenannte Normalbiografie (Schule – Ausbildung – Arbeit in erlerntem Beruf – Rente) und immer häufiger individualisierte, unstete Erwerbsbiografien zu finden, welche (häufig) wechselnde Arbeitsplätze, Branchen und auch Arbeitslosigkeitsphasen vorweisen (vgl. Breig/ Leuther 2007, 23ff). Doch gerade diese Unstetigkeit und auch Unsicherheit, zum Beispiel bedingt durch die Pluralisierung der Erwerbsformen, führen zu erhöhtem Druck auf dem Arbeitsmarkt und auf die Arbeitnehmer. Angesichts der Tatsache, dass Arbeitslosigkeitsphasen zukünftig mit hoher Wahrscheinlichkeit zum Bild einer durchschnittlichen Erwerbsbiographie dazugehören können und sich somit die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Langzeitarbeitslosigkeit erhöht, soll die Lebenslage der von Arbeitslosigkeit Betroffenen mit ihren unterschiedlichen Facetten nachfolgend beschrieben werden.

Soziale Auswirkungen

Arbeitslosigkeit bedeutet für die Betroffenen in erster Instanz materiellen Verlust bzw. ist vor allem bei Langzeitarbeitslosigkeit verbunden mit einem Leben in Armut oder

mit Armutsrisiko⁷. 2009 beispielsweise lag die Armutsrisikogrenze bei 801€/Monat für eine alleinstehende Person (Statistische Ämter des Bundes und der Länder online 2010). So lebten 2009 53,7% der Arbeitslosen armutsgefährdet, wohingegen der Anteil unter Erwerbstätigen bei 7,5% lag (vgl. Statistisches Bundesamt online 2010). Denn durch den Bezug von Arbeitslosengeld I, das 60 bzw. 67% des letzten Nettolohnes beträgt (vgl. §129 SGB III), sind bereits spürbare finanzielle Einbußen zu verzeichnen. Bei längerer Arbeitslosigkeit und Inanspruchnahme der Grundsicherung für Arbeitssuchende (ALG II) verringert sich die Summe, denn der Eckregelsatz für eine alleinstehende Person liegt seit dem 1. Januar 2011 bei monatlich 364 € (vgl. §20 SGB II), die „zur freien Verfügung“ stehen. Dies wiederum bedeutet für die Betroffenen stärkere Einschränkungen, so sieht die Berechnungsgrundlage des Regelsatzes zum Beispiel monatlich 129,24€ für Nahrung und alkoholfreie Getränke, 30,58€ für Bekleidung und Schuhe, 40,20€ für Freizeit und Kultur, 22,92€ für Verkehrsmittel oder 15,64€ für die Gesundheitspflege⁸ vor.

Oftmals müssen die Betroffenen auf kulturelle Erlebnisse und Hobbies und somit zum Teil auf Teilhabe am gesellschaftlichen Leben verzichten, da damit Kosten verbunden sind, die nicht mehr aufgebracht werden können (vgl. Breig/ Leuther 2007, 40).

Wie BREIG und LEUTHER zusammenfassen, konnte in verschiedenen Studien herausgefunden werden, dass gerade unter Langzeitarbeitslosen vermehrt Überschuldung sowie Schwierigkeiten, das monatliche Geld einzuteilen, zu finden sind (ebd., 40). Des Weiteren stellt Überschuldung nicht nur ein Vermittlungshemmnis dar, sondern kann aufgrund der mit ihr verbundenen Konsequenzen (Gehaltsabtretungen, Pfändungen o.ä.) auch Arbeitslosigkeit mit verursachen (vgl. Holleder 2008, 196). Wie in Kapitel 2.1 bereits dargestellt wurde, welche Rolle Erwerbsarbeit im Leben eines Individuums spielt, werden im Gegensatz dazu an dieser Stelle die Konsequenzen ihres Fehlens herausgearbeitet. So bedeutet Arbeitslosigkeit

⁷ Armut wird unterschieden in relative und absolute Armut. Relative Armut wird im Vergleich zum Umfeld eines Individuums gemessen, Referenzrahmen ist hierbei der Median des Nettoäquivalenzeinkommens (welches das tatsächlich erwirtschaftete Einkommen abzüglich der zu entrichteten Steuern, also das verfügbare Einkommen, auf den Haushalt gewichtet, darstellt) bzw. das Medianeinkommen, was 60% des durchschnittlichen Einkommens widerspiegelt. Sie ist demnach gleichzusetzen mit dem Unterschreiten einer künstlich gesetzten Grenze. Absolute Armut hingegen bedroht direkt die Existenz und wird durch die Verfügbarkeit eines festgelegten Tageseinkommens (2005 waren dies 1,25 US-Dollar) angezeigt (vgl. Kleinhenz et al a+b; Bundeszentrale für politische Bildung Stand 2011; Schubert/ Klein 2006)

⁸ Die Daten basieren auf der Grundlage der Aufschlüsselung der im Regelsatz des ALG II beinhalteten Einzelbedarfe gemäß den fachlichen Hinweisen zum Umfang der Regelleistung §20 SGB II sowie nach §28 SGB XII, welche wiederum auf der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) 2008 des Statistischen Bundesamtes beruhen.

weiterhin einen Verlust von ideellen Inhalten, denn Arbeit beinhaltet neben dem regelmäßigen Einkommen auch die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte, Herausforderungen, Beziehungen, einen strukturierten Alltag und aufgrund der Funktion als Statussymbol auch den Erhalt des Selbstwertgefühls (vgl. Breig/ Leuther 2007, 43). So werden die für das Selbstwertgefühl so wichtigen Gratifikationserfahrungen⁹ gerade am Arbeitsplatz gemacht (vgl. Lorenz 2005, 85).

Die plötzlich freie Zeit kann bei länger andauernder Arbeitslosigkeit zu einer Lethargie mit einem unangenehmen Empfinden von Langeweile (so genannte Zeitstrukturkrise) führen, was wiederum in gesellschaftlicher Ausgrenzung resultieren kann. Die fehlende bzw. veränderte Zeitstruktur kann außerdem mit der Dauer der Arbeitslosigkeit zu einem erheblichen Problem werden, denn das Empfinden von Langeweile sowie Gefühle von Sinn- und Nutzlosigkeit können sich mit der Dauer intensivieren (vgl. Breig/ Leuther 2007, 41) und in regelrechte Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit münden.

Es konnte außerdem herausgefunden werden, dass Arbeitslosigkeit häufig dazu führt, dass die Betroffenen sich aus ihrem Bekannten- und Freundeskreis zurückziehen und somit eine Verkleinerung des sozialen Netzwerkes herbeiführen. Es findet eine Konzentration auf den engsten Familienkreis bzw. auf die Kernfamilie statt, was eine stärkere Belastung dieser Beziehungen zur Folge haben kann (ebd., 42f). Arbeitslosigkeit führt so also nicht selten zu Isolation und Einsamkeit bzw. zur Belastung der Beziehungen der Betroffenen, was eine weitere problematische Dimension der Lebenssituation von arbeitslosen Menschen darstellt.

Des Weiteren kann sich die Arbeitslosigkeit nicht nur negativ auf die Beziehungen im engeren sozialen Umfeld auswirken, sondern auch direkt messbar auf Personen, die selber nicht persönlich von Arbeitslosigkeit betroffen sind. Man spricht hier von »Opfern durch Nähe« (vgl. Kieselbach/ Beelmann 2006, 22). So weisen beispielsweise Kinder arbeitsloser Eltern ähnliche Symptome (depressive Verstimmungen, Einsamkeit oder mangelnde Fähigkeit, Stress zu bewältigen) wie die direkt Betroffenen auf (vgl. Henkel 2008a, 53).

Gesundheitliche Auswirkungen

Wie in Kapitel 3 zu sehen sein wird, besagt die Kausalitätshypothese, dass arme Menschen ein erhöhtes Risiko haben, krank zu werden.

⁹ Also Erfahrungen, in denen das Individuum Anerkennung durch sein Umfeld erfährt, wobei es sich hier sowohl um monetäre als auch um immaterielle Anerkennung handeln kann.

„Effects on health are especially common among people whose situation is characterized by long-standing social exclusion, e.g. people with low [...] income, the long-term unemployed [...]“ (Lampert et al 2005, 0). Der mit Arbeitslosigkeit verbundene Langzeitstress kann, wie in Kapitel 3.1 bereits detailliert ausgeführt, kardiovaskuläre, immunologische sowie funktionelle Erkrankungen zur Folge haben (vgl. Kuhnert/ Kastner 2006, 133).

Unter Langzeitarbeitslosen sind zudem „gesundheitsriskante Verhaltensgewohnheiten wie Rauchen oder Bewegungsmangel, die für einen Großteil der vermeidbaren Krankheits- und vorzeitigen Sterbefälle verantwortlich“ (Lampert et al 2005, 7) sind, stark verbreitet. Gesundheitsfördernde Aktivitäten wie zum Beispiel sportliche Betätigung werden von 50% der arbeitslosen Männer überhaupt nicht betrieben, wohingegen diese Gruppe bei den Erwerbstätigen nur 33% beträgt (ebd., 82). Verglichen mit Erwerbstätigen haben Arbeitslose größere Probleme, präventiv zu handeln und gesundheitsschädigendes Verhalten zu erkennen, zu ändern oder Hilfe in Anspruch zu nehmen. So besuchen sie beispielsweise seltener Selbsthilfegruppen und medizinische Vorsorgeuntersuchungen (vgl. Kieselbach/ Beelmann 2006, 23). Dies ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass die Lebenssituation der Betroffenen, die sie auf die Bewältigung des Alltags einschränkt, wenig Kraft und Zeit für Zukunftsplanung und Vorsorgemaßnahmen übrig lässt. So überwiegen bei einigen Langzeitarbeitslosen „sogar gleichgültig-fatalistische Zukunftseinstellungen“ (Henkel 2008b, 107).

Bei all den genannten Punkten muss stets beachtet werden, dass sich Arbeitslosigkeit natürlich individuell unterschiedlich und von bestimmten Moderatorvariablen abhängig auswirkt (vgl. Paul et al 2006, 38). Moderatorvariablen sind Faktoren, die Einfluss auf die Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf das Individuum nehmen. Zu nennen sind hier zum Beispiel das Alter und Geschlecht der betroffenen Person, die sozialen Beziehungen und soziale Unterstützung, das Aktivitätsniveau, die Dauer der Arbeitslosigkeit, die finanzielle Situation oder die innere Gebundenheit an und Einstellung zu Erwerbsarbeit (vgl. Kieselbach/ Beelmann 2006, 17f).

Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Störungen können demnach in starken finanziellen Schwierigkeiten, niedriger beruflicher Qualifikation, starker innerer Bedeutung der Erwerbsarbeit, eingeschränkter Freizeitgestaltung oder auch geringer Unterstützung im sozialen Netzwerk liegen (vgl. Henkel 2008a, 52f).

An dieser Stelle dürfen die so genannten »good copers« nicht unerwähnt bleiben, welche ihre Arbeitslosigkeit gut bewältigen und als Herausforderung für sich nutzen können. Das wichtigste Kriterium, das durch Forschung herausgefunden werden konnte, ist hierbei allerdings auch, dass diesen Personen gemeinsam ist, dass ihre Lebenssituation trotz der Arbeitslosigkeit nicht existenzgefährdend ist. Es sind also jene Menschen, die im Sinne der Verstehbarkeit und der Bedeutsamkeit des Kohärenzgefühls sicher sein können, dass sie die Phase der Arbeitslosigkeit einigermaßen unbeschadet überstehen werden. Leider stellen die »good copers« nicht die Mehrheit der Arbeitslosen dar, denn häufiger führt Arbeitslosigkeit zu einer Beeinträchtigung der Gesundheit (vgl. Breig/ Leuther 2007, 38) einher.

Psychische Auswirkungen

Im vorangegangenen Abschnitt wurden die sozialen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit sowie die Konsequenzen für die physische Verfassung der Betroffenen beschrieben. Da jedoch die signifikantesten Auswirkungen im Bereich der seelischen Gesundheit zu finden sind, soll sich der folgende Teil mit diesem Themenfeld beschäftigen.

Ein Arbeitsplatzverlust kann für die seelische Gesundheit zu einer andauernden Bedrohung werden, die gekennzeichnet ist durch permanente gedankliche Präsenz und dazu führt, dass das Leben mit der Arbeitslosigkeit bloß ertragen wird (vgl. Kuhnert/ Kastner 2006, 132).

Arbeitslosigkeit kann unter anderem als kausale Ursache schlechten seelischen Befindens angesehen werden, denn „eine hohe Wertschätzung der Erwerbsarbeit [...] bleibt auch im Verlauf der Arbeitslosigkeit erstaunlich stabil“ (Paul et al 2006, 37). Dies wirkt sich auf unterschiedlichste Bereiche der Psyche aus, so zum Beispiel auf emotionales Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit, Selbstwertgefühl, Persönlichkeit sowie das Entstehen von Abhängigkeitserkrankungen (vgl. Berth et al 2008, 23).

Ein Arbeitsplatzverlust geht oft einher mit Gefühlen von Versagen und Schuld. Besonders das männliche Rollenverständnis, die eigene Familie versorgen zu wollen, wird hierbei verletzt, zumal Männer in der Regel häufiger die Hauptverdiener sind, eine stärkere Erwerbsorientierung als Frauen aufweisen und insofern beim Mann das Selbstwerterleben enger mit Erwerbsarbeit verknüpft ist als bei Frauen (vgl. Holleder 2008, 195). Bei Frauen spielt dieser Aspekt insofern häufig eine kleinere Rolle, da sie zum einen oftmals nicht Hauptverdienerin in der Familie sind und zum anderen leichter in der Lage sind, sich an die neue Situation bzw. eine neue

Rolle, zum Beispiel die der Hausfrau, und die mit ihr verbundenen Erwartungen anzunehmen. Der Verlust der Erwerbsarbeit nach einer hohen Erwerbsbeteiligung und -orientierung kann allerdings auch bei Frauen zu ähnlichen Belastungen führen (vgl. Kieselbach/ Beelmann 2006, 18). Es kann ein negatives Selbstbild entstehen (vgl. Gordo 2006, 71), es wird vermehrt Dis-Stress¹⁰ empfunden und es kann sich ein Zustand der Hilfs- und Perspektivlosigkeit einstellen, was sich insgesamt negativ auf die Psyche auswirkt¹¹ (vgl. Kieselbach/ Beelmann 2006, 21).

Durch Arbeitslosigkeit wird ein Teufelskreis von Versagensgefühlen, ausbleibenden Erfolgserlebnissen und Energielosigkeit in Gang gesetzt. So vermindert Arbeitslosigkeit beispielsweise das Empfinden von Kontrolle über die eigene Lebenssituation und reduziert Selbstwirksamkeitsüberzeugungen (vgl. Henkel 2008b, 107). Im Zusammenhang mit lang anhaltender Arbeitslosigkeit können Gefühle der Unsicherheit, Energielosigkeit, Selbstzweifel und ein Empfinden, dass die Situation und die eigene Zukunft nicht beeinflussbar seien, entstehen. Dies kann wiederum zu Stressempfindungen und psychosomatischen Beschwerden führen und hat ein sinkendes Selbstvertrauen, Grübeln und Selbstzweifel zur Folge (vgl. Ulich 1987, 200). Ein Hinweis auf das verstärkte Vorkommen psychischer Probleme bei Arbeitslosen ist auch das Ergebnis einer Studie von HENKEL, in der herausgefunden wurde, dass arbeitslose Männer und Frauen im Vergleich zu Erwerbstätigen vermehrt psychoaktive Medikamente einnehmen (vgl. Henkel 2008a, 27).

Die soziale Situation der Betroffenen spielt also eine besondere Rolle, da die schlechtere psychische Verfassung der Langzeitarbeitslosen nicht selten einen Verlust an sozialen, personalen und auch materiellen Ressourcen mit sich bringt. So sind die Betroffenen häufig nicht in der Lage, die an sie gestellten Erwartungen und Rollen zu erfüllen. Sie sind folglich in doppelter Weise beansprucht, denn sie müssen zum einen die Krankheit (sprich gesundheitlichen Einschränkungen bzw. Abhängigkeitserkrankung) und zum anderen auch die beschriebene Lebenslage bewältigen (vgl. Grabert 2007, 37).

Durch die beschriebenen Mehrfachbelastungen, die soziale Situation und die psychische Verfassung der Betroffenen, können sich vorhandene problematische Konsummuster verfestigen oder auch intensivieren (vgl. Breig/ Leuther 2007, 45). Nicht zuletzt kann sich somit eine Abhängigkeitserkrankung verstärken oder im Sinne verzweifelter Bewältigungsmechanismen erst entstehen. So ist beispielsweise der

¹⁰ Bezeichnung für negativen Stress im Gegensatz zu Eu-Stress, also positivem Stress

¹¹ Zum Beispiel in Form einer Depression oder Sucht, siehe Kapitel 3.2

„Gebrauch des Alkohols zur Manipulation der psychischen Befindlichkeit [...] unter arbeitslosen Männern vergleichsweise stark verbreitet“ (Henkel 2008a, 20).

Im Folgenden sollen aus diesem Grund noch einmal kurz das Thema Sucht als Bewältigungsstrategie beleuchtet und die entstehenden Konsequenzen für das Individuum beschrieben werden.

Suchtbezogene Auswirkungen

Sucht äußert sich durch einen Verlust der Kontrolle über die Menge der konsumierten Substanz und somit nicht zuletzt auch durch den Kontrollverlust der Betroffenen über sich selbst. Das Konsumverlangen steigert sich, sodass sogar trotz schädlicher Folgen weiter konsumiert wird (vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes online 2011). Schädliche Folgen, die in letzter Instanz auch zum Tode führen können, können zum Beispiel Leberkrankheiten, Depressionen infolge des Substanzkonsums oder Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten sein. Abgesehen davon können Beziehungen zu anderen Menschen (Familie, Freunde, Kollegen) und generell soziale Kontakte unter der Anhängigkeitserkrankung leiden (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen online 2009; Schmidt et al online 2003). Sucht kann des Weiteren, besonders im Bereich der illegalen Drogen, ein Abgleiten in die Kriminalität bedeuten (Beschaffungskriminalität, Verkehrsdelikte etc.).

Weitere Kennzeichen einer fortschreitenden Sucht können die Vernachlässigung der Ernährung sowie des äußeren Erscheinungsbildes sein. Nicht zuletzt kann Sucht durch eintretende Entzugssymptome, krankheitsbedingte Ausfallzeiten und insgesamt durch einen Verlust des Bezugs zur Realität bzw. suchtspezifischer Prioritätensetzung zu einem Verlust des Arbeitsplatzes führen (vgl. Institut Suchtprävention online 2004; Fachverband Sucht online 2011a), womit an dieser Stelle auch ein selektiver Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Sucht gegeben wäre.

Zusammenfassend kann man also sagen, dass sich gerade suchtkranke Arbeitslose in einem Teufelskreis befinden, in dem sich der schlechtere gesundheitliche Zustand negativ auf mögliche Wiedereingliederungschancen in das Erwerbsleben auswirkt und gleichzeitig die Arbeitslosigkeit sich wiederum negativ auf die Gesundheit und insbesondere auf die psychische Gesundheit auswirkt (vgl. Paul et al 2006, 46). Die gesundheitlichen Einschränkungen stellen nicht nur ein erhebliches Vermittlungs-

hemmnis dar, sondern wirken sich auch auf die individuelle Suche einer neuen Arbeitsstelle negativ aus (vgl. Holleder 2008, 194f).

Die Lebenslagen von Langzeitarbeitslosen sind geprägt von unterschiedlichsten zu bewältigenden Problemfaktoren, die sich sozial, psychisch und physisch manifestieren. Gerade der Bereich der psychischen Gesundheit ist bedeutend im Zusammenspiel mit Langzeitarbeitslosigkeit und wirkt sich gravierend auf sämtliche Lebensbereiche aus. Es wird deutlich, dass für arbeitslose Suchtkranke ein erhöhter Handlungsbedarf besteht, sowohl in der Prävention als auch an Behandlungsangeboten (vgl. Henkel 2008a, 30).

3.3 Erläuterungen der theoretischen Zusammenhänge zwischen (Langzeit-) Arbeitslosigkeit und Krankheit

Soll ein Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Krankheit herausgearbeitet werden, muss von vier Vorannahmen ausgegangen werden, die sodann folgen:

Erstens besteht die Selektionshypothese, welche besagt, dass kranke Menschen häufiger arm sind – übertragen auf Arbeitslosigkeit bedeutet dies, dass kranke Menschen häufiger arbeitslos sind. Dies ist zum Beispiel auf krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit zurückzuführen. So besagt der »healthy worker effect«, dass gesündere Arbeitnehmer eher in Beschäftigung verbleiben (Lampert et al 2005, 55) und „gesundheitlich beeinträchtigte Beschäftigte [...] in stärkerem Maße von betriebsbedingten Entlassungen betroffen“ (ebd., 55) sind. Eine Rolle kann der Selektionseffekt also sowohl in Einstellungsverfahren als auch beim Stellenabbau spielen, indem es möglicherweise um Vorurteile bezüglich verminderter Leistungsfähigkeit gehen kann (vgl. Holleder 2002, 416). Besonders gefährdet sind Suchtkranke, da sie „überdurchschnittlich häufig arbeitslos werden z.B. infolge hoher sucht- oder krankheitsbedingter Fehlzeiten, Arbeitsleistungsminderung und disziplinarischen Konflikten“ (Henkel 2008a, 33). Des Weiteren haben suchtkranke Arbeitslose im Vergleich zu nicht suchtkranken größere Schwierigkeiten, wieder Arbeit zu finden, sodass sich ihr Anteil unter den Arbeitslosen wiederum erhöht (Kumulationseffekt). Es ist also darauf hinzuweisen, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit sowohl selektive als auch kausale Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und der Ausbildung einer Abhängigkeitserkrankung bestehen und sicherlich ein Risiko der Intensivierung von bereits bestehenden problematischen Konsummustern besteht.

Der Kausalitätsansatz sagt zweitens aus, dass Armut krank macht. Zum einen wird gesagt, dass nicht nur die monetären Möglichkeiten zum gesunden Leben (Ernährung etc.) beschränkt sind, sondern dass die Betroffenen zum anderen zusätzlich in einer eher gesundheitsschädigenden Umwelt leben (materieller Erklärungsansatz). Bezogen auf die hier behandelte Zielgruppe kann angemerkt werden, dass die höchsten Armutsrisikoquoten bei Arbeitslosen zu finden sind (2009 hatten Erwerbslose laut Mikrozensus sogar eine Armutsgefährdungsquote von über 50% (vgl. Statistisches Bundesamt online 2011)) und andersherum ein Großteil der „Langzeitarmer“ arbeitslos ist (vgl. Lampert et al 2005, 22). Zum anderen sagt der Ansatz aus, dass gesundheitsbeeinträchtigendes Verhalten (zum Beispiel Rauchen, wenig sportliche Aktivität, ungesunde Ernährung oder übermäßiger Konsum von Genussmitteln) besonders von der Bevölkerungsgruppe betrieben wird, die über nur geringe finanzielle Ressourcen verfügt (kulturell-verhaltensbezogener Erklärungsansatz)¹².

Drittens besagt die Lebenslauf-Annahme, dass frühe negative biografische Beeinflussungen sich gesundheitlich noch im Erwachsenenalter ausprägen, was auch der in Kapitel 3.2 beschriebene »Opfer-durch-Nähe-Effekt« widerspiegelt. Hier wurde außerdem durch Studien belegt, dass ein lebenslang niedriger sozio-ökonomischer Status zu erhöhten gesundheitlichen Risiken führen kann (vgl. Hurrelmann/ Richter 2007, 8).

Der psychosoziale Ansatz sagt viertens aus, dass ungleich verteilte psychosoziale Ereignisse (Stress, Schicksalsschläge etc.) und deren Bewältigungsressourcen zu ungleich verteilten Gesundheitszuständen führen können.

Durch Studien (vgl. Holleder 2002, 416) zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit konnte mehr eine Wechselwirkung zwischen Krankheit und Arbeitslosigkeit erkannt werden als eine kausale Ursachewirkung. Die Ergebnisse weisen auf der einen Seite auf ursächliche Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit hin, jedoch lässt sich gleichzeitig feststellen, dass ein schlechter Gesundheitszustand das Risiko, arbeitslos zu werden, erhöht. Diese Wechselwirkung macht insofern deutlich, dass Beschäftigte mit Substanzproblematiken eher arbeitslos werden, infolge der Arbeitslosigkeit einer stärkeren Belastung ausgesetzt sind, ihren Substanzkonsum dadurch möglicherweise intensivieren und somit sowohl

¹² HENKEL ordnet diesen Fakt (gesundheitsschädigendes Verhalten ist häufiger in der unteren sozialen Schicht zu finden) im Gegensatz zu HURRELMANN und RICHTER der Selektionshypothese zu.

die „Suche nach Arbeit erschwert als auch die objektiven Chancen auf dem Arbeitsmarkt reduziert“ (Henkel 2008a, 51) werden.

Abschließend kann also gesagt werden, dass die Vorannahmen zur Verbindung von Arbeitslosigkeit und Krankheit im Allgemeinen und Sucht im Speziellen durch empirische Studien durchaus bestätigt werden, dass allerdings beachtet werden muss, dass sowohl selektive als auch kausale Effekte bei der Entwicklung von (Abhängigkeits-) Erkrankungen im Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit eine Rolle spielen können. Zusätzlich ist eindeutig, dass vielfältige Faktoren bei den Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit im Hinblick auf ihre Ausprägung und Intensität eine Rolle spielen.

Festgehalten werden kann auch, dass unter Abhängigkeitserkrankten überdurchschnittlich viele Arbeitslose zu finden und ganz allgemein schlechtere Gesundheit sowie riskantes Gesundheitsverhalten signifikant mit geringem Einkommen bzw. Armut und somit auch mit Arbeitslosigkeit in Verbindung zu bringen sind. Aus diesem Grund erscheint es zweckmäßig, Angebote zu entwickeln, die auf die Verbesserung und Stabilisierung der psychischen Verfassung der Betroffenen abzielen. Hierfür soll im Folgenden ein Konzept eingeführt werden, das im Zusammenhang mit der Entstehung von psychischer Gesundheit bedeutend ist und anhand dessen Überlegungen zur Beschaffenheit der Hilfsangebote entwickelt werden können.

4. Salutogenese nach Aaron Antonovsky

Nachdem oben ausführlich die sozialepidemiologischen Befunde, die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit der Betroffenen sowie die theoretischen Erklärungsmodelle vorgestellt wurden, soll der Blick nun also in Richtung der Hilfsmöglichkeiten für die betroffene Zielgruppe gerichtet werden.

Hierzu soll zuerst ein theoretisches Konzept dargestellt werden, das für die Überlegungen zu zielgruppenspezifischen methodischen Interventionen nicht nur als grundlegend und sinnvoll sondern auch als notwendig erachtet wird.

Das Salutogenese-Konzept AARON ANTONOVSKYS stellt ein theoretisches Konstrukt dar, das zum einen eine andere Verständnisdimension von Krankheit und Gesundheit im Gegensatz zur in Kapitel 2.3 beschriebenen pathogenen Sichtweise

eröffnet und zum anderen die Grundlage für Überlegungen zu „Maßnahmen zur Förderung, Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit“ (Lorenz 2005, 114) bildet. Aus diesem Grund ist es für die spezielle Thematik der vorliegenden Bachelor-Thesis eminent. Die Salutogenese soll in diesem Fall als Bezugsrahmen und Gerüst dienen, von dem aus Überlegungen zu sozialpädagogischen Interventionen abgeleitet werden. Denn gerade im Zusammenhang mit den Lebenswelten mehrfach belasteter Langzeitarbeitsloser ist es, wie aus oben Beschriebenem zu erkennen, essentiell, den Fokus auf die Gesundheit, Prävention und Gesundheitsförderung zu legen. Hierzu wird das Konzept in diesem Kapitel zuerst erläutert, um anschließend in Kapitel 5 auf mögliche Handlungsfelder und konkrete methodische Interventionen der Sozialen Arbeit einzugehen.

Basierend auf Beobachtungen von Überlebenden aus Konzentrationslagern (vgl. Antonovsky 1997, 15) stellte sich ANTONOVSKY die Frage, warum manche Menschen auch unter prekärsten, Stress erzeugenden Bedingungen gesund bleiben bzw. genesen und andere unter denselben Bedingungen erkranken. Positiv formuliert stellt sich die Frage nach dem gesunden Einfluss eines Stressors und was den Menschen trotz Stresseinwirkung schützen kann.

ANTONOVSKY geht von dem Grundgedanken aus, dass Krankheit, Tod und negative Lebensereignisse (übertragen auf das Thema dieser Arbeit zählt also auch Arbeitslosigkeit dazu) essentiell zum Leben dazu gehören, nicht vermeidbar sind und daher verarbeitet werden müssen (vgl. Antonovsky 1997, 16). Das Salutogenese-Konzept versucht den entscheidenden Unterschied zu erklären, ob ein Mensch unter seinen Lebensbedingungen stabil bleibt oder erkrankt.

ANTONOVSKY führt den Begriff des Kohärenzgefühls (sense of coherence= SOC) ein, welches

„eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind;
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen“,

darstellt (Antonovsky 1997, 36).

Es ist demnach keine spezifische Bewältigungsstrategie, sondern vielmehr eine „generelle Lebenseinstellung“ (Lorenz 2005, 37), die das Empfinden ermöglicht, dass das Leben einen Zusammenhang und Sinn ergibt und nicht schicksalhaft und unbeeinflussbar passiert.

Es wird davon ausgegangen, dass für die Bewältigung von Krankheit und Entstehung von Gesundheit drei essentielle Bedingungen eine Rolle spielen, nämlich Verstehbarkeit (sense of comprehensibility), Handhabbarkeit (sense of manageability) und Bedeutsamkeit (sense of meaningfulness), welche zusammen das Kohärenzgefühl bilden.

Verstehbarkeit meint, die Stress auslösenden Ereignisse in ihrer Stärke und ihrem Ausmaß erfassen, einordnen und bestimmen zu können, um dem Stressor so die Willkür bzw. Zufälligkeit zu entziehen. Unter Handhabbarkeit werden das konkrete Coping bezüglich eines Problems sowie das Vertrauen in die Existenz einer Lösung verstanden (vgl. Lorenz 2005, 37). An dieser Stelle ist auch die Selbstwirksamkeitserwartung, also das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten bzw. in die eigenen und die durch das Umfeld zur Verfügung stehenden Ressourcen, mit eingeschlossen. Das letzte Kriterium, die Bedeutsamkeit oder auch die Sinnhaftigkeit, meint das „Ausmaß, in dem man das Leben emotional als sinnvoll empfindet“ (Antonovsky 1997, 35). Resümierend ist also die Rede von einem allgemeinen Vertrauen, das Leben bewältigen zu können.

Je stärker das Kohärenzgefühl in einem Menschen ausgeprägt sei, desto besser sei er in der Lage, Stress zu bewältigen, mit Stress erzeugenden Ereignissen umzugehen und diese sogar als Herausforderung anzunehmen (vgl. Antonovsky 1997, 35f).

Geht man wie GRABERT davon aus, dass ein zu hohes Maß an erlebten Stresszuständen die gesundheitliche Verfassung eines Menschen auf Dauer gefährden bzw. schädigen kann, kann hier der Bezugspunkt des SOC zu Krankheit und Gesundheit hergestellt werden (vgl. Grabert 2007, 23). Denn „physische wie psychische Krankheit ist [salutogenetisch] also nicht allein als Verlust anzusehen, sondern sie bewirkt in der Mobilisierung von Ressourcen Veränderung [...]“ (Lorenz 2005, 24).

Im Folgenden soll lediglich ein kurzer Überblick über die wichtigsten empirischen Befunde bezüglich des SOC gegeben werden¹³.

Das Kohärenzgefühl wird demnach in engem Zusammenhang mit der Entstehung von Gesundheit gesehen, was auch bereits mehrfach empirisch überprüft worden ist. Die Annahme ANTONOVSKYS, dass sich das SOC in erster Linie auf die physische Gesundheit auswirke, konnte im Gegensatz zu einem Zusammenhang zwischen dem SOC und psychischer Gesundheit nicht bestätigt werden (vgl. Bengel et al 2001, 43f). So konnte dieser zum Beispiel vor allem in Hinsicht auf Ängstlichkeit, Verstimmtheit, Ruhelosigkeit, Konzentrationsproblemen und Depressivität herausgefunden werden (vgl. Bengel et al 2001, 44; Franke 1997, 173). Des Weiteren konnten Belege gefunden werden, dass ein hohes Kohärenzgefühl sich positiv auf das subjektive Empfinden von Stress, das Mobilisieren von Ressourcen sowie das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten auswirkt (vgl. Bengel et al 2001, 47). Ein gut ausgebildetes Kohärenzgefühl kann somit dazu beitragen, dass ein Mensch besser in der Lage ist, Stresszustände zu bewältigen, seine Ressourcen zu mobilisieren und sich tendenziell eher für gesundheitsförderliches Verhalten zu entscheiden (ebd., 37). Im Gegensatz dazu korreliert ein niedriges SOC mit einem erhöhten Risiko, psychisch zu erkranken (vgl. Grabert 2007, 34). Um einen eventuellen Zusammenhang von SOC und körperlicher Gesundheit zu klären, sind weitere Untersuchungen zu diesem Bereich notwendig.

Außerdem existieren kaum Längsschnittstudien zum SOC (vgl. Franke 1997, 181), es konnte in den Studien nicht eindeutig festgestellt werden, dass „SOC eine Ursache von Gesundheit ist“ (Bengel et al 2001, 42) und die verschiedenen Komponenten des SOC konnten kaum durch Studien einzeln identifiziert werden (vgl. Franke 1997, 174), insofern besteht durchaus noch Forschungsbedarf in dieser Richtung.

Dies bedeutet, dass die Forschung und Validierung der Theorie begonnen hat, jedoch bei weitem nicht abgeschlossen ist. So ist das „Modell insgesamt [...] nicht überprüft und in seiner Komplexität auch nicht überprüfbar“ (Bengel et al 2001, 99). Zum Beispiel ist auch noch nicht abschließend geklärt, wie genau die Verbindung zwischen dem SOC und der Gesundheit funktioniert.

¹³ Ausführlichere Zusammenstellungen sind bei Franke 1997 sowie Bengel et al 2001 zu finden.

Das Konzept sollte demnach nicht unreflektiert für die Arbeit verwendet werden und die Aneignung eines umfassenderen Wissensstandes bezüglich der Wirkungsweisen des SOC scheint notwendig.

So ist es beispielsweise noch nicht möglich, direkt Maßnahmen aus dem Konzept abzuleiten, vielmehr können Interventionen (nicht zuletzt auch aufgrund der starken Ähnlichkeit des Salutogenese-Konzepts zu anderen Theorien) aus dem erweiterten Gesundheitsbegriff in Richtung ressourcenorientierter Arbeit entwickelt werden (ebd., 99f). Eine weitergehende empirische Fundierung des Konzepts ist folglich notwendig.

In Kombination mit der ICF, welche in Kapitel 2.3 vorgestellt wurde, bietet das Salutogenese-Konzept dennoch einen sinnvollen Rahmen für das Verständnis von und die Perspektive auf Gesundheit. Der „Perspektivwechsel von Risikofaktoren zu Protektivfaktoren verträgt sich gut mit einem modernen Gesundheitsbegriff, der die psychische und soziale Dimension gleichbedeutend neben die körperliche Dimension stellt“ (ebd., 71).

Das Konstrukt mit seinem Kernelement des Kohärenzgefühls liefert demnach trotz der noch nicht ausreichenden empirischen Validierung (ebd., 99) sinnvolle Überlegungen zu Handlungsmöglichkeiten bzw. der Strukturierung von Hilfsangeboten im Hinblick auf notwendige salutogenetische Interventionen, die gerade im Bereich der Arbeit mit arbeitslosen Menschen (mit psychischen Beeinträchtigungen) eine bedeutsame Rolle spielen.

Denn wie in Kapitel 3 dargestellt, bedeutet der Verlust der Erwerbsarbeit für das Individuum gleichzeitig den Verlust aller mit der Erwerbsarbeit verbundenen psychosozialen Funktionen. Durch die enge Kopplung des Sinnerlebens an die Erwerbsarbeit und den Verlust derselben ist es essentiell, gerade an dieser Stelle für Alternativen zu sorgen und Maßnahmen im Sinne der Stärkung des SOC (bzw. der Komponente Meaningfulness) anzubieten.

Im nächsten Kapitel sollen deswegen unter anderem Maßnahmen vorgeschlagen werden, die auf die Stärkung des SOC abzielen und gleichzeitig in der Lage sind, auf die multidimensionalen Problemlagen der spezifischen Zielgruppe zu reagieren.

5. Handlungsmöglichkeiten und Maßnahmen der Sozialen Arbeit

Aufgrund der Tatsache, dass eine Wiedereingliederung die psychosoziale Lage und die Gesundheit der Betroffenen häufig verbessert sowie das Rückfallrisiko in der Zeit nach einer Suchtbehandlung vermindert (vgl. Henkel et al 2008, 215), sollten die obersten Ziele sozialarbeiterischen Handelns die Vermittlung in Beschäftigung¹⁴ sowie Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung sein.

Es ist jedoch aus obigen Darstellungen erkennbar, dass schwerstvermittelbare Langzeitarbeitslose, das heißt arbeitslose Menschen, die zusätzlich vorhandene Problematiken aufweisen wie Abhängigkeitserkrankungen (oder andere gesundheitliche Einschränkungen), nicht ohne Weiteres wieder in den Arbeitsmarkt integriert werden können. Die schlechtere psychische Verfassung und die Arbeitslosigkeit beeinflussen sich wechselseitig, dazu kommen die sich ergebenden materiellen Einbußen sowie soziale Probleme und der Teufelskreis aus schlechterer gesundheitlicher Verfassung und fehlender Beschäftigung (-sfähigkeit) schließt sich. In der Konsequenz hat gerade diese Zielgruppe tatsächlich kaum Chancen auf Wiedereingliederung in Erwerbsarbeit, was in Anbetracht der Kopplung sämtlicher psychosozialer Funktionen an die Erwerbsarbeit mit einem häufig endgültigen Verlust derselben und Auswirkungen auf unterschiedlichsten Ebenen menschlichen Lebens einhergeht.

Es ist folglich notwendig, für diese spezielle Zielgruppe passende Angebote zu entwerfen, um ein Leben ohne Erwerbsarbeit trotzdem mit der höchstmöglichen Lebensqualität zu unterstützen. Hierzu ist es essentiell, Alternativen zur Erwerbsarbeit zu entwickeln, die den Bedürfnissen der Betroffenen entsprechen (vgl. Paul et al 2006, 50). Arbeitslose mit komplexen Problemlagen brauchen langfristig angelegte unterstützende Hilfen, um „Abstiegsprozesse verhindern und umkehren [zu] können“ (Kuhnert/ Kastner 2006, 131).

Angebote für diese spezielle Zielgruppe stehen allerdings vielfältigen Schwierigkeiten zum Beispiel in der Erreichbarkeit der Zielgruppe oder der geringen Akzeptanz der Maßnahmen durch die Betroffenen gegenüber (vgl. Kirschner/ Elkeles 2006, 97). Sie müssen also bestimmte Voraussetzungen erfüllen, da trotz der in Kapitel 3.1 dargestellten alarmierenden Ergebnisse, Arbeitslose mehrheitlich gesundheits-schädigendes Verhalten nicht als solches wahrnehmen und Hilfsangebote in der

¹⁴ Auf die Bedeutung von alternativer Beschäftigung wird später im Text eingegangen.

Regel weniger in Anspruch nehmen (vgl. Berth et al 2008, 23). Aber nicht nur die zielgruppenbezogenen Voraussetzungen sondern auch strukturelle Gegebenheiten stellen Schwierigkeiten dar. Grundlegend besteht bereits eine Diskrepanz in Zielformulierungen der unterschiedlichen Träger. Während beispielsweise die Bundesagentur für Arbeit in erster Linie auf den Erhalt und die Wiederherstellung der Leistungs- und Beschäftigungsfähigkeit ausgerichtet ist, ist ein erstes Ziel der Gesundheitsförderung die Stärkung gesundheitsfördernden Verhaltens. Daraus ergeben sich weitere Komplikationen, zum Beispiel in Bezug auf Zuständigkeiten, Kooperationen (Bundesagentur für Arbeit, Krankenkassen oder freie Träger) und Finanzierungsmöglichkeiten.

Diese müssen allerdings für effektive und zugleich effiziente Angebote überwunden werden, wozu im Sinne von Vernetzungs- und Kooperationsarbeit die Soziale Arbeit beitragen kann. Die Verbesserung der Zusammenarbeit aller Akteure, seien es Ärzte, Einrichtungen der Suchthilfe, Agenturen für Arbeit, Jobcenter oder Fallmanager, also sowohl Leistungserbringer, -träger als auch Kostenträger, ist für die Entwicklung und Erbringung gelingender und zielführender Hilfsmaßnahmen eminent.

Ziel des Hilfeprozesses sollte letztlich immer zum einen die Minderung von Krankheitssymptomen und zum anderen die Befähigung zu einer selbstständigen und eigenverantwortlichen Lebensführung mit dem höchstmöglichen Grad an Lebenszufriedenheit und Lebensqualität sein.

Dies ist eine schwierige Aufgabe, ist doch die Lebenslage der meisten Betroffenen geprägt vom Fehlen bzw. der „Gefährdung von zentralen Ressourcen“ (Grabert 2007, 40) wie zum Beispiel des Wohnraums, (Erwerbs-) Arbeit, Geld und sozialer Kontakte. Aus diesem Grund sollten die Betroffenen vor allem durch psychosoziale Beratung, aber auch sozialrechtliche, Schuldner- und Suchtberatung in diesen Bereichen gestärkt und unterstützt werden.

Aufgrund der vielschichtigen Problemlagen ist allerdings auch deutlich, dass für diese spezifische Klientel weder das Suchthilfesystem, Mediziner, psychosoziale Beratungsstellen noch Arbeitsagenturen allein zuständig bzw. hilfreich sein können.

Gebraucht werden also Angebote, die umfassend, multiperspektivisch und zielgruppenorientiert angelegt sind.

Die Soziale Arbeit kann, wie oben bereits angedeutet, an dieser Schnittstelle ansetzen und sowohl das Bindeglied in Hinsicht auf Vernetzung, Vermittlung und Kooperationsförderung zwischen den unterschiedlichen Akteuren bzw. Hilfetägern

sein, also natürlich auch direkt als handelnder und unterstützender Akteur tätig werden und Hilfsangebote anbieten. Denn die Folgen von Arbeitslosigkeit sind aufgrund der hohen Zahl von Menschen, die von ihr betroffen sind, und nicht zuletzt aufgrund der volkswirtschaftlichen Kosten durchaus als gesellschaftliches Problem zu erachten, welches der Bearbeitung durch die Soziale Arbeit bedarf.

Ein staatlicher Handlungsauftrag für Sozialarbeiter besteht bereits mit dem §16a SGB II, welcher kommunale Eingliederungsleistungen regelt.

Hieraus ergeben sich folgende zielgruppenrelevante Handlungsfelder sozialarbeiterisch Tätiger:

- „1. die Betreuung minderjähriger oder behinderter Kinder oder die häusliche Pflege von Angehörigen,
2. die Schuldnerberatung,
3. die psychosoziale Betreuung,
4. die Suchtberatung“ (§16a SGB II).

Diese Leistungen sollen eine „ganzheitliche [...] und umfassende [...] Betreuung und Unterstützung bei der Eingliederung in Arbeit“ (ebd.) ermöglichen.

Der Arbeitsauftrag nach dem SGB II ergibt sich folglich für die Soziale Arbeit bezüglich der Zielgruppe vor allem in den Bereichen Schuldnerberatung, psychosoziale Betreuung und Suchtberatung.

Allerdings stellen alle genannten Maßnahmen eher Interventionen aus dem Katalog der Sekundär- bzw. Tertiärprävention dar, sind wenig spezifisch und beziehen sich hauptsächlich auf soziale sowie materielle Auswirkungen von Arbeitslosigkeit.

Um jedoch eine ganzheitliche Betreuung, die auf vielfältige Problemlagen reagiert, zu gewährleisten, ist aus obigen Darstellungen erkennbar, dass die in §16a genannten Angebote allein zu kurz greifen, bedenkt man die von (gesundheitlichen) Multi-problemlagen charakterisierten Lebenssituationen der Betroffenen.

Um die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf das Individuum in ihrer Stärke abmildern zu können, sollten zum Beispiel auch präventive Maßnahmen ergriffen werden, welche im Folgenden als Primärprävention dargestellt werden. Diese könnten bereits im Vorwege der Arbeitslosigkeit eine Akzeptanzsteigerung gegenüber Hilfsmaßnahmen bei den Betroffenen bewirken, da diese im Allgemeinen wenig ausgeprägt ist (vgl. Kirschner/ Elkeles 2006, 106).

Nachfolgend werden so genannte sekundär- und tertiärpräventive Maßnahmen aufgezeigt, die besonders auf die Lebenslagen der Betroffenen abgestimmt sind und

darauf abzielen, die sozialen und gesundheitlichen „Abstiegsprozesse“ bereits arbeitsloser Menschen abzuschwächen und bestenfalls umzukehren.

5.1 Primärprävention

Um von Arbeitslosigkeit bedrohte Menschen bereits während des noch bestehenden Arbeitsverhältnisses erreichen zu können, sollten betriebsinterne Beratungsstellen bei Einverständnis mit den Betroffenen zusammen deren Zukunftsperspektiven diskutieren. Hierzu gehört vor allem die Strukturierung des Alltags, um weiterhin einen Bezugsrahmen und eine Orientierung zu haben und somit eine Zeitstrukturkrise sowie eine mögliche Depression durch Empfinden von Sinn- oder Nutzlosigkeit verhindern zu können. Denn diese stellen, wie in den Kapiteln 3.1 und 3.2 deutlich gemacht, die größten Gefahren für die Gesundheit durch Arbeitslosigkeit dar. Hierzu hat KIESELBACH zum Beispiel Konzepte des »Social Convoi« entwickelt, die schon während der Beschäftigung durch psychosoziale Beratungs- und Unterstützungsmaßnahmen für von Arbeitslosigkeit Bedrohte präventiv wirken sollen. Sie konnten bereits nutzbringend erprobt werden (vgl. Henkel 2008b, 119).

Im Sinne der Primärprävention könnten außerdem gesundheitsfördernde¹⁵ Maßnahmen für alle Arbeitnehmer betrieblich veranlasst und forciert werden, welche staatlich subventioniert werden müssten, um die Betriebe zu dieser Hilfestellung zu motivieren.

Die Gesundheitsförderung könnte insofern schon vor Eintritt der Arbeitslosigkeit, also während Menschen in Beschäftigung sind, greifen. Somit könnte gesundheitsförderliches Verhalten wie zum Beispiel auch sportliche Aktivität ausgebaut und verfestigt werden. Ein weiterer (auch präventiver) Nutzen ist hier der Ausbau des sozialen Netzwerkes und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Die Betroffenen könnten sich bereits dadurch im Sinne einer Stärkung des Kohärenzgefühls auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum ANTONOVSKYS mehr in Richtung Gesundheit bewegen.

Eine Kooperation mit Krankenkassen wäre in diesem Punkt zielführend, um die Erreichbarkeit der Zielgruppe durch unterschiedliche Wege zu erhöhen.

¹⁵ Gesundheitsförderung schließt alle Maßnahmen ein, die für die Erhaltung und Stärkung von Gesundheit eine Rolle spielen, wie beispielsweise die Förderung sportlicher Aktivität, gesunder Ernährung, Kampagnen für regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen, Förderung sozialer Gleichheit im weitesten Sinne etc. und stellt somit eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar. Ähnlich umfassend wird das Salutogenese-Konzept ANTONOVSKYS gesehen, welches einen Referenzrahmen für Maßnahmen zur Stärkung und Erhaltung von Gesundheit verkörpert (vgl. Weig/ Linden 2009, 4f).

Gesundheitsförderung wäre außerdem bereits im Vorwege sinnvoll, da erwiesen ist, dass Arbeitslose seltener als Erwerbstätige Gesundheitsförderungsangebote wahrnehmen (vgl. Bormann/ Elkeles 2002, 19). Hierzu merkt KUHNER an, dass es „wenig Sinn für hoch belastete Langzeitarbeitslose [ergibt], eine Langzeit-Gesundheitsperspektive aufzubauen“ (Kuhnert/ Kastner 2006, 125), wenn sie mit der Bewältigung ihrer Lebenssituation beschäftigt sind.

Dies ist ein weiterer Hinweis auf die immense Bedeutung der sekundärpräventiven psychosozialen Begleitung und Betreuung im Hinblick auf die Alltagsbewältigung und –gestaltung und darauf, dass es demnach notwendig ist, besondere zielgruppen-spezifische Angebote zu konzipieren.

Gerade in diesem Bereich, der durch geringe Inanspruchnahme der Angebote durch die Zielgruppe gekennzeichnet ist, müssen die Maßnahmen differenziert angeboten werden und spezifische Voraussetzungen wie die ganzheitliche Herangehensweise an unterschiedlichste Problemcharakteristika erfüllen. Dies bedeutet beispielsweise auch, dass die Angebote präventive Maßnahmen mit der weitestgehenden Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit kombinieren sollten, was zur Folge hat, dass neben primärpräventiven gleichzeitig notwendigerweise auch sekundärpräventive Maßnahmen bestehen müssen.

Es ist außerdem deutlich geworden, dass diese Zielgruppe sehr heterogen (in puncto Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand, Bildungsstand, Ressourcen, Bewältigungsstrategien etc.) ist. Aus diesem Grund ist es kaum zweckmäßig und machbar, eine allgemeine Interventionsstrategie zu entwickeln, vielmehr scheint es angebracht, aus einem Repertoire an Maßnahmen und Hilfsangeboten (in Kombination) schöpfen zu können.

Im Folgenden werden Maßnahmen vorgestellt, die auf die besonderen Problematiken der Zielgruppe abgestimmt sind.

5.2 Sekundär- und Tertiärprävention

Erste Anlaufstelle für Arbeitslose sind die Arbeitsagenturen und Jobcenter. Diese sollten daher über speziell ausgebildete Mitarbeiter verfügen, die Kenntnisse zum Beispiel in der Suchtthematik haben und fähig sind, nicht nur eine Suchterkrankung zu erkennen, sondern auch in der Lage sind, sich empathisch in die Lebenslage der Betroffenen hineinzuversetzen. Sie sollten um die problematische Situation und die Schwierigkeit, ein Leben mit (Sucht-) Erkrankung und Arbeitslosigkeit zu bewältigen,

wissen und ihre Klientel nicht nur im Hinblick auf Beschäftigungs- und Leistungsfähigkeit beurteilen. Angestrebt wird, dass die Betroffenen aufgeklärt, mit Hilfe motivierender Gesprächsführung zur Inanspruchnahme weiterer Hilfeleistungen veranlasst und die speziellen Bedürfnisse der Betroffenen gewürdigt werden (vgl. Henkel 2008b, 117). Die so genannten Fallmanager, die von Mitarbeitern der Arbeitsagenturen hinzugezogen werden können, wenn ein Betroffener relevante Vermittlungshemmnisse aufweist, sind spezialisiert auf die eingehende Feststellung der Kompetenzen, Schwächen und gesundheitlichen Einschränkungen der Betroffenen (Profiling) sowie die Wiederherstellung von Beschäftigungsfähigkeit (vgl. Holleder 2008, 199ff). Obwohl sie also über tiefere Kenntnisse verfügen, ist eine weitere Qualifikation in Bezug auf Suchterkrankungen auch hier sinnvoll. Die Vermittlung von Grundwissen über Abhängigkeitserkrankungen, Informationen zum Hilfesystem sowie Training in motivierender Gesprächsführung wären wichtige Weiterbildungsbausteine (vgl. Bürkle 2008, 380). Dieses Fallmanagement kann auch direkt von Dritten (kirchlichen, privaten oder kommunalen Trägern) übernommen werden. Es kann vor allem bei Betroffenen mit multiplen Vermittlungshemmnissen hilfreich und geeigneter sein, wenn die psychosoziale Begleitung sowie die Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit vorrangig vor der Vermittlung in Beschäftigung sind (vgl. Holleder 2008, 206; Holleder 2006, 193). Des Weiteren sollte die Suchthilfe möglichst frühzeitig in den Hilfeprozess integriert werden, um deren vielfältige suchtspezifische Kenntnisse und Maßnahmemöglichkeiten zweckmäßig zu nutzen (vgl. Zemlin/ Gnam 2008, 394).

Hierzu ist sicherlich eine erheblich intensivere Zusammenarbeit zwischen den Agenturen für Arbeit/Jobcentern und der Suchthilfe notwendig, um die Hilfsmöglichkeiten nach §16a SGB II sinnvoll und effektiv anbieten zu können. Vorstellbar ist eine Kooperation zum Beispiel nicht nur durch Schulungen der Mitarbeiter der Jobcenter und der Fallmanager durch in der Suchthilfe Tätige (vgl. Holleder 2008, 209), sondern auch die Einrichtung eines Konsiliardienstes, also eines unabhängigen Beratungsdienstes von Mitarbeitern der Suchthilfe, vor Ort in den Arbeitsagenturen (vgl. Zemlin/ Gnam 2008, 394). Dieser kann sowohl als Ansprechpartner für die Mitarbeiter der Arbeitsverwaltung als auch als direkter Ansprechpartner für suchtkranke Arbeitslose fungieren, stärker als entsprechend geschulte Mitarbeiter der Jobcenter die Ziele bzw. Methoden der Suchthilfe

ausschöpfen und in einem langfristigeren Hilfeprozess mit einer klientenzentrierten Haltung intervenieren (ebd., 399).

Durch die Arbeitsagenturen müssen außerdem effiziente Qualifizierungsmaßnahmen angeboten sowie „angemessene Beschäftigungsmöglichkeiten“ (Lampert et al 2005, 84) eröffnet werden, um die Chancen einer Wiedereingliederung zu erhöhen. Diese könnten zum Beispiel Trainings für Bewerbungen und Vorstellungsgespräche oder Informationsveranstaltungen zu arbeitsrechtlichen Themen sein.

Hierbei sollte vor allem eine hohe Priorität auf arbeits- und gesundheitsfördernde Maßnahmen für Langzeitarbeitslose gelegt werden (vgl. Henkel 2008c, 186).

Gesundheitsförderung, wie im vorherigen Kapitel dargestellt, ist natürlich auch besonders für bereits arbeitslose Menschen ratsam, da einer der Hauptgründe dafür, dass Arbeitslose nicht wieder in den Arbeitsmarkt eingegliedert werden können, gesundheitliche Einschränkungen sind (vgl. Kuhnert et al 2008, 134). So weist zum Beispiel jeder dritte arbeitslose Mensch gesundheitliche Einschränkungen auf und in zwei Drittel der Fälle stellt dies ein Hindernis dar, einer vormals ausgeübten Tätigkeit nachzugehen (vgl. Holleder 2003, 1).

Hierbei (und auch in der beratenden Arbeit mit Betroffenen) sollte der Fokus auf der Lebensbewältigung bzw. selbstständiger Lebensgestaltung liegen, wobei protektive Faktoren im Leben des Einzelnen eine entscheidende Rolle spielen müssten.

In der Intervention müssen die Ressourcen des Betroffenen genutzt werden, um eine selbstständige und würdevolle Lebensgestaltung ermöglichen zu können. Sinnvoll wäre es auch, gesundheitsfördernde Angebote in Kombination mit Arbeitsförderungsmaßnahmen anzubieten, um mehr Anreiz für die Zielgruppe zu schaffen, indem ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt verbessert werden (vgl. Henkel 2008b, 116). Außerdem sollten sportliche Aktivitäten angeboten werden, da diese bei Arbeitslosen bewiesenermaßen zu „signifikanten Stimmungsverbesserungen, reduzierter Erregtheit, Depressivität und Energielosigkeit“ (Kuhnert et al 2008, 141) führen. Hierbei sollte auch darauf geachtet werden, die Betroffenen nicht zu überlasten und in kleinen Schritten ein Programm zur körperlichen Betätigung aufzubauen (ebd., 142). An dieser Stelle kann beispielsweise eine Kooperation der beteiligten Akteure mit den Krankenkassen, welche bereits Präventionsmaßnahmen anbieten wie zum Beispiel Ernährungskurse, Stressbewältigungs- und Entspannungskurse, sportliche Aktivitäten oder Aufklärung über Drogen, zu

umfassenderen und effizienteren Angeboten führen (vgl. Kirschner/ Elkeles 2006, 103).

Speziell Suchtprävention bzw. suchtspezifische Früherkennung und –interventionen sollten also vor allem niedrigschwellig durch Institutionen geleistet werden, die häufigen Kontakt zu Arbeitslosen haben (vgl. Henkel 2008b, 109). Außer den Arbeitsagenturen und Jobcentern können hier Ärzte und Krankenhäuser genannt werden, welche Arbeitslose möglichst frühzeitig erreichen können. Dies ist zweckmäßig, da Arbeitslose verglichen mit Erwerbstätigen aufgrund ihres oftmals schlechteren Gesundheitszustands häufiger medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Hier sollte „Beratung und Aufklärung über die Substanzproblematik“ (ebd., 110), Krisenintervention und Weitervermittlung in Einrichtungen der Suchthilfe stattfinden. Eine Qualifizierung sollte außerdem für Ärzte sowie Mitarbeiter der Krankenkassen erfolgen, sodass auch hier kompetent diagnostiziert, beraten, interveniert und gegebenenfalls motiviert werden kann (ebd., 115).

Die psychosoziale Beratung sollte vor allem niedrigschwellig angeboten werden. Das heißt konkret, sie sollte örtlich gut erreichbar sein, zum Beispiel in der Nähe des Jobcenters oder hochfrequentierter Straßen. Außerdem sollte Beratung möglichst auch ohne vorherige Anmeldung angeboten werden können und die Öffnungszeiten sollten länger sein, da es für die Betroffenen eine hohe Hürde darstellen kann, innerhalb eines begrenzten Zeitfensters am Tag in die Beratungsstelle kommen zu müssen. Dies ist zweckmäßig, da für die Auseinandersetzung mit der Lebenssituation und der Krankheit sowie für die Handlung, eine Beratungsstelle aufzusuchen bereits hohe Hemmschwellen überwunden werden müssen und die Hilfesuche insofern nicht erschwert werden sollte (vgl. Grabert 2007, 87).

Beratung nach §16a SGB II sollte, wie bereits erwähnt, mit besonderem Fokus auf die Unterstützung in der Sicherung des Wohnraums und des sozialen Umfelds, Schuldner- und Suchtberatung, immer auf Grundlage der Ressourcenorientierung als handlungsleitendes Konzept erfolgen. Des Weiteren sollten die Betroffenen bei der Arbeitsplatzsuche unterstützt werden und die Beratungsstellen sollten darauf abzielen, auch zweckmäßige Beschäftigungsmöglichkeiten anzubieten, wie zum Beispiel Weiterbildungs-, Qualifizierungs- oder Informationsmaßnahmen.

Entscheidend in der Beratung ist neben der sozialrechtlichen Unterstützung, die zu erhöhter Kompetenz im Umgang mit den Institutionen und Leistungserbringern des Hilfesystems beitragen soll, die Unterstützung in der Alltagsbewältigung. Förderlich

könnte an dieser Stelle soziales Kompetenztraining sein, in dem der Betroffene unterstützt wird, seine Bedürfnisse zu erkennen, zu kommunizieren und durchzusetzen beispielsweise mithilfe von Rollenspielen, Achten auf die Körpersprache und Feedback (ebd., 93). Dies setzt voraus, dass sich die Beratenden in einem angenehmen Setting mit einer akzeptierenden Haltung in die Situation der Betroffenen hineinversetzen. Nur so kann es für die Betroffenen möglich sein, sich außerdem mit der Idee eines Lebens ohne Erwerbsarbeit auseinanderzusetzen, ein realistisches Bild von den eigenen Chancen auf Wiedereingliederung und eine eventuelle Alternative zur Erwerbsarbeit zu entwickeln (vgl. Breig/ Leuther 2007, 188). Um neue Handlungsmöglichkeiten auch in der Kernfamilie zu unterstützen und diese aufzuklären, kann möglicherweise auch eine Familienberatung angebracht sein, sofern es der Betroffene wünscht.

Im Sinne einer Koordinierungsstelle sollten die Beratungsstellen Möglichkeiten aufzeigen, die den Betroffenen offen stehen, zum Beispiel im Hinblick auf Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen, aber auch zur Erweiterung des sozialen Netzwerkes beitragen und auf Gesprächskreise und Gruppenarbeit hinweisen. Es sollte folglich auch die Weitervermittlung an geeignete Einrichtungen stattfinden.

Als geeignete Einrichtungen ist an dieser Stelle auf die Bedeutung von Selbsthilfegruppen hinzuweisen, welche nicht nur einen Ort der Begegnung darstellen, sondern durch den Austausch mit und den Kontakt zu anderen Betroffenen bewiesenermaßen¹⁶ stabilisierend wirken und das psychosoziale Wohlbefinden der Betroffenen verbessern (vgl. Kuhnert/ Kastner 2006, 129; Kuhnert et al 2008, 137). Gruppengespräche tragen nicht nur dazu bei, dass soziale Kontakte geknüpft werden können, sondern die Teilnehmer können hier Anerkennung und das Gefühl, mit ihrer Lebenslage nicht allein zu sein, erfahren. Es ist möglich, in den Austausch zu kommen und Kenntnisse, Wünsche, Interessen und Tipps bezüglich hilfreicher Inanspruchnahme von Hilfsleistungen zu teilen (vgl. Breig/ Leuther 2007, 194) und durch den Kontakt das Verstehen und die Akzeptanz bezüglich der

¹⁶ Diese Angabe basiert auf der Evaluation des »Job-Fit-Projekts«. Im Rahmen des vom Bundesministerium für Wirtschaft & Arbeit koordinierten EU-Programm EQUAL (2002-2005) wurde von der Universität Dortmund das »Netzwerk Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung« geleitet. In diesem Zusammenhang wurde das »Job-Fit-Projekt« durchgeführt, was speziell auf langzeitarbeitslose Sozialhilfeempfänger mit Alkoholproblemen ausgerichtet war. Es nahmen 70 Menschen an dem fünfwöchigen Projekt (Gruppenberatung) teil, von denen 45 erwerbslos und 25 in einer Transfergesellschaft beschäftigt waren. Fortsetzung dieses Projekts stellt das Projekt »Job-Fit-Regional« dar, an dem über 500 Betroffene teilnahmen und teilweise sehr gute Ergebnisse (z.B. verbesserte Vermittlungs-, Integrations- und Beschäftigungsfähigkeit) aufwiesen (vgl. Kuhnert et al 2008, 139f).

Krankheit und/oder der Lebenssituation zu fördern. Des Weiteren können hier möglicherweise freundschaftliche Kontakte bzw. »Freizeit-Kontakte« geknüpft werden, durch die Einsamkeit und Isolation aufgebrochen werden und die sich durch gemeinsame Aktivitäten nicht nur positiv auf das psychische Befinden der Betroffenen sondern auch positiv auf ihre Abstinenz auswirken (vgl. Henkel et al 2008, 234).

Die Salutogenese, wie in Kapitel 4 vorgestellt, stellt ein sinnvolles Konstrukt dar, im Beratungsprozess ressourcenorientiert auf die Lebenslagen der Betroffenen einzugehen und somit zielgruppengerecht die speziellen Problemlagen zu bearbeiten. Entscheidend ist nämlich neben der psychosozialen Beratung als Maßnahme der Fokus auf das Kohärenzerleben und die psychische Gesundheit der Betroffenen. Diese sollten intensiv gefördert und gestärkt werden, um so beispielsweise auch die Belastbarkeit der Betroffenen zu erhöhen. Dies hätte zum einen die individuelle Folge eines verbesserten Copings in Stresssituationen, zum anderen könnte dies die Beschäftigungs- und Leistungsfähigkeit erhöhen. Eine „sorgfältige Diagnostik und Beratung im Vorfeld der Arbeitsplatzsuche und der Integration im Arbeitsleben“ (Weig 2009, 211) ist aus salutogenetischer Perspektive sinnvoll, um die Fähigkeiten, Ressourcen und Potenziale eines Menschen in Bezug auf seine Interessen und Leistungsfähigkeit feststellen zu können. Salutogenetisch ausgerichtete Maßnahmen zu initiieren bedeutet somit, dass sowohl krankmachende als auch gesundheitsfördernde Faktoren prozessbegleitend in der Lebensgeschichte analysiert werden sollten, damit sich die Betroffenen an schützende Ressourcen erinnern können und so nicht nur das Selbstwertgefühl gestärkt, sondern auch ein eigenständiges Coping von schwierigen Situationen möglich wird (vgl. Lorenz 2005, 123f.).

Bei der Förderung des SOC im Hinblick auf die einzelnen Komponenten spielen vielfältige Faktoren eine Rolle.

Zur Stärkung der Verstehbarkeit sollte beispielsweise darauf geachtet werden, dass Psychoedukation oder Krankheitsaufklärung (auch Aufklärung zum Umgang mit Suchtmitteln) dazu beitragen können, das Verständnis zur Entstehung der Krankheit, zur Krankheitsdynamik bzw. zur eigenen Lebenssituation zu erhöhen und somit auch im Umgang mit der Erkrankung handlungsfähiger zu werden. Denn wenn Erlebnisse erklärbar werden, das heißt, der Sinn und der Hintergrund verstehbar sind, kann sich ein ganzheitliches Verständnis entwickeln und nachfolgend neue Handlungs-

möglichkeiten erschlossen werden (vgl. Lorenz 2005, 138). Dies bedeutet aber auch, dass ein langer Prozess der Erkenntnis und Akzeptanz der Krankheit und der Veränderung in Gang gesetzt werden kann und folglich ein langfristiger Beratungsprozess sinnvoll ist (vgl. Grabert 2007, 87). Dieser sollte sich dadurch auszeichnen, dass der Betroffene darin bestärkt wird, sich kritisch zu reflektieren und seine Wahrnehmungen als produktive Informationen zu nutzen, um die kognitive Kontrolle über den Krankheitsverlauf zu gewinnen. Das heißt, dass der Betroffene beispielsweise durch klientenzentrierte Gesprächsführung und Widerspiegeln der Inhalte des Gesagten und der vermittelten Gefühle angeleitet werden sollte, Regelmäßigkeiten in seinem Verhalten sowie Warnsignale wie beispielsweise Suchtdruck oder negative Gedankenspiralen zu erkennen und in der Folge einen konstruktiveren Umgang damit zu entwickeln. Hier sollte stets auf ein Gleichgewicht zwischen unter- und überfordernden Erlebnissen geachtet werden (ebd., 62f; 88).

Zur Förderung der Handhabbarkeit ist eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Betroffenenem und Berater maßgebend. Denn nur in einer Beziehung, in der sich der Betroffene empathisch angenommen fühlt, kann er sich ausprobieren und seine Belastungsgrenzen austesten (was für das Empfinden einer ausgeglichenen Balance zwischen Unter- und Überforderung maßgeblich ist). Notwendig ist also eine durch aktives Zuhören, Verständnis und Bestätigung gekennzeichnete Beratung (vgl. Lorenz 2005, 170). Das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten kann schrittweise zurück gewonnen werden, indem Ziele formuliert werden, die realistisch und umsetzbar sind. Das Erreichen dieser Zwischenziele fördert eine positivere Selbstwirksamkeitserwartung und das Vertrauen in eine generelle Lösbarkeit von Problemen (ebd., 146). An dieser Stelle sind die Motivation und die Wertschätzung des Erreichten essentiell, denn so können die Mobilisierung von Ressourcen und das Erinnern an sie gestärkt werden (vgl. Grabert 2007, 91). In Krisensituationen ist es wichtig, dass der Betroffene in Absprache mit dem Berater lernt, Verantwortung abgeben zu können und so Stück für Stück selbst in Krisenzeiten handlungsfähiger zu werden (ebd., 92). Des Weiteren sollte der Betroffene aktiv den Beratungsprozess mitgestalten, an Entscheidungsprozessen teilnehmen, um somit eigenverantwortlich Handlungsautonomie zurück zu gewinnen (vgl. Lorenz 2005, 172f).

Die Förderung der Bedeutsamkeit bzw. der Sinnhaftigkeit ist nicht unmittelbar machbar, sondern muss durch das Individuum selbst geschehen. Eine Unterstützung bei der Suche nach Sinn ist im Hilfeprozess jedoch möglich und kann zum Beispiel

geleistet werden, indem der Betroffene im Sinne der Selbstfürsorge darin bestärkt wird, Dinge und Tätigkeiten zu entdecken, die lustvoll sind und Freude bereiten. Es kann zum Beispiel darauf hingearbeitet werden, Träume und verborgene Wünsche wiederzuentdecken, aber auch erlernt werden, die „innere Stimme“ und die eigenen Bedürfnisse wieder intensiver wahrzunehmen und ihnen mehr Raum zu geben (vgl. Grabert 2007, 94f). Hilfreich könnten an dieser Stelle zum Beispiel auch Entspannungsübungen oder autogenes Training sein.

Als ressourcenorientiertes Konstrukt sollte das Kohärenzgefühl in die Arbeitsweise der Sozialen Arbeit mit einfließen und im gesamten Hilfeprozess Berücksichtigung finden, denn es bildet die Basis für methodisch fundierte Präventionsmaßnahmen (vgl. Bengel et al 2001, 70). Dies bedeutet konkret, dass beispielsweise bereits bei der Erhebung der Lebensgeschichte der Betroffenen die Ressourcen besondere Beachtung finden. Die Stärkung des Kohärenzgefühls und des Selbstwertgefühls sollte den gesamten Begleitungsprozess beeinflussend in den Hilfeplan integriert werden (vgl. Grabert 2007, 85).

Wichtig im Sinne der ganzheitlichen und für den Hilfeprozess notwendigen Ressourcenförderung ist, dass hierzu auch der Aufbau und die Pflege eines Netzwerks und von Beziehungen gehört, denn für „die Bewältigung kritischer Lebensereignisse sind soziale Netzwerke von zentraler Bedeutung“ (Breig/ Leuther 2007, 192). Auf diese kann auch in Krisensituationen im Sinne von protektiven Faktoren zurückgegriffen werden.

Im Rahmen der Ressourcenförderung sollte als wichtiger Faktor das positive Selbsterleben der Betroffenen gefördert werden. Denn dieses positive emotionale Erleben kann förderliche Auswirkungen auf das Immunsystem haben und umgekehrt. Dies sollte zum Ziel haben, dass das Selbstwelterleben für die Betroffenen nicht mehr (nur) an Erwerbsarbeit gekoppelt ist, indem das Empfinden, dass die „eigene Person mehr ausmacht als nur Erwerbsarbeit, und dass jeder Mensch ein vielfältiges, facettenreiches Wesen mit Stärken und Kompetenzen ist“ (ebd., 190), bestärkt wird.

In einem vertrauensschaffenden Setting sollte es für die Betroffenen möglich sein, über ihre Ängste, Sorgen und Träume zu sprechen, um so auf ein alternatives Lebenskonzept hinzuarbeiten, das für alternative Ideen an Stelle von Erwerbsarbeit Platz lässt (ebd., 194).

Dies ist besonders wichtig, da sich, wie Kapitel 3.2 deutlich macht, Gefühle der Langeweile, Nutz- und Perspektivlosigkeit zu einem lethargischen Zustand und zu einer psychischen Abwärtsspirale mit mannigfaltigen Auswirkungen entwickeln können. Die Begleitung in der Suche nach individuell sinngebender Betätigung ist demnach eine zentrale Aufgabe der Sozialen Arbeit. Hierzu gehört auch, die Betroffenen zu ermutigen, „im Rückgriff auf biografische Erfahrungen darauf zu schauen, ob es Interessen und Hobbys gab, etwas, das den Betroffenen Spaß [ge]macht [hat] [...]“ (ebd., 191). Hierbei ist es wichtig, die realen Fähigkeiten und Möglichkeiten der Betroffenen zu beachten (zum Beispiel darauf zu achten, dass Möglichkeiten gesucht werden, die mit nur geringen Kosten verbunden sind).

Mit dem Betroffenen müsste gegebenenfalls eine Alternative zur Erwerbsarbeit erarbeitet werden, welche zum Beispiel auch in der Übernahme eines Ehrenamtes liegen könnte (vgl. Zemlin et al 2008, 334). Laut LORENZ kann nämlich ein positives Selbstwerterleben nur entstehen, „solange sich ein Mensch im jeweiligen Kontext angenommen und gebraucht fühlt, solange er Aufgaben findet, in welchen er Bestätigung erhält und sein Leben somit als sinnvoll erfährt“ (Lorenz 2005, 52). Auch ANTONOVSKY sieht für die Ausprägung eines starken oder schwachen Kohärenzgefühls die Lebenserfahrungen als entscheidend an, welche den Menschen im Erwerbsleben prägen. So befördern Freude und Optimismus im Arbeitsleben ein positives Kohärenzgefühl und Selbsterleben. Auch haben Menschen aktivere Stressverarbeitungsstrategien, die Erlebnisse gemacht haben, in denen sie sich bedeutsam erlebt haben, die Sinn in der Erfüllung ihrer Aufgaben finden und sich durch diese herausgefordert fühlen (ebd., 70). Das bedeutet, „strukturelle und gesellschaftliche Maßnahmen, die dem einzelnen Einflussnahme und Teilhabe an sozial anerkannten Entscheidungsprozessen (Partizipation) ermöglichen, sieht [auch] Antonovsky als vielversprechende Möglichkeit, das Kohärenzgefühl positiv zu beeinflussen“ (Bengel et al 2001, 70).

Eine Alternative zur Erwerbsarbeit zu finden sollte somit höchste Priorität in der Arbeit mit der Zielgruppe haben, denn die „positiven Auswirkungen [psychosoziale Funktionen] gelten – mit Ausnahme der Erzielung von Einkommen – nicht nur für bezahlte Erwerbsarbeit, sondern auch für die oft vernachlässigten anderen Erscheinungsformen der Arbeit“ (Weig 2009, 209).

Vernachlässigt werden darf gleichzeitig allerdings nicht der Erhalt der Arbeitsplätze noch Erwerbstätiger. Um es also auch möglich zu machen, dass der erwerbstätige

Suchtkranke in Beschäftigung verbleiben kann, sollte Rückfallprävention erfolgen, die entweder durch die Arbeitsagenturen, wahrscheinlicher aber durch zuständige Dritte (z.B. Selbsthilfegruppen, i.d.R. vermittelt durch die Arbeitsagenturen) angeboten wird. Allerdings ist Rückfallprävention nicht nur für Betroffene in Beschäftigung geeignet, sondern besonders für Arbeitslose, da diese gegenüber Erwerbstätigen ein höheres Risiko aufweisen, rückfällig zu werden (vgl. Körkel 2008, 249).

In der Suchtrehabilitation sollte Rückfallprävention aber auch vermehrt auf die Bedürfnisse Arbeitsloser abgestimmt werden durch Maßnahmen wie zum Beispiel »Motivational Interviewing« nach MILLER und ROLLNICK, Bearbeitung von Rückfällen, Stärkung von Copingstrategien, Rückfallpräventionstrainings, Kompetenzen zur Bewältigung von Rückfällen (vgl. Körkel 2008, 254), Systemtherapie und die Vermittlung von Fähigkeiten, Zeit sinnvoll zu gestalten. Außerdem sollten hier Nachsorgemaßnahmen (vgl. Henkel et al 2008, 236) eingeleitet werden sowie Methoden zur beruflichen Förderung und zum Erhalt der motorischen und kognitiven Fähigkeiten zum Beispiel durch Anleitung und Vermittlung in Praktika und Arbeitstherapie erfolgen (vgl. Weig 2009, 210). Zusätzlich ist es essentiell, schon während der medizinischen Rehabilitation den Kontakt zur zuständigen Arbeitsagentur aufzunehmen, um möglichst ohne Wartezeiten eine Reintegration in Beschäftigung bzw. Leistungen zur Teilhabe an Arbeit zu planen (vgl. Holleder 2008, 196). Außerdem ist auch hier darauf hinzuweisen, dass die „Integration der Salutogenese als Teilaspekt einer Theorie der Krankheitsverarbeitung und –folgen, die Analyse der Bedeutung des Kohärenzgefühls im Verlauf des Krankheits- und Rehabilitationsprozesses sowie die Entwicklung von salutogenetischen Therapiezielen [...] wichtige Aufgaben der Rehabilitation“ (Bengel et al 2001, 96) sind.

Eine Methodenkombination, um adäquat auf die Problemlagen der Betroffenen eingehen zu können, ist sicherlich sinnvoll, so hat sich laut WEIG „die Verknüpfung von Ansätzen der medizinischen Rehabilitation mit dem Schwerpunkt der Krankheitsbewältigung, der Übernahme einer aktiven Rolle und der Rückfallprophylaxe mit speziellen beruflichen Trainingsmaßnahmen bewährt“ (Weig 2009, 210).

Abschließend muss außerdem darauf hingewiesen werden, dass all diese Angebote sowohl „eine psychosoziale Gesunderhaltung, eine Stärkung des Selbstvertrauens und eigener Kompetenzen und die Wiederherstellung des Vertrauens in die eigene

Lern- und Leistungsfähigkeit“ (Breig/ Leuther 2007, 195) als auch die Unterstützung der Sinnfindung gemeinsam haben sollten. Das heißt, sie müssen das Kohärenzgefühl und somit auch die Ressourcen der Betroffenen stabilisieren und stärken, da sie nur dann wirklich effizient und nachhaltig wirksam sein können (vgl. Kuhnert et al 2008, 131).

6. Fazit

Die Intention dieser Arbeit war es, zweckmäßige, passende und effektive Hilfsmöglichkeiten für die spezifische Zielgruppe der Langzeitarbeitslosen mit vermittlungerschwerenden Gesundheitsbeeinträchtigungen, hier speziell mit psychischen Störungen bzw. Alkoholabhängigkeit, unter Berücksichtigung des Konzepts der Salutogenese nach AARON ANTONOVSKY herauszustellen. Um dies zu erreichen, habe ich in Kapitel 2 zunächst das Grundverständnis der für diese Arbeit wichtigsten Begriffe erörtert und im anschließenden Kapitel sozialepidemiologische Daten zum Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Krankheit sowie die Lebenslage der Betroffenen aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet. In Kapitel 4 habe ich dann das Salutogenese-Konzept eingeführt, um in Kapitel 5 Handlungsmaßnahmen für die Soziale Arbeit daraus abzuleiten.

Aus den oben angeführten Fakten und Daten ist deutlich geworden, dass Arbeitslose einerseits ein erhöhtes Risiko haben, krank zu werden (Kausalität) und andererseits Kranke häufiger arbeitslos werden als Gesunde (Selektion).

Langzeitarbeitslose Suchtkranke haben spezifische und multiple Problemlagen, welche eine Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt, als wichtige Voraussetzung für Gesundheit, nicht einfach möglich machen.

Hier müssen auf eben diese Multiproblemlagen abgestimmte Angebote entworfen werden, die niedrighschwellig, effizient, kurzfristig abrufbar, von längerer Dauer und widerstandsfähig (vgl. Holleder 2008, 198) sind.

Gerade die längerfristige Begleitung spielt eine bedeutende Rolle, da fest gefügte Verhaltensmuster schwer durch kurzfristige Interventionen verändert werden können (vgl. Kuhnert/ Kastner 2006, 132). Durch die bestehenden Angebote fühlt sich die Zielgruppe nicht genug angesprochen, da sie „zu stark an dem Leistungsdenken und den Vorstellungen eines gesundheitsbewussten Lebens [...] der Mittelschicht orientiert“ (Kuhnert et al 2008, 133) sind und zu hohe Voraussetzungen haben, was

internale Veränderungsbereitschaft und -fähigkeit, Willensstärke und Motivation betrifft. Dies bedeutet zum Beispiel, dass sozialschichtspezifische Faktoren stärker berücksichtigt werden müssen¹⁷.

Generell sollten sich die Angebote aus verschiedenen Ansätzen zusammensetzen. So reicht es weder, nur eine Suchttherapie bzw. gesundheitsfördernde Maßnahmen anzubieten, die den Aspekt der Wiedereingliederung vernachlässigen, noch genügt allein eine Wiedereingliederung der Betroffenen, um adäquat auf die Problemlagen zu reagieren. Zweckmäßig erscheint demnach auch eine sozialarbeiterische Intervention, die sich sowohl aus sekundärpräventiven Elementen als auch aus psychosozialer Beratung zusammensetzt.

Angebracht sind insgesamt neben ressourcenorientierter Einzel- und Gruppenberatung, Suchtprävention, Entgiftung, Suchttherapie mit dem Schwerpunkt der Wiedereingliederung in Beschäftigung (diese kann aus Erwerbsarbeit oder einer anderen – für den Betroffenen Sinn gebenden – Tätigkeit bestehen), Gesundheitsförderung und auch Rückfallprävention. Mit einer Kombination aus Hilfsangeboten unterschiedlicher Ansätze, konnte so sogar bei hochbelasteten alkoholabhängigen Arbeitslosen der Gesundheitszustand verbessert werden¹⁸ (vgl. Kuhnert et al 2008, 151).

Außerdem sollte die Soziale Arbeit als Schnittstelle zwischen den verschiedenen Akteuren fungieren, um so durch eine bessere Kooperation ein effizienteres Handeln möglich zu machen, denn nur „durch die sicherlich nicht leicht zu organisierende Vernetzung der wesentlichen Akteure [...] sind solide rechtliche Rahmenbedingungen für die Arbeit [...] zu schaffen“ (ebd., 148).

Eine tieferegehende Forschung, die Hochrisikogruppen identifiziert¹⁹, damit in der Konsequenz passgenaue Interventionen und Methoden entwickelt werden können, ist sicherlich notwendig (vgl. Henkel 2008a, 56).

Auch der Bereich der sinnvollen Alternativen zur Erwerbsarbeit wird leider noch zu sehr vernachlässigt. Denn wie deutlich wurde, ist dies gerade bei sozial benachteiligten und gefährdeten Gruppen, wie die der langzeitarbeitslosen

¹⁷ (Sucht-) präventive Kampagnen im Fernsehen wären beispielsweise ein erster Schritt in die richtige Richtung, da hier bei Arbeitslosen überdurchschnittlich starke Aufmerksamkeit herrscht (vgl. Henkel 2008b, 122).

¹⁸ Dies ergaben Fallstudien zur Evaluation des Job-Fit-Projekts des »Netzwerk Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung«

¹⁹ Beispielsweise sind spezifische auf die Problemlagen von Männern zugeschnittene Hilfsmaßnahmen zweckmäßig (vgl. Kuhnert/ Kastner 2006, 132), da vermittlungsrelevante gesundheitliche Einschränkungen sowie „psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen bei Arbeitslosen primär ein Problem von Männern“ (Hollederer 2008, 192) zu sein scheinen.

Mehrfachbelasteten, von immenser Bedeutung, da ihre Chancen auf Reintegration in den Arbeitsmarkt oft sehr gering sind. Hier muss dringend für zielgruppenspezifische Angebote gesorgt werden. Es müssen vor allem primär die vorhandenen Ressourcen der Betroffenen aktiviert und gefördert werden, um eine positive innere Einstellung zu einem Leben ohne Erwerbsarbeit möglich zu machen, da eine berufliche Wiedereingliederung unwahrscheinlicher wird, je länger die Arbeitslosigkeit andauert (vgl. Kuhnert et al 2008, 140).

Auch wenn es häufig nicht mehr realistisch ist, die Betroffenen in den Arbeitsmarkt wiedereingliedern oder chronische psychische Erkrankungen heilen zu können, so kann dennoch zu einem eigenverantwortlichen würdevollen Leben mit der höchstmöglichen Qualität und zu einem Bewegen auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in Richtung Gesundheit beigetragen werden, indem Soziale Arbeit durch oben vorgeschlagene salutogenetische Handlungsmöglichkeiten unterstützend wirkt. Sozialpolitisch bedeutsam ist sicherlich außerdem eine Perspektivänderung gegenüber Arbeitslosen in der Gesellschaft und entsprechenden Institutionen. Dies ist notwendig, um Stigmata und Vorurteilen der Sozialschmarotzerei bzw. der euphemistisch benannten „sozialrechtsinduzierten Arbeitslosigkeit“ (vgl. Hartmann/Riede 2005, 307) entgegenzuwirken.

Nach intensiver Recherche für diese Ausarbeitung bin ich zu dem Schluss gekommen, dass im Bereich der Hilfen gerade für suchtkranke Arbeitslose durchaus Bedarf zur Weiterentwicklung besteht.

Das Konzept der Salutogenese sollte bei der Wahl und der Strukturierung der Interventionsmethoden als handlungsleitende Grundlage angenommen werden (vgl. Grabert 2007, 45).

Speziell der Bereich der Prävention (sowohl Suchtprävention als auch Gesundheitsförderung und Rückfallprävention) sollte weiter ausgebaut werden, wobei eine engere Kooperation der Krankenkassen, der Ärzte und der Jobcenter sicherlich förderlich wäre.

Hierfür ist es außerdem notwendig, in der Bevölkerung das Bewusstsein für die tatsächliche Schädigung durch illegale aber vor allem auch durch legale Drogen zu sensibilisieren und zu erweitern. Durch verstärkte Öffentlichkeitsarbeit können zum einen Hürden, Hilfsangebote anzunehmen, zum anderen Vorurteile den Betroffenen gegenüber, abgebaut und Stigmatisierungen vorgebeugt werden.

Des Weiteren halte ich es für sinnvoll, die Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialbereich sowie in den Arbeitsagenturen verstärkt im »Motivational Interviewing« aber auch in der Ressourcenorientierung auszubilden, um vorhandene Potentiale und den Willen der Betroffenen zu stärken.

Sozial- wie auch arbeitsmarktpolitisch ist demnach in Hinsicht auf Verbesserung der Situation Langzeitarbeitsloser eine große Lücke zu füllen, vor allem vor dem Hintergrund sich wandelnder Erwerbsbiografien, die in Zukunft immer häufiger Phasen der Arbeitslosigkeit aufweisen werden.

Weitergehende Überlegungen und Untersuchungen sollten den Zusammenhang zwischen Bildung und dem Arbeitslosigkeitsrisiko betreffen, denn es konnte im Gesundheitssurvey 2003 aufgezeigt werden, dass ungelernte oder angelernte Arbeitnehmende 22% der Arbeitslosen und nur 7% unter den Erwerbstätigen ausmachten (Lampert et al 2005, 74). Des Weiteren haben Arbeitslose „häufiger als Erwerbstätige einen niedrigen Schulabschluss (38% zu 23%) und keinen berufsqualifizierenden Abschluß“ (14% zu 5%) (ebd., 74).

Im Hinblick auf ein erhöhtes Risiko, arbeitslos zu werden und das damit einhergehende erhöhte Risiko für einen schlechteren Gesundheitszustand bei Menschen mit geringerem Bildungsstand, sollten zielgruppenspezifische Maßnahmen zur Prävention, Erwachsenenbildung aber auch zur Vorbeugung von Jugendarbeitslosigkeit entwickelt werden.

Nach Recherche konnten keine Studien gefunden werden, die den Einfluss der Gene auf die Ausprägung des SOC überprüfen. Auch in dieser Hinsicht wäre es sinnvoll, eine Untersuchung durchzuführen, da psychische Störungen wie beispielsweise Depression, die im Zusammenhang mit dieser Arbeit eine wichtige Rolle spielt, sowohl verhaltensbezogene als auch durch genetische Disposition hervorgerufene Störungen sind bzw. sich in einer Wechselbeziehung zwischen Genen, Umwelt und Verhalten ausprägen (vgl. Davison et al 2007, 53ff).

Insofern wäre eine Forschung zum Thema Kohärenzgefühl und Genetik bzw. genetischer Disposition zu erhöhtem Risiko der Entwicklung einer psychischen Störung meines Erachtens auch wertvoll.

Des Weiteren ist eine weitergehende Erforschung der Frage eines selektiven bzw. kausalen Zusammenhangs zwischen Arbeitslosigkeit und Abhängigkeits-erkrankungen notwendig. Anzumerken ist auch, dass die meisten Studien aus Ländern stammen, in deren Gesellschaften Erwerbsarbeit einen extrem hohen

Stellenwert hat und sich insofern der Verlust von Erwerbsarbeit deutlich negativ widerspiegelt (vgl. Henkel 2008a, 55). Vergleichende Studien mit Gesellschaften, in denen alternative Beschäftigung einen ebenso hohen (oder höheren) Stellenwert wie Erwerbsarbeit hat, wären sicherlich aufschlussreich.

Ich bin mir darüber im Klaren, dass meine Vorschläge zu den Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit mit immensen Kosten verbunden sind. Allerdings ist dies eine sozialpolitische Frage, die den Staatshaushalt und die Prioritäten der Regierung betrifft und in dieser Ausarbeitung leider kaum Erwähnung finden kann. Der Gedanke der längerfristigen Kompensation der zunächst entstehenden Mehrkosten, beispielsweise durch später wegfallende Kosten für medizinische Behandlungen, soll hier dennoch kurz eingebracht werden.

Langzeitarbeitslosigkeit und ihre gesundheitsbeeinträchtigenden Folgen in unserer Gesellschaft, sind ein Themenfeld, das gerade mit hohen Staatsausgaben bzw. gesamtwirtschaftlichen Ausgaben verbunden ist. So liegen die Ausgaben für Krankenhausaufenthalte und Krankengeld bei alkoholabhängigen Pflichtversicherten achtmal höher als bei Durchschnittsversicherten und die volkswirtschaftliche Belastung durch Krankheiten aufgrund von Alkoholkonsum liegt bei ca. 20 Mrd. Euro im Jahr (vgl. Weissinger 2008, 287). Weiterhin betragen beispielsweise die volkswirtschaftlichen Gesamtausgaben für die registrierte Arbeitslosigkeit im Jahr 2007 68 Mrd. Euro, wovon 35 Mrd. Euro für die Arbeitslosengelder I und II ausgegeben wurden. Somit „kostete [ein Arbeitsloser] den Staat 2007 durchschnittlich 17900 Euro“ (Spitznagel 2008 zit. n. Schiltz online 2008). Der Staatshaushalt verringerte sich durch die Arbeitslosigkeit um ca. 33 Mrd. Euro und gleichzeitig seien „die Ausgaben für die aktive Arbeitsmarktpolitik zwischen 2001 und 2007 um 31 Prozent gesunken (2007: 15 Mrd. Euro)“ (Spitznagel 2008 zit. n. Schiltz online 2008). Im Vergleich dazu stiegen die Sozialausgaben im Jahr 2009 stark an, welche sich laut Sozialbericht 2009 auf 754 Mrd. Euro beliefen, was eine Steigerung um 33 Mrd. Euro im Vergleich zum Vorjahr darstellt. Zu den Sozialausgaben zählten hier allerdings sowohl Ausgaben für den Arbeitsmarkt, Alters- und Grundsicherung als auch Gesundheit und Pflege. Für den starken Anstieg der Ausgaben 2009 wurden unter anderem „höhere Ausgaben in der Arbeitslosenversicherung und im Hartz-IV-System als Folge der Rezession“ (Süddeutsche Zeitung online 2009) verantwortlich gemacht. Insofern wären erhöhte Investitionen in diesem Bereich

meines Erachtens in doppelter Weise sinnvoll - zum einen, um die Volkswirtschaft nachhaltig zu entlasten und zum anderen, um zur Erhöhung der gesamtgesellschaftlichen Gesundheit und somit auch zur Lebensqualität in Deutschland beizutragen.

Literaturverzeichnis

Antonovsky, Aaron 1997: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. In: Franke, Alexa (Hg.): Dt. erw. Hrsg. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie

Bengel, Jürgen et al 2001: Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Erweiterte Neuauflage. Band 6. Köln: BZgA

Böhnisch, Lothar/ Schröer, Wolfgang 2005: Arbeit, Kompetenz und Bewältigung – ein sozialpädagogischer Zugang zur Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik. In: Burghardt, H./ Enggruber, R. (Hg.): Soziale Dienstleistungen am Arbeitsmarkt. Soziale Arbeit zwischen Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik. Weinheim und München: Juventa, S. 213-226

Bormann, Cornelia/ Elkeles, Thomas 2002: Arbeitslose. In: Homfeldt/ Laaser/ Prümel- Philippsen/ Robertz- Grossmann (Hg.): Studienbuch Gesundheit. Soziale Differenzen- Strategien- Wissenschaftliche Disziplinen. Neuwied: Hermann Luchterhand Verlag, S. 11-29

Breig, Ingrid/ Leuther, Verena 2007: 50plus und arbeitslos – ohne Arbeit leben lernen?!. Berlin: Frank & Timme Verlag für wissenschaftliche Literatur

Bürkle, Stefan 2008: Kooperation zwischen den Trägern der Einrichtungen der Suchthilfe und den Trägern der Grundsicherung für Arbeitssuchende nach §16 Abs. 2 SGB II: Handreichung für die Träger und Einrichtungen der Suchthilfe in der Caritas. In: Henkel, Dieter/ Zemlin, Uwe (Hg.): Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag. S. 361-388

Davison, J. et al 2007: Klinische Psychologie- Ein Lehrbuch. 7. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Weinheim: Beltz Verlag. S. 53ff

Grabert, Andrea 2007: Salutogenese und Bewältigung psychischer Erkrankung. Einsatz des Kohärenzgefühls in der Sozialen Arbeit. Lage: Jacobs-Verlag

Gordo, Laura Romeu 2006: Beeinflusst die Dauer der Arbeitslosigkeit die Gesundheitszufriedenheit? Auswertungen des Sozioökonomischen Panels (SOEP) von 1984 bis 2001. In: Holleder, Alfons/ Brand, Helmut (Hg.) 2006: Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern: Hans Huber Verlag. S. 53-73

Henkel, Dieter 2008a: Stand der internationalen Forschung zur Prävalenz von Substanzproblemen bei Arbeitslosen und zur Arbeitslosigkeit als Risikofaktor für die Entwicklung von Substanzproblemen: Alkohol, Tabak, Medikamente, Drogen. In: Henkel, Dieter/ Zemlin, Uwe (Hg.): Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag, S. 10-69

Henkel, Dieter 2008b: Suchtprävention (Früherkennung, Frühintervention) für Arbeitslose durch Institutionen und Maßnahmen außerhalb des traditionellen Suchthilfesystems. In: Henkel, Dieter/ Zemlin, Uwe (Hg.): Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag. S. 106-126

Henkel, Dieter 2008c: Wie viele Suchtbehandelte sind arbeitslos, und welche Chancen haben sie, wieder Arbeit zu finden? Bundesweite empirische Daten zur beruflichen Integration vor und nach der Suchtbehandlung. In: Henkel, Dieter/ Zemlin, Uwe (Hg.): Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag. S.163-188

Henkel, Dieter et al 2008: Arbeitslosigkeit und Suchtrehabilitation: Hauptergebnisse des ARA-Projekts und Schlussfolgerungen für die Praxis. In: Henkel, Dieter/ Zemlin, Uwe (Hg.): Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag. S. 214-241

Holleder, Alfons 2008: Fallmanagement als »neuer Weg in der Beschäftigungsförderung«: Auch ein Weg aus Sucht und Arbeitslosigkeit? In: Henkel, Dieter/ Zemlin, Uwe (Hg.): Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag. S. 189-213

Holleder, Alfons 2006: Fallmanagement für Arbeitslose mit vermittlungsrelevanten gesundheitlichen Einschränkungen: Ein Fall für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

und Ärztlichen Dienst der BA?!. In: Hollederer, Alfons/ Brand, Helmut (Hg.) 2006: Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern: Hans Huber Verlag. S. 181-197

Hurrelmann, Klaus/ Richter, Matthias 2007: Warum die gesellschaftlichen Verhältnisse krank machen. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.) 2007: Das Parlament. Aus Politik und Zeitgeschichte. Ausgabe 42/2007. Bonn. S. 3-10

Kieselbach, Thomas/ Beelmann, Gert 2006: Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Stand der Forschung. In: Hollederer, Alfons/ Brand, Helmut (Hg.) 2006: Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern: Hans Huber Verlag. S.13-31

Kirschner, Wolf/ Elkeles, Thomas 2006: Eine aktuelle Bestandsaufnahme von deutschen Projekten zur Gesundheitsförderung von Arbeitslosen – Probleme, Forschungs- und Entwicklungsbedarfe. In: Hollederer, Alfons/ Brand, Helmut (Hg.) 2006: Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern: Hans Huber Verlag. S.97-112

Körkel, Joachim 2008: Rückfälle arbeitsloser Suchtkranker: Fakten und Folgerungen für die Rückfallprävention. In: Henkel, Dieter/ Zemlin, Uwe (Hg.): Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag. S.242-266

Kuhnert, Peter et al 2008: Gesundheitsförderung für Arbeitslose mit Suchtproblemen: Kritische Bestandsaufnahme und Perspektiven. In: Henkel, Dieter/ Zemlin, Uwe (Hg.): Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag. S. 127-162

Kuhnert, Peter/ Kastner, Michael 2006: Chancen und Grenzen arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung am Beispiel der Job-Fit-Evaluationsstudie. In: Hollederer, Alfons/ Brand, Helmut (Hg.) 2006: Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern: Hans Huber Verlag. S.123-135

Lorenz, Rüdiger 2005: Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler. 2. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag

Meyer, Almut- Hildegard 2004: Kodieren mit der ICF: Klassifizieren oder Abklassifizieren?. Potenzen und Probleme der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“. Ein Überblick. Heidelberg: Universitätsverlag Winter Heidelberg GmbH »Edition S«

Paul, Karsten I. et al 2006: Die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit: Befunde einer quantitativen Forschungsintegration. In: Holleder, Alfons/ Brand, Helmut (Hg.) 2006: Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern: Hans Huber Verlag. S.35-51

Sozialgesetzbuch II und III 2007: München: Deutscher Taschenbuch Verlag

Ulich, Dieter 1987: Krise und Entwicklung. Zur Psychologie der seelischen Gesundheit. München/ Weinheim: Psychologie Verlags Union

Weig, Wolfgang 2009: Arbeit und seelische Gesundheit. In: Linden, Michael/ Weig, Wolfgang (Hg.) 2009: Salutotherapie in Prävention und Rehabilitation. Köln: Deutscher Ärzte Verlag. S.209-214

Weig, Wolfgang/ Linden, Michael 2009: Begriffsbestimmung von Salutotherapie. In: Linden, Michael/ Weig, Wolfgang (Hg.) 2009: Salutotherapie in Prävention und Rehabilitation. Köln: Deutscher Ärzte Verlag. S.1-8

Weissinger, Volker 2008: Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben in der medizinischen Suchtrehabilitation: Überblick über Entwicklungen, Status quo und Perspektiven aus Sicht des Fachverbands Sucht. In: Henkel, Dieter/ Zemlin, Uwe (Hg.): Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag. S.284-298

Zemlin, Uwe/ Gnam, Katrin 2008: Der Konsiliardienst der Suchthilfe in Arbeitsagenturen und Arbeitsgemeinschaften (ARGEn) – Ein initiales Hilfeangebot im Rahmen einer regionalen Vernetzung von Suchthilfe und Arbeitsverwaltung. In: Henkel, Dieter/ Zemlin, Uwe (Hg.): Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag. S.389-415

PDF- und Internetquellenverzeichnis

Berth, Hendrik et al 2008: Psychische Gesundheit und Arbeitslosigkeit. In: Vorstand des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen (Hg.): Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland. Berlin: In: http://www.bdp-verband.org/aktuell/2008/bericht/BDP-Bericht-2008_Gesundheit-am-Arbeitsplatz.pdf (Zugriff: 27.04.2011 17:25 Uhr)

Brockhaus in fünfzehn Bänden 1997: Definition Arbeit. Band 1: A-Bau. Leipzig – Mannheim 1997: Seite 234 ff. In: <http://www.archiv-grundeinkommen.de/definition/arbeit.htm> (Zugriff 22.06.11 12:26 Uhr)

Bundesagentur für Arbeit 2011a: Der Arbeits- und Ausbildungsmarkt in Deutschland. Monatsbericht Juli 2011. Nürnberg: In: <http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Monatsbericht-Arbeits-Ausbildungsmarkt-Deutschland/Monatsberichte/Generische-Publikationen/Monatsbericht-201107.pdf> (Zugriff: 12.08.11 14:57 Uhr)

Bundesagentur für Arbeit 2011b: Fachliche Hinweise - §20 Regelbedarf zur Sicherung des Lebensunterhalts. S.1-5. In: <http://www.arbeitsagentur.de/zentraler-Content/A01-Allgemein-Info/A015-Oeffentlichkeitsarbeit/Publikation/pdf/Gesetzestext-20-SGB-II-Regelleistung-Sicherung-LUnterhalt.pdf> (Zugriff 12.07.2011 13:45 Uhr)

Bundesagentur für Arbeit 2011c: Arbeitsmarkt in Deutschland. Zeitreihen bis 2010. In: Analytikreport der Statistik. Nürnberg: In: <http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Statistische-Analysen/Analytikreports/Zentrale-Analytikreports/Jaehrliche-Analytikreports/Generische-Publikationen/Arbeitsmarkt-Deutschland-Zeitreihen/Analyse-Arbeitsmarkt-Deutschland-Zeitreihen-2010.pdf> (Zugriff: 22.06.2011 12:23 Uhr)

Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.): Verteilung der Nettoäquivalenzeinkommen auf die Bevölkerung. In: Zahlen und Fakten. Die soziale Situation in Deutschland. Einkommen und Vermögen. In:

http://www.bpb.de/wissen/S4LO2Q,0,0,Verteilung_der_Netto%E4quivalenzeinkommen_auf_die_Bev%F6lkerung.html (Zugriff 22.06.2011 14:56 Uhr)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V. 2009: Alkohol. Nr.5. Die Sucht und ihre Stoffe. Eine Informationsreihe über die gebräuchlichen Suchtstoffe. Hamm: In:

http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Faltblatt_Alkohol_2009.pdf (Zugriff 23.06.2011 19:44 Uhr)

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen (Hg.) 2005: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. World Health Organization. Genf: Stand Oktober 2005. In:

[http://www.mds-sindbad.de/infomed/Sindbad.nsf/0/5bb3ee7c791242d2c1257172003447fb/\\$FILE/ICF_dt_Endfassung_2005-10.pdf](http://www.mds-sindbad.de/infomed/Sindbad.nsf/0/5bb3ee7c791242d2c1257172003447fb/$FILE/ICF_dt_Endfassung_2005-10.pdf) (Zugriff 12.04.2011 14:07 Uhr)

Fachverband Sucht e.V. (Hg.) 2011a: Einschätzung des Konsums. Bonn. In: http://www.sucht.de/2_1_einschaetzung_m.html#abhaengigkeit (Zugriff 23.06.2011 19:49 Uhr)

Fachverband Sucht e.V. (Hg.) 2011b: Verbrauch, Missbrauch, Abhängigkeit – Zahlen und Fakten (2011). Bonn: In:

http://www.sucht.de/tl_files/pdf/veroeffentlichungen/Zahlen%20und%20Fakten/alkohol.pdf (Zugriff 08.04.2011 23:32 Uhr)

Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2011: Abhängigkeit. Stand 12.07.2011. In:

http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gastg&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=8554::Sucht (Zugriff 23.06.2011 20:05 Uhr)

Grobe, Thomas G./ Schwartz, Friedrich W. 2003: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. In: Robert Koch Institut (Hg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Heft 13. In: http://www.rki.de/cln_145/nn_199850/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/arbeitslosigkeit,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/arbeitslosigkeit.pdf (Zugriff: 08.10.2010 15:48 Uhr)

Hartmann, Michael/ Riede, Thomas 2005: Erwerbslosigkeit nach dem Labour-Force-Konzept – Arbeitslosigkeit nach dem Sozialgesetzbuch: Gemeinsamkeiten und Unterschiede. In: Statistisches Bundesamt (Hg.): destatis. Auszug aus Wirtschaft und Statistik. Wiesbaden: S. 303-310. In: <http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Grundlagen/Berechnung-Arbeitslosenquote/Erwerbslosigkeit-Labour-Force-Konzept.pdf> (Zugriff 27.10.2010 17:22 Uhr)

Hollederer, Alfons 2003: Arbeitslos- Gesundheit los- chancenlos? In: IAB Kurzbericht. Nr.4 (21.3.2003). Nürnberg: In: <http://doku.iab.de/kurzber/2003/kb0403.pdf> (Zugriff: 05.04.2011 16:42 Uhr)

Hollederer, Alfons 2002: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Ein Überblick über empirische Befunde und die Arbeitslosen- und Krankenkassenstatistik. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. 35.Jg. H.3. S.411-428. In: http://doku.iab.de/mittab/2002/2002_3_MittAB_Hollederer.pdf (Zugriff 05.04.2011 16:42 Uhr)

Institut Suchtprävention 2004: Merkmale von Sucht/ Abhängigkeit. Stand 2004. Linz. In: <http://www.praevention.at/seiten/index.php/nav.131/view.132/level.4/> (Zugriff 23.06.2011 19:22 Uhr)

Kleinhenz, Gerhard et al a: Relative Armut. In: Gabler Verlag (Hg.): Gabler Wirtschaftslexikon. Stand: Version 7, 2011. In: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/73974/relative-armut-v7.html> (Zugriff 22.06.2011 15:05 Uhr)

Kleinhenz, Gerhard et al b: Absolute Armut: In: Gabler Verlag (Hg.): Gabler Wirtschaftslexikon. Stand: Version 9, 2011. In: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/381/absolute-armut-v9.html> (Zugriff 22.06.2011 15:07 Uhr)

Lampert, Thomas et al 2005: Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Robert Koch Institut (Hg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: In: http://www.rki.de/cln_145/nn_199884/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Armut,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Armut.pdf (Zugriff: 08.10. 2010 15:52 Uhr)

Oschmiansky, Frank 2010: Arten der Arbeitslosigkeit. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.): Arbeitsmarktpolitik. Theoretische Grundlagen und Konzepte. Stand 01.06.2010. In: http://www.bpb.de/themen/KSLF0U,0,0,Arten_der_Arbeitslosigkeit.html (Zugriff 22.06.2011 12:58 Uhr)

Pfitzer, Norbert/ Oser, Peter: Stille Reserve. In: Gabler Verlag (Hg.): Gabler Wirtschaftslexikon. Stand: Version 6, 2011 In: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/56978/stille-reserve-v6.html> (Zugriff: 22.06.2011 14:53 Uhr)

Rengers, Martina 2005: Das international vereinbarte Labour-Force-Konzept. In: Statistisches Bundesamt (Hg.): destatis. Statistisches Bundesamt. Auszug aus Wirtschaft und Statistik. Ausgabe 12/2004. Wiesbaden: S.1369-1383. In: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Querschnittsveroeffentlichungen/WirtschaftStatistik/Arbeitsmarkt/InternationalvereinbarteLabour-Force-Konzept,property=file.pdf> (Zugriff 27.10.2010 18:31 Uhr)

Schiltz, Christoph B. 2008: Ein Arbeitsloser kostet den Staat 17900 Euro. Stand 24.09.2008. In: Die Welt online: In: <http://www.welt.de/wirtschaft/article2485015/Ein-Arbeitsloser-kostet-den-Staat-17-900-Euro.html> (Zugriff 13.07.2011 14:50 Uhr)

Schmidt Lutz G. et al 2003: Alkoholabhängigkeit. In: Wissenschaftliches Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V. (Hg.): Suchtmedizinische Reihe. Band 1. München: In:

http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtmedizinische_Reihe_Alkoholabhaengigkeit_2003.pdf (Zugriff 23.06.2011 19:45 Uhr)

Schubert, Klaus/ Klein, Martina 2006: Armut. In: Das Politiklexikon. 4., aktual. Aufl. Bonn: Dietz 2006. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.). Stand: 2011. In: http://www.bpb.de/popup/popup_lemmata.html?guid=T3323T (Zugriff 22.06.2011 15:10 Uhr)

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hg.) 2010:

Sozialberichterstattung. Tabelle A.2 Armutsgefährdungsschwellen in € nach Haushaltstyp. Ergebnisse des Mikrozensus IT.NRW. Letzte Änderung: 20.08.2010. In: <http://www.amtliche-sozialberichterstattung.de/Tabellen/tabelleA2.html> (Zugriff 15.04.2011 15:23 Uhr)

Statistisches Bundesamt 2010: Sozialberichterstattung - Soziale Mindestsicherung. Armutsgefährdung. Armutsgefährdungsquote gemessen am Bundesmedian nach Erwerbsstatus – Jahre. Ergebnisse des Mikrozensus IT.NRW. In: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Sozialleistungen/Sozialberichterstattung/Tabellen/Content100/Armutsgefahrdungsquote_Erwerbsstatus.psm1 (Zugriff 15.04.2011 15:20 Uhr)

Statistisches Bundesamt 2011: Sozialberichterstattung. Statistik über die Armutsgefährdungsquote nach Erwerbsstatus. Wiesbaden: In: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Sozialleistungen/Sozialberichterstattung/Tabellen/Content100/Armutsgefahrdungsquote_Erwerbsstatus,templated=renderPrint.psm1 (Zugriff: 27.04.2011 16:43 Uhr)

Süddeutsche Zeitung online 2009: Jeder dritte Euro für Sozialausgaben. Stand 15.07.2009 In: <http://www.sueddeutsche.de/politik/sozialbericht-jeder-dritte-euro-fuer-sozialausgaben-1.157161> (Zugriff 11.07.2011 22:46 Uhr)

tagesschau online 2010: Arbeitslosenzahl sinkt auf unter drei Millionen. Stand: 27.10.2010. In: <http://www.tagesschau.de/wirtschaft/arbeitsmarkt354.html> (Zugriff 22.06.11 12:02 Uhr)

Vereinte Nationen: Amt des Hohen Kommissars für Menschenrechte (Hg.): UN Department for General Assembly and Conference Management German Translation Service, NY: Resolution 217 A (III) der Generalversammlung vom 10. Dezember 1948. Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. In: http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/ger.pdf (Zugriff 31.03.2011 13:40 Uhr)

Schriftliche Erklärung

Ich versichere, die vorliegende Bachelor – Thesis eigenständig, mit bestem Wissen und Gewissen und nur unter Angabe aller verwendeten Literaturquellen verfasst zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift