
**BEWEGGRÜNDE UND HINDERNISSE
VON ERWERBSLOSEN
FÜR EINE TEILNAHME
AN GESUNDHEITSFÖRDERNDEN ANGEBOTEN
IN HAMBURG**

—
EINE EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG

HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE
WISSENSCHAFTEN HAMBURG
FAKULTÄT LIFE SCIENCES
DEPARTMENT GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN
STUDIENGANG GESUNDHEIT

**BEWEGGRÜNDE UND HINDERNISSE
VON ERWERBSLOSEN
FÜR EINE TEILNAHME
AN GESUNDHEITSFÖRDERNDEN ANGEBOTEN
IN HAMBURG**

—

EINE EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG

DIPLOMARBEIT

Tag der Abgabe: 23. März 2006
Vorgelegt von:

Stefanie Wobbe
1650566
Stormarner Straße 41
22049 Hamburg

Lia Burkard
1651836
Stormarner Straße 34
22049 Hamburg

Erstgutachterin:
Prof. Dr. Petra Strehmel
(HAW)

Zweitgutachterin:
Gudrun Ahlers
(Techniker Krankenkasse)

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung (Wobbe)

Danksagung

Einleitung

1. Arbeitslosigkeit und Gesundheit (Burkard)	15
1.1. Tradition der Arbeitslosenforschung	16
1.2. Arbeitslosigkeit	18
1.3. Belastende Auswirkungen der Arbeitslosigkeit	19
1.4. Anpassungsformen der Arbeitslosigkeit, Moderatorvariablen und Teufelskreise	21
2. Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen (Burkard)	25
2.1. Gesundheitsdefinition	25
2.2. Gesundheitsförderung	26
2.3. Konzept der Salutogenese	27
3. Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit (Burkard)	30
3.1. Selektionshypothese	30
3.2. Kausalitätshypothese	31
3.3. Gesundheitliche Auswirkungen der Arbeitslosigkeit	31
3.4. Moderatorvariablen	33
3.5. Prozesse zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit	34
3.5.1. Das Prinzip der Anforderungs-Ressourcen-Balance	35
3.5.2. Das biopsychosoziale Modell nach Frankenhäuser (1986)	36
4. Motivation und Volition (Burkard)	39
4.1. Motivation	39
4.2. Volition	39
4.3. Das Rubikonmodell der Handlungsphasen	40
5. Die europäischen Nachbarn und der Sozialstaat von morgen (Wobbe)	44
5.1. Großbritannien	44
5.2. Niederlande	45
5.3. Dänemark	46
5.4. Österreich	46

6. Die Entwicklung der Arbeitslosigkeit in Deutschland	48
(Wobbe)	
6.1. Aktueller Stand der Arbeitslosigkeit in Deutschland	49
6.2. Problemgruppen des deutschen Arbeitsmarktes	51
7. Moderner Arbeitsmarkt in Deutschland (Wobbe)	53
7.1. Hartz I und II	53
7.2. Hartz III	54
7.3. Hartz IV	55
7.3.1. Die Eigenleistung	55
7.3.2. Die Serviceleistung	56
7.3.3. Die Förderleistung	59
7.3.4. Die Geldleistung	61
8. Gesundheitsberichterstattung (Wobbe)	64
8.1. Ergebnisse der Expertise des Robert-Koch-Instituts	64
8.1.1. Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes	65
8.1.2. Krankheiten und Beschwerden	66
8.1.3. Inanspruchnahme des Versorgungssystems	67
8.1.4. Gesundheitsverhalten	68
8.1.5. Mortalität	69
8.2. Ergebnisse des Gesundheitsreportes der Techniker Krankenkasse	71
8.2.1. Krankenstand	71
8.2.2. ICD 10-Diagnosekapitel	72
8.2.3. Arzneiverordnungen	74
9. Einrichtungen der Erwerbslosenhilfe in Hamburg (Burkard)	75
9.1. Darstellung und Beschreibung der Einrichtungen	75
9.2. Gesundheitsfördernde Ansätze der Einrichtungen	76
10. Experteninterviews (Burkard)	78
10.1. Fragestellungen	78
10.2. Untersuchungsmethode und Konzeption des Interviewleitfadens	79
10.3. Auswahlverfahren	79
10.4. Beschreibung der befragten Einrichtungen	80
10.5. Durchführung der Untersuchung und Datenerhebung	81
10.6. Datenauswertung	82
10.7. Ergebnisse	84
10.7.1. Kunden der Einrichtung	84
10.7.2. Gesundheit	86
10.7.3. Gesundheitsförderung	89
10.7.4. Hindernisse	91
10.7.5. Informationswege	92
10.8. Diskussion	92
10.8.1. Zentrale Ergebnisse	92

10.8.2. Weitere Ergebnisse	95
10.8.3. Einschränkungen der Aussagekraft	96
11. Querschnittserhebung (Wobbe)	98
11.1. Ziele und Fragestellungen	98
11.2. Beteiligte und Kooperationspartner	100
11.3. Methoden der Untersuchung	101
11.4. Durchführung der Untersuchung und Datenerhebung	104
11.5. Datenauswertung	105
11.6. Ergebnisse	106
11.6.1. Soziodemographische Merkmale	106
11.6.2. Gesundheitswahrnehmung	108
11.6.3. Motivation und Hinderungsgründe zur Wahrnehmung von Angeboten	110
11.6.4. Nutzung von Angeboten und Informationswege	112
11.7. Zusammenhänge zwischen der Demoralisierung und der Motivation sowie Hinderungsgründen	113
11.8. Zusammenhänge zwischen soziodemographischen Merkmalen und dem Interesse an Angeboten	118
11.9. Diskussion	126
11.9.1. Gesundheitswahrnehmung	127
11.9.2. Motivation und Hinderungsgründe zur Wahrnehmung von Angeboten	128
11.9.3. Einschränkungen der Aussagekraft	129
11.9.4. Zusammenfassung	130
12. Gegenüberstellung vergleichbarer Ergebnisse der vorliegenden Untersuchungen	131
12.1. Gesundheitszustand	131
12.2. Gesundheitsförderung	131
12.3. Hindernisse	132
12.4. Zusammenfassung	132
13. Handlungsempfehlungen	133
13.1. Zielfragestellung und Gesamtergebnis	133
13.2. Forschung und Datengrundlage	133
13.3. Gesellschaft und Politik	134
13.4. Krankenkassen	135
13.5. Bundesagentur für Arbeit	136
13.6. Zusammenfassung	136
Literaturverzeichnis	137
Abbildungsverzeichnis	143

Tabellenverzeichnis	145
Anhang	146

Zusammenfassung

Hintergrund

In vielen nationalen und internationalen Studien wurde ein Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und physischen und psychischen Belastungen für die Betroffenen festgestellt. Aufgrund dieses Resultats, zeigt sich die Bedeutung von frühzeitiger und nachhaltiger Gesundheitsförderung für Erwerbslose. Die vorliegende Arbeit setzt sich auseinander mit der Motivation, mit der Erwerbslose an gesundheitsfördernden Angeboten teilnehmen würden und den Hindernissen die einer erfolgreichen Teilnahme im Wege stehen würden.

Studiendesign

Für das geplante Vorhaben wurde eine zweiarmige Untersuchungsweise ausgewählt. Einerseits wurden qualitative Interviews mit Experten von Einrichtungen, die erwerbslose Menschen betreuen und unterstützen geführt. Auf der anderen Seite wurden die Erwerbslosen innerhalb einer Querschnittserhebung befragt.

Setting

Experteninterviews

Die Interviews wurden nach vorheriger Terminvereinbarung in den jeweiligen Einrichtungen mit den entsprechenden Interviewpartnern durchgeführt.

Querschnittserhebung

Im Wartebereich der jeweiligen Jobcenter der Arbeitsgemeinschaften der Bundesagentur für Arbeit wurde die Datenerhebung ausgeführt.

Methoden

Experteninterviews

Die Interviews wurden anhand eines selbstständig entwickelten Interviewleitfadens, in Anlehnung an das Erhebungsinstrument der schriftlichen Befragung, durchgeführt.

Querschnittserhebung

Die Erwerbslosen wurden durch ein selbstständig entwickeltes Erhebungsinstrument schriftlich befragt.

Ergebnisse

Experteninterviews

Aus Sicht der Experten sollten gesundheitsfördernde Angebote im Bereich der Bewegung und zu psychosozialen Themen durchgeführt werden. Ein fehlendes Gesundheitsbewusstsein und fehlende Informationen über gesundheitsfördernde Angebote werden von den Experten als Hinderungsgründe angegeben. Des Weiteren stellt die Teilnahme an einem Angebot eine zusätzliche Belastung für die Erwerbslosen dar.

Querschnittserhebung

Zusammenfassend betrachtet stellte sich heraus, dass die meisten Erwerbslosen Interesse an einem Bewegungsangebot hätten und aufgrund von Geldmangel nicht teilnehmen könnten. Es kristallisierte sich heraus, dass stark demoralisierte Erwerbslose ein höheres Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten aufweisen und männliche Erwerbslose weniger Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten haben als weibliche.

Schlussfolgerungen

Experteninterviews

Die Expertenaussagen über sinnvolle gesundheitsfördernde Angebote zeigen, dass Gesundheit stark mit Bewegung assoziiert wird. Die Ausführungen lassen deutlich erkennen, dass psychische Belastungen weiter zunehmen. Es gibt kaum gesundheitsfördernde Angebote für Erwerbslose und es muss sich erst ein Bewusstsein für den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Arbeitslosigkeit entwickeln. Es ist notwendig mehr über dieses wichtige Thema zu informieren. Um zusätzliche Belastungen für Erwerbslose gering zu halten, müssten Angebote niedrigschwellig konzipiert werden.

Querschnittserhebung

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass Erwerbslose Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten haben und teilnehmen würden. Es lässt sich vermuten, dass gesundes Verhalten bei den Erwerbslosen am ehesten mit Bewegung verbunden und auch ausgeübt wird. Weiterhin zeigt sich die Wichtigkeit, dass besonders erwerbslose Männer über gesundheitsfördernde Verhaltensweisen informiert werden müssten. Insgesamt betrachtet sollten die Bedingungen für eine Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten den Voraussetzungen der Erwerbslosen angepasst werden. Dadurch wäre die Möglichkeit für Erwerbslose geschaffen, Eigenverantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen.

Abstract

Background

Unemployment is associated with many physical and mental charges. Many international and national studies affirmed this problem. This examination work is to assess whether unemployed persons have interests in constitutional quotes and to point out the reasons for non-attendance.

Design

A two armed research:

On the one hand qualitative interview study with experts supporting unemployed persons and on the other hand a cross-section-study with unemployed persons, themselves.

Setting

Qualitative Interviews

The interviews with the experts has been carried out in their correspond facilities, where the experts work with the unemployed persons after appointments has been arranged.

Cross-Sectional-Study

The research has been carried out. in the waiting area of the job centres of consortium of the “Bundesagentur für Arbeit”

Methods

Qualitative Interviews

In support on the questionnaire of the cross-sectional-study an independent interview guideline was developed and the interviews with the experts were done.

Cross-Sectional-Study

The unemployed persons were interviewed in written form with a questionnaire, developed independently.

Results

Qualitative Interviews

In dimension of the experts constitutional quotes in movement and psychosocial topic should be conducted. An absence health awareness and absence information about

constitutional quotes were stated in the expert's opinion. The attendance in constitutional quotes is signified with charges for the unemployed persons.

Cross-Sectional-Study

Most of the unemployed persons have interest in a movement quote but the reason for non-attendance is lack of money.

The study crystallize that intense demoralised unemployed persons have higher interests in constitutional quotes while male unemployed persons have fewer interests in constitutional quotes as female unemployed.

Conclusions

Qualitative Interviews

The statements of the experts demonstrate that reasonable constitutional quotes and health were often associated with movement. The comments pronounced that mental charges in addition accumulate.

There are still too few constitutional quotes and awareness for the correlation between health and unemployment needs to develop. It is imperative to provide information about this important topic. To avoid additional charges for the unemployed persons, constitutional quotes must be affordable for persons with a low income.

Cross-Sectional-Study

The results demonstrate that unemployed persons have interests in constitutional quotes and would take an active part in such quotes. That healthy behaviour is associated with movement is agreed. Further on is reflected the importance, that unemployed male persons need more information about healthy behaviour. It is recommended, that the terms and conditions of attendance for unemployed persons should lay the foundations. This will be a chance for unemployed persons to take personal responsibility for their own health.

Danksagung

Für die konstruktive Kritik, Anregungen und Unterstützung bei der Erstellung unserer Diplomarbeit danken wir Frau Prof. Dr. Petra Strehmel sowie Gudrun Ahlers aus der Techniker Krankenkasse.

Unsere Kollegen aus der Techniker Krankenkasse haben uns durch ihre Beiträge beim Erstellen der Diplomarbeit sehr geholfen. Dafür recht herzlichen Dank.

Ganz besonderer Dank gilt den Personen, die an den Befragungen teilgenommen haben und somit neue Erkenntnisse für die Erwerbslosenforschung aufzeigt haben.

Der Bundesagentur für Arbeit und insbesondere Frau Petra Daudert möchten wir für die Organisation und die Ermöglichung, die Querschnittserhebung in den Räumlichkeiten der Arbeitsgemeinschaften durchzuführen, danken.

Wir möchten uns bei Herr Prof. Dr. Thomas Kieselbach aus dem Institut für Psychologie der Arbeit, Arbeitslosigkeit und Gesundheit der Universität Bremen und Frau Martina Stickan-Verführt vom Bundesverband der BKK für die Unterstützung bei der Themenfindung erkenntlich zeigen.

Bei unseren Freunden und Familienmitgliedern möchten wir uns für ihren Beistand während der Diplomarbeitszeit ganz herzlich bedanken.

Einleitung

„Ich habe früher weniger Zeit für mich gehabt, aber mehr für mich getan“

Dieses Zitat stellt eine typische Aussage eines Arbeitslosen dar und zeigt deutlich, dass Arbeitslose in Teufelskreise geraten, aus denen sie ohne Unterstützung nur schwer wieder herausfinden (Jahoda, Lazarsfeld, Zeisel 1975; zit. n. Kieselbach et al. 1995, S. 16).

In der Zeit unseres Studiums haben wir bei der Techniker Krankenkasse im Referat Gesundheitsmanagement gearbeitet. Zu unseren Aufgaben gehörte u.a. die Mitarbeit am Gesundheitsreport. Es stellte sich heraus, dass die psychischen Belastungen, insbesondere bei Arbeitslosen in den letzten Jahren stark zugenommen haben. Aufgrund dieses Ergebnisses, haben wir uns eingehender mit den Belastungen, denen Arbeitslose ausgesetzt sind, beschäftigt. Es wurde deutlich, dass ein großer Handlungsbedarf besteht.

Eine weitere eingehende Recherche hat uns gezeigt, dass kaum Gesundheitsförderung für Arbeitslose betrieben wird. Somit war unser Interesse geweckt und wir beschlossen mit unserer Diplomarbeit einen Beitrag zur Gesundheitsförderung für Arbeitslose zu leisten.

In der vorliegenden Arbeit wird untersucht, ob Erwerbslose Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten haben und welche Gründe vorliegen könnten, Angebote nicht zu nutzen.

Daraus ergibt sich der Titel unserer Diplomarbeit „Beweggründe und Hindernisse für eine Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten von Erwerbslosen in Hamburg - Eine empirische Untersuchung“.

Für das geplante Vorhaben wurde eine zweiarmige Untersuchung eingesetzt.

Wir haben qualitative Experteninterviews in Hamburger Einrichtungen der Arbeitslosenförderung und eine Querschnittserhebung durchgeführt in der Erwerbslose befragt wurden.

In der aktuellen Literatur zur Arbeitslosenforschung wird vermehrt auf den Handlungsbedarf im Bereich der gesundheitlichen Situation von Arbeitslosen hingewiesen. Kaum eine andere Gruppe der Gesamtbevölkerung zeigt so viele Gesundheitsrisiken und Gesundheitsprobleme auf, wie die der Erwerbslosen (Lampert et al. 2005, S. 84).

Die aktuelle Höhe der Arbeitslosenzahlen und die steigende Tendenz macht die Auseinandersetzung mit dem Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit erforderlich (Grobe 2003, S. 5).

Die Lebenssituation der Erwerbslosen zu verbessern, würde in Zeiten der Massenarbeitslosigkeit der gesamten Solidargemeinschaft zu Gute kommen. Die hohen Gesundheitskosten müssen über die Versicherungsbeiträge gedeckt werden und könnten sich durch aktive Gesundheitsförderung für Arbeitslose verringern.

Im Folgenden stellen wir den Aufbau dieser Arbeit vor:

Im ersten Kapitel wird das Thema Arbeitslosigkeit erörtert. Es wird ein kurzer Überblick über empirische Arbeiten und die psychologische Arbeitslosenforschung gegeben. Es soll aufgezeigt werden, welche Folgen die Arbeitslosensituation hervorrufen kann und welche Faktoren deren Bewältigung beeinflussen.

Das zweite Kapitel beschreibt die Begrifflichkeiten Gesundheit und Gesundheitsförderung. Die Zusammenhänge von Arbeitslosigkeit und Gesundheit werden im folgenden Kapitel eingehend dargestellt. Es wird aufgezeigt, welche gesundheitlichen Auswirkungen auftreten und welche Bedingungen dabei Einfluss nehmen.

Das vierte Kapitel befasst sich mit Motivation und Volition. Hierdurch wird beschrieben wie menschliches Handeln entsteht.

Zunächst wird ein Überblick über die Arbeitsmarktpolitik in einigen europäischen Nachbarländern gegeben, welche zu großen Teilen in den Umbau des deutschen Arbeitsmarktes mit eingeflossen sind.

Darauf folgt die Darstellung der Entwicklung der Arbeitslosigkeit in Deutschland und anschließend wird der Umbau des deutschen Arbeitsmarktes anhand der Hartz-Gesetze beschrieben.

Im achten Kapitel wird auf die Gesundheitsberichterstattung eingegangen. Anhand der Expertise des Robert-Koch-Instituts und des Gesundheitsreportes der Techniker Krankenkasse werden gesundheitliche Folgen von Arbeitslosigkeit erörtert.

Im Vorfeld der empirischen Untersuchungen wurden die Strukturen der Hamburger Hilfeeinrichtungen für Erwerbslose eingehend betrachtet. Die Erkenntnisse der Recherche werden in Kapitel neun dargestellt.

Im zehnten Kapitel wird die Untersuchung der Einrichtungen der Erwerbslosenunterstützung erörtert. Der erste Abschnitt zeigt die Vorgehensweise, dann folgen die Ergebnisse der Experteninterviews und schließlich werden die Ergebnisse diskutiert.

Im Anschluss daran werden im elften Kapitel die Ziele und Fragestellungen der Querschnittserhebung beschrieben und die Vorgehensweise während der Untersuchung erörtert. Darauf folgt die Ergebnisdarstellung und anschließend wird die Diskussion der Ergebnisse geschildert.

Im zwölften Kapitel liegt der Schwerpunkt auf einem Vergleich der übereinstimmenden Ergebnisse der vorliegenden Untersuchungen.

Zum Abschluss der Arbeit werden Handlungsempfehlungen für einzelne Akteure in der Gesundheitsförderung für Arbeitslose gegeben.

1. Arbeitslosigkeit und Gesundheit

In diesem Kapitel wird auf die Forschung zu Arbeitslosigkeit eingegangen. Es wird ein kurzer Überblick über die Forschungstradition¹ gegeben, die Gruppe der Arbeitslosen und die Phasenhaftigkeit der Belastungen durch die Arbeitslosigkeit betrachtet. Anschließend werden die belastenden Auswirkungen der Situation erörtert sowie Anpassungsformen an die Arbeitslosigkeit, Moderatorvariablen und Teufelskreise vorgestellt.

In den Ausführungen der vorliegenden Untersuchungen wird zwischen Arbeitslosen und Erwerbslosen unterschieden, da die Erwerbslosigkeit eine Bedingung für die Teilnahme an der Befragung darstellt. Die Literatur bietet hierzu keine klaren Begriffserklärungen. Es hat sich die Bezeichnung Arbeitslose eingebürgert, worunter auch Personen verstanden werden, die sehr wohl arbeiten (z. B. im Haushalt) und gleichzeitig als arbeitssuchend bei der Bundesagentur für Arbeit registriert sind. Für diese Gruppe wurde der Begriff der Erwerbslosen gefordert, um eine Diskriminierung zu vermeiden. Die politische Korrektheit, von Erwerbslosigkeit zu sprechen, wird von Zempel, Bacher und Moser (2001) bezweifelt. Sie stellen in diesem Zusammenhang die Frage nach der Bezeichnung für Personen, die keiner Arbeit nachgehen und von den Zinsen ihres Besitzes leben. Diese haben einen Erwerb und sind gleichzeitig arbeitslos?

Paul und Moser (2001) definieren Arbeitslose als Personen, die keinen Erwerb haben und die die Bereitschaft und Fähigkeit zeigen für eine Arbeitstätigkeit zur Verfügung zu stehen. So sind Hausfrauen, Kinder, Studierende, Rentner und Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen keine Arbeitslosen. Hier tritt wieder die Diskriminierung der im Haushalt Arbeitenden auf (Zempel, Bacher, Moser 2001, S. 17).

Von den Autoren dieser Arbeit werden folgende Bezeichnungen vorgenommen: Erwerbslose sind Personen, die Arbeitslosengeld II erhalten, keiner Arbeit nachgehen und dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Arbeitslose sind dem entgegen Personen, die Arbeitslosengeld II empfangen und dem Arbeitsmarkt *nicht* zur Verfügung stehen (z.B. Schüler, Mütter, Kranke). Diese Definitionen waren nötig, um in der vorliegenden Querschnittsuntersuchung die Teilnehmer zu bestimmen. Es sollten Personen befragt werden, die arbeitsfähig sind, dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen und bei der Arbeitsgemeinschaft (Bundesagentur für Arbeit) gemeldet sind.

¹ Eine umfassende Betrachtung der Arbeitslosenforschung würde die Möglichkeiten dieser Arbeit überfordern, da die empirische Untersuchung im Vordergrund steht. Der Überblick erhebt also keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

1.1. Tradition der Arbeitslosenforschung

Der Beginn der Arbeitslosenforschung wird mit der sozialwissenschaftlichen Untersuchung von Jahoda, Lazarsfeld und Zeisel (1933) beschrieben. Diese Studie beobachtete das Dorf Marienthal nach der Schließung des dort ansässigen Textilunternehmens, in dem nahe zu der gesamten erwerbsfähigen Bevölkerung beschäftigt war. Die Auswirkungen der Arbeitslosigkeit wurden mit vielseitigen Forschungsstrategien untersucht, dazu gehörten Elemente aus der traditionellen Sozialforschung, teilnehmende Beobachtungen bis hin zu Aktionsforschung (Wacker 1983, S. 35 ff). Es konnte gezeigt werden, wie die Massenarbeitslosigkeit das Leben der Marienthaler Arbeitslosen beeinflusst und mit welchen Veränderungen der Menschen dies einhergeht. Wesentliche Erkenntnisse sind: Verlust des Zeitgefühls, Verlust des kulturellen Lebens, Zunahme von konflikthafter Familienbeziehungen, Verschlechterung des Gesundheitszustands.

Bis heute wurden einige Überblicksarbeiten zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit vorgelegt², z.B. Frese, Mohr 1978; Dooley, Catalano 1980; Warr, Jackson, Banks 1998; Winefield 1995; Murphy, Athanasou 1999; Paul, Moser 2001. Die Arbeiten weisen eine deskriptive Ausrichtung und zum geringeren Teil auch eine Auswertung als Meta-Analysen auf. Zusammenfassend bringen die genannten Arbeiten folgende Ergebnisse hervor: Arbeitslosigkeit hat negative Effekte auf die Psyche. Nach dem Arbeitsplatzverlust kann eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit oder eine kurzfristige Erleichterung (von der letzten Arbeitsstelle) folgen. Andauernde Arbeitslosigkeit führt zu einer Verschlechterung der physischen und psychischen Gesundheit. Nach einer beruflichen Wiedereingliederung verbessert sich der seelische Gesundheitszustand (Hollederer 2002, S. 416).

Weitere Erkenntnisse können aus den Befunden repräsentativer Vergleichsstudien gewonnen werden. Häufig genutzte Studien sind:

- der Mikrozensus: dies ist eine jährliche Haushaltsbefragung in Deutschland zur Erfassung erwerbsstatistischer und soziodemografischer Merkmale. Fragen zu Gesundheit sind Teil einer Zusatzerhebung, die alle vier Jahre statt findet (diese Unterstichprobe erfasst 0,45% der Bevölkerung). Hieraus geht hervor, dass erhebliche gesundheitliche Unterschiede zwischen Erwerbstätigen, Erwerbslosen und

² Wie schon in der Einleitung erwähnt, wird hier kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben.

Nichterwerbspersonen bestehen. 8,4% der Erwerbstätigen gaben an krank oder unfallverletzt zu sein, wogegen der Anteil der Kranken oder Unfallverletzten bei den Erwerbslosen bei 14,3% lag. (Hollederer 2002, S. 413),

- das Sozioökonomische Panel (SOEP): dies ist eine repräsentative Längsschnittbefragung in Deutschland, die im jährlichen Rhythmus durchgeführt wird. Es werden seit 1984 dieselben privaten Haushalte zur Erfassung des politischen und gesellschaftlichen Wandels analysiert. Dabei geht es auch um die Themen Gesundheit, Erwerbsbiographien und –beteiligung. Das SOEP belegt den Zusammenhang von Gesundheit und Erwerbsstatus (z.B. mit der Erkenntnis, dass Langzeitarbeitslose sich häufiger durch ihren Gesundheitszustand behindert fühlen) (Hollederer 2002, S. 413; Lampert et al. 2005, S. 18),
- die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie: diese Studie wurde 1982-1991 mit dem Ziel kardiovaskuläre Risikofaktoren zu verringern und Angebote zur Krankheitsvorbeugung zu verbessern durchgeführt. Die erfassten Daten wurden zusätzlich im Hinblick auf Zusammenhänge von Arbeitslosigkeit und Gesundheit ausgewertet. Hier zeigte sich u.a., dass unter den Erwerbslosen der Anteil an Personen mit einem schlechteren Gesundheitszustand im Vergleich zu Erwerbstätigen höher ist (Hollederer 2002, S. 413) und
- die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE des Bundes) mit dem Bundes-Gesundheitssurvey und dem telefonischen Gesundheitssurvey: die GBE des Bundes „beschreibt den Gesundheitszustand der Bevölkerung, das Gesundheitsverhalten, die Verbreitung von Risikofaktoren, die Inanspruchnahme von Leistungen sowie die Kosten und Ressourcen des Gesundheitswesens“ (Grobe, Schwartz 2003, S. 3). Der Bundes-Gesundheitssurvey gliedert sich in eine Befragung und einen Untersuchungsteil. Der telefonische Gesundheitssurvey ist eine Ergänzung durch Telefoninterviews. Die GBE des Bundes zeigt u.a., dass Arbeitslose im Vergleich zu Berufstätigen deutlich häufiger und zum Teil erhebliche gesundheitliche Einschränkungen aufweisen. Langzeitarbeitslose berichten von einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes infolge der Arbeitslosigkeit (Lampert et al. 2005, S. 14 f, 76; Grobe, Schwartz 2003, S. 20).

1.2. Arbeitslosigkeit

Genau betrachtet, gibt es „die“ Arbeitslosen nicht. Die Gesamtheit der Arbeitslosen ist keine homogene Gruppe, die anhand einzelner Merkmale beschrieben werden kann. Ein Unterschied liegt schon in der Form der Arbeitslosigkeit, die zwischen einer kurzzeitigen Übergangsphase und der Langzeitarbeitslosigkeit variieren kann. Arbeitslosigkeit hat für die Betroffenen aus verschiedenen sozialen Gruppen unterschiedliche Bedeutungen (Elkeles, Kirschner 2004, S. 16).

Ein Fünftel der Arbeitslosen sind Männer mittleren Alters. Sie sind verheiratet und haben zwei Kinder. Als Alleinverdiener mit einer hohen Arbeitsorientierung hatten sie bislang einen guten stabilen Arbeitsplatz. Die restliche Gruppe der Arbeitslosen setzt sich aus vielen verschiedenen Typen zusammen, z.B. ältere Personen, die kurz vor der Pensionierung stehen, junge Unverheiratete und alleinstehende Mütter.

Die Heterogenität der Arbeitslosen ist auf diverse Werdegänge, Erwartungen, Wertvorstellungen und Ziele, sowie die individuellen kognitiven Bewertungen der Arbeitslosigkeit zurückzuführen. Es spielt auch eine Rolle, wie jemand arbeitslos wird, wie er diese Zeit erlebt und versucht sie zu bewältigen (Mohr 1993; zit. n. Egger et al. 2006, S. 16 ff).

Bei der Integration von Arbeitslosen in den Arbeitsmarkt zeigen sich einige Problemgruppen. Die höchsten Integrationsschwierigkeiten gibt es bei Langzeitarbeitslosen. Eine nähere Betrachtung der Gruppen findet sich in Abschnitt 6.2 dieser Arbeit.

Allein diese Unterschiede in der Gruppe der Arbeitslosen zeigen, wie auch Egger et al. schreiben, dass Arbeitslosigkeit ein komplexes, vielseitiges Phänomen ist. Dieses gilt es in der Gesundheitsförderung zu beachten, damit die Zielgruppe erreicht und motiviert und das „richtige“ Angebot konzipiert werden kann.

Über die Phasenhaftigkeit der Belastungen während der Arbeitslosigkeit besteht in der Literatur zur Arbeitslosenforschung Uneinigkeit (vgl. Broutschek, Schmidt, Dauer 1999, S. 74; Elkeles 2004, S.64). Es kann davon ausgegangen werden, dass die Phasenhaftigkeit von den Moderatorvariablen und Teufelskreisen beeinflusst wird und von der betroffenen Subgruppe und den regionalen sowie zeitlichen Einflüssen abhängt (auf diese Faktoren wird im weiteren Verlauf der Arbeit eingegangen). Allgemein können drei Hauptphasen unterschieden werden. Diese werden im Folgenden kurz dargestellt. Von weiteren

Differenzierungen der Phasen wird hier aufgrund der schon benannten Uneinigkeit in der Forschung abgesehen.

Die erste Phase beschreibt den Zeitraum vor dem Eintritt der Arbeitslosigkeit. Der Arbeitsplatzverlust wird erwartet und die wirtschaftliche Unsicherheit steht bevor. Die Betroffenen erleben diese als eine bedrohliche Situation.

Die zweite Phase ist der Eintritt der Arbeitslosigkeit, also die „akute Situation des Arbeitslos-Werdens“ (Strehmel, Ulich 1998, S. 1090). In einer von Elkeles und Kirschner aufgeführten englischen Studie kommt es zu diesem Zeitpunkt zu einer Zunahme der allgemeinen Stresswerte (Elkeles, Kirschner 2004, S. 18). Auf der anderen Seite erläutern Bormann und Elkeles, dass es hier zu einer Entlastung kommen kann, wenn zum Beispiel der Arbeitsplatz mit hohen Belastungen verbunden war (Bormann, Elkeles 1997, S. 101 f).

Als dritte Phase wird der weitere Verlauf der Arbeitslosigkeit, die Langzeitarbeitslosigkeit, genannt. Hier können die Stressreaktionen der zweiten Phase in eine resignative Anpassung oder eine Verschlimmerung übergehen.

Diese Beschreibung der drei Hauptphasen von Arbeitslosigkeit verdeutlicht, dass schon vor dem Eintritt der Arbeitslosigkeit Belastungen auf die Betroffenen wirken. Dies dürfte für Akteure der Gesundheitsförderung relevant sein, da Gesundheitsförderung nach der Ottawa-Charta frühzeitiges Handeln anstrebt. Die Phasenhaftigkeit der Belastungen durch die Arbeitslosigkeit zeigt Ansatzpunkte für gesundheitsfördernde Interventionen auf, womit eine Anpassung an die jeweilige Phase, in der sich die Zielgruppe befindet, gemeint ist.

1.3. Belastende Auswirkungen der Arbeitslosigkeit

Erwerbsarbeit ist in unserer Gesellschaft ein bedeutender Aspekt der Lebensweise. Fällt sie weg, tritt mit der Arbeitslosigkeit eine belastende Veränderung ein.

Erstens sichert die Arbeit dem Erwerbstätigen den Lebensunterhalt. Der Einkommensverlust mindert die Lebensqualität und zieht materielle Einschränkungen nach sich. Diese betreffen den Erwerb von Bedarfs-, Gebrauchs- und Konsumgütern (angefangen bei den Grundbedürfnissen wie Nahrung und Kleidung bis zu Weiterbildungsangeboten). Die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben wird eingeschränkt, da die meisten Freizeitaktivitäten mit Kosten verbunden sind (Egger et al. 2006, S. 17). Die finanzielle

Restriktion wird auch an der Wohnsituation erkennbar. Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 zeigt, dass Arbeitslose häufiger mit dezentraler Kohle- oder Holzbeheizung und höherer Lärmbelastung leben (Lampert et al. 2005, S. 74).

Zweitens macht die Erwerbsarbeit einen bedeutenden sinnstiftenden Aspekt des Lebens aus. Über die Arbeit definiert sich der soziale Status, der Alltag wird strukturiert und dem Arbeitenden wird das Gefühl vermittelt, nützlich zu sein.

Ein dritter Aspekt ist die Möglichkeit soziale Kontakte zu erfahren.

Ich werde dies im Folgenden näher erörtern (vgl. ausführlich Bormann, Elkeles 1997, S. 100 ff; Brähler, Laubach, Stöbel-Richter 2002, S. 208 ff; Egger et al. 2006, S. 16 ff; Elkeles, Kirschner 2004, S. 3, 15; Grobe, Schwartz 2003, S. 8 ff; Kieselbach, Wacker 1995, S. 18; Lampert et al. 2005, S. 21, 74 f; Strehmel, Ulich 1998, S. 1088 ff).

Der Verlust der nichtmateriellen Funktionen der Erwerbsarbeit kann vielseitige Belastungen nach sich ziehen. Der soziale Status verschiebt sich vom Erwerbstätigen zum Arbeitslosen, wodurch auch die Identität in Frage gestellt wird und eine Auseinandersetzung mit der eigenen alten und neuen Rolle erfolgen muss. Die Möglichkeiten der Selbstentfaltung, der Erprobung der eigenen Fähigkeiten, des Erhalts von Bestätigung, der Erfahrungssammlung und der Entwicklung gehen mit der Arbeit verloren. Das Selbstwertgefühl sinkt und die Situation vermittelt das Gefühl, nicht gebraucht zu werden.

Durch den Arbeitsplatzverlust gehen soziale Kontaktfelder verloren³. Die Situation kann bis zur sozialen Isolation führen. Zum einen fehlen die finanziellen Mittel für Freizeitaktivitäten, zum anderen sind psychosoziale Aspekte ausschlaggebend für die Vereinsamung. Die Aufrechterhaltung der Kontakte wird durch Vorurteile der gesellschaftlichen Wertlosigkeit (wie z.B. Arbeitsunwille oder bewusster Missbrauch staatlicher Leistungen) und dem daraus resultierendem Schamgefühl eingeschränkt. Das Gefühl, finanziell nicht mithalten oder sich revanchieren zu können, führt bei den Betroffenen, besonders bei Langzeitarbeitslosen, zu Rückzugstendenzen. Brähler, Laubach und Stöbel-Richter nennen weitere psychosoziale Aspekte (2002, S. 211): Arbeitslose haben ein negatives Selbstbild, sie schätzen ihre Sozialbeziehungen als schlecht ein, ihre Selbstzuschreibung ist durchgehend negativ und sie sind häufiger verschlossen und nach innen gekehrt.

Erwerbspersonen sind über die Arbeit in ein gemeinsames Ziel eingebunden. Diese grundlegende sinnstiftende Funktion der Arbeit geht mit dem Arbeitsplatzverlust verloren.

³ Nähere Betrachtung in einer empirischen Untersuchung von Strehmel (1993, S. 167-178).

Auch die persönlichen Lebensziele werden durch die Arbeitslosigkeit und den Einkommensverlust in Frage gestellt. Diese Unsicherheit schränkt die Zukunftsperspektiven und eine Planung der Zukunft ein, woraus sich Existenzängste ergeben können.

Viele Arbeitslose zeigen Probleme bei der Bewältigung der freien Zeit. Das Nichtstun wird auf Dauer zu einem Missvergnügen und es kommt zu Gefühlen des nicht ausgelastet Seins und sich überflüssig Fühlen. Bormann und Elkeles bezeichnen diesen Zustand als Zeitstrukturkrise (Bormann, Elkeles 1997, S. 101).

Erfahrungen im Alltag aufgrund von Stigmatisierung und Ausgrenzung belasten viele Arbeitslose. Unzufriedenheit, Niedergeschlagenheit und negative Gefühle sind subjektiv belastende Folgen der Arbeitslosigkeit. Es kann zu Stressreaktionen, einem Gefühl der Abhängigkeit und des Anpassungsdrucks an die Arbeitsmarktanforderungen kommen.

Mit der Dauer der Arbeitslosigkeit können das Berufsinteresse und die beruflichen Kompetenzen sinken, eine vermehrte Hilflosigkeit auftreten und es kann zu Hoffnungslosigkeit und depressiven Reaktionen kommen.

Die belastenden Auswirkungen der Arbeitslosigkeit nehmen mit der Dauer der Situation zu. Langzeitarbeitslose gelten demnach als stärker belastet. Neben der Dauer der Arbeitslosigkeit spielen noch weitere Faktoren, die so genannten Moderatorvariablen, eine ausschlaggebende Rolle wie sich die Arbeitslosigkeit bei jedem einzelnen Betroffenen auswirkt. Diesem Thema widmet sich der folgende Abschnitt.

1.4. Anpassungsformen an die Arbeitslosigkeit, Moderatorvariablen und Teufelskreise

Das zustande Kommen der Auswirkungen von Arbeitslosigkeit ist so vielfältig wie die Auswirkungen selbst. Zur Erklärung werden zwei Anpassungsformen an die Situation, verschiedene Moderatorvariablen und Teufelskreise im Arbeitslosigkeitsprozess vorgestellt. Es wird deutlich, dass diese Erklärungsansätze miteinander verbunden sind, sich gegenseitig beeinflussen und sich somit bei anhaltender Dauer die Auswirkungen häufen.

Kieselbach und Wacker beschreiben zwei Anpassungsformen an die Arbeitslosigkeit (Kieselbach, Wacker 1995, S. 16 f). Zum einen geht die Psychologie davon aus, dass menschliches Verhalten durch Pläne, die man sich macht, bestimmt wird. Das Gefühl von

Bedeutung im Leben entsteht, wenn eine vernünftige Erwartung vorhanden ist, dass Pläne auch umgesetzt werden können. Die Erwartungen, was passieren wird, bestimmen die Handlungen, die sich eine Person vornimmt. Kieselbach und Wacker wenden dieses Konzept auf die Schilderungen von Arbeitslosen an, deren Tagesablauf wie folgt dargestellt wird:

„Das im Bett Herumliegen, die schützenden Gewohnheiten, nichts haben, womit man die Zeit ausfüllen kann, keine klare Vorstellung davon haben, was man tun kann, oder wo man etwas tun kann, kein Grund es zu einer bestimmten Zeit zu tun, die Leere und die routinierte Uniformität, in welche sich die Tagesstruktur langsam verändert“ (Fryer 1986; zit. n. Kieselbach, Wacker 1995, S. 15 f).

Diese Sichtweise auf Arbeitslosigkeit und ihre Bewältigung verdeutlicht den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und der mit ihr einhergehenden Antriebschwäche. Sie lässt Arbeitslose als Opfer der ungünstigen Gegebenheiten, denen die Möglichkeit fehlt, Einfluss auf ihre Lebensbedingungen zu nehmen erscheinen. Dies wird aber nicht der gesamten Gruppe der Arbeitslosen gerecht.

Es gibt auch produktive Anpassungsformen an die Arbeitslosensituation. Das Konzept der proaktiven Arbeitslosen sieht Arbeitslose als handelnde Personen in ihrer eigenen Entwicklung. Kriterien für den positiven Umgang mit Arbeitslosigkeit konnten in einer qualitativen Studie von Fryer und Payne (1984) aufgestellt werden (zit. n. Kieselbach, Wacker 1995, S. 16). Dazu gehört u.a.,

- dass die Person Ziele hat, die in eine Richtung weisen.
- dass die Person aktiv ist, ihre Zeit strukturieren kann und die Arbeitslosigkeit auch als Entwicklungsphase sieht.
- dass die Person über mögliche Folgen der Arbeitslosigkeit informiert ist und somit bewusst psychischen Schädigungen entgegen steuern kann.
- dass die Person ihr Verhalten aus eigener Motivierung selbst bestimmt.
- dass die Person ehrenamtliche Arbeit annimmt, um so eventuell eine neue Stelle zu finden.
- dass die Person soziale Gegebenheiten nicht nur hinnimmt, sondern auch gestaltend eingreift.

Weiter brachte diese Studie individuelle Voraussetzungen für eine positive Bewältigung der Arbeitslosigkeit hervor. Dabei zeigte sich u.a., dass die Arbeitslosen in ihrem

bisherigen Leben schon aktiv und erfolgreich gewesen sind und während der Arbeitslosigkeit von Bekannten und Freunden bei der Aufrechterhaltung des hohen Aktivitätsniveaus unterstützt wurden.

Kieselbach und Wacker sehen in dem Konzept der proaktiven Arbeitslosen eine sozialpolitische Missbrauchsmöglichkeit. Es könnte den Arbeitslosen, die nicht in der Lage sind die Situation positiv zu bewältigen, vorgeworfen werden, dass sie selbst Schuld an den Folgen der Arbeitslosigkeit sind.

Daher ist zu Beachten, dass die Auswirkungen der Arbeitslosigkeit noch von weiteren Gegebenheiten beeinflusst werden. Dies sind folgende Moderatorvariablen im Bewältigungsprozess der Arbeitslosigkeit (Strehmel, Ulich 1998, S. 1090):

- „das Geschlecht,
- das Interesse an einer bestimmter Arbeit bzw. einem bestimmten Beruf,
- die bisherige „Krisenbiographie“, d.h. individuelle Verletzbarkeiten, Belastbarkeiten [und] Bewältigungskompetenzen,
- der Akzeptanz im sozialen Umfeld,
- das Lebensalter bzw. die Lebensphase, in der sich die Person beim Arbeitslos-Werden befindet [und]
- die örtliche Arbeitslosenquote (wenn hoch kann dies entlastend sein).“

Des Weiteren können die Auswirkungen der Arbeitslosigkeit durch verschiedene psychische Prozesse verstärkt werden. Diese Teufelskreise können im Verlauf der Arbeitslosigkeit gleichzeitig und in einander greifend auftreten. Ihr Auftreten wird je nach den individuellen Konstellationen von Risiko- und Schutzfaktoren moderiert (zu den Faktoren gehören z.B. das Selbstwertgefühl, die eigene Zufriedenheit, der soziale Rückhalt und die generalisierte Kontrollerwartung). Es werden folgende Teufelskreise beschrieben (vgl. Strehmel, Ulich 1998, S. 1091 ff; Kieselbach, Wacker 1995, S. 12 f):

- *Aktionaler Teufelskreis*: Häufig fehlgeschlagene Bewältigungsversuche führen auf Dauer zum Aufgeben. Die Personen schreiben weniger Bewerbungen, um sich vor Misserfolgen zu schützen. Dadurch verringern sich die Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Diese Passivität führt zu einer objektiven Verschärfung der Situation und bei den Betroffenen zu Desinteresse und Rückzug.

- *Emotionaler Teufelskreis*: Die emotionalen Belastungen verhindern anforderungsbezogene Bewältigungsversuche. Dafür werden emotionsbetonte Strategien eingesetzt, wodurch sich die Handlungsfähigkeit aber nur kurzfristig stabilisieren lässt. Währenddessen verschärft sich die objektive Situation, weil z.B. finanzielle Ressourcen aufgebraucht und Beziehungen weiter belastet werden. Die Überforderungsgefühle und Belastungen nehmen zu, wodurch wiederum die Handlungsfähigkeit weiter eingeschränkt wird. Dieses auf und ab zwischen Hoffnung und Enttäuschung kann zu einer Störung des seelischen Gleichgewichts und Depressivität führen.
- *Kognitiver Teufelskreis*: Kontrollverlusterfahrungen, ein niedriges Selbstvertrauen und eine geringe generalisierte Kontrollerwartung verschärfen sich im Prozess der Arbeitslosigkeit, wenn Aktivitäten nicht zum Ziel führen und Veränderungsanstrengungen vergeblich sind. Es entsteht die Erwartung der eigenen Hilflosigkeit („Erlernte Hilflosigkeit“ – Seligman 1999) und das Selbstvertrauen sinkt.
- *Motivationaler Teufelskreis*: Mit dem Verlust des Arbeitsplatzes werden Leistungen und Arbeitsmotivation nicht mehr gewürdigt. Für die Arbeitssuche ist es erforderlich, sich auf neue Arbeitsplätze einzustellen und ein Interesse an ihnen zu zeigen. Diese Motivation wird durch wiederholte Ablehnungen geschwächt und es bedarf immer größerer Anstrengung sie aufzubringen. Die zielstrebigsten Aktivitäten nehmen ab und die beruflichen Ziele erscheinen und werden unerreichbarer.
- *Sozialer Teufelskreis*: Durch den Arbeitsverlust scheiden die Betroffenen aus einer wichtigen sozialen Struktur ihres Netzwerks aus. Sie verlieren identitätsstiftende Kontakte und müssen sich soziale Unterstützung aktiv einfordern. Bestehende Netzwerkbeziehungen werden durch wenig eigene Ressourcen und als Hilfesuchender belastend und ambivalent erlebt. Das Unterstützungspotential nimmt ab, der Arbeitslose zieht sich zurück und gerät mit der Zeit in die soziale Isolation.

Die Teufelskreise entwickeln eine Eigendynamik und können sich über das Berufliche hinaus in weitere Lebensbereiche übertragen.

2. Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen

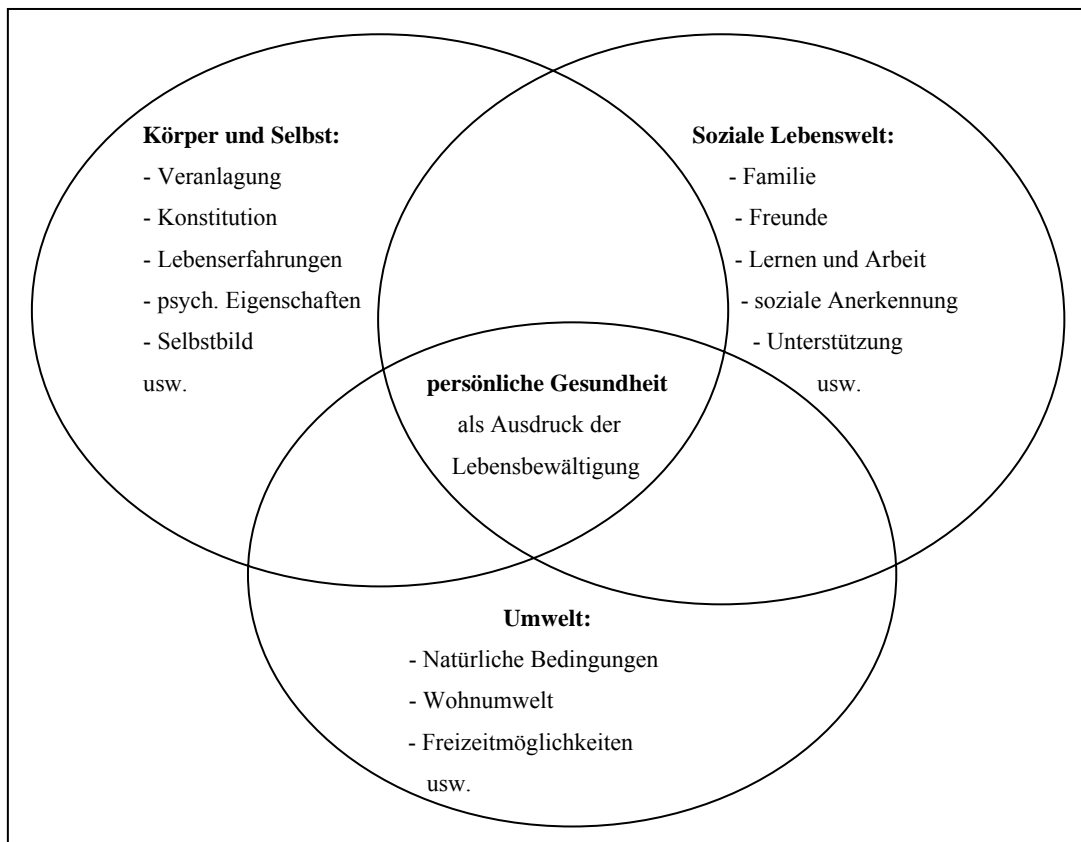
Dieses Kapitel befasst sich mit gesundheitswissenschaftlichen Grundlagen. Es werden die Begriffe Gesundheit und Gesundheitsförderung eingehend erläutert und das Konzept der Salutogenese, welches die Erhaltung der Gesundheit im Fokus hat, vorgestellt.

2.1. Gesundheitsdefinition

In der Gesundheitsförderung ist insbesondere die Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation von 1948 von Bedeutung:

„Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen, ist eines der Grundrechte jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“ (Franzkowiak 2000b, S. 25)

Abb. 1: Abhängigkeits- und Bestimmungsfelder von Gesundheit



Quelle: Hurrelmann 1994

Gesundheit umfasst also körperliches, seelisch-geistiges und soziales Wohlbefinden, welches in allen Bereichen des Lebens verankert ist. Es wird von einem Prozesscharakter und wechselseitigen Bedingungen von Gesundheit ausgegangen.

Gesundheit kann nicht nur optimal sein. Der Zustand bewegt sich auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Von allen drei Feldern (vgl. Abb.1) können positive und negative Ausgangsimpulse für die Aufrechterhaltung von Gesundheit ausgehen. Diese werden vom Menschen in Balance gehalten, um die Gesundheit zu wahren (Hurrelmann 1994, S. 62). Menschen, die eine akute Störung bewältigen oder mit einer Beeinträchtigung (z.B. einer körperlichen Behinderung) leben, sind nicht ausschließlich krank. Sie haben im Umgang mit der Befindlichkeitsstörung und in der Alltagsgestaltung immer noch gesunde Anteile (Ressourcen) zur Verfügung (Franzkowiak 2000b, S. 26).

2.2. Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung ist ein gesundheitspolitisches Aktionsprogramm, welches in der Ottawa-Charta⁴ von 1986 beschrieben wird. Es ist ein Handlungskonzept, in dem Handlungsprinzipien und –bereiche der Gesundheitsförderung beschrieben werden. Die Zieldefinition der Charta lautet:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (Kaba-Schönstein 2000, S. 46).

Das Konzept geht von einem gesunden Zustand aus, welcher auf sozialen und individuellen Ressourcen beruht. Demnach sind alle Politikbereiche für Gesundheit zuständig und es wird die Förderung des umfassenden Wohlbefindens angestrebt.

Grundlegende Bedingungen für Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit.

Die drei Handlungsstrategien der Ottawa-Charta sind

1. Anwaltschaft für Gesundheit,

⁴ Die Ottawa-Charta wurde 1986 auf der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung verabschiedet. Die Konferenz war von der Weltgesundheitsorganisation, der Canadian Public Health Association und der Health and Welfare Canada veranstaltet. Es nahmen ca. 200 Gäste aus 35 Ländern teil.

2. Befähigen und Ermöglichen und
3. Vermitteln und Vernetzen.

1. Die *Anwaltschaft für Gesundheit* (engl. „advocacy“, auch übersetzt als „Interessen vertreten“) meint, dass gesundheitsförderliches Handeln politische, ökonomische, soziale, kulturelle, biologische Umwelt- und Verhaltensfaktoren positiv beeinflusst und dies wiederum der Gesundheit zuträglich ist.

2. Mit *Befähigen und Ermöglichen* (engl. „enable“) strebt gesundheitsförderndes Handeln an, die sozialen Unterschiede im Gesundheitszustand zu senken und für alle die gleichen Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit jeder sein größtmöglichstes Gesundheitspotential realisieren kann. Hierfür ist eine unterstützende soziale Umwelt, die Erreichbarkeit von Informationen, die Entwicklung von praktischen Fertigkeiten und die Möglichkeit, gesundheitliche Entscheidungen selbst zu treffen, nötig.

3. *Vermitteln und Vernetzen* (engl. „mediate“) verlangt von der Gesundheitsförderung die beteiligten Akteure, die Regierungen (im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftsbereich), die nicht-staatlichen und selbstorganisierten Verbände, Initiativen, die Industrie und die Medien zu koordinieren. Die Verantwortung liegt in der Vermittlung der Interessen der Gesellschaft.

Die fünf vorrangigen Handlungsfelder der Gesundheitsförderung lauten: Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen (unterstützende Umweltbedingungen), gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen, persönliche Kompetenzen entwickeln und Gesundheitsdienste neu orientieren. (Kaba-Schönstein 2000, S. 45 ff)

2.3. Konzept der Salutogenese

Das Konzept der Salutogenese von A. Antonovsky liefert eine Erklärungsgrundlage für die Bedeutung von personalen Ressourcen bei der Entstehung, Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit.

Das Hauptmerkmal der Salutogenese ist die Beschäftigung mit den Entstehungs- und Erhaltungsbedingungen von Gesundheit.

„Ihre Grundfragen lauten:

- Warum bleiben Menschen trotz der Vielzahl von krankheitserregenden Risikokonstellationen, psychosozial irritierenden Belastungen und angesichts kritischer Lebensereignisse gesund?
- Unter welchen persönlichen Voraussetzungen und unter welchen sozial-ökologischen Rahmenbedingungen können sie ihre Gesundheit bewahren?“ (Franzkowiak 2000, S. 96).

Die Salutogenese besagt, dass sich der Gesundheitszustand aus der Interaktion von be- und entlastenden Faktoren im Menschen und der Umwelt ergibt. Die Ausgeglichenheit zwischen Risiko- und Schutzfaktoren bestimmt das Gesundheitsniveau.

Zuerst geht es in der Salutogenese um „generalisierte Widerstandsressourcen“. Dies sind die Fähigkeiten, mit Spannungen und Belastungen umzugehen. Sie sollten zum eigenen Nutzen und zur Förderung der weiteren Entwicklung eingesetzt werden können. So wird verhindert, dass sich Belastungen negativ auf das Wohlbefinden auswirken und Krankheiten begünstigt werden. Salutogene Ressourcen sind u.a.: eine gute Immunabwehr des Körpers, die Fähigkeit sich an Bedingungen anzupassen oder diese zu ändern und die soziale Unterstützung aus vielfältigen sozialen Netzwerken.

Aus den generalisierten Widerstandsressourcen entwickelt sich der Kohärenzsinn. Der Kohärenzsinn ist „eine relativ stabile Handlungsorientierung, die drei Komponenten umfaßt:

- Verstehbarkeit der Welt (comprehensibility),
- Handhabbarkeit der verfügbaren Ressourcen (manageability) und
- Sinnhaftigkeit des Lebens (meaningfulness)“ (Franzkowiak 2000, S. 97).

Darunter ist zu verstehen, dass eine Person ein positives und aktives Selbstbild ihrer Handlungs- und Bewältigungsfähigkeiten hat. Dazu gehört die Gewissheit sich und seine Lebensbedingungen beeinflussen zu können.

Für die Gesundheitsförderung ergibt sich daraus: je höher der Kohärenzsinn desto wahrscheinlicher kann die Person Stressoren erfolgreich und mit positiven Folgen für die Gesundheit bewältigen (Franzkowiak 2000, S. 96 f). Dies sollte bei den gesundheitlichen

Auswirkungen der Arbeitslosigkeit, die im Folgenden beschrieben werden, und deren positiven Bewältigungsmöglichkeiten, berücksichtigt werden.

3. Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Dieses Kapitel verknüpft die Bereiche der Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Zu Beginn werden die Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge von Arbeitslosigkeit und Gesundheit erörtert. Dann folgt eine Beschreibung der gesundheitlichen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit und anschließend wird auf die Entstehungsbedingungen und einen Erklärungsansatz eingegangen.

Die Übergänge zu den allgemeinen Belastungen der Arbeitslosigkeit sind fließend und können nur in der Theorie getrennt werden. Dies ist notwendig, um zu ermöglichen, dass die gesundheitlichen Belastungen und die Entstehungsprozesse genauer betrachtet werden können. Für eine weitere Arbeit in der Gesundheitsförderung ist dies von Vorteil, da die Konzeption von spezifischen Interventionen eine detaillierte Problemanalyse voraussetzt.

Macht Arbeitslosigkeit krank oder Krankheit arbeitslos?

Die Literatur zu Arbeitslosigkeit und Gesundheit beschreibt zwei Hypothesen zur Beschreibung des Ursache-Wirkungs-Zusammenhangs: Die Selektionshypothese und die Kausalitätshypothese. Es wird von einer vielschichtigen Verursachungskette ausgegangen, in der sich Arbeitslosigkeit und eingeschränkte Gesundheit wechselseitig verstärken (Lampert et al. 2005, S. 75). Die Hypothesen stehen nicht gegeneinander, in der Gesamtgruppe der Arbeitslosen überlagern sie sich (Elkeles, Kirschner 2004, S. 16).

3.1. Selektionshypothese

Die Selektionshypothese geht davon aus, dass Krankheit die Ursache der Arbeitslosigkeit ist. Die gesundheitlichen Einschränkungen können die Arbeitssuche be- oder verhindern, sie senken die Wiedereingliederungschancen und werden neben dem Alter als das größte Hindernis in der Arbeitsvermittlung gesehen (Braumühl 2005, S. 153). In der freien Marktwirtschaft und bei einem Überangebot an Arbeitskräften sind gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitnehmer weniger wettbewerbsfähig und werden demnach eher entlassen und seltener eingestellt (Grobe, Schwartz 2003, S. 17). Die Betrachtung von Krankschreibungen in Daten der Gmündener Ersatzkasse zeigt ein erhöhtes Risiko zur Arbeitslosigkeit. In einem Zeitraum von 1995 bis 1997 waren krankgeschriebene Personen

im Vergleich zu Nicht-Krankgeschriebenen in der Folgezeit zweimal häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen (Lampert et al. 2005, S. 81). Daten der Bundesanstalt für Arbeit⁵ zeigen, dass Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen eine längere Verweildauer in der Arbeitslosigkeit aufweisen (Elkeles, Kirschner 2004, S. 15).

3.2. Kausalitätshypothese

Die Kausalitätshypothese geht davon aus, dass die Arbeitslosigkeit die Ursache von Erkrankungen ist. Die Arbeitslosigkeit ruft bedeutende Veränderungen in den Lebensbedingungen der Betroffenen hervor, bei denen davon ausgegangen wird, dass sie gesundheitliche Beeinträchtigungen nach sich ziehen oder bereits bestehende Krankheiten und Gesundheitsstörungen verschlimmern (Lampert et al. 2005, S. 75). Diese Hypothese ist schwer nachzuweisen, aber viele Ergebnisse geben Hinweise auf diese Wirkungsrichtung. Untersuchungen zeigen, dass nach dem Arbeitsplatzverlust eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes folgt und bei Wiederbeschäftigung eine Verbesserung eintritt (Hollederer 2002, S. 417). In einer weiteren Auswertung der Daten der Gmündener Ersatzkasse wurden über einen Zeitraum von 1995 bis 1997 Berufstätige untersucht. Von diesen wurden die arbeitslos Gewordenen weitere zwei Jahre beobachtet. Hieraus geht hervor, dass das relative Risiko für längerfristige Krankenhausaufenthalte (mehr als drei Wochen) mit Berücksichtigung der Vorerkrankungen um das 2,1fache erhöht ist. Bei Langzeitarbeitslosen erhöht sich das Risiko auf das 2,3fache (Grobe, Schwartz 2003, S. 18).

3.3. Gesundheitliche Auswirkungen der Arbeitslosigkeit

Durch die Komplexität und den Facettenreichtum der Arbeitslosigkeit und deren Prozesse lassen sich keine spezifischen „Arbeitslosenkrankheiten“ festmachen (Elkeles, Kirschner 2004, S. 15). Hingegen gibt es kaum ein Symptom, welches nicht mit der Arbeitslosensituation assoziiert werden kann (Wacker 1993; zit. n. Egger et al. 2006, S. 17).

⁵ Heute Bundesagentur für Arbeit

Verschiedene Datensätze⁶ belegen, dass zwischen Arbeitslosigkeit und eingeschränkter Gesundheit ein Zusammenhang besteht. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse zeigt, dass Arbeitslose (vgl. Lampert et al. 2005, S. 83; Elkeles, Kirschner 2004, S. 24 ff):

- ihre eigene Gesundheit schlechter einschätzen und unzufriedener mit ihr sind,
- stärker von Krankheiten und Beschwerden betroffen sind,
- häufiger ambulante und Krankenhausleistungen beanspruchen,
- sich in vielen Bereichen ungesünder verhalten⁷ und
- einem höheren Mortalitätsrisiko ausgesetzt sind.

Es zeigen sich Unterschiede in der subjektiven Gesundheit zwischen arbeitslosen Männern und Frauen. Bei Frauen sind die Belastungen geringer ausgeprägt.

Bormann und Elkeles beschreiben, dass der Zusammenhang am stärksten bei psychischen und psychosomatisch bedingten Symptomen und Erkrankungen zu sehen ist. Arbeitslose sind in ihrer Situation psychischen Belastungen ausgesetzt, die zu Stressreaktionen führen können. Sie leiden häufiger als Erwerbstätige unter Schlaflosigkeit, depressiven Symptomen, Ängsten oder Magendarmstörungen (Bormann, Elkeles 1997, S. 105).

Die psychischen Belastungen werden überwiegend mit kurzfristigen Bewältigungsformen befriedigt. Hieraus ergibt sich eine hohe Bereitschaft zu gesundheitsriskantem Verhalten⁸, speziell Rauchen und Alkoholkonsum führen zu einer kurzfristigen Stressbewältigung (Lampert et al. 2005, S. 35).

Die Hoffnung, Arbeit zu finden, vermindert die depressiven Auswirkungen. Der Optimismus kann also die negativen Folgen der Arbeitslosigkeit abschwächen. Allerdings kann der Optimismus durch negative Erfahrungen in Hoffnungslosigkeit umschlagen und dann die negativen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit verstärken. (Egger et al. 2006, S. 17)

Die Arbeitslosenforschung zeigt, dass sich mit Dauer der Arbeitslosensituation das Risiko für einen schlechten Gesundheitszustand erhöht (vgl. Grobe, Schwartz 2003, S. 8 ff; Elkeles, Kirschner 2004, S. 24 ff; Bormann, Elkeles 1997, S. 105; Egger et al. 2006, S. 18 f). Langzeitarbeitslose schätzen im Vergleich zu Kurzeitarbeitslosen ihren Gesundheits-

⁶ Mikrozensus, Sozioökonomische Panel, Bundes-Gesundheitssurvey 1998, telefonischer Gesundheitssurvey 2003, Datenbestände der Krankenkassen (insbesondere Daten der Gmündener Ersatzkasse) (Lampert et al. 2005, S. 73); Bundes-Gesundheitssurvey 1998, Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (Elkeles, Kirschner 2004, S. 25)

⁷ Ausführliche Betrachtung des Gesundheitsverhaltens siehe Abschnitt 8.1.4

zustand schlechter ein, geben häufiger Behinderungen durch den Gesundheitszustand bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben an, ihre Gesundheitszufriedenheit ist geringer und Langzeitarbeitslose zeigen häufiger depressive Reaktionen, suizidales Verhalten, psychosomatische Erkrankungen, eine Verringerung des Selbstwertgefühls, Aggressivität, soziale Isolation und Niedergeschlagenheit. (Elkeles, Kirschner 2004, S. 25; Kieselbach, Wacker 1995, S. 18)

3.4. Moderatorvariablen

Auch die gesundheitlichen Folgen der Arbeitslosigkeit hängen von den Bewältigungsmöglichkeiten der betroffenen Person ab. Als Schutzfaktoren gelten hier ein guter sozialer Rückhalt, geringe finanzielle Sorgen, keine beschämenden Gefühle der Stigmatisierung, große eigene Zufriedenheit und ein positives Selbstwertgefühl⁸, sowie die Fähigkeit der sinnvollen Zeitgestaltung und das Vorhandensein von Möglichkeiten hierfür.

Für den Zusammenhang von Gesundheit und Arbeitslosigkeit nennt Kieselbach folgende Moderatorvariablen (Kieselbach 1988; zit. n. Elkeles, Kirschner 2004 S. 16 ff):

- *Finanzielle Einschränkungen*: Diese machen in vielen Untersuchungen die negativen psychosozialen Nebenerscheinungen der Arbeitslosigkeit verständlich, sie können allerdings nicht alleinige Ursache sein. Viele Untersuchungen haben gezeigt, dass die finanzielle Sicherheit eine gute Stressbewältigung begünstigt (Broutschek, Schmidt, Dauer 1999, S. 79).
- *Arbeits- und Berufsorientierung*: Die Auswirkungen variieren mit einer eher zentralen oder eher sekundären Bedeutung der Arbeit im Selbstkonzept des Betroffenen (Wacker 1983, S. 10 f). Die negativen psychosozialen Veränderungen nehmen mit einer steigenden Arbeits- und Berufsorientierung zu.
- *Alter*: Im mittleren Alter zeigen sich die höchsten Belastungswerte. In diesem Alter liegt eine starke familiäre Rollenerwartung vor, alternative Rollen sind selten annehmbar.
- *Geschlecht*: Frauen zeigen geringere Belastungen als Männer. Es wird vermutet, dass Frauen leichter eine alternative Rolle annehmen können, über die sie Anerkennung bekommen.

⁸ Vgl. Konzept der Salutogenese, S. 26

- *Qualifikationsniveau*: Menschen mit niedrig qualifizierten Berufen werden stärker von den Belastungen durch die Arbeitslosigkeit getroffen.
- *Ursachenattribution und Kontrollerwartung*: Die Belastungen sind bei internaler Ursachenattribution höher als bei externaler Ursachenattribution⁹. Es bestehen Interaktionen, z.B. greifen bei längerer Erfahrung der Massenarbeitslosigkeit die externalen Ursachenattributionen.
- *Persönliches Aktivitätsniveau*: Personen, die in ihrer Arbeitszeit schon Probleme hatten, die Zeit zu strukturieren, zeigen in der Arbeitslosigkeit höhere Belastungen.
- *Soziale Unterstützung*: Die Unterstützung eines sozialen Netzwerkes (Freunde, Vereinskollegen, Familie) erleichtert die Bewältigung der Arbeitslosigkeit. Indes kann das soziale Netz von der Situation beeinträchtigt werden¹⁰.
- *Hilfesuch-Verhalten*: Das Hilfesuch-Verhalten kann durch die Arbeitslosigkeit verändert sein. Hilfe wird nicht angenommen, um das Selbstwertgefühl zu schützen und /oder um das unangenehme Zeigen der Probleme zu vermeiden.
- *Höhe der Arbeitslosenquote*: Die Problemhaftigkeit der Arbeitslosigkeit wird von der nationalen, regionalen oder lokalen Arbeitslosenquote beeinflusst. Je höher sie ist, desto geringer ist das individuelle Stresserleben.
- *Frühere Erfahrungen mit Arbeitslosigkeit und Stressbelastbarkeit*: gesammelte Erfahrungen können die aktuelle Belastung durch die Arbeitslosigkeit bei positiver Bewältigung erleichtern oder bei negativen Erfahrungen verschlimmern.

3.5. Prozesse zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Die Literatur zum Forschungsbereich Arbeitslosigkeit und Gesundheit zeigt verschiedene Erklärungsmodelle zur Entstehung der gesundheitlichen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit.

Braumühl beschreibt, den in Abbildung 2, dargestellten Teufelskreis zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit.

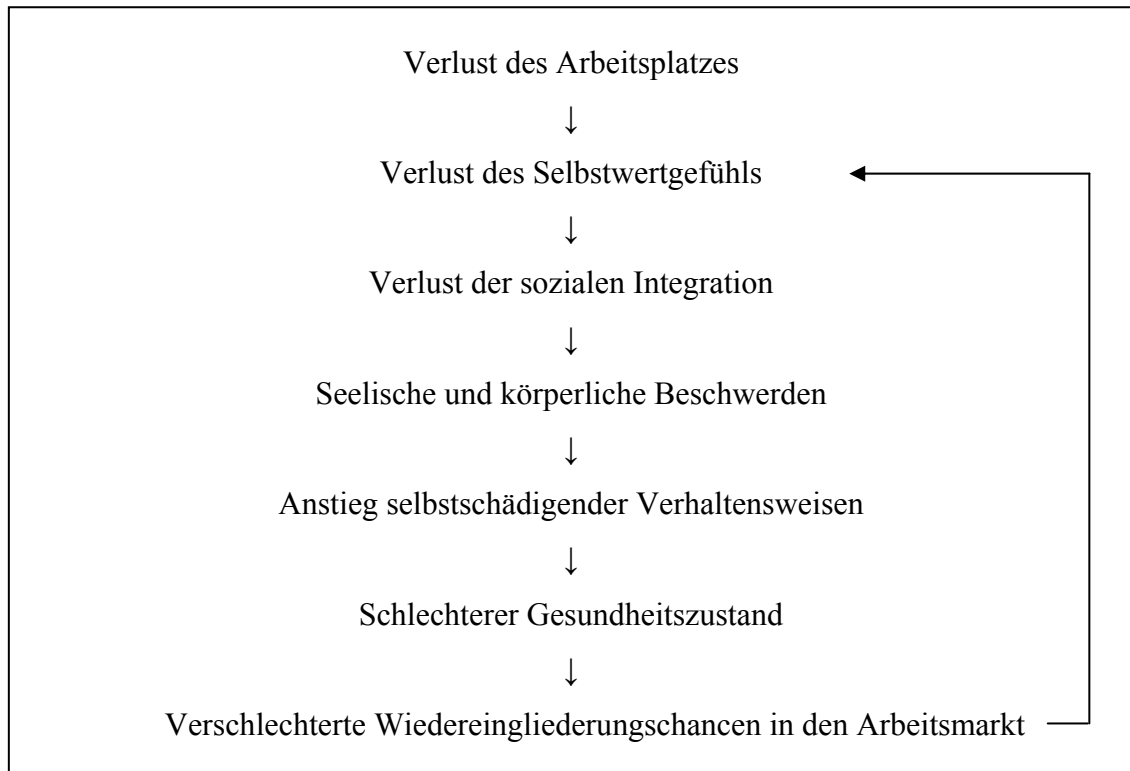
Egger et al. (2006, S. 18 f) erklären die gesundheitlichen Auswirkungen aufgrund von Arbeitslosigkeit anhand des Prinzips der Anforderungs-Ressourcen-Balance in Verbindung

⁹ Internale Ursachenattribution: Verschulden wird als individuelles Versagen gesehen; Externale Ursachenattribution: Die Schuld wird auf Seiten der gesellschaftlichen Bedingungen gesehen.

¹⁰ Vgl. hierzu Abschnitt 1.3.

mit dem biopsychosozialen Modell nach Frankenhäuser (1986). Dieser Ansatz wird in folgenden Abschnitten erörtert.

Abb. 2: Teufelskreis zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit



Quelle: eigene Darstellung nach Braumühl 2005

3.5.1. Das Prinzip der Anforderungs-Ressourcen-Balance

Die Arbeitswissenschaften unterscheiden zwischen Belastung und Beanspruchung. Belastungen sind die objektiven Bedingungen, die auf jede Person einwirken. Beanspruchungen sind dem gegenüber die individuellen Veränderungen und Reaktionen, die auf die Belastung folgen. Die Beanspruchung variiert je nach den Ressourcen (z.B. Gesundheit, Ausbildung, Alter, soziales Netzwerk) der belasteten Person.

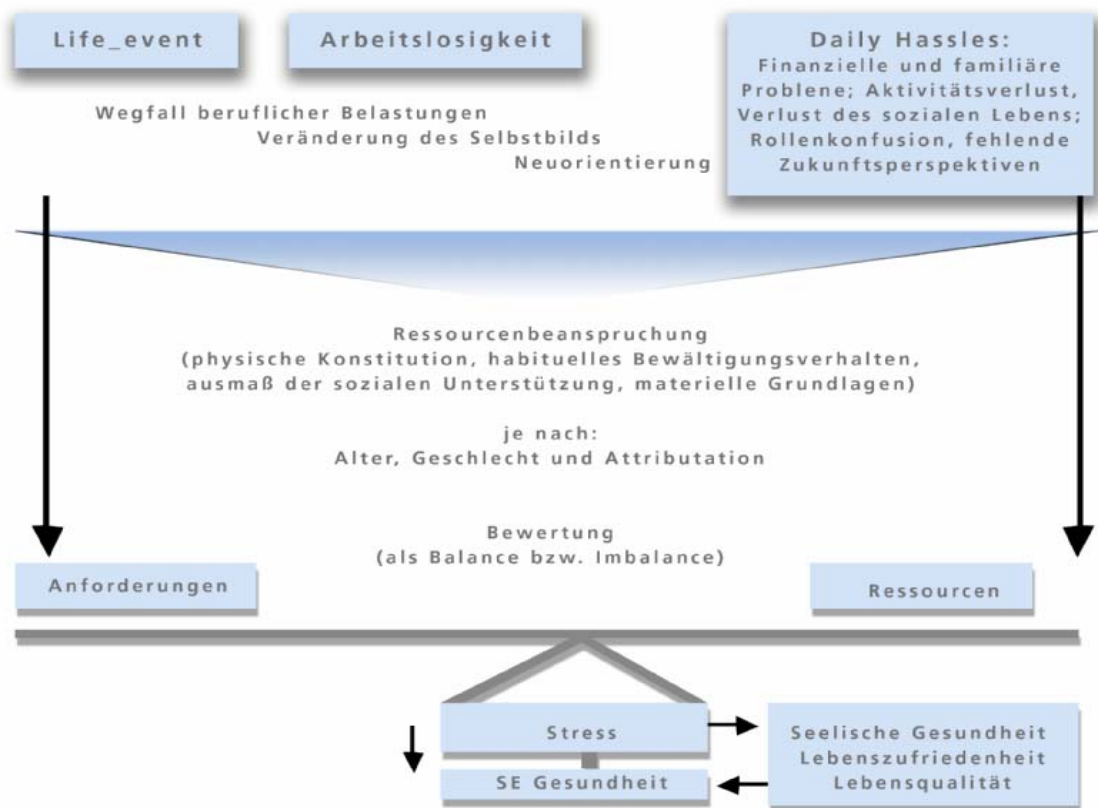
Die Reduzierung der Beanspruchungen kann durch eine Verminderung der Belastungen oder eine Stärkung der Ressourcen erfolgen.

Die Stärkung der Ressourcen kann durch Belastung erreicht werden. Denn nur genutzte oder geforderte Fähigkeiten können erhalten bleiben. Demnach macht die dosierte Belastung aktiv und erhält die Fähigkeit, alltägliche Beanspruchungen zu bewältigen. Ein Belastungsdefizit macht unfähig und verwundbar. Ein Über- oder Unterschreiten der

individuellen optimalen Belastung kann zu negativen psychischen und physischen Auswirkungen führen. Es kann dazu kommen, dass die eigenen Ressourcen für die Bewältigung der Belastungen nicht mehr ausreichen und fremde Hilfe benötigt wird.

In der Arbeitslosigkeit werden Ressourcen verbraucht und die Anforderungen steigen (finanzieller Druck, fehlende Struktur, Sinnfrage, Scham, Stigmatisierung, soziale Isolation, Hoffnungslosigkeit etc.). Daraus entsteht psychischer Stress der physische Folgen haben kann. Es kommt zu einer immer stärkeren Störung der Anforderungs-Ressourcen-Balance, wodurch sich der Stress erhöht und damit auch die negativen Auswirkungen auf Körper und Seele zu nehmen.

Abb. 3: Die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die Anforderungs-Ressourcen-Balance



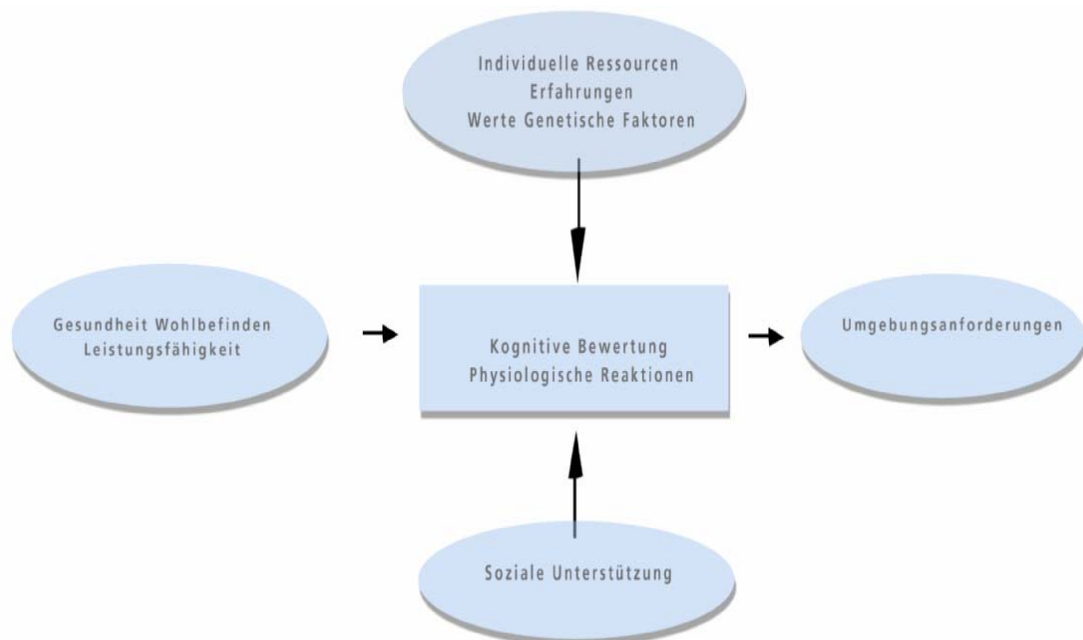
Quelle: Egger et al. 2006

3.5.2. Das biopsychosoziale Modell nach Frankenhäuser (1986)

Das biopsychosoziale Modell nach Frankenhäuser bezieht genau diese Balance zwischen Ressourcen und Anforderungen mit ein. Es ist eine multidisziplinäre Herangehensweise an die Stressproblematik. Es bietet Strategien, stressbereitende Bedingungen herauszufinden und zu analysieren, welche Konsequenzen diese für ein Individuum haben können. Es werden psychische, physische und soziale Faktoren berücksichtigt.

Die individuelle kognitive Bewertung einer Belastung hängt von den Ressourcen, Erfahrungen, Werten, Umgebungsanforderungen und dem Grad der sozialen Unterstützung ab. Hieraus folgen physiologische Reaktionen, die sich auf die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit auswirken.

Abb. 4: Das biopsychosoziale Modell nach Frankenhäuser (1986)



Quelle: Egger et al. 2006

Anhand dieses Modells hat die Klinische Abteilung für Arbeitsmedizin und das Institut für Umwelthygiene der Medizinischen Universität Wien eine Studie durchgeführt (2002 – 2004). Die Studie untersucht die Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf die physische und psychische Gesundheit. Es wurden medizinische und psychologische Messinstrumente eingesetzt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Arbeitslosensituation negative Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit hat und dass sich die Befindlichkeiten in Abhängigkeit der Dauer der Arbeitslosigkeit stark verschlimmern. Das Wohlbefinden, die

Stimmungslage und Lebensqualität, sowie eine positive Stressbewältigung nehmen mit der Zeit ab. Die Studie zeigt also, dass sich Ressourcen mit der Dauer der Arbeitslosigkeit verringern und die Belastungen zunehmen. Damit wird die Anwendung des Anforderungs-Ressourcen-Prinzips für die Erklärung der gesundheitlichen Auswirkungen aufgrund von Arbeitslosigkeit unterstützt (Egger et al. 2006, S. 18 f).

4. Motivation und Volition

Bisher wurden die Auswirkungen der Arbeitslosigkeit dargestellt. Im folgenden Abschnitt geht es um das Kernanliegen der durchgeführten Untersuchung: die Beweggründe und Hindernisse für eine Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten. Es soll also beleuchtet werden, unter welchen Bedingungen Erwerbslose gesundheitsfördernde Angebote nutzen. Hier spielt genau der Schritt, von der Motivation zum Handeln, eine entscheidende Rolle. Dieser wird in der Volitionstheorie anhand des Rubikonmodells der Handlungsphasen von Heckhausen beschrieben.

4.1. Motivation

Die Motivation beschäftigt sich mit der „Frage nach dem Warum des menschlichen Verhaltens und Erlebens“ (Thomae 1965; zit. n. Rosenstiel 2001, S. 5). Hierzu zählt Verhalten, welches „aktiv vom Menschen ausgeht“ (Heckhausen 1989; zit. n. Rosenstiel 2001, S. 5) und nicht von außen bedingt ist.

Die Motivation ist ein Zusammenspiel aus verschiedenen aktivierenden Motiven, aus denen in einer bestimmten Situation ein Verhalten entsteht. Die einzelnen Motive sind sehr vielseitig. Dies sind die verschiedenen Beweggründe für ein Verhalten. Motive werden auch Bedürfnis, Wunsch oder Trieb genannt, mit ihnen ist z.B. Durst, Hunger und Machtbedürfnis gemeint. Weiter fließt in die Motivation die subjektive Einschätzung der Wahrscheinlichkeit, dass das Handeln zum Ziel führt mit ein (Erwartung der Zielerreichung) (Rosenstiel 2001, S. 6 ff).

Die Motivation allein reicht nicht aus, um menschliches Verhalten zu erklären. Die Umsetzung der Motivation in eine Handlung wird mit willenspsychologischen Fragestellungen, der Volition, geklärt (Beckmann 1996, S. 413).

4.2. Volition

Die Volition ist durch die Zielsetzung und das willensgesteuerte Handeln gekennzeichnet. In der Motivationsphase wird eine Entscheidung, eine Absicht getroffen. Es werden alternative Möglichkeiten gegeneinander abgewogen und dann eine Möglichkeit

ausgewählt. Die Volition ist die folgende Phase: Hier wird der Entschluss getroffen, die gewählte Absicht in die Tat um zu setzen (Beckmann 1996, S. 412). Es geht um die Realisierung von Zielen (volitionale Prozesse) (Rolfmeier 2004, S. 48).

4.3. Das Rubikonmodell der Handlungsphasen

Das Rubikonmodell der Handlungsphasen nach Heckhausen vereint motivationale und volitionale Fragestellungen (Im Folgenden zit. n. Gollwitzer 1996, S. 533 ff). Es beschreibt den Ablauf der Handlungsphasen vom Aufkommen der Motive vor der Zielsetzung, über die Wahl der Handlungsziele und deren Realisierung bis hin zu den bewertenden Gedanken nach der Zielerreichung.

Das Modell gliedert sich in vier Phasen:

- die prädezyisionale Phase,
- die postdezyisionale, aber noch präaktionale Phase,
- die aktionale Phase und
- die postaktionale Phase.

Zwischen den Phasen liegen klare Grenzen. An der ersten Übergangsschwelle wird ein Entschluss gefasst. Die zweite Übergangsschwelle ist von der Veranlassung der entsprechenden Handlungen gekennzeichnet. Ab der Grenze zur vierten Phase wird die Handlung bewertet.

Prädezyisionale Handlungsphase

In dieser motivationalen Phase steht das *Wünschen* und *Abwägen* im Vordergrund. Motive können aus verschiedenen Gründen, z.B. weil sie sich gegenseitig ausschließen oder sie zu schwierig um zu setzen sind, nicht alle realisiert werden. Es muss eine Auswahl getroffen werden.

Bei dem Prozess eine Auswahl zu treffen, spielen Realisierbarkeit und Wünschbarkeit eine entscheidende Rolle. In der *Realisierbarkeit* geht es darum, ob der Wunsch durch eigenes Handeln umgesetzt werden kann und ob der Kontext dies begünstigt oder nicht. Es ist abzuwägen ob genügend Zeit und notwendige Mittel oder Gelegenheiten verfügbar sind.

In der *Wünschbarkeit* geht es um den erwarteten Wert der Wunschverwirklichung. Ausschlaggebend ist wie angenehm oder unangenehm die Konsequenzen und deren

Auftretungswahrscheinlichkeit eingeschätzt wird. Von Bedeutung dürfte auch sein, ob der Weg zur Zielerreichung mit Freuden oder Unannehmlichkeiten verbunden ist.

Die Beurteilung der Realisierbarkeit und Wünschbarkeit findet immer im Vergleich zu anderen Wünschen (Motiven) statt.

Zielentscheidung und präaktionale Phase

Um die Wunscherfüllung effektiv voranzutreiben muss der Wunsch in eine Intention (Absicht) umgewandelt werden. Es wird ein Entschluss gefasst, mit dem ein Gefühl der Entschiedenheit den Wunsch zu realisieren einhergeht. Die Person geht eine Selbstverpflichtung zur Zielerreichung ein und hat damit eine Absicht (Zielintention) getroffen¹¹.

Mit dieser Absichtsbildung beginnt die präaktionale Volitionsphase. Diese Handlungsphase ist vom Planen gekennzeichnet. Das Planen ist nötig, wenn die Absicht nicht sofort umgesetzt werden kann und noch andere Aktivitäten erledigt werden müssen oder keine Handlungsgelegenheit vorliegt. Viele Absichten verfolgen Zielzustände die nicht in einem Schritt umgesetzt werden können. Es müssen Unterbrechungen hingenommen werden und auf zielrealisierende Handlungsmöglichkeiten gewartet werden. Es wird davon ausgegangen, dass während solcher Unterbrechungen nicht die Konsequenzen der Zielerreichung neu abgewogen werden. Zweifel an der Absicht (Motivation) werden in dieser Phase nicht mehr zugelassen (Rolfmeier 2004, S. 50). Die Konzentration liegt auf der Erreichung des gesetzten Ziels.

In dieser Phase geht es, um die Frage wie die Absicht realisiert werden kann. Überlegungen fokussieren das „Wann“ und „Wo“ des Handlungsbeginns und das „Wie“ und „Wie lange“ des Handlungsablaufs. Ziel dieser Phase ist es, sich auf eine Möglichkeit der zielrealisierenden Handlungen (Initiierung, Durchführung und Beendigung) festzulegen. Das heißt es werden Handlungsvorsätze gebildet (Initiierungsvornahmen, Ausführungsvorsätze und Beendigungsvorsätze). Im Gegensatz zu den Absichten sind sie nicht auf den Zielzustand gerichtet.

¹¹ Dieser Übergang vom Abwägen zur Selbstverpflichtung wird von Heckhausen mit dem „Überschreiten des Rubikon“ beschrieben. Ausführungen dieser Metapher finden sich u.a. in Rolfmeier 2004, S.49.

Handlungsinitiierung und die aktionale Phase

Die Volitionsstärke, die Stärke der Absicht, ist ausschlaggebend für die Umsetzung der Motivation in die Initiierung der Handlung (Beginn der Handlung). Das heißt, die Umsetzung hängt davon ab

„wie stark eine Person sich dem Erreichen des gewählten Ziels verpflichtet fühlt. Die Basisrate der Volitionsstärke wird als positive Funktion der Wünschbarkeit und Realisierbarkeit des Ziels aufgefasst, wie diese bei der Absichtsbildung wahrgenommen wurden.“ (Gollwitzer 1996, S. 536).

Erfahrungen in ersten Realisierungsbemühungen können die Volitionsstärke beeinflussen. So sollte die Stärke abnehmen, wenn Gelegenheiten zur Handlungsinitiierung immer wieder ignoriert werden. Wohingegen sie beim Auftreten von Hindernissen zur Zielerreichung ansteigen müsste, um an der Realisierung der Absicht weiter festhalten zu können.

Es kann vorkommen, dass verschiedene Absichten miteinander konkurrieren. In der Regel setzt sich die Absicht mit der höheren Volitionsstärke durch. Falls die Situation aber für die Realisation einer anderen Absicht besser erscheint (oder die derzeitige Situation günstiger erscheint als jede in der Zukunft erhoffte) kann sich auch eine Absicht mit der niedrigeren Volitionsstärke durchsetzen.

Welche Absicht zur Initiierung von Handlungen führt wird also zum einen durch die Volitionsstärke und zum anderen durch die Situation bestimmt. Tritt eine Situation ein, die in den Initiierungsvorsätzen einer Absicht zugesprochen wurde, sollte diese Handlungsgelegenheit erkannt werden und auf die Initiierung der geplanten Handlungen drängen.

Der Beginn der Handlung (Handlungsinitiierung) ist der Übergang in die nächste Volitionsphase, die aktionale Phase. Sie ist gekennzeichnet durch das zielorientierte Handeln. Es wird angenommen, dass auch die Stärke des Strebens zur Zielerreichung von der Volitionsstärke abhängt. Die Volitionsstärke kann kurzfristig durch das Auftreten eines Hindernisses ansteigen. Es kann auch zu einer automatischen, unbewussten Steigerung kommen, wenn versucht wird die Zielverpflichtung durch implizierte Anstrengungssteigerungen beizubehalten.

Durch die mentale Zielrepräsentation („sich das Ziel vor Augen halten“) wird der Handlungsablauf gesteuert. Die Zielrepräsentation fokussiert die Zielrealisierung, diese bleibt auch bestehen, wenn das Ziel nicht bewusst reflektiert wird. Falls das Handeln nicht reibungslos abläuft, werden Ziele in niedrigen Begriffsebenen definiert. So stehen die

nächsten Handlungsschritte im Vordergrund und nicht das geplante Ergebnis und die gewünschten Folgen.

Zielrealisierung und postaktionale Phase

Diese motivationale Handlungsphase ist durch die Bewertung, ob das Zielstreben erfolgreich war gekennzeichnet. Es werden folgende Bewertungskriterien beschrieben:

1. Ist das Ziel erreicht worden und kann das Zielstreben eingestellt werden?
2. Stimmt der Wert des erreichten Ziels mit dem erwarteten Wert überein?

Zu 1. Bei in sich abgeschlossenen Handlungsergebnissen, wie z.B. ein Geschenk kaufen, ist die Zielerreichung eindeutig. Handelt es sich allerdings um kontinuierlich verbesserbare oder erweiterbare Handlungsergebnisse fehlt ein Grenzwert zur Zielerreichung (z.B. bei der Vorbereitung auf eine Prüfung). In solchen Fällen wäre es sinnvoll in der präaktionalen Phase einen klaren Standard zu definieren (Abbruchvorschlag), wann das Ziel erreicht ist.

Zu 2. Um die Werteübereinstimmung zu bewerten müssen die Folgen der Handlungsergebnisse abgewartet werden. Es kann natürlich vorkommen, dass die Werte nicht übereinstimmen, z.B. weil negative Konsequenzen unterschätzt wurden. Solche Erfahrungen sollten für zukünftige prädeziotionale Abwägungsprozesse genutzt werden, d.h. sie führen zu realistischeren Einschätzungen der zu erwartenden Werte.

Die postaktionale Bewertung kann auch das künftige Planen der Zielrealisierung verbessern. Werden die Defizite erkannt und in neuen Absichten und Ausführungsvorschlägen berücksichtigt, erhöhen sich die Chancen die erwarteten Handlungsergebnisse zu erreichen. Werden keine Korrekturen vorgenommen bleiben die Anstrengungen erfolglos und es kann auf Dauer zu einem generellen Trödeln führen.

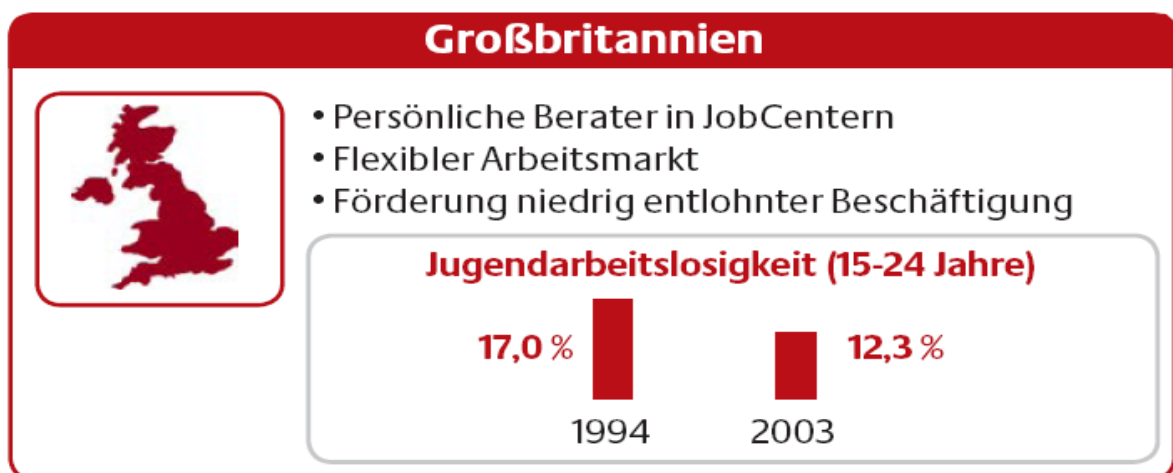
5. Die europäischen Nachbarn und der Sozialstaat von morgen

Blickt man über die Grenzen von Deutschland hinweg, zeigt sich, dass auch viele andere europäische Länder mit dem Problem der Arbeitslosigkeit zu kämpfen haben. Jedes Land versucht die Arbeitslosigkeit mit anderen Methoden zu verringern und Arbeitsplätze zu schaffen. Die Reformen in Deutschland im Rahmen der Agenda 2010 und explizit in der Umsetzung der Hartz-Gesetze haben erprobte Praxisbeispiele aus verschiedenen Nachbarstaaten in den Umbau des deutschen Arbeitsmarktes und der sozialen Sicherung aufgenommen. Nachfolgend wird dies anhand der Maßnahmen der Nachbarländer Großbritannien, Niederlande, Dänemark und Österreich genauer dargestellt.

5.1. Großbritannien

Der Abbau von Langzeitarbeitslosigkeit, speziell bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen wurde in Großbritannien durch intensive Beratung und eine direkte Vermittlung erreicht. Die Arbeitssuchenden werden in neu geschaffenen „Job Centres“ durch persönliche Berater/innen individuell unterstützt. Dabei spielen private Arbeitsvermittler, Zeitarbeitsfirmen und Personal-Leasing-Agenturen eine wichtige Rolle.

Abb. 5: Überblick über Arbeitsmarktreformen und deren Wirkung in Großbritannien



Quelle: Original: Europäische Kommission in: Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit

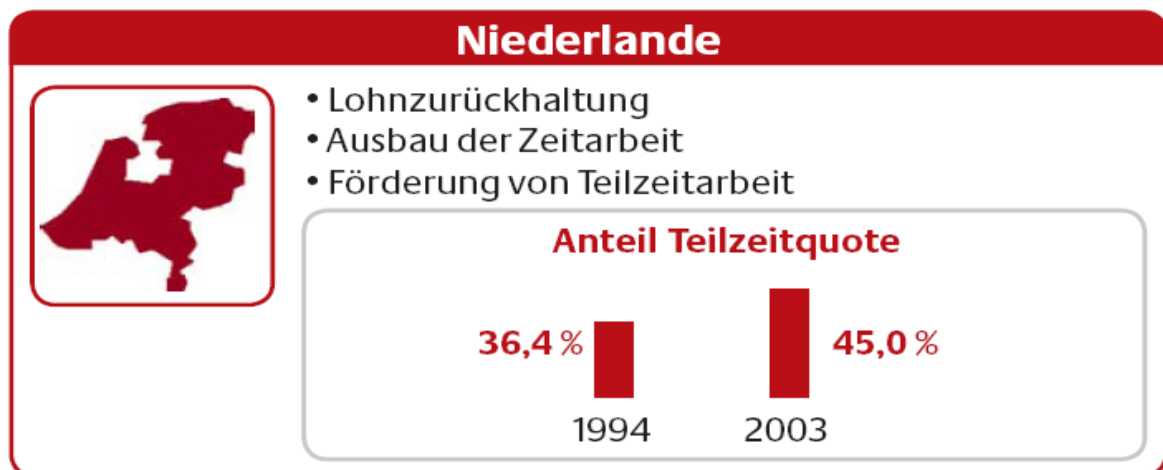
Qualifizierungs- und Beschäftigungsmaßnahmen zur Eingliederung in den Arbeitsmarkt werden verstärkt betrieben und bei Ablehnung eines vermitteltten Jobs, kann die staatliche Unterstützung für den Arbeitssuchenden gekürzt werden (Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, 2005, S. 12).

5.2. Niederlande

Nach dem Prinzip „Hilfe aus einer Hand“ wird in den Niederlanden schon lange gegen Arbeitslosigkeit vorgegangen. Die „Zentren für Arbeit und Einkommen“ dienen als erste Anlaufstelle für Arbeitssuchende. Hier finden dann eine Analyse der Vermittlungschancen und eine Beratung zu den Sozialleistungen statt. Weiterhin gibt es eine Förderung für den Einstieg in Arbeit.

Zusätzlich wurde die Förderung der Teilzeitarbeit vorangetrieben. Der Schwerpunkt der aktiven Arbeitsmarktpolitik wurde von der Schulung auf Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt durch Arbeitserfahrung (Erlangung von Routine für den Arbeitsalltag) verändert (Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, 2005, S. 14).

Abb. 6: Überblick über Arbeitsmarktreformen und deren Wirkung in den Niederlanden

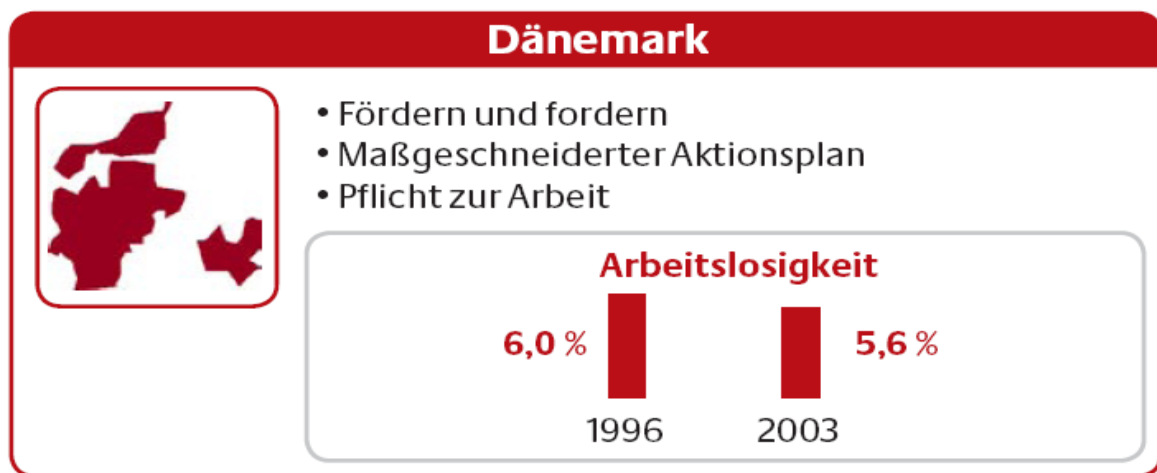


Quelle: Original: Europäische Kommission in: Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit

5.3. Dänemark

In Dänemark hat jeder Arbeitslose das Recht auf einen individuellen Handlungsplan, der konsequent nach dem Prinzip der Eingliederungsvereinbarung umgesetzt wird. Der Handlungsplan, wird direkt mit der Vermittlerin oder dem Vermittler abgeschlossen. Schnellstmögliche Vermittlung, Umschulung oder Weiterbildung soll lange Arbeitslosigkeit verhindern.

Abb. 7: Überblick über Arbeitsmarktreformen und deren Wirkung in Dänemark



Quelle: Original: Europäische Kommission, Eurostat in: Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit

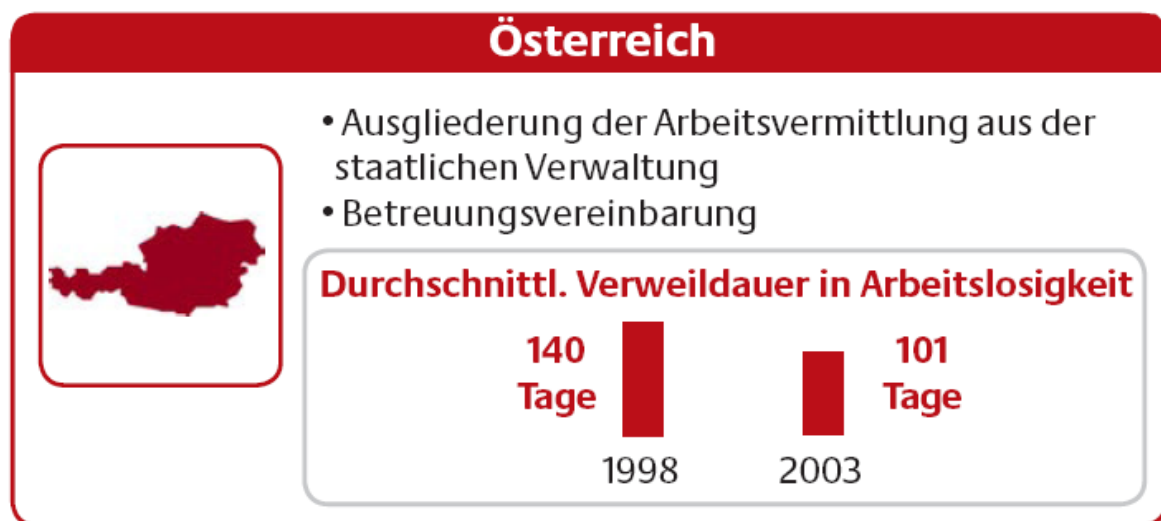
Mit dem Recht auf Hilfe, ist auch die Pflicht zur Arbeit verbunden. Dies bedeutet, dass einem Arbeitssuchenden, der einen zumutbaren Job ablehnt, die Unterstützung gekürzt wird. Für unter 30-jährige und über 50-jährige gelten besondere Regeln. Dieser Personenkreis erhält einen konkreten Vorschlag, den sie annehmen müssen, wenn sie nach sechs Monaten noch keinen Job gefunden haben. Nach vier Jahren endet die Unterstützung durch das Arbeitslosengeld und die Arbeitslosen erhalten Sozialhilfe, die bei Ablehnung einer Arbeit gekürzt oder gestrichen werden kann (Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, 2005, S. 16).

5.4. Österreich

Die staatliche Arbeitsverwaltung wurde in Österreich Mitte der 90er Jahre zu einem modernen Dienstleister am Arbeitsmarkt umgebaut. Die Arbeitsweise des Arbeitsmarktservice (AMS) ist auf eine zügige Vermittlung von Arbeitssuchenden

ausgerichtet. Kundenorientiert, wird zusammen mit dem Berater und dem Arbeitssuchenden eine Betreuungsvereinbarung geschlossen. In der Betreuungsvereinbarung werden konkrete Maßnahmen und eine Erklärung des Arbeitssuchenden, eine vorgeschlagene Stelle anzunehmen, festgehalten. Jeder Berater/in hat ca. 200 Arbeitssuchende zu betreuen (Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, 2005, S. 18).

Abb. 8: Überblick über Arbeitsmarktreformen und deren Wirkung in Österreich



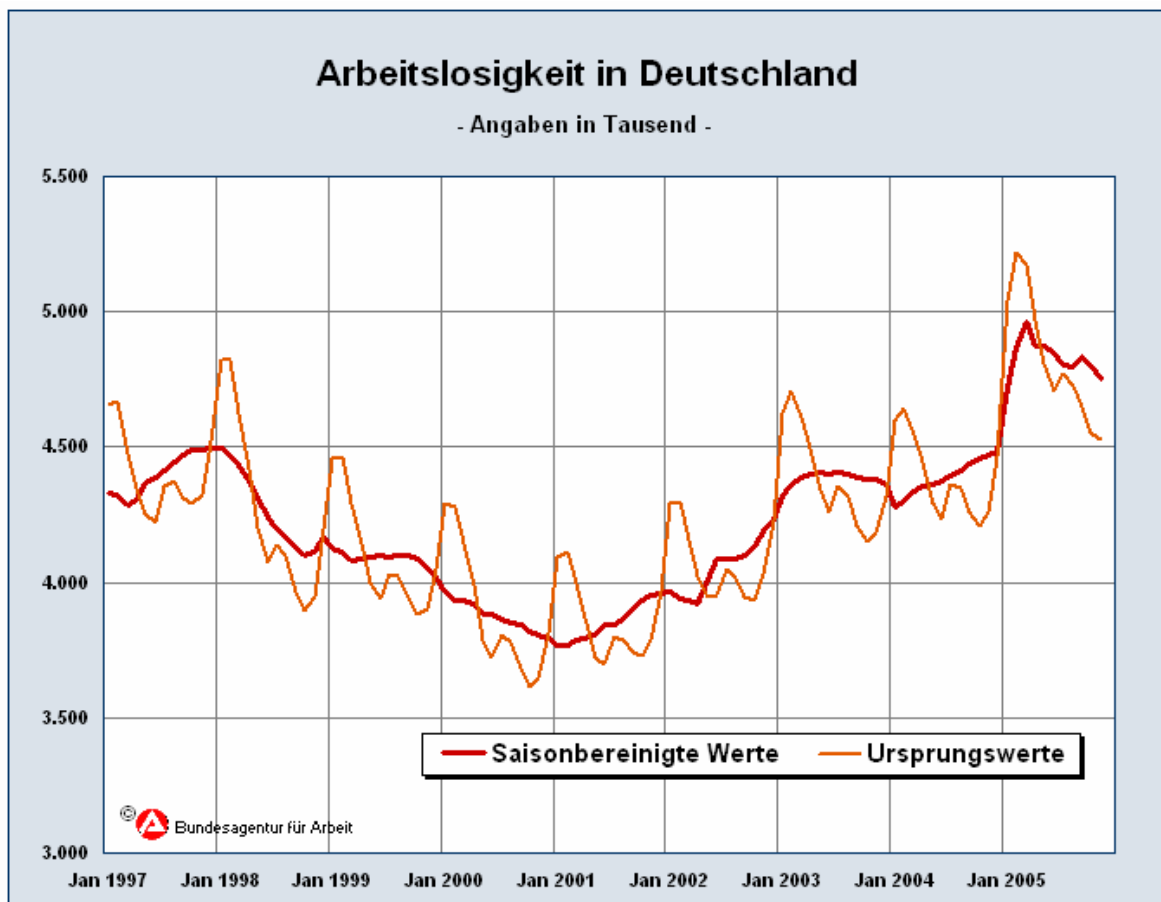
Quelle: Original: Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, Wien in: Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit

6. Die Entwicklung der Arbeitslosigkeit in der Bundesrepublik Deutschland

Zu Beginn der 60er Jahre herrschte in der Bundesrepublik Deutschland nahezu Vollbeschäftigung.

Mitte der 70er Jahre nach der ersten Ölkrise (1975) wurde die Grenze von 1. Million Arbeitslose erstmalig überschritten und als soziales und anscheinend dauerhaftes Problem wahrgenommen. Seitdem hat es mehrere Schübe und einige Rückgänge gegeben, wodurch die Zahl der Arbeitslosen stetig angestiegen ist.

Abb. 9: Übersicht über die Entwicklung der Arbeitslosigkeit in der Bundesrepublik Deutschland



Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Die 1989 stattgefundenene Wiedervereinigung hat die Arbeitslosigkeit stark ansteigen lassen und das vorher bestehende „Nord-Süd-Gefälle“ wurde in ein „Ost-West-Gefälle“ der Arbeitslosigkeit verschoben (BKK, Elkeles, Kirschner, 2004, S.4f). Die einsetzende

Rezession Anfang der 90er Jahre und die wirtschaftlichen Probleme der Wiedervereinigung haben die Arbeitslosenzahlen auf 4,7 Millionen im Februar 2003 ansteigen lassen.

Ein weiterer deutlicher Anstieg war im Februar 2005 zu verzeichnen, als mit dem SGB II die Arbeitslosenunterstützung und Sozialhilfe zusammengelegt worden ist. Von den zu dem Zeitpunkt 5,2 Millionen Arbeitslosen sollen laut Bundesagentur für Arbeit 394.000 allein durch den Sozialhilfeträger in die Arbeitslosenstatistik mit aufgenommen worden sein (Lampert et al. 2005, S. 73).

6.1. Aktuelle Höhe der Arbeitslosigkeit in der Bundesrepublik Deutschland

Auf ganz Deutschland bezogen, lag die durchschnittliche Arbeitslosenquote im Jahr 2005 bei 11,7%. Der Jahresdurchschnitt der Arbeitslosenquote lag im Jahre 2005 allein in Ostdeutschland bei 18,7%. Bei der alleinigen Betrachtung von Westdeutschland, zeigt sich die geringste Quote mit 9,9%.

Durch die Betrachtung der Arbeitslosenquoten im Jahresdurchschnitt, zeigt sich noch mal ganz deutlich, das vorher beschriebene „Ost-West-Gefälle. In den östlichen neuen Bundesländern liegt die durchschnittliche Jahresquote im Jahr 2005 durchgehend bei 17-20%. Dagegen liegt die Quote im Süden von Deutschland zwischen 7-10%. Die nordwestlich liegenden Bundesländer weisen eine Quote zwischen 10-12% auf. Einzige Ausnahme bildet der Stadtstaat Bremen mit einer durchschnittlichen Quote von 16,8%.

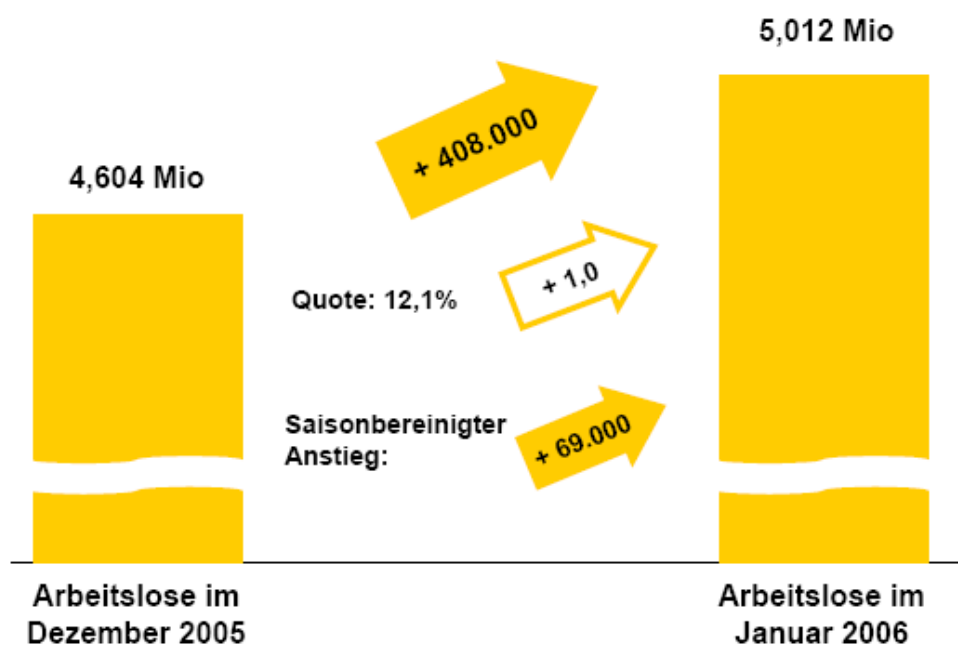
Es wird deutlich, dass Menschen im Süden von Deutschland deutlich geringfügiger von Arbeitslosigkeit betroffen sind, als in anderen Gebieten (Bundesagentur für Arbeit, 2006).

Im Januar 2006 lag die durchschnittliche Arbeitslosenquote für Deutschland bei 12,1%. Vergleichend zum Vormonat Dezember hat es einen starken Anstieg gegeben und die Zahl der gemeldeten Arbeitslosen hat wieder die 5 Millionen Marke überschritten. Dennoch soll laut Bundesagentur für Arbeit die wirtschaftliche Entwicklung in Deutschland weiter aufwärts gerichtet sein und auch auf dem Arbeitsmarkt zeigen sich positive Tendenzen. Das nach starken Abnahmen im November und Dezember 2005 die Arbeitslosigkeit im Januar auch saisonbereinigt zugenommen hat, soll mit Sondereffekten zusammenhängen und ist nicht als Zunahme der Arbeitslosenzahlen zu interpretieren. Die genannten Sondereffekte zeigen sich darin, dass die Winterarbeitslosigkeit in diesem Jahr stärker auf

den Januar fällt. Nach saisonbereinigten Werten hat die Arbeitslosigkeit im Durchschnitt von November – Januar deutlich abgenommen. Aufgrund von gesetzlichen Neuregelungen zu den Bezugszeiten von Arbeitslosengeld sind offensichtlich mehrere Beschäftigungsverhältnisse vor dem Stichtag 31. Januar beendet worden. Dies stellt einen weiteren Grund für den Anstieg im Januar 2006 dar (Bundesagentur für Arbeit, 2006, S.2). Die Betrachtung der Arbeitslosenzahlen im Bundesland Hamburg ist für die vorliegende Arbeit im Hinblick auf die durchgeführte Untersuchung interessant. In der Region Hamburg lag die Arbeitslosenquote im Januar 2006 bei 11,7% und 101.875 Personen waren arbeitslos gemeldet (Bundesagentur für Arbeit, 2006).

Abb. 10: Übersicht über die aktuellen Arbeitslosenzahlen für die BRD im Januar 2006

Arbeitslosigkeit im Januar 2006



Pressekonferenz, 31. Januar 2006

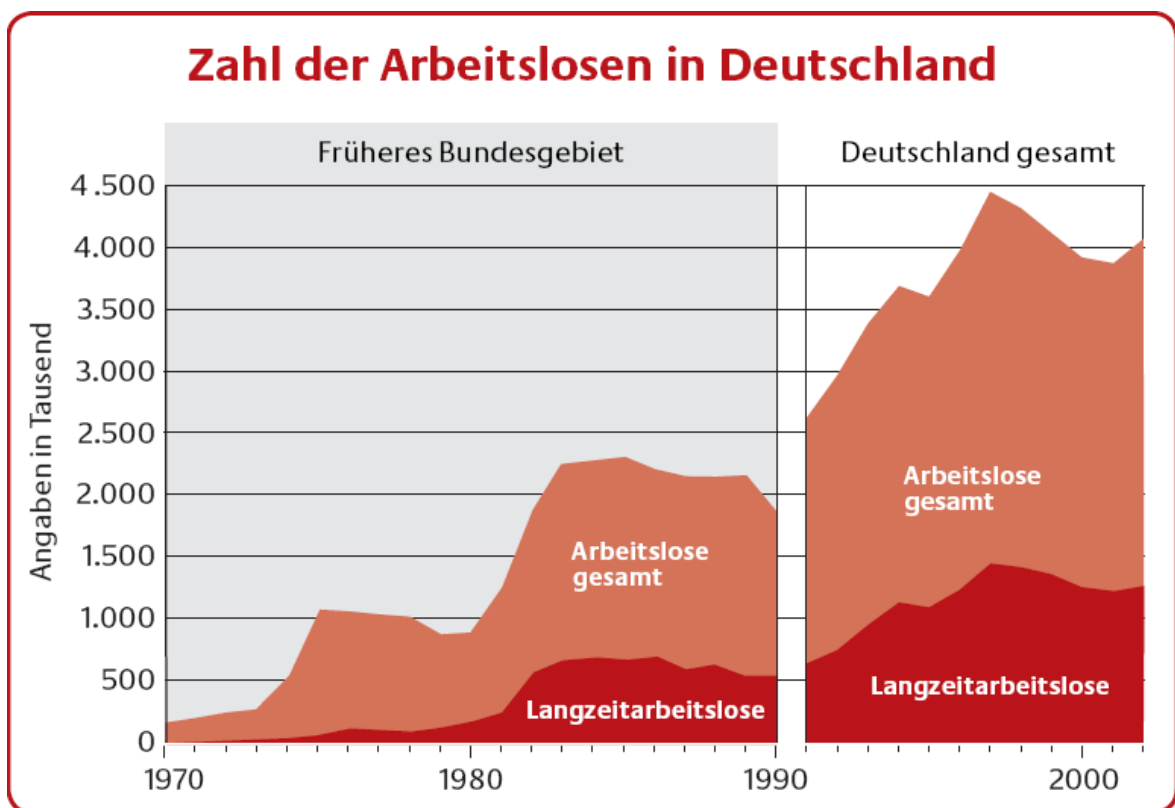
Quelle: Bundesagentur für Arbeit

6.2. Problemgruppen des deutschen Arbeitsmarktes

Besonders gering Qualifizierte, Jugendliche, Ältere, Frauen, Migranten, gesundheitlich Beeinträchtigte und Schwerbehinderte zählen zu den Problemgruppen des deutschen Arbeitsmarktes. Jede einzelne dieser Problemgruppen muss mit verschiedenen Problemen kämpfen und ist mehr oder weniger von Arbeitslosigkeit betroffen.

Obwohl eine Berufsausbildung keinen Garant für einen Arbeitsplatz darstellt, sind die Risiken für Arbeitslosigkeit ohne Ausbildung höher. Mehr als ein Drittel der Arbeitslosen hat keine Berufsausbildung abgeschlossen.

Abb. 11: Überblick über die Zahl der Arbeitslosen (Langzeitarbeitslose) in Deutschland



Quelle: Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit

Die Jugendarbeitslosigkeit entwickelte sich Ende der 90er Jahre leicht rückläufig, stieg danach allerdings wieder stark an. Somit stellt die Jugendarbeitslosigkeit in heutiger Zeit ein großes Problem des deutschen Arbeitsmarktes dar.

Für ältere Menschen, die arbeitslos geworden sind, ist die Lage besonders ungünstig. Ihre Wiederbeschäftigungschancen auf dem Arbeitsmarkt sind sehr gering.

Im Gegensatz zu Deutschen ist das Arbeitslosigkeitsrisiko für Migranten fast doppelt so hoch. Der Ausländeranteil ist in Deutschland unterschiedlich verteilt und in Ostdeutschland sehr gering.

Die Gruppe der Arbeitslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen weisen sehr deutlich ein erhöhtes Risiko aus, arbeitslos zu werden. Der Anteil der Arbeitslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen besteht zu einem kleinen Teil aus Schwerbehinderten und es zählen deutlich mehr ältere Arbeitslose dazu. Die älteren Arbeitslosen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen wiesen in den vergangenen Jahren Anteile von ca. 45% an der Langzeitarbeitslosigkeit auf.

Alle beschriebenen Problemgruppen weisen kleinere oder größere Anteile an der Gruppe der Langzeitarbeitslosen auf, welcher auf dem deutschen Arbeitsmarkt besondere Bedeutung zukommt. Als Langzeitarbeitslos gelten in Deutschland Personen, die mindestens ein Jahr lang durchgängig arbeitslos gemeldet sind. In den frühen 80er Jahren lag der Anteil der Langzeitarbeitslosen unter 20%. Im Laufe der 90er Jahre ist dieser Anteil stetig angestiegen und nach 2000 hat es sich ungefähr auf einem Drittel der Gesamtzahl der Arbeitslosen eingependelt (vgl. Abb. 11) (Elkeles, Kirschner, 2004, S. 8 ff).

7. Moderner Arbeitsmarkt in Deutschland

Eine Experten-Kommission hat im Jahr 2002 Vorschläge für eine Reform des Arbeitsmarktes vorgelegt. Im Auftrag der Bundesregierung und unter Leitung von Dr. Peter Hartz, hat eine durchgreifende Modernisierung am deutschen Arbeitsmarkt durch die Hartz-Gesetze stattgefunden. Laut Bundesregierung sind neue Instrumente für die Vermittlung von Arbeitslosen, sowie attraktive Angebote zur Existenzgründung geschaffen worden. Weiterhin ist das Arbeitsrecht vereinfacht worden. Jugendliche und ältere Arbeitnehmer bilden den Schwerpunkt bei der Vermittlung Arbeitssuchender.

Durch die in Kraft getretenen Hartz-Gesetze, soll die Arbeitsförderung effizienter und der Service für alle Arbeitssuchenden zugänglich sein:

- „In Kraft seit 1. Januar 2003: Hartz I und II. Seitdem gibt es Ich-AGs und Personal-Service-Agenturen. Minijobber verdienen seit dem 1.4. 2003 bis zu 400 Euro abgabenfrei.
- In Kraft seit 1. Januar 2004: Hartz III. Die Bundesagentur für Arbeit wird zum modernen Dienstleister umgebaut.
- In Kraft seit 1. Januar 2005: Hartz IV. Seitdem sind Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe zusammengelegt. Für Arbeitssuchende bedeutet das Hilfe aus einer Hand.“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, „o. J.“).

7.1. Hartz I und II

Seit dem 01. Januar 2003 ist es für Arbeitssuchende möglich, eine Ich-AG zu gründen oder durch eine Personal-Service-Agentur als Fachkraft in bestimmte Unternehmen vermittelt zu werden. Weiterhin ist es ab dem 01. April 2003 möglich, als Minijobber 400€ zu verdienen, ohne Steuern und Abgaben auf diesen Betrag zahlen zu müssen.

Ich-AG

Mit seiner eigenen Geschäftsidee als Arbeitsloser in die Selbstständigkeit zu starten, ist laut Bundesregierung unbürokratisch. Existenzgründer werden bis zu drei Jahren von der Bundesagentur für Arbeit (BA) unterstützt. Die Ich-AG soll ein erfolgreiches Modell gegen die Arbeitslosigkeit darstellen. Fast 97000 Menschen haben sich im Jahr 2003 und rund 172000 im Jahr 2004 selbstständig gemacht. Die meisten Menschen sollen noch

immer selbstständig sein und die Abbruchquoten nicht höher liegen, als bei anderen Existenzgründungen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, „o. J.“).

Personal-Service-Agentur (PSA)

Die Personal-Service-Agentur unterscheidet sich von den bekannten Zeitarbeitsfirmen dahingehend, dass sie Arbeitnehmer in Festanstellung vermitteln will. Bei Zeitarbeitsfirmen werden befristete Stellen besetzt. Durch die Reform der Zeitarbeitsbranche des Gesetzgebers, sind für dieses Arbeitsgebiet Tarifverträge angestoßen worden. Der Gesetzgeber räumt ein, dass solange sozialversicherungspflichtige Beschäftigung abgebaut wird und die Konjunktur nicht anzieht, dieses Instrument nur begrenzt wirken kann (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, „o. J.“).

Minijobs

Minijobber bis 400€ zahlen keine Steuern und Abgaben und die Arbeitgeber profitieren von vereinfachten Regelungen. Sie melden die Minijobber bei der Minijobzentrale an und zahlen als pauschale Steuer 25 Prozent des vereinbarten Lohnes. Das Beispiel der Haushaltshilfen zeigt, dass die Reform auch gegen Schwarzarbeit wirkt. Die Zahl der Minijobber in Privathaushalten, hat sich seit Dezember 2003 verdoppelt. Die Bilanz, dass fast 7 Millionen Menschen Ende des Jahres 2004 einer geringfügigen Beschäftigung nachgegangen sind, zeigt laut Gesetzgeber, dass die Reform greift (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, „o. J.“).

7.2. Hartz III

Seit dem 01. Januar 2004 wird die Bundesagentur für Arbeit (BA) zum modernen Dienstleister umgebaut.

Bundesagentur für Arbeit (BA)

Im Rahmen der Änderungen übernehmen die Regionaldirektionen der Bundesagentur für Arbeit die Aufgabe der Planung und Steuerung. Ein dreiköpfiger Vorstand, auf fünf Jahre eingesetzt, steht an der Spitze. Die Agenturen für Arbeit auf kommunaler Ebene haben mehr Kompetenzen erhalten.

Das Kundenzentrum für Arbeitssuchende unterteilt sich in drei Bereiche: Empfang, Service-Center und Kundenbereich. Im Service-Center können Fragen telefonisch geklärt werden. Bei spezielleren und ausführlichen Fragen erhalten die Kunden einen verbindlichen Termin mit ihrem Vermittler. Dadurch hat dieser Zeit, sich auf das bevorstehende Gespräch vorzubereiten. So sollen Wartezeiten verkürzt werden. Laut Untersuchungen werden 70% aller Kundenwünsche am Empfang oder im Service-Center erfüllt und für die Berater/innen bleibt mehr Zeit für die individuelle Betreuung.

Damit Arbeitgeber von den neuen Kompetenzen im Kundenzentrum profitieren, werden ihnen feste Ansprechpartner zur Verfügung gestellt. Um schnell und durchgreifend geeignete Bewerber an potenzielle Arbeitgeber zu vermitteln, stehen den Arbeitgebern 20% der Vermittlungszeit der Arbeitsagenturen zur Verfügung (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, „o. J).

7.3. Hartz IV

Seit dem 01. Januar 2005 ist Hartz IV in Kraft getreten. Arbeitssuchende die erwerbsfähig und hilfebedürftig sind sowie keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld I haben, werden nach diesem Gesetz betreut. Die bisher als Sozialhilfeempfänger geltenden Personen sollen in den Mittelpunkt von Förderung und Vermittlung rücken. Sozialhilfe bekommen nur noch Menschen, die hilfebedürftig und nicht erwerbsfähig sind. Somit gelten bisherige Sozialhilfeempfänger, die erwerbsfähig sind, als arbeitssuchende Personen, die gefordert und gefördert werden. Es hat eine Zusammenlegung von Arbeitslosengeld und Sozialhilfe stattgefunden.

Die Reform von Hartz IV unterteilt sich in folgende vier Elemente:

- Die Eigenleistung
- Die Serviceleistung
- Die Förderleistung
- Die Geldleistung

7.3.1. Die Eigenleistung

Mit Unterstützung können Menschen rechnen, die keine Arbeit finden und somit auf Hilfe angewiesen sind. Um sozial gerecht zu sein, sollten hilfebedürftige Menschen alles unternehmen, um für ihren Lebensunterhalt wieder selbst sorgen zu können (Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, 2005, S.43).

Bezieher von Arbeitslosengeld II (ALG II) müssen jedes zumutbare Jobangebot annehmen. Geschützt sind Arbeitssuchende, wenn sittenwidrige Arbeitsbedingungen und Lohnangebote (30% unter ortsüblichem Tarif) vorliegen. Dann gilt das Jobangebot als nicht zumutbar. Arbeitssuchenden kann ein Umzug nahe gelegt werden, wenn in der bewohnten Region kein Job zu finden ist. Hierbei wird die familiäre Situation berücksichtigt. Alleinstehende Arbeitslose müssen flexibler sein als Arbeitslose mit Familie.

Auf Mini-, Midi- und Teilzeitjobs wird zurückgegriffen, wenn absolut keine reguläre Vollzeitstelle zu finden ist. Diese Jobs bieten die Gelegenheit, immerhin einen Teil des Lebensunterhaltes selbst zu verdienen. Somit wird die Abhängigkeit von staatlicher Unterstützung verringert. Damit jeder der arbeitet mehr Geld verdient, als derjenige der nicht arbeitet, gibt es Freibeträge. Dadurch soll der Anreiz steigen eine Arbeit aufzunehmen (Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, 2005, S.44f).

Da die hohe Arbeitslosigkeit ein Problem der gesamten Gesellschaft darstellt, sollen sich laut Bundesregierung alle für mehr Arbeit und Ausbildung engagieren. Eine neu gegründete Initiative ist „*TeamArbeit für Deutschland*“, die verschiedene Akteure miteinander vernetzt und nicht partei- oder interessengebunden arbeitet. Diese Initiative wird von allen Landesregierungen, von vielen Kommunen und der Bundesagentur für Arbeit unterstützt (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, „o. J.“).

7.3.2. Die Serviceleistung

Verstärkte Betreuung der arbeitssuchenden Personen, soll der Schlüssel zum Abbau der Langzeitarbeitslosigkeit sein. Laut Gesetzgeber lassen sich Menschen, die schon lange arbeitslos sind, trotz schwieriger Lage am Arbeitsmarkt in Arbeit vermitteln. Bedingung sei allerdings, ein persönlicher Ansprechpartner kümmert sich intensiv und umfassend um die Probleme der Arbeitssuchenden. Dieses Vorgehen zeigt sich bereits bei Arbeitsagenturen und Sozialämtern, die ein gemeinsames Job-Center betreiben und die

Betreuung für Langzeitarbeitslose verstärkt haben (Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, 2005, S.50f).

Durch die Gesetzgebung von Hartz IV wurde die bisherige Arbeitslosen- und Sozialhilfe zusammengelegt. Hierdurch ergaben sich für die Arbeitsverwaltungen und Kommunen rechtliche, organisatorische und personelle Umstrukturierungen. Umgesetzt werden konnte dies zum einen durch die Bildung von Arbeitsgemeinschaften (ARGEn, Zusammenschluss zwischen Arbeitsagenturen und Kommunen) und zum anderen durch die Optionskommunen (ausschließlich kommunale Vermittlung).

Die Arbeitsagenturen

Die gemeinsame Anlaufstelle der ARGEn ist das „Job-Center“. Die anfallenden Aufgaben für die Grundsicherung von Arbeitssuchenden werden von örtlichen Agenturen für Arbeit und von den kommunalen Trägern geteilt:

„Die kommunalen Träger sind zuständig für

- die Leistungen für Unterkunft und Heizung,
- die Kinderbetreuungsleistungen, die Schuldner- und Suchtberatung, die psychosoziale Betreuung, soweit sie jeweils zur Eingliederung in das Erwerbsleben erforderlich sind, und
- einmalige Leistungen wie die Erstausrüstung für Bekleidung und Wohnung sowie für mehrtägige Klassenfahrten.

Die Agenturen für Arbeit sind zuständig für alle übrigen Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende. Dies sind insbesondere

- alle arbeitsmarktbezogenen Eingliederungsleistungen (dazu gehören zum Beispiel Beratung, Vermittlung, Förderung von Maßnahmen zur Integration in Arbeit),
- die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes (ALG II, Sozialgeld, Mehrbedarf, befristeter Zuschlag nach dem Bezug von ALG I),
- die Zahlung von Beiträgen zur gesetzlichen Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung.“

(Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit 2005, S. 52)

Die genannten Umstrukturierungen sind bis Juni 2005 in vielen Bundesländern umgesetzt worden. Dabei ist die Geschwindigkeit der Umsetzung aber regional sehr unterschiedlich.

Die Optionskommunen

Als alleinige Träger organisieren einige Kommunen die Grundsicherung für Arbeitssuchende nach einer Experimentierklausel. Alle Leistungen werden in einer Hand auf kommunaler Ebene zusammengeführt.

Welches der beiden genannten Modelle besser geeignet ist, um die Langzeitarbeitslosigkeit und Hilfebedürftigkeit abzubauen wird sich nach sechs Jahren zeigen, wenn die Experimentierphase beendet ist (Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, 2005, S.52ff).

Persönlicher Ansprechpartner und Fallmanager

Damit eine bessere Förderung und Vermittlung von Arbeitssuchenden stattfinden kann, werden für jeden ALG II-Empfänger persönliche Ansprechpartner eingesetzt. Der persönliche Ansprechpartner ist ein wichtiger Begleiter bei Suche nach Arbeit und soll in Zukunft nur noch 150 statt bisher 800 Arbeitssuchende betreuen. Bei jungen Menschen unter 25 Jahren findet jetzt schon eine persönliche Betreuung im Verhältnis 1:75 statt.

In einem persönlichen Gespräch wird die Situation des Arbeitssuchenden besprochen. In der so genannten Eingliederungsvereinbarung, werden dann die einzelnen Schritte, die ein Arbeitssuchender unternehmen soll, festgehalten. Um schnell feststellen zu können, welche Schritte Erfolg versprechen, wird die Einhaltung der Eingliederungsvereinbarung regelmäßig (alle 6 Monate) überprüft. Wird in diesen Prüfungen festgestellt, dass der Arbeitssuchende sich nicht ernsthaft um Arbeit bemüht, kann ihm die Geldleistung gekürzt oder sogar ganz gestrichen werden.

Bei gravierenden Problemen wird in Einzelfällen der Ansprechpartner von Fallmanagern unterstützt. Als Grundlage dieser Unterstützung dient die Eingliederungsvereinbarung in der die Eigenleistung des Arbeitssuchenden und die zu erwartenden Leistungen festgehalten wurden. Hinzukommend kann ein umfassendes „Profiling“ erstellt werden.

Im Profiling werden nicht nur die berufliche Qualifikation geprüft, sondern auch außerberufliche Merkmale wie Gesundheitszustand, Motivation, Auftreten, Mobilität und familiäre Bindungen fließen in die Beurteilungen mit ein.

Diese Maßnahme soll Aufschluss über bessere Vermittlungschancen des Arbeitssuchenden geben und eine Verringerung von schwerwiegenden sozialen Problemen (Drogensucht, Krankheiten) herbeiführen, um eine erfolgreiche Vermittlung in Arbeit zu erreichen. Das Fallmanagement kann bei vorliegender Ausbildung durch den persönlichen

Ansprechpartner erfolgen, ansonsten sollte dieser durch einen geschulten Fallmanager unterstützt werden (Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, 2005, S.56ff).

Abb. 12: Übersicht über die Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten der persönlichen Ansprechpartner in der ARGE



Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

7.3.3. Die Förderleistung

Der Grundsatz der Arbeitsmarktreform lautet „Fordern und Fördern“. Die Ansprechpartner in den Job-Centern der ARGE verfügen mittlerweile über viele verschiedene Förderinstrumente. Diese Förderung beinhaltet auf der einen Seite, in Zusatzjobs ("Ein-Euro-Jobs") vermittelt zu werden oder ein Einstiegs-geld (z.B. bei Existenzgründung) zu erhalten. Auf der anderen Seite können bei Ablehnung von zumutbarer Arbeit, auch schärfere Sanktionen als bisher verhängt werden.

Auf dem ersten Arbeitsmarkt in Arbeit vermittelt zu werden, ist aufgrund von fehlenden beruflichen Qualifikationen, besonders bei den Langzeitarbeitslosen und ehemaligen Sozialhilfeempfängern besonders schwierig. Diese Betroffenen haben ohne besondere Hilfe kaum Chancen auf dem Arbeitsmarkt wieder Fuss zu fassen. Hierfür wurden durch die Gesetzgebung von Hartz IV Instrumente entwickelt, die den Wiedereinstieg erleichtern sollen. Dazu gehören das Einstiegsgeld und die Vermittlung in Zusatzjobs. Diese Förderinstrumente kommen aber nur zum Einsatz, wenn sie die Chancen für den Arbeitssuchenden auf dem Arbeitsmarkt realistisch erhöhen. Ein besonderes Augenmerk legt der Gesetzgeber auf die Förderung von Jugendlichen bis 25 Jahren. Dieser Personenkreis ist umgehend in eine Ausbildung, in eine feste Arbeitsstelle oder in einen Zusatzjob zu vermitteln (Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, 2005, S.64ff).

Das Einstiegsgeld

Sobald Erwerbsfähige eine Arbeit aufnehmen, deren Entlohnung geringfügig unter oder über der Regelleistung ALG II liegt, tritt der Job-Zuschuss in Form des Einstiegsgeldes als Lohnzuschuss in Kraft. Dies soll Anreize für Arbeitssuchende schaffen, auch niedrig entlohnte Arbeitsstellen anzunehmen oder sich selbstständig zu machen. Die Aussicht auf Erfolg, d.h. auf Dauer von Hilfeleistungen unabhängig zu werden, ist die Voraussetzung für diese Förderleistung. Das Einstiegsgeld kann für höchstens 24 Monate gewährt werden und die Höhe orientiert sich an der Dauer der Arbeitslosigkeit und den familiären Verhältnissen (Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, 2005, S.69).

Zusatzjobs

Unter dem irreführenden Namen "1-Euro-Job" sind die Zusatzjobs allgemein bekannt. Jeder Erwerbsfähige, der einen Zusatzjob annimmt erhält mehr als einen Euro für seine geleistete Arbeit und bezieht weiterhin seine Regelleistung. Diese Jobs kommen aber nur für Arbeitssuchende in Frage, bei denen Vermittlungsschwierigkeiten auf den ersten Arbeitsmarkt bestehen und nicht durch eine berufliche Weiterbildung oder Trainingsmaßnahme behoben werden können. Durch die Tätigkeit in Zusatzjobs beteiligt sich dieser Personenkreis wieder am Arbeitsleben und erhält somit die Chance auf eine Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt. In der Regel sind Zusatzjobs keine Vollzeitbeschäftigung. Die wöchentliche Arbeitszeit und die Dauer des Arbeitsverhältnisses werden den Fähigkeiten und Fertigkeiten des Arbeitssuchenden angepasst. Dies geschieht in Absprache mit dem persönlichen Ansprechpartner. Zusatzjobs

werden nur vergeben, wenn sie gemeinnützig sind und dadurch bestehende Arbeitsplätze nicht gefährdet sind oder die Schaffung neuer Arbeitsplätze gehemmt wird (Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, 2005, S.70ff).

Zumutbare Arbeit

Hilfebedürftige müssen jede, sich bietende Chance nutzen, um ihren Lebensunterhalt wieder selbst bestreiten zu können. Arbeitssuchende die eine zumutbare Arbeit, eine Ausbildung, einen Zusatzjob, ein Praktikum oder eine Eingliederungsmaßnahme ablehnen, müssen mit einer Kürzung der Geldleistung rechnen:

„Eine Arbeit darf nicht allein deswegen abgelehnt werden,

- weil sie nicht dem früheren Beruf oder der Ausbildung entspricht,
- weil der Beschäftigungsort weiter entfernt ist, als der frühere,
- weil die Bedingungen ungünstiger sind als bei der letzten Tätigkeit.

Auch eine Entlohnung unterhalb des Tariflohns oder des ortsüblichen Entgelts steht der Zumutbarkeit der Arbeitsaufnahme grundsätzlich nicht entgegen. Allerdings darf die Arbeit nicht gegen das Gesetz oder die guten Sitten verstoßen. Das ist zum Beispiel dann gegeben, wenn die Bezahlung 30 Prozent unter dem ortsüblichen Entgelt liegt.“

Der Gesetzgeber definiert weiterhin, wann eine Arbeit als nicht zumutbar gilt:

„Arbeit ist nicht zumutbar, wenn

- der Hilfebedürftige dazu geistig, seelisch und körperlich nicht in der Lage ist,
- die Arbeit dem Hilfebedürftigen die künftige Ausübung seiner bisherigen überwiegenden Tätigkeit wesentlich erschweren würde, weil die bisherige Tätigkeit besondere körperliche Anforderungen stellt,
- die Arbeit die Erziehung eines Kindes oder des Kindes des Partners gefährden würde. Die Erziehung eines Kindes, das drei Jahre oder älter ist, gilt in der Regel als nicht gefährdet, wenn seine Betreuung in einer Tageseinrichtung oder in Tagespflege oder auf sonstiger Weise sichergestellt ist,
- die Arbeit mit der Pflege eines Angehörigen nicht vereinbar wäre und die Pflege nicht auf andere Weise sichergestellt werden kann, der Ausübung der Arbeit ein sonstiger wichtiger Grund entgegensteht.“ (Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, 2005, S.83ff).

7.3.4. Die Geldleistung

Die anfallenden Kosten für die Lebenshaltung werden für Arbeitssuchende und für Angehörige einer bestehenden Bedarfsgemeinschaft nach Hartz IV übernommen.

Abb. 13: Bestandteile der Grundsicherung (ALG II)



Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Dieser Personenkreis erhält eine Regelleistung – Das ALG II. Zusätzlich wird die Miete und Heizung und die Kranken- und Rentenversicherung gewährleistet und bezahlt. Unter bestimmten Voraussetzungen (z. B. Schwangerschaft) können einmalige Zuschläge oder befristete Zuschüsse gewährt werden (vgl. Abb. 13).

Wohnen mehrere hilfebedürftige Personen unter einem Dach, wird der Bedarf der Grundsicherung dieser Tatsache angepasst und die Regelleistungen prozentual erweitert. Verfügen hilfebedürftige Arbeitssuchende und deren Bedarfsgemeinschaft über Vermögen, muss dies bis zu einer festgesetzten Obergrenze verwendet werden, bevor Anspruch auf ALG II besteht. Geschützt wird Vermögen durch festgelegte Freibeträge. Dies gilt vor

allem für Vermögen von Kindern und der Altersvorsorge. Alle beschriebenen Angebote der Grundsicherung haben das Ziel, dass Hilfebedürftige wieder auf eigenen Beinen stehen oder zumindest einen Teil ihres Lebensunterhaltes selbst bestreiten können (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, „o. J.“).

Durch die Darstellungen der Arbeitsmarktpolitik der europäischen Nachbarländer, der Entwicklung der Arbeitslosigkeit in Deutschland und der Umsetzung der Hartz-Gesetze im Rahmen der Agenda 2010 zeigt sich deutlich, dass Gesundheitsförderung für Arbeitslose nicht explizit angesprochen wird. Daraus folgt, dass Gesundheitsförderung für Arbeitslose vom Gesetzgeber und der BA noch nicht bewusst wahrgenommen wird.

Im Kapitel 8 werden die gesundheitlichen Folgen von Arbeitslosigkeit ausführlich beschrieben und verdeutlichen die große Bedeutung von Gesundheitsförderung für Arbeitslose sowie der drängenden Fragestellung welcher in dieser Untersuchung nachgegangen wird.

8. Gesundheitsberichterstattung

Zahlreiche nationale und internationale Studien verweisen darauf, dass gesundheitliche Probleme und Gesundheitsrisiken bei Arbeitslosen vermehrt auftreten. Dabei wird meistens nur auf einzelne Gesichtspunkte des Zusammenhangs zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit eingegangen und es ist zumeist keine Aussage über die Ursache dieses Problems möglich.

Durch Längsschnittstudien wäre es möglich, Aufschluss über die Kausalität dieses Zusammenhangs zu erhalten. An Studien zur Aufklärung mangelt es aber, und dass nicht nur in Deutschland.

Allein die Häufung von gesundheitlichen Problemen bei Arbeitslosen deutet auf ein gesundheitspolitisches Handlungsproblem hin, dass aufgrund von steigenden Arbeitslosenzahlen immer mehr an Bedeutung gewinnt.

Bei der Etablierung von gesundheitsfördernden Angeboten sind umfassende Auswertungen auf der Grundlage repräsentativer Daten erforderlich, um die Interessen von Arbeitslosen einbeziehen zu können. Hierfür wurden bislang wissenschaftliche Umfragen wie den Mikrozensus, das Sozio-oekonomische Panel und die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (RKI) genutzt.

An dieser Stelle sei nur angedeutet, dass aufgrund der Erhebungsart sowie der Definition von Arbeitslosigkeit unterschiedliche Maßzahlen verwendet wurden¹² (Lampert et al. 2005, S. 73, 75).

In den folgenden Abschnitten werden die Analysen der gesundheitlichen Situation von Arbeitslosen, aufgrund der Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes (RKI) und des Gesundheitsreportes der Techniker Krankenkasse dargestellt.

8.1. Ergebnisse der Expertise des Robert-Koch-Instituts

Die Ergebnisse im Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (RKI) werden anhand einer Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes, Krankheiten und Beschwerden, Inanspruchnahme des Versorgungssystems, Gesundheitsverhalten und der Mortalität dargestellt. Als

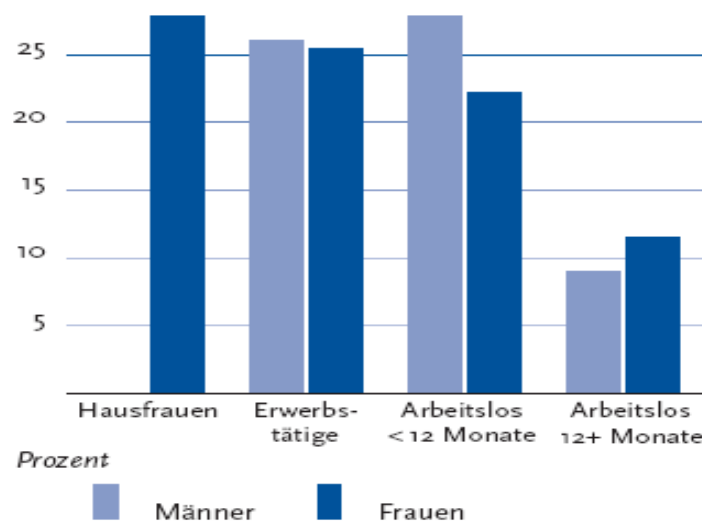
¹² Die BA registriert Arbeitslose im Sinne des § 16 SGB III, der Mikrozensus orientiert sich dagegen an dem international gebräuchlichen „Labour-Force“-Konzept als Erwerbslosendefinition. Diese und die unterschiedlichen Zeitraums-Definitionen der „sofortigen Verfügbarkeit“ erschweren Vergleiche zwischen Studienergebnissen.

Datengrundlage wurden die Routinedaten der Gmünder Ersatzkasse (2000), des Mikrozensus 1999, des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 und des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 genutzt.

8.1.1. Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes

Es zeigt sich aufgrund der Daten des Gesundheitssurveys 2003, dass Arbeitslose und besonders Langzeitarbeitslose ihren allgemeinen Gesundheitszustand schlechter einschätzen als Erwerbstätige und Hausfrauen. Lediglich 9% der Männer, die seit mindestens einem Jahr arbeitslos sind, schätzen ihren Gesundheitszustand als sehr gut ein. Bei den langzeitarbeitslosen Frauen zeigt sich ein ähnliches Bild.

Abb. 14: Sehr gute Einschätzung der allgemeinen Gesundheit in Abhängigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen



Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003, Quelle: RKI, 2005

Weiterhin zeigte sich anhand der Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998, dass Hauptverdiener stärker von gesundheitlichen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit betroffen sind, als Nebenverdiener. Dies wurde auch schon bei einer Arbeitslosigkeitsdauer von unter einem Jahr festgestellt.

Zudem weisen erwerbstätige Männer, die in den letzten fünf Jahren über längere Zeiträume arbeitslos gewesen sind, wesentlich häufiger gesundheitliche Beeinträchtigungen auf, als durchgehend erwerbstätige Männer (Gesundheitssurvey 2003).

Aufgrund der gesundheitlichen Verfassung in der Gestaltung des alltäglichen Lebens eingeschränkt zu sein, gaben mehr als die Hälfte der befragten langzeitarbeitslosen Männer an. Die langzeitarbeitslosen Frauen gaben dagegen an, weniger von gesundheitsbedingten Einschränkungen im alltäglichen Leben betroffen zu sein, als kurzzeitarbeitslose Frauen. Einschränkungen der Gesundheit als Grund für Arbeitslosigkeit, wurden von jedem vierten arbeitslosen und jedem dritten langzeitarbeitslosen Mann angegeben. Frauen geben dagegen deutlich seltener gesundheitliche Einschränkungen als Grund für Arbeitslosigkeit an (Gesundheitssurvey 2003).

Vor allem Frauen und Männer, die mehr als 12 Monate arbeitslos sind, berichten im Gesundheitssurvey 2003 über eine signifikante Verschlechterung der Gesundheit infolge von Arbeitslosigkeit. Bei Frauen wirkt sich schon eine kurzzeitige Arbeitslosigkeit negativ auf die Gesundheit aus (Lampert et al. 2005, S. 75 ff).

8.1.2. Krankheiten und Beschwerden

Innerhalb der Erhebung des Mikrozensus 1999 wurden Erwerbslose gefragt, ob sie derzeit krank oder unfallverletzt wären. Dies gaben 14,3% der 40-65-jährigen an. Demgegenüber wurde dieser Umstand von 8,4% der Erwerbstätigen der gleichen Altersgruppe angegeben. Im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 wurden auch Beschwerden und Schmerzen berücksichtigt, die nicht auf einer Diagnose beruhten. Die Altersspanne bezog sich auf die 20-59-jährigen. Fast 60% der arbeitslosen Männer gaben an, von Beschwerden und Schmerzen beeinträchtigt zu werden. Dagegen war dies nur bei 36% der kurzzeitig Arbeitslosen und 28% der erwerbstätigen Männer der Fall. Es zeigt sich bei den Frauen wiederum, dass die kurzzeitig Arbeitslosen genauso häufig wie die Langzeitarbeitslosen von Schmerzen und Beschwerden betroffen sind.

Von der Liste der Krankheiten und Beschwerden, die im Gesundheitssurvey 2003 erfasst wurden, kamen Hypertonie, chronische Bronchitis, Arthrose, Rückenschmerzen, Schwindel und Depression bei Arbeitslosen häufiger vor als bei Erwerbstätigen. Im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 wurde eine ausführlichere Liste der Krankheiten und Beschwerden erhoben. Bei arbeitslosen Männern zeigten sich Unterschiede im Auftreten von Durchblutungsstörungen des Gehirns mit Lähmungen oder Gefühlsstörungen, Durchblutungsstörungen der Beine, Leberzirrhose, Epilepsie, psychische Störungen sowie Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen. Bei arbeitslosen Frauen hingegen wurden

lediglich Durchblutungsstörungen der Beine häufiger angegeben (Robert Koch-Institut, Lampert et al., 2005, S. 77).

8.1.3. Inanspruchnahme des Versorgungssystems

Mit den festgestellten erhöhten gesundheitlichen Belastungen von Arbeitslosen ist auch eine stärkere Inanspruchnahme des Versorgungssystems verbunden. Im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 wurden im Durchschnitt 9,8 Arztkontakte für arbeitslose Männer gegenüber 7,1 Arztkontakten für erwerbstätige Männer angegeben. Wesentlich häufiger nehmen Frauen einen Arzt in Anspruch, wobei sich aber keine Unterschiede zwischen arbeitslosen und erwerbstätigen Frauen zeigen.

Aufgrund der im Jahre 2000 von der GEK erhobenen Daten, zeigt sich, dass Arbeitslose mehr Krankenhaustage aufweisen als Erwerbstätige. Arbeitslose Männer verweilen 2257 Tage je 1000 Versicherungsjahre im Krankenhaus. Dagegen beläuft sich die Zahl der Tage bei erwerbstätigen Männern auf 963 Tage. Arbeitslose Frauen verweilen 2162 Tage und erwerbstätige Frauen 1263 Tage im Krankenhaus.

Sehr deutliche Unterschiede zeigen sich, wenn die Aufenthalte in Krankenhäusern auf einzelne Diagnosen oder Diagnosegruppen (ICD-10)¹³ bezogen werden. Für die meisten Diagnosekapitel zeigen sich bei Arbeitslosen längere Krankenhausaufenthalte als bei Erwerbstätigen.

Besonders deutlich wird dies bei psychischen und Verhaltensstörungen. Bis zu siebenmal mehr Tage verbringt ein arbeitsloser Mann mit dieser Diagnose im Krankenhaus als ein erwerbstätiger Mann. Bei den Frauen sind die Unterschiede nicht so drastisch. Eine arbeitslose Frau verbringt bei oben genannter Diagnose bis zu dreimal mehr Tage im Krankenhaus als eine erwerbstätige Frau.

Unterschiede in der Verweildauer im Krankenhaus finden sich bei Infektionserkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Krankheiten der Verdauungsorgane, Verletzungen und Vergiftungen und bei Frauen in Bezug auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

Weiterhin wurde festgestellt, dass Arbeitslose, die ein Jahr oder länger arbeitslos gewesen sind, ein dreifach höheres Risiko für eine längere Krankenhausbehandlung aufweisen als Erwerbstätige. Bezieht man Einflüsse von Vorerkrankungen in die Berechnungen mit ein,

¹³ ICD: Internationale statistische Klassifikation der Erkrankungen gemäß ihrer 10.Revision (ICD 10) gilt als international gebräuchlich und wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben

erhöht sich das Risiko noch mal 2,3fach (Robert Koch-Institut, Lampert et al., 2005, S. 77ff).

8.1.4. Gesundheitsverhalten

Ein riskanteres Gesundheitsverhalten bei Arbeitslosen dürfte ein wichtiger Grund für ein höheres Auftreten von Krankheiten und Beschwerden sein.

In Bezug auf den Tabakkonsum zeigen sich besonders massive Unterschiede. Eine erhöhte Raucherquote, über alle Altersgruppen hinweg, zeigt sich im Mikrozensus 1999. Ungefähr zwei Drittel der 25-34-jährigen erwerbslosen Männer rauchen. Dagegen raucht weniger als die Hälfte der erwerbstätigen Männer.

Innerhalb des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 zeigt sich ein ähnliches Bild. Wiederum rauchen fast zwei Drittel der 20-59-jährigen kurzzeit- und langzeitarbeitslosen Männer und nur ca. 40% der erwerbstätigen Männer.

Männer die länger als ein Jahr arbeitslos sind, rauchen 2,7-mal häufiger als erwerbstätige Männer. Im Vergleich dazu rauchen Männer, die bis zu einem Jahr arbeitslos sind, 1,9-mal häufiger. Bei Frauen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf das Rauchen.

Abb. 15: Anteil der aktuellen Raucher/innen in Abhängigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen

Erwerbsstatus	Männer			Frauen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Hausfrauen	–	–	–	31,5	0,78	0,62–0,97
Erwerbstätige	42,2	Ref.	–	37,1	Ref.	–
Arbeitslose (< 12 Monate)	60,5	1,92	1,22–3,00	48,4	1,58	0,94–2,63
Arbeitslose (12+ Monate)	64,1	2,74	1,70–4,43	44,8	1,57	0,99–2,49

%=Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI=Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie

Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003, Quelle: RKI, 2005

Bisher konnte in den meisten Untersuchungen zwischen Alkoholkonsum und Arbeitslosigkeit kein Zusammenhang festgestellt werden. Dieser Zusammenhang lässt sich aber dadurch verdeutlichen, dass ca. 40% der 46.500 Erwachsenen im Jahr 2000 eine Entwöhnungsbehandlung aufgrund von Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder

anderer Drogen erhalten haben. Diese Personen waren vor Antragsstellung alle arbeitslos gemeldet.

Die Erkenntnisse zur Ernährung lassen nicht direkt den Schluss zu, dass Arbeitslosen sich weniger gesundheitsbewusst ernähren. Arbeitslose verzehren häufiger kohlenhydratreiche Grundnahrungsmittel, welches auf eine preisgünstige Ernährung hindeutet. Weiterhin spricht die größere Betroffenheit von Übergewicht und Adipositas bei Arbeitslosen für Unterschiede in den Ernährungsgewohnheiten.

33% der 20-59-jährigen langzeitarbeitslosen Frauen sind laut Gesundheitssurvey 2003 übergewichtig und 26% sind adipös. Dagegen sind die erwerbstätigen Frauen mit 30% übergewichtig und mit 13% adipös. In Bezug auf Adipositas zeigt sich bei den Männern ein Ansteigen der Werte. 23,7% der langzeitarbeitslosen Männer und 16% der erwerbstätigen Männer sind adipös.

Es zeigen sich deutliche Unterschiede bezüglich der sportlichen Betätigung. Obwohl Arbeitslose über ein höheres Zeitkontingent verfügen, treibt die Hälfte der arbeitslosen Männer gar keinen Sport. Lediglich ein Drittel der erwerbstätigen Männer betreibt regelmäßig Sport. Wenn langzeitarbeitslose Männer Sport treiben, dann sind keine Unterschiede zu erwerbstätigen Männern die Sport treiben, auszumachen. Bei den Frauen zeigen sich keine Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen (Lampert et al. 2005, S. 81 f).

8.1.5. Mortalität

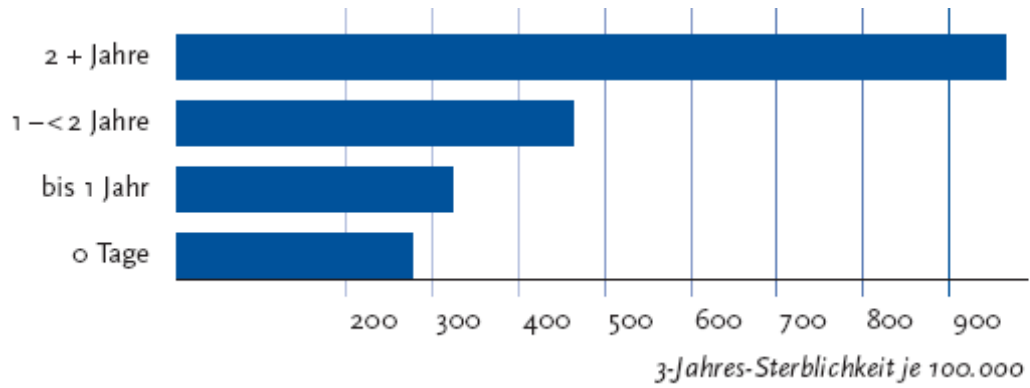
Aufgrund von gesundheitlichen Einschränkungen und gesundheitsriskanterem Verhalten, lässt sich eine erhöhte Sterblichkeit bei Arbeitslosigkeit vermuten. Die Ergebnisse der GEK-Daten zeigen, dass Arbeitslose einem höheren Mortalitätsrisiko ausgesetzt sind.

Von 100.000 durchgängig erwerbstätigen Personen starben im Beobachtungszeitraum von drei Jahren 277 Menschen. Dagegen nahm die Sterblichkeit mit der Dauer der Arbeitslosigkeit zu.

965 Todesfälle wurden für die Personen, die zwei Jahre oder länger arbeitslos waren, registriert. Beachtet man Alters- und Geschlechtszusammensetzungen der einzelnen Vergleichsgruppen, zeichnet sich für die Personen mit einer Arbeitslosigkeitsdauer von einem bis unter zwei Jahren ein 1,6fach erhöhtes Mortalitätsrisiko im Vergleich zu

Erwerbstätigen ab. Bei Personen, die zwei oder mehr Jahre von Arbeitslosigkeit betroffen sind, erhöht sich das Mortalitätsrisiko 3,4fach (Lampert et al. 2005, S. 82 f)

Abb. 16: Sterblichkeit im Zeitraum 1998-2000 nach Arbeitslosigkeitsdauer



Datenbasis: Gmünder Ersatzkasse; Quelle: RKI, 2005

8.2. Ergebnisse des Gesundheitsreportes der Techniker Krankenkasse

Die Ergebnisse des Gesundheitsreportes der Techniker Krankenkasse werten Daten von Erwerbstätigen und Arbeitslosen aus. Die Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit werden anhand des Krankenstandes¹⁴, nach ICD 10-Diagnosekapiteln und nach Arzneiverordnungen¹⁵ dargestellt. Die Daten des Gesundheitsreportes werden aufgrund von anonymisierten Routinedaten der Versicherten der Techniker Krankenkasse durch Vorlage einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erhoben. Diese beruhen auf Arbeitsunfähigkeitsmeldungen und Arzneimittelverordnungsdaten.. Alle Ergebnisse wurden alters- und geschlechtsstandardisiert, um eine Vergleichbarkeit zwischen verschiedenen Gruppen zu erreichen.

Im Jahr 2004 waren insgesamt 2,7 Millionen Erwerbspersonen über einen Zeitraum von 2,4 Millionen Jahren bei der Techniker Krankenkasse versichert. Im Hinblick auf die Beschäftigten in Deutschland, waren im Jahr 2004 etwa 8,2% bei der Techniker Krankenkasse versichert. Davon wohnten 3,1% in Hamburg. Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse werden explizit für Hamburg ausgewiesen, da die vorliegende Untersuchung in Hamburg stattgefunden hat (Techniker Krankenkasse 2005, S. 3).

8.2.1. Krankenstand

Die Krankenstände liegen im Allgemeinen relativ niedrig und es ist zu einem deutlichen Rückgang von gemeldeten Arbeitsunfähigkeiten in den letzten Jahren gekommen. Abhängig vom Beruf, sind die Rückgänge besonders bei Gruppen mit vormals hohen Krankenständen zu verzeichnen.

Der Krankenstand in Hamburg verzeichnet 2004 einen Wert von 3,5% und liegt somit über dem Bundesdurchschnitt¹⁶ (3,1%). Dieser Wert entspricht 12,9 Fehltagen je Versicherungsjahr in Hamburg. Im Vergleich dazu lagen die Fehlitage im Bundesdurchschnitt bei 11,2 Tagen (Techniker Krankenkasse 2005, S. 4).

¹⁴ Krankenstand: Anteil der gemeldeten Arbeitsunfähigkeitstage an allen Versicherungstagen in Prozent. Der Krankenstand entspricht dabei dem Anteil, der an einem Tag durchschnittlich krankgemeldeten Personen. Zur Ermittlung werden in verschiedenen Statistiken abweichende Methoden verwendet, welches bei Vergleichen zu berücksichtigen ist.

¹⁵ Arzneiverordnungsdaten liegen den Krankenkassen weitgehend vollständig vor, da in Deutschland Arzneimittel fast ausschließlich über Apotheken abgegeben werden und durch die Informationen auf einem Rezept an die zuständige Krankenkasse weitergeleitet.

¹⁶ Bundesdurchschnitt: alle TK-versicherten Personen werden in die Berechnungen miteinbezogen

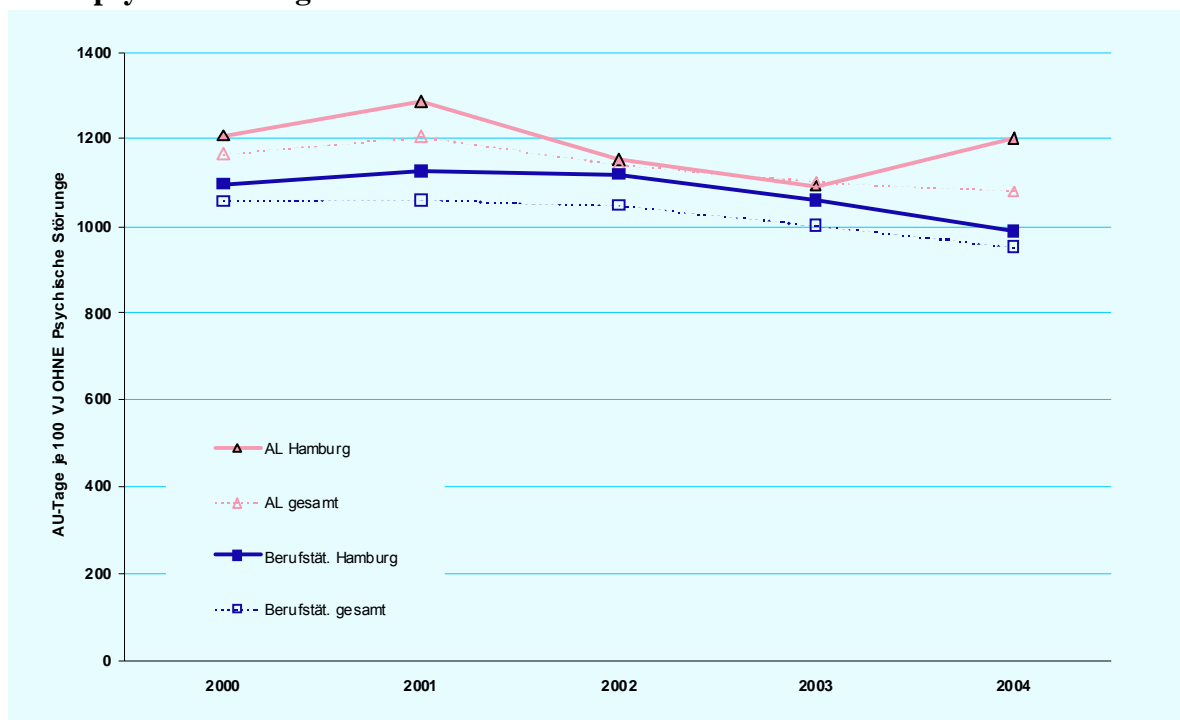
8.2.2. ICD10-Diagnosekapitel

In drei, der anteilmäßig am häufigsten vorkommenden ICD 10-Diagnosekapiteln überschreiten die erhobenen Werte für Hamburg, in Bezug auf Arbeitsunfähigkeitstage, die bundesweiten Werte.

Bei Erkrankungen des Bewegungsapparates werden die bundesdeutschen Werte in Hamburg um 12,0% überschritten, bei Atemwegserkrankungen um 7,0%. Sehr deutlich zeigt sich die Überschreitung bei den psychischen Störungen. Hier liegt der Wert 80% über dem bundesdeutschen Wert.

Betrachtet man die Arbeitsunfähigkeiten in Bezug auf die nicht-psychischen Diagnosen, zeigt sich, dass die Werte für Berufstätige und Arbeitslose in Hamburg leicht über den bundesdeutschen Werten liegen.

Abb. 17: Arbeitsunfähigkeitszeiten bei Arbeitslosen und Berufstätigen 2000 bis 2004: Nicht-psychische Diagnosen



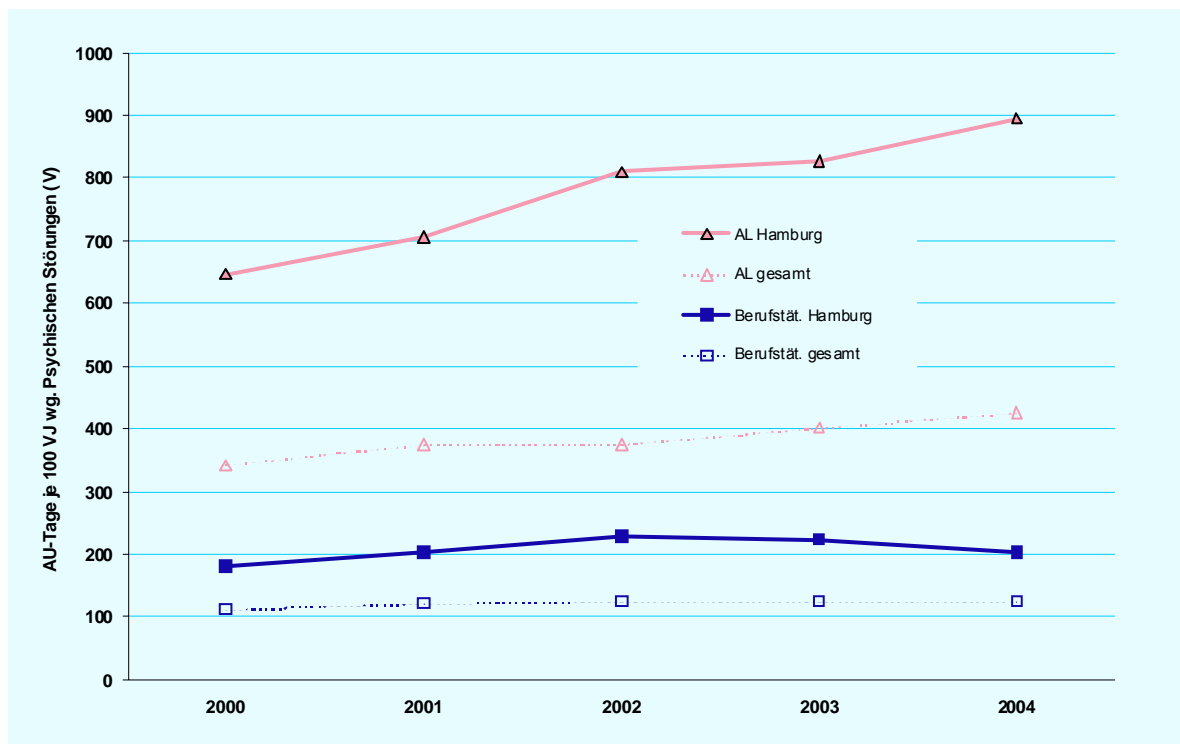
Quelle: TK-Gesundheitsreport, 2005

Im Jahr 2004 stiegen die Arbeitsunfähigkeitszeiten in Bezug auf nicht-psychische Diagnosen bei den Arbeitslosen an und bei den Erwerbstätigen nahmen sie weiter ab (vgl. Abb. 17).

Aufgrund von psychischen Störungen betragen die Fehlzeiten in Hamburg 275 Fehltag je 100 Versicherungsjahre¹⁷ und lagen im Vergleich zu bundesdeutschen Werten mit 153 Fehltagen je 100 Versicherungsjahren deutlich höher.

Im Hinblick auf psychische Störungen und die damit verbundenen Arbeitsunfähigkeitszeiten, sind die Unterschiede zwischen Erwerbstätigen und Arbeitslosen sehr deutlich. Die Werte liegen sowohl bei den Erwerbstätigen, als auch bei den Arbeitslosen deutlich über den bundesdeutschen Werten. Die Werte der Arbeitslosen liegen auf einer Höhe, die in keinem anderen Bundesland aufgezeigt werden konnte. Somit war ein Arbeitsloser im Jahr 2004, allein aufgrund psychischer Störungen 9 Tage arbeitsunfähig gemeldet. Auf alle anderen Diagnosen bezogen, entfielen bei Arbeitslosen 12Tage (Techniker Krankenkasse, 2005, S. 5, 10).

Abb. 18: Arbeitsunfähigkeitszeiten bei Arbeitslosen und Berufstätigen 2000 bis 2004: Psychische Störungen



Quelle: TK-Gesundheitsreport, 2005

¹⁷ 100 Versicherungsjahre: Da nicht alle Versicherten das ganze Jahr über in der TK versichert sind, werden die Arbeitsunfähigkeitstage bzw. Arbeitsunfähigkeitsfälle in „100 Versichertenjahren“ dargestellt. Die tatsächlichen Versicherungszeiten werden von Tagen auf volle Jahre umgerechnet. Damit lassen sich unterschiedlich strukturierte Gruppen (z.B. durch Fluktuation oder Anzahl) besser vergleichen.

8.2.3. Arzneiverordnungen

Nachfolgend werden Unterschiede in Arzneiverordnungsraten zwischen Arbeitslosen und Berufstätigen verglichen. Aufgrund des Verordnungsvolumens von Psychopharmaka, wurden Antidepressiva als relevantestes verordnetes Arzneimittel festgestellt.

Es zeigten sich deutliche Unterschiede, zwischen Berufstätigen und Arbeitslosen bezüglich der Verordnungsraten von Antidepressiva. Im Jahr 2004 wurde in Hamburg 3,4% aller Berufstätigen mindestens einmal ein Antidepressivum verordnet. Bei den Arbeitslosen waren es mehr als doppelt so viele, mit 6,9% (Techniker Krankenkasse, 2005, S. 17).

9. Einrichtungen der Erwerbslosenhilfe in Hamburg

In diesem Kapitel werden die Strukturen der Hilfeinrichtungen für Erwerbslose in Hamburg betrachtet. Hiermit soll ein Überblick über gesundheitsfördernde Projekte für Erwerbslose in Hamburg gegeben werden. Die Übersicht dient als Grundlage für die Experteninterviews der vorliegenden Untersuchung.

Institutionen, die sich mit der Unterstützung und Begleitung von Erwerbslosen beschäftigen, gibt es in Hamburg sehr viele. Daher wird mit der vorliegenden Recherche und der im Anhang dargestellten Übersicht kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben. Es wurde versucht, die Vielseitigkeit der Hilfeinrichtungen durch einzelne unterschiedliche Einrichtungen wieder zu geben.

Bei der Betrachtung der Institutionen finden sich verschiedene Beschäftigungsträger, die zeitlich begrenzte Arbeitsmöglichkeiten für Arbeitslosengeld II Empfänger und häufig eine Arbeitsvermittlung auf den ersten Arbeitsmarkt bieten. Den nächsten Bereich bilden soziale und beratende Einrichtungen. Hierzu gehören kirchliche Träger und verschiedene Vereine. Weiter finden sich unterschiedlichste Sozial- und Arbeitsloseninitiativen, welche von unabhängigen Gruppen bis zu Gruppen der Gewerkschaften reichen und Initiativen die Akademiker ansprechen oder ältere Arbeitssuchende im Fokus haben. Um Erwerbslose mit gesundheitsfördernden Projekten zu erreichen, kann auch in Betracht gezogen werden Unternehmungsberatungen oder Weiterbildungsanbieter in dieses Thema einzubinden. Als Informationsplattform kann sicherlich das Internet mit seinen Seiten für Erwerbslose dienen.

9.1. Darstellung und Beschreibung der Einrichtungen

In der tabellarischen Darstellung der Einrichtungen¹⁸ wird der Name der Einrichtung, die Telefonnummer und, wenn vorhanden, eine E-Mail- und Internet-Adresse angegeben. Beschrieben wird die Einrichtung durch Angabe der Zugehörigkeit in eine der oben beschriebenen Gruppen sowie durch die folgenden Faktoren:

- Konnte ein Gesundheitsbezug (Gesundheitsberatung oder Gesundheitsförderung) gefunden werden?

¹⁸ Im digitalen Anhang

- Bietet die Einrichtung allgemeine Informationen zu Harz IV (ALG I + II, Anträge, Was ist zu tun, wenn Erwerbslosigkeit eintritt?) oder Begleitung zu Ämtern an?
- Gibt es weitere Angebote für Erwerbslose, z.B. psychosoziale Beratung, Schuldnerberatung, Bewerbungstraining, Erfahrungsaustausch, Diskussionsrunden, Freizeitgestaltung, Arbeitsvermittlung oder Weiterbildung?
- Bietet die Einrichtung Beschäftigungsmöglichkeiten für Arbeitslosengeld II Empfänger?
- Informiert die Einrichtung zum Themenfeld der Selbstständigkeit (Ich-AG, Existenzgründung)?
- Bietet die Einrichtung weitere Angebote über das Thema „Arbeitslosigkeit“ hinaus an?

Die Darstellung umfasst 33 Einrichtungen und sechs Internetseiten. Von diesen Institutionen sind 13 Beschäftigungsträger, 14 soziale und beratende Einrichtungen und sechs Initiativen.

Ein Gesundheitsbezug konnte bei fünf Einrichtungen gefunden werden, wovon eine Einrichtung ein gesundheitsförderndes Angebot der primären Prävention bietet.

Bei 19 Institutionen können allgemeine Informationen zu Harz IV eingeholt werden. 32 Einrichtungen bieten weitere Angebote für Erwerbslose an. Zum Thema Selbstständigkeit informieren 8 Institutionen und 14 machen weitere Angebote, die über das Thema der Arbeitslosigkeit hinausgehen.

9.2. Gesundheitsförderliche Ansätze der Einrichtungen

Die Betrachtung der Strukturen der Hilfeeinrichtungen in Hamburg zeigt, dass es viele Institutionen gibt, welche Erwerbslose unterstützen und begleiten. Wie stark diese in Anspruch genommen werden und ob sie ausreichende Kapazitäten für die Hamburger Erwerbslosen bieten, konnte im Rahmen dieser Arbeit nicht untersucht werden. Es zeigte sich aber, dass es eine Vielzahl von Ansprechpartnern in der Arbeitslosenarbeit gibt, über welche Gesundheitsförderung etabliert werden könnte. Besonders über die Beschäftigungsträger könnten viele Erwerbslose Hamburger Bürger angesprochen und informiert werden.

In Bezug auf bestehende gesundheitsfördernde Projekte kommt die Betrachtung zu einem ernüchternden Ergebnis: Eine Beratungsstelle führt mit dem Pilotprojekt „Arbeitslosigkeit und Selbstwertgefühl“¹⁹ primäre Prävention²⁰ durch. Eine zweite Einrichtung leistet mit ihrem Beratungsangebot „Beratung für Menschen, die durch Erwerbslosigkeit bzw. materielle Not in psychische Krisen geraten sind“ einen Beitrag zur sekundären Prävention²¹. Bei den anderen Einrichtungen, in denen ein Gesundheitsbezug festgestellt werden konnte, handelt es sich um unterschiedliche Gesundheitsberatungen (z.B. Diabetikerberatung), die aber nicht mit der Problematik der Erwerbslosigkeit in Verbindung gebracht werden.

¹⁹ Stand: November 2005

²⁰ Primäre Prävention: Krankheitsverhütung, umfasst Förderung der Gesundheit; Sekundäre Prävention: Krankheitsfrüherkennung, Risikofaktoren erkennen und therapieren bevor Krankheitssymptome auftreten (Franzkowiak 1999c, S. 85 f)

10.Experteninterviews

Es sind im Rahmen dieser Diplomarbeit zwei Untersuchungen durchgeführt worden.

Nachfolgend werden in Kapitel 10 die Experteninterviews²¹ und in Kapitel 11 die Querschnittserhebung ausführlich dargestellt.

10.1. Fragestellungen

Die nachstehende Auflistung gibt die Fragestellungen und damit verbundenen Ziele wieder, die mit den Experteninterviews verfolgt werden sollen.

I: Wer nutzt das Angebot der befragten Einrichtung? Wer kann wo erreicht werden? Es soll aufgezeigt werden, welche Gruppe der Erwerbslosen in den befragten Einrichtungen zu finden und erreichbar ist.

II: Wie werden die Gesundheit und die gesundheitlichen Belastungen und Einschränkungen von Erwerbslosen von den Vertretern der befragten Einrichtungen eingeschätzt? Wird Gesundheit thematisiert und wie wird mit Belastungen und Einschränkungen umgegangen?

III: Hat die Einrichtung (vergangene oder aktuelle) Erfahrungen mit Gesundheitsförderung für Erwerbslose? Kann sich der Vertreter der Einrichtung vorstellen, dass in der Einrichtung Gesundheitsförderung betrieben wird (selbstständig oder in Kooperation)?

IV: Welche Hindernisse vermuten die Experten, aus ihrer täglichen Arbeit mit Erwerbslosen heraus, auf Seiten ihrer Kunden um an gesundheitsfördernden Angeboten teilzunehmen?

V: Wie informiert die Einrichtung über sich und ihr Angebot? Wie werden die Erwerbslosen erreicht? Sind diese Wege auch für Gesundheitsförderungsprojekte geeignet oder gibt es weitere, alternative Möglichkeiten?

²¹ Experten sind in dieser Untersuchung die Vertreter der befragten Einrichtungen.

10.2. Untersuchungsmethode und Konzeption des Interviewleitfadens

Es wurden anhand von qualitativen leitfadengestützten Experteninterviews verschiedene Mitarbeiter aus Institutionen, die sich mit der Unterstützung und Begleitung von Erwerbslosen beschäftigen befragt (ausführliche Stichprobenbeschreibung siehe Abschnitt 10.4.). Die persönlichen Interviews (Face-to-face-Interviews) wurden in sechs Einrichtungen durchgeführt.

Der Interviewleitfaden wurde eigenständig im Rahmen dieser Untersuchung entwickelt. Hier wurde eine qualitative Methode angewandt, um in einem persönlichem Gespräch mit den Vertretern der Einrichtungen neue Erkenntnisse herausfinden zu können.

Die Experteninterviews wurden mit Hilfe eines offenen strukturierten und standardisierten Erhebungsverfahrens durchgeführt. Das heißt, dass die Interviewpartner offen auf die Fragen antworten konnten und die Fragen immer in der gleichen Reihenfolge und mit gleichem Wortlaut gestellt wurden.

Der Leitfaden²² für die Experteninterviews gliedert sich in die Bereiche, die aus den Zielen und Fragestellungen extrahiert wurden:

- I: Kunden der Einrichtung.
- II: Gesundheit.
- III: Gesundheitsförderung.
- IV: Hindernisse für eine Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten.
- V: Informationswege.

10.3. Auswahlverfahren

Im Rahmen dieser Arbeit wurden die Strukturen der Hilfeeinrichtungen für Erwerbslose in Hamburg dargestellt (siehe Kapitel 9). Aus dieser Darstellung wurden sechs Einrichtungen für die Experteninterviews gewonnen. Die Einrichtungen wurden nach den folgenden Kriterien ausgewählt:

- Standort der Einrichtung: Die Untersuchung wurde regional auf Hamburg begrenzt.

²² Original befindet sich im Anhang

- Zielgruppe der Einrichtung: Es wurden nur Einrichtungen untersucht, deren Zielgruppe Erwerbslose sind. Die Zielgruppe sollte von der Einrichtung nicht weiter begrenzt sein, z.B. nur Frauen oder ältere Menschen.
- Gesundheitsbezug: Die Einrichtung sollte sich mit dem Thema Gesundheit beschäftigen und /oder Erfahrungen im Bereich der Gesundheitsförderung haben.

Das letzte Kriterium hat die Untersuchungsgruppe sehr klein gehalten. Deshalb wurden auch Einrichtungen, die laut Literatur und Expertenaussagen²³ für die Durchführung von Gesundheitsförderung geeignet wären, aufgenommen wie z.B. Beschäftigungsträger.

Die unterschiedlichen Hilfeinrichtungen für Erwerbslose in Hamburg werden in dieser Untersuchung durch zwei Beschäftigungsträger, drei Beratungsstellen und die Arbeitsgemeinschaft Hamburg exemplarisch dargestellt. Arbeitsloseninitiativen und Einrichtungen von Gewerkschaften wurden nicht aufgenommen, da sie oft vorwiegend politisch ausgerichtet oder auf Berufsgruppen begrenzt sind.

10.4. Beschreibung der befragten Einrichtungen

Die Experteninterviews wurden in sechs Hamburger Einrichtungen, die sich mit der Unterstützung und Begleitung von Erwerbslosen beschäftigen, durchgeführt. Diese werden, um die Anonymität des Einzelnen zu gewährleisten, in drei Gruppen dargestellt. Hierzu gehören die Beschäftigungsträger mit zwei Einrichtungen, die Beratungsstellen mit drei Einrichtungen und die Arbeitsagentur Hamburg.

Beschäftigungsträger

Die Beschäftigungsträger bieten Arbeitsgelegenheiten auf Basis des SGB II (so genannte 1 €-Jobs für Arbeitslosengeld II Empfänger). Die befragten Einrichtungen bieten ihre Arbeitsgelegenheiten direkt in ihrem Betrieb oder über einen Kooperationspartner in einem gemeinnützigen Unternehmen an. Die Arbeitsfelder sind unterschiedlich, bei beiden Befragten werden folgende angeboten: Altenpflege, öffentliche Grünpflege, Haushaltsdienstleistungen, Metall und Holz. Die Kunden der Beschäftigungsträger können

²³ Expertenaussagen wurden auf der BKK-Tagung „Fit for Work“ im Rahmen von Erfahrungsberichten getroffen.

unterschiedliche zusätzliche Angebote in Anspruch nehmen, hierzu gehören z.B. Bewerbungstrainings, Schuldner- und Suchtberatung.

Für die Experteninterviews stellte sich bei einem der Beschäftigungsträger der Geschäftsführer zur Verfügung und bei dem anderen ein Mitarbeiter der Arbeitsvermittlung (welcher unter anderem die Einstellungsgespräche führt, die Arbeitseinteilung vornimmt und früher für die Gesundheitsförderung zuständig war).

Beratungsstellen

Die drei Beratungsstellen bieten kostenlose Einzel- und Gruppenangebote an. Beispiele der Angebote: Telefonische Beratung, Begleitung zu Behörden, Informationsveranstaltungen zu Harz IV, Unterstützung von Selbsthilfegruppen, Gruppenangebote zur beruflichen Orientierung mit Einzelcoaching, Beratungen in unterschiedlichen Sprachen, Unterstützung bei Bewerbungen und Kommunikationstrainings. Die Interviewpartner in den Beratungsstellen waren Mitarbeiter, die die Kundenberatungen durchführen.

Arbeitsgemeinschaft

Nähere Informationen zur Arbeitsgemeinschaft (ARGE) finden sich in Kapitel 7. Für diese Untersuchung konnte ein Mitarbeiter der Arbeitsvermittlung gewonnen werden.

10.5. Durchführung der Untersuchung und Datenerhebung

Die Einrichtungen wurden telefonisch kontaktiert und über die Untersuchung informiert. Fast alle Einrichtungen reagierten positiv auf die Anfrage. Ein Beschäftigungsträger äußerte im ersten Gespräch Desinteresse, bei der zweiten Anfrage stimmte er allerdings zu. Zur zweiten Anfrage kam es, weil ein Interview bei einem anderen Beschäftigungsträger aus Krankheitsgründen nicht stattfinden konnte.

Bei bestehendem Interesse und Zustimmung an dem Experteninterview teilzunehmen wurde der Einrichtung vorab ein Interviewleitfaden zugeschickt.

Die Interviews wurden vor Ort in den Einrichtungen in der Zeit von Mitte November bis Anfang Dezember 2005 durchgeführt. Ein Interview dauerte im Schnitt 60 Minuten. Das Interview wurde von einer Diplomandin geführt, von einer weiteren protokolliert und zusätzlich mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet.

10.6. Datenauswertung

Die Auswertung der Daten der leitfadengestützten Interviews gliedert sich in zwei Schritte:

- die Aufbereitung der Daten und
- die Auswertung der Daten.

Für die Aufbereitung des Datenmaterials wurde dieses in zusammenfassenden Protokollen²⁴ verschriftlicht. Die Kategorien orientieren sich an den Fragestellungen des Interviewleitfadens und werden in folgende Komplexe gegliedert:

I Besucher der Einrichtung

- Zielgruppe
- Lebensalter
- Geschlecht
- Schulbildung
- Berufsbildung
- Dauer der Erwerbslosigkeit

II Gesundheit

- Gesundheitliche Situation
- Thematisierung von Gesundheit
- Belastungen und Einschränkungen
- Umgang mit Belastungen und Einschränkungen

III Gesundheitsförderung

- Themenvorschläge
- Aktive Gesundheitsförderung
- Bereitschaft gesundheitsfördernde Angebote durchzuführen

IV Hindernisse für eine Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten

V Informationswege

²⁴ Vgl.: Mayring 2002, S. 94 f

Die Datenauswertung wurde nach der inhaltsanalytischen Zusammenfassung von Mayring durchgeführt (vgl. Mayring 2002, S.114 f). Um die Anonymität der Einrichtungen zu bewahren wurden, wie bereits erwähnt, diese in drei Gruppen eingeteilt: die Beschäftigungsträger, die Beratungsstellen und die Arbeitsgemeinschaft (ARGE).

Die Daten wurden

a) in vier der Kategorien als Auflistung mit Angabe der Häufigkeiten dargestellt. In drei dieser Kategorien wurden die Daten in Bereiche gegliedert.

b) in acht Kategorien im Zusammenhang mit der Gruppenzugehörigkeit der Einrichtung (Beschäftigungsträger, Beratungsstelle oder ARGE) wiedergegeben. Hier werden erst allgemeine Aussagen (gültig für diese Untersuchung) getroffen und anschließend Besonderes aus den Einrichtungsgruppen (falls vorhanden) wiedergegeben.

c) in drei Kategorien zu einer Gesamtaussage über alle Einrichtungen zusammengefasst.

Die Darstellungsform **a)** wurde gewählt, um die Bandbreite der Nennungen und durch die Angabe der Häufigkeiten die Wichtigkeit der einzelnen Nennung zeigen zu können.

Mit Darstellungsform **b)** können die Unterschiede in den Einrichtungen deutlich gemacht und komplexe Aussagen wiedergegeben werden.

Die Darstellungsform **c)** wurde für Kategorien gewählt, in denen keine Besonderheiten zwischen den einzelnen Einrichtungen vorkamen und somit eine Aussage über alle Einrichtungen getroffen werden konnte.

Zu **a)** gehören die Kategorien:

1. Belastungen und Einschränkungen,
2. Themenvorschläge,
3. Hindernisse,
4. Informationswege.

Zu **b)** gehören die Kategorien:

1. Zielgruppe,
2. Lebensalter,
3. Schulbildung,
4. Dauer der Erwerbslosigkeit,
5. Gesundheitliche Situation,

6. Thematisierung von Gesundheit,
7. Umgang mit Belastungen und Einschränkungen,
8. Aktive Gesundheitsförderung.

Zu c) gehören die Kategorien:

1. Geschlecht,
2. Berufsbildung,
3. Bereitschaft gesundheitsfördernde Angebote durchzuführen.

10.7. Ergebnisse

Alle Ergebnisse dieser Untersuchung sind Aussagen der Vertreter der Einrichtungen und beruhen auf subjektiven Einschätzungen. In der folgenden Auswertung werden einzelne Aussagen als Zitate aus den Interviews vorgestellt. Zu Beginn jedes Kategorienkomplexes wird die gestellte Frage aus dem Interviewleitfaden angegeben.

10.7.1. Kunden der Einrichtung

Frage im Leitfaden: „Bitte beschreiben Sie Ihre Kunden (nur Erwerbslose) anhand von demographischen Merkmalen:

- Alter?
- Geschlecht?
- Bildungsstand (Schule, Beruf)?
- Dauer der Erwerbslosigkeit?“

Zielgruppe der Einrichtungen

In allen befragten Einrichtungen besteht der Hauptteil der Zielgruppe aus Arbeitslosen in Hamburg.

Bei den Beschäftigungsträgern ist es Voraussetzung Arbeitslosengeld II zu empfangen, um dort tätig sein zu können.

Die Zielgruppe der Beratungsstellen sind Erwerbslose. Eine legt besonderes Augenmerk auf Menschen, die durch die Erwerbslosigkeit oder finanzielle Not in eine psychische Krise geraten sind.

Die ARGE empfängt Menschen, die von Arbeitslosigkeit bedroht sind, eine neue Arbeit oder einen Rat suchen.

Lebensalter

In allen Einrichtungen liegt die Altersspanne der Kunden zwischen 25 und 60 Jahren. In Einzelnen finden sich auch ab 18 jährige und bis 65 jährige Kunden.

Am häufigsten ist in den Einrichtungen die Altersgruppe der 30 bis 50 Jährigen vertreten. Ein Beschäftigungsträger hat auch einen großen Anteil von 18 bis 24 jährigen Kunden, da sie ein spezielles Angebot für diese Altergruppe bieten.

Geschlecht

Die Geschlechterverteilung variiert in den Einrichtungen leicht. Im Durchschnitt aller Einrichtungen finden sich gleich viele Frauen und Männer.

Schulbildung

Die Kunden der Einrichtungen haben alle möglichen Schulabschlüsse. Fünf der Einrichtungen geben an, dass der typische Kunde keinen oder einen Hauptschulabschluss erworben hat. Die Ausnahme zeigt eine Beratungsstelle: hier haben nur wenige Kunden keinen Schulabschluss erworben und ca. 50% der Kunden haben mindestens ein Fachabitur absolviert.

Berufsbildung

Mit der Berufsausbildung sieht es ähnlich aus wie mit der Schulbildung: Alle Einrichtungen geben an, dass ihr typischer Kunde ungelernt ist oder eine Ausbildung abgebrochen hat. Etliche Kunden haben eine abgeschlossene Berufsausbildung. Absolventen eines Studiums sind wenig vertreten.

Dauer der Erwerbslosigkeit

In fünf Einrichtungen wird die Dauer der Erwerbslosigkeit der Kunden mit meistens einem Jahr angegeben. Die Ausnahme bildet eine Beratungsstelle, in der auch Kunden vertreten sind, die von Arbeitslosigkeit bedroht sind.

10.7.2. Gesundheit

Fragen im Leitfaden: „Wie würden Sie die gesundheitliche Situation Ihrer Kunden beschreiben?

- Ist Gesundheit überhaupt ein Thema?
- Welche Belastungen /Einschränkungen werden thematisiert?
- Wie wird damit umgegangen?“

Gesundheitliche Situation

Die Situation der Kunden wird von vier befragten Einrichtungen (mindestens eine aus jeder Gruppe²⁵) als „gesundheitlich eingeschränkt“²⁶ beschrieben (die anderen beiden haben hierzu keine konkrete Aussage getroffen). Eine Beratungsstelle schätzt z.B., dass „bei ca. 1/3 der Klienten die Gesundheit in Ordnung ist, bei dem Großteil ist sie allerdings schlechter als bei den ‚Normalbürgern‘ (psychisch und physisch)“²⁷.

Der Interviewpartner eines Beschäftigungsträgers stellt fest, dass die Situation der Langzeitarbeitslosigkeit Probleme wie Depression, Alkoholkonsum und sozialen Rückzug fördert. Weiter sagt er, dass schwerbehinderte Menschen und Menschen mit Einschränkungen häufiger Arbeitslosengeld II Empfänger werden und schwerer eine neue Arbeit finden.

Der Vertreter des anderen Beschäftigungsträgers berichtet, dass viele Kunden gesundheitliches Risikoverhalten zeigen, z.B. Rauchen. Zudem erlebt er, dass viele Kunden, ihren Arbeitsplatz aus gesundheitlichen Gründen verloren haben, wobei die Probleme häufig berufsbedingt sind.

Eine Beratungsstelle sagt aus, dass die psychischen Belastungen zunehmen. In die andere Beratungsstelle kommen auch Kunden, die eine Krankengeschichte mit Psychotherapie oder einem Klinikaufenthalt in der Psychiatrie hinter sich haben.

Thematisierung von Gesundheit

In den meisten Einrichtungen ist Gesundheit ein Randthema. Bei den Beschäftigungsträgern wird es im Einstellungsverfahren (um die richtige Arbeitsstelle zu finden) oder im Bereich der Vermittlungsfähigkeit aufgegriffen. Meistens kommt es zu einer Thematisierung, wenn die Gesundheit bereits eingeschränkt ist, also Probleme vorliegen.

²⁵ Beschäftigungsträger, Beratungsstelle, ARGE

²⁶ Interviewzitat

²⁷ Interviewzitat

So ist es auch in zwei Beratungsstellen und der Arbeitsagentur. In den Beratungsstellen kommt es z.B. zu folgenden Fragen:

- Wie gehe ich gegenüber der ARGE oder der Krankenversicherung mit Einschränkungen um?
- Welche Versorgungsmöglichkeiten gibt es bei oder nach einer Krankheit?

In einer Beratungsstelle ist Gesundheit ein Hauptthema, hier geht es dann z.B. um eine Beratung zu einer Psychotherapie.

Belastungen und Einschränkungen

Die von den befragten Einrichtungen genannten gesundheitlichen Belastungen und Einschränkungen lassen sich in folgende vier Bereiche gliedern

- Sucht,
- psychische Probleme,
- körperliche Probleme und
- soziale Themen.

Der Bereich *Sucht* wird insgesamt fünfmal genannt. Zu den Nennungen gehören: fünfmal Alkohol, zweimal Substitution, jeweils einmal Zigaretten, Medikamente und harte Drogen.

Fünf der Befragten machen eine Nennung in diesem Bereich. Die Hälfte der Interviewten gibt an, dass die *psychischen Probleme* zunehmen. Es wurden folgende Problembereiche aufgezählt (mit Häufigkeit der Nennung): Ängste (Zukunfts- und Existenzangst) (3), Depression (2), Konzentrationsschwäche (1), Schlafstörungen (1), resignierte Haltung (1) und Stress (1).

Der Bereich *körperliche Probleme* wird von drei Einrichtungen thematisiert: Dreimal mit Rückenproblemen und jeweils einmal mit Knie- und Gelenkproblemen, Atemwegserkrankungen, Allergien und altersbedingten Krankheiten (wie z.B. Diabetes mellitus Typ II, Arthritis).

Zum Bereich der *sozialen Themen* gehören die Aussagen von jeweils einer Einrichtung: Einsamkeit und soziale Ängste.

Umgang mit Belastungen und Einschränkungen

Die Antworten auf die Frage nach dem Umgang mit Belastungen und Einschränkungen können nach zwei Gesichtspunkten getrennt werden. Zum einen beziehen sie sich auf den Umgang der Einrichtung bzw. ihrer Mitarbeiter mit Belastungen und Einschränkungen der Kunden und zum anderen geht es um den Umgang der Kunden selbst.

Die Beschäftigungsträger setzen ihre Kunden entsprechend deren Belastungen und Einschränkungen ein. Bei einem Träger kann der Arbeitsmedizinische Dienst zu Rate gezogen werden. Beide Beschäftigungsträger führen mit ihren Kunden Gespräche über die Belastungen und Einschränkungen und darüber, wie mit ihnen umgegangen werden kann. Falls vor Ort keine Lösung gefunden wird, werden entsprechende Hilfeeinrichtungen vorgeschlagen.

In der einen Beratungsstelle findet unter Alkohol- oder Drogeneinfluss keine Beratung statt. Bei einer Beratung werden Informationen zu der jeweiligen Belastung oder Einschränkung gegeben, z.B. spezielle Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen. Die Art der Hilfestellung hängt davon ab in welcher Phase der Veränderung (Stages of changes²⁸) der Kunden sich befindet. Die Kunden gehen unterschiedlich mit ihren Belastungen und Einschränkungen um. Manche sprechen die Problematik offen an, anderen wird diese erst in der Beratung klar.

Die Kunden einer weiteren Beratungsstelle „machen sich Sorgen“²⁹. In der Beratung geht es um Themen wie, „Wohlbefinden erlangen“, „den Sinn wieder finden“, einen geregelten Tagesablauf gestalten oder auch um den Schritt zum Arzt oder zu einer psychologischen Beratung.

Beobachtungen der dritten Beratungsstelle zeigen, dass aus Angst keinen neuen Arbeitsplatz zu bekommen, die Gesundheit hinten angestellt wird. „Somit schwächt die Wahrnehmung für die Gesundheit ab.“³⁰

Von dem ARGE-Interviewpartner wurde ausgesagt, dass der Umgang der Kunden mit ihren gesundheitlichen Belastungen oder Einschränkungen vom Bildungsstand abhängt. Je niedriger der Bildungsstand ist, desto leichtfertiger ist der Umgang mit Gesundheit. Einschränkungen werden hier zurückhaltend angesprochen oder diskutiert. Aufgefallen ist, dass psychische Probleme häufiger angesprochen werden als in den vergangenen Jahren.

²⁸ Stages of changes: Modell anhand von dem Menschen in eine Phase des Veränderungsprozesses kategorisiert werden können. Dies wird in der Gesundheitsförderung genutzt um angemessene und spezifische Interventionsmaßnahmen zu entwickeln. (Seibt 1999, S. 84 f)

²⁹ Interviewzitat

³⁰ Interviewzitat

Von den Beratern kann bei Bedarf der Medizinische Dienst eingeschaltet werden, um eventuelle Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit zu prüfen.

10.7.3. Gesundheitsförderung

Fragen im Leitfaden: „Welche Themen sollten für gesundheitsfördernde Angebote aufgegriffen werden?“

- Bieten Sie gesundheitsfördernde Angebote an? Wenn ja: Was?
- Können Sie sich vorstellen, dass Ihre Einrichtung ein gesundheitsförderndes Angebot anbietet?“

Themenvorschläge zur Gesundheitsförderung

Die befragten Einrichtungen sehen ein breit gefächertes Spektrum an Themen, welche für eine Gesundheitsförderung aufgegriffen werden sollten. Die Themen können in acht Bereiche gegliedert werden (am Ende ist die Häufigkeit der Nennung angegeben):

- Bewegung (5)
- Sucht (3)
- Entspannung (3)
- Stress (3)
- Psychische Probleme (3)
- Soziale Kompetenzen (2)
- Gesundheitsbewusstsein fördern (2)
- Ernährung (1)

Der Bereich *Bewegung* wurde fünfmal genannt, davon dreimal speziell die Rückenschule bzw. –gymnastik.

Zum *Sucht-Bereich* wurden speziell je einmal Alkohol und harte Drogen angegeben.

Ein Thema in der *Stressreduktion* sollte der „Umgang mit dem Amt und seinen Forderungen“ sein sowie die sinnvolle Gestaltung der Zeit der Erwerbslosigkeit. Weiter wurde zum Bereich Stress zweimal Zeitmanagement genannt.

Bei den *psychischen Problemen* wurde die Notwendigkeit der Steigerung des Selbstwertgefühls dreimal thematisiert. Weitere Ansatzpunkte können laut jeweils einer Einrichtung die Prävention von psychischen Problemen unterstützen: Gesprächsgruppen (zur Förderung der sozialen Kontakte) und das Erlernen, mit der unsicheren Lebenslage umzugehen bzw. das Vorbereiten auf diese Zeit.

Im Bereich der *sozialen Kompetenzen* wurde je einmal die Schulung der Kommunikations- und Konfliktfähigkeit vorgeschlagen.

Der Bereich *Förderung des Gesundheitsbewusstseins* sollte die Wahrnehmung von Gesundheit und gesundheitlichen Beeinträchtigungen schulen. Folgende Themen werden hierfür vorgeschlagen:

- Gesundheit und sozialer Stand
- Was bedeutet Gesundheit für ein lebenswertes Leben?
- Gesundheitswichtigkeit, auch speziell in Bezug auf die Arbeit.

Wichtig in diesem Bereich ist auch die Gesundheitsaufklärung, mit den Themen Sucht, Zivilisationskrankheiten (Diabetes, Bluthochdruck, Herzinfarkttrisiko usw.) und die Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten.

In den Bereichen *Entspannung* und *Ernährung* wurden keine Unterthemen genannt.

Gesundheitsfördernde Angebote in den Einrichtungen

In zwei der befragten Einrichtungen wird zurzeit Gesundheitsförderung für Erwerbslose betrieben. Zum einen führt eine Beratungsstelle das Projekt „Arbeitslosigkeit und Selbstwertgefühl“ durch. Und zum anderen bietet eine andere Beratungsstelle Einzelberatungen und Gruppenangebote an, sowie die Unterstützung von Selbsthilfegruppen. Die erstgenannte Beratungsstelle hat in der Vergangenheit positive Erfahrungen mit gesundheitsfördernden Angeboten für die Zielgruppe Erwerbslose gemacht (Themen waren: Kommunikation, Entspannung und Kochen). Erfahrungen bei einem Beschäftigungsträger mit gesundheitsfördernden Projekten haben gezeigt, dass die Durchführung sehr schwierig ist. Die Zielgruppe konnte nur schwer zur Teilnahme motiviert werden.

Bereitschaft gesundheitsfördernde Angebote durchzuführen

Auf die Frage, ob sich der Interviewpartner vorstellen kann, dass die Einrichtung ein gesundheitsförderndes Angebot durchführt, haben alle geantwortet, dass sie mindestens als Kooperationspartner angesprochen werden können.

10.7.4. Hindernisse

Frage im Leitfaden: „Welche Hindernisse sehen Sie auf der Seite Ihrer Kunden um an einem gesundheitsfördernden Angebot teilzunehmen?“

Die befragten Vertreter der Einrichtungen können sich zahlreiche Hindernisse der Erwerbslosen für eine Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten vorstellen. Sie folgen sortiert in drei Bereiche (Angabe der Häufigkeit):

Tabelle 1: Einschätzung der Experten über die Hindernisse zur Teilnahme an Angeboten

Psychische Faktoren	Andere Prioritäten	Rahmenbedingungen
Antriebslosigkeit (3)	Fehlendes Gesundheitsbewusstsein (4)	Fehlende Information (evtl. auch dadurch, dass „zu viele Informationen einzelne Infos schlucken“ ³¹) (4)
Scheu, (soziale, Zukunfts-) Ängste (2)	Arbeitssuche steht im Vordergrund (3)	Zusätzliche Belastung durch ein Angebot (Kurs suchen, Anmelden, Anfahrtsweg) (4)
Depressivität (1)	Fehlende Einsicht des Problems (2)	Finanzielle Lage (kein Geld) (3)
Durchbrechen der Gewohnheiten (1)	Keine Zeit (2)	Überforderung durch Forderungen der ARGE ³² (1)
	Gleichgültigkeit (1)	

Quelle: eigene Darstellung

³¹ Interviewzitat

³² Siehe Abschnitt 7.3.

10.7.5. Informationswege

Fragen im Leitfaden: „Wie informieren Sie über Angebote?

Welche Wege betrachten Sie als geeignet um gesundheitsfördernde Angebote anzukündigen und Erwerbslose zu erreichen?“

Die genutzten und vorgeschlagenen Informationswege werden hier zusammengefasst dargestellt, da sie sich nicht stark unterschieden und alle in Betracht gezogen werden sollten:

Tabelle 2: Informationswege der befragten Einrichtungen

Informationsweg	Häufigkeit der Nennung
Informationen über Einrichtungen (AL, Bücherhallen) streuen (Flyer, Plakate, Gespräche)	6
Zeitung (Abendblatt, Wochenblatt)	5
Internet	3
Krankenkassen	2
Öffentlichkeitsarbeit	2
Fernsehen	1
Adressverzeichnisse (Gelbe Seiten, Wegweiser)	1

Quelle: eigene Darstellung

10.8. Diskussion

In der Diskussion der Experteninterviews werden zu Beginn die zentralen Ergebnisse in drei Themenbereichen vorgestellt. Dies sind die Bereiche „Erreichbarkeit“, „Gesundheitsförderung“ und „Hindernisse“. Anschließend werden weitere Ergebnisse der Interviews diskutiert und es wird auf die Einschränkungen in der Aussagekraft der Ergebnisse eingegangen.

10.8.1. Zentrale Ergebnisse

Im Fokus der qualitativen Untersuchung stehen zum einen die Fragestellungen der Erreichbarkeit der Erwerbslosen in Hamburg. Zum anderen geht es darum, welche Bereiche für die Gesundheitsförderung von Interesse sind und welche Hindernisse für eine Teilnahme an Angeboten vorliegen.

Erreichbarkeit

Ein häufig genanntes Problem in der Gesundheitsförderung für Erwerbslose ist die schwierige Erreichbarkeit der Zielgruppe. Diese Schwierigkeit liegt nicht in der örtlichen Erreichbarkeit der Erwerbslosen. Die Untersuchung zeigt ja, dass viele Erwerbslose in den Institutionen der verschiedenen Beschäftigungsträger und der Bundesanstalt für Arbeit anzutreffen sind. Die Schwierigkeit liegt wohl eher in der kommunikativen Zugänglichkeit der Zielgruppe.

Die Erfahrungen der befragten Einrichtungen zeigen, dass viel Marketing über Informationen in anderen Einrichtungen (z.B. Öffentliche Bücherhalle oder Arbeitsloseninitiativen) mit der Verbreitung von Flyern, Plakaten oder persönlichen Gesprächen läuft. Ein weiteres viel genutztes Medium sind Zeitungen. Die Hamburger Wochenblätter sind kostenlos und erreichen eine breite Masse der Gesellschaft.

Gesundheitsförderung

Die gesundheitlichen Belastungen der Erwerbslosen liegen nach den Ergebnissen der Experteninterviews und auch laut der Arbeitslosenforschung³³, sowie den Daten der Krankenkassen³⁴ im Bereich der psychischen Probleme. Die Experten nennen verschiedene Süchte, Zukunfts- und Existenzangst, Depression, Konzentrationsschwäche, Schlafstörungen, eine resignierte Haltung und Stress. Häufig werden auch Rückenbeschwerden genannt. Diese werden mit psychischen Beeinträchtigungen assoziiert und unterstützen somit den erstgenannten Bereich.

Die Vorschläge der befragten Experten zeigen, dass Bewegungsangebote für die Gesundheitsförderung von Erwerbslosen eingesetzt werden sollten. Diese Aussage spiegelt wieder, dass Gesundheit stark mit Bewegung assoziiert wird. Dieser Zugangsweg ist wahrscheinlich auch einfacher umzusetzen als Angebote im psychosozialen Bereich³⁵.

Der psychosoziale Bereich wird am zweit häufigsten für gesundheitsfördernde Angebote vorgeschlagen. Hierzu zählen die Bereiche Sucht, Entspannung und Stress, sowie psychische Probleme und soziale Kompetenzen. In den Ausführungen der Experten finden sich viele Parallelen zu den Erkenntnissen der Arbeitslosenforschung. Hier geht es um Zeitstrukturierung, Selbstwertgefühl und soziale Kontakte.

³³ Vgl. Abschnitt 3.3.

³⁴ Vgl. Abschnitt 8.2.

³⁵ Vgl. Hilfesuch-Verhalten, S. 32; Vgl. Abschnitt 11.9., Abb. 22, S. 110

Dem Bereich „Förderung des Gesundheitsbewusstsein“ sollte in Anbetracht der Ergebnisse von Fryer und Payne (1984)³⁶ mehr Beachtung entgegen gebracht werden. Die Interviewpartner machen u.a. folgende Themenvorschläge: „Was bedeutet Gesundheit für ein lebenswertes Leben?“ und „Gesundheitswichtigkeit, auch in Bezug auf die Arbeit“. Die Aufklärung über (gesundheitliche) Auswirkungen der Arbeitslosigkeit wurde nicht explizit genannt. Dies lässt vermuten, dass selbst die befragten Experten deren Wichtigkeit nicht verinnerlicht haben.

Hindernisse

Die Wichtigkeit über gesundheitliche Auswirkungen der Arbeitslosigkeit zu informieren spiegelt sich *implizit* in den am häufigsten genannten Hindernissen wieder. Hier gehört, nach Ansicht der Vertreter der befragten Einrichtungen, das fehlende Gesundheitsbewusstsein zu den häufigsten Gründen. Ebenfalls viermal wurde das Fehlen von Informationen und die zusätzliche Belastung durch eine Kursteilnahme genannt. Insbesondere der letztgenannte Grund kann mit Erkenntnissen der Forschung in Verbindung gebracht werden, in der sich Überforderungsgefühle der Erwerbslosen durch ihre besondere Situation zeigen³⁷. Die Aussage der Experten, dass Informationen über Angebote fehlen, erklärt sich dadurch, dass es in Hamburg kaum gesundheitsfördernde Angebote für Erwerbslose gibt.

Jeweils die Hälfte der Befragten nennt als Hinderungsgründe für eine Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten, dass die Erwerbslosen *kein Geld* hierfür aufbringen können, dass bei ihnen die *Arbeitssuche im Vordergrund* steht oder dass sie durch Teufelskreise in eine *Antriebslosigkeit* geraten sind.

Die Ergebnisse zeigen, dass es nach dem Gesundheitsförderungsansatz der Ottawa-Charta³⁸ sinnvoll ist, möglichst frühzeitig im Prozess der Arbeitslosigkeit mit Interventionen zu beginnen. Da schon die Erwartung der Arbeitslosensituation negative Auswirkungen auf die Betroffenen haben kann, sollte in dieser Phase oder noch früher angesetzt werden (z.B. gesamtgesellschaftliche Aufklärung um Stigmatisierungen zu verhindern)³⁹.

³⁶ Siehe S. 21

³⁷ Vgl. Emotionaler Teufelskreis, S. 23, Abschnitt 1.4. und 3.5.1.

³⁸ Siehe S. 25

³⁹ Vgl. hierzu Abschnitt 13.3.

10.8.2. Weitere Ergebnisse

Die Kunden der befragten Einrichtungen sind zum größten Teil Arbeitslosengeld II Empfänger und somit überwiegend über ein Jahr arbeitslos. Die Geschlechterverteilung ist ausgeglichen und die meisten Kunden sind zwischen 30 und 50 Jahre alt. Typisch für sie ist es, keinen oder einen Hauptschulabschluss erworben zu haben. Die Berufsqualifikation liegt meistens auf dem Niveau des ungelernten Arbeiters.

Die Erkenntnis, dass die Einrichtungen hauptsächlich von Langzeitarbeitslosen besucht werden, lässt nicht die Aussage zu, dass hauptsächlich Langzeitarbeitslose Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen. Die Erkenntnis ist eher darauf zurückzuführen, dass die Auswahl der Einrichtungen dieses Bild beeinflusst, da vier der sechs Einrichtungen ihr Angebot implizit auf Langzeitarbeitslose fokussieren.

Die Literatur zum Forschungsbereich „Arbeitslosigkeit und Gesundheit“ fordert weitere Analysen in diesem Bereich. Hierfür sind die Beratungsstellen sicher gute Kooperationspartner. Die Mitarbeiter stehen im direkten Kontakt zu Erwerbslosen und die Kunden, also die Erwerbslosen, haben ein hohes Problembewusstsein und möchten etwas an ihrer Situation ändern. So kann davon ausgegangen werden, dass sie für Analysen angesprochen werden können. Auch im Bereich der Gesundheitsförderung könnten die zwei der befragten Einrichtungen, mit praktischen Erfahrungen in der Umsetzung und Durchführung von gesundheitsfördernden Angeboten für Erwerbslose, sicher brauchbare Erkenntnisse liefern.

Ausnahmen in der Beschreibung der Kunden der Einrichtungen bildet zum einen ein Beschäftigungsträger. Hier gibt es eine große Gruppe von 18 bis 24 jährigen Kunden. Das erklärt sich durch ein spezielles Angebot der Einrichtung für diese Altersgruppe (der Schwerpunkt des Angebots liegt in der Absolvierung eines Abschlusses und der Berufsorientierung). Zum anderen zeigen die Kunden einer Beratungsstelle eine höhere Schulbildung. Diese Beratungsstelle spricht ausdrücklich „Menschen in psychischen Krisen“ an (Wortwahl im Titel der Einrichtung). Dies lässt vermuten, dass mit einem höheren Schulabschluss ein höheres Gesundheitsbewusstsein einhergeht. Daraus lässt sich nicht schließen, dass nur Menschen mit einer hohen Schulbildung ein hohes Gesundheitsbewusstsein entwickeln können.

Die Gesundheit der Erwerbslosen wird von mehr als die Hälfte der Experten als eingeschränkt beschrieben. Im Vergleich zur Arbeitslosenforschung kann die vorliegende

Untersuchung somit die Forschungserkenntnisse (zu einer beeinträchtigten Gesundheit von Erwerbslosen) weiter unterstützen. Auch die Aussagen der Interviewpartner, dass Langzeitarbeitslosigkeit psychosoziale Folgen (Depression, Alkoholkonsum und soziale Isolation) hat und dass Arbeitslose häufig gesundheitliches Risikoverhalten zeigen decken sich mit bekannten Forschungsergebnissen.

Die Erkenntnisse aus Krankenkassendaten, dass psychische Belastungen zunehmen, werden durch die vorliegende Untersuchung somit auch von Seiten der Experten aus der Arbeitslosenhilfe bestätigt. Allerdings können diese Datensätze keine Aussage dazu treffen, ob es eine tatsächliche Zunahme der Erkrankungen gibt oder ob Menschen mit psychischen Beschwerden im Laufe der letzten Jahre offener damit umgehen und sich Hilfe beim Arzt holen oder eine Beratung in Anspruch nehmen.

Die Frage nach der Thematisierung von Gesundheit in den Einrichtungen zeigt, dass der Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit zum Teil noch nicht bekannt ist oder noch zu wenig beachtet wird. Es kommt meistens erst zu einer Thematisierung, wenn Probleme oder Krankheiten vorhanden sind. Eine präventive Herangehensweise, wie mit dem Angebot „Arbeitslosigkeit und Selbstwertgefühl“, ist selten der Fall.

10.8.3. Einschränkungen der Aussagekraft

Die Fragestellungen der vorliegenden Untersuchung sind ein erster Forschungsansatz im Bereich Gesundheitsförderung für Erwerbslose. Daher konnte im Rahmen dieser Diplomarbeit kein validiertes Erhebungsinstrument eingesetzt werden.

Alle Ergebnisse der Experteninterviews beruhen auf subjektiven Aussagen der Vertreter der Einrichtungen. Und auch die geringe Zahl von sechs befragten Einrichtungen lässt nicht zu, die Ergebnisse zu generalisieren. Jedoch werden einige Aussagen durch die bisherigen Erkenntnisse der Arbeitslosenforschung bestätigt und können somit als richtig angenommen werden.

Die Besucher der Einrichtungen können durch die Experteninterviews nur anhand von soziodemographischen Merkmalen beschrieben werden. Es können keine spezifischeren Merkmale der einzelnen Personen aufgezeigt werden, um sagen zu können, welche Gruppe der Erwerbslosen Unterstützungseinrichtungen in Anspruch nimmt, z.B. welche Einstellungen und Wertvorstellungen sie haben, wie stark und womit sie belastet sind oder wie ihr soziales Netzwerk aussieht. Allerdings benötigt die Beantwortung dieser

Fragestellungen aufwendigere Untersuchungen, welche im Rahmen einer Diplomarbeit nicht geleistet werden können. Interessant wären diese Fragestellungen, um spezifische und zielgruppengerechte gesundheitsfördernde Angebote zu konzipieren.

11. Querschnittserhebung

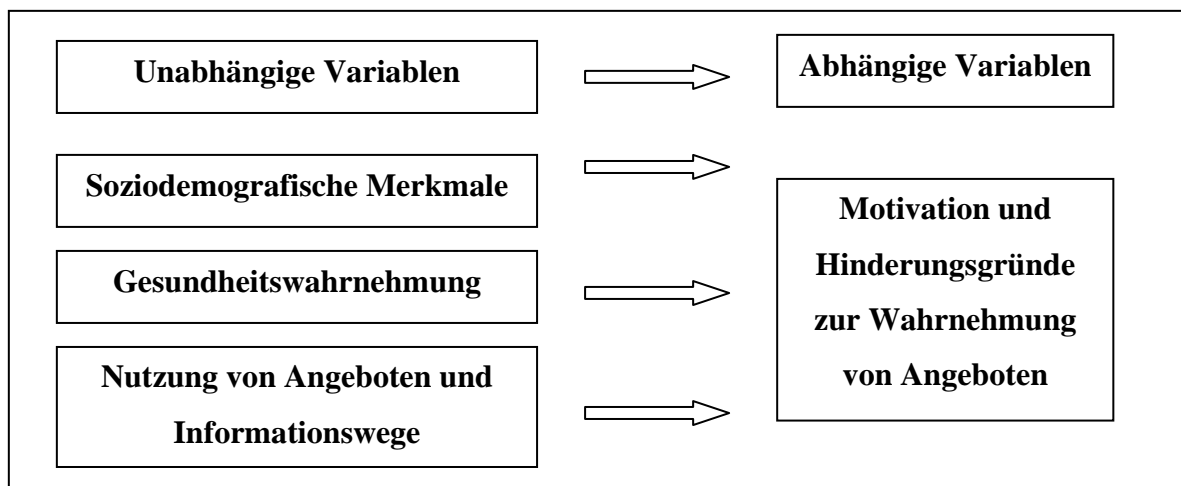
Wie bereits in Kapitel 3 beschrieben, sind Erwerbslose einer Vielzahl von Belastungen ausgesetzt, die ihre physische und psychische Befindlichkeit erheblich einschränken können. Aus diesem Grunde ist es wichtig, gesundheitsfördernde Angebote für Erwerbslose in ihrem näheren Umfeld zu schaffen und zu etablieren.

11.1. Ziele und Fragestellungen

Die Zielvariable, welcher in der vorliegenden Untersuchung nachgegangen werden soll, ist die Motivation mit der gesundheitsfördernde Angebote wahrgenommen werden können und deren Einflussfaktoren wie Hindernisse, die eine Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten nicht ermöglichen.

Im nachfolgenden Schaubild werden die Abhängigkeit der Variablen und die Vorgehensweise bei der Auswertung dargestellt.

Abb. 19: Zusammenhang und Abhängigkeit der Variablen



Quelle: eigene Darstellung

Die unabhängigen Variablen werden beschrieben und anschließend mit den abhängigen Variablen in Beziehung gesetzt.

Soziodemografische Merkmale

In diesem Variablenkomplex wird die Untersuchungsgruppe anhand von soziodemografischen Merkmalen wie z.B. Alter und Geschlecht beschrieben.

Gesundheitswahrnehmung

In diesem Merkmalskomplex soll folgenden Fragen nachgegangen werden:

- Wie wichtig ist Erwerbslosen ihre Gesundheit?
- Wie schätzen Erwerbslose ihren Gesundheitszustand ein?
- Wie wirkt sich die Demoralisierung auf die psychische Gesundheit aus? (Gemessen anhand der Demoralisierungsskala nach Fichter, M.M., (1990)).

Motivation und Hinderungsgründe zur Wahrnehmung von Angeboten

In diesem Auswertungskomplex ergeben sich folgende Fragen:

- Wie groß ist der Anteil der Erwerbslosen, die schon einmal an einem gesundheitsfördernden Angebot aus verschiedenen Bereichen teilgenommen haben?
- Wie groß ist das Interesse der Erwerbslosen an einem gesundheitsfördernden Angebot aus verschiedenen Bereichen teilzunehmen?
- Welches sind die Gründe von Erwerbslosen nicht an einem gesundheitsfördernden Angebot teilzunehmen?

Nutzung von Angeboten und Informationswege

In diesem Auswertungskomplex sollen folgende Fragen näher betrachtet werden:

- Bei welchen Anbietern haben Erwerbslose bisher gesundheitsfördernde Angebote genutzt?
- Welches sind die geeigneten Informationswege, durch die sich Erwerbslose, bezüglich gesundheitsfördernde Angebote informieren?

Zusammenhänge zwischen der Demoralisierung und der Motivation sowie Hinderungsgründen

Bei der Betrachtung von den unabhängigen Variablen zu den abhängigen Variablen ergeben sich folgende Hypothesen:

1. Je häufiger die Personen bisher an einem gesundheitsfördernden Angebot teilgenommen haben, desto geringer sind die Erwerbslosen demoralisiert.
2. Je höher das Interesse von Erwerbslosen an gesundheitsfördernden Angeboten ist, desto weniger sind sie demoralisiert.

3. Je häufiger Gründe für eine Nichtteilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten vorliegen, desto stärker sind die Erwerbslosen demoralisiert.

Zusammenhänge zwischen soziodemographischen Merkmalen und dem Interesse an Angeboten

Die Bestimmung der Stärke des Interesses an einem gesundheitsfördernden Angebot teilzunehmen, ist eines der Hauptziele innerhalb der vorliegenden Untersuchung. Zur Klärung wurden folgende Hypothesen gebildet:

4. Wenn die Person weiblich ist, dann ist das Interesse höher an einem gesundheitsfördernden Angebot teilzunehmen.
5. Je wichtiger die Gesundheit von den Erwerbslosen eingeschätzt wird, desto höher ist das Interesse an einem gesundheitsfördernden Angebot teilzunehmen.
6. Je besser der subjektive Gesundheitszustand von den Erwerbslosen eingeschätzt wird, desto höher ist das Interesse an einem gesundheitsfördernden Angebot teilzunehmen.
7. Je niedriger der erreichte Schulabschluss, desto geringer ist das Interesse an einem gesundheitsfördernden Angebot teilzunehmen.
8. Je niedriger der erreichte Berufsabschluss, desto geringer ist das Interesse an einem gesundheitsfördernden Angebot teilzunehmen.
9. Je länger die Dauer der Erwerbslosigkeit, desto geringer ist das Interesse an einem gesundheitsfördernden Angebot teilzunehmen.

11.2. Beteiligte und Kooperationspartner

Die vorliegende Untersuchung wurde in Zusammenarbeit mit der Techniker Krankenkasse, der Hochschule für Angewandte Wissenschaften und der Bundesagentur für Arbeit (BA) durchgeführt.

Dabei hat die Techniker Krankenkasse die Untersuchung durch Übernahme der Druckkosten und Bereitstellung von Befragungsmaterial unterstützt.

Die BA hat sich bereit erklärt, die Befragung in ihrer Einrichtung „team.arbeit.hamburg“ der Hamburger Arbeitsgemeinschaft SGB II (ARGE) in den dazugehörigen einzelnen Jobcentern durchführen zu lassen.

11.3. Methoden der Untersuchung

In dieser Querschnittsuntersuchung wurden Erwerbslose schriftlich anhand eines selbstentwickelten Erhebungsinstruments befragt.

Konzeption des Fragebogens

Das Erhebungsinstrument ist eigenständig entwickelt worden. Im Fragebogen wurden Teile der standardisierten und erprobten Demoralisierungsskala nach Fichter angewendet. Hiermit sollen jene Beeinträchtigungen gemessen werden, welche auf die psychische Gesundheit einwirken. Für jeden Teilnehmer werden über acht Items hinweg Summenwerte berechnet, um eine Aussage über die Stärke der Demoralisierung machen zu können. Je höher der berechnete Summenwert, umso demoralisierter der Untersuchungsteilnehmer.

Da die Befragung in der Wartzone der einzelnen ausgewählten Jobcenter stattfinden sollte, musste sie in einem begrenzten Zeitrahmen durchführbar sein. Der Fragebogen sollte neben den inhaltlichen Vorgaben leicht verständlich, direkt erfassbar, schnell zu beantworten und nicht zu lang sein. Aus diesen Gründen sind ausschließlich geschlossene Fragen zum Ankreuzen gewählt worden. In Zusammenarbeit mit der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg und der Techniker Krankenkasse ist ein Anschreiben erstellt worden, welches als vorhergehende Information über die geplante Untersuchung an den Fragebogen geheftet wurde. Der verwendete Fragebogen ist in Originalfassung im Anhang zu finden.

Das Erhebungsinstrument unterteilt sich in vier Fragenkomplexe:

- I. Soziodemografische Merkmale**
- II. Gesundheitswahrnehmung**
- III. Motivation und Hinderungsgründe zur Wahrnehmung von Angeboten**
- IV. Nutzung von Angeboten und Informationswege**

Die verwendeten Variablen werden wie folgt näher beschrieben und den einzelnen Komplexen zugeordnet.

I. Zur Beschreibung des Komplexes der soziodemografischen Merkmale werden folgende Variablen verwendet:

- Lebensalter
- Geschlecht
- Schulabschluss
- Abgeschlossene Berufsausbildung
- Dauer der Erwerbslosigkeit

II. Zur Beschreibung des Komplexes der Gesundheitswahrnehmung werden folgende Variablen verwendet:

- Wichtigkeit der Gesundheit
- Einschätzung des Gesundheitszustandes
- Demoralisierungsskala zur Einschätzung der psychischen Gesundheit

III. Zur Beschreibung des Komplexes der Motivation und Hinderungsgründe zur Wahrnehmung von Angeboten werden folgende Variablen verwendet:

- Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten aus den Bereichen Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung, Kommunikation und Kompetenz
- Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten aus den Bereichen Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung, Kommunikation und Kompetenz
- Gründe für die Nichtteilnahme (keine Zeit, kein Interesse, kein Geld)

IV. Zur Beschreibung des Komplexes der Nutzung von Angeboten und Informationswege werden folgende Variablen verwendet:

- Information und/oder Nutzung der gesundheitsfördernden Angebote bei VHS, Sportverein und Krankenkasse
- Geeignete Informationswege für gesundheitsfördernde Angebote (Mail/Internet, Fernsehen, Zeitung/Zeitschrift, Flyer/Broschüre/Post, Aushang)

Auswahl der Untersuchungsteilnehmer

Die Bundesagentur für Arbeit stellte aufgrund der gewählten Zielgruppe den geeigneten Befragungsort für die Untersuchung dar.

Zwei Bedingungen sind als Auswahlkriterien für die Teilnehmer der Untersuchung festgelegt worden. Die Teilnehmer mussten erwerbslos sein und ALG II beziehen.

Im Rahmen der Gespräche und Informationen der BA ist deutlich geworden, dass die Untersuchungsteilnehmer für die geplante Untersuchung in der Einrichtung Hamburger Arbeitsgemeinschaft SGB II (ARGE) betreut und beraten werden.

Wie im Kapitel 7 beschrieben ist die BA für Arbeitslosengeld I Empfänger (ALG I) und die ARGE für Arbeitslosengeld II Empfänger (ALG II) zuständig.

Durch die Zusammenarbeit mit der ARGE hat sich die Möglichkeit geboten, die Untersuchungsteilnehmer direkt innerhalb der Wartezonen der einzelnen Jobcenter zu befragen.

Somit haben gute Voraussetzungen bestanden, um eine relativ große Anzahl an entsprechenden Untersuchungsteilnehmern zu gewinnen.

Einen Rückschluss auf die befragte Grundgesamtheit zu ziehen ist schwierig, da aufgrund der speziellen Befragungssituation nicht abgeschätzt werden kann, wie viele Personen die einzelnen Jobcenter an den jeweiligen Befragungstagen besucht haben.

Insgesamt sind n=577 Personen befragt worden. Betrachtet man die Verteilung getrennt nach Jobcentern, sind folgende Anzahlen von Personen in den einzelnen Stadtteilen Hamburgs in die Auswertung aufgenommen worden:

Bergedorf:	79
Harburg:	67
Fuhlsbüttel:	75
Eimsbüttel:	82
Wandsbek:	92
Mitte:	79
Altona:	103

11.4. Durchführung der Untersuchung und Datenerhebung

Die Befragung hat in den Wartebereichen der einzelnen Jobcenter der ARGE der BA in Hamburg stattgefunden.

Im Vorfeld sind sieben der zweiundzwanzig in Hamburg zur Verfügung stehenden Jobcenter ausgewählt worden.

Um mit der Untersuchung ein entsprechendes Bild von Hamburgs Erwerbslosen abzubilden, hat sich die Auswahl an den in der Stadt bestehenden Bezirken orientiert.

Die Befragung wurde in den Monaten Oktober und November 2005 an jeweils zwei Tagen von 8:00 – 12:00 Uhr durchgeführt. Einzige Ausnahme bildet das Jobcenter in Mitte, welches so gut besucht ist, dass an einem Tag so viele Personen befragt werden konnten, wie bei den anderen Jobcentern an zwei Tagen. Aus diesem Grund ist die Befragung im Jobcenter in Mitte auf einen Tag reduziert worden.

Möglichst alle, sich im Wartebereich für ALG II Empfänger aufhaltenden Personen, sind persönlich angesprochen und gefragt worden, ob sie an dieser Untersuchung teilnehmen möchten. Bei Bereitschaft sowie Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen (Erwerbslosigkeit + ALG II Empfang), haben die Teilnehmer den Fragebogen während der Wartezeit ausgefüllt.

Im Durchschnitt dauerte die Beantwortung des Fragebogens etwa 5-8 Minuten. Im Einzelnen ergaben sich durch erschwerende Faktoren wie migrationsbedingter Verständnisprobleme auch längere Bearbeitungszeiten. Bei größeren Sprachproblemen sind die Teilnehmer, beim Ausfüllen des Fragebogens unterstützt worden.

Aufgrund der hohen Frequentierung in den einzelnen Jobcentern und der damit verbundenen relativ langen Wartezeiten, sind diese in den meisten Fällen ausreichend gewesen, um den Fragebogen in Ruhe ausfüllen zu können. Bei nicht ausreichender Wartezeit, haben sich die meisten Teilnehmer, nach Erledigung ihrer Vorhaben Zeit genommen, um den Fragebogen zu vervollständigen.

Die Wartesituationen in den einzelnen Jobcentern sind sehr unterschiedlich. Aufgrund der baulichen Bedingungen ist jedes Jobcenter anders aufgebaut. Die gesetzlichen Umstrukturierungen zu einem Servicecenter sind in Hamburg bis zum Befragungszeitraum nur bedingt umgesetzt gewesen, so sind die Bedingungen in den Wartezonen teilweise sehr veränderungsbedürftig. Folgende Konzessionen sind besonders auffällig:

- es gab in einem Center keine Sitzplätze für die wartenden Personen
- es gab teilweise in einigen Centern keine Möglichkeiten Anträge schriftlich auszufüllen
- es gab in einem Center keine Wartenummern und die Person musste sich merken oder herausfinden wer als letztes gekommen ist und vor einem an der Reihe ist
- stickige Luft aufgrund mangelnder Belüftung und vieler Menschen auf engem Raum in einigen Centern

- keine Beschäftigungsmöglichkeiten für Kinder
- schwierige (oder keine) Zugangsmöglichkeiten für Behinderte
- keine ausliegenden Anträge zum Mitnehmen
- mangelnder sichtbarer Aushang von Informationen zum Ablauf etc
- kein Informationsstand, an dem Fragen zum Ablauf etc. gestellt werden konnten

Die oben genannten Bedingungen haben besonders bei starkem Andrang zu einer angespannten Atmosphäre geführt. Dies hat teilweise einen negativen Effekt auf die Teilnahmebereitschaft gehabt.

11.5. Datenauswertung

Die erhobenen Daten wurden quantitativ mit der Statistiksoftware SPSS 13.0 ausgewertet.

Auswertung der Fragebögen

Die im vorhergehenden Kapitel beschriebene Strukturierung der Fragenkomplexe wurde in der Auswertung der Daten übernommen. Somit gliedert sich die Auswertung in vier Komplexe:

- I. Soziodemografische Merkmale**
- II. Gesundheitswahrnehmung**
- III. Motivation und Hinderungsgründe zur Wahrnehmung von Angeboten**
- IV. Nutzung von Angeboten und Informationswege**

Bei der Auswertung der erhobenen Daten kommen Methoden der deskriptiven und analytischen Statistik zum Einsatz.

Nach eingehender Plausibilitäts- und Missingkontrolle sind als nächster Schritt der univariaten Analyse der Daten Häufigkeitszählungen durchgeführt worden.

Um Zusammenhänge zwischen zwei nominal- oder ordinalskalierten Variablen darzustellen, werden Kreuztabellen zur bivariaten Analyse verwendet.

Mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests nach Pearson ist überprüft worden, ob sich die beobachteten Häufigkeiten signifikant von den erwarteten Häufigkeiten unterscheiden. Korrelationen zwischen zwei Variablen und die Stärke des Zusammenhangs werden durch

den Korrelationskoeffizienten nach Spearman berechnet (Bühl; Zöfel 2005, S.117 ff, 233 ff, 321 ff).

11.6. Ergebnisse

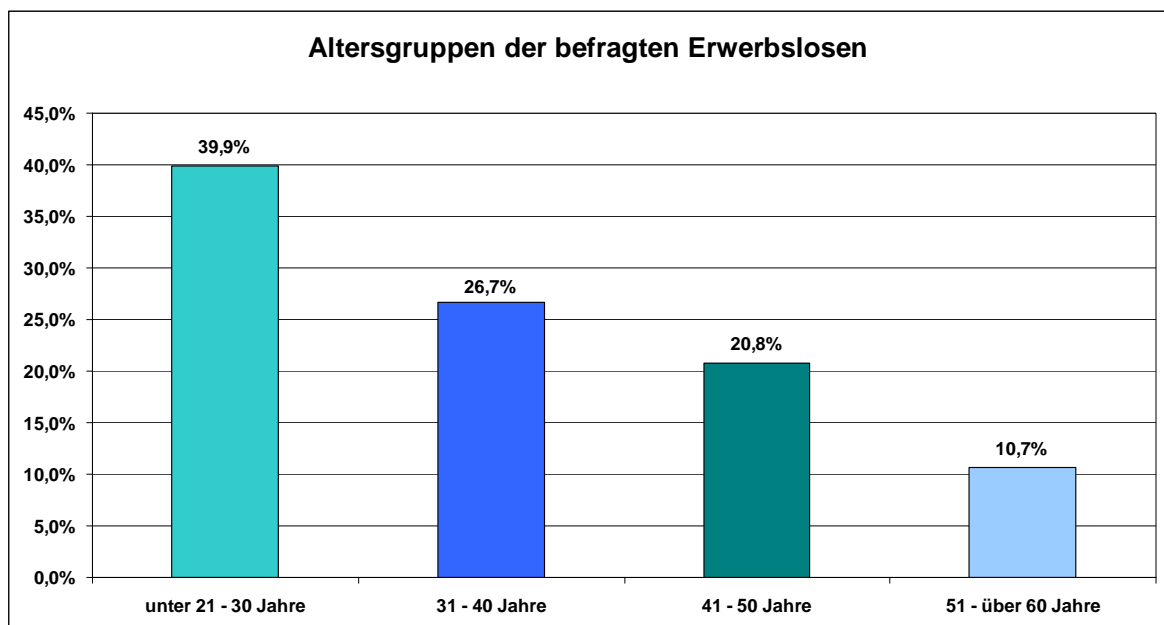
Zuerst werden die Ergebnisse der univariaten Analyse beschrieben und im Anschluss daran die Ergebnisse der bivariaten Analyse.

11.6.1. Soziodemografische Merkmale

Die erhobene Stichprobe umfasst n=577 Teilnehmer und lässt sich anhand von soziodemografischen Merkmalen wie folgt beschreiben.

Die größte Altersgruppe die an der Befragung teilgenommen haben, sind zwischen unter 21-30 Jahren alt (39,9%). 26,7% der Befragten geben an, zwischen 31-40 Jahren alt zu sein. Die Gruppe der 41-50 jährigen Erwerbslosen ist mit 20,8% vertreten. Die 51- über 60 jährigen stellen die kleinste Gruppe der Befragung dar (10,7%).

Abb. 20: Altersgruppen der befragten Erwerbslosen



Quelle: eigene Berechnung und Darstellung

Betrachtet man die Stichprobe nach Geschlecht, so zeigt sich, dass 50,3% der befragten Teilnehmer männlich sind.

Einen Hauptschulabschluss haben 31% der Befragten absolviert. 27,4% haben einen Realschulabschluss und 21,4% haben ihre Schulbildung mit Abitur abgeschlossen. Lediglich 9,2% der Befragten haben ihre Schulbildung mit einem Fachabitur abgeschlossen.

Die Erwerbslosen die angeben, keinen Abschluss zu haben, sind mit 6,2% im Vergleich zu den Erwerbslosen mit Schulabschluss eher gering. Die kleinste Gruppe bilden die Erwerbslosen mit Förderschulabschluss und sonstiger Schulbildung (3,8%).

Nach eigenen Angaben absolvierten 50,6% der befragten Erwerbslosen eine Berufsausbildung. 27,6% äußern, keine Berufsausbildung abgeschlossen zu haben. 13% der Befragten haben ein Studium abgeschlossen.

Lediglich 4,7% der Erwerbslosen haben sowohl eine Berufsausbildung als auch ein Studium abgeschlossen. Die kleinste Gruppe bilden die Befragten mit sonstiger Berufsausbildung (2,9%).

Die Dauer der Erwerbslosigkeit ist entweder sehr lang oder nur von kurzer Dauer.

27,6% der Betroffenen sind zwei Jahre und länger erwerbslos.

Eine relativ kurze Dauer der Erwerbslosigkeit von 0-3 Monaten nennen 24,8% der Teilnehmer. 16,1% der befragten Erwerbslosen sind 6-12 Monate erwerbslos.

1-2 Jahre als Dauer der Erwerbslosigkeit geben 15,8% der Befragten an. Die Personen, die äußern 3-6 Monate erwerbslos zu sein, sind in dieser Befragung mit 12,7% die kleinste Gruppe.

11.6.2. Gesundheitswahrnehmung

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse zu den in Abschnitt 11.1 gestellten Fragen der vorliegenden Untersuchung ausführlich dargestellt und beschrieben.

Einschätzung der Gesundheitswichtigkeit der Befragten

Dem größten Teil der Erwerbslosen ist ihre Gesundheit sehr wichtig oder wichtig.

Als „sehr wichtig“ bezeichnen 70,2% der Erwerbslosen ihre Gesundheit. 26,2% halten ihre Gesundheit für „wichtig“.

Lediglich 3,1% empfinden ihre Gesundheit als „weniger wichtig“ oder „überhaupt nicht wichtig“.

Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes der Erwerbslosen

Der subjektive Gesundheitszustand wird unterschiedlich eingeschätzt.

49,7% empfinden ihren Gesundheitszustand als „gut“. 25% ordnen ihren Gesundheitszustand als „weniger gut“ ein.

Als „Sehr gut“ nehmen 15,6% der Erwerbslosen ihren Gesundheitszustand wahr. Lediglich 9% äußern, dass sie ihren Gesundheitszustand als „überhaupt nicht gut“ einschätzen.

Auswirkungen der Demoralisierung auf die psychische Gesundheit

Die Demoralisierungen, die sich auf die psychische Gesundheit auswirken werden anhand der im Fragebogen eingesetzten Demoralisierungsskala nach Fichter gemessen.

Acht Fragen dienen als Messeinheit für den Einfluss der Demoralisierung.

Die Spannweite der einzelnen Fragen erstreckt sich über die Werte 0-3. Der entsprechende Wert wird der jeweiligen Antwort von nie – sehr oft zugeordnet. Somit wird der Wert 24 als höchster Summenwert und 0 als niedrigster Summenwert vergeben.

Je höher der errechnete Summenwert, umso demoralisierter ist die befragte Person.

Der Median liegt bei den befragten Erwerbslosen bei dem Wert 10 und der Mittelwert bei 10,9.

Das untere Perzentil zeigt sich bei dem Wert 7, das obere liegt bei 15.

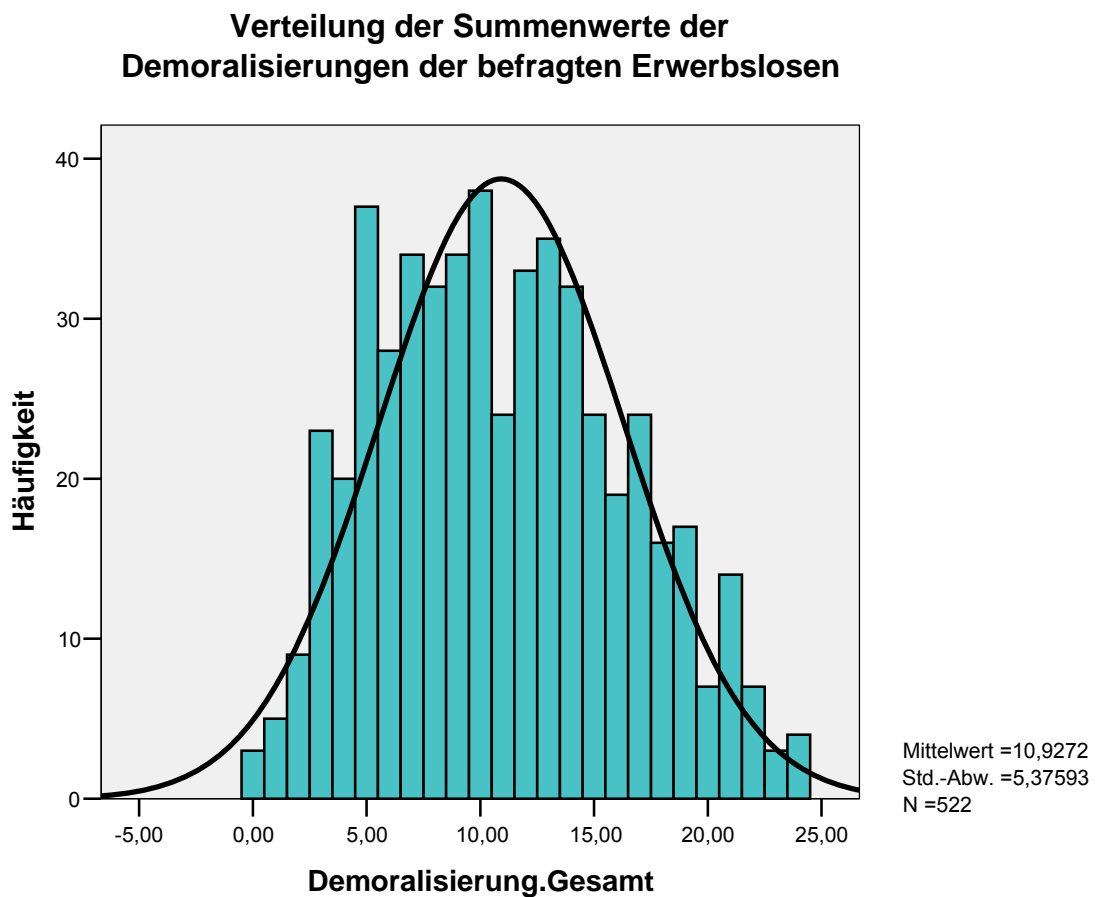
Alle Werte der befragten Erwerbslosen zeigen sich innerhalb einer leicht linksschiefen Normalverteilung (vgl. Abb. 21).

Es zeigt sich, dass die Verteilung der Summenwerte über die gesamte Spannbreite streut.

Beide Extreme sind in dieser Verteilung vorhanden. Wenige Erwerbslose geben an nie

demoralisiert zu sein. Andererseits lässt sich deutlich erkennen, dass einige Personen bei allen acht Fragen äußern sehr oft demoralisiert zu sein.

Abb. 21: Darstellung der Summenwerte der Demoralisierungen der Erwerbslosen über die gesamte Spannweite



Quelle: eigene Berechnung und Darstellung

Anhand von Itemmittelwerten für jede einzelne Frage erstreckt sich die Spannweite von 1,08 – 1,74.

Das Gefühl, ganz versagt zu haben wird von den befragten Erwerbslosen manchmal empfunden (Mittelwert=1,08).

Oft hatten die Betroffenen das Gefühl, dass nichts so wird wie sie es sich wünschten (Mittelwert=1,74; vgl. Tabelle 3).

Zur vergleichenden Darstellung über alle Fragen hinweg, kann folgende Tabelle herangezogen werden.

Tabelle 3: Itemmittelwerte der Fragen zur Demoralisierung

Frage	Mittelwert	SD	n
Wie oft haben Sie sich optimistisch und zuversichtlich gefühlt?	1,47	0,827	557
Wie oft hatten Sie ein Gefühl des gesunden Stolzes?	1,48	0,873	555
Wie oft hatten Sie das Gefühl, ganz versagt zu haben?	1,08	0,969	557
Wie oft hatten Sie sich benachteiligt (minderwertig im Vergleich zu anderen) gefühlt?	1,22	1,024	549
Wie oft waren Sie unzufrieden mit sich selbst?	1,58	0,96	561
Wie oft hatten Sie das Gefühl, dass nichts so wird, wie Sie es sich wünschten?	1,74	0,982	564
Wie oft kam es vor, dass Sie das Gefühl hatten, alles sei sinnlos?	1,29	1,116	559
Wie oft hatten Sie sich völlig hoffnungslos gefühlt?	1,13	1,09	563

Quelle: eigene Darstellung und Berechnung

11.6.3. Motivation und Hinderungsgründe zur Wahrnehmung von Angeboten

Folgende Fragen zur Motivation und Wahrnehmung von gesundheitsfördernden Angeboten und Gründe für eine Nichtteilnahme werden in diesem Abschnitt dargestellt und beschrieben.

Teilnahme der Erwerbslosen an bisherigen gesundheitsfördernden Angeboten aus verschiedenen Bereichen

Die meisten Erwerbslosen die befragt wurden, haben bisher an einem Bewegungsangebot teilgenommen (35,4%). Danach wurde am häufigsten ein Stressbewältigungsangebot von den Erwerbslosen genutzt (22,1%). Angebote aus den Bereichen Ernährung, Kommunikation und Kompetenztraining wurden bisher von ca. 15-19% der Befragten genutzt (vgl. Abb. 22).

Interesse der Erwerbslosen an einem gesundheitsfördernden Angebot aus verschiedenen Bereichen teilzunehmen

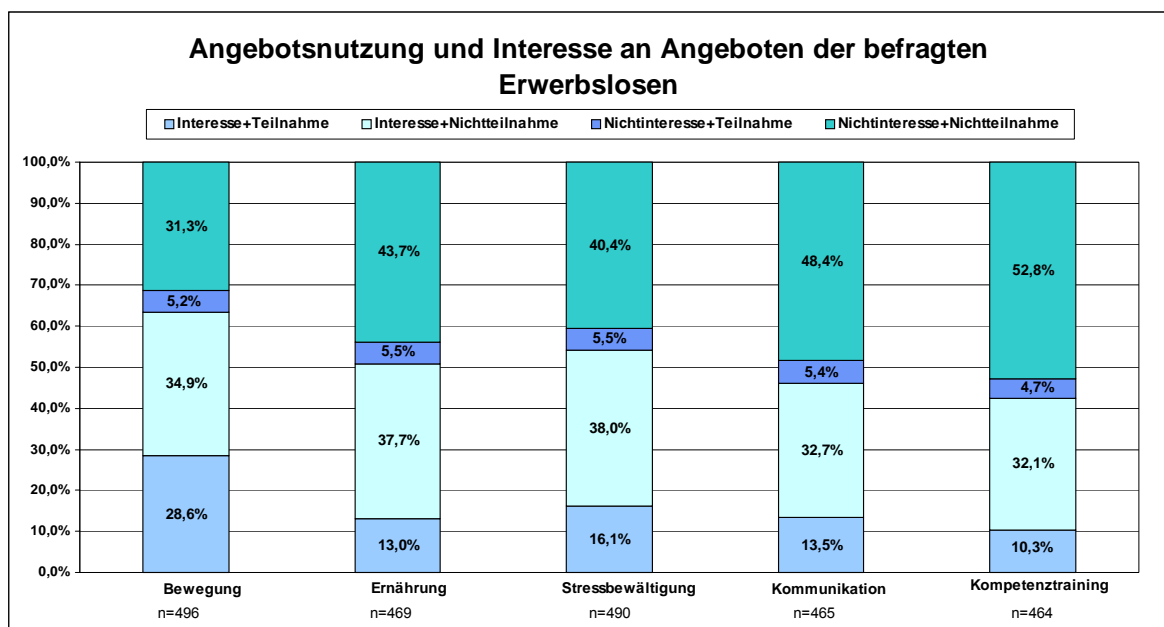
Im Hinblick auf das Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten, zeigt sich ein ähnliches Bild, wie bei der bisherigen Teilnahme an Angeboten.

Das größte Interesse der Befragten besteht an einem Bewegungsangebot (63,7%).

Interesse an einem Stressbewältigungsangebot äußern 54% der Erwerbslosen an.

Über alle Bereiche hinweg zeigt sich, dass ungefähr die Hälfte der Erwerbslosen Interesse an Angeboten und Teilnahmeabsichten haben.

Abb. 22: Bisherige Nutzung von gesundheitsfördernden Angeboten und Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten der Erwerbslosen



Quelle: eigene Berechnung und Darstellung

Gründe von Erwerbslosen nicht an einem gesundheitsfördernden Angebot teilzunehmen

Von den befragten Erwerbslosen werden Zeitmangel, fehlendes Interesse und Geldmangel vorwiegend als Gründe für eine Nichtteilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten aufgezeigt.

Aus Geldmangel nicht an einem gesundheitsfördernden Angebot teilnehmen zu können ist für die meisten Erwerbslosen der Hinderungsgrund (59,8%).

Dem folgend werden fehlende Interessen als Grund für eine Nichtteilnahme an Angeboten von den Befragten angegeben (24,4%).

Zeitmangel wird von 23,4% der Befragten als Hinderungsgrund dargestellt.

11.6.4. Nutzung von Angeboten und Informationswege

Im nächsten Abschnitt werden die folgenden Fragen zur bisherigen Nutzung von Angeboten und geeigneten Informationswegen zur Bekanntmachung von gesundheitsfördernden Angeboten ausführlich beschrieben.

Anbieter bei denen Erwerbslose bisher gesundheitsfördernde Angebote genutzt oder davon erfahren haben

Gesundheitsfördernde Angebote wurden von den Erwerbslosen bisher bei der Volkshochschule (VHS), im Sportverein (SV) und bei der Krankenkasse (KK) in Anspruch genommen oder sie wurden in diesen Einrichtungen darüber informiert.

Die meisten Befragten haben bisher gesundheitsfördernde Angebote im SV genutzt (18,2%). Weiterhin sind viele bisherige Angebote von 14,2% der Erwerbslosen bei der KK wahrgenommen worden. Lediglich 6,9% der genutzten gesundheitsfördernden Angebote sind von den Erwerbslosen bei der VHS besucht worden.

Informationswege, über die sich Erwerbslose, über gesundheitsfördernde Angebote informieren

Die Erwerbslosen sind gefragt worden, ob sie am besten über Mail und Internet, über das Fernsehen, über Zeitungen und Zeitschriften, über Flyer, Broschüren oder persönliche Post und über Aushänge über gesundheitsfördernde Angebote informiert werden können.

Die meisten Erwerbslosen geben an, dass sie über Flyer, Broschüren und persönliche Post am besten über gesundheitsfördernde Angebote zu informieren wären (47,5%).

45,4% der Befragten informieren sich in Zeitungen und Zeitschriften.

Für Informationen über das Fernsehen sind 43,3% der Teilnehmer zu erreichen.

40,6% geben an, über das Internet oder per Mail am besten über gesundheitsfördernde Angebote informiert werden zu können.

Lediglich 29,6% der Erwerbslose äußern am besten über Aushänge erreichbar zu sein.

11.7. Zusammenhänge zwischen der Demoralisierung und der Motivation sowie Hinderungsgründen

Im weiteren Verlauf werden die in der Abb. 19 im Abschnitt 11.1. dargestellten unabhängigen und abhängigen Variablen miteinander verknüpft. Es folgt die Darstellung der bivariaten Analyse. Nachfolgend werden Hypothesen im Zusammenhang mit der Stärke der Demoralisierung getestet.

Hypothese 1:

Je häufiger die Personen bisher an einem gesundheitsfördernden Angebot teilgenommen haben, desto geringer sind die Erwerbslosen demoralisiert.

Die Tabelle 4 zeigt Korrelationen zwischen der bisherigen Teilnahme an einzelnen Angeboten aus verschiedenen Bereichen und der Stärke der Demoralisierung.

Es zeigt sich, dass die Befragten, die weniger demoralisiert sind, schon häufiger an einem Bewegungsangebot teilgenommen haben. Daher kann die Hypothese 1 in diesem Bereich als bestätigt angenommen werden. Dieser Zusammenhang korreliert positiv, ist sehr gering signifikant mit einem Wert $r = 0,110$. Für die Bereiche Ernährung, Stressbewältigung, Kommunikation und Kompetenz sind die Zusammenhänge nicht signifikant.

Im Zusammenhang mit bisheriger Angebotsnutzung aus verschiedenen Bereichen zeigen sich folgende Korrelationen.

Sobald Erwerbslose schon einmal an einem Bewegungsangebot teilgenommen haben, zeigt sich, dass sie auch an Angebote aus anderen Bereichen genutzt haben.

Dieser Zusammenhang ist in Verbindung mit einem Stressbewältigungsangebot am stärksten. Diese Beziehung korreliert positiv und ist signifikant mit einem geringen Wert $r = 0,421$.

Wenn Erwerbslose bisher an einem Ernährungsangebot teilgenommen haben, dann ist die Verbindung mit einem Bewegungsangebot am stärksten. Dieser Zusammenhang korreliert positiv mit einem signifikanten und geringen Wert $r = 0,317$.

Im Zusammenhang zwischen einer Teilnahme an einem Kommunikationsangebot in Verbindung mit einem Kompetenzangebot zeigt sich die stärkste Korrelation mit einem Wert $r = 0,515$.

Tabelle 4: Bisherige Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten und Stärke der Demoralisierung

Bisherige Teilnahme an...		Bewegung	Ernährung	Stressbewältigung	Kommunikation	Kompetenz	Demoralisierung
Bewegung	Korrelation nach Spearman	1	,317(**)	,421(**)	,262(**)	,331(**)	,110(*)
	Signifikanz (2-seitig)		,000	,000	,000	,000	,013
	N	567	561	564	552	556	513
Ernährung	Korrelation nach Spearman	,317(**)	1	,311(**)	,210(**)	,256(**)	-,017
	Signifikanz (2-seitig)	,000		,000	,000	,000	,709
	N	561	564	562	554	556	513
Stressbewältigung	Korrelation nach Spearman	,421(**)	,311(**)	1	,367(**)	,408(**)	,005
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000		,000	,000	,906
	N	564	562	569	554	559	518
Kommunikation	Korrelation nach Spearman	,262(**)	,210(**)	,367(**)	1	,515(**)	,020
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,000		,000	,655
	N	552	554	554	558	552	508
Kompetenz	Korrelation nach Spearman	,331(**)	,256(**)	,408(**)	,515(**)	1	,002
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,000	,000		,973
	N	556	556	559	552	564	512
Demoralisierung	Korrelation nach Spearman	,110(*)	-,017	,005	,020	,002	1
	Signifikanz (2-seitig)	,013	,709	,906	,655	,973	
	N	513	513	518	508	512	522

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant; Quelle: eigene Berechnung

Hypothese 2:

Je höher das Interesse von Erwerbslosen an gesundheitsfördernden Angeboten ist, desto weniger sind sie demoralisiert.

Die Tabelle 5 zeigt Korrelationen zwischen dem Interesse an einzelnen Angeboten aus verschiedenen Bereichen und der Stärke der Demoralisierung.

Es zeigt sich, dass je stärker die Betroffenen demoralisiert sind, desto eher haben sie Interesse an einem gesundheitsfördernden Angebot.

Alle Korrelationen sind zwar höchst signifikant, aber die Hypothese 2 kann nicht bestätigt werden. Der Zusammenhang korreliert negativ und zeigt eine andere Richtung an, als in der Hypothese angenommen.

Im Angebotsbereich der Kompetenz ist der Zusammenhang am höchsten und mit einem geringen Wert $r = -0,255$ signifikant.

Danach folgt der Bereich der Stressbewältigung mit einem geringen Wert $r = -0,194$.

Noch geringer sind die Zusammenhänge für die Bereiche Kommunikation und Ernährung.

Für den Bereich Bewegung ist der Zusammenhang nicht signifikant.

Die Korrelationen zeigen, dass Interesse an einem Bewegungsangebot verbunden ist mit dem Interesse an einem Stressbewältigungsangebot. Dieser Zusammenhang korreliert positiv, mit einem geringen signifikanten Wert $r = 0,415$.

Bei vorliegendem Interesse an einem Ernährungsangebot, besteht auch Interesse an einem Stressbewältigungsangebot. Dieser Zusammenhang korreliert positiv mit einem geringen signifikanten Wert $r = 0,402$.

Besteht das Interesse an einem Stressbewältigungsangebot haben Erwerbslose auch Interesse an Kommunikationsangeboten. Dieser Zusammenhang korreliert positiv, mit einem mittleren signifikanten Wert $r = 0,545$.

Bei vorhandenem Interesse an einem Kommunikationsangebot, zeigen die Erwerbslosen auch Interesse an Kompetenzangeboten. Dieser Zusammenhang korreliert positiv und ist mit einem mittleren Wert $r = 0,598$ signifikant.

Tabelle 5: Bestehendes Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten und Stärke der Demoralisierung der Erwerbslosen

Interesse an...		Bewegung	Ernährung	Stressbewältigung	Kommunikation	Kompetenz	Demoralisierung
Bewegung	Korrelation nach Spearman	1	,389(**)	,415(**)	,336(**)	,319(**)	-,064
	Signifikanz (2-seitig)		,000	,000	,000	,000	,173
	N	504	454	465	455	455	458
Ernährung	Korrelation nach Spearman	,389(**)	1	,402(**)	,301(**)	,396(**)	-,120(*)
	Signifikanz (2-seitig)	,000		,000	,000	,000	,013
	N	454	476	451	441	445	432
Stressbewältigung	Korrelation nach Spearman	,415(**)	,402(**)	1	,545(**)	,502(**)	-,194(**)
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000		,000	,000	,000
	N	465	451	493	459	456	449
Kommunikation	Korrelation nach Spearman	,336(**)	,301(**)	,545(**)	1	,598(**)	-,143(**)
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,000		,000	,003
	N	455	441	459	481	456	440
Kompetenz	Korrelation nach Spearman	,319(**)	,396(**)	,502(**)	,598(**)	1	-,255(**)
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,000	,000		,000
	N	455	445	456	456	475	437
Demoralisierung	Korrelation nach Spearman	-,064	-,120(*)	-,194(**)	-,143(**)	-,255(**)	1
	Signifikanz (2-seitig)	,173	,013	,000	,003	,000	
	N	458	432	449	440	437	522

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant; * Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant; Quelle: eigene Berechnung

Hypothese 3:

Je häufiger Gründe für eine Nichtteilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten vorliegen, desto stärker sind die Erwerbslosen demoralisiert.

Die oben gestellte Hypothese bestätigt sich nur bei einem der drei angegebenen Gründe für eine Nichtteilnahme(vgl. Tabelle 6).

Die stark demoralisierten Erwerbslosen geben an aus Geldmangel nicht an einem gesundheitsfördernden Angebot teilnehmen zu können. In diesem Fall kann die Hypothese bestätigt und angenommen werden. Dieser Zusammenhang korreliert negativ und ist mit einem geringen Wert $r = -0,238$ signifikant.

Je weniger die Erwerbslosen demoralisiert sind, desto häufiger ist Zeitmangel der Grund für die Nichtteilnahme an einem Angebot. Dieser Zusammenhang korreliert positiv mit einem sehr geringen signifikanten Wert $r = 0,130$.

Sobald die Befragten wenig demoralisiert sind, dann ist häufiger fehlendes Interesse der Grund für eine Nichtteilnahme an einem Angebot. Dieser Zusammenhang korreliert positiv und ist mit einem geringen Wert $r = 0,200$ signifikant.

Zwischen den einzelnen Gründen zeigen sich Zusammenhänge, die durch Korrelationen in Tabelle 6 dargestellt sind und im folgendem beschrieben werden.

Die Betroffenen, die äußern aus Zeitmangel nicht an einem Angebot teilnehmen zu können, nennen auch Geldmangel als weiteres Hindernis. Dieser Zusammenhang korreliert negativ, ist sehr gering signifikant mit einem Wert $r = -0,136$.

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Teilnehmern, die angeben die Angebote aus fehlendem Interesse nicht wahrzunehmen. Diese nennen auch aus Geldmangel nicht an einem Angebot teilnehmen zu können. Dieser Zusammenhang korreliert negativ, ist gering signifikant mit einem Wert $r = -0,291$.

Tabelle 6: Angegebene Gründe für eine Nichtteilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten und Stärke der Demoralisierung der Erwerbslosen

		Zeitmangel	Kein Interesse	Geldmangel	Demoralisierung
Zeitmangel	Korrelation nach Spearman	1	-,059	-,136(**)	,130(**)
	Signifikanz (2-seitig)		,181	,002	,005
	N	515	515	515	465
Kein Interesse	Korrelation nach Spearman	-,059	1	-,291(**)	,200(**)
	Signifikanz (2-seitig)	,181		,000	,000
	N	515	515	515	465
Geldmangel	Korrelation nach Spearman	-,136(**)	-,291(**)	1	-,238(**)
	Signifikanz (2-seitig)	,002	,000		,000
	N	515	515	515	465
Demoralisierung	Korrelation nach Spearman	,130(**)	,200(**)	-,238(**)	1
	Signifikanz (2-seitig)	,005	,000	,000	
	N	465	465	465	522

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant; Quelle: eigene Berechnung

11.8. Zusammenhänge zwischen soziodemographischen Merkmalen und dem Interesse an Angeboten

Weitergehend werden die soziodemografischen Merkmale mit dem Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten verknüpft und als Hypothesen getestet.

Hypothese 4:

Wenn die Person weiblich ist, dann ist das Interesse an einem gesundheitsfördernden Angebot teilzunehmen höher.

Es zeigt sich deutlich, dass weibliche Erwerbslose ein höheres Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten aufweisen, als männliche.

Die Hypothese bestätigt sich mit einem sehr starken signifikanten Ergebnis bei gesundheitsfördernden Angeboten aus dem Bereich Ernährung (p=0,000).

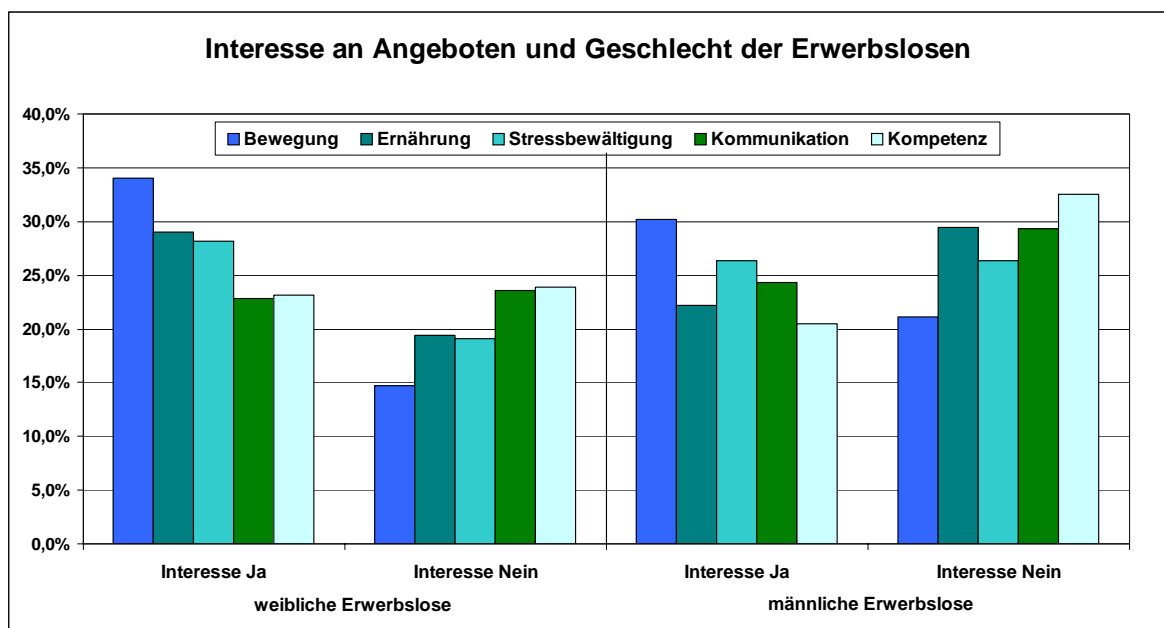
Tabelle 7: Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten aus verschiedenen Bereichen und Geschlecht der Erwerbslosen

Chi-Quadrat nach Pearson	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Bewegung	6,549	1	,010
Ernährung	13,447	1	,000
Stressbewältigung	4,470	1	,034
Kommunikation	,689	1	,407
Kompetenz	5,110	1	,024

Quelle: eigene Berechnung

Auch für die Bereiche Bewegung, Stressbewältigung und Kompetenztraining bestätigt sich die Hypothese mit signifikanten Ergebnissen. In Bezug auf Kommunikationstraining kann die Annahme nicht bestätigt werden, da das Ergebnis nicht signifikant ist.

Abb. 23: Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten aus verschiedenen Bereichen und Geschlecht der Erwerbslosen



Quelle: eigene Darstellung

Hypothese 5:

Je wichtiger die Gesundheit von den Erwerbslosen eingeschätzt wird, desto höher ist das Interesse an einem gesundheitsfördernden Angebot teilzunehmen.

Bei vorliegendem Interesse an einem Stressbewältigungsangebot und hoher Wichtigkeit der Gesundheit bestätigt sich die Hypothese mit einem signifikanten Ergebnis von $p=0,002$.

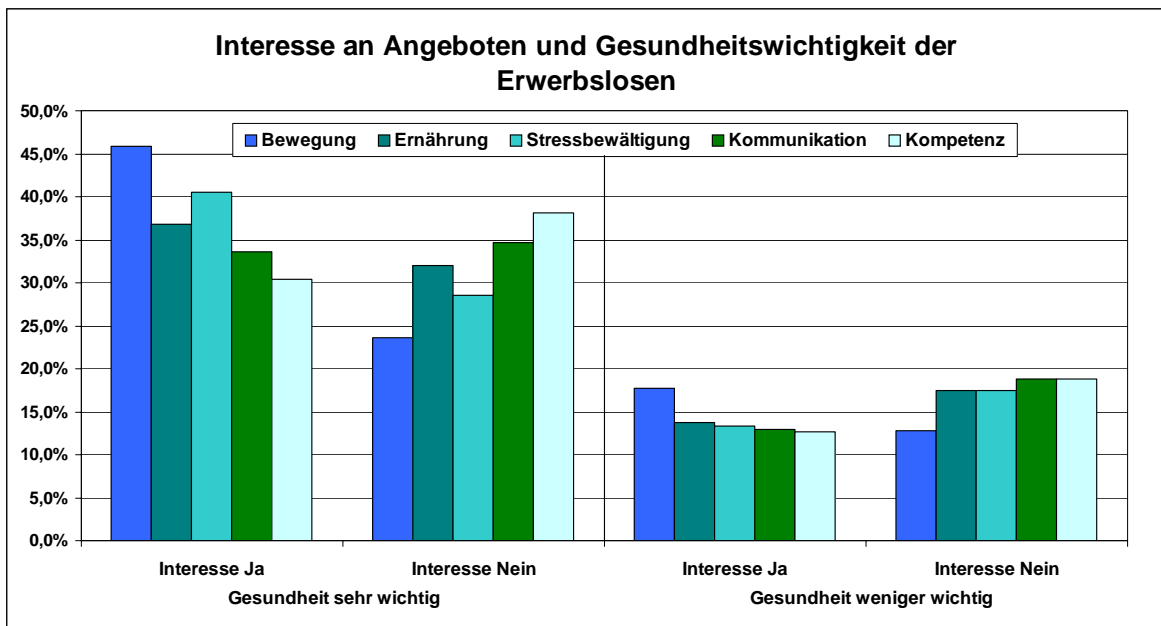
Tabelle 8: Einschätzung der Wichtigkeit der Gesundheit und Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten aus verschiedenen Bereichen

Chi-Quadrat nach Pearson	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Bewegung	2,883	1	,089
Ernährung	3,755	1	,053
Stressbewältigung	9,864	1	,002
Kommunikation	2,975	1	,085
Kompetenz	,680	1	,410

Quelle: eigene Berechnung

Für die Bereiche Bewegung, Ernährung, Kommunikationstraining und Kompetenztraining kann die Annahme nicht bestätigt werden, da die Ergebnisse nicht signifikant sind.

Abb. 24: Eingeschätzte Gesundheitswichtigkeit der Erwerbslosen und Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten aus verschiedenen Bereichen



Quelle: eigene Darstellung

Hypothese 6:

Je besser der subjektive Gesundheitszustand von den Erwerbslosen eingeschätzt wird, desto höher ist das Interesse an einem gesundheitsfördernden Angebot teilzunehmen.

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson zeigt hier im Angebotsbereich der Ernährung ein signifikantes Ergebnis ($p=0,010$), dennoch kann die Hypothese nicht bestätigt werden.

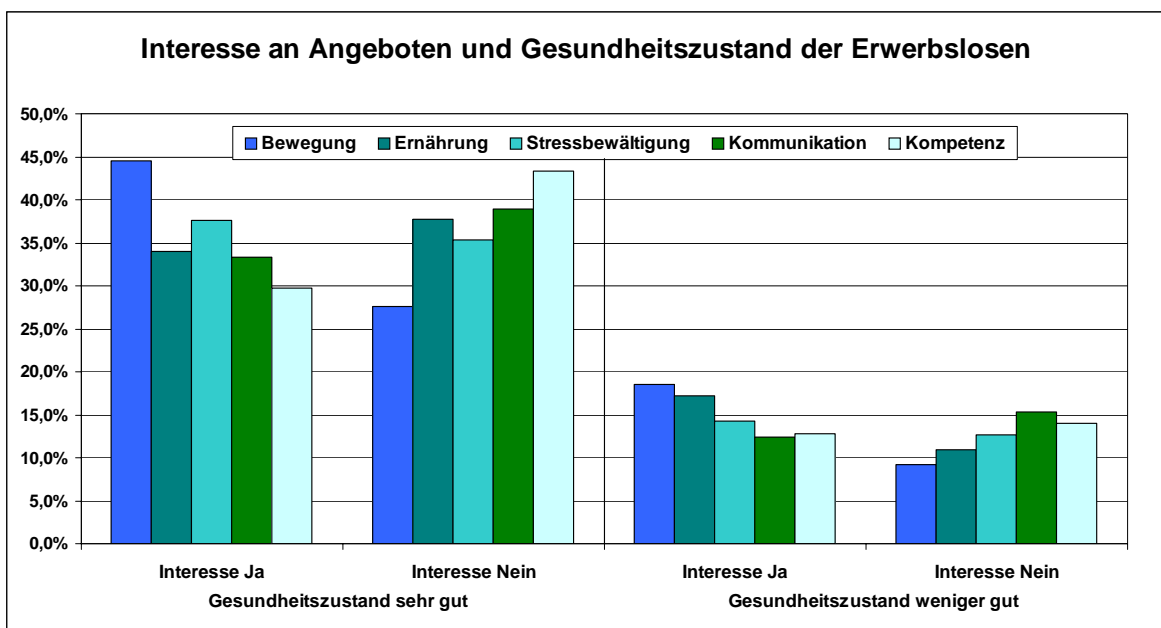
Für die Bereiche Bewegung, Stressbewältigung, Kommunikationstraining und Kompetenztraining konnten keine signifikanten Ergebnisse gefunden werden.

Tabelle 9: Subjektiv eingeschätzter Gesundheitszustand und Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten aus verschiedenen Bereichen

Chi-Quadrat nach Pearson	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Bewegung	1,076	1	,300
Ernährung	6,578	1	,010
Stressbewältigung	,067	1	,796
Kommunikation	,085	1	,771
Kompetenz	1,716	1	,190

Quelle: eigene Berechnung

Abb. 25: Subjektiv eingeschätzter Gesundheitszustand der Erwerbslosen und Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten



Quelle: eigene Darstellung

Hypothese 7:

Je niedriger der erreichte Schulabschluss, desto geringer ist das Interesse an einem gesundheitsfördernden Angebot teilzunehmen.

Der angenommene Zusammenhang kann nur teilweise bestätigt werden.

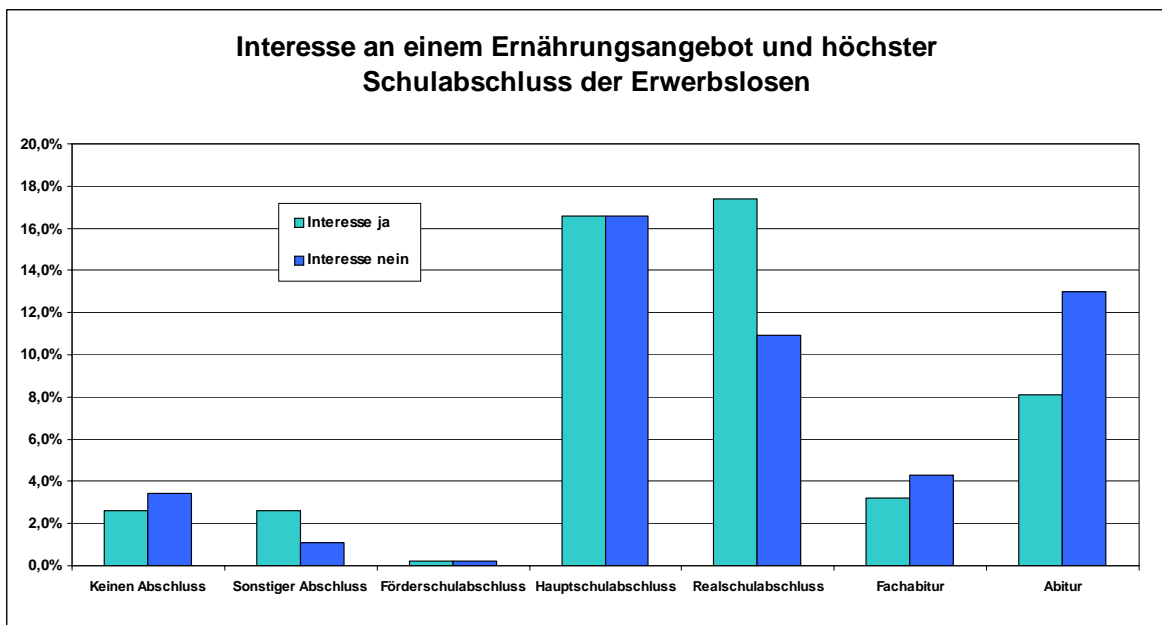
Im Angebotsbereich der Ernährung haben Erwerbslose mit Realschulabschluss und mit sonstigem Schulabschluss ein höheres Interesse an Ernährungsangeboten teilzunehmen ($p=0,011$). Dagegen haben Erwerbslose ohne Abschluss, mit Fachabitur oder Abitur keinen Bedarf an Ernährungsangeboten.

Tabelle 10: Höchster erreichter Schulabschluss der Erwerbslosen und Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten

Chi-Quadrat nach Pearson	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Bewegung	10,902	6	,091
Ernährung	16,663	6	,011
Stressbewältigung	6,988	6	,322
Kommunikation	13,251	6	,039
Kompetenz	10,154	6	,118

Quelle: eigene Berechnung

Abb. 26: Höchster erreichter Schulabschluss der Erwerbslosen und Interesse an einem Ernährungsangebot

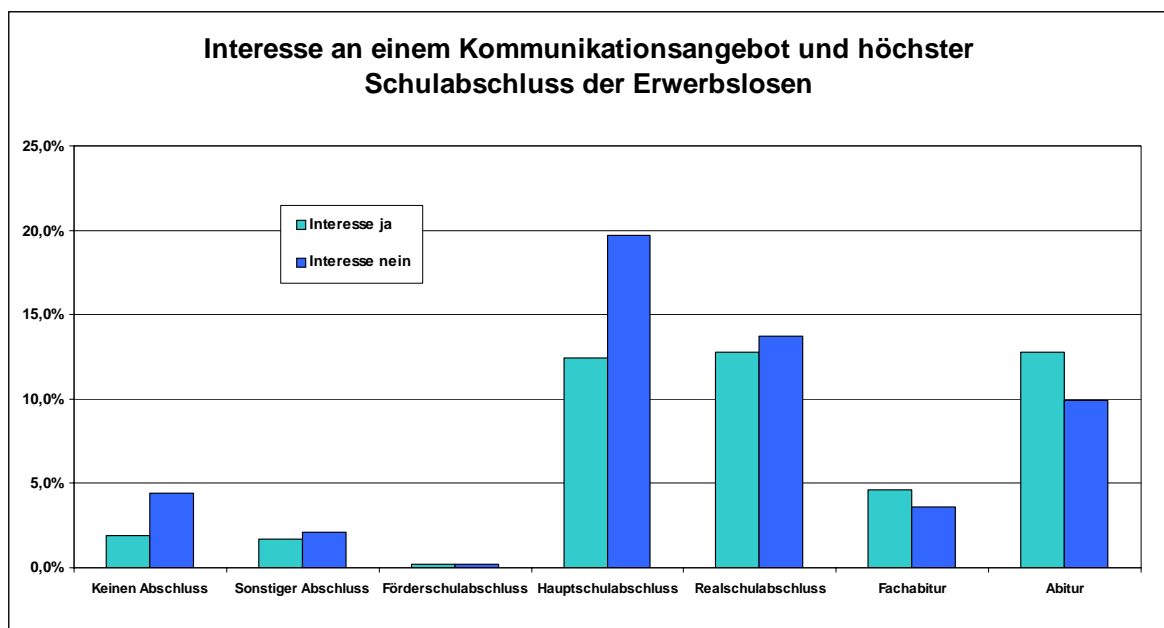


Quelle: eigene Darstellung

Bezüglich des Kommunikationstrainings zeigt sich, dass die Befragten mit Abitur und Fachabitur ein höheres Interesse an diesen Angeboten haben ($p=0,039$). Erwerbslose mit Realschulabschluss, sonstigem oder ohne Schulabschluss haben dagegen weniger Interesse an einem Kommunikationsangebot teilzunehmen (vgl. Tab. 10 und Abb. 27).

Für die Angebotsbereiche Bewegung, Stressbewältigung und Kompetenztraining konnten keine signifikanten Ergebnisse im Zusammenhang mit dem Schulabschluss gefunden werden (vgl. Tab. 10).

Abb. 27: Höchster erreichter Schulabschluss der Erwerbslosen und Interesse an einem Kommunikationsangebot



Quelle: eigene Darstellung

Hypothese 8:

Je niedriger der erreichte Berufsabschluss, desto geringer ist das Interesse an einem gesundheitsfördernden Angebot teilzunehmen.

Der angenommene Zusammenhang lässt sich nur teilweise bestätigen.

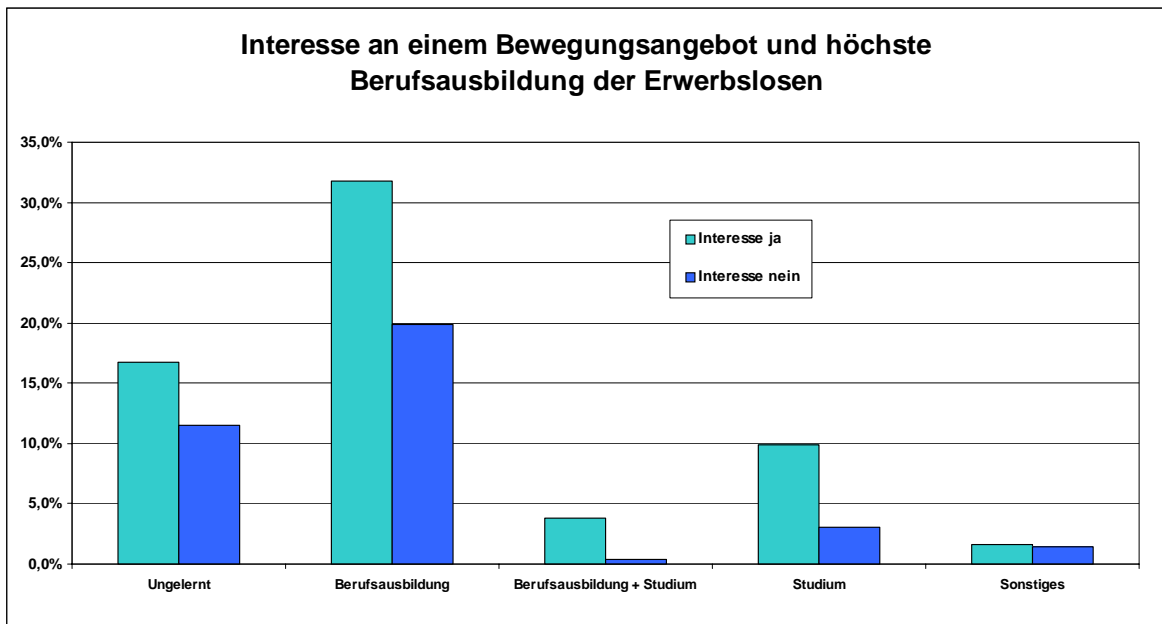
Die Hypothese kann bei Interesse an einem Bewegungsangebot mit einem signifikanten Ergebnis $p=0,009$ nicht bestätigt werden. Der Zusammenhang zeigt sich bei den Ungelernten und allen anderen Berufsabschlüssen und ist bei Erwerbslosen mit abgeschlossener Berufsausbildung am stärksten (vgl. Tab. 11 und Abb. 28).

Tabelle 11: Erreichter Berufsabschluss der Erwerbslosen und Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten aus verschiedenen Bereichen

Chi-Quadrat nach Pearson	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Bewegung	13,528	4	,009
Ernährung	3,706	4	,447
Stressbewältigung	3,530	4	,473
Kommunikation	21,224	4	,000
Kompetenz	9,865	4	,043

Quelle: eigene Darstellung

Abb. 28: Höchste abgeschlossene Berufsausbildung der Erwerbslosen und Interesse an einem Bewegungsangebot



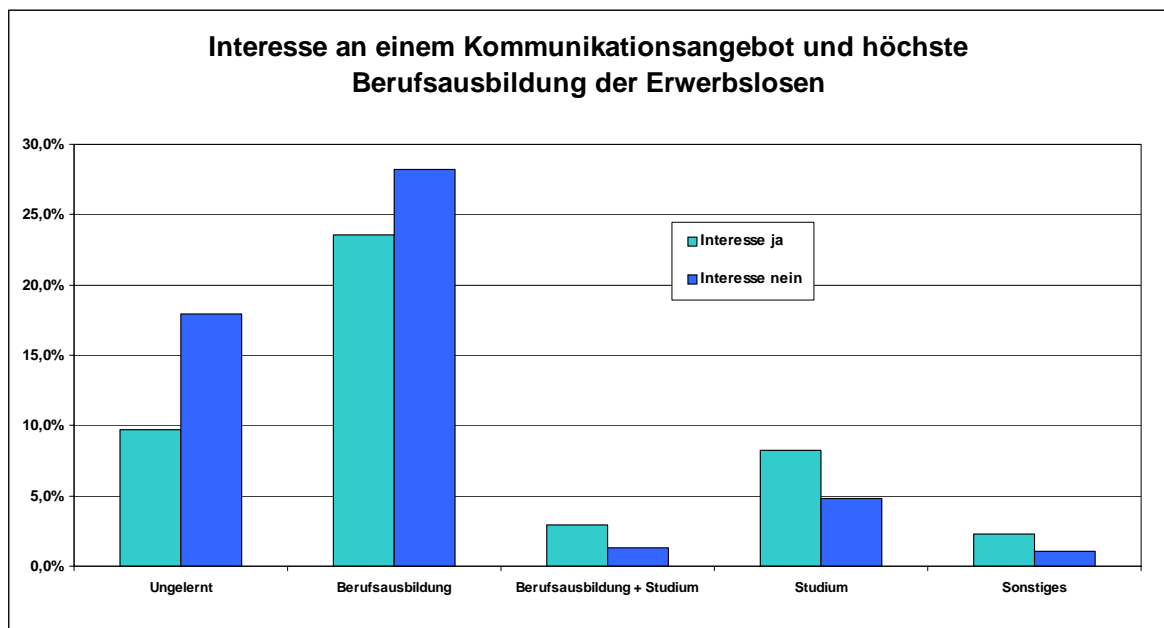
Quelle: eigene Darstellung

Dagegen kann die Hypothese in Bezug auf Kommunikationstraining bestätigt werden. Es zeigt sich ein signifikantes Ergebnis ($p=0,000$).

Die Befragten mit abgeschlossenem Studium, mit abgeschlossener Berufsausbildung in Verbindung mit beendetem Studium und sonstigem Berufsabschluss haben Interesse an einem gesundheitsfördernden Kommunikationsangebot.

Dagegen haben Erwerbslose mit abgeschlossener Berufsausbildung und ohne Abschluss kein Interesse an Kommunikationstraining (vgl. Tab. 11 und Abb. 29).

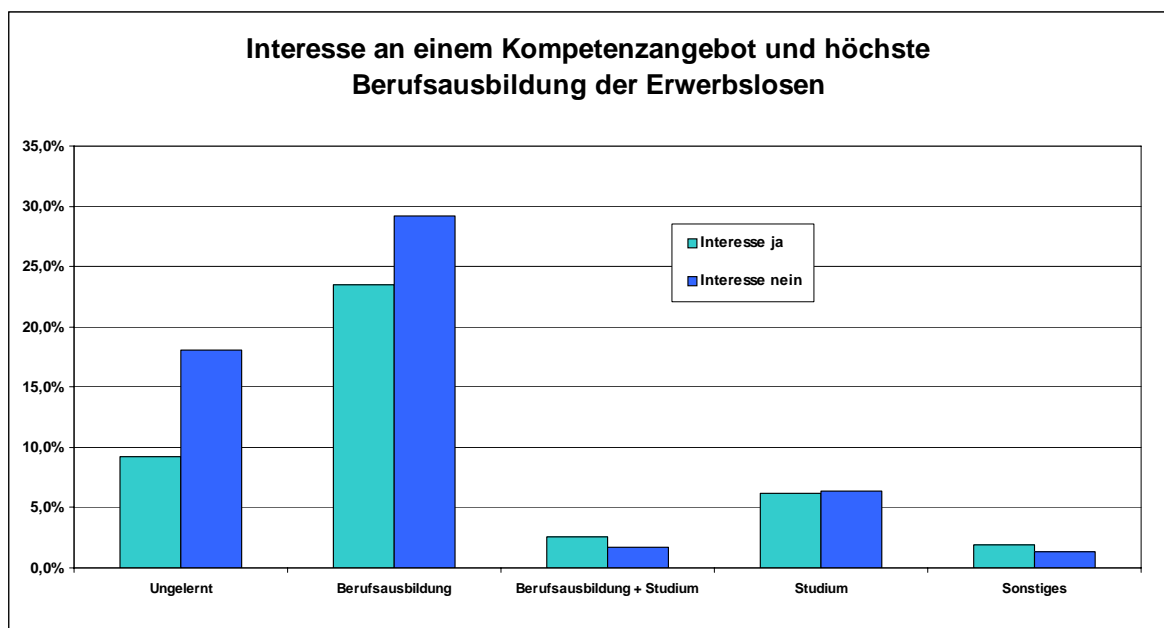
Abb. 29: Höchste abgeschlossene Berufsausbildung der Erwerbslosen und Interesse an einem Kommunikationsangebot



Quelle: eigene Darstellung

Ebenfalls kann die angenommene Hypothese für das Interesse an Kompetenztraining bestätigt werden.

Abb. 30: Höchste abgeschlossene Berufsausbildung der Erwerbslosen und Interesse an einem Kompetenzangebot



Quelle: eigene Darstellung

Die Erwerbslosen mit abgeschlossener Berufsausbildung in Verbindung mit beendetem Studium und Befragte mit sonstiger Berufsausbildung weisen an Kompetenztraining ein höheres Interesse auf (vgl.Tab.11 und Abb.30).

Für die Bereiche Ernährung und Stressbewältigung konnten keine signifikanten Ergebnisse gefunden werden (vgl. Tab. 11).

Hypothese 9:

Je länger die Dauer der Erwerbslosigkeit, desto geringer ist das Interesse an einem gesundheitsfördernden Angebot teilzunehmen.

Im Zusammenhang mit der Dauer der Erwerbslosigkeit und dem Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten konnten keine signifikanten Ergebnisse gefunden werden. Somit ist davon auszugehen, dass die oben genannte Hypothese nicht bestätigt werden kann.

Tabelle 12: Dauer der Erwerbslosigkeit der Erwerbslosen und Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten

Chi-Quadrat nach Pearson	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Bewegung	3,756	4	,440
Ernährung	2,903	4	,574
Stressbewältigung	7,992	4	,092
Kommunikation	2,529	4	,640
Kompetenz	3,541	4	,472

Quelle: eigene Berechnung

11.9. Diskussion

Zentrales Anliegen der vorliegenden Querschnittsuntersuchung war es, Einflussfaktoren auf die Motivation mit der Erwerbslose gesundheitsfördernde Angebote wahrnehmen und Gründe für eine Nichtteilnahme zu identifizieren.

Es soll der Frage nachgegangen werden, wie die vorliegenden Ergebnisse zur Etablierung von gesundheitsfördernden Angeboten für Erwerbslose beitragen können.

Zuerst werden die Ergebnisse diskutiert und dann im Abschnitt „Handlungsempfehlungen und Ausblick“ Vorschläge für potenzielle Anbieter von gesundheitsfördernden Angeboten abgeleitet.

Die Ergebnisdiskussion orientiert sich an den Komplexen welche für die Auswertung der Ergebnisse zugrunde gelegt wurden.

Die zentralen Ergebnisse beziehen sich auf die in der Auswertung verwendeten Komplexe: Gesundheitswahrnehmung und Motivation zur Wahrnehmung von Angeboten und Nichtteilnahme. Dieses wird im Folgenden dargestellt.

11.9.3. Gesundheitswahrnehmung

Es zeigt sich in der vorliegenden Querschnittsuntersuchung, dass 97% der Erwerbslosen ihre Gesundheit für sehr wichtig - wichtig halten und 66% ihren Gesundheitszustand subjektiv als sehr gut - gut einschätzen. Dies könnte bedeuten, dass der Erhalt der Gesundheit für die Betroffenen eine große Bedeutung hat und sie bereit wären, Anstrengungen zum Erhalt der Gesundheit aufzubringen.

Der Anteil der Teilnehmer, die ihren Gesundheitszustand subjektiv als weniger gut – schlecht einschätzen, beläuft sich auf etwa 34%. Dieser Befund zeigt sich auch in anderen repräsentativen Befragungen wie den Mikrozensus, das sozioökonomische Panel (SOEP) und der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP).

In der in Deutschland regelmäßig durchgeführten Haushaltsbefragung Mikrozensus wurde im Jahr 2003 festgestellt, dass 12,0% der befragten Erwerbslosen äußerten krank oder unfallverletzt zu sein. Allein in der Gruppe der 40–65-jährigen geben dies 14,7% der Erwerbslosen an. Dagegen äußerten vergleichsweise lediglich 8,3% der Erwerbstätigen, krank oder unfallverletzt zu sein (Mikrozensus 2003).

Weiterhin wurde auf Grundlage des sozioökonomischen Panels (SOEP) festgestellt, dass Langzeitarbeitslose sich durch ihren Gesundheitszustand signifikant häufiger eingeschränkt fühlen. (Hollederer 2002, S. 413)

Ein weiterer Vergleich kann zur Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) gezogen werden. Hier wurde festgestellt, dass Arbeitslose höhere Anteile mit schlechteren Gesundheitszuständen aufweisen, als dies bei Erwerbstätigen der Fall ist (Hollederer 2002, S. 413).

Auf der Grundlage dieser Ergebnisse wird angenommen, dass der schlechtere Gesundheitszustand von Erwerbslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen, aufgrund von riskanteren Verhaltensweisen und fehlender Förderung der Gesundheit zustande gekommen ist.

In der vorliegenden Querschnittserhebung ist weiterhin festzustellen, dass stark demoralisierte Erwerbslose ein höheres Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten aufweisen.

Explizit lassen sich aufgrund dieses Ergebnisses keine Vergleiche zu anderen Studien ziehen. Jedoch besteht die Tatsache, dass Arbeitslose häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen sind: Dieses zeigt sich deutlich auf Grundlage der Routinedaten der Techniker Krankenkasse, an den Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 sowie an dem telefonischen Gesundheitssurvey 2003.

Das vorliegende Ergebnis weist darauf hin, dass die Gruppe der Erwerbslosen und explizit die Erwerbslosen mit Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit, die allgemein als „schlecht erreichbar“ gelten, durchaus an gesundheitsfördernden Angeboten teilnehmen würden.

Um dies zu erreichen, müssten die Bedingungen für eine erfolgreiche Teilnahme in Form von günstigen Gesundheitsförderungsangeboten verbessert werden. Bei der Etablierung der Angebote wäre darauf zu achten, dass es nicht nur von Erwerbslosen genutzt wird, um eine Integration ins gesellschaftliche Leben und soziale Netzwerke zu fördern.

11.9.4. Motivation und Hinderungsgründe zur Wahrnehmung von Angeboten

Durch die vorliegende Untersuchung wurde festgestellt, dass Erwerbslose am meisten Interesse an einem Bewegungsangebot aufweisen.

Es wird angenommen, dass der Gesundheitsaspekt, verbunden mit regelmäßiger Bewegung von den Betroffenen als wichtig angesehen wird. Weiterhin besteht die Annahme, dass gesundes Verhalten am ehesten mit Bewegung verbunden und ausgeübt wird.

Es zeigt sich, dass männliche Erwerbslose weniger Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten haben als weibliche Erwerbslose.

Zu diesem Ergebnis lassen sich explizit keine Studien mit vergleichenden Ergebnissen heranziehen. Dennoch wird im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 aufgezeigt, dass die Hälfte der arbeitslosen Männer überhaupt keinen Sport treibt. Im Vergleich dazu, sind zwischen arbeitslosen und erwerbstätigen Frauen kaum Unterschiede festgestellt worden. Die sportliche Betätigung liegt bei Frauen höher.

Dies Ergebnis weist darauf hin, dass besonders erwerbslose Männer in Bezug auf die Wichtigkeit von gesundheitsfördernden Verhaltensweisen stärker informiert werden müssen.

Geldmangel ist für die meisten Erwerbslosen das Hindernis nicht an einem gesundheitsfördernden Angebot teilnehmen zu können.

Das vorliegende Ergebnis lässt den Schluss zu, dass die Teilnahmebedingungen für gesundheitsfördernde Angebote den Voraussetzungen der Erwerbslosen angepasst werden müssen, um eine Teilnahme der Betroffenen zu ermöglichen. Es wäre angebracht günstige Gesundheitsförderungsangebote im näheren Umfeld der Erwerbslosen zu etablieren und für die Bekanntmachung dieser Angebote zu sorgen. Des Weiteren sollte Aufklärung über gesundheitsfördernde Verhaltensweisen besonders bei dieser Zielgruppe betrieben werden.

11.9.5. Einschränkungen der Aussagekraft

Die vorliegende Untersuchung stellt einen Forschungsansatz innerhalb der Gesundheitsförderung für Erwerbslose dar und weist Einschränkungen auf, welche die Aussagekraft reduzieren können.

Eine Einschätzung zu treffen, wie viele Personen das jeweilige Jobcenter am Befragungstag besuchen würden war nicht möglich. Somit ist eine Aussage über die Grundgesamtheit und die Berechnung einer Rücklaufquote schwierig.

Da die Beteiligung an der Befragung sehr hoch gewesen ist, kann die vorliegende Untersuchung als repräsentativ gelten.

Der Frage nach der Motivation zur Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten und den Gründen für eine Nichtteilnahme ist mit der vorliegenden Untersuchung erstmalig nachgegangen worden. Aufgrund dessen konnte für die Motivation kein erprobtes und validiertes Erhebungsinstrument eingesetzt werden. Ein Teil der Demoralisierungsskala nach Fichter, mit der die Beeinträchtigungen auf die psychische Gesundheit eingeschätzt werden, bildet den Teil des Erhebungsinstrumentes der validiert vorliegt und mehrfach eingesetzt worden ist.

Die eingesetzten Fragen beruhen auf einer Selbsteinschätzung der Befragten. Somit kann nur ein erstes Bild der Motivation zur Teilnahme und von den Gründen zur Nichtteilnahme abgebildet werden.

Durch die während der Befragung auftretenden migrationsbedingten Verständnisprobleme, ist es bei Fragen zur bisherigen Teilnahme an Angeboten, Interesse an Angeboten und der Stärke der Demoralisierung zu fehlenden Werten gekommen.

11.9.6. Zusammenfassung

Insgesamt betrachtet können die wichtigsten Ergebnisse wie folgt zusammengefasst werden:

- 97% der Betroffenen halten ihre Gesundheit für sehr wichtig - wichtig und 66% berichten, dass sie ihren Gesundheitszustand subjektiv als sehr gut - gut einschätzen.
- Weiterhin wurde festgestellt, dass stark demoralisierte Erwerbslose ein höheres Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten aufweisen.
- Das größte Interesse besteht bei den Befragten an einem Bewegungsangebot.
- Männliche Personen haben weniger Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten als weibliche.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen deutlich, dass bei der gewählten Zielgruppe Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten besteht und die Motivation zur Teilnahme gegeben ist. Des Weiteren ist Geldmangel der Hinderungsgrund der eine Teilnahme erschwert.

Aus den Ergebnissen geht nicht hervor, welche Faktoren die letztendliche Teilnahme beeinflussen und durch welche Bedingungen die Teilnahme gefördert werden könnte.

Eine weiterführende Untersuchung sollte in jedem Fall mit mehrsprachigen Erhebungsinstrumenten durchgeführt werden. Das einzusetzende Erhebungsinstrument sollte in englischer, französischer, russischer, türkischer und deutscher Sprache vorliegen.

Weitere Untersuchungen sind angebracht, um die Interessen an gesundheitsfördernden Angeboten und die Gründe zur Nichtteilnahme weiter zu differenzieren.

Welche Unterstützung muss geleistet und welche Barrieren müssen abgebaut werden, damit Erwerbslose die Interesse aufweisen auch tatsächlich an gesundheitsfördernden Angeboten teilnehmen. Durch Klärung dieser Fragen können gute, den Bedingungen der Erwerbslosen angepasste gesundheitsfördernde Angebote etabliert werden.

12. Gegenüberstellung vergleichbarer Ergebnisse der vorliegenden Untersuchungen

In diesem Abschnitt werden übereinstimmende Ergebnisse aus den beiden durchgeführten Untersuchungen gegenübergestellt. Es soll aufgezeigt werden, in welchen Bereichen die Experten und die Erwerbslosen vergleichbare Aussagen getroffen haben. Konforme Ergebnisse werden anhand der Bereiche Gesundheitszustand, Gesundheitsförderung und Hindernisse nachfolgend dargestellt.

12.6. Gesundheitszustand

Experteninterviews

Die Experten aus den Unterstützungseinrichtungen für Arbeitslose schätzen den Gesundheitszustand ihrer Kunden als beeinträchtigt ein.

Besonders stark und mit zunehmender Tendenz werden psychische Belastungen bei den Kunden wahrgenommen.

Querschnittserhebung

34% der befragten Erwerbslosen geben ihren Gesundheitszustand mit „weniger gut“ bis „überhaupt nicht gut“ an.

Die stark demoralisierten Erwerbslosen zeigen ein höheres Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten als weniger demoralisierte.

12.7. Gesundheitsförderung

Experteninterviews

Fast alle Interviewpartner schlagen Bewegungsangebote zur Gesundheitsförderung von Arbeitslosen vor. Als zweitwichtigstes werden Angebote im Stressreduzierungsbereich erachtet.

Querschnittserhebung

Erwerbslose haben am häufigsten schon mal an einem Bewegungsangeboten teilgenommen und zeigen auch am meisten Interesse an diesen. Die zweithöchste Beteiligung zeigt sich bei Angeboten zur Stressreduzierung, auch hier liegt das Interesse an zweiter Stelle.

12.8. Hindernisse

Experteninterviews

Die Hälfte der Experten sieht die finanzielle Lage der Erwerbslosen als ein Hinderungsgrund um an gesundheitsfördernden Angeboten teilzunehmen.

Querschnittserhebung

Geldmangel ist das von den Erwerbslosen am häufigsten genannte Hindernis für eine Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten.

12.9. Zusammenfassung

Es wird deutlich, dass sowohl die Experten und die Erwerbslosen selbst zu übereinstimmenden Ergebnissen gelangen. Dieses zeigt, dass die Experten, die eng mit den Erwerbslosen zusammenarbeiten, die Probleme ihrer Kunden wahrnehmen.

Es wäre wichtig die Experten als Kooperationspartner für die Etablierung von gesundheitsfördernden Angeboten für Erwerbslose zu gewinnen, da sie nah an der Zielgruppe sind und Einfluss auf die Verbesserung und Aufrechterhaltung der Gesundheit nehmen können.

13. Handlungsempfehlungen

Zu Beginn werden die Zielfragestellung und das Gesamtergebnis der vorliegenden Untersuchungen dargestellt. Im Anschluss daran werden Handlungsempfehlungen für unterschiedliche Akteure der Gesundheitsförderung von Arbeitslosen diskutiert. Die Diskussion wird anhand der Bereiche Forschung und Datengrundlage, Gesellschaft und Politik sowie der Institutionen Krankenkassen und Bundesagentur für Arbeit betrachtet.

13.6. Zielfragestellung und Gesamtergebnis

Die vorliegenden Untersuchungen sind der Frage nachgegangen, ob Erwerbslose Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten aufweisen und welche Hindernisse einer Teilnahme im Wege stehen würden.

Zusammenfassend betrachtet kommen die durchgeführten Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass Erwerbslose Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten aufweisen und zur Teilnahme bereit wären, wenn die Barrieren wie z.B. Geldmangel beseitigt werden würden. Die befragten Einrichtungen geben an, dass sie eine Umsetzung und Etablierung von gesundheitsfördernden Angeboten für wichtig und angebracht halten und zu Kooperationen bereit sind. Diese Ergebnisse zeigen, dass durch gezielte Netzwerkbildung und aktive Akteure der Gesundheitsförderung von Arbeitslosen eine Etablierung von gesundheitsfördernden Angeboten umzusetzen ist.

13.7. Forschung und Datengrundlage

Aufgrund der Defizite in der Gesundheitsberichterstattung und der mangelnden systematischen Forschung bezüglich des Zusammenhangs zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit, ist eine Etablierung und Umsetzung von gesundheitsfördernden Angeboten schwierig.

Kuhnert und Kastner (2002) bestätigen, dass die Ursache für eine mangelnde Umsetzung von gesundheitsfördernden Strategien für Arbeitslose in der fehlenden Praxisforschung liegt. Demnach sollte es weiterhin oberstes Ziel einer guten Gesundheitsförderung für Arbeitslose sein, eine systematische Gesundheitsberichterstattung und Praxisforschung zu etablieren.

13.8. Gesellschaft und Politik

Das Bewusstsein für gesundes Verhalten und den daraus resultierenden Nutzen für die eigene Gesundheit ist bei den meisten Arbeitslosen sowie in der Gesamtbevölkerung noch nicht stark ausgeprägt. Dies zeigt sich auch deutlich am Verhalten der befragten Erwerbslosen.

Kastner (2005) beschreibt in diesem Zusammenhang, dass den meisten Arbeitslosen nicht bewusst ist, dass ihre Gesundheit ein entscheidender Faktor für ihre Beschäftigungsfähigkeit darstellt. Solange der Körper keine gesundheitlichen Einschränkungen aufweist, wird von den meisten Arbeitslosen auch kein Anlass zu präventivem Handeln wahrgenommen.

Betrachtet man hierzu Ansätze der Ottawa-Charta⁴⁰, wäre eine Stärkung der Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit zu unterstützen.

Zusätzlich müsste eine Änderung der gesellschaftlichen Bewertung von Arbeitslosigkeit stattfinden. Laut Bormann und Elkeles (1997) herrschen noch immer Stigmatisierungen und Schuldzuschreibungen vor, welche die negativen gesundheitlichen Folgen nicht verringern, sondern noch verstärken. Interventionen sollten darauf abzielen Erwerbslose stärker mit Erwerbstätigen in Kontakt zu bringen, um Berührungängste und Vorurteile abzubauen.

Strehmel und Ulich (1998) sowie Lampert et al. (2005) merken an, dass zukünftige Berufsbiografien durchaus nicht stetig verlaufen und ein zunehmender Anteil von Menschen Arbeitslosigkeitserfahrungen machen wird.

Wünschenswert ist eine vorausschauende Gesundheitspolitik, die arbeitsmarkt-integrierende Gesundheitsförderung für Arbeitslose als politische Herausforderung ansieht. Leider fehlen hier aufgrund mangelnder Umsetzung und Definition von Gesetzen die klaren Verantwortlichkeiten.

Grobe und Schwartz (2003) schlagen vor, Einrichtungen zu etablieren, die für die Gesundheit von Arbeitslosen zuständig sind und die aktiven Akteure koordinieren. Demzufolge wäre eine klare Aufgabenverteilung sichergestellt.

Mit Hilfe von präventiven Angeboten können Beeinträchtigungen im Vorfeld vermieden und eingedämmt werden. Dies würde die Wiedereingliederungschancen von Arbeitslosen deutlich verbessern. Somit können gesamtgesellschaftliche Folgekosten für die sozialen Sicherungssysteme verringert werden.

⁴⁰ Siehe Abschnitt 2.2.

Insgesamt betrachtet würden die Folgen von Arbeitslosigkeit für die Betroffenen dezimiert werden, es könnte dadurch aber nicht zu einem Abbau der Massenarbeitslosigkeit kommen. Gesundheitsförderung schafft zwar keine Arbeitsplätze, kann aber den Betroffenen helfen die Situation angemessen zu bewältigen.

13.9. Krankenkassen

Für Krankenkassen wäre ein stärkeres Interesse an der Zielgruppe Arbeitslose mit Vorteilen verbunden. Durch gezielte Maßnahmen in der Gesundheitsförderung für Arbeitslose könnten Folgekosten, welche durch chronische und lange Krankheitsverläufe entstehen, verringert werden.

Weiterhin entstehen Mindereinnahmen durch Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, da sie häufig zwischen Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit wechseln. Dadurch kommt es zu zeitverzögerten Zahlungen der Sozialversicherungsbeiträge.

Zusätzlich sind Arbeitslose von Zuzahlungen zu Arznei-, Verband- und Heilmitteln befreit. Dieses macht sich negativ auf der Einnahmeseite von Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern bemerkbar.

Ein weiterer Vorteil wäre in der Analyse von Gesundheitszuständen von Arbeitslosen zu sehen, da vorher bestehende gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen identifiziert werden könnten. Demzufolge könnten neue mögliche Handlungsfelder in den einzelnen Branchen für die betriebliche Gesundheitsförderung sichtbar werden.

Zusätzlich wird deutlich, dass der Umsetzung der Chancengleichheit (§20 SGB V) durch Verminderung von sozialer Ungleichheit nachgegangen werden könnte. Obwohl die Mittel zur Verfügung stehen, findet laut Holleder (2002) die Umsetzung des §20 SGB V kaum Anwendung bei Personen die von Arbeitslosigkeit betroffen sind. An dieser Tatsache hat sich bis heute kaum etwas geändert.

Zukünftig sollten für Krankenkassen besonders die Primärprävention und spezifische Präventionsstrategien, besonders im Bereich der psychosozialen Angebote für Arbeitslose von hoher Relevanz sein. Dadurch könnte den sehr hohen Arbeitsloskeitsrisiken, die mit psychischen Symptomen verbunden sind, entgegengewirkt werden.

13.10. Bundesagentur für Arbeit

Gesundheitsförderung sollte in der Arbeitsförderung zum Thema werden.

Sich bietende Potenziale der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung im SGB III blieben bisher ungenutzt. Ein expliziter Auftrag zur Prävention und Gesundheitsförderung von Arbeitslosen ist im Gesetz noch nicht enthalten, es wird aber dennoch implizit angesprochen.

Es wäre angebracht, eine Screeningstrategie mit systematischer Erfassung des Gesundheitszustandes von Arbeitslosen zu entwickeln. Dieses könnte in die zur Verfügung stehenden Förderungsinstrumente „Profiling“ und „Fallmanagement“ integriert werden. Dadurch könnten Maßnahmen frühzeitig eingesetzt und gesundheitliche Folgen von Arbeitslosigkeit verringert werden.

Zusätzlich könnte durch die wohnortnahe Betreuung der Aspekt der Gemeinwesenorientierung der Ottawa-Charta umgesetzt werden.

Bisherige Modellprojekte wie die Projekte der BKK in Nordrhein-Westfalen, welche zur Unterstützung von Arbeitslosen durchgeführt werden, sollten weiter ausgebaut und wissenschaftlich begleitet werden.

Die Integration in den Arbeitsmarkt sollte in der Gesundheitsförderung für Arbeitslose im Vordergrund stehen, damit die Maßnahmen von den Arbeitslosen als interessant bewertet und angenommen werden.

Gesundheitsfördernde Angebote dürfen nicht als Druck- und Sanktionsmittel verwendet werden. Dieses wäre in dem Zusammenhang nicht angebracht und würde die Aufrechterhaltung und Wiederherstellung des Gesundheitszustandes gefährden.

13.11. Zusammenfassung

Für die Zukunft zeigt sich durch die Diskussion der Handlungsempfehlungen für die verschiedenen Akteure, dass Aktivitäten der Gesundheitsförderung für Arbeitslose in den Bereichen Wirtschaft-, Bildung-, Sozial- und Beschäftigungspolitik sowie innerhalb der Krankenkassen und der Bundesagentur für Arbeit angesiedelt werden können.

Generell ist es von höchster Notwendigkeit, dass Netzwerke über die Bereiche Arbeit – Soziales - Gesundheit gegründet werden und effektiv zusammenarbeiten.

Literaturverzeichnis

Beckmann, J. (1996): Entschlußbildung. In: Kuhl, J., Heckhausen, H. (Hrsg.): Motivation, Volition und Handlung, Motivation und Emotion. Enzyklopädie der Psychologie. Band 4. Göttingen: Hogrefe Verlag

BKK Bundesverband (2005): Mehr Gesundheit für alle. Gesundheitsförderung für Arbeitslose und von Arbeitslosigkeit Bedrohte. Essen

Bormann, C., Elkeles, T. (1997): Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Arbeits- und Langzeitarbeitslosen. In: Weber, I. (Hrsg.): Gesundheit sozialer Randgruppen, Gesundheitliche Probleme gesellschaftlich benachteiligter Gruppen und deren Versorgung. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag

Bortz, J. (2005): Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. 6. Aufl., Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Bortz, J., Döring, N. (2003): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 3. Aufl., Berlin: Springer Verlag

Brähler, E., Laubach, W. & Stöbel-Richter, Y. (2002): Belastungen und Befindlichkeiten von Arbeitslosen in Deutschland. In: Reschke, K., Schröder, H. & Schumacher, J. (Hrsg.): Mensch unter Belastung, Erkenntnisfortschritte und Anwendungsperspektiven der Stressforschung. Frankfurt: Verlag für Akademische Schriften

Braumühl, C. v. (2005): Arbeitslosigkeit: (k)ein Thema der betrieblichen Gesundheitsförderung?. In: Busch, R., Göbel, E. & Kuhn, J. (Hrsg.): Leben, um zu arbeiten? Betriebliche Gesundheitsförderung unter biografischem Blickwinkel. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag

Broutschek, B., Schmidt, S., Dauer, S. (1999): Macht Arbeitslosigkeit krank oder Krankheit arbeitslos? Psychologische Theorien zur Beschreibung von Arbeitslosigkeit. In: Dauer, S., Henning, H. (Hrsg.): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Halle (Saale): Mitteldeutscher Verlag GmbH

Bundesagentur für Arbeit (2006): Aktuelle Arbeitslosenzahlen für die Region Hamburg <http://statistik.arbeitsamt.de/statistik/index.php?id=HH&dbtyp=3&typ=BL>, 10.02.06

Bundesagentur für Arbeit (2006): Arbeitslosenquoten im Jahresdurchschnitt 2005 http://www.pub.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/200512/iiii4/monats_jahreszahlend.pdf, 09.02.06

Bundesagentur für Arbeit (2006): Der Arbeitsmarkt in Deutschland, Monatsbericht Januar 2006, <http://www.pub.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/000000/html/start/monat/aktuell.pdf>, 09.02.06

Bundesagentur für Arbeit (2006): Übersicht über die Entwicklung der Arbeitslosigkeit in der Bundesrepublik Deutschland. http://www.pub.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/000000/html/start/gif/b_alo_d.shtml, 09.02.2006

Bundesagentur für Arbeit (2006): Übersicht über die aktuellen Arbeitslosenzahlen im Januar 2006. <http://www.pub.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/000000/html/start/monat/grafiken.pdf>, 09.02.06

Bundesministerium für Arbeit und Soziales, „o. J.“: Die Eigenleistung nach Hartz IV <http://www.arbeitsmarktreform.de/Arbeitsmarktreform/Navigation/Grundsicherung-Hartz-IV/eigenleistung.html>, 03.02.2006

Bundesministerium für Arbeit und Soziales, „o. J.“: Die Geldleistung <http://www.arbeitsmarktreform.de/Arbeitsmarktreform/Navigation/Grundsicherung-Hartz-IV/geldleistung-alg-2.html>, 09.02.2006

Bundesministerium für Arbeit und Soziales, „o. J.“: Hartz I und II <http://www.arbeitsmarktreform.de/Arbeitsmarktreform/Navigation/ModernerArbeitsmarkt/Hartz-I-III/ich-ag.html>, 03.02.2006

Bundesministerium für Arbeit und Soziales, „o. J.“: Hartz III und Umbau der Bundesagentur für Arbeit <http://www.arbeitsmarktreform.de/Arbeitsmarktreform/Navigation/Moderner-Arbeitsmarkt/Hartz-I-III/umbau-der-ba.html>, 03.02.06

Bundesministerium für Arbeit und Soziales, „o. J.“: Minijobs <http://www.arbeitsmarktreform.de/Arbeitsmarktreform/Navigation/ModernerArbeitsmarkt/Hartz-I-III/minijobs.html>, 03.02.2006

Bundesministerium für Arbeit und Soziales, „o. J.“: Personal-Service-Agentur <http://www.arbeitsmarktreform.de/Arbeitsmarktreform/Navigation/ModernerArbeitsmarkt/Hartz-I-III/personal-service-agentur.html>, 03.02.2006

Bundesministerium für Arbeit und Soziales, „o. J.“: Überblick über die Hartz-Gesetze <http://www.arbeitsmarktreform.de/Arbeitsmarktreform/Navigation/moderner-arbeitsmarkt.html>, 03.02.2006

Bundesministerium für Arbeit und Soziales, „o. J.“: Übersicht über die Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten der persönlichen Ansprechpartner in der ARGE. <http://www.arbeitsmarktreform.de/Arbeitsmarktreform/Navigation/Service/infografiken,did=54178.html>, 08.02.06

Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (2005): Hartz IV Menschen in Arbeit bringen. Pößneck: GGP Media GmbH

Bühl, A., Zöfel, P. (2005): SPSS 12 Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows. München: Pearson Studium

Charbel, A. (2004): Schnell und einfach zur Diplomarbeit. Der praktische Ratgeber für Studenten. 4. Aufl., Nürnberg: Bildung und Wissen Verlag und Software GmbH

Claussen, B., Bertran, J. (1999): The ICOH Working Group „Unemployment and Health“. International Archives of Occupational and Environmental Health. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag

Dooley, D., Catalano, R. (1980): Economic Change As a Cause of Behavioral Disorder. In: Psychological Bulletin, Vol. 87, No. 3, S. 450-468

Egger, A., Wohlschläger, E., Osterode, W., Rüdiger, H.W., Wolf, C., Kundi, M., Trimmel, T. (2006): Gesundheitliche Auswirkungen von Arbeitslosigkeit. In: Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin 41, 1, 2006, S. 16-20

Elkeles, T. (2001): Arbeitslosigkeit und Gesundheitszustand. In: Mielck, A., Bloomfield K. (Hrsg.): Sozial-Epidemiologie. Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim, München: Juventa Verlag

Elkeles, T., Kirschner, W. (2004): Arbeitslosigkeit und Gesundheitsförderung – Interventionen durch Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement – Befunde und Strategien. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaften GmbH

Förster, P., Berth, H., Brähler, E. (2004): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Ergebnisse der Sächsischen Längsschnittstudie, 17. Welle 2003. Berlin: Otto Brenner Stiftung

Franzkowiak, P. (2000): Salutogenetische Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung, 3. Aufl., Schwabenheim a. d. Selz: Sabo

Franzkowiak, P. (2000)b: Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung, 3. Aufl., Schwabenheim a. d. Selz: Sabo

Franzkowiak, P. (2000)c: Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung, 3. Aufl., Schwabenheim a. d. Selz: Sabo

Frese, M., Mohr, G. (1978): Die psychopathologischen Folgen des Entzugs von Arbeit: Der Fall Arbeitslosigkeit. In: Frese, M., Greif, S., Semmer, N. (Hrsg.): Industrielle Psychopathologie. Bern: Huber Verlag

Fryer, D., Pyne, R.L. (1984): Proactive behavior in unemployment: Findings and implications. Leisure Studies, 3, S. 273-295

Fryer, D. (1986): Employment deprivation and personal agency during unemployment. Social Behavior. In: International Journal of Applied Social Psychology, 1, S. 3-23

Gollwitzer, P. M. (1996): Das Rubikonmodell der Handlungsphasen. In: Kuhl, J., Heckhausen, H. (Hrsg.): Motivation, Volition und Handlung, Motivation und Emotion. Enzyklopädie der Psychologie. Band 4. Göttingen: Hogrefe Verlag

Grobe, T., Schwartz, F. (2003): Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 13: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Berlin: Medien- und Kommunikations GmbH

Heckhausen, H. (1989): Motivation und Handeln. 2. Aufl., Berlin: Springer Verlag

Hollederer, A. (2002): Arbeitslosigkeit und Gesundheit, Ein Überblick über empirische Befunde und die Arbeitslosen- und Krankenkassenstatistiken. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 35. Jg. / 2002, S. 411-428

Hurrelmann, K. (1994): Familienstress, Schulstress, Freizeitstress: Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. 2. Aufl., Weinheim: Beltz Verlag

Jahoda, M., Lazarsfeld, P.F., Zeisel, H. (1933): Die Arbeitslosen von Marienthal. 2. Aufl., Bonn: Verlag für Demoskopie

Jahoda, M., Lazarsfeld, P.F., Zeisel, H. (1975): Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch über die Wirkungen langandauernder Arbeitslosigkeit. Frankfurt a.M.: Suhrkamp

Kaba-Schönstein, L. (2000): Gesundheitsförderung III: Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung, 3. Aufl., Schwabenheim a. d. Selz: Sabo

Kastner, M. (2005): Gespräch mit Prof. Michael Kastner: Bewusstsein für den Zusammenhang von Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit fehlt oft. In: Bundesverband der BKK (Hrsg.): News. Gesundheitsförderung aktuell 05/2005. Essen

Kieselbach, T. (1988): Arbeitslosigkeit. In: Asanger, R., Wenninger, G. (Hrsg.): Handwörterbuch der Psychologie. 4. Aufl., München: Psychologie Verlags Union

Kieselbach, T., Wacker, A. (1995): Bewältigung von Arbeitslosigkeit im sozialen Kontext, Einleitende Bemerkungen. In: Kieselbach, T., Wacker, A. (Hrsg.): Bewältigung von Arbeitslosigkeit im sozialen Kontext, Programme, Initiativen, Evaluation. Weinheim: Deutscher Studenten Verlag

Kieselbach, T. (2000): Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Perspektiven eines zukünftigen Umgangs mit beruflichen Transitionen. In: Zilian, HG, Flecker, J. (Hrsg.): Soziale Sicherheit und Strukturwandel der Arbeitslosigkeit. Mering.: Hampp Verlag

Kuhnert, P., Kastner, M. (2002): Neue Wege in Beschäftigung – Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. In: Röhrle, B. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung Bd. II. Tübingen: dgvt-Verlag

Lampert, T., Saß, A.-D., Häfelinger, M., Ziese, T. (2005): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert-Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: Saladruck

Mohr, G. (1993): Erwerbslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit: ein Beitrag zur differenzierenden Erwerbslosigkeitsforschung. Habilitationsschrift der Universität Osnabrück

Mohr, G. (1997): Erwerbslosigkeit, Arbeitsplatzunsicherheit und psychische Befindlichkeit. In: Liepmann, D. (Hrsg.): Wirtschaftspsychologie, Bd. 5. Frankfurt am Main: Peter Lang, Europäischer Verlag der Wissenschaften

Murphy, G., Athanasou, J. (1999): The effect of unemployment on mental health. In: Journal of Occupational and Organizational Psychology, 72, S. 83-99

Paul, K., Moser, K. (2001): Negatives psychisches Befinden als Wirkung und Ursache von Arbeitslosigkeit: Ergebnisse einer Metaanalyse. In: Zempel, J., Bacher, J., Moser, K. (Hrsg.): Erwerbslosigkeit. Opladen: Leske + Budrich

Rolfmeier, A. (2004): Gesundheitsförderung durch Sport an einer Hochschule. Entwicklung und Prüfung eines Modellprojektes zur Förderung der Aufnahme und Weiterführung gesundheitssportlicher Aktivitäten. In: Brettschneider, W.-D., Hackfort, D., Tokarski, W. (Hrsg.): Sportforum, Band 11. Aachen: Meyer & Meyer Verlag

Rosenstiel, L.v. (2001): Motivation im Betrieb: Mit Fallstudien aus der Praxis. 10. Aufl., Leonberg: Rosenberger Fachverlag

Seibt, A.C. (1999): Phasen der Verhaltensänderung / „Stanges of Change“. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung, 3. Aufl., Schwabenheim a. d. Selz: Sabo

Seligman, M.E.P. (1999): Erlernte Hilflosigkeit. Weinheim: Beltz Verlag

Strehmel, P. (1993): Soziale Netzwerke in diskontinuierlichen Erwerbsbiographien – Veränderungen in subjektiv erlebten Belastungen und Unterstützungspotentialen. In: Laireiter (Hrsg.): Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung. Konzepte, Methoden und Befunde. Bern: Hans Huber Verlag

Strehmel, P., Ulich, D. (1998): Arbeitslosigkeit als Entwicklungskrise im frühen und mittleren Erwachsenenalter. In: Oerter, R., Montada, L. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie, Ein Lehrbuch, 4. Aufl., Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union

Techniker Krankenkasse (2005): Gesundheitsreport. Auswertungen 2005 zu Trends bei Arbeitsunfähigkeiten und Arzneimittelverordnungen. Hamburg: Gildendruck

Thomae, H. (1965): Die Bedeutung des Motivationsbegriffs. In: Thomae, H. (Hrsg.): Handbuch der Psychologie, Bd.II, Allgemeine Psychologie, 2. Motivation. Göttingen: Hogrefe Verlag

Wacker, A. (1983): Arbeitslosigkeit: soziale und psychische Folgen. 3. Aufl., Frankfurt am Main: Europäische Verlagsanstalt

Wacker, A. (1993): Der Einfluss der Arbeitslosigkeit auf das Familienleben – Familien arbeitsloser Väter. In: Fuchs-Brüninghoff, E., Gröner, H. (Hrsg.): Arbeit und Arbeitslosigkeit. Zum Wert von Arbeit heute. München: Ernst Reinhardt Verlag

Warr, P., Jackson, P., Banks, M. (1998): Unemployment and Mental Health: Some British Studies. In: Journal of Social Issues, Vol. 44, S. 47-68

Winefield, A. (1995): Unemployment: Its psychological costs. In: International Review of Industrial and Organizational Psychology. Vol. 10. Chichester: Wiley, S. 169-212

Zempel, J., Bacher, J. und Moser, K. (2001): Erwerbslosigkeit. Ursachen, Auswirkungen und Interventionen. Opladen: Leske + Budrich

Demoralisierungsskala, validiertes Instrument im Fragebogen (Frage 8):

Fichter, M.M (1990): Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag

Strehmel, P (1999): Karriereplanung mit Familie: eine Studie über Wissenschaftlerinnen mit Kindern. Bielefeld: Kleine

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Abhängigkeits- und Bestimmungsfelder von Gesundheit	25
Abbildung 2:	Teufelskreis zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit	35
Abbildung 3:	Die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die Anforderungs-Ressourcen-Balance	36
Abbildung 4:	Das biopsychosoziale Modell nach Frankenhäuser (1986)	37
Abbildung 5:	Überblick über Arbeitsmarktreformen und deren Wirkung in Großbritannien	44
Abbildung 6:	Überblick über Arbeitsmarktreformen und deren Wirkung in den Niederlanden	45
Abbildung 7:	Überblick über Arbeitsmarktreformen und deren Wirkung in Dänemark	46
Abbildung 8:	Überblick über Arbeitsmarktreformen und deren Wirkung in Österreich	47
Abbildung 9:	Übersicht über die Entwicklung der Arbeitslosigkeit in der Bundesrepublik Deutschland	48
Abbildung 10:	Übersicht über die aktuellen Arbeitslosenzahlen im Januar 2006	50
Abbildung 11:	Überblick über die Zahl der Arbeitslosen (Langzeitarbeitslose) in Deutschland	51
Abbildung 12:	Übersicht über die Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten der persönlichen Ansprechpartner in der ARGE	59
Abbildung 13:	Bestandteile der Grundsicherung (ALG II)	62
Abbildung 14:	Sehr gute Einschätzung der allgemeinen Gesundheit in Abhängigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen	65
Abbildung 15:	Anteil der aktuellen Raucher/innen in Abhängigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen	68
Abbildung 16:	Sterblichkeit im Zeitraum 1998-2000 nach Arbeitslosigkeitsdauer	70
Abbildung 17:	Arbeitsunfähigkeitszeiten bei Arbeitslosen und Berufstätigen 2000 bis 2004: Nicht-psychische Diagnosen	72

Abbildung 18:	Arbeitsunfähigkeitszeiten bei Arbeitslosen und Berufstätigen 2000 bis 2004: Psychische Störungen	73
Abbildung 19:	Zusammenhang und Abhängigkeit der Variablen	98
Abbildung 20:	Altersgruppen der befragten Erwerbslosen	106
Abbildung 21:	Darstellung der Summenwerte der Demoralisierungen der Erwerbslosen über die gesamte Spannweite	109
Abbildung 22:	Bisherige Nutzung von gesundheitsfördernden Angeboten und Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten der Erwerbslosen	111
Abbildung 23:	Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten aus verschiedenen Bereichen und Geschlecht der Erwerbslosen	119
Abbildung 24:	Eingeschätzte Gesundheitswichtigkeit der Erwerbslosen und Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten aus verschiedenen Bereichen	120
Abbildung 25:	Subjektiv eingeschätzter Gesundheitszustand der Erwerbslosen und Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten	121
Abbildung 26:	Höchster erreichter Schulabschluss der Erwerbslosen und Interesse an einem Ernährungsangebot	122
Abbildung 27:	Höchster erreichter Schulabschluss der Erwerbslosen und Interesse an einem Kommunikationsangebot	123
Abbildung 28:	Höchste abgeschlossene Berufsausbildung der Erwerbslosen und Interesse an einem Bewegungsangebot	124
Abbildung 29:	Höchste abgeschlossene Berufsausbildung der Erwerbslosen und Interesse an einem Kommunikationsangebot	125
Abbildung 30:	Höchste abgeschlossene Berufsausbildung der Erwerbslosen und Interesse an einem Kompetenzangebot	125

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Einschätzung der Experten über die Hindernisse zur Teilnahme an Angeboten	91
Tabelle 2:	Informationswege der befragten Einrichtungen	92
Tabelle 3:	Itemmittelwerte der Fragen zur Demoralisierung	110
Tabelle 4:	Bisherige Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten und Stärke der Demoralisierung	114
Tabelle 5:	Bestehendes Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten und Stärke der Demoralisierung der Erwerbslosen	116
Tabelle 6 :	Angegebene Gründe für eine Nichtteilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten und Stärke der Demoralisierung der Erwerbslosen	118
Tabelle 7:	Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten aus verschiedenen Bereichen und Geschlecht der Erwerbslosen	119
Tabelle 8:	Einschätzung der Wichtigkeit der Gesundheit und Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten aus verschiedenen Bereichen	120
Tabelle 9:	Subjektiv eingeschätzter Gesundheitszustand und Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten aus verschiedenen Bereichen	121
Tabelle 10:	Höchster erreichter Schulabschluss der Erwerbslosen und Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten	122
Tabelle 11:	Erreichter Berufsabschluss der Erwerbslosen und Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten aus verschiedenen Bereichen	124
Tabelle 12:	Dauer der Erwerbslosigkeit der Erwerbslosen und Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten	126

Anhang

Interviewleitfaden für die Experteninterviews	147
Fragebogen für die Querschnittserhebung	148
Übersicht über die Hilfeinrichtungen für Erwerbslose in Hamburg	CD
Datensatz (SPSS)	CD
Berechnungoutput (SPSS)	CD

Beweggründe und Hindernisse für eine Teilnahme von Erwerbslosen an gesundheitsfördernden Angeboten

Interviewleitfaden

Thema: Gesundheitsförderung für Erwerbslose in Hamburg

Zielgruppe

1. Bitte beschreiben Sie Ihre Kunden (nur Erwerbslose) anhand von demographischen Merkmalen
 - Alter (Bereich, häufigstes Alter)
 - Geschlecht
 - Bildungsstand (Schule /Beruf)
 - Dauer der Erwerbslosigkeit

Gesundheit

2. Wie würden Sie die gesundheitliche Situation Ihrer Kunden beschreiben?
 - Ist Gesundheit überhaupt ein Thema
 - Welche Belastungen /Einschränkungen werden thematisiert
 - Wie wird damit umgegangen
 - Welche Themen sollten für gesundheitsfördernde Angebote aufgegriffen werden

Gesundheitsförderung

3. Bieten Sie gesundheitsfördernde Angebote an?
Ja → Welche? Und weiter mit 5.
Nein → 4.
4. Können Sie sich vorstellen, dass Ihre Einrichtung ein gesundheitsförderndes Angebot anbietet?
 - **Bewegungsorientierte** Programme, wie z.b. Walking, Wirbelsäulengymnastik
 - Programme zur gesunden **Ernährung /Gewichtsreduktion**
 - Programme zu **Entspannung** und **Stressreduktion**
 - Seminare zum **Zeitmanagement**
 - Seminare zur Verbesserung der **Kommunikation-** und **Konfliktfähigkeit**
 - Seminare zur Steigerung des **Selbstwertgefühls** /-bewusstseins

Hindernisse

5. Welche Hindernisse sehen Sie auf der Seite Ihrer Kunden um an einem gesundheitsfördernden Angebot teilzunehmen?

Information

6. Wie informieren Sie über Angebote?
7. Welche Wege betrachten Sie als geeignet um gesundheitsfördernde Angebote anzukündigen und Erwerbslose zu erreichen?

Wenn es Angebote gibt:

Zukunftsperspektiven

8. Ausbau /Kürzungen? Warum?



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Fakultät Soziale Arbeit und
Pflege

Sehr geehrte Damen und Herren,
Wir studieren Gesundheitswissenschaft an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften und bitten um ihre Mitarbeit. Wir schreiben eine Diplomarbeit zum Thema „Beweggründe und Hindernisse von Erwerbslosen für eine Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten“.

Wir möchten Sie dazu befragen, ob gesundheitsfördernde Angebote bei Ihnen Interesse wecken oder warum Sie nicht teilnehmen können. Aus den gewonnenen Ergebnissen sollen Handlungsempfehlungen für Anbieter zur Gestaltung von gesundheitsfördernden Angeboten entstehen.

Bei diesem Vorhaben werden wir von der Techniker Krankenkasse und der Hochschule für Angewandte Wissenschaften unterstützt.

Wir bitten Sie, sich wenige Minuten Zeit zu nehmen und diesen Fragebogen auszufüllen.

Ihre Teilnahme an der Befragung ist selbstverständlich freiwillig und anonym, wir behandeln Ihre Angaben vertraulich.

Vielen Dank für ihre Mithilfe!

Lia Burkard

Stefanie Wobbe

Sehr geehrte Damen und Herren,
bitte unterstützen Sie die beiden Studentinnen bei ihrem Vorhaben!
Vielen Dank!

Prof. Dr. Petra Strehmel

Datum
7. Oktober 2005

Für Rückfragen
Prof. Dr. Petra Strehmel

Telefon
+49.40.428 75-7085

Telefax
+49.40.428 75 71 19

E-Mail
petra.strehmel@sp.haw-
hamburg.de

Internet
www.haw-hamburg.de

Anschrift
HAW Hamburg
Saarlandstr. 30
22303 Hamburg



Beweggründe und Hindernisse von Erwerbslosen für eine Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten

1. Mein Lebensalter:

Unter 20	20-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	Über 60

2. Ich bin...

weiblich männlich

3. Welches ist ihr höchster Schulabschluss?

- | | | | |
|---------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| Keinen Abschluss | <input type="checkbox"/> | Förderschulabschluss | <input type="checkbox"/> |
| Hauptschulabschluss | <input type="checkbox"/> | Realschulabschluss | <input type="checkbox"/> |
| Fachabitur | <input type="checkbox"/> | Abitur | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges | <input type="checkbox"/> | | |

4. Welchen Beruf haben Sie erlernt? (Mehrfachantworten möglich)

- Ungelernt
- Berufsausbildung Welche? _____
- Studium Welches? _____
- Sonstiges und zwar? _____

5. Wie lange sind Sie erwerbslos nach Beendigung des letzten Arbeitsverhältnisses?

- 0 - 3 Monate
- 3 – 6 Monate
- 6 Monate – 12 Monate
- 1 – 2 Jahre
- 2 Jahre und länger

Wir haben nun einige Fragen zu Ihrer Gesundheit.

6. Wie wichtig ist Ihnen ihre Gesundheit?

Sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	überhaupt nicht wichtig

7. Wie schätzen Sie ihren derzeitigen Gesundheitszustand ein?

Sehr gut	gut	weniger gut	überhaupt nicht gut

8. Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Feststellungen, die beschreiben können, wie Sie sich in den letzten vier Wochen gefühlt haben. Kreuzen Sie bitte an, wie sehr die jeweilige Feststellung auf Sie zutrifft oder nicht zutrifft.

Wie oft **nie** **sehr oft**

... hatten Sie sich optimistisch und zuversichtlich gefühlt?	0	1	2	3
--	---	---	---	---

... hatten Sie ein Gefühl des gesunden Stolzes?	0	1	2	3
---	---	---	---	---

... hatten Sie das Gefühl, ganz versagt zu haben?	0	1	2	3
---	---	---	---	---

... hatten Sie sich benachteiligt (minderwertig im Vergleich zu anderen) gefühlt?	0	1	2	3
---	---	---	---	---

... waren Sie unzufrieden mit sich selbst?	0	1	2	3
--	---	---	---	---

... hatten Sie das Gefühl, dass nichts so wird, wie Sie es sich wünschten?	0	1	2	3
--	---	---	---	---

... kam es vor, dass Sie das Gefühl hatten, alles sei sinnlos?	0	1	2	3
--	---	---	---	---

... hatten Sie sich völlig hoffnungslos gefühlt?	0	1	2	3
--	---	---	---	---

9. Haben Sie schon einmal an einem der Folgenden gesundheitsfördernden Angebote teilgenommen?

	Ja	Nein
Bewegung (Bewegungsorientierte Programme wie z.B. Walking, Mannschaftssport, Wirbelsäulengymnastik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährung (Programme zur gesunden Ernährung oder zur Gewichtsreduktion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stressbewältigung (Programme zur Entspannung und Stressreduktion z.B. Autogenes Training, Zeitmanagement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation (Seminare zur Verbesserung der Kommunikations- und Konfliktfähigkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompetenztraining (Seminare zur Steigerung des Selbstwertgefühls z.B. Gesprächsrunden, Workshops)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Seminare oder Programme (bitte benennen)		

Wenn Sie nur mit „Nein“ geantwortet haben bitte weiter mit Frage 11

10. Wo haben Sie diese Angebote genutzt und/oder davon erfahren?
(Mehrfachantworten möglich)

- Volkshochschule
- Sportverein
- Krankenkasse
- Sonstiges (bitte benennen) _____

11. An welchen Angeboten aus folgenden Bereichen hätten Sie Interesse und würden Sie teilnehmen?

	Ja	Nein
Bewegung (Bewegungsorientierte Programme wie z.B. Walking, Mannschaftssport, Wirbelsäulengymnastik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährung (Programme zur gesunden Ernährung oder zur Gewichtsreduktion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stressbewältigung (Programme zur Entspannung und Stressreduktion z.B. Autogenes Training, Zeitmanagement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation (Seminare zur Verbesserung der Kommunikations- und Konfliktfähigkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompetenztraining (Seminare zur Steigerung des Selbstwertgefühls z.B. Gesprächsrunden, Workshops)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Seminare oder Programme (bitte benennen)		

12. Warum würden Sie nicht teilnehmen? (Mehrfachantworten möglich)

- Keine Zeit
- Kein Interesse
- Kein Geld
- Sonstiges (bitte benennen) _____

13. Wie könnten wir Sie am besten über gesundheitsfördernde Angebote informieren? (Mehrfachantworten möglich)

- Mail/Internet
- Fernsehen
- Zeitung/Zeitschrift
- Flyer/Broschüre
- Aushang

Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung. Bitte legen Sie den Fragebogen in die aufgestellte Rückgabebox.

Eidesstattliche Erklärung

Wir versichern, dass wir die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt haben. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 23. März 2006

Stefanie Wobbe

Lia Burkard