



KATHOLISCHE
HOCHSCHULE FREIBURG

CATHOLIC UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES FREIBURG

„Beschäftigungsfähigkeit“ ohne „Gesundheitsfähigkeit“? Irrwege und Auswege für langzeiterwerbslose Menschen

Fachtagung: Arbeitslosigkeit und Gesundheit
27. November 2013 (9.30 – 16.30) im Thüringer Landtag

Prof. Dr. Peter Kuhnert



Inhalt

1. Multimorbidität und soziale Probleme von Langzeitarbeitslosen
2. Armut und prekäre Beschäftigung macht krank und grenzt aus
3. Empowerment zur Stärkung von Beschäftigungsfähigkeit und Gesundheit
4. Wirkung und Grenzen von Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen (4a . Fallskizze: Langzeitarbeitsloser Mann und aktuelle Krise)
5. Entwicklung von Beschäftigungsfähigkeit in Stabilisierenden Gruppen u. sozialen Netzwerken
6. Fallmanagement und Vermittlung - auch Orte für Gesundheit?
7. Empfehlungen für gesundheitsorientierte Beschäftigungsförderung
8. Stress und Druck als „Integrationsbremse“ für Ratsuchende wie Berater? (8a. Arbeitsbedingungen bei SGB-II-Trägern – gesundheitsförderlich?)
9. Mut für Erhalt von Beschäftigungsfähigkeit bei sich und anderen

„Wenn ich früher 14 Stunden am Tag gearbeitet habe, war ich nicht so gestresst wie jetzt. Man hat ja keinen Moment Ruhe. Man sucht ja ständig, nach Auswegen aller Art. Wie kommt man mit dem Geld klar? Man muss ja nur noch überlegen.“ (44-jährige Frau, seit fünf Jahren arbeitslos)

„So sozial läuft gar nichts mehr. Weder Sportverein noch abends irgendwo hin gehen. Ist nicht mehr drin! Man vereinsamt so total“
(Langzeitarbeitsloser Mann, 24 Jahre)

Gerade hier im Fallmanagement haben wir reichlich so genannter TP, also „tote Pferde“, für die noch nicht mal mehr die Arbeitsgelegenheit machbar ist aufgrund gesundheitlicher und sonstiger Hemmnisse.(...) Und trotzdem sind auch gerade in dieser Personengruppe Leute dabei, die für sich auch gerne arbeiten würden (Fallmanagerin, 2010).

1. Multimorbidität und soziale Erosion als Herausforderung

- Historie: Kommentar der Leiterin eines NRW-Arbeitsamtes im Sommer 2000 zur Anfrage nach Unterstützung nach § 37 (Innovative Förderung):
- „Wir müssen unsere Kunden vermitteln, Gesundheitsförderung machen schon andere“!
- Innerhalb von zwei EQUAL-Entwicklungspartnerschaften und weiteren Projekten für Arbeitslose und sozial benachteiligte Menschen wurden 2002 - 2010 in Dortmund auf nationaler und internationaler Ebene zahlreiche Konzepte und Methoden zur Stärkung der Beschäftigungsfähigkeit und Gesundheit entwickelt
- Aktuell kleine Lehrforschungsprojekte zum Schwerpunkt der Professur „Armut, Arbeitslosigkeit und soziale Ungleichheit“ im BA Soziale Arbeit und MA-Studiengängen der Katholischen Hochschule Freiburg
- Höchste Reduzierung von Beschäftigungschancen durch eine über 1 Jahr andauernde Krankheit/Unfallverletzung, dicht gefolgt vom Lebensalter (Hollederer, 2011)

1. Multimorbidität und soziale Erosion als Herausforderung

- Laut Statistik der Bundesagentur für Arbeit weisen 50% aller Langzeitarbeitslosen vermittlungsrelevante gesundheitliche Einschränkungen auf (Weber, Hörmann & Heipertz ,2007).
- Metaanalyse von Paul & Moser (2009) Höhepunkt der psychischen Belastung im 9 Monat der Arbeitslosigkeit, Stabilisierung im 2 Jahr u. erneute Verschlechterung ab 29. Monat
- In einer finnischen Studie (N=4.377) berichteten deutlich mehr Arbeitslose u. besonders Langzeitarbeitslose von chronischen und psychischen Erkrankungen – letztere 3 mal so hoch wie bei Beschäftigten – auch deutlich schlechtere Cholesterinwerte u. mehr Raucher (Nymann et al., 2012, S. 312-313)
- Studie bei 365 Langzeitarbeitslosen unterschiedlichen Alters* ergab bei 37 % der Teilnehmer Hinweise auf eine depressive Störung (Herbig, Dragano & Angerer, 2013, S. 414)
- ein Anteil von 17 Prozent der Leistungsbezieher mit einer Diagnose aus dem Bereich der affektiven Störungen bedeutet bei 4 Millionen Leistungsberechtigten eine Personengruppe von 680.000 Menschen, davon mehr als vier Fünftel (87 %), also fast 600.000 Menschen mit einer „depressiven Episode“ (ICD-10: F32) (IAB-Forschungsbericht 12/2013, S. 41)

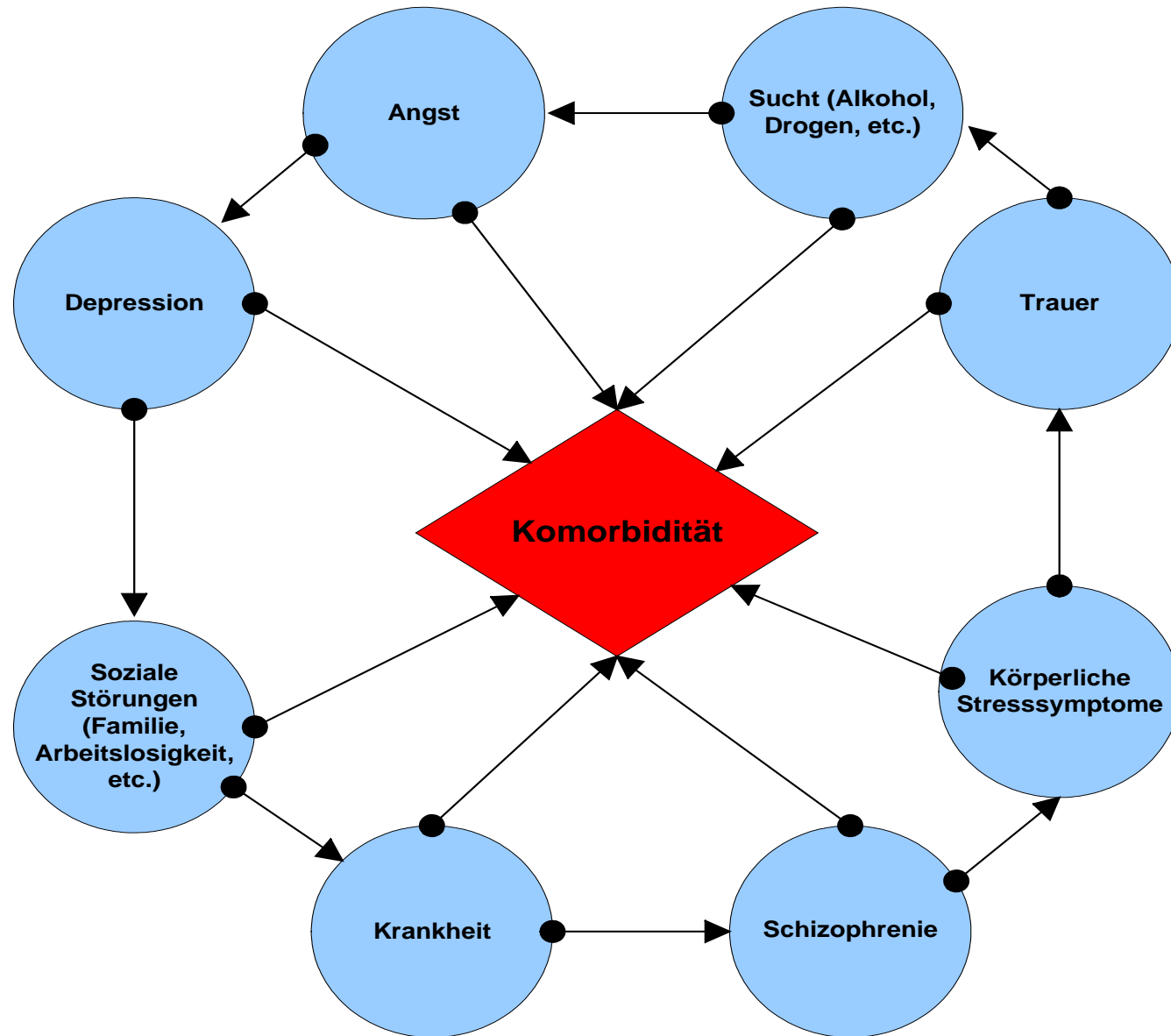
1. Multimorbidität und soziale Erosion als Herausforderung

Multimorbidität von Arbeitslosen im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung (Kirschner, 2009)

- 66% Langzeitarbeitslose mit schweren gesundheitlichen Einschränkungen in einer Maßnahme in Schwerin (Brandt & Thieme, 2009) u. in Schweiz 45plus zwischen 73 und 88% (Neukomm & Salzgeber, 2011)
- In Studie 26% der Langzeitarbeitslosen in der Vergangenheit Selbstmordgedanken und 11% akut selbstmordgefährdet (Kuhnert et al. (2012, S. 432) u. nach Herbig, Dragano u Angerer (2013, S. 417) liegen für **vermehrte Suizide** bei Arbeitslosen konsistente Ergebnisse vor
- Lebenserwartungsunterschied zwischen reichsten und ärmsten Viertel der deutschen Bevölkerung von 11 Jahren bei Männern u. 8 Jahren bei Frauen (Trabert & Waller, 2013, S. 62)
- Mängel bei Beratung, Betreuung u. Angeboten zur sozialen Integration besonders bei Langzeitarbeitslosen mit besonderen Integrationsbedarfen (Diakonietexte, 5/2012)

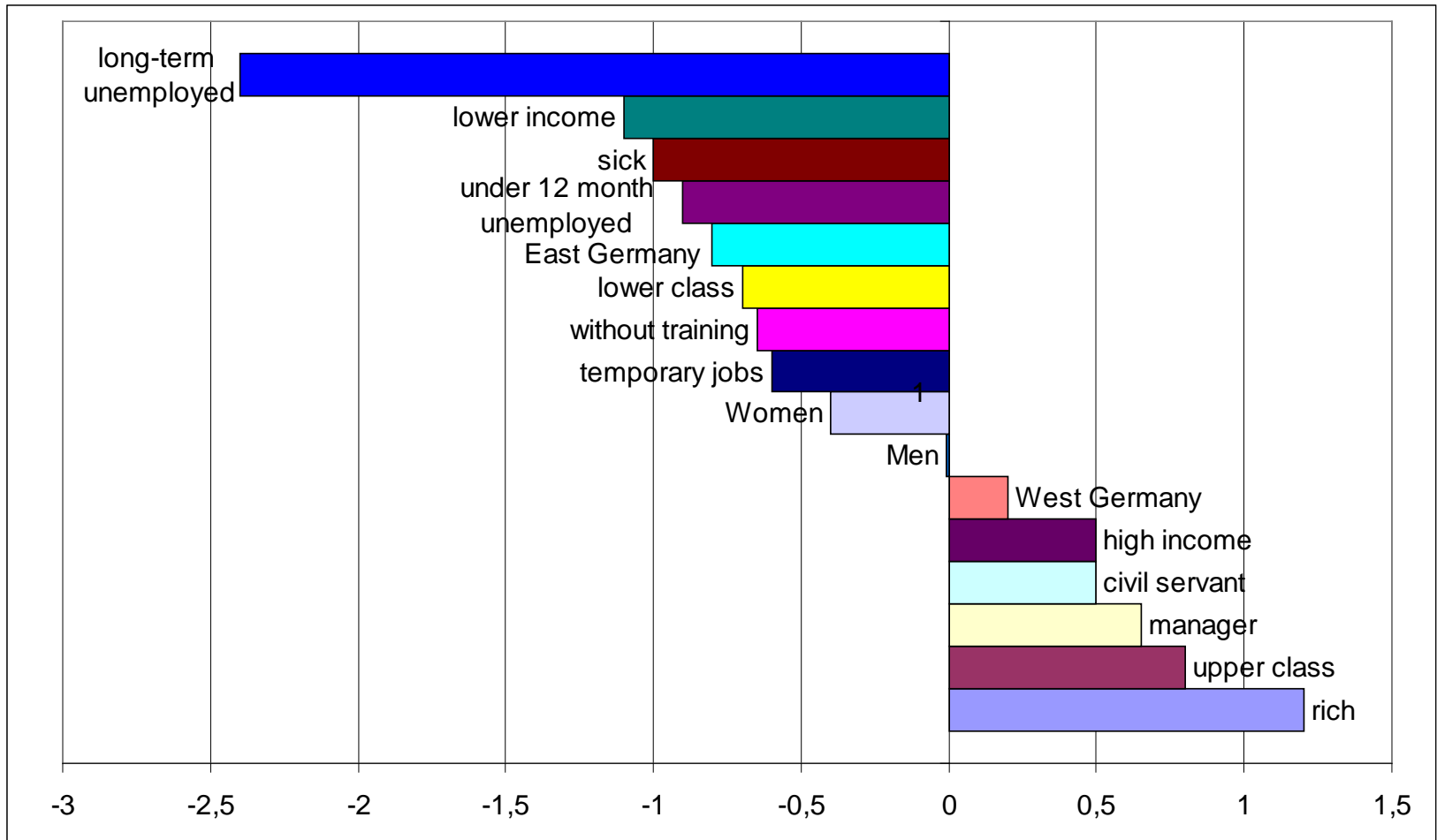
	AmigA (n = 179)	JOB-Fit/NRW (n = 376)	Bev. (n = 5000)
Herz-Kreislaufsystem	54,2 %	34,6 %	22,2 %
Gelenke, Rücken, Bandscheiben	79,9 %	57,4 %	39,8 %
Adipositas (BMI > 30)	30,2 %	19,9 %	19,3 %
Gesundheitszustand weniger gut/schlecht	52,5 %	19,7 %	12,9 %
Durchschnittsalter	36,7	40,7	40,9

1. Multimorbidität und soziale Erosion als Herausforderung



1. Multimorbidität und soziale Erosion als Herausforderung

Index gesellschaftlicher Integration bzw. Stärke von Ausgrenzung



(Source: Böhnke 2006) deviation from the average

2. Armut u. prekäre Beschäftigung macht krank und grenzt aus

- Das Armutsrisiko von Arbeitslosen steigt in Deutschland – 1998 bei 33% und 2005 bei 43% (Bevölkerung 14%) (Hollederer, 2011)
- Meta-Analyse weist bei schwacher Finanzlage von Arbeitslosen geringere psychische Gesundheit und Lebenszufriedenheit nach (McKee-Ryan et al., 2005)

Eine Studie (Köln) mit 20.000 Arbeitslosen zeigt (Schwendy, 2004):

- 40% der Arbeitslosen brauchen Schuldenberatung
- fast 30% eine intensive Gesundheits- und Familienberatung
- 20% haben unzureichende Kenntnisse im Schreiben, Lesen und Rechnen

Tabelle 1: Aktuelle finanzielle Lage und Belastung durch Schulden bei Langzeitarbeitslosen (N = 147) (Kuhnert, 2007)

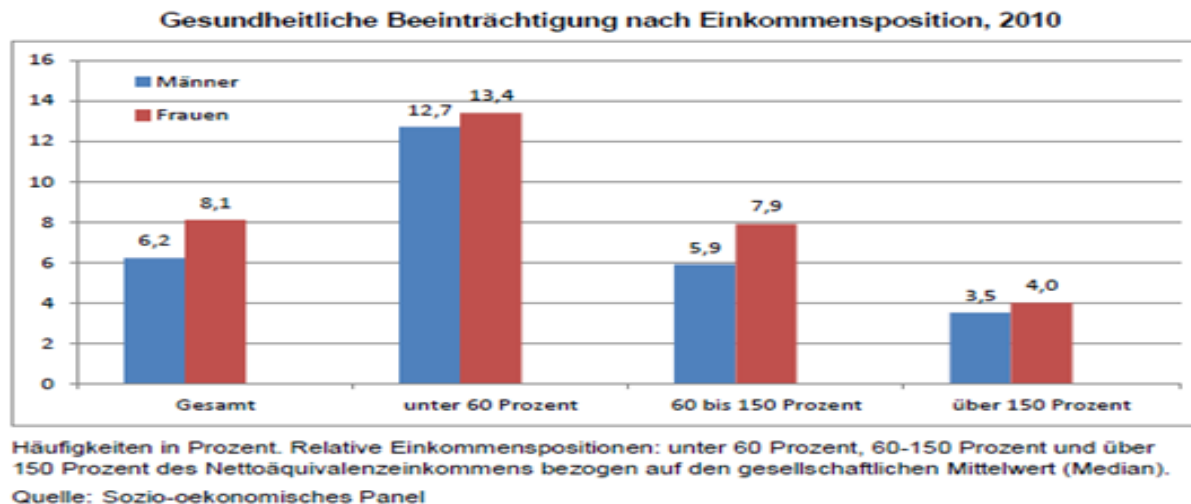
Finanzielle Lage	Angaben in Prozent	Belastung durch Schulden	Angaben in Prozent
Zufriedenstellend	9,5 %	nicht	20,3%
weniger zufriedenstellend	41,5 %	wenig	25,8%
Bedrohlich	25,2 %	stark	30,5%
sehr bedrohlich	23,8 %	sehr stark	23,4%

2. Armut u. prekäre Beschäftigung macht krank und grenzt aus

- Anteil armutsgefährdeter Schichten in Deutschland zwischen 2000 u. 2006 von 18,9 auf 25,4 gewachsen - Schwere der Armut in D nicht allein materielle Not sondern Mangel an Teilhabe, Bildung u. Anerkennung (Butterwegge, 2011, 2013)
- Nach OECD hat Einkommensungleichheit u. Armut seit 2000 in keinem anderen OECD-Land stärker zugenommen als in Deutschland (Hartmann, 2012, S. 194).
- Erniedrigung durch Armut *in Angesicht von Reichtum* macht Menschen verwundbarer. Bei hoher Einkommensungleichheit steigt Anteil von Menschen mit seelischer Erkrankung (besonders schwerer psychischer Störungen) und fehlender Bildung (Bauer, 2013)
- Weniger egalitäre Gesellschaften ausgeprägte Sozialhierarchie beruhend auf Macht, Zwang u. Konkurrenz – sinken gleichzeitig Vertrauensniveau u. Solidarität u. Verlust sozialer Empathie gegenüber anderen Statusgruppen u. Zunahme devianter Verhaltensweisen (Wilkinson, 2009, S. 56f)

2. Armut u. prekäre Beschäftigung macht krank und grenzt aus

- Geringfügige und befristete Beschäftigungsverhältnisse, Zeitarbeit (13% in IAB-Studie 2010) u. niedrig entlohnte Tätigkeiten nur selten Weg in ungeforderte Beschäftigung (IAB-Kurzbericht 14/2013)



- 2010 meldete sich jeder zweite Leiharbeiter bedingt psychisch krank und höchste Fehlzeiten durch Muskel- Skeletterkrankungen (TK, 2011)
- Inzwischen arbeitet jeder vierte Beschäftigte in D zu einem Niedriglohn 2010 Niedriglohnschwelle bei 9,15 € pro Stunde (West: 9,54€ u. Ost: 7,04 €) (Sozialmagazin 3-4, 2013, S. 9)

2. Armut u. prekäre Beschäftigung macht krank und grenzt aus

- Ausgrenzung berechtigt? 61,2% der Deutschen empört über „Langzeitarbeitslose, die sich auf Kosten der Gesellschaft ein bequemes Leben machen“ u. 52,7% stellen ernsthafte Jobsuche in Frage u. mehr als 50% glauben, dass Finanzkrise durch „Ausnutzen des Sozialstaates“ entstanden ist (Heitmeyer, 2010)
- Aber I: IAB-Studie (2010) vier von fünf Leistungsempfängern bereit Arbeit unterhalb ihrer Qualifikation anzunehmen u. 50% leisten mindest. 20 Std. nützliche Tätigkeit
- Aber II: Mehrheit der Ein-Euro-Jobber ist nach Meinung von Arbeitgebern ausreichend qualifiziert und für den ersten Arbeitsmarkt geeignet (Bela, Kettner & Rebien, 2010).
- In letzten Jahren Arbeitsmarktlage verbessert und Zahl der Grundsicherungsempfänger zurückgegangen – aber in Deutschland fast 1,3 Mio. sog. Aufstocker (IAB-Kurzbericht 14/2013)

2. Armut u. prekäre Beschäftigung macht krank und grenzt aus

- **Sanktionen:** 2010 wurden gegenüber ALG-II-Empfängern 828.000 Sanktionen ausgesprochen (altersübergreifend bei 3,8% u. bei U-25 9,8%) u. mit Gesetzesreform 2011 (§ 31) auch Verschärfungen z. B. bei Pflichtverletzungen Sanktionsdauer von 6 statt bisher 3 Monaten möglich (Grießmeier, 2013)
- Scheinbar steht der § 31 SGB II in seiner geltenden Fassung auch im Widerspruch zu mehreren Menschenrechtsabkommen (ebd. S. 68-70).
- Studie mit 251 ALG-II-Empfängern stellt „enorme psychische Belastungen“ durch Sanktionen fest (Wagner, 2010) u. auch erste Hinweise auf zunehmende Kleinkriminalität u. Verschuldung bei „Totalsanktionierten“ (Grießmeier, 2013, S. 53-56) sowie „Verschwinden“ der Hilfebedürftigen (Schreyer, 2010)
- Im Kurzbericht des IAB kritisieren 22 von 26 Fallmanagern und Arbeitsvermittlern bei Sanktionen die Streichung der Kostenübernahme der Unterkunft aus sozialen Motiven wie Gefährdung der Eingliederung in den Arbeitsmarkt (Götz, 2010, S. 5)

3. Empowerment zur Stärkung von Beschäftigungsfähigkeit und Gesundheit

- In Dortmunder Studie: 40% nahmen Medikamente und bewegten sich kaum und 47% fehlte Energie u. Kraft für die Alltagsbewältigung (Kuhnert, Ayan & Kastner, 2013, S. 427)
- Langzeiterwerbslose leiden unter der Ungerechtigkeit ihrer Situation (geringe Machtstellung u. Autorität, geringer Wohlstand „armer Willy“) u. verinnerlichen dies als eigene Unfähigkeit od. ihr eigenes Versagen (Olejniczak, 2010, Laverack, 2010)
- Empowerment stärkt Personen in Eigendynamik, macht eigensinniger u. weniger anpassungswillig, weniger empfindlich für Erwartungen der Macht (Dür, 2010)
- Bei langzeitarbeitslosen Sozialhilfeempfängern (N = 41) mit Alkoholproblemen sank nach fünfmonatigem Empowerment und Training der Ruhepuls, körperliche Fitness nahm zu, gesundheitliche wie berufliche Aktivitäten konnten erfolgreicher umgesetzt werden
- aber nach 15 Monaten wieder Verschlechterung einiger Gesundheitsparameter (Kuhnert et al., 2008)

3. Empowerment zur Stärkung von Beschäftigungsfähigkeit und Gesundheit

- In zwei österreichischen Qualifizierungen konnten Arbeitslose durch Einsatz des „Empowerment-Ansatzes“ :
- innerhalb von Selbsthilfegruppen signifikant ihre Motivation und ihr Wohlbefinden verbessern und relativ hohe Vermittlungsquoten von 47% bzw. 63% erreichen (Haslinger-Baumann & Engels, 2003)
- Durch Langzeitarbeitslose mitgestaltete Bewegungsprogramme für Sportinaktive in Dortmund trugen zur psychischen Stabilität bei und erhöhten die Selbstwirksamkeit (Höcke & Kuhnert, 2008)
- siehe auch Projekt „MEMO Menschen motivieren“ in Schwerin (Brandt, 2010)
- **Schwierige Akquise** von TN in Projekten der Gesundheitsförderung mit Arbeitslosen z. B. in Projekt 5000 Personen kontaktiert um schließlich 1.261 TN (25%) zu gewinnen (Kirschner, 2011)

4. Wirkung und Grenzen von Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen

- Gesundheitszustand: Im AmigA-Projekt empfanden 39% der Arbeitslosen eine Verbesserung, 50% gleichbleibend u. 13% eine Verschlechterung (Kirschner, Toumi & Rabe, 2011, S. 123)
- Bei durchschnittlich 45,4 Jahre alten und 6,4 Jahre erwerbslosen langzeitarbeitslosen Männern und Frauen (28% Migranten) mit multiplen gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Studie (N=98) die subjektiv erlebte Arbeitsfähigkeit auf ein „mäßiges Niveau“ signifikant verbessert (Gawlik-Chmiel et al., 2011, S. 143-145) => „realistisch Ziele“
- Im Gesundheitsförderungsprogramm AktivA ältere Erwerbslose (N=370) ihre psychische Gesundheit signifikant verbessern, nach drei Monaten sank diese bereits wieder deutlich ab (Bellwinkel & Kirschner, 2011, S. 171-173) zu zeitlich instabilen Effekten siehe auch (Otto & Mohr, 2009).
- Evaluation von 13 Projekten der arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung mit 2631 Arbeitslosen sehr hohen Grad von Wirksamkeit für Verbesserung der Gesundheit und in Folge der Erhöhung der Beschäftigungsfähigkeit (Bellwinkel & Kirschner, 2011, S. 233)

4. Wirkung und Grenzen von Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen

Darstellung von Effektstärken der Intervention bei Subgruppen

- Diejenigen Teilnehmenden (zumeist ältere Langzeitarbeitslose), die sich nach dem Projekt in Selbsthilfegruppen organisiert haben, profitierten statistisch am meisten von der Beratung (Kuhnert & Kastner, 2006):
 - das körperliche Wohlbefinden verbesserte sich deutlich ($d=2,81$)
 - SOC-Wert, Lebensqualität & Selbstwert stieg ($d=0,56$ – $d=0,60$)
 - Negative Gefühle nahmen ab ($d=0,40$)
- In der Gesamtgruppe der multimorbiden Erwerbslosen und Transferbeschäftigten jedoch keine signifikante Verbesserung der psychischen Befindlichkeit und Beschäftigungsfähigkeit
- Das Projekt AimgA erreichte mit gleicher Zielgruppe eine kurzfristige Verbesserung des Gesundheitszustandes bei 41%, aber Belastung durch Stress sank nur tendenziell, 15% fanden eine Beschäftigung (Kirschner, 2009)

4. Wirkung und Grenzen von Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen

1. Veränderungen im äußeren Erscheinungsbild von Teilnehmenden:

- Besonders langzeitarbeitslose Männer mit nachlässigem bis ungepflegtem äußeren Eindruck veränderten das äußere Erscheinungsbild zum Positiven, (Friseur, Kleidung)

2. Steigerung von Selbstwirksamkeit und Bewältigungskompetenzen

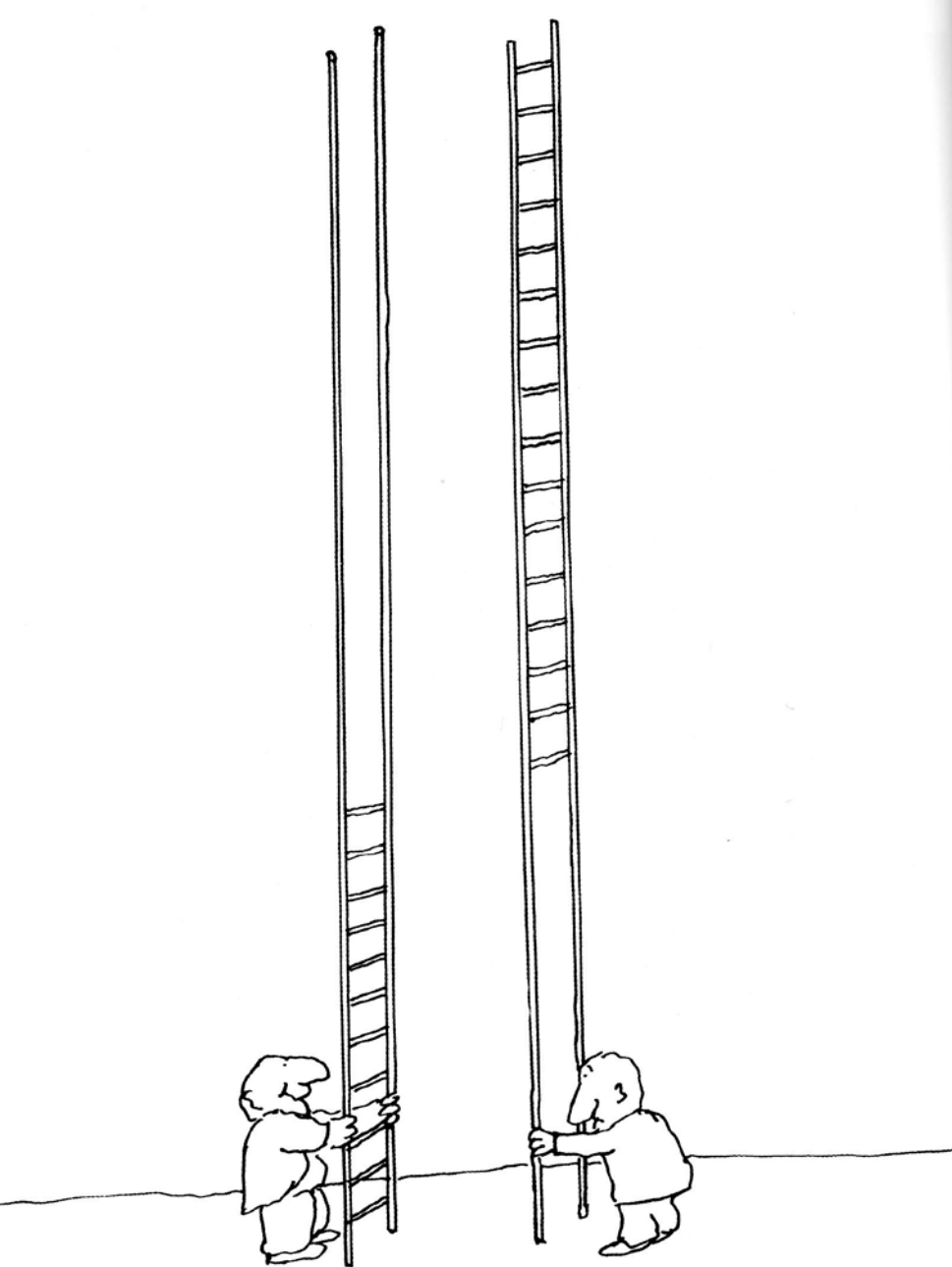
- Planungen Einzelner zur beruflichen Selbstständigkeit (z. B. Ich-AG) oder Gesundheitsförderung wurden von anderen aufgegriffen und umgesetzt.
- Diese Aktivitäten motivierten TN und erhöhten auch die psychische Stabilität.
- TN unterstützten andere bei Wahrnehmung von Terminen (ARGE etc.)

3. Aufbruch von Selbstisolationstendenzen und Aktivierung des sozialen Netzwerks:

- In allen 8 Beratungsgruppen vermehrten und verbesserten TN ihre oftmals stark eingeschränkten sozialen Kontakte.
- Abbau von Schamgefühlen gegenüber Erwerbstätigen (Nachbarin: “Was machen die Bewerbungen?”)
- Überwindung von Rückzugsverhalten, größere Kontaktfreudigkeit z. B. gegenüber langjährigen Freunden (Vorschläge von Treffen)

4a . Fallskizze: Langzeitarbeitsloser Mann mit Beratungsabbruch und aktueller Krise

- **43 Jahre alter Mann (SOC: 3,62, sehr niedrig):** Maurer und Kommunikations-Elektroniker, Bauingenieurstudium abgebrochen, langzeit- bzw. mehrfacharbeitslos (6 Jahre), Heimkind, 4 Brüder, Mutter psychisch krank, entmündigt (im Pflegeheim), keine Kontakte zu Frauen (hätte gerne Kinder), letzte Freundin vor 20 Jahren, finanzielle Lage verschlechtert sich.
- zahlreiche gesundheitliche Einschränkungen: 50 % Behinderung (Depression u. Gehen) Kreuzbandplastik, Hüftanomalie, Wirbelsäule geschädigt, chronische Schmerzen, 6 Wochen Psychriaufenthalt (Antidepressiva), Magenbeschwerden, Herzprobleme (“Stechen”), Ohrensausen (“Pfeiftöne”), zunehmende Kopfschmerzen, selten Alkohol (aber hohe Mengen), körperlich kaum belastbar.
- Kontaktangst zu anderen Menschen (Angst vor Bewerbungen u. Gruppen). “eine Sperre” zu Frauen, no sports aber BVB-Fan (“eine Hassliebe”), hoffnungslos, sehr orientierungslos und beruflich resigniert (“ich wüsste nicht wie und was!”), “keine Kraft mehr”.
- schwere aktuelle Krise (“lärmenden Nachbar”, kein Schlaf seit Tagen), Weinkampf in Gruppensitzung, dennoch beteiligt u. engagiert, Krisenintervention mit männlichen Berater, Kontaktverlust nach Beratungsabbruch (Angabe falscher Adresse).



4a . Fallskizze: Langzeitarbeitsloser Mann mit Beratungsabbruch und aktuelle Krise

Welche ersten Schritte können den verzweifelten Mann wieder ermutigen?

Diese Frage können Sie sicherlich nach den Methoden- und Strategie-WS von 14.00 – 16.30 beantworten!

„Chanceneinschätzung mit und ohne arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung“

5. Entwicklung von Beschäftigungsfähigkeit in Stabilisierenden Gruppen u. sozialen Netzwerken

➤ Das Beratungskonzept der Stabilisierenden Gruppen richtet sich an Praktiker und Akteure der Arbeitsförderung und Sozialen Arbeit.

Das „Handbuch Stabilisierende Gruppen“ von Kuhnert et al. (2008) besitzt große Praxisnähe – allein 62 Übungen und 47 Praxishinweise, viele weitere Beispiele, Fallbeschreibungen und Interviewstellen.

➤ Bisher keine 2. Auflage (Band komplett vergriffen) u. Suche nach Verlag in Freiburg im WS 13/14

➤ Alternative: Psychische Gesundheit bei Erwerbslosen fördern - Leitfaden für Praktiker (Kuhnert & Kaczerowski, 2011) => siehe dazu WS ab 14.00 Uhr



5. Entwicklung von Beschäftigungsfähigkeit in Stabilisierenden Gruppen u. sozialen Netzwerken

- Gemeindepsychologische Orientierungen können wieder „Lebensfreude und Zuversicht“ herstellen und die psychosoziale Befindlichkeit Teilnehmender signifikant verbessern (Collins & Benedict, 2006; Yaggy et al., 2006).
- Nachgewiesene protektive Faktoren zum Erhalt von Beschäftigungsfähigkeit sind verlässlich erlebte soziale Unterstützung, gute soziale und kommunikative Kompetenzen, Optimismus, Humor und Sinnerleben (Southwick et al., 2006) in „gebündelter Form“
- In Stabilisierenden Gruppen mit Arbeitslosen umgesetzt (Kuhnert & Kastner, 2009, Kuhnert, 2011) und in einigen JobCentern besonders in Süddeutschland in Schulungen von Fallmanager/innen integriert
- Ähnlicher Ansatz in Schweizer Projekt: gezielte Förderung von Resilienz (Widerstandsfähigkeit) durch Gruppenaktivitäten, arbeitslose Jugendliche haben wieder Lebenssinn u. Freude empfunden u. Hoffnungslosigkeit reduziert (Oser & Düggele, 2008).

5. Entwicklung von Beschäftigungsfähigkeit in Stabilisierenden Gruppen u. sozialen Netzwerken

- Finnische Längsschnittstudie (N = 25.763): Erwerbstätige mit entweder *niedriger vertikaler oder niedriger horizontaler sozialer Unterstützung* ein um 30 bis 50 % höheres Risiko an einer Depression zu erkranken (Oksanen et al., 2010).
- Mehrheit der Erwerbslosen in aktivierender Arbeitsmarktpolitik mit deutlicher Stigmatisierungserfahrung u. *Ent-Individualisierung* ohne umfassende Subjektivität, das die „ganze Person“ als Bedingung für Handeln begreift (Marquardsen, 2012, S. 309)
- Kritik an Aktivierung u. Reduktion der Person auf Nützlichkeit für Arbeitsmarktintegration: Überwiegende Teil der Befragten zeigt hohe Aktivität (Rogge, 2013) in sozialen Netzwerken für Anerkennung u. Zugehörigkeit (Marquardsen, 2012, S. 325)
- Das Erwerbssystem zwischen „fehlender Beschäftigung u schlechter Beschäftigung“ (Langzeitarbeitslosigkeit od. Niedriglohnsektor) droht zu einer „*Desintegrationsmaschine*“ zu werden (ebd., S. 326)

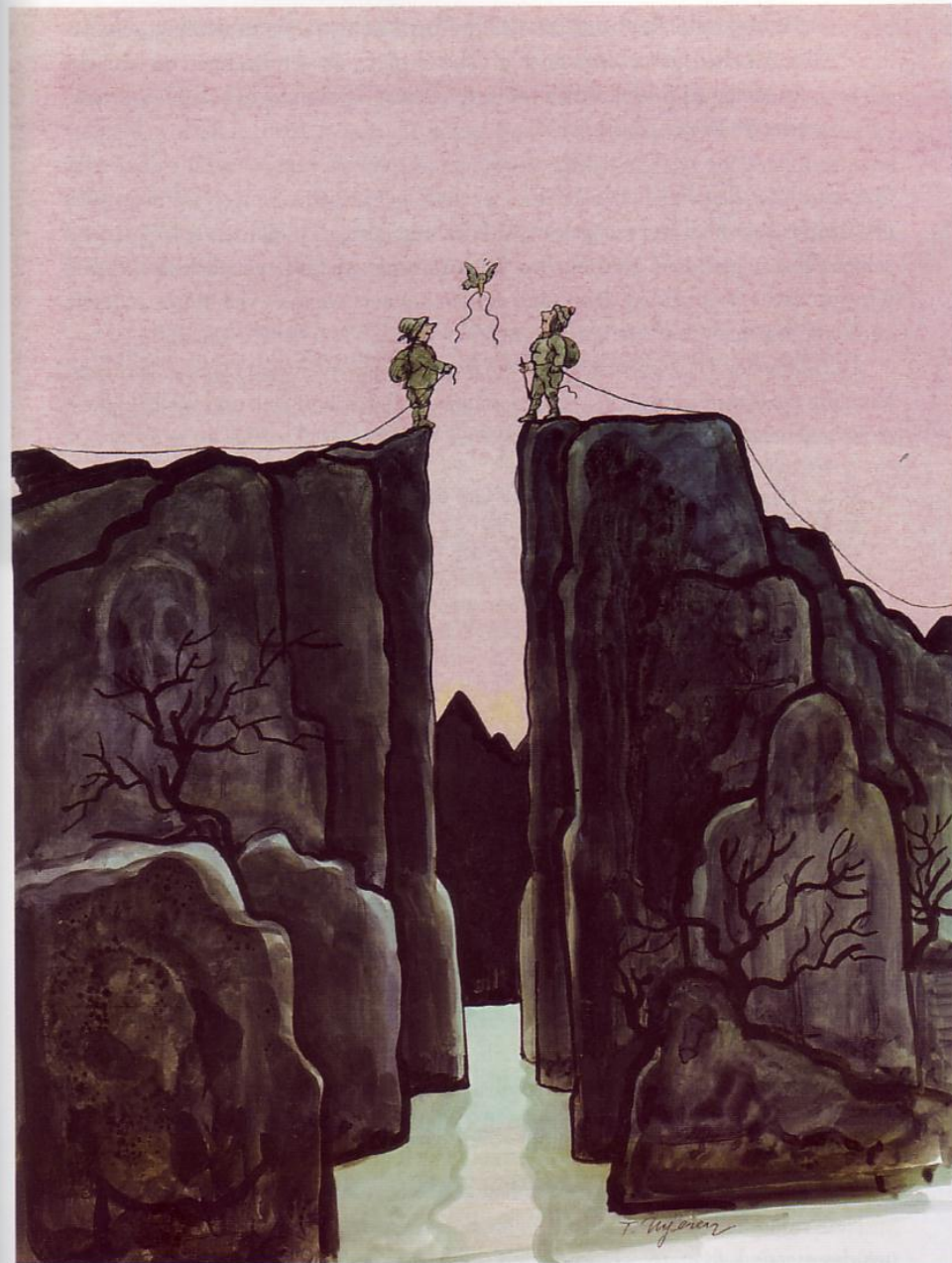
5. Entwicklung von Beschäftigungsfähigkeit in Stabilisierenden Gruppen u. sozialen Netzwerken

- Abweichungen von gesellschaftlichen Nützlichkeitsersparungen erscheinen als irrationales Fehlverhalten – Reduktion der Person auf „Arbeitsmarktkonformität“ entlang standardisierter Verhaltenserwartungen
- Positives Konzept der Aktivierung notwendig mit bedingungslosen gleichberechtigten Teilhabe, eine „Politik der Ermöglichung“ mit der sich Erwerbslose auf unterschiedliche Weise Anerkennung u. Respekt verschaffen können (Marquardsen S. 328)
- Macht der Kopf mit? Menschliche Gehirn besitzt (nach Experimenten) Tendenz zum sozialen Zusammenhalt und einen biologisch verankerten „Fairness-Messfühler“ u. strebt (Trieb) nach Mindestmaß an fairer Ressourcenverteilung („egalitarian brain“) (Bauer, 2013, S. 37)

Entwicklung von Beschäftigungsfähigkeit in
Stabilisierenden Gruppen u. sozialen
Netzwerken

Förderungswürdig:
Aufbau eines
stabilisierenden sozialen
Netzes für Menschen mit
multiplen
Vermittlungshemmnissen

Netzwerkförderung –
„Das fehlende Stück Faden“



Why, mate, if you can't connect?

6. Fallmanagement und Vermittlung - auch Orte für Gesundheit?

„Die zum Teil 20 Jahre in einer oder zwei Firmen (jetzt pleite gegangen) gearbeitet haben, jetzt über 50 Jahre, die sind sehr frustriert, oftmals auch sehr verbittert und wenn man dann versucht sie zu motivieren oder zu bewegen, sind die dann oftmals sehr kratzbürstig (Fallmanagerin, 2010).

- Problem: Kaum von Arbeitgebern akzeptierter Arbeitsmarkt für Leistungsschwache
- Priorität des Controlling bei Reform: BA bisher Aufgabe der Entbürokratisierung nur geringfügig umgesetzt, in Interviews mit Fallmanager/innen z. T. erschreckend hoher Anteil der Arbeitszeit für bürokratische Prozesse (Olejniczak, 2010, S. 243)
- Berufserfahrung u. sozialer Kompetenzen wie Empathie betont, jedoch *häufig nicht spezifische Fachkenntnisse zu Erkrankungsarten und Krankheitsfolgen* bei den vielen Kollegen/innen aus der Arbeitsvermittlung u. Fortbildungsangebote in Art u. Umfang sehr unterschiedlich v. a. für Fallmanager/innen. (Schubert et al, 2013, S. 80-81)

6. Fallmanagement und Vermittlung - auch Orte für Gesundheit?

- „Fachkräfte wünschen für adäquate Betreuung von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung mehr Zeit sowie eine „intensive Fallarbeit“ und hohe Betreuungsdichte
- aber durch hohen Betreuungsschlüssels eng begrenzte zeitliche Ressourcen (ebd., IAB, 2013)
- Beispiel aus IAB-Forschungsbericht (2013, S. 56): „praktisch alle Befragten berichten einstimmig von als viel zu hoch wahrgenommenen Betreuungsschlüsseln* von bis zu 600 Fällen in der regulären Vermittlung
- und bis zu 230 Fällen im Fallmanagement (für Betreuungsarbeit der besonders unterstützungsbedürftigen Personen mit psychischen Beeinträchtigungen nicht genug Zeit).

* Die im politischen Raum kommunizierten Fallzahlen (Deutscher Bundestag 2011a, 37ff.; Deutscher Bundestag 2011b, 20ff.) bilden durch Berücksichtigung aller Mitarbeiter günstigeres Verhältnis ab als bei den befragten Vermittlungsfachkräften (Schubert et al, 2013)

6. Fallmanagement und Vermittlung - auch Orte für Gesundheit?

- die eigene Tätigkeit durch die Mitarbeiter bisweilen eher als standardisiertes Handeln („Betreuung am Fließband“) denn als individuelle Betreuungsleistung beschrieben
- negativ auch größere Personalfuktuation bei einigen SGB-II-Trägern, die vor allem auf einen großen Anteil befristeter Mitarbeiter zurückgeht.
- Abweichend hiervon berichten Befragte der Referenzregion D (mit auf Gesundheit spezialisierter Beratungs- und Betreuungsdienst) ausreichend zeitliche Ressourcen vorhanden
- da hier Anzahl der Fälle pro Mitarbeiter bei maximal 150 „eingependelt“ – aber dennoch lange Wartelisten.

7. Empfehlungen für gesundheitsorientierte Beschäftigungsförderung

- nach Studie positive gesundheitliche Verhaltensänderung vermutlich in Armutssituation schwieriger –Rückgang im Tabakkonsum unter sozial benachteiligten Personen langsamer als bei anderen (Schaap, 2010).
- eine Kombination aus Arbeitsgelegenheiten (§ 16d SGB II) und geförderten Arbeitsverhältnissen (§ 16e SGB II) *könnte* eine kontinuierliche Beschäftigung von bis zu vier Jahren gewährleisten (Schubert et al., 2013, S. 94)
- Langzeitarbeitslose mit erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen erhielten im Projekt JobPromote der ARGE Köln längere und intensivere Integrationsbegleitung (Seligmann & Schmitz, 2009).
- Oftmals Prinzip: je kürzer u. schneller, desto besser! (Beschleunigt wohin.....?)

7. Empfehlungen für gesundheitsorientierte Beschäftigungsförderung

Bei sozial benachteiligten jungen Erwachsenen verschiedene Widerstände (Jost, 2013, S. 107):

- Gesundheit als Wert konkurriert mit anderen Werten wie Genuss u. Risiko
- Bisheriges G-Verhalten plausibel, da man bei guter Gesundheit ist
- In Schule bereits genug über gesunde Lebensführung gehört
- Gesundheit als Pflicht erzeugt Widerstand – endlich allein über Körper u. Psyche bestimmen
- Gesundheit korreliert überwiegend mit gutbürgerlichem Leben u. a. über attraktive Bilder in Medien kann zu hoch empfundene Erwartungen Frustration statt Motivation hervorrufen
- Nachdenken über „E-Health“: Mediennutzung nach Studie (Gonser & Möhring, 2010) zentrale Alltagsbeschäftigung von Erwerblosen wobei TV im Mittelpunkt aber Internet stark an Raum gewinnt (Carstensen et al., 2012)

7. Empfehlungen für gesundheitsorientierte Beschäftigungsförderung

„Die meisten wollen, wenn du dann richtig mit denen sprichst, dann kommt auch dabei raus, was sie sich dabei zutrauen und was für eine Idee sie für ihr Leben hätten. Ich seh' aber die Arbeitsplätze nicht! Die gibt es ja gar nicht“ (Gutachterin, 2010)

- Ungünstig für Integrationsprozesse sind gegenüber Kunden stigmatisierende Etiketten wie „schwerstvermittelbar“, „Betreuungskunde“ oder „Inaktive“. (Kuhnert & Kastner, 2009, S. 223).
- Stärkste Verbesserung der psychischen Gesundheit *nach Wiedervermittlung*, aber nicht bei erlebter Arbeitsplatzunsicherheit, geringer Marktfähigkeit u. hoher Beanspruchung („bad jobs“) (Broom et al, 2006).
- Anstrengungen der Europäischen Kommission gegen armutsbedingte Gesundheitseinschränkungen wirken noch relativ unkonkret u. müssen ausgebaut werden (Pförtner, 2013. S. 231) „*Kollegen aus Freiburger Arbeitslosenberatung warten auf Brüssel!*“
- Umfassende Informationen zur gesundheitlichen Ungleichheit in allen EU-Ländern u. evidenzbasierte Interventionen werden z. B. über das „*European Portal for Action on Health Inequalities* gesammelt (siehe: <http://www.health-inequalities.eu/>)

8. Stress und Druck als „Integrationsbremse“ für Ratsuchende wie Berater?

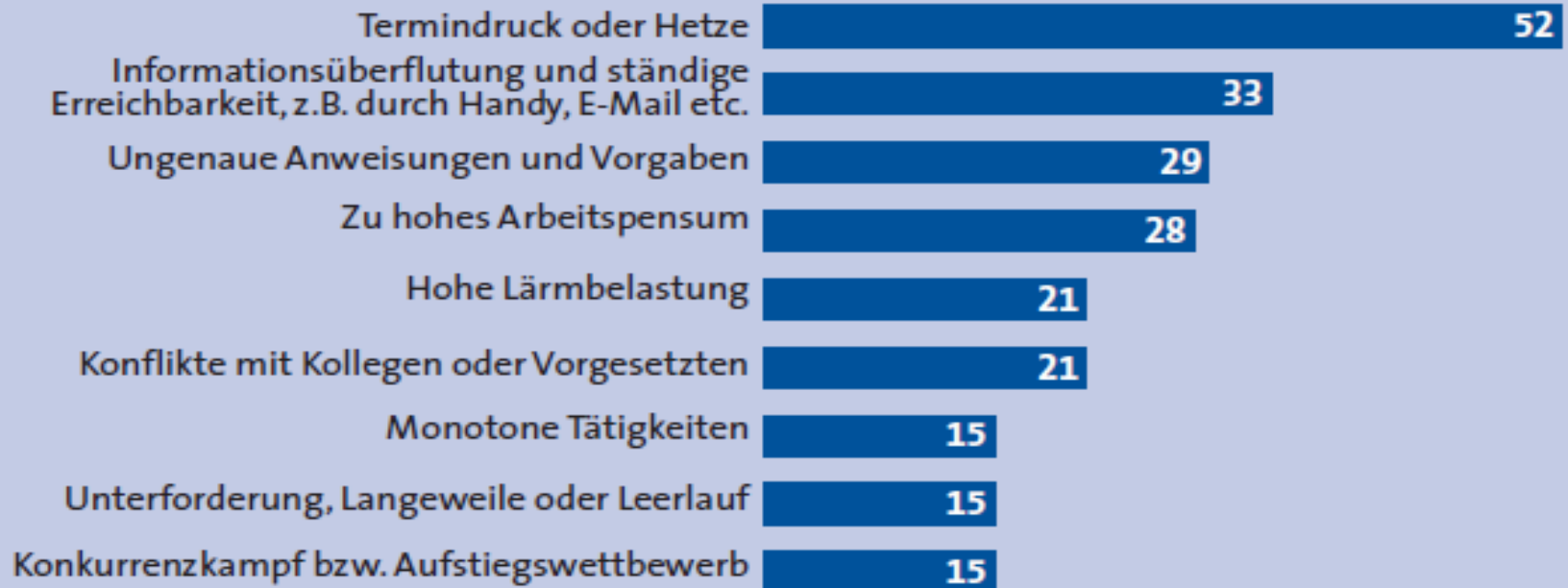
- „Geschwächte“ Arbeitslose in Arbeitswelt der „Erschöpfung und Angst“?
- Nur gut die Hälfte der in Unternehmen Beschäftigten bewerten Arbeitsqualität (Führungskompetenz, Entwicklungs-/Teamorientierung, Fairness, Kommunikationskultur) positiv (Hauser, 2008)
- Nach DGB-Index *Gute Arbeit* bei ressourcenarmen und belastend erlebten Arbeitsbedingungen nur 3% der Mitarbeiter ohne gesundheitliche Beschwerden, nur 25% glauben an Arbeit bis Rentenbeginn (Fuchs, 2010)
- Stark karriereorientierte Führungskräfte haben begrenztes Interesse am längerfristigen Erhalt v. Gesundheit u. Arbeitskraft der Beschäftigten (Wilde et al., 2010) – „Mut Karrieren zu begrenzen!“ („gefährlich bis unmöglich?“)
- gute Arbeitsbedingungen schaffen: Misstrauen fördernde Controlling-Bürokratie u. disziplinierende Führungsstile reduzieren („Köpfe abreißen“) und Sensibilität für Befindlichkeit von Beschäftigten wie Arbeitslosen entwickeln (Wilde et al., 2010).

8. Stress und Druck als „Integrationsbremse“ für Ratsuchende wie Berater?

- im Teilindex Ressourcen von *Gute Arbeit* hat neben „Informationsklarheit“ und Weiterbildung die Wertschätzung höchste Priorität, hohe Bedeutung auch Führungsstil, Kollegialität, Sinngehalt und Arbeitszeit (Fuchs, 2010)
- unbefriedigende Wertschätzung und Anerkennung am Arbeitsplatz ein 2,4 fach erhöhtes Risiko der Arbeitsfähigkeitsverschlechterung (Netta, 2009, S. 78).
- positive Sozialstruktur (gutes Betriebsklima, gute soziale Beziehungen u. Unterstützung, mitarbeiterorientierte Führung, organisatorische Gerechtigkeit) schafft eher zufriedene, leistungsfähige Mitarbeiter und geringeres Mobbingrisiko (Gunkel & Szpilok, 2010)
- und erhöht Integrationschancen für Langzeitarbeitslose

8. Stress und Druck als „Integrationsbremse“ für Ratsuchende wie Berater?

Mehr als die Hälfte der Berufstätigen leidet unter Termindruck und Hetze (Angaben zu den häufigsten Stressursachen am Arbeitsplatz, in % der befragten Erwerbstätigen¹⁾)



¹⁾ Mehrfachnennungen möglich.

Quellen: Techniker Krankenkasse, F.A.Z.-Institut.

8a. Arbeitsbedingungen bei SGB-II-Trägern – gesundheitsförderlich?

- 90% werden *nicht* für ihre Arbeit beneidet (Verdi-Studie Köln, 2008)
- 68% Arbeit nicht planbar, weil immer etwas dazwischen kommt
- 68,7% sind Abends völlig erschöpft und haben keine Energie mehr
- 65,8% fühlen sich häufig überlastet
- 59% denken wenn Sie nachts nicht schlafen können, an ihre Arbeit
- 55 % der ARGE-Mitarbeiter sehen keine Möglichkeit Ideen für Verbesserungen der Organisation einzubringen
- 36% finden bei Vorgesetzten keinerlei Anerkennung
- 24% haben Angst Fehler zu machen weil, sie *nur sanktioniert werden*

8. Stress und Druck als „Integrationsbremse“ für Ratsuchende wie Berater?

- Viele Führungskräfte stellen betriebswirtschaftliche Stabilisierung vor eine (wertschätzende) Mitarbeiterorientierung (Schlechtriemen-Koß, 2009) und gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung noch in Kinderschuhen (Orthmann et al., 2010)
- erlebte Wertschätzung am Arbeitsplatz über mehrere Jahre führt zu erhöhter Arbeitszufriedenheit, Dienstleistungsqualität u. Gesundheit sowie Vertrauen im Unternehmen (Streicher & Frey, 2010)
- Wertschätzung macht sicherer, kreativer, flexibler, altruistischer, stressresistenter), zu hohen Commitment und stärkeren Engagement (Robitaille & Whechel, 2005).
- Mehr Formen der Erwerbstätigkeit (Niedriglohn, Leiharbeit etc.) werden aus Anerkennungsverhältnissen ausgeschlossen (Kaletta, 2008; Sennet, 2006)
- Die Wichtigkeit der „Würdigung“ (darunter Rücksichtnahme u. Respekt für „harte, schmutzige Arbeit“) scheint in modernen Organisationsformen abzunehmen (Graue Mäuse im Schatten der „Lichtgestalten“)

9. Mut für den Erhalt von Beschäftigungsfähigkeit bei sich und anderen

- Gruppenleiter/innen: Gelebte wertschätzende Haltung und Fähigkeit Empathie zu vermitteln (sich kümmern, freuen, ärgern, zuhören) haben sehr hohen Stellenwert bei Teilnehmenden (Kuhnert et al., 2008).

- „Die Kraft der Schwachen“ erkennen, ihr im Empowerment Wertschätzung und Raum bieten („Aufmerksamkeitsrichtung zumeist auf Starke und Mächtige in Gruppen“)
 - Wenn die Wertschätzung verloren geht, geht gar nichts mehr.“ (Gruppenleiterin, 30 Jahre)

 - „Bei der ARGE erleben sie oft einen nicht respektvollen Umgang oder in ihrem Umfeld.“ (Pädagogin, 45 Jahre)

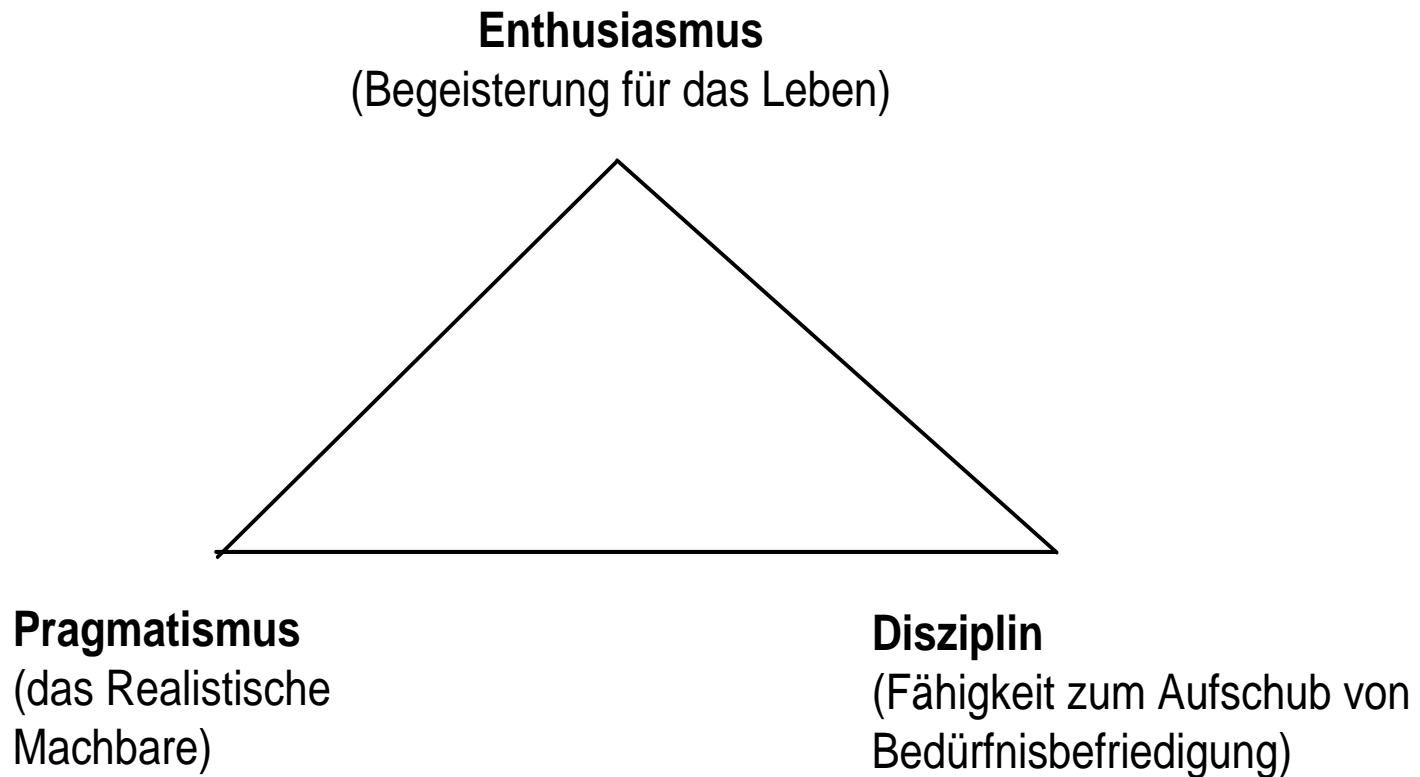
 - Erzählen „vergessener Erfolgsgeschichten“ stoppt Selbstentwertung, erinnert an Talente, Fähigkeiten und Sehnsüchte

9. Mut für den Erhalt von Beschäftigungsfähigkeit bei sich und anderen

- Wertschätzung für Arbeitsförderung? Beschäftigungsunsicherheit bei ARGE-Mitarbeitern, 28% befristet und erhebliche Personalfuktuation geringe Arbeitszufriedenheit (Olejniczak, 2010)
- Im Leistungsprozess entwickelt Kunde Emotionen wie Freude, Stolz, Aufregung aber auch Minderwertigkeit, Inkompetenz und Ohnmacht (Gebauer, 2002; Olejniczak, 2010)
- Gefühl der Bedrohung und Angst (Sanktionen, Altersarmut, soziale Isolation etc.) wirkt negativ auf Handlungsfähigkeit und Motivation (Kuhl, 2008)
- Eingebundenheit in sozialen Kontext bietet Grundlage für die angstfreie Annäherung an neue Themen und Aufgaben (z. B. Arbeitssuche, Freizeitgestaltung im Team) (Keddi, 2007; Kuhnert, 20089)

9. Mut für den Erhalt von Beschäftigungsfähigkeit bei sich und anderen

Eine empfehlenswerte Grundhaltung für die gesundheitsorientierte Integrationsarbeit mit langzeiterwerbslosen Menschen ist die Orientierung am Dreieck des Lebens (Ungerer & Hoellen, 2006):



Auch Mut zu eigener Freude ist wichtig!

- „Nietzsche folgend, will der Helfende die Hilfesuchenden „mutiger, aushaltender, einfacher, fröhlicher machen! „Ich will Sie das lehren, was jetzt so wenige verstehen und jene Prediger des Mitleidens am wenigsten: - Die Mitfreude!“ (Nietzsche FW, S.338 in KSA 3, S. 565).“
- „Die Konstitution des Klienten durch den psychosozialen Sozialarbeiter (...) soll Freude mit sich bringen – ganz im Gegenteil zu den weit verbreiteten Burn-out-Syndromen moderner psychosozialer Arbeiterinnen“ (Hellerich & White, psychosozial 30. Jg.[2007] Heft II [Nr. 108])



Herzlichen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit und
Geduld!