

# Bedarfsanalyse zur Gesundheitsförderung für die Risikogruppe Arbeitsloser

Bärbel Bergmann

## Zusammenfassung

*Arbeitslosigkeit ist ein permanentes gesellschaftliches Problem mit gravierenden Folgen für die Betroffenen und die gesamte Gesellschaft. Es gibt sowohl Befunde, die zeigen, dass unter den Arbeitslosen Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen überrepräsentiert sind, woraus ein höheres Risiko, arbeitslos zu werden, und eine geringere Chance der Wiederbeschäftigung resultieren (Selektionsthese), als auch Befunde, die Verschlechterungen des Gesundheitsstatus als Folge der Belastungen belegen, die aus dem Verlust des Arbeitsplatzes resultieren (Verursachungsthese). Arbeitslose Personen weisen wie Erwerbstätige eine große Variationsbreite hinsichtlich ihres Gesundheitsstatus auf. Die Beschreibung des Unterstützungsbedarfs im Hinblick auf die Prävention von Beeinträchtigungen, Beschwerden oder gar Erkrankungen bzw. für eine Wiederherstellung der Gesundheit sollte deshalb verschiedene Gruppen differenzieren, von denen nur einige als Risikogruppen mit Gesundheitseinschränkungen zu charakterisieren sind. Zu unterscheiden sind: Von Arbeitslosigkeit bedrohte Personen, weniger als 12 Monate arbeitslose Personen (Arbeitslos nach SGB III), Arbeitslose nach SGB II, Langzeitarbeitslose, Migrantinnen, Berufsrückkehrer/innen.*

## 1. Einleitung

Arbeitslosigkeit ist ein permanentes gesellschaftliches Problem mit gravierenden Folgen für die Betroffenen und die gesamte Gesellschaft. Im Winter 2010 wurden ca. 3 Millionen Arbeitslose in Deutschland registriert. Arbeitslosigkeit geht häufig mit gesundheitlichen Einschränkungen einher.

Aber der Zusammenhang ist nicht eindeutig, sondern abhängig von vielfältigen Risikokonstellationen.

Es gibt sowohl Befunde, die zeigen, dass unter den Arbeitslosen Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen überrepräsentiert sind, woraus ein höheres Risiko, arbeitslos zu werden, und eine geringere Chance der Wiederbeschäftigung resultieren (Selektionsthese), als auch Befunde, die Verschlechterungen des Gesundheitsstatus als Folge der Belastungen belegen, die aus dem Verlust des Arbeitsplatzes resultieren (Verursachungsthese). Insbesondere die mit Langzeitarbeitslosigkeit verbundene Unsicherheit mit Einschränkungen der Planbarkeit der Zukunft führt zu psychischen und sozialen Belastungen, zu Ängsten, Stress und Beschwerden, die im Laufe der Zeit chronifiziert werden. Bei längerer Arbeitslosigkeit existieren häufiger als für Erwerbstätige gesundheitsriskantes Verhalten, wie mangelnde sportliche Betätigung, mangelnde gesunde Ernährung, erhöhter Alkohol- und Nikotinkonsum sowie suboptimale Schlafgewohnheiten, die mit dem Verlust der Zeitstruktur im Alltag zusammenhängen (Robert Koch Institut, 2006). Aber es ist falsch, eine direkte Kausalität zwischen Arbeitslosigkeit und gesundheitlichen Einschränkungen zu unterstellen. Sowohl Selektionsprozesse als auch Verursachungsprozesse sind am Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und gesundheitlichen Einschränkungen beteiligt (Elkeles & Seifert, 1992). In ihrer Metaanalyse von 2006, in welche 87 Längsschnittstudien einfließen, kommen Paul, Hassel & Moser zu dem Schluss, dass die Verursachungshypothese einen wesentlich stärkeren Erklärungswert (mittlere Effektstärken) besitzt als eine gesundheitsbezogene Selektionshypothese. Für letztere fallen die Zusammenhänge eher sehr schwach aus (u.a. Paul, Hassel & Moser, 2006). Ein klares Argument für die Verursachungsthese sind Befunde über Verbesserungen des Gesundheitsstatus nach erfolgter Wiederbeschäftigung. Problematische Wirkungsketten treten bei längerer Arbeitslosigkeit ein, weil Misserfolge aus fehlgeschlagenen Bewerbungen das Selbstwertgefühl beeinträchtigen und weil die fehlende Erwerbsarbeit einem Mangel an Trainingsmöglichkeiten für die berufliche Qualifikation entspricht, so dass Dequalifizierung als Folge des Nichtgebrauchs von Kompetenzen eintritt. Udris (1987, S. 259) formuliert: „Menschliches geistiges Kapital kann nicht passiv für längere Zeit gespeichert werden. Qualifikationen und Fertigkeiten müssen gebraucht und entwickelt werden, damit sie sich in der Praxis bewähren.“ Der Verlust des Arbeitsplatzes bedeutet auch einen Verlust an beruflicher Anerken-

nung, an Erfolgserlebnissen, an Bestätigung durch Kollegen, Vorgesetzte und Kooperationspartner. Diese Mechanismen verringern die Chancen zur Wiederbeschäftigung, weil Firmen arbeitslosen Personen aufgrund einer vermeintlichen oder tatsächlich eingetretenen Dequalifizierung die Einstellung verweigern. Durch diese Prozesse kann sich ein Teufelskreis entwickeln, durch den ursprünglich gesunde Menschen im Laufe der Zeit gravierende Belastungen erfahren, die schließlich Krankheitswert erreichen. Die wichtigste Aufgabe der Gesundheitsförderung für Arbeitslose besteht darin zu verhindern, dass dieser Teufelskreis wirksam wird. Die geschilderten Wirkmechanismen, in deren Folge aus einer Kombination von Unsicherheit, ausbleibender Anerkennung und einem Qualifikationsverlust aufgrund mangelnder Gelegenheiten zum Anwenden und Entwickeln erworbener Qualifikationen Ängste, Stress und Verminderungen des Selbstwertgefühls resultieren, betreffen nicht nur Arbeitslose. Sie betreffen auch das zahlenmäßig zunehmende Segment der prekär Beschäftigten. Die Zunahme psychischer Erkrankungen ist ein Indikator für diese Probleme (z.B. Kieselbach & Beelmann, 2006). Das weist darauf hin, dass ein Denkschema, welches Arbeitslosigkeit als gesundheitsriskante Situation und Erwerbsarbeit als eine die Gesundheit stabilisierende Situation betrachtet, in dieser Einfachheit nicht zutrifft. Es gibt Übergänge, die durch so genannte prekäre Beschäftigungen beschrieben werden können. In diesen erleben die betroffenen Personen häufig eine mangelnde oder fehlende Anerkennung ihrer beruflichen Qualifikation, die Beschäftigung ist unsicher und schlecht bezahlt. Der jüngste Gesundheitsreport der Technikerkrankenkasse berichtet über das Schwerpunktthema Gesundheit von Beschäftigten in Zeitarbeitsunternehmen. Zeitarbeit ist eine prekäre Beschäftigungsform. „Die gravierendsten Belastungen ergeben sich bei Zeitarbeitsbeschäftigten aus Sicht der Betroffenen aus mangelnden Entwicklungsmöglichkeiten, unzureichendem Einkommen und der Arbeitsplatzunsicherheit.“ (Technikerkrankenkasse, 2009, S. 13). Aufgrund der so entstehenden Selbstwertverletzung ist prekäre Beschäftigung, die häufig eine unterwertige Beschäftigung ist, eine Stressursache (Semmer, McGrath & Beehr, 2005). Diese Interpretation wird durch den Befund gestützt, dass Personen, die nach einer Wiederbeschäftigung in so genannte „bad jobs“ gelangen, keinen Rückgang psychischer Beeinträchtigungen zeigen (Aycañ & Berry, 1996; Dooley & Prause, 1997). „Bad Jobs“ sind Tätigkeiten in gering bezahlten ungesicherten Beschäftigungsverhältnissen, häufig mit einem geringeren

Arbeitszeitvolumen als gewünscht. Häufig sind das auch repetitive Tätigkeiten, die grundsätzlichen Humankriterien nicht gerecht werden.

Arbeitslose Personen gehören der Population der erwerbsfähigen Bevölkerung an und der gesundheitliche Status weist wie bei dieser eine große Variationsbreite auf. Grundsätzlich sind Arbeitslose eine heterogene Gruppe von Menschen, die nur durch das äußere Merkmal des Arbeitsplatzverlusts in eine Kategorie klassifiziert wurden. Um negative Folgen auf den Gesundheitsstatus zu vermeiden, zu mildern bzw. zu begrenzen, sind nicht Standardinterventionen geeignet, sondern Interventionen sind auf den Bedarf der Problemgruppen abzustimmen.

## **2. Innerhalb der Arbeitslosen zu unterscheidende Gruppen und deren spezifische Bedarfe**

Grundsätzlich gehören Arbeitslose zur Population der Erwerbspersonen. Die in den letzten zwei Jahrzehnten bestehende Quote Arbeitsloser enthält einen großen Anteil von Personen, die zwischen dem Status der Erwerbstätigkeit und der Erwerbslosigkeit wechseln. Die Unterstützung der Gesundheitsförderung Arbeitsloser beginnt deshalb bereits bei allen Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Die Pflichten der Krankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung sind im SGB V, § 20 geregelt. Arbeitslose Personen weisen wie Erwerbstätige eine große Variationsbreite hinsichtlich ihres Gesundheitsstatus auf. Die Beschreibung des Unterstützungsbedarfs im Hinblick auf die Prävention von Beeinträchtigungen, Beschwerden oder gar Erkrankungen bzw. für eine Wiederherstellung der Gesundheit sollte deshalb verschiedene Gruppen differenzieren, von denen nur einige als Risikogruppen mit Gesundheitseinschränkungen zu charakterisieren sind.

Für die Begründung erforderlichen Interventionsbedarfs werden folgende Gruppen näher betrachtet:

- von Arbeitslosigkeit bedrohte Personen,
- weniger als 12 Monate arbeitslose Personen (Arbeitslos nach SGB III),
- Arbeitslose nach SGB II, Langzeitarbeitslose,
- Berufsrückkehrer/innen.

## **2.1 Von Arbeitslosigkeit bedrohte Personen**

Das Ressourcen-Bewahrungs-Modell von Hobfoll (1989, 2001) nimmt an, dass Stress entsteht, wenn wertgeschätzte Ressourcen als bedroht angesehen werden. Damit lässt sich ein Wirkungspfad von einer antizipierten Bedrohung des eigenen Arbeitsplatzes auf die Gesundheit begründen. Ein Arbeitsplatzverlust geht mit einer Gefährdung von Einkommen, Karrierechancen, Selbstwerterleben und sozialer Einbindung einher. Damit werden wesentliche Lebensziele gefährdet. Es kommt hinzu, dass Unsicherheitserleben bereits als eine Quelle für Belastung nachgewiesen ist, denn Unsicherheit bedeutet, dass die Erreichbarkeit entscheidender Ziele nicht mehr oder nur noch in begrenztem Umfang gegeben ist. Gebert und Rosenstiel (2002) unterscheiden zwischen einer Unsicherheit bezüglich des Ausgangs des belastenden Ereignisses und einer Unsicherheit bezüglich des Eintretens des belastenden Ereignisses. Damit ist ein drohender Arbeitsplatzverlust als eine gravierende Belastungsquelle zu kennzeichnen. Diese wird verstärkt, wenn die damit verbundene Phase der Unsicherheit sich über einen längeren Zeitraum erstreckt und wenn die Betroffenen wenig Kontroll- bzw. Einflussmöglichkeiten auf ihre eigene Situation sehen, sondern sich vielmehr als Spielball der Umstände erleben.

Daraus folgt: Wenn ein Arbeitsplatzabbau unvermeidlich ist, dann kann eine unmissverständliche klare Kommunikation der Probleme an die Betroffenen das Ausmaß der Belastungen reduzieren. Das Aufzeigen von Alternativen einschließlich der Unterstützung bei der Wiederbeschaffung eines Arbeitsplatzes ist für diese Gruppe gleichzeitig die wirksamste Maßnahme der Gesundheitsförderung.

## **2.2 Weniger als 12 Monate arbeitslose Personen**

Diese Gruppe ist von ihren Personenmerkmalen, einschließlich ihres Gesundheitsstatus als mit den Erwerbstätigen vergleichbar einzuschätzen, so dass ein spezifischer Bedarf der Gesundheitsförderung nicht besteht. Der hohe Anteil gesundheitlich beeinträchtigter Langzeitarbeitsloser lässt vermuten, dass die Betreuung (Integration, Gesundheitsberatung etc.) im Vorfeld bereits gescheitert ist. Das heißt, gesundheitsförderliche Interventionen, wie Trainings zu gesundheitsgerechtem Verhalten, aber auch die

Verbesserung des Selbstkonzeptes und von Handlungskompetenzen und Bewältigungsstrategien zum Umgang mit Belastungen, sollten so früh wie möglich einsetzen. Das Ziel von Unterstützungen muss die rasche Wiederbeschäftigung sein, so dass eine Chronifizierung der aus dem Arbeitsplatzverlust resultierenden Belastungen, vor allem Langzeitarbeitslosigkeit, vermieden wird. Für die Teilmenge der Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen werden Maßnahmen zur Wiederherstellung der Gesundheit und Umschulungen und evtl. zusätzlich die Bereitstellung von Arbeitsplätzen erforderlich, die auf das leistungsgewandelte Profil der Personen zugeschnitten sind. Empfehlungen dazu müssen immer den konkreten Fall berücksichtigen.

### 2.3 Langzeitarbeitslose Personen

In die Gruppe der Langzeitarbeitslosen fallen etwa 40% der Arbeitslosen. In Sachsen wurden in den letzten Jahren unabhängig vom Rückgang der Gesamtzahl der Arbeitslosen in der Zeit von 2005 bis 2008 jeweils etwa 45.000 Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen, die Auswirkungen auf die Vermittlung haben, in diese Gruppe klassifiziert (Hollederer, 2009). Etwa 52% von diesen, dem entsprechen für 2008 23.618 Personen, gehören in die Gruppe der Langzeitarbeitslosen. Das zeigt, dass sich in der Gruppe der Langzeitarbeitslosen ein größerer Anteil von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen befindet als in der Gruppe der Personen, die weniger als 12 Monate arbeitslos sind. Der Anteil derer mit gesundheitlichen Einschränkungen liegt hier bei einem Viertel, während dieser Anteil bei den Arbeitslosen insgesamt bei unter 20% liegt. Langzeitarbeitslose sind in Bezug auf gesundheitliche Einschränkungen demzufolge eine besondere Risikogruppe. Für sie sind spezifische Interventionen erforderlich, um gravierende Probleme mit hohen individuellen und gesellschaftlichen Folgekosten zu verhindern oder zu begrenzen. Der Unterstützungsbedarf ist entscheidend von weiteren Merkmalen abhängig. Geringe Qualifikation ist so ein Merkmal, denn eine fehlende Qualifikation ist ein hartes Kriterium, das eine Wiederbeschäftigung verhindert. Das Nachholen von Schul- und Ausbildungen ist hier erforderlich, um realistische Chancen für eine Integration in Erwerbsarbeit zu entwickeln. Ein anderes Merkmal, das einen spezifischen Unterstützungsbedarf signalisiert, ist Migration. Mig-

ranten benötigen häufig Sprachkurse und Qualifikationen oder Umschulungen, mit denen die mitgebrachten Qualifikationen für den Arbeitsmarkt passfähig gemacht werden. Schließlich unterscheidet sich der Unterstützungsbedarf gravierend in Abhängigkeit vom Alter, so dass es erforderlich wird, zwischen den Altersgruppen der jungen Arbeitslosen bis 25 Jahren, dem mittleren Erwachsenenalter und älteren Arbeitslosen zu unterscheiden

### **2.3.1    *Junge Leistungsempfänger nach SGB II***

Das spezifische Problem dieser Gruppe besteht in einer Kombination von Schulbildungs- und Qualifikationsmängeln und gesundheitsriskantem Verhalten. Dabei ist das gesundheitsriskante Verhalten bei jungen Männern stärker ausgeprägt als bei jungen Frauen. Büching, Wagler und Schmidt (2008) ermittelten in einer Studie an 185 jungen Arbeitslosen aus dem ostsächsischen Raum bei 28,6% der jungen Arbeitslosen einen gesundheitsriskanten Alkoholkonsum und bei 68,1% einen gesundheitsriskanten Nikotinkonsum. Hingegen geben nur 33% der untersuchten jungen Arbeitslosen Sport als regelmäßige Freizeitbeschäftigung an. Das zeigt, dass ein großer Teil junger Arbeitsloser die eigenen gesundheitlichen Ressourcen massiv überschätzt, sie quasi für unendlich hält. Eine basale Gesundheitserziehung mit dem Ziel, die Übernahme von Eigenverantwortung für eine gesunde Lebensweise zu erreichen, ist für diese jungen Erwachsenen erforderlich. Zusätzlich benötigt diese Gruppe Unterstützung beim Erwerben einer Qualifikation als einer entscheidenden Voraussetzung für das Erlangen eines Arbeitsplatzes auf dem ersten Arbeitsmarkt. Dabei ist es für einen Teil dieser Gruppe nicht ausreichend, Qualifikationsmöglichkeiten und Vorbereitungsmaßnahmen, wie bspw. das Berufsvorbereitende Jahr, vorzusehen. Einige dieser jungen Arbeitslosen haben erheblichen Bedarf an der Aneignung grundlegender Werte und an Unterstützungen bei der Klärung von Berufs- und Lebenszielen. Schneider (2009) berichtet in ihrer Studie, dass 25% der untersuchten jungen Arbeitslosen nicht in der Lage sind, ein konkretes Berufsziel für sich zu benennen. Zielklarheit ist aber eine notwendige Voraussetzung für selbstständiges Handeln. Ein Teil junger Langzeitarbeitsloser ist also aufgrund der Kombination von Qualifikationsmängeln, mangelnder Werterziehung, fehlenden

oder höchst undifferenzierten Lebenszielen und massivem gesundheitsriskantem Verhalten eine hoch brisante Problemgruppe, die altersbedingt Kinder haben wird. Aber aufgrund der eigenen nicht erfolgreichen Persönlichkeitsentwicklung besteht in dieser Gruppe ein großes Risiko der Verwahrlosung und als Folge davon der sozialen Vererbung der Probleme an die Kinder. Die Wahrscheinlichkeit für ein quantitatives Anwachsen dieser Problemgruppe ist sehr groß. Deshalb sind intensive personenspezifische Unterstützungsmaßnahmen mit einer längeren Begleitung durch Bezugspersonen (z.B. Senior Coaches) erforderlich. Das Bridges Projekt gibt ein Beispiel für eine wirksame Intervention für diese Gruppe (Schmidt, 2008). Die über 14 Jahre dauernde Längsschnittstudie von Hammerström und Janlert (2002) enthält empirische Belege für eine Beeinträchtigung der Gesundheit durch Erwerbslosigkeit im jungen Erwachsenenalter. Die Studie zeigt, dass eine frühe Phase der Erwerbslosigkeit einen negativen Einfluss auf die Gesundheit im späteren Erwachsenenalter hat. Auch das weist entschieden auf Präventionsbedarf hin.

### **2.3.2 Langzeitarbeitslose im mittleren Erwachsenenalter**

Langzeitarbeitslose im mittleren Erwachsenenalter verfügen in der Regel über Erfahrungen als Erwerbstätige. Insofern bestehen in dieser Gruppe klarere Ziele über eine Wiedereingliederung in das Erwerbsleben. Der Unterstützungsbedarf in dieser Gruppe ist im Wesentlichen von zwei Faktoren abhängig: von der Qualifikation und vom gesundheitlichen Status. Migranten mit schlechten Sprachkenntnissen stellen eine zusätzliche Risikogruppe dar. Eine fehlende Qualifikation ist ein deutlicher Risikofaktor für die Entstehung von Beeinträchtigungen, die bei längerfristiger Existenz Krankheitswert annehmen können. Ein Problem sind auch in der Lebensregion der Betroffenen nicht mehr nachgefragte Qualifikationen. Unterstützungen für das Erlangen einer beruflichen Qualifikation sowie Umschulungen und Mobilitätshilfen können deshalb einer längerfristigen Zunahme von Beschwerden und dem Entstehen von solchen mit Krankheitswert entgegenwirken.

Für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen sind in Abhängigkeit von diesen spezifische personenbezogene Unterstützungen zu planen.

Aufgrund des Tatbestandes, dass die Qualifikation wiederholt als stabiler und entscheidender Prädiktor für das Wiedererlangen einer Erwerbstätigkeit nachgewiesen ist, die Empirie aber gleichzeitig belegt, dass es unrealistisch ist, alle nicht oder schlecht qualifizierten Personen zu einer erfolgreichen Qualifikation zu führen, besteht ein großer Bedarf an der Organisation von Einfacharbeit. In den letzten Jahrzehnten wurde diese systematisch in Niedriglohnländer ausgelagert und durch die Automatisierung von Abläufen reduziert, so dass sich die Beschäftigungschancen für nicht oder gering qualifizierte Personen in Deutschland verschlechtert haben. Das Schaffen von Einfacharbeit dürfte am ehesten in der Verantwortung der Kommunen funktionieren.

Hollederer (2009) weist für Sachsen in der Gruppe der Langzeitarbeitslosen im mittleren Erwachsenenalter einen Anteil von 51% mit gesundheitlichen Einschränkungen mit Auswirkungen auf die Vermittlung in den ersten Arbeitsmarkt aus. Quantitativ ausgedrückt betrifft das in Sachsen ca. 24.000 Personen. Daraus ist zu schlussfolgern, dass für dieses Segment der Langzeitarbeitslosen ein Bedarf an Maßnahmen zur Wiederherstellung der Gesundheit besteht und zusätzlich an der Organisation von Arbeitsplätzen mit geringeren Anforderungen, so dass Personen mit Einschränkungen ihrer Gesundheit in das Erwerbsleben integriert werden können. Die Organisation solcher Arbeitsplätze ist durch eine Verkürzung der Arbeitszeit und durch einen an die bestehenden Einschränkungen angepassten Aufgabenzuschnitt erreichbar.

Der Bewältigungsstil der Arbeitslosigkeit kann für eine Teilmenge der Personen in dieser Gruppe darin bestehen, in andere Lebensrollen zu wechseln, z.B. in die Rolle der Hausfrau und Mutter, in die des Hausmanns, oder eine künstlerische Betätigung wird zum wesentlichen Lebensinhalt gemacht (Ackermann, 1997). Für diese zahlenmäßig eher kleine Gruppe bestehen weder besondere gesundheitliche Risiken noch Unterstützungsbedarf. Per Selbstdefinition einer veränderten Lebensrolle fallen diese Personen aus der Gruppe der Langzeitarbeitslosen heraus.

### **2.3.3 Ältere Arbeitslose (50+)**

Diese Gruppe stellt insofern eine Risikogruppe dar, als mit zunehmendem Alter das Risiko, langzeitarbeitslos zu werden, deutlich ansteigt (Jäger,

2007), und die Chance auf eine Wiederbeschäftigung sinkt, was zum Teil durch das Senioritätsprinzip der Entlohnung bedingt ist. Auch Beschwerden, gesundheitliche Beeinträchtigungen sowie Komorbidität nehmen mit dem Alter zu. Wenn ein höheres Lebensalter mit einer geringeren Qualifikation und mit Einschränkungen der Gesundheit kombiniert ist, dann steigt das Risiko, langzeitarbeitslos zu bleiben, drastisch an. Das längerfristige Verbleiben in der Langzeitarbeitslosigkeit kann wegen der gegebenen Unsicherheit, der fehlenden Perspektive und den finanziellen Einschränkungen gesundheitliche Belastungen verstärken, so dass sich Krankheiten entwickeln können. Unterstützungen für diese Gruppe sollten sich für das Segment der gesunden, gut qualifizierten Personen auf Unterstützungen der Vermittlung in den ersten Arbeitsmarkt konzentrieren und diese, falls erforderlich, durch Anpassungsqualifikationen abfedern. Es gibt für gesunde Personen keine wissenschaftlichen Befunde, die für ältere Arbeitnehmer das Vorurteil nachlassender Leistungsfähigkeit bestätigen. Vielmehr existieren Belege für eine stabile Leistungsfähigkeit auf vergleichbarem Niveau für Erwerbstätige über die Spanne des Erwerbsalters, sofern die Personen an Arbeitsplätzen tätig sind, die aufgrund lernhaltiger Arbeitsaufgaben ein kontinuierliches Training beruflichen Wissens und Könnens ermöglichen und zu einer Weiterentwicklung beruflicher Kompetenzen herausfordern (Bergmann, Pohland, Pietrzyk, Richter & Eisfeldt, 2004; Ilmarinen & Tempel, 2002). Daraus ist zu schlussfolgern, dass die wirksamste Prävention gegen ein vorzeitiges Verschlechtern der Leistungsfähigkeit und Gesundheit in einer menschengerechten Arbeitsgestaltung und im Ausschöpfen der Möglichkeiten zu einer betrieblichen Gesundheitsförderung besteht, zu denen die Krankenkassen wie in §20 des SGB V geregelt, mit Präventionsmaßnahmen einen Beitrag leisten sollen. Der so entstehende Präventionsaspekt betrifft nicht nur das Vermeiden von Krankheit. Er betrifft auch ein Training der Erwerbstätigen, welches die Kompetenz zur Bewältigung eines Arbeits- oder Berufswechsels steigert, so dass für den Fall eines Arbeitsplatzverlusts ein geringerer Unterstützungsbedarf besteht.

### **3. Berufsrückkehrer/innen**

Diese Gruppe weist gegenüber der Population der Erwerbstätigen kein spezifisches Gesundheitsrisiko auf. Formal handelt es sich hier um von Ar-

beitslosigkeit bedrohte Personen. In der Regel hat eine mehrjährige Familienphase die Unterbrechung der Erwerbstätigkeit begründet. Dadurch wurde spezifisches berufliches Wissen und Können nicht angewendet und weiterentwickelt. Diese Personen haben Bedarf an Maßnahmen zur Auffrischung bzw. Aktualisierung ihrer Qualifikation und an Unterstützungen bei der Vermittlung eines Arbeitsplatzes.

#### **4. Fazit**

Eine zusammenfassende Übersicht über Personengruppen, die aufgrund von drohender oder bestehender Arbeitslosigkeit jeweils spezifische Unterstützungsbedarfe aufweisen, enthält die Tabelle 1. Generell gilt jedoch, dass eine Gesundheitsförderung für die Gesamtbevölkerung auch das Ziel haben muss, mit den höheren und zum Teil widersprüchlichen Anforderungen des Arbeitsmarktes zurechtzukommen. Gesundheitsförderung beginnt mit Bildung und Qualifizierung. Die folgenden Maßnahmen sind grundsätzliche Interventionen:

- Schulbildung und Qualifizierung, Werteerziehung,
- Unterstützung selbst organisierten Handelns und von Selbstverantwortung,
- Gesundheitserziehung für alle Altersgruppen, kostengünstige Sportangebote,
- gesellschaftliche Akzeptanz von diskontinuierlichen Erwerbsverläufen (keine Stigmatisierung) und Förderung der Übergänge.

Tab. 1: Zu unterscheidende Gruppen mit spezifischen Unterstützungsbedarfen

Von Arbeitslosigkeit bedrohte Personen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Informationen über alternative Arbeitsangebote,</li> <li>– evtl. Umschulungen,</li> <li>– evtl. Mobilitätshilfen,</li> <li>– spezifische Trainings zum Umgang mit Stress durch Arbeitslosigkeit und differenzierte Information über gesetzlich bestehende Unterstützungsmaßnahmen</li> </ul>
Weniger als 12 Monate arbeitslose Personen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Unterstützungen beim Auffinden von Arbeitsangeboten,</li> <li>– evtl. Umschulungen,</li> <li>– evtl. Mobilitätshilfen,</li> <li>– spezifische Arbeitsangebote für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen</li> </ul>
Junge Langzeitarbeitslose U 25	<p>Für eine Teilmenge:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Schulbildung und Qualifizierung nachholen,</li> <li>– Werterziehung nachholen,</li> <li>– Klärung von Lebens- und Arbeitszielen,</li> <li>– Gesundheitserziehung, Aneignung von Kompetenzen zur selbst verantwortlichen Lebensführung einschließlich Strategien zum Bewerben für einen Arbeitsplatz/Seniorcoaches ausbilden und einsetzen</li> </ul>
Langzeitarbeitslose im mittleren Erwachsenenalter	<p>Für eine Teilmenge:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– intensive Unterstützung bei der Arbeitsvermittlung (insbesondere für Alleinverdiener),</li> <li>– Qualifikation/Umschulung,</li> <li>– Mobilitätshilfen,</li> <li>– Einfacharbeit,</li> <li>– spezifische Arbeitsangebote für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen</li> </ul>
Ältere Langzeitarbeitslose 50+	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Unterstützung bei der Arbeitsvermittlung</li> </ul> <p>Für eine Teilmenge:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Qualifikation/Umschulung,</li> <li>– spezifische Arbeitsangebote für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen,</li> <li>– Einfacharbeit,</li> <li>– Arbeitszeit reduzieren</li> </ul>
Migranten	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Qualifizierung/Umschulung,</li> <li>– evtl. Sprachkurse</li> </ul>
Berufsrückkehrer/innen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Qualifizierung/Umschulung,</li> <li>– Unterstützung bei der Arbeitsvermittlung</li> </ul>

## Literatur

- Ackermann, C. (1997). Bewältigung von Arbeitslosigkeit. Aachen: Shaker.
- Aycan, Z. & Berry, J. W. (1996). Impact of employment related experiences on immigrants' psychological well-being and adaption to Canada. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 28 (3), 240-251.
- Bergmann, B., Pohlandt, A., Pietrzyk, U., Richter, F. & Eisfeldt, D. (2004). Alterstrends beruflicher Handlungskompetenz. In B. Bergmann u. a. (Hrsg.), *Arbeiten und Lernen*, edition QUEM, Bd. 17 (S. 245-273). Münster: Waxmann.
- Büching, C., Wagler, S. & Schmidt, M. (2008). Gesundheitsriskantes Verhalten bei jungen Arbeitslosen. In B. Bergmann, U. Pietrzyk & J. Klose (Hrsg.), *Beschäftigungsfähigkeit entwickeln, Innovationsfähigkeit und Kompetenz fördern* (S. 63-74). Technische Universität Dresden: Eigenverlag.
- Dooley, D. & Prause, J. A. (1997). Effects of favourable employment change on alcohol abuse: One- and five-year follow-ups in the National Longitudinal Survey of Youth. *American Journal of Community Psychology*, 25 (6), 787-807.
- Elkeles, T. & Seifert, W. (1992). *Arbeitslose und ihre Gesundheit – Empirische Langzeitanalysen*. Berlin: Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Gebert, D. & von Rosenstiel, L. (2002). *Organisationspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hammarström, A. & Jahnert, U. (2002). Early unemployment can contribute to adult health problems: results from a longitudinal study of school leavers. *Journal Epidemiol. Community Health*, 56, 624-630.
- Hollederer, A. (2009). *Arbeitslosigkeit und Gesundheitsförderung*. Vortrag 1. Sächsische Gesundheitszielekonferenz, Dresden, Mai.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of Resource. A new attempt at conceptualizing Stress. *American Psychologist*, 44 (3), 513-524.
- Hobfoll, S. E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress-process: Advancing conservation of resource theory. *Applied Psychology: An international Review*. 50 (3), 337-370.
- Ilmarinen, J. & Tempel, J. (2002). *Arbeitsfähigkeit 2010*. Hamburg: VSA-Verlag.
- Jäger, R. (2007). *Arbeitsmarkt und psychische Gesundheit*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Kieselbach, T. & Beelmann, G. (2006). Ein aktueller Überblick zum Stand der Forschung zu Arbeitslosigkeit und Gesundheit. In A. Hollederer & G. Brand (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit, Krankheit und Gesundheit* (S. 13-31). Bern: Huber.
- Paul, K. I., Hassel, A. & Moser, K. (2006). Die Auswirkung von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit. In A. Hollederer & H. Brand (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit* (S. 35-51). Bern: Huber.

- Robert Koch Institut (Hrsg.) (2006). Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheit? In *Gesundheit in Deutschland, Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (S. 81-121). Berlin: Robert Koch Institut.
- Schmidt, M. (2008). Das Bridges-Projekt. Inhalt und Wirkung. In B. Bergmann, U. Pietrzyk & J. Klose (Hrsg.), *Beschäftigungsfähigkeit entwickeln, Innovationsfähigkeit und Kompetenz fördern* (S. 53-62). TU Dresden: Eigenverlag.
- Schneider, U. (2009). Berufliche Ziele junger Arbeitsloser. Bericht zur forschungsorientierten Vertiefung an der Professur für Methoden der Psychologie der TUD (unveröff.).
- Semmer, N., McGrath, J. E. & Beehr, T. A. (2005). Conceptual issues in research on stress and health. In C. L. Cooper (Ed.), *Handbook of Stress and Health*. New York: CRC Press.
- Udris, I. (1987). Soziale Unterstützung, Stress in der Arbeit und Gesundheit. In H. Keupp & B. Röhrle (Hrsg), *Soziale Netzwerke* (S. 123-138). Frankfurt: Campus.