

Psychosoziale Folgen von Erwerbslosigkeit: Konsequenzen für die Gesundheitsförderung

Prof. Dr. Gisela Mohr
Universität Leipzig, Arbeits- und Organisationspsychologie
www.uni-leipzig/~apsycho

Beitrag auf dem 7. Kooperationsstreffen „Gesundheitsförderung
bei sozial Benachteiligten“

10.11.2009 in Berlin

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

BZgA

Strategiegespräch 3: „Gesundheitsförderung von Arbeitslosen“

Vorbemerkung: Psychische Folgen der Erwerbslosigkeit

Arbeitslosigkeit **führt** zu **psychischen Erkrankungen** (Paul, Hassel & Moser, 2006; Paul & Moser, 2009)

...und zu enormen **gesellschaftlichen Kosten**: Depressionen als einer der größten Kostenfaktoren im Gesundheitswesen!!!! Bei Erwerbslosen: 77 % höhere Behandlungsquote mit Antidepressiva (Grobe & Dörning, 2005)

... und ist „**nachhaltig**“ in den **negativen** Folgen, durch

1) Langzeiteffekte

Wadsworth, Montgomery & Bartley (1999): von der Geburt bis zum 33 Lebensjahr

Hammarström & Janlert (2002): von 16 bis 30 Jahre.

Kivimäki, Vahtera, Pentti, Thomson, Griffith & Cox (2001): vor und nach der Schließung, 6-jähriger Untersuchungszeitraum

2) „Soziale Vererbung“

z. B. geringer entwickelte protestantische Arbeitsethik bei Kinder von Eltern mit Erwerbslosigkeitserfahrung (Barling, Dupre, Hepburn, 1998) , erhöhtes Risiko der Erwerbslosigkeit bei Kindern erwerbsloser Eltern (Ström, 2003)

 eine „soziale“ Zeitbombe - es besteht dringender Handlungsbedarf!

Was wir nicht – oder wozu wir nur wenig wissen:

■ 1) Wieviel geht auf das Konto der Erwerbslosigkeit – und nicht auf die sonstigen – *schon vorher* – schlechten Lebensbedingungen?

Aber:

psychische Gesundheit verbessert sich bei Wiedereinstieg!

psychische Gesundheit verbessert sich bei „Maßnahmen“ verschiedener Art

psychische Erkrankungen bei Erwerbstätigen 16 %

bei Erwerbslosen 34 % (Paul & Moser, 2009)

(Erwerbslose: psychische Erkrankungen relevanter als somatische)

Prävalenzrate Depression: 21% (Erwerbstätige: 9 %)

Prävalenzrate Angststörungen: 25 % (Erwerbstätige: 15 %)

hoher Anteil unbehandelter psychischer Erkrankungen!

Erwerbslose nur zu 4,6 % in Psychotherapie (Rose, 2003)

Um zu handeln – Gesundheitsförderung – haben wir genug Wissen!!!!

Gesundheitsförderung

- wer – in welcher Struktur?
- Organisationen:
 - Betriebe
 - Arbeitsvermittlung
 - Krankenversorgung
 - Gewerkschaften
 - der individuellen Beratung und Betreuung (Sozialamt, Schuldnerberatung, Erwerbsloseninitiativen, therapeutische Einrichtungen usw...)
 - im persönlichen Umgang mit Erwerbslosen ...

einige Hinweise aus der Forschung



11 Thesen des Fachbeirats zum sächsischen Gesundheitsziel „Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen“ Mai 2009

1. Psychisch labile Arbeitslose bedürfen professioneller Hilfe - so früh wie möglich!

Die Forschung zeigt:

Andauernde Arbeitslosigkeit macht krank! Vor allem die psychische Gesundheit wird beeinträchtigt. Eine psychische Erkrankung bedeutet den Verlust gerade der Fähigkeit, die man für den Wiedereinstieg ins Arbeitsleben benötigt: Selbstvertrauen. Arbeitslose haben im Vergleich zu Beschäftigten die meisten Arztkontakte und bekommen die meisten Medikamente verordnet.

2. Die Reduzierung finanzieller Mittel ist falsch!

Die Forschung zeigt:

Bereits vor über zwanzig Jahren konnte in einer Studie des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung festgestellt werden, dass ein erheblicher Teil der Wiedervermittlung über das Netzwerk von Bekannten und Freunden geschieht. Dies geht nur, wenn die finanziellen Mittel auch Mobilität und Teilhabe am sozialen Leben absichern.

3. Arbeitslose können nicht mehr leisten als andere Menschen auch!

Die Forschung zeigt:

Von Arbeitslosen werden Veränderungen verlangt, die viele Menschen in stabilen Verhältnissen kaum zu leisten in der Lage sind: finanzielle Einbußen, Veränderungen der Lebensführung, Veränderung zentraler Rollen (z.B. „Ernährerrolle“), Umzüge bei ungesicherter Perspektive, Trennung von der Familie.

4. Viele Bewerbungen, hohe Arbeitsorientierung, starke Konzessionsbereitschaft und viel Optimismus sind falsche Forderungen an Arbeitslose!

Die Forschung zeigt:

Viele erfolglose Bewerbungen verschlechtern die psychische Gesundheit. Der Zwang zu möglichst vielen Bewerbungen beinhaltet demzufolge das Risiko, die Arbeitslosigkeit zu verlängern statt zu verkürzen! Wenig Erfolg versprechende Bewerbungsaktivitäten sind zu vermeiden! Arbeitslose mit einer zu hohen Arbeitsorientierung haben eine schlechtere psychische Gesundheit als solche mit einer mittleren Arbeitsorientierung. Arbeitslose mit besonders hoher Bereitschaft zu Zugeständnissen an die Qualität der Arbeit sind als erste wieder arbeitslos. Arbeitslose, die anfangs besonders optimistisch sind, erweisen sich bei andauernder Arbeitslosigkeit als besonders depressionsgefährdet.

5. Auch Gesundheit ist ein Kriterium für den Erfolg von Maßnahmen für Arbeitslose!

Die Forschung zeigt:

Gesundheitsförderungsprogramme für Arbeitslose können nachweislich dazu beitragen, die körperlichen, psychischen und sozialen Ressourcen von Arbeitslosen zu stärken und somit ihre Handlungsfähigkeit zu erhalten. Verhaltens- und Verhältnisprävention sind dabei zu kombinieren.

6. Andere Formen der Arbeit sollten nicht behindert oder negativ bewertet werden, sondern als Qualifikationspotential positiv gewürdigt und unterstützt werden!

Die Forschung zeigt:

Auch Tätigkeiten außerhalb der Erwerbsarbeit, wie z.B. selbst organisierte Ausbildung, Qualifizierung, Kinderbetreuung, Nachbarschaftshilfe oder Ehrenamt, tragen zur gesellschaftlichen Teilhabe, Selbstvertrauen, Entwicklung von Kompetenzen bei. Sie ersetzen aber die Erwerbsarbeit nicht, da die positive Stabilisierung durch Erwerbsarbeit für die meisten Menschen größer ist als durch diese anderen Formen der Arbeit.

7. Nicht jede Erwerbsarbeit ist besser als Arbeitslosigkeit!

Die Forschung zeigt:

Arbeitslose, die in schlechte Arbeitsverhältnisse vermittelt werden, erleben keine Verbesserung der psychischen Gesundheit. Zwangsmaßnahmen sind kontraproduktiv. Es zeigt sich, dass sich vor allem selbst ausgewählte Arbeit positiv auf die psychische Gesundheit auswirkt.

8. Prävention fängt im Betrieb an: Betriebliche Arbeitsgestaltung ist Prävention von Arbeitslosigkeit!

Die Forschung zeigt:

In der Arbeit werden Kompetenzen entwickelt, sofern bestimmte Qualitätskriterien erfüllt sind: Aufgabenvielfalt, vollständige Aufgaben, klare Ziele, Rückmeldungen, Kooperationsmöglichkeiten u.a. Zur Bewältigung der Arbeitslosigkeit benötigt man Kompetenzen, die man im Arbeitsleben erwerben und entwickeln kann: Umgang mit anderen Menschen, Kenntnisse bürokratischer Abläufe, Zeiteinteilung, Mitteleinteilung. Intelligente Modelle der Umverteilung der Erwerbsarbeit (z. B. Rotationsmodelle mit Frei- und Lernphasen) wirken dem Abbau von beruflichen Kompetenzen entgegen.

9. Prävention muss im Betrieb konsequent fortgeführt werden: durch Information und Hilfsangebote!

Die Forschung zeigt:

Schon die Unsicherheit um den Arbeitsplatz erzeugt eine Schwächung des Immunsystems und der psychischen Gesundheit, vor allem, weil bei unklaren Informationen Handlungsunsicherheit besteht. Daraus folgt die Notwendigkeit einer frühzeitigen und klaren Information der Betroffenen bei betrieblichen Umstrukturierungen. Betriebliche Programme, die berufliche Um- oder Neuorientierung für alle Beschäftigtengruppen unterstützen, können erfolgreich verhindern, dass Arbeitslosigkeit überhaupt erst entsteht.

10. Die psychosoziale Gesundheit von Arbeitslosen zu erhalten ist ein allgemeines Präventionsziel und fängt mit der Schaffung von Bildungschancen im Kindergarten an!

Die Forschung zeigt:

Arbeitslosigkeit hat negative Effekte bis weit ins spätere Leben, auch wenn man längst wieder einen Arbeitsplatz gefunden hat. Arbeitslosigkeit und ihre Folgen sind „sozial vererbbar“: Resignation, vermindertes Selbstwertgefühl, depressive Stimmungen betreffen auch die Kinder (und Partner). Es bedarf daher an einer verbesserten gesellschaftlichen Integration, die mit gleichberechtigten Bildungschancen im Kindesalter beginnt.

11. Die öffentliche Stigmatisierung von Arbeitslosen ist zurückzuweisen. Statt Arbeitslose zu diskriminieren, ist ihre Leistung bei der Bewältigung der Mängel des Arbeitsmarktes anzuerkennen!

Die Forschung zeigt:

Ein erheblicher Teil der Wiedervermittlung erfolgt über das „soziale Netz“ loser Bekanntschaften. Dies setzt voraus, dass Arbeitslose sich als solche zu erkennen geben. Vertrauen in die Fähigkeit anderer erhöht deren Leistung. Dagegen führen negative Erwartungen zu Minderleistung.

Es gilt:

Arbeitslosigkeit ist kein psychologisches Problem, sondern ein gesellschaftliches!

Fachbeirats zum sächsischen Gesundheitsziel „Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen“

Funktion des Fachbeirats

Unterstützung des Sächsischen Gesundheitsziels „Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen“ (des Sächsischen Staatsministerium für Soziales, SMS)

Aufgabe

den Austausch zwischen Praxis und Wissenschaft zu fördern
die bisher vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse für die Praxis nutzbar zu machen

Mitglieder des Fachbeirats

- Universität Leipzig: Arbeits- und Organisationspsychologie;
- Leipzig: Universitätsklinikum (Medizinische Psychologie & Medizin. Soziologie)
- Dresden, TU: Arbeits- und Organisationspsychologie & Professur für Methoden der Psychologie;
- Dresden: Universitätsklinikum Carl Gustav Carus (Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie)
- HTWK Leipzig, Fachbereich Sozialwesen

Konsequenzen für die Gesundheitsförderung (1)

Psychisch labile Arbeitslose bedürfen professioneller Hilfe - so früh wie möglich!

- Je länger eine psychische Erkrankung **andauert**, desto schwerer ist sie zu behandeln

Was steckt hinter „Dauer“? Kontrollverlust, immer weniger Geld, Misserfolgserfahrungen, Aussichtslosigkeit, Diskriminierungserfahrung

- Eine psychische Erkrankung (Depression) bedeutet den Verlust gerade der Fähigkeit, die man für den Wiedereinstieg ins Arbeitsleben benötigt: Selbstvertrauen, Initiative, Optimismus.

Konsequenz für die GF:

Schnell reagieren – „Maßnahmen“ nicht erst bei Langzeiterwerbslosigkeit

§37 SGB III: (1) Die Agentur für Arbeit hat unverzüglich (Potenzialanalyse).

Konsequenzen für die Gesundheitsförderung (2)

Die Reduzierung finanzieller Mittel ist falsch!

Aber: Wer mehr finanzielle Mittel hat, ist länger erwerbslos.

Leistungsentzug (als Druckmittel) zur Förderung der Arbeitsmotivation?
SGB II § 31 Absenkung und Wegfall des Arbeitslosengeldes II und des befristeten Zuschlages????

Dennoch: eindeutiger Zusammenhang zwischen schlechter materieller Lage und mehr psychischen Erkrankungen

Mehr Schaden als Nutzen durch Leistungsentzug!!????

Konsequenz für die GF:

Analyse des *langfristigen* Kosten-Nutzen-Verhältnis von § 31

Psychologische Bedeutung von finanzielle Mittel:

Sicherung der Teilhabe am Leben

selbstbestimmte Lebensführung (antidepressiv)

Konsequenzen für die Gesundheitsförderung (3)

Arbeitslose können nicht mehr leisten als andere Menschen auch!

von Arbeitslosen werden Veränderungen verlangt, die viele Menschen in stabilen Verhältnissen kaum bewältigen:

- Veränderungen der Lebensführung (mit weniger Geld),
- Veränderung zentraler Rollen (u.a. „Ernährerrolle“, Elternrolle),
- Umzüge bei ungesicherter Perspektive
- Trennung von der Familie.

Konsequenz für die GF:

- **Hilfe zur Lebensführung ist *mehr als materielle* Mittel,**
- **bedeutet auch, schwierige Prozesse zu *begleiten*,**
- **evtl. die Familie mit einzubeziehen**
- **Ängste zu akzeptieren,**
- **im Umgang damit helfen**
- **Regelungen anbieten, Übergänge erleichtern (Probe, Übergangslösungen, etc).**

Konsequenzen für die Gesundheitsförderung (4)

- Kein eindeutiger Zusammenhang zwischen Anzahl der Bewerbungen und Wiedervermittlung feststellbar!
- Arbeitslose mit einer höheren Arbeitsorientierung haben eine schlechtere psychische Gesundheit als solche mit einer mittleren Arbeitsorientierung.
- Arbeitslose mit besonders hoher Konzessionsbereitschaft zeigen keine verbesserte psychische Gesundheit bei Wiedereinstellung
- Arbeitslose, die anfangs besonders optimistisch sind, sind bei andauernder Arbeitslosigkeit besonders depressiv.

Konsequenz für die GF:

**auf Qualität statt Quantität der Bewerbungen achten
Konzessionsbereitschaft als Risiko zur Abwärtsspirale?**

Therapie-/Beratungsfehler vermeiden:

zu hohe Arbeitsorientierung ist dysfunktional

keine falsche Kontrollhoffnungen (Optimismus) aufbauen

Konsequenzen für die Gesundheitsförderung (5)

Gesundheitsförderungsprogramme für Arbeitslose können nachweislich dazu beitragen, die körperlichen, psychischen und sozialen Ressourcen von Arbeitslosen zu stärken und somit ihre Handlungsfähigkeit zu erhalten.

Nachuntersuchungen kurzfristig: absinkende Werte

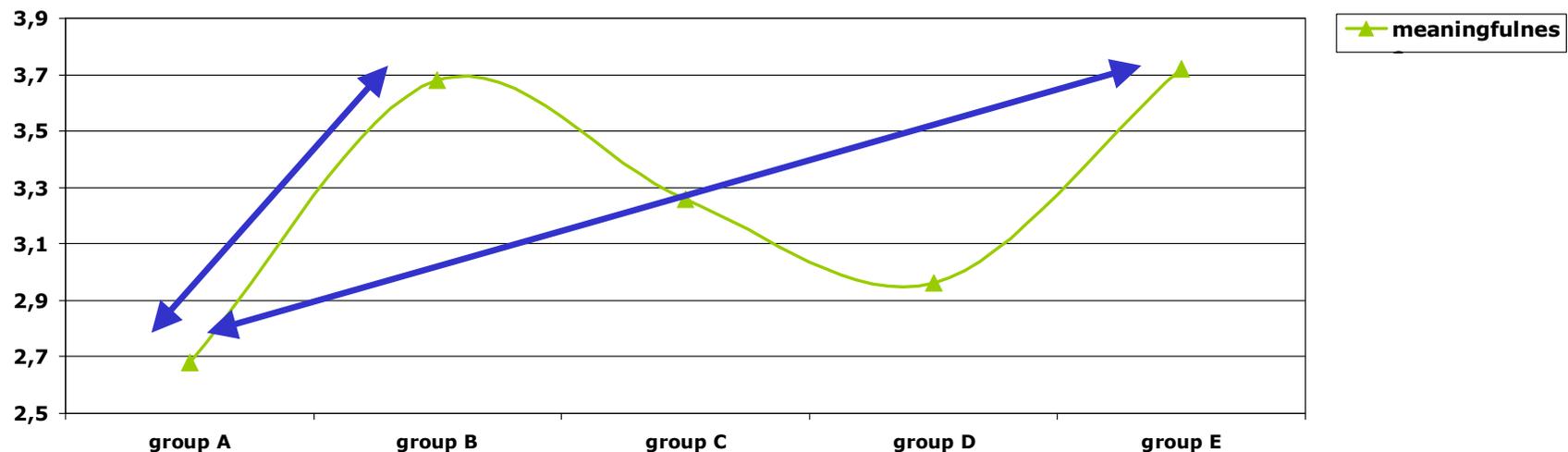
Nachuntersuchungen langfristig: stabilisierte Werte

(Price at al. , 1992; Vuori & Silvonen, 2005)

Konsequenz für die GF:

Maßnahmen, die „nur“ eine Verbesserung der Gesundheit bringen (und keine gute Wiedervermittlungsquote) haben ihre Berechtigung

Konsequenzen für die Gesundheitsförderung (6)



Erwerbslose sind nicht ohne Arbeit: sie machen Hausarbeit, Freiwilligenarbeit, Qualifizierung, sind in „Arbeitsgelegenheiten“ („1- € -Jobs“)

- Gruppe A & B: Hausarbeit vs. Hausarbeit & Freiwilligenarbeit,
- Gruppe A & E: Hausarbeit vs. Hausarbeit & Freiwilligenarbeit, & Qualifizierung
- Keine Befindensverbesserung, wenn „Arbeitsgelegenheiten“ dazu kommt.

Konsequenz für die GF:

Nicht jede Maßnahme hat positive Effekte! (psychologisch!)

Qualität der „Arbeitsgelegenheiten“ prüfen (Schaden vs. Nutzen)

Dimension der Freiwilligkeit ??? Gibt Kontrolle zurück!