

FACHFORUM

ANALYSEN & KOMMENTARE

N° 6 | 2009

Gesund und mittendrin trotz Erwerbslosigkeit?!

Ansätze zur Förderung
der psycho-sozialen Gesundheit

Katrin Rothländer und Peter Richter

ANALYSEN
KOMMENTARE

FRIEDRICH
EBERT
STIFTUNG
Forum Berlin

PROJEKT
GESELLSCHAFTLICHE INTEGRATION

FACHFORUM

ANALYSEN & KOMMENTARE

Mit dem Projekt **Gesellschaftliche Integration** bearbeitet die Friedrich-Ebert-Stiftung die großen politischen Herausforderungen, die im Zuge des gegenwärtigen Umbruchs in unserer Gesellschaft entstehen.

Dazu gehören Fragen des Strukturwandels der Arbeitswelt und der demografischen Entwicklung oder der Pluralisierung der Lebensformen. Besonders fokussiert werden die neuen Spannungsfelder sozialer Ungleichheit, die zu gravierenden Konflikten führen können und die Gefahr einer dauerhaft „gespaltenen Gesellschaft“ bergen. Im Zentrum steht deshalb die Frage, wie der gesellschaftliche Zusammenhalt gestärkt werden kann und welche Reformimpulse und Handlungsperspektiven dazu erforderlich sind.

Das **Fachforum** als eine tragende Säule des Projekts zielt darauf, die politische und wissenschaftliche Debatte im kritischen Diskurs aufzubereiten und mit neuen Sichtweisen anzuregen. Auf diese Weise soll auch die Arbeit am Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesrepublik analytisch begleitet werden.

Das Fachforum basiert auf zwei Kommunikationsformen: In den **Fachgesprächen** diskutieren Wissenschaftler/innen und Politiker/innen ausgewählte Fragestellungen und Problemfelder wie Armut und soziale Ausgrenzung.

In der vorliegenden **Publikationsreihe Arbeitspapiere** werden profilierte Analysen und Kommentare aus Wissenschaft und Politik zu kontrovers diskutierten Themen gesellschaftspolitischer Integration vorgestellt, wie zum Beispiel sozialwissenschaftliche Konzepte der Teilhabe, Forschungen zum Phänomen der verdeckten Armut oder zur ungleichen Einkommens- und Vermögensentwicklung in Deutschland. Begriffe und unterschiedliche Konzepte sollen geklärt und in einen übergreifenden Zusammenhang eingeordnet werden. Ziel ist die Erarbeitung möglicher **Lösungsvorschläge** und **Handlungsempfehlungen**.

Franziska Richter

Referentin des Projektes „Gesellschaftliche Integration“

Impressum:

Herausgegeben von der
Friedrich-Ebert-Stiftung
Forum Berlin
Franziska Richter
Hiroshimastr. 17
10785 Berlin

Redaktionelle Bearbeitung:
Dr. Angela Borgwardt
Franziska Richter

© Friedrich-Ebert-Stiftung
ISBN:978-3-86872-045-7

Gesund und mittendrin trotz Erwerbslosigkeit?!

Ansätze zur Förderung der psycho-sozialen Gesundheit

Katrin Rothländer und Peter Richter



Inhalt

1. Daten zur aktuellen Entwicklung am Arbeitsmarkt	5
2. Psycho-soziale Gesundheit von Erwerbslosen	7
3. Ansätze zur Verhaltensprävention	10
4. Ansätze zur Verhältnisprävention	17
5. Schlussfolgerungen	26
Literatur	31

Abstract

Die Auswirkungen von Erwerbslosigkeit auf die Gesundheit sind inzwischen vielfach nachgewiesen worden. Neben körperlichen Folgen sind insbesondere auch Konsequenzen für die psycho-soziale Gesundheit relevant. Der vorliegende Beitrag widmet sich entsprechend der Frage, welche Strategien sich bereits bewährt haben, um eine Verbesserung der psycho-sozialen Gesundheit von Erwerbslosen zu erzielen.

Zunächst werden evaluierte Fallbeispiele vorgestellt, wobei zwischen Ansätzen auf Verhaltens- und Verhältnisebene differenziert wird. Beispielsweise kann durch Trainings zur Vermittlung von kognitiv-behavioralen Techniken eine bedeutsame Verringerung der psychischen Beschwerden erreicht werden. Mit einer solchen Befähigung von Erwerbslosen sind jedoch die Interventionsmöglichkeiten noch nicht ausgeschöpft. Es bedarf gleichzeitig einer Strategie der Ermöglichung, die an einer Veränderung der Rahmenbedingungen ansetzt. Dazu gehören Maßnahmen der Beschäftigungsförderung, freiwillig auszuübende Tätigkeitsangebote jenseits

des Erwerbsarbeitsmarktes, Verbesserungen im Prozess der Arbeitsvermittlung sowie im Lebensumfeld von Erwerbslosen und ihren Familien. Die Kriterien humaner Arbeit gelten über die Erwerbsarbeit hinaus für alle Tätigkeitsfelder. Ansätze aus dem Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung zeigen, wie produktiv es für die Gestaltung gesundheitsförderlicher Tätigkeiten sein kann, Erwerbslose aus der Rolle der Betroffenen in die Rolle von Beteiligten zu versetzen.

Vor dem Hintergrund der aktuellen Arbeitsmarktprognosen steigt die Dringlichkeit für ein umfassendes Maßnahmenpaket, das nicht allein auf die Vermittlung in den ersten Arbeitsmarkt ausgerichtet ist, sondern auch die psycho-soziale Gesundheit von Erwerbslosen mit berücksichtigt. Grundlegend empfiehlt sich, den Fokus weg vom Fordern hin zum Fördern zu verschieben. Vielversprechend erscheint dabei eine Kombination aus der Stärkung individueller Ressourcen und der Ermöglichung gesellschaftlicher Teilhabe – gesund und mittendrin trotz Erwerbslosigkeit!

1. Daten zur aktuellen Entwicklung am Arbeitsmarkt

Die aktuellen Meldungen zur Finanzkrise erschüttern die unlängst noch optimistischen Prognosen der Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt. Die Leiharbeitsbranche sieht sich bereits mit einer Entlassungswelle konfrontiert. Wie aus einem Bericht der Bundesagentur für Arbeit (BA) hervorgeht, sind die Beratungsanfragen zum Kurzarbeitergeld in fast allen Arbeitsagenturen stark gestiegen (BA 2008). Auch hat das gesamtwirtschaftliche Stellenangebot bereits deutlich abgenommen. Damit ist die positive Entwicklung seit 2005 offensichtlich beendet. In diesem Zeitraum war die Zahl der Erwerbslosen

um 1,6 Millionen zurückgegangen und die Zahl der Erwerbstätigen auf 40,4 Millionen angestiegen. Die Erwerbslosenzahl, die im Oktober 2008 auf unter 3 Millionen sank, ist im Dezember 2008 bereits wieder auf 3,102 Millionen gestiegen. Für 2009 wird eine drastische Erhöhung befürchtet. Ein Blick auf die Entwicklung der Erwerbslosigkeit in der Bundesrepublik Deutschland zeigt, wie plastisch sich die Phasen der Rezession in den Erwerbslosenzahlen widerspiegeln.

Interessant ist nicht nur eine Betrachtung der absoluten Zahl von Erwerbslosen oder der Erwerbs-

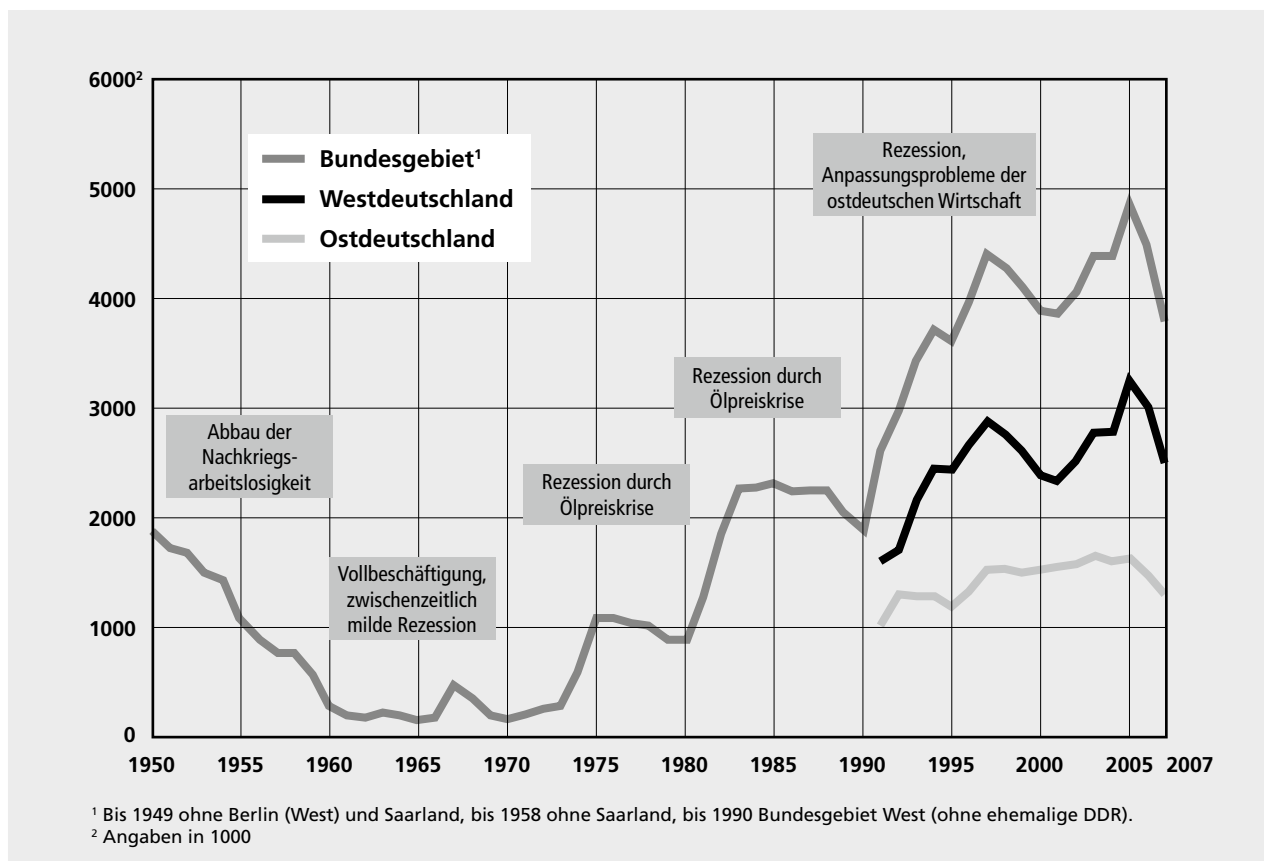


Abbildung 1: Entwicklung der bundesdeutschen Erwerbslosigkeitszahlen in Abhängigkeit von der wirtschaftlichen Lage (BA 2008)

losenquote einer Bevölkerung, sondern auch die Verteilung des Erwerbslosigkeitsvolumens im historischen Zeitablauf. Damit lässt sich bestimmen, in welchem Ausmaß Menschen im Verlauf ihrer Biografie von Erwerbslosigkeit betroffen sind. Erste Untersuchungen für westdeutsche Kohorten ergeben, dass Erwerbslosigkeit hier sehr ungleichmäßig verteilt ist: „Während mehr als 60% der untersuchten Personen im Alter von 25 bis 50 Jahren nie arbeitslos wurden, konzentriert sich die Hälfte des gesamten Arbeitslosigkeitsvolumens auf ca. 5 Prozent der betrachteten Geburtenjahrgänge“ (Möller/Schmillen 2008: 7). Ein Vergleich verschiedener Kohorten zeigt eine zunehmend gleichmäßigere Verteilung. Somit besteht heute ein erhöhtes individuelles Risiko, erwerbslos zu werden.

Laut Sozialgesetzbuch (SGB) gilt als arbeitslos, wer ohne eine Beschäftigung von mindestens 15 Wochenstunden ist, sich arbeitssuchend gemeldet hat und dem Arbeitsmarkt zur Verfügung steht. Um ins Bewusstsein zu rufen, dass Arbeitslose durchaus Tätigkeiten im Rahmen der Familie, der Eigenarbeit bis hin zu ehrenamtlichem Engagement ausüben, wird stattdessen der Begriff „Erwerbslose“ verwendet (vgl. auch Mohr/Richter 2008). Entgegen der seit 2004 geltenden Regelung, Teilnehmer/innen an Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik nicht mehr in die Statistik aufzunehmen, zählen wir diese mit zu den Erwerbslosen. Im November 2008 befanden sich mehr als eine Million Personen in Fördermaßnahmen. Dazu gehören Trainings- und Weiterbildungsmaßnahmen, aber auch verschiedene Formen von Arbeitsgelegenheiten. Solange jedoch die Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt nach Auslaufen der Förderung nicht gesichert ist, definieren sich viele Maßnahmeteilnehmer/innen weiterhin als erwerbslos. Ebenso realistisch ist auch

die Einschätzung der Bundesagentur für Arbeit: „Beschäftigung schaffende Maßnahmen, von denen im Rechtskreis SGB II ein großer Anteil auf Arbeitsgelegenheiten (AGH) entfällt, sind ein erster Schritt, um die Maßnahmeteilnehmer an den Arbeitsmarkt heranzuführen. AGH werden oft bei Hilfebedürftigen mit multiplen Problemlagen eingesetzt, sie dienen vorrangig der Herstellung bzw. Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit und der sozialen Stabilisierung. Eine schnelle Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt ist bei den Teilnehmern von AGH in der Regel nicht wahrscheinlich“ (BA 2008: 42). Die offiziellen Angaben zu den Erwerbslosenzahlen würden sich weiter erhöhen, wenn auch Personen mit berücksichtigt würden, die dem Arbeitsmarkt aufgrund von gesundheitlichen Einschränkungen nicht zur Verfügung stehen oder die sich beispielsweise wegen fehlender Leistungsansprüche nicht erwerbslos gemeldet haben.

Mit einem Anteil von 70% erhält die Mehrheit der registrierten Erwerbslosen Arbeitslosengeld II, während nur 30% der Erwerbslosen Arbeitslosengeld I beziehen (BA 2008). Den Empfänger/innen von Arbeitslosengeld II werden verhältnismäßig weniger Fördermaßnahmen als den Empfänger/innen von Arbeitslosengeld I angeboten, zudem weisen die Angebote eine geringere Arbeitsmarktnähe auf. Derzeit ist fast die Hälfte der Bezieher/innen von Arbeitslosengeld II langzeiterwerbslos, d.h. seit mindestens einem Jahr ohne Erwerbsarbeit. Bei dieser Personengruppe kumulieren Beschäftigungshindernisse wie ein niedriges Qualifizierungsniveau, fehlende oder veraltete Berufserfahrung, aber auch gesundheitliche Beschwerden. All diese Faktoren stehen in Zeiten eines verknappten Erwerbsarbeitsangebotes einer Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt entgegen.

2. Psycho-soziale Gesundheit von Erwerbslosen

Wie die Forschung belegt, können gesundheitliche Beeinträchtigungen sowohl Ursache als auch Wirkung von Erwerbslosigkeit sein (z.B. Paul/Moser 2001). Entsprechend wiesen Murphy und Athanasou (1999) in einer Meta-Analyse von 16 Längsschnittstudien eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit bei Erwerbslosigkeit in der Größenordnung einer mittleren Effektstärke ($d = -.36$) nach. Die gesundheitlichen Probleme äußern sich in Form von unspezifischen Beschwerden, teilweise in Depressionen, Ängsten sowie psychosomatischen Symptomen. Paul und Moser verweisen jedoch auch auf schwächere Effekte in der umgekehrten Richtung: Psychisch bereits belastete Personen werden eher erwerbslos und verbleiben länger in der Erwerbslosigkeit als unbelastete. Gleichwohl finden Erwerbslose mit besserer psychischer Gesundheit leichter wieder eine Stelle auf dem ersten Arbeitsmarkt. Die Gültigkeit sowohl der Kausalitäts- als auch der Selektionshypothese macht Erwerbslose zu einer hoch verletzlichen Bevölkerungsgruppe. Insbesondere bei Langzeitarbeitslosen kumulieren die gesundheitlichen Risiken (z.B. Berth et al. 2006); bei fast einem Drittel liegen bereits gesundheitliche Probleme oder Behinderungen vor (Hollederer 2003).

Paul/Hassel/Moser (2006) kamen anhand einer Meta-Analyse von 237 internationalen Längsschnittstudien zu folgendem Ergebnis: Unter den Erwerbslosen ist der Anteil derer, die psychisch deutlich beeinträchtigt sind und möglicherweise psychologische oder medikamentöse Behandlung benötigen, mehr als doppelt so groß wie unter den Erwerbstätigen. Eine Untersuchung der Techniker Krankenkasse (TK) ergab, dass bei erwerbslosen Versicherten zwischen 2000 und 2004 dreimal häufiger psychische Störungen diagnostiziert wurden als bei berufstätigen Versicherten (Gesundheitsreport der TK 2005). Bei Arzneimittelverordnungen ist die Wahrscheinlichkeit für die Verschreibung von Antidepressiva bei Erwerbslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen 1,8-mal höher (Gesundheitsreport der TK 2005; Ge-

sundheitsreport der BKK 2005). Leider können die Daten der Krankenkassen inzwischen nicht mehr als aussagekräftige Informationsquelle für den Gesundheitszustand der Bezieher/innen von ALG II dienen, da nach der gegenwärtigen Gesetzgebung ALG-II-Empfänger/innen von der Pflicht zur Meldung von Arbeitsunfähigkeitszeiten befreit sind. Immerhin zeigt sich jedoch der Zusammenhang, dass die Fehlzeiten der Versicherten aufgrund von psychischen Störungen in erheblichem Ausmaß gesunken sind, seit ALG-II-Empfänger/innen nicht mehr in den Datensatz eingehen (u.a. Gesundheitsreport der TK 2007). Nach Weber, Hörmann und Heipertz (2007) treten bei Erwerbslosen nicht nur häufiger psychische Erkrankungen, sondern auch verstärkt kardiovaskuläre Erkrankungen auf: „Beide Krankheitsgruppen können gewissermaßen als ‚Endstrecke‘ einer chronischen psychosozialen Stresseinwirkung bei defizitären individuellen Bewältigungsmöglichkeiten angesehen werden“ (Weber et al. 2007: 30). Die Autoren verweisen in diesem Zusammenhang darauf, dass ein „dysfunktionaler Bewältigungsstil“, wie z.B. der bei Erwerbslosen festgestellte vermehrte Konsum von Nikotin und Alkohol oder eine ungesunde Ernährung, zusätzliche Folgeprobleme für die Gesundheit nach sich ziehen kann.

Bei der Betrachtung von Durchschnittswerten darf nicht vergessen werden, dass sich Erwerbslose im Einzelfall sehr wohl in ihrer Reaktionsweise auf den Zustand der Erwerbslosigkeit unterscheiden (vgl. z.B. die Untersuchung von „good copers“ durch Fryer/Payne 1984) – und damit auch Differenzen hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes bestehen. Doch es wäre fatal, den Erwerbslosen die alleinige Verantwortung für ihren Umgang mit Erwerbslosigkeit zu geben. Es sollte immer mit berücksichtigt werden, dass objektive Einschränkungen bestehen, die sich auf individueller Ebene schwerlich überwinden lassen. So können beispielsweise die durchschnittlich schlechteren Wohnverhältnisse von Er-

werbslosen aufgrund höherer Lärmbelastigung auch mit Schlafstörungen in Zusammenhang stehen.

Von großer Bedeutung ist die Tatsache, dass sich die gesundheitlichen Auswirkungen von Erwerbslosigkeit nicht nur medizinisch feststellen lassen, sondern auch subjektiv von den Betroffenen erfahren und angegeben werden (Hollederer 2003). Trotz dieses Bewusstseins werden allgemeine Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung von Erwerbslosen nur vermindert genutzt, was auch für andere sozial schwächere Bevölkerungsgruppen gilt (Mielck 2005). Dies hat nicht zuletzt finanzielle Gründe: Selbst bei einer Erstattung der Kursgebühren durch die Krankenkasse müssen die Kosten von den Teilnehmer/innen grundsätzlich vorgestreckt werden. Insbesondere die heutigen ALG-II-Empfänger/innen können diesen Vorschuss in Anbetracht der Höhe des Regelfördersatzes von 351 Euro nicht leisten. Außerdem haben Erwerbslose keinen Zugang zu Betrieblicher Gesundheitsförderung, und es gibt bislang auch kein reguläres, kompensatorisches Angebot für diese Zielgruppe.

Ein weiterer relevanter Bereich ist die soziale Gesundheit. Auch wenn dafür keine medizinischen Diagnosen vergeben werden, ist sie für den Einzelnen und sein soziales Umfeld doch von großer Bedeutung. Typischerweise berichten Erwerbslose von Beschwerden, wie sozialer Isolation, Rollenveränderungen und Stigmatisierung, die letztlich Auswirkungen auf das gesamte Familiensystem haben und zu vermehrten interpersonellen Konflikten führen (Paul/Hassel/Moser 2006). Laut Ekert-Jaffe und Solaz (2001) ist der Prozentsatz der Beziehungen, die innerhalb der ersten vier Jahre wieder aufgelöst werden, bei erwerbslosen Männern mehr als dreimal so hoch wie bei erwerbstätigen Männern (20% zu 6%). Bongartz und Gröhnke (1997) stellten fest, dass die Scheidungswahrscheinlichkeit bei langzeitarbeitslosen Männern und Frauen fast dreimal höher ist als in der Allgemeinbevölkerung. Neben dem Verlust regelmäßiger sozialer Kontakte am Arbeitsplatz ver-

fügen Erwerbslose demnach auch seltener über partnerschaftliche Beziehungen als Erwerbstätige. Patton und Donohue (2001) ermittelten einen Zusammenhang zwischen dem sozialen Rückzug einiger Erwerbsloser und dem Erwartungsdruck sowie den negativen Bewertungen von Familienangehörigen. Semmer und Udriš (1995) führen Veränderungen im Sozialverhalten von Erwerbslosen auf die finanziellen Restriktionen zurück, die ihre Möglichkeiten einengen, „aktiv in verschiedenen Kommunikationsprozessen, am sozialen Leben oder an bestimmten Freizeitaktivitäten teilzunehmen“ (Semmer/Udriš 1995: 159).

Die unsicher gewordenen Erwerbsbiografien und der Verlust von Erwerbsarbeit erhöhen nicht nur die Verwundbarkeit der Betroffenen, sondern ebenso die ihrer Kinder. Der Kompetenzerwerb Erwachsener erfolgt im Wesentlichen in und durch Erwerbsarbeit. Die bei Langzeiterwerbslosen einsetzende Abnahme der Beschäftigungsfähigkeit mindert insbesondere deren Selbstwirksamkeitserwartungen, also das Vertrauen in die eigene Gestaltungskraft des Lebens (Bernston/Näswall/Sverke 2008). Engler (2006) fasst diesen Umstand in eindringliche Worte: „Alles Unglück, das die uns vertraute soziale Welt für Menschen bereithält, versammelt sich bei denen mit der geringsten Mitgift: bescheidene, oftmals ärmliche Lebensumstände, familiäre Bildungsdefizite, die sich in der Schule fortpflanzen und potenzieren, soziale Enttäuschungen, die von einer Generation zur nächsten übergehen und schließlich in eine tief sitzende Müdigkeit münden, bei der das Selbst vorausseilend vor den Herausforderungen der Welt kapituliert“ (Engler 2006: 7).

Die „soziale Vererbung“ der Folgen von Erwerbslosigkeit ist viel zu lange unbeachtet geblieben, stellt jedoch eine große sozialpolitische Herausforderung dar. Bei Kindern alleinstehender erwerbsloser Mütter zeigen sich die höchsten Raten chronischer und psychosomatischer Erkrankungen (Pedersen/Madsen/Kohler 2005), höhere Unfallraten, mehr Schulabbrü-

che und ein stärkeres selbstdestruktives Verhalten (Mohr 2009). Dabei scheinen die sozial-emotionalen Defizite der Eltern-Kindbeziehung bedeutsamer zu sein als die ökonomische Lage (Jones 1997). Die erlebte Arbeitsplatzunsicherheit der Väter, verbunden mit eingeeengten, taktgebundenen Arbeitsinhalten, verstärkt bei den Kindern Leistungsversagen und Aggressivität in der Schule, so das Ergebnis einer weiteren Studie: Mit 20 Jahren sind dann bei den Betroffenen bereits massive Versagenshaltungen und das ausgeprägte Erleben von Ungerechtigkeit in der Welt festzustellen (Stewart/Barling 1996; Barling/Mendelson 1999). Bei der Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung von Jugendlichen konnte zudem eine gesteigerte Aggressivität gegenüber Vorgesetzten festgestellt werden (Dupré et al. 2006), was ihre weiteren Beschäftigungschancen mindert.

Die insbesondere bei Langzeiterwerbslosen erhöhten Depressions- und Angstwerte bergen ein

hohes Risiko für das Auftreten von Entwicklungsstörungen bei deren Kindern. Aus der klinischen Psychologie ist bekannt, dass Kinder depressiver Eltern bereits am Ende des zweiten Lebensjahres einen geringeren Wortschatz aufweisen als andere Kinder ihrer Altersklasse. Kinder von Müttern mit generalisierten Ängsten und insbesondere sozialen Ängsten haben ebenfalls ein deutlich höheres Risiko, selbst Ängste zu entwickeln (Schreier et al. 2008).

Das erhöhte Risiko der Kinder von Erwerbslosen, später auch erwerbslos zu werden, kann lange vor dem erwerbsfähigen Alter vorhergesagt werden. Merkmale der Familienkonstellation scheinen dabei wesentlicher zu sein als Personenmerkmale (Mohr 2009). Diese Befunde zur „sozialen Vererbung“ der Folgen von Erwerbslosigkeit machen deutlich, dass psycho-soziale Interventionen auch die Familien und die Lebensumwelt der betroffenen Erwerbslosen mit einbeziehen müssen.

3. Ansätze zur Verhaltensprävention

3.1 Erfahrungen aus Großbritannien und Finnland

In den vergangenen Jahren haben zwei verhaltensorientierte Programme internationale Bekanntheit erlangt, die durch ein spezielles Training für Erwerbslose positive Effekte auf deren psycho-soziale Gesundheit erzielen konnten. Zum einen ist hier das kognitiv-behaviorale Training von Proudfoot et al. (1997) aus Großbritannien zu nennen. Zum anderen ist das JOBS-Programm von Bedeutung, in dem die Vermittlung von Techniken zur Arbeitssuche mit einer psychischen Stabilisierung verknüpft wird. Das JOBS-Programm wurde in seiner ursprünglichen Version bereits 1986 in den USA erprobt (Caplan et al. 1989), nach einer Modifikation umfangreich evaluiert (Vinokur/Price/Schul 1995; Vinokur/Schul 1997; Vinokur et al. 2000) und 1996 auch in Finnland eingeführt. In der folgenden Darstellung sollen lediglich die Erfahrungen aus Großbritannien und Finnland betrachtet werden, da die sozialen Sicherungssysteme dieser beiden Länder eine größere Ähnlichkeit zu Deutschland aufweisen. Zum anderen richtet sich die britische Studie an Langzeiterwerbslose, die auch in die finnische Studie einbezogen wurden, während die Zielgruppe in den USA ausschließlich aus Erwerbslosen bestand, die erst vor kurzem ihren Arbeitsplatz verloren hatten.

Das von Proudfoot et al. (1997) entwickelte und geprüfte kognitiv-behaviorale Training vermittelt den Teilnehmer/innen Techniken zur Veränderung von Gedanken, zur Formulierung von Zielsetzungen, zur Zeitplanung sowie zum Umgang mit Rückschlägen. Die Evaluation basiert auf den Daten von 209 Langzeiterwerbslosen mit einer höheren beruflichen Qualifikation (z.B. leitende Angestellte oder Personen aus Verwaltungsberufen). Das Alter der untersuchten Personen lag zwischen 23 und 62 Jahren, im Mittelwert bei 43 Jahren. Die durchschnittliche Dauer der Erwerbslosigkeit betrug 24,5 Monate, variierend von einem Jahr bis zu zwölf Jahren. Die

Untersuchungsstichprobe bestand zu 83% aus Männern. Insgesamt nahmen im Rahmen der Untersuchung 112 Personen an dem kognitiv-behavioralen Training teil, 97 Personen dienten als Vergleichsgruppe. Da es nicht gelang, eine Kontrollgruppe ohne Training als Intervention zu befragen, setzte sich die Vergleichsgruppe aus Personen zusammen, die an einem Programm zur Vermittlung der Bedeutung von sozialer Unterstützung teilnahmen. Beide Interventionen erfolgten über einen Zeitraum von sieben Wochen und hatten einen Gesamtumfang von 21 Stunden. Die Befragungen wurden jeweils zu Beginn der Intervention, am Ende der Intervention sowie drei bis vier Monate nach Interventionsende vorgenommen.

Nach Abschluss der Intervention wiesen die Teilnehmer/innen des kognitiv-behavioralen Trainings eine signifikant stärkere Verbesserung gegenüber der Vergleichsgruppe auf. Diese positive Entwicklung manifestierte sich in den Daten zur selbstberichteten Gesundheit, zur Selbstwirksamkeitserwartung, zum Attributionsstil, zur Arbeitsmotivation und zur Lebenszufriedenheit. Effekte in den Arbeitssuchaktivitäten zeigten sich lediglich zugunsten jener Trainingsteilnehmer/innen, die zum ersten Messzeitpunkt wenig Zeit in die Arbeitssuche investiert hatten. Beachtlich sind die Veränderungen im Erwerbsstatus: Nach Ende der Maßnahme waren 83% der Teilnehmer/innen an dem kognitiv-behavioralen Training wieder beschäftigt – im Vergleich zu 40% der Personen aus der Vergleichsgruppe. Dieses Ergebnis verweist letztlich auch auf die Dynamik des damaligen Arbeitsmarktes, zumindest für die besser Qualifizierten. Bei einer Betrachtung derjenigen, die drei bis vier Monate nach dem Training noch erwerbslos waren, blieb nur die Veränderung des Attributionsstils stabil.

Das in Finnland implementierte Työhön Job Search Program (Vuori/Silvonen 2005; Vuori et al. 2002) strebt vordergründig eine Optimierung des Verhaltens bei der Arbeitssuche an. Das Training be-

schränkt sich jedoch nicht auf technische oder strategische Aspekte, sondern bezieht auch die Stärkung der psychischen Ressourcen mit ein, indem beispielsweise der Selbstwert erhöht oder der Umgang mit Hindernissen und Rückschlägen verbessert werden soll. 1230 Erwerbslose konnten für die Teilnahme an der Untersuchung gewonnen werden, darunter auch ein geringer Anteil von Personen, deren Arbeitsvertrag auslief und die bereits auf der Suche nach einer neuen Beschäftigung waren. Als Besonderheit wurden die Trainer/innen aus einer Gruppe von Erwerbslosen rekrutiert und zwei Monate lang ausgebildet. Die Altersspanne der Untersuchungsteilnehmer/innen lag zwischen 18 und 61 Jahren, im Mittelwert bei 37 Jahren. Die Dauer der Erwerbslosigkeit betrug 10,7 Monate, wobei 28% der Teilnehmenden mindestens ein Jahr erwerbslos waren. Im Vergleich mit den Erwerbslosen in der Untersuchungsregion waren die Teilnehmer/innen im Durchschnitt besser ausgebildet und häufiger weiblichen Geschlechts. Im Gegensatz zu dem hohen Männeranteil bei der Studie aus Großbritannien waren hier 78% der untersuchten Teilnehmer/innen Frauen. Die Untersuchungsgruppe umfasste 629 Personen, die Kontrollgruppe bestand aus 632 Teilnehmer/innen. Wie in dem britischen Programm blieb auch die Kontrollgruppe nicht ohne Intervention, sondern erhielt in diesem Fall Materialien zum Selbststudium. Das Työhön Job Search Program hatte einen zeitlichen Umfang von 20 Stunden und wurde innerhalb einer Woche durchgeführt. Die Befragungen erfolgten jeweils zu Beginn des Programms sowie zwei Wochen später. Darüber hinaus wurden auch Befragungen sechs Monate und zwei Jahre nach der Intervention durchgeführt, sodass Aussagen über Langzeiteffekte möglich sind.

Zwei Jahre nach dem Training hatte ungefähr die Hälfte der Teilnehmer/innen in beiden Gruppen wieder eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt gefunden. Bezieht man den Übergang in Maßnahmen der Bildungs- und Beschäftigungs-

förderung mit ein, so hatten signifikant mehr Trainingsteilnehmer/innen als Personen der Kontrollgruppe eine organisationale Anbindung gefunden (70,4% zu 64,1%). Dieser Unterschied kann unter anderem dadurch erklärt werden, dass bei den Trainingsteilnehmer/innen der Selbstwert stieg und depressive Symptome zurückgegangen waren. Interessanterweise zeigten sich die Veränderungen in der depressiven Symptomatik erst in der Erhebung nach zwei Jahren. Dabei ist zu beachten, dass immerhin die Hälfte der Untersuchungsteilnehmer/innen inzwischen langzeiterwerbslos geworden war, womit auch in Finnland eine deutlich geringere finanzielle Unterstützung einhergeht.

3.2 Psycho-soziales Training Aktiva

Mit dem an der Technischen Universität Dresden entwickelten Gesundheitsförderungsprogramm „Aktive Bewältigung von Arbeitslosigkeit (Aktiva)“ (Rothländer 2008) ist der Versuch unternommen worden, bewährte kognitiv-behaviorale Techniken mit der Lebenssituation von Erwerbslosen in Verbindung zu bringen. Die Herangehensweise ist ressourcenorientiert und zielt darauf, die Handlungsfähigkeit von Personen trotz Erwerbslosigkeit zu erhalten. In das Programm sollen vorwiegend Erwerbslose einbezogen werden, die bereits seit längerer Zeit erwerbslos sind und – im Gegensatz zu den Programmen aus Großbritannien und Finnland – keine überdurchschnittliche Qualifikation aufweisen. Die Inhalte des Aktiva-Programms liegen in Form eines standardisierten Handbuchs vor, das den Teilnehmer/innen zu Beginn des Trainings ausgehändigt wird. Für die Trainer/innen wurden zusätzlich organisatorische sowie didaktische Hinweise zur Durchführung des Programms zusammengestellt. Darin sind unter anderem Übungen und Spiele zur Selbsterfahrung, Vertiefung oder Auflockerung enthalten. Der zeitliche Umfang des Trainings beträgt insgesamt 24

Stunden, die in der Regel auf vier Kurstage in einem Zeitraum von zwei bis vier Wochen verteilt werden.

Im Folgenden werden zunächst die vier Trainingsmodule einzeln beschrieben, bevor der Stand der Umsetzung und die Ergebnisse der Evaluation dargestellt werden. Bei jedem Modul wird auf die theoretischen Grundlagen, die Zielstellung und den Ablauf des Trainings eingegangen.

Modul 1: Aktivitätenplanung

Dem Ansatz der Aktivitätenplanung liegt das Vitaminmodell von Warr (1987) zugrunde. Ziel der Aktivitätenplanung ist es, die durch Erwerbslosigkeit häufig geringer vorhandenen „Vitamine“ der Arbeitswelt zu steigern. Dazu gehören die Möglichkeit zur Kontrolle, Abwechslung, die Anwendung von Fertigkeiten, Gelegenheiten zu zwischenmenschlichem Kontakt, external generierte Ziele und Anerkennung. Die finanziellen Einschränkungen der Erwerbslosen werden dabei als zunächst unveränderliche Rahmenbedingung betrachtet. Der Einstieg in die Aktivitätenplanung erfolgt, indem die Teilnehmer/innen ihre bisherige Wochenplanung dokumentieren. Auf dieser Grundlage können sowohl äußere Vorgaben als auch eigene Freiräume bewusst gemacht werden. Symbolisiert durch das Sinnbild der Waage erhalten die Teilnehmer/innen ein Schema, das sie zur fortlaufenden Optimierung ihrer Aktivitätenplanung und damit zur Ausübung von Kontrolle der eigenen Handlungen nutzen können. Es geht darum, die Balance zwischen verschiedenen Arten von Aktivitäten zu verbessern, und zwar zwischen

- notwendigen und angenehmen Aktivitäten
- körperlichen und geistigen Aktivitäten
- individuellen und gemeinsamen Aktivitäten.

Nachdem sich die Teilnehmer/innen die genannten Aktivitätsbereiche inhaltlich erschlossen und mit ihren eigenen Bedürfnissen und Interessen abgegli-

chen haben, werden ihnen Techniken der Zeitplanung vermittelt, die sie auf ihre Alltagsgestaltung anwenden können. Dazu gilt es, Ideen für weitere Aktivitäten nach deren Umsetzbarkeit zu priorisieren, den Umfang der ausgewählten Aktivität inklusive vorbereitenden Tätigkeiten abzuschätzen, mögliche Begleitpersonen einzubeziehen und einen genauen Zeitraum für die Umsetzung festzulegen. Im Sinne eines zusätzlichen Anreizes legen die Teilnehmer/innen Belohnungen fest, die sie sich nach Ausführung der jeweiligen Aktivität zukommen lassen. Das Modul schließt mit der konkreten Planung von zwei Aktivitäten, die als erste Schritte zu einer ganzheitlichen Aktivitätenplanung angesehen werden. Im weiteren Kursverlauf fragt die Kursleitung immer wieder nach dem Stand der Umsetzung. Hier können die Erfolgserlebnisse einzelner Teilnehmer/innen als Ansporn für die übrige Gruppe wirken. Schwierigkeiten bei der Umsetzung hingegen werden als Anlass genutzt, um die bisherigen Pläne zu überprüfen und gegebenenfalls zu modifizieren, sowohl was die Initiierung von gesundheitsförderlichem Verhalten als auch dessen Aufrechterhaltung betrifft (vgl. Health Action Process Approach von Schwarzer 2008). Für eine nähere Beschreibung dieses Moduls siehe auch Rothländer (2009).

Modul 2: Konstruktives Denken

Die Vermittlung von Techniken zum konstruktiven Denken basiert auf dem ABC-Modell von Ellis (nach Staveman 2003; Hautzinger 2003). Hier steht die Erkenntnis im Mittelpunkt, dass Gedanken eine wesentliche Einflussgröße für Gefühle, körperliche Reaktionen und Verhalten sind. Bereits zu Beginn wird klargestellt, dass in diesem Modul kein pauschales Positivdenken angestrebt wird. Vielmehr geht es darum, die eigenen Bewertungen anhand der tatsächlichen Verhältnisse zu relativieren und für das Erreichen eigener Ziele nutzbar zu machen. Diese

Spezifizierung ist von großer Bedeutung für die Akzeptanz durch die Teilnehmer/innen, die das Modul ansonsten als Beschönigung der Lebensbedingungen von Erwerbslosen missverstehen könnten. Anhand von konkreten Beispielsituationen lernen die Teilnehmer/innen zunächst, zwischen auslösendem Ereignis (A), Gefühls- und Verhaltenskonsequenzen (C) sowie den dazwischen geschalteten Bewertungen (B) zu differenzieren. Daraufhin werden die Bewertungen der Teilnehmenden mithilfe der folgenden Fragen analysiert:

1. Entsprechen die Bewertungen der Realität?
2. Helfen die Bewertungen dabei, die eigenen Ziele zu erreichen?

Aus der ersten Frage ergibt sich für viele Teilnehmer/innen die Einsicht, dass auch alternative Möglichkeiten der Bewertung denkbar sind, die bisher nicht berücksichtigt wurden. Die zweite Frage erfordert, dass man sich über die eigenen Ziele – ob auf Gefühls- oder Verhaltensebene – bewusst wird. Die Antworten auf die zweite Frage können als Vorlagen für Neubewertungen einer Situation genutzt werden und die bisherigen Bewertungen ersetzen. Am Schluss dieses Moduls steht die kritische Überprüfung von Bewertungsmustern, die situationsübergreifenden Einfluss haben. Um destruktive Denkmuster zu schwächen, werden in der Gruppe konstruktive Grundhaltungen gesammelt, die von den Teilnehmer/innen bei auftretenden Schwierigkeiten dazu genutzt werden können, um sich Mut zuzusprechen und Zuversicht zu gewinnen.

Modul 3: Soziale Kompetenz und soziale Unterstützung

Bei diesem Modul handelt es sich um eine komprimierte Form des Gruppentrainings sozialer Kompetenzen (GSK) von Hinsch und Pfungsten (2002). Ob ein Verhalten als sozial kompetent oder inkompetent eingestuft werden kann, ist nach Auffassung

der Autoren von der jeweiligen Situation und den damit verbundenen Zielen abhängig. Den Teilnehmer/innen wird soziale Kompetenz als Methode vermittelt, um in sozialen Situationen über ein erweitertes Verhaltensrepertoire zu verfügen und dieses auch strategisch einsetzen zu können. Entsprechend kann soziale Kompetenz dazu genutzt werden, sich besser gegenüber Anderen durchzusetzen oder sich in andere Menschen hineinzusetzen. Das Einfühlungsvermögen ist von großer Bedeutung für den Erhalt und die Verbesserung bestehender sozialer Beziehungen. In diesem Zusammenhang lernen die Teilnehmer/innen in praktischen Übungen, Gefühle und Bedürfnisse direkt anzusprechen und sich mit ihren Interaktionspartnern darüber zu verständigen. In Rollenspielen wird den Teilnehmenden vermittelt, wie sie ihr Recht durchsetzen können, indem die eigene Position sachlich, aber bestimmt vorgebracht wird. Behandelt wird außerdem, wie neue Kontakte hergestellt und vergangene Kontakte wiederbelebt werden können.

Im letzten Teil dieses Moduls geht es um das Wahrnehmen, Annehmen und Geben von sozialer Unterstützung. Nach einer Einführung zu den unterschiedlichen Dimensionen von sozialer Unterstützung erstellt jeder Teilnehmer bzw. jede Teilnehmerin ein individuelles Kontaktdiagramm (nach Kaluza 2004). In die Mitte des Diagramms schreiben die Teilnehmenden ihren Namen und tragen dann die Personen aus ihrem sozialen Umfeld ein – je nach Intensität der Beziehung näher oder weiter vom Zentrum entfernt. In einem zweiten Schritt wählen die Teilnehmer/innen diejenigen Personen aus dem Kontaktdiagramm aus, zu denen sie den Kontakt gern verstärken möchten. Bis zu diesem Zeitpunkt arbeitet jede/r für sich, damit sich niemand aufgrund weniger oder schwacher sozialer Kontakte bloßgestellt fühlt. Als dritter Schritt wird nun die soziale unterstützende Qualität der bestehenden Kontakte überprüft. Im Ergebnis konkretisieren die Teilnehmer/innen ihren Bedarf an (zusätzlicher) so-

zialer Unterstützung. Zum Abschluss tragen alle in der Runde zusammen, welche Unterstützungsleistungen sie selbst anderen bieten können.

Modul 4: Systematisches Problemlösen

Das Modul zum Problemlösen orientiert sich an den Ansätzen von D’Zurilla und Nezu (2007) und Kaluza (2004). Das Ziel besteht darin, den Teilnehmer/innen ein Vorgehen zu vermitteln, mit dem sie problematische Situationen im Alltag systematisch bearbeiten können. Zu Beginn steht eine sorgfältige Zielfindung, die auch das Ausräumen möglicher Zielkonflikte beinhaltet. Um zu gewährleisten, dass die Teilnehmenden auch in Stress auslösenden Situationen diese kognitiven Prozesse leisten können, werden Entspannungstechniken vermittelt. Für die Konkretisierung der Zielerreichung sind Kompetenzen aus dem Bereich der Projektplanung gefragt. Dabei geht es unter anderem um ein Brainstorming zu möglichen Lösungsansätzen, die dann hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit in eine Rangreihe gebracht werden, um das Festlegen von Verantwortlichkeiten sowie um die Suche nach Kooperationspartnern und Unterstützern. In diesem Zusammenhang wird das Überwinden von Hindernissen ebenso thematisiert wie der Umgang mit Misserfolgen.

Stand der Umsetzung und Evaluationsergebnisse

Bislang wurden 95 Praktiker/innen mit vorwiegend sozialpädagogischem Hintergrund zu Multiplikatoren des AktivA-Trainings ausgebildet. Innerhalb eines halben Jahres nach den Schulungen der Multiplikatoren hatten diese bereits rund 400 Erwerbslose mit dem AktivA-Training erreicht. Weitere fast 300 Erwerbslose wurden durch psychologische Trainer/innen geschult. Bei einem Großteil der

Trainingsteilnehmer/innen wurden Fragebögen zur Evaluation eingesetzt, sodass inzwischen ein umfangreicher Datensatz vorliegt, der zur Veröffentlichung vorbereitet wird. Exemplarisch werden hier die Ergebnisse einer Stichprobe von 199 Langzeiterwerbslosen dargestellt (Mühlpfordt/Rothländer 2008). Von diesen Langzeitarbeitslosen nahmen 98 an dem AktivA-Programm teil, während 101 eine Kontrollgruppe ohne Trainingsteilnahme bildeten.

In den betrachteten Variablen konnten keine signifikanten statistischen Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt werden. Auffällig ist der in beiden Gruppen hohe Frauenanteil, der sich auch in den Teilnehmerquoten der allgemeinen Gesundheitsförderung wiederfindet. Entsprechend geben die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (2007) an, dass Frauen vier Mal so häufig wie Männer Angebote der Primärprävention nutzen. Ein Ziel der aktuellen Stichprobenerweiterung für die Evaluation von AktivA ist es, den Männeranteil zu steigern.

Dargestellt wird hier ein vollständiger Datensatz mit drei Messzeitpunkten: vor dem Training (T1), unmittelbar danach (T2) sowie drei Monate nach dem Trainingsende (T3). Während die Ausfallquote der Teilnehmer/innen vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt mit 8,4% relativ gering ist, fällt sie von T2 zu T3 mit 40,4% relativ hoch aus. Die Personen, die an der zweiten Nachbefragung nicht mehr teilnahmen, wiesen zwei signifikante Merkmale auf: Sie waren häufiger jüngeren Alters und männlichen Geschlechts.

Folgende standardisierte Erhebungsinstrumente wurden für die Evaluation eingesetzt:

- Fragebogen für körperliche, psychische und soziale Beschwerden: KÖPS (Manz 2001)
- Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung: SWE (Schwarzer/Jerusalem 1999)
- Kurzform des Fragebogens zur wahrgenommenen

Die Stichprobe weist folgende Merkmale auf:

	AktivA-Gruppe	Kontrollgruppe
Personenzahl:	98	101
Durchschnittsalter:	46,7 Jahre (+/- 9,2)	47,3 Jahre (+/- 8,3)
Frauen:	85%	80%
In fester Beziehung:	44,9%	44,6%
Qualifikationsniveau:	heterogen (von Personen ohne abgeschlossene Berufsausbildung bis hin zu Akademiker/innen)	
Durchschnittliche Dauer der Erwerbslosigkeit zum Zeitpunkt der Untersuchung:	30,3 Monate	29,8 Monate

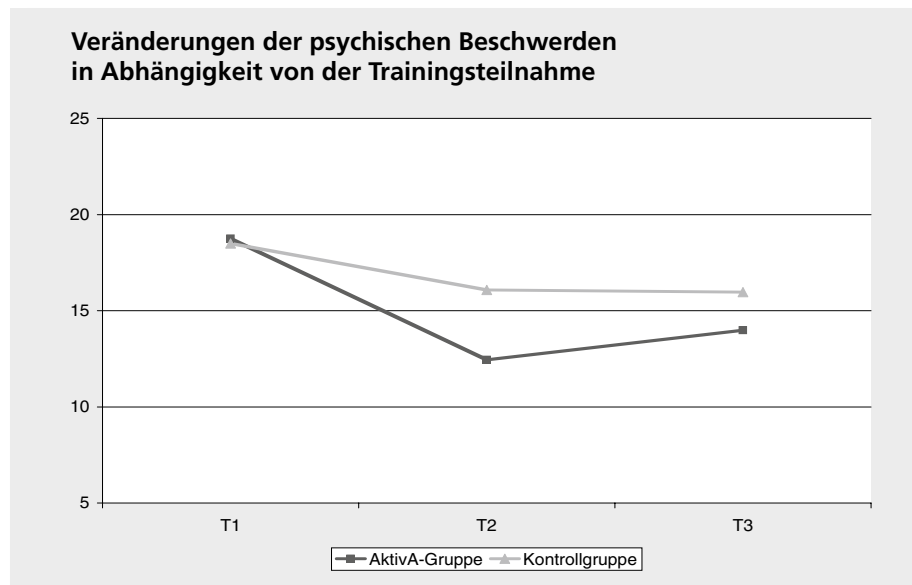
sozialen Unterstützung: F-SozU K-14 (Fydrich/Sommer/Brähler 2007).

Die Auswertung der Daten ergibt für den Trainingszeitraum von zwei bis vier Wochen eine signifikante Verringerung der psychischen und körperlichen Beschwerden in der Trainingsgruppe, nicht jedoch in der Kontrollgruppe. Diese Effekte bleiben auch im weiteren Follow-Up drei Monate nach dem Training stabil, was dafür spricht, dass die erzielten Veränderungen über den unmittelbaren Trainingszeitraum hinaus anhalten und somit nachhaltige Wirkungen erzeugen.

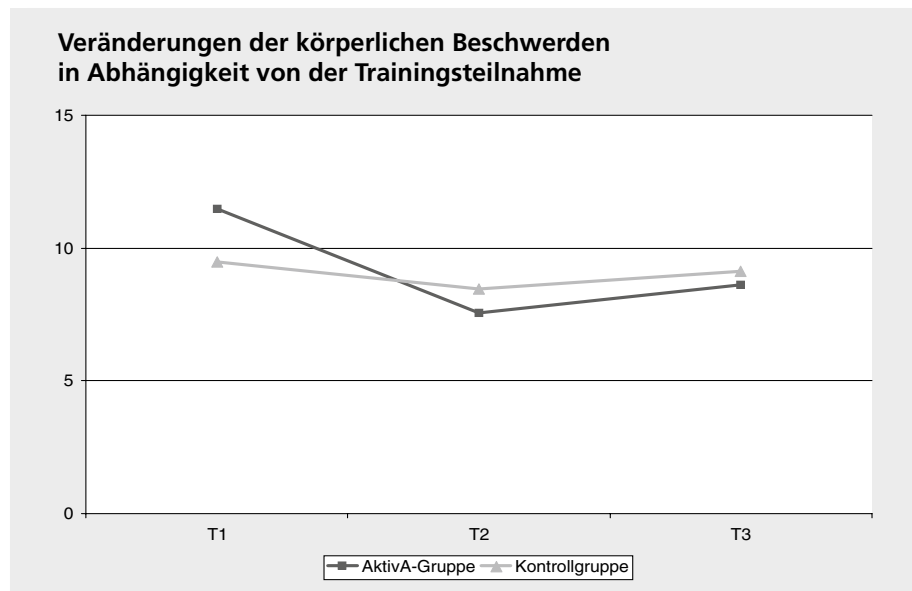
Interessant ist, dass sich die vermittelten psycho-sozialen Kompetenzen auch in einer Verringerung körperlicher Beschwerden niederschlagen. Dies könnte auf Veränderungen hinsichtlich Bewegung und Ernährung im Rahmen der Aktivitätenplanung zurückzuführen sein, aber auch mit einer geringeren

Somatisierung aufgrund des verbesserten psychischen Befindens zusammenhängen.

Die Selbstwirksamkeitserwartung, die wahrgenommene soziale Unterstützung und die sozialen Beschwerden der Trainingsteilnehmer/innen verbessern sich ebenfalls im Trainingszeitraum, allerdings kommt es in der Kontrollgruppe zu ähnlichen Effekten. Dies kann möglicherweise ein Hinweis auf die Selbstwert stabilisierende und sozial integrative Qualität der Bildungs- und Beschäftigungsmaßnahmen sein, in denen sich die meisten der Untersuchungsteilnehmer/innen befanden. Damit wird einmal mehr deutlich, dass Kontrollgruppen methodisch unerlässlich sind, um Veränderungen aufgrund anderer Einflussvariablen wie auch Testeffekte kontrollieren zu können (vgl. auch Paul/Moser 2009).



Darstellung der Veränderungen von psychischen Beschwerden (KÖPS-P, Skala Psychische Symptome von Manz 2001) bei AktivA-Teilnehmer/innen ($n=98$) und einer Kontrollgruppe ohne Teilnahme an AktivA ($n=101$) vor dem Training (T1), unmittelbar nach dem Training (T2) und drei Monate nach dem Training (T3)



Darstellung der Veränderungen von körperlichen Beschwerden (KÖPS-K, Skala Körperliche Symptome von Manz, 2001) bei AktivA-Teilnehmer/innen ($n=98$) und einer Kontrollgruppe ohne Teilnahme an AktivA ($n=101$) vor dem Training (T1), unmittelbar nach dem Training (T2) und drei Monate nach dem Training (T3)

4. Ansätze zur Verhältnisprävention

4.1 Handlungsrahmen und internationale Leitlinien

Bei den bisher vorgestellten verhaltensbezogenen Ansätzen handelt es sich um Interventionen, die auf die Person abzielen. So wird beispielsweise durch das Angebot von Trainings eine Verhaltensänderung auf individueller Ebene angestrebt. Die folgenden Ansätze zur Verhältnisprävention hingegen sind auf eine gesundheitsförderliche Gestaltung der äußeren Bedingungen gerichtet, wie beispielsweise freiwillige Tätigkeitsangebote, ganzheitliche Aufgabengestaltung, gesunde Organisationen und gesunde Sozialräume. Auf diesem Wege sind verallgemeinerbare und nachhaltige Lösungen zu erreichen, die – über die Gesundheit Einzelner hinausgehend – ganze Organisationen, Kommunen etc. beeinflussen können. Wie an einigen der folgenden Beispiele deutlich wird, kann es auch sinnvoll sein, verhaltens- und verhältnisbezogene Ansätze zu kombinieren.

Die Arbeitswissenschaft hat für die entlohnte Erwerbsarbeit eine Reihe von Merkmalen gesunder Arbeitsorganisationen identifiziert, die den gesicherten Kern salutogener (gesundheitsförderlicher) Arbeitsgestaltung ausmachen. Diese Merkmale sind inzwischen in internationalen Standards fixiert worden. Die DIN EN ISO 9241-2 benennt sieben Humankriterien gesunder Arbeit: Berücksichtigung der Fähigkeiten der Beschäftigten, Vielseitigkeit und Ganzheitlichkeit der Aufgaben, Bedeutsamkeit, Rückmeldungen, Handlungsspielräume und Entwicklungsmöglichkeiten. Die DIN EN ISO 10 075, 1-3 benennt Gestaltungsrisiken in der Arbeit und deren Vermeidungswege, die negative Kurzzeitfolgen verursachen. Dazu gehören psychische Ermüdung, Monotonie, psychische Sättigung und reduzierte Aufmerksamkeit. Ist jemand über längere Zeit hinweg diesen Risiken ausgesetzt, so können organische Erkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Bluthochdruck, Rückenschmerzen) auftreten (Richter 2006b).

In den letzten Jahren konnte gezeigt werden, dass die genannten Humankriterien ebenso für ge-

meinnützige und ehrenamtliche Tätigkeiten gültig sind. Daraus erwachsende Potenziale für die Gesundheitsförderung von Erwerbslosen sind bislang nur in wenigen Studien untersucht worden (Golücke/Güntert/Wehner 2008; Götting 2008; Rothländer 2007). Idealerweise sollten sowohl Angebote für freiwillige Tätigkeiten als auch Maßnahmen der Beschäftigungsförderung, wie zum Beispiel Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung (AGH), bereits in der Konzeptionsphase an den Humankriterien gesunder Arbeit ausgerichtet werden und in der Umsetzung hinsichtlich ihrer Qualität überprüft und angepasst werden.

4.2 TAURIS – Tätigkeitsangebote außerhalb der Erwerbsarbeit

Das TAURIS-Projekt (Tätigkeiten und Aufgaben: Regionale Initiative Sachsen) existiert seit zehn Jahren. Älteren Langzeiterwerbslosen werden hier Tätigkeiten im Umfang von 14 Stunden Arbeit pro Woche angeboten, wofür sie monatlich 78 Euro Aufwandspauschale zusätzlich zum Arbeitslosengeld erhalten. Im Unterschied zu vielen Beschäftigungsmaßnahmen ist die Projektlaufzeit für die Teilnehmer/innen unbegrenzt, die Aufgaben können innerhalb eines regionalen „Marktplatzes der Möglichkeiten“ gewechselt werden. Diese zeitlich und inhaltlich flexiblen Angebote werden von den Teilnehmer/innen positiv angenommen.

Seit 2000 ist das Projekt wiederholt arbeitspsychologisch vergleichend zu anderen Maßnahmen – wie „Aktion 55“, „gefördertes Ehrenamt“, „Hilfe zur Arbeit“ – durch die TU Dresden evaluiert worden (Richter/Nitsche 2002; Nitsche/Richter 2003; Richter 2006a). Die psychologische Qualität der Tätigkeitsangebote wurde mit verschiedenen Arbeitsanalyseverfahren gemessen: mit objektiven Verfahren wie REBA (Rechnergestützte Bewertung von Arbeitsinhalten, Pohlandt/Richter/Schulze 1999) und subjektiven

Verfahren wie dem Job Diagnostic Survey (JDS, Hackman/Oldham 1975). Die psychische Gesundheit der Teilnehmer/innen wurde mit Kurzskalen zum psycho-sozialen Wohlbefinden (Rimann/Udris 1993) und dem General Health Questionnaire GHQ-12 (Goldberg 1978) erfasst. Die Analyse basiert auf 350 Personen (Durchschnittsalter 53 Jahre), die mindestens zweimal im Abstand von sechs Monaten untersucht wurden.

Die wesentlichen Befunde lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Das Motivationspotenzial der Aufgabeninhalte bei TAURIS bewegt sich auf dem Niveau inhaltlich vergleichbarer Erwerbsarbeit. Bei den Hilfen zur Arbeit (damals noch für arbeitsfähige Sozialhilfeempfänger angeboten) fiel das Motivationspotenzial wesentlich geringer aus.
2. Das seelische Wohlbefinden der TAURIS-Teilnehmer/innen liegt auf gleichem Niveau wie bei Er-

werbstätigen und deutlich höher als bei den Langzeitarbeitslosen ohne Maßnahme, die eine drastische Verschlechterung ihrer Gesundheit erlebten.

3. Vollständige Tätigkeiten mit eigenständigen Organisations- und Entscheidungsfunktionen, Rückmeldungen über erreichte Ergebnisse und körperliche Vielfalt der erforderlichen Bewegungen haben einen signifikant positiven Einfluss auf die seelische Gesundheit. Eine fehlende Nutzung vorhandener Qualifikationen, keine Rückmeldungen und Fremdsteuerung führen sechs Monate später zu einer signifikanten Erhöhung von Ängsten und Depressionen. Dabei handelt es sich auch bei gemeinnütziger und ehrenamtlicher Tätigkeit um genau jene Aufgabenmerkmale, die in den oben zitierten DIN-Standards für die humane Gestaltung von Erwerbsarbeit empfohlen werden (*Tabelle 1*).

Wirkungsrichtung der Aufgabenmerkmale	Merkmale (REBA_AS)
Stärken: gesundheitsförderliches Potenzial	Vollständigkeit von Aufgaben viele Teilaufgaben lange Zykluswechsel höherer Verantwortungsumfang zeitliche und inhaltliche Spielräume Kooperationserfordernisse
Defizite: Risiken für gesundheitliche Beeinträchtigungen	geringe Nutzung von Vorbildung wenig Lernmöglichkeiten fehlende Rückmeldungen über Arbeit keine selbstständigen Entscheidungen wenig körperliche Abwechslung

Tabelle 1: Anforderungspotenziale und -defizite in der Aufgabengestaltung bei gemeinnützigen und ehrenamtlichen Tätigkeiten (objektive Arbeitsanalyse)

4. Grundsätzliche positive Wirkungen auf die Gesundheit der langzeiterwerbslosen TAURIS-Teilnehmer/innen sind statistisch gesichert nur über sechs Monate nachweisbar. Nach einem Jahr kommt es in der Hauptstichprobe aus der Anfangszeit von TAURIS wieder zu Effektminderungen, d.h. die positiven Effekte sind nicht nachhaltig. Das spricht dafür, dass in unserer erwerbsarbeitsorientierten Leistungsgesellschaft nach wie vor der bezahlten Arbeit die entscheidende Bedeutung bei der Stabilisierung von Selbstwert und seelischer Gesundheit zukommt.
5. Fehlende Transparenz über die Laufzeit der Projekte bzw. eine befürchtete politische Beendigung der Maßnahmen wirkt sich angst- und depressionssteigernd aus.
6. Erklärtes arbeitsmarktpolitisches Ziel vieler Fördermaßnahmen für Erwerbslose ist deren Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt. Die durch TAURIS erzielten Effekte sind in dieser Hinsicht bemerkenswert, insbesondere wenn man berücksichtigt, dass es sich bei über 50-jährigen Langzeitarbeitslosen um eine schwer vermittelbare Personengruppe handelt. In der Evaluation wurde für eine TAURIS-Teilnehmerzahl von 1160 Personen im Jahr 2002 eine Vermittlungsquote von 15,9% auf den ersten Arbeitsmarkt ermittelt (Nitsche/Richter 2003). Hierbei ist allerdings eine doppelte Selektionsgefahr zu berücksichtigen: Zum einen haben bei der schriftlichen Befragung nur 28% der ehemaligen Teilnehmer/innen geantwortet, zum anderen ist anzunehmen, dass sich vor allem Hochmotiviertere um eine Teilnahme an den Maßnahmen bemüht haben. Diese Vermittlungsquote wird also eine Überschätzung der wirklichen Verhältnisse beinhalten. Dennoch hebt sich der Wert deutlich positiv gegenüber Vergleichswerten ab: In derselben Region wurden Vermittlungsquoten von 4% infolge der damals noch verbreiteteren ABM-Maßnahmen erfasst. Noch ernüchternder

sind die repräsentativen Schätzungen für Gesamtdeutschland von Kettner/Rebien (2007). Die beiden Autorinnen einer Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) kommen zu dem Ergebnis, dass nur 2% der in Arbeitsgelegenheiten Beschäftigten in ein reguläres Arbeitsverhältnis übernommen werden.

Die Freiwilligkeit der Teilnahme, die Wahlmöglichkeit der Aufgaben, deren hohe psychologische Anforderungsqualität sowie unterstützende Trainings- und Coaching-Angebote (wie AktivA und Bridges [s. u. 4.4]) sind notwendig, um nachhaltige Vermittlungseffekte zu erzielen. Das gilt insbesondere für Menschen mit massiven psycho-sozialen Problemlagen, deren Anteil durch die allgemeine Prekariisierung von Arbeitsverhältnissen weiter zunehmen wird.

4.3 Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Tätigkeits- und Organisationsgestaltung

Wie bereits im Zusammenhang mit TAURIS dargestellt, bietet die Arbeits- und Organisationspsychologie eine Vielzahl von Ansätzen, um die Gesundheitsförderlichkeit von Tätigkeiten bewerten zu können. Einige der ursprünglich für die Erwerbsarbeit konzipierten Analyseinstrumente lassen sich auch für Tätigkeiten von Erwerbslosen einsetzen, sei es im Rahmen von freiwillig ausgeübten gemeinnützigen Tätigkeiten oder im Rahmen von Maßnahmen der Beschäftigungsförderung. In einem nächsten Schritt können die auf dieser Grundlage ermittelten Gestaltungspotenziale der Tätigkeiten und deren Organisation mithilfe von Instrumenten der Betrieblichen Gesundheitsförderung ausgeschöpft werden, die jedoch bislang kaum Eingang in Tätigkeitsbereiche jenseits des Erwerbsarbeitsmarktes gefunden haben.

Ein vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördertes Evaluationsprojekt der TU Dresden widmet sich der Frage, welche Effekte Tätigkeits- und Organisationsgestaltung für ältere Langzeiterwerbslose erzielen kann, wenn sie in Kombination mit Angeboten zur Verhaltensprävention (hier AktivA) implementiert wird. *Tabelle 2* zeigt ein Beispiel für ein integratives Gesundheitsförderungsangebot, das unter anderem Elemente von betrieblichen Gesundheitszirkeln enthält (u.a. Westermayer/Bähr 1994).

Der Arbeitskreis Gesundheit versammelt alle Entscheidungsträger/innen und die mit dem Thema Gesundheit assoziierten Personen in einer organisatorischen Einheit. Externe Moderator/innen stellen dem Arbeitskreis zunächst das Anliegen eines integrativen Gesundheitsförderungsangebotes vor, dann wird das genaue Vorgehen abgestimmt. Da der Ansatz im Kern auf partizipativen Methoden basiert, mittels derer die Maßnahmeteilnehmer/innen selbst erarbeiten, wo sie Optimierungsbedarf sehen und auf welche Weise Verbesserungen erreicht werden können, ist es von großer Bedeutung, dass der Arbeitskreis die Maßnahmeteilnehmer/innen im Vorfeld zu dieser Form der Einflussnahme legitimiert. Grundlage für Diskussionen über die Gestaltung der Maßnahmen sind Tätigkeitsanalysen, in die sowohl die Einschätzung der Teilnehmenden als auch eine Bewertung aus Sicht von Expert/innen einfließt.

Des Weiteren werden die Anleiter/innen der Maßnahmeteilnehmer/innen zu einer Führungswerkstatt eingeladen, in der es um die Motivation und Anerkennung der Maßnahmeteilnehmer/innen geht. Da im Rahmen von Beschäftigungsmaßnahmen wie auch freiwillig gemeinnützigen Tätigkeiten keine oder allenfalls eine geringe monetäre Anerkennung erfolgt, sind zeitnahe und konkrete Rückmeldungen von großer Bedeutung für das Wohlbefinden der Teilnehmenden (z.B. Mühlpfordt 2006). Die Anleiter/innen werden daher darin geschult, motivierende Mitarbeitergespräche zu führen. Die Gespräche

sollen dem Aufbau bzw. der Optimierung kontinuierlicher Feedbackprozesse dienen. Durch diese Art der Gesprächsführung kann sowohl die Umsetzung von Optimierungsmöglichkeiten im Zusammenhang mit den Gesundheitswerkstätten gefördert werden, als auch persönlichen Belangen der Maßnahmeteilnehmer/innen mehr Aufmerksamkeit zukommen. Darüber hinaus wird auch die soziale Integration der Teilnehmenden thematisiert (vgl. Rothländer 2007), was insbesondere für Organisationen von Bedeutung ist, die sowohl Erwerbslose als auch regulär entlohnte Arbeitnehmer/innen beschäftigen.

Die weitere Entwicklung des Projektes, das sich noch in der Realisierungsphase befindet, kann unter <http://aktiva.tu-dresden.de> nachvollzogen werden.

4.4 Vermittlungscoaching Bridges

„Bridges – Brücken in Arbeit“ wurde als Modellprojekt zur Senkung der Jugendarbeitslosigkeit im Niederschlesischen Oberlausitzkreis entwickelt und erfolgreich umgesetzt (www.projekt-bridges.de). Dem Projekt liegt die Annahme zugrunde, dass gerade junge Erwerbslose eine intensive persönliche Begleitung bei der Arbeitssuche benötigen, die ihnen in der Regel weder das Fallmanagement noch die Familie bieten kann. Daraufhin wurden acht ältere Langzeiterwerbslose zwischen 45 und 58 Jahren im Rahmen einer AGH in Entgeltvariante zu sogenannten Senior-Coaches ausgebildet. Nach Beendigung eines fünfwöchigen Trainings betreuten sie jeweils etwa zwölf Jugendliche und begleiteten sie bei deren Arbeitssuchbemühungen. Zu den Aufgaben der Coaches zählten: Unterstützung bei der Definition von Zielen, Ableitung von Umsetzungsstrategien, Kontrolle der vereinbarten Ziele, Problemlösungen, Kontaktherstellung zu professionellen Hilfseinrichtungen, Akquisetätigkeiten bei regionalen Unternehmen, Dokumentationsarbeiten in einer Datenbank und Kontaktpflege zu den zuständigen Vermittlern/

Monat	Bausteine	Anzahl der Stunden (h)
1	Konstituierende Sitzung Arbeitskreis Gesundheit , bestehend aus Führungskräften, Gesundheits-/ Sicherheitsfachleuten, Betriebsrat und Sozialpädagogen/innen Psycho-soziales Training AktivA für die Teilnehmer/innen der Maßnahme, Diagnostik psycho-sozialer Ressourcen	2 h 4x6 h
2	Subjektive und objektive Tätigkeitsanalyse Ergebnisrückmeldung der Tätigkeitsanalyse an den Arbeitskreis Gesundheit Fokuswerkstatt , in der die Maßnahmeteilnehmer/innen die Ergebnisse der Tätigkeitsanalyse rückgemeldet bekommen, Optimierungsbedarf konkretisieren und priorisieren	1 h je Teilnehmer/in 1 h 3 h
3	Umsetzungswerkstatt 1 , in der die Maßnahmeteilnehmer/innen zu zwei Themen Optimierungsmöglichkeiten erarbeiten, für die Umsetzung erforderliche Vorbereitungen besprechen und konkrete Aufgaben verteilen Führungswerkstatt mit folgenden Schwerpunkten: 1. Geben und Empfangen von Rückmeldungen in der Maßnahme 2. konkrete Unterstützung der Maßnahmeteilnehmer/innen bei der Umsetzung der erarbeiteten Optimierungsmöglichkeiten 3. Auf-/Ausbau einer Anerkennungskultur gegenüber den Maßnahmeteilnehmer/innen 4. Planungen für die Gestaltung des Übergangs der Teilnehmer/innen aus der Maßnahme heraus	3 h 6 h
4	Umsetzungswerkstatt 2 , in der die bisherige Umsetzung der geplanten Optimierungsmöglichkeiten reflektiert wird und das Vorgehen aus der Umsetzungswerkstatt 1 auf ein weiteres von den Teilnehmer/innen vorgeschlagenes Thema angewendet wird Nachbereitungstreffen AktivA	3 h 3 h
5	Bilanzierungswerkstatt , in der Maßnahmeteilnehmer/innen und Arbeitskreis Gesundheit gemeinsam das bisher Erreichte reflektieren und die Anpassung, Fortführung bzw. Ausweitung der angestoßenen Veränderungen planen	3 h
6	Abschlusstreffen AktivA , in dem Pläne für gesundheitsförderliches Verhalten nach der Maßnahme erarbeitet werden	3 h

Tabelle 2: Ablaufplan für ein integratives Gesundheitsförderungsangebot im Rahmen einer 6-monatigen Arbeitsgelegenheit

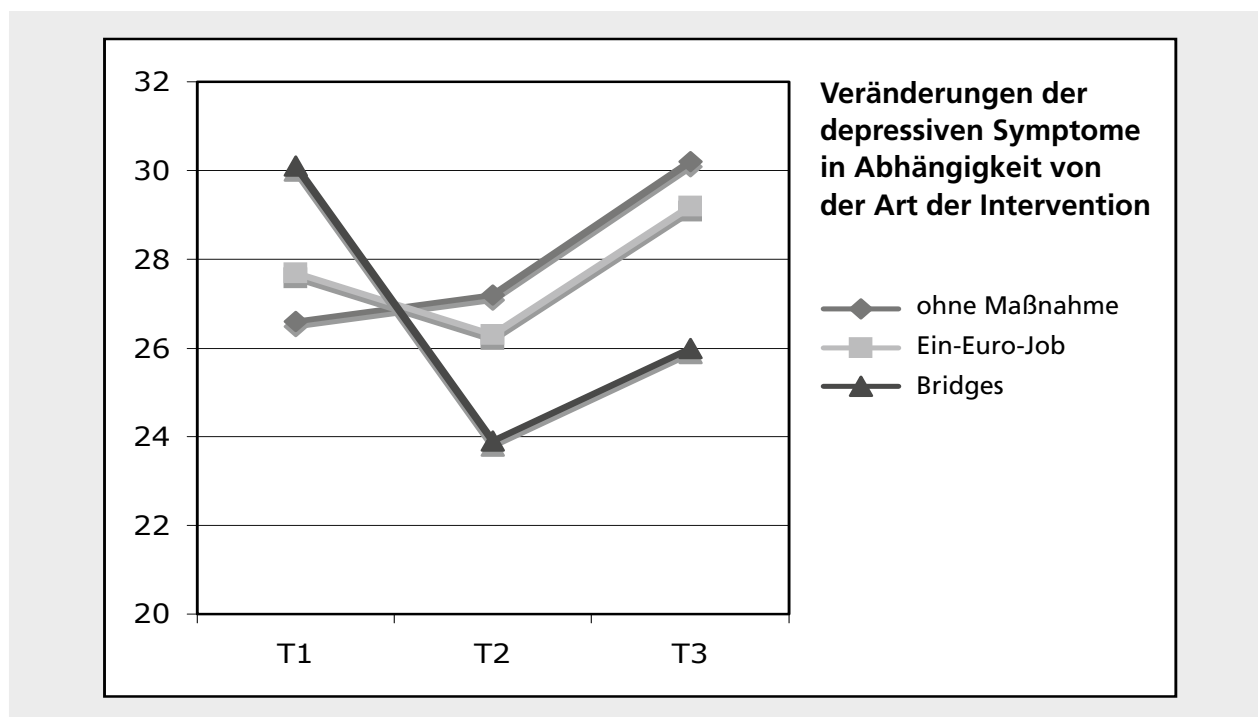


Abbildung 4: Darstellung der Veränderungen von Depressionssymptomen (Kurzform des Beck-Depressionsinventars, Schmitt et al. 2006) bei Bridges-Teilnehmer/innen (n=40), jüngeren Ein-Euro-Jobbern „Ein-Euro-Job“ (n=32) mit Bildungsanteil und jungen Erwerbslosen ohne Maßnahme (n=36) zu Beginn der Maßnahme (T1), nach 6 Monaten (T2) und nach 18 Monaten (T3)

Fallmanagern der Arbeitsverwaltung. Als besondere Ressourcen der Senior-Coaches wurden Lebenserfahrung, Fachwissen und persönliche Kontakte angesehen. Im Vordergrund der fünfwöchigen Coaching-Ausbildung stand die Vermittlung von kommunikativen Strategien, die den Coaches zum Aufbau einer partnerschaftlichen und authentischen Atmosphäre im Gespräch mit den zu betreuenden Jugendlichen diene. Neben dem Einsatz von Senior-Coaches bietet das Bridges-Projekt den Teilnehmer/innen auch die Gelegenheit, durch Projektarbeit Kompetenzen im Prozess der Arbeit zu entwickeln. Zusätzliche Trainings zielen unter anderem auf die Vermittlung von Selbstvermarktungskompetenzen ab.

Das Bridges-Projekt wurde über zwei Jahre hinweg wissenschaftlich evaluiert (Schmidt 2008). Insgesamt durchliefen in den zwei Jahren 484 Jugendliche das Projekt. Im Sinne von Kontrollgruppen wurden 36 Jugendliche ohne jegliche Maßnahme und 32 Jugendliche mit Ein-Euro-Jobs dem gleichen Evaluationskonzept wie die ausgewählten 40 Projektteilnehmer/innen unterzogen und jeweils zu drei Messzeitpunkten befragt. Neben der Erhebung von fachlichen und methodischen Kompetenzen wurden auch die Auswirkungen auf die psycho-soziale Gesundheit untersucht. Dafür wurden Variablen wie Selbstwirksamkeitserwartung, internale Kontrollüberzeugungen, problemorientierter Bewältigungs-

stil und die wahrgenommene soziale Unterstützung erhoben.

Die Selbstwirksamkeitserwartung und die internalen Kontrollüberzeugungen der Projektteilnehmer/innen erhöhten sich über die drei Messzeitpunkte signifikant. Besonders positiv wirkte sich die erlebte soziale und kognitive Unterstützung durch die Senior-Coaches auf die Verminderung der Depressionssymptome aus. In *Abbildung 4* sind die Depressionsausprägungen der drei Untersuchungsgruppen über alle Messzeitpunkte dargestellt.

Während bei erwerbslosen Jugendlichen, die an keiner Maßnahme teilnahmen, im Untersuchungszeitraum die Depressionssymptome statistisch bedeutsam anstiegen und sich bei den Ein-Euro-Jobbern keine Veränderungen zeigten, war bei den Teilnehmer/innen am Bridges-Projekt eine signifikante Verringerung der Symptome festzustellen. Im Vergleich zur Gruppe der Personen in Ein-Euro-Jobs verbesserte sich die „Bridges-Gruppe“ bereits nach sechs Monaten hoch signifikant. Dieser positive Effekt konnte auch noch in einer weiteren Untersuchung 18 Monate nach der ersten Messung nachgewiesen werden. Obwohl sich die Teilnehmer/innen zu diesem Zeitpunkt nicht mehr in den Projekten befanden, waren die Depressionswerte der Bridges-Teilnehmer/innen signifikant geringer als bei denjenigen, die zuvor einen Ein-Euro-Job ausgeübt hatten.

Damit konnte eine gesicherte, langfristige Verbesserung der psycho-sozialen Gesundheit als wesentlicher Teilaspekt der Beschäftigungsfähigkeit erreicht werden. Dies lässt sich auch an den Effekten auf die Arbeitsmarktintegration ablesen: Von den Jugendlichen ohne jegliche Maßnahmeteilnahme fanden lediglich 9,3% im Untersuchungszeitraum eine Arbeit auf dem Erwerbsarbeitsmarkt, von den Ein-Euro-Jobbern sogar nur 7,5%, was vermutlich auf die während der Maßnahme verringerten Bewerbungsaktivitäten zurückzuführen ist. Die Bridges-Teilnehmer/innen konnten demgegenüber zu 38,4%

in sozialversicherungspflichtige Beschäftigung vermittelt werden.

4.5 Soziale Stadt und Ermöglichung von Bildungschancen

Erwerbslosen mangelt es zunächst an einem Sozium, den sie für sich nutzbar machen können. Die Erfahrung des Selbsthilfevereins myself e.V. in Stuttgart (www.myself-ev.de) zeigt, wie Erwerbslose sich ein soziales Netzwerk bieten und gegenseitig bei der Stellensuche unterstützen können, wenn dafür eine geeignete Räumlichkeit zur Verfügung gestellt wird. Hier dient ein Kontaktbüro als Anlaufstelle für Erwerbslose, die sich mit anderen Betroffenen austauschen wollen, es gibt einen Internetzugang für die Suche nach Stellenangeboten, ein ehrenamtliches Jobteam, das bei Bewerbungen hilft, das Angebot eines motivierenden Job-Coachings sowie selbst initiierte Weiterbildungsangebote. Das Bereitstellen kostenloser Räumlichkeiten für entsprechende Selbsthilfeinitiativen könnte ein Weg sein, um Erwerbslosen einen Treffpunkt zu bieten, den sie nach ihren Bedürfnissen gestalten können.

Zum Zweiten mangelt es Erwerbslosen an Gelegenheiten für gemeinsame Aktivitäten mit Erwerbstätigen. Diese lassen sich wie bereits dargestellt im Rahmen von TAURIS oder anderen Freiwilligendiensten, aber auch im Rahmen von Nachbarschaftszentren verwirklichen. Das Bund-Länder-Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – Soziale Stadt“ (www.sozialestadt.de/programm) beispielsweise führt in seiner Projektdatenbank auch Projekte auf, die nicht nur Erwerbslosen, sondern auch ihren Familien Unterstützung geben. So wurde im Rahmen eines Projekts ein Kindercafé eingerichtet, das gesunde, kindgerechte Speisen und Getränke anbietet, die Möglichkeit zum gemeinsamen Kochen eröffnet und für Geburtstagsfeiern genutzt werden kann, wenn der eigene Wohnraum zu klein

ist. Weitere Projektbeispiele beziehen sich auf die Modernisierung von Spielplätzen und die Betreuung von Kultur- und Freizeitangeboten. Grundsätzlich bieten derartige stadtteilaufwertende Maßnahmen auch das Potenzial, den Abwanderungstendenzen von sozial besser Gestellten entgegenzuwirken und damit die Gefahr einer Segmentierung von Erwerbslosen zu mindern.

In diesem Zusammenhang muss zudem berücksichtigt werden, dass Personen mit höherem Bildungsniveau nicht nur seltener und kürzer erwerbslos sind, sondern auch im Falle von Erwerbslosigkeit eine deutlich bessere psycho-soziale Gesundheit aufweisen als Erwerbslose mit niedrigerem Bildungsniveau (McKee-Ryan et al. 2005). Folglich stellt die Ausgestaltung des Bildungssystems einen weiteren wichtigen Ansatzpunkt auf struktureller Ebene dar. Dabei sollte besonderes Augenmerk auf den Missstand gelegt werden, dass in Deutschland der schulische Erfolg von Kindern und Jugendlichen in hohem Maße vom sozialen Hintergrund der Familien abhängt. Das deutsche Bildungssystem reproduziert soziale Schichten und die damit verbundenen Ungleichheiten, statt kompensatorisch zu wirken und dadurch Chancengerechtigkeit herzustellen. Die Einführung jahrgangsübergreifender Klassen könnte ein erster Schritt sein, Kindern zu ermöglichen, entsprechend ihrer individuellen Voraussetzungen zu lernen. Dieses Konzept führt aber nur dann zu positiven Ergebnissen, wenn das Betreuungsverhältnis durch eine Aufstockung des pädagogischen Personals verbessert wird. Darüber hinaus müsste ein weiteres Defizit beseitigt werden: Kinder von Erwerbslosen werden bereits in der frühkindlichen Bildung systematisch benachteiligt, da der Erwerbsstatus der Eltern den Anspruch auf Kinderbetreuung sowie den Betreuungsumfang bestimmt. Wie ein Experte für Kleinkindbetreuung bei der GEW darlegt, ist für Kindertagesstätten die Aufnahme von Kindern mit einer geringeren Betreuungszeit weniger attraktiv (www.gew.de/Schwerpunkt_Bildungsarmut_122007.html).

Daraus resultiert eine subtile Aussortierung von Kindern, die er wie folgt beschreibt: „Die Folge ist, dass in begehrten Kitas die Kinder Berufstätiger zusammentreffen, während sich in anderen die Söhne und Töchter der Arbeitslosen sammeln.“ Für große Teile der erwerbslosen Eltern sind die in vielen Bundesländern anfallenden Kosten für die Mittagsversorgung ein Grund, ihre Kinder im Vorschulalter nicht außerhäuslich betreuen zu lassen. Zusammenfassend kann deshalb gesagt werden: Um die sozialen Benachteiligungen im Bildungssystem abzubauen, sind verbesserte Zugangsmöglichkeiten für die Kinder von Erwerbslosen zu den Betreuungseinrichtungen unerlässlich, und zwar ohne Mehrkosten für die Betroffenen. Dies gewinnt auch vor dem Hintergrund an Bedeutung, dass Kindertagesstätten und Schulen inzwischen als Settings für Gesundheitsförderung erkannt worden sind und zunehmend auch als solche genutzt werden.

4.6 Koordinierung im Rahmen von Gesundheitszielen

Um die Vielzahl der umrissenen Ansatzpunkte systematisch erfassen, steuern und evaluieren zu können, bietet sich die Einrichtung von Koordinierungsstellen zur Gesundheitsförderung an. Positive Erfahrungen sind damit bereits im Rahmen des Gesundheitszieleprozesses (www.gesundheitsziele.de) gemacht worden. Gesundheitsziele werden im Konsens von Politik, Kostenträgern und Leistungserbringern, Selbsthilfe- und Patientenorganisationen sowie der Wissenschaft erarbeitet. Auf der Grundlage gesicherter Erkenntnisse werden für ausgewählte Zielbereiche Empfehlungen formuliert und Maßnahmenkataloge erstellt, zu deren Umsetzung sich die Beteiligten in ihrem jeweiligen Verantwortungsbereich verpflichten. Sachsen hat 2004 als erstes Bundesland die Gesundheitsförderung von Arbeitslosen im Koalitionsvertrag verabschiedet und setzt

dieses Gesundheitsziel seit 2006 in Kooperationen mit Akteuren des Gesundheitswesens wie auch der Beschäftigungsförderung um (www.gesunde.sachsen.de/115-html). Neben der Förderung des bereits dargestellten Trainingsprogramms AktivA werden hier Fachveranstaltungen zum Austausch auf regionaler wie überregionaler Ebene organisiert sowie bereits bestehende Angebote für Erwerbslose transparent gemacht. Beispielsweise existiert nun ein ak-

tualisiertes Beratungsstellenverzeichnis für Sachsen, dem Praktiker/innen aus der Erwerbslosenarbeit wie auch Erwerbslose in ihrer Region bedarfsbezogene Unterstützungsangebote entnehmen können. Perspektivisch sind zudem Synergieeffekte durch die Kooperation mit den übrigen Gesundheitszielen zu erwarten, wie zum Beispiel „Gesund aufwachsen“, „Prävention von Diabetes Mellitus“ oder „Aktives Altern“ (vgl. auch Kramer/Mühlpfordt 2009).

5. Schlussfolgerungen

Anhand der beschriebenen Ansätze zur Verhaltensprävention wird deutlich, dass sich die gesundheitlichen Folgen von Erwerbslosigkeit durch den Aufbau psycho-sozialer Kompetenzen minimieren lassen. Programme wie AktivA bieten den Teilnehmer/innen in zeitlich komprimierter Form wertvolle Grundlagen zum Erhalt ihrer Beschäftigungsfähigkeit und sollten daher im Rahmen der Regelförderung angeboten werden. Wie von Otto und Mohr (2009) vorgeschlagen, könnten zusätzliche Nachbereitungstermine sinnvoll sein, um zu einer langfristigen Stabilisierung der psychischen Ressourcen und zum Verbleib in der Erwerbstätigkeit nach Wiedervermittlung beizutragen. Von großer Bedeutung ist die Anpassung der Interventionen an die spezifischen Lebenswelten von Erwerbslosen. Entsprechend vielfältig sollten auch die Zugangswege gewählt werden, die unter anderem über Bildungs- und Beschäftigungsträger, ehrenamtliche Tätigkeitsangebote oder Zeitungsinserate bestehen.

Am Beispiel des TAURIS-Projektes, das einen Beitrag zur Verhältnisprävention leistet, wird deutlich, dass es für Erwerbslose sehr wichtig ist, zeitlich unbefristet an Angeboten teilhaben zu können. Die Strukturen in solchen Projekten sollten also möglichst langfristig angelegt sein, um nachhaltige Erfolge zu erzielen. Diese Voraussetzung ist aber in vielen Beschäftigungsmaßnahmen, wie den Arbeitsgelegenheiten, nicht gegeben. Im Bridges-Projekt zeigt sich einmal mehr, wie erfolgreich eine engmaschige Betreuung sein kann. Die von den Senior-Coaches geleistete Frequenz und Qualität von sozialen Interaktionen mit den jugendlichen Erwerbslosen lässt die im Zuge der Hartz-Reformen angestrebte Betreuungsquote durch das Fallmanagement von 1:70 bei den unter 25-Jährigen bzw. von 1:150 bei den weiteren Erwachsenen als offensichtlichen Mangel erscheinen. Auch eine Begegnung auf Augenhöhe wird durch die gegenwärtig forcierte Strategie des Forderns und die damit verbundene Sanktionsmacht der Fallmanager/innen kaum möglich. Die

Senior-Coaches weisen unter anderem deshalb so beachtliche Erfolge auf, weil ihre Klienten ihnen in einem angstfreien Raum begegnen können. Die Zielvereinbarung ist hier kein formaler Akt, bei dem beispielsweise die monatlich nachzuweisende Anzahl von Bewerbungen fixiert wird. Vielmehr werden die Teilnehmer/innen darin unterstützt, selbst Ziele zu bestimmen und Eigenmotivation zu entwickeln. Ähnliche Erfahrungen wurden auch im Rahmen von AktivA gesammelt, als einige der bei Bildungs- und Beschäftigungsträgern tätigen Multiplikatoren darüber klagten, dass ihre Weisungsbefugnis gegenüber den Maßnahmeteilnehmer/innen sich nicht mit dem Aufbau eines Vertrauensverhältnisses vereinbaren lasse.

Von zentraler Bedeutung ist daher, das Fördern anstelle des Forderns in den Mittelpunkt der Interaktion mit Erwerbslosen zu stellen. Entsprechende Grundlagen für eine wertschätzende Kommunikation sowie Netzwerkkompetenz zur Vermittlung in lokale Unterstützungsangebote – auch jenseits des Erwerbsarbeitsmarktes – sollten elementare Bestandteile in der Aus- und Weiterbildung von Fallmanager/innen und Mitarbeiter/innen der Bildungs- und Beschäftigungsträger sein. Damit Gesundheitsförderung als Anliegen für alle beteiligten Akteure greifbar wird, besteht ein hoher Bedarf, auch in den ARGEn und Optionskommunen sowie bei den Maßnahmeträgern das Leitbild einer gesunden Organisation zu etablieren. Dazu ist eine Organisationsentwicklung erforderlich, die auch die oftmals prekären Beschäftigungsbedingungen innerhalb dieser Institutionen mit einschließt. Außerdem muss sichergestellt werden, dass die von den Maßnahmeteilnehmer/innen auszuübenden Tätigkeiten lern-, persönlichkeits- und gesundheitsförderlich gestaltet sind. Dabei sollte auch die organisationale Einbindung von Erwerbslosen Berücksichtigung finden. Diese manifestiert sich letztlich auch in der Teilhabe an organisationalen Ritualen, wie zum Beispiel Betriebsausflügen, Feiern oder dem Überreichen einer kleinen

Aufmerksamkeit zum Geburtstag. Inwiefern sich in der Betrieblichen Gesundheitsförderung etablierte Methoden wie beispielsweise Gesundheitszirkel im Rahmen von Maßnahmen der Beschäftigungsförderung und im Rahmen von freiwilligen gemeinnützigen Tätigkeitsangeboten erfolgreich anwenden lassen, wird gegenwärtig an der TU Dresden evaluiert.

Um die psycho-soziale Gesundheit als Komponente von Beschäftigungsfähigkeit zu integrieren, ist eine differenzierte Diagnostik erforderlich. Entsprechende Methoden sollten an die Fallmanager und die Maßnahmeträger vermittelt werden, damit sie Integrationsfortschritte auch auf psycho-sozialer Ebene erfassen und im Gespräch mit ihren Klienten reflektieren können. Hinsichtlich der zur Verfügung stehenden Fördermaßnahmen wünschen sich viele Erwerbslose wie auch Träger mehr Transparenz und eine bessere Planbarkeit. Vorstellbar ist beispielsweise die Einrichtung einer Clearingstelle, die auf der Grundlage von Profiling und psycho-sozialer Diagnostik einen maßgeschneiderten Entwicklungsplan entwirft, der konkrete Maßnahmen in Beziehung zueinander setzt und vorhandene Wahlmöglichkeiten für die Erwerbslosen aufzeigt. Die darauf basierenden Zielvereinbarungen stellen dann eine Verbindlichkeit her, innerhalb derer auch Leistungen eingefordert werden können – Leistungen, die in beiderseitigem Interesse stehen.

Für den Selbstwert von Erwerbslosen ist es unerlässlich, ihnen ihr gesellschaftliches Ansehen zurückzugeben und sie in ihren Bedürfnissen als gleichwertige Mitglieder des Gemeinwesens wahrzunehmen. Arbeitsmarktpolitische Reformen sollten daher immer die Erfahrungen von Erwerbslosen mit einbeziehen. Auch die öffentliche Wahrnehmung bedarf einer deutlichen Korrektur, die beispielsweise in Form einer Imagekampagne von Erwerbslosen selbst ausgestaltet und umgesetzt werden könnte. Projekte wie TAURIS, in denen sich Erwerbslose freiwillig gemeinnützig engagieren und dem Bild der passiven Leistungsempfänger wider-

sprechen, sind bislang noch viel zu wenig bekannt. Gleichzeitig benötigen Ansätze zur Förderung von gemeinnützigem Engagement und gesellschaftlicher Teilhabe weiterer Finanzierungsquellen. Beispielsweise wäre ein Sponsoring aus der Wirtschaft denkbar, um kostenlose Zugangsmöglichkeiten für Erwerbslose zu Sportvereinen, Volkshochschulen, Bibliotheken etc. zu schaffen. Perspektivisch ist auch vorstellbar, Erwerbslose im Bereich der Gesundheitsförderung zu professionalisieren und in diesem Bereich sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zu schaffen.

Um die psycho-sozialen Folgen von Erwerbslosigkeit und damit auch die gesamtgesellschaftlichen Kosten, die unter anderem für das Gesundheitssystem entstehen, substanziell zu reduzieren, ist ein Richtungswechsel der Arbeitsmarkt- und Gesundheitspolitik unerlässlich. Die heutige Massenerwerbslosigkeit muss als Phänomen einer ungleichen Verteilung von bezahlter Arbeit verstanden und kommuniziert werden. Bemerkenswerterweise sind bisher kaum Möglichkeiten für eine Umverteilung des Erwerbsarbeitsvolumens aufgezeigt worden. Grundsätzlich könnten jedoch auch staatliche Transferleistungen für eine Abfederung der dadurch entstehenden Einkommensverluste für Erwerbstätige genutzt werden. Mit Blick auf die Gesundheit der gegenwärtig Erwerbstätigen ließen sich durch eine verringerte wöchentliche Arbeitszeit auch deren psycho-soziale Beschwerden mindern, indem realistische Bedingungen für die Herstellung von Work-Life-Balance geschaffen werden und eine faire Aufteilung von Familienarbeit zwischen den Geschlechtern erleichtert wird. Gerade in Zeiten einer hohen Sockelerwerbslosigkeit darf Erwerbsarbeit, wie sie unter den gegenwärtigen Bedingungen geleistet wird, nicht idealisiert werden. Nicht jede Arbeit ist besser als keine Erwerbsarbeit, und auch Erwerbsarbeit bedarf einer gesundheitsförderlichen Gestaltung.

Die Politik steht vor der Aufgabe, die Vielzahl der dargestellten Ansätze und erforderlichen Rahmenbedingungen in eine komplexe Förderstrategie zur Verbesserung der psycho-sozialen Gesundheit

von Erwerbslosen zu integrieren. Der Erkenntniszuwachs seit der Konzipierung der Hartz-Reformen ist enorm und sollte die Grundlage für dringend erforderliche Anpassungen bieten.

Angaben zu den Autor/innen

Prof. Dr. Peter Richter

Arbeits- und Organisationspsychologe, von 1992 bis 2007 Professur an der Fachrichtung Psychologie am Institut für Arbeits-, Organisations- und Sozialpsychologie der Technischen Universität Dresden, nach der Emeritierung u.a. Drittmittelbetreuung bis 2010. Zahlreiche Forschungsprojekte und Publikationen zu Arbeitsgestaltung und -bewertung, psychophysiologische Stressforschung und Rehabilitationspsychologie. Gegenwärtig Forschungen auf den Gebieten der Erwerbslosigkeit und gemeinnütziger Tätigkeiten sowie der Entwicklung psychosozialer Methoden der Gefährdungsbeurteilung im Arbeitsschutz.

Katrin Rothländer

Diplom-Psychologin, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fachrichtung Psychologie des Instituts für Arbeits-, Organisations- und Sozialpsychologie der TU Dresden im BMBF-Projekt „Evaluation einer zweistufigen Intervention für ältere Langzeitarbeitslose zur Kopplung von verhaltens- und verhältnisorientierten Ansätzen der Gesundheitsförderung“. Autorin des Gesundheitsförderungsprogramms „Aktive Bewältigung von Arbeitslosigkeit (AktivA)“. Freiberufliche Trainerin und Supervisorin. Weitere Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Betriebliche Gesundheitsförderung, Kompetenzentwicklung in der Zeitarbeit.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (2007): Dokumentation 2005. Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und der Betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V; URL: http://www.gkv.info/gkv/fileadmin/user_upload/Pressemitteilungen/Pressemitteilungen_2007/Praeventionsbericht_screen.pdf
- Barling, J./Mendelson, M.B. (1999): Parent's job insecurity affects children's grade performance through the indirect effects of beliefs in an unjust world and negative mood. In: *Journal of Occupational Health Psychology*, 4, S. 347–355.
- Berntson, E./Näswall, K./Sverke, M. (2008): Investigating the relationship between employability and self-efficacy: A cross-lagged analysis. In: *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 17, S. 413–425.
- Berth, H./Förster, P./Stöbel-Richter, Y./Balck, F./Brähler, E. (2006): Arbeitslosigkeit und psychische Belastung. Ergebnisse einer Längsschnittstudie 1991 bis 2004. In: *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 15 (3), S. 111–116.
- Bongartz, T./Gröhnke, K. (1997): Soziale Isolation bei Langzeiterwerbslosen? Eine netzwerkanalytische Betrachtung. In: Klein, G./Strasser, H.: *Schwer vermittelbar. Zur Theorie und Empirie der Langzeiterwerbslosigkeit*, Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 197–219.
- Bundesagentur für Arbeit (BA) (2008): Der Arbeits- und Ausbildungsmarkt in Deutschland. November 2008; URL: <http://www.pub.arbeitsagentur.de/hst/services/statistik/000100/html/monat/200811.pdf>
- Caplan, R.D./Vinokur, A.D./Price, R.H./van Ryn, M. (1989): Job-Seeking, reemployment and mental health: A randomized field experiment in coping with job loss. In: *Journal of Applied Psychology*, 74, S. 759–769.
- Dupré, K.E./Inness, M./Connelly, C.E./Barling, J./Hopton, C. (2006): Workplace aggression in teenage part-time employees. In: *Journal of Applied Psychology*, 91, S. 987–997.
- D`Zurilla, T.J./Nezu, A.M. (2007): *Problem-solving therapy. A positive approach to clinical intervention* (3rd edition), New York: Springer Publishing Company.
- Engler, W. (2006): *Leben ohne Anschluss*. In: *Freitag*, 43, 27. Oktober 2006.
- Ekert-Jaffe, O./Solaz, A. (2001): Unemployment, marriage and cohabitation in France. In: *Journal of Bioeconomics*, 4, S. 223–239.
- Fryer, D.M./Payne, R.L. (1984): Pro-active behaviour in unemployment: Findings and implications. In: *Leisure Studies*, 3, S. 273–295.
- Fydrich, T./Sommer, G./Brähler, E. (2007): *SozU-K-14 – Fragebogen zur sozialen Unterstützung. (F-SoZV). Manual*, Göttingen: Hogrefe.
- Göttling, S. (2008): Die Arbeit der „Arbeitslosen“ – Tätigkeiten von Menschen mit geringem Einkommen in Ostdeutschland. In: Richter, P.G./Rau, R./Mühlpfordt, S. (Hrsg.): *Arbeit und Gesundheit*, Lengerich: Pabst Verlag, S. 399–412.
- Goldberg, D.P. (1978): *Manual for the General Health Questionnaire*, Windsor: National Foundation for Educational Research.
- Golüke, C./Güntert, S./Wehner, T. (2008): *Frei-gemeinnützige Tätigkeit als Ressource für psychosoziale Gesundheit – dargestellt an einer Studie im Hospizbereich*. In: Richter, P.G./Rau, R./Mühlpfordt, S. (Hrsg.): *Arbeit und Gesundheit*, Lengerich: Pabst Verlag, S. 343–365.

- Hautzinger, M. (2003): Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen, 6. Auflage, Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Hackman, J.R./Oldham, G.R. (1975): Development of the Job Diagnostic Survey. In: *Journal of Applied Psychology*, 60, S. 159–170.
- Hinsch, R./Pfungsten, U. (2002): Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK, 4. Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Holleder, A. (2003): The Health Status of the Unemployed in German Unemployment Statistics, IAB Topics, 54, Nürnberg: IAB.
- Jones, L. (1997): The psychological correlates of parental employment status in a sample of foster children. In: *Journal of Applied Social Science*, 21, S. 71–83.
- Kaluza, G. (2004): Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung, 3. Auflage, Heidelberg: Springer.
- Kettner, A./Rebin, M. (2007): Soziale Arbeitsgelegenheiten. Einsatz aus betrieblicher und arbeitsmarktpolitischer Perspektive, IAB-Forschungsbericht Nr. 2.
- Kramer, J./Mühlpfordt, S. (2009): „Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen“ im Kontext der Gesundheitsziele in Sachsen. In: Holleder, A. (Hrsg.): *Gesundheit von Arbeitslosen fördern!*, Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag, S. 437–448.
- Manz, R. (1998): Fragebogen für körperliche, psychische und soziale Symptome (KÖPS), Frankfurt a.M.: Swets.
- McKee-Ryan, F.M./Song, Z./Wanberg, C.R./Kinicki, A. (2005): Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study. In: *Journal of Applied Psychology*, 90, S. 53–76.
- Mielck, A. (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Eine Einführung in die aktuelle Diskussion, Bern: Huber.
- Mohr, G. (2009): Erwerbslosigkeit (12. Kapitel). In: Kleinbeck, U./Schmidt, K-H. (Hrsg.): *Enzyklopädie der Psychologie*, Band Arbeitspsychologie, Göttingen: Hogrefe.
- Mohr, G./Richter, P. (2008): Psychosoziale Folgen von Arbeitslosigkeit und Interventionsmöglichkeiten. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 40–41, S. 25–32.
- Möller, J./Schmillen, A. (2008): Verteilung von Arbeitslosigkeit im Erwerbsleben. Hohe Konzentration auf wenige – steigendes Risiko für alle, IAB-Kurzbericht, Nr. 24, Nürnberg: IAB.
- Mühlpfordt, S. (2006): Ehrenamt im Altersübergang. In: Mühlpfordt, S./Richter, P. (Hrsg.): *Ehrenamt und Erwerbsarbeit*, München: Rainer Hampp, S. 40–60.
- Mühlpfordt, S./Rothländer, K. (2008): AktivA: A social-cognitive group program to improve health for long-term unemployed. Poster presented at the 29th International Congress of Psychology, July 25th, Berlin.
- Murphy, C.G./Athanasou, J.A. (1999): The effect of unemployment on mental health. In: *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72, S. 83–99.
- Nitsche, I./Richter, P. (2003): *Tätigkeiten jenseits der Erwerbsarbeit*. Münster: LIT Verlag.
- Otto, K./Mohr, G. (2009): Programme zur Förderung der psychosozialen Gesundheit von Arbeitslosen. In: Holleder, A. (Hrsg.): *Gesundheit von Arbeitslosen fördern!*, Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag, S. 135–154.

- Paul, K./Hassel, A./Moser, K. (2006): Die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit: Befunde einer quantitativen Forschungsintegration. In: Holleederer, A./Brand, H. (Hrsg.): *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit*, Bern: Huber, S. 35–51.
- Paul, K./Moser, K. (2001) (Hrsg.): *Erwerbslosigkeit. Ursachen, Auswirkungen und Interventionen*. Opladen: Leske + Budrich.
- Paul, K./Moser, K. (2009): Wie wirken sich Interventionsmaßnahmen auf die psychische Gesundheit Arbeitsloser aus, wenn die Stellensuche erfolglos blieb? – Erste Befunde einer Meta-Analyse. In: Holleederer, A. (Hrsg.): *Gesundheit von Arbeitslosen fördern!*, Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag, S. 124–134.
- Patton, W./Donohue, R. (2001): Effects on the family of a family member being unemployed. In: *Journal of Applied Health Behaviour*, 3 (1), S. 31–39.
- Pedersen, K./Madsen, J./Kohler, R. (2005): Does financial strain explain the association between children's morbidity and parental non-employment? In: *Journal of Epidemiological Community Health*, 59, S. 316–321.
- Pohlandt, A./Richter, P./Schulze, F. (1999): Rechnergestützte Dialogverfahren zur psychologischen Bewertung von Arbeitsinhalten (REBA). In: Dunckel, H. (Hrsg.): *Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren*, Zürich: vdf, S. 341–364.
- Proudfoot, J./Guest, D./Carson, J./Dunn, G./Gray, J. (1997): Effect of cognitive-behavioural training on job-finding among long-term unemployed people. In: *The Lancet*, 350, S. 96–100.
- Richter, P. (2006a): Arbeitslose zwischen Gemeinnutz und Ehrenamt – Psychologische Erfahrungen mit TAURIS und Aktion 55 für die Gestaltung produktiver Tätigkeiten außerhalb der Erwerbsarbeit. In: Mühlpfordt, S./Richter, P. (Hrsg.): *Ehrenamt und Erwerbsarbeit*, München und Mehring: Hampp Verlag, S. 94–108.
- Richter, P. (2006b): Occupational Health Psychology – Gegenstand, Modelle, Aufgaben. In: Wittchen, H.-U./Hoyer, J. (Hrsg.): *Klinische Psychologie und Psychotherapie – Ein Lehrbuch*. Berlin: Springer, S. 311–329.
- Richter, P./Nitsche, I. (2002): Langzeiterwerbslosigkeit und Gesundheit – Stabilisierende Effekte durch Tätigkeiten außerhalb der Erwerbsarbeit. In: *Zentralblatt für Arbeitsmedizin*, 52, S. 194–199.
- Rimann, M./Udris, I. (1998): Belastungen und Gesundheitsressourcen im Berufs- und Privatleben. Eine quantitative Studie. Forschungsprojekt SALUTE, Bericht 3, Zürich: ETH Institut für Arbeitspsychologie.
- Rothländer, K. (2007): Soziale Unterstützung und organisationale Integration von Langzeitarbeitslosen in gemeinnützigen Tätigkeiten. In Richter, P.G./Rau, R./Mühlpfordt, S. (Hrsg.): *Arbeit und Gesundheit*, Lengerich: Pabst Verlag, S. 366–379.
- Rothländer, K. (2008): *AktivA – Aktive Bewältigung von Arbeitslosigkeit. Ein Programm zur Förderung der Gesundheit von Arbeitslosen*. Unveröffentlichtes Manual, Technische Universität Dresden, Institut für Arbeits-, Organisations- und Sozialpsychologie.
- Rothländer, K. (2009): Training psycho-sozialer Kompetenzen für Arbeitslose am Beispiel des Gesundheitsförderungsprogramms AktivA. In: Holleederer, A. (Hrsg.): *Gesundheit von Arbeitslosen fördern!*, Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag, S. 155–167.
- Schmidt, M. (2008): Das Bridges Projekt – Inhalt und Wirkung. In: Bergmann, B./Pietrzyk, U./Klose, J. (Hrsg.): *Beschäftigungsfähigkeit entwickeln, Innovationsfähigkeit und Kompetenz fördern*, Technische Universität Dresden: Eigenverlag, S. 53–61.

- Schmitt, M./Altstötter-Gleich, C./Hinz, A./Maes, J./Brähler, E. (2006): Normwerte für das vereinfachte Beck-Depressions-Inventar (BDI-V) in der Allgemeinbevölkerung. In: *Diagnostica*, 52, S. 51–59.
- Schwarzer, R. (2008): Modeling Health Behavior Change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. In: *Applied Psychology: An International Review*, 57 (1), S. 1–29.
- Schwarzer, R./Jerusalem, M. (1999) (Hrsg.): Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Schreier, A./Wittchen, H.-U./Höfer, M./Lieb, R. (2008): Anxiety disorders in mother and their children: Results from a prospective-longitudinal community study. In: *British Journal of Psychiatry*, 192, S. 308–309.
- Semmer, N./Udris, I. (1995): Bedeutung und Wirkung von Arbeit. In: Schuler, H. (Hrsg.): *Lehrbuch Organisationspsychologie*, 2., korrigierte Auflage, Bern: Huber, S. 133–166.
- Staveman, H. (2003): *Therapie emotionaler Turbulenzen*, 3. Auflage, Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Stewart, W./Barling, J. (1996): Fathers' work experiences effect children`s behaviors via job-related affect and parenting behaviors. In: *Journal of Organizational Behavior*, 17, S. 221–232.
- Techniker Krankenkasse (2005): *Gesundheitsbericht 2005. Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK*, Band 8, Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- Vinokur, A.D./Price, R.H./Schul, Y. (1995): Impact of the JOBS Intervention on Unemployed Workers Varying in Risk for Depression. In: *American Journal of Community Psychology*, 23 (1), S. 39–74.
- Vinokur, A.D./Schul, Y. (1997): Mastery and inoculation against setbacks as active ingredients in the JOBS intervention for the unemployed. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, S. 867–877.
- Vinokur, A.D./Schul, Y./Vuori, J./Price, R.H. (2000): Two years after job loss: Long term impact of the JOBS program on re-employment and mental health. In: *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, S. 32–47.
- Vuori, J./Silvonen, J. (2005): The benefits of a preventive job search program on re-employment and mental health at 2-year follow-up. In: *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 78, S. 43–52.
- Vuori, J./Silvonen, J./Vinokur, A.D./Price, R.H. (2002): The Työhön Job Search Program in Finland: Benefits for the unemployed with risk of depression or discouragement. In: *Journal of Occupational Health Psychology*, 7, S. 5–19.
- Warr, P. (1987): *Work, unemployment and mental health*, London: Oxford University Press.
- Weber, A./Hörmann, G./Heipertz, W. (2007): Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 104 (43), S. 2957–2962.
- Westermayer, G./Bähr, B. (1994) (Hrsg.): *Betriebliche Gesundheitszirkel*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- DIN EN ISO 10 075- Teil 1–3. *Psychische Belastung*, Berlin: Beuth Verlag.
- DIN EN ISO 9241- Teil 2. *Arbeitsgestaltung*, Berlin: Beuth Verlag.

www.fes.de/integration

Arbeitspapier N° 1

Peter Bartelheimer

Politik der Teilhabe

Ein soziologischer Beipackzettel

Arbeitspapier N° 2

Irene Becker

Verdeckte Armut in Deutschland

Ausmaß und Ursachen

Arbeitspapier N° 3

Stefan Bach und Viktor Steiner

Nur Zuwächse für Reiche?

Die Verteilung der Markteinkommen in Deutschland

Arbeitspapier N° 4

Berthold Vogel

Gute Aussichten für Gute Arbeit?

Neue politische Spielräume in Zeiten verschärfter
Statuskonflikte und Wohlstandssorgen

Arbeitspapier N° 5

Hilde Mattheis

Wege aus der Schuldenfalle

Überschuldung privater Haushalte: Bestandsaufnahme
sowie Strategien zur Bekämpfung und Prävention

Arbeitspapier N° 6

Katrin Rothländer und Peter Richter

Gesund und mittendrin trotz Erwerbslosigkeit?!

Ansätze zur Förderung der psycho-sozialen Gesundheit

Die Arbeitspapiere finden Sie auch als pdf-Format unter
www.fes.de/integration/inhalt/fach.htm