



Förderung der psychischen Gesundheit bei Erwerbslosen.

Ein Leitfaden.

LIGA.Praxis 4

Impressum

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW)
Ulenbergstraße 127 – 131
40225 Düsseldorf
Telefon 0211 3101-0
Telefax 0211 3101-1189
www.liga.nrw.de
poststelle@liga.nrw.de

Autorin/Autor

Prof. Dr. Peter Kuhnert
Dipl.-Psych. Melanie Kaczerowski

Redaktion und Bearbeitung

LIGA.NRW

Namensbeiträge geben die Meinung der
Verfasser wieder. Sie entsprechen
nicht unbedingt der Auffassung des
Herausgebers.

Layout und Verlag

LIGA.NRW

Titelfoto

© MEV Verlag

Das LIGA.NRW ist eine Einrichtung des
Landes Nordrhein-Westfalen und gehört
zum Geschäftsbereich des Ministeriums
für Arbeit, Integration und Soziales.

Nachdruck und Vervielfältigung, auch
auszugsweise, nur mit Genehmigung
des LIGA.NRW.

Düsseldorf, April 2011

ISBN 978-3-88139-164-1

Förderung der psychischen Gesundheit bei Erwerbslosen.

Ein Leitfaden.

Inhalt

Warum ein Leitfaden zur psychischen Gesundheit bei Erwerbslosen?	7
1. Gesundheitsförderung bei Erwerbslosen – wichtiger denn je!	9
1.1 Warum ist Gesundheitsförderung für erwerbslose Menschen im ALG-II-Bezug wichtig?	9
1.1.1 Erwerbslos bedeutet nicht stressfrei.....	10
1.1.2 In der Erwerbslosigkeit mehr Zeit haben – aber nicht für Gesundheit?	14
1.1.3 Von Erwerbslosigkeit bedroht – ein unterschätztes Risiko	17
1.1.4 Eintritt in Erwerbslosigkeit – nicht warten bis es weh tut.....	19
1.1.5 Jugendliche Erwerbslose – Einstieg in Krankheit statt in Arbeit?.....	21
1.1.6 Plötzlich ohne Arbeit – Identitätskrise im Erwachsenenalter	24
1.1.7 Mehr Gesundheit durch Wertschätzung, Anerkennung und Stolz.....	26
2. Beratungssituationen gesundheitsfördernd gestalten	29
2.1 Die richtige Beratung zur richtigen Zeit	29
2.2 Motivierende Gesprächsführung: „Change Talk“ als Gesprächsstil bei Ambivalenzen und Widerständen	32
2.3 Konflikte und Emotionen in der Beratung – Fallstricke vermeiden	35
2.4 Hinweise für Beraterinnen und Berater: Die Haltung macht's	38
3. Ansatzpunkte zur Förderung der körperlichen und seelischen Gesundheit	41
3.1 Erst Hoffnung, dann Enttäuschung, am Ende Depression? – Prävention psychischer Erkrankungen.....	41
3.2 Ärger und Angst bewältigen – Gefühle zeigen und Kontrolle behalten.....	45
3.2.1 Strategien der Angstbewältigung in der Erwerbslosigkeit.....	45
3.2.2 Strategien der Ärgerbewältigung in der Erwerbslosigkeit	47
3.3 Im „Keller der Gefühle“ – Angenehme Erlebnisse suchen und finden	50
3.4 Nichts ist wichtiger in Krisen – Zur Bedeutung sozialer Unterstützung und sozialer Netzwerke bei hoher Belastung	54
3.5 Gefühle als Schutz gegen Krankheit – Das Kohärenzgefühl als Gesundheitsfaktor	56
3.6 Den Lebensstil ändern: Mehr Spaß und Bewegung in den Alltag bringen	58
3.6.1 „Wieder Kraft und Stärke spüren“ – Bewegungsgründe und -möglichkeiten für Erwerbslose	58
3.6.2 Wenn alles nur „nervt“ – Entspannungsübungen in der Erwerbslosigkeit.....	62
3.6.3 Flucht in kurze Rauscherlebnisse – Prävention von Suchterkrankungen	64
4. Empfehlungen für Rahmenbedingungen und Arbeitsmethoden bei Gesundheitsprogrammen mit erwerbslosen Menschen	69
4.1 Gesundheit durch die männliche und die weibliche Brille gesehen – Unterschiedliche Angebote für Männer und Frauen	69
4.2 Gruppenkonstellationen: Erwerbslose unter sich?.....	73
4.3 Gesundheitsangebote an der richtigen Stelle platzieren.....	75
4.4 Nichts ist umsonst. Oder doch? – Kosten von Gesundheitsangeboten.....	77
4.5 Methodentipps für die Gruppenarbeit mit Erwerbslosen	79
4.5.1 Lange genug im Jammertal – Angebote für Erwerbslose müssen Spaß machen	79
4.5.2 Viele Wege führen zum Ziel – auch zur Gesundheit	81
4.5.3 Muss man überhaupt von Gesundheit sprechen?	82

5. Gesundheitsförderung für Erwerbslose in Deutschland – ausgewählte Ansätze	85
5.1 AmigA – ein Projekt für chronisch kranke Langzeiterwerbslose	85
5.2 Kommunales Netzwerk für Arbeitsmarktintegration und Gesundheitsförderung	85
5.3 AktivA – Aktive Bewältigung von Erwerbslosigkeit.....	85
5.4 Bridges – Brücken in Arbeit.....	85
5.5 TAURIS – Tätigkeiten außerhalb der Erwerbsarbeit.....	86
5.6 „Mut tut gut!“ – Stärkung der psychischen Gesundheit erwerbsloser Frauen.....	86
5.7 Durch Sport die Arbeitsmarktchancen verbessern	86
5.8 Die Gesundheitsförderung von erwerbslosen Migranten	86
6. Gesundheitsförderung für Erwerbslose in NRW – eine Auswahl kommunaler und regionaler Projekte	89
6.1 JobFit Regional und JobFit NRW	89
6.2 Wege (zurück) ins Leben.....	89
6.3 “Erfahrung gewinnt” – gesundheitsorientierte Arbeitsförderung in Paderborn.....	89
6.4 Support 25 – Erhalt und Förderung seelischer Gesundheit bei erwerbslosen Jugendlichen in Essen .	90
6.5 Gesundheits- und beschäftigungsorientierte Beratung – Das Konzept der Stabilisierenden Gruppen in Dortmund und Borken.....	90
6.6 Arbeitsplatzorientierte Gesundheitsförderung älterer langzeiterwerbsloser Menschen im Ennepe-Ruhr-Kreis.....	90
6.7 Arbeitsmarktintegration für gesundheitlich Beeinträchtigte im SGB II (JobPromote Köln).....	90
7. Zielgruppenübergreifende Angebote der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte	91
7.1 Weiterführende Praxislinks zum Thema: Existenzielle Sicherheit, berufliche Zukunft und Selbsthilfe in der Erwerbslosigkeit	92
8. Vertiefende Literatur zu den Einzelkapiteln	95

Anmerkungen

Drei unterschiedliche Symbole sollen Ihnen das Lesen erleichtern:



Inhalte, die mit diesem Symbol versehen sind, enthalten wichtige oder zentrale Aussagen oder Hinweise.



Hier erhalten Sie zusätzliche Informationen oder ergänzende Hinweise.



Textpassagen, die mit diesem Symbol gekennzeichnet sind, enthalten konkrete Beispiele.

Warum ein Leitfaden zur psychischen Gesundheit bei Erwerbslosen?

Die psychische Gesundheit stellt den gesundheitlichen Bereich dar, in dem erwerbslose Menschen die größten Defizite aufweisen. Die Gründe dafür sind mannigfaltig: Mangelnder persönlicher Erfolg, fehlende Lebensperspektiven, soziale Ausgrenzung, finanzielle Probleme – solche und ähnliche Begleiterscheinungen der Erwerbslosigkeit erzeugen Ärger, Frustration, depressive Stimmungen, Stress und Angst. Oft bildet sich hier ein Teufelskreis – gerade langzeiterwerbslose Menschen kommen ohne Hilfe nicht mehr aus der Spirale von Arbeitslosigkeit und schlechter Gesundheit heraus.

Der Leitfaden stellt sich dem Thema „psychische Gesundheit bei Erwerbslosen“ in großer inhaltlicher Breite. Er beschreibt die auftretenden Probleme, stellt theoretische und konzeptionelle Lösungsansätze vor und gibt anschauliche „Tipps und Empfehlungen für die Praxis“. Dabei stehen die „Settings“ der Erwerbslosigkeit und die verschiedenen Berufsfelder der Arbeitsförderung im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit – die Beratung und Gesprächsführung durch Job-Berater und Fallmanager, die Gruppenarbeit mit betroffenen Menschen, etwa im Rahmen von Qualifizierungsmaßnahmen, die ärztliche oder therapeutische Beratungs- und Betreuungssituation. Aber auch die allgemeinen Settings der Gesundheitsförderung und breitere gesellschaftliche Handlungsräume werden angesprochen – schließlich geht es auch darum, erwerbslosen Menschen neue soziale Kontaktflächen zu schaffen, neue Interessen zu wecken und die Aufmerksamkeit nicht auf das Thema Arbeitslosigkeit zu beschränken.

Der Leitfaden versteht sich in diesem Sinne auch nicht als ein Handbuch, das von der ersten bis zur letzten Seite durchzuarbeiten ist. Er ist vielmehr als „Steinbruch“ anzusehen, aus dem sich konzeptionell oder praktisch arbeitende Akteure jeweils die passenden Bausteine „herausbrechen“ können. Unterschiedliche Konkretisierungsgrade kommen diesen mehrfachen Nutzungsebenen entgegen – Beschreibungen theoretischer Modelle stehen neben detaillierten Anleitungen für praktische Übungen, die Diskussion wissenschaftlicher

Grundlagen neben der direkten Ansprache von Betroffenen im Kontext von Gruppenaktivitäten.

Zwar ist die psychische Gesundheit von erwerbslosen Menschen ein komplexes und vielschichtiges Thema – dennoch versucht der Leitfaden, auch Akteuren ohne spezifische fachliche Vorkenntnisse einen Zugang zum Thema und zu konkreten Handlungsmöglichkeiten zu eröffnen. Dazu gehört zunächst die Sensibilisierung und Bewusstmachung für die verschiedenen Facetten der Problemlage. Die Impulse und Anregungen setzen dann auf sehr unterschiedlichen „Niveaus“ an – das Gelingen des ersten Schritts ist auch für die betroffenen Akteure elementar wichtig und Voraussetzung und Motivation für eine vertiefte Auseinandersetzung und für dauerhaftes Engagement.

1. Gesundheitsförderung bei Erwerbslosen – wichtiger denn je!

1.1 Warum ist Gesundheitsförderung für erwerbslose Menschen im ALG-II-Bezug wichtig?

„Es ist, als sei ich mit 180 Sachen gegen eine Wand gefahren. Seitdem ist nichts mehr wie vorher, es bewegt sich nichts mehr.“

(Langzeiterwerbsloser 50+, in Kuhnert et al., 2008)

Im Oktober 2010 sind deutschlandweit fast 3.000.000 Menschen offiziell arbeitslos gemeldet (Bundesagentur für Arbeit, Monatsbericht Oktober 2010). Damit ist in den letzten Monaten zwar ein erheblicher Rückgang zu verzeichnen; die Zahl ist aber immer noch sehr hoch. Im internationalen Vergleich ist der Anteil an Langzeitarbeitslosen in Deutschland besonders groß.



Fast ein Drittel der Arbeitslosen in Deutschland ist im Jahresdurchschnitt 2009 langzeitarbeitslos, also länger als 12 Monate arbeitsuchend. Laut Statistiken der Bundesagentur weisen über 39 Prozent aller Langzeitarbeitslosen vermittlungsrelevante gesundheitliche Einschränkungen auf (Arbeitsmarkt 2009. Amtliche Nachrichten der Bundesagentur für Arbeit. Juli 2010. Nürnberg).

Vielfach wird unterschätzt, dass viele Herz-Kreislauf-Erkrankungen und psychosomatische Leiden von Menschen, die längere Zeit erwerbslos oder prekär¹ beschäftigt sind (siehe Kap. 1.1.3.), Folgen einer chronischen psychosozialen Stresseinwirkung sind. Ein entscheidender Faktor sind hier die fehlenden individuellen Bewältigungsmöglichkeiten und Ressourcen, die oftmals schon vor dem Eintritt der Erwerbslosigkeit durch hohe Verausgabung und Arbeit bis zur Erschöpfung eingeschränkt sind. Verstärkend wirkt hier ein riskanter Lebensstil mit kritischem Suchtmittel- und Medikamentenkonsum, Erholungsunfähigkeit, fehlenden kulturellen Aktivitäten, ungesunder Ernährung und fehlender Bewegung. Bei Erwerbslosen nimmt zudem die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer

Erkrankungen seit Jahren zu (Hollederer, 2009). Eine Befragung der Techniker Krankenkasse im Jahr 2009 zu Stress und gesundheitlichen Folgen in der Bevölkerung (TK, 2009) ergab folgende Stressfaktoren bei Erwerbslosen:

- ◆ permanente Sorge um den Lebensunterhalt (40 Prozent),
- ◆ Sorge um Altersversorgung (33 Prozent),
- ◆ Befürchtung, mit gesellschaftlichen und technischen Entwicklungen nicht Schritt halten zu können (20 Prozent),
- ◆ Angst, den Wiedereinstieg in das Berufsleben nicht zu schaffen (28 Prozent),
- ◆ Selbstzweifel.

Die gesundheitlichen Konsequenzen sind Magenbeschwerden, Rückenleiden, Schlafstörungen, Depressionen. Metaanalysen (zusammenfassende Auswertung einer Vielzahl von Untersuchungen) zeigen uns, dass es keine Personengruppe gibt, die gegenüber den negativen Folgen der Erwerbslosigkeit resistent ist (Paul & Moser, 2009). Alle von Erwerbslosigkeit betroffenen und bedrohten Menschen stellen also ein gesundheitspolitisches Problem und eine Herausforderung an die Arbeits- und Gesundheitsförderung dar. Krankheit erschwert erheblich die Reintegration in den Arbeitsmarkt. Gesundheit wird damit zur zentralen Grundlage für langfristige Beschäftigungsfähigkeit. Entsprechend gilt es, Menschen dabei zu unterstützen, länger und gesünder im Arbeitsmarkt zu verbleiben oder wieder mehr Arbeitsmarktnähe und Lebensqualität zu gewinnen.

Einige in den letzten Jahren entwickelte Programme haben gezeigt, dass sich die Auswirkungen der Erwerbslosigkeit auf die Gesundheit sehr wohl durch psychosoziale Ansätze verbessern lassen, dass zum Beispiel die Depressivität zurückgeführt werden kann und das Wohlbefinden wieder steigt (vgl. Hollederer, 2009).

¹ Prekär beschäftigt bedeutet in der Regel: befristet beschäftigt oder bei geringer Entlohnung und ohne oder geringe Chance auf unbefristete Beschäftigung

Abbildung 1: Gesundheit als Voraussetzung für Beschäftigungsfähigkeit



Die in Deutschland trotz Weltwirtschaftskrise in Vergleich zu anderen EU-Ländern relativ geringe Erwerbslosenquote darf daher nicht ohne kritischen Blick auf die Qualität vieler neuer Arbeitsverhältnisse beurteilt werden. In NRW beispielsweise steht jeder sechste Vollzeit-Alleinverdiener mit Kindern im Armutsrisiko (Sozialbericht NRW, 2007 und siehe Kap. 1.2). Der Bericht zeigt auch, dass sich die Situation seit der Einführung der Hartz IV-Gesetze verschärft hat. So lebten 2007 1,69 Millionen Menschen in NRW von Erwerbslosengeld II oder Sozialgeld – ein Fünftel davon Kinder. Vor der Hartz IV-Einführung waren es noch 1,18 Millionen. Bis 2020 wird nur eine zögerliche Besserung am deutschen Arbeitsmarkt prognostiziert (Schnur & Zika, 2005).

Gesundheitsförderung darf dabei nicht nur auf die offiziell erfassten und registrierten erwerbslosen Personen im ALG I- oder II-Bezug eingegrenzt werden. Sie sollte möglichst alle Transfer-Leistungsempfänger einschließlich der Bezieher von Sozialgeld und die von Erwerbslosigkeit bedrohten Beschäftigten in prekären Arbeitsverhältnissen einbeziehen.

Sozioökonomische Studien zeigen, dass in Deutschland bereits eine Erwerbslosigkeit von 12 Monaten zu dauerhafter Arbeitslosigkeit führen kann und auch viele Wiederbeschäftigte spätestens nach 4 Jahren wieder ohne Arbeit sind (Mohr, 2001). Verschiedene Studien zeigen einen hohen Handlungsbedarf für die Arbeitsmarkt- wie Gesundheitspolitik auf (Kuhnert, 2005; Rosenbrock & Grimmeisen, 2009).

Allein zwischen 1986 und 2003 hat die Anzahl der Erwerbslosen, die sich stigmatisiert fühlen und nicht möchten, dass ihre Erwerbslosigkeit bekannt wird, von 13 Prozent auf 25 Prozent zugenommen (Noelle, 2003). Der Ratgeber will vor diesem Hintergrund dafür sensibilisieren, dass Erwerbslosigkeit und „fortgesetzte Angst vor der Erwerbslosigkeit“, wie wir sie verstärkt auch in den unsicheren Beschäftigungsverhältnissen finden, nicht nur krank machen oder in chronische Erkrankungen hineinführen. Menschen verlieren hier ihre Würde und ihr Selbstwertgefühl. Hoffnungslosigkeit, Ohnmacht, Scham und Resignation werden zu unüber-

windbaren „inneren Hürden“; eine existenzsichernde und persönlich zufriedenstellende und dauerhafte Beschäftigung erscheint unerreichbar. Gleichzeitig will der Ratgeber Wege aufzeigen, wie Gesundheit in allen Phasen der Erwerbslosigkeit – vom drohenden Eintritt bis zur Langzeiterwerbslosigkeit – aktiv gefördert werden kann und wie durch „arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung“ Beschäftigungschancen und gesellschaftliche Teilhabe verbessert werden können.

Der Handlungsleitfaden richtet sich an alle Praktiker und Akteure, die mit erwerbslosen Personen arbeiten oder in Kontakt sind. Unsere praktischen Handlungsempfehlungen berücksichtigen dabei

- ◆ unterschiedliche Stadien der Erwerbslosigkeit,
- ◆ diverse Altersgruppen,
- ◆ die sehr begrenzten finanziellen Mittel der Zielgruppe,
- ◆ das Problem der schlechten Erreichbarkeit der Zielgruppe.

Wir geben Hintergrundinformationen zu relevanten Themen und gesundheitspsychologischen Modellen sowie praktische Tipps für die Arbeit. Am Ende jeden Kapitels verweisen wir auf weiterführende Literatur oder andere Medien.

1.1.1 Erwerbslos bedeutet nicht stressfrei

„Ich bin trotz meiner schlechten Aussichten aktiv auf Arbeitssuche. Bin jeden Tag am Schnelldienstschafter vom Arbeitsamt, um mal einen Tagesjob zu ergattern. Zwischendurch schiebe ich schon mal Frust, weil über eine so lange Zeit am Ball zu bleiben, das fordert einem schon was ab. Ich mache das dann aber mit mir selbst aus.“

(Mann, 51 Jahre, seit 9 Jahren erwerbslos)

Dass Erwerbslosigkeit tatsächlich kein angenehmer, sondern meist belastender Zustand ist, wurde in den letzten Jahren wiederholt festgestellt und anhand verschiedener theoretischer Ansätze erklärt (vgl. Kaluza, 2004). Dazu hier ganz kurze Zusammenfassungen:

Das Transaktionale Stressmodell des amerikanischen Psychologen Lazarus

Nach dieser Theorie entsteht Stress dann, wenn die eigenen Möglichkeiten zur Bewältigung einer bedrohlichen Situation als zu gering eingeschätzt werden. In der Welt der Berufstätigen geschieht das, wenn mehr Arbeit auf dem Tisch liegt, als man zu schaffen meint. Für manchen Berufstätigen ist daher schwer vorstellbar, dass auch das Gegenteil, nämlich gar keine Arbeit zu haben, den gleichen Effekt haben kann und typische Stresssymptome wie Angespanntheit, Nervosität, Schlafstörungen oder Niedergeschlagenheit auslöst. Wir hatten eingangs schon erwähnt, dass der plötzlich eintretende Arbeitsverlust oft psychische und psychosomatische Beeinträchtigungen nach sich zieht.

Stressverstärkend wirkt hier nach Lazarus die eigene Bewertung der Situation, zum Beispiel: „Bestimmt finde ich bei der aktuellen Arbeitsmarktlage keinen neuen Job.“

Anforderungs-Kontroll-Modell von Karasak und Theorell

Nach diesem Modell entsteht Stress dann, wenn hohe Anforderungen und geringe Kontrolle oder Handlungsspielraum aufeinandertreffen. Dies trifft z.B. dann zu, wenn eine erwerbslose Person zur regelmäßigen Teilnahme an Qualifizierungsmaßnahmen, Terminen beim Amt, Erstellung von Bewerbungen etc. verpflichtet ist und keine persönlichen Einflussmöglichkeiten sieht.

Modell beruflicher Gratifikationskrisen von Siegrist

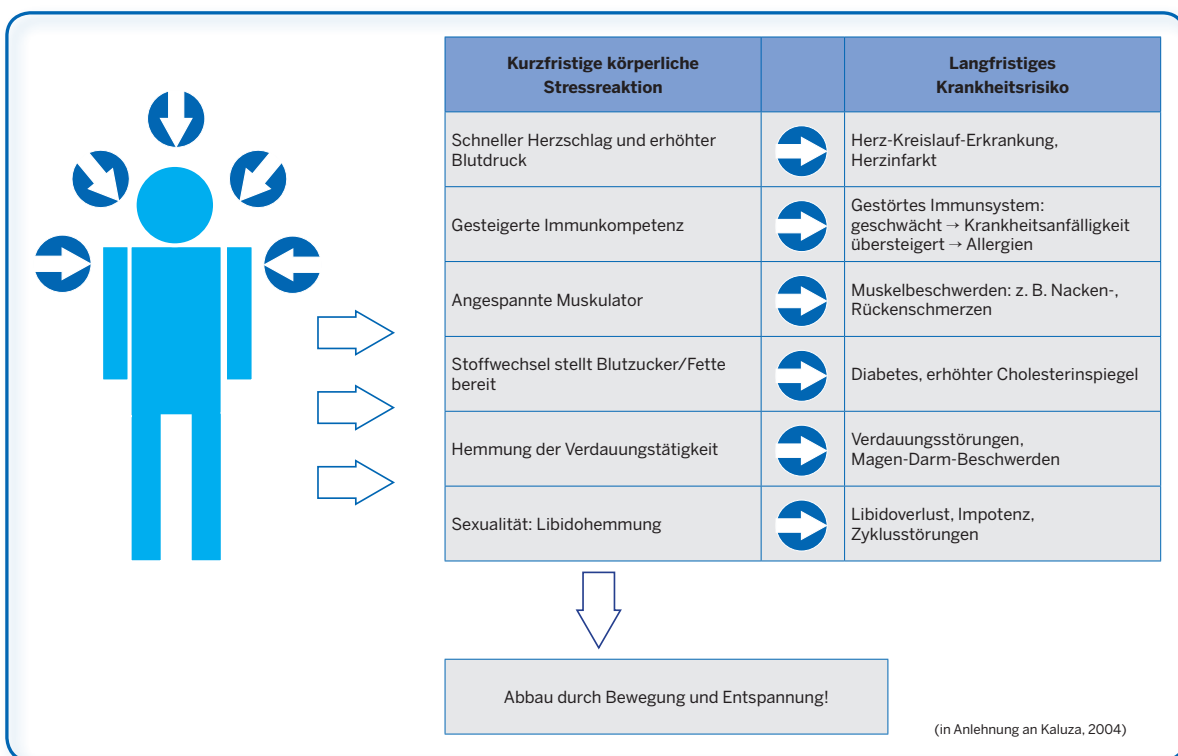
Nach dem Ansatz von Siegrist entsteht Stress, wenn das Verhältnis zwischen Verausgabung und Belohnung nicht ausgeglichen ist, etwa wenn eine hohe Eigenleistung auf geringe Anerkennung oder Wertschätzung trifft. Bei (Langzeit-)Erwerbslosigkeit fehlen Belohnung und Wertschätzung meist völlig; es gibt weder finanzielle noch soziale Anerkennung (angemessenes Gehalt bzw. Lob für Tätigkeit, Aufstieg). Im Gegenteil: Viele Erwerbslose leben mit einem gesellschaftlichen Stigma.

„Früher habe ich oft 12 Stunden gearbeitet. Trotzdem fühle ich mich jetzt gestresster als früher. Den ganzen Tag überlege ich mir, was ich noch alles machen kann, um eine Stelle zu finden. Ausgleich, zum Beispiel Sport, gönne ich mir nicht. Da hätte ich ein schlechtes Gewissen. Außerdem kostet das ja alles.“
(Arbeitsloser)

Klassische Stressoren, potenzielle „Bedrohungen“ erwerbsloser Personen, sind also:

- ◆ Verlust von sinnvoller Tätigkeit und Anforderung,
- ◆ Verlust des sozialen Netzwerkes im täglichen Arbeitsumfeld,
- ◆ Verlust einer festen Tagesstruktur,
- ◆ Stigmatisierung durch die Gesellschaft,
- ◆ finanzielle und materielle Einbußen,
- ◆ Unsicherheit bezüglich der Zukunft,
- ◆ enge Rahmen, Pflichten und Anforderungen durch den Gesetzgeber ohne entsprechende Entlohnung und Sicherheit einer Wiederbeschäftigung.

Abbildung 2: Stressreaktionen und Krankheitsrisiken



Gleichgültig welcher Stressor nun individuell verantwortlich ist oder warum er wirkt – beim „unterforderten“ Erwerbslosen passiert in der Folge das Gleiche wie beim überforderten Berufstätigen: Der Körper gerät physiologisch in einen Zustand der Alarmbereitschaft.

Evolutionär gesehen sind es Überlebensstrategien: Erhöhter Blutdruck, Muskelanspannung, Atembeschleunigung und Mobilisierung von Energie bereiteten die Menschen vor langer Zeit auf Kampf oder Flucht vor. Die physiologischen Reaktionen des Körpers im Stress sind heute nicht anders als zu Zeiten des Kampfes gegen Säbelzahn tiger. Allerdings wird heute die bereitgestellte Energie im Körper meistens nicht adäquat abgebaut. Hier können regelmäßige Bewegung und Entspannungs- und Ruhephasen abhelfen. Fehlt beides, können sich Krankheiten manifestieren (Abbildung 2).



Langzeiterwerbslosigkeit wird häufig als Dauerbelastung empfunden. Und neben den direkten körperlichen Stressfolgen birgt Dauerstress weitere schädliche Nebenwirkungen:

- Das Risiko der Steigerung emotionsregulierender und gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen wie Alkohol- und Nikotinkonsum, Bewegungsmangel, ungesundes Essen oder Schlafmangel wächst.
- Emotionale Reaktionen wie depressive Stimmungen, Ärger und Angst treten verstärkt auf.

Sogenannte „crossover“-Auswirkungen von Stress gibt es in Familien, in denen ein oder mehrere Familienmitglieder erwerbslos sind. Hier kann sich kollektiver Stress entwickeln und zu ernsthaften Krisen (u. a. Gewaltausbrüchen) verdichten. Auch die Ausbreitung von Depressionen und Ängsten ist nachgewiesen (Diestel, 2009). Umgekehrt gibt es auch positive „Ansteckungen“, wie z. B. die Ausbreitung von Engagement (Richter, Nebel & Wolf, 2009) und die gegenseitige Unterstützung in Gruppen von Erwerbslosen (Kuhnert et al., 2008).

Tipps und Empfehlungen für die Praxis

- ▶ Es kann oft schon entlastend wirken, wenn Berater etc. den erwerbslosen Klienten deutlich signalisieren: Erwerbslosigkeit ist eine Krisensituation, und Stresssymptome wie Angespanntheit, Nervosität, Schlafstörungen, Niedergeschlagenheit etc. sind in dieser Situation verständlich.
- ▶ Erwerbslose benötigen spezifische Trainings zur Stressbewältigung. Dabei geht es nicht um Stressbewältigung im klassischen Betriebskontext; Erwerbslose haben andere Stressoren als Berufstätige. Für viele Langzeiterwerbslose ist die Wiedereingliederung das Hauptproblem; deshalb kann sich Stressbewältigung auf die Einstellung und Bewertung der Situation, aber auch auf Möglichkeiten des Belastungsausgleichs konzentrieren. Eine klassische Stresssituation ist die Absage auf eine Bewerbung, weshalb auch Strategien zum Umgang mit Enttäuschung nützlich sind.

Mit dem ABC-Modell nach Ellis (1993) beispielsweise kann einfach vermittelt werden, welche Rolle die Bewertung einer Situation in der Entstehung von Stress spielt.

Abbildung 3: ABC-Modell nach Ellis

A	Auslösendes Ereignis Bewerbungsabsage	A	Auslösendes Ereignis Bewerbungsabsage
B	Bewertung des Ereignisses „Ich werde sowieso keinen Job finden. Was soll ich mich noch weiter bemühen.“	B	Bewertung des Ereignisses „Ich gebe deswegen nicht auf. Irgend- welche Möglichkeiten wird es schon geben, was ich jetzt machen kann.“
C	Konsequenz <u>Gefühle:</u> Enttäuschung, depressive Stimmung, Hoffnungslosigkeit, Kontroll- verlust, Mutlosigkeit	C	Konsequenz <u>Gefühle:</u> Mut, Hoffnung, Kontrolle haben, Vertrauen
	<u>Verhalten:</u> Passivität, Rückzug, Vermeidung, Zunahme schädlicher Verhaltensweisen wie Alkoholkonsum, Rauchen etc.		<u>Verhalten:</u> Aktivität, „am Ball bleiben“, Tage sinnvoll gestalten, Erleben sinnvoller und wohltuender Momente

- ▶ Vor dem Hintergrund der klassischen Stressoren erwerbsloser Menschen ist der Aufbau sinnvoller, positiver Aktivitäten im Alltag wichtig. Sinnvolle Tätigkeiten und eine geregelte Tagesstruktur geben Rückhalt – und einen Grund, morgens aufzustehen.
- ▶ Sucht ist im Zusammenhang mit Erwerbslosigkeit von großer Relevanz. Alkoholkonsum etwa kann zunächst Stress reduzieren. Das Bier am Abend entspannt und lässt Ärger und Frust vorübergehend vergessen. Hier gerät man schnell in einen Teufelskreis, aus dem es irgendwann kein einfaches Entkommen mehr gibt. Für solche Risiken muss sensibilisiert werden, was für Erwerbslose in besonderem Maß gilt. Personen mit einer Suchtproblematik werden ohne entsprechende Hilfe Schwierigkeiten haben, eine neue Arbeitsstelle langfristig zu halten.

1.1.2 In der Erwerbslosigkeit mehr Zeit haben – aber nicht für Gesundheit?

Wer Arbeitslosigkeit persönlich erlebt hat, weiß, dass im Alltag der Kopf selten richtig frei für Gesundheit ist. Der aktuelle Regelfördersatz liegt bei 364 Euro. Damit muss der Alltag bewältigt werden; Themen wie Gesundheit sind Luxus. Schwimmbäder, Saunen, Freizeitkurse an Volkshochschulen – für viele Menschen sind solche Aktivitäten nicht bezahlbar, wie etwa auch ein Fahrrad.

Bei alleinerziehenden oder pflegenden erwerbslosen Menschen sieht das ähnlich aus.

In der Dortmunder Langzeiterwerbslosenstudie (Kuhnert, 2007b) gaben mehr als zwei Drittel (69 Prozent) der Befragten an, sich seit ihrer Erwerbslosigkeit deutlich mehr "zu langweilen": In einer weiteren Studie ging 60 Prozent der Befragten „das Zuhause sein auf die Nerven" (Kieselbach et al., 1997). Dennoch finden viele Menschen, die erwerbslos werden, keine Zeit oder Motivation etwas für ihre Gesundheit zu tun (Kuhnert & Kastner, 2009). Der in Studien festgestellte „biographische Zeitdruck" bei vielen Erwerbslosen (Sorge um neue Beschäftigung, Ausfall bei der Rente, Verbrauch der Ersparnisse) lässt offensichtlich wenig Raum für gesundheitsförderliche Aktivitäten (Rogge, Kuhnert & Kastner, 2007). 36 Prozent fühlen sich „häufiger gehetzt" und 38 Prozent „rennt häufiger die Zeit weg" (Kuhnert, 2007b, S. 293f). Andere sprechen von häufigem Leerlauf. Das Gefühl, nicht zu wissen, was sie tun sollen, wird für manche zu einer zermürenden Belastung im Alltag. Für einige bleibt nur, die Zeit totzuschlagen (s. folgende Zitate von erwerbslosen Männern, Rogge, Kuhnert & Kastner, 2007):

„Zwischen 10 und 3 geh ich entweder einkaufen oder zum Markt. Ich geh überall gucken oder ich beschäftige mich. Irgendwas mach ich immer. Ich häng nicht rum. Einkaufen oder am Trödelmarkt, einfach: irgendwas mach ich, um die Zeit totzuschlagen. [...] dass ich ja nicht irgendwie auf blöde Gedanken komme.“

Häufig wird das mit Leerlauf verbundene Gefühl als „Nicht-Ausgefülltsein" beschrieben:

„Dann denkste wieder, was mach ich denn gleich, darüber brauchste gar nicht nachzudenken, da mach ich irgendwas, irgendwas machste da. Man ist nicht ausgefüllt. Dieses Gefühl des „Nicht-Ausgefülltseins“ erstreckt sich über den ganzen Tag.“

Durch die verlorene Arbeit ist nicht nur die Alltagszeit entwertet (zum Beispiel für Gesundheitsaktivitäten), der Sinn des Lebens wird generell in Frage gestellt.

„Die Erwerbslosigkeit gestaltet das Leben nicht sinnvoll, oder die macht das Leben nicht sinnvoll. Weil man hat keine Aufgaben, man hat keine Ziele, man hat eben halt zu viel freie Zeit. Man weiß nicht, was mach ich. [...] Man gammelt in den Tag hinein.“

Die subjektiven Alltagsbelastungen der erwerbslosen Männer in der Dortmunder Zeitstrukturstudie decken sich mit dem internationalen Forschungsstand (Rogge, Kuhnert & Kastner, 2007, S. 100). Dazu gehören:

- ◆ finanziell bedingte deutliche Konsumeinschränkungen und Angstzustände (Starrin & Jönsson, 2006; Kuhnert 2005b),
- ◆ Isolation und Einsamkeit sowie sekundäre Stressoren, beispielsweise Verantwortung für pflegebedürftige Angehörige,
- ◆ der Verlust der Erwerbsarbeit (Paul & Moser, 2006) sowie ein für eine sinnvolle Alltagsgestaltung unzureichendes Verhaltensrepertoire.

Der normale Alltag erscheint auf einmal als „eine ziemlich komplizierte Angelegenheit“, die eine neue Strategie der Planung und Organisation verlangt. Zeitmanagement für erwerbslose Menschen wirkt dabei erst einmal paradox. Ursprünglich ist dieses Instrument darauf ausgerichtet, das moderne Berufsleben effizienter zu gestalten, d.h. in weniger Zeit mehr zu leisten und gleichzeitig zeitliche Puffer zur Vermeidung von Stress zu haben.

Erwerbslose Menschen müssen keinen „8-Studentag“ sondern einen „24-Stunden-Erwerbslosentag“ bewältigen und das oft über einen sehr langen Zeitraum. Sie benötigen ein spezifisches Alltags- und Zeitmanagement für diese Situation.

Tipps und Empfehlungen für die Praxis

Folgende Gruppenübungen können erwerbslosen Menschen dabei helfen, nicht in den Alltagssorgen unterzugehen und ihre im Vergleich zu Beschäftigten hohe zeitliche Flexibilität für sinnvolle und auch gesundheitsförderliche Aktivitäten zu nutzen. Die Übungen können modifiziert auch von Einzelpersonen durchgeführt werden:

► Übung „Was bedeutet Zeit für mich?“

Die Teilnehmenden überlegen in einer Kleingruppe (3-4 Personen), was sie mit dem Begriff „Zeit“ verbinden, ob sie diese als wertvoll oder belastend empfinden.

► Sich selbst Ziele setzen – dadurch können Perspektivlosigkeit und Sinnleere in Zeiten der Erwerbslosigkeit zumindest reduziert werden (Kuhnert, 2007b). Selbst gesetzte Ziele motivieren zu eigenen Anstrengungen. Wichtig in Bezug auf die Zielfindung sind dabei besonders zwei Dinge:

Ziele können nicht einfach durch andere zugewiesen werden, sondern müssen aus der Person selbst kommen bzw. von ihr akzeptiert werden.

Die Palette möglicher Ziele ist breit. Familie, Freunde, Beruf, Hobbys oder Gesundheit sind Lebensbereiche, für die es sich lohnt, Zeit und Energie zu investieren.

Die Zielfindung ist der erste Schritt zur Schaffung einer eigenen Tagesstruktur:

► Übung „Wie komme ich zu eigenen Zielen?“

Die Teilnehmenden überlegen sich in Kleingruppen (2-3 Personen) ihre eigenen Antworten auf die folgenden Leitfragen:

- ◆ Was ist mir wichtig?
- ◆ Warum tue ich das, was ich tue?
- ◆ Was habe ich schon immer gerne getan?
- ◆ Auf was bin ich besonders stolz?
- ◆ Welche Bereiche meines Lebens sind mir wichtig?
- ◆ Was wünsche ich mir?
- ◆ Was will ich erreichen?
- ◆ Was macht mich glücklich und zufrieden?
- ◆ Was wollte ich schon immer gerne tun, habe es bis jetzt aber noch nicht verwirklicht?

Jeder Teilnehmende sollte dazu seine wichtigsten drei Ziele nennen.

► Da Ziele häufig komplex und langfristig ausgerichtet sind, ist es sinnvoll, Teil- und Zwischenziele zu formulieren. Dadurch entsteht eine Zielhierarchie. Für Teilziele müssen dann konkrete Handlungen zur Zielerreichung formuliert werden.

Ein Beispiel: Jemand setzt sich zum Ziel, mit dem Rauchen aufzuhören. Dieses Ziel kann er in konkrete Handlungen (Teilziele) untergliedern, z.B. den Konsum in mehreren Schritten senken oder eine aktuelle Krise ausräumen, um dann auf die „Stressbewältigungsdroge“ Nikotin verzichten zu können.

Wichtige Ziele und Planungen (Termine, Aktivitäten, Telefonate) werden schriftlich fixiert.

► Die persönliche Leistungskurve von gesunden Menschen variiert. Manche haben die Zeit höchster Leistungsfähigkeit morgens, andere nachmittags; andere haben zwei Hochphasen in ihrem Biorhythmus, eine vormittags, eine nachmittags. Wenn man die eigene Leistungskurve kennt, kann man seinen Tagesablauf darauf abstimmen. Wichtige Aufgaben sollten dann in den Bereich der höchsten Leistungsfähigkeit, weniger wichtige Aufgaben in den Pha-

sen steigender Leistungsfähigkeit liegen („up“-Phasen) und Entspannung und Erholung in den „down“-Phasen, also den Zeiten nach einem Hoch (Kaluza, 2007).

Zeitmanagementexperte Lothar Siewert rät: „Wenn du es eilig hast, gehe langsam“. Das bezieht sich darauf, dass auch und gerade in Zeiten hoher Beanspruchung Pausen notwendig sind und eingeplant werden müssen.

► Um deutlich zu machen, wie die eigene Zeit aktuell genutzt wird, ist eine Analyse der Ausgangssituation mittels Wochenprotokoll sinnvoll. Dabei werden alle Aktivitäten (und ihre Dauer) über den Zeitraum von einer Woche in einen Wochenplan eingetragen. So lässt sich nachvollziehen, wie die Zeit bisher genutzt wurde, wo und wann „Leerläufe“ gehäuft auftreten, wann es immer wieder „eng wird“ und wo Möglichkeiten für neue Aktivitäten eingeplant werden können. Darauf aufbauend wird ein neuer Wochenplan erstellt, der sowohl zielführende Aktivitäten wie auch Freiraumzeiten enthält:

► Die ABC-Analyse ist eine Planungshilfe bei der Wochenplanung und kann helfen, anstehende Aufgaben zu priorisieren und in eine Reihenfolge zu bringen:

- ◆ A-Aufgaben sind wichtig, dringend und müssen möglichst sofort oder in wenigen Tagen erledigt werden.
- ◆ B-Aufgaben sind wichtig, haben aber einige Tage bis zu einer Woche Zeit.
- ◆ C-Aufgaben sind nicht sehr wichtig, und können einige Wochen später in einem neuen Plan eingesetzt werden.

► Viele Erwerbslose sind durch den Verlust der Erwerbsarbeit entweder in sehr rigide und wenig flexible Zeit- und Alltagsplanung eingebunden oder verfügen über wenig bis keine Zeitplanung mehr. Am Anfang werden die neuen Zeitpläne vielleicht nicht fehler- und problemlos funktionieren. Aus Fehlern bei der Planung kann man aber lernen. Sie sind als Teil des Entwicklungsprozesses, nicht als Zeichen von Schwäche zu verstehen. Wichtig ist es, die Flexibilität beizubehalten, Pläne ggf. auch kurzfristig zu ändern. Es geht um die Fähigkeit, langfristige Ziele, besonders Gesundheitsziele, festlegen und umsetzen zu können. Weitere Übungen und Hinweise zum Umgang mit Zeit in der Erwerbslosigkeit finden sich bei Kuhnert et al. (2008).

1.1.3 Von Erwerbslosigkeit bedroht – ein unterschätztes Risiko

Auch drohende Erwerbslosigkeit ist ein wachsendes soziales und gesundheitliches Problem. Akute Angst vor Erwerbslosigkeit haben bereits 20 Prozent der Bevölkerung (IAQ-Report, 2010). Obgleich noch nicht von allgemein unsicheren Beschäftigungsverhältnissen gesprochen werden kann (61 Prozent der Beschäftigten glauben gegen Erwerbslosigkeit abgesichert zu sein, Ostner et al., 2005), hat die schlechte Lohnentwicklung der letzten Jahre mit zunehmender Einkommensungleichheit und dem drohenden Statusverlust bei längerer Erwerbslosigkeit weite Teile der Erwerbsbevölkerung stark verunsichert.

Die Zunahme von Flexibilität (z.B. verbreitete Wohnortwechsel in bestimmten Regionen) und Niedrigstlöhnen zeigt, dass viele von Erwerbslosigkeit bedrohte Menschen entgegen einschlägigen Medienberichten bereit sind, große Anstrengungen aufzubringen, um nicht in die Erwerbslosigkeit abzurutschen. Tritt dieser Fall ein, werden teilweise enorme Anstrengungen unternommen, um wieder Arbeit zu finden.



Wer den Sprung aus der Erwerbslosigkeit schafft, gerät immer häufiger in unsichere, niedrig entlohnte Beschäftigung (Bescherer et al., 2008). 16 Prozent der Beschäftigten bestritten 1995 ihren Lebensunterhalt aus einem Niedriglohn (entspricht zwei Drittel unter dem Durchschnittslohn). 2007 waren es bereits 22 Prozent; 9 Prozent waren befristet beschäftigt sowie ca. 3 Prozent in Leiharbeit (Kalina & Weinkopf, 2009).

In dem von der Universität Dortmund geleiteten Gruppenberatungsprojekt Job Fit I, das als Pilotprojekt fungierte und eine ganze Reihe von Folgeprojekten einleitete, litten die teilnehmenden Transferbeschäftigten, die unmittelbar von Erwerbslosigkeit bedroht waren, unter ähnlich starken psychischen und physischen Beschwerden (Kuhnert & Kastner, 2006). Entsprechend sollten sich die bisher schon vielfältigen Angebote der Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte oder erwerbslose Menschen auch an die rasch wachsende Zielgruppe der prekär Beschäftigten wenden, die entweder unmittelbar von Erwerbslosigkeit bedroht sind oder schon Erwerbslosigkeitsphasen erlebt haben.

Vergleichsstudien zeigen, dass im Vergleich zu Vollzeitig Erwerbstätigen ohne Erwerbslosigkeitsphasen, Beschäftigte mit zurückliegender Erwerbslosigkeit bzw. in Sorge um ihren Arbeitsplatz

- ◆ ein etwa dreifach erhöhtes Risiko besitzen in den nächsten 3 Jahren zu versterben (GEK, 1999),
- ◆ mit höherer Wahrscheinlichkeit einen Herzinfarkt erleiden (Geyer, 1999),

- ◆ eine deutliche Zunahme beim BMI (Body mass index), der Schlafdauer von 9 und mehr Stunden sowie eine stärkere Ischämie und erhöhte Cholesterinwerte haben (Ferrie et al., 1998),
- ◆ keine bessere psychische Gesundheit aufweisen als aktuell Erwerbslose (Fryer and Winefield, 1998),
- ◆ u.a. einen signifikant schlechteren Gesundheitszustand (besonders bei Männern mit hohem Bildungsstatus), höheren Suchtmittelkonsum, höheren Blutdruck, ungünstige Cortisolwerte, Schlafstörungen und psychischen Distress aufweisen (Ferrie, 1999).

In unterschiedlichen Studien (u. a. mit Reinigungskräften) wird nachgewiesen, dass bei Arbeitsplatzunsicherheit Herz-/Kreislaufbeschwerden, Rücken-, Glieder- und Gelenkschmerzen, Augen- und Hautprobleme, Übelkeit, Magen- und Darmbeschwerden und Atemwegsbeschwerden stärker ausgeprägt sind (Mümken & Kieselbach, 2009, S. 319f.).

Prekäre Beschäftigung erhöht das relative Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen deutlich, wenn sie mit hoher intrinsischer Verausgabung einher geht (Siegrist, 1998).

Auch aktuelle Studien wie von Albani et al. (2007) unterstreichen dringenden Handlungsbedarf, denn Arbeitende mit Sorgen um ihren Arbeitsplatz hatten im Vergleich zu den sorgenfreien Beschäftigten ähnlich schlechte Gesundheitswerte wie die gleichfalls untersuchten Erwerbslosen. Sie fühlten sich sogar stärker überfordert als Erwerbslose, litten mehr unter dem Mangel an sozialer Anerkennung und sozialen Spannungen. Noch fast unbekannt sind die Folgen längerer Arbeitsplatzunsicherheit – treten hier „Gewöhnungseffekte“ ein („Unsicherheit als Normalität“) oder werden gesundheitliche und soziale Ressourcen so geschwächt, dass schwere chronische Erkrankungen fast unumgänglich sind?

Tipps und Empfehlungen für die Praxis

► Beim Einstieg in eine neue Beschäftigung sollte bei vormals erwerbslosen Menschen mit geschwächten Ressourcen auf die Beschäftigungsqualität der neuen Stellen geachtet werden. Die entscheidende Weichenstellung erfolgt durch die Betriebe selbst. Betriebsangehörige, deren Arbeitsplätze gefährdet sind oder die aus der „Arbeitslosigkeit kommen“ (und entsprechend verunsichert sind) müssen besondere Aufmerksamkeit erfahren. Als günstig haben sich dabei in den Betrieben folgende Maßnahmen erwiesen (Kieselbach et al., 2009):

- ◆ Erfahrene Fairness durch als gerecht empfundene Behandlung durch den Arbeitgeber.
- ◆ Systematisches Ansprechen von drei wichtigen Dimensionen von Gerechtigkeit (Verteilungsgerechtigkeit, Verfahrensgerechtigkeit und interaktionale Gerechtigkeit, z.B. in der Form der Zusammenarbeit und der Kommunikation am Arbeitsplatz).
- ◆ Aufbereitung betrieblicher Informationen in einer Form, die deutlich macht, was sie konkret für einzelne Gruppen von Beschäftigten und einzelne Personen bedeutet.
- ◆ Schaffen von Strukturen, die Stress, Schikane und Belästigungen am Arbeitsplatz sichtbarer machen.
- ◆ Vermeidung oder zumindest deutliche Einschränkung von Diskriminierungen vormals Erwerbsloser oder unsicher Beschäftigter in jeder Form.
- ◆ Vermeidung von hoher Erschöpfung, die nachweislich das Risiko für depressive Verstimmungen erhöht.
- ◆ Vermeidung von chronischer Arbeitsplatzunsicherheit (d.h. keine kurz- und mittelfristige Perspektive auf eine sichere Beschäftigung zu haben), die nachweislich zu den o.g. Folgen führt.

► Für die Entwicklung und Organisation von Gesundheitsförderungsangeboten muss beachtet werden, dass bei der Zielgruppe der von Erwerbslosigkeit Bedrohten eher mit einer sehr geringen Bereitschaft und Motivation für konkrete Aktivitäten der Gesundheitsförderung zu rechnen ist. Hingegen besteht allgemein eine hohe Bereitschaft für die Aufnahme von Aktivitäten, die wieder mehr Nähe zum Arbeitsmarkt herstellen. Nach Daten des sozio-ökonomischen Panels sind grundsätzlich unter Beschäftigten mit atypischen Arbeitsverhältnissen (befristete Verträge, Leiharbeiter) Weiterbildungen seltener anzutreffen als bei normal Beschäftigten (Brehmer & Seifert, 2007). Selbst Erwerbslose nehmen eher als atypisch Beschäftigte an beruflicher Erwachsenenbildung teil (Baltes & Hense, 2007). Entsprechend dürfte auch die Teilnahmebereitschaft an Gesundheitsförderungsangeboten eher gering sein. Dies hat bereits das erste Pilotprojekt des Job-Fit-Ansatzes in NRW gezeigt: Hier zeigten sich große Schwierigkeiten, neben Langzeiterwerbslosen auch (akut von Erwerbslosigkeit bedrohte) Transferbeschäftigte zu erreichen (Kuhnert & Kastner, 2006).

1.1.4 Eintritt in Erwerbslosigkeit – nicht warten, bis es weh tut

Das Erwerbslosigkeitsrisiko ist besonders für Menschen mit niedriger Qualifikation oder Schwerbehinderung hoch. Während ein Großteil der Beschäftigten im Verlauf ihres Arbeitslebens nie erwerbslos wird, sind andere mehrfach oder über lange Zeiträume betroffen (Hollederer, 2009). Früher glaubte man, dass bei Erwerbslosen anfangs kaum mit gesundheitlichen Einschränkungen zu rechnen ist.

Heute scheint es eher angebracht, auf Problemgruppen mit hohen Erkrankungsrisiken zu achten: Menschen mit geschwächten Ressourcen (z.B. finanzielle Probleme, vormals hoch belastende Arbeitsbedingungen) sind genauso gefährdet wie Menschen, die sich sehr stark über ihre Arbeit definiert haben. Die psychische Gesundheit verschlechtert sich zudem bei Männern auf andere Weise als bei Frauen (siehe Kapitel 4.1), bei Angehörigen gewerblicher Berufe stärker als bei Büroberufen.



Die Verschlechterung schreitet dabei im ersten Jahr der Erwerbslosigkeit rasch voran und erreicht schon um den neunten Monat ihren Höhepunkt (Paul & Moser, 2009). Entsprechend sollten Angebote der Gesundheitsförderung bereits unmittelbar nach der Arbeitslosigkeitsmeldung erfolgen. Gefragt ist dabei auch Gespür und Empathie gegenüber den (nicht immer direkt geäußerten) Anliegen der Kunden und Hilfesuchenden.

Die Analyse des Modellprojektes „NRW-Sozialbüros“ zeigt, dass finanziell schwache Hilfesuchende selbst kaum nach Beratungen zu persönlichen oder gesundheitlichen Problemen fragen (1,9 bis 4 Prozent): In den eigentlich auf Arbeitsvermittlung ausgerichteten Beratungen verbergen sich hinter vielen Äußerungen und Anliegen der Betroffenen oftmals gesundheitliche Probleme (MASQT, 2000). Psychische Belastungen wurden dabei mit 26 Prozent der Fälle noch häufiger als gesundheitliche Einschränkungen (22 Prozent), Suchtprobleme (13 Prozent) und Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (12 Prozent) genannt (ebd.). Bisher können jedoch die meisten Beratungsstellen keine dem Bedarf angemessenen Angebote machen (Kuhnert, 2004). Die Betroffenen selbst suchen hingegen kaum freiwillig professionelle Hilfe auf. Da die Chancen zur Wiederbeschäftigung eng an die Leistungsfähigkeit gekoppelt sind, werden eigene gesundheitliche Einschränkungen oft verharmlost oder nicht direkt geäußert (Kuhnert, 1999; MASQT, 2000). Die Betroffenen fürchten, dass durch die Thematisierung gesundheitlicher Probleme ihre Beschäftigungschancen und das schon oftmals niedrige Selbstwertgefühl weiter reduziert werden könnten.

Eine Kombination unterschiedlicher sozialer und gesundheitsbezogener individueller Beratungs- und Hilfsangebote, wie sie in Kapitel 6 vorgestellt werden, kann solche Hemmschwellen senken. Angebote der Gesundheitsförderung werden aber nur dann breitere Akzeptanz bei Betroffenen erringen, wenn sie nicht als weitere entmutigende Belastung ähnlich der vielen verblichenen Bemühungen um einen Arbeitsplatz oder eine erfolgversprechende Weiterbildung verstanden werden.

Tipps und Empfehlungen für die Praxis

- ▶ Erwerbslose haben einen hohen Bedarf an „unspezifischen“ Beratungsangeboten (Kuhnert, 2004). Viele Beratungsangebote mit engem Zuschnitt (z.B. Schuldnerberatung) oder Zielgruppenabgrenzung (Menschen mit Migrationshintergrund, Suchtproblemen, psychischen Problemen etc.) legen vorab das Problemspektrum fest. Demgegenüber hilft ein offenes Beratungsangebot, den oftmals eher „diffusen“ Problembezug von Hilfesuchenden zu strukturieren.
- ▶ Eine Beratung sollte aktivierend und motivierend sein. Berater und Klienten verständigen sich über die individuelle Problemlage, den grundsätzlichen Lösungsprozess und angemessene Lösungsschritte (MASQT, 2000).
- ▶ Bisher besitzen die Berater bei öffentlichen wie freien Trägern zumeist kein fertiges spezifisches Berufsprofil für Beratung und Hilfeplanung in prekären Lebenslagen. Hier sind Qualifizierungsmaßnahmen zu ergreifen oder externe Kompetenzen hinzuzuziehen. Personen, die eigene Erfahrungen mit der Bewältigung von Beschäftigungsunsicherheit in der aktuellen Berufssituation haben, können die Akzeptanz bei Ratsuchenden erhöhen. Zudem ist vermutlich das Einfühlungsvermögen und die Empathie für Menschen, die gerade durch den Eintritt in die Arbeitslosigkeit stark verunsichert sind, größer, wenn der Berufsverlauf des Beraters ebenfalls Brüche enthält und nicht den klassischen Verlauf (Schule, Ausbildungsphase, unbefristete Beschäftigung) genommen hat.
- ▶ Der Zwang zur Effektivität kann sich zum Beispiel auf die verfügbare Zeit für Erstgespräche mit Klienten auswirken („Ich muss freitags in vier Stunden 25 Erstgespräche führen.“, MASQT, 2000). Die Aufgabe des Beraters, auch die Gesundheit und gesamtgesellschaftliche Integration der Hilfesuchenden zu fördern, ist unter solchen Prämissen aber kaum noch möglich. Der Gesundheit ist im Vorfeld ein angemessener Raum innerhalb der verfügbaren Beratungszeit einzuräumen. Folgende weitere Aspekte sollten in der Beratung mit Menschen, die kurz vor dem Eintritt in die Arbeitslosigkeit stehen oder erst seit kurzer Zeit davon betroffen sind, beachtet werden:
 - ◆ Relativieren der Bedeutung von Arbeit besonders bei denjenigen Personen, die bisher im Beruf eine sehr hohe Bereitschaft zur Verausgabung gezeigt haben, denn diese tragen ein besonders hohes Erkrankungsrisiko. Freiwilligenarbeit, bewusst erlebte Freizeit, Aktivitäten mit der Familien oder Freunden (Dinge, die oftmals stark vernachlässigt wurden) können wieder positive Emotionen und Erlebnisse vermitteln (Kuhnert et al., 2008).
 - ◆ Personen, die eher zur Verharmlosung der Situation neigen, sollten auf die sozialen und gesundheitlichen Risiken von Erwerbslosigkeit hingewiesen werden. Hier sind Hinweise auf die Aufnahme von sozialen oder kulturellen Aktivitäten nützlich, die sich möglichst mit Interessen und positiven Erfahrungen im bisherigen Berufs- und Privatleben decken sollten.
 - ◆ Personen, die schon erste Anzeichen von Resignation und Hoffungslosigkeit zeigen (z.B. aufgrund schlechter Gesundheit, höherem Alter oder beruflichen Qualifikationsdefiziten), sollten möglichst rasch an Gruppenaktivitäten „herangeführt“ werden, die bereits kurzfristig Erfolgserlebnisse sowie Anerkennung und Wertschätzung vermitteln.
- ▶ Beratungsinterventionen mit sozial Benachteiligten sollten grundsätzlich Sorge tragen für:
 - ◆ eine gezielte und aufeinander abgestimmte methodische Kombination von Aufklärung bzw. Beratung, praktischem Training und Einüben des neuen Wissens bzw. Verhaltens und Management im Alltag,
 - ◆ aktive Einbeziehung der Betroffenen in die Durchführung der Interventionsmaßnahmen,
 - ◆ gezielte Schulung und Begleitung der professionellen Berater im Hinblick auf die Besonderheit der Arbeit mit sozial Benachteiligten.

1.1.5 Jugendliche Erwerbslose – Einstieg in Krankheit statt in Arbeit?

Die Sorge um eine sichere Zukunft belastet in Deutschland inzwischen viele junge Menschen. 37 Prozent befürchten, nach ihrer Ausbildung keinen Arbeitsplatz zu finden (F.A.Z.-Institut & Techniker-Krankenkasse, 2009). Für viele Jugendliche und junge Erwachsene unter 25 Jahren ist dies bereits bittere Realität, denn sie haben den direkten Übergang in eine Erwerbstätigkeit aus Schule oder Ausbildung nicht geschafft und sehen sich stattdessen vermehrt sozialen und gesundheitlichen Risiken ausgesetzt. In Deutschland liegt das Niveau der Jugenderwerbslosigkeit im Jahr 2007 bei 8,5 Prozent. In den neuen Bundesländern sind mit 14,4 Prozent weitaus mehr Jugendliche betroffen – in Westdeutschland sind es 6,9 Prozent (Beelmann, 2009). Viele Jugendliche (im Jahr 2005 ca. 380.000) gelten zudem als „abgetaucht“, d.h. sie entziehen sich den amtlichen Statistiken, indem Sie weder in berufsvorbereitenden Maßnahmen (z. B. freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr) integriert sind, noch ALG-II-Bezüge oder Sozialgeld erhalten.



Bereits jüngere Erwerbslose weisen erhebliche gesundheitliche Einschränkungen auf und zeigen selbstschädigendes Gesundheitsverhalten (Kuhnert, 2007b). Es finden sich auch keine Hinweise, dass Jugendliche und junge Erwachsene weniger von sozialen und psychischen Belastungen betroffen sind als Erwachsene – was man aufgrund ihrer erst relativ kurzen Erfahrungen mit der Arbeitswelt vermuten könnte. In einer Studie von McKee-Ryan et al. (2005) waren die jüngeren Erwerbslosen in ihrer psychischen Gesundheit sogar stärker beeinträchtigt als Erwachsene.

Auffällig sind erhöhte Nervosität und Depressionen (z. B. Hammerstrom & Janlert 1997; Kieselbach et al., 2000). Junge Erwerbslose empfinden die finanziellen Einbußen als stärkste Belastung (Álvaro & Garrido, 2003), da diese sie in ihren Konsummöglichkeiten, Freizeitaktivitäten und sozialen Beziehungen einschränken (Kieselbach & Beelmann, 2000). Psychosoziale Krisen und gesundheitliche Beschwerden werden auch durch die verlängerte finanzielle Abhängigkeit vom Elternhaus verschärft. Die finanzielle Unterstützung durch die Eltern kann das psychische Wohlbefinden der Jugendlichen zwar auch stabilisieren; sie führt aber zu Spannungen, wenn sie von den Jugendlichen als Abhängigkeit empfunden wird (Hammer, 2000; Schaufeli, 1997). Da das ALG II seit dem 1. April 2006 keine Finanzierung einer eigenen Wohnung für erwerbslose Jugendliche bis 25 Jahre mehr vorsieht, dürfte diese angespannte Lage andauern (Gille et al., 2006; Reinowski & Steiner, 2006).

Das gilt besonders, wenn die Jugendlichen keinen festen Partner haben (Jacob & Kleinert, 2007).

Obleich junge erwerbslose Frauen überdurchschnittlich oft von relativer Einkommensarmut betroffen sind, ist der Zusammenhang zwischen finanziellen Problemen und einem geringen Wohlbefinden bei ihnen weniger deutlich ausgeprägt (Schels, 2007). Für jüngere erwerbslose Männer hingegen ist die Erwerbstätigkeit ein zentraler Faktor für ein ausgeglichenes psychisches Wohlbefinden. Der Verlust der Arbeit ist daher für sie besonders schmerzhaft.

Neben der angespannten finanziellen Situation sind viele erwerbslose Jugendliche auch anderweitig belastet – durch soziale Isolation, fehlende Bildungsabschlüsse, familiäre Probleme und Suchtproblematiken. Diese Faktoren verhindern den Anschluss an den Arbeitsmarkt und beschleunigen soziale Ausgrenzung (Beelmann, 2000).



Allgemein gelten 20 Prozent aller Kinder und Jugendlichen als psychisch auffällig – so ein Ergebnis der großen Kinder- und Jugendgesundheitsstudie KiGGS des Robert Koch-Instituts (2007). Die besondere Brisanz psychischer Erkrankungsrisiken für jugendliche Erwerbslose ist also mehr als deutlich. Über 1,5 Millionen Kinder leben mit Eltern zusammen, die an einer schweren psychischen Erkrankung leiden.

Durch das „Ansteckungsphänomen“ sind Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien häufiger psychisch auffällig und haben generell einen schlechteren Gesundheitszustand. Die Folgen solcher gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind häufig empfindliche Einbußen an Lebensqualität, u. a. massive Schulschwierigkeiten.

Kinderarmut und Armut unter Jugendlichen nehmen in Deutschland zu (Stand 2005: 2,361 Millionen). Neben der materiellen Not entsteht fast unbemerkt eine innere Notlage, die besonders erwerbslose Jugendliche oder Kinder und Jugendliche in Erwerbslosenfamilien in Form von Vernachlässigung, Verwahrlosung und Selbstüberlassung erleben. Die innere Welt gerät aus den Fugen, wenn Mitgefühl und Zuwendung fehlen. Es kommt zu Überforderung, Orientierungslosigkeit und Haltlosigkeit. In diesen existenziellen Krisensituationen ist das Thema Gesundheit erst einmal zweitrangig. Daher müssen auch pädagogische Ansätze zu den Jugendlichen gefunden werden, die an existenziellen Problemen, aber auch Phänomenen wie „innerer Armut“ (Müller, 2008) ansetzen. Über diesen Weg können wieder neue Perspektiven entstehen, die auch Gesundheitsaktivitäten sinnvoll und attraktiv erscheinen lassen.

Nicht zuletzt sind psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter oft Vorläufer für psychische Störungen im Erwachsenenalter und ziehen starke ökonomische Belastungen der sozialen Sicherungssysteme nach sich. Die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist deshalb eine vorrangige Aufgabe und von weitreichender Bedeutung, besonders Interventionen zum Erhalt der psychischen und körperlichen Gesundheit von erwerbslosen Jugendlichen. Nur so kann ein „Einstieg in Krankheit statt Arbeit“ verhindert werden.

Tipps und Empfehlungen für die Praxis

- ▶ Platzieren Sie Gesundheitsförderung innerhalb von Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen!

Um Maßnahmeabbrüche zu verhindern, fördern Jugendhilfeprojekte die emotionale und psychosoziale Stabilisierung sowie Persönlichkeitsentwicklung und Gesundheit erwerbsloser Jugendlicher. Besonders erfolgreich bei so genannten mehrfach benachteiligten Jugendlichen (im Arbeitsmarkt schwerstvermittelbar) sind Projekte, die gemeinsam mit den Jugendlichen eine individuelle Zielperspektive entwickeln (Beelmann, 2009) und auch die Verbesserung der psychischen Gesundheit einschließen (Mohr & Richter, 2008).

- ▶ Bei vielen Jugendlichen mit psychischen Problemen und riskantem Suchtmittelkonsum muss der Arbeitsförderung eine intensive Beratungs- und Behandlungsphase (innerhalb des Fallmanagements) vorangestellt werden, wie ein in Kapitel 6 vorgestelltes NRW-Projekt der Gesundheitsförderung im klinischen Bereich unterstreicht. Die psychischen Problemlagen jugendlicher Erwerbsloser stellt auch das Modellprojekt „Brücken in Arbeit“ in den Mittelpunkt. Nach einem sechsmonatigen Training hatten Teilnehmende ihre Selbstwirksamkeits- und Kontrollwartungen (wichtig für zielgerichtetes und erfolgreiches Handeln) und gesundheitliche Befindlichkeit verbessert (Schmidt, 2008, www.projekt-bridges.de).

- ▶ Die hohe Bedeutung der psychischen Stabilität findet in einem Schweizer Projekt mit Jugendlichen Beachtung, die eine Ausbildungsstelle suchen, indem eine gezielte Förderung der Widerstandsfähigkeit (Resilienz) stattfindet (Oser & Dügge, 2008). Durch das Empfinden von Lebenssinn und Freude wird die bestehende Hoffnungslosigkeit und Bedrohlichkeit der Zukunft entschärft.

- ▶ Selbst Kurzzeitprogramme auf Basis kognitiv-behavioraler Therapieansätze konnten bei langzeiterwerbslosen Jugendlichen in Australien Stress reduzieren und das Bewältigungsverhalten verbessern (Beelmann, 2009).

- ▶ Finden Sie neue Wege zu jungen Erwerbslosen!

Ein gutes Modell für die Arbeit mit erwerbslosen Jugendlichen stellt auch das Schulprojekt „Verrückt? Na und!“ des Leipziger Vereins „Irrsinnig Menschlich e.V.“ dar. Das Projekt will Jugendliche für psychische Gesundheit sensibilisieren, Prävention fördern und helfen, Offenheit, Verständnis und Toleranz in zwischenmenschlichen Beziehungen zu üben. Die Schülerinnen und Schüler setzen sich mit ihrem eigenen Leben auseinander, lernen Menschen kennen, die psychische Krankheit erlebt haben und erfahren, was sie für ihre eigene seelische Gesundheit tun können. Das kann Ängsten und Vorurteilen entgegenwirken und den Blick für das eigene Leben schärfen.

Als „Erfahrungsexperten“ vermitteln sie dann insbesondere psychisch gefährdeten Schülern wichtige Botschaften.

Irrsinnig Menschlich e.V. - Verein für Öffentlichkeitsarbeit in der Psychiatrie

Johannisallee 20, 04317 Leipzig

Telefon: 0341-2228990

E-Mail: info@irrsinnig-menschlich.de

Internet: www.verrueckt-na-und.de

www.irrsinnig-menschlich.de

- ▶ Sprechen Sie erwerbslose Jugendliche mit Bewegung und Sport an!

Ein nahe liegender Weg, junge Erwerbslose zu erreichen, sind die ausführlich in Kap. 3.6.1 vorgestellten Ansätze, mit denen wieder mehr „Bewegung und Spaß in den Alltag“ gebracht werden soll. Hier kann besonders für Jugendliche auf ein breites Spektrum von Angeboten aus dem Breitensport zurückgegriffen werden.

- ▶ Nutzen Sie bestehende Angebote der Gesundheitsförderung für Kinder- und Jugendliche!

Für die Entwicklung und Durchführung gesundheitsförderlicher Aktivitäten mit jungen Erwerbslosen unter 25 Jahren kann auch auf zahlreiche bestehende Angebote der Gesundheitsförderung zurückgegriffen werden, die generell für diese Altersgruppe angeboten werden. Hier ist eine gute Verzahnung mit der kommunalen Gesundheitsförderung wichtig.

Zahlreiche Projekte der Gesundheitsförderung mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen findet man über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): www.bzga.de.

Das Fachkräfteportal der Kinder- und Jugendhilfe findet sich unter www.jugendhilfeportal.de.

Auf der Internetplattform <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de> finden sich in einer eigenen Rubrik [<http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/kindergesundheit>] vielseitige Informationen zu Projekten mit benachteiligten Kindern und Jugendlichen: Zum Beispiel eine Übersicht der inzwischen 58 Good Practice-Projekte für Kinder und Jugendliche (Stand: Dezember 2010). Das Spektrum der Projekte ist breit und reicht von Familienlotsen und Familienhebammen über Kiezdetektive, Kita- und Schulprojekte bis hin zu Gesundheitsnetzwerken. Des Weiteren finden Sie auf der Seite Informationen über die Aktivitäten der Regionalen Knoten in diesem Handlungsfeld sowie viele Literaturtipps und Materialien.

1.1.6 Plötzlich ohne Arbeit – Identitätskrise im Erwachsenenalter

„Arbeit gehört nun mal zum Leben.“

(Zitat aus dem Film „Losers and Winners“ von Ulrike Franke und Michael Loeken)

Erwerbslosigkeit kann Menschen in unterschiedlichen Lebensphasen treffen. Charakteristika dieser Phasen sollten bei der Suche nach Ansatzpunkten zur Gesundheitsförderung nicht außer Acht bleiben – das ist auch für die Akzeptanz von Maßnahmen wichtig. In gängigen Klassifikationen wird das frühe Erwachsenenalter in die Zeit vom 20. bis 40. Lebensjahr gelegt, das mittlere in das 40. bis 60. Lebensjahr (vgl. Faltermaier, 2005).

Das Eingangszitat stammt sicher von jemandem, der „mitten im Arbeitsleben“ steht – auf das Lebensalter bezogen irgendwo zwischen Ausbildung und sich abzeichnendem Ruhestand. Dieses mittlere Erwachsenenalter ist hauptsächlich durch bestimmte soziale Rollen geprägt, wie Berufstätigkeit und Übernahme familiärer Verantwortung (Ehe, Kinder). Einschneidende Ereignisse wie Erwerbslosigkeit bedeuten daher den Wegfall eines wichtigen Identitätspfeilers und stellen eine besonders extreme Belastung dar – insbesondere wenn die Identität stark über den Beruf bestimmt ist (vgl. auch Kapitel 1.1.3).

Gleichzeitig zeigen sich in dieser Altersphase auch oft die ersten körperlichen Anzeichen des Alterns. Das sind nicht nur Falten und graue Haare, sondern beispielsweise Gelenkbeschwerden, steigender Blutdruck oder chronische Erkrankungen. Amerikanische Forschungsergebnisse zeigen, dass neben der Alterklasse der 51- bis 61jährigen Erwerbslosen auch die der 35- bis 44jährigen Erwerbslosen besonders gefährdet ist für Herzinfarkte, Schlaganfälle und depressive Störungen (Kuhnert, 2005).

Bezüglich der Stressbelastung sind in der Allgemeinbevölkerung die Gruppen der 30- bis 39jährigen am

stärksten betroffen, gefolgt von den 40- bis 49jährigen (F.A.Z.-Institut und Techniker Krankenkasse, 2009).

Langzeiterwerbslos sind zu einem hohen Prozentsatz Personen des mittleren und höheren Erwachsenenalters. Die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt ist für ältere Personen im Vergleich zu jüngeren nach wie vor erschwert (s. auch: Gesund & fit bleiben. Praxisratgeber zur Gesundheitsförderung bei Langzeitarbeitslosen 50plus, 2007). Dass mit zunehmendem Alter auch die körperlichen Beeinträchtigungen (Rückenbeschwerden, Gelenkbeschwerden, Herzkreislauf-Erkrankungen, Diabetes etc.) prozentual ansteigen, belastet die Arbeitsfähigkeit zusätzlich.

Obgleich die Anzahl der über 50jährigen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in den letzten Jahren wieder ansteigt – allein von 12,2 Prozent in 1999 auf 17,2 Prozent im Jahr 2005 – sind in deutschen Betrieben (im Unterschied z.B. zu Finnland) kaum altersgemäße Arbeitsfelder entwickelt worden (Isfort & Weidner, 2007). Das höhere Erwerbsaustrittsalter in anderen Ländern (z.B. Dänemark, Schweden) führt dort auch zu höherer gesellschaftlicher Wertschätzung von Älteren bei der Arbeit (Siegrist, Dragano & Wahrendorf, 2010).

Eine neue Herausforderung besteht für die heute über 50jährigen auch darin, sich den neuen Arbeitsmarktverhältnissen (Lohneinbußen, Befristung von Arbeitsverträgen, stetige Flexibilität und Mobilität) anzupassen. Betroffene sind also nicht nur gefordert, sich mit der Erwerbslosigkeit an sich auseinanderzusetzen, sondern auch mit der Aussicht, möglicherweise altersbedingt ohne Arbeit zu bleiben. Mit diesem doppelten Stigma zu leben ist für viele schwierig und erklärt ein hohes Maß an Frustration und Demotivation in der Gruppe älterer Erwerbsloser. Zwischen der Forderung nach längerer Lebensarbeitszeit einerseits und der negativen Einschätzung der Beschäftigungsfähigkeit älterer Erwerbsloser andererseits besteht ein eklatanter Widerspruch. Hier besteht großer Handlungsbedarf.

Tipps und Empfehlungen für die Praxis

„Mein Gesundheitszustand hat sich durch den Wegfall von Stress und weniger körperliche Belastung eher verbessert. Auf das Alter wurde im Job ohnehin keine Rücksicht genommen, die Leistung wurde ja immer höher geschraubt.“

(Mann, 60 Jahre, seit 3 Jahren erwerbslos)

► Wenn sich im mittleren Erwachsenenalter die ersten Anzeichen von Krankheit zeigen, kann das allein schon eine Auseinandersetzung mit der eigenen Gesundheit anstoßen. Der Körper wird plötzlich stärker wahrgenommen als im alltäglichen, gesunden Funktionieren. Diese Altersgruppe findet mitunter einen einfacheren Zugang zu den klassischen Gesundheitsthemen bewusste Ernährung, Bewegungsförderung oder Umgang mit Stress.

► Auch Gespräche über die unterschiedlichen Wahrnehmungen von Erwerbslosigkeit sind sinnvoll: Zum Beispiel kann Erwerbslosigkeit als vorübergehende „Durchgangsstation“ auf dem Weg zur richtigen Identität betrachtet werden („Eigentlich wollte ich doch immer etwas ganz anderes machen“). Vielleicht öffnen sich so ganz neue Perspektiven.

► Ältere hoch belastete Beschäftigte und ältere Erwerbslose zeigen ähnliche gesundheitliche Beschwerdebilder, die ähnliche Strategien der Gesundheitsförderung nahe legen. Durch gemeinsam genutzte Gesundheitsangebote in Gruppenberatungen der TU Dortmund konnte dem Unbehagen entgegengewirkt werden, das besonders ältere erwerbslose Menschen mit sehr langer Lebensarbeitszeit in Gruppen verspüren, an denen ausschließlich Erwerbslose teilnehmen (Kuhnert et al., 2008) (vgl. auch Kapitel 4.2).

► Berater können ein Umdenken in die Richtung anstoßen, Alter nicht als Defizit, sondern vielmehr als Ressource und Erfahrungsschatz zu sehen. Hilfreich sind dazu Fragen wie diese:

- ◆ „Was ist eigentlich das Gute an Ihrem Alter?“
- ◆ „Was zeichnet Sie positiv gegenüber einem 25jährigen Menschen aus?“
- ◆ „Was haben Sie heute Positives, was Sie mit 30 Jahren noch nicht hatten?“

► Wenn (Lebens-)Ziele verloren gehen, ist ein Nutzen von Gesundheitsangeboten kaum einsichtig. „Wofür denn auch?“ ist dann die logische Schlussfolgerung. Das Ziel muss also im ersten Schritt gar nicht „gesund leben“ heißen, sondern zunächst neu zu entdecken, warum es sich lohnen kann, nicht krank zu sein. Gerade wer jahrelang im Berufsleben gestanden hat, braucht unbedingt eine solche „Neujustierung“. Das Zauberwort heißt dann „Neuorientierung der individuellen Lebensziele“, wobei die Frage „Wer bin ich und was möchte ich erreichen?“ im Mittelpunkt steht. Gesundheit wird dann erstrebenswert, wenn sie Sinn macht. Eigene Lebensziele helfen dabei, den Nutzen von Gesundheit zu erkennen – nämlich Wünsche und Lebensziele besser verwirklichen zu können.

► Sprechen Sie darüber, welche alternativen Ziele es neben der klassischen Erwerbstätigkeit geben kann (z.B. Ehrenamt, familiäres und soziales Engagement, Erweiterung der persönlichen Kompetenzen), die zunächst einfacher zu erreichen sind (siehe hierzu auch Kapitel 1.1.2).

► Damit kurzfristig Erfolge erzielt werden, kann auf Techniken zur Zielsetzung aus dem Zeitmanagement zurückgegriffen werden. Oft mangelt es schlicht an konkreten Handlungsschritten für den Alltag. Nach dem SMART-Modell sollten Ziele

Spezifisch und konkret,

Messbar,

Anspruchsvoll und positiv ,

Realistisch,

Terminiert sein.

Es hilft, Ziele schriftlich festzuhalten!

1.1.7 Mehr Gesundheit durch Wertschätzung, Anerkennung und Stolz

Die Bedeutung von Wertschätzung und Anerkennung für die Gesundheit wird noch weitgehend unterschätzt. Die Erfahrung körperlicher und psychischer Einschränkungen, wie sie durch fehlende oder unsichere Erwerbsarbeit ausgelöst werden, führt oft zu einem geringem Selbstwert- und Selbstwirksamkeitsempfinden der Betroffenen (Paul & Moser, 2009; Kuhnert & Kastner, 2009). Depressionen können zunehmen, wenn zum Arbeitsplatzverlust und wegfallendem Einkommen auch noch anderes hinzukommt – der Verlust einer vertrauensvollen und stabilisierenden Beziehung, der sozialen Unterstützung und Wertschätzung sowie des Selbstwerts (Wolfersdorf, 2007, S. 201f).

Jeder Mensch will für erbrachte Leistungen eine als angemessen empfundene Belohnung erhalten. Das „Modell beruflicher Gratifikationskrisen“ beschreibt, dass bei einem hohen Grad an Engagement (wie bei der Arbeitsplatzsuche bzw. -sicherung) ein entsprechend hohes Maß an Belohnung erwartet wird, nicht nur in Form von Bezahlung, sondern auch in Form von Anerkennung und Wertschätzung sowie Arbeitsplatzsicherheit (Siegrist, 2004).



Nur wenigen Arbeitslosen gelingt aus eigener Initiative, Wertschätzung und Anerkennung jenseits der Erwerbsarbeit zu finden, zum Beispiel aus der selbstversorgenden Nutzung des eigenen Gartens (Kuhnert, 2007b):

„Ich habe ja immerhin über 80 Stück (Kaninchen). Ich bin eine Art Biogärtner. Ich züchte (im selbstgebauten Gewächshaus) Schlängengurken, Zucchini, Ananas, Honigmelonen und Paprika. [...] Gemüse für den Wintervorrat (in zwei Kühltruhen). Dann verkaufe ich noch Salat und Bohnen.“

(Angelernter erwerbsloser Arbeiter, 41 Jahre).

Das Beispiel zeigt, dass Wertschätzung und Anerkennung durch erfüllende Aufgaben auch in der Erwerbslosigkeit möglich sind. Dabei können auch selbst organisierte Dienstleistungsangebote eine Rolle spielen. Tauschringe etwa bieten für Langzeiterwerbslose nicht nur ökonomische Vorteile, sondern auch eine gute Möglichkeit, neue Kontakte zu knüpfen, Selbstvertrauen und Wertschätzung zu erhöhen (Krebs, 2005, S. 36-37).

Wichtig ist auch, dass die Betroffenen sich als Menschen mit allen ihren Fehlern annehmen. Diese bedingungslose Selbstwertschätzung, die „Freundschaft mit sich selbst“, wird zum Ausgangspunkt der Lebensbewältigung.

Ein hoher Selbstwert geht mit Zufriedenheit und positivem Befinden einher (Semmer, Jacobshagen & Meier, 2006, S. 87f.). Selbstwertbedrohung führt hingegen häufig zu Stress. Folgende aus dem „Stress as Offence to Self-Konzept“ abgeleiteten Stressoren sind zu nennen:

- ◆ respektloses Verhalten von Vorgesetzten und Mitarbeitenden (bei Erwerbslosen: Verantwortliche in Behörden).
- ◆ Als illegitim wahrgenommene Stressfaktoren. Dazu gehört z. B. das pedantische Einhalten von Formalien und Fristen in Arbeitsabläufen, die kaum Auswirkungen auf die realen Arbeitsergebnisse haben oder das Setzen von Fristen, die nicht eingehalten werden können (bei Erwerbslosen können dies z.B. „überhäufte persönliche Vorstellungstermine“ in der Arbeitsverwaltung sein oder Einhalten einer bestimmten Mindestanzahl von Bewerbungen in einem vorgegebenen Zeitraum).
- ◆ Als illegitim empfundene Arbeitsaufgaben (bei Erwerbslosen: als unpassend empfundene Stellenangebote oder sinnlose Fortbildungen).

Bei Beschäftigten wie auch Erwerbslosen ist hier besonders die erlebte Fairness wichtig (Höge, 2005). Erlebte Unfairness führt vermehrt zu innerer Kündigung, Stress, psychosomatischen Beschwerden, Diebstahl und Fehlzeiten (Streicher & Frey, 2010).

Wertschätzung und Anerkennung haben eine hohe Bedeutung für die Personalentwicklung, gesundheitliche Prävention (Aries & Zuppiger Ritter, 1999) und die Beschäftigungsfähigkeit (Bergmann, Pietrzyk & Richter, 2007, S. 207f.).

Tipps und Empfehlungen für die Praxis

► Das Verständnis für den Kunden und das Ausschöpfen beraterischer Freiräume kann im Fallmanagement schon eine wichtige wertschätzende Grundhaltung sein. Wichtig ist, die Kunden durch Anerkennung ihrer Biographie aufzuwerten. Im Umgang mit kritischen und emotionalen Situation in der Beratungsarbeit mit Erwerbslosen (siehe Kapitel 2.1.3.) ist auch die soziale Wertschätzung wichtig, die Beschäftigte wie Erwerbslose stärker als Sozialwesen sieht (Veith & Schweitzer, 2009). Die Kunden sollen, obwohl sie aktuell keiner Erwerbsarbeit nachgehen, das Gefühl haben, in der Familie, im Freundeskreis und ggf. auch in Vereinen wichtige Leistungen für die Allgemeinheit und den sozialen Zusammenhalt der Gesellschaft zu erbringen.

► Wertschätzung und Anerkennung können sich verbal und nonverbal äußern. Die Breite des Spektrums persönlicher Wertschätzung umfasst zum Beispiel (Kaletta, 2008, S. 131-132):

- ◆ regelmäßige Kontaktaufnahme
- ◆ Hilfe in Notsituationen (Zuspruch, Geld, Trost, Ermutigung, Ratschläge)
- ◆ Aufmerksamkeit(en)
- ◆ Akzeptanz von Unterschiedlichkeit (Toleranz anderen Lebensstils, Gefühlleben, Mitfreude etc.)
- ◆ gemeinsames Lachen und gegenseitiges Verständnis

Als Schlüsselbegriff für Wertschätzung sind die „Gesprächspartnerschaften“ zu sehen, in denen versucht wird, in Worten und Taten des anderen Wertvolles zu finden (Anderson et al. 2004, S. 28-31). Dazu gehört:

- ◆ „positives Zuhören“ (aufmerksam und respektvoll sein)
- ◆ intensive Neugier zeigen („Haltung des Nicht-Wissens“)
- ◆ dem anderen Raum und Zeit geben, sich auszudrücken
- ◆ „Wir-Erzählungen“ fördern und
- ◆ Beschuldigungspraktiken überwinden.

Innerhalb der Stabilisierenden Gruppen wurden diese Wertschätzungspraktiken vielfach und intensiv eingesetzt (Bernds & Kuhnert, 2008; Kaczerowski & Kuhnert, 2008).

► Gesellschaftliche Verwurzelung ist eine wichtige Basis für erfahrene Wertschätzung:

- ◆ Berater können auch die in unserer Gesellschaft schwindende gesellschaftliche wie persönliche Verwurzelung ansprechen. Wem diese Verwurzelung fehlt, der kann versuchen, sie sich durch verantwortliche Aufgaben zurückzuholen. Wer einmal in der Woche in einem Krankenhaus krebserkrankte Kinder besucht, tut etwas Sinnvolles, auf das er stolz sein kann. Darüber erfährt er Wertschätzung und Anerkennung.
- ◆ Im Kapitel 2.1.4 werden direkt praktische Hinweise zur Vermittlung von Wertschätzung und Anerkennung in Gruppen gegeben.
- ◆ Wertschätzung und Anerkennung von Erwerbslosen oder prekär beschäftigten Menschen können auch gut durch künstlerische Projekte unterstützt werden. In der österreichischen EQUAL Entwicklungspartnerschaft U-Turn – „Erfahrung wertschätzen, Wertschätzung erfahren“ wurden u. a. in einem Modul mit erwerbslosen Männern und Frauen äußerst eindrucksvolle filmische Kurzportraits unter Einbezug von privaten Fotos erstellt und überregional verbreitet (Anastasiadis, 2007, S. 54).

2. Beratungssituationen gesundheitsfördernd gestalten

In diesem Kapitel geht es weniger um klassische Beratungstechniken, sondern explizit um solche, die der (psychischen) Gesundheit von Erwerbslosen im Kontakt mit Fallmanagern, Beratern, Dozenten und Trainern dienlich sind.

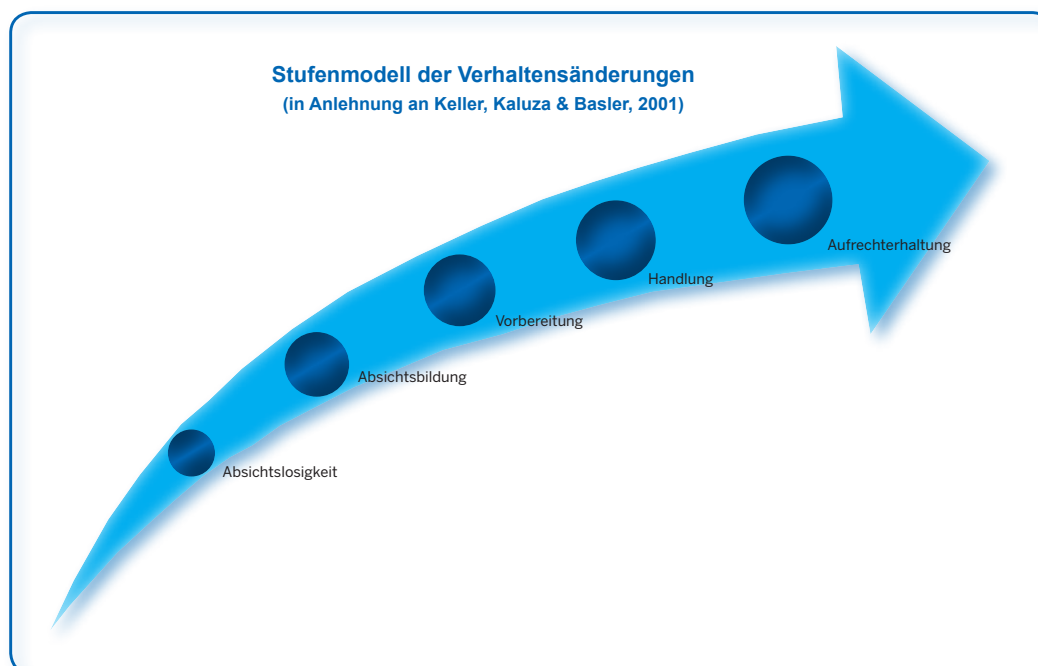
Zielgruppe, speziell für die Tipps und Empfehlungen, sind daher alle Personen in Institutionen mit Kontakt zu Erwerbslosen bzw. mit von Erwerbslosigkeit bedrohten Personen, insbesondere bei

- ◆ Arbeitsagenturen, Jobcentern,
- ◆ Sozialberatungen,
- ◆ Weiterbildungs- und Qualifizierungsträgern,
- ◆ medizinischen und psychologischen Diensten,
- ◆ therapeutischen und rehabilitativen Einrichtungen.

2.1 Die richtige Beratung zur richtigen Zeit

Beratungen und Trainings mit Erwerbslosen verlaufen häufig nicht sehr erfolgversprechend, manchmal sogar eher frustrierend. Viele erwerbslose Personen in Weiterbildungsmaßnahmen zeigen ein hohes Maß an Resignation, Frustration und innerem Widerstand – was sich zum Beispiel in verweigerter Mitarbeit, Aggression oder auch Fernbleiben äußert. Häufig äußern Dozenten nach Veranstaltungen: „Ich konnte kaum inhaltlich arbeiten, ich habe fast nur Motivationsarbeit geleistet, um überhaupt eine Arbeitsebene zu finden.“ Das macht deutlich: Veränderungen geschehen meistens prozesshaft und selten von heute auf morgen. Sonst wäre jede Motivationsarbeit überflüssig. Es ist sehr schwer, gewohnte Verhaltensweisen zu verändern – das gilt besonders für den Gesundheitsbereich. Sonst würden viel mehr Menschen das Rauchen aufgeben und gesünder essen.

Abbildung 4: Stufenmodell der Verhaltensänderungen





Wenn 20 Personen in einem Raum sitzen, haben nicht alle die gleiche Veränderungsbeurteilung oder -fähigkeit. Daher ist es für eine erfolgreiche Beratung hilfreich, einen Blick auf die aktuelle Ausgangslage der Teilnehmenden zu werfen und dann die richtige Beratung für die entsprechende Stufe des Entwicklungsprozesses anzubieten.

Im **Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderungen (TTM)** von Prochaska und DiClemente wird dieser Stufenprozess veranschaulicht. Für eine dauerhafte Verhaltensänderung müssen alle Stufen berücksichtigt werden, da sie aufeinander aufbauen. Je nach Stufe (die im Gespräch mit dem Klienten zu ermitteln ist) sind dann unterschiedliche Beratungsstrategien angezeigt.



Beispielsweise macht es wenig Sinn, mit jemandem über konkrete Maßnahmen der Raucherentwöhnung zu sprechen, wenn überhaupt keine entsprechende Absicht vorhanden ist. Vielmehr muss dann zunächst Interesse geweckt werden – etwa durch stärkere Aufklärung über körperliche Auswirkungen des Nikotins (s. Stufenmodell: Beratungsstrategien für die Phasen der ‚Absichtslosigkeit‘) (s. Abbildung 4).

Absichtslosigkeit

Keine Intention, das problematische Verhalten in der nächsten Zeit zu ändern.

Anzeichen: Resignation, Widerstände, fehlende Information.

Beratungsstrategien: Informationsvermittlung, Interesse wecken.

Absichtserklärung

Erwägung, das problematische Verhalten in den nächsten 6 Monaten zu ändern.

Anzeichen: Bewusstsein für Problemverhalten, Ambivalenz, ausgewogene Balance der Vor- und Nachteile einer Veränderung.

Beratungsstrategien: Ambivalenz von Pro und Kontra der Veränderung bearbeiten (bildlich mit Entscheidungswaage, s. Kapitel 2.2), Selbstwirksamkeit stärken.

Vorbereitung:

Erste Schritte der Veränderung wurden eingeleitet, das Zielverhalten wird in den nächsten 30 Tagen angestrebt.

Anzeichen: Hohe Handlungsmotivation, erste bereits getane Schritte.

Beratungsstrategien: Ziele setzen und Vereinbarungen für konkrete Schritte treffen, Unterstützung suchen.

Handlung:

Das angestrebte Verhalten wird seit weniger als 6 Monaten gezeigt.

Anzeichen: Aktive Verhaltensweisen der Veränderung.

Beratungsstrategien: Selbstwirksamkeit und Selbstvertrauen stärken (erfolgreiche Schritte), Barrieren bewusst machen und überwinden, Strategien zum Umgang mit Rückfällen.

Aufrechterhaltung:

Das angestrebte Verhalten wird seit mehr als 6 Monaten beibehalten.

Anzeichen: Aktive Verhaltensweisen plus Maßnahmen der Rückfallprophylaxe.

Beratungsstrategien: s. Handlung.

Das Problem vieler Gesundheitsprogramme ist, dass nur Menschen angesprochen werden, die sich bereits in einer fortgeschrittenen Phase der Veränderungsbereitschaft befinden und schon eigene aktive Schritte unternommen haben. Besonders langzeiterwerbslose Personen sind aber oft demotiviert und resigniert. Das TTM kann helfen, gezielt solche Personen anzusprechen, die als schwer motivierbar gelten. Besonders wichtig sind hier gute Strategien für die Phasen der Absichtslosigkeit und Absichtsbildung (Interesse und Neugierde wecken).

Tipps und Empfehlungen für die Praxis

- ▶ Besonders in der Durchführung von Gruppenmaßnahmen sollte beachtet werden, dass sich einzelne Personen nicht unbedingt in der gleichen Phase einer Veränderung befinden und entsprechend unterschiedliche Beratungsstrategien notwendig sein können. Für die Planung von Gruppenprogrammen sollte im Einzelfall überlegt werden, ob es sinnvoller ist mit Personen in ähnlichen „Stufen“ zu arbeiten (homogene Gruppe), oder ob es in einer heterogenen Gruppe den Vorteil von positiven Impulsen für Mitstreiter gibt (Modell-Lernen).
- ▶ Als sehr nützliche Form der Gesprächsführung, besonders auch für frühe Phasen der Verhaltensänderung wie die „Absichtslosigkeit“, bietet sich das Motivational Interviewing an, das im folgenden Kapitel näher erläutert wird.

2.2 Motivierende Gesprächsführung: „Change Talk“ als Gesprächsstil bei Ambivalenzen und Widerständen

Die Motivierende Gesprächsführung (englisch: Motivational Interviewing, abgekürzt MI) ist eine spezielle klientenzentrierte Gesprächsform nach Miller & Rollnick (2008). Man könnte sie als Kommunikationsstil bezeichnen – eigentlich ist sie aber eine grundsätzliche Haltung dem Klienten gegenüber. Die Prinzipien dabei sind Empathie, Wertschätzung und Respekt, sowie die Bereitschaft, Menschen ihre Entscheidungsfreiheit zu lassen. Die Berater begeben sich „auf Augenhöhe“ mit ihren Gesprächspartnern.



Dieser Gesprächsstil will nicht belehrend sein oder einseitig Wissen vermitteln. Die spezifischen Gesprächstechniken des MI zielen darauf ab, die intrinsische Motivation beim Gesprächspartner zu wecken und Hilfe zur Selbsthilfe zu geben.

Die Motivierende Gesprächsführung entstand aus der Arbeitspraxis mit Suchtkranken und wird mittlerweile in vielen Bereichen von Prävention und Gesundheitsförderung eingesetzt. Sie hat sich auch als hilfreich in den ersten drei Stufen des Transtheoretischen Modells (siehe 2.1.1) erwiesen – bei Personen, die absichtslos bzw. ambivalent sind oder noch kaum eigene Schritte unternommen haben. In diesen Phasen geht es besonders darum, ambivalentes Verhalten und innere Widerstände aufzulösen. Eine „Null-Bock-Haltung“ oder Fra-

gen wie „Was soll das denn alles noch bringen?“ zeugen von solchen Widerständen – gegen Programme, aber auch gegen Personen.

Im Zentrum des MI steht daher das so genannte „**Change Talk**“, ein unterstützender und reflektierender Gesprächsstil, der auf Verhaltensänderungen abzielt. Solche Veränderungen sind nur erfolgreich, wenn der Wunsch und Wille dazu auch da sind. Deshalb wird zunächst ein Problembewusstsein geweckt, und die Vorteile einer Verhaltensänderung werden erarbeitet. Jede selbstmotivierende Aussage wird verstärkt:

Gesprächspartner: „Diese Weiterbildungsmaßnahme bedeutet einen riesigen Aufwand in den nächsten Monaten. Da wird ganz schön was auf mich zukommen.“

Berater: „Das hört sich so an, als könnte die Umschulung auch eine Herausforderung für Sie sein?“

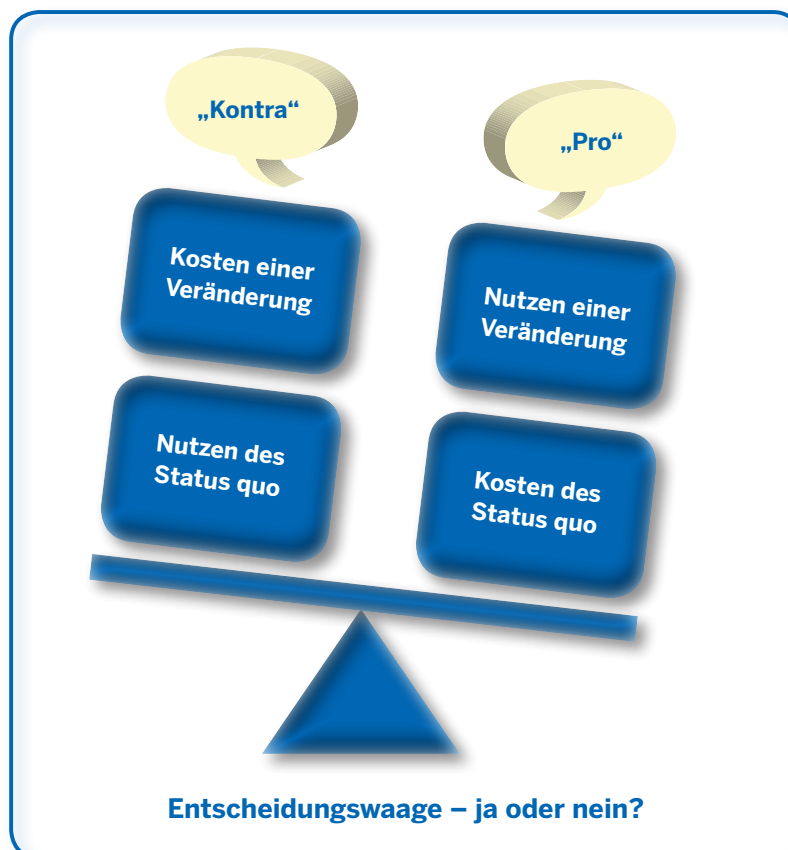
Mittels motivierender Gesprächsführung als Grundhaltung wird den Klienten Selbstbestimmung zugestanden und die eigene Entscheidungsfreiheit in den Vordergrund gerückt.

Für Menschen, die sich lange in Erwerbslosigkeit befinden, sind Erfolgserlebnisse selten und daher extrem wertvoll. Das MI orientiert sich am Erfolg der kleinen Schritte (es geht quasi Stufe für Stufe weiter) und verlangt keine Verhaltensänderungen von heute auf morgen. Jeder kleine Erfolg erfährt Wertschätzung und Bestärkung.

Abbildung 5: Kernprinzipien der Motivierenden Gesprächsführung



Abbildung 6: Entscheidungswaage – ja oder nein?



Tipps und Empfehlungen für die Praxis

► Übung „Change Talk für Anfänger“

Bisher ist kein Change Talk-Meister vom Himmel gefallen, daher sollten Berater selbst einen Weg in kleinen Schritten gehen und Change Talk systematisch üben:

Im Beratungs-Gespräch oder Kurs richtet sich zunächst die Aufmerksamkeit auf Äußerungen, in denen der Gesprächspartner Gründe, Bereitschaft oder Wünsche für eine Veränderung nennt. Weiter nichts! Veränderung braucht Gewöhnung und Zeit; es genügt, wenn man sie zunächst nur in Gedanken durchspielt.

Im nächsten Schritt wird dann etwas experimentiert. Wenn man im Erkennen von veränderungsrelevanten Äußerungen etwas geübt ist, werden entsprechende Äußerungen des Gesprächspartners reflektiert.

Gesprächspartner: „Also, ob das überhaupt etwas nützt...“

Berater: „Welchen Nutzen wünschen Sie sich denn?“

Schließlich kommt der wichtigste Schritt: Die Berater reflektieren sich selbst! Ist ein Unterschied im Gespräch festzustellen? Wenn ja, welcher? Positive Veränderungen werden bewusst gemacht und verinnerlicht. (in Anlehnung an: Frick & Brueck, 2009)

► Skalierungen von Wichtigkeit und Zuversicht sind gute Hilfsmittel, um zu erkennen, in welcher Stufe der Absichtsbildung sich Klienten befinden. Passende Beratungsstrategien werden darauf abgestimmt.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

„Wie wichtig ist es Ihnen, mit dem Rauchen aufzuhören?“ (auf einer Skala von 0 bis 10)

„Wie zuversichtlich sind Sie, dass Sie es schaffen?“ (auf einer Skala von 0 bis 10)

► Fragen nach der Zuversicht, eine bestimmte Veränderung zu bewirken, weisen indirekt auf Ressourcen des Gesprächspartners hin. Der Klient lernt seine ganz persönlich wirksamen Strategien kennen.

„Auf einer Skala von 0 bis 10 ist Ihre Zuversicht, mit dem Rauchen aufzuhören heute bei 5. Warum ist sie 5 und nicht 0? Wie sind Sie dahin gekommen?“

► Manche Fragen lösen eher Widerstände aus – andere helfen im Motivierungsprozess. Ein paar Beispiele (nach Miller & Rollnick, 2004):

Fragen, die Widerstände auslösen	Beispiele für „Change Talk“
„Glauben Sie nicht auch, dass Sie da ein Problem haben?“	„Was beunruhigt Sie an der gegenwärtigen Situation?“
„Warum wollen Sie das nicht ändern?“	„Wie hätten Sie gerne, dass Dinge anders wären?“
„Meinen Sie nicht auch, dass es besser wäre, mit dem Rauchen aufzuhören?“	„Welche persönlichen Stärken und Ressourcen können Ihnen bei der Veränderung helfen?“
„Warum tun Sie nicht ...?“	„Wer oder was könnte zum Erfolg der Veränderung beitragen?“

Beispiele für Fragen, die eher Widerstände auslösen und klassische Fragen für Change Talk zur Förderung selbstmotivierender Aussagen (in Anlehnung an Miller & Rollnick, 2004)

► Ambivalenz im Hinblick auf Verhaltensänderungen (wie sie im Bereich der Absichtsbildung häufig auftritt) lässt sich auch mittels einer Entscheidungswaage (s. S. 32) gut darstellen bzw. visualisieren. Mit Hilfe der Waage wird im Gespräch erarbeitet, welche aktuellen Gründe für oder gegen eine Veränderung sprechen.

2.3 Konflikte und Emotionen in der Beratung – Fallstricke vermeiden

In vielen Beratungssituationen mit erwerbslosen Menschen kommt es immer wieder zu starken emotionalen Reaktionen seitens der Betroffenen. Beratende und Vermittelnde sehen sich dann in ernste Konflikte verstrickt, die sach- wie personengerechte Problemlösungen erheblich erschweren. Dabei werden oft die mit dem Eintritt in die Erwerbslosigkeit verbundenen emotionalen Veränderungen zu wenig beachtet. Viele Studien verweisen auf eine erhöhte Vulnerabilität (Verletzlichkeit) bei Langzeitarbeitslosen, die mit der Dauer der Erwerbslosigkeit noch zunimmt. In der Dortmunder Langzeiterwerbslosenstudie empfanden die Hälfte der Befragten, dass ihre „Gefühle leicht zu verletzen“ sind. 41 Prozent schätzten sich als sehr empfindlich ein. 53 Prozent empfanden auch deutlich mehr Ärger seit ihrer Erwerbslosigkeit, wobei

- ◆ 58 Prozent kaum noch „Anschuldigungen ertragen können, ohne gleich aus der Haut zu fahren“,
- ◆ 47 Prozent sich nach einer Aufregung kaum noch beruhigen können,
- ◆ es 39 Prozent nur schwer gelingt, ihre Wut und ihren Ärger zu beherrschen,
- ◆ 62 Prozent der Langzeiterwerbslosen ihre Gefühle generell schlechter kontrollieren können (Kuhnert, 2007).



Die aktuelle Emotionsforschung zeigt, dass unsere Gefühle größere Bedeutung für unser Handeln, unser Befinden und unsere Leistungsfähigkeit haben, als dies bisher vermutet wurde. Gleichzeitig sind sie in bisher nicht vermutetem Umfang bis auf die zelluläre Ebene wirksam („Dysfunktion bzw. Absterben von Hirnzellen“ etwa in schweren Krisensituationen, Ledoux, 2004). Ein „Emotionsmanagement“ ist also dringend angezeigt.

Konflikte in Gruppen sind „normaler“ Bestandteil von Interaktionen und basieren meist schlicht auf Meinungs-, Bedürfnis- und Interessenverschiedenheiten. Im Vergleich mit anderen Interessengruppen besteht unter erwerbslosen Menschen ein erhöhtes Konfliktpotential. Die Teilnehmenden verbindet nur die gemeinsame Erwerbslosigkeit, die sehr unterschiedlich empfunden und verarbeitet wird. Hinzu kommt die fehlende Freiwilligkeit der Gruppenteilnahme im Rahmen der AGH (= Arbeitsgelegenheit, Maßnahme der Eingliederung von Arbeitslosen mit Hilfe öffentlicher Gelder), die zu Widerstand gegen die Maßnahme führen kann.

Die meisten erwerbslosen oder von Erwerbslosigkeit bedrohten Menschen empfinden sehr deutlich, dass sich ihre „Gefühlswelt“ verändert hat. Man ist dünnhäutiger geworden; Stimmungsschwankungen und Ärgerreaktionen sind häufiger und heftiger. Das Gefühl von Einsamkeit und Hilflosigkeit macht sich breit, ebenso Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung und längere Phasen depressiver Verstimmungen. Umgekehrt fällt es vielen Menschen schwerer, unbeschwerter Freude, Genuss und Entspannung zu empfinden.



Die Aufgabe für eine emotionsorientierte Beratung ist naheliegend. Wie kann die Gefühlswelt wieder stabilisiert werden? Wie können belastende Gefühle vermindert und positive Gefühle verstärkt werden?

Am Beispiel der Gruppenberatung soll nachfolgend aufgezeigt werden, wie typische Konfliktsituationen besser bewältigt werden können und Fallstricken in der Beratung ausgewichen werden kann. Der Transfer zur Einzelberatung ist vielfach möglich.

Tipps und Empfehlungen für die Praxis



► Konflikte können zwischen Veranstaltungsleitung und Teilnehmenden sowie den Teilnehmenden untereinander auftreten. Auch können Teilnehmende Probleme mit dem Inhalt der Maßnahme haben (Günther & Sperber, 2005). In fast jeder Gruppe sind Teilnehmende, denen der Nutzen dieser Art des Lernens und der Verhaltensmodifikation nicht klar ist. Andere lehnen „Psychothemen“ grundsätzlich ab (vgl. dazu in folgender Tabelle „Abwertungen des Themas persönlich nehmen“). Solche Konflikte fordern das methodische und persönliche Geschick der Leitungsperson. Dies sind einige typische Fallstricke für die Leitung von Gruppen mit Erwerbslosen (nach Bernds & Kuhnert, 2008, S. 65):

Typische Fallstricke für die Leitung in von Gruppen mit Erwerbslosen		
Fallstricke	Ausdrucksformen	Reaktionsmöglichkeiten
Fragen nach dem „Nutzen“ einer Übung als Kritik einordnen	<ul style="list-style-type: none"> • Was soll das überhaupt? • Wie bekomme ich dadurch Arbeit? • Was kann ich damit für Bewerbungen anfangen? 	<ul style="list-style-type: none"> • Beantworten Sie die Einwände wie eine „echte“ Frage! • Bringen Sie Beispiele für den Nutzen im Beruf und/oder Alltag! • Beziehen Sie die Gruppe ein und fragen Sie z.B. „Wo sehen Sie den Nutzen?“
Abwertungen des Themas persönlich nehmen	<ul style="list-style-type: none"> • „Psychokram“ • „Ich kann damit absolut nichts anfangen!“ • Aggressives „Das nutzt gar nichts!“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Stellen Sie Konkretisierungsfragen, wie: „Was genau ist hier für Sie „Psychokram“?“ • Auf Emotionen eingehen: „Was ärgert Sie gerade?“ • Ignorieren Sie den Kommentar
Zu viel Verantwortung für die Teilnehmenden übernehmen	<p>Beispiel: Die Leiterin pinnt die Ergebnisse einer Kleingruppenarbeit an, liest sie vor und ergänzt die sehr kurzen Redebeiträge der Teilnehmenden. Zu Hause wundert sie sich über die geringe Beteiligung der Gruppe und ihre Erschöpfung.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anweisen! „Bitte pinnen Sie die Ergebnisse an und tragen sie vor.“ • Fragetechniken einsetzen! „Was haben Sie diskutiert? Wie sind Ihre Erfahrungen?“ • Schweigen der Gruppe aushalten können!
Konflikte in der Gruppe ignorieren	<ul style="list-style-type: none"> • Schwierige Teilnehmende (negative Ablehner, Aussteiger, Besserwisser) • Kampf und Abwertung zwischen Teilnehmenden • Unbewusste Abneigung und besondere Zuneigung zu Teilnehmenden (Blinde Flecken) 	<ul style="list-style-type: none"> • Konflikte sind Teil des Lebens: Also sich fragen, welche Konflikte gibt es in der Gruppe? • Unstimmigkeiten sofort ansprechen: Was ist passiert? • Zweiergespräche üben, begleiten • Regelmäßige (kollegiale) Supervision, um Fälle zu besprechen.

Typische Konflikte zwischen Leitung und Teilnehmenden betreffen vor allem den Umgang mit „schwierigen“ Teilnehmenden, wie Uninteressierte, Redselige oder Streiter (Günther & Sperber, 2008). Ergebnis der Untersuchung in den Stabilisierenden Gruppen war, dass 50 Prozent der Leitenden auf die direkte Frage, welche Konflikte es in der Gruppe gibt, zunächst keine Konflikte wahrgenommen haben. Erst im weiteren Gesprächsverlauf erinnerten sie sich an schwierige Situationen (Bernds & Kuhnert, 2008).

► Konflikte sind in der Arbeitsförderung und Sozialberatung sehr häufig. Nicht immer werden sie vollständig wahrgenommen. Ein möglichst regelmäßiger kollegialer Austausch unter den Gruppenleiterinnen und Gruppenleitern ist deswegen empfehlenswert.

► Die in der folgenden Tabelle vorgenommene Einordnung von Teilnehmenden in Gruppen nach unterschiedlichen Teilnehmertypen ist als praktische Arbeitshilfe zu verstehen und keinesfalls eine Typisierung unterschiedlicher Bewältigungs- oder Persönlichkeitsstile von erwerbslosen Menschen. Dies impliziert auch vielfache Überschneidungen zwischen den Teilnehmertypen des „Besucher“, „Kläger“ und „Kunden“ (Bernds & Kuhnert, 2008):

Hilfe für die Einordnung der Teilnehmenden		
Teilnehmertyp	Charakteristische Kennzeichen	Reaktion der Leitung
Der Besucher	Ist unfreiwillig da, von der ARGE geschickt, hat keine Ziele, kein Anliegen, keinen Auftrag, keine Motivation.	<ul style="list-style-type: none"> • Wertschätzung entgegenbringen • „Was könnte trotzdem bei diesem Seminar für Sie herauskommen?“ • „Welche Vor- und Nachteile hat es, wenn Sie das Seminar verlassen?“
Der Kläger	Der Kläger hat zwar Lernziele, übernimmt aber keine Verantwortung für die Umsetzung. Die anderen sind Schuld. Er fühlt sich als Opfer. Möchte lieber klagen.	<ul style="list-style-type: none"> • Zuhören • Eigenverantwortung stärken: „Was können Sie tun, um die Situation zu verändern?“
Der Kunde	Der echte Kunde hat Ziele und Anliegen und übernimmt die Verantwortung für die Umsetzung.	<ul style="list-style-type: none"> • Ziele und Anliegen klären und Training darauf einrichten

► Feinfühligkeit für nicht geäußerte Gefühle bei Erwerbslosen entwickeln:

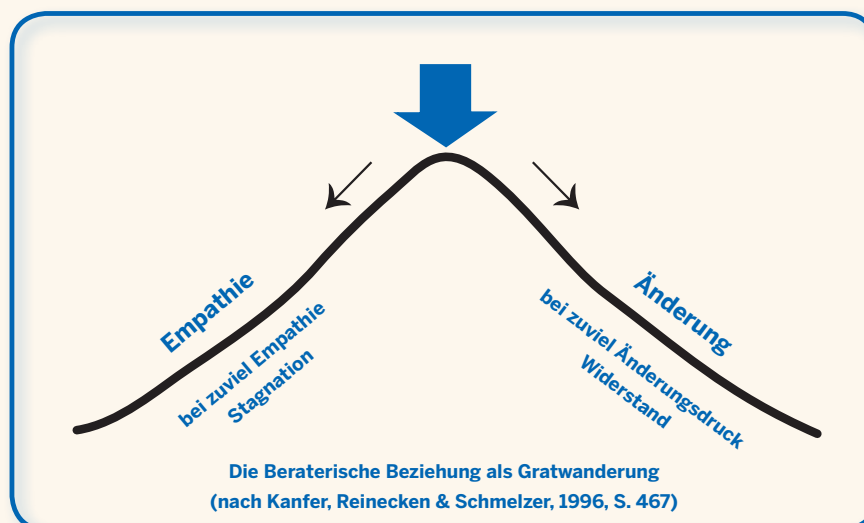
Manche tägliche Herausforderung und viele Themen, die Erwerbslose beschäftigen, sind mit starken Emotionen verbunden. Und natürlich werden Gefühle gerade Fremden in Beratung oder Schulung gegenüber nicht immer direkt geäußert. Eher schildert man die „Sache“ bzw. Situation, zum Beispiel: „Jetzt muss ich aus meiner Wohnung raus, weil die ein paar Quadratmeter zu groß ist. Dabei habe ich gar kein Geld für einen Umzug. Ja und wo soll ich dann hin, wenn ich keinen Umzug zahlen kann.“

Unsere Gefühle äußern wir aber auch über unsere Körpersprache. In Mimik und Gesichtsausdruck, am Tonfall, an der Geschwindigkeit und Lautstärke der Stimme und an der Körperhaltung vermitteln wir unseren Mitmenschen viel über unsere Gefühlslage, die in diesem Fall sicherlich Existenzängste erkennen lassen würde. Hier kann ein besonderes Augenmerk auf das, was uns die Körpersprache der anderen signalisiert, auch in der Arbeit mit Erwerbslosen sehr hilfreich sein.

► Vermeiden Sie, durch Empathie das „Leiden“ zu bestärken:

Empathie ist wichtig und hilfreich - in der richtigen Dosis! Natürlich besteht auch die Gefahr, durch empathische Äußerungen zu sehr auf die negativen Gefühle des Gesprächspartners einzugehen und diese zu verstärken (Kaczorowski & Kuhnert, 2008). Stagnation von Veränderungsprozessen wäre die wahrscheinliche Folge (Beispiel: „Die lange Zeit ohne Arbeit scheint für Sie ja wirklich zutiefst entmutigend zu sein.“). Hilfreicher ist es, durch empathische Äußerungen Verständnis zu signalisieren, dann aber auch wieder auf ressourcenorientierte Aussagen einzugehen („Ich sehe, dass Sie im Moment sehr entmutigt sind. Was hat Ihnen bisher geholfen, diese schwierige Phase durchzustehen?“).

Abbildung 7: Die Beraterische Beziehung als Gratwanderung



2.4 Hinweise für Beraterinnen und Berater: Die Haltung macht's

In dir muss brennen, was du in anderen entzünden willst.

(Augustinus)

Wir haben schon erwähnt, dass unter Erwerbslosen die Motivation für „Maßnahmen“ und andere Angebote häufig nur gering ausgeprägt ist, besonders unter Langzeiterwerbslosen. Die unmotivierte Grundstimmung rührt vielfach auch daher, dass Veranstaltungen Pflichttermine sind. Bei Fernbleiben drohen Sanktionen (Reduzierung der Sozialleistungen). Somit beugt man sich widerwillig dem Druck von außen, während man innerlich resigniert hat. Man spricht dann klassisch vom Typus „Besucher“ ohne ein eigenes Anliegen.

Auch Trainer, Berater und Dozenten müssen sich die Akzeptanz in dieser Zielgruppe daher oft erkämpfen. Eine erste wichtige Aufgabe kann daher darin bestehen, eine gute und tragfähige Beziehung zu Teilnehmerinnen und Teilnehmern aufzubauen. Das ist besonders dann wichtig, wenn Veranstaltungen für die Teilnehmenden verpflichtend sind (Kuhnert et al., 2008, S. 74).

„Die Sachbearbeiterin schaute nicht einmal auf, als ich in das Zimmer kam, sondern füllte einfach das Formular aus.“

(Erwerbsloser)



In der Durchführung der an der TU Dortmund entwickelten Stabilisierenden Gruppen wurde deutlich, dass Teilnehmende der Trainings Empathie, Wertschätzung, Glaubwürdigkeit und das einfache Zuhören seitens der Dozenten sehr schätzten. Vom Gesundheitsförderprogramm AktivA der TU Dresden wird berichtet, dass in der Evaluationsphase die Teilnehmenden bereitwillig Fragebögen ausfüllten, wenn sie das Programm bei einem Träger mit respekt- und vertrauensvollem Umgang absolviert hatten. Disziplin und autoritärer Umgang riefen hingegen eher Widerstand hervor (Rothländer, 2009).



Empathie und wertschätzendes Auftreten ist also eine Brücke, diese Menschen zu erreichen und aufzufangen. Oft mussten sie über viele Jahre die Erfahrung machen, dass die eigenen Fähigkeiten und Bemühungen keine Anerkennung finden und die eigene Person in Folge abgewertet wird.

Grundhaltung: empathisch

Empathie kommt aus dem Griechischen und bedeutet „leidenschaftlich“ (empathos, aus em für „darin, hinein“, pathos für „Gemütsstimmung“, „Seelenbewegung“). Umgangssprachlich übersetzen wir Empathie meistens mit „Einfühlungsvermögen“. Empathische Menschen haben die Fähigkeit, Gefühle von Mitmenschen gut nachzuvollziehen, sie können sich gut „in den anderen hineinversetzen“ und zeigen dies verbal und nonverbal. Empathie ist eine wichtige Voraussetzung für das Aufrechterhalten von zwischenmenschlichen Beziehungen und eines der Kernprinzipien der motivierenden Gesprächsführung.

Wer sich als Gesprächspartner empathisch zeigt, der spricht neben dem Gespräch über die „Sache“ eine zweite Ebene an, nämlich die Gefühlswelt. Erwerbslose agieren häufig auf dieser Gefühlsebene, zeigen Frust oder Aggression, aber auch depressive Verstimmung.

Grundhaltung: wertschätzend

Wertschätzung meint die wertfreie Akzeptanz einer Person und ist Grundlage von menschlichen Beziehungen (siehe auch 1.1.7). Im betrieblichen Kontext hat der Begriff in den letzten Jahren enorm an Bedeutung zugenommen, zum Beispiel in der Führungskräfteentwicklung. Denn aus vielen Studien ist bekannt, dass fehlende Wertschätzung krank macht und „stresst“; die Folge ist häufig eine Depression.

Tipps und Empfehlungen für die Praxis

- ▶ Die große Herausforderung für viele Menschen in beruflichem Kontakt mit Erwerbslosen ist der tägliche Umgang mit der oft negativ gefärbten Stimmungslage. Unvorbereitete Trainer werden davon gerne überrascht. Beratungen oder Trainings mit erwerbslosen Personen erfordern eine spezifische und intensive Vorbereitung.
- ▶ Akzeptanz und Respekt als Grundhaltung zu zeigen bedeutet nicht, dass man die Einstellungen des Gesprächspartners teilen muss. Es ist aber bekannt, dass man weniger mit Druck („du musst“), als vielmehr mit der Gewährung von Freiheit und Selbstbestimmung eine Veränderungsbereitschaft bei Menschen erreichen kann, die langfristig beibehalten wird und erfolgreich ist. Also gilt es, die Gesprächspersonen so zu akzeptieren, wie sie sind und das auch zu zeigen.
- ▶ Gute Kenntnisse über die gesetzlichen und formalen Rahmenbedingungen von Erwerbslosigkeit (SGB II, SGB III) sind wichtig für ein Verständnis der Situation von Langzeiterwerbslosen und dafür, welche Auswirkungen auftreten können. Sie fördern zudem eine empathische und wertschätzende Wahrnehmung durch die Gesprächspersonen.
- ▶ Beispiele für empathisches, wertschätzendes Verhalten:
 - ◆ Aufmerksamkeit voll und ganz auf den Teilnehmenden richten:
Sorgen Sie für eine störungsfreie Gesprächszeit: keine Anrufe, keine Kolleginnen oder Kollegen, die „nur schnell etwas wollen“. Die Zeit gehört voll und ganz dem Teilnehmenden!
 - ◆ Blickkontakt halten:
Schauen Sie Ihrem Gesprächspartner in die Augen und signalisieren Sie Aufmerksamkeit. Halten Sie den Blickkontakt, ohne in unangenehmes Starren zu verfallen.
 - ◆ Freundliche, zugewandte Haltung einnehmen:
Nehmen Sie eine zugewandte Sitzhaltung ein. Versuchen Sie, ein „Machtgefälle“ zu vermeiden (etwa einen Schreibtisch zwischen Ihnen oder eine typische „Amts-Atmosphäre“). Setzen Sie sich als gleichberechtigte Gesprächspartner zum Beispiel an einen kleinen Tisch. Können Sie Kaffee und Kekse anbieten? Dann tun Sie es!
 - ◆ Nonverbale Signale geben:
Zeigen Sie auch nonverbal, dass Sie verstehen und akzeptieren: durch wissendes Nicken, einen aufmerksamen Tonfall etc.
 - ◆ Aktives Zuhören:
Lassen Sie den Gesprächspartner erzählen und hören Sie zu ohne zu unterbrechen. Bestätigen Sie durch nonverbale Signale wie Blickkontakt, Nicken, aber auch kurzes „Hm“, „Ok“ etc., dass Sie zuhören. Vergewissern Sie sich durch Rückfragen, ob Sie den Teilnehmer richtig verstanden haben.
 - ◆ Interesse an Äußerungen des Gesprächspartners zeigen und mit angemessener Gestik und Mimik eigene Äußerungen unterstreichen:
„Was genau meinen Sie mit...?“
„Das ist interessant...können Sie das etwas genauer schildern?“
 - ◆ Signalisieren: Ambivalenz ist normal.
Ein Kernprinzip der motivierenden Gesprächsführung ist, Widerstand und Ambivalenz hinsichtlich einer Verhaltensänderung als völlig normal zu betrachten. Es ist wichtig, die Aspekte, die für und gegen eine Veränderung sprechen, klar zu sehen. Deshalb sind ambivalente Aussagen manchmal bewusst hervorzurufen, um sie durch Reflektion der selbstbestärkenden Aussagen von Teilnehmenden zu entkräften.
 - ◆ Paraphrasieren:
Melden Sie dem Teilnehmenden zurück, wie Sie ihn verstanden haben. Sie brauchen dafür nicht alles zusammenzufassen. Signalisieren Sie ihm durch Schlüsselwörter, dass Sie wirklich zuhören und auch gedanklich „bei ihm“ sind.
(aus: Kuhnert, 2008, Handbuch Stabilisierende Gruppen)
- ▶ Gespräche sollten ohne Machtgefälle und „auf Augenhöhe“ geführt werden. Hilfreich ist auch eine einfache sprachliche Ebene, mit der Teilnehmende bzw. Klienten grundsätzlich besser erreicht werden.
- ▶ Gesprächspartner auch mal klagen lassen! Oftmals fehlt es Erwerbslosen an Bezugspersonen, und so sehen sich Fallmanager etc. nicht selten in der Situation, erst mal angestauten Frust abzubekommen. Das ist nicht immer schön, hilft aber dabei, ein vollständiges Bild von der Situation des Erwerbslosen zu bekommen.
- ▶ Nicht zuletzt hilft Akteuren der fachliche Austausch und das Teilen von Erfahrungsberichten, zum Beispiel in Intervisionsgruppen, Supervisionen und mittels kollegialer Beratung.

3. Ansatzpunkte zur Förderung der körperlichen und seelischen Gesundheit

3.1 Erst Hoffnung, dann Enttäuschung, am Ende Depression? – Prävention psychischer Erkrankungen

„Erwerbslosigkeit ist einer der stärksten Faktoren, der unglücklich macht.“

(Bruno Frey, Professor für Wirtschaftswissenschaft und „Glücksökonom“ an der Universität Zürich, im Interview mit Gert Scobel)

Belastungssituationen begünstigen die Entwicklung einer psychischen Störung. Umgangssprachlich weiß man, „das hat damals in der Stresssituation“ angefangen. Auswertungen für BKK-Versicherte zeigen, dass jeder fünfte Arbeitsunfähigkeits-Tag (AU-Tag) von Erwerbslosen durch psychische Störungen begründet wird. Das ist um das 3,6fache höher als bei Pflichtversicherten. Psychische Erkrankungen sind hier auch für die meisten Krankenhausaufenthalte verantwortlich. Erwerbslose sind mehr als doppelt so viele Tage im Krankenhaus wie Pflichtversicherte (Bellwinkel & Zoike, 2007).



Metaanalysen in der psychologischen Erwerbslosigkeitsforschung haben ergeben, dass „der gesundheitsschädigende Effekt von Erwerbslosigkeit ein sehr robustes Phänomen ist, das in allen untersuchten Ländern, allen sozialen Schichten, allen Altersstufen, bei beiden Geschlechtern und bereits seit mehreren Jahrzehnten nachweisbar ist und vermutlich auch in Zukunft ein gesundheitspolitisches Problem bleiben wird“ (Paul & Moser, 2009).

Im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen werden besonders die langzeiterwerbslosen Personen hervorgehoben, ihre psychische Belastung ist deutlich höher als die von Berufstätigen. Als Folge

- ◆ geben 57 Prozent einen Verlust von Entspannungsfähigkeit an,
- ◆ empfinden 53 Prozent ständigen Stress und Ärger

- ◆ trinken 44 Prozent regelmäßig und in höheren Mengen Alkohol,
- ◆ erhalten 50 Prozent kaum noch persönliche Hilfe und
- ◆ sind 14 Prozent völlig isoliert (Kuhnert & Kastner, 2002).



Die häufigsten psychischen Folgeerkrankungen durch Erwerbslosigkeit sind Depressionen, Ängste, psychosomatische Erkrankungen und nicht zuletzt auch eine höhere Selbstmordrate. Dazu kommen ein erhöhter Suchtmittelkonsum unter Erwerbslosen (Rauchen, Alkohol) und ein generell ungünstigeres Gesundheitsverhalten, unter anderem in Bezug auf Ernährung und Bewegung (Hollederer, 2008).

Die psychische Beeinträchtigung scheint sich dabei kontinuierlich zu verschlechtern und um den neunten Monat der Erwerbslosigkeit auf einem niedrigen Niveau einzupendeln.

In der Entwicklung psychischer Beeinträchtigungen spielt die veränderte Lebenswelt in der Erwerbslosigkeit eine nicht zu unterschätzende Rolle, besonders dann, wenn nicht schnell ein neuer Job gefunden wird. Wer die Erfahrung macht, dass aktive Bemühungen erfolglos bleiben, entwickelt Enttäuschung, Frustration und Pessimismus. Je stärker die gefühlte Hilflosigkeit wird („Ich kann nichts ändern“), umso mehr sinkt die Hoffnung („Es hat alles keinen Sinn“). Eigene Bemühungen werden mit der Zeit eingestellt.

Neben genetischen und biochemischen Faktoren, die an der Entstehung von Depressionen beteiligt sein können, gibt es einige psychologische Erklärungsansätze. In Bezug auf die beschriebene Abwärtsspirale ist das kognitive Depressionsmodell des Psychologen Martin Seligman relevant. Erlernte Hilflosigkeit liegt für ihn vor, wenn Menschen glauben, keine Einflussmöglichkeiten mehr zu haben: Auf Hilflosigkeit folgt dann Hoffnungslosigkeit und schließlich Depression.

Bei erwerbslosen Personen treffen vor allem zwei Dinge aufeinander – der Verlust des eigenen Handlungsspielraumes (alles wird durch Ämter geregelt) und der gefühlte Verlust von Selbstwirksamkeit (erfolglose Bemühungen um einen Arbeitsplatz). Fehlende Hoffnung spielt in der Entwicklung psychischer Beeinträchtigungen eine besondere Rolle – bei einigen Personen verschlimmert sich der psychische Zustand selbst während aktiver Maßnahmen zur Beschäftigungsfähigkeit. Das geschieht besonders dann, wenn durch aktive Bemühungen zunächst Hoffnung entsteht, durch ausbleibenden Erfolg aber wieder Enttäuschung ausgelöst wird.



Wann ist jemand „depressiv“?

Traurigkeit und depressive Verstimmungen in Krisensituationen (zum Beispiel nach einer Trennung oder dem Tod eines Angehörigen) kennt fast jeder. Wie erkennt man aber, ob jemand tatsächlich depressiv ist? Im „Normalfall“ weichen depressive Stimmungen wieder positiveren Gemütslagen. Bei der Depression, der häufigsten psychischen Erkrankung, kann die depressive Stimmung Wochen und Monate anhalten. Außerdem kommen zur Traurigkeit weitere Symptome hinzu, wie:

- Interessenverlust, Freudlosigkeit,
- Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf,
- Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust,
- Gefühl von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit,
- pessimistische oder fehlende Zukunftsperspektive,
- Passivität, Aktivitätsverlust, Antriebslosigkeit,
- sozialer Rückzug,
- Schuldgefühle, Gefühle von Wertlosigkeit,
- Suizidgedanken.

Wenn mehrere dieser Symptome mindestens zwei Wochen oder länger anhalten, kann das ein Hinweis auf eine depressive Erkrankung sein.

Neben den häufigen depressiven Störungen treten aber auch Angststörungen auf. Besonders bei denjenigen, die über längere Zeit erwerbslos bleiben, stellen sich vordergründig Zukunftsängste ein. Wie bei der Entwicklung von Depressionen spielt auch hier die „erlernte Hilflosigkeit“ eine Rolle: Angst entsteht als Reaktion auf die Unkon-

trollierbarkeit einer Situation (vgl. Bandelow, 2006). Das gilt ebenso für Berufstätige, deren berufliche Situation unsicher ist, die von Erwerbslosigkeit bedroht sind oder durch Zeitverträge nur befristete Arbeitsverhältnisse mit unklarem Fortgang haben.

Negative, irrationale Gedanken spielen eine besondere Rolle bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen. Mit dem ABC-Modell des menschlichen Handelns nach Ellis liegt ein für Klienten gut verständliches Modell vor (vgl. auch Kapitel 1.1.1): Irrationale Bewertungen führen zu negativen Emotionen und begünstigen damit die Ausbildung von psychischen Erkrankungen. Eher rationale Bewertungen („Die Situation ist nicht einfach, aber ich lasse mich davon nicht unterkriegen“) bewirken dagegen positive Reaktionen.

Ein anderes Erklärungsmodell ist die kognitive Triade nach Aaron Beck. Nach dieser haben insbesondere depressive Menschen auf drei Ebenen kognitive Verzerrungen. Sie haben

- ◆ ein negatives Selbstbild,
- ◆ eine negative Sicht der persönlichen Erfahrungen mit der Umwelt,
- ◆ und eine negative Einschätzung der Zukunft.

Die Folge ist ein oft automatisierter negativer Denkstil:

- ◆ willkürliches Schlussfolgern („Mein Bekannter findet auch keinen Job, warum soll ich mich also noch bemühen?“),
- ◆ Verallgemeinern („Die stellen sowieso nur junge Leute ein.“),
- ◆ Personalisieren („Es war ja klar, dass es mich trifft.“),
- ◆ Schwarz-Weiß-Malerei („Die eine Absage reicht mir. Beim nächsten Mal wird’s auch nicht klappen.“).

Spezifische Faktoren haben offensichtlich einen negativen Effekt auf die psychische Gesundheit bei Erwerbslosen. Das sind

- ◆ ein schlechtes Ausbildungsniveau,
- ◆ die Zugehörigkeit zu einem gewerblich-technischen Beruf (anstatt Büroberuf) und
- ◆ die Länge der Erwerbslosigkeit.

Tipps und Empfehlungen für die Praxis

► Ein grundlegend hilfreicher Ansatz zur Prävention psychischer Erkrankungen und zur psychischen Stabilisierung ist das Empowerment-Konzept. Es bedeutet, Menschen zu mehr Eigenaktivität und zu mehr Kontrolle über ihre Lebensumstände zu verhelfen.

► Betroffenen und gefährdeten Personen sollten hilfreiche Schutzfaktoren bei der Prävention von psychischen Erkrankungen vermittelt werden. Das sind besonders:

- ◆ sozialer Rückhalt,
- ◆ feste Tages- und Zeitstrukturen - so wird der Lebensalltag aktiv und sinnvoll, nicht passiv und sinnlos verbracht,
- ◆ Aufbau angenehmer Aktivitäten und positiver Erlebnisse,
- ◆ eigener Handlungsspielraum, Selbstwirksamkeit und Kontrollerleben,
- ◆ Bewegung und Sport - Ausdauersport wirkt stimmungssteigernd und senkt das Risiko einer Depression.

► Hilfreiche Maßnahmen zur Prävention psychischer Erkrankungen können Schulungen von Techniken aus dem Stressmanagement sein.

► Zentral ist die Veränderung negativer Gedanken. Dabei geht es nicht um eine generelle Beschönigung der Situation, sondern um eine realistische Sichtweise, die eine eingefahrene negative Überzeugung ersetzt. Schritte dazu sind:

- ◆ Aufklärung über den Einfluss von negativen Gedanken auf die Gefühlswelt (verdeutlicht auch die Eigenverantwortung),
- ◆ Herausarbeiten typischer negativer Gedanken aus dem eigenen „Erwerbslosen“-Alltag (über Listen, Wochenprotokolle etc.),
- ◆ Abbau der negativen Gedanken. Hilfreiche Fragen zur Auflockerung von eingefahrenen Denkmustern sind:
 - „Was würden Sie einem Freund sagen, der das sagt?“
 - „Gibt es auch Dinge, die dagegen sprechen?“
 - „Wenn Sie in 5 Jahren zurückblicken, würden Sie es dann genauso sehen?“
 - „Was ist eigentlich das Gute an der Situation, erwerbslos zu sein?“
- ◆ Dass zunächst der Stress im Job nicht mehr da ist?
- ◆ Dass mehr Zeit für die Familie da ist?
- ◆ Dass es eine Chance für einen Neuanfang darstellt?
- ◆ Dass man endlich mal die Dinge machen kann, die man lange vor sich her geschoben hat?
- ◆ Dass man Zeit hat, sich mit Neuem zu beschäftigen (Qualifikation, Fremdsprache, Hobby etc.)?

► Bezogen auf die gefühlte Hoffnungslosigkeit ist es sinnvoll, an realistischen Zielen und Erwartungshaltungen zu arbeiten, um die sonst absehbare Enttäuschung zu vermeiden.

► Die Forschung zeigt, dass sich die psychische (und physische) Beeinträchtigung in den ersten Monaten der Erwerbslosigkeit kontinuierlich verschlechtert. Daher ist ein möglichst frühes Agieren wichtig. Genauso muss deutlich gemacht werden, dass solche Beeinträchtigungen in dieser Phase normal sind. Das Wissen, dass man keine Ausnahme darstellt, wenn die Gefühlswelt ins Wanken gerät und es vielen anderen Erwerbslosen auch so geht, kann schon entlastend wirken.

► Gerade am Anfang der Erwerbslosigkeit sind Problemlösestrategien wichtig. In Anlehnung an das Problemlösetraining nach Kaluza können das sein:

- ◆ Konkretisierung der Stress auslösenden Situation durch Selbstbeobachtung,
 - ◆ Brainstorming mit anderen (Kurs)Teilnehmenden zu Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten,
 - ◆ Auswahl potenzieller Lösungswege, Bewertung nach Zuversicht vornehmen,
 - ◆ Planung konkreter Schritte,
 - ◆ Umsetzung und Bilanz ziehen.
- Ebenfalls sinnvoll erscheint, gesundheitsfördernde Angebote spezifisch für Gruppen mit verstärktem Risiko für die Entwicklung psychischer Erkrankungen zu machen. Das sind Personen mit schlechtem Ausbildungsniveau, langer Erwerbslosen-Historie und Zugehörigkeit zu gewerblich-technischen Berufen.
- Die Zusammenarbeit von Beratern/Fallmanagern mit psychologischen Beratungsstellen und therapeutischen Einrichtungen muss intensiviert werden. In jedem Fall sollte Erwerbslosen ein adäquates Angebot von Hilfsmöglichkeiten (Kontakt- und Fachstellen für therapeutische Hilfe) bei offensichtlichen psychischen Beschwerden vermittelt werden können. Es scheint allerdings nicht empfehlenswert zu sein, Fallberater selbst zu eng einzubinden. Hier ist die Befürchtung von negativen Konsequenzen oder sogar Sanktionen bei diagnostizierten psychischen Erkrankungen für erwerbslose Personen erfahrungsgemäß zu groß und stellt eher ein Hemmnis dar, sich zu öffnen.

3.2 Ärger und Angst bewältigen – Gefühle zeigen und Kontrolle behalten

„Wer sich zum Besen macht, muss über Staub nicht klagen.“

(Deutsches Sprichwort)

Die emotionale Stabilität von Menschen wird durch den Eintritt in die Erwerbslosigkeit nachhaltig beeinträchtigt – das zeigen nationale wie internationale Studien (Kuhnert, 2007b). Dafür ist wesentlich die Zunahme von Angst und Ärger verantwortlich. Dennoch fehlen entsprechende Einzel- und Gruppeninterventionen für den SGB II-Bereich. Innerhalb der Stabilisierenden Gruppen (SG), einem Projekt der Technischen Universität Dortmund im Rahmen des Programms EQUAL, wurde emotional instabilen Teilnehmenden große Aufmerksamkeit geschenkt und erste Schritte zur Verbesserung des psychischen Befindens eingeleitet. Während ca. 15 Prozent aller Erwachsenen aus der Allgemeinbevölkerung in ihrem Lebensverlauf von Depressionen betroffen sind, leiden rund 25 Prozent unter irgendeiner Form von klinisch bedeutsamen Ängsten (Ledoux, 2006, S. 372).

3.2.1 Strategien der Angstbewältigung in der Erwerbslosigkeit

In unserer Gesellschaft, die von zunehmender Sorge um die Sicherheit von Umwelt, Zukunft und Arbeitsplätzen bestimmt wird, ist eine Art „Angstkultur“ entstanden. Sie betrifft einzelne Lebenspläne, ganze Lebenskonzepte oder gar fundamental die eigene soziale Identität.

Immer wieder sind im Rahmen der Arbeit in Stabilisierenden Gruppen (SG) starke Angst- und Schamgefühle zu beobachten. 37 Prozent der Befragten in der Dortmunder Langzeitarbeitslosenstudie waren davon betroffen. 57,5 Prozent der Langzeiterwerbslosen machen Veränderungen deutlich mehr Angst als vor dem Eintritt der Erwerbslosigkeit; etwa 58 Prozent haben Angst vor einer unterqualifizierten Arbeit (Kuhnert, 2007b, S. 287). Die stärksten Ängste (über 60 Prozent) bezogen sich auf Fehlschläge in konkreten beruflichen Situationen (zum Beispiel Ablehnung einer Umschulung: 64,2 Prozent). Angst verbindet sich für viele auch mit Scham: 57,6 Prozent befürchten, dass ihr berufliches Scheitern im Bekanntenkreis thematisiert werden könnte.



Die starke Stigmatisierung und Ausgrenzung von Erwerbslosen in Deutschland hat bei vielen offensichtlich die Angst noch verstärkt, ein „Drückeberger, Versager und eine gescheiterte Existenz“ zu sein.

Solche Ängste um Sicherheit und Zukunft werden auch in den Interviews einer qualitativen Studie zur Verbesserung der Beratungen von langzeiterwerbslosen Männern sichtbar (Rogge, Kuhnert & Kastner, 2007, S. 95).

„Immer ‘ne innere Anspannung bezogen auf die Zukunft. ‘Ne Zukunftsangst. Da ist natürlich auch die finanzielle Angst drin. [...] Was wird denn in den nächsten Jahren sein? Denn die fangen ja gerade erst an, richtig zu kürzen.“

(Erwerbslose)



Erwerbslose Menschen mit starken Ängsten und Unsicherheitsgefühlen nutzen in erheblichem Umfang (mit hoher Dunkelziffer) angstlösende Substanzen. Neben Alkohol werden vielfach Medikamente eingesetzt.

Deren Wirkung und wichtigste Vertreter werden zum Beispiel anschaulich von Ledoux (2006, S. 371-376) als „Mother’s Little Helper“ beschrieben. In der Dortmunder Langzeitarbeitslosenstudie nahmen mehr als ein Viertel (27 Prozent) der Langzeitarbeitslosen regelmäßig Schlaf-, Schmerz- und Beruhigungsmittel ein (davon 16,2 Prozent täglich). Diese Personen waren gleichzeitig weniger leistungsfähig und selbstsicher, dafür entscheidungsschwächer, weniger risikofreudig, depressiver und hoffnungsloser. Sie neigten dazu, ihren Ärger eher zu unterdrücken und zu betäuben (Kuhnert, 2007b, S. 339-341).

Tipps und Empfehlungen für die Praxis

► Einzel- und Gruppensitzungen zum Thema „Ängste überwinden“ sollten sorgfältig vorbereitet werden. Die Leitung sollte unabhängig von der unten folgenden Übung die Aufmerksamkeit rasch auf lösungsorientierte Ansätze lenken und entsprechende Fragen und Themen einbringen. Dazu können folgende drei Ansätze genutzt werden (vgl. auch Ungerer & Hoellen, 2006):

1. **Veränderte Frage zu meiner Angst:** Die Frage sollte nicht lauten: „Warum habe ich Angst?“, sondern: „Wie kann ich Mut bekommen?“
2. **Mich selber ermutigen:** Vergegenwärtigen Sie sich Situationen, die Sie schon bewältigt haben. Sagen Sie sich laut: „Ich werde es aushalten.“ „Es wird nicht ewig dauern.“ „Ich tue das Beste, was ich kann.“
3. **Konzentration auf angstfreie Erlebnisse:** Richten Sie Ihre Aufmerksamkeit auf das, was Sie „trotz“ Ihrer schlimmen Erfahrungen erreicht haben. Berücksichtigen Sie die Teile Ihrer schrecklichen Erlebnisse, die Zeichen für Widerstandsfähigkeit sind, und bauen Sie auf diese Schutzfaktoren auf. Teilen Sie ihre neuen Erlebnisse auch anderen Menschen mit. Mit dieser „Erinnerungsarbeit“ können sie Ängste überwinden und Ihre Erfahrungen positiv verinnerlichen.

Falls die Leitungsperson über keine therapeutische Zusatzausbildung verfügt, sollten gruppenspezifische Einheiten mit starken emotionalen Interaktionen unterbleiben, da aufgrund erlebter Traumata bei einzelnen Teilnehmenden Prozesse schnell außer Kontrolle geraten können.

► Für Betroffene mit sehr starken Ängsten und hohem Leidensdruck sollte über diese Praxishinweise hinaus ein Selbstsicherheitstraining angeboten werden. Empfehlenswert ist beispielsweise das Assertiveness (Selbstsicherheits-) Training Programm ATP (Ullrich & Ullrich de Muynk, 1996), das bei Kuhnert et al. (2008) vorgestellt und als sehr gut kompatibel mit den spezifischen Ängsten von erwerbslosen Menschen befunden wird.

Das Gruppenprogramm eignet sich besonders für Personen, die sehr lange Zeiten ohne Erwerbsarbeit verbringen müssen oder lange in unsicheren Beschäftigungsverhältnissen stehen (Niedriglöhne, Leiharbeit etc.) und mit Unsicherheit und Existenzsorgen zurecht kommen müssen.

3.2.2 Strategien der Ärgerbewältigung in der Erwerbslosigkeit

"Das was ist, das ist, und erst wie ich damit umgehe, ist mein Beitrag zum Leben".

(Laotse, legendärer chinesischer Philosoph, 6. Jahrhundert v. Chr.)

Vieles weist darauf hin, dass bei erwerbslosen Männern starker Ärger leicht in Gewalttätigkeit münden kann, wenn weitere kritische biographische und persönliche Faktoren hinzukommen (Ruesch, Miserez & Hell, 2003, S. 259ff; Kuhnert, 2005a). Bei Frauen gibt es dazu kaum Untersuchungen.

Unter Paaren, die in Quartieren mit hoher Erwerbslosigkeit leben, treten von Männern ausgehende gewalttätige Auseinandersetzungen (intimate partner violence, ipv) weitaus häufiger auf als in Quartieren mit geringer Erwerbslosenquote. Das wurde in einer amerikanischen Studie (n=1615) nachgewiesen. Gleichfalls hatten Paare, die unter männlicher Gewalt litten, einen deutlich höheren Alkoholmissbrauch und Drogenkonsum (Cunradi, Caetano & Schafer, 2002).



Gewalt in der Erwerbslosigkeit ist dabei oftmals nur ein Faktor sozialer Erodierung und familiären Zerfalls. Missbrauch und Vernachlässigung von Kindern kommen besonders häufig in Familien vor, die neben anderen Risikofaktoren Langzeiterwerbslosigkeit der Mutter und fehlende berufliche Qualifizierungsteilnahme der Eltern aufweisen. Dies wird in einer dänischen Längsschnittsstudie nachgewiesen (Christoffersen, 2000).

Aber auch der normale „gewaltfreie“ Ärger ist beträchtlich. In der Dortmunder Langzeitarbeitslosenstudie gaben rund 50 Prozent der Befragten an, „sich häufig zu rasch über Dinge oder Personen aufzuregen“, rund 42 Prozent „lassen oftmals ihren Ärger raus“ und 32 Prozent verlieren häufig ihre Geduld. Eine Mehrheit (53,5 Prozent) ärgert sich seit der Erwerbslosigkeit deutlich mehr, und 62,1 Prozent können seitdem ihre Gefühle schlechter kontrollieren (Kuhnert, 2007b, S. 321-322). Annähernd 39 Prozent können Wut und Ärger kaum noch beherrschen. 58,2 Prozent können nur noch selten Anschuldigungen ertragen, „ohne gleich aus der Haut zu fahren“ (ebd.). Erwerbslose mit starkem Ärger weisen deutlich mehr gesundheitliche Beschwerden auf, vernachlässigen ihre Gesundheit stärker und erhalten weniger soziale Unterstützung (ebd. S. 363). Ein geringes Bildungsniveau und besonders fehlende Berufs- und Schulabschlüsse fördern zudem problematische emotionale Reaktionen bei Langzeiterwerbslosen (Kuhnert, 2007b, S. 418-419).

Ärger ist eine differenzierte Emotion – im Unterschied zur Aggression, die nur darauf ausgerichtet ist, Schaden anzurichten. Ärger richtet sich entweder nach

außen, gegen Personen oder Objekte (Anger out), oder er wird unterdrückt und nicht artikuliert (Schwenkmeizer, 1997, S. 300-301). Viele Untersuchungen belegen, dass sowohl häufig unterdrückter als auch häufig geäußelter Ärger zu gesundheitlichen Schäden führen kann (Hodapp & Schwenkmeizer, 1993; Weber, 1994b). Insofern ist es auch für die gesundheitliche Prävention zweckmäßig, mit Ärgerbewältigungsprogrammen bzw. Elementen daraus zu arbeiten. Übergeordnetes Ziel von solchen Programmen ist es, Emotionen gezielt zu regulieren statt sie zu unterdrücken oder exzessiv auszuleben.

Viele Familien werden besonders durch die Erwerbslosigkeit von Hauptverdienern belastet. Mit fortgesetzter Erwerbslosigkeit steigt das Konfliktrisiko (vgl. Brinkmann, 1978, S. 57ff.). Von Personen, die länger als zwei Jahre erwerbslos sind, geben nahezu 40 Prozent an, „häufiger als sonst Ärger in der Familie gehabt zu haben“ (vgl. ebd.). Problematisch scheint dabei besonders die traditionelle Familienkonstellation „erwerbsloser Hauptverdiener + Hausfrau“ zu sein:

„Ja, und dass der den ganzen Tag so rum sitzt, das kann ich ja nicht ab. Wenn einer morgens aufsteht, sich hinsetzt, frühstückt, stundenlang Zeitung lesen [...], dann sind die Kinder im Kindergarten, ich fange an sauber zumachen. Da bleibt er die ganze Zeit da sitzen [...], geht dann ein bisschen einkaufen, geht ein bisschen hierhin, ein bisschen dahin, und dadurch kommt der Streit dann“ (vgl. Bleyer-Rex, Mergay & Schindler, 1987, S. 36f.).



Insgesamt sind die Konflikte in der Erwerbslosigkeit, die durch starke Ärgerreaktionen ausgelöst werden, erheblich: Ein Forschungsbericht der Technischen Universität Dortmund (Schnippe & Kuhnert, 2008) zeigt, dass mehr als 60 Prozent der befragten Erwerbslosen (N = 100), davon 81 Prozent Langzeiterwerbslose, in aktuelle Konflikte verstrickt sind, davon 30 Prozent mit der Arbeitsverwaltung. Bei 55 Prozent hatten sich die Partnerkonflikte seit der Erwerbslosigkeit erhöht.

Angebote der Ärgerbewältigung sind besonders für Menschen in finanziellen Krisen wichtig. Mit wachsender Schuldenhöhe wachsen bei Langzeiterwerbslosen die emotionale Instabilität und der Ärger (Kuhnert, 2007b, S. 434). Gleiches gilt für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen, denn ein kontrolliertes Ärgerempfinden steht in deutlichem Zusammenhang mit einer geringeren Belastung durch körperliche Beschwerden.



Die „Kraft zu vergeben“ ist ein wichtiger Faktor für die Überwindung von Krisen- und Konfliktsituationen und trägt auch zur Verbesserung der psychischen Gesundheit bei. Amerikanische Studien belegen das.

Die Vergebens-Forscher Robert Enright und Richard Fitzgibbons sprechen in diesem Zusammenhang von sieben Komponenten des (seelischen) Schmerzes, die die psychische Gesundheit der Betroffenen beeinträchtigen können (Ungerer & Hoellen, 2006, S. 152):

1. Zorn über die erlebte Kränkung,
2. Scham über die erlebte Missachtung und feindselige Gefühle gegen den Rivalen,
3. Emotionale Leere und Taubheit,
4. Quälende innere Beschäftigung mit dem Erlebten,
5. (Negativ verlaufender) Ausgleich mit dem Verursacher oder Täter,
6. Lebensinschnitte, die als sehr stark wahrgenommen werden,
7. Erschütterung des Weltbildes von einer „heilen Welt“.

Für erwerbslose Menschen, die vielfach in mehrere Konflikte gleichzeitig verstrickt sind, wird durch Verzeihen das Wohlbefinden verbessert, die Lebenszufrieden-

heit steigt und depressive Symptome verringern sich (Schwennen, 2004, S. 148-150). Weitere Vorteile des Verzeihens sind (ebd):

- ◆ Freiheit von emotionalen Schmerzen der Vergangenheit,
- ◆ höhere Stimmungsstabilität,
- ◆ Verminderung von Schuldgefühlen, die aus unbewusstem Zorn entstanden sind,
- ◆ Abnahme von Ängsten und Sorgen,
- ◆ verbesserte, liebevolle Beziehungen.

Vergeben und Vergessen brauchen Zeit. Menschen verhalten sich nicht selten verletzend und erniedrigend (Schwennen, 2004). Dauerhaftes harmonisches Zusammenleben setzt die Fähigkeit zu verzeihen voraus. Viele erwerbslose Menschen verfügen nur noch über ein kleines oder geschwächtes soziales Netzwerk, in dem jeder Verlust vertrauter Personen vermieden werden sollte (siehe Kapitel 3.3).

Tipps und Empfehlungen für die Praxis

► Folgender Hinweis kann zur Einführung ins Thema bzw. zur Darstellung seiner Wichtigkeit genutzt werden: Derjenige, der „Ärger macht“ bekommt auch Ärger, denn das soziale Umfeld reagiert zunehmend empfindlich auf die unkontrollierten emotionalen Ausbrüche von Erwerbslosen (Kuhnert, 2007b, S. 265). Wer Angebote zur Bewältigung seines Ärgers nutzt und seinen Ärger in den Griff bekommt, kann auf verbesserte soziale Unterstützung hoffen.

► Wichtig für Betroffene: Geduld haben und vergeben können.

Besonders für Erwerbslose, die unter starkem Existenzdruck stehen, ist es nicht leicht, abzuwarten und geduldig zu sein. Viele befinden sich bereits in einer nicht enden wollenden Warteschleife. Menschen müssen besonders in Krisensituationen wie der Erwerbslosigkeit mit widerstreitenden Tendenzen leben lernen und (innere) Konflikte ertragen. Sie müssen Vertrauen entwickeln, dass sich Lösungen finden, wenn Konflikte und Spannungen ausgehalten werden. Wut, Angst, Selbstmitleid, Bitterkeit, Selbstgerechtigkeit und Paranoia hingegen werden da dominieren, wo eingefahrene Vorstellungen herrschen, nach denen die Dinge anders sein müssten.

Zur Gelassenheit führen der Respekt vor dem Anderen, die Toleranz gegen Unwissenheit, auch gegenüber eigenen Fehlern sowie der Mut, Schmerzen und Verluste zu ertragen. Man muss nicht immer nur „Machen“. Wichtig ist auch das Lassen und das Abwarten. Manches ist auch einfach als Gegeben hinzunehmen (Akzeptanz finden).

► Mit der folgenden Checkliste können Betroffene auch außerhalb von Gruppen in kritischen Situationen („kleinen Katastrophen“) versuchen, nicht in die üblichen Ärgerspiralen zu verfallen. Die Leitung sollte die Liste kurz vorstellen und dann verteilen.



Checkliste für kleine und große Katastrophen im Alltag

Vorsicht!!!

Du denkst, Du müsstest das Problem sofort aus der Welt schaffen. Du willst sofort etwas dagegen tun. Denk daran, dass Dir diese Haltung in der Vergangenheit nichts gebracht hat – im Gegenteil, Du hast Deine Probleme dadurch größer gemacht oder zumindest eine bessere Position verschenkt.

Also: Erst einmal tief durchatmen! Mach einen Spaziergang, führe Selbstgespräche! Einfach eine Runde um den Block laufen.

Es ist strengstens untersagt, irgendwelche Versuche zu unternehmen, das Problem zu lösen!!! Keine Telefonate, keine Briefe!

Deine Aufgabe ist es zunächst, Dich zu beruhigen, damit Du wieder denken kannst. Wenn Du überhaupt jemanden anrufen willst, dann ausschließlich Vertrauenspersonen: sehr gute Freunde, Angehörige, sehr gute Bekannte. Menschen, die mit deinen Gefühlen umgehen können und noch Zeit für andere Menschen haben.

Denk daran, dass sich im Aushalten und Abwarten oft ganz von selbst Lösungen einstellen.

Wenn Du kannst, versuche Dich abzulenken, sage Dir, dass Du nichts überstürzen musst. Die Sache sieht vielleicht schon ganz anders aus, wenn Du eine Nacht darüber geschlafen hast!

Ist Dir das nicht möglich, nimm Dir ein Blatt Papier und versuche, das Problem zu definieren. Schreib Dir die möglichen Konsequenzen auf und hinterfrage sie (in Anlehnung an Ungerer & Hoellen, 2006).

3.3 Im „Keller der Gefühle“ – Angenehme Erlebnisse suchen und finden

Der Lebensradius vieler Erwerbsloser ist stark eingeschränkt. Zum einen sind viele Personen aus finanziellen Gründen nicht so mobil wie in Zeiten der Erwerbsarbeit mit regelmäßigem Einkommen. Zum anderen führt Erwerbslosigkeit zu sozialem Rückzug. Schöne und wohltuende Erlebnisse werden zur Seltenheit. Der Alltag wird grau, und die Stimmung sinkt. Wer deprimiert ist, neigt dazu, sich noch weiter zurückzuziehen. Das Ganze ist ein Teufelskreis. Relevante Gesundheitsziele für erwerbslose Personen sind daher auch:

- ◆ angenehme Erlebnisse aufbauen,
- ◆ wohltuende Beschäftigungen stärker wahrnehmen (Achtsamkeit schulen),
- ◆ Einfluss auf Gefühle und Stimmung nehmen und ein selbstfürsorgliches Verhalten fördern,
- ◆ Spaß, Freude und Genuss durch eigenverantwortliches Handeln spüren.

Zunächst wird man sich aber auf die Suche nach solchen Erlebnissen machen müssen. Besonders wichtig ist dabei, den Fokus nicht zu sehr auf außergewöhnliche Erlebnisse zu richten (diese eher als schöne Ausnahmen zu sehen), sondern auf die einfachen schönen Dinge, die in der genauso alltäglichen Frustration und Resignation untergehen. Das erfordert Achtsamkeit und auch eine Auseinandersetzung mit unserem gesellschaftlichen Konsumdenken. Theater, Kino, Reisen oder Ausflüge müssen nicht zum Standard gehören. Im gemeinsamen Gespräch lässt sich herausarbeiten, dass man diese Dinge umso mehr genießen kann, je seltener und besonderer sie sind.

Tipps und Empfehlungen für die Praxis

► Zur ersten Besprechung bieten sich Listen mit angenehmen Erlebnissen an, die man Klienten oder Teilnehmenden in Gruppen an die Hand geben kann.

Liste angenehmer Erlebnisse	
Lieblingsmusik hören	Im Chor oder allein singen
Einen Ort mit besonderer Bedeutung aufsuchen	Besuch von Kino, Theater, Konzert, Museum
Musik selbst machen	Sammeln und tauschen
Lesen: Krimis, Romane, Biographien, Zeitungen	Gesellschaftsspiele
Etwas exotisches Kochen, Kuchen backen	Freunde besuchen, Gäste einladen
Einer alten Freundin oder einem Freund einen Brief schreiben	Fotografieren
Den Garten gestalten	Mit nackten Füßen über Wiese oder Strand laufen
Mit Kindern auf den Spielplatz gehen	Tagträume
Kreuzworträtsel/Denksportaufgaben/Sudoku	Eine eigene Website gestalten
Badespaß, Sauna	Gottesdienst besuchen
Wohnung umgestalten, Möbel umstellen	Massiert werden
Malen, basteln, nähen	Tagebuch schreiben
Weiterbildungskurs besuchen	Meditation, Yoga, Entspannungsübungen
Spaziergehen, wandern, Ausflüge machen	Eine Geschichte oder ein Gedicht schreiben
Sport treiben, Radtour machen	... ?

Zur Übung kann im Weiteren dazu ermuntert werden, in den nächsten Tagen ganz bewusst darauf zu achten, welche Momente oder Aktivitäten als angenehm oder genussvoll empfunden werden. Dazu lassen sich gut Wochenprotokolle nutzen, die einerseits daran erinnern, auf angenehme Momente zu achten, und andererseits verdeutlichen, welche positiven Aktivitäten es tatsächlich (täglich) gibt.

Abbildung 8: Wochenprotokoll für angenehme Erlebnisse

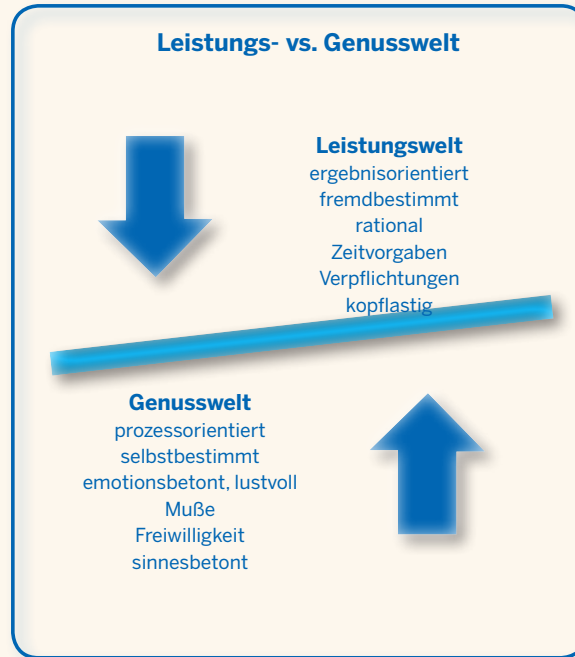
Tag	Heute war ein angenehmes Erlebnis ...
Montag	
Dienstag	
Mittwoch	
Donnerstag	
Freitag	
Samstag	
Sonntag	



Insbesondere ist im Gespräch mit der Zielgruppe herauszuarbeiten, dass auch Erwerbslose ein Recht auf Genuss, Erholung und angenehme Erlebnisse haben. Im Kapitel zu Stress (1.1.1) wurde bereits verdeutlicht, warum Erwerbslose genauso belastet sein können wie Berufstätige. Erholung ist ein wichtiger Aspekt der Stressbewältigung und bedarf daher keiner Rechtfertigung.

► In der Gegenüberstellung der Leistungs- und Genusswelt (vgl. Kaluza, Abbildung 9) lassen sich Grundeigenschaften des Alltags einerseits und der Erholungszeit andererseits (egal ob erwerbslos oder berufstätig) identifizieren. Die „Genusserlebnisse“ stellen dabei oft einen Gegenpol zu den Aktivitäten der individuellen „Leistungswelt“ dar: Wer unruhig ist, sucht Erholung in entspannenden Situationen, wer in der Belastungswelt kaum ausfüllende, sinngebende Beschäftigung hat, sucht sinnvolle und anspruchsvolle Tätigkeiten in der Genusswelt (zum Beispiel etwas Neues lernen, eine ehrenamtliche Tätigkeit aufnehmen etc.). Wer sonst strikt Zeitvorgaben folgen muss, wird Mußestunden ohne Blick auf die Uhr genießen.

Abbildung 9: Leistungs- vs. Genusswelt



Besonders bei Depressionen ist der Aufbau von Aktivitäten und angenehmen Erlebnissen ein wichtiger Teil der Therapie. Dann geht es im ersten Schritt zur Stimmungssteigerung aber erst einmal grundsätzlich um mehr Aktivitäten, also mehr um Quantität als um Qualität.

► Für die Planung von Aktivitäten ist der Kostenfaktor wichtig. Beispiele für Dinge, die nicht viel Geld kosten:



- Kostenfreies Lesen/Ausleihen von Büchern in Gemeinde- oder Stadtbüchereien, auf bestimmten Internetseiten als „virtueller“ Lesesaal. Einige Städte haben mittlerweile auch einen „offenen Bücherschrank“, aus denen man rund um die Uhr kostenfrei Bücher entnehmen oder hineinstellen kann. Eine offizielle Webseite existiert in Österreich: www.offener-buecherschrank.at. Hier ist auch das Prinzip beschrieben.
- Öffentliche Bibliotheken: Hier gibt es neben Büchern, Hörbüchern und Filmen oft auch Spiele, Tageszeitungen und Internetzugang. Eine Jahreskarte zur kostenlosen Ausleihe liegt mit Ermäßigung für SGB-Empfänger bei rund 10 € pro Jahr.
- Natur genießen: Beim Picknick oder Grillen im Grünen, an Badeseen, auf Aussichtsplätzen an Hügeln, Bergen, Halden, etc.
- Tauschringe: Dienstleistungen werden gegen Dienstleistungen getauscht (nicht bezahlt), regionale Adressen findet man unter: www.tauschring.de
- Viele Stadttheater oder Opernhäuser bieten kostenfrei oder kostengünstig an, bei Generalproben, Matinees oder Trainings dabei zu sein.

► Damit die Umsetzung im Alltag funktioniert, sollten ein paar „Regeln des Genießens“ beachtet werden:

- ◆ Genuss ist alltäglich: Genießen bedarf keiner besonderen Erlebnisse. Für die einen ist es die Dusche am Morgen, für die anderen der tägliche Spaziergang mit dem Hund.
- ◆ Genuss gönnen: Gesellschaft und Erziehung können innere Verbote und Hemmungen erzeugt haben. Sich selbst Angenehmes zugestehen ist eine Grundvoraussetzung, um schöne Erlebnisse als solche zu empfinden.
- ◆ Zeit nehmen: Um Genuss aktiv wahrzunehmen, muss man sich Zeit nehmen. Genuss funktioniert nicht nebenbei.
- ◆ Genuss ist Geschmackssache: Jeder hat seine eigenen Vorlieben. Auch hier sollte man sich Zeit nehmen, sich diese Vorlieben ganz genau bewusst zu machen.

- ◆ Weniger ist oft mehr: Genuss heißt nicht, einen Zustand oder ein Erlebnis permanent verfügbar zu haben. In einer Konsumgesellschaft entstehen schnell bestimmte Vorstellungen von Standards, auch in Bezug darauf, was man sich finanziell leisten können sollte. Seltener Erlebnisse behalten ihren besonderen Charakter und werden oft erst dann wirklich genossen.
- ◆ Die kleinen Dinge genießen: Wenn man nur auf das große Glück wartet, versäumt man mitunter das kleine. Genuss kann genauso in den alltäglichen Verrichtungen des Alltags stecken: Es gilt, Angenehmes und Schönes in der eigenen Umgebung zu entdecken (in Anlehnung an Koppenhöfer, 2004 und Kaluza, 2004).

- ▶ Unsere Sinneswahrnehmung bietet uns direkten Zugang zum Genuss: Mit dem Duft von Blumen (Geruchssinn), dem Geschmack unseres Lieblingsessens (Geschmackssinn), dem Anblick der ersten Frühlingsblumen (Sehsinn), der Lieblingsmusik (Hörsinn), oder dem Streicheln des Hundes (Tastsinn). Durch eine Schulung der Achtsamkeit wird die Sinneswahrnehmung wieder erhöht. Jeder hat seine individuellen Genussquellen: den morgendlichen Kaffee, die Lieblingsmusik oder den Geruch von Tannen im Wald etc.
- ▶ Manche Menschen stehen jedoch so unter Druck, sind so unruhig und nervös, dass es ihnen schwer fällt, sich von jetzt auf gleich auf schöne Dinge zu konzentrieren. Ihnen fehlt der Zugang zu sich selbst. Dann ist es wichtig, zurück zu Entspannung und vor allem bewusster Wahrnehmung zu kommen. Dabei helfen
 - ◆ Entspannungsübungen,
 - ◆ Atemübungen oder
 - ◆ Achtsamkeitsübungen (vgl. Lehrhaupt & Meibert, 2010).

- ▶ Anregungen und kurze Elemente zu angenehmen Erlebnissen können ohne großen Zeitaufwand in andere Qualifizierungsmaßnahmen integriert werden:
 - ◆ Das Thema Genuss kann schon in der Kennenlernrunde zur Sprache gebracht werden und lenkt auf positive Inhalte. Außerdem finden Teilnehmer Anknüpfungspunkte, sich privat kennen zu lernen. Statt Aspekte wie „erwerbslos seit“ oder „welche Erfahrung habe ich mit...“ zu erfragen, kann ermuntert werden zu erzählen, was man mag, gerne macht, was eine Entspannungsquelle ist etc.
 - ◆ Kleine Entspannungseinheiten oder Genussübungen zwischendurch helfen, eine gute Lern- und Arbeitsatmosphäre zu behalten und machen neugierig auf neue Aktivitäten außerhalb der Lerneinheiten.

3.4 Nichts ist wichtiger in Krisen – Zur Bedeutung sozialer Unterstützung und sozialer Netzwerke bei hoher Belastung

„Ich habe einfach sehr viel weniger Geld, so dass ich mich an einem Ausgehabend auf eine Apfelschorle beschränken müsste. Das ist für mich dann kein schöner Abend. Deshalb sage ich dann die Verabredung ganz ab. Wenn meine Freunde dann anrufen, gehe ich nicht dran, weil es mir so peinlich ist. Die sind dann natürlich irgendwann sauer.“

(Langzeiterwerbslose Frau, 44 Jahre, in Kuhnert et al., 2008, S. 32)



Erwerbslosigkeit kann einsam machen. Finanzielle Engpässe sorgen dafür, dass die Teilhabe am kulturellen Leben schwindet: Am Ende des Monats bleibt kaum Geld fürs Kino, einen Theater- oder Cafésbesuch gemeinsam mit Freunden. Und dann noch die Frage: Was kann ich in geselliger Runde schon Großartiges erzählen? Gerade dann, wenn das Umfeld berufstätig ist, kommt oft Scham auf. Einzelne Fälle von Missbrauch der Sozialleistungen führen vielerorts zu einer pauschalen Stigmatisierung der Erwerbslosen. Die Folge ist steigender sozialer Rückzug, im schlimmsten Fall Vereinsamung.

Einsamkeit wiederum macht krank. Die Forschung zeigt:

- ◆ Einsamkeit und das fehlende Gefühl von Rückhalt und Vertrauen in Beziehungen erhöhen das Risiko zu erkranken und früher zu sterben.
- ◆ Besonders Männer profitieren von einer befriedigenden Partnerschaft: Sie rauchen dadurch weniger, sind weniger übergewichtig und seltener krank.
- ◆ Es gibt Zusammenhänge zwischen niedriger sozialer Unterstützung und der Entwicklung von Depressionen.
- ◆ Menschen, die soziale Unterstützung erfahren, haben ein besseres Wohlbefinden, eine bessere Krankheitsverarbeitung und einen günstigeren Verlauf bei psychischen Erkrankungen (siehe Kuhnert, Kaczerowski, Ayan & Kastner, 2007).

Besonders in Krisensituationen ist der Kontakt zu anderen Menschen wichtig. Gute soziale Kontakte helfen uns in mehrfacher Hinsicht. In erster Linie denkt man dabei an

- ◆ positive Zuneigung und Wertschätzung,
- ◆ Zugehörigkeitsgefühl,
- ◆ Vertrauen und (körperliche) Nähe,
- ◆ Sicherheitsgefühl in Beziehungen,
- ◆ Personen, die zuhören und Trost spenden,
- ◆ Ermutigung und Rat.

Soziale Unterstützung kann aber auch der Information dienen oder eine bestimmte Funktion erfüllen, zum Beispiel durch

- ◆ Informationen und Tipps,
- ◆ Beratung und Problemlösungen,
- ◆ finanzielle oder materielle Hilfe,
- ◆ praktische Unterstützung im Alltag.

Das soziale Netzwerk kann sich unterschiedlich zusammen setzen: Ehepartner, Familie, Verwandtschaft, Kinder, Freunde und Bekannte, Nachbarn, Gemeinde, Ärzte, Berater. Die Liste lässt sich beliebig verlängern.

Allen gemeinsam ist, dass sie Rückhalt und Unterstützung vermitteln können sowie ein Gefühl von Zugehörigkeit und sozialer Einbindung. Berufstätige erleben diesen Effekt zu einem großen Teil am Arbeitsplatz. Die soziale Einbindung über die Identifikation mit der Arbeit oder den Kontakt zum Kollegium fehlt bei Erwerbslosen völlig.

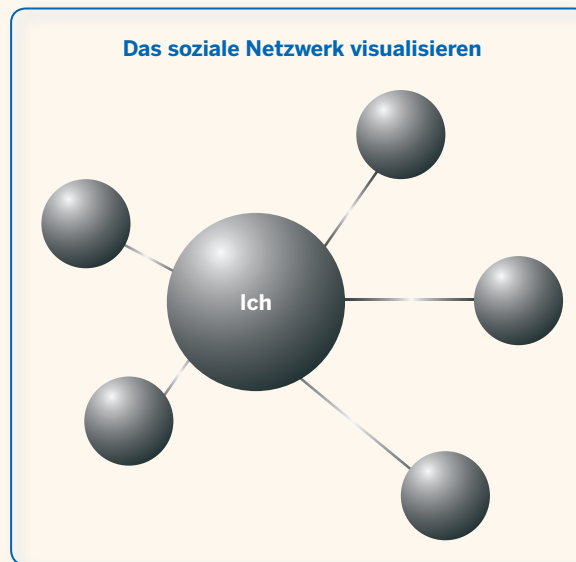
Erwerbslose müssen darin unterstützt werden, positive soziale Kontakte als solche wahrzunehmen und für sich zu stärken. Dass jemand soziale Unterstützung braucht, heißt im Umkehrschluss allerdings nicht selbstverständlich, dass er diese auch gut annehmen kann. Aus der Forschung ist bekannt, dass solche Personen am wenigsten Unterstützung erfahren, die stark oder überhaupt nicht hilfebedürftig wirken. Am meisten Zuwendung erhalten dagegen solche Menschen, die eine mittlere Hilfsbedürftigkeit ausstrahlen.

Tipps und Empfehlungen für die Praxis

► Ein wichtiger Schritt ist, sich das soziale Umfeld zu verdeutlichen. Man kann dazu Visualisierungsmethoden zu Hilfe nehmen, zum Beispiel Bezugspersonen in einem Diagramm um die eigene Person auf ein Flip Chart oder Blatt Papier malen. Die Personen sind je nach empfundener Nähe unterschiedlich nah oder weiter weg. Dann sollte die Qualität der Beziehungen betrachtet werden:

- ◆ Welche Kontakte tun gut?
- ◆ Zu wem möchte man den Kontakt verstärken?
- ◆ Welche Kontakte sind mir nicht hilfreich?
- ◆ Welche Möglichkeiten bestehen, neue soziale Kontakte zu knüpfen?

Abbildung 10: Das soziale Netzwerk visualisieren



► Günstig für das Knüpfen von Kontakten und „miteinander warm werden“ sind Veranstaltungen oder Kurse in regelmäßig wiederkehrendem Rhythmus, zum Beispiel wöchentlich stattfindende Kurse, Workshops oder eigeninitiierte Treffen. Die Regelmäßigkeit bietet zurückhaltenden Personen größere Chancen, langsam in Kontakt zu kommen und „aufzutauen“.

► Anlaufstellen, die spezielle (kostengünstige) Angebote für Erwerbslose liefern:

- ◆ Selbsthilfegruppen (Gleichgesinnte verbindet Gemeinsames),
- ◆ Sportvereine, private Sportgruppen,
- ◆ Bildungsstätten, Vereine und Gemeinden als Orte für hobby-spezifische Angebote haben den Vorteil, dass sie „heterogen“ sind (unabhängig vom Erwerbsstatus) und neue Gesprächsthemen weg von Erwerbslosigkeit bringen.

► Das „Gruppentraining sozialer Kompetenzen“ (GSK) (Hinsch & Pfingsten, 2007) bietet eine Vielzahl an Übungen für Trainer, um mit Teilnehmenden alltägliche Situationen zu erproben. Für Letztere gibt es auch einen Ratgeber zum Thema („Soziale Kompetenz kann man lernen“ von Hinsch & Wittmann, 2003). Exemplarische Themen sind: zufriedenstellende Beziehungen pflegen, selbstsicher handeln, Recht durchsetzen.

► Wichtige soziale Unterstützung leisten unbewusst all jene Personen, die in regelmäßigem Kontakt mit Erwerbslosen stehen (Fallmanager/Berater in ARGE etc.) und daher regelmäßige Bezugspersonen darstellen. BeraterInnen sollten ihr Bewusstsein dafür schärfen. Die Unterstützung kann auf allen Ebenen stattfinden:

- ◆ durch eine wertschätzende und empathische Haltung (emotionale Unterstützung),
- ◆ durch Aufklärung über psychomentele Auswirkungen der Erwerbslosigkeit (informelle wie emotionale Unterstützung) und
- ◆ durch das Vermitteln von Hilfemöglichkeiten sowie Beratungs- und Anlaufstellen (informelle Unterstützung).

3.5 Gefühle als Schutz gegen Krankheit – Das Kohärenzgefühl als Gesundheitsfaktor

"Leben heißt nicht warten, bis der Sturm vorüber zieht. Leben heißt lernen, im Regen zu tanzen."
(unbekannt)

Es ist bekannt, dass Menschen Krisensituationen unterschiedlich gut bewältigen. Woran liegt das? Warum werden einige Menschen unter stark belastenden Einflüssen krank, während andere gesund bleiben? Was zeichnet diese Menschen aus?

Der Soziologe Aaron Antonovsky hat mit dem Gesundheitsmodell der Salutogenese Antworten auf diese Fragen geliefert. Im Gegensatz zum Krankheitsmodell, das sich mit Ursachen und Bedingungen von Erkrankung beschäftigt, betont das Modell der Salutogenese die gesund erhaltenden Faktoren.

Antonovsky stellt die Fähigkeit dieser Menschen in den Vordergrund, einen „Sinn im Leben zu sehen“. Sie verfügen über Ressourcen und Kräfte, Krisen unbeschadet zu überstehen, die andere Menschen krank machen. Antonovsky nennt diesen Schutzfaktor das „Kohärenzgefühl“ (sense of coherence, SOC). Es beruht auf einem spezifischen Wahrnehmungsmuster, nämlich

- ◆ das Gefühl zu haben, Situationen und Umstände zu verstehen und richtig einzuordnen (Verstehbarkeit),

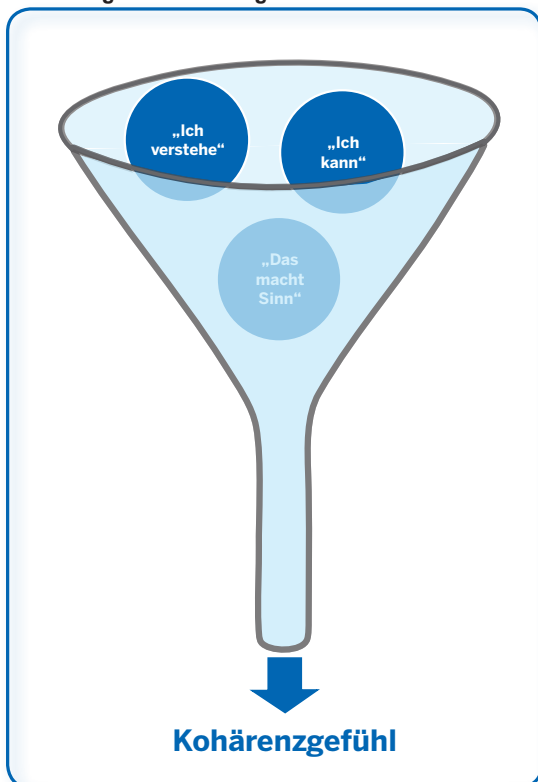
- ◆ sie handhaben und bewältigen zu können (Handhabbarkeit)
- ◆ und als sinnhaft und bedeutsam zu erleben (Sinnhaftigkeit).

Das Kohärenzgefühl ist „ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens“ (Antonovsky, 1997). Menschen, die sich dieses Gefühl angeeignet haben, können es auch in schwierigen Lebenslagen aktivieren und davon profitieren. Sie können flexibel die richtigen Ressourcen nutzen.

Das Kohärenzgefühl kann mit dem Fragebogen zur Lebensorientierung (siehe Antonovsky, 1997) gemessen werden. In der Dortmunder Vergleichsstudie (Kuhnert & Kastner, 2006) wurden Erwerbslose mit niedrigem und mit hohem Kohärenzgefühl ausgewählt und ihre psychische und körperliche Beeinträchtigung verglichen (FABU Fragebogen, Reick, 2005). Die Gruppen unterschieden sich in allen Skalen signifikant, besonders auf den Subskalen Negative Gefühle, Erholung/Entspannung, Psychische Beeinträchtigung und Lebensqualität. Das heißt, dass Erwerbslose mit einem niedrigen Kohärenzgefühl

- ◆ mehr belastende Gefühle empfinden,
- ◆ sich weniger erholt und entspannt fühlen,
- ◆ mehr psychische Beeinträchtigungen aufweisen und
- ◆ insgesamt mit dem Leben unzufriedener sind (Deutschmann & Kuhnert, 2005).

Abbildung 11: Kohärenzgefühl



Tipps und Empfehlungen für die Praxis

► Der Fragebogen zur Lebensorientierung (SOC) ist ein kurzes und einfach einzusetzendes diagnostisches Instrument zur Ermittlung der Bewältigungskompetenz. Der SOC-Wert gibt die Ausprägung des Kohärenzgefühls an. In Rückmeldegesprächen zum Ergebnis kann es helfen, zum Vergleich auch niedrigere Referenzwerte anzugeben, um beim Betroffenen bereits vorhandene Ressourcen aufzuzeigen.

Den Fragebogen zur Lebensorientierung (SOC- Skala) findet man sowohl bei Antonovsky (1997) sowie auch im Band 6 „Was erhält Menschen gesund?“ der BZgA-Reihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“.

► Das Kohärenzgefühl gilt als eine Art Lebenseinstellung oder Persönlichkeitsmerkmal, welches sich langfristig entwickelt und nicht von heute auf morgen zu beeinflussen ist. Nichtsdestotrotz gibt es viele Ansatzpunkte, die ein Grundgefühl der „Stimmigkeit“ und „Sinnhaftigkeit“ fördern:

Für ein Gefühl von Verstehbarkeit:

- ◆ transparent agieren, Informationen geben,
- ◆ Aufklärung betreiben.

Für ein Gefühl von Handhabbarkeit:

- ◆ Selbstwirksamkeit fördern durch Motivierende Gesprächsführung, durch Verdeutlichung von Erfolgserlebnissen in der Vergangenheit,
- ◆ helfen, persönliche Ressourcen zu erkennen (z. B. gutes soziales Netzwerk, Freunde, „Durchhaltevermögen“, positive Lebenseinstellung),
- ◆ Ziele erarbeiten, die realistisch sind und Erfolgserlebnisse versprechen.

Für ein Gefühl von Sinnhaftigkeit:

- ◆ Erlebnissen Sinn geben, um Befriedigung zu spüren,
- ◆ Akzeptanz und Gelassenheit entwickeln, dass Belastungen und Krisen Bestandteile des Lebens sind – den Umgang damit kann man aber selbst steuern,
- ◆ positive Sichtweisen entwickeln und Optimismus erhalten,
- ◆ Einfluss und Gestaltungsmöglichkeiten haben.

3.6 Den Lebensstil ändern: Mehr Spaß und Bewegung in den Alltag bringen

Viele Berufstätige geben als Gründe für fehlende Bewegung im Alltag mangelnde Zeit aufgrund beruflicher Einspannung an. Entsprechend müssten erwerbslose Menschen aktiver sein. Vielen Studien scheinen aber das Gegenteil zu belegen. Für 73,6 Prozent der befragten Dortmunder Langzeiterwerbslosen fand sportliche Betätigung praktisch nicht statt; mehr als ein Viertel (25,7 Prozent) vermieden diese gänzlich (Kuhnert, 2007b, S. 343).

Ein inaktiver Lebensstil findet sich bei Personen mit geringem Sozialstatus fast doppelt so häufig wie bei Personen mit hohem Status, und zwar unabhängig vom Geschlecht (Rosenbrock & Michel, 2007). Auch bei erwerbslosen Männern und Frauen pflegt ein großer Teil einen extrem bewegungsarmen Lebensstil (Kuhnert & Kastner, 2006). Das ruft nach der Einbindung von Bewegung in Gruppenprogramme der Gesundheits- und Arbeitsförderung, wie sie zum Beispiel innerhalb der „Stabilisierenden Gruppen“ in einem EU-Projekt der TU Dortmund umgesetzt wurden (Kuhnert et al., 2008). Die hier gemachten Erfahrungen mit sportlich ansonsten inaktiven Teilnehmenden zeigen, wie diese Zielgruppen aktiviert und wie niedrigschwellige Trainingsprogramme gestaltet werden können – auch für langzeiterwerbslose Menschen mit geringen finanziellen Mitteln.

3.6.1 „Wieder Kraft und Stärke spüren“ – Bewegungsgründe und -möglichkeiten für Erwerbslose

„Ich weiß, dass mir Sport und Bewegung gut tun würden, früher als ich noch Arbeit hatte, habe ich mich auch regelmäßig bewegt und war auch Mitglied im Sportverein. Doch seit der Arbeitslosigkeit kann ich mir den monatlichen Vereinsbeitrag nicht mehr leisten. Außerdem habe ich doch viel zu tun mit Behördengängen usw. und allein gehe ich dann kaum noch los, um mal zu joggen.“

(Frau, 47 Jahre; seit 5 Jahren erwerbslos)

„Ich hatte Spaß in der Gruppe und mit den unterschiedlichen Bewegungsformen. Ich hätte nie gedacht, dass ich mal Inlineskaten ausprobieren. Es war schön, sich jede Woche auf etwas Neues zu freuen.“

(Teilnehmer, 28 Jahre; seit 3 Jahren erwerbslos)

Sportliche Aktivitäten können helfen, auf alltägliche Anforderungen mit besserer Widerstandsfähigkeit zu reagieren. Dies schließt einen positiven Umgang mit Konflikten ein und trägt dazu bei, das physische, psychische und soziale Wohlbefinden wiederherzustellen (vgl. Brehm, Pahmeier & Tiemann, 1997, S. 39). Das gilt auch für erwerbslose Menschen. Den hohen Bedarf und

die Notwendigkeit von bewegungsorientierten Angeboten zeigen mehrere sportpsychologische Untersuchungen der letzten Jahre. Darin konnten Erwerbslose ihre psychische und physische gesundheitliche Verfassung durch sportliche Aktivitäten deutlich verbessern:

- ◆ Sportlich aktive Erwerbslose zeigten eine deutlich bessere psychische Gesundheit – gegenüber sportlich nicht Aktiven hatten sie eher einen ruhigeren Atemrhythmus, einen niedrigeren systolischen und diastolischen Blutdruck sowie eine niedrigere Herzfrequenz (vgl. Fuchs & Leppin, 1992, S. 13).
- ◆ Erwerbslose Frauen zeigten signifikante Stimmungsverbesserungen nach der sportlichen Aktivität, da ihre Aufmerksamkeit durch Sport von der problematischen Lebenssituation abgelenkt wurde (vgl. Wandtke, 1994, S. 39-45).
- ◆ Sportliche Aktivitäten führten zu einer Verringerung der Depressivität. Bei langzeiterwerbslosen Männern, die keinen Sport trieben, stiegen die Depressionswerte kontinuierlich an (vgl. Kleine & Fuchs, 1994, S. 47f.) – bei den sportlich aktiven Langzeiterwerbslosen hingegen verringerte sich die Depressivität und näherte sich den Werten der Erwerbstätigen an.



Sportlich aktive Erwerbslose haben demnach generell wesentlich weniger gesundheitliche Beschwerden als Nichtaktive (vgl. Fuchs & Hahn, 1994, S. 69-73). Regelmäßiger Sport führt aber nicht nur zu höherer Leistungsfähigkeit, sondern auch zu einer attraktiveren äußeren Erscheinung (Figur, Körperbau, Gesicht), die wiederum positive Einflüsse auf die Selbstdarstellungsfähigkeit, auch in Bewerbungssituationen, hat (Kuhnert, 2007b). Besonders für Arbeitsplätze in Dienstleistungsbereichen, die mit hohen körperlichen Belastungen einhergehen (z. B. im Gesundheitswesen), ist die körperliche Fitness ein nicht unerhebliches Einstellungsmerkmal.

Allein durch einen mäßig bewegungsaktiven Lebensstil (Empfehlung: 30 Minuten zügiges Gehen pro Tag, maximal zehn Stunden Fernsehkonsum pro Woche) ließen sich nach der Nurses Health Study etwa ein knappes Drittel der Adipositasfälle und rund 43 Prozent der Fälle von Diabetes mellitus Typ 2 vermeiden (Rosenbrock & Michel, 2007). Bereits durch maßvoll intensive Bewegung erfolgt eine Steigerung der Hirndurchblutung. Die dadurch bedingte Serotonin-Freisetzung mit nachhaltiger Stimmungsaufhellung und Reduktion des Katecholaminspiegels bewirken eine erhöhte Resistenz gegenüber psychosozialen Stressoren (Predel & Tobarski, 2005). Daher sollte sportlich nicht aktiven Erwerbslosen zunächst ein niedrig beanspruchendes Bewegungsprogramm nahegelegt werden. Erst im zweiten Schritt folgen konkrete Sportangebote. Dies würde dann eher auf

eine aktivere Gestaltung des Alltagslebens und kleine Schritte zu mehr Bewegungsaktivität abzielen.

Bewegungsaktivität kann die Auswirkungen von Stress abmildern (vgl. Fuchs, Hahn & Schwarzer, 1994, S. 74-79). Schon eine moderate körperliche Belastung, etwa in Form von Jogging, Schwimmen, Radfahren, Ski-Langlauf und Walking, schafft günstige Voraussetzungen für ein optimal arbeitendes Immunsystem und verringert Erkrankungsrisiken. Besonders für die vielen langzeiterwerbslosen Männer und Frauen, die in einer Studie der Universität Dortmund eine sehr schlechte körperliche Vitalität aufwiesen (knapp 48 Prozent, Kuhnert, 2007b, S. 310), sind Bewegungsprogramme von hohem Nutzen. Die Teilnahme an Bewegungsgruppen kann außerdem die soziale Isolation reduzieren, zum anderen auch "bessere" Kontakte ermöglichen. Langzeiterwerbslose bewegen sich ansonsten oft in gesundheitsgefährdenden und selbstschädigenden Milieus, wie beispielsweise Männercliquen mit exzessivem Suchtmittelkonsum (insbesondere Alkohol und Rauchen, Kuhnert, Deutschmann & Kastner, 2008). Auch chronisch Kranke profitieren stark von den Bewegungsprogrammen (vgl. Brehm, Pahmeier & Tiemann, 1997, S. 54):

- ◆ Es wurden weniger Beschwerden wahrgenommen,
- ◆ Die Stresswahrnehmung war gering,
- ◆ Die Sorge um die Gesundheit nahm ab, die Zufriedenheit mit der Gesundheit nahm zu,
- ◆ Die Selbstmotivation wurde verbessert,
- ◆ Es bestanden weniger Ängste bezogen auf das körper- und sportbezogene Selbstbild.

Eine Marktanalyse sportlicher Angebote in einer Großstadt (Höcke & Kuhnert, 2008) empfiehlt auch, spezielle Sportkurse für Erwerbslose anzubieten, da die Lebensumstände dieser Menschen eben völlig anders sind als die der meisten Berufstätigen. Studien mit Erwerbslosen zeigen, dass nicht nur finanzielle Gründe eine große Hürde sind (zum Beispiel kein Geld für Sportbekleidung), sondern auch nach vielen „bewegungslosen Jahren“ keinerlei Selbstvertrauen und Zuversicht besteht, eine sportliche Leistung erbringen zu können. Ermutigt hat uns aber ein Ergebnis der Dortmunder Langzeiterwerbslosenstudie, nach dem knapp 59 Prozent der Befragten angaben, Spaß daran zu haben, „sich ausgelassen zu bewegen“ (Kuhnert, 2007b, S. 309). Entsprechend

wurde diese grundsätzliche Bewegungsfreude bei einem Großteil der Programmgestaltung in einem Pilotprojekt der TU Dortmund berücksichtigt.

„Viele Menschen sind unsicher, haben kaum noch Vertrauen in sich selbst, geschweige denn in andere. Aus meiner Erfahrung kann ich sagen, dass die Angebote auf niederschwelliger Ebene geleistet werden müssen, vor allem im Bereich Bewegung. Da wäre der Ausdruck „Sport“ schon zu leistungsbesetzt und würde eine Großzahl an Interessenten von Anfang an verschrecken, aus Angst, diesem Leistungsstandard nicht gewachsen zu sein.“

(Mitarbeiterin Arbeitslosenzentrum Dortmund)

Anhand der geführten Interviews im Pilotprojekt wurde deutlich, dass folgende Komponenten für die Etablierung eines kontinuierlichen Sport- und Bewegungsprogramms für Erwerbslose wichtig sind (Höcke & Kuhnert, 2008):

- ◆ Niederschwelligkeit des Programms,
- ◆ kostenloses Angebot,
- ◆ nicht „Sport“ als Bezeichnung, sondern „Bewegung“,
- ◆ Heranführen an verschiedene Bewegungsarten,
- ◆ Mitbestimmungsmöglichkeit der Teilnehmer,
- ◆ Miteinbezug von Geselligkeit und Austausch,
- ◆ Regelmäßigkeit.

„Viele unserer Teilnehmer haben zu Beginn Scheu, sich in der Gruppe zu bewegen, deshalb kommt es darauf an, Ihnen vor allem den Spaß an der Bewegung wieder nahe zu bringen und diese Freude als gemeinsames Erlebnis zu sehen. Erst dann ist es möglich, dass Teilnehmer in Eigeninitiative körperlich aktiv bleiben und damit nachhaltig Ihre Gesundheit und Leistungsfähigkeit fördern.“

(Mitarbeiter Stadtsportbund Oberhausen)

Damit die erzielten Fortschritte nach Beendigung von Sportkursen mit Erwerbslosen nicht an Wirksamkeit verlieren und sich noch weiterentwickeln können, sollten Träger feste Angebote unter dem Motto „Spaß mit Bewegung für erwerbslose Menschen“ zum festen Bestandteil der Einrichtung machen. Ist dies nicht möglich, können z. B. der Stadtsportbund oder lokale Sportvereine für die Organisation bzw. Unterstützung entsprechender Gruppen angesprochen werden.

Tipps und Empfehlungen für die Praxis

► Empfehlenswert für die Planung von Angeboten ist es, nicht mit der Tür ins Haus zu fallen. Es sollte nicht mit gesundheitlichen Zielen argumentiert werden, deren Nutzen nicht direkt offensichtlich ist. Auch schnell entstehender Leistungsdruck wirkt kontraproduktiv.

Marathonlauf oder ähnliche sportliche Herausforderungen sollten nicht das Ziel sein; sie sind körperlich ohnehin eher ungesund. Erstrebenswert ist es, mit einfachen Mitteln die alltägliche Bewegung zu erhöhen:

- ◆ spazieren gehen,
- ◆ mehr Wege zu Fuß oder mit dem Fahrrad erledigen,
- ◆ Gartenarbeit machen,
- ◆ Treppe steigen statt Aufzug fahren,
- ◆ leichtes, moderates Ausdauertraining mit kleinen Zeitfenstern durchführen (Starten mit fünf Minuten oder Intervallform).

► Leichter zu erreichen sind Personen auch dann, wenn statt von „Sport“ einfach von mehr Aktivität und Bewegung oder gemeinschaftlicher Aktivität gesprochen wird. Dabei können gut zunächst sozialer Charakter und Spaßfaktor im Vordergrund stehen (gemeinsam Fußballspielen oder schwimmen gehen, Eislaufen mit der Familie, Minigolf spielen, Tischtennis).



► Ein exemplarisches Gruppenprogramm zur Steigerung von körperlicher Aktivität ist MoVo-LISA (Lebensstil Integrierte Sportliche Aktivität, Göhner & Fuchs, 2006). Es eignet sich für alle, die nachhaltig ihren bewegungsbezogenen Lebensstil ändern wollen und ist auf Grund seiner konzeptionellen Kürze (dreimal 60 bis 90 Minuten) sehr gut dort einzusetzen, wo nicht viele Kontakte möglich sind, wenig Zeit oder nur geringe finanzielle Mittel zur Verfügung stehen.

Im Sinne eines Selbstmanagementansatzes geht das Programm von der Annahme aus, dass Motivation allein zur langfristigen Verhaltensänderung nicht ausreicht. Entscheidend ist, inwieweit jemand in der Lage ist, das gewünschte Verhalten auch konkret umzusetzen (Volition). Das „Barrierenmanagement“ beleuchtet mittels der 3pw-Regel (ist die Bewegungsidee „passend“, „praktikabel“ und „präzise“?) die individuellen Barrieren, die der Verhaltensänderung im Weg stehen (Aspekte wie: zu teuer, zu weit weg, zu langweilig, Verletzungsgefahr etc.)

Das Konzept sieht Zeit für ein kurzes Einzelgespräch vor, so dass Zuwendung und individueller Charakter nicht zu kurz kommen. Das Gruppenprogramm gibt es auch als Konzept zur Verhaltensänderung von Bewegung und Ernährung (MoVo-LIFE, in der Konzeption etwas länger mit fünf Einheiten à 90 Minuten).

► „Große Gesundheitspakete“ können auch eine abschreckende Wirkung haben, da sie womöglich die komplette, seit Jahren gewohnte Lebensführung in Frage stellen. Erfolgreicher ist es, eine Strategie der kleinen Schritte zu fahren und kleine Erfolge unmittelbar wertzuschätzen (10 Minuten walken sind besser als nichts). Aus kleinen Schritten können dann durchaus größere werden. Angebote sollten deshalb möglichst niedrigschwellig sein und kurzfristige Erfolgserlebnisse bieten.

► Arbeiten Sie mit einfachen und konkreten Fakten, die leicht zu merken und gut umzusetzen sind. Beim Thema Ernährung bieten sich die 10 Regeln der Deutschen Gesellschaft für Ernährung an. Hier ein Auszug:

- ◆ „5 am Tag“ (fünf handvolle Portionen Gemüse und Obst am Tag),
- ◆ reichlich Flüssigkeit trinken (ca. 1,5 Liter Wasser/Tag),
- ◆ Zucker und Salz in Maßen,
- ◆ vielseitig essen.

► Drei Tipps für mehr Bewegung:

1. Den Alltag „bewegter“ gestalten

Jede körperliche Aktivität von mittlerer Intensität, die wenigstens zu einer beschleunigten Atmung führt und mindestens 10 Minuten durchgehalten wird, fördert bereits die Gesundheit. Der Effekt wird mit einfachsten Alltagsaktivitäten erreicht, wie Gartenarbeit, zügiges Gehen, Fahrrad fahren, Treppen steigen, 3-4 mal in den Keller gehen,

Hausputz mit Tempo, mit Kindern Bewegungsspiele machen oder einfach mal kurz schneller als sonst um den Block laufen oder zur Bahn und in den Supermarkt eilen.

2. Beweglicher durch kleine und größere „Austauschaktionen“

- ◆ Ich fahre nicht mit dem Auto oder Bus zu meinen Terminen, sondern ich laufe oder fahre mit dem Rad (zumindest einen Teil der Strecke!).
- ◆ Ich benutze nicht mehr den Fahrstuhl, sondern steige die Treppen (auch mal 2 Stufen nehmen!).
- ◆ Ich erledige kleinere Einkäufe zu Fuß oder mit dem Rad.
- ◆ Mehr Ausflüge mit Freunden oder Familie nicht mit dem Auto machen (Benzin ist teuer), sondern (Rad-)Wanderungen im regionalen Raum unternehmen (z.B. Tagesticket für 5 Personen der Bahn) oder ins Schwimmbad gehen.
- ◆ Wenn ich zu Fuß unterwegs bin, gehe ich bewusst einige Zeit etwas schneller.
- ◆ Ich steige zwei Haltestellen früher aus und gehe den Rest zu Fuß.
- ◆ Morgens vor dem Frühstück 10 Minuten Gymnastik machen und 10 Minuten weniger Zeitung lesen oder schlafen.
- ◆ Abends vor dem Schlafen weniger fernsehen oder lesen und noch mal an die frische Luft und eine Runde von 20-30 Minuten laufen.
- ◆ Eine Wegstrecke bei Besuchen von Bekannten oder Freunden wird gelaufen.

3. Regelmäßiger Sport treiben

Dies ist der effektivste Weg zu mehr Fitness und besserem Stressausgleich. Am besten eignet sich Ausdauersport, also Laufen, Schwimmen, zügiges Gehen/Walken oder schnelles Radfahren. Bei der Auswahl der Sportart sollte man die eigenen Vorlieben entscheiden lassen.

- ◆ Welche Art von Bewegung und welche Umgebung ist angenehm?
- ◆ Lieber allein oder in der Gruppe?
- ◆ Bei medizinischen Bedenken den Hausarzt fragen.
- ◆ Selbstüberforderung vermeiden.
- ◆ Als Faustregel gilt: Man sollte sich während der sportlichen Aktivität noch unterhalten können.

Im Projekt SUMAS der Universität Dortmund wurde ein neues niedrigschwelliges Bewegungsangebot für sportlich inaktive Langzeiterwerbslose entwickelt, das die genannten Kriterien beachtet (Höcke & Kuhnert, 2008).

► Zur Sicherheit sollte medizinischen Rat einholen, wer

- ◆ älter als 35 Jahre ist,
- ◆ während der letzten 5 Jahre nicht regelmäßig Sport getrieben hat und eine überwiegend sitzende Tätigkeit hatte,
- ◆ übergewichtig ist,
- ◆ raucht,
- ◆ unter Diabetes leidet,
- ◆ einen hohen Cholesterinspiegel oder Blutdruck hat,
- ◆ sich gerade von einer schweren Erkrankung oder Operation erholt oder
- ◆ Blutdruck regulierende Medikamente oder Herzmittel einnimmt.

► Die maximale Herzfrequenz (MHF) sollte niemals überschritten werden. Diese berechnet sich wie folgt: $MHF = 220 - \text{Lebensalter}$. Die Herzfrequenz entspricht der Pulsfrequenz.

► Gerade am Anfang des Trainings sind frühzeitige kurze Pausen wichtig, damit es nicht sofort zu totaler Erschöpfung und Motivationsverlust kommt.

3.6.2 Wenn alles nur „nervt“ – Entspannungsübungen in der Erwerbslosigkeit

Entspannungstrainings haben einen positiven Effekt auf die Gesundheit – das wurde in einer Vielzahl wissenschaftlicher Studien nachgewiesen. Nachgewiesen ist auch, dass langzeiterwerbslose Menschen mit dem „größeren Abstand zur Erwerbsarbeit“ viel an Entspannungsfähigkeit eingebüßt haben. Dies zeigen besonders die Ergebnisse der Dortmunder Langzeitarbeitslosenstudie, nach denen 56,7 Prozent der Befragten angaben, mit dem Eintritt in die Erwerbslosigkeit sich deutlich schlechter entspannen und kaum noch „abschalten“ (57 Prozent) zu können (Kuhnert, 2007b). Auffallend ist, dass sich 13,4 Prozent im Dauerstress zu befinden scheinen, da sie „nie gut abschalten können“. Hohe Abgespanntheit und Erschöpfung, über die viele Berufstätige kurz vor dem Burnout berichten, empfanden auch 43 Prozent der Langzeiterwerbslosen.

Dennoch sind Entspannungstrainings- und Bewegungspausen eher Standards der betrieblichen Gesundheitsförderung. Gleichwohl zeigen die evaluierten Projekte der Gesundheitsförderung der TU Dortmund, dass diese Angebote auch bei Erwerbslosen auf hohe Akzeptanz stoßen, wenn sie „zielgruppennah“ eingeführt werden.



Entspannungsübungen haben das Ziel, die unter Stress entstehenden körperlichen Reaktionen zu reduzieren und ihnen vorzubeugen. Sie fördern die Körperwahrnehmung und helfen daher auch, Stresssignale und Spannungszustände im Körper früher wahrzunehmen und in akuten Belastungssituationen „gegenzusteuern“. Mittels Entspannungstechniken können auch stressverstärkende Gedankenmuster aufgeweicht werden.

Zu positiven Auswirkungen von Entspannungstrainings zählen auch die Linderung von Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Durchblutungsstörungen und Herzbeschwerden, die zunehmende psychische Gelöstheit, ein tiefes Erlebnis von Ruhe und Gelassenheit. Längerfristig fördern sie auch die Selbstsicherheit und den Rückgang von ängstlichen und depressiven Stimmungen.

Tipps und Empfehlungen für die Praxis

► Die Progressive Muskelrelaxation (PMR) nach Jacobson ist ein bewährtes System aus den 30er Jahren und das in der Verhaltenstherapie am meisten verbreitete Entspannungsverfahren. Es wurde entwickelt, um eine differenzierte fortschreitende (progressive) Entspannung fast des gesamten Muskelapparates zu ermöglichen. PMR ist wohl das Entspannungsverfahren, zu dem die meisten Menschen leicht Zugang finden. Daneben sind auch das Autogene Training, Hatha Yoga, Tai Chi und Qigong solche Entspannungsverfahren, die von den Krankenkassen anerkannt sind und daher bei regelmäßiger Kursteilnahme bei ausgebildeten Fachkräften erstattungsfähig sind (s. GKV-Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbands in der Fassung vom 27. August 2010).

► „Jetzt erstmal tief durchatmen!“

Eines der effektivsten Entspannungsmittel, das wir haben, ist unsere Atmung. Mittels einfacher Atemübungen lässt sich der Körper fast überall und zu jeder Zeit beruhigen. Im Fokus steht die Konzentration auf die Ein- und Ausatmung und eine Förderung der (tiefen) Bauchatmung. Solche Übungen sind effektiv, leicht zu vermitteln und lassen sich gut als Entspannungseinheit in Veranstaltungen integrieren.

► Viele Krankenkassen bieten für ihre Mitglieder kostenlose CDs mit Entspannungsübungen an!

3.6.3 Flucht in kurze Rauscherlebnisse – Prävention von Suchterkrankungen

Die Überschrift dieses Kapitels klingt fast etwas zynisch – denn die sozialen und gesundheitlichen Probleme von Erwerbslosen und von Erwerbslosigkeit bedrohten Menschen sind weit entfernt von einem berausenden Leben. Die scheinbare Unerreichbarkeit einer höheren Lebenszufriedenheit und von wertschätzender gesellschaftlicher Einbindung ist für viele Betroffene kaum erträglich. Eine „Flucht in kurze Rauscherlebnisse“ dämpft zumindest kurzfristig negative Empfindungen oder vertreibt einfach trübe Gedanken und Stimmungen.

Mit dem Eintritt in die Erwerbslosigkeit steigt das Risiko einer Suchterkrankung enorm an. Während zum Beispiel in der Allgemeinbevölkerung Raucherquoten um die 30 Prozent aufzufinden sind (höher unter sozial Benachteiligten, „Bildungsschwachen“ und bestimmten Berufen), rauchen fast drei Viertel der Langzeiterwerbslosen, wobei neben der Stressbewältigung auch einfach der Wunsch nach Entspannung ein Motiv ist (Kuhnert et al., 2008).

„Ich rauche seit meinem 14. Lebensjahr und möchte eigentlich gerne aufhören. Ich versuche es immer wieder, aber gerade vorm Fernseher rauche ich viel.“
(Mann, 57 Jahre, seit 4 Jahren erwerbslos)



Unter allen Suchtmitteln (Nikotin, Medikamente und illegale Drogen etc.) ist aber der Alkoholkonsum das größte Problem in der Erwerbslosigkeit. Allein in stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe waren 2001 38 Prozent der Frauen und 55 Prozent der Männer erwerbslos (Hollederer, 2003). Nach Angaben des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger sind 40 Prozent der Antragsteller für medizinische Leistungen zur Sucht-Rehabilitation erwerbslos. Mindestens 5 Prozent aller Erwerbslosen werden als Alkoholiker eingestuft (Heipertz, 2005). Besonders gefährdet sind jene Erwerbslosen, die aufgrund fehlender sozialer Netze, aus Scham oder um sich der Kontrolle des Trinkens durch andere zu entziehen, vermehrt zu Hause bleiben und alleine Alkohol konsumieren (Kuhnert, 2007b, S. 116ff).

Drogenhafte Alkoholmuster und somit psychisch bedingte Alkoholgefährdungsrisiken bilden sich vergleichsweise häufiger bei Erwerbslosen aus den unteren sozialen Schichten, mittleren Alters und bei Langzeiterwerbslosen heraus (Puls, Wienold & Blank, 1999). Aber auch Arbeitsplatzunsicherheit ist, wenn sie als Verlust und Bedrohung wahrgenommen wird, ein hoher Risikofaktor für den Alkohol-, Tabak- und Medikamentenkonsum (Puls & Mümken, 2008, S. 85).

Ergebnisse des ARA-Projektes (Henkel, Zemlin & Dornbusch, 2008) zeigen, dass erwerbslose Alkoholabhängige ihre zum Teil lang andauernde Erwerbslosigkeit sowohl finanziell als auch psychisch als sehr belastend wahrnehmen. Im Vergleich zu beschäftigten Alkoholabhängigen verfügen sie über deutlich geringere Bildungs- und ökonomische Ressourcen und weniger soziale Unterstützung. Alkoholabhängige Erwerbslose weisen zahlreiche Merkmale psychischer Störungen (Depressivität, Ängstlichkeit) auf, haben einen schlechteren körperlichen Gesundheitszustand und geringere Rehabilitationserwartungen (ebd.). In einer Studie der Universität Dortmund wird deutlich, dass viele Langzeiterwerbslose mit Suchtproblemen unter Komorbidität (Mehrfacherkrankungen) leiden, die durch zahlreiche aktuelle soziale Probleme noch verschärft werden (Kuhnert, Karas & Deutschmann, 2005, S. 202):



Fallskizze: Herr B. ist 39 Jahre alt und lebt alleine, er hat drei Kinder und ist seit vier Jahren erwerbslos. Kündigungsgrund: Alkohol. Das vorhandene soziale Netz erscheint lückenhaft, Herr B. leidet akut an chronischer Bronchitis, Erkrankungen des Verdauungstrakts, Depressionen und Angst. Er befindet sich aber nicht in ärztlicher Behandlung. Seine Ernährungsqualität ist sehr schlecht. Sport betreibt er gar nicht, er ist starker Raucher (sehr viel mehr seit der Erwerbslosigkeit) und Alkoholiker. Herr B. meidet Ärzte, nimmt aber täglich Medikamente (Beruhigungsmittel, Mittel zur Konzentration). Sinnvolle Freizeitaktivitäten und Geld fehlen. Er hat hohe Schulden (15.000 €), ist dadurch stark belastet, hat aber keine Schuldnerberatung. Außerdem ist er mit sich selbst, seinem Schlaf, seinem Sexualleben und den Wohnbedingungen sehr unzufrieden und hat oftmals negative Gefühle wie Angst, Verzweiflung und Depressionen.

Mit zunehmender Dauer der Erwerbslosigkeit steigt der Alkoholkonsum statistisch an (Puls, Wienold & Blank, 1999). In der Dortmunder Langzeitarbeitslosenstudie konsumierten 41,2 Prozent der Befragten mit Eintritt in die Erwerbslosigkeit deutlich mehr Alkohol (Kuhnert, 2007b). Besonders Männer und Frauen, die ihren Alkoholkonsum in der Erwerbslosigkeit erhöhten, hatten weitere Probleme: Sie waren unzufriedener mit ihrem Leben, hatten häufiger körperliche Beschwerden, rauchten mehr Zigaretten, präsentierten sich in sozialen Situationen weniger gut, engagierten sich kaum präventiv für ihre Gesundheit und konnten nur schwer ihr Risikoverhalten verändern (Kuhnert, 2007b, S. 463).

In den folgenden Feldern der Suchtpraxis besteht in diagnostischer, präventiver wie auch interventionsbe-

zogener Hinsicht besonderer gesundheitsförderlicher Handlungsbedarf (Kuhnert, Deutschmann & Kastner, 2008, S. 144):

- ◆ Primäre Suchtprävention: In den bisherigen Formen beruflicher Reintegrationsmaßnahmen werden Suchtprobleme aufgrund fehlender diagnostischer Instrumente oftmals nicht erkannt (Kuhnert, Karas & Deutschmann, 2005). Hier muss für die Thematik sensibilisiert werden. Da in Reintegrationsmaßnahmen überproportional viele Teilnehmende mit Suchtproblemen aufgrund von Fehlzeiten aus den Maßnahmen ausgeschlossen werden (Hollederer, 2003), können Module der Gesundheitsförderung (z. B. Entspannung, Ernährung, Bewegung) mit einer begleitenden Suchtberatung eine stabilisierende Funktion auf die Teilnehmenden haben.
- ◆ Sekundäre und tertiäre Suchtprävention: Erwerbslose sind über Suchtprobleme und deren Gesundheitsfolgen aufzuklären und benötigen Motivierungshilfen (z.B. über motivierende Interviews) und einen besseren und früheren Zugang zum Suchthilfesystem. Zum anderen kann die Förderung von Gesundheitskompetenzen eine sinnvolle Flankierung suchtbezogener Maßnahmen sein, beispielsweise in Verbindung mit ambulanten Gruppenprogrammen zum kontrollierten Trinken (Körkel et al., 2002).

Tipps und Empfehlungen für die Praxis

► Binden Sie die kommunale Arbeits- und Gesundheitsförderung in die Suchtprävention ein! Hier sollten die wichtigsten kommunalen Organisationen vernetzt werden. Das ist die Voraussetzung dafür, dass ein breites Angebot der Suchtprävention in der Erwerbslosigkeit entstehen kann. So erhält auch die Zielgruppe der Erwerbslosen mit Suchtproblemen, die von sozialer Ausgrenzung bedroht sind, größere öffentliche und politische Aufmerksamkeit. Nur durch die sicherlich nicht leicht zu organisierende Vernetzung der wesentlichen Akteure der Arbeits- und Gesundheitsförderung, deren Handeln in einen verbindlichen rechtlichen Rahmen (SGB II, SGB III, SGB V usw.) eingebunden ist, sind solide Rahmenbedingungen für die Arbeit mit den Zielgruppen zu schaffen (Kuhnert, Deutschmann & Kastner, 2008, S. 148).

► Binden Sie Suchtberatungsstellen und Selbsthilfegruppen ein!

Hohe Bedeutung für die kommunale Suchtprävention von erwerbslosen Menschen haben die mehr als 1000 Suchtberatungsstellen und Selbsthilfegruppen in Deutschland. Mit dem Freundeskreis Suchtkrankenhilfe e.V. in Dortmund konnten erste Schritte gemacht werden, neben der Suchterkrankung verstärkt spezifische Probleme der Erwerbslosigkeit aufzugreifen und Präventionsstrategien für die einzelnen Gruppenmitglieder zu entwickeln und umzusetzen.

In Nordrhein-Westfalen gibt es flächendeckend in allen Kreisen und kreisfreien Städten Fachstellen für Suchtprävention. Eine Liste kann man bei der „ginko Stiftung für Prävention“ herunterladen: <http://www.ginko-stiftung.de>.

Über die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) können nach Orten und Zielgruppen (Ältere, Frauen, Migranten etc.) Einrichtungen der Suchtberatung und Suchtkrankenhilfe recherchiert werden. Das Portal bietet zahlreiche weitere Möglichkeiten, sich umfassend im Suchtbereich zu informieren (weitere Informationsmöglichkeiten finden sich am Ende des Kapitels).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V. Westenwall 4, 59065 Hamm

Telefon: 02381/9015-0

Telefax: 02381/901530

E-Mail: info@dhs.de

Internet: www.dhs.de

Freundeskreis Suchtkrankenhilfe e.V.

Internet: <http://www.freundeskreise-nrw.de/>

► „Ganz am Anfang“ – Erste Schritte in der Suchtpräventionsarbeit

Klären Sie Betroffene auf: Auch mit zunehmendem Alter und nach langer „Suchtzeit“ lohnt es sich, aufzuhören! Schon nach einem rauchfreien Jahr reduziert sich das Herzinfarkttrisiko, nach fünf bis zehn Jahren ist das Risiko zu erkranken genauso hoch wie bei einem Nichtraucher.

Und die Erfahrung zeigt: Nur wer sein gesundheitsschädliches Verhalten (wie beim Rauchen oder Alkoholkonsum) ändern möchte, wird es auch schaffen. Als Grundlage für Interventionsansätze im Suchtbereich haben sich daher wie bereits erwähnt das Modell der Verhaltensänderungen (Prochaska & DiClemente, 1992) und die Motivierende Gesprächsführung (Miller & Rollnick, 2004) bewährt, die insbesondere an Widerständen, zwiespältigem Verhalten und Motivation ansetzen.

Solche Beratungen eignen sich auch zur Durchführung als „Kurzinterventionen“. Dabei sollte berücksichtigt werden: Menschen mit Suchtverhalten ändern ihr Verhalten durch gängige Gesundheitsmaßnahmen wie Stressbewältigungstrainings in der Regel nicht. Für solche an die Zielgruppe angepassten Trainings sollten suchtspezifische Module integriert werden, in denen die Funktion des Suchtverhaltens im Vordergrund steht.

► Für Interessierte, die umfassendere Antworten suchen, empfehlen wir das Handbuch „Erwerbslosigkeit und Sucht“ von Henkel & Zemlin (2008). Darin werden zum Beispiel von Kuhnert, Deutschmann und Kastner unterschiedliche Aspekte einer „Gesundheitsförderung für Erwerbslose mit Suchtproblemen“ betrachtet.

Dazu gehört die Darstellung der Einsatzmöglichkeiten spezifischer Methoden, institutionelle Rahmenbedingungen, Aspekte einer geschlechtergerechten Suchtarbeit, Beispiele von gesundheitsförderlichen Interventionen mit suchtkranken Erwerbslosen sowie zukünftige Entwicklungsmöglichkeiten.

Antworten auf die Frage, ob das Fallmanagement neben der Beschäftigungsförderung auch ein Weg aus der Sucht sein kann, gibt Holleder (2008).

Dem Einfluss der Arbeitsplatzunsicherheit auf den Alkohol-, Tabak- und Medikamentenkonsum gehen Puls und Mümken (2008) nach, während Lesehr (2008) ganz praktisch die Kooperation zwischen Jobcenter und Suchtberatung darstellt.

► Konzepte und Strategien zum Thema Sucht erhalten interessierte Praktiker auch in den Bänden der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“:

Band 18 (2002): Kommunikationsstrategien zur Raucherentwöhnung

Band 24 (2004): Suchtprävention in der Bundesrepublik Deutschland

Die Broschüren sind per download erhältlich oder kostenfrei über die Internetseite der BZgA zu bestellen.

► Internetangebote zur Suchtprävention

Die folgenden Internetangebote können für die Entwicklung bzw. Unterstützung von suchtspezifischen Programmen der Prävention und Gesundheitsförderung für die Zielgruppe der Erwerbslosen und sozial benachteiligten Menschen genutzt werden:

- a) Die Internetseite www.rauchfrei-info.de richtet sich primär an die Zielgruppe der Erwachsenen und bietet ein breites Informationsspektrum rund um das Thema "Rauchen/Nichtrauchen". Dazu gehört ein Programm zum Ausstieg aus dem Rauchen, das mittels individualisierter Rückmeldungen per E-Mail über 4 Wochen beim Rauchverzicht unterstützt.
- b) Die Internetseite www.rauch-frei.info ist ein Internetangebot, das insbesondere Jugendliche über Wirkungen, Risiken und gesundheitliche Folgeschäden des Rauchens informiert. Elemente sind "Information", „Kommunikation (Rauchfrei-Community)“ und ein "individualisiertes Ausstiegsprogramm".
- c) Das niedrighschwellige Internet-Projekt www.drugcom.de spricht Jugendliche, die bereits Drogenerfahrungen haben, über den Freizeitsektor an. Mit Hilfe internetgestützter, anonymer Informations- und Beratungsmöglichkeiten sollen Jugendliche dazu angeregt werden, den eigenen Drogenkonsum kritisch zu reflektieren und ggf. zu modifizieren. Ein entsprechendes Angebot bezieht sich unter www.quit-the-shit.net auf den Cannabiskonsum.
- d) Ein umfangreiches Informations- und Hilfeportal zu Glücksspielsucht ist www.spielen-mit-verantwortung.de und www.check-dein-spiel.de. Sie informieren gezielt über das Gefahrenpotenzial der verschiedenen Glücksspiele für Betroffene und Angehörige. Dazu gehören Selbsttests zum eigenen Spielverhalten und ein Onlineausstiegsprogramm sowie Informationen zu Hilfeeinrichtungen und Beratungen in Wohnortnähe.
- e) Die Internetseite www.kenn-dein-limit.de richtet sich speziell an Erwachsene und enthält neben einem umfangreichen Informationsangebot über alkoholbedingte gesundheitliche Gefahren und Risiken einen Alkohol-Selbsttest.
- f) Die Internetangebote www.kenn-dein-limit.info und www.bist-du-staerker-als-alkohol.de richten sich an Jugendliche zwischen 16 und 24 Jahren und informieren über Risiken und gesundheitliche Gefahren insbesondere durch hohen und riskanten Alkoholkonsum.
- g) Das Netzwerk PrevNet www.preynet.de vernetzt Maßnahmen zur Suchtvorbeugung von Bund und Bundesländern. Hier finden sich Informationen über Einrichtungen, Aktivitäten, Akteure, Studien und Materialien der Suchtprävention. Im interaktiven Teil des Portals finden sich Foren, Mailinglisten und Arbeitsgruppen mit den Funktionen eines virtuellen Büros.

Weitere interessante links finden sich unter www.bzga.de und <http://www.a-connect.de/link.php>.

4. Empfehlungen für Rahmenbedingungen und Arbeitsmethoden bei Gesundheitsprogrammen mit erwerbslosen Menschen

4.1 Gesundheit durch die männliche und die weibliche Brille gesehen – Unterschiedliche Angebote für Männer und Frauen

Die Frage, ob spezifische Angebote der Gesundheitsförderung für erwerbslose Männer und Frauen effizienter sind als geschlechtsübergreifende Angebote, wird seit mehr als 30 Jahren in der Prävention und Gesundheitsförderung diskutiert. In den meisten Projekten und Methoden kommen in der Regel eher geschlechtsübergreifende Methoden und Strategien zum Einsatz – siehe z.B. die von Kuhnert et al. (2008) im Handbuch „Stabilisierende Gruppen“ (Praxisratgeber für ALG-II-Empfänger) oder von Holleder im Handbuch „Gesundheit von Arbeitslosen fördern!“ (2009) vorgestellten Projekte. Dennoch gibt es Unterschiede zwischen dem Gesundheitshandeln und Gesundheitsverhalten von erwerbslosen Frauen und Männern, die für die Praxis von Prävention und Gesundheitsförderung relevant sind und auf die an dieser Stelle im Sinne des Gender Mainstreaming (Petter, 2005) hingewiesen werden soll. Der Fokus liegt dabei etwas stärker auf erwerbslosen Männern, da diese trotz bedenklicher Gesundheitszustände ihr in Teilen hochriskantes Gesundheitsverhalten „unbeirrt fortzusetzen“ scheinen (Kuhnert & Kastner, 2009).

Männer ernähren sich eher ungesund, leiden eher an Hypertonie, erhöhtem Cholesterinspiegel und Übergewicht, nehmen Krankheitszeichen am Körper später wahr und nehmen seltener Unterstützung in Anspruch als Frauen. Sie erleben ihren Körper in erster Linie funktional und als Mittel, in der männlich dominierten Arbeitswelt zu bestehen (vgl. Lehner, 2004).

Im Hinblick auf psychische Erkrankungen weisen dagegen Frauen mehr affektive Angst- und psychosomatische Störungen auf. Männer leiden häufiger an Abhängigkeitserkrankungen wie zu hohem Alkoholkonsum oder Drogensucht (Merbach & Brähler, 2004), die sich in der Erwerbslosigkeit fortsetzen und oftmals noch verstärken.



Die Gesundheitsprobleme nehmen bei Männern mit der Dauer der Erwerbslosigkeit zu, während Frauen gesundheitlich genauso stark oder sogar stärker durch Kurzzeit- als durch Langzeiterwerbslosigkeit beeinträchtigt sind.

Der Geschlechterunterschied lässt sich möglicherweise dadurch erklären, dass sich viele Frauen aufgrund kürzerer oder brüchigerer Erwerbsbiographien nur kurzzeitig erwerbslos melden und zudem eher als Männer durch die Ehe oder Partnerschaft sozial abgesichert sind. Studien zeigen, dass die gesellschaftliche Festlegung auf die Erwerbs- und Versorgerrolle das Selbstbild von erwerbslosen Männern stärker beeinträchtigt (Kuhnert, 2007b) und es vielen erschwert, in der Gruppenarbeit offen über ihre gesundheitlichen Probleme zu sprechen (Spahlinger & Kuhnert, 2008).

Die Zahl der Krankenhaustage wegen psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen liegt bei Erwerbslosen laut Robert-Koch-Institut (2003; 2006) ca. dreimal (bei Frauen) bzw. ca. siebenmal (bei Männern) so hoch wie bei Beschäftigten. Frauen zeigen durchgängig stärkere psychosomatische Symptome mit Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Schlafstörungen, Unruhe und depressiver Verstimmung (Wolfersdorf, 2007, S. 202).

Ogleich psychische Erkrankungen bei den Frühverrentungen von Frauen den 1. Platz und bei Männern (nach Skelett- und Muskel- sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen) immerhin noch den 3. Platz einnehmen, werden besonders von Männern therapeutische Hilfen oder Präventionsangebote kaum wahrgenommen (Wolfersdorf, 2007, S. 199). Männer weisen in allen Altersgruppen geringere Raten als Frauen auf (Verhältnis 1:2, Möller-Leimkühler, 2006).

Nach einer bundesweiten Studie von Meierjürgen und Schulte (1993) lag die Teilnehmerquote von Frauen an Angeboten für Verhaltensprävention bei 86 Prozent, aktuelle Erfassungen von Krankenkassen nennen gleichfalls Frauenquoten um die 80 Prozent (Rosen-

brock & Grimmeisen, 2009). Hauptthemenbereiche sind Ernährung, Bewegung, Entspannung und Nichtrauchen.

Während es erwerbslosen Frauen in der Regel leichter fällt, auch über ihre psychischen Probleme zu sprechen, werden etwa depressive Symptome bei erwerbslosen Männern (Aggressivität, Gewalt) weder vom sozialen Umfeld noch von den Hausärzten erkannt. Da zudem Männer ein drei- bis viermal höheres Suizidrisiko als Frauen haben, müssen männliche Erwerbslose als hoch suizidgefährdet gelten (Somweber, 2004).

Das Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern - Tendenzen im Überblick:

Männer

- ◆ schätzen ihren Gesundheitszustand und ihr Wohlbefinden subjektiv besser ein als Frauen,
- ◆ halten sich für weniger krankheitsanfällig,
- ◆ sind häufiger von lebensbedrohlichen Krankheiten betroffen,
- ◆ sterben früher,
- ◆ nehmen seltener Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch,
- ◆ tendieren mehr zu vermeidenden, risikoreichen Bewältigungsstrategien wie Alkoholkonsum und Rauchen,
- ◆ haben weniger Interesse an gesundheitsbezogenen Themen,
- ◆ treiben vorzugsweise solche Sportarten, die den Leistungsaspekt betonen und ein hohes Verletzungsrisiko haben.

Frauen

- ◆ geben einen schlechteren Gesundheitszustand an als Männer,
- ◆ leiden häufiger an nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen und psychischen Störungen (vorwiegend Angststörungen und Depressionen),
- ◆ werden älter,
- ◆ haben ein stärker ausgeprägtes gesundheitliches Interesse und leben gesundheitsbewusster,
- ◆ nehmen mehr gesundheitsfördernde Angebote, zum Beispiel an Volkshochschulen und von Krankenkassen, in Anspruch,
- ◆ bevorzugen Angebote, die das psychische Wohlbefinden steigern und haben mehr Interesse an Themen wie Ernährung und Stressbewältigung,
- ◆ nehmen mehr Medikamente zu sich (zweimal so viel Schmerzmittel, Beruhigungsmittel und Psychopharmaka wie Männer, Anzahl Raucherinnen hat zugenommen),
- ◆ haben öfter ein problematisches Essverhalten.

Entsprechend der aufgezeigten Befunde wird die Notwendigkeit spezifischer Angebote der Gesundheitsförderung für erwerbslose Frauen und Männer deutlich.

Tipps und Empfehlungen für die Praxis

"Man tut ja den ganzen Tag nichts. Da kannst du doch nicht spazieren gehen. Ich habe da ein richtig schlechtes Gewissen."

(Klaudia, 43 Jahre, seit 5 Jahren erwerbslos)

► Nutzung von Selbsthilfegruppen und Netzwerken für bessere Gesundheit

Frauenselbsthilfenetzwerke und Gesundheitsangebote, die sich explizit an erwerbslose Frauen wenden, sind auch eine Möglichkeit zur Stärkung der allgemeinen psychosozialen Situation (siehe Kontaktadressen am Ende des Kapitels). Auch in gepflegten Nachbarschaften und Freundeskreisen können erwerbslose Frauen Abstand zum Familienalltag finden. Für Männer dürfte dieser Weg schwieriger werden, da sie in der vorausgegangenen Erwerbsphase ihres Lebens viele Kontakte über ihre Arbeit definiert haben. Entsprechend müssen Akteure der Arbeits- und Gesundheitsförderung hier Angebote entwickeln, die wenig nach „Hilfesuche“ erscheinen und schnelle Lösungen für spezifische Gesundheitsprobleme anbieten (möglichst auch unter Einsatz von „Gesundheitstechnik“, dazu gehört z.B. die Berechnung des Körperfetts oder körperlicher Fitness durch Ergometer). Erst im zweiten Schritt sind dann Vertiefungen in sozialen und gesundheitsbezogenen Themen, die mehr persönliche Öffnung und Einbringung verlangen, angezeigt.

► Öffnung der Männergesundheitsbewegung für erwerbslose Männer

Gesundheitsangebote und -maßnahmen für erwerbslose Männer sollten gezielt initiiert und gefördert werden. Dafür muss bei den relevanten Trägern – Vereine, Volkshochschulen, Krankenkassen etc. – geworben werden. Männliche Kursleitungen sind von Vorteil. Psychologische Barrieren wie Angst vor männlichen Identitätsverlusten müssen durchbrochen werden.

Eine mänderspezifische Gesundheitsförderung muss bereits bei den Jungen ansetzen. In Anlehnung an Girls days etc. versucht zum Beispiel das Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend inzwischen, jenseits klassischer männlicher Verhaltensmuster „neue Wege für Jungs“ zu finden (www.neue-wege-fuer-jungs.de).

Mögliche Ansätze für mehr Gesundheitsintegration von erwerbslosen Männern sind:

- ◆ Koppelungen von Freiwilligenarbeit und Erwerbsarbeit,
- ◆ das Modell des sozialen Vergleichsprozesses („eigene Aufwertung über Kontakte“),
- ◆ spezifisches Impressionsmanagement (Training von Selbstdarstellungstechniken) für Langzeiterwerbslose (Kuhnert & Kastner, 2002).

Innovativ erscheint auch der Salzburger Arbeitskreis Männerpsychologie, der u. a. eine Online-Beratung für Männer mit psychischen Problemen entwickelt hat (Somweber, 2004).

► „Gemischte Gruppen nicht vergessen“ – Geschlechter können auch voneinander lernen

Die Mehrzahl der Erwerbslosen wünschen sich Gesundheits-Programme in gemischten Gruppen. Männer und Frauen haben unterschiedliche Bewältigungsstrategien und profitieren so voneinander. Und nicht zuletzt: Speziell unter langzeiterwerbslosen Männern finden sich viele allein lebende Personen. Ein Nebeneffekt von gemischten Gruppen ist daher auch, dass sie Möglichkeiten zum Kennenlernen bieten.

► Männer sind generell weniger an gesundheitsorientierten Themen interessiert als Frauen. Männliche Kursleitungen können dazu beitragen, dass Barrieren bei Männern abgebaut werden, sich an „Frauenthemen“ oder „nicht-männliche Themen“ heranzuwagen.

Unter dem Gesundheitsaspekt sollten Männer mehr Ausdauer- statt verletzungssträchtige Sportarten ausüben.

► Nützlich im Internet

1. Kostenlose Gesundheitskurse für erwerbslose Frauen werden in Berlin im Frauengesundheitszentrum angeboten. Dabei geht es u. a. um

- ◆ Methoden zum Stressabbau und praktische Entspannungsübungen,
- ◆ Hinweise auf alltagstaugliche Gesundheitstipps,
- ◆ Informationen über kostengünstige Gesundheitsangebote ,
- ◆ Austausch mit anderen Frauen in ähnlicher Lebenssituation.

Zu finden unter: www.ffgz.de/03.themen/arbeitslose.htm.

2. www.frauengesundheitsportal.de

Herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, enthält u.a. eine umfangreiche Literatursammlung zur Gesundheitsförderung für Frauen.

3. www.bkfrauengesundheit.de

Homepage der Bundeskoordination Frauengesundheit (2001 – 2005) zur Unterstützung und Vernetzung von frauengesundheitlichen Aktivitäten.

4.2 Gruppenkonstellationen: Erwerbslose unter sich?

„In Gruppen, in denen nur Arbeitslose sind, wird ausschließlich über die Arbeitslosigkeit geredet. Die Personen suhlen sich oft im Mitleid. Die Themenauswahl ist mir dort zu einseitig, das Leben bietet noch andere Dinge. Außerdem möchte ich nicht immer an meine Arbeitslosigkeit erinnert werden.“

(Frau, 51 Jahre, seit 2,5 Jahren erwerbslos)

Die Forschung zu der Frage, welche Gruppenkonstellation sich für gesundheitsförderliche Maßnahmen mit erwerbslosen Menschen anbietet, steht noch am Anfang. Aus Befragungen von Erwerbslosen ergeben sich aber erste Hinweise.



Ein Trend geht in die Richtung, dass Erwerbslose nicht unbedingt „unter sich“ sein wollen. Bezüglich spezifischer Angebote für Erwerbslose gibt es die Befürchtung, dass sich Gespräche zu sehr um die Themen Geld und Arbeit drehen und die Stimmung durch die Fixierung auf Probleme der Erwerbslosigkeit gedrückt werden könnte. Diese Gefahr besteht tatsächlich. Es wurde außerdem schon darauf hingewiesen, dass Stigmatisierung ein ernst zu nehmendes Thema ist.

Der tatsächliche Effekt von gemischten Gruppen ist noch nicht eindeutig geklärt. Sie bieten aber unbestreitbare Vorteile:

- ◆ eine bessere Grundstimmung,
- ◆ ein größeres Spektrum an Gesprächsthemen (neben Erwerbslosigkeit),
- ◆ einen besseren Erfahrungsaustausch durch mehr bzw. andere Perspektiven und Sichtweisen,
- ◆ sowie Kontakte zu Berufstätigen als potenzielle „Kontakte ins Berufsleben“.

Tipps und Empfehlungen für die Praxis

► Zur Förderung des sozialen Netzwerkes sind Gruppenveranstaltungen und Kurse gute Mittel und Wege, den Austausch mit anderen zu fördern und neue Kontakte zu knüpfen. Angebote mit individuellem Charakter und Zuwendung zum Einzelnen (Einzelgespräche, Beratungen, Coaching) sollten aber zusätzlich berücksichtigt werden. Sie stellen einen Kontrast zur Anonymität in Behörden und Ämtern dar, und Menschen, die sich in Gruppen nicht schnell öffnen, profitieren schneller von Zuwendung in Einzelgesprächen.

4.3 Gesundheitsangebote an der richtigen Stelle platzieren

Erwerbslose sind nur schwer mit gesundheitsfördernden Angeboten zu erreichen. Es mangelt oft an Interesse und Aufgeschlossenheit gegenüber Gesundheitsthemen. Besonders krankheitsgefährdet sind langzeiterwerbslose Personen, die aber, wie schon dargestellt (s. Kapitel 3.3), oft in Isolation und sozialen Rückzug flüchten – und sich so einer Ansprache allein schon physisch entziehen.

Es sind zudem häufig die Personen mit fehlendem Problembewusstsein, die einen großen Bedarf an gesundheitlichen Interventionen haben. Sie entziehen sich einer Ansprache weniger räumlich als mental. Wer hingegen

freiwillig kommt, hat analog zu den Phasen des Trans-theoretischen Modells schon die erste Stufe in Richtung einer Veränderung selbst beschritten.

Eine grundlegende Prämisse für die Gesundheitsförderung bei Erwerbslosen ist also: Niedrigschwellige und motivierende Angebote einerseits und geeignete Orte („Settings“) der Ansprache andererseits müssen identifiziert und gezielt genutzt werden.

Tipps und Empfehlungen für die Praxis

► Gesundheitsbezogene Angebote für Erwerbslose müssen zunächst dort verstärkt werden, wo man die Betroffenen regelmäßig antrifft und wo auch die Rahmenbedingungen grundsätzlich geeignet sind. Das sind zunächst die Arbeitsvermittlung und das Fallmanagement. Hier sollte verhaltens- wie verhältnispräventive Gesundheitsförderung fest etabliert werden.

- ◆ Berater können in Grundlagen der Gesundheitsförderung geschult werden (u.a. auch zu Zusammenhängen zwischen Erwerbslosigkeit und Gesundheit sowie zu gesundheitsorientierten, motivierenden Gesprächsformen).
- ◆ Klienten sollten in Angebote der lokalen Gesundheitsförderung bzw. -versorgung vermittelt werden – auch hier kommt dem Fallmanagement eine wichtige Rolle zu.
- ◆ Durch eine gesundheitsbewusste Grundhaltung, durch eigene gesundheitsbezogene Kompetenz und eine bewusst gesundheitsförderliche Gestaltung des „Settings Arbeitsförderung“ können Fallmanager langfristig zu einem wichtigen Dreh- und Angelpunkt in Sachen Gesundheitsförderung bei Erwerbslosen werden.

► Angebote an die Zielgruppe der Erwerbslosen können überall dort platziert werden, wo die Betroffenen regelmäßig anzutreffen sind:

- ◆ in Institutionen und Ämtern (ARGE, Jobcenter, Arbeitslosenzentrum, Beratungsstellen), über Auslagen oder Infoveranstaltungen,
- ◆ bei Ärzten und Therapeuten, im Wartebereich oder durch direkte Ansprache des Arztes,
- ◆ in Apotheken,
- ◆ als integrierte Gesundheits-Module in Qualifizierungsmaßnahmen der Arbeitsförderung.

Gerade Qualifizierungs- und Beschäftigungsträger stellen ein wichtiges, noch nicht ausgereiztes Setting dar: Wünschenswert ist, dass noch mehr Qualifizierungsmaßnahmen und Kompetenztrainings mit integrierten Gesundheitsmodulen konzipiert und umgesetzt werden.

Darüber hinaus eignen sich grundsätzlich alle Settings der Gesundheitsförderung für erwachsene Menschen auch für die Ansprache von Erwerbslosen. Wie oben dargelegt (s. Kapitel 4.2), ist die Integration dieser Menschen in Maßnahmen für die „normale“ Bevölkerung ein wichtiger Schritt zur Erweiterung der sozialen Kontaktfläche.

► Gute Erfolge brachte in Einzelprojekten der Dortmunder Stabilisierenden Gruppen die Teilnehmergewinning per Zeitungsannonce.

► Wünschenswert ist auch, dass mehr kostenfreie Räume zur Verfügung gestellt werden, die Erwerbslosen (-Initiativen) als Anlaufstelle dienen können. Denkbar ist das besonders in kommunalen Einrichtungen, Bildungsstätten, Kirchengemeinden etc. Erwähnenswert sind in diesem Zusammenhang die derzeit in der Diskussion stehenden „Trinkräume“, an die ebenfalls auch Sozial- und Schuldnerberatungen (Beispiel Kiel) gekoppelt werden.

4.4 Nichts ist umsonst. Oder doch? – Kosten von Gesundheitsangeboten

Bisher sind noch zu wenig Gesundheitsangebote für Erwerbslose umsonst – oder zumindest günstig. Denn Geld ist ein Hauptgrund, warum Erwerbslose die Vielzahl an Angeboten auf dem Markt kaum nutzen.



Ein Beispiel: Nach § 20 SGB V bezuschussen Krankenkassen präventive Maßnahmen in den vier Handlungsfeldern Sport und Rehabilitation, Ernährung, Stressbewältigung/Entspannung und Suchtmittelkonsum mit bis zu ca. 80 Euro pro Maßnahme im Jahr. Voraussetzung für die Erstattung sind entsprechend ausgebildete und von den Kassen anerkannte Kursleitungen oder

anerkanntes Trainingspersonal und eine regelmäßige Teilnahme. Die Kursgebühren müssen von den Teilnehmenden allerdings zunächst vorfinanziert werden. Gängige Praxis: Erst nach regelmäßiger Teilnahme wird am Kursende eine Teilnahmebescheinigung bei der Krankenkasse eingereicht, die dann den Erstattungsbetrag vergütet. Das stellt – neben dem letztlich verbleibenden Eigenanteil von vielleicht 10 bis 20 Euro – für Erwerbslose oft eine zu hohe Hürde dar.

Zur Zeit werden seitens der Krankenkassen in verschiedenen Kontexten (z.B. JobFit NRW, siehe unten) Modelle erprobt, die auf eine Vorfinanzierung bei erwerbslosen Teilnehmern verzichten.

Tipps und Empfehlungen für die Praxis

- Es gibt Institute, die bei Gesundheitskursen eine Ratenzahlung akzeptieren (z.B. Gesundheitshaus Gelsenkirchen) oder auch die Rückerstattung der Kursgebühren mit den Krankenkassen (z.B. Praevita) übernehmen. Solche Angebote sind für Erwerbslose wünschenswert. Noch besser wäre es, wenn Kursteilnehmer nur den Differenzbetrag zwischen Kurskosten und Zuschuss der Krankenkasse zahlen und gar nicht in Vorleistung treten müssen.
- Viele Einrichtungen haben von jeher Sozialtarife im Angebot, die dann zumindest eine Ermäßigung vom Normalpreis für Erwerbslose bieten (z.B. Volkshochschulen, Schwimmbäder etc.). Broschüren oder Tipps mit entsprechenden kostengünstigen Anbietern vor Ort sollten in Beratungsstellen vorhanden sein.
- Erstrebenswert sind schließlich aber mehr völlig kostenfreie Programme. Viele örtliche Institutionen (auch Selbsthilfeorganisationen) bieten beispielsweise regelmäßig kostenfreie Vortragsabende zu diversen Gesundheitsthemen an. Aktuelle Termine findet man zum Beispiel in der regionalen Presse.



Ein gutes Beispiel, wie sich Bewegungsprogramme auf Wohlbefinden und Selbstwirksamkeit auswirken können, zeigt das 2007 von Anja Höcke durchgeführte zehnwöchige Programm „Gemeinsamer Spaß kann bewegend sein“ für erwerbslose Personen in Dortmund. Hier wurden aktiv Sponsoren aus dem Vereinsbereich gewonnen. Für die kostenlose Teilnahme wurde in Zeitungsannoncen geworben (s. Beschreibung im Handbuch Stabilisierende Gruppen, Kuhnert 2008).

- Versteckte Kosten finden sich häufig dann, wenn zum Beispiel lange Anfahrtswege vom Wohn- zum Veranstaltungsort anfallen. In NRW gibt es derzeit Diskussionen über die Einführung von Sozialtickets für Erwerbslose, die zu einem stark vergünstigten Monatspreis verkauft werden sollen, um sozial Schwächere „mobil“ zu machen. Lange Fahrtwege sind also in Planungen örtlicher Initiativen nach Möglichkeit zu vermeiden. Angebote in Stadteinähe fördern die Akzeptanz.
- Eine Liste mit Beispielen für (kostenfreie) „angenehme Erlebnisse“ findet sich auch in Kapitel 3.3.

4.5 Methodentipps für die Gruppenarbeit mit Erwerbslosen

4.5.1 Lange genug im Jammertal – Angebote für Erwerbslose müssen Spaß machen

„Die Neugier steht immer an erster Stelle eines Problems, das gelöst werden will.“

(Galileo Galilei)

Die meisten Angebote und Qualifizierungsmaßnahmen werden von Erwerbslosen als Anforderungen empfunden, die sie unter Sanktionsdruck zu bewältigen haben. Deshalb ist es wichtig, Teilnehmer positiv zu motivieren und für eine aktive Mitarbeit zu gewinnen. Dabei gilt: Jeder macht viel lieber Dinge, die Spaß machen. Spaß

zu haben bedeutet aber nicht, dass Maßnahmen und Themen deshalb zwangsläufig weniger ernst genommen werden. Im Gegenteil: Spaß erleichtert den Zugang zu Menschen und kann durchaus helfen, eine effektive Arbeitsebene zu finden.

Humor ist in der Kommunikation ein allgemein hilfreiches Mittel, um mit Menschen in Kontakt zu treten. Insbesondere, wenn es um heikle Themen geht, kann Humor eine Brücke sein, sich auf abstrakter Ebene und mit einer gewissen Distanz auseinander zu setzen und Neugierde zu wecken.

Aber natürlich können kreative Arbeitsmethoden die Vermittlung von Inhalten auch spannend gestalten und zu höherer Teilnahmemotivation beitragen.

Tipps und Empfehlungen für die Praxis

► *Frontalunterricht nach Möglichkeit vermeiden! Die Teilnehmenden wollen beteiligt sein. Ihre Meinungsäußerung und aktive Einbindung sollte wertgeschätzt werden.*

► *So kann man den Spaßfaktor fördern:*

◆ Humor und Leichtigkeit im Umgang mit den Teilnehmenden helfen, Distanz und Vorbehalte abzubauen und den Einstieg in ein neues Thema zu erleichtern.

◆ Kreativität und Variabilität bei der Methodenauswahl: Bilder, Geschichten, Anekdoten, beispielhafte Erfolgsstorys, aktuelle Filme (s. u.) oder Literatur mit positiv motivierendem Inhalt.

◆ Praxisbezug herstellen! Erfahrbares bringt „Aha-Effekte“ viel schneller als theoretische Informationen. Aktives Erleben wird gefördert durch praktische Übungen: in Gesundheitssettings beispielsweise den BMI errechnen, selbst Blutdruck messen, gemeinsam einkaufen und kochen, Biofeedback-Messungen zur Entspannungsfähigkeit durchführen und vieles mehr.

► *Mit Humor zu arbeiten, bedeutet nicht, ernsthafte Themen zu verharmlosen. Natürlich kann ein Abrutschen in Ironie auch missverständlich werden. Und es erfordert immer ein bisschen Fingerspitzengefühl, mit wem sich in welchem Tonfall reden lässt. In Gruppenveranstaltungen sollte schon zu Beginn deutlich gemacht werden, dass in der Gruppe bewusst auch das Ziel verfolgt wird, miteinander Spaß zu haben.*

► Auch durch Events, bei denen zunächst Spaß und Geselligkeit im Vordergrund stehen, können Erwerbslose für längerfristig angesetzte Maßnahmen gewonnen werden.

► Filme für Beratung und Training

Es gibt eine ganze Reihe von (Kino-)Filmen, die sich mit dem Thema Erwerbslosigkeit beschäftigen. Filme (oder auch nur Filmausschnitte), besonders, wenn sie sich dem Thema auf humorvolle Weise nähern, können zur distanzierten Auseinandersetzung anregen und Wege aus gefühlter Hoffnungslosigkeit aufzeigen. Beispiele:

„Die Friseurin“ (D, 2009)

Kinofilm von Doris Dörrie über eine Friseurin in Ostdeutschland, die sich von Bewerbungsabsagen nicht unterkriegen lässt und sich allen Widrigkeiten zum Trotz mit einem Friseursalon selbständig macht.

„Das Streben nach Glück“ (USA, 2006)

Kinofilm aus den USA über einen alleinerziehenden Mann, der mit Zielstrebigkeit und Hartnäckigkeit Wege findet, aus einer finanziellen Notlage herauszukommen.

„Losers and Winners“ (D, 2006)

Ein Filmteam begleitete 2006 den Abbau der Kokerei Kaiserstuhl in Dortmund, die nach China verkauft und dort wieder aufgebaut wurde. Chinesische Arbeiter, die den wirtschaftlichen Aufschwung vor Augen haben, und Arbeiter der Dortmunder Kokerei, die der Erwerbslosigkeit ins Auge sehen, wurden bei der Demontage der Anlage begleitet. Der Film erhielt national und international mehrere Preise.

„Rhythm is it“ (D, 2004)

Im Jahr 2003 begann Royston Maldoom, Tänzer und Choreograph, gemeinsam mit den Berliner Symphonikern und 250 tanzunerfahrenen Jugendlichen in Berlin die Umsetzung von Strawinskys Ballett „Le Sacre du Printemps“. Der Film zeigt, wie er mit dem Credo „Jeder hat Potenzial“ Jugendliche ohne Mut und Selbstvertrauen auf ein Ziel vorbereitet – die Aufführung in der Treptow Arena.

„Die Könige der Nutzholzgewinnung“ (D, 2006)

Nach dem Motto „Es gibt keine Probleme, es gibt nur Lösungen“ stellen arbeitslose Holzfäller in einem Harzer Waldorf einen Holzfällerwettbewerb auf die Beine und damit das bis dato ruhige Dorf auf den Kopf.

4.5.2 Viele Wege führen zum Ziel – auch zur Gesundheit

Manchmal kommt man leichter über Umwege zum Ziel. Das gilt in gewissem Sinne auch für die Gesundheitsförderung. Arbeitsvermittler und andere in der Beschäftigungsförderung Tätige sollten sich bewusst sein, dass nicht nur der klassische Volkshochschul- oder Krankenkassenkurs das Gesundheitsverhalten von Erwerbslosen verändern kann. Gesundheit, Gesundheitsbewusstsein und –verhalten werden durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst – dazu gehören nicht zuletzt auch die (in der Realität mehr oder weniger) gesundheitsförderlichen Settings ARGE, JobCenter und Qualifizierungsgesellschaft.

4.5.3 Muss man überhaupt von Gesundheit sprechen?

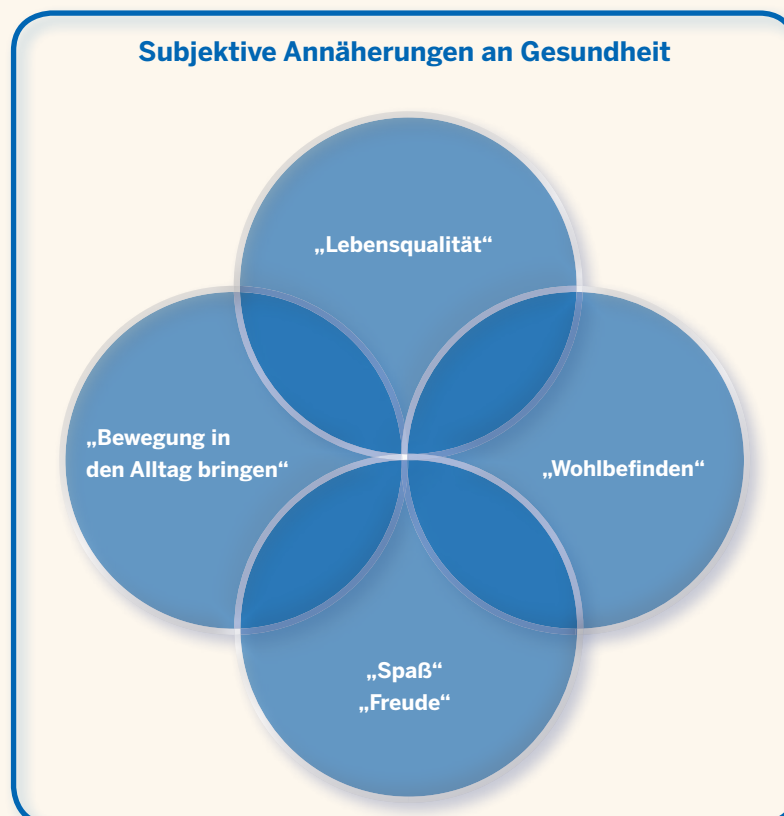
„Gesundheit“ und „Gesundheitsförderung“ ist nicht für alle Menschen ein positiv besetzter Begriff. Für viele schlummert bei gesundheitsfördernden Aktivitäten zu oft der „moralische Zeigefinger“ im Hintergrund, anderen ist der „Gesundheitswahn“ schlicht zuviel, wieder andere verbinden mit dem Begriff persönliche Misserfolgserlebnisse (zum Beispiel der misslungene Versuch mit dem Rauchen aufzuhören). Bei Erwerbslosen kommt oft hinzu, dass sie schlicht andere Probleme haben und nicht bereit oder in der Lage sind, Zeit und Energie in

die Gesundheitsförderung zu stecken. Dann herrscht eher eine Abwehr gegen alles vor, was sich „gesund“ schimpft. Viele Menschen, auch Erwerbslose, besitzen nicht einmal eine gute Wahrnehmung davon, was gesund für sie ist und was nicht. Sie sind wenig problembewusst, kaum am Thema interessiert und haben deshalb wenig oder gar keine persönlichen gesundheitsrelevanten Ziele.

Tipps und Empfehlungen für die Praxis

- ▶ Verhältnisbezogene Gesundheitsförderung bedeutet, dass auch die Settings wie ARGE oder Qualifizierungsgesellschaften sowie die Rahmenbedingungen von Beratungsgesprächen gesundheitsförderlich gestaltet werden können. Dazu gehören zum Beispiel angenehme Räumlichkeiten, freundliche Umgangs- und Gesprächsformen, ausreichende Gesprächszeit, Aufmerksamkeit und positive Zuwendung. Für die betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind Fortbildungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. eine spezielle Qualifizierung zur Gesundheitsförderung bei Erwerbslosen sinnvoll.
- ▶ Auch kreative oder ungewöhnliche Angebote können zu einem dauerhaften Gesundheitsbewusstsein beitragen. Beispielsweise sind Biofeedbackübungen zur Entspannungsfähigkeit ein spielerisches Mittel, das Einblicke in den Körper ermöglicht und erfahrungsgemäß besonders von Männern sehr gut angenommen wird. Hier mag ein „funktionales“, technisches Interesse im Vordergrund stehen – die Übungen sind jedoch fast immer ein guter Gesprächseinstieg in das Thema der persönlichen Stressbelastung und Entspannungsfähigkeit, dem eine Kurzberatung folgen kann. Solche Angebote könnten begleitend zu festen Terminen in Arbeitsagenturen oder JobCentern angeboten und etabliert werden.
- ▶ Erwerbslose Personen können eine Coach- oder Mentorfunktion einnehmen. Dies wird in einzelnen regionalen Projekten schon umgesetzt. So werden Verantwortungs- und Selbstwertgefühl gestärkt, die Betroffenen erhalten eine sinnvolle Aufgabe – eine wichtige Voraussetzung zur Stärkung der psychischen Gesundheit. Erwerbslose in einer solchen Funktion erhalten schneller Kontakt zu anderen Betroffenen und bauen leichter ein Vertrauensverhältnis auf. Zum anderen werden sie leichter als „Insider mit Praxiskompetenz“ akzeptiert, weil sie wissen, wovon sie reden.
- ▶ Für gesundheitsfördernde Angebote, Maßnahmen oder Schulungen können anstelle von Gesundheitsförderung positiv besetzte Begriffe und Phrasen wie „Wohlbefinden“, „Lebensqualität“, „mehr Bewegung in den Alltag bringen“ oder „Spaß und Freude an gemeinsamen Aktivitäten haben“ gewählt werden. Dabei spielt es keine Rolle, wenn hier der Begriff Gesundheitsförderung subjektiv übersetzt und gefärbt wird oder nur Teilaspekte realisiert werden – es geht darum, dass die Betroffenen eine persönliche Brücke zum Thema herstellen. Eine höhere Akzeptanz ermöglicht man, indem Anschaulichkeit und kurzfristiger Nutzen in den Vordergrund gerückt werden – nicht so sehr das langfristige Ziel.

Abbildung 12: Subjektive Annäherungen an Gesundheit



5. Gesundheitsförderung für Erwerbslose in Deutschland – ausgewählte Ansätze

Aus den inzwischen zahlreichen Projekten der Gesundheitsförderung für Erwerbslose und von Erwerbslosigkeit bedrohte Menschen in Deutschland (siehe Datenbankhinweise in Kapitel 7) kann hier nur eine kleine Auswahl vorgestellt werden, die sich entweder durch ihre bereits evaluierten Ergebnisse, ihren Verbreitungsgrad oder Unterschiedlichkeit der Konzepte und Methodik unterscheiden.

5.1 AmigA – ein Projekt für chronisch kranke Langzeiterwerbslose

Auf einer breiten Kooperationsbasis (Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Bundesagentur für Arbeit, ARGE, Ministerium) wurden innerhalb des Fallmanagements auf Basis einer sozialmedizinischen und psychologischen Diagnostik, berufliche, psychosoziale und gesundheitsbezogene Interventionen miteinander verknüpft. Im Zeitraum von 2005 bis 2008 konnten durch das Projekt zumeist chronisch kranke und schwerstvermittelbare Langzeiterwerbslose, die kaum von herkömmlichen Präventionsangeboten zur Gesundheitsförderung erreicht werden, soweit gesundheitlich stabilisiert werden, dass 15 Prozent von ihnen wieder in Beschäftigung kamen.

Kontakt: katrin.urban@arbeitsagentur.de

Literatur: Toumi, I. & von Braunmühl, C. (2009). Fallmanagement in der Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung.

5.2 Kommunales Netzwerk für Arbeitsmarktintegration und Gesundheitsförderung

Vornehmlich gesundheitlich eingeschränkten Langzeiterwerbslosen werden mehrtägige Workshops und Seminare zu den Themen Bewegung, Entspannung und Stressbewältigung, Ernährung, Gesundheitsmanagement, Zeit- und Haushaltsorganisation und Bewerbungsstrategien angeboten. Die Teilnehmenden konnten ihr

gesundheitliches Befinden, ihre Alltagsbewältigungskompetenzen und ihre Beschäftigungsfähigkeit verbessern.

Der Beschäftigungsträger „Werkstatt Frankfurt“ arbeitet in einem kommunalen Netzwerk mit unterschiedlichen Akteuren und auf breiter Förderbasis (Sozialministerium, ESF, JobCenter, Jugend- Sozialamt, AOK Hessen).

Kontakt: barbara.gawlik-chmiel@werkstatt-frankfurt.de

Internet: <http://www.werkstatt-frankfurt.de/kommunales-netzwerk.html>

5.3 AktivA – Aktive Bewältigung von Erwerbslosigkeit

Durch das an der TU Dresden entwickelte Programm werden mit Hilfe kognitiv-behavioraler Techniken (Aktivitätsplanung, konstruktives Denken, soziale Kompetenz, systematisches Problemlösen) Langzeiterwerbslose in ihren Selbstwirksamkeitserwartungen und Handlungskompetenzen gestärkt. Dazu wurden Multiplikatoren bei Bildungs- und Beschäftigungsträgern in Wochenkursen ausgebildet und begleitet. Erwerbslose Teilnehmende konnten signifikant ihre körperlichen, psychischen und sozialen Beschwerden verringern (zeitlich stabil über 3 Monate). Gesundheitsämter in Optionskreisen berichten über erste positive Anwendungen.

Kontakt: **Katrin Rothländer**

E-Mail: rothlaender@psychologie.tu-dresden.de

Internet: <http://aktiva.tu-dresden.de>

5.4 Bridges – Brücken in Arbeit

„Senior-Coaches“ im Alter von 43 bis 58 Jahren (ehemalige Erwerbslose mit Beratungskompetenzen) begleiten Jugendliche bei der Arbeitssuche. Das Modellprojekt fand im Niederschlesischen Oberlausitzkreis statt. Die Teilnehmenden konnten mithilfe verschiedener Trainingsmodule in sechs Monaten ihre Selbstwirksamkeits- und interne Kontrollenerwartung signifikant erhöhen und ihre seelische Gesundheit verbessern (insbesonde-

re Depressionen verringern). 70 Prozent (das entspricht 229 Teilnehmern) konnten erfolgreich in den ersten Arbeitsmarkt vermittelt werden, was die hohe Effektivität der stabilisierenden Beratung und Begleitung unterstreicht.

Internet: <http://www.projekt-bridges.de/aktuelles/>

5.5 TAURIS – Tätigkeiten außerhalb der Erwerbsarbeit

Über vielfältige Projekte (auch im Bereich Sport und Sucht) wurden ältere Langzeiterwerbslose auf freiwilliger Basis gegen eine geringe Aufwandsentschädigung in gemeinnützige Arbeit vermittelt. Folgend konnten zwischen 16,2 Prozent (in 2002) und 21 Prozent (in 2006) der Teilnehmenden in den ersten Arbeitsmarkt vermittelt werden. Die Gesundheitswerte verbesserten sich über 6 Monate während der gemeinnützigen Tätigkeiten, die nach gesundheitsförderlichen Kriterien (Ganzheitlichkeit der Aufgaben, Handlungsspielräume, Eigenverantwortlichkeit und Kooperationsmöglichkeiten) ausgesucht wurden. Nach Ende der Maßnahmen (ohne Übergang in den 1. Arbeitsmarkt) verschlechterten sich die Gesundheitswerte wieder.

Internet: <http://www.tauris-stiftung.de>

5.6 „Mut tut gut!“ – Stärkung der psychischen Gesundheit erwerbsloser Frauen

Die Frauenberatungsstelle Donna Klara in Kiel versucht durch ein psychoedukatives Trainingsprogramm über 10 Wochen, erwerbslose Frauen emotional und psychisch zu stabilisieren, um ihre individuellen Voraussetzungen zur Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bzw. zur Teilnahme an Qualifizierungsmaßnahmen zu verbessern. Eingeschlossen ist die Sensibilisierung der Integrationsfachkräfte in den JobCentern für die Belange von erwerbslosen psychisch belasteten Frauen. Erste Ergebnisse aus Kursen belegen ein besseres Verständnis der Teilnehmerinnen für Bedingungen und Gefährdungen psychischer Gesundheit, eine Stärkung des Selbstwertgefühls und das Erfahren der eigenen Ressourcen. Motivation und Zielplanung für weitere Schritte zur Erwerbstätigkeit bzw. einer notwendigen Therapie wurden vertieft.

Kontakt:

E-Mail: psychosozial@donna-klara.de

Internet: <http://www.donna-klara.de>

5.7 Durch Sport die Arbeitsmarktchancen verbessern

„Gesund und aktiv“, GESA, lautet der Name eines derzeit laufenden Förderprogrammes, das der Frauen-Erwerbs- und Ausbildungsverein (FEAV) in Bremen, die AOK und die Bremer Bäder GmbH gemeinsam durchführen. Das Projekt ist Teil des Bundesprogrammes „Perspektive 50plus“ und widmet sich dem Ziel, erwerbslosen Frauen um und über 50 durch Gesundheitsförderung zurück in den Beruf zu helfen. Sport und Bewegung sind dabei die wesentlichen Ansatzpunkte.

Internet: <http://www.queo50plus.de/>

5.8 Die Gesundheitsförderung von erwerbslosen Migranten

Menschen mit Migrationshintergrund sind überdurchschnittlich hoch von Erwerbslosigkeit betroffen. Im September 2009 sind z. B. bei einer allgemeinen Erwerbslosenquote von 7,3 Prozent 16,5 Prozent der Migranten erwerbslos. Sie werden in Projekten allerdings meist nicht explizit über den Status Erwerbslosigkeit zum Thema Gesundheitsförderung angesprochen. Beispielfür allgemein gesundheitsfördernde Projekte für Migranten seien hier folgende Projekte genannt:

Projekt MiMi – Mit Migranten für Migranten

Migrantinnen und Migranten sind oft nicht ausreichend über das deutsche Gesundheitssystem und seine Angebote informiert. Aufgrund sprachlicher und kultureller Barrieren nehmen sie Gesundheitsangebote weniger in Anspruch, mit der Folge, dass es zur Fehl- oder Unterversorgung kommen kann. Um das Wissen von Migranten über Gesundheit und die Nutzung des Deutschen Gesundheitsdienstes zu verbessern, wurde 2003 das Projekt „MiMi – Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Deutschland“ vom Ethno-Medizinischen Zentrum e.V. (EMZ) entwickelt. Das Projekt „Mit Migranten für Migranten - Interkulturelle Gesundheit in Deutschland (MiMi-Projekt)“ leistet einen Beitrag zur interkulturellen Gesundheitsförderung und Integration in Deutschland.

Internet: <http://www.bkk-bv-gesundheit.de/bkk-promig/>
<http://www.ethno-medizinisches-zentrum.de>

Das Projekt MiMi hat ein eigenes Landesprogramm in NRW (<http://www.mimi.nrw.de>).

Prävention und Beratung für Migrantinnen und Migranten

Das Projekt „Interkulturelle Suchthilfe – Prävention und Beratung für Migrantinnen und Migranten“ (ISH) wird seit 1996 durch die Landeshauptstadt Hannover gefördert und vom Ethno-Medizinischen Zentrum e.V. durchgeführt. Das Projekt verfolgt das Ziel, Migranten durch verschiedene Angebote einen Zugang zum Suchthilfesystem zu ermöglichen. Durch muttersprachliche und kulturspezifische Präventionsmaßnahmen werden die Barrieren zwischen Migranten und dem Suchthilfesystem abgebaut.

Internet: <http://www.ethno-medizinisches-zentrum.de>

Empowerment, Ressourcenstärkung und ein selbstbestimmtes Sexualverhalten für Frauen, Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund und geringem Zugang zum psychosozialen System (Veranstaltungen und aufsuchende Arbeit in Wohnungen) wird in Bonn von Profamilia angeboten.

Nähere Informationen über:

E-Mail: bonn@profamilia.de

Internet: <http://www.profamilia.de/article/show/16771.html>

6. Gesundheitsförderung für Erwerbslose in NRW – eine Auswahl kommunaler und regionaler Projekte

6.1 JobFit Regional und JobFit NRW

Der Aufbau von Gesundheitskompetenzen zur Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit ist der Schwerpunkt im Projekt JobFit. Orientiert am Setting-Ansatz (die Lebenswelten betreffend) werden individuelle motivierende Gesundheitsgespräche mit zielgruppenspezifischen Gruppenangeboten aus den Bereichen Ernährung, Stressbewältigung und Suchtmittelkonsum kombiniert. Die vom BKK Bundesverband und MAGS NRW geförderten Projekte haben bisher rund 1000 Erwerbslose erreicht. Für die Umsetzung der Präventionskurse konnten ARGEn und eine Optionskommune gewonnen werden. Erste Evaluationsergebnisse zeigen, dass das Ausmaß sportlicher Aktivitäten, eine ausgewogene Ernährung und die subjektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit signifikant verbessert werden konnten. In den Maßnahmen der Arbeitsförderung bei den Beschäftigungs- und Qualifizierungsträgern verringerten sich zudem die unentschuldigten Fehlzeiten und Maßnahmenabbrüche.

Internet:

<http://www.bkk.de>

<http://www.gib.nrw.de>

6.2 Wege (zurück) ins Leben

Das Projekt baut eine Integrationskette für psychisch kranke und/oder suchtkranke Menschen, bestehend aus den Teilprojekten „GLEISE – Wege ins Leben“ (als Grundstufe) und „BEAM + Alfa – Berufliche Eingliederungs- und Arbeitsmaßnahme in Alkoholfreier Arbeitsumgebung“ (als Aufbaustufe). Zielgruppe sind Langzeitarbeitslose mit einer psychischen und/oder Suchterkrankung. Die Projekte bauen aufeinander auf:

- ◆ GLEISE dient der Tagesstrukturierung und Belastungserprobung. Die Gesundheitsangebote sind auf ein verbessertes Wohlbefinden und auf die Motivation, das eigene Leben und die Gesundheit positiv zu beeinflussen, ausgerichtet.

- ◆ BEAM + Alfa dient der beruflichen Qualifizierung und der Schulung der Teilnehmenden hinsichtlich eines eigenverantwortlichen und adäquaten Umgangs mit der Grunderkrankung. Die Gesundheitsangebote unterstützen daher die beruflichen Aktivitäten (z.B. durch Muskelaufbau für körperlich anstrengende Berufe) und sind psychoedukativ ausgerichtet.

Zu BEAM wurde ein (auf andere Kontexte übertragbarer) Theorie- und Praxisband zur Dokumentation des Verlaufs und der Inhalte erarbeitet (http://www.bkk.de/fileadmin/user_upload/PDF/Mehr_Gesundheit_fuer_alle/Abschlussbericht1.pdf).

Kontakt: Michael Bellwinkel

E-Mail: bellwinkelM@bkk-bv.de

6.3 „Erfahrung gewinnt“ – gesundheitsorientierte Arbeitsförderung in Paderborn

Das Projekt zielt auf gesundheitsorientierte Aktivierung von älteren Arbeitnehmern und – in diesem Sinn – auf ganzheitliche Beratung und Unterstützung. Das Vorgehen gliedert sich in zwei Phasen: Kompetenzbilanz (1,5 Monate) und Begleitung und Förderung (4,5 Monate). Die Gesundheitsorientierung manifestiert sich dabei u.a. an

- ◆ - Aufnahme gesundheitlicher Einschränkungen, die für eine Arbeitsaufnahme relevant sind,
- ◆ - individuellen Unterstützungsangeboten (Support in der Klärung des gesundheitlichen Status),
- ◆ - individuellen Zielvereinbarungen,
- ◆ - motivierenden Gesundheitsgesprächen,
- ◆ - Bewegungsangeboten (niedrigschwellig),
- ◆ - weiteren Themenfeldern wie Ernährung, Stress etc.,
- ◆ - der Betrachtung des ganzen Menschen: Alltagsnahe Unterstützung geben.

Kontakt: Sibylle Petri

Internet: www.gpdm.de; www.erfahrung-gewinnt.de

Zwischen dem Forum Paderborner Spitzensport und der ARGE Paderborn wurde eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen.

6.4 Support 25 – Erhalt und Förderung seelischer Gesundheit bei erwerbslosen Jugendlichen in Essen

Das Projekt Support 25 konzentriert sich auf die Verbesserung der psychischen Gesundheit von erwerbslosen jungen Erwachsenen unter 25 Jahren, die psychiatrische (zumeist unbehandelte) Erkrankungen aufweisen und u. a. unter Ängsten, Depressionen oder Substanzabhängigkeiten leiden. Nach einer freiwilligen, durch das JobCenter Essen vermittelten umfassenden Diagnostik, können sie u.a. auf Wunsch bei der Suche nach einem ambulanten oder stationären Therapieplatz unterstützt werden. Die hier bestehende Kooperation mit den Rheinischen Kliniken Essen soll um die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten erweitert werden. Mittelfristiges Ziel ist die Wiedereingliederung der Jugendlichen in den Arbeitsmarkt.

Kontakt: Prof. Dr. med. Johannes Hebebrand
Telefon: 0201 / 7227 – 465
E-Mail: johannes.hebebrand@uni-due.de
Internet: www.uni-due.de/rke-kj/Support25.shtml

6.5 Gesundheits- und beschäftigungsorientierte Beratung – Das Konzept der Stabilisierenden Gruppen in Dortmund und Borken

In Gruppen unterschiedlicher Träger (DRK, Sozialamt) konnten Langzeitarbeitslose innerhalb der Beschäftigungsmaßnahmen von 2005 bis 2008 durch ein gruppenorientiertes Empowerment mit Methoden der Angst- und Ärgerbewältigung, Stärkung des Genussempfindens, der Sinnfindung und Biographiearbeit in mehreren Schritten ihre Beschäftigungsfähigkeit und Lebensqualität verbessern. Ergänzende Angebote waren ein spezifisches Alltags- und Zeitmanagement sowie ein Bewegungs- und Freizeitprogramm. Durch eine intensive Emotionsarbeit konnte die psychische Befindlichkeit soweit verbessert werden, dass Problemlösungen denk- und umsetzbar erschienen und sowohl gesundheitliche wie beschäftigungsbezogene Aktivitäten zunahmen.

Kontakt: Prof. Dr. Peter Kuhnert
E-Mail: peter.kuhnert@kh-freiburg.de

6.6 Arbeitsplatzorientierte Gesundheitsförderung älterer langzeiterwerbsloser Menschen im Ennepe-Ruhr-Kreis

Im Rahmen der Beschäftigungspakte für Ältere (BFÄ) konnten von 2006 bis Ende 2010 mehrere Projekte mit gesundheitsfördernden Maßnahmen im Ennepe-Ruhr-Kreis von Kunden der JobAgentur EN auf freiwilliger Basis kostenfrei genutzt werden. Berater und JobCoaches vermittelten durch Beratung und Begleitung - unterstützt durch Gesundheitsberater - die Zielgruppe der Älteren in unterschiedliche Angebote der Gesundheitsförderung. Dazu gehörten Angebote zur Ernährungsberatung, zu körperlicher Fitness und Muskelaufbau, kulturspezifischem Umgang mit der eigenen Gesundheit bei Migrantinnen, Selbstmanagement, Umgang mit psychischen Problemen und Stressbewältigung. Erste Evaluationen weisen auf positive Verhaltensänderungen und eine verbesserte Integrationsfähigkeit in den Arbeitsmarkt.

Kontakt: Sabine Schoen
E-Mail: s.schoen@en-kreis.de
Internet: www.joboffensive50plus.de
www.gesundheit50plus.net

6.7 Arbeitsmarktintegration für gesundheitlich Beeinträchtigte im SGB II (JobPromote Köln)

Im Mittelpunkt des Projektansatzes stehen langzeiterwerbslose Menschen, die

- ◆ mehrheitlich mehr als 3 Jahre erwerbslos sind,
- ◆ gesundheitliche Beeinträchtigungen haben,
- ◆ im mittleren Alter sind (über 40 Jahre) und
- ◆ keine oder nur gering qualifizierte Berufs- und Schulausbildung haben.

Teilnehmende werden durch Integrationsbegleiter entsprechend dem Vorgehen im Fallmanagement kontinuierlich unterstützt und gefordert. Die angebotenen Gesundheitskurse beziehen sich auf die vier Bereiche Gesunde Ernährung und Bewegung, Haltungs- und Bewegungsschulung, Stressmanagement und Entspannung sowie Stabilität und Flexibilität im Alltag. Bisher konnten 21 Prozent der Teilnehmenden in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung und weitere 24 Prozent in passende weiterführende Maßnahmen vermittelt werden. Die Teilnehmenden sind motivierter und können besser mit den individuellen Einschränkungen umgehen. Das transferierbare Modellprojekt wird regulär im SGB II fortgeführt.

Kontakt: Dr. Martin Schmitz
E-Mail: info@zugumzug.org
Internet: http://www.zugumzug.org

7. Zielgruppenübergreifende Angebote der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Die BZgA richtet sich mit ihren Maßnahmen und Programmen sowohl an die Kinder und Jugendlichen selbst, als auch an die Eltern, Erzieherinnen und Erzieher sowie Lehrerinnen und Lehrer an sozialpädagogische Kräfte und weitere Multiplikatoren. Die Materialien und Projekte werden aufgrund neuester Forschungsergebnisse entwickelt, sind zielgruppenspezifisch aufbereitet und werden regelmäßig evaluiert. Die begleitenden qualitätssichernden Maßnahmen sorgen dafür, dass Medien und Programme laufend angepasst und im Bedarfsfall neu entwickelt werden. Sie nehmen das individuelle Verhalten ebenso in den Blickwinkel wie die jeweiligen Rahmenbedingungen.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln

Tel: 0221 8992-0

Fax: 0221 8992-300

E-Mail: poststelle@bzga.de

E-Mail für Bestellungen von Medien und Materialien: order@bzga.de

Praxisdatenbank des Kooperationsverbunds „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“

Mehr als 2.000 Projekte und Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten können in der Praxisdatenbank der Internetplattform www.gesundheitliche-chancengleichheit.de recherchiert werden, darunter etwa 100 „Good Practice“-Beispiele. Ziel ist es, bestehende Projekte und Regelangebote der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten zu erfassen und die bestehende „gute Praxis“ zu verbreiten. Eine gezielte Recherche ist nach Zielgruppe, Thema oder Region sowie im Volltext möglich.

Auf der Internet-Plattform www.gesundheitliche-chancengleichheit.de findet sich ebenfalls ein eigener Bereich für das Thema „Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen“,

das einen der drei Themenschwerpunkte des Kooperationsverbunds darstellt. Hier finden sich Informationen zu

- ◆ Angeboten und Maßnahmen (Programme) der Gesundheitsförderung im Handlungsfeld „Arbeitslosigkeit“,
- ◆ Institutionen und Netzwerken,
- ◆ Materialien zum Download und
- ◆ Fachveranstaltungen und Dokumentationen

Der beratende Arbeitskreis des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ hat zwölf Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten entwickelt. Im „Leitfaden Prävention“ der Spitzenverbände der Krankenkassen werden diese als Bewertungsmaßstab empfohlen, um die Förderungswürdigkeit von Angeboten in der Gesundheitsförderung zu beurteilen. Eine ausführliche Beschreibung zu den Kriterien findet sich unter: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice.

Beispiele guter Praxis wurden auch in Form eines Buches veröffentlicht: „Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, Band 5 der BZgA-Reihe „Gesundheitsförderung Konkret“, 3. überarbeitete und erweiterte Auflage, 2007.

Dieser Band kann auf den Internetseiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (www.bzga.de) kostenlos bestellt oder als PDF-Datei heruntergeladen werden.

Die „Regionalen Knoten“ des Kooperationsverbunds

Folgende Regionale Knoten arbeiten mit dem Schwerpunkt Arbeitslosigkeit: Nordrhein-Westfalen, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen und Schleswig-Holstein. Die Aktivitäten auf der Ebene der Bundesländer können über den Bereich „Regionale Knoten in den Bundesländern“ auf www.gesundheitliche-chancengleichheit.de recherchiert werden.

Kontakt für NRW: Manfred Dickersbach
E-Mail: manfred.dickersbach@liga.nrw.de

Internetplattform www.health-inequalities.eu

Unter der Internetplattform www.health-inequalities.eu des Projekts „Determine“ stellen insgesamt 26 teilnehmende Länder und 50 Akteure/Organisationen unterstützende Strategien, Ansätze und Projekte der Gesundheitsförderung zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten vor. Arbeitslosigkeit ist kein ausdrücklicher Schwerpunkt des Projekts – hier finden sich aber zahlreiche Projekte zu diesem Thema.

Ein Beispiel ist das finnische Projekt „Alternatives for long-term unemployment“. Die Intervention konzentriert sich auf Behinderte und Langzeitarbeitslose, die bislang nicht ausreichend aktiviert werden konnten. Alkohol, Drogenmissbrauch, psychische Gesundheit, Ernährung und Bewegung sind die zentralen gesundheitsbezogenen Aspekte.

Kontakt in Deutschland: Dorothee Heinen

E-Mail: dorothee.heinen@bzga.de

„Qualitätsstandards in der Gesundheitsberatung Arbeitsloser“ (2009)

Die von einer Arbeitsgruppe des DNBGF Forums (Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung) „Arbeitsmarktintegration und Gesundheitsförderung“ herausgegebene Broschüre bietet Finanziers, Projektentwicklern und Akteuren aus der Versorgungslandschaft Informationen und Hilfestellungen bei der Planung, Durchführung und Evaluation von Gesundheitsberatung für erwerbslose Menschen.

Die Broschüre wird in gedruckter Form angeboten und ist zu bestellen bei:

dnbgf@bkk-bv.de. Sie steht auch als Download auf den Seiten des DNBGF zur Verfügung.

7.1 Weiterführende Praxislinks zum Thema: Existenzielle Sicherheit, berufliche Zukunft und Selbsthilfe in der Erwerbslosigkeit

In weiteren Zugängen zu konkreten, weiterführenden Unterstützungsangeboten werden rechtliche, soziale und berufliche Aspekte der Beratung für Erwerbslose oder von Erwerbslosigkeit bedrohten Menschen aufgegriffen. Damit können Ängste, Existenzsorgen und Verunsicherung der Betroffenen reduziert und damit eine stabilisierende und gesundheitsfördernde Wirkung unterstützt werden. Die folgende Auflistung entspricht weitestgehend der Auflistung von www.gesundheitliche-chancengleichheit.de (Bereich „Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen“, Absatz „Institutionen und Netzwerke“).

Bundesagentur für Arbeit (BA):

In der Veranstaltungsdatenbank der Bundesagentur für Arbeit finden sich bundesweit laufende Veranstaltungen rund um das Thema Arbeit.

<http://www.arbeitsagentur.de>

Arbeitslosenverband Deutschland e.V. (ALV):

Der Arbeitslosenverband ist ein freiwilliger, konfessionell, weltanschaulich und parteipolitisch unabhängiger Zusammenschluss von Bürgern mit dem Zweck der Förderung, Fürsorge, Wohlfahrt und sozial-politischen Interessenvertretung der von Arbeits- und Erwerbslosigkeit betroffenen und bedrohten Personen sowie von anderen sozial benachteiligten oder durch Armut hilfebedürftigen Menschen.

<http://www.Arbeitslosenverband.org/>

Bundesweites Adressverzeichnis von Tacheles e.V.:

Im bundesweiten Adressverzeichnis finden sich Beratungsstellen und Rechtsanwälte zum Arbeitslosen- und Sozialhilferecht in der gesamten Bundesrepublik. Des Weiteren besteht in der Rubrik „Initiativen“ die Möglichkeit, nach Gruppen zu recherchieren, die sich gegen Armut, Ausgrenzung und Erwerbslosigkeit engagieren. Die Adressen finden sich entweder über einen Klick auf das entsprechende Bundesland oder über die Suchmaske.

<http://www.my-sozialberatung.de/adressen>

Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF):

Das DNBGF will die Kooperation zwischen allen nationalen Akteuren der betrieblichen Gesundheitsförderung verbessern und so dazu beitragen, dass diese in allen Bereichen der Arbeitswelt in Deutschland verbreitet wird. Wesentlicher Kern der Internetseite sind die Foren zu Großunternehmen, kleinen und mittleren Unternehmen, Öffentlichem Dienst, Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege, Bildung und Erziehung sowie Arbeitsmarktintegration und Gesundheitsförderung. Zu diesen zentralen Feldern der Arbeitswelt in Deutschland lassen sich u.a. weiterführende Informationen und Links sowie Programme, Projekte und Netzwerke finden.

<http://www.dnbgf.de>

www.erwerbslos.de:

Eine aktuelle Adressdatenbank von Beratungsstellen für Erwerbslose ist bei www.erwerbslos.de zu finden.

<http://www.erwerbslos.de/adressen/anfrage.html>

allesklar.de - Der größte deutsche Webkatalog:

Die Internetseite von allesklar.de bietet eine Übersicht zu Erwerbslosenorganisationen, wie z.B. Erwerbslosen-Beratungsstellen, Erwerbsloseninitiativen, Erwerbslosenverbänden, Erwerbslosenzentren und Initiativen bei Jugenderwerbslosigkeit. <http://www.allesklar.de>

Arbeitslosen Telefonhilfe e.V.

Die Beratungsstelle des Beratungszentrums Humboldt-Campus bietet telefonische und persönliche Beratung in allen sozialen und arbeitsmarktpolitischen Fragen, Umgang mit Behörden und Ämtern, Arbeitslosengeld I, Arbeitslosengeld II, Sozialhilfe, Grundsicherung, Unterhalt, Existenzgründung und mehr.

<http://www.arbeitslosen-telefonhilfe.de/>

Selbsthilfe rund um das Thema „Erwerbslosigkeit“

NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen)
Die Seite von NAKOS bietet eine Übersicht zu bundesweit tätigen Selbsthilfeorganisationen und -vereinigungen rund um das Thema Erwerbslosigkeit, Sozialhilfe und soziale Ökonomie.

<http://www.nakos.de/site/adressen/gruen/>

Arbeitslosenhilfe Online e.V.

Die Arbeitslosenhilfe Online e.V. hat das größte Forum zum Thema Erwerbslosigkeit in Deutschland. Hier können alle Informationen rund um das Thema Arbeit und Erwerbslosigkeit recherchiert werden. Das Einstellen von eigenen Beiträgen setzt eine Registrierung voraus.

<http://www.Arbeitslosenselbsthilfe.org/forum/>

Arbeitslosen Hilfe Forum Deutschland e.V. (AHFD e.V.)

Ein Forum für Arbeitslose zu den Themenbereichen Arbeitsvermittlung, Arbeitslosenhilfe, Arbeitsamt, Private Arbeitsvermittler, Jobangebote und Jobgesuche. Zielsetzung des AHFD e.V. ist es, Erwerbslosen und Menschen, die von Erwerbslosigkeit betroffen sind, "Hilfe zur Selbsthilfe" zu geben.

<http://www.ahfd.org/>

8. Vertiefende Literatur zu den Einzelkapiteln

1.1 Warum ist Gesundheitsförderung für erwerbslose Menschen im ALG-II-Bezug wichtig?

- Aus Politik und Zeitgeschichte (2008). Erwerbslosigkeit: Psychosoziale Folgen. Beilage der Wochenzeitung. Das Parlament.
- Bundesagentur für Arbeit. Der Arbeits- und Ausbildungsmarkt in Deutschland, Oktober 2010. Verfügbar unter: <http://statistik.arbeitsagentur.de/cae/servlet/contentblob/101072/publicationFile/42755/Monatsbericht-201010.pdf> (Download vom 18.11.2010).
- Bundesagentur für Arbeit (2010). Arbeitsmarkt 2009. Amtliche Nachrichten der Bundesagentur für Arbeit. Nürnberg.
- Hollederer, A. (2009). Gesundheit von Arbeitslosen fördern. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Hollederer, A. (2008). Psychische Gesundheit im Fall von Erwerbslosigkeit. *Praktische Arbeitsmedizin*, 12, 29-32.
- Kuhnert, P. et al. (2008). Handbuch Stabilisierende Gruppen. Ein Praxisratgeber für die Einzel- und Gruppenberatung mit ALG-II-Empfängern. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Bonn: Druck Mannheim.
- Kuhnert, P. (2005). Reformen der Arbeitsförderung – Irrwege oder Auswege für arbeitslose Menschen. In: M. Kastner, T. Hagemann & G. Kliesch (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit und Gesundheit - Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung* (S. 361-386). Lengerich: Pabst.
- Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes NRW. Sozialbericht NRW 2007 – Armuts- und Reichtumsbericht. Verfügbar unter: http://www.mags.nrw.de/sozber/sozialberichterstattung_nrw/aktuelle_berichte/SB2007_neu.pdf (Download vom 26.07.2010).
- Mohr, G. (2001). Langzeitarbeitslosigkeit. In: J. Zempel, J. Bacher & K. Moser (Hrsg.), *Erwerbslosigkeit. Ursachen, Auswirkungen und Interventionen* (Bd. 12: Psychologie sozialer Ungleichheit, S. 111-132). Opladen: Leske + Budrich.
- Morgenroth, C. (2003). Arbeitsidentität und Arbeitslosigkeit – ein depressiver Zirkel. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, B 6-7/2003 (S. 17-24). Bundeszentrale für politische Bildung.
- Noelle, E. (2003). Der Arbeitslose als Pechvogel. Die geplanten Einschränkungen wirken schon. Bericht des Instituts für Demoskopie Allensbach. Inventarn. 6519.
- Paul, K. I., Moser, K. (2009). Wie wirken sich Interventionsmaßnahmen auf die psychische Gesundheit Arbeitsloser aus, wenn die Stellensuche erfolglos bleibt? – Erste Befunde einer Metaanalyse. In: A. Holleederer (Hrsg.), *Gesundheit von Arbeitslosen fördern* (S. 124-134). Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Richter, P., Nebel, C. & Wolf, S. (2009). Jenseits von Kontrolle und Belohnung – Moderne arbeitspsychologische Ansätze zur Bewertung und Gestaltung von Arbeit. *Arbeit Heft 4/2009*. Schwerpunkt: Erwerbsarbeit und Gesundheit – Stand und Perspektiven der Prävention. S. 265-281.
- Rosenbrock, R. & Grimmeisen, S. (2009). Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen – Herausforderungen und Qualitätskriterien (S.83-95). In A. Holleederer (Hrsg.). *Gesundheit von Arbeitslosen fördern. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis*. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Rothländer, K. & Richter, P. (2009). Gesund und mittendrin trotz Arbeitslosigkeit?! Ansätze zur Förderung der psychosozialen Gesundheit. *Arbeitspapier No. 6, Fachforum Gesellschaftliche Integration*. Friedrich-Ebert-Stiftung-Berlin.
- Schnur, P., Zika, G. (2005). Projektion des Arbeitskräftebedarfs bis 2020: Nur zögerliche Besserung am deutschen Arbeitsmarkt. (IAB-Kurzbericht, 12/2005).
- Techniker Krankenkasse. Informationen der Techniker Krankenkasse, Mai 2009.
- Wüstner, K. (2005). Burnout bei Erwerbslosen. *Arbeit, Heft 2* (2005). S. 131-146.

1.1.1 Erwerbslos bedeutet nicht stressfrei

- Busch, C, Roscher, S., Ducki, A., Kalytta, T. (2009). Stressmanagement für Teams ins Service, Gewerbe und Produktion – ein ressourcenorientiertes Trainingsmanual. Berlin: Springer.
- Ellis, A. (1993). *Grundlagen der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie*. München: Pfeiffer.

- F.A.Z. -Institut & Techniker-Krankenkasse (2009). Kundenkompass Stress – Aktuelle Bevölkerungsbefragung: Ausmaß, Ursachen und Auswirkungen von Stress in Deutschland.
- Kaluza, G. (2007). Gelassen und sicher im Stress. Berlin: Springer.
- Kaluza, G. (2004). Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung. Berlin: Springer.
- Karas, A. & Kuhnert, P. (2005). Keine Arbeit, kein Stress? Stress und psychische Beeinträchtigungen in der Arbeitslosigkeit. In: Kastner, M., Hagemann, T., Kliesch, G. (Hrsg.), Erwerbslosigkeit und Gesundheit - Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung (Seite 91-114). Lengerich: Pabst.
- Kuhnert, P. (2007b). Arbeitslosigkeit bewältigen und Lebensmut erhalten – Beratung von Langzeitarbeitslosen. VDM Verlag Dr. Müller, Saarbrücken.
- Kuhnert, P. et al. (2008). Handbuch Stabilisierende Gruppen. Ein Praxisratgeber für die Einzel- und Gruppenberatung mit ALG-II-Empfängern. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Bonn: Druck Mannheim.
- Richter, P., Nebel, C., Wolf, S. (2009). Jenseits von Kontrolle und Belohnung - Moderne arbeitspsychologische Ansätze zur Bewertung und Gestaltung von Arbeit. In: Projektbericht 62, Oktober 2009, Dresden: Institut für Psychologie I, Arbeitsgruppe Wissen-Denken-Handeln.

1.1.2 In der Arbeitslosigkeit mehr Zeit haben – aber nicht für Gesundheit?

- Covey, S., R., Merrill, A. R., & Merrill R. R. Der Weg zum Wesentlichen. 2 CDs. Zeitmanagement der vierten Generation. Campus Verlag.
- Kaluza, G. (2007). Gelassen und sicher im Stress. Berlin: Springer.
- Kieselbach, T., Scharf, G. & Klink, F. (1997). Interventionsmaßnahmen für Langzeitarbeitslose: Wiederbeschäftigung und psychosoziale Stabilisierung, In: G. Klein & H. Strasser (Hrsg), Schwer vermittelbar. Zur Theorie und Empirie der Langzeitarbeitslosigkeit (S. 313-331). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Kuhnert, P. & Kastner, M. (2009). Gesundheits- und beschäftigungsorientierte Beratung bei Arbeitslosigkeit – Das Konzept der Stabilisierenden Gruppen. In A. Holleder (Hrsg.), Gesundheit von Arbeitslosen fördern. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis (S. 203–229). Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Kuhnert, P. (2005). „Wie ein Motor ohne Treibstoff...“ - Männergesundheit in der Arbeitslosigkeit. In: M. Kastner, T. Hagemann & G. Kliesch (Hrsg.), Arbeitslosigkeit und Gesundheit - Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung (S. 273-293). Lengerich: Pabst.
- Kuhnert, P. (2007b). Arbeitslosigkeit bewältigen und Lebensmut erhalten – Beratung von Langzeitarbeitslosen. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- Kuhnert, P. (2008). Alltags- und Zeitmanagement – „Erwerbsfreie Zeit kompetenzförderlich und lebenswert gestalten“ (S. 144-156). In P. Kuhnert et al. (2008), Handbuch Stabilisierende Gruppen. Ein Praxisratgeber für die Einzel- und Gruppenberatung mit ALG-II-Empfängern. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Bonn: Druck Mannheim.
- Paul, K. I., Hassel, A., Moser, K. (2006). Die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit: Befunde einer quantitativen Forschungsintegration. In: A. Holleder & H. Brand (Hrsg.), Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber.
- Rogge, B., Kuhnert, P. & Kastner, M. (2007). Zeitstruktur, Zeitverwendung und psychisches Wohlbefinden in der Langzeitarbeitslosigkeit. (S. 85-103). Psychosozial.30. Jahrgang. Nr. 109: Schwerpunktthema: Arbeitswelt und Gesundheit.
- Seiwert, L. J. (2007). Das neue 1x1 des Zeitmanagement. München: Gräfe und Unzer.
- Seiwert, L. J. (2007). Die Bären-Strategie. In der Ruhe liegt die Kraft. München: Heyne Verlag.
- Starrin, B. & Jönsson, L. R. (2006). The Finances-Shame Model and the Relation Between Unemployment and Health. In T. Kieselbach, A. H. Winefield, C. Boyd & S. Anderson (Eds.), Unemployment and Health. International and Interdisciplinary Perspectives (pp. 75-98). Sydney: Australian Academic Press.

1.1.3 Von Arbeitslosigkeit bedroht – ein unterschätztes Risiko

- Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Grulke, N., Bailer, H., Schmutzer, G. & Brähler, E. (2007). Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzbedrohung und psychische Gesundheit. Psychosozial, 30. Jahrgang, Heft III, 55 – 72.
- Badura, B., Greiner W., Rixgens, P., Ueberle M. & Behr. M. (2008). Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg. Berlin: Springer.
- Baltes, K., Hense, A. (2007). Weiterbildung als Fahrschein aus der Zone der Prekarität? Working Paper Nr.4 des Rats für Sozial- und Wirtschaftsdaten. Verfügbar unter: http://www.ratswd.de/publ/research_notes_07.php (Download vom 16.02.2011)
- Berth, H., Förster, P., Stöbel-Richter, Y., Balck, F. & Brähler, E. (2006). Arbeitslosigkeit und psychische Belastung. Ergebnisse einer Längsschnittstudie 1991 bis 2004. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 15, 111-116.
- Bescherer, P. et al (2008). Nach Hartz IV: Erwerbsorientierungen von Arbeitslosen. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 33-34, S. 19-24.
- Brehmer, W. & Seifert, H. (2007). Wie prekär sind atypische Beschäftigungsverhältnisse? Eine empirische Analyse. WSI-Diskussionspapier Nr. 156, November 2007.
- DGB Bereich Arbeitsmarktpolitik (2010). Hartz IV – weil der Lohn nicht reicht.
- Dörre, K., Behr, M., Bescherer, P., Röbenack, S., Seiwert, T. Kuhnert, K., Schierhorn, K. (2008): Eigensinnige 'Kunden'. Der Einfluss strenger Zumutbarkeit auf die Erwerbsorientierung Erwerbsloser und prekär Beschäftigter (SFB Mitteilungen Heft 26).
- Ferrie, J. E. (Hrsg.) (1999). Labour market changes and job insecurity. A challenge for social welfare and health promotion. World Health Organisation, Copenhagen.

- Ferrie, J. E., Shipley, M. J., Marmot, M. G., Stansfeld, S. A. & Smith, G. D. (1998). An uncertain future: The health effects of threats to employment security in white-collar men and women. *American Journal of Public Health*, 88, S. 1030-1036.
- Fryer, D. & Winefield, A. H. (1998). Employment stress and unemployment distress as two varieties of labour market induced psychological strain: an exemplatory framework. *Australian Journal of Social Research*, 5, 1: 3-18.
- GEK-Gesundheitsreport (1999). Gesundheitsreport 1999 der Gmünder ErsatzKasse GEK.
- Geyer, S. (1999). Macht Unglück krank? Lebenskrisen und die Entwicklung von Krankheiten. Weinheim und München: Juventa.
- IAQ-Report (2010). Mehr Angst vor Arbeitsplatzverlust seit Hartz? Langfristige Entwicklung der Beschäftigungsunsicherheit in Deutschland.
- Kalina, T. & Weinkopf, C. (2009). Niedriglohnbeschäftigung 2007 weiter gestiegen – zunehmende Bedeutung von Niedrigstlöhnen. IAQ-Report.
- Kieselbach, T. et al. (2009). Gesundheit und Restrukturierung. Innovative Ansätze und Politikempfehlungen. München, Mering: Rainer Hampp Verlag.
- Kirschner, W., Elkeles, T. (2006). Eine aktuelle Bestandsaufnahme von deutschen Projekten zur Gesundheitsförderung von Arbeitslosen – Probleme, Forschungs- und Entwicklungsbedarfe. In: A. Holleder & H. Brand (Hrsg.). *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit* (S. 97-112). Bern: Huber.
- Kuhnert, P. & Kastner, M. (2006). Chancen und Grenzen arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung am Beispiel der Job-Fit-Evaluationsstudie. In: A. Holleder & H. Brand (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit* (S. 123-135). Bern: Huber.
- Mümken, S. & Kieselbach, T. (2009). Prekäre Arbeit und Gesundheit in unsicheren Zeiten. *Arbeit Heft 4/2009*. Schwerpunkt: Erwerbsarbeit und Gesundheit – Stand und Perspektiven der Prävention. S. 313-326.
- Ostner, I. et al (2005). Sicherheit und Flexibilität. Die Akzeptanz flexibler Beschäftigungsverhältnisse und der Wunsch nach neuer Sicherheit bei Frauen und Männern. In: M. Kronauer, G. Linne, *Flexicurity: Die Suche nach Sicherheit in der Flexibilität* (S. 317-344). Berlin: Edition Sigma.
- Puls, W. & Mümken, S. (2008). Zum Einfluss der Arbeitsplatzunsicherheit auf den Alkohol-, Tabak- und Medikamentenkonsum: Stand der internationalen Forschung. (S. 70-90). In: D. Henkel u. U. Zemlin. (Hrsg.) *Arbeitslosigkeit und Sucht*. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Siegrist, J. (1998). Berufliche Gratifikationskrisen und Gesundheit – ein soziogenetisches Modell mit differentiellen Erklärungschancen. In: J. Margraf, J. Siegrist & S. Neumer (Hrsg.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie. Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen*. (S. 225-235). Berlin: Springer.
- ### 1.1.4 Eintritt in Erwerbslosigkeit – nicht warten bis es weh tut
- Holleder, A. (2009). Gesundheit und Krankheit von Erwerbslosen sowie Chancen und Grenzen arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung. In: A. Holleder (Hrsg.). *Gesundheit von Erwerbslosen fördern*. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis (S. 12-38). Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- MASQT (2000). Pilotprojekt „Integrierte Hilfe zur Arbeit“. (Wege aus der Sozialhilfe. Zwischenergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung). Ministerium für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie des Landes Nordrhein-Westfalen. (MASQT). Düsseldorf.
- Kuhnert, P. (1999). Ausgrenzung „begrenzen“ - Neue Wege in der Arbeitslosenberatung. In: M. Kastner (Hrsg.), *Gesundheit und Sicherheit in neuen Arbeits- und Organisationsformen* (S. 259-275). Herdecke: maori-Verlag.
- Kuhnert, P. (2004). Arbeitslosenberatung: Entwicklung und Perspektiven. In: F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendieck (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung*. Band 2 (S. 959-975). Tübingen: dgvt.
- Kuhnert, P. (2007). Arbeitslosigkeit bewältigen und Lebensmut erhalten – Beratung von Langzeitarbeitslosen. VDM Verlag Dr. Müller, Saarbrücken.
- Kuhnert P, Kastner M. (2001). Zusammenhänge zwischen sozialen und psychischen Faktoren bei der Bewältigung von Langzeitarbeitslosigkeit. In: Kastner M, Vogt J (Hrsg.). *Strukturwandel in der Arbeitswelt und individuelle Bewältigung*. Lengerich: Pabst, 2001: 267-303.
- Kuhnert, P., Deutschmann, A. & Kastner, M. (2008). Gesundheitsförderung für Arbeitslose mit Suchtproblemen: Kritische Bestandsaufnahme und Perspektiven (S.127-162). In: D. Henkel u. U. Zemlin. (Hrsg.) *Arbeitslosigkeit und Sucht*. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Paul, K. I. & Moser, K. (2009). Metaanalytische Moderatoranalysen zu den psychischen Auswirkungen der Erwerbslosigkeit- Ein Überblick. In: A. Holleder (Hrsg.). *Gesundheit von Erwerbslosen fördern*. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis (S. 39-61). Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- ### 1.1.5 Jugendliche Erwerbslose – Einstieg in Krankheit statt Arbeit?
- Álvarez, J.L., Garrido, A. (2003). Economic hardship, employment status and psychological wellbeing of young people in Europe. In: Hammer, Torild (Hrsg.): *Youth Unemployment and Social Exclusion* (S. 173–192). Bristol: The Policy Press.
- Bals, T., Hanses, A. & Melzer, W. (2008). Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings. Weinheim und München: Juventa.
- Beelmann, G., Kieselbach, T. & Traiser, U. (2000). Jugendarbeit und soziale Exklusion: Ergebnisse einer qualitativen Studie in Deutschland im Rahmen eines EU-Projektes. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis* 32, 369-378.

- Beelmann, G. (2009). Ansätze zur psychosozialen Bewältigung von Jugendarbeitslosigkeit (S.293-305). In: A. Holleederer (Hrsg.), *Gesundheit von Erwerbslosen fördern. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis*. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- F.A.Z.-Institut & Techniker-Krankenkasse (2009). *Kundenkompass Stress – Aktuelle Bevölkerungsbefragung: Ausmaß, Ursachen und Auswirkungen von Stress in Deutschland*.
- Gille, M. et al (2006). Jugendliche und junge Erwachsene in Deutschland. Lebensverhältnisse, Werte und gesellschaftliche Beteiligung 12- bis 29-Jähriger. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hackauf, H., Ohlbrecht, H. (Hrsg.) (2010). *Jugend und Gesundheit: Ein Forschungsüberblick*. Weinheim und München: Juventa.
- Hammer, T. (2000). Mental Health and Social Exclusion among Unemployed Youth in Scandinavia. A Comparative Study. *International Journal of Social Welfare* 9, Nr. 1, S. 53-63.
- Hammerstrom, A. und U. Janlert (1997): Nervous and depressive symptoms in a longitudinal study of youth unemployment – selection or exposure? *Journal of Adolescence* 20. S. 293-305.
- Jacob, M., Kleinert, C. (2007). Does unemployment help or hinder becoming independent? The role of employment status for leaving the parental home. IAB-Discussion Paper Nr. 5/2007. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.
- Kieselbach, T. und Beelmann, G. (2000): Youth unemployment and health in Germany. S. 109-136. In: T. Kieselbach (Hrsg.), *Youth Unemployment and Health. A Comparison of Six European Countries*. Opladen: Leske + Buderich.
- KiGGS des Robert Koch-Instituts (2007). *Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003 - 2006, Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland*. Verfügbar unter: http://www.kiggs.de/experten/erste_ergebnisse/Basispublikation/index.html (Download vom 26.07.2010)
- Kuhnert, P. (2007). *Arbeitslosigkeit bewältigen und Lebensmut erhalten – Beratung von Langzeitarbeitslosen*. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- McKee-Ryan, F., Song, Z., Wanberg, C., Kinicki, A. (2005). Psychological and Physical Well-Being During Unemployment: A Meta-Analytic Study. *Journal of Applied Psychology* 2005; 1: 53-76.
- Mohr, G. & Richter, P. (2008). Psychosoziale Folgen von Erwerbslosigkeit – Interventionsmöglichkeiten. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 40-41, S. 25-32.
- Müller, T. (2008). *Innere Armut: Kinder und Jugendliche zwischen Mangel und Überfluss*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Oser, F., Duggeli, A. (2008). *Zeitbombe «dummer» Schüler. Resilienzentwicklung bei minderqualifizierten Jugendlichen, die keine Lehrstelle finden*. Weinheim: Beltz Bibliothek (PVU).
- Paulus, P. (2003). *Schulische Gesundheitsförderung – vom Kopf auf die Füße gestellt. Von der gesundheitsfördernden Schule zur guten, gesunden Schule*. In: K. Aregger & U.P. Lattmann (Hrsg.): *Gesundheitsfördernde Schule eine Utopie?* Luzern: Sauerländer.
- Raithel, J. (2010): Gesundheitsrelevantes Risikoverhalten unter Jugendlichen. In: H. Hackauf/H. Ohlbrecht (Hrsg.): *Jugend und Gesundheit. Ein Forschungsüberblick* Weinheim: Juventa, 160-177.
- Reinowski, E., Steiner, C. (2006). *Armut von jungen Erwachsenen in der Bundesrepublik. Vierteljahresheft zur Wirtschaftsforschung* 75, Nr. 1, S. 89-107.
- Schaufeli, W.B. (1997). Youth unemployment and mental health: some Dutch findings. *Journal of Adolescence* 20. S. 281-292.
- Schels, B. (2007). IAB Forschungsbericht. Nr. 13/2007 2, *Jugendarbeitslosigkeit und psychisches Wohlbefinden*.
- Schmidt, M. (2008). *Das Bridgeprojekt – Inhalt und Wirkung*. In: B. Bergmann, U. Pietrzyk, J. Klose (Hrsg.), *Beschäftigungsfähigkeit entwickeln. Innovationsfähigkeit und Kompetenz fördern*. Technische Universität Dresden: Eigenverlag.
- Winkler, I., Richter-Werling, M., Riedel-Heller, St. (2007). *Das Schulprojekt „Verrückt? Na und!“*, neuroaktuell, 2. April 2007, 21, Nr.162.

1.1.6 Plötzlich ohne Arbeit – Identitätskrise im Erwachsenenalter

- Faltermaier, T. (2005). *Gesundheitspsychologie. Kapitel 7.2: Gesundheit im Erwachsenenalter*. Stuttgart: Kohlhammer.
- F.A.Z. -Institut & Techniker-Krankenkasse (2009). *Kundenkompass Stress – Aktuelle Bevölkerungsbefragung: Ausmaß, Ursachen und Auswirkungen von Stress in Deutschland*.
- Fischer, A.W. (2006). *Beanspruchungsmuster im Pflegeberuf. Eine Studie an österreichischem Pflegepersonal im Schnittpunkt von persönlichkeits-, gesundheits- und arbeitspsychologischen Herangehen*. Dissertation. Universität Potsdam. Institut für Psychologie.
- Hien, W. (2009). *Pflegen bis 67: Älter werden und Gesundheit im Pflegeberuf*. *Gute Arbeit, Zeitschrift für Gesundheitsschutz und Arbeitsgestaltung* S. 36-39.
- Isfort, M., Weidner, F. (2007). *Pflege-Thermometer 2007. Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus*. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. Verfügbar unter: <http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/Pflege-Thermometer2007.pdf> (Download vom 16.02.2010).
- Kruse, A. (2006). *Der Beitrag der Prävention zur Gesundheit im Alter – Perspektiven für die Erwachsenenbildung*. *Bildungsforschung*, Jahrgang 3, Ausgabe 2.
- Kuhnert, P. (2005). *Reformen der Arbeitsförderung – Irrwege oder Auswege für arbeitslose Menschen*. In: M. Kastner, T. Hagemann & G. Kliesch (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit und Gesundheit - Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung* (S. 361-386). Lengerich: Pabst.
- Kuhnert, P., Kaczerowski, M., Ayan, T., Kastner, M. (2007). *Gesund & fit bleiben. Praxisratgeber zur Gesundheitsförderung bei Langzeiterwerbslosen 50plus*. (Hrsg.) Deutsche Angestellten Akademie Brandenburg-Ost.

- Kuhnert, P., et al (2008). Handbuch Stabilisierende Gruppen. Ein Praxisratgeber für die Einzel- und Gruppenberatung mit ALG-II-Empfängern. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Bonn: Druck Mannheim.
- Lehr, Ursula. (2003). Psychologie des Alterns. Wiebelsheim: Quelle und Meyer.
- Rogge, B. (2007). Die Auswirkungen von Erwerbslosigkeit auf die psychische Gesundheit als Identitätsproblem. Gesundheit Berlin (Hrsg.): Dokumentation 13. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit.
- Siegrist, J., Dragano, N., Wahrendorf, M. (2010). Arbeitsbelastungen und psychische Gesundheit bei älteren Erwerbstätigen: Die Bedeutung struktureller Intervention. In: B. Badura, H. Schröder, J. Klose u. K. Macco (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2009. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft (S. 167-174). Berlin: Springer.
- Hauser, F. & Pleugner, F. (2010). Great Pace to Work: Ein Arbeitsplatz, an dem man sich wohl fühlt. In: B. Badura, H. Schröder, J. Klose u. K. Macco (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2009. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft (S. 197-204). Berlin: Springer.
- Höge, T. (2005). Salutogenese in der ambulanten Pflege - Zum Zusammenhang zwischen organisationalen Ressourcen, erlebter Fairness, Kohärenzsinn und der psychophysischen Gesundheit von ambulanten Pflegekräften. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie. 13(1) 2005, 3-11.
- Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (2010). IAB-Kurzbericht 10/2010. Sanktionen im SGB II – Unter dem Existenzminimum. Verfügbar unter: <http://doku.iab.de/kurzber/2010/kb1010.pdf> (Download vom 26.07.2010).
- Kaczerowski, M. & Kuhnert, P. (2008). MEHR als nur "schwer vermittelbar". Handwerkszeug für motivierende Einzelgespräche zur psychischen Stabilisierung von arbeitslosen Menschen (Bericht der Technischen Universität Dortmund für das BMAS).
- Kaletta, B. (2008). Anerkennung oder Abwertung. (Über die Verarbeitung sozialer Desintegration). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Krebs, H. (2005). „Kreativer Umgang mit Erwerbslosigkeit“; In: Blickpunkt EFL-Beratung, 2005: (10) 35-37.
- Kuhnert, P. (2007). Arbeitslosigkeit bewältigen und Lebensmut erhalten – Beratung von Langzeitarbeitslosen. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- Kuhnert, P., Akca, S. & Kastner, M. (im Druck). Gesund pflegen unter Zeitnot und fehlender Anerkennung? – Wertschätzungsaspekte des Gesundheitsmanagements in der Krankenpflege. In: M. Kastner, Leistungs- und Gesundheitsmanagement. Lengerich: Pabst.
- Kuhnert, P., et al (2008). Handbuch Stabilisierende Gruppen. Ein Praxisratgeber für die Einzel- und Gruppenberatung mit ALG-II-Empfängern. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Bonn: Druck Mannheim.
- Mettler, B. (2007). Gelebte Wertschätzung. Eine Haltung wird lebendig. Meibom
- Paul, K. I., Moser, K. (2009). Wie wirken sich Interventionsmaßnahmen auf die psychische Gesundheit Arbeitsloser aus, wenn die Stellensuche erfolglos bleibt? – Erste Befunde einer Metaanalyse. In: A. Holleder (Hrsg.), Gesundheit von Arbeitslosen fördern (S. 124-134). Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Rawls, J. (2001). Gerechtigkeit als Fairneß. Ein Neuentwurf, Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Robitaille, D. & Whelchel, C. (2005). Take PRIDE in Your Clinical Ladder, in: Nursing Management, Vol. 36, No. 1, S. 16.
- Rogge, B., Kuhnert, P. & Kastner, M. (2007). Zeitstruktur, Zeitverwendung und psychisches Wohlbefinden in der Langzeitarbeitslosigkeit. (S. 85-103). Psychosozial.30. Jahrgang. Nr. 109: Schwerpunktthema: Arbeitswelt und Gesundheit.
- Schaffner, H. (2007). Null Bock auf Streit. Gewaltprävention - Spiele zur gegenseitigen Wertschätzung. Books on Demand.

1.1.7 Mehr Gesundheit durch Wertschätzung, Anerkennung und Stolz

- Anastasiadis, M. (2007). Empowerment durch mediale Inszenierung. Eine Methode, die Erfahrungen des Älterwerdens in der Arbeitsgesellschaft sichtbar macht. Ergebnisbericht des Arbeitspakets Reflect/Modul 4 der EQUAL Entwicklungspartnerschaft U-Turn. Sozialökonomische Forschungsstelle. Wien.
- Anderson, H., et al (2004). Die Wertschätzende Organisation. In: K.G. Deissler u. K.J. Gergen (Hrsg.), Die Wertschätzende Organisation (S. 19-58). Bielefeld: Transcript Verlag.
- Aries, M., & Zuppiger Ritter, I. (1999). Pflegende mit und ohne Burnout: Ein Vergleich. Pflege, 12: 83-88.
- Baethge-Kinsky, V., et al (2007). Neue soziale Dienstleistungen nach SGB II. IAB-Forschungsbericht, 15/2007.
- Ball, M. & Orford, J. (2002). Meaningful patterns of activity amongst the long-term inner city unemployed: A qualitative study; In: Journal of Community & Applied Social Psychology 12, 377-396.
- Bernds, E. & Kuhnert, P. (2008). Praxisratgeber zur psychischen Stabilisierung von arbeitslosen Menschen. Ergänzendes Bericht zum Handbuch Stabilisierende Gruppen (Bericht der Technischen Universität Dortmund für das BMAS).
- Bergmann, B., Pietrzyk, U. & Richter, F. (2007). Gesundheitsförderung und Lernförderung im Arbeitsprozess – zwei Seiten derselben Medaille. In: P. G. Richter, R. Rau u. S. Mühlporf (Hrsg.), Arbeit und Gesundheit. Zum aktuellen Stand in einem Forschungs- und Praxisfeld (S. 197-209). Lengerich. Pabst.
- Clemens Sedmak: Eröffnungsrede: Ethik im Spannungsfeld. Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hrsg.): Dokumentation 15. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit, Berlin 2009.
- Götz, S., Ludwig-Mayerhofer, W. & Schreyer, F. (2010). Unter dem Existenzminimum. Sanktionen im SGB II. IAB-Kurzbericht 10/2010.

- Sedmak, C. (2009). Eröffnungsrede: Ethik im Spannungsfeld. 15. Kongress Armut und Gesundheit.
- Semmer, N. K., Jacobshagen, N., & Meier, L.L. (2006). Arbeit und (mangelnde)
- Wertschätzung [Work and (lack of) appreciation]. *Wirtschaftspsychologie*, 8, 87-95.
- Sen, Amartya (2005): Ökonomie für den Menschen. Wege zu Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft, 3. Aufl., München.
- Siegrist, J. (2004). Soziale Determinanten von Herz-Kreislauf-Krankheiten – neue Erkenntnisse und ihre Bedeutung für die Prävention. Paderborn: Schöningh.
- Southwick, S., Vythilingam, M., Charney, D. (2006). The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*: (2) 255-291.
- Streicher, B. & Frey, D. (2010). Betriebliche Intervention und Prävention bei Konflikten und Mobbing. In: B. Badura, H. Schröder, J. Klose, K. Macco, Fehlzeiten-Report 2009. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft (S. 129-135). Berlin: Springer.
- Veith, T. & Schweizer, J. (2009). Das große Ganze – Betriebliches Gesundheitsmanagement. *Personalwirtschaft*, 36, H. 8, S. 30-32.
- Wehner, T. (2008). Jenseits der Erwerbsarbeit liegen Antworten für eine Tätigkeitsgesellschaft. Aus: Politik und Zeitgeschichte 40-41/2008. 29 Sept. 2008.
- Wolfersdorf, M. (2007). Psychische Erkrankung und männliches Geschlecht. In M. Stiehler & T. Klotz (Hrsg.), Männerleben und Gesundheit. Eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung (S. 198-208). Weinheim und München: Juventa.

2.1 Die richtige Beratung zur richtigen Zeit

- Keller, S., Kaluza, G. & Basler, H. D. (2001). Motivierung zur Verhaltensänderung - Prozessorientierte Patientenedukation nach dem Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung. *psychomed*, 13/2 (S. 101-111).
- Prochaska, J. & DiClemente, C. et al. (1992). In search of the structure of change (pp. 87-114). In: Klar, Y, Fisher, C. Nadler, A. (eds). *Self change: Social, psychological and clinical perspective*. New York: Springer.

2.2 Motivierende Gesprächsführung: „Change Talk“ als Gesprächsstil bei Ambivalenzen und Widerständen

- Frick, K. & Brueck, R. (2009). Kurzintervention mit Motivierender Gesprächsführung. Deutscher Ärzte-Verlag.
- Langosch, A. (2007). Die Empowerment-Maschine. Praxismanual für lösungsfokussierte, motivierende Gesprächsführung und outcome-orientiertes Empowerment in schwierigen sozialen Arbeitsbereichen. Kiel: Selbstverlag Andreas Langosch.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2004). Motivierende Gesprächsführung. Freiburg: Lambertus- Verlag.

- Rollnick, S., Miller, W.R., Butler, C.C. (2008). *Motivational Interviewing in Health Care. Helping Patients Change Behavior*. Guilford Pub.

DVDs:

- Demmel, R., & Peltenburg, M. (2006). *Motivational Interviewing: Kommunikation auf gleicher Augenhöhe*. (deutschsprachige DVD, Vertrieb über Neuland-Verlagsgesellschaft mbH).
- Über die Website www.motivationalinterview.org sind außerdem mehrere englischsprachige DVDs zu beziehen.

2.3 Konflikte und Emotionen in der Beratung – Fallstricke vermeiden

- Bernds, E. & Kuhnert, P. (2008). Erfahrungsbericht und Leitfaden für die Durchführung und Organisation von SG. (S. 54-69) In P. Kuhnert et al. (Hrsg.): *Handbuch Stabilisierende Gruppen. Ein Praxisratgeber für die Einzel- und Gruppenberatung mit ALG-II-Empfängern*. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Bonn: Druck Mannheim.
- Glasl, F. (1992): *Konfliktmanagement. Ein Handbuch für Führungskräfte und Berater*, Stuttgart.
- Günther, U., Sperber, W. (2005). *Handbuch für Kommunikations- und Verhaltenstrainer*. 4., aktualis. Auflage. München, Basel.
- Günther, U., Sperber, W. (2008). Übung: "Konferenz-Zoo" - Über den Umgang mit schwierigen Teilnehmern. In: Reinhardt Management (Hrsg.), *Handbuch für Kommunikations- und Verhaltenstrainer* (S. 132-135). München: Reinhardt.
- Kaczerowski, M. & Kuhnert, P. (2008). Mehr als "schwer vermittelbar" - Einzelberatung innerhalb von Stabilisierenden Gruppen (S. 219-236). In:
- P. Kuhnert et al (2008), *Handbuch Stabilisierende Gruppen. Ein Praxisratgeber für die Einzel- und Gruppenberatung mit ALG-II-Empfängern*. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Bonn: Druck Mannheim.
- Kanfer, F., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagement-Therapie (ein Lehrbuch für die klinische Praxis)*, (2. üb. Aufl.) Berlin: Springer.
- Kuhnert, P. (2007). *Arbeitslosigkeit bewältigen und Lebensmut erhalten – Beratung von Langzeitarbeitslosen*. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- LeDoux, J. (2004). *Das Netz der Gefühle*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Redlich, A. (2009). *Konflikt-Moderation in Gruppen: Eine Handlungsstrategie mit zahlreichen Fallbeispielen und Lehrfilm auf DVD (Broschiert)*. Hamburg: Windmühle Verlag.
- Redlich, A., Elling, J. R. (2000). *Potential: Konflikt. Ein Seminar-konzept zur Konfliktmoderation für Trainer und Lerngruppen*. Hamburg: Windmühle Verlag.
- Rogge, B.G. (2009). *Psychosoziale Beratung von Erwerbslosen: Empowerment als Mittel gegen die Viktimisierung*. In: A. Holleder (Hrsg.), *Gesundheit von Erwerbslosen fördern! Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis* (S. 184-202). Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Schwarz, G. (1997). *Konfliktmanagement. Sechs Grundmodelle der Konfliktlösung*. Wiesbaden.

2.4 Hinweise für Beraterinnen und Berater

Die Haltung macht's

- De Jong, P. & Berg, I.K. (1998). Lösungen (er-)finden. Das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurztherapie. Dortmund: Verlag modernes Lernen.
- De Shazer, S. (2008). Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie. Carl-Auer-Verlag-Systeme Verlag.
- Finke, J. (2004). Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen. Stuttgart: Thieme.
- Kaczorowski, M. & Kuhnert, P. (2008). Mehr als nur schwer vermittelbar – Einzelberatung innerhalb von Stabilisierenden Gruppen. In P. Kuhnert, Handbuch Stabilisierende Gruppen. Ein Praxisratgeber für die Einzel- und Gruppenberatung mit ALG-II-Empfängern.
- Miller, W.R., Rollnik, St. (1999). Motivierende Gesprächsführung - Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Alkoholproblemen. Freiburg i. Br.: Lambertus Verlag.
- Rogers, C. R. (2002). Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. Stuttgart: Klett.
- Rothländer, K. (2009). Training psycho-sozialer Kompetenzen für Arbeitslose am Beispiel des Gesundheitsförderungsprogramms AktivA. In A. Holleder (Hrsg.), Gesundheit von Arbeitslosen fördern! (S. 155-167). Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag.
- Warschburger, P. (2009). Beratungspsychologie. Berlin: Springer.

3.1 Erst Hoffnung, dann Enttäuschung, am Ende Depression? – Prävention psychischer Erkrankungen

- Beck, A. T. (1999). Kognitive Therapie der Depression. Weinheim: Beltz.
- Bellwinkel, B. & Zoike, E. (2007). Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. In: W. Kirch, B. Badura B. & H. Pfaff (Hrsg.), Prävention und Versorgungsforschung (s.471-484). Berlin: Springer.
- Ellis, A. (1993). Grundlagen der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie. München: Pfeiffer.
- Hautzinger, M. (1998). Depression. Göttingen: Hogrefe.
- Holleder, A. (2008). Psychische Gesundheit im Fall von Arbeitslosigkeit. Praktische Arbeitsmedizin, 12, 29-32.
- Kuhnert, P, Kastner, M. (2002). Neue Wege in Beschäftigung – Gesundheitsförderung bei Arbeitslosigkeit. In: B. Röhrle (Hrsg.), Prävention und Gesundheitsförderung (S. 373-406). Tübingen: dgvt.
- Kulbartz-Klatt, Y. (2009). Praxiserfahrungen verhaltenstheapeutischer Trainingsmaßnahmen für Arbeitslose. In: A. Holleder (Hrsg.), Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.

- Paul, K. & Moser, K. (2009). Wie wirken sich Interventionsmaßnahmen auf die psychische Gesundheit Arbeitsloser aus, wenn die Stellensuche erfolglos bleibt? – Erste Befunde einer Metanalyse. In A. Holleder (Hrsg.), Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.

Literatur für Betroffene:

- Bandelow, B. (2006). Das Angstbuch. Woher Ängste kommen und wie man sie bekämpfen kann. Reinbek: Rowohlt.
- Johnstone, M. (2009). Mein schwarzer Hund: Wie ich meine Depression an die Leine legte. München: Kunstmann.
- Johnstone, M. & A. (2009). Mit dem schwarzen Hund leben. Wie Angehörige und Freunde depressiven Menschen helfen können, ohne sich dabei selbst zu verlieren. München: Kunstmann.

3.2.1 Strategien der Angstbewältigung in der Erwerbslosigkeit

- Kuhnert, P. (2007b). Arbeitslosigkeit bewältigen und Lebensmut erhalten – Beratung von Langzeitarbeitslosen. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- Kuhnert, P. et al. (2008). Handbuch Stabilisierende Gruppen. Ein Praxisratgeber für die Einzel- und Gruppenberatung mit ALG-II-Empfängern. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Bonn: Druck Mannheim.
- LeDoux, J. (2006). Das Netz der Persönlichkeit. Wie unser Selbst entsteht. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Rogge, B., Kuhnert, P. & Kastner, M. (2007). Zeitstruktur, Zeitverwendung und psychisches Wohlbefinden in der Langzeitarbeitslosigkeit. Psychosozial.30. Jahrgang. Nr. 109: Schwerpunktthema: Arbeitswelt und Gesundheit. (S. 85-103)
- Ullrich, R. & Ullrich de Muynk, R. (1996). Selbstregulationsprozesse im Assertiveness Training Programm ATP: Anspruch und Wirklichkeit. In: H.S. Reinecker & D. Schmelzer (Hrsg.), Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement: (Frederick H. Kanfer zum 70. Geburtstag). S. 235-254. Göttingen: Hogrefe.
- Ungerer, T. & Hoellen, B. (2006). Don't hope, cope! Mut zum Leben. Tübingen: dgvt.

3.2.2 Strategien der Ärgerbewältigung in der Erwerbslosigkeit

- Adams, J. E. (1992). Festgefahren? Angst, Ärger, ausweglose Situationen – und was man dagegen tun kann. Giessen: Brunnen.
- Arnetz, B.B. et al. (1991). Neuroendocrine and Immunologic Effects of Unemployment and Job Insecurity. (Neuroendokrine und Immunologische Effekte von Erwerbslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit) Psychotherapy and psychosomatics, 55, 2-4, S. 76-80.

- Bleyer-Rex, I., Mergay, C. & Schindler, H. (1987). Die Familie in der Arbeitslosigkeit. Bremen (Schriftenreihe der Angestelltenkammer Bremen).
- Brinkmann, C. (1978). Finanzielle und psychosoziale Belastung während der Arbeitslosigkeit. In: A. Wacker (Hrsg.), Vom Schock zum Fatalismus? Soziale und psychische Auswirkungen der Arbeitslosigkeit (S. 57-91). Frankfurt/M u. New York: Campus.
- Christoffersen, M.-N. (2000). Growing up with unemployment: A study of parental unemployment and children's risk of abuse and neglect based on national longitudinal 1973 birth cohorts in Denmark. *Childhood: A Global Journal of Child Research*. Vol. 7(4), Nov 2000, (pp. 421-438). US: Sage Publications.
- Cunradi, C., Caetano, R. & Schafer, J. (2002). Alcohol-related problems, drug use, and male intimate partner violence severity among US couples. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, Vol. 26(4), Apr 2002, 493-500.
- F.A.Z.-Institut u. Techniker Krankenkasse (2009). Kundenkompass Stress: Aktuelle Bevölkerungsbefragung: Ausmaß, Ursachen und Auswirkungen von Stress in Deutschland. Frankfurt a. M.
- Hodapp, V. und Schwenkmezger, P. (Hrsg.) (1993): Ärger und Ärgerausdruck. Bern: Huber.
- Junge, W. H. C. (2004). Ärger, Angst und andere Turbulenzen: Wie sie sich von den Grausamkeiten des Alltags nicht unterkriegen lassen. Offenbach: Gabal.
- Kuhnert, P. (2005). „Wie ein Motor ohne Treibstoff...“ - Männergesundheit in der Arbeitslosigkeit. In: M. Kastner, T. Hagemann & G. Kliesch (Hrsg.), Arbeitslosigkeit und Gesundheit - Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung (S. 273-293). Lengerich: Pabst.
- Marneros, A., Steil, B. & Galvo, A. (2003). Der soziobiographische Hintergrund rechtsextremistischer Gewalttäter. *Monatsschrift für Kriminologie- und Strafrechtsreform*, 2003; 86(5), 364-372.
- Kuhnert, P. (2007). Arbeitslosigkeit bewältigen und Lebensmut erhalten – Beratung von Langzeitarbeitslosen. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- Mees, U. (Hrsg) (1992). Psychologie des Ärgers. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie..
- Nidiaye, S. (2004). Aufwachen und Lachen: Der einfache Weg zur Freiheit von Ärger, Angst und Leid. München: Integral.
- Rogge, B.G. (2009). Psychosoziale Beratung von Erwerbslosen: Empowerment als Mittel gegen die Viktimisierung. (S.184-202). In: A. Hollederer (Hrsg.), Gesundheit von Erwerbslosen fördern. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Rosenberg, M.B. (2005): Gewaltfreie Kommunikation (GfK). 6. überarb. und erw. Neuauflage. Paderborn: Junfermann.
- Ruesch, P., Miserez, B. & Hell, D. (2003). Gibt es ein Täterprofil des aggressiven Psychiatrie-Patienten? In: *Nervenarzt* Vol. 74(3), 2003, 259-265.
- Schnippe, D. & Kuhnert, P. (2008). „Konfliktbewältigungsstrategien in der Arbeitslosigkeit“ (unveröffentlichter Forschungsbericht). Technische Universität Dortmund.
- Schwenkmezger, P. (1997). Ärger, Ärgerausdruck und Gesundheit. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie*. (2. überarb. u. erweitere Aufl.) (S. 299-317). Göttingen: Hogrefe.
- Schwennen, Chr. (2004). Verzeihen. In A. E. Auhagen (Hrsg.), *Positive Psychologie*. Weinheim: Beltz.
- Ungerer, T. & Hoellen, B. (2006). Don't hope, cope! Mut zum Leben. Tübingen: dgvt.
- Weber, H. (1994b). Veränderungen gesundheitsbezogener Kognitionen. In: P. Schwenkmezger & L.R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (S. 188-206). Stuttgart: Enke.

3.3 Im „Keller der Gefühle“ – Angenehme Erlebnisse suchen und finden

- Kaluza, G. (2004). Erholen und genießen. Das Genussstraining. In: *Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung* (Seite 139-154). Berlin: Springer.
- Koppenhöfer, E. (2004). Kleine Schule des Genießens. Ein verhaltenstherapeutisch orientierter Behandlungsansatz zum Aufbau positiven Erlebens und Handelns. Lengerich: Pabst.
- Lehrhaupt, L., Meibert, P. (2010). Stress bewältigen mit Achtsamkeit. Zu innerer Ruhe kommen durch MBSR. München: Kösel Verlag.
- Luther, M. (2000). Die Reise zu den inneren Schätzen. Paderborn: Junfermann.
- Ungerer, T. & Hoellen, B. (2006). Don't hope, cope! Tübingen: dgvt.

3.4 Nichts ist wichtiger in Krisen – zur Bedeutung sozialer Unterstützung und sozialer Netzwerke bei hoher Belastung

- Fydrich, T. & Sommer, G. (2003). Diagnostik sozialer Unterstützung. In: M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung*. Göttingen: Hogrefe.
- Göckel, R. (2003). Ressourcenorientierte Berufsberatung von Langzeiterwerbslosen. *Beratung Aktuell*, 2, Seite 1-21.
- Hinsch, R. & Pflingsten, U. (2007). Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele. Weinheim: Beltz.
- Hinsch, R. & Wittmann, S. (2003). Soziale Kompetenz kann man lernen. Weinheim: Beltz.
- Kuhnert, P. et al. (2008). Handbuch Stabilisierende Gruppen. Ein Praxisratgeber für die Einzel- und Gruppenberatung mit ALG-II-Empfängern. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Bonn: Druck Mannheim.
- Kuhnert, P., Kaczerowski, M., Ayan, T. & Kastner, M. (2007). *Gesund & fit bleiben. Praxisratgeber zur Gesundheitsförderung bei Langzeitarbeitslosen 50 plus.* (Hrsg.). Deutsche Angestellten-Akademie Institut Brandenburg-Ost. (Ein Projekt der Universität Dortmund, gefördert vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2. Auflage).

Internet:

Auf der Webseite www.gsk-training.de stehen diverse Materialien und Anschauungsvideos zur Verfügung.

3.5 Gefühle als Schutz gegen Krankheit – Das Kohärenzgefühl als Gesundheitsfaktor

- Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. (dt. Hrsg. Franke, A.). Tübingen: dgvt.
- Bengel, J. (2001). Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA, Köln. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6.
- Deutschmann, A., Kuhnert, P. (2005). Kohärenzgefühl – Instrument für Risikogruppen in der Erwerbslosigkeit. Ergebnisse einer Vergleichsstudie. In: M. Kastner, T. Hagemann & G. Kliesch (Hrsg.): Erwerbslosigkeit und Gesundheit - Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung (Seite 149-168). Lengerich: Pabst.
- Kuhnert, P. & Kastner, M. (2006). Chancen und Grenzen arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung am Beispiel der Job-Fit-Evaluationsstudie. In: A. Holleder (Hrsg.). Erwerbslosigkeit und Gesundheit. Bern: Huber.
- Reick, C. (2005). Möglichkeiten der Diagnostik arbeitslosigkeitsbedingter gesundheitlicher Beeinträchtigungen. In: M. Kastner, T. Hagemann & G. Kliesch (Hrsg.): Erwerbslosigkeit und Gesundheit - Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung (Seite 129-148). Lengerich: Pabst.

3.6.1 „Wieder Kraft und Stärke spüren“ – Bewegungsgründe und –möglichkeiten für Erwerbslose

- Brehm, W., Pahmeier, I. & Tiemann, M. (1997). Gesundheitsförderung durch sportliche Aktivierung: Qualitätsmerkmale, Programme, Qualitätssicherung, In: Sportwissenschaft, März 1997, S. 38-59.
- Fuchs, R. & Appel, E. (1994). Belastungsregulation durch Sport. In: R. Schwarzer & M. Jerusalem (Hrsg.), Gesellschaftlicher Umbruch als kritisches Lebensereignis. Psychosoziale Krisenbewältigung von Übersiedlern und Ostdeutschen, S. 227-240, Weinheim u. München: Juventa.
- Fuchs, R. & Hahn, A. (1994). Effekte sportlicher Aktivität auf Selbstwirksamkeits-Erwartung und Gesundheit in einer streßreichen Lebenssituation, In: Sportwissenschaft, 1994/1, S. 67-81.
- Fuchs, R. & Leppin, A. (1992). Sportliche Aktivität, sozialer Rückhalt und Lebensstreß als Determinanten der psychischen Gesundheit. Sportpsychologie, 1992, 6 (2), 13-19.
- Göhner, W. & Fuchs, R. (2006). Änderung des Gesundheitsverhaltens. MOVO-Gruppenprogramme für körperliche Aktivität und gesunde Ernährung. Göttingen: Hogrefe.
- Golz, N., Erkelen, M. & Sack, H.G. (1990). Ein erlebnisorientiertes Sportprogramm zur Behandlung von Depressionen. Report Psychologie, 15 (4), 12-19.

- Hark, L. & Deen, D. (2005). Gesunde Ernährung. Starnberg: Dorling Kindersley Verlag.
- Höcke, A. & Kuhnert, P. (2008). „Gemeinsamer Spaß kann bewegend sein“ – ein erprobtes Bewegungs- und Freizeitprogramm für Stabilisierende Gruppen. In P. Kuhnert, Handbuch Stabilisierende Gruppen. Ein Praxisratgeber für die Einzel- und Gruppenberatung mit ALG-II-Empfängern. (S. 174-180). Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Bonn: Druck Mannheim.
- Kleine, D., Fuchs, R. (1994). Stress, sportliche Aktivität und Wohlbefinden. In D. Alfermann, V. Scheid (Hrsg.), Psychologische Aspekte von Sport und Bewegung in Prävention und Rehabilitation: Bericht über die Tagung der Asp vom 3.-5. September 1992 in Gießen. Köln: Bps, 1994: 47-53.
- Kuhnert, P. & Kastner, M. (2006). Chancen und Grenzen arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung am Beispiel der Job-Fit-Evaluationsstudie. In: A. Holleder & H. Brand (Hrsg.), Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit (S. 123-135). Bern: Huber.
- Kuhnert, P. (2007). Arbeitslosigkeit bewältigen und Lebensmut erhalten – Beratung von Langzeitarbeitslosen. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- Kuhnert, P., Deutschmann, A. & Kastner, M. (2008). Gesundheitsförderung für Arbeitslose mit Suchtproblemen: Kritische Bestandsaufnahme und Perspektiven. In: D. Henkel & U. Zemlin (Hrsg.), Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis (S.127-162). Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Kuhnert, P. et al. (2008). Handbuch Stabilisierende Gruppen. Ein Praxisratgeber für die Einzel- und Gruppenberatung mit ALG-II-Empfängern. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Bonn: Druck Mannheim.
- Müller, M. & Trautwein, E. (2005): Gesundheit und Ernährung- Public Health Nutrition. Stuttgart: UTB.
- Predel, H.-G, Tokarski, W. (2005). Einfluss körperlicher Aktivität auf die menschliche Gesundheit. In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz. 2005: 8, S. 833-839.
- Rosenbrock, R. & Michel, C (2007). Primäre Prävention. Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schwarz, L. & Schwarz, M. (2003). Herz-Kreislauf-Training. Bewegungsprogramme zur Vorsorge und Behandlung von Herz- und Gefäßerkrankungen. München: BLV.
- Schwarzer, R. & Fuchs, R. (1994). Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität: Reliabilität und Validität eines neuen Messinstruments. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 15, Heft 3, S. 141-154.
- Tiemann, M., Brehm, W. & Sygusch, R. (2002). Flächendeckende Institutionalisierung evaluierter Gesundheits-sportprogramme. In U. Walter, M. Drupp & F.W. Schwartz (Hrsg.), Prävention durch Krankenkassen. Zielgruppen, Zugangswege, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit (S. 226-238). Weinheim und München: Juventa.

- Tiemann, M., Brehm, W., Sygusch, R. (2003). Gesundheits-sport als „Rezept“. Ein kooperativer Ansatz zur Förderung der öffentlichen Gesundheit und dessen Qualitätssicherung. Abschlussbericht. Bayreuther Beiträge zur Sportwissenschaft 2003(9).
- Wandke, K. (1994). Sport und Bewältigung kritischer Lebensereignisse durch Frauen. In: D. Alfermann & V. Scheid (Hrsg.), Psychologische Aspekte von Sport und Bewegung in Prävention und Rehabilitation. Bericht über die Tagung der Asp vom 3. bis 5. September 1992 in Gießen (S. 39-46). Köln: bps-Verlag.

3.6.2 Wenn alles nur "nervt" – Entspannungsübungen in der Erwerbslosigkeit

- Herholz, I. & Arnim, A. (2009). Funktionelle Entspannung - das Praxisbuch. Stuttgart [u.a.]: Schattauer.
- Kuhnert, P. (2007). Arbeitslosigkeit bewältigen und Lebensmut erhalten Beratung von Langzeitarbeitslosen. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- Pritz, A. (1990). Kurzgruppenpsychotherapie, Struktur, Verlauf und Effektivität von autogenem Training, progressiver Muskelentspannung und analytisch fundierter Kurzgruppenpsychotherapie. Berlin: Springer.

3.6.3 Flucht in kurze Rauscherlebnisse – Prävention von Suchterkrankungen

- Bundesamt für Gesundheit (2008). Nationales Programm Alkohol 2008 2012. Bern: BAG Sektion Alkohol und Tabak.
- Bürkle, St. (2008). Kooperation zwischen den Trägern der Einrichtungen der Suchthilfe und den Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach §16 Abs. 2 SGB II: Handreichung für die Träger und Einrichtungen der Suchthilfe in der Caritas. In: Arbeitslosigkeit und Sucht Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis, S. 361-388. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Fischer, M. & Lammel, U.A. (2009). Jugend und Sucht, Analysen und Auswege. Patientenprofile und Empfehlungen für die pädagogisch-therapeutische Behandlung in Psychiatrie und Jugendhilfe Opladen: Budrich.
- Heipertz, W. (2005). Arbeit und Gesundheit älterer Arbeitnehmer/innen. Flankierende
- Maßnahmen zur Sicherung der Nachhaltigkeit aus Sicht der Sozialmedizin. In: Schott T (Hrsg.): Eingliedern statt ausmustern Möglichkeiten und Strategien zur Sicherung der Erwerbstätigkeit älterer Arbeitnehmer. Weinheim und München: Juventa.
- Henke, Henkel, Nägele, Pagels und Wagner im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit: Studie "Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II". Verfügbar unter: <http://www.infodienst.bzga.de/?id=teaserext2.14&idx=2184> (Download vom 08.09.2010).

- Henkel, D. (1998). Arbeitslosigkeit, Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit: nationale und internationale Forschungsergebnisse. In D. Henkel & I. Vogt (Hrsg.), Sucht und Armut (Alkohol, Tabak, illegale Drogen), S. 101-136. Opladen: Leske + Budrich.
- Henkel, D. & Zemlin, U. (Hrsg.) (2008). Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt: Fachhochschulverlag.
- Henkel, D. (2008). Suchprävention (Früherkennung, Frühintervention) für Arbeitslose durch Institutionen und Maßnahmen außerhalb des traditionellen Suchthilfesystems. In: Erwerbslosigkeit und Sucht Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis, S. 106-126. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Henkel, D. (2008). Wie viele Suchtbehandelte sind arbeitslos, und welche Chancen haben sie, wieder Arbeit zu finden? Bundesweite empirische Daten zur beruflichen Integration vor und nach der Suchtbehandlung. In: Arbeitslosigkeit und Sucht Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis, S. 163-188. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Henkel, D. Zemlin, U. & Dornbusch, P. (2008). In D. Henkel & U. Zemlin (Hrsg.), Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis (S.127-162). Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Hollereder, A. (2003). Arbeitslosigkeit und Alkohol: Für einen nüchternen Umgang mit Suchtkrankheiten. IAB-Materialien: (1) 2-4.
- Hollereder, A. (2008). Fallmanagement als neuer Weg in der Beschäftigungsförderung : Auch ein Weg aus Sucht und Arbeitslosigkeit? In: Arbeitslosigkeit und Sucht Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis, S.189-213. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- König, D. & Wehmhöner, M. (2004). Selbstmanagement: Das 10-Schritte-Programm zum kontrollierten Trinken. Die BKK. Zeitschrift der betrieblichen Krankenversicherung 03, S. 115- 118.
- Körkel, J. Schellberg, K., Haberacker, W. & Langguth, B. (2002). Das Ambulante Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken (AKT) , Suchttherapie, 2002,3, S. 106-111.
- Körkel, J, Gehring U, König D, Drinkmann A. (2005). Zieloffene Suchtarbeit mit alkoholabhängigen Wohnungslosen: Das Projekt 'WALK . In: Fachverband Sucht (Hrsg.): Perspektiven für Suchtkranke, S. 197-207. Geesthacht: Neuland.
- Körkel, J. (2004). Abstinenz und kontrolliertes Trinken: Sich ergänzende Ziele in der Suchtbehandlung. In J. Rink (Hrsg.). Die Suche nach der Kontrolle. Von der Abstinenzabhängigkeit zur Kontrollabhängigkeit. Beiträge zum Wandel der Zieldiskussion in der Suchtkrankenhilfe (S. 66-93). Geesthacht: Neuland.
- Kuhnert, P. (2007). Arbeitslosigkeit bewältigen und Lebensmut erhalten Beratung von Langzeitarbeitslosen. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- Kuhnert, P., Deutschmann, A. & Kastner, M. (2008). Gesundheitsförderung für Arbeitslose mit Suchtproblemen: kritische Bestandsaufnahme und Perspektiven (S. 127-162). In D. Henkel und U. Zemlin (Hrsg.), Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.

- Kuhnert, P., Karas, A., Deutschmann, A. (2005). Arbeitslosigkeit Weg in die Sucht? In: Kastner, M., Hagemann, T. & Kliesch, G. (Hrsg.): Arbeitslosigkeit und Gesundheit - Arbeitsmarkt-integrative Gesundheitsförderung (S. 189-211). Lengerich: Pabst.
- Kulbartz-Klatt, Y. (2009). Praxiserfahrungen verhaltenstherapeutischer Trainingsmaßnahmen für Arbeitslose (S. 168-183). In A. Holleder (Hrsg.), Gesundheit von Arbeitslosen fördern. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Lesehr, K. (2008). Kooperation zwischen Jobcenter und Suchtberatung: Ein kritischer Überblick. In: Arbeitslosigkeit und Sucht Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis, S. 416-434. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Lindenmeyer, J. (2010). Lieber schlau als blau. 8. erw. Auflage. Beltz PVU.
- Marlatt, A. G., Donovan, D., M. (Hrsg.) (2005). Relapse Prevention Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2004). Motivierende Gesprächsführung. Freiburg: Lambertus- Verlag.
- Prochaska, J. & DiClemente, C. et al. (1992). In search of the structure of change (pp. 87-114). In: Klar, Y, Fisher, C. Nadler, A. (eds). Self change: Social, psychological and clinical perspective. New York: Springer.
- Puls, W., Wiennold, H. & Blank, T. (1998). Die Einwirkung von Gratifikationskrisen am Arbeitsplatz auf den Konsum von Alkohol: Eine schriftliche Befragung in Betrieben der metallverarbeitenden Industrie. In SUCHT 44 (3), S. 183-199.
- Puls, W. & Mümken, S. (2008). Zum Einfluss der Arbeitsplatzunsicherheit auf den Alkohol-, Tabak- und Medikamentenkonsum (S. 70-90). In D. Henkel und U. Zemlin (Hrsg.), Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Zemlin, U., Bornhak, Chr., Nickl, A. (2008). Maßnahmen zur Förderung der beruflichen Reintegration arbeitsloser Alkohol- und Medikamentenabhängiger sowie zur Überwindung der Schnittstelle zwischen Suchtrehabilitation, Arbeitsmarkt und Arbeitsverwaltung. In: Arbeitslosigkeit und Sucht Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis, S. 316-337. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Zemlin, U., Gnam, K. (2008). Der Konsiliardienst der Suchthilfe in Arbeitsagenturen und Arbeitsgemeinschaften (ARGEn) Ein initiales Hilfeangebot im Rahmen einer regionalen Vernetzung von Suchthilfe und Arbeitsverwaltung. In: Arbeitslosigkeit und Sucht Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis, S. 389-415. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Literatur für Betroffene**
- Carr. A. (2008): Endlich Nichtraucher! . München: Goldmann Verlag.
- Carr. A. (2008): Für immer Nichtraucher! . München: Goldmann Verlag.
- Lindenmeyer, J. (2003). Ratgeber Alkoholabhängigkeit. Informationen für Betroffene und Angehörige. Göttingen: Hogrefe.
- 4.1 Gesundheit durch die männliche und die weibliche Brille gesehen – Unterschiedliche Angebote für Männer und Frauen**
- Albani, C., et al (2007). Erwerbslosigkeit, Arbeitsplatzbedrohung und psychische Gesundheit. Psychosozial, 30. Jahrgang, Heft III, 55-72.
- Badura, B., Schröder, H. & Vetter C. (2008). Fehlzeiten-Report 2008. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Berlin: Springer.
- Berth, H. et al. (2006). In A. Hinz & O. Decker (Hrsg.), Gesundheit im gesellschaftlichen Wandel. Altersspezifisch und Geschlechterrollen. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 78-92.
- Böhnisch, L. & Stecklina, G. (2007). Männliche Sozialisation und Gesundheit. In M. Stiehler & T. Klotz (Hrsg.), Männerleben und Gesundheit. Eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung (S. 36-48). Weinheim und München: Juventa.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001). Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bundesministerium f. Arbeit, Gesundheit u. Soziales (1998): Geschlecht und Arbeitswelten / BMAGS. ISBN 3-85010-039-1.
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen: Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006 / BMGF 2006 ISBN 3-900019-33-9.
- Döge, P. (2004). Abschied vom starken Mann. Gender Mainstreaming als Beitrag zur Männergesundheit. In T. Altgeld (Hrsg.), Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention (S. 233-242). Weinheim und München: Juventa.
- Fabach S. (2007). Burnout Wenn Frauen über ihre Grenzen gehen. Zürich: Vlg. Orell-Füssli.,
- Faltermaier, T. (2005). Gesundheitspsychologie. Kapitel 7.2.3: Gesundheit von Frauen und Männern. S. 279 ff.. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fischer, G. (2006). Warum Frauen gesünder leben und Männer früher sterben. Geschlechtsbezogene Krankheitsbilder. Weinheim: Beltz Verlag.
- Heinl, H. & Heinl. P. (2004). Körperschmerz-Seelenschmerz. Kösel Verlag.
- Holleder, A. (2009). Gesundheit von Arbeitslosen fördern. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Jahrbuch f. Kritische Medizin Bd. 24: Frauen-Gesundheit / Argumente Vlg. 1995 ISBN 3-88619-803-0.
- Kolip, P., Lademann, J. & Deitermann, B. (2004). Was können Männer von der Frauengesundheitsbewegung lernen? In T. Altgeld (Hrsg.), Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention (S. 219-231). Weinheim und München: Juventa.
- Kuhnert, P. & Kastner, M. (2002). Neue Wege in Beschäftigung Gesundheitsförderung bei Arbeitslosigkeit. In Röhrle B (Hrsg.), Prävention und Gesundheitsförderung (S. 373-406). Tübingen: dgvt.

- Kuhnert, P. (2005). Wie ein Motor ohne Treibstoff... - Männergesundheit in der Arbeitslosigkeit. In M. Kastner, T. Hagemann, G. Kliesch (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit und Gesundheit - Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung* (S. 273-293). Lengerich: Pabst.
- Kuhnert, P. (2007). *Arbeitslosigkeit bewältigen und Lebensmut erhalten*. Beratung von Langzeitarbeitslosen. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- Kuhnert, P. et al. (2008). *Handbuch Stabilisierende Gruppen. Ein Praxisratgeber für die Einzel- und Gruppenberatung mit ALG-II-Empfängern*. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Bonn: Druck Mannheim.
- Kuhnert, P. & Kastner, M. (2009). *Gesundheits- und beschäftigungsorientierte Beratung bei Arbeitslosigkeit*. Das Konzept der Stabilisierenden Gruppen. In A. Holleder (Hrsg.), *Gesundheit von Arbeitslosen fördern. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis*. (S. 203-229). Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Lehner, E. (2004). *Männer stellen Arbeit über die Gesundheit, Männliche Lebensinszenierungen und Wunschrollenbilder*. In: T. Altgeld (Hrsg.), *Männergesundheit* (S. 49-63). Weinheim und München: Juventa.
- Maschewsky-Schneider, U. (1997). *Frauen sind anders krank*. Weinheim: Juventa-Verlag.
- Maschewsky-Schneider, U. (1996). *Frauen- das kranke Geschlecht? Opladen: Leske + Budrich Verlag*.
- Merbach, M. & Brähler, E. (2004). *Daten zu Krankheiten und Sterblichkeit von Jungen und Männern* (S. 67-84). In: T. Altgeld (Hrsg.), *Männergesundheit*. Weinheim u. München: Juventa.
- Möller-Leimkühler, A.M. (2006). *Männer*. In G. Stoppe, A. Bramerfeld, F.-W. Schwartz (Hrsg.), *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven* (S. 215-228). Berlin: Springer.
- Olbricht, I. (1993). *Was Frauen krank macht*. Kösel Verlag.
- Omland, F. (2007). *Männer, Gesundheit, Selbsthilfe*. In M. Stiehler & T. Klotz (Hrsg.), *Männerleben und Gesundheit. Eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung* (S. 253-260). Weinheim u. München: Juventa.
- Petter, B. (2005). *Gender Mainstreaming und seine Umsetzung*. In: Kastner, M., Hagemann, T. & Kliesch, G. (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit und Gesundheit - Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung* (S. 189-211). Lengerich: Pabst.
- Rosenbrock, R. & Grimmeisen, S. (2009). *Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen Herausforderungen und Qualitätskriterien*. In A. Holleder (Hrsg.), *Gesundheit von Arbeitslosen fördern. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis*. (S. 83-95). Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Schulte, D. (1993). *Wie soll Therapieerfolg gemessen werden?* *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22, S. 374-393.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1989). *Sozialer Rückhalt und Gesundheit. Eine Metaanalyse*. Göttingen: Hogrefe.
- Somweber, M. (2004). *Männerpsychologie. Das komplementäre Arbeitsfeld im Bereich der Männergesundheit*. In G. Mehta (Hrsg.), *Die Praxis der Psychologie. Ein Karriereplaner* (S. 339-346). Wien: Springer.
- Spahlinger, P. & Kuhnert, P. (2008). *In der Bahn bleiben ein Praxisratgeber für langzeitarbeitslose Frauen und Männer* (Bericht der Technischen Universität Dortmund für das BMAS).
- Stiehler, M. (2004). *Der Preis der patriarchalen Dividende: Männergesundheit*. In *Frauenrat*. 53, 1, S. 33-34.
- Stiehler, M. (2007). *Männergesundheit in der Gesellschaft*. In M. Stiehler & T. Klotz (Hrsg.), *Männerleben und Gesundheit. Eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung* (S. 280-286). Weinheim und München: Juventa.
- Wolfersdorf, M. (2007). *Psychische Erkrankung und männliches Geschlecht*. In M. Stiehler & T. Klotz (Hrsg.), *Männerleben und Gesundheit. Eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung* (S. 198-208). Weinheim und München: Juventa.
- Wüstner, K. (2005). *Burnout bei Arbeitslosen. Arbeit, Heft 2*. S. 131-146.
- Zelen, K., Kimmel, A., Strippel, H. (2009). *Präventionsbericht 2009*.

4.5.1 Lange genug im Jammertal – Angebote für Erwerbslose müssen Spaß machen

- Sachse, R. (2007). *Schwarz ärgern - aber richtig. Paradoxe Ratschläge für Psychosomatiker*. München: Klett-Cotta.
- Watzlawick, P. (2009). *Anleitung zum Unglücklichsein*. 15. Auflage. München: Piper.
- July, M. & Fletcher, H. (2008). *Learning to love you more*. (Buch zum Internetprojekt www.learningtoloveyoumore.com der Künstler Miranda July und Harrell Fletcher. Das Buch dokumentiert in Fotos, Bildern und Geschichten eine Auswahl von eingesendeten Aufträgen von Personen rund um den Globus, z.B. Give advice to yourself in the past, Say goodbye oder Write down a recent argument. Diese auf der Website gestellten Aufgaben konnte jeder erfüllen und einsenden.)
- Maldoom, R. (2010). *Tanz um dein Leben: Meine Arbeit, meine Geschichte*. (Der Choreograph Royston Maldoom, selbst spät zum Tanzen gekommen, arbeitet seit Jahren auch mit schwierigen Jugendlichen und zeigt über das Medium Tanz, wie in jedem Alter und unabhängig von Vorerfahrungen und Talent, Leidenschaft und Können geweckt, und Unsicherheit und Selbstzweifel überwunden werden. Mit der DVD *Rhythm is it!* liegt auch eine Filmdokumentation vor.)

„Gesundheit und Arbeitslosigkeit“ ist ein aktueller Handlungsschwerpunkt des Regionalen Knoten NRW. Aktuelle Entwicklungen und Angebote finden sie hier: <http://www.liga.nrw.de/rk> → *Gesundheit und Arbeitslosigkeit*.

Landesinstitut für
Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen

Ulenbergstraße 127-131, 40225 Düsseldorf
Fax 0211 3101-1189
poststelle@liga.nrw.de

www.liga.nrw.de