

Gesundheitswirksame Aspekte in der Beratung  
und Selbsthilfe der von Arbeitslosigkeit  
betroffenen Personen und ihrer Familien


Forschungsbericht für die Bundeszentrale  
für gesundheitliche Aufklärung

Prof. Dr. H. Viefhues

Dipl. rer. soc. Jochen Kirschbaum

Bochum, Dezember 1986

**ARCHIVEXEMPLAR**

Reg.-No.   
(1.1.18)

## Gliederung des Berichts:

-----

1.	Beschreibung der Studie	1
1.1.	Einleitung	1
1.2.	Ausgangsproblem	1
1.3.	Ziele	2
1.4.	Methode	3
1.5.	Befragte Personen	4
2.	Ergebnisse der Expertenbefragung	6
2.1.	Gesundheitswirksame Aspekte in den Massnahmen der psychosozialen Arbeit mit Betroffenen	6
2.1.1.	Die untersuchten Arbeitslosenzentren und die Rahmenbedingungen ihrer Arbeit	6
2.1.2.	Suggestive Komponenten der Expertengespräche	10
2.1.3.	Einschätzung der Gesundheitsprobleme des Klientels von Arbeitslosentreffs und -zentren durch die Experten	10
2.1.4.	Gesundheits- und Krankheitsverständnis und die Problemwahrnehmung der Experten	12
2.1.5.	Die Interventionsformen in der Sozialarbeit bei von Arbeitslosigkeit Betroffenen und ihren Familien und ihre intendierte und wahrgenommene Bedeutung für die gesundheitliche Entwicklung	14
2.1.5.1.	Vorbemerkungen	14
2.1.5.2.	Beratung	15
2.1.5.3.	Betreuung	15
2.1.5.4.	Gruppenaktivitäten	17
2.1.5.5.	Zubrotbeschäftigung	19
2.1.5.6.	Schaffung von Arbeitsplätzen	20

2.2.	Die Experten der Arbeitsverwaltung und der ihr angeschlossenen Einrichtungen	20
2.2.1	Die Experten des Arbeitsamtes	20
2.2.2.	Die Massnahmen "Kurs zur Förderung der Arbeitsaufnahme nach Paragraph 41 a AFG" und "Übungswerksatt" und die Rahmenbedingungen der befragten Institutionen	21
3.	Die Ergebnisse aus der Befragung der Betroffenen	25
3.1.	Einleitung	25
3.2.	Die Betroffenen in Aktivitäten der psychosozialen Arbeit und in Massnahmen der Arbeitsverwaltung	25
3.2.1.	Das Arbeitslosenzentrum 1	25
3.2.2.	Das Arbeitslosenzentrum 2	26
3.2.3.	Kurs nach Paragraph 41 a AFG	29
3.2.4.	Die Übungswerkstatt	30
4.	Ergebnisse aus der Recherche bei Selbsthilfegruppen	33
5.	Problemgruppen, Problemlagen und mögliche Themen der Gesundheitsaufklärung	35
6.	Ergebnisse der Arztebefragung	40
7.	Zusammenfassung	43
7.1.	Durchführung der Studie	43
7.2.	Die im Antrag formulierten Fragestellungen	43
7.2.1.	Gibt es unmittelbar gesundheitsbezogene Inhalte in der Beratung, Versorgung und Selbsthilfe?	43
7.2.2.	Gibt es in andere von gesundheit unabhängige Inhalte eingebundene Nebeneffekte?	43
7.2.3.	Wirkungsbedingungen der von gesundheits-erzieherischen Intentionen unabhängigen Gesundheitseffekte	44

7.2.4.	Welche Formen und Inhalte der Beratung, Versorgung und Selbsthilfe fördern gesundheitsbezogene Effekte?	44
7.3.	Ergebnisse der Gespräche mit den Experten der Arbeitsverwaltung und den Ärzten	45
7.4.	Ansätze einer praktischen, problem- und problemgruppen orientierten Gesundheitsarbeit	45
<u>Anhang</u>		
	Übersichtstabellen : Befragte Personen	47

## 1. Beschreibung der Studie

### 1.1 Einleitung

In unserer Bestandsaufnahme "Arbeitslosigkeit als sozialmedizinischer und medizinsoziologischer Forschungsgegenstand" werden die komplexen Wirkungsbeziehungen von "Arbeitslosigkeit" und "Gesundheit" in ihren verschiedenen Dimensionen sichtbar (\*1). Die in der Bestandsaufnahme ausgewerteten Untersuchungen belegen auch, dass von den praktischen Hilfen und Selbsthilfen, wie sie von verschiedenen Einrichtungen und den Selbstorganisationen der Betroffenen angeboten werden, auch gesundheitliche Wirkungen ausgehen, die z.B. zur Besserung der Befindlichkeit, zur psychischen Stabilisierung oder zur Abwehr depressiver Neigungen beitragen. Die vorliegenden Erfahrungen werfen grundsätzliche Fragen auf, denen sich das Forschungsvorhaben zuwendet:

1. Wie weit wird eine auf die besondere Situation der von Arbeitslosigkeit betroffenen Personen abgestellte Gesundheitsaufklärung von diesen akzeptiert?
2. Unter welchen Voraussetzungen kann eine, im Rahmen der bestehenden Angebote für Arbeitslose stattfindende Gesundheitsaufklärung mit Akzeptanz und Wirkung rechnen?
3. Auf welche Gruppen und Themenbereiche sollte sich eine Gesundheitsaufklärung für arbeitslose Personen richten?

Zahlreiche Kontaktaufnahmen während der Bestandsaufnahme machten deutlich, dass im Rahmen der bereits bestehenden Beratungs- und Selbsthilfeeinrichtungen "Gesundheitsarbeit" im weitesten Sinne geleistet wird, ohne dass dies gesondert erwähnt oder auch nur immer bewusst wäre. Umfang und Wirkungsweisen dieser "beiläufigen" Gesundheitsarbeit darzustellen und ihre Bedeutung für eine gezielte Gesundheitsarbeit zu erkunden, ist Ziel dieses Forschungsvorhabens.

### 1.2. Ausgangsproblem

Eine inzwischen reichhaltige empirische Forschungsliteratur hat auf unterschiedliche Weise für unterschiedliche Populationen und verschiedene Länder nachgewiesen, dass von der Arbeitslosigkeit für die Betroffenen und ihre Familien erhebliche soziale, finanzielle und psychische Belastungen ausgehen, deren kumulative Wirkung die Befindlichkeit erheblich beeinträchtigen kann.

Diese psychischen Belastungen sind aus sozialmedizinischer Sicht aus zwei Gründen beachtlich: Zum einen können sich die psychischen Belastungen durch Arbeitslosigkeit über die akute Störung der Befindlichkeit hinaus zu manifesten Störungen der psychischen Gesundheit verdichten; zum anderen gibt es schlüssige Hinweise, dass die Bewältigung der Belastungssituation zur Herausbildung oder

---

1) Land, F. J.; Viefhues, H.: 'Arbeitslosigkeit' als Gegenstand sozialmedizinischer und medizinsoziologischer Forschung. Abschlussbericht; Bochum Köln 1984

Verstärkung gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen bzw. zum Abbau präventiver Gewohnheiten im weitesten Sinne beiträgt.

Damit hängen zwei weitere Aspekte zusammen: Erstens verändert Arbeitslosigkeit offenbar das Nutzungsverhalten medizinischer Leistungen, führt also in der Tendenz zur Vernachlässigung von Gesundheitsbedürfnissen; zweitens erschwert Arbeitslosigkeit medizinisches Handeln vor allem im Bereich der Rehabilitation.

Zu den wesentlichen Feststellungen der jüngeren sozialmedizinischen Arbeitslosenforschung gehört jedoch, dass die genannten psychischen Belastungen in ihrer Wirkung verschiedenen Vermittlungen unterliegen. Dies sind

erstens die in der Persönlichkeit des Betroffenen liegenden Vermittlungen: So wird einheitlich festgestellt, dass Personen mit ausgeprägter Arbeitsorientierung die Belastung der Arbeitslosigkeit stärker erleben;

zweitens die persönlichen und familialen Ressourcen. So zeigt sich, dass vor allem finanzielle Probleme die psychische Belastung erheblich verstärken, gleichzeitig die soziale Isolation fördern und damit wichtige protektive Wirkungen fester sozialer Bindungen einschränken;

drittens das Ausmass der sozialen Unterstützung: So wurde festgestellt, dass die Befähigung zur produktiven Zeitverwendung die psychischen Belastungen der Arbeitslosigkeit mildert und dass z. B. die Teilnahme an Kursen nach Paragraph 41 a AFG auch mittelfristig zu einer Besserung der psychischen Befindlichkeit beitragen kann;

Die empirischen Feststellungen sind Ausgangspunkt unseres Forschungsvorhabens. Denn gleichzeitig zeigen diese Studien, dass eine selbständige Behandlung von "Gesundheit" als Teilproblem der Arbeitslosigkeit bei den Betroffenen das Gefühl auslöst, zu allem übrigen nun auch noch "therapiert" zu werden.

Eine Gesundheitsaufklärung in diesem Feld hat daher zu bedenken, dass "Gesundheit" innerhalb des individuellen Problems "Arbeitslosigkeit" nur einen nachgeordneten Stellenwert hat, seine Thematisierung also mit erheblichen Akzeptanzschwierigkeiten rechnen muss, zumal ein solches Herangehen den Eindruck erwecken kann, als werde einer ohnehin belasteten Gruppe nun auch noch "die Verantwortung für die Gesundheit" aufgebürdet. Die tatsächliche Wirkung sozialer Unterstützung auf die psychische Befindlichkeit ist also eher beiläufiger Effekt, eingebunden in die praktischen Massnahmen selbst.

### 1.3. Ziele

Die Studie soll die in der Praxis bereits vorhandenen, bewusst praktizierten oder beiläufig sich ergebenden, direkt oder vermittelt mit Gesundheit verbundenen und/oder auf die Befindlichkeit einwirkenden Aspekte der psychosozialen Beratung, der Arbeitsberatung und -vermittlung, der medizinischen Versorgung und der Selbsthilfe beschreiben und daraus sich ergebende Ansätze einer praktischen, problemgruppen- und problemorientierten

Gesundheitsarbeit herausarbeiten. Es kommt darauf an, sowohl die unmittelbar gesundheitsbezogenen Inhalte der Beratung, Versorgung und Selbsthilfe als auch die in davon unabhängige Inhalte eingebundenen Nebeneffekte zu erkunden. Das Projekt soll Antwort darauf geben, wie weit vorhandene Formen der Beratung, Versorgung und Selbsthilfe unabhängig von gesundheitserzieherischen Intentionen einen oben beschriebenen Gesundheitseffekt aufweisen. Im Sinne der anfangs formulierten Leitfragen geht es darum zu prüfen, wie weit bestimmte Formen und bestimmte Inhalte der Beratung, Versorgung und Selbsthilfe solcher gesundheitsbezogenen Effekte fördern und daher auch unter dem Gesichtswinkel einer problemgebundenen Gesundheitsaufklärung besser genutzt werden könnten.

#### 1.4. Methode

Datenbasis unseres Berichtes sind zahlreiche qualitative Interviews mit Experten und Betroffenen. Mit den Experten wurden die Befragungen in der Form von Expertengesprächen geführt; gegenüber den Betroffenen tendierten die Befragungen eher zu Tiefeninterviews. Bei den Expertengesprächen orientierten wir uns an einem auf die Gegebenheiten der jeweiligen Profession zugeschnittenen Leitfaden, der auf der einen Seite viel Raum liess, das Thema mit all seinen Randproblemen zu diskutieren, auf der anderen Seite jedoch auch, je nach Kenntnis und Problembewusstsein des Experten, schärfer bestimmte Teilbereiche zu fokussieren.

Auch die Betroffenenengespräche wurden anhand eines teils klar strukturierten, teils offen gestalteten Leitfadens geführt. Der strukturierte Teil beschränkte sich darauf, bestimmte soziodemographische und mit dem Thema hypothetisch verbundene Lebensdaten zu erfassen; der offene Teil gab die Möglichkeit, die besondere Problemlage des Befragten und seine Einschätzung der Wirkungen der Aktivitäten, an denen er teilnahm, zu erkunden.

Die deutlich offenen Methoden unterstreichen die heuristische Intention der Studie. Das Problemfeld "gesundheitsfördernde Massnahmen in der Arbeitslosigkeit" liess sich auf diese Weise in all seinen Dimensionen beleuchten. Wo dies alleine durch Gespräche nicht möglich war, wurden weitere Daten über die Gesprächspartner, die besuchten Einrichtungen und die in ihnen durchgeführten Massnahmen durch teilnehmende Beobachtung ergänzt. In den Fällen, in denen Experten und Betroffene befragt worden waren, liessen sich die gewonnenen Informationen in fallanalytischer Weise verarbeiten.

Die Gespräche wurden mit einem Tonband aufgezeichnet. Von den Tonbandprotokollen der Expertengespräche wurden vollständige Transskripte angefertigt, die dann kontextuell nach den unterschiedlichen Fragestellungen ausgewertet wurden. Die Ergebnisse lassen sich in Kapitel 2 nachlesen.

Die Betroffenenengespräche wurden abgehört und auf Dokumentationsbögen stichwortartig übertragen. Die dabei angelegten Ordnungskategorien wurden bewusst breit formuliert, um dem individuellen Charakter der Gespräche gerecht zu bleiben. Die Dokumentationsbögen boten dann die Grundlage für unterschiedliche Reflexionen, die zum Ziel hatten, Problemlagen zu identifizieren, die Gesundheitsarbeit erfordern und zu analysieren, wie eine solche Gesundheitsarbeit im

spezifischen Fall auszusehen hat. Sie wurden je nach Fragestellung unterschiedlich sortiert, auf Übereinstimmungen oder Divergenzen geprüft, bis ein vollständiges Bild, das in diesem Bericht dargestellt ist, weitgehend erreicht war.

#### 1.5. Befragte Personen

Die Befragten entstammen 5 verschiedenen Bereiche:

1. Experten aus der psychosozialen Beratung
2. Experten aus der Arbeitsverwaltung und ihr angeschlossenen Einrichtungen
3. Betroffene aus ausgewählten Kursen und Massnahmen
4. Betroffene aus Selbsthilfegruppen
5. Niedergelassene Ärzte

Insgesamt waren 113 Personen in die Befragungen einbezogen. Mit 77 Personen wurden Einzelgespräche durchgeführt, die durchschnittlich eine Stunde dauerten. An 4 zusätzlichen Gruppengesprächen waren 46 verschiedene Personen beteiligt.

Im Bereich 1 wurden 17 Experten befragt. Darunter befanden sich 11 Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, davon zwei in leitender Funktion, zwei Psychologen, eine Wirtschaftswissenschaftlerin als Schuldnerberaterin, ein Gemeindepfarrer, ein Referent der Katholischen Kirche für Betriebsseelsorge und ein Handwerksmeister in einem Arbeitslosenzentrum.

Die Experten in Bereich "1" standen mit 5 professionell geführten Zentren und Beratungsstätten sowie dem selbsthilfegetragenen, teils professionell betriebenen Arbeitslosenzentrum in Kontakt. 4 der besuchten Zentren standen unter der Trägerschaft der evangelischen, eine unter der Trägerschaft der katholischen Kirche, das Selbsthilfezentrum mit Experten hatte einen eigenen Trägerverein.

Im Bereich "2" wurden 13 Experten befragt. Darunter waren aus der Arbeitsverwaltung fünf Vermittler bzw. Berater des Arbeitsamtes, zwei Psychologen und zwei Ärzte. Aus zwei Weiterbildungseinrichtungen nahmen zwei Einrichtungsleiter, ein Kursbetreuer für Kurse nach Paragraph 41 a (Industriemeister) und eine Sozialarbeiterin an der Befragung teil. Die Experten entstammen drei Arbeitsämtern und damit kooperierenden Weiterbildungseinrichtungen.

Im Bereich "3" wurden insgesamt 54 Personen in die Befragung einbezogen. Mit 35 Personen wurden Einzelgespräche durchgeführt, und weitere 17 Personen diskutierten in einer 3stündigen Veranstaltung mit den Bearbeitern der Studie die Frage nach dem Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit.

22 Befragte der 35 Einzelgespräche stammten aus zwei Arbeitslosenzentren, aus einem der beiden die 17 Personen im Gruppengespräch. 13 Betroffene mit Einzelgesprächen entstammten einer Weiterbildungseinrichtung (davon fünf aus dem Kurs nach Paragraph 41 a und acht aus der Übungswerkstatt).

Im Bereich "4" wurden zwei Einzelgespräche und ein Gruppengespräch mit 15 Teilnehmern in dem Treff einer grossen Selbsthilfeinitiative und zwei Gruppengespräche in einer anderen Selbsthilfegruppe in dem



schon oben erwähnten Zentrum durchgeführt.

Im Bereich "5" wurden neun niedergelassene Ärzte mit unterschiedlichen Fachrichtungen befragt.

Von den 30 befragten Experten waren neun Frauen und 21 Männer. Unter den insgesamt 83 Betroffenen waren 47 Männer und 36 Frauen. Es wurden im Bereich "5" acht Ärzte und eine Ärztin befragt.

## 2. Ergebnisse der Expertenbefragung

### 2.1. Gesundheitswirksame Aspekte in den Massnahmen der psychosozialen Arbeit mit Betroffenen

#### 2.1.1. Die untersuchten Arbeitslosenzentren und die Rahmenbedingungen ihrer Arbeit

Fünf Arbeitslosenzentren bzw. Treffs und 1 kirchliche Beratungsstelle für Arbeitslose und Sozialhilfeempfänger wurden während der Untersuchung besucht. Die 17 befragten Experten aus der psychosozialen bzw. sozialen Arbeit mit Betroffenen stehen zum grossen Teil in weiterer oder engerer Beziehung zu diesen Einrichtungen.

Bei den Besuchen fiel auf, dass die Zentren zwar alle ähnlich organisiert waren, man auf Grund der Satzungen und anderer Papiere auch auf eine weitgehende Homogenität ihrer Arbeitsweise schliessen konnte, dass jedoch jedes bei näherem Hinsehen eine eigene, sehr charakteristische Atmosphäre und ebenso eine spezifische Problematik aufwies. Diese zunächst eher atmosphärischen Abweichungen haben einen deutlichen Einfluss auf den Verlauf der Arbeit im Treff und sie sind von grosser Bedeutung

- für die Analyse der in Frage stehenden Probleme und
- besonders für die Beantwortung der Frage nach den Möglichkeiten und Formen einer spezifischen Gesundheitsarbeit mit Arbeitslosen.

Alle 5 professionell betriebenen Arbeitslosenzentren (abgekürzt ALZ) wurden in unterschiedlichen Phasen der organisatorischen Entwicklung angetroffen. Der offenbar allgemein angestrebte Weg ist, die Arbeitslosenzentren von den einzelnen Trägern zu lösen und in Vereine zu überführen, die auf kommunaler Ebene die wichtigsten gesellschaftlichen Gruppen mit einbinden.

So sind ALZ 2 und ALZ 3 noch unter alleiniger Trägerschaft des Diakonischen Werks bzw. der Inneren Mission. Bei ALZ 3 im Ruhrgebiet ist ein gemeinnütziger Verein auf breiter Trägerbasis in der Planung. Hier wird versucht, an die Entwicklung der ALZ 1 und 4 anzuschliessen, die ebenfalls im Ruhrgebiet liegen. Diese beiden Zentren sind schon in Trägervereine umgewandelt worden, in denen die beiden Kirchen, Parteien, Gewerkschaft, die Stadt, Wohlfahrtsverbände und auch andere Zusammenschlüsse, Mitglieder sind.

ALZ 5 ist eine Aussenstelle von ALZ 2 im Saarland. Organisatorisch ist es an ALZ 2 und somit auch an das Diakonische Werk gebunden. Aus den Gesprächen mit den Experten ergab sich, dass der grösste Teil der professionell betriebenen Arbeitslosenzentren aus Aktivitäten der evangelischen Kirche hervorgegangen sind. Selbst die Initiativen, die dem DPWV angeschlossen sind, wurden zum Teil durch Mitarbeiter des Diakonischen Werks initiiert. Diese Aussage lässt sich mit Sicherheit für das Ruhrgebiet und Nordrhein-Westfalen geben, für das Saarland reichten die Informationen hierzu nicht aus.

Auf Grund dieser Vorrangstellung der evangelischen Kirche in diesem Bereich der sozialen Arbeit lesen sich die

Konzeptionen der Arbeitslosenzentren 1, 2, 3 und 5 ähnlich, Herangehensweise und Ziele sind weitgehend identisch. Hier werden neben den klassischen sozialarbeiterischen Instrumenten, wie Beratungsgespräch und Hausbesuch, neuere Techniken der Gruppenarbeit angewandt, aber auch, in Anlehnung an den wiederbelebten Selbsthilfegedanken, die Einrichtung von Produktions- oder Dienstleistungsbereichen als Zweckbetriebe angestrebt. Erklärtes Ziel dabei ist es, den Folgen der Arbeitslosigkeit auf verschiedenen Ebenen mit einem Angebot unterschiedlicher Beratungs- und Betreuungsaktivitäten und auch der Errichtung subventionierter Arbeitsplätze entgegenzutreten.

Die Umsetzung geschieht auf unterschiedliche Weise und ist von verschiedenen Faktoren abhängig. ALZ 1 z.B. ist mit einem Sozialarbeiter auf einer Planstelle und einer Sozialarbeiterin in einer AB-Massnahme besetzt. Diese zwei Mitarbeiter sind zuständig für die allgemeine Beratung und Betreuung und für den Aufbau des Zentrums und einer Schreinerwerkstatt. Die Treff-Arbeit hat auf Grund der räumlichen Situation bisher im Vordergrund gestanden, verändert sich aber, seit der Verein neue Räume bezogen hat, und eine Diversifikation des Betreuungsangebots setzt zur Zeit ein. Die Einrichtung der Schreinerwerkstatt wird durch Spendenaufkommen und auch durch Leistungen seitens der Stadt ermöglicht; die Finanzierung der Personalkosten wird durch fünf ABM-Stellen gesichert.

Spezielle Beratungsangebote, wie Schuldnerberatung, Drogen- und Suchtberatung und Betreuung der Wohngruppen psychisch Kranker, hält der Träger gesondert, d. h. nicht in organisatorischer Verbindung mit dem Arbeitslosenzentrum, jedoch im selben Haus bereit. Die räumliche und daher kommunikative Nähe ermöglichte schnelle ressortübergreifende Hilfe, führte aber auch zu einer Selektion der Klientel des Arbeitslosentreffs. Klienten der anderen Beratungsstellen, die gleichwohl arbeitslos waren, dominierten mit ihren speziellen Problematiken das Geschehen im Zentrum und banden durch ihren grossen Betreuungsbedarf die Kräfte der angestellten Mitarbeiter. So entstand eine Atmosphäre, die als familiär bezeichnet werden kann und die neben ihrer positiven Wirkung für den speziellen Mitgliederkreis sehr exklusive Effekte für neue Besucher mit anderen Interessen hatte. Es etablierte sich eine Stammesbesucherschaft, bei der es durchaus üblich war, auch tiefergehende, intime Gespräche zu führen, die jedoch mit Aussenaktivitäten und Arbeiten, die mit der Übernahme von verantwortungsbehafteten Aufgaben verbunden waren, überfordert war.

Das Beispiel zeigt, wie aus dem Katalog konzeptionell gleichgewichtiger Arbeitsbereiche ein einzelner Bereich sehr schnell und unbeabsichtigt ein besonderes Gewicht bekommt. Bestimmte Rahmenbedingungen führten zu einer Selektion der Klientel und auf diese Weise zur Betonung eines ganz bestimmten Bereichs der Arbeit.

Als Zwischenergebnis lässt sich also festhalten, dass es unter den Betroffenen zumindest eine Gruppe von Menschen gibt, die in Verbindung mit der Arbeitslosigkeit in einer besonderen Problemlage sind, in diesem Fall psychisch Kranke, psychisch Behinderte und Suchtkranke. Der Bericht wird zeigen, dass weitere Problemgruppen vorhanden sind, die an die Sozialarbeit und folgerichtig auch an

eine potentielle Gesundheitsarbeit spezifische Anforderungen stellen.

Das ALZ 2 ist anders aufgebaut. Es existiert ein an allen Werktagen geöffneter Treff mit deutlichem Café-Charakter. Anders als bei ALZ 1 gibt es keine Stammgruppe, die diesen Treff zu bestimmten Terminen nutzt. Die Besucherschaft setzt sich zum grossen Teil aus Leuten zusammen, die in irgendeiner Form Kontakt zum Beratungsbereich des Zentrums haben. Eine ehemals festere Gruppe, deren Mitglieder zu der depriviertesten Schicht der Betroffenen gehörten, löste sich auf, nachdem im Treff Alkoholverbot ausgesprochen wurde und der Treff so hergerichtet wurde, dass er auch für eine breitere Öffentlichkeit ansprechend werden konnte.

Das Team des Arbeitslosenzentrums besteht aus 9 Mitarbeitern, von denen eine Sozialarbeiterin eine Planstelle innehat. Alle anderen Mitarbeiter werden durch verschiedene befristete Mittel, wie Gelder aus Modellfinanzierung, ABM, BSHG finanziert. Die 9 Mitarbeiter verteilen sich auf verschiedene Arbeitsbereiche. Neben dem Arbeitslosenzentrum gibt es zwei ständig besetzte Aussenstellen in zwei weiteren Gemeinden des Saarlands.

In zwei Gemeinden führt das ALZ die sozialpädagogische und organisatorische Betreuung für die Mitarbeiter jeweils einer Schreinerwerkstatt durch, die durch ein Programm nach Paragraph 19 BSHG finanziert wird. Eine dauerhafte, kontinuierliche Sozialberatung wird vom Träger gewährleistet. Eine auf die besonderen Bedürfnisse der Familien von Betroffenen zugeschnittene Arbeit wird z.Z. erprobt und durch Bundesmittel als Modellprojekt gefördert.

Die Aufzählung verdeutlicht, wie anders die Schwerpunkte der Arbeit gelagert sind im Gegensatz zum ALZ 1. Hier steht besonders die spezielle Beratung von Betroffenen und ihren Familien und die Betreuung von Menschen in Wiedereingliederungsmassnahmen im Vordergrund. In den Hintergrund treten Treff- und Gruppenarbeit. Auch hier haben organisatorische Rahmenbedingungen einen Einfluss auf die Zusammensetzung des Klientels. Durch die Massnahmen nach Paragraph 19 BSHG trifft man auf Betroffene, die aus unterschiedlichen Gründen lange Zeiten der Arbeitslosigkeit hinter sich haben und die dem zuständigen Sozialamt förderungswürdig erschienen. Ein grosser Teil der befragten Betroffenen dieser Studie stammt aus diesem Arbeitslosenzentrum.

Als letztes Beispiel für die unterschiedlichen Arbeitsweisen der Arbeitslosenzentren soll das ALZ 4, das sich selbst auch "Haus der Arbeit und Begegnung" nennt, vorgestellt werden. Wie der Name schon andeutet, wird in diesem Zentrum versucht, der Arbeit einen mehr integrativen Schwerpunkt zu geben. Nicht die Negation von "Arbeit haben" steht im Mittelpunkt des Interesses, sondern Begegnung und alles, was sich um Arbeit rankt.

Zwei Sozialarbeiter und eine Bürokräft gehören zum Team. Die Sozialarbeiter sind Kräfte in AB-Massnahmen. Ihren Aufgabenbereich sehen sie in 4 gleichgewichtige Schwerpunkte aufgeteilt:

1. Das Angebot von Rechtshilfen und Beratungen
2. Öffentlichkeitsarbeit auf allen Gebieten des Alltags
3. Angebot von Gruppenaktivitäten
4. Koordination politischer Aktivitäten bzgl. Arbeitslosigkeit und Leben mit Sozialhilfe

Die Experten halten sich aus dem Gruppengeschehen selbst heraus, und somit hat ein grosser Teil der bestehenden Gruppen Selbsthilfecharakter. Jede Gruppe hat andere Mitglieder, die sich auch nur zu den vorgesehenen Terminen im Zentrum treffen. Es fehlt also hier, und das war eine Intention des Konzepts, die sonst so typische Treff-Atmosphäre. Die Räumlichkeiten, geprägt durch die grosszügige Fläche und die hohen Schaufenster der ehemaligen Ladenlokale, sind in einem sachlichen Stil gestaltet, die Wände bedeckt mit Informationsmaterial, die Sitzanordnung entspricht der in Konferenzräumen. Es wundert nicht, hier mehr politisch motivierte Initiativen zu finden als in anderen Zentren.

Das Zentrum ist Informationsbörse und Treffpunkt und bietet Raum für bestehende und sich neu bildende Gruppen. Die thematische Bandbreite reicht von kreativen Angeboten über die Beratung von Alltagsproblemen bis zu politischen Aktivitäten. Angebote und Arbeitskreise werden organisatorisch gestützt. Da ausser zu einer der dort ansässigen politischen Initiativen kein Kontakt zu anderen Gruppen entstanden ist, können weitergehende Fragen der Selektion nicht beantwortet werden. Auffallend ist, dass in keinem anderen Zentrum ein vergleichbar umfangreiches Angebot arbeitender Gruppen besteht.

Ein in den Gesprächen häufig diskutiertes Thema war die Frage nach dem Standort eines Arbeitslosenzentrums. Dabei wird immer wieder auf zwei Aspekte hingewiesen. Das Arbeitslosenzentrum muss Anonymität gewährleisten, da Arbeitslosigkeit in der Gesellschaft zur Stigmatisierung führt. Gleichzeitig sollte das ALZ aber kein Getto für eine sowieso schon ausgegrenzte Gruppe der Gesellschaft ein, sondern es soll die Integration der Betroffenen fördern, es soll auch sichtbar und für jeden Bürger ansprechend und zugänglich sein.

Bei vier der fünf Zentren wurde versucht, dieses Dilemma zu lösen, indem man sie in eine Cityrandlage mit hinreichender Erreichbarkeit platzierte. Trotzdem ist die Besucherfrequenz gemessen an dem vorhandenen Potential an Betroffenen gering. Dies betrifft, wohl gemerkt, die offenen Treffs und die Gruppenaktivitäten, nicht jedoch Rechtshilfen und Beratungen.

Aus den vorangegangenen Darstellungen wurde schon deutlich, dass der Zugang zu den Betroffenen nicht alleine von der räumlichen Lage, sondern von einer ganzen Reihe von Faktoren abhängig ist, die noch genauer beschrieben und behandelt werden sollen. Die Beantwortung der Frage, wie bzw. wodurch Betroffene für eine Arbeit in Gruppen gewonnen werden können, steht in direktem Zusammenhang mit der Frage nach den Möglichkeiten und der eventuellen Form einer spezifischen Gesundheitsarbeit mit Betroffenen.

### 2.1.2. Suggestive Komponenten der Expertengespräche

Für die Beurteilung der Expertengespräche muss man sich einer ausgeprägten 'suggestiven' Komponente bewusst sein. Fast alle Experten, die weitgehend unvorbereitet mit dem Befrager in Kontakt kamen, zeigten zunächst verständnislose Reaktionen auf den Begriff "Gesundheit" in ihrem Arbeitsbereich. Viele betrachteten dies als einen weit aussen stehenden Randbereich ihrer Arbeit. Erst nachdem der Gesundheitsbegriff in seinen umfassenden Möglichkeiten eingeführt wurde, konnte das Interesse der Experten geweckt werden.

Je intensiver und beispielreicher das Gespräch geführt wurde, je mehr Anregungen gegeben wurden, desto breiter schien den Experten das Thema "Gesundheit" in ihrer Arbeit repräsentiert. Fragt man z.B. zum Beginn eines Gesprächs nach Möglichkeiten der Gesundheitsaufklärung, bekommt man meist ablehnende Antworten, dieselbe Frage zum Ende eines Gesprächs führt meist zur Akzeptanz des Themas "Gesundheitsarbeit für die eigene Praxis" oder gar zu Darstellungen, in denen Gesundheit zum selbstverständlichen Teil der praktischen Arbeit wird.

Für die Bewertung der nachfolgenden Resultate ist wichtig zu bedenken, dass von einer bereits vorhandenen Akzeptanz des Problems auf Seiten der Experten nicht ausgegangen werden darf, dass aber sehr wohl, trotz aller Schwierigkeiten des Arbeitsfeldes, die gesundheitlichen Aspekte als zugeordneter Teil des Gesamtproblems auf Interesse der Experten in diesem Arbeitsfeld stösst.

### 2.1.3. Einschätzung der Gesundheitsprobleme des Klientels von Arbeitslosentreffs und -zentren durch die Experten

Fragt man die Experten allgemein nach den vermuteten gesundheitlichen Problemen ihres Klientels, werden häufig soziale Belastungssituationen geschildert, die an sich keine gesundheitlichen Störungen darstellen, die jedoch zu einer solchen führen können. Der soziale und materielle Druck wird als Auslöser für psychisches Leiden angesehen, dem jedoch kein Krankheitswert zuerkannt wird. Die Experten sprechen davon, dass die Betroffenen, die die Folgen der Arbeitslosigkeit wahrnehmen, sich "mies fühlen", sich "schlecht fühlen"; niedergeschlagen, resigniert, ängstlich, wütend und ohnmächtig wirken. Teilweise münde vor allem die Niedergeschlagenheit und Resignation in eine Lethargie, die es den Experten schwer mache, ihre Arbeit durchzuführen. Dies betrifft allerdings meist das besondere Klientel der Langzeitarbeitslosen, die das Gros der Nutzer der Arbeitslosenzentren darstellen.

Unter den Experten kursiert die ironisierende Darstellung des "typischen" Besuchers von Arbeitslosenzentren. Er sei mittleren Alters, mindestens 1 Jahr arbeitslos und männlich. Insgesamt gelingt es den Experten nur selten, ihre Klientel nach Problemlagen und daraus resultierenden Gesundheitsproblemen in Gruppen einzuteilen. Wenn überhaupt, kommt es zu einer Aufzählung von allgemeinen Symptombeschreibungen oder zur Nennung manifester, bereits anderweitig attestierter Gesundheitsprobleme.

An erster Stelle der Aufzählung von Gesundheitsproblemen der Klienten werden von den Experten Symptome aufgezählt, die auf psychophysische Störungen hinweisen. Diese werden von den Experten

auch in den meisten Fällen als solche definiert. Das Stichwort "Psychosomatik" wird häufig verwendet. Symptome wie Niedergeschlagenheit, Nervosität, Kopfschmerz und Magengeschwüre, Kreislaufbeschwerden und Bluthochdruck werden genannt und mit der psychosozialen Situation der Betroffenen in Zusammenhang gebracht.

Auch psychische Erkrankungen von leichten, reaktiven Depressionen, über Suizidversuche mit der hinlänglich bekannten Schuldsyndrom- und Selbstentwertungsproblematik bis zu Exacerbationen bestehender Psychosen werden genannt. Eine Häufung manifester psychiatrischer Erkrankungen finden sich aus den genannten Gründen im Klientel des ALZ 1.

Eine wichtige Gruppe wird durch die Betroffenen mit geminderter Erwerbsfähigkeit gebildet, die nicht nur in den Arbeitslosenzentren, sondern auch in Massnahmen des Arbeitsamtes eine nicht unerhebliche Rolle spielen. Die Minderung der Berufs- und Erwerbsunfähigkeit kann durch verschiedene Ursachen eingetreten sein: Chronische Erkrankungen, Rehabilitation nach einer akuten Erkrankung, Arbeitsunfälle und Verschleisserscheinungen, die sich aus der bisherigen beruflichen Tätigkeit ergeben haben.

Zu Veränderungen des allgemeinen Präventivverhaltens können von den Experten nur ganz allgemeine Aussagen gemacht werden. Nach Beobachtung einiger Experten werde bei längerfristiger Arbeitslosigkeit beim Essen am ehesten gespart gegenüber "Luxus-" und anderen Konsumartikeln. Der Verlust des Lebensrhythmus führe zum Verzicht auf warme Mahlzeiten. Besonders Alleinstehende neigen zur Schnellimbiss- oder Konservenernährung. In Extremfällen wird von Müttern berichtet, die auf viele Dinge verzichten, um ihren Kindern eine ihren Vorstellungen entsprechende Ernährung zukommen zu lassen; das betrifft vor allem alleinerziehende Frauen, die auf Sozialhilfe angewiesen sind.

Meistens kommt es in solchen Fälle zu einer Vernachlässigung der hygienischen Massnahmen und der Körperpflege. Ebenfalls sinkt dann auch die Häufigkeit der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Genannte Beispiele: kleinere entzündete Verletzungen bleiben unbehandelt, zahnärztliche Hilfe wird nicht nachgefragt, Zahnersatz nicht beantragt, beschädigte Brillen nicht ersetzt.

Die Experten weisen aber ebenfalls darauf hin, dass solche Beobachtungen nur eine kleinere Gruppe betreffen. Im allgemeinen werde zwar die Reichhaltigkeit und Beschaffenheit des Essens eingeschränkt, es werde aber dennoch versucht, die Ernährungsgewohnheiten im grossen und ganzen beizubehalten.

Nach den Erfahrungen der Experten werden Rauch- und Trinkverhalten eher ausgedehnt als eingeschränkt. Jedoch sind diese Erfahrungen uneinheitlich. Eine Gruppe der Experten hat häufiger Kontakt zu Alkoholikern im Klientel, andere Experten überhaupt keinen. In diesen Bereich des Gesundheitsverhaltens gehört auch der von einem Experten festgestellte erhöhte Medikamentenkonsum. Eine besondere Gefährdung durch Drogen- bzw. Alkoholmissbrauch stellen einige Experten bei Jugendlichen und jungen Arbeitslosen fest.

Eine systematische Zuordnung der Gesundheitsproblematiken zu Gruppen und Betroffenen in besonderen Problemlagen kann von den

Experten nur selten oder gar nicht geleistet werden. Dasselbe gilt für die Selektionskriterien Geschlecht, Alter und Dauer der Arbeitslosigkeit. Legt man das Selektionskriterium "Dauer der Arbeitslosigkeit" an, so fällt zunächst auf, dass sich die von kurzfristiger bzw. langfristiger Arbeitslosigkeit betroffenen Menschen in verschiedenen Angebotsformen der Arbeitslosenzentren unterschiedlich wiederfinden.

Kurzfristig Arbeitslose sind am häufigsten in der Beratung anzutreffen, die Hilfestellung bei Fragen des Leistungsbezugs oder der Schuldenbewältigung bietet. Wie auch die Betroffenenbefragung gezeigt hat, werden hier gesundheitliche Probleme als Folge oder besondere Belastung in der Arbeitslosigkeit nicht thematisiert. Viel häufiger treffen hier die Berater im leistungsrechtlichen Zusammenhang auf gesundheitliche Schädigungen.

Anders ist dies bei Betroffenen, die schon längere Zeit arbeitslos sind. Auf diese beziehen sich auch die meisten oben getroffenen Aussagen. Aber auch hier findet offenbar nur ein Teil den Weg ins Arbeitslosenzentrum. Dieser Teil aber ist am ehesten Träger der in der Beratung und Betreuung zutage tretenden gesundheitlichen Probleme in der Arbeitslosigkeit.

Eine Unterscheidung hinsichtlich gesundheitlicher Probleme als Folge von Arbeitslosigkeit bei Männern und Frauen lässt sich nur indirekt aus dem, was die Experten berichten, ablesen. In beiden Gruppen gibt es demnach gleichartige, vor allem als "psychosomatische Reaktionen" beschriebene Verarbeitungsformen. Allerdings gebe es bei den Frauen spezifische Belastungssituationen. Davon betroffen sind vor allem zwei Gruppen:

1. alleinstehende arbeitslose Frauen
2. junge, alleinerziehende Mütter, die nach einer Scheidung von der Sozialhilfe abhängig geworden sind und nun nach einer Beschäftigung suchen

Besonders belastend für die alleinerziehenden, sozialhilfeabhängigen Mütter ist nach Erfahrung der Experten der sich demütigend gestaltende regelmässige Gang zum Sozialamt.

Eine Unterscheidung zwischen den Gesundheitsproblemen jüngerer und älterer Arbeitsloser wird ebenfalls getroffen. Oftmals wird dabei eine unterschiedliche Einstellung zur Arbeit, die unterschiedliche Wertbesetzung der Arbeit zum Ausgangspunkt genommen. Sie sei dafür verantwortlich, dass ältere Arbeitslose häufiger und stärker unter der Arbeitslosigkeit litten. Bei jüngeren Arbeitslosen wird die obere Altersgrenze bei etwa 30 Jahren gezogen, differenzierende Aussagen werden allerdings auch hier zum grossen Teil über das Problemklientel gemacht, also Betroffene, die auf Grund ihrer Chancenlosigkeit bisher, abgesehen von gelegentlichen Jobs, keine kontinuierliche Arbeit kennengelernt haben.

#### 2.1.4. Gesundheits- und Krankheitsverständnis und die Problemwahrnehmung der Experten

Die beiden in der Überschrift des Kapitels angegebenen Themen lassen sich angesichts der von den Experten präsentierten Stellungnahmen nicht voneinander trennen. Der Gesundheits- und



Krankheitsbegriff der Experten, (im folgenden immer mit "Gesundheitsbegriff") bezeichnet, variiert stark mit deren beruflicher Sozialisation und deren Sichtweise des Gesamtproblems "Arbeitslosigkeit".

Weiterhin wird an den unterschiedlichen Einschätzungen deutlich, dass die Begriffsdefinition durch die Aufgabenstellung der jeweiligen Einsatzbereiche der Experten beeinflusst wird. Über diese Spezialisierung hinaus lässt sich als einem gemeinsamen Merkmal von einem "ganzheitlichen", freilich auch diffusen Gesundheitsbegriff fast aller Experten sprechen. Viele Erklärungen von Symptomen, Krankheiten und gesundheitsbezogenen Phänomenen werden in einen Sinnkontext gestellt, dem ein mehr oder weniger differenzierter psychodynamischer Erklärungsansatz zugrunde liegt.

Der Psychologe in der Einzel-, Ehe-, und Familientherapie, hat naturgemäss differenziertere Vorstellungen als der in der Sozialberatung tätige Sozialarbeiter. Daneben gibt es zahlreiche "Zwischenkonzepte": So der Sozialarbeiter, der koordinative Funktionen in einem durch Selbsthilfegruppen dominierten Zentrum hat, einen gewerkschaftlichen Ansatz vertritt und dessen Gesundheitsbegriff im Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit durch einen konsequenten Labeling-Ansatz gekennzeichnet ist.

Ein anderer Berater ist von der Ausbildung her Soziologe und Krankenpfleger und macht hauptsächlich Aussagen zur Hygiene und Körperpflege, zur Präventivmassnahmen und zu Fragen der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Zusammen mit einigen anderen Experten weist er auf das Wirken der klassischen Risikofaktoren bei Arbeitslosen und Sozialhilfeempfängern hin.

Das fast allen Experten in diesem Bereich gemeinsame Erklärungsmuster für den Zusammenhang von Gesundheit und Arbeitslosigkeit lässt sich in drei Punkten zusammenfassen:

Arbeitslosigkeit hat verschiedene materielle, soziale und psychische Folgen. Diese sind untereinander verknüpft.

In den seltensten Fällen wird Individualverschulden für Veränderungen der gesundheitlichen Situation angegeben.

Eine wichtige Rolle in den Erklärungsansätzen für die gesundheitliche Entwicklung spielen gesellschaftliche Stigmatisierungsprozesse, finanzielle Einbussen und die während des Arbeitslebens internalisierte Arbeitswerte.

Deshalb waren alle Experten einhellig der Meinung, dass die Beseitigung der Arbeitslosigkeit oder die Milderung ihrer Folgen gleichzeitig auch eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Betroffenen beinhaltet. Ein Betreuer, der Ehe- und Familienberatung wie auch Schulderberatung durchführt, drückt dies sehr einfach aus: "Ich mache meine Arbeit, damit es den Leuten bessergeht. Bessergehen betrifft die Gesundheit."

Vor allem bei Sozialarbeiter beschränken sich bei der Erklärung von Gesundheitsstörungen selten allein auf Merkmale der Persönlichkeit. Vielmehr wird die Arbeitslosigkeit als ein Phänomen betrachtet, das durch gesellschaftliche Wirkungszusammenhänge auf die

Persönlichkeit des Einzelnen Druck ausübt. Häufige sinnähnliche Formulierungen in den Gesprächen waren, das von Arbeitslosigkeit Betroffene "ausser vor der Gesellschaft stehen", also eine ausgegrenzte Gruppe darstellen. Schon eine Arbeitslosigkeit, die mehrere Monate anhält, führe oft zu einem Herausfallen aus den alten sozialen Bezügen, aus dem Kollegenkreis, dem Freundeskreis, dem Vereinsleben etc. Besonders nach längerfristiger Arbeitslosigkeit machen sich finanzielle Folgen bemerkbar. Ein Teilhaben am kulturellen Leben, über Veranstaltungen oder über ein Zeitungsabonnement, sei in vielen Fällen nicht mehr möglich.

#### 2.1.5. Die Interventionsformen in der Sozialarbeit bei von Arbeitslosigkeit Betroffenen und ihren Familien und ihre intendierte und wahrgenommene Bedeutung für die gesundheitliche Entwicklung

##### 2.1.5.1. Vorbemerkungen

Mit den folgenden Darstellungen soll die Frage nach der Art und dem Umfang gezielter und beiläufiger Gesundheitsaufklärung beantwortet werden. Bei der Befragung der Experten stellten sich zwei verbundene Probleme. Zumeist musste ein gemeinsames Verständnis von "gezielter Gesundheitsaufklärung" erreicht werden. Es wurde in diesem Zusammenhang gefragt, ob es Veranstaltungen, Aktivitäten oder Massnahmen in der jeweiligen Einrichtung gibt, die "Gesundheit" zum Thema haben und methodisch und didaktisch darauf hin konzipiert waren. Diese Fragestellung wurde ausnahmslos verneint. Eine gezielte gesundheitliche Aufklärung in diesem Sinne hat in keiner der befragten Einrichtungen stattgefunden.

Die Fragestellung nach Gesundheitsaufklärung generell führt jedoch, wie die nachfolgende Darstellung zeigen wird, zu interessanten Einsichten. Zu Beginn der Untersuchung gingen wir davon aus, dass das Problem "Gesundheit und Arbeitslosigkeit" für die Experten ein leidlich reflektiertes Problem darstellte. Wie schon erwähnt, zeigte sich jedoch, dass auf spontane Fragen nach Veranstaltungen, die die Gesundheit betreffen meist sinnierendes Schweigen folgte. Zunächst legte dieses Phänomen den Schluss nahe, es gäbe keine auf Gesundheit bezogene Arbeit in den Arbeitslosenzentren.

Nach vertiefenden Diskussionen mit den Experten und Überprüfung der eigenen Fragestellung ergab sich dann eine neue Herangehensweise, die es ermöglicht, die aktuelle Arbeit auf den Nutzen für eine Gesundheitsarbeit praxisnäher zu prüfen. Die Frage war dann nicht mehr die nach Art und Umfang von gezielter und beiläufiger Gesundheitsaufklärung, sondern die nach der Arbeit selbst und nach den einzelnen Massnahmen, die dann für sich gemeinsam auf mögliche Zusammenhänge zum Thema untersucht wurden.

Eine interessante Divergenz, die aus den unterschiedlichen 'Realitätskonstrukten' von Praktikern und Akademikern resultierte, ergab sich dann bei der Frage nach beiläufiger Gesundheitsaufklärung bzw. Gesundheitsarbeit. Die Art der Fragestellung impliziert, dass nur ein Teil der geleisteten Sozialarbeit mit den Betroffenen Gesundheit berühre. Legt man aber das Verständnis der Experten von "Gesundheit" an, so müsste die gesamte von ihnen geleistete Arbeit als "gesundheitswirksam" angesehen werden.

Die Probleme der Bewertung im Sinne einer doppelten Grenzziehung werden deutlich; zum einen gilt es zu entscheiden, wo der Gesundheitsbezug relevant wird, zum andern ist aus dem Verständnis der Experten heraus die Trennung von beiläufiger und direkter Gesundheitsarbeit eine eher akademische, an der Praxis vorbeizielende Unterscheidung.

Deshalb ist eine Präzisierung unserer Leitbegriffe an dieser Stelle angebracht. Wir unterscheiden bei der Bewertung der verschiedenen, in den Einrichtungen angewendeten Interventionsformen folgende Wirkungsweisen von Gesundheitsarbeit und Gesundheitsaufklärung:

1. Gesundheitsarbeit als gezielte und auf Wirkung bedachte und als beiläufig sich ergebende, in ihrer Wirkung nicht beabsichtigte Arbeit.
2. Gesundheitsaufklärung als gezielte und thematisch zentrierte und als beiläufige, thematisch indirekte Aufklärung.

#### 2.1.5.2. Beratung

Die Beratung ist Bestandteil der Arbeit in jedem Arbeitslosenzentrum. Sie betrifft besonders den Leistungsbezug (Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Sozialhilfe, Krankengeld, bisweilen auch Rentenberatung). Dazu gehören Hilfen beim Umgang mit Ämtern. Hinzu treten weitere Informationsmöglichkeiten, wie Suche von Kindertagesstätten, Verweisung zu speziellen Beratungseinrichtungen etc. Somit hat das Beratungsangebot auch eine Verteilungsfunktion.

Die Beratung ist das am stärksten frequentierte Angebot der Arbeitslosenarbeit. Die Kontakthäufigkeit zwischen Berater und Ratsuchenden übersteigt aber nur selten 3 Besuche. Nach der Abwicklung der gestellten Fragen gehen die Experten, mehr oder weniger intensiv, auf sonstige Probleme der Klienten ein. In den meisten Fällen allerdings begnügen sich die Ratsuchenden mit der erteilten Auskunft und beenden den Kontakt.

So ist auch verständlich, dass die Experten aus diesem Bereich ihrer Arbeit über keine Erfahrungen bezüglich der gesundheitlichen Wirkung ihres Angebots verfügen. Rückmeldungen erfolgen nur selten. Mit den verschiedensten gesundheitlichen Problemen, soweit sie den Leistungsbezug betreffen, kommen die Experten sehr wohl in Kontakt. In diesem Zusammenhang sprechen sie auch von gesundheitlicher Aufklärung in den entsprechenden Fällen. Z.B. in der Erklärung einer Diagnose oder ihrer rechtlichen und praktischen Konsequenzen. Solche Erklärungen werden von den Betroffenen fast immer als Expertenmeinung und Hilfsangebot akzeptiert. Es handelt sich hier also eher um "beiläufige Gesundheitsaufklärung", die intentional nicht die Beeinflussung der gesundheitlichen Situation zum Ziel hat.

#### 2.1.5.3. Betreuung

Auch die Betreuung ist ein Standardangebot, das meist aus einem Beratungskontakt resultiert. Generell kann man sagen, dass das Betreuungsangebot eine verlängerte Beratung darstellt, vor allem in solchen Fällen, in denen es notwendig erscheint, komplexere Problematiken aufzuarbeiten. Die Betreuung ist eine Form der Beratung, die sich durch dauerhafte Kontakte auszeichnet und

dadurch meist ein engeres Vertrauensverhältnis zwischen Klient und Berater ermöglicht.

Bis auf das selbsthilfedominierte ALZ 4 führten alle anderen Zentren, je nach personeller Ausstattung, eine mehr oder weniger differenziertere Beratung selbst durch, bzw. behelfen sich bei geringerer Ausstattung mit der Verweisung an trägerinterne oder -externe Spezialberatungsstellen. Zu den in Arbeitslosenzentren zumeist angebotenen Betreuungsangeboten gehören die Schuldnerberatung sowie die Lebens-, Ehe-, und Familienberatung.

In allen 4 Beratungsbereichen sehen die Experten positive Einflüsse auf die gesundheitliche Situation. Dabei muss aber berücksichtigt werden, dass die Klienten, die zu einer Beratung kommen, wiederum eine Sonderklientel darstellen. Besonders die Nutzung psychologisch orientierter Beratungen setzt eine mehr oder minder differenzierte Sicht der eigenen Probleme und darauf aufbauend eine entsprechende Motivation voraus. Dies ist aber für die verschiedenen Beratungsformen und ihre Organisation unterschiedlich:

Die Schuldnerberatung beinhaltet keine Form der Gesundheitsaufklärung. Die zwei damit befassten Experten verweisen aber auf die gesundheitsbezogenen Effekte, die, liest man die Konzeptionen, auch im Zielkatalog des Angebots aufgeführt werden. Schulden, so die Konzeptionen, werden als belastend empfunden und können starke Ängste oder Belastungsreaktionen hervorrufen, die wiederum über eine psychophysische Reaktion nicht nur die psychische, sondern auch die physische Gesundheit stören. Der Beratungsprozess, der u. U. auch mit einer Budgetplanung und Lebensberatung einhergeht, verschafft den Klienten wieder das Gefühl, Kontrollmöglichkeiten über ihre finanzielle Situation in Händen zu haben, Angst wird reduziert und es kommt zu einer Entlastung, die sich auch auf das körperliche Befinden des Beratenden ausdehnt.

Tatsächlich können die Experten von einzelnen Fällen berichten, bei denen eine psychische oder psychophysische Stabilisierung eingetreten ist. In einem Fall haben allerdings mehrere Beratungsdienste zu dieser Entwicklung beigetragen: die Drogenberatungsstelle, die Gruppe des Arbeitslosenzentrums und ihre Betreuer und die Schuldnerberatung.

Bei der Lebensberatung (Ehe- und Familienberatung) steht natürlich die psychische Gesundheit der Ratsuchenden und deren Angehörigen im Vordergrund. Auf die Frage nach gesundheitlichen Wirkungen dieser Arbeit, antwortet ein Experte: "Wenn ich des verneinen würd', tät ich sage, ich tät schlecht schaffe."

So sind alle in diesem Bereich Tätigen von Auswirkungen auf die Gesundheitssituation der Klienten überzeugt. Neben psychosomatischen Erkrankungen nennen die Experten der Lebensberatung als häufigste Symptomatik "reaktive Depressionen". Die Beratung dieser Klienten erfolgt nach klassischem Gesprächsführungskonzept (nach Rogers) oder seitens der Psychologen mit unterschiedlichen Psychotherapieverfahren.

Eine ausgesprochene Ehe- und Familienberatung wurde nur in einem Zentrum angetroffen. Der betreffende Berater konnte drastische Einzelbeispiele für den Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und

psychischer Belastung der Familie beitragen. Jedoch sind auch diese Beispiele nicht dazu geeignet, eine Systematisierung aufzubauen. Für den Berater und für den Einrichter solcher Massnahmen ist der spezifische Grund, der zu einer Problemsituation in einer Familie führt, nur als dieser eine Auslöser interessant, nicht jedoch als Problemlagenindikator. Der spezielle Grund ist Gegenstand der Methode, nämlich der Familienberatung. Dies ist die Situation in den meisten Spezialberatungen, deren Methode so ausgearbeitet ist, dass sie das Eingehen auf jedwede individuelle Problematik ermöglicht. In einem solchen Rahmen gilt Arbeitslosigkeit nur als eine besondere Randbedingung.

Die Familienberatung wird in den verschiedenen anderen Zentren von den jeweils tätigen hauptamtlichen Mitarbeitern geleistet, oder durch Verweisung an Sonderberatungsstellen sichergestellt. Die gesundheitlichen Effekte dieser Arbeit werden, wie bei der Lebensberatung, als offensichtlich und intendiert angesehen, lässt sich also auch als gezielte Gesundheitsarbeit ansehen. Gesundheitsaufklärung findet im speziellen Rahmen der Familienberatung nur in Form von sogenannten "informierenden Interventionen" oder am Rande statt. Je nach Fall gehört Gesundheitsaufklärung zur Arbeitsweise der Beratung und wird dann mit einer speziellen Zielsetzung benutzt.

Familienberatung wird aber nicht nur in dieser speziellen Form durchgeführt, sondern ist auch integriert in eine allgemeinere Form der Betreuung, die eine Mischung verschiedener Beratungs- und Betreuungsformen darstellt. Sie ist hauptsächlich in den mit wenigen Mitarbeitern besetzten Arbeitslosenzentren zu finden. Für Familien mit komplexen Problematiken oder auch für Alleinstehende machen die Berater häufiger Hausbesuche. Das dabei über die Zeit entstehende Vertrauensverhältnis ermöglicht den Experten, wie weiter oben schon ausgeführt, Ratschläge und Hinweise zu den präsentierten Gesundheitsproblemen und Verhaltensformen zu geben. Dies kann von Gesprächen über die Ernährung der Kindern, über Hygienemassnahmen bis zur Aufforderung, medizinische Einrichtungen aufzusuchen, gehen.

Verschiedene gesundheitswirksame Aspekte sind hier zu finden: psychische Entlastung durch Angebot von Hilfe bei Problemlösungen, Einwirken mittels des Vertrauensverhältnisses auf das Gesundheitsverhalten und Veränderungen durch Aufklärung.

#### 2.1.5.4 Gruppenaktivitäten

Bei den Gruppenaktivitäten muss man ebenfalls eine Unterscheidung treffen nach Art und Wirkungsrichtung. Allerdings ist die hier aufgezählte Vielfalt täuschend. Je nach Ausrichtung und Rahmenbedingungen des Zentrums, ist das Angebot auf bestimmte Aktivitäten zentriert. Arbeitet also ein Zentrum fast ausschliesslich mit der Stammgruppe, führt dabei sehr erfolgreiche Gesprächswochen ausserhalb der Heimatstadt durch, so bietet dazu im Gegensatz das andere ALZ eine grosse Zahl an Themen und interesselgebundene Gruppen an, die von Beschäftigten und Arbeitslosen wahrgenommen werden.

Die im folgenden aufgeführten Angebote sind in Arbeitslosenzentren anzutreffen:

Offene Treffs: In drei Arbeitslosenzentren sind die offenen Treffs neben dem obligatorischen Beratungsangebot die Bereiche, die für die Betroffenen den Zugang zum Zentrum eröffnen sollen. Je nach Gestaltung dieses Treffs, z. B. in Form eines Cafés, wird es zum Durchlauf- und Verteilungsort, oder z.B. in Form eines Gesprächsforums, zum Ort des Zentrumsgeschehens. Oder aber es wird, wie in einem Zentrum, zur Kontaktmöglichkeit der depriviertesten, die mit spezifischen Angeboten schon überfordert sind.

Gemäss der Ausrichtung kann in einem offenen Treff also gezielte oder beiläufige Gesundheitsarbeit stattfinden, bei bestimmten Gegebenheiten, z.B. einer Stammgruppe mit hohem Vertrautheitsgrad, sogar Gesundheitsaufklärung im Gruppengespräch durchgeführt werden.

Gegenüber den Treffs existieren fast in allen Arbeitslosenzentren mehr oder minder geschlossene Gruppen. Diese können zielgruppenorientiert (z.B. Männer- und Frauengruppen), themenorientiert (z.B. "Leben mit der Arbeitslosigkeit, Belastungen und Möglichkeiten") oder interessenorientiert sein (Filmgruppe, Schachgruppe, Fussballgruppe, Theatergruppe etc.).

So vielfältig und unterschiedlich dieses Angebot ist, so verschiedenartig sind die gesundheitswirksamen Aspekte in den einzelnen Gruppen. Von den meisten Experten wird eingeschätzt, dass in einzelne Arbeitsgruppen gesundheitsbetreffende Themen durchaus akzeptiert würden. Eine Gruppe, die sich mit gesundheitlichen Fragestellungen bereits auseinandergesetzt hätte, war jedoch nicht zu finden.

Wohl jedoch fanden sich Gruppen, die sich in unterschiedlicher Weise, teils persönlich und intensiv, teils distanziert gesellschaftlich mit dem Thema "Arbeitslosigkeit" auseinandersetzten. Die Experten geben diesen Gruppen einen Wert für die psychische Entlastung und die Überwindung von Schuldkomplexen, d.h. sie leisten einen Teil Gesundheitsarbeit, der teils intendiert, teils beiläufig ist. Ähnliches gilt für die zielgruppenorientierte Arbeit. Die Interessengruppen (Spiele, Film, Theater etc.) wirken auf die psychische Situation durch gesellige Entspannung. Ein Teil der Kultur und der Geselligkeit, die die erwerbstätige Bevölkerung pflegen kann, entfällt für die Betroffenen in der üblichen Weise, da Stigma und Geldknappheit es nicht mehr zulassen und es wird versucht, dies auf die genannte Weise zu kompensieren.

Das Problem, auf das einzelne Experten hinweisen, liegt in der Errichtung eines soziokulturellen Ghettos, das die Betroffenen noch ein Stück näher aus dem gesellschaftlichen Leben rückt. Mit dieser Aussage verbunden ist die Forderung, die Vereine, die Veranstaltungshäuser der Kommunen, die Fussballstadien für arbeitlose Menschen zu öffnen und gleichzeitig das mit Arbeitslosigkeit verbundene Stigma zu bekämpfen.

Ein sehr wichtiges Ergebnis ist die Beliebtheit und eindeutige Wirksamkeit von Gesprächswochen bzw. Wochenenden. 20 bis 30 Betroffene planen mit den Experten Seminarwochen oder Wochenenden in Weiterbildungshäusern im Grünen, 50 bis 100 Kilometer entfernt von der Heimatstadt. Dort, in abgeschlossener und ruhiger Umgebung,

kann sich ein intensives Arbeits- und Gruppenklima entfalten, die räumliche Distanz zieht eine emotionale Distanz nach sich, die es ermöglicht, leichter die eigenen Probleme aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten und zu bearbeiten. Während der Gesprächswochen beobachten die Experten eine grosse Bereitschaft der Teilnehmer, verschiedenste Themen zu diskutieren.

Die Bearbeiter dieser Untersuchung waren eingeladen, während einer solchen Gesprächswoche einen Tag zum Thema "Gesundheit" zu gestalten. Die Beteiligung der Teilnehmer war beeindruckend und zeigte, dass das Thema "Gesundheit" im Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit von grossem Interesse ist. In einem Round-Table-Gespräch wurde die individuellen Problematiken der Teilnehmer besprochen, Anreiz war dabei sicher auch der kompetente Gesprächspartner, der seine Erfahrung zur Verfügung stellte, und es wurden gemeinsam Lösungsmöglichkeiten überlegt, die den Betreffenden Hilfe bieten konnten. Ein Teil der Beiträge der anwesenden Experten war, Zusammenhänge darzustellen, über psychophysische Prozesse und die Vermittlung zwischen gesellschaftlichen und physischen bzw. gesundheitlichen Phänomenen.

Von ähnlichen Gesprächswochen berichten die Experten auch Auswirkungen für die Arbeit in den Zentren. Die Atmosphäre ist für einige Wochen gelöster und die Besucher wesentlich aktiver. Allerdings bröckelt dieser Erfolg für die Arbeit nach und nach wieder ab. Ob diese Arbeitsform bleibende Effekte für die Betroffenen hervorruft, können die Experten nicht beantworten, da ihnen die Vergleichsmöglichkeiten fehlen. Gesprächswochen können Gesundheitsaufklärung wie auch Gesundheitsarbeit beinhalten. Die Chancen auf Akzeptanz scheinen hier unter der Bedingung recht gross zu sein, dass bei den Betroffenen nicht der Eindruck entsteht, ihnen solle die Schuld an ihrer sozialen wie psychischen Situation gegeben werden.

#### 2.1.5.5. Zubrotbeschäftigung

In drei Arbeitslosenzentren wird eine kleine Jobvermittlung betrieben. Gelegentliche Aufträge, hauptsächlich aus dem kirchlichen Bereich, z. B. Entrümpelung eines Pastorats, das Streichen eines Kindergartens, bieten den Besuchern der Zentren die Möglichkeit, kleine Beträge im gesetzlich erlaubten Rahmen hinzuzuverdienen.

Dieser Service wird von den Experten in zweifacher Hinsicht begründet: Durch die anfallenden Arbeiten sei man in der Lage, sinnvolle Beschäftigung für kürzere Zeiträume anzubieten. Desweiteren wolle man nicht nur seelische Hilfen, sondern auch praktische, werbewirksamere Unterstützungen anbieten.

In diesem Zusammenhang wird häufig darauf verwiesen, dass eine gesunde Lebensführung von Sozialhilfe oder entsprechend niedriger Arbeitslosenhilfe nicht möglich ist. Schon eine gesunde Ernährung könne man sich mit einem solchen Einkommen kaum leisten, geschweige denn ein Zeitungsabonnement oder die Befriedigung anderer kultureller Bedürfnisse. Abgesehen von der Möglichkeit, das Einkommen kurzfristig aufzubessern, lassen sich in diesem Angebot gesundheitswirksamer Aspekte nur vermuten.

### 2.1.5.6. Schaffung von Arbeitsplätzen

Vier der fünf befragten Zentren arbeiteten an dem Projekt "Schaffung von Arbeitsplätzen"; dabei gibt es zwei unterschiedliche Herangehensweisen:

1. Mit Mitteln nach Paragraph 19 BSHG und anderen Finanzierungsträgern werden Werkstätten eingerichtet, in denen junge Sozialhilfeempfänger die Möglichkeit bekommen, Ansprüche zu erarbeiten, um dann einen neuen Start leisten zu können, mittels einer geförderten Berufsausbildung oder einer Umschulung.
2. Durch Spendengelder und andere finanzielle Hilfen und durch Massnahmen nach dem AFG, hauptsächlich Arbeitsbeschaffungsmassnahmen, werden Werkstätten eingerichtet oder Renovierungs- und Entrümpelungskolonnen aufgebaut.

Als Utopie nennen die Experten den Aufbau von sich selbst tragenden Selbsthilfefirmen, die 4 oder 5 Arbeitsplätze auf Dauer anbieten könnten.

Leider standen alle diese Projekte gerade in der Einleitungsphase, so dass im Höchsthalle auf 2 Monate Tätigkeit zurückgebliekt werden konnte und Aussagen über den Einfluss dieser Massnahmen auf den Gesundheitszustand der Betroffenen waren nur Vermutungen. Spätere Mitteilungen der Experten nach Abschluss unserer offiziellen Erhebung berichten, dass ehemals Langzeitarbeitslose eine sehr positive Entwicklung genommen hatten und man von einer Stabilisierung der Persönlichkeit sprechen könne.

Unbestritten ist diese Form der sozialarbeiterischen Aktivität auch Gesundheitsarbeit. Alle Defizite, die durch den Verlust der Arbeit entstehen, werden aufgefangen. Trotz der nur kurzen Zwischenlösung scheint für die Mehrzahl der Langzeitarbeitslosen die Möglichkeit, für zwei Jahre normal zu verdienen und eine Aufgabe zu haben, als positives Moment zu überwiegen. Das wird auch die Befragung der Betroffenen bestätigt.

## 2.2. Die Experten der Arbeitsverwaltung und der ihr angeschlossenen Einrichtungen

### 2.2.1. Die Experten des Arbeitsamtes

Als Experten der Arbeitsverwaltung wurden befragt

- 1 Dienststellenleiter,
- 4 Berater und Vermittler,
- 2 Psychologen und
- 2 Ärzte.

Im Gegensatz zu den Beratern aus der psychosozialen Arbeit erscheinen Gesundheitsprobleme für die Experten des Arbeitsamtes nur in Verbindung mit ihrem dienstlichen Hauptproblem, der Vermittlung der Betroffenen. Beobachtungen längerfristiger Entwicklungen sind höchst selten und geben noch weniger Aufschluss über gesundheitliche Entwicklungen. Die Frage nach der gesundheitlichen Situation wird bei jedem Eingangsgespräch gestellt, jedoch immer nur mit dem Ziel, wventuell bestehende



Einschränkungen der Vermittelbarkeit festzustellen und zur Abklärung an den psychologischen oder ärztlichen Dienst weiterzuleiten. Demgemäss ist die Gegenbewegung der Betroffenen, möglichst wenig über ihre Gesundheit zu berichten, um ihre Vermittlungschancen nicht zu gefährden.

Der Kontakt zwischen Klient und Vermittler bzw. Berater ist noch kürzer und formaler als der in der psychosozialen Beratung; der Durchlauf der Betroffenen durch das Büro ist noch wesentlich höher, der geringe Austausch über am Rande der Vermittlungstätigkeit liegenden Themen verständlicherweise gering.

Aussagen über Möglichkeiten, Grenzen und Akzeptanz gesundheitsaufklärerischer Massnahmen sind entsprechend den standardisierten Arbeitsaufläufen nicht möglich. Dies und verschiedene Frustrationen im Vermittlungsalltag muss man auch in Rechnung stellen, wenn man die Einstellung der Experten zum Problem betrachtet. Der Prozentsatz der Betroffenen, die an der Arbeitslosigkeit leiden oder gar erkranken, wird als sehr gering angesehen. Es wird eingeräumt, dass es Menschen geben mag, die, da ihnen die Arbeit sehr wichtig ist, unter psychischen Druck geraten. Besonders älteren Arbeitslosen wird diese Reaktionsweise zugeordnet.

Grösser scheint den Experten der Prozentsatz an langfristig Arbeitslosen, die sich auf die Arbeitslosigkeit eingestellt haben und mit ihr ohne grössere Sorgen leben. Ebenso überproportional sehen sie die Gruppe der Alkoholiker in ihrem Klientel. Ein grosser Teil der Betroffenen hat Einschränkungen, die zur Arbeitslosigkeit führten und eine Vermittlung erschweren. Im gewerblichen Bereich sind dies vor allem Erkrankungen des Stützapparates, Herz-Kreislauf- und andere chronische Erkrankungen, im kaufmännischen Bereich fallen die Erkrankungen des Stützapparates als vermittlungsverhindernder Grund weitgehend weg, jedoch erscheinen, wenn auch mit geringster Häufigkeit, mehr psychische Erkrankungen.

Die beiläufigen Gesundheitseffekte im Gefolge eines erfolgreichen Vermittlungsversuchs sind evident. Weitere Effekte ergeben sich nur indirekt durch bereitgestellte Massnahmen, wie die im folgenden noch näher beschriebene Übungswerkstatt oder -Firma und die Motivationskurse. Gesundheitsaufklärung wird u.U. bei der Erklärung der Diagnose des ärztlichen Dienstes geleistet, ist aber nicht auf die Veränderung der gesundheitlichen Situation der Betroffenen gerichtet.

2.2.2. Die Massnahmen "Kurs zur Förderung der Arbeitsaufnahme nach Paragraph 41 a AFG" und "Übungswerkstatt" und die Rahmenbedingungen der befragten Institutionen.

Die beiden Massnahmen, die von uns beobachtet und deren Teilnehmer von uns befragt wurden, sind Teil eines breiteren Bildungsangebots einer Fortbildungseinrichtung. Unter dem Dach des Trägers finden sich:

1. Kurse zur Förderung der Arbeitsaufnahme nach Paragraph 41 a AFG,
2. 1 Übungswerkstatt,
3. 4 Umschulungs- und Ausbildungsbereiche und
4. 1 Weiterbildungsangebot.

Die Aus- und Weiterbildungsangebote beziehen sich auf die Berufe Tischler, Dreher, Betriebsschlosser, Schweisser und den CNC-Dreher.

Dies ist auch die Besonderheit der Einrichtung, die ihrer Arbeit, ähnlich wie es auch bei den Arbeitslosenzentren zu beobachten war, eine ganz eigene Qualität gibt.

Die Mitarbeiter des Trägers stellen es, vor allem auch gegenüber den Teilnehmern der sogenannten Motivationskurse und Übungswerkstatt, so dar, dass am Ende eines Besuches der beiden Vorlaufstufen, "Kurs nach Paragraph 41 a" und "Übungswerkstatt" eine Umschulung oder Ausbildung zu einem neuen Beruf stehen kann. Tatsächlich, so gibt der Leiter der Einrichtung an, wechseln aus den Vorlaufmassnahmen etwa 50 % der Teilnehmer später in eine Umschulungsmassnahme. Im Normalfall sind dann verschiedene Teilnehmer insgesamt 25 1/2 Monate in Massnahmen des Trägers.

Der Kurs nach Paragraph 41 a AFG zur Förderung der Arbeitsaufnahme ist besonders für solche Arbeitslose gedacht, die bisher noch keinen festen Berufsabschluss haben und die durch die Möglichkeit, 6 Wochen lang verschiedene Berufsbereiche kennenzulernen, für eine Ausbildung interessiert werden sollen. Die Durchführungsart der Kurse nach Paragraph 41 a AFG ist regional und von Träger zu Träger sehr unterschiedlich. Wie aus anderen Expertengesprächen ersichtlich wurde, wird der Kurs in der hier beschriebenen Einrichtung in einer Weise durchgeführt, die auf höhere Akzeptanz seitens der Betroffenen rechnen kann. Im Gegensatz zu anderen Einrichtungen ist in der beschriebenen Einrichtung der praktische Teil des Kurses weit ausgedehnt zu Lasten eines Theorie- und Gesprächsteils, der in anderen Einrichtungen den Kurs dominiert.

6 Wochen lang werden die Teilnehmer jeweils 1 Woche durch die Bereiche manuelle und maschinelle Metallverarbeitung, Schweissen, Holzbearbeitung und Baufach geleitet. Einmal in der Woche findet ein theoretischer Unterricht statt, der vor allem zur Reflexion und zur Vertiefung durch zusätzliche Informationen dient. Der Teilnehmerkreis besteht hauptsächlich aus jungen Leuten, die teils abgeschlossene Berufsausbildungen, teils keine Ausbildung haben, teils lange, teils erst kurz arbeitslos sind. Die etwas wahllose Belegung hängt vermutlich eher mit der Kapazitätsauslastung zusammen; der Träger definiert sie jedenfalls als "Orientierungsphase für alle Teilnehmer".

Der Werkstattleiter gibt an, dass ein grosser Teil der Teilnehmer für die Übungswerkstatt gewonnen werden kann. Während der Zeit in der Übungswerkstatt oder im Kurs erhalten die Teilnehmer das gegenüber der Arbeitslosenhilfe um 10% höhere Unterhaltsgeld. Auch die Übungswerkstatt war früher, d.h. 1980, für ältere, und/oder schon längere Zeit arbeitslose Menschen gedacht, und ihr Ziel sollte es sein, diese Personen wieder an einen regelmässigen Arbeitsrhythmus zu gewöhnen. Heute ist der älteste Teilnehmer 48, die Teilnehmer im Durchschnitt um 10 Jahre jünger als vor einigen Jahren, und die Ziele wurden neu definiert. So wird die Übungswerkstatt nun als Möglichkeit zur Erprobung der eigenen Fähigkeiten und zur Vorbereitung auf Umschulungsmassnahmen angesehen.

Wichtigstes Moment der Werkstatt-Massnahmen scheint der aufbauende Charakter zu sein, wie sich auch in der Betroffenen- und in der Expertenbefragung bestätigte. Voller Stolz und Überzeugung schildern die befragten Experten diese besondere Ausrichtung und Anlage der Werkstätten und ihre Erfolge. Sie entwickeln dabei Sendungsbewusstsein und Optimismus, die sich beide in den Gesprächen mit Betroffenen in einer weitgehend positiven Beurteilung der Massnahme wiederfinden lassen.

Für die beiden befragten Industriemeister haben allerdings gesundheitliche Fragen nur eine Relevanz im Zusammenhang mit Arbeitsschutz und Einsatzgebieten für die Betroffenen. Über gesundheitliche und persönliche Entwicklungen können beide nichts aussagen.

Einige Aussagen, die die Sozialarbeiterin der Einrichtung, machte, sollen hier noch einmal gesondert aufgeführt werden, da sie für die Arbeit der Einrichtung, aber nicht nur hierfür, Relevanz haben. Die Grundhaltung der Expertin zum Problem ist, dass sie Arbeitslosigkeit ein Life-Event betrachtet, dass es nicht den "typischen Arbeitslosen" gibt und dass es kaum ein gesundheitliches Problem gebe, das Arbeitslose gegenüber Beschäftigten besonders kennzeichnet. Selbst mangelndes Selbstwertgefühl bzw. Minderwertigkeitsgefühle und Depressionen werden nach ihrer Meinung in die Arbeitslosigkeit mit hineingenommen, dort allerdings auch verstärkt. Wie und ob man mit der Arbeitslosigkeit und ihren Folgen zurechtkommt, sei demnach abhängig von der Gesamtheit der Sozialisationserfahrungen.

Die Gesundheitsprobleme, mit denen die Expertin hauptsächlich zu tun hat, sind Minderwertigkeitsgefühle und zerstörtes Selbstbewusstsein, Depressionen, Aggressionen, Alkohol und Magengeschwüre. Auch die Magengeschwüre sieht sie als psychophysische Reaktionen auf mangelndes Durchsetzungsvermögen an. Daneben gehören zu den häufigsten Gesundheitsstörungen Erkrankungen bzw. Verschleisserscheinungen der Wirbelsäule, was durch ihren Tätigkeitsbereich, der sich mit gewerblichen Arbeitnehmern befasst, hinreichend erklärbar ist. Auch der Alkoholkonsum wird nicht als Besonderheit der von Arbeitslosigkeit Betroffenen angesehen, sondern als eine Fortsetzung des Betriebstrinkens in der Arbeitslosigkeit.

Die Hauptwirkungsrichtung der Arbeit der Einrichtung für die gesundheitliche Situation sieht die Sozialarbeiterin in der Tatsache, dass durch die Ermöglichung von Erfolgserlebnissen beim Anfertigen von Werkstücken und beim Lernen wieder Selbstachtung und Selbstwertgefühl aufgebaut werden. Der Blick auf eine Umschulung und/oder Ausbildung, auf einen neuen Beruf, eröffnet den Blick auf neue Chancen und schafft neue Perspektiven. Gleichzeitig wird die Isolation der Betroffenen durchbrochen und eine für die Industriegesellschaft typische Form der Gemeinschaft kann wiederbelebt werden. Dass dies nicht mehr und nicht weniger bedeutet als Arbeitskollegen zu haben, wird auch in der Betroffenenbefragung deutlich. Diese Wirkungsweisen führen bei einigen Betroffenen tatsächlich häufig zu positiven Entwicklungen, die sich vor allem am äusseren Erscheinungsbild festmachen lassen.

Die Expertin trägt zu der Gesamtwirkung der Einrichtung durch verschiedene Hilfsangebote bei. Neben der klassischen Form der finanziellen bzw. leistungsbezugsorientierten Beratung führt sie in etwa 30 % der Fälle weitergehende Gespräche, in denen sie Hilfestellung bei Verhaltensänderungen oder anderen Problemen gibt. Wenn nötig, verweist sie an besondere Beratungsstellen, macht also eine Arbeit, wie sie ähnlich auch in den Arbeitslosenzentren geleistet wird.

Die gesamte Einrichtung und die spezielle Beratung leisten ohne Zweifel eine tiefergreifende beiläufige Gesundheitsarbeit. Gesundheitsaufklärung findet ausschliesslich im persönlichen Beratungsgespräch statt, wenn auf Fragen psychophysischer Befindlichkeitsstörungen oder Alkoholkonsum oder anderer Erkrankungen eingegangen wird.

### 3. Die Ergebnisse aus der Befragung der Betroffenen

#### 3.1. Einleitung

Die vorgesehenen Fallanalysen fielen im psychosozialen Bereich thematisch breiter aus als vorgesehen. Statt eine Analyse einzelner Aktivitäten durchzuführen, gab es teilweise nur die Möglichkeit, die Arbeit des ganzen Zentrums zur Fallanalyse zu machen. Der beschreibende Teil dieser Analyse findet sich im Expertenteil, wo die Konzepte der Arbeitslosenzentren, ihre Aktivitäts- und Angebotsformen, ihre intendierten Wirkungsweisen und die Einschätzungen der tatsächlichen Wirkungen durch die Experten dargestellt werden. Diese Deskriptionen sollen nun durch die Frage an die Betroffenen nach der wahrgenommenen Wirkung auf ihre Befindlichkeit und ihre Beantwortung erweitert werden.

#### 3.2. Die Betroffenen in Aktivitäten der psychosozialen Arbeit und in Massnahmen der Arbeitsverwaltung

##### 3.2.1. Das Arbeitslosenzentrum 1

Es wurde schon auf die selektive Zusammensetzung des Klientels der Arbeitslosenzentren in Abhängigkeit zu verschiedenen Rahmenbedingungen der Arbeit hingewiesen. Im Arbeitslosenzentrum 1 ist eine typische Konstellation von Besuchern zu finden, nur hier in ihrer extremsten Ausprägung. Eine kleine Schar aktiver Gründungsmitglieder des Arbeitslosenzentrums e. V. trifft auf einen grösseren Kreis von passiveren Stammbesuchern, der sehr stark durch die Klientel anderer, angegliederter Beratungseinrichtungen, hier Suchtberatung und Betreuung von Wohngruppen psychisch Kranker, dominiert wird. Insofern war das, vom Bearbeiter angetroffene und zu befragende Klientel in gewisser Weise ein Sonderklientel.

In diesem Zentrum wurden sechs Betroffene befragt und es stellten sich unterschiedliche Motivationen, das Zentrum zu besuchen, heraus. Drei der älteren und aktiven Gründungsmitglieder nannten den Selbstverwirklichungsaspekt, den sie als Ersatz für ihre Berufstätigkeit angestrebt hatten. Zwei fühlten sich recht gesund und verspürten auch keine Veränderung durch die Mitarbeit im Zentrum in ihrer gesundheitlichen Situation, konnten sich aber nicht vorstellen, ohne eine Tätigkeit leben zu können. Beide hatten verantwortliche Aufgaben im Zentrum, hatten sie auch bewusst gesucht. Da sie Mitinitiatoren bestimmter Arbeitsformen waren, beurteilten sie die Aktivitäten des Zentrums als wichtig, auch für die eigene Befindlichkeit. Der 3. hatte deutliche gesundheitliche Einschränkungen zu tragen (Kreislaufkrankung), die jedoch schon lange vor seiner Arbeitslosigkeit begonnen hatten und die sich auch durch seine Aktivitäten im Zentrum nicht veränderten. Für ihn bedeutete das Zentrum Geselligkeit und eine Aufgabe zu erfüllen unter Schicksalsgleichen. Ein weiterer, älterer Teilnehmer, hat eine Arbeitsbeschaffungsmassnahme im Zentrum als Verwaltungsangestellter inne. Für ihn sind natürlich das Gehalt und die Hoffnung auf Übernahme bei der Stadt die zentralen Punkte des Zentrums. Das eigenverantwortliche Arbeiten, das Aufbauen einer kleinen Firma, füllt ihn nach mehreren Jahren Arbeitslosigkeit vollständig aus. Er fühlt sich ausgeglichener als vorher.

Es handelt sich hier um Personen, die sich auch während ihrer

Arbeitslosigkeit Aufgaben erhalten haben oder neue suchen. So z. B. hat der letzte der vier genannten den Vorsitz einer kleinen Wohnungsbaugenossenschaft, der ihn auch in der Arbeitslosigkeit halbe Tage geschäftigen konnte.

Die zwei letzten Befragten aus dem Zentrum sind jünger, zwischen 20 und 30 Jahre alt. Für sie ist das Zentrum zu einem wichtigen Bestandteil ihres derzeitigen Lebens geworden, jedenfalls kann man dies nach der Häufigkeit der Besuche annehmen:

"Zu Hause fällt einem nur die Decke auf den Kopf",  
 "die Arbeit im Zentrum macht Spass",

sind die zentralen Aussagen der Betroffenen zur Arbeit. Beide haben eine Behinderung, einer eine lange Krankheitsgeschichte, bei beiden scheint die Behinderung für die Arbeitslosigkeit zu bedingen. Sie selbst sehen keine nennenswerte Veränderung in ihrer Befindlichkeit durch die Besuche des Zentrums, es ist aber aus ihren Schilderungen zu entnehmen, dass sie das Zentrum vor der Isolation zu Hause bewahrt.

Die junge Frau erzählt mit Begeisterung, gefragt nach den Aktivitäten, die ihr am meisten gefallen haben, von der neun monatigen Beschäftigung in der Übungsfirma. Das Arbeiten, die Kollegen haben ihr so viel gegeben, dass sie sich wesentlich ausgeglichener gefühlt habe.

Alle Befragten loben übereinstimmend die Hilfestellungen durch die Beratung der Sozialarbeiter und einhellig auch die Teilnahme am Wochenende oder Gesprächswochen im Grünen. Bis auf die junge Frau äussern alle Interesse an gesundheitsbezogenen Themen, wie Gesundheit des Bewegungsapparates, Suchtgefährdung, Ernährungsfragen, etc.

### 3.2.2. Das Arbeitslosenzentrum 2

Hier gibt es keine feste Stammesbesuchergruppe, die gemeinsam alle Aktivitäten des Zentrums durchführt. Die hochspezialisierten Beratungsangebote und die Arbeitsteilung der Experten führen für die Untersuchung zu einer Splittung der Population in diesem Arbeitslosenzentrum in 3 Gruppen:

1. Teilnehmerinnen eines "offenen Frauentreffs",
2. Klienten der verschiedenen speziellen Beratungen,
3. Beschäftigte in Werkstätten, die durch BSHG-Gelderfinanziert und von den Mitarbeitern des Arbeitslosenzentrums betreut werden.

Die gesundheitswirksamen Aspekte in den einzelnen Bereichen sind entsprechend unterschiedlich und sollen hier im einzelnen besprochen werden.

Der "offene Frauentreff" im Café des Arbeitslosenzentrums erfuhr gerade zum Zeitpunkt der Befragung eine Umwandlung. Ein Teil der Frauen, die sich dort trafen, wollte nicht mehr nur geselligen Austausch pflegen, sondern inhaltlich z.B. an Fragen, die Arbeitslosigkeit und Frauen, Frieden und Familienpolitik betreffen, arbeiten. Leider befand sich diese neue Gruppe gerade in

der Konstitutionsphase und konnte nicht befragt werden. Die alte Gruppe hatte für ihre Mitglieder hauptsächlich die Funktion, sich untereinander und mit den Experten auszutauschen. Für einzelne Frauen war dieser Treff die einzige Abwechslung in ihrem isolierten Leben als alleinerziehende Mütter. Setzt man zu dieser kleinen Abwechslung die sonstigen Sorgen, gerade der alleinerziehenden Mütter, in Relation, verliert die Frage nach gesundheitlichen Aspekten einer solchen Aktivität an Relevanz. Die Sozialarbeiterin, die die Gruppe betreut, entwickelt die Vorstellung, gemeinsames Einkaufen und Kochen als Gruppenangebot einzuführen und rechnet mit einer guten Akzeptanz.

Die befragten Betroffenen, die aus dem Klientel der "Beratung und Betreuung" stammten, hatten entweder zur allgemeinen Beratung, zur Ehe- und Familienberatung oder zur psychotherapeutischen Beratung Kontakt. Bis auf wenige Ausnahmen waren die Beratungen von den Klienten mit einem speziellen Problem angelaufen worden, welches direkt oder indirekt auf die psychische Gesundheit oder das psychophysische Befinden einen Einfluss hatte. Alle Klienten der Lebens-, Ehe- und Familienberatung äusserten übereinstimmend, dass ihnen die Gespräche mit den Experten, sowie deren Vorschläge zur Problemlösung aus den tiefen Krisensituationen, in denen sie sich vorher befunden hatten, geholfen haben. Es waren hier sehr unterschiedliche Fälle zu finden. Z.B.:

Die Abiturientin und Krankenschwester, die sich in einer tiefen Selbstwertkrise befand, nachdem sie eine zunächst selbstgewählte Arbeitslosigkeit als entwertend und isolierend erfahren hatten;

ein junger Autoschlosser, der auf Grund einer Angstneurose nicht in der Lage war, seinen Arbeitsplatz zu halten und der in Zusammenarbeit mit dem Arbeitsamt und einer Rehabilitationswerkstatt zum kaufmännischen Angestellten umgeschult werden konnte und der im Anschluss auch eine Stelle fand;

die alleinstehende Mutter mit fünf Söhnen, von denen die zwei ältesten arbeitslos waren, wodurch die Spannungen in der Familie so wuchsen, dass bestehende Erziehungsprobleme mit dem jüngsten Sohn nicht mehr geregelt werden konnten;

eine junge Frau, die an psychosomatischen Symptomen wie Schwindel, Kreislaufzusammenbrüchen etc. litt, und für die die Arbeitslosigkeit subjektiv einen verstärkenden Einfluss auf ihre geringe Lebenszufriedenheit und somit auch auf ihre Erkrankung hatte.

Neben diesen manifesten Störungen oder Erkrankungen, gab es verschiedene Betroffene, die zu verstehen gaben, dass die Gespräche mit den Beratern für sie wichtige Katalysatoren waren. Jüngere beschreiben häufig den Druck, den sie in beengten Wohnverhältnissen mit ihren Angehörigen erleben, Betroffene mittleren und höheren Alters beklagen die Isolation, die die Arbeitslosigkeit für sie bedeutet, und in beiden Fallgruppen wird geschildert, wie die Beratungsgespräche Entlastung brachten und noch bringen.

In den Zentren begegneten wir häufig Betroffenen, die angeben, dass die Arbeitslosigkeit keine grössere Belastung für sie mit sich bringt. Das Zentrum bietet ihnen eine Basis für ein Leben in Gesellschaft. Zum Stellenwert von Gesundheitsaufklärung innerhalb der Beratung wurde in Kapitel 2.1.4.2 und 2.1.4.3 bereits Stellung genommen. Zu ergänzen bleibt, dass die meisten Betroffenen ein unspezifisches Interesse an Informationsveranstaltungen mit gesundheitsbezogenen Themen haben.

Innerhalb des Kreises von Betroffenen in den Schreinerwerkstätten, die durch das Programm "Arbeit statt Sozialhilfe" finanziert sind, lassen sich 2 Gruppen unterscheiden: Die eine ist die Gruppe der jungen Männer, die zwischen 25 und 30 Jahre alt sind, und die Gruppe der alleinerziehenden Mütter.

Die 3 jungen Männer hatten unterschiedliche Vorgeschichten: abgebrochene Lehre, Drogenkarriere, oder aber nach der Realschule nur gelegentliche Jobs. Sie versuchen nun, nach mehrjähriger Arbeitslosigkeit, ihre Zukunft zu planen, einen Anspruch auf Umschulung zu erarbeiten oder einfach nur wieder einmal mehr Geld zur Verfügung zu haben:

"Besser, als auf Sozialamt zu gehen, oder?"

Die Männer geben an, dass die Arbeitslosigkeit für sie nie eine Belastung dargestellt habe. Natürlich habe es Nachteile gegeben, aber diese hätten keine gesundheitliche Beeinträchtigung nach sich gezogen. So sei die Veränderung vor und nach Arbeitsaufnahmen nicht sehr gross. Interesse an Veranstaltungen mit gesundheitlichen Themen wurde nur sehr bedingt geäussert, z. B. beim Angebot von autogenem Training.

Etwas anders stellt sich dies bei zwei betroffenen Frauen dar. Die 32 bis 35 Jahre alten Frauen hatten eine Scheidung hinter sich und standen nun mit einem bzw. zwei Kindern mehr oder weniger allein vor allen Problemen. Befragt nach dem Grund ihres letzten Arztbesuchs gab eine der beiden Frauen Darmgeschwüre an. Eine psychophysische Verursachung lässt sich vermuten, wenn man den problembeladenen Weg der Frau in den letzten Jahren betrachtet. Zerstörte Ehe, Scheidung, Kindesentführung durch den Vater der Kinder, beengtes Zusammenleben von Grossmutter, Mutter und den Kindern mit nur spärlichen finanziellen Mitteln. Der Gang zum Sozialamt wird von ihr als "Spiessrutenlauf" wahrgenommen, und sie hat sich entschieden, lieber ihre Kinder weniger zu sehen, was ihr sehr schwerfällt, als weiter die Abhängigkeit von den Sachbearbeitern zu erdulden. Insofern war die Arbeitsaufnahme sehr wohl ein enormer Schritt, wenn sie selbst auch die Veränderungen in ihrem Befinden als nur gering ansieht.

Die zweite Frau will den Schritt in die Unabhängigkeit, stürzt aber nach Ehescheidung und im Zusammenhang mit ihrer mehrjährigen beruflichen Pause in Arbeitslosigkeit und Abhängigkeit vom Sozialamt. Sie gibt grosse psychische Probleme an, hat gegen eine Depression gekämpft und sieht sich nun an einem neuen Punkt ihres Selbstfindungsprozesses, an dem sie neue Hoffnungen schöpft und über die Massnahme eine neue Zukunft in Unabhängigkeit aufbauen will. Für sie hat die Arbeitsaufnahme eine grosse Bedeutung, und durch die Tätigkeit, die Teil ihrer Selbstverwirklichung ist, hat



sich ihr psychisches Befinden ausgeglichen.

Die Gespräche zeigen, wie Wahrnehmung von Gesundheit abhängig ist von Sozialisationsbedingungen, nicht von noch so einschneidenden, aber eben abgrenzbaren Ereignissen wie z.B. Arbeitslosigkeit. Die erste der beiden Frauen war bis dahin in der typischen Frauenrolle verhaftet, hatte keinen Beruf und keinen nennenswerten Bildungsstand. Die zweite schien weltoffen, politisch und gesellschaftlich aktiv, ihr ehemaliger Beruf war Arzthelferin. Die differenzierte Wahrnehmung des eigenen psychischen Status, wie die zweite Frau es demonstriert, steht im engen Bezug zu ihrer allgemeinen Reflektionsfähigkeit. Während die erste wiederum ein Interesse an Ernährungsfragen und Gesundheitsfragen allgemein angibt, kann die zweite nur beim Vorschlag "Entspannungstechniken" zustimmen.

### 3.2.3. Kurs nach Paragraph 41 a AFG

In dem Kurs zur Förderung der Arbeitsaufnahme nach Paragraph 41 a AFG wurden von den insgesamt sieben ausschliesslich männlichen Teilnehmern fünf junge Männer zwischen 25 und 32 Jahre befragt. Der Kurs, der in der schon in Kapitel 2.2.2 beschriebenen Weise durchgeführt wurde, lief seit 2 Wochen. Die Wirkungen und Wirkungsweisen des Kurses werden von den Teilnehmern sehr unterschiedlich bewertet. Dabei differieren die Urteile von Person zu Person und von Wirkungspunkt zu Wirkungspunkt.

An positiven Nennungen lässt sich aufzählen:

Der Kurs vermittele neue, interessante Einsichten in Berufsbilder, die die Teilnehmer bisher noch nicht kannten. Nach mehreren Jahren Arbeitslosigkeit, die in relativer Isolation verlebt wurden, sehe man "mal wieder neue Dinge." Weiterhin lerne man neue Menschen kennen, habe wieder Kollegen, wenn auch für kürzere Zeit, und es tue gut, sich mit Menschen über die Arbeitslosigkeit auszutauschen, die wissen wovon gesprochen wird und die die Probleme aus eigener Erfahrung kennen. Auf diese Weise lerne man auch andere Sichtweisen der Arbeitslosigkeit kennen. Die Teilnehmer stellen fest, dass sie das frühe Aufstehen trotz mehrjähriger Arbeitslosigkeit und Gewöhnung an langes Schlafen noch nicht verlernt haben. Es wird von allen begrüsst, über einen Zeitraum von 6 Wochen etwas mehr Geld als sonst zur Verfügung zu haben. Zwei der Befragten erhoffen sich durch den Kurs einen Einstieg in eine Umschulung und damit eine neue berufliche Zukunft.

An negativen Urteilen wird genannt:

der Kurs fordere die Teilnehmer nicht genug, für einen sind die Kollegen zu geschwätzig, man müsse zuviel rumstehen und zuschauen. Negative Bewertungen geben dabei eher die Betroffenen ab, die keine Perspektive aus dem Angebot ziehen können bzw. die andere berufliche Interessen haben als die, die bei dem bestehenden Angebot verlangt werden.

Der Kurs leistet offenbar für die, die keine berufliche Perspektive finden können, nur sehr geringe, positive Effekte, die im Sinne von beiläufiger Gesundheitsarbeit keine längerfristige Bedeutung haben. Sehr vages Interesse an gesundheitlichen Themen wird ganz allgemein

und unverbindlich geäußert. Kurse nach Paragraph 41 a AFG eignen sich angesichts der Antriebslosigkeit und präsentierter "Wurstigkeit" kaum für gesundheitsaufklärende Massnahmen, da die Akzeptanz hier sehr gering sein wird.

#### 3.2.4. Die Übungswerkstatt

In der Übungswerkstatt sieht dies etwas anders aus. Das Motivationsniveau ist hier im ganzen höher, da bei der längeren Dauer der Massnahme für den Einzelnen und für die Gruppe weiterreichende Entwicklungen stattfinden. Besonders die Zusammensetzung der Teilnehmer ist hier etwas günstiger, da der grösste Teil die Massnahme mit dem konkreten Ziel der Umschulung durchläuft. Einem Teil ist die Massnahme ausschliesslich als Vorbereitung auf die Umschulung vorgeschlagen worden, so dass diese schon als Abschnitt einer zweijährigen Berufsplanung angesehen wird. Diese Teilnehmer gehören hauptsächlich zu der Gruppe, für die die Massnahmen ausschliesslich Relevanz für die berufliche Weiterentwicklung hat. Sie gehören zu denen, die die kürzesten Zeiten der Arbeitslosigkeit, zwei bis sechs Monate, aufzuweisen hatten, und die, abgesehen von den Nachteilen in verkraftbarem Masse, keine stärkeren Beeinträchtigungen durch die Arbeitslosigkeit beklagten. Alle drei hatten gute soziale Kontakte und/oder Partnerschaften, die unter der Arbeitslosigkeit noch nicht gelitten hatten. Insoweit waren die Funktionen der sozialen Unterstützung, die die Massnahme häufig bietet, für sie von nicht allzu grosser Bedeutung.

Im einzelnen befanden sich in dieser Gruppe:

Eine sehr lebenslustige, junge Frau, die trotz Scheidung, oder gerade auf Grund ihrer Scheidung und ihrer guten Versorgung seitens ihrer Herkunftsfamilie, die Arbeitslosigkeit als nicht sehr belastend empfand.

Desweiteren ein ehemaliger freier Handelsvertreter, der dem Stress in seinem Beruf entkommen und umsatteln wollte. Die 2monatige Arbeitslosigkeit vor dem Beginn der Massnahme war für ihn eher ein Urlaub.

Etwas tragischer mutet der Fall des 23jährigen Klima- und Lüftungsbauers an, der trotz gutem Abschluss in der krisenbetroffenen Bauwirtschaft keine Stelle bzw. nur noch Zeitverträge bekommen konnte und der zum Betriebsschlosser umschulen will.

Für vier weitere Teilnehmer hatte die Massnahme eine in verschiedenster Hinsicht grössere Bedeutung. Drei der vier Betroffenen waren in ihrer Erwerbsfähigkeit und Vermittelbarkeit eingeschränkt. Der jüngste der vier Betroffenen, ein 25jähriger gelernter Tankwart, der auf Grund der Arbeitsmarktlage in seiner Branche keinen Arbeitsplatz mehr fand, hat keine weiteren Einschränkungen, gibt aber an, dass es ihm wesentlich wohler sei, seit er in dieser Massnahme stehe. Er umschreibt mit verschiedenen Beispielen, wie sein Selbstwertgefühl wieder gewachsen ist, wie sein Ansehen bei seinen Familienmitgliedern und Verwandten, die seinen sozialen Background darstellen, und wie seine Wahrnehmung dieser Reaktionen eine positive Färbung bekommen. Gleichzeitig

hofft er auf eine neue berufliche Zukunft mit einer neuen Ausbildung. Seit er arbeitslos ist, fällt ihm eine Gewichtszunahme auf, die er auf den verstärkten Verzehr von Süßigkeiten, bedingt durch Langeweile, zurückführt.

Ein sehr erschütterndes Bild bot ein 45jähriger Witwer, der durch degenerative Prozesse im Schultergelenk den bisher von ihm ausgeübten Beruf als Schmied nicht mehr durchführen konnte. Während der mehrjährigen Arbeitslosigkeit hatte er seine krebserkrankte Frau zu Hause bis zum Tode gepflegt und lebt nun schon 2 Jahre völlig isoliert auf 50 Quadratmetern. Ab und zu besucht ihn sein Sohn, der das Leid zu Hause nicht mehr ertragen hatte und ausgezogen war. Der Mann berichtet wenig über körperliche Einschränkungen, abgesehen von seinem Schulterleiden, bietet aber äusserlich das Bild eines kranken Menschen. Das schlimmste an der Arbeitslosigkeit sei für ihn, jeden Morgen nicht zu wissen, was er machen könnte und somit Zeit zum Grübeln zu bekommen. Die Massnahme half ihm auf eine Weise, die er akzeptieren konnte. Man gab ihm hier eine Arbeit, sein Tagesrhythmus wird mit einer Tätigkeit ausgefüllt, er kommt unter Menschen, ohne dabei ständig gesellig sein zu müssen.

Auch der herzkrank 48jährige Bauschlossler, der seinen Beruf nicht mehr ausüben kann, ist nach 30jähriger Berufstätigkeit verbittert über den Abstieg, den er finanziell, sozial und familiär machen musste. Als Schlosser auf Montage brachte er ein gutes Einkommen nach Hause. Heute muss er mit seiner Frau die kleinsten Sonderausgaben abstimmen, da sie über einen Job ein kleines Einkommen in den Haushalt einbringt. Am härtesten trifft den Schlosser die Tatsache, dass er nicht mehr der die Familie Versorgende ist, sondern, abgesehen von der Hausarbeit, keine normal bewertete Tätigkeit vorzuweisen hat. Die Massnahme kommt ihm wie eine Erholung von seinen Sorgen vor, auch wenn er noch schlechte Zeiten vor sich sieht. Auch der Kontakt zu Kollegen wurde ihm hier wieder ermöglicht und er bangt nun, nachdem eine zweite Verlängerung abgelehnt wurde, wieder in der Isolation zu versinken.

Auch der vierte in dieser Gruppe hat hauptsächlich mit der Isolation zu kämpfen. Der ehemalige Anstreicher hat eine Scheidung hinter sich, die ihn auch in die Arbeitslosigkeit gebracht hat, da er bis dahin mehrere Jahre Angestellter seiner Frau in einer Trinkhalle war. Mit der Scheidung verlor der mittlerweile zum Alkoholiker gewordene Mann nicht nur seine Ehe, sondern auch seinen Arbeitsplatz. In räumlicher Nähe zu seiner Schwester schaffte er es, sich während der Arbeitslosigkeit vom Alkohol zu entwöhnen, das Rauchen aufzugeben und, um seine Gesundheit zu stärken, täglich Fahrrad zu fahren. Woher diese Energien kamen, wird im Gespräch leider nicht deutlich. Auslöser war vielleicht eine gesundheitliche Krisenerfahrung. Mit der Arbeit, auch wenn sie nicht für lange Zeit ist, fühlt er sich ausgeglichen und hofft ebenfalls auf eine neue Zukunft.

Für einen der 8 Befragten war die Massnahme bedeutungslos in jeglicher Hinsicht. Schon zu Beginn stellte sich heraus, dass er auf Grund eines Wirbelsäulenschadens niemals einen der angebotenen Berufe ausüben können wird. Somit ist es für ihn sinnlos, an der Werkbank zu stehen. Da er seiner Frau bei der Führung eines kleinen städtischen Dienstleistungsbetriebes hilft, hat er eine Aufgabe und ein Einkommen. Seine soziale Situation, seine Beziehung zu Freunden

und Verwandten gibt er als "gut" an. Sein Interesse an gesundheitlichen Themen ist vage und unverbindlich.

Auffällig ist, dass vor allem die, deren gesundheitliche Situation schon einmal problematisch war, besonders grosses Interesse an Veranstaltungen mit gesundheitlichen Themen angeben. Insgesamt gesehen wird die Übungswerkstatt und alle ihre Funktionen von den meisten Betroffenen hoch bewertet. Der längere Aufenthalt und der Motivationsschub, der von ihrer prospektiven Funktion für die Betroffenen ausgeht, ist ebenfalls für Gesundheitsfragen zu nutzen. Die Entspannung, die für einen grossen Teil der Betroffenen für die Zeiten der Massnahme einsetzt, macht es möglich, für positive Inhalte Interesse zu wecken. Gleichzeitig stellt die Massnahme eine Form beiläufiger Gesundheitsarbeit dar, besonders für die, die eine Perspektive während der Zeit entwickeln können.

#### 4. Ergebnisse der Recherche bei Selbsthilfegruppen

Wie eingangs in Kapitel 1 erwähnt, wurden 2 Selbsthilfegruppen besucht. Ein dritter Kontakt zu einer Frauengruppe kam leider nicht zustande. Schon bei der Kontaktaufnahme stellte sich heraus, dass der Zugang zu Selbsthilfegruppen wesentlich schwerer herzustellen ist, als der zu professionell geführten Kreisen. Bei einem Teil trifft man auf Berührungängste mit Aussenstehenden fremder Institutionen. Es wird die Sorge geäußert, missbraucht zu werden oder herhalten zu müssen für Forschungen, die den eigenen Ideen entgegenlaufen. Es wird auch von schlechten Erfahrungen mit Presse und Forschungsmitarbeitern gesprochen.

In der Recherche stellte sich heraus, dass Selbsthilfegruppen ebensolche Unterschiede in Konzeption und Atmosphäre aufweisen wie die professionell geleiteten Gruppen. Als generelle Aussage kann man festhalten, dass vor allem die Gründungsmitglieder der jeweiligen Initiativen diese auch tragen und die ursprünglichen Ideen der Gruppe verteidigen. In den beiden befragten Gruppen versichern die Gründungsmitglieder glaubwürdig, wie sehr die Arbeit in der Gruppe ihnen die Problemlast der Arbeitslosigkeit erleichtert hat. Dabei betonen sie, dass dies über die gegenseitige Hilfe durch Information und solidarischer Anteilnahme am jeweiligen Schicksal und besonders in der einen Gruppe durch den Zusammenhalt der festgefügteten Gemeinschaft bewirkt wird. Ein häufig geäußertes, wenn auch wenig differenzierter, so doch immer mit Leidenschaft vorgetragener Satz ist, wenn wir das hier nicht hätten, dann ginge es allen noch einmal so schlecht."

Abgesehen von diesen generellen Gemeinsamkeiten waren die beiden Gruppen sehr unterschiedlich. Die eine Initiative bestand aus den Resten der gesamt arbeitslos gewordenen Belegschaft eines mehrere hundert Beschäftigte starken Betriebs im Ruhrgebiet. Nach langem Arbeitskampf um die Schliessung des Betriebes, beschlossen die ehemaligen Beschäftigten, nachdem alle Chancen auf Weiterführung der Produktion gestorben waren, auch in der Arbeitslosigkeit zusammenzubleiben und sich gegenseitig zu unterstützen. Die gemeinsamen Erlebnisse haben eine seltene, aber spezifische Form von Lebensgemeinschaft geschaffen, die einen Treff, der täglich geöffnet ist, mit Hilfe der Stadt organisierte und sich Aufgabe und Beschäftigung beschaffte. Z. Z. der Befragungen lief die Weihnachtswerkstatt auf Hochtouren, Männer und Frauen waren mit der Fertigung von Basarartikeln beschäftigt, deren Verkauf die Kasse des Vereins auffüllen sollte. Der Treff wird besonders von ehemaligen Betriebsangehörigen häufig genutzt, und es ist in der Planung, mit weiteren zwei in der Umgebung liegenden Arbeitslosenzentren gemeinsam Veranstaltungen zur politischen Diskussion der Arbeitslosigkeit zu machen.

Auch die 2. Gruppe sah ihr hauptsächliches Ziel in der öffentlichen Wahrnehmung der Interessen der Arbeitslosen. Arbeitslosigkeit dürfe nicht in Vergessenheit geraten. Der Schritt zur "Zwei-Drittel-Gesellschaft" müsse verhindert werden und man versuche dies durch Aktionen zu verschiedenen Themen der Arbeitslosigkeit und der Sozialhilfe in der Öffentlichkeit bewusstmachen. Die Gruppe bestand schon seit mehreren Jahren und ist Gründungsmitglied des eingangs schon beschriebenen Arbeitslosenzentrums 4. Sie besteht in der Hauptsache aus Männern mittleren Alters, einige davon leben schon seit Jahren von Sozialhilfe. Die Kerngruppe ist politisch hoch motiviert und formuliert einen Wert der Gruppe:

"Wir haben gelernt, uns zu wehren, unsere Wut über die Demütigungen, die uns zugefügt werden, herauszubrüllen. Das verbessert unsere gesundheitliche Situation."

Gesundheit ist im herkömmlichen Sinne kaum zu thematisieren. Ein Mitglied:

"Wenn ich genug Geld habe, kann ich mich gesund ernähren. Der Warenkorb für Sozialhilfeempfänger gibt das aber nicht her."

Ein weiterer Teil der Teilnehmer schätzt vor allem die Möglichkeit, sich mit Schicksalsgenossen unterhalten zu können. Auffällig war hier wieder die grosse Anzahl Alleinstehender, die darauf angewiesen sind, soziale Unterstützung in Gruppen zu suchen.

In der zuerst beschriebenen Initiative waren hauptsächlich Verheiratete anzutreffen. Die Frauen der Betroffenen arbeiteten mit im Zentrum. Die Mitglieder waren fast alle über 45 Jahre, der grosse Teil über 50 Jahre alt. Es herrschte von der Lebensweise ein überwiegend bürgerlicher Standard vor. Entsprechend war das Interesse an gesundheitlichen Fragestellungen hier grösser als in der zweiten beschriebenen Initiative. Im Vordergrund steht aber immer das Thema, wie unabdingbar ein Arbeitsplatz ist. Die in Kapitel 5 entwickelten und dargestellten Typen von Problemlagen sind auch in den Selbsthilfegruppen anzutreffen. Vor allem Typ zwei und Typ fünf der Männer treten besonders häufig auf.

Den Äusserungen der Teilnehmer nach zu urteilen, leisten die Selbsthilfegruppen sehr viel an beiläufiger Gesundheitsarbeit. Die Wirkungen für die Betroffenen scheinen mit dem Grad der Aktivität innerhalb der Gruppe zu steigen. Intensivere soziale Gemeinschaft als in der Initiative ersten Typs begegnet man in keiner anderen Gruppe, soviel Lebendigkeit und Leidenschaft nicht, als in der zweiten Gruppe. Gesundheitsaufklärung ist vor allem in der Gruppe zweiten Typs nur mit äusserster Vorsicht anzubringen. Ohne die inoffiziellen Leiter der Initiativen zu gewinnen, sind Veranstaltungen in dieser Richtung undenkbar.

## 5. Problemgruppen, Problemlagen und mögliche Themen der Gesundheitsaufklärung

In diesem Kapitel soll auf eine der Hauptfragen der Untersuchung eingegangen werden:

An welche Gruppen und Themenbereiche sollte sich eine Gesundheitsaufklärung für arbeitslose Personen richten?

Im Rahmen der Beantwortung dieser Frage sollen auffallende Problemlagen über die gesamte Befragungspopulation hinweg aufgezeigt werden, und es soll diskutiert werden, welche Massnahmen der Gesundheitsaufklärung mit Akzeptanz unter welchen Bedingungen rechnen können.

Die ursprüngliche Annäherung an das Thema der Studie bediente sich des Begriffs der "Problemgruppen". Dieser Begriff erwies sich zwar als systematisierend, aber auch als zu starr für die adäquate Erfassung der Phänomene, die die soziale Wirklichkeit für den Forscher bereithielt. Fokussiert man das lebendige Geschehen, das sich um das Thema "Gesundheit und Arbeitslosigkeit im Alltag" rankt, ausschliesslich mittels des Begriffs "Problemgruppe", besonders wenn die Problemgruppe durch nur ein z. B. dichotomes Merkmal definiert ist, so wird man den Entwicklungen, den Prozessen, in denen sich jeder einzelne Mensch befindet, nicht gerecht. Die eindimensionale, auch die zweidimensional definierte Problemgruppe stanz immer nur eine Momentaufnahme des Geschehens aus, und die hier festgehaltenen Menschen werden etikettiert und einsortiert. Doch schon während der Forscher noch dabei ist zu sortieren, sind die von ihm erfassten Menschen zum nächsten Zeitpunkt in ihrer Entwicklung, in der Entwicklung ihrer Situation, einen Schritt weiter.

Deshalb wurde nach den ersten Kontakten im Forschungsfeld der Begriff "Problemlagen" vor dem der Problemgruppen bevorzugt. Statt Menschen mit soziodemographischen Etiketten, geballt in Kollektiven darzustellen, ermöglicht der Begriff der "Problemlagen" den Prozesscharakter menschlicher, sozialer Entwicklung nicht auszublenden, für die Planung sozialer Interventionen jedoch Fixpunkte, typische Situationen, in die Menschen quasi gesetzmässig gelangen, festzuhalten. Die Situationen sind auch bestimmt durch soziodemographische Daten, denn es gehört zu einer Situation, einer Problemlage hinzu, jung oder alt, männlich oder weiblich, kurze Zeit oder lange Zeit arbeitslos zu sein.

Legt man den Begriff der "Problemlagen" nun an die von Arbeitslosigkeit Betroffenen an, zeigt sich, dass sofort der Blickwinkel ein anderer wird, "die Arbeitslosen" als Problemgruppe der Gesundheitserziehung aufhören zu existieren und man statt Stigmata zu verteilen, von ganz normalen Menschen sprechen kann, die sich von dem Gros der beschäftigten Bevölkerung ausschliesslich dadurch unterscheiden, dass sie momentan keine Arbeit haben. Dies ist das gemeinsame Element, das verschiedenste Problemlagen von mindestens 2,07 Millionen Menschen in der Bundesrepublik Deutschland und 69 Befragten der Studienpopulation verbindet.

Weitere Elemente, die Teile der Population zu Subsystemen verbindet, wurden in den Kapiteln zuvor beschrieben, z. B. die Teilnahme an den verschiedenen Massnahmen der Arbeitsverwaltung und der sozialen Arbeit. Die Betroffenen, die den Weg in ein

Arbeitslosenzentrum finden, bieten eine andere Ausgangslage als die Betroffenen, die isoliert zu Hause ohne Aussenkontakte leben und ebenso die, die für 6 Monate aus einer solchen Isolation entfliehen können. Diese unterscheiden sich wieder von denen, die die Isolation gar nicht kennen, da sie noch andere Referenzsysteme haben als allein eine Arbeitsstelle, und auch sie bilden ein Kollektiv, das durch ein Problemlagenelement verbunden ist.

Im folgenden sollen nun verschiedene typische Lebenslagen bzw. Problemlagen von Personen, die von Arbeitslosigkeit betroffen sind, aufgeführt werden. Die Darstellung lässt sich von den strukturierenden Merkmalen Alter, Geschlecht und Dauer der Arbeitslosigkeit leiten, geht aber auch hierüber hinaus.

An der Unterscheidung arbeitsloser Männer gegenüber arbeitslosen Frauen wird am ehesten die Bedeutung des Problemlagenkonzepts deutlich. Die Gewichtungunterschiede der Belastungen der Arbeitslosigkeit bei Frauen und Männern fallen zunächst auf, würden aber nicht verständlich, wenn man nicht die sich um die momentane Situation rankenden Bedingungen kennen würde.

Frauen erscheinen in der Befragung in Betroffenenengesprächen und/oder Expertengesprächen in unterschiedlichen Lebenslagen:

1. Frauen, die als Mütter, Ehefrauen und Hausfrauen die Arbeitslosigkeit ihres Ehepartners erleben.
2. Alleinstehende, selbständige Frauen, die einen Beruf haben und selber arbeitslos sind, u. U. mit erwachsenen Kindern.
3. Frauen, die auf Grund von Ehescheidung und sonstiger widriger Umstände (Vater entzieht sich der Unterhaltspflicht etc.) für Erziehung und Unterhalt der Kinder allein aufkommen müssen. Hierzu gehört, dass sie dem typischen Frauennachteil bei der Arbeitsvermittlung unterliegen (auf Grund von Kindererziehungszeiten in der Ehe Verlust an Berufspraxis oder gar keine Ausbildung) und so, da an das Arbeitsamt keine Ansprüche mehr gestellt werden können, vom Sozialamt abhängig sind.
4. Frauen, die auch in der Ehe ohne Kinder, aber auch mit schulpflichtigen Kindern, eigene Arbeitslosigkeit erfahren.
5. Junge Frauen ohne abgeschlossene Ausbildung, die noch bei ihren Eltern wohnen.

In jeder Problemlage steht für die Frauen eine andere Form der Belastung durch die Arbeitslosigkeit im Vordergrund. Auch innerhalb der Problemlage gleicher Gruppen gibt es Differenzierungen, die stark sozialisationsabhängig sind, wie z. B. der Grad der Arbeitsorientiertheit bzw. der Wertzuschreibung von Autonomie.

Zu Gruppe 1 lässt sich zunächst sagen, dass sie als Betroffene in der Befragung kaum vorkommen, dass jedoch Einschätzungen der Experten vorliegen. Die Frauen, die der herkömmlichen Frauenrolle entsprechen, haben häufig das Krisenmanagement der Familie zu übernehmen, wenn der Ehemann oder die Kinder arbeitslos werden. Dies wird aus der Tatsache geschlossen, dass ein grosser Teil der Erstkontakte in Beratung und Betreuung von Betroffenen über diese Frauen zustande kommt. Zwei Frauen in Einzelgesprächen und die



Frauen der Selbsthilfeinitiative erzählten dem Bearbeiter, wie die Spannung in den Familien wächst, wenn ein Familienmitglied, insbesondere wenn der Mann bzw. Vater arbeitslos wird. In den meisten Fällen tragen die Frauen dann einen grossen Teil der emotionalen Last, aber auch des gesamten Problemmanagements, das auf Grund der Arbeitslosigkeit geleistet werden muss. Aus diesem Grund werden auch von diesen Frauen am ehesten Hilfen nachgefragt, die in der Lage sind, die finanziellen und/oder emotionalen Probleme der Familie zu lösen oder zu mildern.

Natürlich gibt es ein Gegenbeispiel, in dem der 45jährige Vater einer Familie so unter den Erwartungsdruck seiner Frau und seiner Familie geriet, dass er sich von ihnen trennte und schliesslich dem Alkohol verfiel. Der erste gesundheitsfördernde Schritt, der auch solche Fälle verhindern helfen könnte, und der nur für diese Gruppe von Betroffenen gilt, ist, intensive Aufklärungsarbeit über Art, Ziele und Indikationen solcher spezifischen Beratungsstellen zu gewährleisten. Ist die erste Zugangsbarriere überwunden, müssen zunächst die aktuellen, spezifischen Probleme der ratsuchenden Frauen und ihrer Familien in Angriff genommen werden. Der darauf folgende Schritt könnte dann die Nutzung von Angeboten sein, die der Familiensituation gerecht werden, z. B. erschwingliche Familienfreizeitgestaltung, Haushaltsführung für Paare oder Angebote für die einzelnen Mitglieder der Familie. Ähnliche Aussagen lassen sich natürlich auch über Männer in entsprechenden Situationen sagen.

Zu Frauen der Gruppe 2 lässt sich sagen, dass für sie nichts anderes gilt als für Männer in entsprechenden Situationen. U. U. ist die gesellschaftliche Rollenerwartung an Männer, einem Beruf nachzugehen, noch grösser als bei Frauen. Messbare Unterschiede lassen sich vermutlich nicht nachweisen. In der Untersuchung gab es nur junge Frauen in ähnlicher Lage, die jedoch alle noch bei der Mutter im Haushalt lebten und eher die spezifische Jugendlichenproblematik aufwiesen. Insofern werden die gesundheitsbezogenen Aspekte dieser Problemgruppe weiter unten bei den Männern abgehandelt.

Die Gruppe der Frauen unter 3. ist in der Befragung auffällig häufig vertreten. Die von uns befragten Frauen aus dieser Gruppe hatten entweder keine vermittlungsrelevante Berufsausbildung oder waren durch Arbeitsmarktentwicklung und längere Nichtbeschäftigungszeiten in ihrem Beruf chancenlos geworden. Alle diese Frauen, vier in der Studie, bewerteten als belastenden Aspekt ihrer Arbeitslosigkeit die Abhängigkeit vom Sozialamt (3 der vier Frauen waren zum Zeitpunkt der Befragung in einer Massnahme aus dem Programm "Arbeit statt Sozialhilfe" nach Paragraph 19 BSHG). Die Sorge um die Versorgung der Kinder, die ständige unverhältnismässige Geldknappheit und die Ungewissheit, wie es weitergeht, macht den Frauen mehr zu schaffen, als die für sie absolut relevante Frage, wie sie die durch Arbeitslosigkeit entstehende Freizeit füllen könnten. Ein sehr ähnliches Problem zu anderen alleinstehenden Betroffenen, durch die Kinderversorgung noch verschärft, ist die Isolation, in der diese Frauen leben. Eine Unterstützung dieser Problemgruppe scheint zunächst hauptsächlich eine Frage sozialpolitischer Lösungen zu sein und nicht eine Frage von Gesundheitsaufklärung.

Die Frauen der Gruppe 4 leiden meist unter der Entwertung, mit der Arbeitslosigkeit assoziiert wird, genauso stark wie Männer.

Besonders intensiv trat dies bei einer Frau mit hohem Bildungsstand auf. Bei Frauen niedrigeren Qualifikationsstandes war das Leid nicht so deutlich zu erkennen. Der Grad der Arbeitsorientiertheit, der sozialisationsbedingt ist, ist offenbar bei Frauen genauso wirksam wie bei Männern. Je nach Interesse sind die meisten dieser Frauen dankbare Abnehmer für themenorientierte Arbeit in Gesellschaft. Ähnlich wie bei den Frauen in Gruppe 2 sind ihre Energien seltener durch die Familie gebunden. Die Bandbreite in geäußertem Interesse geht von Entspannungstraining über Ernährung bis zur frauenspezifischen Arbeitsmarktpolitik.

Eine ebenfalls mehrfach auftretende Problemlage ist die der Frauen in Gruppe 5. Auch sie unterscheiden sich kaum von ihren männlichen Altersgenossen (zwischen 18 und 25 Jahre). Für sie sind die grössten Belastungen die finanzielle Abhängigkeit vom Elternhaus und in den meisten Fällen die Untätigkeit. Sowohl junge Frauen und Männer in dieser Lage geben sich häufig sehr unbekümmert, man kann aber hinter der fröhlichen Maske häufig deutliche Untertöne erkennen, die Minderwertigkeitsgefühle und Resignation ausdrücken. Man kann davon ausgehen, dass junge Frauen wie Männer in den Arbeitslosenzentren Beschäftigung, Gesellschaft und/oder eine Aufgabe suchen.

Die Gruppen, in denen die Problemlagen der Männer zusammengefasst werden, können in Hinblick auf den Familienstand adäquat zu denen der Frauen gebildet werden:

1. Männer, die als Haupternährer für eine Familie mit Kindern verantwortlich sind.
2. Alleinstehende Männer oder geschiedene Männer.  
(Problemgruppe 3 der Frauen fand sich unter den befragten Männern nicht, d. h. es gab keine alleinerziehenden Väter)
3. Männer ohne Kinder und mit berufstätigen Ehepartnerinnen.
4. Junge Männer, die noch bei ihren Eltern leben.
5. Ältere Männer in wiederum noch zu differenzierenden Problemlagen.

Erstaunlich ist, dass Männer, die in der Lebenslage der Gruppe 1 stehen, nur ganz selten unter den Befragten vorkommen. Es handelt sich dabei um Männer zwischen 28 und 48 Jahren, die sich also in dem Lebensabschnitt befinden, in dem die Familie eine wichtige Rolle spielt. Die Männer zeigen in ihren Äusserungen eine besondere Belastung auf, die durch die Nichterfüllung internalisierter Rollenerwartungen hervorgerufen wird. Alle drei hören den Vorwurf ihrer Kinder und Ehefrauen, ihrer Versorgungspflicht nicht gerecht zu werden, obwohl nur in einem Fall dieser Vorwurf von den Angehörigen wirklich ausgesprochen wurde. Verschärft wird dieser Druck, wie alle Probleme in der Familie, wenn finanzielle Not und Schulden hinzutreten.

Der Befragte mit dem höchsten sozialen Status, ein ehemaliger Buchhalter mit Prokura in einer kleinen Firma, hat eine solche Phase offenbar am besten überstanden. Seine sozialen Fähigkeiten und sein gelassener Umgang mit Geld scheinen wichtige Funktionen

bei der Überwindung der Folgen der Arbeitslosigkeit gehabt zu haben.

Eine wichtige Gruppe für Massnahmen der Gesundheitsarbeit sind die am häufigsten auftretenden alleinstehenden oder geschiedenen Männer der Gruppe 2. Sie bieten, besonders im fortgeschrittenen Alter, das desolateste Bild. Bei dieser Gruppe findet man die auffälligsten Veränderungen in der gesundheitlichen Situation. Das Profil der Belasteten ist eindeutig: alleinstehend, 40 Jahre überschritten, instabile Erwerbskarriere mit häufigen Zeiten der Arbeitslosigkeit und niedriges Qualifikationsniveau.

Ziel der Gesundheitsarbeit muss es sein, diese Männer aus der Isolation in Gruppen zu bringen, die Halt bieten können. Thema solcher Gruppen kann alles sein, was Männern dieses Alters Freude macht. Ähnliches gilt auch für die Gruppe jüngerer Leute, die meist noch nicht diesen eben angedeuteten Abstieg hinter sich haben.

Die Männer in Gruppe 3 unterscheiden sich von den vorgenannten zum einen durch den geringeren finanziellen und Verantwortungsdruck, der auf ihnen lastet, und zum anderen durch ihre günstige soziale Situation, besonders in Hinsicht auf soziale Unterstützung. Man kann an den entsprechenden Betroffenengesprächen deutlich ablesen, dass für sie die Belastung der Arbeitslosigkeit nur peripher erscheint. Als beeinträchtigend geben sie das Defizit in ihrer männlichen Rolle an und die Untätigkeit, die Langeweile. Gesundheitliche Reaktionen werden bei ihnen am seltensten deutlich.

Für die Männer der Gruppe 4 gilt dasselbe, wie für die Frauen der Gruppe 5. Die zu Hause lebenden jungen Männer klagen hauptsächlich über ihre geringe Unabhängigkeit und dass sie nicht denselben Lebensstandard pflegen können, wie ihre berufstätigen Altersgenossen. Die Bindung an das Elternhaus hat jedoch meist offenbar präventive Funktionen in Hinblick auf Drogen- und Alkoholkonsum (wobei auch gefragt werden muss, wie das Elternhaus beschaffen ist). Gleichaltrige, alleinlebende Betroffene haben häufiger einschlägige Erfahrungen gemacht.

Männer in Gruppe 5 müssen grundsätzlich noch einmal unterschieden werden in eine Gruppe derer, die für die absehbare Zeit bis zum Ruhestand arbeitslos wurden und für die sich finanzielle Übergangslösungen ergaben und in die Gruppe derer, die ohne sonderliche Absicherung noch bis zu 10 Jahren zum vorgezogenen Ruhestand überbrücken müssen. Viele der 1. Gruppe können die Arbeitslosigkeit als zusätzliche Zeit der körperlichen Regeneration akzeptieren. Hobbys werden begonnen, neue ehrenamtliche Aufgaben übernommen. All die Tätigkeiten, die man auch den anderen arbeitslosen Betroffenen "verschreiben" möchte, erlangen für diese Betroffenen einen Sinn. Dies gilt vor allem für diejenigen, die eine intakte Familiensituation im Hintergrund haben. Alleinstehende suchen in dieser Situation eher in Vereinen oder anderen Zusammenschlüssen Rückhalt.

Vollständig umgekehrt erscheint die Situation derer, die weder finanzielles Auskommen noch in absehbarer Zeit Aussicht auf Altersruhegeld oder einen Arbeitsplatz haben. Alleinstehende trifft dies besonders hart und führt häufig in einen psychisch und physisch desolaten Zustand. Hier sind auch klare Überschneidungen mit Gruppe 2 zu verzeichnen.

## 6 Ergebnisse der Arztebefragung

Die 5 befragten Ärzte waren:

- 1 Internistin
- 1 Augenarzt, Zusatzbezeichnung "Betriebsarzt", der früher hauptamtlicher Betriebsarzt bei Opel war
- 2 Ärzte für Allgemeinmedizin
- 1 Psychotherapeut, Facharzt für Innere Medizin und
- 1 Psychiater und Neurologe
- 3 Kliniker verschiedener Fachrichtungen

Mit Ausnahme des Psychotherapeuten war die Zusammensetzung der Klientel der Praxen bzgl. der sozialen Schicht "ganz gemischt". Die Internistin und die Allgemeinärzte hatten einen hohen Anteil von Rentnern "aber auch viele Studenten".

Für alle Ärzte spielt die Arbeitslosigkeit nur "am Rande eine Rolle". Sie spiegeln sich vor allen Dingen in psychosomatischen Störungen. Im Vordergrund der Krankheitsbilder, die "ganz sicher" mit der Arbeitslosigkeit zusammenhängen, stehen Schlafstörungen, diffuse Dyskardien, aber auch Asthma und Magen-Darmstörungen. Diese Störungen seien vor allen Dingen bei Arbeitslosen im mittleren und fortgeschritteneren Lebensalter zu finden, die einerseits sehr arbeitszentriert gelebt haben und andererseits wenig Aussicht haben wieder in die Arbeit integriert zu werden. Diese Gruppe zwischen 45 und 50 Jahren, die "genau wissen: Es kommt nichts mehr danach", reagieren mit psychosomatischen Störungen, deren Organwahl schon dispositionell vorgegeben ist. Im Grundsatz bringe die Arbeitslosigkeit nichts "speziell Neues", d. h. keine Neuerkrankung oder neue Symptomatik, sondern Beschwerden, die schon vor der Arbeitslosigkeit eine Rolle gespielt haben, werden verstärkt. Dies trifft besonders auf kardiale und abdominale Erkrankungen zu. In der psychiatrischen Praxis spielen für diese Gruppe in erste Linie depressive Syndrome eine Rolle, und zwar solche vom reaktiven Typ. Ausgelöste endogene Depressionen sind nicht beobachtet worden. Das Prädiktionsalter dieser Depressionen ist etwa 50 Jahre, und es handelt sich fast ausschliesslich um Männer. Es wird immer wieder besonders betont, dass schon vorhandene "Organkarrieren der Erkrankungen", wie sie bei einem Alter zwischen 45 und 50 immer vorliegen, durch verstärkte Symptomatik ausgebaut werden. Diese Männer, die vielfach als Angestellte eine gewisse leitende Position innehatten oder Werkmeister waren, werden durch die Arbeitslosigkeit "existentiell" getroffen. Die Hoffnungslosigkeit, in diesem Alter wieder in den Arbeitsprozess zu kommen, lässt sie "unheimlich leiden", treibt sie in Selbstwertzweifel und führt zu einer "insgesamt depressiven Situation". In dieser werden dann somatische Beschwerden, über die schon vorher geklagt wurde, verstärkt.

Ein gleiches Syndrom wird - nach den Ärzten - beobachtet bei sehr arbeitszentrierten Rentnern, die einen "neuen Lebensinhalt brauchen". Bei beiden Gruppen, den Arbeitslosen des "Mittelalters", wie den plötzlich unvorbereitet in Rente geschickten Personen, kommt es auch zu psychosomatischer Verstärkung vorhandener Herz- und Kreislaufsymptome bei der Ehefrau, wenn diese am Schicksal des Mannes besonders teilhat oder durch die dauernde Anwesenheit des Ehemannes zu Hause, sich bedrückt fühlt. Hier führe dann

Arbeitslosigkeit auch bei beiden Ehepartnern zu einem "verstärkten Ausleben schon neurotischer Familiensyndrome".

Bei derselben Arbeitsgruppe "zwischen 45 und 50 Jahren" seien gesundheitliche Störungen im Zusammenhang mit der Arbeitslosigkeit auch in einem anderen Bedingungs-zusammenhang zu sehen. Gerade diese Gruppe fürchte sich vor der Arbeitslosigkeit, gehe bei Erkrankungen nicht rechtzeitig zum Arzt, "insbesondere wenn sie 45 und älter sind, scheuen sie sich krank zu sein". Dies seien die "leistungswilligen und verantwortungsbewussten Älteren", die, wie vorher dargelegt, auch unter der Arbeitslosigkeit mehr "leiden". Der gleiche Typ von Patienten, der mit der Arbeitslosigkeit nicht fertig wird, ist der, der mit der Rente nicht fertig wird. Man könne geradezu bei dieser Gruppe von "Entzugerscheinungen von der Arbeit" sprechen.

Es ist allgemeine Meinung, dass "jüngere Leute zwischen 20 und 30" die Arbeitslosigkeit "leichter nehmen". "Sie haben ein Hoffnungspotential". Hier sind keine psychosomatischen Reaktionen zu verzeichnen, es sei denn von Patienten, die schon früher auch auf andere Konflikte mit somatischen Symptomen reagiert haben.

Medizinische Leistungen werden von Arbeitslosen nicht häufiger in Anspruch genommen als von Arbeitenden. Alkoholabusus, Medikamentenabusus oder sonstiges Suchtverhalten wird nur bei solchen Patienten verstärkt berichtet, die schon vorher süchtig waren.

Der Psychiater berichtet, dass in einer "beschützenden Werkstatt für psychisch Kranke" unter den 25 Schizophrenen zwischen 20 und 35 Jahren fünf seien, bei denen möglicherweise die Arbeitslosigkeit zum Ausklingmechanismus eines neuen Schubes gedient habe, da ein zeitlicher Zusammenhang bestehe.

Der psychotherapeutisch tätige Internist hat aus seiner Dokumentation festgestellt, dass er 5,8 % Arbeitslose in Behandlung habe, wobei seine Patientengruppe in den Mittelschichten eher neurotisch erkrankte arbeitslose Frauen, in den Unterschichten eher neurotisch erkrankte arbeitslose Männer zu verzeichnen habe. Bei Massenentlassungen sei bei den Männern es meist so, dass die Frauen eine Arbeitsstelle übernehmen und die Männer versuchten, die Hausarbeit zu machen. Dieser Rollenwechsel wird als sehr konfliktreich erlebt und von einigen "Hausmännern" mit typischen Beschwerden, wie man sie sonst eher bei Frauen finden würde, beantwortet (Migräne u. ä). Bei Frauen glaubt der Psychotherapeut vermehrt Schwindelerscheinungen und Rückenbeschwerden feststellen zu können. Es wird hier darauf hingewiesen, dass das Problem Arbeitslosigkeit durchaus auch Selbständige treffen kann, die infolge von Konkursverfahren ohne Betätigung sind.

Die meisten Ärzte stehen für die Arbeitslosen, wie für andere Problemfälle, ein- oder mehrmal in der Woche zu besonderen Gesprächen zur Verfügung.

Präventive Massnahmen werden genannt, z. B. Gesprächskreise und Entwicklung von "ernsthafte"n Hobbys. Angebote von sportlichen Aktivitäten werden aber sehr skeptisch beurteilt.

Die zur Kontrolle interviewten drei Kliniker bestätigten im grossen und ganzen die Ansicht der niedergelassenen Ärzte, wenn auch im klinischen Alltag eines Regelversorgungskrankenhauses die sozialen Konstellationen der Patienten weniger in den Blick geraten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass nach Auskunft der ärztlichen Experten, unmittelbar körperliche Erkrankungen keinen Zusammenhang mit dem Phänomen der Arbeitslosigkeit aufweisen. Es wird übereinstimmend die Gruppe der 45- bis 50jährigen älteren Arbeitslosen, die zudem noch sehr berufsorientiert gelebt hat, als prädestiniert betrachtet, auf längere und meist unabsehbare Arbeitslosigkeit mit psychosomatischer Verstärkung schon vorhandener Organsyndrome zu reagieren.

## 7. Zusammenfassung

### 7.1. Durchführung der Studie

Die Untersuchung wurde in fünf Arbeitslosenzentren, einer kirchlichen Beratungsstelle, drei Arbeitsämtern, zwei Weiterbildungseinrichtungen und mit niedergelassenen Ärzten durchgeführt. Die Schwerpunkte der Population lagen bei den professionellen Mitarbeitern der Arbeitslosenzentren, deren Berufsbild von Sozialarbeiter über Psychologe bis zu Handwerksmeister reicht, bei Betroffenen in Massnahmen der Arbeitsverwaltung und bei niedergelassenen Ärzten. Die Verteilung ist der folgenden Auflistung zu entnehmen:

Bereich 1 (n= 17)

Experten aus der psychosozialen Beratung (Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Psychologen etc.)

Bereich 2 (n= 13)

Experten aus der Arbeitsverwaltung und ihr angeschlossene Einrichtungen

Bereich 3 (n= 83)

Betroffene aus ausgewählten Kursen, Massnahmen und Aktivitäten bei Arbeitsverwaltung, Arbeitslosenzentren und Selbsthilfegruppen

Bereich 4 (n= 9)

Niedergelassene Ärzte und Kliniker

Zur Informationsgewinnung bediente sich die Untersuchung

1. Qualitativer Leitfadenterviews
2. Expertengespräche,
3. Gruppendiskussionen und
4. teilnehmender Beobachtung.

Die Interviewleitfäden waren offen angelegt und gaben abgesehen von einigen Standarddaten und Orientierungspunkten für den Interviewer nur die notwendigste Struktur vor.

### 7.2. Die im Antrag formulierten Fragestellungen

7.2.1. Gibt es unmittelbar gesundheitsbezogene Inhalte in der Beratung, Versorgung und Selbsthilfe? Im Sinne einer Gesundheitsaufklärung lässt sich diese Frage klar verneinen. Aus verschiedensten Hinweisen und Antworten lässt sich klar entnehmen, dass das Thema Gesundheit in keiner der befragten Institutionen bis zum Zeitpunkt der Befragung behandelt worden war.

7.2.2. Die Frage nach eingebundenen Nebeneffekten in Aktivitäten von gesundheitunabhängigen Inhalten dagegen lässt sich bejahen. Am Beispiel der Beratung lässt sich zeigen, in welcher Weise diese Nebeneffekte auftreten. Da Gesundheit Bestandteil vieler alltäglicher Handlungsvollzüge ist, wird sie in Beratungsgesprächen auch zum Thema. Der Berater fungiert als Aufklärer, wenn es um Probleme geht, die mit Gesundheit und Leistungsrecht zu tun haben, bei familiären Fragen, bei Fragen der Lebensführung etc.

Er vermittelt also gesundheitsbezogenes Wissen, sofern es mit dem von Klienten präsentierten Problem in Beziehung steht. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass auch der Klient Einfluss auf die Gestaltung des Gesprächs nimmt. Einem Klienten, der mit einem sachlich klar abgegrenzten Problem die Beratung aufsucht, bietet der Berater kein Gespräch über gesundheitliche Fragen an. Dies tut er nur bei von Klienten präsentierten Problemen, die in Gesundheitsbezüge eingebunden sind. Gesundheitliche Nebeneffekte variieren sowohl in Abhängigkeit zum präsentierten Problem als auch zur Bedürfnislage der Klienten.

- 7.2.3. Von gesundheitserzieherischen Intentionen unabhängige Gesundheitseffekte zeigen sich in den verschiedenen untersuchten Massnahmen und Aktivitäten. Dabei lässt sich die Regel aufstellen, dass je lebenspraktischer und reeller das Angebot der Hilfen ist, je mehr sie dazu beitragen können, Perspektiven für das weitere Leben aufzubauen, desto weitreichender und nachhaltiger wirken sie auf das Befinden und die psychophysische Gesundheit der Menschen. Der momentane, aufhellende Effekt kurzfristiger Massnahmen verblasst gegen die Bedeutung der oben beschriebenen Hilfsangebote. Besonders das Beispiel der Übungswerkstatt (verbunden mit der Möglichkeit umzuschulen) und die an sie geknüpften, im Bericht näher beschriebenen Bedingungen machen deutlich, wie motivierend und aufbauend perspektiveschaffende Angebote sind.

Man darf allerdings die langfristigen negativen Effekte, die zu erwarten sind, wenn die neugeschöpfte Hoffnung enttäuscht wird, der neue Arbeitsplatz trotz Qualifizierung nicht zu erreichen ist, nicht vernachlässigen, noch unterschätzen. Leider sind diese Effekte in dieser Studie nicht beschreibbar, da Betroffene in entsprechender Lage nicht angetroffen wurden. Es ist jedoch eindeutig, dass von dieser Massnahmenart am ehesten Gesundheitseffekte für das Kollektiv der Betroffenen ausgehen.

- 7.2.4. Auch die Frage nach den Formen und Inhalten der Beratung, Versorgung und Selbsthilfe, die besonders gesundheitsbezogene Effekte fördern, soll mittels eines Beispiels beantwortet werden. Die besten Möglichkeiten für eine problemgebundene Aufklärung bietet im Bereich der kollektiven Aktivitäten das Wochen- oder Wochenendseminar in Verbindung mit drei im folgenden genannten wichtigen Bedingungen:

1. Es muss ein Vertrauensverhältnis zum Leiter bzw. Referenten der Veranstaltung und unter den Gruppenmitgliedern bestehen oder geschaffen werden.

2. Die Teilnehmer müssen schon verschiedene Erfahrungen bei der Auseinandersetzung mit dem Thema Arbeitslosigkeit gewonnen haben (Klienten, deren akute, aus der Arbeitslosigkeit resultierende Problematik noch nicht bearbeitet wurde, werden kein Verständnis für eine solche Fragestellung zeigen).

3. Gesundheit kann inhaltlich am ehesten im Zusammenhang



allgemeingesellschaftlicher Trends behandelt werden (Sport, Ernährung, Psychosomatik, Umweltschutz etc.). Diese Bedingungen sind auch Resultat eines Workshops, den die Bearbeiter der Studie für die Besuchergruppe eines Arbeitslosenzentrums im Rahmen einer Gesprächswoche im Grünen gestaltet haben.

Ansatzpunkte für Strategien zur Durchführung von Gesundheitskampagnen lassen sich in der vielgestaltigen Arbeit von Arbeitslosenzentren, Weiterbildungsträgern und Selbsthilfegruppen nicht finden. Vielmehr geht der Weg zu den Betroffenen mit einem Thema immer über die zentralen Personen (also Experten oder inoffizielle Gruppenleiter) der Gruppen. Aussicht auf Akzeptanz besteht dabei jedoch nur, wenn Gesundheit dem Gesamtproblem als ein Element des Coping zugeordnet ist, d. h. im Zusammenhang mit lebenspraktischen oder perspektiveschaffenden Hilfsangeboten steht oder dargestellt wird.

### 7.3. Ergebnisse der Gespräche mit den Experten der Arbeitsverwaltung und der Ärzte betreffen, eingegangen.

Die Experten der Arbeitsämter kommen mit den gesundheitlichen Problemen ihrer Klientel nur dann in Kontakt, wenn diese vermittlungsrelevant sind oder wurden. Gesundheitsprobleme, die aus den sozialen und psychischen Belastungen der Betroffenen resultieren, werden als nicht sonderlich ins Gewicht fallendes Phänomen behandelt. Hier tut Aufklärung über Problemlagen und Bedingungsbeziehungen, die den Beratungsalltag prägen, not. Spricht man mit Betroffenen, erhält man deutliche Hinweise, dass die Stigmatisierung der Arbeitslosen im Arbeitsamt beginnt. Bevor man jedoch unberechtigt schuldzuweisend unter den Mitarbeitern der Arbeitsämter aktiv wird, sollte eine Analyse des angesprochenen Problems in der Institution durchgeführt werden.

Für die Ärzte ist Arbeitslosigkeit nur ein Problem am Rande in der täglichen Praxis. Die Problemlagen, die eine besondere Rolle in der Versorgung der arbeitslosen Patienten spielen, decken sich mit denen die auch für die Experten des psychosozialen Bereichs Bedeutung haben. Alle Ärzte können bei einem Teil ihrer arbeitslosen Patienten einen Einfluss der Arbeitslosigkeit auf deren gesundheitlichen Entwicklung feststellen. Fast alle Ärzte bieten ihren Patienten besondere Termine, an denen auch über streng medizinische Fragen hinausgehende Probleme besprochen werden können, so auch Folgeprobleme der Arbeitslosigkeit. Besondere, von der Behandlung aller Patienten abweichende Massnahmen ergreifen die Ärzte bei Betroffenen nicht.

### 7.4. Ansätze einer praktischen, problem- und problemgruppenorientierten Gesundheitsarbeit

Aus dem Ergebnis der Studie lassen sich einige grundsätzliche Gedanken zur Gesundheitsarbeit mit Arbeitslosen ableiten. Wir sind zu der Überzeugung gekommen, dass Gesundheitsarbeit mit Arbeitslosen eine Gemeinwesenarbeit ist, die die Integration der Betroffenen in der Gesellschaft der Beschäftigten erhält oder, falls notwendig, wieder herstellt. Auf diese Weise lässt sich verhindern, dass an dem Symptom der Betroffenen therapiert wird,

ohne dabei das verursachende System, hier vor allem auch das engere, stigmatisierende Netzwerk, aus der Therapie auszuschliessen. Der Ausschluss der Betroffenen aus der Gesellschaft der Beschäftigten wird durch zwei Seiten betrieben, durch die soziale Umwelt auf der einen, durch die internalisierten Wertvorstellungen der Betroffenen selbst auf der anderen Seite. Es reicht also nicht, die Betroffenen von Individualschuld zu befreien, wenn das umgebende Netzwerk dies nicht anerkennt. Gesundheitsarbeit mit von Arbeitslosigkeit Betroffenen muss Gemeinwesenarbeit sein, und sollte in ihrer praktischen Konsequenz die Möglichkeit eröffnen, Beschäftigte und Nichtbeschäftigte gleichzeitig z. B. in Bürgerhäusern, Begegnungszentren und Initiativen gemeinsam zu erreichen.

Ein weiteres Ergebnis der Studie ist, dass Aufklärungskampagnen in klassischer Form nur auf wenig Erfolg hoffen dürfen. Die Alternative hierzu wäre die Erarbeitung von Leitfäden und Arbeitsmaterialien, die die Bezugspersonen in Zentren und Initiativen für das Thema interessieren und über Möglichkeiten gesundheitsfördernder Massnahmen informieren. Die Umsetzung und Durchführung der angebotenen Massnahmen soll in der Verantwortung der Gruppen und Zentren selbst liegen.

Bei der Erarbeitung von Materialien für unmittelbare Gesundheitsaufklärung sind die in diesem Kapitel unter Punkt 7.2.4 genannten Bedingungen zu beachten. Desweiteren sind Angebote mit gesundheitsfördernden Aspekten in grosser Zahl denkbar: Familienfreizeiten in Form von Kurzurlauben, feste monatliche Spielenachmittage für Erwachsene und Kinder, Nachbarschaftsfeste, Lauftreffs für Arbeitslose und Schichtarbeiter morgens oder mit sonstigen Berufstätigen abends, Fussballturniere mit Freizeitmannschaften, Tanzveranstaltung für alle Bewohner des Stadtteils und viele Möglichkeiten mehr.

Zu den bisher genannten Massnahmen gehört auch die Aufforderung an alle Träger kultureller und sportlicher Einrichtungen (Kommunen und Vereine), ihre Angebote für Betroffene zugänglich zu machen, d. h., Mitgliedsbeiträge zu senken oder zu erlassen, in öffentlichen Verkehrsmitteln, Sportstätten und kulturellen Einrichtungen (Theater, VHS) die Preise angemessen zu ermässigen.

Übersichtstabellen : Befragte Personen

Betroffene	Saarland	Ruhrgebiet	Gesamt
in Einzelgesprächen			
Arbeitslosenzentren	16	6	22
Arbeitsverwaltung	--	13	13
Selbsthilfegruppen	--	2	2
Gesamt	16	21	37
zusätzlich in Gruppengesprächen			
Arbeitslosenzentren	--	17	17
Selbsthilfegruppen	--	29	29
Gesamt (alle)	16	67	83
Geschlecht			
männlich	6	41	47
weiblich	10	26	36
Dauer der Arbeitslosigkeit * in Monaten			
0 -u. 6	--	2	2
6 -u. 12	2	2	4
12 u. mehr	13	17	30
Alter *			
21 -u. 30	5	9	14
30 -u. 49	10	7	17
49 -u. 66	--	6	6

\* Bezieht sich nur auf die Einzelgespräche. in den Gruppen waren nur Langzeitarbeitslose zur Hälfte in Altersgruppe 2, zur Hälfte in Altersgruppe 3 vertreten (geschätzt).

Experten	Saarland	Ruhrgebiet	Gesamt
Arbeitslosenzentren	8	9	17
Arbeitsämter	1	12	13
Ärzte	6	3	9