

Berner Fachhochschule
Soziale Arbeit

**Die Gesundheit sozialhilfebeziehender Erwerbsloser in der Stadt Bern.
Schlussbericht zuhanden des Auftraggebers**

David Lätsch, Roger Pfiffner und Martin Wild-Näf

**Herausgeber**

Berner Fachhochschule, Fachbereich Soziale Arbeit

Autoren

lic. phil. David Lätsch, lic. phil. Roger Pfiffner, Prof. Dr. Martin Wild-Näf

Projektleitung

lic. phil. David Lätsch, wissenschaftlicher Mitarbeiter

Auftraggeberin und Finanzierung

Die vorliegende Studie wurde von der Direktion für Bildung, Soziales und Sport der Stadt Bern (BSS) im Rahmen der vom Gemeinderat der Stadt Bern beschlossenen »Strategien und Massnahmen zur Förderung der beruflichen und sozialen Integration in der Stadt Bern 2010–2013« in Auftrag gegeben und finanziert.

Kontakt

lic. phil. David Lätsch, david.laetsch@bfh.ch, Tel. 031 848 36 93

November 2011



Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
1 Einleitung	4
1.1 Kontext der Studie	4
1.2 Theoretischer Zugang	5
1.3 Aktueller Stand der Forschung	5
1.4 Fragestellungen der Studie	10
1.5 Population und Stichprobe	11
1.6 Studiendesign und Methoden	15
2 Ergebnisse	16
2.1 Gesundheitsverständnis	16
2.2 Gesundheitszustand und Lebensqualität	20
2.2.1 Allgemeiner Gesundheitszustand	20
2.2.2 Unterschiedliche Aspekte von Gesundheit und Lebensqualität	26
2.2.3 Körperliche Gesundheit	31
2.2.4 Psychische Gesundheit	38
2.2.5 Soziale und materielle Lebensqualität	46
2.3 Gesundheitsverhalten	51
2.3.1 Ernährung, Bewegung, Suchtmittelkonsum	52
2.3.2 Inanspruchnahme von Behandlungen durch Fachpersonen	56
2.4 Formen der psychischen Bewältigung von Erwerbslosigkeit	58
2.5 Subjektiver Handlungsbedarf und Handlungsansätze	63
2.5.1 Handlungsbedarf allgemein	63
2.5.2 Handlungsbedarf und -ansätze in spezifischen Lebensbereichen	65
2.5.3 Motivation zur Teilnahme an einem Projekt der Gesundheitsförderung	70
3 Synthese	71
3.1 Gesundheitliche Situation und Lebensqualität sozialhilfebeziehender KlientInnen	71
3.2 Zur besonderen Situation verschiedener Altersgruppen	73
3.3 Subjektiver Handlungsbedarf und Handlungsbereitschaft	77
Literaturverzeichnis	78
Abbildungsverzeichnis	82
Tabellenverzeichnis	84



Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht informiert über die Ergebnisse einer Studie, die der Fachbereich Soziale Arbeit der Berner Fachhochschule im Auftrag der Direktion für Bildung, Soziales und Sport der Stadt Bern (BSS) durchgeführt hat. Die Studie steht im Kontext eines aktuellen Praxisprojekts der Stadt Bern, das sich der Gesundheitsförderung bei erwerbslosen Menschen widmet. Ziel der Studie war es, das subjektive Gesundheitsverständnis, den Gesundheitszustand sowie das Gesundheitsverhalten erwerbsloser Sozialhilfebeziehender in der Stadt Bern in Erfahrung zu bringen. Zusätzlich zu diesen drei erkenntnisorientierten Fragestellungen ging es um die Erkundung von Handlungsbedarf und -potential: Die befragten Klientinnen und Klienten der Sozialhilfe wurden ermutigt, darüber nachzudenken, ob und (wenn ja) wo sie einen Bedarf zur Veränderung ihrer aktuellen gesundheitlichen Situation sehen, ob sie sich persönlich für die Förderung der eigenen Gesundheit engagieren möchten und welche Ideen und Handlungsansätze sie in ein solches Projekt einbringen könnten. Das Phänomen Gesundheit wird in der Studie begrifflich breit gefasst, so dass es Aspekte der psychischen, körperlichen, sozialen und im weiteren Sinn materiellen Lebensqualität einschliesst. Zentrale Befunde lauten:

- Die befragten Sozialhilfebeziehenden fühlen sich im Durchschnitt markant weniger gesund als der Durchschnitt der schweizerischen Gesamtbevölkerung. Sie berichten über deutlich mehr gesundheitliche Probleme und sind massiv häufiger in ärztlicher und/oder psychotherapeutischer Behandlung. Die häufigsten körperlichen Probleme sind Rücken- und Kreuzschmerzen sowie Bein-, Knie- und Fussbeschwerden. Die häufigsten psychischen Probleme sind Gefühle der Trauer und der Freudlosigkeit, ein beeinträchtigtes Selbstwertgefühl, Motivationsverlust sowie Zukunfts- und Existenzängste.
- Junge KlientInnen (Altersgruppe 18–25 Jahre) sind, was ihren subjektiven Gesundheitszustand betrifft, die am wenigsten beeinträchtigte Altersgruppe: Sie fühlen sich im Durchschnitt noch annähernd gleich gesund wie gleichaltrige Personen in der Gesamtbevölkerung. Indes bestehen Hinweise auf eine psychische Gefährdung: So ist die Überzeugung der jungen KlientInnen, auf das eigene Leben durch eigenes Handeln massgeblichen Einfluss nehmen zu können, im Vergleich mit erwerbstätigen Personen gleichen Alters bereits erheblich erodiert. Ein Risiko ist der Suchtmittelkonsum: Die jungen KlientInnen konsumieren stark überdurchschnittlich, betrachten den Konsum aber kaum als Problem.
- KlientInnen mittleren Alters (26–45 Jahre) fühlen sich im Durchschnitt markant weniger gesund als jüngere KlientInnen und nicht besser als ältere KlientInnen. Vom Verlust der Überzeugung, das eigene Leben selbst gestalten zu können, sind sie so stark betroffen wie keine andere Altersgruppe, und die negativen psychischen Folgen der Erwerbslosigkeit sind bei ihnen in der subjektiven Wahrnehmung am deutlichsten ausgeprägt. Der Suchtmittelkonsum ist hoch, das diesbezügliche Problembewusstsein ebenso.
- Ältere KlientInnen (56–65 Jahre) sind, was ihre körperliche Gesundheit betrifft, ähnlich beeinträchtigt wie KlientInnen mittleren Alters. In den Bereichen der psychischen und sozialen Lebensqualität scheinen sie sich indes stärker mit ihrer Lebenssituation zu arrangieren: Es gibt Hinweise, dass ältere KlientInnen sich durch den Status der Langzeiterwerbslosigkeit weniger stigmatisiert fühlen als Personen mittleren Alters. Vermutlich durch eine generelle Reduktion ihrer Ansprüche sind ältere KlientInnen zudem stärker als jüngere davon überzeugt, ihr Leben in relevanten Aspekten selbst in der Hand zu haben.
- Der Veränderungsbedarf, den die KlientInnen im Bezug auf ihre aktuelle Lebenssituation sehen, ist allgemein hoch bis sehr hoch. 95% der Befragten benennen mindestens einen zentralen Lebensbereich, in dem sie selbst aktiv etwas unternehmen wollen, wenn sich Lösungswege auftun. Drei von fünf der befragten KlientInnen wären bereit, ihre persönlichen Erfahrungen und Stärken im Rahmen eines Praxisprojekts der Gesundheitsförderung einzubringen.



1 Einleitung

1.1 Kontext der Studie

Im März des Jahres 2010 hat der Gemeinderat der Stadt Bern ein Bündel an Massnahmen¹ für den Zeitraum 2010–2013 verabschiedet, das die berufliche und soziale Integration erwerbsloser Menschen in der Stadt Bern fördern soll. Die 20 Massnahmen des Bündels lösen frühere Strategien und Massnahmen zur Bekämpfung von (Jugend-)Arbeitslosigkeit aus den Jahren 2005–2009 ab und beziehen sich auf die drei Handlungsfelder Ausbildungslosigkeit, Arbeitslosigkeit und Langzeitarbeitslosigkeit. Die entsprechenden Hauptzielgruppen sind Jugendliche und junge Erwachsene im Übergang von der obligatorischen Schule in die berufliche Grundbildung, bezugsberechtigte Erwerbslose sowie sozialhilfebeziehende Langzeiterwerbslose. Zu den verschiedenen inhaltlichen Schwerpunkten der Massnahmen gehört die Förderung von Gesundheit, Partizipation und Selbsthilfe: Diese drei Anliegen sollen als Querschnittsthemen über alle genannten Handlungsfelder hinweg zum Tragen kommen. Zur Verwirklichung dieses Ziels ist jedem der drei Aspekte eine eigene Massnahme innerhalb des Bündels gewidmet: Massnahme 13 dem Thema Gesundheit, Massnahme 14 dem Thema Partizipation sowie Massnahme 15 dem Thema Selbsthilfe. Ort der operativen Umsetzung ist das Kompetenzzentrum Arbeit (KA) der Stadt Bern, ein Bereich des städtischen Sozialamts.

Die mit diesem Bericht vorgelegte Studie über das Gesundheitsverständnis, den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der sozialhilfebeziehenden Klientinnen und Klienten des Kompetenzzentrums Arbeit ist Bestandteil der Massnahmen 13–15. Der Fachbereich Soziale Arbeit der Berner Fachhochschule (BFH) ist von der Stadt Bern im August 2010 damit beauftragt worden, die Umsetzung der drei Massnahmen als wissenschaftlicher Projektpartner zu begleiten. Die Verantwortlichen auf beiden Seiten der Projektpartnerschaft waren sich von Anfang an darin einig, dass die Themen Gesundheit, Partizipation und Selbsthilfe eine enge inhaltliche Verschränkung nahelegen. So sollten unter dem gemeinsamen Dach der drei Massnahmen Angebote entwickelt werden, die die Gesundheit der KlientInnen unter gleichzeitiger Wahrung und Inanspruchnahme von Partizipation und Selbsthilfe fördern.

Dazu war es in einem ersten Schritt geboten, die im Blickpunkt der Massnahmen stehenden Klientinnen und Klienten selbst zu Wort kommen zu lassen. Die KlientInnen selbst sollten sagen, ob und (wenn ja) in welchen Bereichen sie eine Verbesserung ihrer Gesundheit anstreben wollen, und sie sollten im Sinn von Partizipation und Selbsthilfe dazu aufgefordert werden, entsprechende Ideen und Handlungsansätze aus eigener Kraft (wo nötig mit Unterstützung von Fachleuten) zu entwickeln. Zu diesem Zweck wurde eine Befragung durchgeführt, über deren Resultate der vorliegende Studienbericht informiert.

Wir werden im folgenden Einleitungskapitel zunächst kurz unseren theoretischen Zugang zur Thematik der Studie skizzieren und über den aktuellen Forschungsstand zum Zusammenhang von Gesundheit und Erwerbslosigkeit berichten. Danach stellen wir die Fragestellungen der Studie dar, erläutern ihr methodisches Design und beschreiben Population und Stichprobe. Im zweiten Kapitel bringen wir die Ergebnisse der Studie zur Darstellung, im dritten und abschliessenden Kapitel führen wir unsere zentralen Befunde in einer Synthese zusammen.

¹ »Strategien und Massnahmen zur Förderung der beruflichen und sozialen Integration in der Stadt Bern 2010–2013« (Gemeinderat der Stadt Bern, 2010).



1.2 Theoretischer Zugang

Mit der vorliegenden Studie war das Anliegen verbunden, die befragten KlientInnen zu ihrem persönlichen Verständnis von Gesundheit selbst zu Wort kommen zu lassen. Dieser Absicht entsprechend wurde den KlientInnen kein theoretischer Begriff von Gesundheit vorgegeben, sondern sie konnten und sollten in ihren Antworten jeweils ihr persönliches Verständnis des Begriffs »Gesundheit« zugrundelegen. Dennoch mussten wir uns in der Erarbeitung des Fragebogens, an dem sich die InterviewerInnen in der Durchführung der Befragung orientierten, zumindest grundsätzlich auf ein theoretisches Verständnis von Gesundheit und von deren Zusammenhängen mit anderen Lebensbereichen beziehen, aus dem heraus das Spektrum der berücksichtigten Fragen begründet werden konnte. Dabei haben wir uns eng an einschlägiger psychologischer, medizinischer, pflegewissenschaftlicher und soziologischer Forschung orientiert. Das wesentliche Merkmal des resultierenden Vorverständnisses ist es, dass der von berücksichtigte Gesundheitsbegriff *breit gefasst* ist und *sowohl körperliche, psychische wie auch soziale Aspekte von Lebensqualität* einschliesst. Welche Aspekte damit näher gemeint sind, wird in der nachfolgenden Darstellung des aktuellen Forschungsstandes zum Zusammenhang zwischen Erwerbslosigkeit und verschiedenen Aspekten des Gesundheitsbegriffs deutlich.

1.3 Aktueller Stand der Forschung

Die Beziehung zwischen Erwerbslosigkeit und Gesundheit ist in den Sozial- und Gesundheitswissenschaften bereits vergleichsweise früh erforscht worden. Im Jahr 1933 erschien eine Studie von Jahoda, Lazarsfeld und Zeisel (1933/1975) über die *Arbeitslosen von Marienthal*. Diese Untersuchung ist später zum soziologischen und sozialpsychologischen Klassiker avanciert. Jahoda und ihre beiden Kollegen erforschten in einer Arbeitersiedlung in der Nähe Wiens, welche psychischen, sozialen und gesundheitlichen Folgen mit dem Phänomen der Massenarbeitslosigkeit verbunden waren, die kurz zuvor mit der Schliessung der ortsansässigen Fabrik eingetreten war. Sie stellten fest, dass die Mehrheit der Betroffenen mit Resignation, Verzweiflung oder Apathie reagierte; nur eine kleine Minderheit blieb, wie die Forscher es nannten, »ungebrochen«. In aller Regel ging mit der Arbeitslosigkeit ein schneller Verfall der Zukunftsperspektive einher, und die Betroffenen fanden sich in ihrem Alltag nicht mehr zurecht. Mit Blick auf das Epochenphänomen Massenarbeitslosigkeit hielten Jahoda und ihre beiden Kollegen in ihrem Abschlussbericht fest: »Wir haben als Wissenschaftler den Boden Marienthals betreten: wir haben ihn verlassen mit dem einen Wunsch, dass die tragische Chance solchen Experiments bald von unserer Zeit genommen werde« (Jahoda, Lazarsfeld & Zeisel, 1975, S. 112).

Auf derart feierliche Notizen verzichten WissenschaftlerInnen heute weitgehend, aber auch die neueren Forschungsergebnisse legen den Schluss nahe, dass die Erfahrung der Erwerbslosigkeit potenziell tief in die Qualität des psychischen und sozialen Lebens eines Menschen eingreift.

Zeitgenössische Studien zu dieser Thematik lassen sich grundsätzlich in zwei Typen einteilen: solche auf aggregierter und solche auf individueller Untersuchungsebene. In der erstgenannten Perspektive ist untersucht worden, ob und wie Eigenschaften des Arbeitsmarktes und sozialpolitische Rahmenbedingungen einer Volkswirtschaft mit dem Gesundheitszustand der Bevölkerung zusammenhängen. In einer Übersichtsstudie zu dieser Frage haben Jin, Shah und Svoboda (1995) gezeigt, dass höhere Arbeitslosenraten im Vergleich über mehrere Volkswirtschaften hinweg mit höherer Sterblichkeit, häufigeren Herzerkrankungen, häufigeren psychischen Störungen und häufigeren Suchterkrankungen einhergehen. Paul und Moser (2009a; vgl. Paul & Moser, 2009b) kamen nach Sichtung verschiedener Metastudien zu dem Schluss, dass das ökonomische Entwicklungs-



niveau eines Landes, eine gerechte Einkommensverteilung sowie ein hohes Mass an materieller Unterstützung für erwerbslose Menschen die gesundheitlichen Folgen der Erwerbslosigkeit mindern. Demgegenüber gibt es allerdings auch Studien (vgl. McKee-Ryan, Song, Wanberg & Kinicki, 2005; Ouweneel, 2002), in denen *kein* Einfluss unterschiedlicher sozialer Sicherungssysteme auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung festgestellt wurden. Insgesamt ist die Befundlage aus aggregierten Untersuchungen also nicht ganz eindeutig. Zudem hat diese Art von Studien den Nachteil, dass die den Befunden zugrundeliegenden Ursache-Wirkungs-Verhältnisse infolge des hohen Abstraktionsniveaus der Daten in der Regel kaum einzuschätzen sind.

Eine grössere Bedeutung kommt deshalb unserer Ansicht nach Arbeiten auf der individuellen Untersuchungsebene zu. Hier ist zu unterscheiden zwischen querschnittlichen Studien, die die Gesundheit von erwerbslosen und erwerbstätigen Personen zu einem bestimmten Zeitpunkt vergleichen, und längsschnittlichen Studien, die auf Vergleichen zwischen verschiedenen Zeitpunkten beruhen. Längsschnittliche Studien liegen zum Übergang von der Arbeitslosigkeit in die Wiederbeschäftigung wie umgekehrt zum Übergang von der Beschäftigung in die Arbeitslosigkeit vor.

In einer Meta-Analyse haben McKee-Ryan et al. (2005) die Ergebnisse aus mehr als einhundert einschlägigen Studien auf der individuellen Untersuchungsebene zusammengefasst. Die Autoren ermittelten die Stärke der Zusammenhänge zwischen Erwerbslosigkeit und zahlreichen Facetten von Gesundheit und bezogen in ihre Analyse auch Faktoren ein, die den Zusammenhang vermitteln könnten (sog. Moderatoren).

Im Hinblick auf querschnittliche Studien zeigen die Ergebnisse, dass arbeitslose Menschen sich im Vergleich mit Beschäftigten im Durchschnitt psychisch und körperlich weniger gesund fühlen und mit ihrem Leben und ihren Beziehungen zu anderen Menschen weniger zufrieden sind. Die Unterschiede sind im Bereich der psychischen Gesundheit ausgeprägter als im Bereich der körperlichen Gesundheit. Zu einzelnen Aspekten der psychischen Gesundheit liefert eine Meta-Analyse von Paul, Hassel und Moser (2006) differenzierte Erkenntnisse. Ihr zufolge sind erwerbslose Personen besonders häufig von Symptomen der Depression betroffen, fast ebenso verbreitet sind Angstsymptome, etwas weniger häufig kommen psychosomatische Beschwerden vor, und es verbleibt eine grosse Restgruppe unspezifischer, d.h. nicht eindeutig zuzuordnender Symptome. Insgesamt lässt sich feststellen, dass es kein für die Erwerbslosigkeit spezifisches psychisches Syndrom gibt: Erwerbslosigkeit führt bei unterschiedlichen Menschen zu sehr unterschiedlichen Erlebnisweisen psychischer Belastung (siehe auch Holleder, 2009).

Unter den von McKee-Ryan et al. (2005) berücksichtigten Längsschnittstudien sind solche, die sich auf den Übergang von der Erwerbstätigkeit in die Erwerbslosigkeit beziehen, eher selten. Aus den vorhandenen Untersuchungen lässt sich die Tendenz ablesen, dass sich die *psychische* Gesundheit von Menschen, die erwerbslos werden, in der Zeit des Übergangs wie erwartet verschlechtert (bei schwacher bis mittlerer Effektstärke). Für andere Gesundheitsaspekte jedoch (wie beispielsweise die körperliche Gesundheit) lassen die Fallzahlen keine eindeutigen Schlüsse zu.

Sehr aussagekräftig sind die berücksichtigten Resultate dagegen dort, wo der Übergang von der Erwerbslosigkeit in die Wiederbeschäftigung untersucht wurde. Im Durchschnitt verbessern sich sowohl der psychische Gesundheitszustand, die Lebenszufriedenheit wie auch der subjektiv wahrgenommene körperliche Gesundheitszustand nach dem Wiedereinstieg in die Arbeitstätigkeit erheblich, wobei die stärksten Auswirkungen im Bereich der Lebenszufriedenheit liegen. Ungeachtet dieser generellen Tendenz ist indes auch ersichtlich, dass Arbeitslosigkeit in manchen Fällen zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit führt, die auch durch den Wiedereinstieg in die Arbeit nicht einfach aufgehoben werden kann. Einen entsprechenden Befund haben Price, Choi und Vinokur (2002) in einer Längsschnittstudie mit mehr als siebenhundert Betroffenen vorgelegt.



Informativ sind die meta-analytischen Erkenntnisse von McKee-Ryan et al. (2005) auch dort, wo es um die Frage geht, welche persönlichen, sozialen oder materiellen Voraussetzungen auf der Seite der erwerbslosen Person häufig mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen einhergehen. Die Antwort auf diese Frage unterscheidet sich in Abhängigkeit davon, ob man die psychische oder die körperliche Gesundheit in den Blick nimmt. Bezieht man sich auf Aspekte der psychischen Gesundheit und der Lebenszufriedenheit, wo die Befundlage insgesamt am deutlichsten ist, dann ergeben sich besonders markante Zusammenhänge mit den nachfolgend aufgeführten Faktoren. Es handelt sich um korrelative Befunde, die über die ursächliche Richtung keine Folgerungen erlauben; auch treffen sie selbstredend nicht auf alle Einzelfälle zu. Genannt sind nur Faktoren mit Korrelationen von mindestens mittlerer Stärke, in absteigender Reihenfolge der Stärke:

- *Kognitive Bewertung* der Erwerbslosigkeit als Stressor (engl. *stress appraisal*; vgl. Lazarus & Folkman, 1984): Je weniger eine Person sich in der Lage glaubt, die Erfahrung der Erwerbslosigkeit mit den ihr zur Verfügung stehenden Mitteln zu bewältigen, desto geringer ist ihre psychische Gesundheit und Lebenszufriedenheit.
- *Chancen auf beruflichen Wiedereinstieg*: Je geringer eine Person ihre Chancen einstuft, den Wiedereintritt in den Arbeitsmarkt zu schaffen, desto geringer ist ihre psychische Gesundheit und Lebenszufriedenheit.
- *Wahrnehmung finanzieller Belastung*: Je weniger eine Person daran glaubt, die finanziellen Einbußen der Erwerbslosigkeit bewältigen zu können, desto geringer ist ihre psychische Gesundheit und Lebenszufriedenheit. Die Wahrnehmung der Belastung ist dabei wichtiger als die tatsächliche Differenz zwischen Mitteln und Bedarf.
- *Tagesstruktur*: Je weniger es einer Person gelingt, ihren Alltag auch in der Erwerbslosigkeit zeitlich und aufgabenbezogen zu strukturieren, desto geringer ist ihre psychische Gesundheit und Lebenszufriedenheit.
- *Dauer der Erwerbslosigkeit*: Je länger eine Person erwerbslos bleibt, desto geringer ist ihre psychische Gesundheit und Lebenszufriedenheit.
- *Soziale Unterstützung*: Je weniger Unterstützung eine Person von den Menschen ihres sozialen Umfelds erhält, sei es in Form von Hilfe im Alltag oder in Form emotionaler Zuwendung, desto geringer ist ihre psychische Gesundheit und Lebenszufriedenheit.
- *Stellenwert der Arbeitstätigkeit* für das Selbstverständnis einer Person (englisch *work-role centrality*; vgl. Kanungo, 1982): Je stärker eine Person ihren Selbstwert über die berufliche Arbeitstätigkeit definiert, desto geringer ist ihre psychische Gesundheit und Lebenszufriedenheit.

Bezüglich des (subjektiven) körperlichen Gesundheitszustands weisen nur drei Faktoren statistische Zusammenhänge von mindestens mittlerer Stärke auf: die kognitive Bewertung der Erwerbslosigkeit, die Wahrnehmung der Chancen auf einen beruflichen Wiedereinstieg und die Dauer der Erwerbslosigkeit. In den ersten beiden Fällen ist die Annahme plausibel, dass der Gesundheitszustand den Zusammenhang eher als Ursache denn als Wirkung bestimmt.

Zu beachten gilt es, dass die genannten Faktoren allesamt wesentlich engere Zusammenhänge mit der psychischen Gesundheit und Lebenszufriedenheit erwerbsloser Person aufweisen als soziodemografische Merkmale wie Alter, Bildung, berufliche Funktion vor dem Stellenverlust, Zivilstand, Geschlecht oder ethnische Zugehörigkeit. Auch diese Merkmale sind den Ergebnissen zufolge nicht ohne Einfluss (so scheinen beispielsweise Männer in der Erwerbslosigkeit körperlich stärker beeinträchtigt als Frauen), aber die Korrelationen fallen im meta-analytischen Überblick nur geringfügig aus.



Ergebnisse aus dem deutschsprachigen Raum

Der Zusammenhang zwischen Erwerbslosigkeit und gesundheitsbezogenen Faktoren ist auch im deutschsprachigen Raum wiederholt untersucht worden, wobei eine verstärkte Forschungstätigkeit insbesondere seit der Jahrtausendwende festzustellen ist. Es liegen einerseits Studien zu kleineren Samples erwerbsloser Personen vor, die oft mit einer thematischen Fokussierung und vergleichsweise tiefenscharfen Analysen einhergehen (vgl. Albani et al., 2007; Berth et al., 2005; Dauer et al., 1992; Freidl et al., 2007; Paul, Geithner & Moser, 2009; Studnicka et al., 1991). Andererseits haben Autorinnen und Autoren auch grössere Stichproben ($n > 500$) in ihre Untersuchungen einbezogen (vgl. Berth, Albani & Brähler, 2005; Beutel et al., 2009; Harych, 1995; Laubach, Mundt & Brähler, 1999; Zenger et al., 2010). Aufschlussreich sind aus Deutschland stammende Analysen zu Daten der Sächsischen Längsschnittstudie (Berth et al., 2005, Berth et al., 2010), des Sozioökonomischen Panels (Romeu Gordo, 2006) und des Bundesgesundheits surveys (Rose & Jacobi, 2006). Eine auf den deutschsprachigen Raum bezogene Meta-Analyse analog zu derjenigen von McKee-Ryan et al. (2005) steht noch aus, aber der Blick auf die einzelnen Untersuchungsergebnisse lässt doch den Schluss zu, dass die oben berichteten Erkenntnisse *grosso modo* auch für den deutschsprachigen Raum gelten. Einige deutschsprachige Studien bringen zusätzliche Einsichten. So ist beispielsweise übereinstimmend festgestellt worden, dass Menschen, die fürchten, ihre Arbeitsstelle zu verlieren, von ähnlichen (Albani et al., 2007) oder sogar stärkeren (Harych, 1995) gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen sein könnten als solche, die ihre Stelle bereits verloren haben. Eine kurzzeitige Erfahrung von Erwerbslosigkeit mit anschliessender Wiederbeschäftigung scheint von Männern negativer erlebt zu werden als von Frauen und bei Männern auch negativere gesundheitliche Folgen zu haben (Romeu Gordo, 2006). Ferner gibt es Hinweise, dass das Gerechtigkeitsempfinden einer Person den Einfluss der Erwerbslosigkeit auf die Gesundheit vermittelt: Wer die Gesellschaft, in der er lebt, für sozial ungerecht hält und die eigene Erwerbslosigkeit als einen Ausdruck dieser Ungerechtigkeit sieht, scheint gesundheitlich stärker von der Erwerbslosigkeit betroffen (Freidl et al., 2007).

Eine weitere Quelle von Einsichten in den Zusammenhang von Erwerbslosigkeit und Gesundheit sind die Daten der Krankenkassen, die in Deutschland zuletzt wiederholt zu solchen Analysen genutzt worden sind (BKK Bundesverband, 2005, 2007). In ihnen zeigt sich, dass erwerbslose Menschen im Durchschnitt früher sterben als erwerbstätige (Grobe, 2006). Weitere Unterschiede berichtet Holleder (2008): Erwerbslose Versicherte sind im Vergleich mit erwerbstätigen mehr als doppelt so häufig von einer diagnostizierten psychischen Störung und mehr als dreimal so häufig von einer diagnostizierten Verhaltensstörung betroffen. Männliche Arbeitslose leiden im Vergleich mit männlichen Erwerbstätigen achtmal so häufig an einer psychischen Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen (Suchtmittel) und sind siebenmal so häufig an einer Schizophrenie erkrankt. Diese Differenzen bilden sich auch in den Krankenhausaufenthalten ab: Laut einer Studie des Bundesverbands der Betriebskrankenkassen (BKK, 2007; zit. nach Holleder, 2008, S. 31) wurden Erwerbslose im Jahr 2006 in Deutschland fast doppelt so oft wie Erwerbstätige in einem Krankenhaus behandelt und beanspruchten dabei mehr als doppelt so viele Leistungstage. Ursache der Behandlung war am häufigsten eine Erkrankung aus dem Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen.

Für die Analyse des Zusammenhangs von Erwerbslosigkeit und Gesundheit in der Schweiz bieten die seit 1992 im Fünfjahreszyklus durchgeführten Gesundheitsbefragungen des Bundesamtes für Statistik (Bundesamt für Statistik [BFS], 2005, 2008) eine vielversprechende Datenquelle. Vereinzelt sind diese Daten auch bereits im Hinblick auf Zusammenhänge zwischen Armut und Gesundheit in der Schweiz analysiert worden (vgl. Mäder, 2007; Mäder, Meier & Schmassmann, 2006). Einige Befunde werden im vorliegenden Bericht zu Vergleichszwecken herangezogen und damit unseres Wissens erstmals publiziert.



Selektion oder Kausalität?

Eine zentrale Frage in der Forschung zu Arbeitslosigkeit und Gesundheit bezieht sich auf die Wirkungsrichtung des Zusammenhangs: Macht Erwerbslosigkeit potenziell krank (Kausalitätsthese), Krankheit potenziell erwerbslos (Selektionsthese) oder gilt beides zugleich? Eine abschliessende Antwort auf diese Frage ist trotz intensiver Forschung schwierig. Ein relativ klares Bild zeichnet sich dort ab, wo es um den Einfluss der Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit geht. Hier kommen die Autoren der zitierten Meta-Analyse bei aller Behutsamkeit doch zu einem recht eindeutigen Schluss:

Es wäre unrealistisch von uns zu behaupten, dass wir ein ursächliches Verhältnis zwischen Arbeitslosigkeit und psychischer Gesundheit *beweisen* könnten; im Bezug auf die kausale Interpretation weisen sämtliche Arten von Studien, die sich mit dem betreffenden Zusammenhang beschäftigt haben, gewisse Einschränkungen auf. Dennoch halten wir die Feststellung für gerechtfertigt, dass die Datenanlage insgesamt die Hypothese eines ursächlichen Verhältnis deutlich stützt, zumal es diesbezüglich Übereinstimmung über zahlreiche Arten von Studien und Hunderte von Datenpunkten gibt. (McKee-Ryan et al., 2005, S. 67; Übersetzung v. Verf.)

Es darf also als sehr wahrscheinlich gelten, dass Arbeitslosigkeit (nicht nur in Einzelfällen, sondern in statistisch aussagekräftigem Ausmass) zu psychischen Problemen führen oder bestehende psychische Probleme verschlimmern kann. Der umgekehrte Schluss, dass eine beeinträchtigte psychische Gesundheit verbreitet zu Arbeitslosigkeit führt, ist umstrittener. In der Meta-Analyse von McKee-Ryan et al. (2005) fand sich dieser Zusammenhang nicht bestätigt, und auch andere Autoren weisen daraufhin (z.B. Holleder, 2003, S. 2), dass zumindest von eher geringen Effektstärken auszugehen ist. Während kaum ein Zweifel besteht, dass gravierende gesundheitliche Einschränkungen (ob es sich nun um psychische, körperliche oder suchtbezogene Phänomene handelt) zu Arbeitsunfähigkeit und so zu einem Verlust der Arbeitsstelle und dem Wegfall beruflicher Wiedereinstiegschancen führen können (Cramer et al., 2002), ist das für gesundheitliche Beeinträchtigungen von geringem bis mittlerem Ausmass nicht eindeutig belegt (McKee-Ryan et al., 2005, S. 67; Murphy & Athanasou, 1999). Wo solche ursächlichen Zusammenhänge bestehen, scheinen sie hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass sich gesundheitlich geschwächte Menschen die Strapazen der Arbeitssuche nicht zutrauen, zudem ihre Chancen von vornherein als schlechter beurteilen und sich deshalb weniger oft auf freie Stellen bewerben (Holleder, 2003). Dass der Arbeitsmarkt (in den untersuchten Gesellschaften) hingegen Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen systematisch (das heisst in statistisch nachweisbarem Ausmass) gleichsam aussortiert, ist empirisch nicht belegt.

Erklärungsmodelle

Die bisherige Darstellung zum aktuellen Forschungsstand hat sich auf empirische *Befunde* bezogen. In dem Versuch, diese Befunde zu einem theoretischen Modell zusammenzuführen, werden bereits seit Längerem zwei grundsätzliche Ideen verfolgt. Der erste Ansatz bezieht sich auf die These, dass mit dem Eintritt der Arbeitslosigkeit vielfältige positive Einflüsse im Leben eines Menschen wegbrechen, die üblicherweise mit Arbeit und Arbeitstätigkeit verbunden sind. Der zweite Ansatz besagt, dass infolge der Arbeitslosigkeit bestimmte negative Einflüsse bzw. belastende Lebensumstände neu hinzutreten. An- und Abwesenheit positiver und negativer Lebensumstände sind teilweise wechselseitig aufeinander bezogen wie die beiden Seiten einer Münze, aber die Auswahl und Betonung der für besonders wichtig erachteten Faktoren unterscheidet sich zwischen den beiden Sichtweisen doch recht markant. Einflussreiche frühe Vertreter des ersten Ansatzes sind Jahoda (1982) und Warr (1987). Das Modell der »latenten Deprivation« von Marie



Jahoda ist besonders bündig: Nach diesem Modell sind mit einer geregelten Arbeitstätigkeit üblicherweise fünf Faktoren verbunden, die das psychosoziale Wohlbefinden eines Menschen positiv beeinflussen. Arbeit vermittele dem Arbeitstätigen a) eine Tagesstruktur, gebe ihm b) die Möglichkeit, mit anderen Menschen zusammenzukommen, verleihe seinem Leben c) eine Zielrichtung, verschaffe ihm d) soziales Ansehen und veranlasse ihn e) zu mehr Tätigkeit innerhalb wie ausserhalb der Arbeitszeiten. Je länger die Dauer der Erwerbslosigkeit, desto ausgeprägter ist der Wegfall dieser Faktoren. Vertreter des zweiten Ansatzes wie Price, Friedland und Vinokur (1998) weisen dagegen daraufhin, dass auf erwerbslose Personen eine Kaskade negativer Lebenseinflüsse zukomme: Zukunftssorgen, ein verunsichertes Selbstvertrauen, finanzielle, familiäre und Beziehungsschwierigkeiten sowie verschiedene Formen der sozialen Stigmatisierung. Die berichteten empirischen Befunde liefern Belege für die Gültigkeit beider Erklärungsmodelle (vgl. auch Paul, Geithner & Moser, 2009; Wanberg, 1995; Winefield et al., 1991). Entsprechend hat man versucht, sie anhand des Konzeptes der Viktimisierung theoretisch zu vereinen (vgl. Kieselbach & Beelmann, 2006). Dem Modell der Viktimisierung zufolge macht der Wegfall positiver Lebensumstände die primäre Viktimisierung der Erwerbslosigkeit aus, darauf folgen die genannten negativen Konsequenzen in Form einer zweiten Viktimisierung, und schliesslich sehen sich Erwerbslose in dritter Viktimisierung dem scharfen Urteil ihrer Mitmenschen ausgesetzt, die genau darauf achten, wie die Betroffenen mit ihrer Situation umgehen. Gewinnen können Letztere dabei kaum: Leiden sie dauerhaft unter ihrer Lage, ohne sich daraus befreien zu können, neigt ihr soziales Umfeld dazu, den Betroffenen selbst die Schuld zu geben, weil es nur auf diese Weise seinen »Glauben an eine gerechte Welt« (vgl. Lerner, 1980; Hafer & Bègue, 2005) aufrechterhalten kann. Finden sich die Erwerbslosen hingegen mit ihrer Lage zunehmend besser zurecht und arrangieren sich mit ihrem Status, kommen sie schnell in den Ruf, Profiteure oder gar »Parasiten« der Gesellschaft zu sein. Die hier vorgelegte Darstellung des aktuellen Forschungsstandes hat sich auf allgemeine Zusammenhänge bezogen, die für die Population der Erwerbslosen insgesamt (ohne Binnendifferenzierung in unterschiedliche Subgruppen) zutreffen und durch hohe Fallzahlen als relativ gut gesichert gelten können. In der nun folgenden Präsentation unserer eigenen Forschungsergebnisse werden wir, wo es dem Verständnis der Befunde dient, weitere Studien zu Vergleichszwecken heranziehen. Dabei berücksichtigen wir auch spezifischere und an kleineren Samples gewonnene Erkenntnisse.

1.4 Fragestellungen der Studie

Entsprechend ihrer Situierung im dargestellten Forschungskontext soll unsere Studie grundlegend die folgenden fünf Fragestellungen beantworten:

1. Was genau verstehen die von den Massnahmen 13–15 angesprochenen KlientInnen selbst unter dem Begriff Gesundheit? (Gesundheitsverständnis)
2. Wie gesund fühlen sich die KlientInnen und welche spezifischen gesundheitlichen Probleme berichten sie? (Gesundheitszustand)
3. Wie gesundheitsförderlich ist das alltägliche Verhalten der KlientInnen? (Gesundheitsverhalten)
4. Sehen die KlientInnen selbst einen Bedarf zur Verbesserung ihrer Gesundheit und (wenn ja) in welchen Bereichen? (Handlungsbedarf)
5. Welche persönlichen Ressourcen und Bewältigungskompetenzen können und wollen die KlientInnen zur Verbesserung ihrer Gesundheit nutzen und welche konkreten Ideen zu Angeboten und Projekten bringen sie ein? (Handlungsansätze)



Zusätzlich zu diesen grundlegenden Aspekten soll die Studie Fragen nach dem *Zusammenhang* zwischen gesundheitlichen Phänomenen, der Erfahrung der Erwerbslosigkeit² und psychosozialen Lebensbedingungen beantworten:

6. Wie nehmen die KlientInnen selbst den Einfluss der Erwerbslosigkeit auf ihre Gesundheit wahr (et vice versa) und wie gehen sie mit allfälligen Belastungen um?
7. Welche Unterschiede bezüglich des Verhaltens oder der Lebensumstände der KlientInnen können die vorgefundenen Differenzen des Gesundheitszustandes erklären?

Aus dieser prinzipiellen Verschränkung der Aspekte Gesundheit, Partizipation und Selbsthilfe wurden in der Detailkonzeption der Studie präzisere Fragen herausgearbeitet. Sie werden in der folgenden Erörterung unseres theoretischen Zugangs (Abschnitt 1.5) sowie an vielen Stellen in der Darstellung der Studienergebnisse erläutert.

1.5 Population und Stichprobe

Zielgruppe der Massnahmen 13–15 sind erwerbslose Personen, die in der Stadt Bern Sozialhilfe beziehen. Für die Durchführung der vorliegenden Studie ist diese Population aus organisatorischen Gründen noch einmal eingegrenzt worden, und zwar auf folgende beiden Teilpopulationen:

1. Sozialhilfebeziehende Klientinnen und Klienten des Kompetenzzentrums Arbeit KA, die an einem BIAS-Angebot³ des Typs Berufliche Integration (BI), Berufliche Integration mit Perspektive (BIP) oder Soziale Integration (SI) teilnehmen (oder sich aktuell in einem Abklärungsprozess befinden, der eine Zuteilung zu einem dieser Angebotstypen zum Ziel hat)
2. Sozialhilfebeziehende junge Erwachsene, die am Motivationssemester [to do] teilnehmen.

Bei der erstgenannten Gruppe handelt es sich in der überwiegenden Mehrheit um Personen, die ihr Recht auf den Bezug von Arbeitslosengeldern aufgrund einer länger andauernden Erwerbslosigkeit verloren haben und Sozialhilfe empfangen. Die Zuweisung an das Kompetenzzentrum Arbeit erfolgt durch den Sozialdienst. Das allgemeine Ziel der Teilnahme an den Angeboten des KA besteht für diese Personen darin, dass sie ihre persönlichen, beruflichen und schulischen Kompetenzen stärken, sich eine realistische berufliche Perspektive erarbeiten und – auf der Grundlage dieser Erweiterungen ihrer Kompetenzen und ihres Selbstvertrauens – wo immer möglich wieder den Zugang zum ersten Arbeitsmarkt finden. Letztere Zielsetzung wird insbesondere in den Angebotstypen BI und BIP explizit aufrechterhalten; bei den im Bezug auf ihre beruflichen Perspektiven stärker beeinträchtigten Teilnehmenden des Angebotstyps SI steht das Ziel einer sozialen Integration im Vordergrund, d.h. hier geht es in erster Linie um die Stabilisierung der persönlichen Situation, den Aufbau einer geregelten Tagesstruktur sowie die Aufnahme einer kontinuierlichen Tätigkeit innerhalb eines intakten sozialen Netzwerks. Sämtliche Teilnehmenden der Angebotstypen BI, BIP

² Wir bevorzugen hier wie im gesamten Text der vorliegenden Studie den Ausdruck »erwerbslos« gegenüber dem gebräuchlicheren, aber ungenauen Begriff »arbeitslos«. Die KlientInnen des Kompetenzzentrums Arbeit sind zwar in einem objektiven Sinn erwerbslos, aber sie sind innerhalb der Beschäftigungs- und/oder Qualifizierungsprogramme, an denen sie teilnehmen, durchaus *arbeitstätig*.

³ Bei den BIAS handelt es sich um Beschäftigungs- und Integrationsangebote für Sozialhilfebeziehende, die die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) in Zusammenarbeit mit den Gemeinden bereitstellt und finanziert. Politischer Zweck der BIAS ist es, sozialhilfebeziehenden Personen berufliche und/oder soziale Integration zu ermöglichen. Nähere Informationen zum BIAS-Konzept liefert eine Online-Publikation der GEF (2011).



und SI sind an internen oder externen Einsatzplätzen arbeitstätig (vgl. Fussnote 3), innerhalb der BI- und BIP-Zuteilung besuchen sie in der Regel zusätzlich Bildungsangebote. Für das Verständnis der Population ist es wichtig, dass die sozialhilfebeziehenden KlientInnen des Kompetenzzentrums Arbeit keine »repräsentative« Stichprobe der Gesamtheit aller Sozialhilfebeziehenden im Kanton Bern darstellen. Sozialhilfebeziehende müssen im Bezug auf ihre Motivation und Eignung gewisse Voraussetzungen erfüllen, um in das Kompetenzzentrum Arbeit aufgenommen werden; dazu gehören auch – für die vorliegende Studie besonders relevant – gesundheitliche Mindestvoraussetzungen. Die in unserer Studie gesammelten Erkenntnisse über das Gesundheitsverständnis, den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten sowie den subjektiv wahrgenommenen Handlungsbedarf der sozialhilfebeziehenden KA-KlientInnen lassen sich also *nicht* auf die Gesamtheit der Sozialhilfebeziehenden (im Raum Bern oder anderswo) verallgemeinern.

Noch einmal etwas andere Voraussetzungen gelten für die zweite Teilpopulation, die Teilnehmenden des vom KA angebotenen Motivationssemesters [to do]. Das Motivationssemester richtet sich an Jugendliche und junge Erwachsene im Alter zwischen 15 und 25 Jahren, die als SchulabgängerInnen keine Lehrstelle gefunden oder eine begonnene Lehre abgebrochen haben. Rund zwei Drittel der [to do]-Teilnehmenden bezieht Arbeitslosengelder, etwa ein Drittel wird durch die Sozialhilfe unterstützt. In unsere Stichprobe wurden ausschliesslich erwachsene Teilnehmende des Motivationssemesters ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, die Sozialhilfe beziehen, aufgenommen. Ziel des Motivationssemesters ist es, den Teilnehmenden den Erst- oder Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt durch den Erhalt einer Lehrstelle, einer Anlehre, einer Attestausbildung oder eines Arbeitsplatzes zu ermöglichen. Auf dem Weg dorthin sollen die KlientInnen ihre persönlichen, sozialen sowie berufspraktischen Kompetenzen erweitern sowie fehlende Bildung nachholen. Die Angebote des Motivationssemesters verteilen sich auf die drei Teilbereiche Arbeit (Sammeln von Arbeitserfahrungen in Werkstätten und Betrieben), Bildung (Nachholen schulischer Kompetenzen) und Beratung und Begleitung (Berufsberatung, Einüben von Bewerbungskompetenzen, Lehrstellen- und Arbeitsplatzvermittlung).

Beschreibung der Stichprobe

Bei der Zusammenstellung unserer Stichprobe aus den genannten beiden Teilpopulationen haben wir uns an zwei Grundsätzen orientiert:

- **Freiwilligkeit:** Die Teilnahme an der Befragung war für die kontaktierten KlientInnen vollkommen freiwillig. Es wurde keinerlei Art von Druck ausgeübt. Als Entschädigung für die Teilnahme erhielten die KlientInnen einen Einkaufsgutschein eines schweizerischen Detailhandelsunternehmens in der Höhe von 20 Schweizer Franken oder (im Fall der jungen Erwachsenen) einen Kinogutschein. Für das ca. 60-minütige Interview (Näheres zum methodischen Vorgehen siehe unten) konnten die KlientInnen zudem ein entsprechendes Pensum ihrer Arbeitszeit beanspruchen.
- **Repräsentativität:** Die Stichprobe sollte die beiden Teilpopulationen hinsichtlich relevanter soziodemografischer Variablen wie Alter, Geschlecht, Nationalität und Bildungsstand sowie bezüglich ihrer Teilnahme an den unterschiedlichen Angebotstypen möglichst repräsentativ abbilden.

Um diese beiden Ansprüche möglichst gut miteinander zu vereinen, wurden nach einer ersten Kontaktaufnahme mit allen in Frage kommenden KlientInnen und der Sammlung eines ersten Freiwilligen-Samples gezielte Anstrengungen unternommen, um in den unterrepräsentierten Personengruppen für eine höhere Beteiligung zu werben. Auch dabei wurde der Anspruch der Freiwilligkeit uneingeschränkt eingehalten.



In Tabelle 1 führen wir die prozentuale Verteilung der Fälle anhand derjenigen Merkmale auf, die wir bei der Stichprobenbildung berücksichtigt haben, und zwar für Population (beide Teilpopulationen zusammengefasst) und Stichprobe im direkten Vergleich. Die Zusammensetzung der Population gibt den Stand Januar 2011 wieder.

Tabelle 1: Verteilung von Fällen nach relevanten Merkmalen (Population und Stichprobe), in Prozent

Merkmal	Population (n=633)	Stichprobe (n=84)
Fälle	100	100
Angebotstyp		
BI/BIP	48	33
SI	46	50
Abklärung	3	4
todo	3	13
Heimat		
Schweiz	60	67
Ausland	40	33
Geschlecht		
Männer	61	52
Frauen	39	48
Altersgruppe		
18-25	8	14
26-35	19	15
36-45	29	28
46-55	32	27
56-64	12	16
Berufsabschluss		
ohne	66	65
Grundausbildung	31	29
Tertiär	3	6

Wie aus Tabelle 1 hervorgeht, wurde in den meisten der von uns berücksichtigten Merkmalen eine befriedigende bis gute Repräsentativität erreicht. Unterrepräsentiert sind die Teilnehmenden aus den Angebotstypen BI/BIP (33% in der Stichprobe vs. 48% in der Population) sowie die männlichen Klienten (52% vs. 61%). Den Überhang von Teilnehmenden des Motivationssemesters (13% vs. 3%) haben wir bewusst in Kauf genommen, weil eine repräsentative Vertretung hier bedeutet hätte, dass lediglich eine Gruppe von drei bis vier Personen hätte befragt werden können – dadurch wäre die statistische Aussagekraft der Daten gänzlich preisgegeben worden.

Eine wichtige Variable, die wir weder in der Stichprobenbildung noch in unseren in Kapitel 2 dargestellten Datenauswertungen berücksichtigen konnten, betrifft die Dauer des Sozialhilfebezugs. Informationen zu dieser Variable lagen uns nicht vor.

Zusätzlich zu den in Tabelle 1 ersichtlichen Informationen sind an dieser Stelle einige soziodemografische Angaben zur Stichprobe angebracht. Das durchschnittliche Alter der Stichprobe lag bei 42.8 Jahren, die Altersspanne zwischen 18 und 65 Jahren, die Standardabweichung bei 11.8 Jahren. Über die Häufigkeit verschiedenener Typen von Haushalten, in denen die Befragten zum Zeitpunkt der Befragung lebten, gibt Tabelle 2 Auskunft.



Tabelle 2: Häufigkeit unterschiedlicher Haushaltstypen, in Prozent (Stichprobe)

Haushaltstyp	Anteil in %
1-Personhaushalt ohne Kind	41.7
1-Elterahaushalt mit Kinder oder Kindern	20.2
Paarhaushalt mit Kind oder Kindern	15.5
Paarhaushalt ohne Kind	7.1
bei den Eltern	6.0
anderer Haushalt (z.B. WG, betreutes Wohnen)	9.5

Ersichtlich wird, dass rund drei von fünf (61.9%) aller befragten Personen alleine leben. Der Anteil der Alleinerziehenden (20.2%) liegt höher als derjenige der Elternteile, die sich gemeinsam mit einem Partner oder einer Partnerin um im Haushalt lebende Kinder kümmern (15.5%). Nur 22.6% aller Befragten leben mit einem Partner oder einer Partnerin zusammen.

Dieser vergleichsweise geringe Anteil an Personen in festen Partnerschaften wird noch deutlicher erkennbar, wenn man die Verteilung unterschiedlicher Ausprägungen des Zivilstands in der Stichprobe heranzieht, und zwar im direkten Vergleich mit aktuellen Daten aus der schweizerischen Gesamtbevölkerung (Quelle: BFS, 2011; Stichtag Jahresende 2010).

Tabelle 3: Häufigkeit unterschiedlicher Ausprägungen des Zivilstands, in Prozent (Stichprobe vs. ständige Wohnbevölkerung in der Schweiz)

Zivilstand	Stichprobe (Anteil in %)	Wohnbevölkerung CH (Anteil in %)
ledig	38.1	43.0
verheiratet	16.7	44.0
verwitwet	0.0	5.2
geschieden	39.3	7.6
getrennt	4.8	— (nicht erhoben)
in eingetragener Partnerschaft	0.0	0.1
aufgelöste eingetragene Partnerschaft	0.0	0.0
keine Antwort	1.2	—

Wie Tabelle 3 zeigt, ist der Anteil der Geschiedenen in der Stichprobe massiv erhöht, und zwar von 7.6% in der ständigen schweizerischen Wohnbevölkerung auf 39.3% in der Stichprobe. Erheblich niedriger als in der ständigen Wohnbevölkerung liegt dementsprechend der Anteil der Verheirateten (16.7% vs. 44.0%). Die Daten sind nicht direkt miteinander vergleichbar, weil die Angaben zur ständigen Wohnbevölkerung auf der gesamten Altersspanne (0 Jahre bis maximal erreichtes Alter) beruhen. Die vorgefundenen Differenzen sind indes auch im indirekten Vergleich eindrücklich genug. Aus ihnen lässt sich ablesen, dass die sozialhilfebeziehenden KlientInnen des Kompetenzzentrums Arbeit sehr viel häufiger alleine leben (vgl. Tab. 2) und sehr viel häufiger auf gescheiterte Ehebeziehungen zurückblicken als der Durchschnitt der schweizerischen Gesamtbevölkerung. Wir werden diese Feststellungen in Abschnitt 2.2.5 sowie in der Zusammenfassung unserer Ergebnisse in Kapitel 3 noch an mehreren Stellen berücksichtigen und mit unseren Befunden in Beziehung setzen.



1.6 Studiendesign und Methoden

Bei dem grundlegenden methodischen Konzept unserer Untersuchung handelt es sich um eine voll strukturierte mündliche Befragung von Einzelpersonen. Mit »voll strukturiert« ist gemeint, dass sowohl der genaue Inhalt wie die Abfolge sämtlicher Fragen durch einen schriftlich vorliegenden Fragebogen (mit einem Umfang von 72 Items) festgelegt war. Der Fragebogen wurde von uns – teilweise auf der Grundlage bestehender Befragungsinstrumente – neu konzipiert. An dieser Konzeption war eine Arbeitsgruppe mit Mitarbeitenden des Kompetenzzentrums Arbeit in konsultativer Funktion intensiv beteiligt. Die Interviews wurden von jeweils einer Interviewerin bzw. einem Interviewer mündlich geführt, befragt wurde jeweils eine Klientin bzw. ein Klient. In sämtlichen Fällen bestand ein Direktkontakt (»face-to-face«) zwischen Befragenden und Befragten, d.h. die beiden Personen sassen einander gegenüber. Der Ort war grundsätzlich variabel, die meisten Interviews wurden in Besprechungsräumen des Kompetenzzentrums Arbeit, an den Einsatzplätzen der KlientInnen oder in Besprechungsräumen der Berner Fachhochschule geführt. Die angestrebte Dauer eines Interviews betrug rund 60 Minuten.

Im Bezug auf die möglichen Antworten der KlientInnen fanden zwei verschiedene Formate Verwendung, sowohl standardisierte Antworten auf geschlossene Fragen (die KlientInnen konnten zwischen mehreren Antwortmöglichkeiten, die ihnen angeboten wurden, auswählen) wie auch nicht-standardisierte Antworten auf offene Fragen (die KlientInnen wurden gebeten, auf eine Frage mit freiem Bericht des aus ihrer Sicht Relevanten zu antworten). Diese Kombination aus Multiple-Choice-Format und nicht-standardisiertem Antwortformat bot sich deshalb an, weil damit einerseits eine hohe Vergleichbarkeit der Daten innerhalb der Stichprobe wie auch im Bezug auf Referenzstudien möglich wurde (geschlossene Fragen), während wir andererseits bei ausgewählten Aspekten der subjektiven Sicht und Darstellungsweise der KlientInnen Raum geben konnten, ohne den Antworten von vornherein (potenziell von Vorurteilen bestimmte) Grenzen zu setzen. Die Auswertung der standardisierten Antworten erfolgte nach deskriptiv- und inferenzstatistischen Verfahren, die Auswertung der nicht-standardisierten Antworten nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse (vgl. Mayring, 2007).

Eine Besonderheit unserer Studie besteht darin, dass wir mit einer vergleichsweise hohen Anzahl an InterviewerInnen aus unterschiedlichen Personengruppen gearbeitet haben. Genauer waren vier Gruppen von InterviewerInnen beteiligt: a) Forschungsmitarbeitende am Fachbereich Soziale Arbeit der BFH (n=3), b) Studierende der BFH (n=8), c) Mitarbeitende des Kompetenzzentrums Arbeit (n=13) sowie d) eine Vertreterin und ein Vertreter der Stiftung TRiiO, einer Beratungsstelle für erwerbslose Personen (n=2). Diese im Kontext von wissenschaftlichen Untersuchungen ungewöhnliche Heterogenität des Interviewer-Kollektivs wurde bewusst in Kauf genommen, weil durch die Einbindung unterschiedlicher Interviewer-Gruppen bereits zum Zeitpunkt der Befragung ein hohes Involvement von Fachkräften im Rahmen der Massnahmen 13–15 geschaffen werden konnte. Was die interviewenden Mitarbeitenden des Kompetenzzentrums Arbeit betrifft, wurde sichergestellt, dass es zwischen den InterviewerInnen und den von ihnen befragten KlientInnen weder aktuell irgendeine Form des informellen oder beruflichen Kontakts gab noch zu einem früheren Zeitpunkt gegeben hatte; auch gehörten Befrager/innen und Befragte in jedem Fall unterschiedlichen Sektionen des Kompetenzzentrums Arbeit an. Um eine möglichst einheitliche, von verzerrenden Einflüssen frei bleibende Art und Weise der Gesprächsführung zu ermöglichen, wurden sämtliche InterviewerInnen in wissenschaftliche Techniken der Gesprächsführung eingewiesen. Bei der Datenanalyse haben wir die Hypothese, dass es einen systematischen Zusammenhang zwischen der Zugehörigkeit der interviewenden Person zu einer bestimmten Personengruppe und den Datenausprägungen geben könnte, anhand verschiedener Indikatoren überprüft. Es fanden sich für keinen Indikator entsprechende Hinweise.



2 Ergebnisse

2.1 Gesundheitsverständnis

Was ist Gesundheit? In der theoretischen Literatur hat man diese Frage traditionell von zwei Seiten zu beantworten versucht, nämlich einerseits durch eine negative Bestimmung von Gesundheit als *Abwesenheit* von etwas Anderem, nämlich von Krankheit (womit die Last des Definierens also nicht aufgehoben, sondern nur auf einen anderen Begriff übertragen wird), und andererseits durch eine (anspruchsvollere) positive Bestimmung von Gesundheit im Sinn dessen, was alles *gegeben* sein muss, damit ein Mensch mit gutem Grund als gesund bezeichnet werden kann. Der Praxis der Schulmedizin, die sich traditionell mit der Diagnostik und der Behandlung von Krankheiten befasst, hat man wiederholt bescheinigt, dass sie implizit eine negative Bestimmung des Begriffs transportiere: als gesund gelte ihr (implizit), wer nicht in einem behandlungsbedürftigen Sinn krank ist. Demgegenüber setzt sich die Bewegung der Gesundheitsförderung, die seit der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedeten »Ottawa-Charta« im Jahr 1986 politisch an Einfluss gewonnen hat (vgl. Ruckstuhl, 2011), für ein positiv orientiertes Verständnis von Gesundheit ein. Dieses spiegelt sich aktuell etwa in der Gesundheitsdefinition der WHO, die Gesundheit als einen »Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen« (Weltgesundheitsorganisation [WHO], 2005) bestimmt. In eine ähnliche Richtung argumentiert auch der Philosoph Hans-Georg Gadamer, der den Begriff der Gesundheit in seinen weit ausholenden Erörterung letztlich auf die prägnante Formel eines »Zustands der inneren Angemessenheit und der Übereinstimmung mit uns selbst« (Gadamer, 1993, S. 21) bringt.

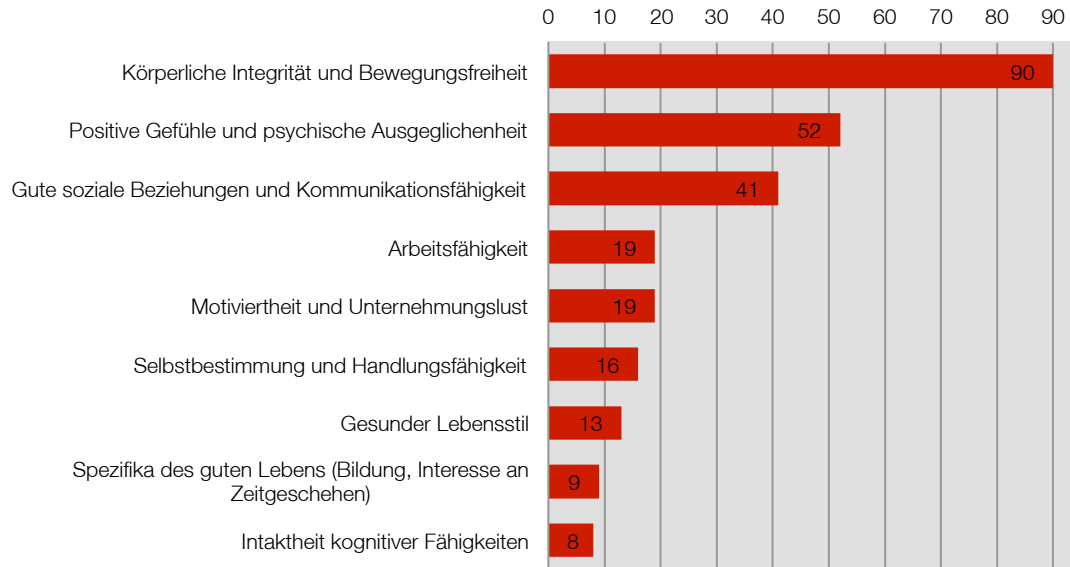
Aus diesen einleitenden Erwägungen wird eines klar: Gesundheit ist ein interpretationsbedürftiger Begriff. Ausser Zweifel steht, dass der genaue Gehalt dessen, was Menschen mit dem Begriff Gesundheit verbinden, sich von Person zu Person erheblich unterscheiden kann. Eine notwendige Schlussfolgerung daraus lautet, dass Projekte der Gesundheitsförderung auf das spezifische Gesundheitsverständnis ihrer Adressaten *bezogen* werden müssen. Nur so wird es möglich, dass sie die Förderung ihrer eigenen Gesundheit tatsächlich zur eigenen Sache machen.

In unserer Studie ist das subjektive Gesundheitsverständnis der KlientInnen mit einer einfachen Frage erhoben worden: »Was braucht es aus Ihrer Sicht, damit ein Mensch gesund ist?«. Die offenen Antworten haben wir in einem induktiven Prozess inhaltsanalytisch ausgewertet.



Am häufigsten genannte Gesundheitsaspekte, in Anzahl Nennungen pro Kategorie
Stichprobe KA

Abbildung 1



In Abbildung 1 sind die Antworten der KlientInnen nach der Anzahl von Äusserungen, die den in der linken Spalte aufgeführten Kategorien zugeordnet werden konnten, analysiert. Deutlich wird, dass die Befragten in ihren Antworten relativ gesehen am häufigsten körperliche Aspekte mit dem Stichwort Gesundheit verbinden. Dabei ist die Kategorie »Körperliche Integrität und Bewegungsfreiheit« breit gefasst; die hierunter subsumierten Antworten betreffen sowohl die Freiheit von Schmerzen, Beschwerden oder Gebrechen (*gesund ist für mich einer, wenn er zum Beispiel keine Prothese trägt*), die Freiheit, sich zu bewegen (*gesund bin ich, wenn ich mich gut bewegen kann*) wie auch ein positives Gefühl des körperlichen Wohlbefindens und der Leistungsfähigkeit (*wenn ich mich fit und einfach körperlich gut fühle*). Am zweithäufigsten (52 Nennungen) wurden psychische Aspekte der Gesundheit benannt. Hier reichen Antworten von allgemeinen Feststellungen zur Bedeutung des psychischen Wohlbefindens für die Gesundheit (*die Gesundheit hat viel mit der Psyche zu tun*), über explizite Verbindungen von Gesundheit mit Gefühlen, insbesondere dem Glücksgefühl (*gesund sein heisst für mich einfach glücklich sein*), weiter über Aspekte des seelischen Gleichgewichts (*gesund sein heisst eine gute Beziehung zum inneren Leben haben*) bis zu einem negativ bestimmten Zustand im Sinn der Abwesenheit von psychischer Krankheit (*ich war in der Psychiatrie, und da zum Beispiel war ich gar nicht gesund*).

Am dritthäufigsten (41 Nennungen) brachten die KlientInnen Aspekte des sozialen Lebens, der Beziehungsgestaltung und der Kommunikationsfähigkeit in Verbindung mit Gesundheit. Zu dieser Kategorie wurden beispielsweise Äusserungen gezählt, die sich auf die Fähigkeit eines Menschen beziehen, positive soziale Beziehungen zu gestalten (*wenn man ein gutes Klima mit den anderen Menschen haben kann, dann ist das für mich gesund*), anderen Menschen gegenüber eine wohlwollende Haltung einzunehmen (*gesund ist für mich einer, wenn er eine positive Einstellung zu den Mitmenschen hat*) oder ihnen aufgeschlossen und zugewandt zu begegnen (*viel Lachen und Sprechen ist meiner Meinung nach ein Ausdruck von Gesundheit*).

Diesen drei Aspekten der »körperlichen Integrität und Bewegungsfreiheit«, der »positiven Gefühle und psychischen Ausgeglichenheit« und der »guten sozialen Beziehungen und Kommunikationsfähigkeit« lassen sich rund zwei Drittel (68%) aller kodierten Äusserungen der KlientInnen zuteilen. Damit verbleibt ein Rest von einem knappen Drittel, der sich auf unauffällige, aber nichtsdestomin-



der wichtige Differenzierungen des Gesundheitsbegriffs bezieht. In Tabelle 4 stellen wir die gebildeten Kategorien mit jeweils zwei Beispieläusserungen dar, die den Sinn der Kodierung explizieren.

Tabelle 4: Kategorien des subjektiven Gesundheitsverständnisses

Kategorie	Anzahl Nennungen	Beispieläusserungen
Körperliche Integrität und Bewegungsfreiheit	90 (34%)	<ul style="list-style-type: none"> – <i>gesund ist für mich einer, wenn er zum Beispiel keine Prothese trägt</i> – <i>gesund bin ich, wenn ich mich gut bewegen kann</i> – <i>wenn ich mich fit und einfach körperlich gut fühle</i>
Positive Gefühle und psychische Ausgeglichenheit	52 (19%)	<ul style="list-style-type: none"> – <i>die Gesundheit hat viel mit der Psyche zu tun</i> – <i>gesund sein heisst für mich einfach glücklich sein</i> – <i>gesund sein heisst eine gute Beziehung zum inneren Leben haben</i>
Gute soziale Beziehungen und Kommunikationsfähigkeit	41 (15%)	<ul style="list-style-type: none"> – <i>wenn man ein gutes Klima mit den anderen Menschen haben kann, dann ist das für mich gesund</i> – <i>gesund ist für mich einer, wenn er eine positive Einstellung zu den Mitmenschen hat</i> – <i>viel Lachen und Sprechen ist meiner Meinung nach ein Ausdruck von Gesundheit</i>
Arbeitsfähigkeit	19 (7%)	<ul style="list-style-type: none"> – <i>dass einer gesund ist, sieht man, wenn er im Arbeitsprozess seine Aufgaben erledigen kann</i> – <i>dass man über längere Zeit in der Arbeitswelt funktionieren kann</i>
Motivation und Unternehmungslust	19 (7%)	<ul style="list-style-type: none"> – <i>wenn man Energie hat, Power und ein Ziel</i> – <i>am Morgen motiviert sein aufzustehen, das ist wichtig für die Gesundheit</i>
Selbstbestimmung und Handlungsfähigkeit	16 (6%)	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Gesundheit heisst, dass man für sich selber Verantwortung übernehmen kann, sein Leben selber auf die Reihe bringt</i> – <i>gesund ist man, wenn man das Gefühl hat, was man macht, hat einen Wert</i>
Gesunder Lebensstil	13 (5%)	<ul style="list-style-type: none"> – <i>wenn man gut essen und regelmässig schlafen kann</i> – <i>gesund ist für mich einer, wenn er viel Sport treibt</i>
Spezifika des guten Lebens (Bildung, Interesse an Zeitgeschehen)	9 (3%)	<ul style="list-style-type: none"> – <i>ein gesunder Mensch ist einer, der ein Wissen hat und belesen ist</i> – <i>zu Gesundheit gehört für mich, dass man sich gesellschaftlich einbringen kann</i>
Intaktheit kognitiver Fähigkeiten	8 (3%)	<ul style="list-style-type: none"> – <i>ungesund ist man zum Beispiel, wenn man während dem Sprechen vergisst, was man sagen wollte</i> – <i>wenn jemand Probleme im Kopf hat beim Denken und nicht richtig überlegen kann</i>

Die Darstellung der Kategorien nach der Gesamthäufigkeit der Nennungen über sämtliche Interviews hinweg vermittelt zwar objektive Erkenntnisse darüber, welche Vorstellungen von Gesundheit bei den KlientInnen besonders verbreitet und insofern für ein konsensuelles Verständnis anschlussfähig sind. Durch die Loslösung der kodierten Antworten von den Einzelfällen geht aber der Eindruck der zusammenhängenden Überlegungen verloren, die die KlientInnen individuell als Antwort auf die Frage, was sie persönlich mit Gesundheit verbinden, geäussert haben. Um davon zumindest ein exemplarisches Bild zu vermitteln, wollen wir im Folgenden zwei der befragten Personen mit ihren individuellen Ausgangslagen kurz vorstellen und dabei etwas genauer auf das subjektive Gesundheitsverständnis eingehen, das uns diese Personen selbst in ihren Interviews erläutert haben.



Fallbeispiel Herr Furrer⁴

Herr Furrer ist ein 56-jähriger stämmiger Schweizer. Dem Interviewer begegnet er bei der Begrüssung ausgesprochen freundlich und humorvoll. Auf dem gemeinsamen Fussweg zum Besprechungszimmer fällt auf, dass er beim Gehen eines seiner Beine ein wenig nachzieht. Die Ursache dafür nennt er dem Interviewer, ohne dass dieser zu fragen braucht: Er habe Gicht, und zurzeit sei es wieder besonders schlimm. Im Verlauf des Interviews erzählt Herr Furrer dann aus seiner Berufsbiografie: Trotz abgeschlossener Lehre (als Bäcker) sei er relativ früh in seiner beruflichen Laufbahn »auf die schiefe Bahn« geraten, habe wegen persönlicher Probleme zu trinken begonnen und mehrere Arbeitsstellen wegen übermässigen Alkoholkonsums bzw. den damit zusammenhängenden Arbeitsausfällen verloren. Ab ca. dem 40. Lebensjahren hätten dann seine Gichtschübe erheblich zugenommen, so dass er zum »Sozialhilfefall« geworden sei. Nach seinem persönlichen Gesundheitsverständnis befragt, antwortet Herr Furrer dennoch nicht mit dem Verweis auf sein körperliches Leiden: *Gewisse Gebrechen gibt es natürlich, so wie mein eigenes Problem da, aber das ist für mich nicht das Wichtigste, das hat mit der Gesundheit im tieferen Sinn nicht soviel zu tun. Gesund ist für mich einer, der lachen kann, Witze macht und auch Witze einsteckt.* Wie sich zeigt, ist für ihn diese Fähigkeit, Anderen wie auch sich selbst mit Humor begegnen zu können, das entscheidende Kriterium von Gesundheit: *Wenn zwei Menschen es gut miteinander haben, wenn sie sagen können: »Ich zünde dich an [im Sinn von: auf den Arm nehmen, Anmerkung v. Verf.], aber dafür darfst du auch mich anzünden«, dann sind sie für mich gesund.* Und er fährt fort: *Ich habe zum Beispiel zwei Kollegen, die sind im Rollstuhl, sind sozusagen zwei arme Kerle. Aber diese beiden können trotzdem über alles lachen. Wenn ich jetzt zu einem gehe und ihn anzünde, dann gibt er mir zurück und ich gebe ihm zurück, so geht das hin und her. Wenn es so ist, dann stimmt das Leben, dann ist man gesund.*

Fallbeispiel Frau Rüti

Frau Rüti ist eine 42-jährige Schweizerin. Auf den Interviewer wirkt sie bei der Begrüssung ein wenig angespannt. Sie sagt gleich zu Beginn, dass sie nicht genau verstanden haben, welchem Zweck das Gespräch mit dem Interviewer dient, und lässt sich den Zusammenhang mit dem Praxisprojekt des Kompetenzzentrums Arbeit genau erklären. Im Verlauf des Gesprächs erfährt der Interviewer einiges über ihre persönliche Situation: Früh Mutter geworden, hat Frau Rüti lediglich die Primar- und Realschule abgeschlossen, aber keine Berufsausbildung absolviert. Nach der Scheidung von ihrem Ehemann vor mehr als fünfzehn Jahren und einer ersten Phase der Erwerbslosigkeit hat sie während einiger Jahre als Angestellte eines Lebensmittelgeschäfts gearbeitet. Seit der Schliessung dieses Ladens ist sie erwerbslos, seit mehreren Jahren bezieht sie Sozialhilfe. Auf die Frage nach ihrem psychischen Befinden erzählt Frau Rüti, dass sie immer wieder depressive Phasen durchmache und dann auch Medikamente von ihrem Hausarzt bekomme. Die Depressionen seien auch ein Grund dafür, warum sie sich gar nicht richtig zutraue, eine Arbeitsstelle zu finden. Im Gespräch über ihr subjektives Gesundheitsverständnis wird deutlich, dass sich dieses Verständnis vorwiegend auf die Fähigkeit zur Arbeit bezieht. *Ob jemand gesund ist, sieht man für mich daran, wie er die Abläufe im Arbeitsprozess meistert. Ob er etwas durchhalten kann, ob er seine Aufgaben erledigen kann, ohne in eine Krise zu geraten.* Frau Rüti gibt zu erkennen, dass sie sich diese Art von Gesundheit für sich persönlich wünscht: *Ich möchte mal wieder ein paar Jahre lang einfach gesund sein, damit ich arbeiten und das durchhalten kann.*

⁴ Der Name dieses Klienten wie auch alle übrigen Eigennamen in den Fallbeispielen der vorliegenden Studie wurde fiktionalisiert. An einigen Stellen innerhalb der Fallbeispiele wurden ferner biografische Details verändert, damit ein Rückschluss auf die tatsächliche Identität der KlientInnen nicht möglich ist.



Die beiden Falldarstellungen machen erstens exemplarisch deutlich, dass die KlientInnen zwar als Kollektiv auf ein breites Spektrum von Gesundheitsaspekten Bezug nehmen, in den einzelnen Fällen aber oft auf einen ganz bestimmten Aspekt fokussiert sind (Humor im Fall Herr Furrers, Arbeitsfähigkeit im Fall Frau Rütis). Zweitens wird erkennbar, dass das Gesundheitsverständnis einer Person sehr stark, wie im Fall Frau Rütis, auf die Wahrnehmung der eigenen Lebenslage bezogen sein kann, in anderen Fällen aber gerade davon, wie bei Herrn Furrer, eine gewisse Freiheit und Unabhängigkeit bewahrt. Im Fall Herr Furrers scheint diese Unabhängigkeit dazu zu führen, dass er sich trotz erheblicher »objektiver« Einschränkungen als einen gesunden Menschen begreifen und daraus einige Zuversicht schöpfen kann.

2.2 Gesundheitszustand und Lebensqualität

Die Tatsache, dass die befragten KlientInnen in der Darstellung ihres subjektiven Gesundheitsverständnisses die Dimensionen der körperlichen und psychischen Gesundheit sowie der sozialen Beziehungen so eindeutig in den Vordergrund rückten, bedeutet im Hinblick auf die Konzeption unserer Studie ein günstiges Zusammentreffen. Wie wir in Abschnitt 1.3 (»Theoretischer Zugang«) dargestellt haben, wurde unser Fragebogen auf der Grundlage der Annahme konzipiert, dass eben diese drei Aspekte – also körperliche, psychische und soziale Lebensqualität – die zentralen gesundheitsrelevanten Lebensbereiche darstellen. Diese Annahme findet sich in unserer Analyse zur Salienz unterschiedlicher Aspekte des subjektiven Gesundheitsverständnisses bestätigt.

Die Darstellung des folgenden Abschnitts gilt der Frage, wie gesund sich die befragten KlientInnen im Allgemeinen fühlen, welche gesundheitlichen Probleme sie benennen und wie hoch sie ihre Lebensqualität in den genannten Bereichen Körper, Psyche und soziale Beziehungen einschätzen. Erörtert werden zunächst die Befunde zum allgemeinen subjektiven Gesundheitszustand, bevor wir uns spezifischer auf die genannten drei Lebensbereiche (ergänzt um den Bereich der materiellen Lebensumstände) beziehen.

2.2.1 Allgemeiner Gesundheitszustand

Die Einschätzung der KlientInnen zu ihrem allgemeinen Gesundheitszustand wurde über die einfache Frage erschlossen: »Wie beurteilen Sie Ihre eigene aktuelle Gesundheit – auf einer Skala von 0 bis 10?« Dabei bedeutete der Wert 0 eine »schlechtestmögliche Gesundheit« und der Wert 10 eine »bestmögliche Gesundheit«. Den Befragten wurde ausdrücklich nicht vorgegeben, was sie unter dem Begriff Gesundheit zu verstehen hatten, sie sollten ihrer Antwort ihren subjektiven Gesundheitsbegriff zugrundelegen. Die Aussagekraft eines solchen Zugangs liegt nicht in der isolierten Bedeutung eines Einzelwertes für eine individuelle Person, sondern im Vergleich zwischen den Individuen. Zusätzlich lassen sich die erhobenen Werte mit Befunden aus anderen Populationen in Beziehung setzen, in denen in derselben Weise nach dem subjektiven Gesundheitszustand gefragt wurde (siehe unten).



Selbstberichteter Zustand der allgemeinen Gesundheit nach Altersgruppe und Geschlecht, in Mittelwerten
Stichprobe KA

Abbildung 2

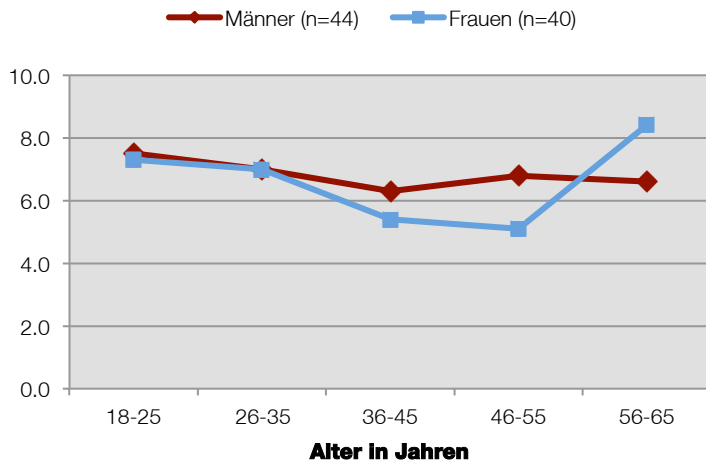


Abbildung 2 zeigt die erhobenen Werte nach Geschlecht und Altersgruppen. Erkennbar wird, dass jüngere Erwachsene (18- bis 35-Jährige) eine bessere Gesundheit berichten als Erwachsene im mittleren Alter (36- bis 55-Jährige). Diese Differenz fällt bei den Frauen markanter aus als bei den Männern. Unerwartet sind deshalb die Zahlen für Frauen in der höchsten Altersgruppe: Sie berichten insgesamt über ein *höheres* allgemeines Gesundheitsniveau als sämtliche anderen Gruppen nach Alter und Geschlecht. Dieser Befund ist erstaunlich, zumal die empirische Literatur zur Entwicklung der Gesundheit und Lebenszufriedenheit über die Altersspanne (s. z.B. Beutel et al., 2009) darauf verweist, dass das gesundheitliche Befinden bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter leicht abnimmt.

Eine einfache Erklärung für den Befund lautet, dass es sich bei den von uns befragten Klientinnen im Alter zwischen 56 und 65 Jahren um eine Gruppe handelt, die für die Gesamtheit der KA-KlientInnen in dieser Altersspannen *nicht* repräsentativ ist. Diese Interpretation lässt sich aufgrund der geringen Stichprobengrösse unseres Samples nicht ausschliessen. Neben der Interpretation im Sinn eines statistischen Zufallseffekts können indes weitere Erklärungen für das Phänomen eine gewisse Plausibilität beanspruchen. Die erste Hypothese lautet, dass Frauen aus der Kohorte der heute 56- bis 65-Jährigen (mit Geburtsjahrgängen zwischen 1946 und 1955) mit dem gesellschaftlichen Anspruch an die Arbeitstätigkeit von Frauen im Verlauf ihrer Biografie in geringerem Mass konfrontiert worden sind als jüngere Frauen und deshalb den Status der Erwerbslosigkeit als weniger belastend erleben. Eine zweite mögliche Erklärung liegt darin, dass mit der Annäherung an das Rentenalter die Ablösung aus dem potenziell stigmatisierenden Sozialhilfebezug in Sichtweite gerät (in unseren Interviewdaten fanden wir Hinweise darauf, dass derselbe Umstand auch bei manchen Männern in den Jahren kurz vor dem Rentenbeginn zu einer psychischen Entlastung führt). Die dritte Hypothese schliesslich lautet, dass manche Frauen im höheren Alter die Erfahrung machen, wie ihre Kinder sich zunehmend gesicherte Existenzen aufbauen; als Mütter fühlen sie sich dadurch von der Sorge entlastet, für ihre Kinder nicht in genügender Weise aufkommen zu können. Was sagen die von uns erhobenen Daten insgesamt über den subjektiven Gesundheitszustand der sozialhilfebeziehenden KlientInnen des Kompetenzzentrums Arbeit aus? Eine gehaltvolle Beantwortung dieser Frage wird möglich, wenn man die Werte der Stichprobe mit anderen relevanten Samples vergleicht. Zum Zweck dieses Vergleichs ziehen wir im Folgenden die Daten aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 (SGB07) des Bundesamts für Statistik (BFS) heran.



Die Gesundheitsbefragungen des BFS werden seit 1992 im Fünfjahreszyklus wiederholt; Ziel der Erhebungen sind möglichst repräsentative Erkenntnisse zu sehr vielfältigen Aspekten der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens der schweizerischen Gesamtbevölkerung. Wir stellen unsere Befunde an mehreren Stellen der vorliegenden Studie drei Stichproben aus der SGB07 gegenüber:

1. Stichprobe aller befragten Personen im erwerbsfähigen Alter zwischen 18 und 65 Jahren (n=13'958)
2. Stichprobe der zum Zeitpunkt der Befragung arbeitslosen Personen (n=338)
3. Stichprobe der zum Zeitpunkt der Befragung sozialhilfebeziehenden Personen (n=126)

Sämtliche Samples werden *ohne Gewichtungen* zur Steigerung der statistischen Repräsentativität für die Gesamtbevölkerung verwendet.

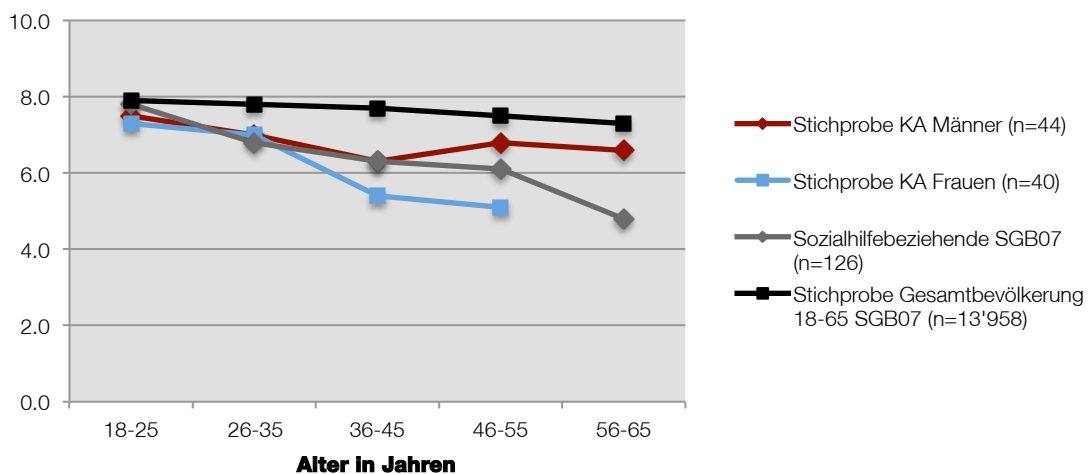
Eine Schwierigkeit des Datenvergleichs ergibt sich dadurch, dass der subjektive Gesundheitszustand in der SGB07 durch ein anderes Antwortformat erschlossen wurde, als es in unserer Studie Verwendung fand. In der SGB07 sollten die Befragten angeben, ob sie ihre allgemeine Gesundheit als »sehr gut«, »gut«, »mittelmässig«, »schlecht« oder »sehr schlecht« einstufen. Unser Datenvergleich erfordert deshalb die Überführung des verbal-ordinalskalierten Antwortformats aus der SGB07 in eine numerisch-metrische Skala. Diese Umrechnung wurde nach folgendem Schlüssel vorgenommen, den wir hier aus Gründen der Transparenz deklarieren:

- sehr gut -> 9.5 (Mittelwert aus 9 und 10)
- gut -> 7.5 (Mittelwert aus 7 und 8)
- mittelmässig -> 5.5 (Mittelwert aus 5 und 6)
- schlecht -> 3.5 (Mittelwert aus 3 und 4)
- sehr schlecht -> 1 (Mittelwert aus 0, 1 und 2)

Unsere Tests mit simultaner Verwendung beider Antwortformate lassen den Schluss zu, dass auf diese Weise eine valide Abbildung erreicht wird. Dennoch ist eine solche Umkodierung nicht unproblematisch und führt potenziell zu Ungenauigkeiten, die bei der Interpretation der resultierenden Daten in Anschlag zu bringen sind. Bei entsprechend vorsichtiger Interpretation halten wir das deklarierte Vorgehen für sinnvoll und vertretbar.

Selbstberichteter allgemeiner Gesundheitszustand nach Altersgruppen
Stichprobe KA vs. Stichproben SGB07

Abbildung 3



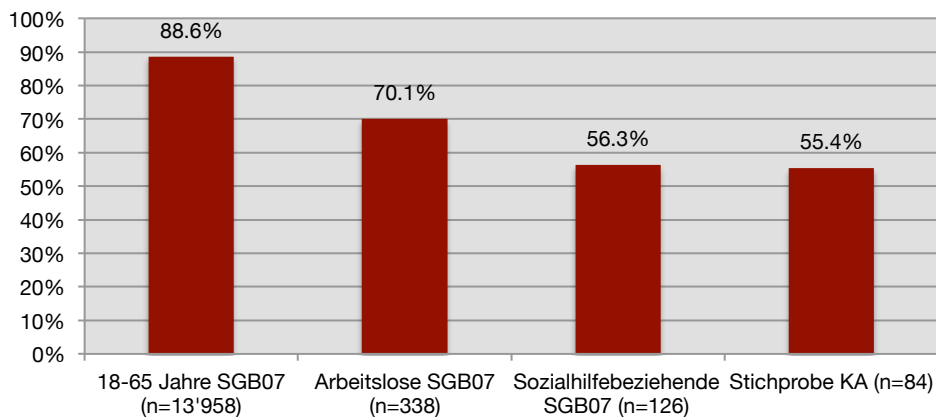


Quelle: BFS, Datensatz SGB07; eigene Berechnungen (ungewichtete Stichproben)

Abbildung 3 zeigt, dass sowohl die sozialhilfebeziehenden KlientInnen des Kompetenzzentrums Arbeit wie auch die Stichprobe der Sozialhilfebeziehenden aus der Gesamtbevölkerung ihre allgemeine Gesundheit insgesamt deutlich schwächer einstufen als der Durchschnitt der Bevölkerungsstichprobe. Diese Unterschiede sind in der jüngsten Altersgruppe der 18–25-Jährigen noch kaum vorhanden, nehmen aber bereits ab dem nächsten Lebensjahrzehnt (26 bis 35 Jahre) mindestens bis zum mittleren Lebensalter (36 bis 45 Jahre) deutlich zu. Danach stabilisiert sich die Lage in den geschlechtsspezifischen Stichproben des KA (die Werte für die 56- bis 65-jährigen Frauen sind wegen zweifelhafter Repräsentativität nicht dargestellt), während die Abwärtstendenz in der Stichprobe der Sozialhilfebeziehenden aus der SGB07 weiter anhält und sich in der höchsten Altersgruppe noch einmal intensiviert. Hier wie bei sämtlichen altersbezogenen Darstellungen im vorliegenden Bericht ist zu berücksichtigen, dass es sich um querschnittliche Befunde handelt, die keinen direkten Schluss auf die Entwicklung von Individuen über die Lebensspanne, sondern lediglich auf Unterschiede zwischen so genannten Kohorten zulassen.

Anteil Personen bei guter bis sehr guter Gesundheit
Stichprobe KA

Abbildung 4



Quelle: BFS, SGB07; eigene Berechnungen (ungewichtete Stichproben)

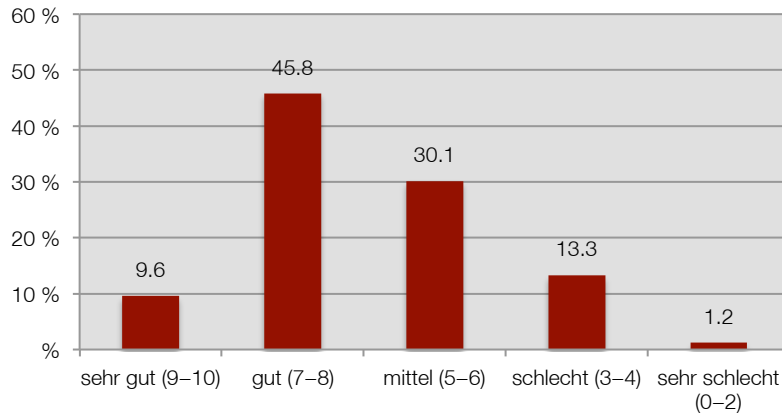
Eine weitere Möglichkeit des Vergleichs zwischen der KA-Stichprobe und den Stichproben aus der SGB07 ergibt sich dadurch, dass man den jeweiligen Anteil an Personen vergleicht, die sich nach eigener Angabe bei mindestens guter (also guter oder sehr guter) Gesundheit befinden (Abbildung 4). Zum Zweck dieses Vergleichs haben wir die von uns erhobenen Daten nach dem oben deklarierten Schlüssel in umgekehrter Richtung umkodiert.

Die Unterschiede zwischen der Bevölkerungsstichprobe und den übrigen Samples fallen deutlich aus. Rund 9 von 10 Personen (88.6%) aus der Bevölkerungsstichprobe beurteilen die eigene Gesundheit als mindestens gut. In der KA-Stichprobe dagegen sind es nur rund die Hälfte aller Personen (55.4%). Ein annähernd gleich hoher Anteil (56.3%) ergibt sich für die Stichprobe der sozialhilfebeziehenden Personen in der SGB07. Etwas höher – annähernd in der Mitte zwischen der Bevölkerungsstichprobe und den Samples der Sozialhilfebeziehenden – liegt der Anteil der Personen bei mindestens guter Gesundheit im Sample der erwerbslosen Personen aus der SGB07. Diese Tatsache stärkt den in Abschnitt 1.6 berichteten Befund, dass die gesundheitliche Lage von Erwerbslosen umso beeinträchtigt ist, desto länger die Erwerbslosigkeit dauert.



Anteil Personen bei sehr guter bis sehr schlechter Gesundheit
Stichprobe KA

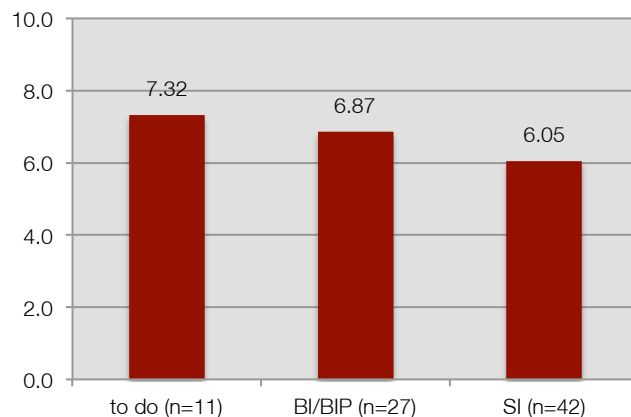
Abbildung 5



Sieht man sich die Beurteilung des Gesundheitszustands in Antwortkategorien von »sehr schlecht« bis »sehr gut« nur für die KA-Stichprobe an (Abbildung 5), wird deutlich, dass lediglich ein geringer Anteil Personen (14.5%) die eigene Gesundheit als schlecht oder sehr schlecht (Werte zwischen 0 und 4) beurteilt. Eine grosse Gruppe (30.1%) schätzt die Qualität der eigenen Gesundheit als »mittel« ein. Im Bezug auf die Praxis der Gesundheitsförderung drängt sich hier die Vermutung auf, dass gerade diese Personen, die gesundheitlich zwar nicht bei vollen Kräften, aber (noch) nicht sehr erheblich beeinträchtigt sind, von gesundheitsfördernden Angeboten profitieren könnten.

Selbstberichteter Zustand der allgemeinen Gesundheit nach
Programmzugehörigkeit
Stichprobe KA

Abbildung 6



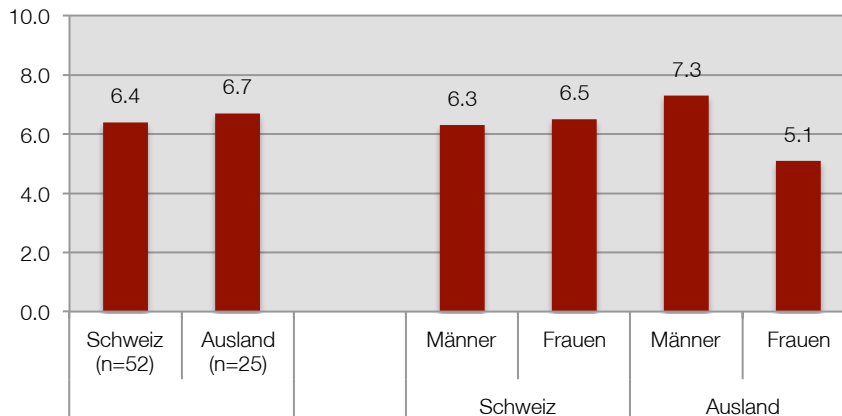
Wie Abbildung 6 zeigt, unterscheidet sich die durchschnittliche subjektive Gesundheit der befragten KA-KlientInnen je nach Programm, an dem sie teilnehmen. Teilnehmende des Motivationssemesters [to do] für junge Erwachsene beurteilen sich im Vergleich mit den Teilnehmenden der BIAS-Programme BI/BIP (Berufliche Integration/Berufliche Integration mit Perspektive) sowie SI (Soziale Integration) durchschnittlich als gesünder. Der Zusammenhang mit der Programmzugehörigkeit wird hier zweifellos durch den Einfluss der Variable Alter überlagert (Durchschnittsalter [to do]: M=24.2 Jahre; BI/P: M=44.9; SI: M=46.6). Dagegen sind die Differenzen zwischen den beiden BIAS-Angebotstypen nicht auf Altersunterschiede zurückzuführen, was sich daran erkennen lässt,



dass sich unsere beiden Samples aus diesen Teilpopulationen hinsichtlich des durchschnittlichen Alters nicht unterscheiden (siehe Mittelwerte). Die Ergebnisse stützen vielmehr die Hypothese, dass die Gesundheit einer sozialhilfebeziehenden Person eine Rolle dabei spielt, in welche BIAS-Kategorie sie eingeteilt wird.

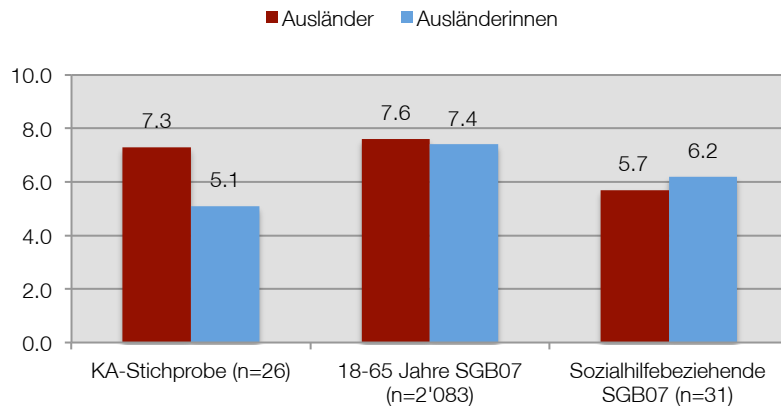
Selbstberichteter allgemeiner Gesundheitszustand nach Nationalität und Geschlecht
Stichprobe KA

Abbildung 7



Personen mit schweizerischer und solche mit ausländischer Nationalität unterscheiden sich im Durchschnitt nicht bezüglich des Niveaus ihrer subjektiven (selbstberichteten) Gesundheit (Abbildung 7). Die entsprechenden Werte liegen mit $M=6.4$ (SchweizerInnen) und $M=6.7$ (AusländerInnen) sehr nahe beieinander. Differenziert man die Subgruppen SchweizerInnen und AusländerInnen indes nach Geschlecht, tritt ein interessantes Phänomen zutage: Während bei den SchweizerInnen kein signifikanter Unterschied zwischen Frauen und Männern besteht, schätzen sich ausländische Männer deutlich gesünder ein als ausländische Frauen.

Womit könnten diese Defizite der befragten ausländischen Frauen zu erklären sein? Wie schon im Fall des Subsamples der 56- bis 65-jährigen Frauen besteht eine nicht auszuschliessende Erklärung darin, dass es sich um einen statistischen Zufallseffekt handelt, der durch die geringe Stichprobengrösse begünstigt worden ist. Eine andere Erklärung könnte darin liegen, dass die vorgefundenen Unterschiede nicht auf *tatsächliche* Differenzen in der subjektiven Gesundheit zwischen ausländischen Frauen und Männern zurückzuführen sind, sondern auf sich unterscheidende Formen des Antwortverhaltens. So könnte es sein, dass ausländische Männer aufgrund kultureller Normvorstellungen tendenziell eher Hemmungen damit haben, gesundheitliche Defizite zu benennen, während umgekehrt grössere ausländische Frauen in dieser Hinsicht (auch im Vergleich mit den Schweizerinnen und Schweizern) tendenziell besonders auskunftsbereit sein könnte. Ist das der Fall, müsste man vermuten, dass ein zwischen Ausländerinnen und Ausländern divergierendes Antwortverhalten (bezogen auf die Frage: »Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?«) auch in den Daten der SGB07 aufscheint. Auch und gerade in dieser an Fallzahlen wesentlich umfangreicheren Stichprobe müsste zu beobachten sein, dass ausländische Männer sich gesünder einschätzen als ausländische Frauen.



Die in Abbildung 8 dargestellten Daten widerlegen das. In beiden analysierten Samples der SGB07 unterscheiden sich Männer und Frauen ausländischer Herkunft nur höchst geringfügig (Bevölkerungstichprobe 18–65 Jahre) bzw. nicht signifikant (Stichprobe Sozialhilfebeziehender) in ihrer selbstberichteten Gesundheit. Diese Tatsache legt den Schluss nahe, dass es sich bei der beobachteten Differenz in der KA-Stichprobe entweder um einen Zufallseffekt oder aber um »echte« Unterschiede im subjektiven Gesundheitsniveau (und nicht um solche des Antwortverhaltens) handelt. Das Ergebnis eines negativ ausfallenden Signifikanztests stützt die erstgenannte Hypothese.

2.2.2 Unterschiedliche Aspekte von Gesundheit und Lebensqualität

Wie in der Einleitung zum vorliegenden Kapitel bereits ausgeführt, sind die KlientInnen in unserer Studie zusätzlich zur Frage nach ihrer allgemeinen Gesundheit um eine Einschätzung ihrer Gesundheit und Lebensqualität in den Lebensbereichen körperliche und psychische Gesundheit sowie soziale und materielle Lebensqualität gebeten worden. Damit diese Begriffe von den Befragten möglichst einhellig verstanden wurden, waren die InterviewerInnen angewiesen, sie anhand der folgenden Stichworte zu erläutern:

- Körperliche Gesundheit: Körperliches Wohlbefinden, Freiheit von Krankheit und Beschwerden, Zufriedenheit mit körperlicher Leistungsfähigkeit
- Psychische Gesundheit: Psychisches Wohlbefinden, positive Emotionen, Ausgeglichenheit
- Soziale Lebensqualität: Zufriedenheit mit Anzahl und Qualität sozialer Beziehungen, inkl. Beziehungen zu Partnern, Familienmitgliedern, Freunden, Bekannten
- Materielle Lebensqualität: Zufriedenheit mit verfügbarem Geld, anderem verfügbarem Vermögen, Wohnsituation, Mobilität



Selbstberichtete Lebensqualität in vier zentralen Lebensbereichen
Stichprobe KA

Abbildung 9

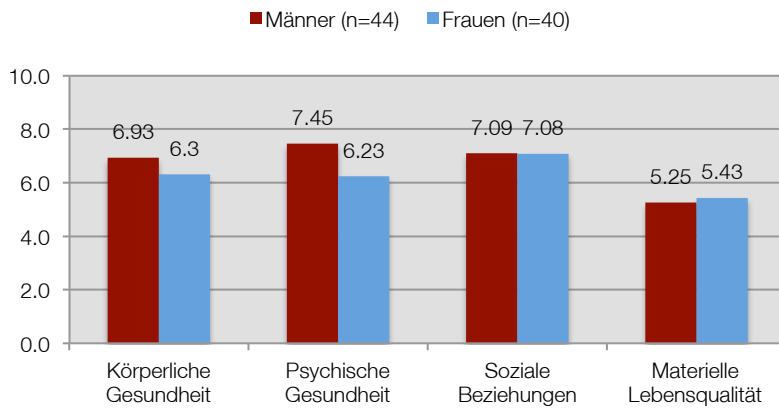
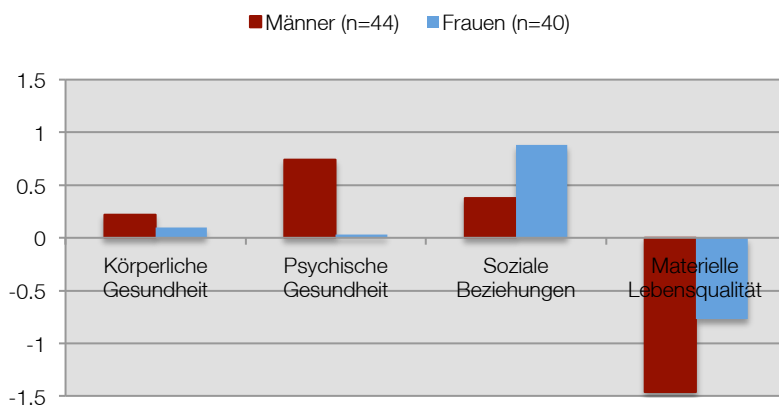


Abbildung 9 zeigt die ermittelten Durchschnittswerte für Frauen und Männer. Im Vergleich zwischen den Geschlechtern fällt auf, dass sich die Männer im Bereich der körperlichen und der psychischen Gesundheit im Durchschnitt etwas stärker einschätzen als die Frauen, wobei die Differenz im Bereich der psychischen Gesundheit besonders deutlich ausfällt (statistische Signifikanz auf dem Niveau einer fünfprozentigen Irrtumswahrscheinlichkeit wird dennoch knapp verfehlt). In den Bereichen Zufriedenheit mit sozialen Beziehungen und materiellen Lebensumständen bestehen dagegen keine Unterschiede.

Aufschlussreich ist der Vergleich zur relativen Zufriedenheit der KlientInnen in den unterschiedlichen Lebensbereichen. Wie bereits aus Abbildung 9 hervorgeht, berichten die KlientInnen im Bereich sozialer Beziehungen insgesamt über die höchste Zufriedenheit, gefolgt von psychischer und körperlicher Gesundheit. Signifikant niedrigere Werte zeigen sich bei der Zufriedenheit mit den materiellen Lebensumständen. Diese Differenzen zwischen den Lebensbereichen lassen sich grafisch noch besser veranschaulichen.

Unterschiede in der relativen Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen, bezogen auf geschlechtsspezifischen Durchschnittsindex
Stichprobe KA

Abbildung 10



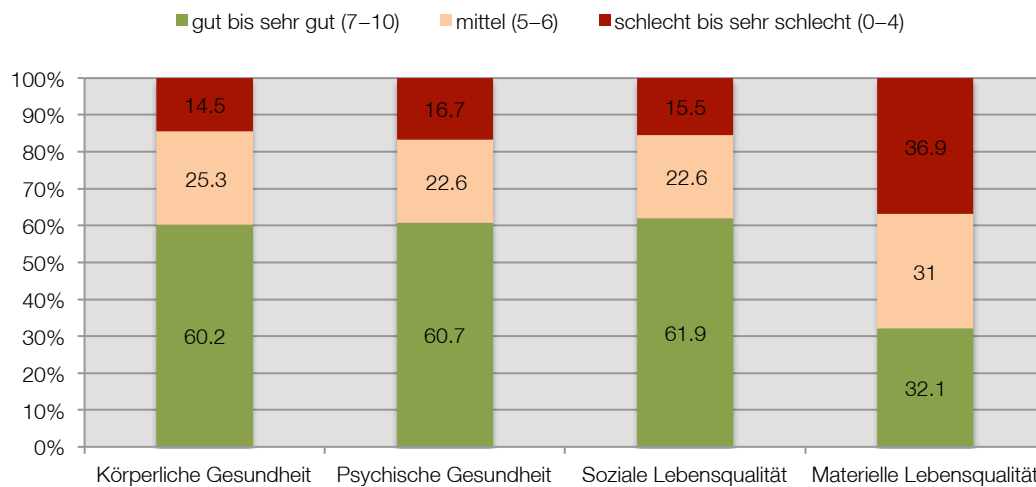
Dabei ist für beide Geschlechter als Vergleichswert (Baseline) jeweils ein durchschnittlicher Index aus allen vier Lebensbereichen (»Durchschnittszufriedenheit«) zugrundegelegt. Abbildung 10 macht



noch einmal deutlich, dass die Zufriedenheit mit den materiellen Lebensumständen bei beiden Geschlechtern im Vergleich mit der Einschätzung der übrigen Lebensbereiche eindeutig abfällt. Dieser Umstand ist, wie jetzt zu sehen ist, bei den Männern deutlicher ausgeprägt als bei den Frauen. Sieht man sich an, welche Lebensbereiche *im internen Vergleich über die vier Dimensionen hinweg* als relativ gut beurteilt werden, ist ebenfalls ein Geschlechtsunterschied festzustellen: Bei Männern trägt vor allem die psychische Gesundheit zur Erhöhung des Durchschnittswertes bei, bei Frauen die Zufriedenheit mit sozialen Beziehungen.

Anteil Personen mit sehr guter bis sehr schlechter selbstberichteter Lebensqualität in verschiedenen Lebensbereichen
Stichprobe KA

Abbildung 11



Analog zur Vorgehensweise bei der Darstellung von Befunden zum allgemeinen Gesundheitszustand lassen sich die KlientInnen auch bezüglich ihrer Einschätzung der vier zentralen Lebensbereiche danach einteilen, ob sie ihre Lebensqualität im jeweiligen Bereich als sehr gut, gut, mittel, schlecht oder sehr schlecht beurteilen. Die entsprechende Analyse zeigt (Abbildung 11), dass jeweils rund 60% der Befragten in den Bereichen Körper, Psyche und soziale Beziehungen die eigene Lebensqualität als mindestens »gut« beurteilen (Werte zwischen 7 und 10). Jeweils ca. ein Sechstel der Befragten (ca. 15%) berichtet hier dagegen über eine schlechte bis sehr schlechte Lebensqualität (Werte zwischen 0 und 4). Ein ganz anderes Bild bietet sich bei der Zufriedenheit mit den materiellen Lebensumständen: Hier ist nur noch ein knappes Drittel (32.1%) mit der aktuellen Lage vergleichsweise gut zufrieden, und die relativ gesehen grösste Gruppe (36.9%) beurteilt die eigene Situation mit einem Wert, der nach unserer Kategorisierung in den Prädikatsbereich »schlecht bis sehr schlecht« fällt.

Dieselben Daten kann man zur Grundlage für eine weitere aufschlussreiche Analyse nehmen. In dieser Analyse soll sich zeigen, wie viele Lebensbereiche von den KlientInnen des Kompetenzzentrums Arbeit zum Zeitpunkt der Befragung durchschnittlich mit einem Wert eingestuft wurden, der auf eine *problematische* Situation verweist. Den Begriff des Problematischen operationalisieren wir quantitativ als Antwort im numerischen Bereich zwischen 0 und 6 (»sehr schlecht« bis »mittel« nach dem in dieser Studie verwendeten verbalen Kategorisierungsschlüssel). Konzeptuell entspricht dieser Operationalisierung also die Auffassung, dass ein Lebensbereich dann als problematisch eingestuft werden kann, wenn eine Person ihre Lebensqualität in dem betreffenden Bereich nicht mindestens als »gut« beurteilt. Diese Auffassung halten wir u.a. deswegen für angemessen, weil es



sich bei den von uns erhobenen Lebensbereichen eindeutig um zentrale Aspekte des »guten Lebens« handelt. Dennoch steht eine solche Qualifizierung unter dem grundsätzlichen Vorbehalt, dass die objektivierende Zuschreibung von Problemen letztlich aus der subjektiven Perspektive der Betroffenen verifiziert werden müsste.

Anteil Personen mit unterschiedlichen Anzahlen problematischer Lebensbereiche
Stichprobe KA

Abbildung 12

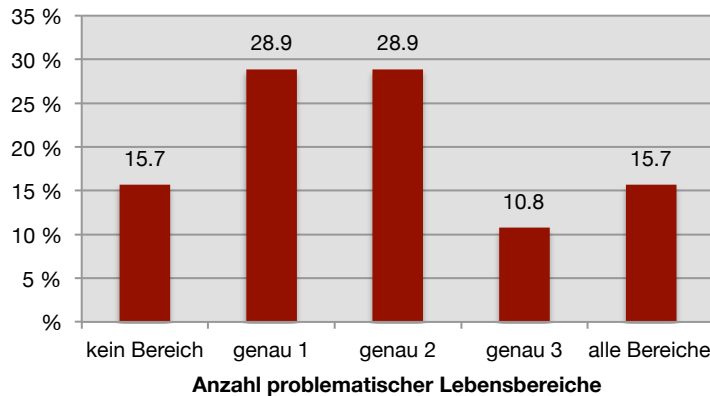


Abbildung 12 zeigt, dass nur rund ein Sechstel aller Befragten (15.7%) die eigene Lebensqualität in allen vier Bereichen als gut oder sehr gut (Werte zwischen 7 und 10) einschätzt. Das ist nicht verwunderlich, wenn man berücksichtigt, dass allein zwei Drittel mit ihren materiellen Lebensumständen höchstens mässig zufrieden sind, wie aus Abbildung 11 (vgl. oben) hervorging. Auf der anderen Seite ist zu konstatieren, dass auch diejenigen Personen lediglich eine Minderheit (ebenfalls 15.7%) ausmachen, die sich in *sämtlichen* vier Lebensbereichen beeinträchtigt fühlen. Die Mehrheit der Befragten (57.8%) stuft sich als beeinträchtigt in einem oder zwei Bereichen ein.

Zusammenhänge zwischen unterschiedlichen Lebensbereichen

Eine sowohl für die Forschung wie für die Praxis der Gesundheitsförderung relevante Frage lautet, wie unterschiedliche gesundheitsrelevante Lebensbereiche zusammenhängen, d.h. auf welche Weise und wie stark sie wechselseitig aufeinander Einfluss nehmen. Die von uns gesammelten Daten ermöglichen zu dieser zweiten Frage, nämlich zur Stärke der Zusammenhänge, interessante Einsichten. Als Mass für die Beschreibung der Zusammenhangstärke verwenden wir den sog. Rangkorrelationskoeffizienten Rho (ρ) nach Spearman. Der Koeffizient ρ kann Werte zwischen -1 und +1 annehmen, wobei -1 für einen maximal negativen, +1 für einen maximal positiven und 0 für einen nicht vorhandenen Zusammenhang steht. Der Begriff »Zusammenhang« (zwischen den Beispielvariablen A und B) meint dabei, dass mit Differenzen zweier Ausprägungen der Variable A tendenziell gleichgerichtete Differenzen in den Ausprägungen der Variable B einhergehen. An einem einfachen Beispiel veranschaulicht: Ein starker Zusammenhang bzw. eine hohe Korrelation zwischen psychischer und körperlicher Gesundheit würde dann bestehen, wenn Personen mit einer schwachen psychischen Gesundheit tendenziell auch über eine schwache körperliche Gesundheit und Personen mit einer starken psychischen Gesundheit auch über eine starke körperliche Gesundheit verfügten. In theoretischer Perspektive ist zu erwarten, dass sich die Abhängigkeit zwischen den in unserer Studie erhobenen Aspekten von Gesundheit und Lebensqualität, die in der Literatur durchgängig betont wird, in signifikant positiven Koeffizienten wiederfindet.



Tabelle 5: Subjektive Lebensqualität in verschiedenen Lebensbereichen (*Korrelationen nach Spearman*)

Variable	Körperliche Gesundheit	Psychische Gesundheit	Soziale Lebensqualität	Materielle Lebensqualität	Allgemeine Gesundheit
Körperliche Gesundheit	1	.318**	.273*	.140	.799**
Psychische Gesundheit	.318**	1	.450**	.253*	.383**
Soziale Lebensqualität	.273*	.450**	1	.272*	.273*
Materielle Lebensqualität	.140	.253*	.272*	1	.198

** Die Korrelation ist auf dem Niveau $p < 0.01$ signifikant (Irrtumswahrscheinlichkeit $< 1\%$)

* Die Korrelation ist auf dem Niveau $p < 0.05$ signifikant (Irrtumswahrscheinlichkeit $< 5\%$)

Der Blick in die Korrelationstabelle lässt auf den ersten Blick erkennen, dass sich diese Erwartung bestätigt: Die Selbsteinschätzungen in unterschiedlichen Lebensbereichen hängen mehrheitlich statistisch signifikant miteinander zusammen. Der stärkste Koeffizient ($\rho = .45$) besteht – sieht man von den Korrelationen mit dem Mass des allgemeinen Gesundheitszustandes (Spalte aussen rechts) ab – zwischen den Variablen der selbstberichteten psychischen Gesundheit und der Zufriedenheit mit der sozialen Lebensqualität. Dieser Wert weist nach einer in den Sozialwissenschaften gebräuchlichen Typologie (Cohen, 1988) auf einen Zusammenhang von mittlerer Stärke hin. Die zweithöchste Korrelation ($\rho = .318$) findet sich zwischen psychischer und körperlicher Gesundheit, gefolgt vom Zusammenhang körperlicher Gesundheit mit sozialer Lebensqualität ($\rho = .273$). Nur die psychische Gesundheit ($\rho = .253$) und die soziale Lebensqualität ($\rho = .272$), nicht aber die körperliche Gesundheit korrelieren signifikant mit der materiellen Lebensqualität. Bei den zuletzt genannten Korrelationen ($\rho < .30$) handelt es sich um statistisch signifikante, aber schwache Zusammenhänge. Aus den Daten ergeben sich zwei klare Schlussfolgerungen:

1. Die insgesamt stärksten Zusammenhänge mit den übrigen Lebensbereichen weist die selbstberichtete psychische Gesundheit auf. Die korrelativen Daten lassen keine Entscheidung zwischen den Hypothesen zu, ob a) ein beeinträchtigtes psychisches Befinden sich direkt auf das Befinden in anderen Bereichen niederschlägt oder ob b) umgekehrt die Befragten in ihrem psychischen Befinden besonders sensibel auf Beeinträchtigungen in den übrigen Lebensbereichen reagieren. Theoretische Erwägungen machen beides plausibel. In jedem Fall sind die Daten ein Indiz dafür, dass eine auf möglichst breite Wirkung angelegte (d.h. in mehreren Lebensbereichen wirksame) Gesundheitsförderung dem Aspekt der psychischen Gesundheit besondere Beachtung beimessen sollte.
2. Die eindeutig schwächsten Zusammenhänge mit den übrigen Lebensbereichen weist die Beurteilung der materiellen Lebensqualität auf. Mit Blick auf die Verhältnisse *innerhalb* der Stichprobe sozialhilfebeziehender KlientInnen lässt sich diese Feststellung sogar dahingehend zuspitzen, dass die Zufriedenheit mit materiellen Aspekten nahezu keinen Erklärungswert für Unterschiede des psychischen, körperlichen und sozialen Befindens besitzt. Ob eine entsprechende Einsicht auch für den Vergleich zwischen sozialhilfebeziehenden und erwerbstätigen Personen gälte, muss natürlich offen bleiben.

Ein klares Ergebnis zeigt Tabelle 5 zum Zusammenhang zwischen verschiedenen Aspekten von Gesundheit und Lebensqualität und dem in Abschnitt 2.2.1 behandelten Mass des allgemeinen Gesundheitszustandes. Die hohe Korrelation von $\rho = .799$ zwischen den Massen der körperlichen und der allgemeinen Gesundheit bestätigt eindrücklich die bereits im Abschnitt über das subjektive Gesundheitsverständnis belegte These, dass die KlientInnen des KA mit dem allgemeinen Begriff »Gesundheit« (zumal wenn sie in einer wissenschaftlichen Befragung damit konfrontiert werden) in erster Linie körperliche Aspekte verbinden. Ebenfalls in genauer Entsprechung zu den inhaltsanalytisch gewonnenen Kodierungen aus Abschnitt 2.1 folgen mit immer noch moderater Korrelation



($\rho=.383$) psychische und mit eher geringer Korrelation ($\rho=.273$) soziale Aspekte. Keine signifikante Korrelation besteht mit der selbstberichteten materiellen Lebensqualität.

Fazit

Im Folgenden fassen wir die in diesem Abschnitt zusammengetragenen Erkenntnisse zur subjektiven Gesundheit und Lebensqualität der befragten KlientInnen kurz zusammen.

- In der jüngsten Altersgruppe der 18- bis 25-Jährigen fühlen sich die sozialhilfebeziehenden KA-KlientInnen durchschnittlich annähernd gleich gesund wie gleichaltrige Personen in der gesamtschweizerischen Bevölkerungsstichprobe.
- In allen höheren Altersgruppen berichten die KA-KlientInnen dagegen durchschnittlich über eine markant schlechtere allgemeine Gesundheit als die Bevölkerungsstichprobe aller Personen im erwerbsfähigen Alter.
- Anders als in der Bevölkerungsstichprobe und in der Stichprobe sozialhilfebeziehender Personen aus der SGB07 setzt sich die gesundheitliche Abwärtstendenz bei den KA-KlientInnen nach dem mittleren Lebensjahrzehnt nicht mehr eindeutig fort. Ältere KlientInnen berichten über ein ähnliches (vergleichsweise niedriges) Gesundheitsniveau wie mittelalte.
- Rund die Hälfte der KlientInnen schätzt die eigene Gesundheit als gut oder sehr gut ein, rund ein Drittel als mittelmässig und rund ein Sechstel als schlecht oder sehr schlecht.
- Die weiblichen Klientinnen schätzen sich körperlich wie psychisch geringfügig schlechter ein als die männlichen Klienten, mit ihren sozialen Beziehungen und Lebensumständen sind dagegen beide Geschlechter in demselben Ausmass (un)zufrieden.
- In den Bereichen körperliche und psychische Gesundheit sowie soziale Lebensqualität schätzen rund 60% der KlientInnen ihre aktuelle Lage als gut oder sehr gut ein. Jeweils rund ein Viertel stuft sie als mittelmässig, rund ein Sechstel als schlecht oder sehr schlecht ein.
- Deutlich anders verhält es sich bei der materiellen Lebensqualität: Hier beurteilt mehr als ein Drittel der KA-KlientInnen die eigene Lage als schlecht bis sehr schlecht.
- Im Vergleich über die vier zentralen Lebensbereiche hinweg sind Frauen nach eigenen Angaben in ihren sozialen Beziehungen am wenigsten beeinträchtigt, Männer dagegen in ihrer psychischen Gesundheit.
- Der auffälligste Zusammenhang mit der Lebensqualität in den übrigen Lebensbereichen ergibt sich für die subjektive psychische Gesundheit: Wer psychisch gesund ist, schätzt die eigene Lage tendenziell auch in den anderen Lebensbereichen als gut ein; wer psychisch beeinträchtigt ist, berichtet auch anderswo über Defizite.
- Keine oder nur schwache Zusammenhänge bestehen zwischen der Zufriedenheit mit den materiellen Lebensumständen und den übrigen Bereichen subjektiver Lebensqualität.

2.2.3 Körperliche Gesundheit

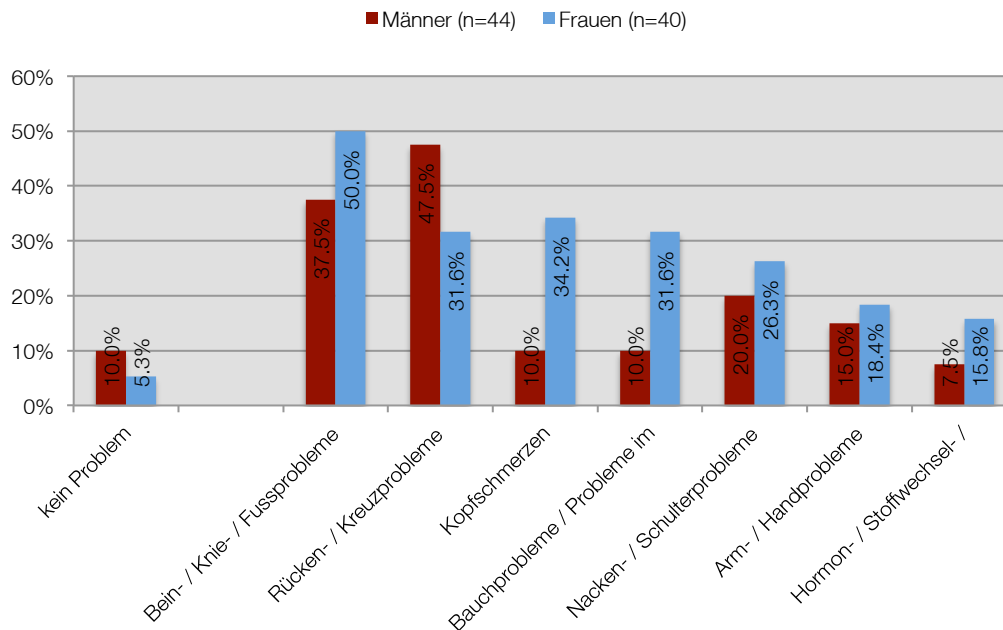
Im folgenden Abschnitt berichten wir in differenzierterer Form über die körperliche Gesundheitsverfassung der befragten KlientInnen. Neben der pauschalen Einschätzung auf einer Skala von 0 bis 10 wurden die KlientInnen gebeten, ihre aktuellen Gesundheitsprobleme im Bereich des Körperlichen auf einer anatomischen Darstellung zu markieren, die markierten Stellen sprachlich zu erläutern sowie für jedes benannte Problem die Dauer des Bestehens anzugeben. In herkömmlichen mediznpsychologischen Befragungen wird im Unterschied dazu meist mit Listen gearbeitet, anhand derer die Befragten im Ja-Nein-Antwortformat dazu Stellung nehmen können, ob sie von bestimmten ihnen vorgegebenen Krankheiten oder Symptomen betroffen sind. Die Methode der



freien Nennung, unterstützt durch die Erinnerungshilfe der anatomischen Darstellung, erschien uns für unsere Zwecke geeigneter, weil wir auf diese Weise direkt die von den KlientInnen selbst *als relevant erachteten* gesundheitlichen Phänomene erheben konnten.

Prävalenz selbstberichteter körperlicher Gesundheitsprobleme nach
Geschlecht
Stichprobe KA

Abbildung 13



Zum Zweck der statistischen Auswertung mussten die Aussagen der KlientInnen, die sich teilweise auf Schmerzen, Beschwerden und sonstige Symptome, teilweise auf eindeutige Krankheitsdiagnosen bezogen, in ein diagnostisches Kategoriensystem eingeordnet werden. Diese Kategorien wurden auf der begrifflichen Ebene von »Problembereichen« angesetzt, die zum Teil mit Bezug auf Körperregionen (z. B. Rücken- und Kreuzprobleme), zum Teil funktional (z. B. Hormon-, Stoffwechsel- und Blutprobleme) definiert wurden. Zur Erarbeitung des Kategoriensystems haben wir einen ärztlichen Experten beigezogen.

Abbildung 13 zeigt die prozentualen Häufigkeiten für die am häufigsten kodierten Kategorien (sämtliche Kategorien mit durchschnittlichen Prävalenzen von über 10 Prozent), getrennt nach Geschlecht. Ersichtlich wird, dass die Zahl derjenigen Personen, die überhaupt kein körperliches Gesundheitsproblem benennen, mit 10% (Männer) bzw. 5,3% (Frauen) niedrig ausfällt. Beim Blick auf die am häufigste kodierte Kategorie fällt ein Geschlechtsunterschied auf: Während bei Männern Kreuz- und Rückenprobleme mit 47,5% (Frauen: 31,6%) eindeutig der häufigste Problembereich ist, sind bei Frauen Bein-, Knie- und Fussprobleme mit 50,0% (Männer: 37,5%) verbreiteter. Beträchtliche Geschlechtsunterschiede bestehen ferner bei der Nennung von Kopfschmerzen (Frauen: 34,2%, Männer: 10%) sowie von Bauch- und Verdauungsproblemen (Frauen: 31,6%, Männer: 10%).

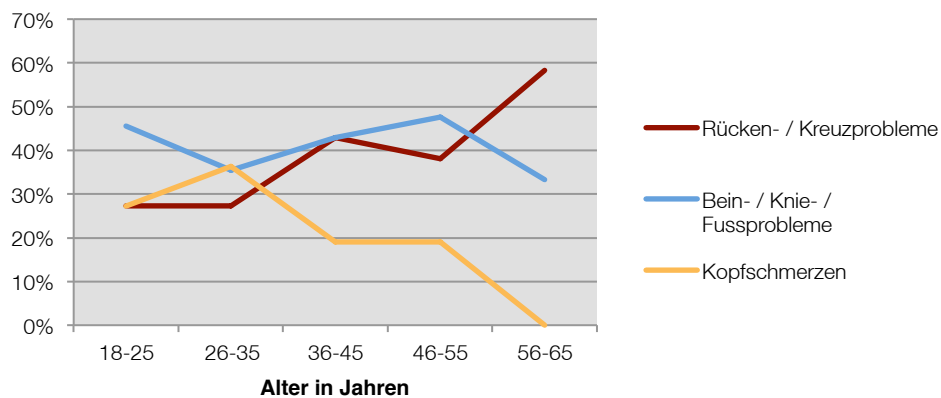
Zu den auffälligsten Ergebnissen gehört die insgesamt sehr hohe Prävalenz von Bein-, Knie- und Fussproblemen, die diejenige der in der Forschungsliteratur stärker beachteten Rücken- und Kreuzprobleme sogar übertrifft. Warum die KlientInnen des Kompetenzzentrums Arbeit so häufig von Problemen gerade in diesem Bereich betroffen sind, kann nur vermutet werden. Eine mögliche



Erklärung besteht darin, dass die KlientInnen durch Tätigkeiten in Bildungs- und Beschäftigungsprogrammen oft erstmals seit längerem wieder körperlich stark aktiv sind, so dass die ungewohnt intensive Inanspruchnahme ihres Körpers (langes Stehen, häufiges Gehen) zu Belastungserscheinungen in den Beinen, Knien und Füßen führt. Eine weitere Erklärung könnte darin liegen, dass die Beine, Knie und Füße als Bestandteile des Bewegungsapparats zusätzlich zu primären Beeinträchtigungen häufig sekundär von Belastungen anderer Körperteile betroffen sind, wie beispielsweise von Rücken- und Kreuzproblemen, die sich durch ungünstige Körperhaltungen auf die unteren Glieder übertragen. Die absolut gesehen hohe Prävalenz von Problemen in diesem Bereich könnte ferner auch dadurch verursacht sein, dass es sich bei Beinen, Knien und Füßen ähnlich wie bei Rücken und Kreuz möglicherweise um häufige Manifestationsorte psychosomatischer Belastung handelt.

Prävalenz der drei häufigsten selbstberichteten körperlichen Gesundheitsprobleme nach Altersgruppen
Stichprobe KA

Abbildung 14



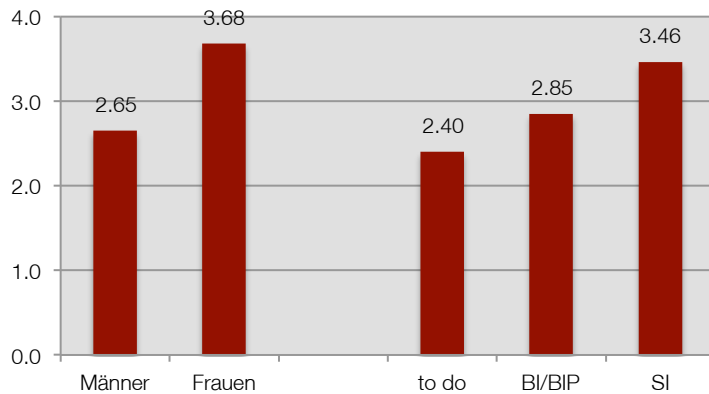
Sieht man sich die Prävalenzen der drei am häufigsten kodierten Problemkategorien⁵ im Vergleich über die Altersgruppen an, fallen drei verschiedene Verlaufskurven auf. Während Bein-, Knie- und Fussprobleme mit Abweichungen von $\pm 7.5\%$ bei durchschnittlich rund 40% über alle Altersgruppen hinweg auf hohem Niveau bleiben, zeichnen sich bei den Rücken- und Kreuzproblemen sowie bei den Kopfschmerzen erhebliche Altersdifferenzen ab. Zwischen den beiden Kategorien sind die Altersunterschiede exakt gegenläufig: Kopfschmerzen werden mit höherem Alter immer seltener, Rücken- und Kreuzprobleme immer häufiger berichtet.

⁵ Für alle übrigen Problemkategorien ist ein Vergleich über die Altersgruppen wegen zu geringer Zellgrößen nicht sinnvoll.



Durchschnittliche Anzahl selbstberichteter körperlicher Gesundheitsprobleme nach Geschlecht und Programmzugehörigkeit
Stichprobe KA

Abbildung 15



Ein in der Forschung bekanntes Phänomen ist die Tatsache, dass Frauen im Durchschnitt zwar nicht von gravierenderen, wohl aber von einer höheren Anzahl körperlicher Probleme betroffen sind. Entsprechende Hinweise finden sich auch in der Stichprobe der KA-KlientInnen, wie Abbildung 15 zu entnehmen ist: Frauen berichteten im Durchschnitt ($M=3.68$) über rund ein körperliches Problem mehr als Männer ($M=2.65$). Ferner bestätigt sich der Befund aus Abschnitt 2.1, wonach Teilnehmende eines SI-Programmangebots gesundheitlich stärker beeinträchtigt sind als Personen aus den BI/P-Programmen sowie deutlich stärker als die jüngere Klientel aus dem Motivationssemester »to do«, auch im Hinblick auf die durchschnittliche Problemanzahl.

Die schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 liefert ihrerseits sehr aufschlussreiche Daten zum körperlichen Gesundheitszustand in der Gesamtbevölkerung und der Subgruppe der Sozialhilfebeziehenden. Die Daten aus der SGB07 können zwar nicht direkt mit unseren Befunden verglichen werden, weil die Datenerhebung auf unterschiedliche Weise erfolgte. Ein Blick auf die SGB-Daten lohnt aber auch in diesem Zusammenhang, weil er Hinweise darauf liefert, ob sich die insgesamt schlechtere Verfassung der sozialhilfebeziehenden Personen erwartungsgemäss in einer höheren Prävalenz einzelner Problemkategorien abbildet. Dazu muss die Bevölkerungstichprobe der 18- bis 65-Jährigen mit dem Subsample der sozialhilfebeziehenden Personen verglichen werden.



Anteil untergewichtiger, normalgewichtiger und übergewichtiger Personen
Stichprobe KA vs. Stichproben SGB07 18–65 Jahre

Abbildung 17



Quelle: BFS, Datensatz SGB07; eigene Berechnungen (ungewichtete Stichproben)

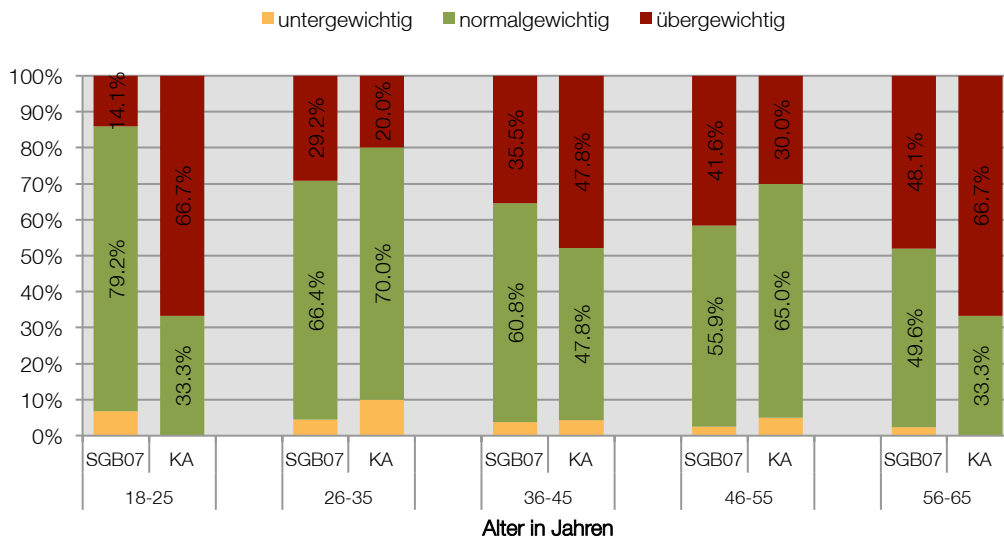
Als ein indirektes Mass zur Beurteilung der körperlichen Gesundheit einer Person gilt das Verhältnis von Körpergewicht und Körperlänge. Ein sehr gebräuchlicher Indikator in diesem Kontext ist der Body-Mass-Index (BMI; vgl. WHO, 2011). Der international standardisierte BMI erlaubt eine Einschätzung darüber, ob eine Person im Vergleich mit einem Normwert als normalgewichtig, übergewichtig oder untergewichtig gelten kann. Die Berechnung folgt der Formel: $BMI = \text{Körpergewicht in kg} / \text{Körpergröße in m im Quadrat (kg/m}^2\text{)}$.

Die Berechnung des BMI in der Stichprobe der KA-KlientInnen und der anschliessende Vergleich mit Werten aus der SGB07 bringt das nicht unerwartete Ergebnis, dass die KlientInnen etwas häufiger vom Normalgewicht abweichen als Personen aus der Stichprobe der Gesamtbevölkerung (Abbildung 17). Das gilt allerdings nur für das Übergewicht, nicht für das Untergewicht. Bei den Frauen sind die Unterschiede markanter: Zwei von fünf der befragten KA-Klientinnen (39.5%) sind übergewichtig, in der Bevölkerungsstichprobe der SGB07 trifft das nur auf jede vierte Frau zu (26.5%).



Anteil unter-, normal- und übergewichtiger Personen nach Altersgruppe
Stichprobe KA

Abbildung 18

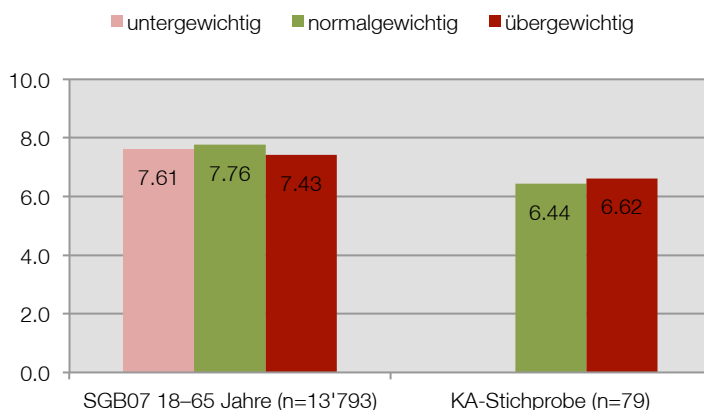


Quelle: BFS, Datensatz SGB07; eigene Berechnungen (ungewichtete Stichproben)

Der Blick auf Unterschiede zwischen den Altersgruppen offenbart klare Tendenzen (Abbildung 18). So deutet sich an, dass die Neigung zu vermehrtem Übergewicht bei den KA-KlientInnen in der Gruppe der jungen Erwachsenen (18–25 Jahre) sowie in der höchsten Altersgruppe (56–65 Jahre) besonders ausgeprägt sein könnte. Besonders deutlich ist das bei den jungen Erwachsenen. In der Gesamtbevölkerung liegt der Anteil übergewichtiger Personen in dieser Altersgruppe noch bei vergleichsweise niedrigen 14.1%, in der KA-Stichprobe dagegen waren zwei von drei Befragten (66.7%) unter 26 Jahren übergewichtig.

Subjektiver Zustand der allgemeinen Gesundheit nach BMI-Klassen
Stichprobe KA vs. Stichprobe SGB07 18–65 Jahre

Abbildung 19



Quelle: BFS, Datensatz SGB07; eigene Berechnungen (ungewichtete Stichproben)

Ein bemerkenswertes Phänomen tritt zutage, wenn man die Einteilung von Personen in Normal-, Unter- und Übergewichtige gemäss BMI mit dem Mass der selbstberichteten allgemeinen Gesundheit kombiniert. Im einleitenden Satz dieses Abschnitts ist gesagt worden, dass die BMI-



Klassifizierung im Allgemeinen als indirekter Indikator für den Gesundheitszustand eines Menschen angesehen wird. Unsere Daten und diejenigen aus der SGB07 legen indes nahe, dass das zumindest für den selbstberichteten subjektiven Gesundheitszustand *nicht* zutrifft. Wie aus Abbildung 19 hervorgeht, unterscheiden sich die Mittelwerte der metrisch skalierten Einschätzung zur allgemeinen Gesundheit bei unter-, normal- und übergewichtigen Personen nur sehr geringfügig bzw. überhaupt nicht signifikant voneinander (der Mittelwert für untergewichtige Angehörige der KA-Stichprobe ist wegen der zu geringen Zellgrösse nicht angegeben).

2.2.3 Psychische Gesundheit

Im Mittelpunkt der sozialwissenschaftlichen Empirie über den Einfluss der Erwerbslosigkeit auf die psychische Gesundheit (vgl. Abschnitt 1.6) stehen Erhebungen zur relativen Häufigkeit unterschiedlicher Kategorien psychischer Störungen und unterschiedlicher Formen psychischen Belastungserlebens. Methodisch wird meist auf standardisierte psychopathologische Instrumente zurückgegriffen, beispielsweise auf Gesundheitsfragebögen (Goldberg, 1978), Depressionsskalen (Beck & Beck, 1972; Radloff, 1977), Symptom-Checklisten (Derogatis et al., 1974) oder Angstskalen (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970; Taylor, 1953).

In unserer eigenen Annäherung an die Frage, wie gesund sich die befragten KlientInnen psychisch fühlen, sind wir einen etwas anderen Weg gegangen. Unser Vorgehen setzt sich aus zwei Teilen zusammen.

Erstens haben wir uns in der Anwendung standardisierter Skalen auf ein einziges Instrument beschränkt, das einen aus unserer Sicht besonders wichtigen und integrativen Aspekt psychischen Wohlbefindens misst: die Überzeugung, das eigene Leben aus eigener Kraft gestalten zu können. Zur Messung dieses Konstrukts kam in unserer Studie die sog. *Mastery-Skala* zum Einsatz, die seit 1992 auch in den schweizerischen Gesundheitsbefragungen des BFS Verwendung findet. Das Instrument ist eine überarbeitete Version der ursprünglich von Pearlin (Pearlin & Schooler, 1978) eingeführten *Pearlin-Mastery-Skala*. Konzeptuell ist das Konstrukt »Mastery« den in der psychologischen Forschung gut etablierten Konzepten der generalisierten Selbstwirksamkeitserwartung (*perceived self-efficacy*; vgl. Bandura, 2002) sowie der generalisierten internalen Kontrollüberzeugung (*internal locus of control*; vgl. ursprünglich Rotter, 1966) eng verwandt. Allgemein verständlich formuliert: Eingeschätzt wird, wie sehr eine Person davon überzeugt ist, auf Bedingungen und Ereignisse, die ihr Leben massgeblich bestimmen, durch eigenes Handeln Einfluss nehmen zu können. Was genau damit gemeint ist, wird ersichtlich, wenn wir die vier Aussagen des Instruments, die den Befragten zur Beurteilung vorgelegt wurden, hier aufführen:

- Ich werde mit einigen meiner Probleme nicht fertig.
- Ich fühle mich im Leben manchmal wie hin- und hergeworfen.
- Ich habe wenig Kontrolle über die Dinge, die ich erlebe.
- Oft fühle ich mich meinen Problemen ausgeliefert.

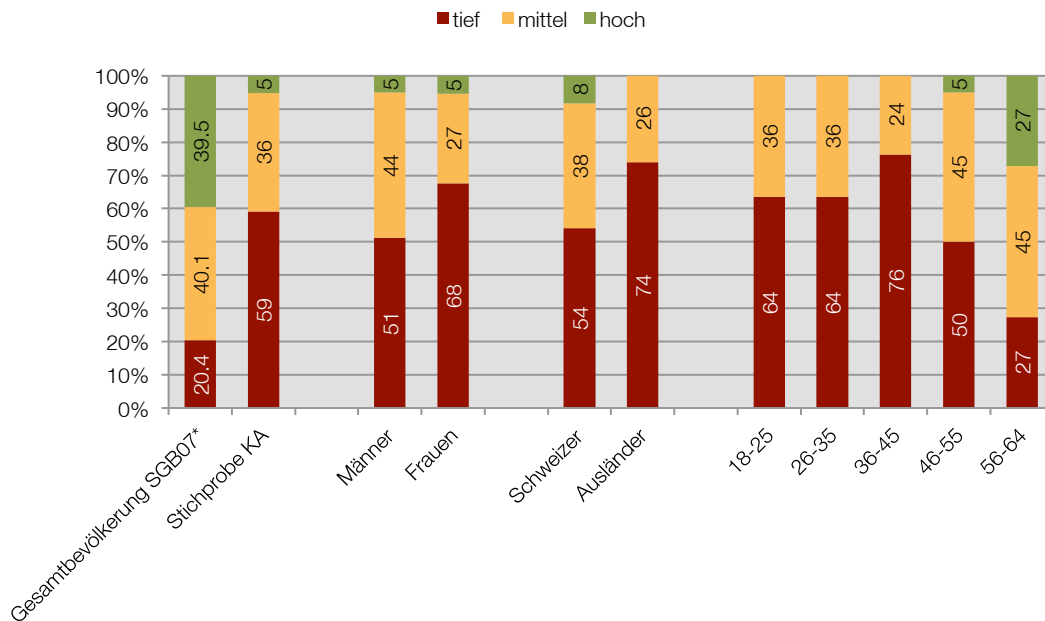
Antworten waren auf einer vierstufigen Skala zwischen den Polen »stimme voll und ganz zu« und »stimme überhaupt nicht zu« möglich. Untersuchungen zur Mastery-Skala haben gezeigt, dass das Instrument erstens die zentralen testtheoretischen Gütekriterien erfüllt (vgl. Rüesch & Manzoni, 2003; Bisig & Gutzwiller, 2004) und zweitens mit Massen des psychischen Wohlbefindens, darunter insbesondere mit Depressionsskalen, moderat bis hoch korreliert (Rüesch, Bartlomé & Huber, 2006).



Der zweite Bestandteil unseres Zugangs zur psychischen Gesundheit der KA-KlientInnen führte über die Auswertung offener Antworten aus den Interviews. Analysiert wurden Antworten auf die Frage: »Hat oder hatte Ihre jetzige Phase der Erwerbslosigkeit Auswirkungen auf Ihre Gesundheit – und wenn ja, was sind das für Auswirkungen?«. Die Auswertung folgte einem induktiv-inhaltsanalytischen Vorgehen, d.h. auf die Verwendung eines theoretisch vorformulierten Kategoriensystems wurde verzichtet. Wie an zahlreichen anderen Stellen unserer Untersuchung auch sollten also die KlientInnen primär selbst zur Sprache kommen; der Spielraum ihrer Antworten sollte nicht a priori in das objektivierende Raster einer Expertensicht eingezwängt werden.

Anteil Personen mit tiefer, mittlerer und hoher Mastery
Stichproben KA vs. Gesamtbevölkerung SGB07

Abbildung 20



Quelle: BFS, *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 2007* (BFS, 2010)

Abbildung 20 zeigt nun zunächst für das Konstrukt »Mastery« den Datenvergleich zwischen der Gesamtbevölkerung (Berechnung BFS aus der SGB07), der Gesamtstichprobe des KA sowie einzelnen Subgruppen der KA-Stichprobe. Die befragten Personen wurden nach einer einheitlichen Formel den Kategorien tiefe, mittlere und hohe Mastery zugewiesen, wobei eine *tiefe* Mastery eine *geringe* Überzeugung, das eigene Leben aus eigenen Kräften gestalten zu können, bedeutet. Die resultierenden Werte sind eindrücklich. Während in der Gesamtbevölkerung nur rund ein Fünftel aller Personen nicht oder kaum daran glaubt, das eigene Leben selbst in der Hand zu haben, sind es in der KA-Stichprobe annähernd 60%, also drei von fünf Personen. Gleichzeitig sind in der Gesamtbevölkerung rund zwei von fünf Personen stark oder sehr stark davon überzeugt, über wesentliche Bedingungen des eigenen Lebens selbst bestimmen zu können, während das nur für jede zwanzigste Person (5.3%) in der KA-Stichprobe gilt. Wie immer ist bei der Herstellung von ursächlichen Zusammenhängen Vorsicht geboten, aber die uns sich anbietenden Daten sind doch als ein starker Hinweis darauf zu werten, dass eine zentrale Wertorientierung des menschlichen Lebens zumal in westlichen Gesellschaften, nämlich das Vertrauen in die Fähigkeit, das eigene Leben aus eigener Kraft zu gestalten (vgl. Bandura, 2001), bei den von uns befragten KlientInnen durch die Erfahrung der Langzeiterwerbslosigkeit im Kern angegriffen ist.

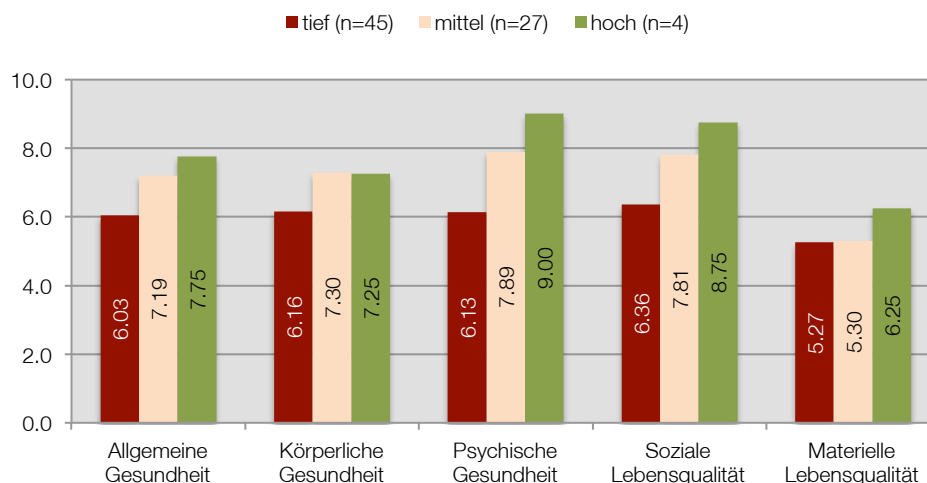


Der genauere Blick auf die Daten offenbart einzelne Subgruppen, die besonders stark beeinträchtigt sind. Die insgesamt niedrigsten Mastery-Werte zeigen sich bei Frauen, AusländerInnen sowie Personen im mittleren Lebensalter (36–45 Jahre). Die einzige Subgruppe, die annähernd Werte der Gesamtbevölkerung erreicht, ist die höchste Altersgruppe der 56- bis 65-Jährigen. Zum Einen schlägt sich in diesem Befund sicher die Tatsache nieder, dass unser weibliches Sample in der höchsten Altersgruppe (vgl. oben, Abschnitt 2.2.1) insgesamt über eine aussergewöhnlich hohe subjektive Gesundheit berichtet. Indes weisen auch die Männer dieser Altersgruppe vergleichsweise hohe Werte auf der Mastery-Skala auf. Aus diesen Erwägungen heraus ist die Interpretation vermutlich gerechtfertigt, dass sich die Wahrnehmung eines Verlusts der Kontrolle über die eigene Lebenssteuerung bei Langzeiterwerbslosen im mittleren Lebensalter zuspitzt. Während sich jüngere Menschen möglicherweise noch ein bescheidenes Mass an Hoffnung erhalten können, in Zukunft grössere Spielräume in der Gestaltung ihres Lebens zu erhalten, und ältere Menschen mit der Annäherung an den regulären Rentenbeginn ihre Ansprüche eher reduzieren, könnten mittelalte Personen von der Diskrepanz zwischen ihrer persönlichen Realität und den auf ihr Lebensalter bezogenen gesellschaftlichen Normvorstellungen («mitten im Leben stehen», «auf der Höhe der eigenen Möglichkeiten sein») besonders hart betroffen sein.

Warum Frauen und ausländische Personen ebenfalls besonders stark beeinträchtigt sind, darüber kann auf der Grundlage der vorliegenden Daten lediglich spekuliert werden. Dass Frauen insgesamt etwas niedrigere Werte auf der Mastery-Skala aufweisen als Männer, ist in der Forschungsliteratur belegt (vgl. Rüesch et al., 2006). Unklar ist, ob es sich um *objektive* Geschlechtsdifferenzen im Gestaltungsspielraum bezüglich des eigenen Lebens handelt, um eine unterschiedliche *Wahrnehmung* dieser Gestaltungsspielräume («Mastery» ist ein Wahrnehmungskonstrukt) oder ob Frauen aufgrund gesellschaftlicher Werte *eher bereit* sind, ein generalisiertes Gefühl des Kontrollverlusts einzuräumen. Ähnliche Fragen stellen sich auch im Bezug auf den Befund zu den Ausländerinnen und Ausländer. Die Kombination beider Merkmale (weiblich *und* von ausländischer Nationalität) zeigt sich in unserer Stichprobe als besonders prekäre Disposition: *Sämtliche* Ausländerinnen der Stichprobe finden sich in der Personengruppe mit tiefer Mastery.

Subjektive Lebensqualität in unterschiedlichen Lebensbereichen nach Mastery-Klassifizierung
Stichprobe KA

Abbildung 21





Wie Abbildung 21 zeigt, hängt die Überzeugung, das eigene Leben gestalten zu können, darüber hinaus vergleichsweise stark mit dem individuellen Erleben von Gesundheit und Lebensqualität zusammen. Die Personengruppe mit hoher Mastery (grüne Balken) ist zu klein, als dass deren Werte zuverlässig beurteilt werden könnten. Für die beiden Klassifizierungen »tief« und »mittel« lassen sich hingegen klare Mittelwertsunterschiede von statistischer Signifikanz feststellen. Erkennbar ist, dass Personen ihren allgemeinen Gesundheitszustand, ihre körperliche und psychische Gesundheit wie auch ihre soziale Lebensqualität tendenziell umso höher bewerten, je eher sie überzeugt davon, ihr Leben aus eigener Kraft gestalten zu können. Daraus ist nicht zweifelsfrei ein ursächlicher Zusammenhang abzulesen. Klar ist hingegen, dass die Werte »Gesundheit/Lebensqualität« und »Kontrolle über das eigene Leben« (Mastery), die logisch durchaus nicht zwingend aufeinander bezogen sind, empirisch miteinander einhergehen.

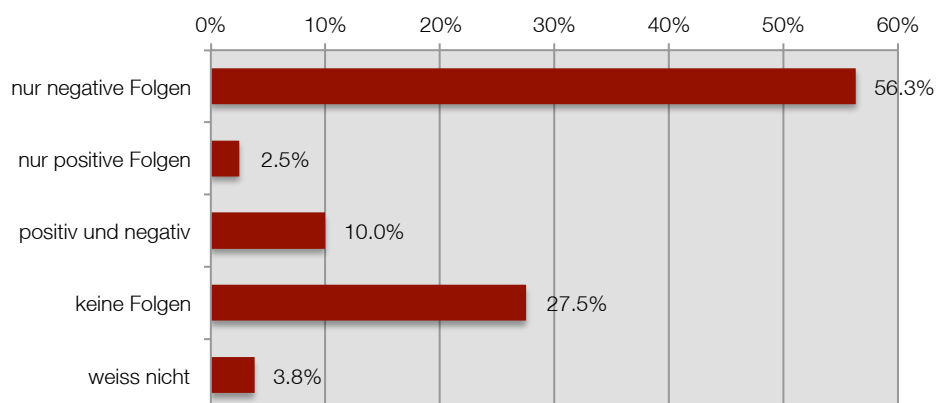
Den klarsten Zusammenhang weist die Mastery-Klassifizierung – wenig überraschend – mit der subjektiven Einschätzung der psychischen Gesundheit auf, annähernd so hoch ist der Zusammenhang mit der Einschätzung der sozialen Lebensqualität. In der inhaltlichen Interpretation könnte dieser letztere Befund sowohl auf einen direkten Zusammenhang (befriedigende soziale Beziehungen erhöhen möglicherweise objektiv wie subjektiv Möglichkeiten der Kontrolle über das eigene Leben) wie auf einen indirekten Zusammenhang (beispielsweise einen moderierenden Einfluss der subjektiven psychischen Gesundheit) hinweisen. Zu diesem Thema bringt Abschnitt 2.2.5 (»Soziale und materielle Lebensqualität«) weitere Aufschlüsse.

Psychische Folgen der Erwerbslosigkeit

Nehmen die KlientInnen des Kompetenzzentrums Arbeit selbst gesundheitliche Auswirkungen ihrer Erwerbslosigkeit wahr – und wenn ja, worin genau bestehen diese Auswirkungen? Die Antworten auf diese Fragen haben wir in einem mehrstufigen Kodierungsverfahren analysiert.

Anteil an Personen mit unterschiedlicher Wertigkeit der selbstberichteten gesundheitlichen Folgen von Erwerbslosigkeit
Stichprobe KA

Abbildung 22



Rund ein Viertel aller Befragten (27.5%) berichtet über gar keine gesundheitlichen Folgen (Abbildung 22). Jede zehnte Person (10.0%) beschreibt sowohl positive wie negative Folgen, und ein sehr geringer Anteil (2 Personen) nennt ausschliesslich positive Folgen⁶. Die mit einigem Abstand

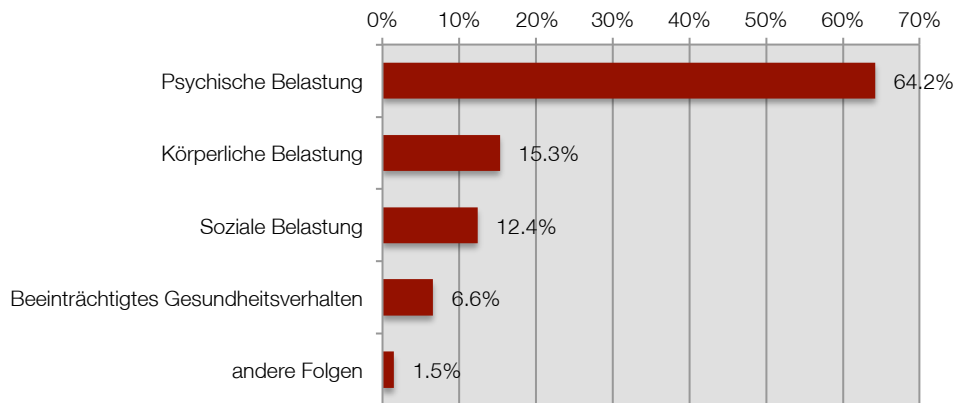
⁶ Diese positiven Folgen der Erwerbslosigkeit, auf die wir im Folgenden nicht mehr eingehen, beziehen sich vorwiegend auf die Entlastung von körperlich und/oder psychisch ungesunden Arbeitsbedingungen und -erfahrungen.



grösste Gruppe (56.3%) indes antwortet auf die Frage nach den gesundheitlichen Auswirkungen der Erwerbslosigkeit durch Nennung *ausschliesslich* negativer Folgen.

Zugehörigkeit negativer subjektiver Gesundheitsfolgen der Erwerbslosigkeit zu unterschiedlichen Phänomenbereichen
Stichprobe KA

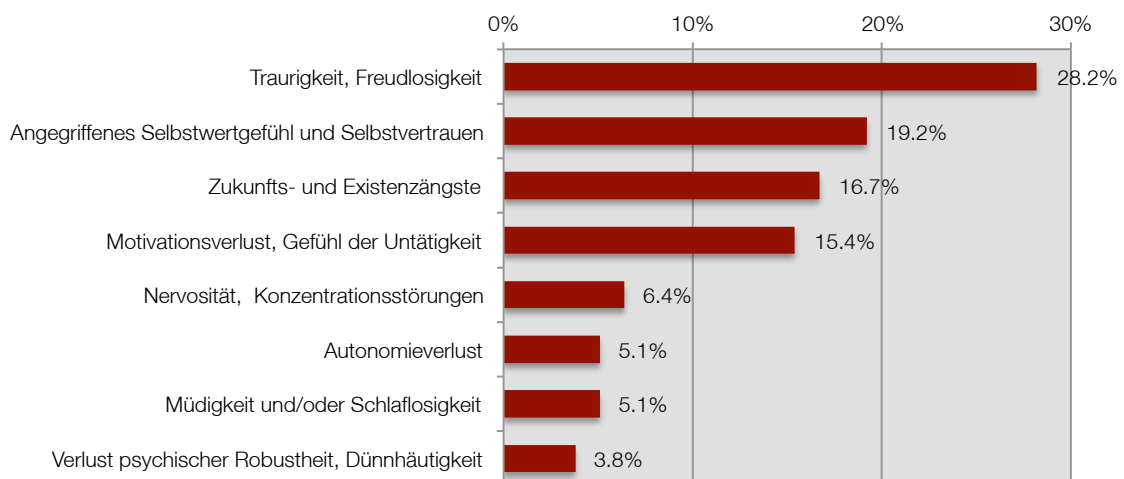
Abbildung 23



Die in Abbildung 23 dargestellte Analyse gibt an, wie die von den Befragten beschriebenen Gesundheitsfolgen kategorisiert werden konnten: als psychische, körperliche oder soziale Belastung oder aber als eine Beeinträchtigung Gesundheitsverhaltens. Körperliche Auswirkungen machen rund ein Sechstel (15.3%) der berichteten Folgen aus, Belastungen des sozialen Lebens rund ein Achtel (12.4%). Eindeutig die meisten von den Befragten selbst wahrgenommenen Auswirkungen betreffen mit knapp zwei Dritteln (64.2%) den Bereich der Psyche.

Genauere Art der negativen Folgen von Erwerbslosigkeit im Bereich der Psyche
Stichprobe KA

Abbildung 24



Aber welcher Art sind diese Folgen genau? In welcher Weise nehmen sich die KlientInnen als (durch ihre Erwerbslosigkeit) psychisch belastet wahr? Die nähere Analyse zu dieser Frage ergibt eine Einteilung in acht Phänomenbereiche, die in Abbildung 24 mit ihren jeweiligen Prozentanteilen



aufgeführt sind. Bei diesen Prozentzahlen handelt es sich wohlgerne nicht um den Anteil an Personen in der gesamten KA-Stichprobe, die über ein Phänomen in der jeweiligen Kategorie berichten, sondern um den Anteil von relevanten Nennungen in der betreffenden Kategorie an *allen* berichteten Gesundheitsfolgen.

Wir werden unten zum besseren Verständnis der in Abbildung 25 aufgeführten Phänomene zwei Fallbeispiele darstellen, aus denen zumindest einige Phänomenbereiche mit den ihnen zugeordneten Äusserungen im Zusammenhang anschaulich werden. Für den Gesamtüberblick müssen Erläuterungen in Stichwörtern genügen. Am häufigsten berichteten die Befragten über ein Gefühl der Traurigkeit oder (was nicht dasselbe bedeutet, aber eng damit zusammenhängt) der Freudlosigkeit. Darunter fielen wörtliche Äusserungen wie *ich bin die ganze Zeit traurig, mich deprimiert einfach alles* oder *ich bin irgendwie allgemein kein gfreuter Mensch mehr*. Ebenfalls sehr häufig waren Berichte über Gefühle der Wertlosigkeit und des geschwundenen Selbstvertrauens, entsprechende Äusserungen lauteten *man ist nichts mehr wert als arbeitsloser Mensch* oder *ich traue mir fast nichts mehr zu*. Viele Sozialhilfebeziehende sprachen ausserdem von Zukunftsängsten (*ich weiss einfach nicht mehr, wie es weitergehen soll, und das macht mir Angst*) und etwas seltener auch von Ängsten, die sich (trotz des bereits eingetretenen Sozialhilfebezugs und der damit häufig einhergehenden Einrichtung auf niedrigem ökonomischen Niveau) auf Verarmung beziehen (*zum Beispiel macht mir jetzt auch Sorgen, dass ich nie wieder Arbeit finde und der Staat den Geldhahn zudreht*). Immer noch vergleichsweise häufig beschreiben die Befragten, wie sie unter dem Verlust des Tätigkeitsdrangs (*man ist unmotiviert, hat zu nichts Lust*) oder unter dem Gefühl der eigenen Untätigkeit (*ich sitze den ganzen Tag rum, schaue Fernsehen und gehe mir selber auf die Nerven*) leiden. Weitere, wenngleich weniger häufig kodierte Kategorien sind Nervosität und Konzentrationsstörungen (*auf etwas gedanklich fokussiert zu bleiben, fällt mir schwer*), Müdigkeit und/oder Schlaflosigkeit (*bin die ganze Nacht wach*) sowie Dünnhäutigkeit bzw. Verlust psychischer Robustheit (*mir geht alles viel zu nahe* oder *ich bin immer sofort gekränkt, wenn einer irgendetwas sagt*). Ordnet man die genannten Phänomenbereiche in der von uns zunächst bewusst vermiedenen klinischen Perspektive psychischen Störungsbildern zu, dann fällt sogleich auf, dass mindestens sechs von acht Phänomenbereiche (alle mit Ausnahme von Zukunfts- und Existenzängsten und Autonomieverlust) eindeutig in den engeren oder weiteren Symptombereich der depressiven Störungen gehört; Zukunfts- und Existenzängste sind ebenfalls eine mögliche Erscheinung der Depression, können aber auch als Symptome von Angststörungen auftreten. Diese klinischen Zuordnungen sagen wohlgerne gar nichts darüber aus, in wievielen Fällen die berichteten »Symptome« nach Umfang und Intensität die klinische Definition einer psychischen Störung erfüllen würden. Die Auswertung der offenen Antworten zu gesundheitlichen Folgen der Erwerbslosigkeit führt gesamthaft zu drei summarischen Erkenntnissen:

1. In der Perspektive der Betroffenen sind Beeinträchtigungen des psychischen Befindens die mit weitem Abstand häufigste Folge;
2. Innerhalb dieses psychischen Bereiches besteht eine Vielfalt von Erscheinungsformen; unter ihnen sind Gefühle der Trauer und der Freudlosigkeit, ein beeinträchtigtes Selbstwertgefühl, Motivationsverlust sowie Zukunfts- und Existenzängste besonders häufig;
3. In klinischer Perspektive zeigt sich eine sehr klare Dominanz von Phänomenen im Spektrum der depressiven Störungsbilder.

Mit dieser dritten Erkenntnis werden die in Abschnitt 1.6 berichteten Forschungsergebnisse zur Prävalenz psychischer Störungen und Belastungen in der Erwerbslosigkeit deutlich bestätigt. Das ist durchaus bemerkenswert, zumal unser Zugang ja bewusst *nicht* über die Verwendung herkömmlicher psychopathologischer Inventare und Fragebögen erfolgte. Unsere Kodierungen folgten



möglichst getreu dem Wortlaut der Äusserungen, die die Befragten selbst machten, auf vorschnelle Zurichtung in klinisch-psychologischer Expertenterminologie wurde bewusst verzichtet. Bei der Analyse der offenen Antworten fiel allerdings bald auf – und dieser Umstand rechtfertigt unserer Meinung nach einen kleinen Exkurs –, dass die befragten KlientInnen selbst ihr psychisches Befinden in Worten beschrieben, die dem psychologisch-psychiatrischen Expertenvokabular verblüffend genau entsprechen. Die Befragten sprachen beispielsweise davon, dass sie sich »depressiv« fühlten, »keine Motivation« hätten oder ihnen »der Antrieb« fehle – alles Wendungen, die ihren Weg in die Alltagssprache aus der Expertensprache gefunden haben. Das heisst: Selbst in einer Stichprobe, in der viele Personen über niedrige oder überhaupt keine Bildungsabschlüsse verfügen (also zur Schicht der »Bildungsfernen« gehören; vgl. Ribolits, 2008), scheint sich zur Beschreibung der psychischen Innenperspektive ein Vokabular durchzusetzen, das ursprünglich von wissenschaftlichen ExpertInnen zum Zweck der Diagnosestellung geprägt wurde. Diese Hypothese wird in einer genauen sprachlichen Analyse an demselben Datenmaterial zu erhärten sein (Lätsch, in Vorbereitung).

Um die persönliche Sicht der KlientInnen auf die gesundheitlichen Auswirkungen der Erwerbslosigkeit anschaulicher zu machen, wollen wir im Folgenden zwei Fallbeispiele herausgreifen.

Fallbeispiel Frau Othman

Frau Othman ist eine 45-jährige Jordanierin und alleinerziehende Mutter. Beim Erstkontakt mit dem Interviewer am Telefon wirkt sie humorvoll und erzählt bereitwillig von ihrer besonderen persönlichen Situation, die es für sie besonders interessant mache, sich zu einem Interview zur Verfügung zu stellen. Im Verlauf des eigentlichen Gesprächstermins stellt sich dann deutlicher heraus, was Frau Othman damit meint: Sie möchte als alleinerziehende Mutter darauf aufmerksam machen, wie schwierig es ist, in dieser Situation berufliche und private Ansprüche miteinander in Einklang zu bringen. Frau Othman hat in ihrem Heimatland den Beruf einer Theaterdramaturgin erlernt. Vor knapp zehn Jahren ist sie von Jordanien in die Schweiz gezogen. Vom Vater ihrer Tochter, der auch Jordanier ist und in der Schweiz lebt, ist sie geschieden. Beruflich ist es Frau Othman bisher nicht gelungen, in der Schweiz eine ihren eigenen Ansprüchen entsprechende berufliche Tätigkeit zu finden. Sie hat nach der Scheidung von ihrem Mann zunächst in einem kleinen Betrieb einer befreundeten Familie gearbeitet, diese Tätigkeit aber wegen persönlicher Probleme mit einem Mitglied dieser Familie aufgeben müssen. Seither ist sie erwerbslos, seit zwei Jahren bezieht sie Sozialhilfe. Auf die Frage, ob ihre jetzige Phase der Erwerbslosigkeit in ihrem Fall gesundheitliche Auswirkungen habe, antwortet sie energisch: *Total! Ich sehe keine Zukunft, weiss nicht wohin, wie lange es noch geht, was passieren wird. Das Ungewisse, die unklare Situation im Leben, das ist sehr schwierig für mich.* Sie erzählt, dass insbesondere die grosse Entfernung von ihrem gelernten Beruf, der ihr sehr am Herzen liege, eine Belastung für sie sei: *Ich weiss, dass ich sehr gut bin in meinem Beruf, aber da habe ich auch grosse Lücken. Die erste grosse Lücke ist die deutsche Sprache. Egal, wie lange ich übe, mein Deutsch ist nicht perfekt, und das ist auf dem Theater schwierig.* Ihr Status als Alleinerziehende erweise sich in dieser Lage als zusätzliches Hindernis: *Da ich ja immer für meinen Sohn schauen muss und sonst keine Familie hier habe, sehe ich eigentlich keine Möglichkeit, in das Geschäft [meint das Theatermétier] wieder einzusteigen. Ich habe nicht die Zeit.* Auf die Frage, wie sich diese ihrer Darstellung nach schwierige Lage konkret auf ihre Gesundheit auswirkte, antwortet Frau Othman: *Man fühlt sich einfach nichts wert, man ist machtlos. Ich komme mir dumm vor. Deswegen geht es mir psychisch meistens schlecht. Das Einzige, was mir hilft, ist mein Sohn, das hilft mir wirklich sehr. Nur wegen meinem Sohn kann ich am Morgen aufstehen, das gibt mir Kraft und Motivation.*



Fallbeispiel Herr Gysin

Herr Gysin ist ein 50-jähriger Schweizer. Das Interview mit ihm findet in der Nähe seines Einsatzplatzes im Kompetenzzentrum Arbeit statt, wo die Interviewerin ihn abholt, um gemeinsam mit ihm in einen Besprechungsraum im 2. Stock zu gehen. Herr Gysin ist beleibt, was ihm das Treppensteigen beschwerlich macht. Im Verlauf des Interviews erzählt er, dass er in seiner Jugend eine Lehre als Maler absolviert und dann auch knapp zwanzig Jahre in diesem Beruf gearbeitet habe, meist in temporären Anstellungsverhältnissen. Seit etwas mehr als zehn Jahren ist er – von einigen befristeten Anstellungen abgesehen – erwerbslos. In diesen zehn Jahren habe er allerdings immer etwas getan, erzählt Herr Gysin, so habe er beispielsweise längere Zeit für das Blaue Kreuz als Raumpfleger gearbeitet. Dazu sagt er: *Es geht für mich darum, nicht so ein schlechtes Gewissen zu haben, wenn ich das Geld vom Sozialdienst hole. Wenn ich etwas dafür geleistet habe, geht es mir damit besser.* Herr Gysin gehört zu denjenigen KlientInnen, die die gesundheitlichen Folgen ihrer Erwerbslosigkeit als nicht ausschliesslich negativ beurteilen: *Wo ich gearbeitet habe, als Maler, hat man viel Gewichte getragen, was schlecht für den Rücken war. Wenn ich diesen Beruf mein Leben lang gemacht hätte, wäre mein Rücken jetzt wahrscheinlich kaputt.* Ferner erinnert sich Herr Gysin, dass ihm die erste Phase der Erwerbslosigkeit anfänglich psychisch wie eine Erleichterung vorgekommen sei: *Man war froh, etwas zurückfahren zu können und mehr Zeit zum Entspannen zu haben.* Diese Erleichterung sei allerdings von kurzer Dauer gewesen: *Nach zwei bis drei Wochen ist man genug entspannt und ausgeschlafen, und dann fangen die Probleme an. Man kann nicht arbeiten, wie man möchte, kann nicht machen, was man will, man ist in einem Zwang, es wird fremdbestimmt, zum Beispiel indirekt wieviel Geld man hat, und sogar wohin man in die Ferien geht. Wenn man sich das nicht gewohnt ist, ist dieser Einschnitt ins Leben massiv. Das hilft gewissen Beschwerden definitiv nicht, weniger zu werden.* Herr Gysin bringt also die psychische Belastung als Folge der Erwerbslosigkeit zusätzlich in einen Zusammenhang mit der Verschlimmerung »gewisser Beschwerden« körperlicher Art (gemeint sind seine Rückenprobleme). Am Ende seiner Darstellung erzählt Herr Gysin von einer weiteren Wende in seinem Umgang mit der Erwerbslosigkeit: *Bei mir ist das alles allerdings schon so lange her, dass ich mich daran gewöhnt habe, ich bin zufrieden so. Ich habe kein Auto und sonst keine grossen Wünsche. Ich sage mir: Lieber zufrieden so und wenig arbeiten als viel Geld haben und viel arbeiten und dann trotzdem nicht zufrieden sein.* Die Folgen der Erwerbslosigkeit auf Gesundheit und Lebensqualität folgen in Herrn Gysins Darstellung mithin einer gewundenen Spur: von anfänglicher körperlicher Entlastung über psychische Belastung hin zu einem stabilen emotionalen Arrangement mit der als unvermeidlich hingenommenen Lebenslage – auf einem, was die materiellen Lebensumstände anlangt, niedrigen Niveau.

Beide Fallbeispiele vermitteln einen Eindruck davon, dass die von uns inhaltsanalytisch ausgewerteten Gesundheitsfolgen im individuellen Fall in einem dynamischen zeitlichen und ursächlichen Bezug zueinander stehen, der sich nur vor dem Hintergrund der biografischen Voraussetzungen des Einzelnen angemessen verstehen lässt.

In unserer Studie sind die KlientInnen auch danach gefragt worden, wie sie mit psychischer Belastung, wo eine solche auftritt, umgehen – oder genauer: was sie in allfälligen Belastungssituationen zu tun pflegen, damit es ihnen psychisch besser geht. In Abschnitt 2.4 werden wir diese Formen der psychischen Bewältigung von Erwerbslosigkeit beschreiben und dabei auch auf Zusammenhänge solcher Bewältigungsstile mit dem gesundheitlichen Befinden eingehen.



2.2.5 Soziale und materielle Lebensqualität

Dass nicht alle Menschen in derselben Weise auf Erwerbslosigkeit reagieren und in ihrer körperlichen wie psychischen Gesundheit in sehr unterschiedlichem Ausmass davon beeinträchtigt sind, hat unter Anderem mit der heterogenen Ausstattung an Bewältigungsressourcen zu tun. Unter einer Vielzahl von Einflussfaktoren scheinen die sozialen Netze eine besonders gewichtige Bewältigungsressource darzustellen. Wie bereits in Kapitel 1 erörtert, ist aus der empirischen Forschung bekannt, dass ein hohes Mass an sozialem Rückhalt bzw. sozialer Unterstützung als eine Art »Stresspuffer« wirken und dadurch körperliche und psychosoziale Folgeerscheinungen verringern kann (McKee-Ryan et al., 2005, S. 57; Lazarus & Folkman, 1984). Als Erklärung für die Pufferfunktion sozialer Ressourcen werden insbesondere zwei Aspekte diskutiert, für die es eine Reihe empirischer Belege gibt:

1. Soziale Ressourcen leisten emotionale Unterstützung, z.B. bei der Bewältigung des Schocks, arbeitslos zu sein oder im Umgang mit dem damit verbundenen Statusverlust. So können sie Menschen dabei helfen, während der Erwerbslosigkeit eine positive Einstellung zu bewahren.
2. Soziale Ressourcen bieten instrumentelle Unterstützung, z.B. durch die Vermittlung von Informationen, Kompetenzen und Gelegenheiten. Dies kann für das Gelingen einer beruflichen Neuorientierung oder den Übergang in die Wiederbeschäftigung entscheidend sein.

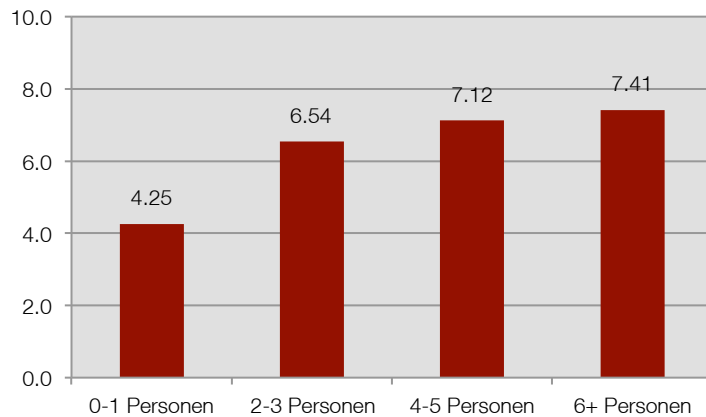
Auch in unserer Untersuchung stehen die sozialen Ressourcen in einem statistisch gesicherten Zusammenhang mit Aspekten der Gesundheit. Wie in Abschnitt 2.2.2 (vgl. Tab. 1) berichtet, besteht zwischen der subjektiven psychischen Gesundheit und der subjektiven sozialen Lebensqualität eine mittelstarke und hoch signifikante Korrelation ($\rho=0.45$). Weniger hoch, aber immer noch signifikant auf dem Niveau von $p<0.1$ ist die Korrelation zwischen der sozialen Lebensqualität und den kontinuierlichen Werten auf der Mastery-Skala ($\rho=0.31$). Das heisst in der Tendenz: Je besser eine Person ihre sozialen Beziehungen einschätzt, desto gesünder fühlt sie sich psychisch und desto eher ist sie davon überzeugt, wesentliche Aspekte des eigenen Lebens aus eigener Kraft gestalten zu können.

Nicht nur zwischen der subjektiven Bewertung von Umfang und Qualität der sozialen Beziehungen und der psychischen Gesundheit sind Zusammenhänge festzustellen. In unserer Studie haben wir auch Belege für die gesundheitliche Bedeutung der objektiv zur Verfügung stehenden emotionalen und instrumentellen Unterstützungsressourcen gefunden. In der entsprechenden Analyse haben wir einen aus drei Frageitems zusammengesetzten Indikator »Soziale Unterstützung« gebildet und mit der psychischen Gesundheit in Beziehung gesetzt.



Zusammenhang zwischen dem Indikator sozialer Unterstützung und selbstberichteter psychischer Gesundheit
Stichprobe KA

Abbildung 25



Der Indikator soziale Unterstützung berechnet sich auf einfache Weise aus der Anzahl Personen, an die sich die Befragten nach eigener Auskunft bei Bedarf an emotionaler oder instrumenteller Unterstützung wenden können.

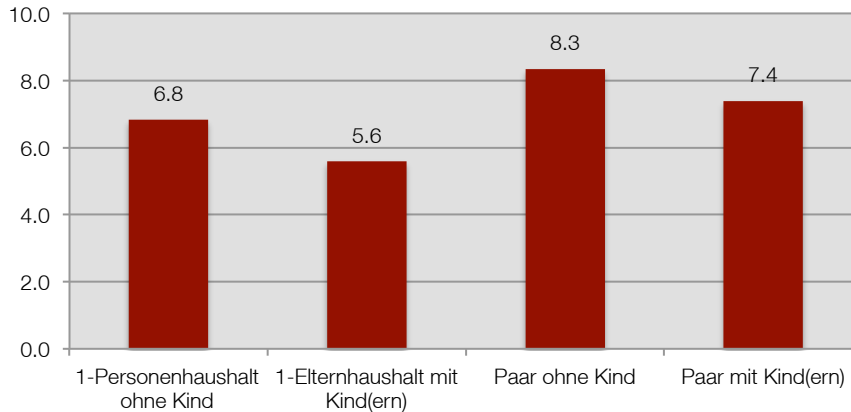
Wie Abbildung 25 zeigt, bewerten Befragte, die kaum über soziale Unterstützung verfügen (höchstens 1 Person), ihre psychische Gesundheit signifikant niedriger als Personen mit hoher sozialer Unterstützung (6 und mehr Personen). Bei minimalen Indikatorenwerten liegt der Mittelwert der selbstberichteten psychischen Gesundheit bei 4.3. Die reduzierten Austauschmöglichkeiten, drohende oder bestehende soziale Isolation und die eingeschränkte soziale Unterstützung bei Alltagsproblemen scheinen sich hier in einem reduzierten psychischen Wohlbefinden niederzuschlagen. Dagegen liegt die Selbsteinschätzung der Befragten mit höchsten Indikatorenwerten bei einem Mittelwert von 7.4.

Ungünstigerweise verlieren die von Erwerbslosigkeit betroffenen Personen just in dem Moment einen Teil ihrer sozialen Ressourcen, wo sie auf diese in besonderer Weise angewiesen wären: die Rede ist von den sozialen Kontakten am Arbeitsplatz. Der Verlust dieser Kontakte hat vermutlich zur Folge, dass sich Arbeitslose stärker auf die engeren sozialen Netze – sofern vorhanden – ausrichten. Unsere Daten deuten darauf hin, dass das Vorhandensein eines Partners bzw. einer Partnerin oder von Freunden in dieser Situation grundsätzlich eine positive Voraussetzung für die Problembewältigung ist. So schätzen verheiratete Personen ihre psychische Gesundheit ($M=7.7$) beispielsweise höher ein als Ledige ($M=6.0$).



Zusammenhang zwischen Haushaltstyp und selbstberichteter psychischer Gesundheit
Stichprobe KA

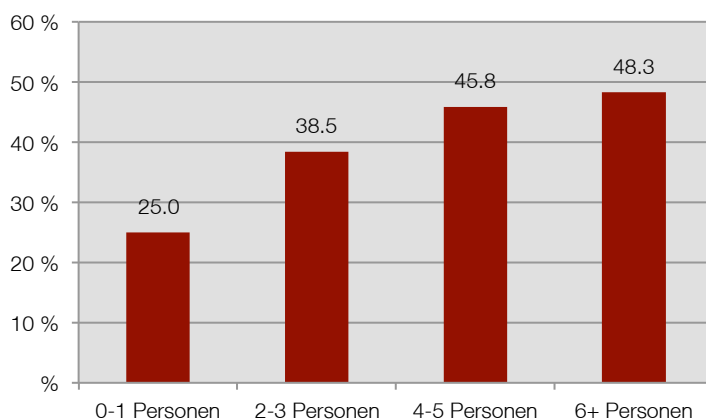
Abbildung 26



Trotzdem muss die Verfügbarkeit von Bezugspersonen nicht zwingend einen positiven Einfluss auf die psychische Gesundheit haben. In Haushalten mit Kindern scheint sich der Stressor Erwerbslosigkeit beispielsweise stärker auszuwirken als in Mehrpersonenhaushalten ohne Kinder (Abbildung 26). Eine Ursache hierfür könnte es sein, dass die meisten Eltern in Arbeitslosenfamilien darum bemüht sind, die negativen Folgen der Erwerbslosigkeit von den Kindern fernzuhalten. Unter den Umständen von Statusverlust und finanziellen Problemen ist das möglicherweise eine Konstellation, in der es leicht zu familiärem Stress kommt (vgl. Kieselbach & Beermann, 2006, S. 457). Auch persönliche Zweifel, ob man den Ansprüchen der Kinder gerecht wird, oder Vorwürfe, dem Nachwuchs keine sichere Zukunft bieten zu können, könnten sich belastend auswirken. Die spezifische Kombination von Erwerbslosigkeit, familiärer Verpflichtung und fehlender Unterstützung durch ein zusätzliches Elternteil scheint jedenfalls eine plausible Erklärung dafür, warum die selbstberichtete psychische Gesundheit bei alleinerziehenden Personen in unserer Studie deutlich abfällt.

Anteil Personen, die täglich oder mehrmals pro Woche Sport, Gymnastik oder Fitness betreiben, nach sozialer Unterstützung
Stichprobe KA

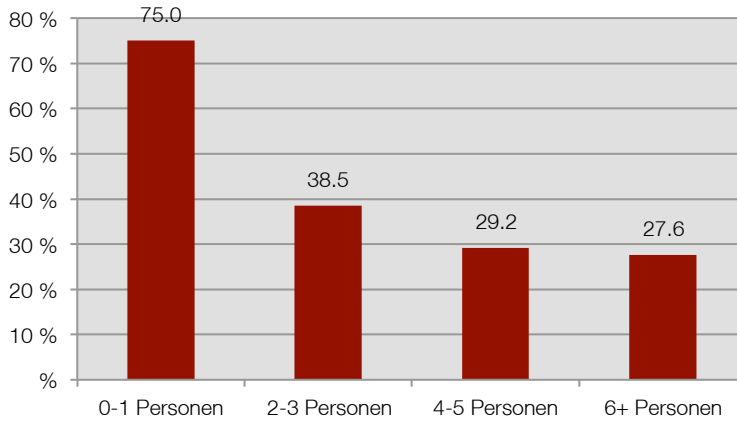
Abbildung 27





Anteil der Personen, die höchstens ein Mal pro Monat Sport, Gymnastik oder Fitness betreiben, nach sozialer Unterstützung
Stichprobe KA

Abbildung 28

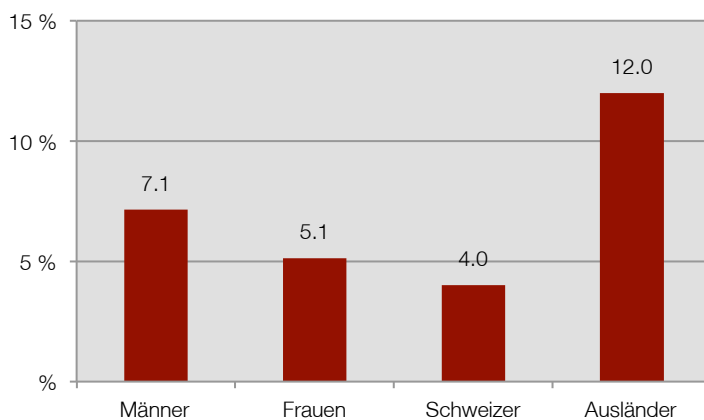


Empirische Studien belegen, dass Erwerbslose ihre Kontakte im Freundes- und Kollegenkreis mit zunehmender Dauer der Erwerbslosigkeit tendenziell einschränken (Kieselbach & Beelmann, 2006, 456; Kinicki et al., 2000), und zwar nicht nur aus finanziellen Gründen. Damit scheint in der Regel ein Qualitätsverlust bezüglich des Freizeitlebens verbunden. In unserer Untersuchung haben wir zwar nicht sehr differenziert nach der Freizeitgestaltung gefragt. In einem spezifischen Freizeitbereich zeigt sich der Einfluss sozialer Netze in unseren Daten indes deutlich: Je höher die soziale Unterstützung, desto häufiger treiben die betroffenen Personen Sport (Abbildung 27). Bei den Personen, welche mit höchstens einer Person über sehr begrenzte soziale Unterstützung verfügen, betätigen sich drei Viertel kaum in sportlicher Hinsicht (Abbildung 28). Das lässt den Schluss zu, dass die sozialen Ressourcen auch in einem engeren Zusammenhang zu Aspekten des Gesundheitsverhaltens stehen.

Wie gut ist es in der Population der sozialhilfebeziehenden KA-KlientInnen um die soziale Unterstützung bestellt? Erodieren die sozialen Beziehungen in der Erwerbslosigkeit, wie eine verbreitete These lautet?

Anteil Personen ohne Bezugsperson, die sich häufig einsam fühlen
Stichprobe KA

Abbildung 29





Unsere Befragungsergebnisse sprechen eher dagegen. Nur rund 5 Prozent der Befragten geben an, dass sie sich zwecks emotionaler und sozialer Unterstützung an keine oder höchstens eine Person wenden können. Etwa ein Drittel nennt zwei bis drei Personen, und knapp zwei Drittel (64.0%) verfügen gemäss eigenen Aussagen über ein emotionales und instrumentelles Beziehungsnetz von mindestens 4 Personen.

In dieselbe Richtung zeigt auch die Analyse zur Verbreitung von Einsamkeit. Das Konstrukt Einsamkeit haben wir als eine Kombination aus der Abwesenheit einer Bezugsperson für emotionale Unterstützung (»objektive« Einsamkeit) und dem subjektiven Bericht eines häufigen Gefühls der Einsamkeit (subjektive Einsamkeit) definiert. Auf der Grundlage dieser Definition sind 6.2% der befragten Personen als einsam zu bezeichnen (Abbildung 29). Bei den Männern liegt der Anteil mit 7.1% um zwei Prozentpunkte höher als bei den Frauen. Auffallend ist der Wert bei den AusländerInnen: Sie sind nach der von uns verwendeten Definition dreimal häufiger einsam als schweizerische KlientInnen.

Der Befund der relativen Seltenheit von Einsamkeit (im Sinn eines dauerhaften Zustands) passt gut zur allgemeinen Einschätzung der sozialen Lebensqualität, die die Befragten abgeben. Wie in Abschnitt 2.2.2 (vgl. Abb. 11) berichtet, beurteilt nur knapp ein Sechstel (15.5%) aller Befragten die eigene soziale Lebensqualität als schlecht bis sehr schlecht (Werte von 0 bis 4), und knapp zwei Drittel (61.9%) beurteilen sie als gut oder sehr gut (0–7).

Gesundheit und materielle Lebensumstände

In Abschnitt 2.2.2 wurde auch deutlich, dass die befragten KA-KlientInnen den Bereich der materiellen Lebensumstände ($M=5.3$) im Vergleich mit den drei übrigen zentralen Lebensbereichen als am deutlichsten defizitär einstufen. Dieser Umstand gilt unabhängig von Geschlecht, Alter und Nationalität. Zur näheren Bestimmung des wahrgenommenen materiellen Defizits sind die KlientInnen in unserer Untersuchung danach gefragt worden, wieviel Geld (inkl. der zum Bestreiten der Lebenskosten nötigen Mittel) sie monatlich zur Verfügung haben müssten, um nach Massgabe der eigenen Bedürfnisse gut davon leben zu können. Aus dieser Angabe und dem im individuellen Fall tatsächlich verfügbaren Betrag wurde dann ein Differenzbetrag berechnet, der ausdrückt, wieviel mehr (oder weniger) an finanziellen Mitteln eine Person für ein aus ihrer Sicht gutes Auskommen benötigen würde.



Wahrgenommener monatlicher Fehlbetrag in Schweizer Franken nach Haushaltstyp
Stichprobe KA

Abbildung 30

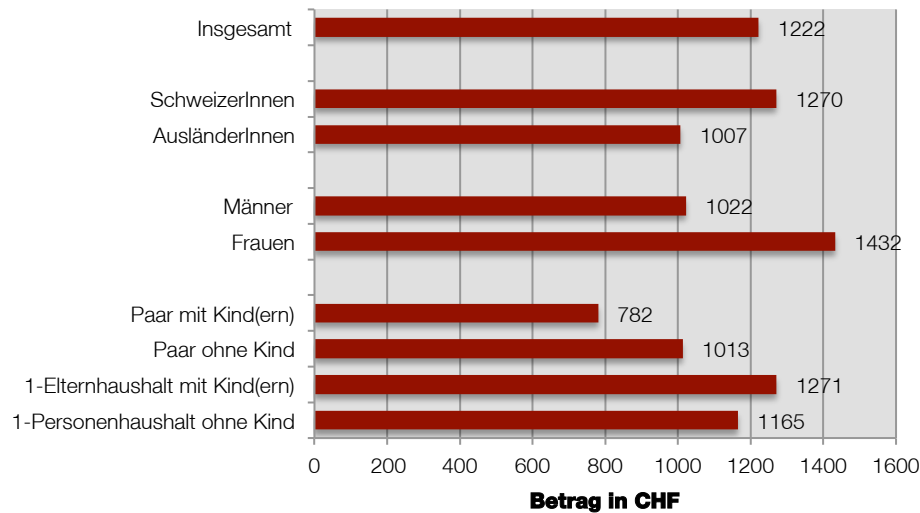


Abbildung 30 zeigt die Ergebnisse für die Stichprobe insgesamt, nach Geschlecht und Nationalität sowie für die vier häufigsten Haushaltstypen⁷. Wie zu erkennen ist, fällt der wahrgenommene monatliche Fehlbetrag bei den Frauen mit 1'430 Franken deutlich höher aus als bei den Männern mit 1'020 Franken, bei den SchweizerInnen mit 1'270 Franken höher als bei den AusländerInnen mit 1'010 Franken. Unterschiede nach Haushaltstyp betreffend, ist das verfügbare Geld bei alleinerziehenden Personen besonders knapp, der Fehlbetrag fällt hier am höchsten aus (1'271 Franken). Erstaunlich wenig Geld fehlt umgekehrt in Haushalten, in denen zwei Elternteile mit der Betreuung eines oder mehrerer Kinder betraut sind (782 Franken). Nicht im Diagramm dargestellt ist ferner der Befund, dass der monatliche Fehlbetrag von den 36- bis 45-Jährigen (1'330 Franken) höher als in allen übrigen Altersgruppen wahrgenommen wird.

Die Interpretation dieser Befunde bleibt spekulativ. Relativ klar lässt sich aus den Daten ersehen, dass der markant höhere Fehlbetrag bei Frauen gegenüber demjenigen bei Männern teilweise durch den Beitrag der alleinerziehenden Mütter erklärt wird.

Keine signifikanten Korrelationen ergaben sich zwischen der Wahrnehmung des monatlichen Fehlbetrags und den in diesem Kapitel behandelten Aspekten des subjektiven und »objektiven« Gesundheitszustands. Für die Verhältnisse *innerhalb* der Stichprobe bestätigt sich damit ein weiteres Mal der generelle Befund unserer Studie, dass der Lebensbereich des Materiellen die Gesundheit zumindest nicht direkt beeinflusst.

2.3 Gesundheitsverhalten

Empirische Studien deuten darauf hin, dass erwerbslose Personen in mehreren Bereichen ein durchschnittlich ungünstigeres Gesundheitsverhalten zeigen als erwerbstätige Personen; zu einem gewissen Teil könnte der durchschnittlich schlechtere Gesundheitszustand der Erwerbslosen auf diese Verhaltensunterschiede zurückzuführen sein (vgl. Kuhnert, Urgatz & Kastner, 2001). Bereiche, für die es entsprechende Hinweise gibt, betreffen insbesondere die Qualität der Ernährung,

⁷ Die Zellgrößen für die übrigen Haushaltstypen sind zu klein für eine statistisch verwertbare Aussage.



die Häufigkeit und Intensität von körperlicher Bewegung und den Suchtmittelkonsum. Allerdings liefern die vorwiegend querschnittlichen Daten letztlich keinen eindeutigen Aufschluss darüber, ob es sich bei den festgestellten Defiziten tatsächlich um direkte Folgen der Erwerbslosigkeit handelt; möglicherweise sind sie einfacher damit zu erklären, dass viele Erwerbslose (oft schon vor dem Eintritt der Erwerbslosigkeit) zur Personengruppe der sozioökonomisch Benachteiligten gehören. Dass ein niedriger sozioökonomischer Status in der Tendenz generell mit ungünstigem Gesundheitsverhalten einhergeht, ist empirisch gut belegt (vgl. aktuell Lampert, 2010).

In unserer Studie ist das Gesundheitsverhalten der KlientInnen in fünf Domänen erfragt worden. Die ersten drei sind die bereits genannten Bereiche der Ernährung, der körperlichen Bewegung und des Suchtmittelkonsums, denen die Forschung zum Gesundheitsverhalten traditionell viel Aufmerksamkeit gewidmet hat. Der vierte Bereich betrifft die Inanspruchnahme von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen durch Fachpersonen. Der fünfte Bereich schliesslich bezieht sich auf die Frage, welche Arten und Weisen der Bewältigung von Erwerbslosigkeit die Befragten selbst beschreiben, wenn sie offen danach gefragt werden. Im vorliegenden Abschnitt (2.3) behandeln wir summarisch die ersten vier Themenbereiche, dem fünften widmen wir einen eigenen Abschnitt (2.4).

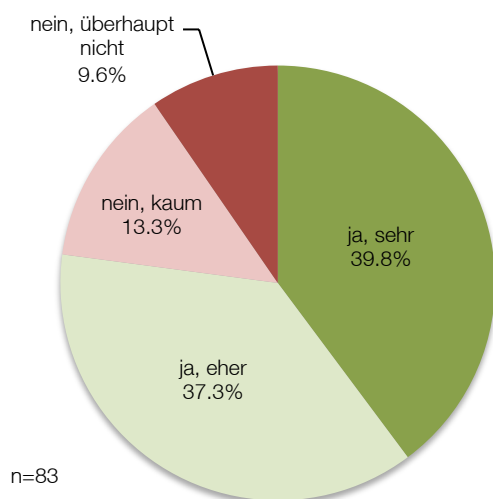
2.3.1 Ernährung, körperliche Bewegung, Suchtmittelkonsum

Ernährung

Die Qualität des Gesundheitsverhaltens im Bereich der Ernährung haben wir durch eine einzige Frage erhoben, die sich auf das selbstberichtete Ernährungsbewusstsein bezieht: »Achten Sie bei der Auswahl Ihres Speiseplans darauf, wie gesund die Nahrungsmittel sind?«

Selbstberichtetes Ernährungsbewusstsein im Bezug auf Gesundheit der Nahrungsmittel
Stichprobe KA

Abbildung 31



Insgesamt mehr als drei Viertel (77.1%) aller KlientInnen geben auf diese Frage zur Antwort, dass sie mindestens »eher« darauf achten, ob die von ihnen konsumierten Nahrungsmittel gesund sind (Abbildung 31), zwei von fünf (39.8%) achten nach eigener Angabe sogar sehr darauf, und nur jede

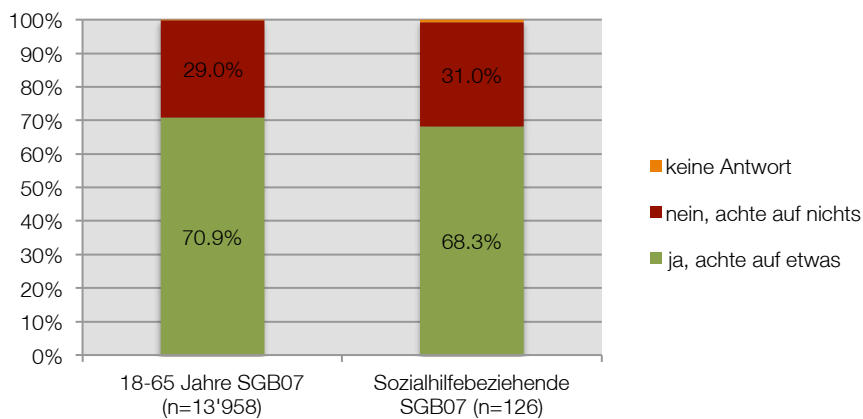


zehnte Person (9.6%) macht sich darüber überhaupt keine Gedanken. Diese auf Selbstangaben beruhenden Daten vermitteln zwar kein objektives Bild von der Qualität der Ernährung, weil damit weder erhoben wurde, welche Nahrungsmittel die Befragten zu sich nehmen, noch, ob das im Durchschnitt stark ausgeprägte Ernährungsbewusstsein mit einem fundierten Wissen über die Gesundheit von Nahrungsmitteln einhergeht. Dennoch ist davon auszugehen, dass ein grundsätzliches Defizit bezüglich des Ernährungsbewusstseins sich in anderen Daten niedergeschlagen hätte, als wir sie vorfanden. Das selbstberichtete Ernährungsbewusstsein bleibt im Übrigen über sämtliche Altersgruppen vergleichsweise konstant.

Dass erwerbslose Personen in der Schweiz nicht weniger ernährungsbewusst sind (im Sinn der Bereitschaft, auf die gesundheitsbezogene Qualität von Lebensmitteln zu achten) als der Durchschnitt der Gesamtbevölkerung, zeigt sich auch in den Daten der SGB07.

Anteil Personen, die bei ihrer Ernährung »auf bestimmte Sachen achten«
Stichproben SGB07 18–65 Jahre vs. Sozialhilfebeziehende

Abbildung 32



Hier wurden die Interviewten gefragt, ob sie »bei ihrer Ernährung auf bestimmte Sachen achten«. Die vergleichende Auswertung für die Stichprobe aller 18- bis 65-Jährigen sowie der Sozialhilfebeziehenden zeigt, dass die Prozentsätze derer, die sich zumindest grundsätzlich *bewusst* ernähren, in beiden Stichproben mit rund 70% annähernd gleich hoch sind (Abbildung 32).

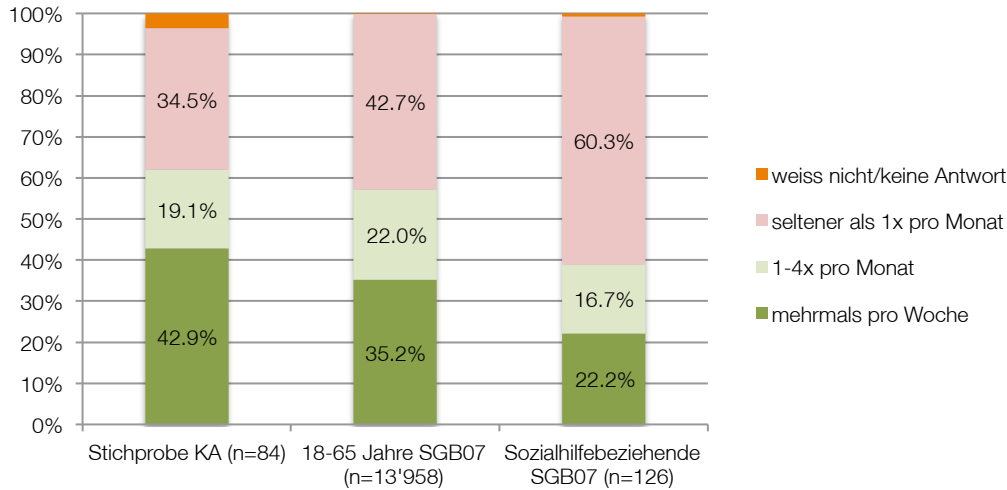
Körperliche Bewegung

Ein überraschendes Ergebnis, das Interpretationsfragen aufwirft, liefert die Analyse zum Gesundheitsverhalten der KA-KlientInnen im Bereich der körperlichen Bewegung. Zur Erfassung dieses Aspekts wurden die KlientInnen u.A. gefragt, ob und (wenn ja) wie häufig sie Gymnastik, Fitness oder irgendeine andere Art von Sport treiben.



Anteil Personen mit unterschiedlicher Häufigkeit der Ausübung von
Gymnastik, Fitness und/oder Sport
Stichprobe KA vs. Stichproben SGB07

Abbildung 33



Wie Abbildung 33 zeigt, sind die KlientInnen des Kompetenzzentrums Arbeit gemäss eigenen Angaben sportlich aktiver als der Durchschnitt der Bevölkerungsstichprobe (18–65 Jahre) und erheblich aktiver als die gesamtschweizerische Stichprobe der Sozialhilfebeziehenden aus der SGB07. Während in der Bevölkerungsstichprobe nur gut jede dritte Person (35.2%) und bei den Sozialhilfebeziehenden nur gut jede fünfte Person (22.2%) mindestens einmal pro Woche Sport treibt, sind es in der KA-Stichprobe 42.9%. Umgekehrt betätigt sich hier nur ungefähr jede dritte Person (34.5%) seltener als einmal pro Monat oder gar nie sportlich, während es in der Gesamtbevölkerung und bei den Sozialhilfebeziehenden 42.7% bzw. sogar 60.3% sind. Dieser verblüffende Befund lässt zunächst an einen Zufallseffekt denken. Das ist nicht auszuschliessen, erscheint aber aufgrund der Stichprobengrössen eher unwahrscheinlich.

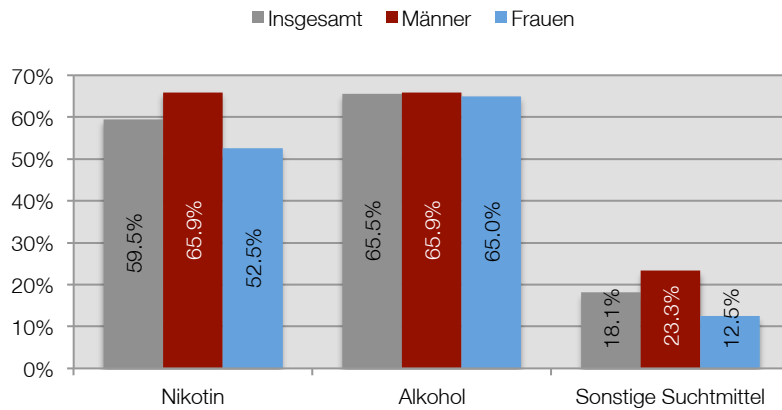
Suchtmittelkonsum

Die Frage nach der Häufigkeit von Tabak-, Alkohol- und anderem Suchtmittelkonsum ist unserer Studie summarisch durch jeweils ein einziges Item abgedeckt worden, zu dem die Befragten jeweils im Ja-Nein-Antwortformat (»Ja, ich konsumiere mindestens gelegentlich« vs. »Nein, ich konsumiere nie«) Stellung nehmen konnten. Die Fragen lauteten wörtlich »Trinken Sie aktuell mindestens gelegentlich alkoholische Getränke?«, »Rauchen Sie aktuell mindestens gelegentlich Tabak?« und »Konsumieren Sie aktuell mindestens gelegentlich andere Suchtmittel (Drogen oder Medikamente ohne medizinische Indikation)?«. Dieser unspezifische Zugang wurde in Absprache mit den Verantwortlichen des Kompetenzzentrums Arbeit gewählt, weil diese es als Auftraggeber der Studie vermeiden wollten, dass sich die Befragten durch das Interview ausgehorcht fühlen oder hintergründige Absichten vermuten könnte.



Anteil Personen mit mindestens gelegentlichem Konsum von Nikotin (Zigaretten), Alkohol und sonstigen Suchtmitteln (Stichprobe KA)
Stichprobe KA

Abbildung 34

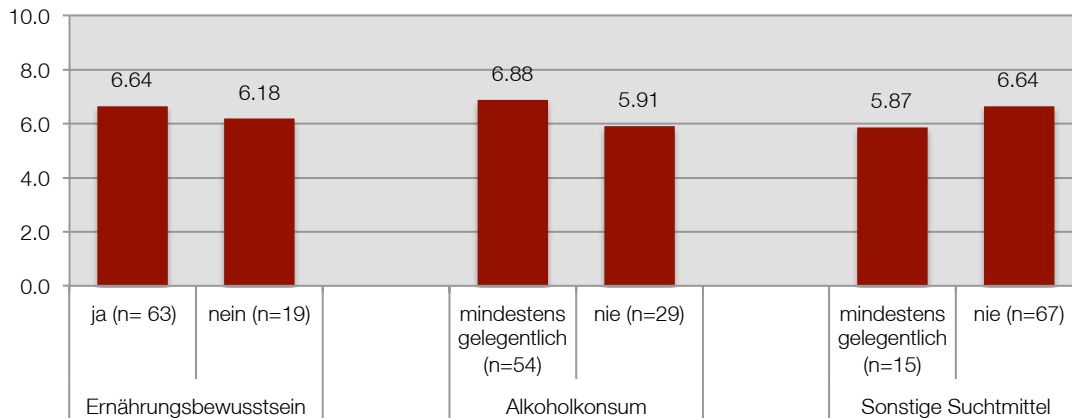


Wie aus Abbildung 34 hervorgeht, rauchen rund drei von fünf der Befragten (59.5%) mindestens gelegentlich. Damit liegt der Anteil der Raucher in der KA-Stichprobe gut zweimal höher als in der Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (28%; BFS, 2010, S. 37). Bemerkenswerterweise kehren sich diese Verhältnisse beim Alkoholkonsum tendenziell um: Hier berichten rund zwei Drittel (65.5%) der befragten KA-KlientInnen von einem mindestens gelegentlichen Konsum, während es in der Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren sogar 83% (BFS, ebd., S. 40) sind. Das mag auf den ersten Blick erstaunen, ist aber leicht damit zu erklären, dass es unter den befragten KlientInnen eine grössere Gruppe von Personen gibt, die wegen einer früheren Alkoholsucht aktuell gänzlich auf Alkohol verzichten und so den Prozentsatz der voll Abstinenten erhöhen. Die Beurteilung des Prozentsatzes von 18.1% bei den »sonstigen Suchtmitteln« ist im Vergleich mit Daten aus der Gesamtbevölkerung wegen der unspezifischen Erhebungsweise schwierig. Unsere Berechnungen anhand des Datensatzes aus der schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 ergeben, dass der Prozentsatz derjenigen Personen, die Haschisch, Heroin, Methadon, Kokain, Ecstasy oder eine andere illegale Droge konsumieren, in der Bevölkerungsstichprobe der 18–65-Jährigen bei 3.9% liegt. Sofern diese Daten als Vergleichsgrundlage dienen können, läge die Quote des Suchtmittelkonsums bei den KA-KlientInnen (weitere Suchtmittel neben Tabak und Alkohol, ohne ärztliche verschriebene Präparate) also rund viermal höher als im entsprechenden Alterssegment der Gesamtbevölkerung. Wie hängen die Ausprägungen in den drei genannten Bereichen des Gesundheitsverhaltens, also Ernährung, Bewegung und Suchtmittelkonsum, mit dem Gesundheitszustand der KlientInnen zusammen? Bestätigt sich die Erwartung, dass Personen mit ungünstigerem Gesundheitsverhalten (geringeres Ernährungsbewusstsein, weniger Bewegung, stärkerer Suchtmittelkonsum) sich weniger gesund fühlen?



Selbstberichteter allgemeine Gesundheit nach Merkmalen des Gesundheitsverhaltens, in Mittelwerten auf einer Skala von 0–10
Stichprobe KA

Abbildung 35



Aufgrund der zu geringen Stichprobengrösse können wir zu der Frage, wie eine *Kombination* unterschiedlicher Risiken des Gesundheitsverhaltens die subjektiven Wahrnehmung des Gesundheitszustands beeinflusst, keine statistisch gesicherten Aussagen machen. Die in diesem Abschnitt berichteten Einzelmerkmale von Ernährung, Bewegung und Suchtmittelkonsum hängen in drei Fällen mit beobachtbaren Mittelwertsunterschieden bezüglich des subjektiven Gesundheitszustandes zusammen. Wie in Abbildung 35 erkennbar wird, geht sowohl ein besseres selbstberichtetes Ernährungsbewusstsein wie auch der aktuelle Verzicht auf Suchtmittel mit höheren Werten der subjektiven Gesundheit einher; besonders markant fallen die Differenzen allerdings nicht aus. Genau umgekehrt ist das Verhältnis beim Alkoholkonsum: Hier fühlen sich Personen, die mindestens gelegentlich Alkohol konsumieren, gegenüber abstinenten Personen durchschnittlich gesünder. Die Interpretation dieses Befunds ist nicht gesichert, aber es spricht vieles dafür, dass auch hier der vergleichsweise hohe Anteil der AlkoholikerInnen in der Gruppe der Abstinenten die Datenlage prägt. Das heisst: In der Gruppe der Abstinenten finden sich neben Personen, deren gesundheitliche Verfassung von einer Beeinflussung durch Alkoholkonsum frei geblieben ist, auch solche, bei denen ein früherer Alkoholkonsum wahrscheinlich zu einer Verschlechterung der Gesundheit geführt hat.

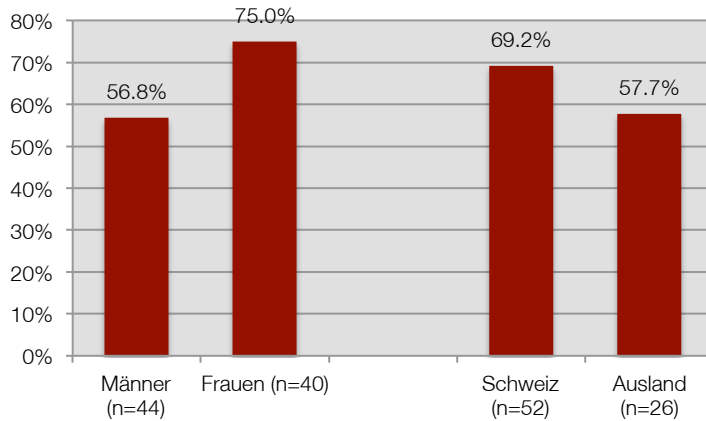
2.3.2 Inanspruchnahme von Behandlung durch Fachpersonen

In einem weiteren Abschnitt des Interviews sind die KlientInnen danach gefragt worden, ob sie aktuell wegen eines gesundheitlichen Problems in Behandlung sind und wenn ja, welche Art von Fachperson diese Behandlung ausführt.



Anteil Personen, die sich aktuell wegen eines Gesundheitsproblems in Behandlung finden, nach Geschlecht und Nationalität
Stichprobe KA

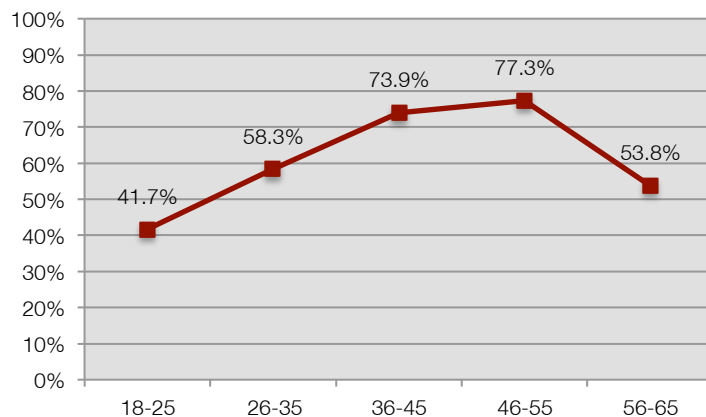
Abbildung 36



Zum Zeitpunkt der Befragung befanden sich exakt drei von vier der befragten Frauen wegen eines gesundheitlichen Problems in Behandlung bei einer Fachperson, eine Zahl, die um einiges höher als der entsprechende Wert bei den Männern (56.8%) liegt. Diese geschlechtsspezifische Differenz passt einerseits zu dem Befund unserer Studie, dass es den Frauen der Stichprobe gesundheitlich etwas schlechter geht als den Männern und sie über eine höhere Anzahl von Problemen berichten (vgl. Abb. 1 und 15). Zusätzlich zu diesen Unterschieden bezüglich des Gesundheitszustandes könnte auch die empirisch gut belegte Tatsache, dass Frauen in der Inanspruchnahme von medizinischen und anderen gesundheitsbezogenen Dienstleistungen weniger zögerlich als Männer sind, für den Befund verantwortlich sein. Auffällig ist ferner die Tatsache, dass Personen mit schweizerischer Nationalität mit 69.2% deutlich häufiger in Behandlung sind als ausländische Personen (57.7%). Ein gesundheitlich besserer Zustand der AusländerInnen, auf den sich in unserer Studie keine Hinweise finden (vgl. Abb. 7), scheint dafür nicht verantwortlich gemacht werden zu können. Wahrscheinlicher ist, dass bei einem Teil der AusländerInnen Hemmungen und/oder ein unzureichendes Wissen die Inanspruchnahme von Dienstleistungen des Gesundheitssystems reduzieren.

Anteil Personen, die sich aktuell wegen eines Gesundheitsproblems in Behandlung befinden, nach Altersgruppe
Stichprobe KA

Abbildung 37

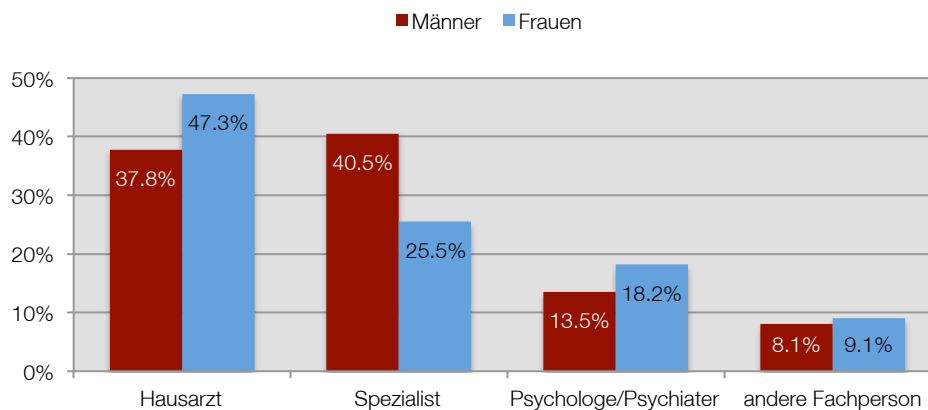




Wie Abbildung 37 zeigt, nimmt der Anteil an Personen in Behandlung bis zur Altersgruppe der 46–55-Jährigen kontinuierlich zu, und zwar von 41.7% (18–25-Jährige) auf annähernd doppelt so hohe 77.3% (46–55-Jährige). In der höchsten Altersgruppe fällt der Wert wieder auf 53.8% herab. Diese Zahlen sind nicht erstaunlich, wenn man unsere Befunde aus Abschnitt 2.2.1 heranzieht: Dort war sichtbar geworden, dass die gesundheitliche Situation der KlientInnen querschnittlich gerade in den mittleren Lebensjahrzehnten besonders beeinträchtigt ist.

Anteil unterschiedlicher Typen von Fachpersonen an sämtlichen Behandlungsfällen
Stichprobe KA

Abbildung 38



Bezüglich der Frage, bei welcher Art von medizinischer oder sonstiger gesundheitsbezogener Fachperson die KlientInnen vorwiegend in Behandlung sind, unterscheiden sich die Geschlechter erheblich. Bei Frauen ist es in nahezu der Hälfte aller Behandlungsfälle (47.3%) der Hausarzt oder die Hausärztin, in rund einem Viertel (25.5%) eine Spezialistin oder ein Spezialist der somatischen Medizin und in knapp einem Fünftel aller Fälle ein Psychotherapeut oder eine Psychotherapeutin, sei es mit psychologischem oder psychiatrischen Hintergrund (diese Unterscheidung wurde in den Antwortkategorien nicht berücksichtigt). Knapp zehn Prozent entfallen ferner auf andere Fachpersonen wie Heilpraktiker, Physiotherapeuten oder Chiropraktiker. Bei den Männern weicht die Inanspruchnahme von ärztlichen SpezialistInnen der somatischen Medizin stark von diesen Werten ab; SpezialistInnen machen hier mit 40.5% den relativ gesehen grössten Anteil der Behandler aus. Dieser Befund passt zu empirischen Befunden, die im Kontext des Morbidität-Mortalitäts-Paradoxons (vgl. Mielck & Bloomfield, 2001) diskutiert werden: Zwar sind Frauen gesamthaft gesehen häufiger krank als Männer, aber Männer sind häufiger von besonders schweren Krankheiten betroffen, und gerade diese machen vermutlich den Besuch bei einem Spezialisten oder einer Spezialistin erforderlich. Zu vermuten ist, dass sich der höhere Anteil an Behandlungen durch SpezialistInnen bei den Männern auch in höheren Gesundheitskosten pro Kopf auswirken könnte.

2.4 Formen der psychischen Bewältigung von Erwerbslosigkeit

Wie wir in Abschnitt 2.2.4 (»Psychische Gesundheit«) ausgeführt haben, erleben viele von Erwerbslosigkeit betroffene Menschen ihre aktuelle Lebenssituation als psychisch in mehr oder weniger hohem Mass belastend. Es ist indes wichtig zu sehen, dass die Betroffenen diesen psychischen



Beeinträchtigungen in der Regel nicht schutzlos ausgeliefert sind, sondern sich in vielfältiger Weise darum bemühen, die eigene Lage so erträglich wie möglich zu gestalten. In unserer Studie haben wir uns für diese in der psychologischen Forschung meist als »Bewältigungsstrategien« (vgl. Snyder, 1999) diskutierten Formen des Umgangs mit psychischer Belastung interessiert. Unser Zugang zum Themenbereich erfolgte über eine offene Frage, die auf denkbar einfache Weise formuliert war: »Was können Sie tun, damit es Ihnen psychisch besser geht?«. Die Antworten der KlientInnen auf diese Frage haben wir analog zum Vorgehen bei der Analyse des subjektiven Gesundheitsverständnisses induktiv-inhaltsanalytisch ausgewertet.

Inhaltsanalytische Kategorien zu Formen des Umgangs mit psychischer Belastung als Folge der Erwerbslosigkeit, nach Häufigkeit sortiert
Stichprobe KA

Abbildung 39

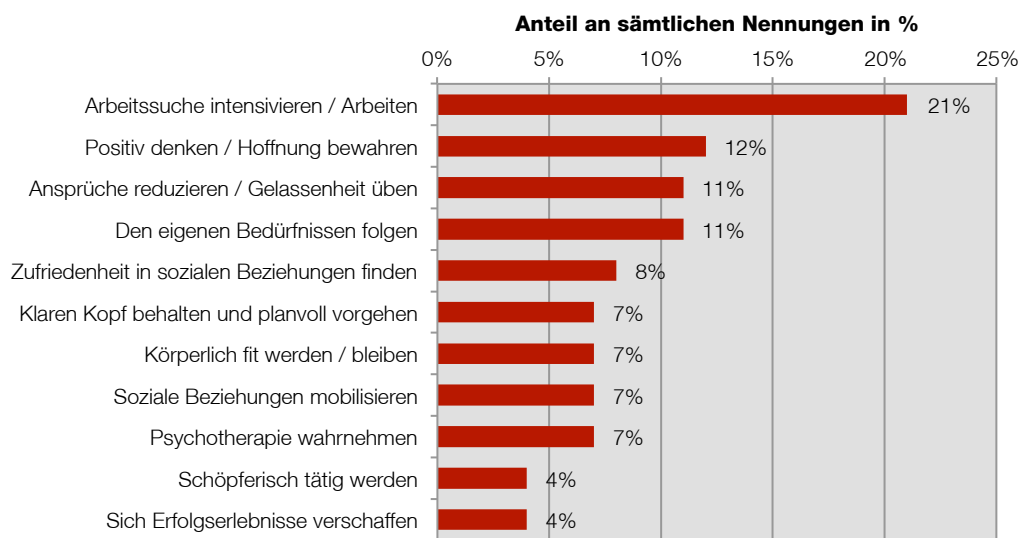


Abbildung 39 zeigt das aus dieser Analyse resultierende Kategoriensystem mit den ermittelten Formen des Umgangs mit psychischer Belastung (Bewältigungsstrategien). Die angegebenen Prozentzahlen beziehen sich auf den Anteil der jeweiligen Kategorie an sämtlichen kodierten Äusserungen. Auf den ersten Blick wird erkennbar, dass die Befragten mit einigem Abstand am häufigsten die Aufrechterhaltung oder Intensivierung der eigenen Arbeitssuche als Strategie im Umgang mit psychischer Belastung benannt haben. An zweiter, dritter und vierter Stelle folgen die Kategorien »positiv denken / Hoffnung bewahren«, »Ansprüche reduzieren / Gelassenheit üben« sowie »den eigenen Bedürfnissen folgen«, die jeweils knapp über zehn Prozent aller kodierten Äusserungen umfassen. Die übrigen Kategorien zeigen in absteigender Häufigkeit der Kodierung das breite Repertoire an Bewältigungsformen auf. Zum besseren Verständnis stellen wir in Tabelle 6 sämtliche Kategorien mit jeweils zwei Beispielaussagen dar, die in der betreffenden Kategorie kodiert wurden.

Tabelle 6: Kategorien zu Formen des Umgangs mit psychischer Belastung als Folge der Erwerbslosigkeit (Stichprobe)

Kategorie	Anteil Nennungen in %	Beispielaussagen
Arbeitssuche aufrechterhalten oder	21%	– <i>ich möchte mehr machen im Bereich Arbeit, es soll vorwärts gehen</i>



intensivieren		– <i>ich muss mich einfach noch stärker um Arbeit bemühen</i>
Positiv denken / Hoffnung bewahren	12%	– <i>wenn ich gefühlsmässig unten bin, mache ich mir einfach selber wieder Mut</i> – <i>mir selber zureden, mich selber nicht runter machen, mir sagen, dass ich es schaffen werde</i>
Ansprüche reduzieren / Gelassenheit üben	11%	– <i>ich versuche einfach, die Sachen so zu nehmen, wie sie sind, weil ich sowieso nichts daran ändern kann</i> – <i>ich lebe einfach im Hier und Jetzt und denke nicht zuviel an die Zukunft</i>
Den eigenen Bedürfnissen folgen	11%	– <i>mir hilft es, eine Auszeit zu nehmen und zu machen, was mir gut tut</i> – <i>ich lese zum Beispiel Bücher oder geniesse es, fern zu schauen</i>
Zufriedenheit in sozialen Beziehungen finden	8%	– <i>noch öfter etwas mit dem Grosskind unternehmen, das würde mir gut tun</i> – <i>wenn ich Anderen selber etwas helfen kann, fühle ich mich besser</i>
Klaren Kopf behalten und planvoll vorgehen	7%	– <i>ich versuche, immer alle Möglichkeiten zu prüfen und immer einen Schritt nach dem Anderen zu machen</i> – <i>wenn zum Beispiel Forderungen kommen vom Sozialdienst, mache ich einen Plan, damit ich das schaffen kann</i>
Körperlich fit werden / bleiben	7%	– <i>ich mache gerne Sport, gehe zum Beispiel ins Fitnesscenter</i> – <i>mir helfen körperliche Übungen oder auch richtiges Training</i>
Soziale Beziehungen mobilisieren	7%	– <i>mit jemandem darüber reden, was ich denke und wie ich mit meiner Situation fertig werden kann</i> – <i>mir Hilfe von Anderen holen</i>
Psychotherapie wahrnehmen	7%	– <i>ich gehe zum Psychiater, weil der mich aufstellt und unterstützt</i> – <i>beginne jetzt dann eine Psychotherapie und hoffe, dass das etwas bringt</i>
Schöpferisch tätig werden	4%	– <i>mir hilft es, Dinge zu gestalten, zum Beispiel Möbelstücke aufzuwerten oder zu verzieren</i> – <i>ich mache in meiner Freizeit gerne etwas Schöpferisches, Handwerkliches</i>
Sich Erfolgserlebnisse verschaffen	4%	– <i>ich lege mich noch mehr ins Zeug, damit ich positives Feedback bekomme, das stellt mich immer auf</i> – <i>ehrenamtliche Tätigkeiten, um Wertschätzung zu erhalten</i>

In der weiteren Analyse dieser Ergebnisse stellt sich die Frage, ob sich die in Tabelle 5 aufgeführten Kategorien, bei deren Zusammenstellung wir uns im Verzicht auf theoretische Vorannahmen möglichst eng an den wörtlichen Äusserungen der Befragten orientiert haben, auf höherer Abstraktionsebene noch einmal zusammenfassen lassen, um so verwandte Bewältigungsstrategien zu bündeln. Tatsächlich bietet sich dazu eine auf empirischer Forschung basierende Typologie aus dem »transaktionalen Stressmodell« nach Lazarus & Folkman (1984; vgl. Lazarus, 1999) an. Gemeint sind die Konzepte eines problemorientierten und eines emotionsorientierten Bewältigungsstils⁸. Konzeptuell steht dahinter folgende Unterscheidung:

- Über einen *problemorientierten* Bewältigungsstil verfügen Menschen dann, wenn sie Probleme dadurch zu lösen versuchen, dass sie direkt (gleichsam in der Aussenwelt) darauf zugreifen und die problemerzeugenden Bedingungen aufheben wollen;

⁸ In der ursprünglich von Lazarus und Folkman (1984) geprägten transaktionalen Stresstheorie wird zusätzlich ein »bewertungsorientierter Bewältigungsstil« unterschieden, den wir in unserer Studie indes nicht herangezogen haben, weil sich ihm keine Äusserungen der KlientInnen eindeutig zuweisen liessen.



- Über einen *emotionsorientierten* Bewältigungsstil verfügen Menschen dann, wenn sie sich einem Problem dadurch zu entziehen versuchen, dass sie auf die Gefühle, die ihnen die Konfrontation mit dem Problem verursacht, Einfluss nehmen, während das Problem selbst in seiner »objektiven« Beschaffenheit nicht berührt wird.

Die Unterscheidung ist nicht so zu verstehen, dass Menschen *entweder* zu problemorientierter *oder* zu emotionsorientierter Bewältigung von Belastungen neigen; es ist durchaus möglich, von beiden Stilen gleichzeitig Gebrauch zu machen. Zur Veranschaulichung der Unterscheidung bieten just die verschiedenen Formen des Umgangs mit Erwerbslosigkeit ein gutes Beispiel: Ein problemorientierter Umgang mit Erwerbslosigkeit würde in der direktesten Form darin bestehen, dass man alles Mögliche tut, um den Zustand der Erwerbslosigkeit zu verlassen, also wieder Arbeit zu finden (das Problem Erwerbslosigkeit wird so gleichsam »objektiv« gelöst). Ein emotionsorientierter Umgang fände demgegenüber etwa darin seinen Ausdruck, dass man sich von leistungsgesellschaftlichen Wertvorstellungen innerlich verabschiedet, die Erwerbslosigkeit damit als weniger belastend erlebt und das »Problem« Erwerbslosigkeit so auf gleichsam subjektive Weise löst. Entsprechend dieser Unterscheidung haben wir die in Tabelle 6 aufgelisteten Kategorien dort, wo eine eindeutige Zuordnung möglich war, den beiden Bewältigungsstilen problemorientiert vs. emotionsorientiert zugeteilt (Tabelle 7).

Tabelle 7: Zuordnung inhaltsanalytisch kategorisierter Bewältigungsstrategien zu Bewältigungsstilen

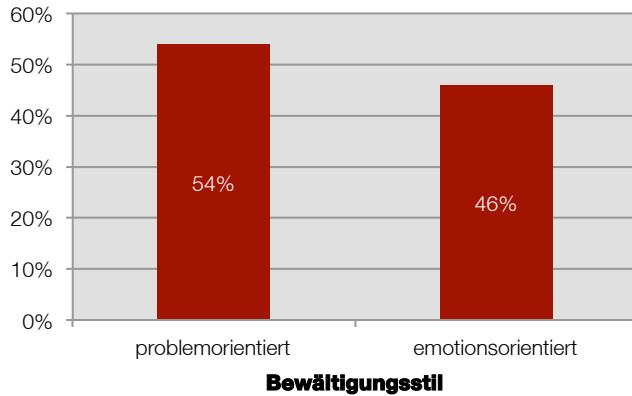
Problemorientierte Bewältigung	Emotionsorientierte Bewältigung
Arbeitssuche aufrechterhalten oder intensivieren	Ansprüche reduzieren / Gelassenheit üben
Positiv denken / Hoffnung bewahren	Den eigenen Bedürfnissen folgen
Klaren Kopf behalten und planvoll vorgehen	Zufriedenheit in sozialen Beziehungen finden
Soziale Beziehungen mobilisieren	Psychotherapie wahrnehmen
	Schöpferisch tätig werden

Aus dieser Zuordnung lässt sich zur groben Orientierung ein Vergleich der Häufigkeit herstellen, mit denen die KlientInnen Bewältigungsstrategien aus den beiden genannten Bereichen nannten. Wie Abbildung 40 zeigt, halten sich beide Stile in der Häufigkeit ihrer Nennung ungefähr die Waage.



Häufigkeit problemorientierter vs. emotionsorientierter Bewältigungsstrategien, nach prozentualen Anteil an sämtlichen kodierten Äusserungen
Stichprobe KA

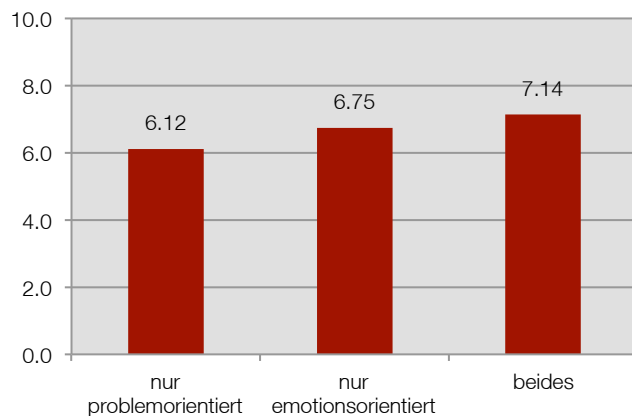
Abbildung 40



Aufschlussreich wird die auf diese Weise hergestellte Reduktion der Vielfalt an Bewältigungsstrategien dadurch, dass man Personen mit unterschiedlichen Bewältigungsstilen hinsichtlich relevanter Merkmale miteinander vergleicht. Zu diesem Zweck haben wir die Befragten in drei Gruppen eingeteilt: solche, die in ihrer freien Antwort ausschliesslich auf problemorientierte Bewältigungsstrategien Bezug nahmen, solche, die ausschliesslich über emotionsorientierte Strategien berichteten, und drittens schliesslich solche Personen, die Strategien beider Typen nannten. Diese Gruppen haben wir sodann im Bezug auf ihre Einschätzung ihres allgemeinen Gesundheitszustands miteinander verglichen (Abbildung 41).

Subjektive allgemeine Gesundheit in Abhängigkeit des Bewältigungsstils, in Mittelwerten auf einer Skala von 0–10
Stichprobe KA

Abbildung 41



In der Tendenz zeigt sich, dass Personen, die dem »Problem« Erwerbslosigkeit gemäss eigenem Bericht ausschliesslich dadurch begegnen, dass sie möglichst schnell wieder Arbeit finden wollen, sich etwas weniger gesund fühlen als Personen, die in ihrer Bewältigung auf die Regulation des eigenen Gefühllebens fokussieren ($M=6.12$ vs. $M=6.75$). Über die beste subjektive Gesundheit ($M=7.14$) berichten KlientInnen, die ihr Bemühen *sowohl* auf das Wiedererlangen einer Arbeitsstelle bzw. die dazu notwendigen Schritte richten *als auch* von Bewältigungsstrategien Gebrauch machen, die auf einen angemessenen emotionalen Umgang mit ihrer Lebenssituation zielen.



Für diesen Befund gilt wie für alle deskriptiven oder korrelativen Ergebnisdarstellungen in dieser Studie, dass sich über die Wirkungsrichtung nur spekulieren lässt. Sind gesündere Personen eher dazu in der Lage, im Umgang mit dem Faktum ihrer Erwerbslosigkeit auf ein breites Spektrum von Bewältigungsstrategien zurückzugreifen? Oder sind Personen, die in ihrem Umgang mit der Erwerbslosigkeit sowohl problem- wie emotionsorientiert vorgehen, eben deshalb gesünder? Unsere Daten liefern dazu keinen Aufschluss, aber sie geben doch erste Hinweise in die Richtung, dass ein für die Betroffenen selbst möglichst günstiger Umgang mit Erwerbslosigkeit darin bestehen könnte, die Suche nach Arbeit mit Strategien der emotionalen Auseinandersetzung zu *verbinden*.

2.5 Subjektiver Handlungsbedarf und Handlungsansätze

Eine zentrale Frage der vorliegenden Studie lautete, welchen Veränderungsbedarf die KlientInnen selbst im Hinblick auf ihre aktuelle gesundheitliche Situation sehen – und falls sie einen solchen Bedarf wahrnehmen, welche Ideen und Ansätze zu einer Veränderung in positiver Richtung sie selbst einbringen.

Der Bereich des subjektiven Handlungsbedarfs und der Handlungsansätze wurde innerhalb der Interviews durch eine Reihe von Fragen abgedeckt. Dazu gehörte zunächst die Erkundigung nach denjenigen Lebensbereichen (körperlich, psychisch, sozial oder materiell), in denen die Klientin, der Klient einen klaren Bedarf zur Veränderung ihrer aktuellen Situation sahen. Sodann wurde bei der spezifischen Behandlung der einzelnen Lebensbereiche stets nachgefragt, ob die KlientInnen im betreffenden Bereich selbst etwas zur Verbesserung ihrer Situation tun wollten, was genau sie tun wollten und wie sie (von anderen Personen, inkl. Fachleuten) darin unterstützt werden könnten.

In den Antworten auf diese Fragen haben die Interviewten teilweise konkrete Ideen zu Projekten und Angeboten im weiteren Bereich der Gesundheitsförderung geäußert, die für eine Realisierung innerhalb des Kompetenzzentrums Arbeit selbst, in anderen institutionellen Kontexten und/oder im freizeitlichen Setting geeignet erscheinen. Eine von uns zusammengestellte Auflistung dieser Projektideen ist in die Projektentwicklung der Massnahmen 13–15 eingeflossen. Sie wird hier nicht wiedergegeben, weil die darin enthaltenen Einzelideen nicht im engeren Sinn einen Beitrag zur Aufklärung allgemeiner Tendenzen in der von uns untersuchten Population der KA-KlientInnen leisten können.

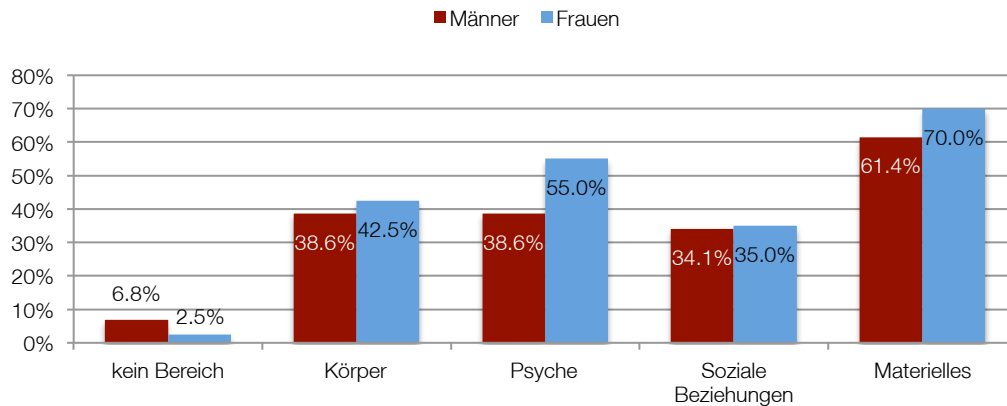
2.5.1 Handlungsbedarf allgemein

Der von den KlientInnen wahrgenommene Veränderungsbedarf in den vier von uns untersuchten Lebensbereichen ist insgesamt hoch, wie Abbildung 42 zeigt.



Anteil Personen mit subjektivem Veränderungsbedarf in unterschiedlichen Lebensbereichen
Stichprobe KA

Abbildung 42



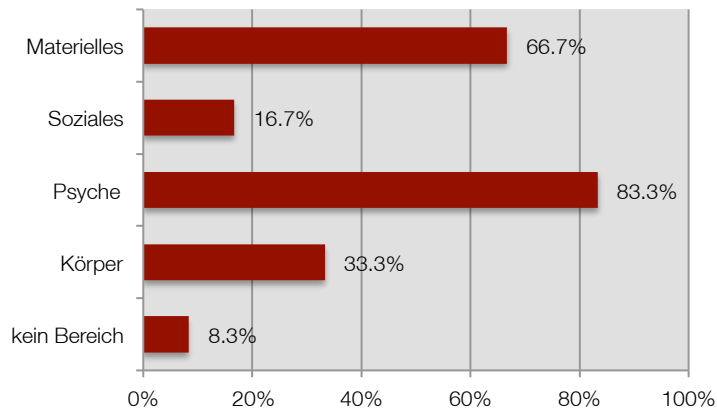
Nur 6.8% (Männer) bzw. 2.5% (Frauen) sind mit ihrer aktuellen Situation in sämtlichen Bereichen so zufrieden, dass sie überhaupt keinen Bedarf dafür sehen, ihre Lage zu verbessern. Dieser Wert liegt also noch niedriger als der Anteil derjenigen Personen, die die eigene Situation in allen Lebensbereichen als mindestens »gut« beurteilen (15.6%; vgl. Abb. 11). Der geringste Veränderungsbedarf liegt über die gesamte Stichprobe hinweg im Bereich der sozialen Beziehungen, was angesichts der vergleichsweise guten Beurteilung der Lebensqualität in diesem Bereich (vgl. Abb. 9) nicht erstaunt. Ebenfalls wenig erstaunlich ist, dass beide Geschlechter den Bereich der materiellen Lebensumstände am häufigsten (61.4% bzw. 70.0%) als veränderungsbedürftig identifizieren. Passend zu den Daten bezüglich des durchschnittlichen monatlichen Fehlbetrags (vgl. Abb. 30) zeigt sich, dass Frauen ihre materielle Situation etwas häufiger defizitär einstufen als die Männer. Das Geschlechterstereotyp der vorwiegend materiell orientierten Männer und vorwiegend emotional orientierten Frauen findet sich in den Daten also deutlich widerlegt.

Im Bereich der psychischen Gesundheit liegt der selbstberichtete Veränderungsbedarf insgesamt etwas höher als bei der körperlichen Gesundheit – eine Tatsache, die angesichts der verbreiteten These einer tendenziellen Stigmatisierung und Tabuierung des psychisch Problematischen durchaus bemerkenswert ist. Hier wie schon in der Analyse zu den subjektiven Gesundheitsfolgen von Erwerbslosigkeit lässt sich klar sehen, dass die befragten KlientInnen des Kompetenzzentrums Arbeit über eine hohe Bereitschaft verfügen, die mit ihrer aktuellen Situation verbundene psychische Belastung aktiv zu thematisieren. Frauen benennen einen Veränderungsbedarf im Bereich des Psychischen noch etwas häufiger als Männer (55.0% vs. 38.6%).



Anteil Personen mit subjektivem Veränderungsbedarf in unterschiedlichen Lebensbereichen, Altersgruppe 18–25 Jahre
Stichprobe KA 18–25 Jahre

Abbildung 43



Personen unterschiedlichen Alters unterscheiden sich nach unseren Daten nicht erheblich darin, in welchen Lebensbereichen sie wie häufig einen aktuellen Veränderungsbedarf orten; die in Abbildung 42 dargestellten Verteilungswerte bleiben über die Altersgruppen hinweg relativ konstant. Von dieser generellen Aussage müssen wir indes eine Gruppe ausnehmen, nämlich die jüngste Kohorte der 18–25-Jährigen. Hier finden sich markante Unterschiede zum allgemeinen Trend (Abbildung 43). Die Abweichung besteht darin, dass ein aussergewöhnlich hoher Prozentsatz (83.3%) der Befragten berichtet, er halte eine Verbesserung seiner derzeitigen psychischen Situation für dringlich. Das ist deshalb erstaunlich, weil die jungen Erwachsenen in der pauschalen Beurteilung ihrer psychischen Gesundheit keine auffallend niedrigen Werte ($M=6.92$) angegeben hatten. Eine naheliegende Schlussfolgerung lautet, dass die jüngsten Personen der Stichprobe zwar psychisch »im Durchschnitt« nicht stärker beeinträchtigt sind als ältere Personen, dass sie aber noch stärker dazu bereit sind, diese Beeinträchtigung als veränderungsbedürftig zu thematisieren. Ob sich darin ein Alters- oder ein Generationeneffekt (Kohorteneffekt) bemerkbar macht, muss spekulativ bleiben.

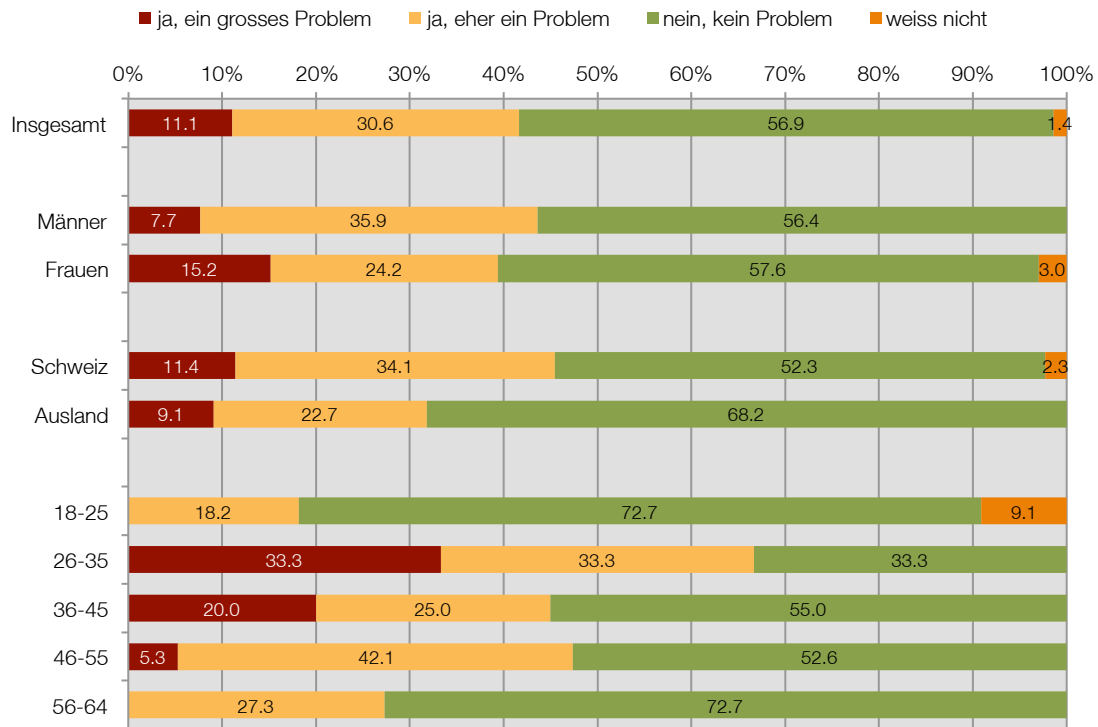
2.5.2 Handlungsbedarf und -ansätze in spezifischen Bereichen

Im Bereich der körperlichen Gesundheit wurden die KlientInnen gebeten, spezifischere Angaben zu dem von ihnen wahrgenommenen Veränderungsbedarf zu machen. Ein wichtiger Aspekt, den wir in diesem Unterabschnitt behandeln wollen, betrifft den Umgang mit Suchtmitteln. Hier wurden die Interviewten gefragt, ob sie aus ihrer eigenen Sicht aktuell ein Problem im Umgang mit Suchtmitteln haben. Als Suchtmittel galten dabei Zigaretten, Alkohol, andere Drogen sowie potentiell suchterzeugende Arzneimittel ohne medizinische Indikation. Drei Antworten waren möglich: »Ja, ein grosses Problem«, »Ja, eher ein Problem« oder »Nein, kein Problem«.



Anteil Personen, die den eigenen Suchtmittelkonsum als kein Problem, »eher ein Problem« oder »ein grosses Problem« einstufen
Stichprobe KA

Abbildung 44



Der gesamthafte Anteil Personen, die nach eigener Aussage mindestens »eher« ein Problem im Umgang mit Suchtmitteln haben, liegt bei vergleichsweise hohen 41.7%, wie in Abbildung 44 zu sehen ist. Davon berichtet indes nur rund ein Viertel, nämlich 11.1% aller Befragten, von einem »grossen« Problem. Die Werte sind im groben Überblick bei Männern und Frauen sowie bei SchweizerInnen und AusländerInnen ungefähr gleich hoch, wobei Frauen allerdings fast doppelt so häufig wie Männer (15.2% vs. 7.7%) den eigenen Suchtmittelkonsum als grosses Problem benennen. Dieser Befund kontrastiert mit den oben (Abb. 34) dargestellten Daten, wonach der Anteil der Frauen sowohl bei den ZigarettenraucherInnen (52.5% vs. 65.9%) wie auch bei den KonsumentInnen sonstiger Suchtmittel ausser Nikotin und Alkohol (12.5% vs. 23.3%) deutlich unter demjenigen der Männer liegt. Daraus lässt sich die Hypothese ableiten, dass Frauen im Durchschnitt etwas früher als Männer, d.h. schon bei geringeren Intensitäten des Konsums dazu neigen, den eigenen Suchtmittelkonsum als »grosses Problem« zu thematisieren.

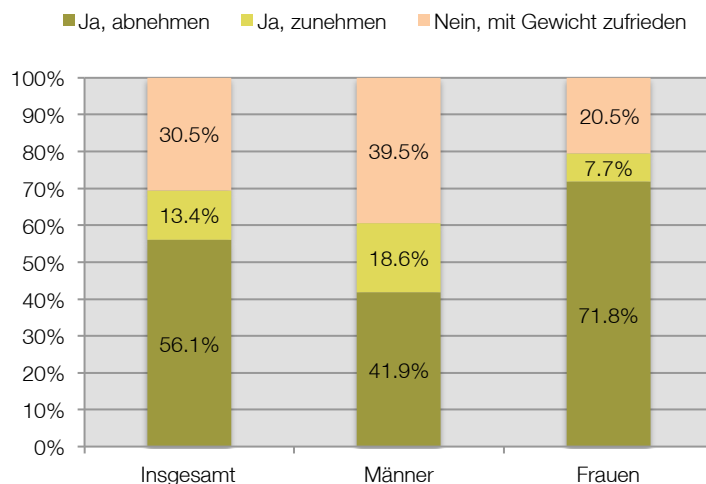
Der auffälligste Befund zum suchtmittelbezogenen Problembewusstsein allerdings bezieht sich auf die unterschiedliche Verteilung innerhalb der Altersgruppen. Hier sind die Differenzen eindrücklich: Während keine einzige Person zwischen 18 und 25 Jahren angab, ein grosses Suchtmittelproblem zu haben, sind es bei den 26–35-Jährigen ein Drittel (33.3%) und bei den 36–45-Jährigen immer noch ein Fünftel (20.0%) aller Personen. Da sich die Daten zur Häufigkeit von Suchtmittelkonsum in den verschiedenen Altersgruppen nicht annähernd so deutlich unterscheiden, ist davon auszugehen, dass insbesondere das *Bewusstsein* einer Suchtproblematik, nicht so sehr ihr »objektives« Bestehen, im mittleren Lebensalter deutlich zunimmt. Eine aus unserer Sicht plausible Erklärung dafür lautet, dass die körperlichen und psychischen Folgeerscheinungen des Suchtmittelkonsums



bei vielen Betroffenen in den mittleren Lebensjahrzehnten erstmals unmissverständlich sichtbar werden, während sie in jüngeren Jahren teilweise noch verdeckt geblieben sind. Dieses Sichtbarwerden führt dann zur Ausbildung eines Problembewusstseins. Im höheren Alter könnten Prozesse der Anpassung und der Resignation für einen Rückgang des Problembewusstseins verantwortlich sein. In praktischer Hinsicht stellt sich in Anbetracht unserer Befunde die Frage, ob suchtpreventive Anstrengungen auf die besonders problembewussten Personen mittleren Alters fokussieren oder im Gegenteil bereits früher bei den im Bezug auf ihren Suchtmittel noch weitgehend unkritischen jungen Erwachsenen einsetzen sollten.

Anteil Personen mit Wunsch, Körpergewicht zu verändern, nach Geschlecht
Stichprobe KA

Abbildung 45



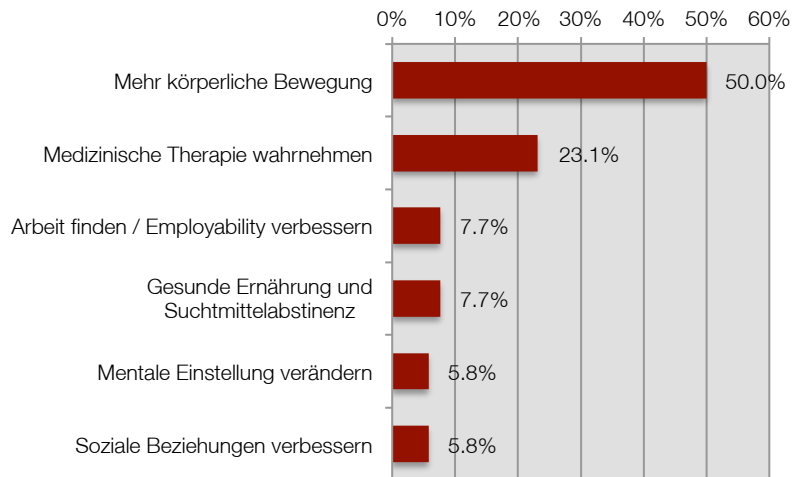
Etwas mehr als zwei von drei der befragten Personen (69.5%) sind mit ihrem aktuellen Körpergewicht so unzufrieden, dass sie etwas zur Veränderung ihres Gewichts tun möchten. Dieser Anteil liegt noch um einiges höher als derjenige der nach objektiven Massstäben über- oder untergewichtigen Personen (50.6%; vgl. Abb. 18). Bei den Frauen ist das besonders deutlich: Rund vier von fünf haben den Wunsch⁹, ihr Körpergewicht zu verändern, und davon wiederum möchten die weit-aus meisten (71.8% aller befragten Frauen) abnehmen. Bei den Männern ist der Anteil der Abnehmewilligen mit 41.9 deutlich niedriger, dafür wollen mehr Männer als Frauen (18.6% vs. 7.7%) zunehmen. Der Blick in die Unterschiede zwischen den Altersgruppen zeigt im Übrigen, dass der Wunsch, zuzunehmen, insbesondere unter den Männern der jüngsten Alterskategorie (18–25 Jahre) stark vertreten ist. Dahinter wirksam ist in den meisten Fällen das Bedürfnis, an Muskelkraft zuzulegen.

⁹ Wie realisierungsnah dieser »Wunsch« im Einzelfall war, konnte nicht erhoben werden. Von einem Wunsch sprechen wir, wenn die Interviewten auf die Frage: »Würden Sie Ihr Gewicht gerne verändern?« mit Ja antworteten.



Von KlientInnen genannte Handlungsansätze zur Förderung der körperlichen Gesundheit, Anteil an Nennungen insgesamt
Stichprobe KA

Abbildung 46



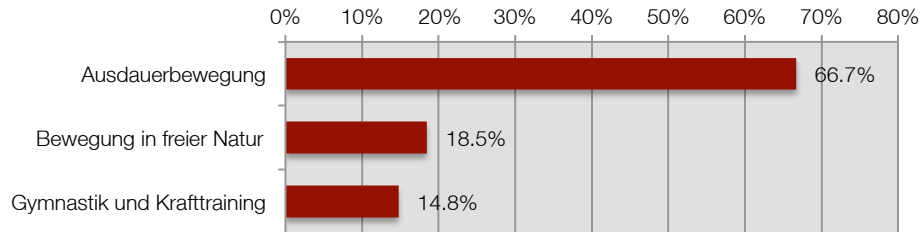
In unserer Studie wurde den Interviewten die Frage gestellt: »Was können Sie selbst dafür tun, dass Ihr körperlicher Gesundheitszustand sich verbessert?«. Die offenen Antworten wurden inhaltsanalytisch kodiert. Abbildung 46 zeigt den Anteil der jeweiligen Antwortkategorie an sämtlichen kodierten Antworten. Dabei wird deutlich, dass rund drei Viertel aller Nennungen bereits durch zwei Kategorien abgedeckt sind: »mehr körperliche Bewegung« und »medizinische Therapie wahrnehmen«. In der erstgenannten Kategorie sind Antworten wie *Ich möchte gerne mehr an der freien Luft spazieren gehen* oder *Ich könnte mehr Sport machen* zusammengefasst; zur zweitgenannten Kategorie wurden Antworten wie *Ich müsste halt zum Arzt gehen, wenn ich ein Problem habe* oder *Man sollte seine Medikamente regelmässig einnehmen* gezählt. Vergleichsweise selten wurde eine Umstellung der Ernährung oder (was angesichts des teilweise hohen Problembewusstseins überrascht) der stärkere Verzicht auf Suchtmittel als Lösungsansatz genannt (7.7% aller Nennungen). Dass die Befragten körperliche Aspekte ihrer Gesundheit durchaus in Verbindung mit psychischen und sozialen Aspekten zu bringen wissen, wird daran deutlich, dass zumindest eine kleine Anzahl der genannten körperbezogenen Handlungsansätze im Bereich des Psychischen (»mentale Einstellung verändern«) bzw. des Sozialen (»soziale Beziehungen verbessern«) liegt. Hier ist die Verbesserung der psychischen und sozialen Lebensqualität augenscheinlich als ein indirektes Mittel zu einem besseren körperlichen Wohlbefinden erkannt worden.

Abbildung 47 zeigt für die am häufigsten kodierte Kategorie »mehr körperliche Bewegung«, welche Bewegungstypen wie häufig genannt wurden.



Generalisierungen zur Kategorie »mehr körperliche Bewegung«, nach Anteil an sämtlichen in dieser Kategorie kodierten Äusserungen
Stichprobe KA

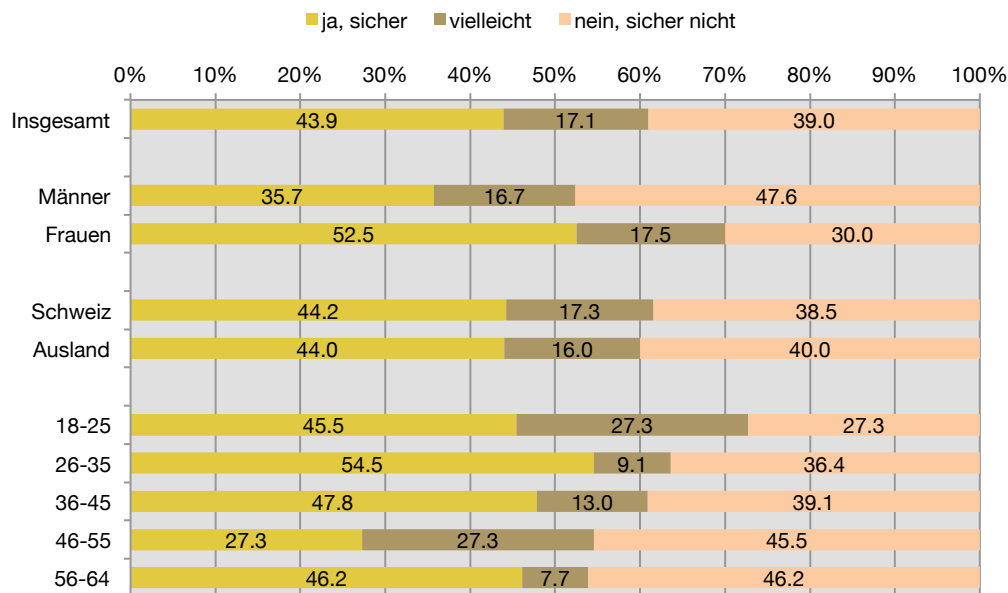
Abbildung 47



Über den Grossteil unserer Datenlage zur Frage, welche eigenen Einflussmöglichkeiten die KlientInnen im Bezug auf die Regulation ihres psychischen Wohlbefindens sehen, haben wir bereits in Abschnitt 2.4 (»Formen der psychischen Bewältigung von Erwerbslosigkeit«) berichtet. An dieser Stelle soll nun noch die prozentuale Verteilung der Antworten auf eine einfache geschlossene Frage nachgetragen werden, die sich auf die Bereitschaft der KlientInnen bezieht, im psychischen Bereich fachkundige Hilfe anzunehmen: »Wenn man Ihnen von professioneller Seite psychologische Unterstützung anbieten könnte: Würden Sie eine solche gerne annehmen?«

Anteil Personen, die professionelle psychologische Unterstützung »sicher«, »vielleicht« oder »sicher nicht« in Anspruch nehmen würden
Stichprobe KA

Abbildung 48



Wie Abbildung 48 zeigt, liegt der Anteil derjenigen Personen, die sich sicher sind, dass sie eine psychologische Beratung bei einem entsprechenden Angebot in Anspruch nehmen würden, sowohl in der Gesamtstichprobe (43.9%) wie auch konstant über die verschiedenen Subgruppen hinweg vergleichsweise hoch, d.h. im Regelfall zwischen 40 und 50 Prozent. Jeweils lediglich eine Minderheit der Befragten (von 27.3% bei den 18–25-Jährigen bis 46.2% bei den 56–65-Jährigen) ist sich im Gegenteil sicher, dass sie ein entsprechendes Angebot nicht annehmen würde. Sieht man sich die Zahlen genauer an, wird deutlich, dass der Anteil der an einer Beratung mindestens



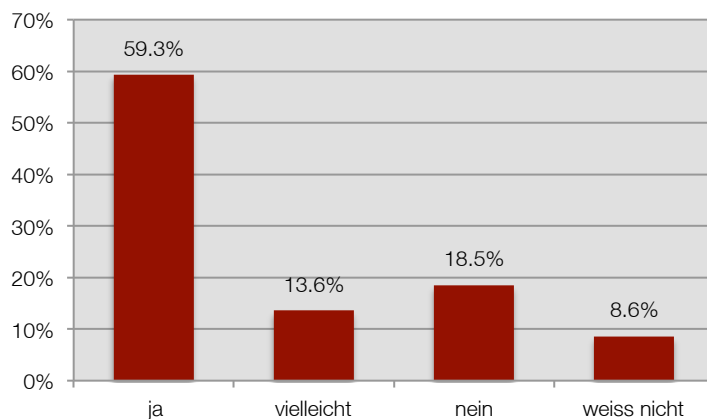
»vielleicht« Interessierten über die Altersgruppen zwar nur schwach, aber stetig abnimmt – möglicherweise ein Hinweis auf die gerade unter Sozialarbeitenden oft beklagte »Beratungsresistenz« von Personen mit einer langen Aufenthaltsdauer in den Systemen der sozialen Sicherung. Insgesamt aber deuten die Zahlen darauf hin, dass seitens der KlientInnen eine vergleichsweise hohe Nachfrage nach psychologischer Unterstützung (zusätzlich zu bestehenden Formen der Sozialberatung) besteht.

2.5.4 Motivation zur Teilnahme an einem Projekt der Gesundheitsförderung

Zum Abschluss des Interviews wurden die KlientInnen gefragt, ob sie bereit wären, sich mit ihren persönlichen Stärken und Erfahrungen in einem gesundheitsbezogenen Projekt persönlich zu engagieren, sei es im Rahmen eines Kurses, Angebots oder Projekts des Kompetenzzentrums Arbeit oder einer anderen Stelle. Dabei ging es nicht um ein konkretes Projekt, sondern um die allgemeine Bereitschaft zur Mitwirkung an möglicherweise entstehenden Angeboten.

Anteil Personen mit unterschiedlichen Ausprägungen der Bereitschaft, sich persönlich in ein gesundheitsbezogenes Projekt einzubringen?
Stichprobe KA

Abbildung 49



Rund drei von fünf der Befragten (59.3%) äusserten eine klare Bereitschaft, knapp ein Fünftel (18.5%) war sich sicher, an solchen Projekten nicht aktiv beteiligt sein zu wollen. Dieses Ergebnis ist im Hinblick auf die Praxis ermutigend. Allerdings ist bei dessen Interpretation zu bedenken, dass jene KlientInnen, die bereit waren, an einem Interview zum Thema Gesundheit teilzunehmen, auch im Hinblick auf die Beteiligung an Praxisprojekten eine überdurchschnittliche Motivation aufweisen und damit für die Population nicht repräsentativ sein könnten.



3 Synthese

Im folgenden letzten Kapitel der vorliegenden Studie werden wir die wesentlichen Ergebnisse kurz zusammenfassen, Zusammengehöriges zusammenführen und zu besonders auffälligen Befunden erklärende Überlegungen anstellen. Der erste Abschnitt (3.1) bringt eine Rekapitulation der Befunde zur gesundheitlichen Situation der sozialhilfebeziehenden KA-KlientInnen, mit besonderem Blick auf den Vergleich zur Bevölkerungsstichprobe. Im zweiten Abschnitt (3.2) folgt eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse zu den unterschiedlichen Altersgruppen (junge Erwachsene, Erwachsene mittleren Alters sowie ältere Erwachsene).

3.1 Gesundheitliche Situation und Lebensqualität der KlientInnen

Die sozialhilfebeziehenden Klientinnen und Klienten des Kompetenzzentrums Arbeit fühlen sich im Durchschnitt markant weniger gesund als der Durchschnitt der Bevölkerungsstichprobe im erwerbsfähigen Alter. Sie berichten über deutlich mehr gesundheitliche Probleme und sind wesentlich häufiger in ärztlicher und/oder psychotherapeutischer Behandlung. Die häufigsten körperlichen Probleme bei Frauen wie bei Männern sind Rücken- und Kreuzschmerzen sowie Bein-, Knie- und Fussprobleme. Bei den Frauen sind Kopfschmerzen und Beschwerden im Bauchbereich annähernd ebenso häufig.

Trotz dieser deutlichen gesundheitlichen Defizite der KlientInnen ist der Anteil derjenigen Personen, die ihre allgemeine Gesundheit subjektiv als »schlecht« oder »sehr schlecht« beurteilen, mit 14.5% vergleichsweise gering. Die deutliche Mehrheit derjenigen KlientInnen, die über eine beeinträchtigte allgemeine Gesundheit berichtet, fühlt sich *mittelgradig* beeinträchtigt (nämlich 30% aller Befragten). Diese Personen könnten – angesichts der Tatsache, dass sie sich von einer guten Gesundheit nicht weit entfernt befinden – möglicherweise in besonderem Ausmass von der Teilnahme an Angeboten der Gesundheitsförderung profitieren.

Im Vergleich über die aktuelle Gesundheit und Lebensqualität der KlientInnen in unterschiedlichen Lebensbereichen (Körper, Psyche, soziale Beziehungen, materielle Lebensumstände) zeigt sich, dass die KlientInnen mit ihren materiellen Lebensumständen am wenigsten zufrieden sind. Männer beurteilen demgegenüber ihre psychische Gesundheit als vergleichsweise gut, während Frauen in ihren sozialen Beziehungen relativ betrachtet die grössten Stärken sehen.

Die vergleichsweise gute Selbstbeurteilung der psychischen Gesundheit bei Männern relativiert sich, wenn der Blick auf ein mit psychischer Gesundheit erfahrungsgemäss eng korreliertes Mass fällt: nämlich die Überzeugung, das eigene Leben aus eigener Kraft steuern zu können (»Mastery«). Hier wird deutlich, dass das Selbstvertrauen der KA-KlientInnen in nahezu sämtlichen Subgruppen (Ausnahme: Erwachsene im Lebensjahrzent vor dem Rentenbeginn, siehe unten) einer gravierenden Erosion unterlegen ist. Nur jede zwanzigste Person unter den KlientInnen traut sich in hohem oder sehr hohem Mass zu, auf das eigene Lebensschicksal gewichtigen Einfluss nehmen zu können; in der Gesamtbevölkerung sind es rund 40%. Demgegenüber fühlen sich rund 60% der Befragten äusseren Bestimmungsfaktoren nahezu völlig ausgeliefert; in der Gesamtbevölkerung trifft das nur auf jede fünfte Person zu.

Werden die KlientInnen nach ihrer eigenen Wahrnehmung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen als Folge der Erwerbslosigkeit gefragt, berichten sie vorwiegend (zu rund zwei Dritteln) von psychischen Auswirkungen. Die am häufigsten berichteten psychischen Probleme sind Gefühle der Trauer und der Freudlosigkeit, ein beeinträchtigtes Selbstwertgefühl, Motivationsverlust sowie Zukunfts- und Existenzängste. Sämtliche Kern- und zahlreiche weitere Symptome aus dem Formenkreis depressiver Störungen (vgl. WHO, 2009) werden mit auffälliger Häufigkeit berichtet. Diese



Erkenntnis ist deswegen besonders bemerkenswert, weil wir in unserer Studie auf die Verwendung psychopathologischer Symptom-Checklisten bewusst verzichtet haben.

Was den psychischen Umgang mit der Erwerbslosigkeit betrifft, beeindruckt die Vielfalt von Bewältigungsstrategien, die die KA-KlientInnen nach eigenem Bericht einsetzen. Dabei halten sich zwei grundsätzliche Typen von Strategien in etwa die Waage: zum Einen solche, die sich direkt auf die »Beseitigung« des Problems Arbeitslosigkeit beziehen (wie Jobsuche, die Erweiterung eigener beruflicher Kompetenzen oder die Mobilisierung von HelferInnen), und zum Anderen solche, die den emotionalen Umgang mit dem *fait accompli* der Arbeitslosigkeit betreffen (wie Konzentration auf soziale Beziehungen, Verwirklichung arbeitsunabhängiger Bedürfnisse, Loslösung von arbeitgesellschaftlichen Werten). Unsere Befunde weisen darauf hin, dass eine Kombination dieser beiden »Bewältigungsstile« (vgl. Lazarus & Folkman, 1984) im Hinblick auf das gesundheitliche Befinden von vorteilhafteren Folgen sein könnte als die Beschränkung auf einen Bewältigungsstil allein.

Auch die Qualität sozialer Beziehungen erweist sich als wesentlicher Einflussfaktor im Hinblick sowohl auf körperliche wie auch auf psychische Aspekte von Gesundheit. Menschen, die nach eigenen Angaben über ausgeprägte soziale Unterstützung verfügen, d.h. sich im Bedarfsfall an mehrere Personen wenden können, um von ihnen emotionale Aufmerksamkeit und/oder Hilfen im Alltag zu erhalten, fühlen sich in der Tendenz körperlich wie auch (insbesondere) psychisch gesünder als Personen mit lediglich geringer oder gar nicht vorhandener sozialer Unterstützung. Unsere Befunde zur Qualität der sozialen Beziehungen zeigen glücklicherweise, dass das Ausmass an sozialer Unterstützung, dass die KlientInnen des Kompetenzzentrums Arbeit nach eigenen Angaben erfahren, vergleichsweise hoch ist. Nur ein geringer Prozentsatz berichtet über häufige Gefühle von Einsamkeit und/oder das Fehlen fast jeglicher sozialen Netze.

Das Gesundheitsverhalten der KlientInnen erscheint in einer wesentlichen Hinsicht als eindeutig belastet: dem Suchtmittelkonsum. Insgesamt ist der Anteil der RaucherInnen in der sozialhilfebeziehenden KA-Klientel gegenüber der Gesamtbevölkerung auf ca. das Doppelte (59.5%), derjenige der KonsumentInnen übriger Drogen neben Alkohol und Nikotin auf ca. das Vierfache (18.1%) erhöht. Das Problem*bewusstsein* der KlientInnen bezüglich ihres Suchtmittelkonsums unterscheidet sich zwischen den Altersgruppen erheblich: Während bei den jüngeren Erwachsenen (18–25 Jahre) wie auch in der höchsten Altersgruppe (56–65 Jahre) nur jeweils eine klare Minderheit den eigenen Konsum als Problem beurteilt, besteht unter Erwachsenen mittleren Alters (26–55 Jahre) ein konsistent hohes Problembewusstsein. Am ausgeprägtesten ist das in der Altersgruppe der 26- bis 35-Jährigen, wo nur ein Drittel der Personen nach eigenen Angaben überhaupt kein Suchtmittelproblem und ein weiteres Drittel sogar »ein grosses Problem« hat.

Demgegenüber berichten die KlientInnen in den Bereichen Ernährung und körperliche Bewegung insgesamt kein beeinträchtigtes Gesundheitsverhalten. Was den Bereich Ernährung betrifft, so wurde in unserer Studie allerdings nicht die faktische Zusammensetzung der täglichen Ernährung erfragt, auf die die materielle Situation der KlientInnen vermutlich nicht ohne (negativen?) Einfluss bleibt, sondern lediglich das Ernährungsbewusstsein. Den Bereich der körperlichen Bewegung betreffend, berichten die KA-KlientInnen bemerkenswerterweise über ein höheres Aktivitätsniveau als der Durchschnitt der Bevölkerungstichprobe. Eine Ursache dafür könnte das vergleichsweise hohe Mass an täglicher Bewegung sein, die die KlientInnen innerhalb ihrer Beschäftigungs- oder Qualifizierungseinsätze leisten. An diesem Umstand wird noch einmal deutlich, dass es sich bei den zwar erwerbslosen, aber *arbeitsstätigen* KlientInnen des Kompetenzzentrums Arbeit um eine besondere Gruppe handelt, die nicht als repräsentative Stichprobe aus der Population der Sozialhilfebeziehenden zu betrachten ist.



3.2 Zur besonderen Situation verschiedener Altersgruppen

Im Folgenden wollen wir nun noch kurz auf zusammenhängende Befunde eingehen, die sich nicht auf die Gesamtheit der von uns befragten KlientInnen beziehen, sondern auf spezifische Altersgruppen. Die Darstellung folgt der Einteilung in junge Erwachsene, Erwachsene mittleren Alters sowie ältere Erwachsene.

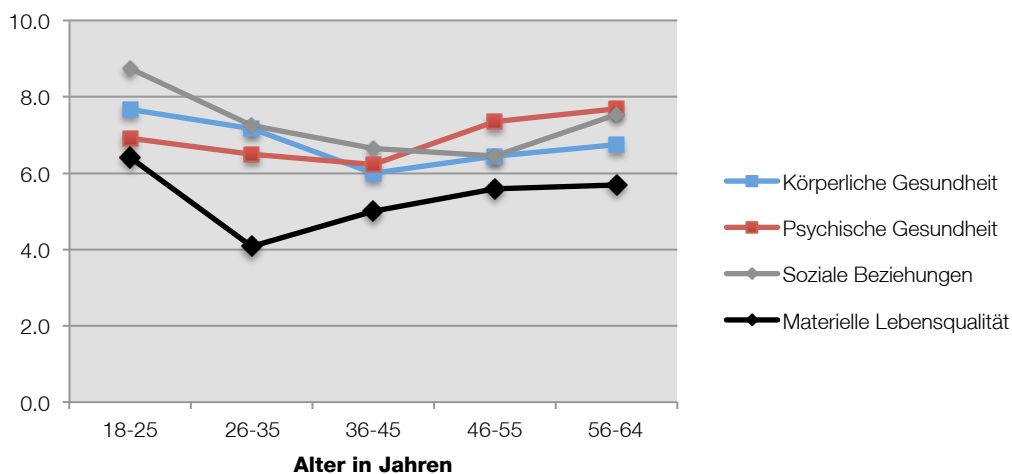
Junge Erwachsene

Bei der in unserer Studie befragten Gruppe der jungen Erwachsenen (18–25 Jahre) handelt es sich, wie in Abschnitt 1.3 bereits ausgeführt wurde, vorwiegend um Teilnehmende des so genannten Motivationssemesters [to do]. Die betreffenden Personen sind entweder SchulabgängerInnen ohne Lehrstelle oder haben eine begonnene Lehre abgebrochen. Zweck des maximal zwölfmonatigen Motivationssemesters ist es, den Teilnehmenden Arbeitserfahrungen, das Nachholen schulischer Bildung sowie die Aneignung von Bewerbungskompetenzen zu vermitteln, um sie so näher an das Ziel einer Lehrstelle heranzuführen. Die Angehörigen dieser Altersgruppe unterscheiden sich von den übrigen Befragten also nicht nur durch ihr geringeres Alter, sondern auch durch die etwas andere Zielsetzung (Erhalt einer Ausbildungsstelle vs. Erhalt einer Arbeitsstelle) ihrer Teilnahme an den Programmen des Kompetenzzentrums Arbeit.

Ein im Bezug auf die jungen Erwachsenen herausragender, wenn auch nicht sonderlich überraschender Befund liegt darin, dass die Personen dieser Altersgruppe ihre allgemeine Gesundheit höher einstufen als alle anderen Altersgruppen. Die Differenz zu den Werten der gleichaltrigen Personen in der Bevölkerungsstichprobe ist gering und statistisch nicht signifikant. Das heisst: Die 18- bis 25-jährigen KlientInnen fühlen sich im Durchschnitt ähnlich gesund wie ihre nicht-sozialhilfebeziehenden Altersgenossen in der Gesamtbevölkerung. Sieht man sich die Zufriedenheit der jungen Erwachsenen in den einzelnen Lebensbereichen (Körper, Psyche, soziale Beziehungen, materielle Lebensumstände) an, wird deutlich, dass der Bereich der sozialen Beziehungen ($M=8.75$) und der körperlichen Gesundheit ($M=7.92$) klare Ressourcen darstellen, während die psychische Gesundheit ($M=6.92$) und die materielle Lebensqualität ($M=6.42$) bereits gewisse Defizite erkennen lassen (Abbildung 50).

Selbstberichtete Gesundheit und Lebensqualität in unterschiedlichen Lebensbereichen, in Mittelwerten nach Altersgruppen
Stichprobe KA

Abbildung 50





Dieser Befund, dass die jungen Erwachsenen in ihrem psychischen Wohlbefinden Gefährdungen ausgesetzt sind, bestätigt sich auch mit Blick auf das oben (Abschnitt 2.2.2) dargestellte Mass der Überzeugung, das eigene Leben aus eigener Kraft steuern zu können (»Mastery«). Bei den jungen Erwachsenen ist der Anteil der Personen, die sich äusseren Einflüssen auf ihr Leben gänzlich oder nahezu gänzlich ausgeliefert fühlen, mit knapp zwei Dritteln (64%) ebenso dramatisch hoch wie in der Gesamtstichprobe. Das ist angesichts der Tatsache, dass diese jüngeren Menschen im Unterschied zu vielen älteren KlientInnen noch keine jahrelange »Karriere« in den sozialen Sicherungssystemen hinter sich haben, ein alarmierendes Ergebnis.

Im Hinblick auf das Gesundheitsverhalten der jungen Erwachsenen zeigt sich die Kombination aus einem erheblichen Konsum von Suchtmitteln und einem gleichzeitig nur gering ausgeprägten Problembewusstsein als Risiko. Anders als viele KlientInnen mittleren Alters, bei denen sich die körperlichen Konsequenzen des Suchtmittelkonsums bereits deutlich zeigen und für eine erhöhte Problemmatisierungsbereitschaft sorgen, konsumieren viele jüngeren KlientInnen unbekümmert und unreflektiert.

Klare Stärken lassen sich in der Gruppe der jungen Erwachsenen bei den sozialen Beziehungen ausmachen, die in den meisten Fällen intakt und tragfähig zu sein scheinen. Zudem berichten die Befragten in keiner anderen Altersgruppe über so häufige Gefühle des Glücks wie die jungen Erwachsenen, und nur Personen in der höchsten Altersgruppe sind noch seltener einsam.

Erwachsene mittleren Alters

Mehrere Befunde unserer Studie weisen darauf hin, dass KlientInnen mittleren Alters, d.h. Personen in der groben Altersspanne zwischen 26 und 55 Jahren¹⁰, vom Status der Erwerbslosigkeit und des Sozialhilfebezugs in ihrer Gesundheit und Lebensqualität gravierender betroffen sein könnten als die übrigen Altersgruppen.

Ein erster Anhaltspunkt diesbezüglich ergibt sich daraus, dass sich die Befragten mittleren Alters (spätestens ab der Kohorte der 36- bis 45-Jährigen) in ihrer allgemeinen Gesundheit markant stärker beeinträchtigt fühlen als jüngere Personen und möglicherweise sogar etwas stärker als ältere Personen. Diese Tendenz zeigt sich noch deutlicher bei der Betrachtung der subjektiven Lebensqualität in unterschiedlichen Lebensbereichen (Abbildung 50). Hier tritt in sämtlichen Dimensionen eine mehr oder weniger ausgeprägte U-Form zutage: Im jungen Erwachsenenalter ist die subjektive Lebensqualität noch vergleichsweise hoch, fällt dann in den mittleren Alterskohorten in eine Baisse und erreicht ab der zweihöchsten oder spätestens in der höchsten Altersgruppe wieder ein relatives Hoch. Besonders deutlich ist diese U-Form im Bereich der psychischen Gesundheit, wo die Kohorte der 36- bis 45-Jährigen in besonderem Ausmass beeinträchtigt zu sein scheint. Erwachsene in diesem mittleren Lebensjahrzehnt von 36 bis 45 Jahren sind auch vom Schwund der Überzeugung, ihr Leben selbst »bemeistern« (»Mastery«) zu können, am stärksten betroffen: Nicht weniger als 76 Prozent dieser Altersgruppe verfügen diesbezüglich über kein oder nahezu kein Selbstvertrauen mehr, und die übrigen 24 Prozent erreichen lediglich mittelhohe Werte.

Eine partielle Erklärung für diesen Verlust subjektiver Kontrolle über das eigene Leben liegt möglicherweise darin, dass KlientInnen mittleren Alters sich dem eigenen Suchtmittelkonsum am stärksten ausgeliefert fühlen. Das Ausmass des Konsums von Alkohol, Nikotin und Suchtmitteln ist über sämtliche Altersgruppen hinweg ähnlich hoch, aber als Problem oder gar grosses Problem wird es am häufigsten von Personen mittleren Alters definiert. Dieses erhöhte Bewusstsein für die selbstschädigenden Auswirkungen des eigenen Konsums ist, wie es scheint, Chance und Risiko

¹⁰ Die in den folgenden Absätzen kurz zusammengefassten Befunde zu den Erwachsenen mittleren Alters beziehen sich teilweise auch auf engere Altersbereiche, wie die Spanne zwischen 26 und 45 Jahren oder diejenige zwischen 36 und 55 Jahren. Eine genauere zeitliche Bestimmung dessen, wann gewisse mit dem »mittleren Alter« assoziierte Phänomene vermehrt auftreten oder vermehrt aufzutreten aufhören, ist uns aufgrund der Grösse unserer Stichprobe nicht möglich. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf.



zugleich: eine Chance, wenn es zu einer Veränderung des Konsumverhaltens führt, aber ein Risiko, wenn daraus lediglich eine noch grössere Verunsicherung über die eigenen Kontrollmöglichkeiten entsteht.

Wie ist diese insgesamt hohe Belastung bei KlientInnen mittleren Alters zu erklären? Zweifelsohne sind mehrere Ursachen zu berücksichtigen. Dass sich Personen im mittleren Alterssegment körperlich stärker beeinträchtigt fühlen als jüngere KlientInnen, ist zunächst nicht überraschend, weil es mit einer generellen Tendenz übereinstimmt, dass sich das gesundheitliche Befinden von Menschen mit zunehmendem Alter verschlechtert, wie es beispielsweise auch in den Bevölkerungstichproben der schweizerischen Gesundheitsbefragungen deutlich erkennbar wird. Hier können vermutlich biologische Alterungseffekte bereits einen beträchtlichen Teil der Unterschiede erklären. Hinzu kommt in nicht wenigen Fällen ein seit Jahren andauernder Suchtmittelkonsum, dessen Folgen im mittleren Lebensalter erstmals sichtbar werden.

Dagegen erstaunt auf den ersten Blick, dass sich Erwachsene mittleren Alters gesundheitlich nicht besser fühlen als Personen in höheren Altersgruppen, wie es in Studien zur Gesamtbevölkerung regelmässig zu beobachten ist. Ein Grund hierfür mag darin liegen, dass sich für Sozialhilfebeziehende im höchsten Alterssegment eine gewisse psychische (und damit indirekt möglicherweise auch körperliche) Entlastung aus dem herannahenden Rentenbeginn ergibt, wie wir unten noch ausführen werden. Die Haupterklärung allerdings sehen wir in einer Art *Socketthese*: Vermutlich darf die Gesundheit der KA-Klientel ein gewisses Niveau nicht unterschreiten, damit die KlientInnen überhaupt für die Teilnahme an den Beschäftigungs- und Qualifizierungsangeboten der Institution geeignet sind; und dieses minimale Gesundheitsniveau wird, so vermuten wir, bereits von vielen Personen mittleren Alters erreicht. Das heisst: Ältere Sozialhilfebeziehende, deren gesundheitliches Befinden deutlich unterhalb des von den Personen mittleren Alters erreichten Niveaus läge, wären für die Einsatzplätze des Kompetenzzentrums Arbeit gar nicht geeignet. Die von uns vorgefundene »Stabilisierung« der Gesundheit im höheren Alter erweist sich in dieser Erklärung als ein Selektionseffekt. Ein stützendes Indiz für diese »Socketthese« besteht im Übrigen darin, dass das selbstberichtete Gesundheitsniveau in der KA-Stichprobe und in der Stichprobe der Sozialhilfebeziehenden aus der Gesamtbevölkerung bei den jungen Erwachsenen und den Erwachsenen mittleren Alters noch annähernd identische Werte annimmt. Erst in der höchsten Altersgruppe, also dort, wo die beschriebene Selektion unter den Sozialhilfebeziehenden eingesetzt haben sollte, gehen die Werte deutlich auseinander (vgl. Kapitel 2, Abb. 3).

Mögliche Gründe für die vergleichsweise schwache psychische Verfassung der KlientInnen mittleren Alters sind in Abschnitt 2.2.4 bereits angedeutet worden. Dazu gehört die festgestellte Diskrepanz zwischen gängigen gesellschaftlichen Normvorstellungen über die mittlere Lebensphase (die mit hoher Schaffenskraft und Selbstständigkeit assoziiert wird) und der von geringem Einkommen, geringen Möglichkeiten der Selbstbestätigung und geringem sozialem Ansehen geprägten Realität der Betroffenen. Hinzu kommt, dass KlientInnen in diesem Alter häufig minderjährige Kinder haben, für die sie voll verantwortlich sind; hier führt vermutlich sowohl die Sorge um das materielle Auskommen der Kinder wie auch die Befürchtung, dass sich die eigene Stigmatisierung auf die Nachkommen übertragen könnte, zu vermehrter psychischer Belastung. Die hohe Scheidungsrate bei Personen mittleren Alters sorgt zudem für einen hohen Anteil Alleinerziehender.

Ältere Erwachsene

Die allgemeine Gesundheit der älteren sozialhilfebeziehenden KA-KlientInnen, d.h. von Personen in der Altersspanne zwischen 56 und 65 Jahren¹¹, ist im Vergleich mit gleichaltrigen Menschen in der Gesamtbevölkerung markant beeinträchtigt. Bemerkenswerterweise sind die Unterschiede hier

¹¹ Einige der nachfolgend zusammengefassten Befunde treffen bereits für die nächstjüngere Kohorte der 46- bis 55-Jährigen zu. Vgl. Anmerkung 9.



indes nicht so stark ausgeprägt wie bei den KlientInnen mittleren Alters, von denen in den vorangehenden Absätzen die Rede war. Forschungsergebnisse zum Verlauf von Gesundheit und Lebenszufriedenheit über die Lebensspanne (vgl. z.B. Beutel et al., 2009; auch die oben berichteten Befunde aus der SGB07) würden erwarten lassen, dass sich die im mittleren Alter abzeichnenden gesundheitlichen und sonstigen Belastungen im höheren Alter auch bei den KA-KlientInnen zusätzlich verschärfen. Doch dem ist – jedenfalls gemäss den an unserer Stichprobe gewonnenen Erkenntnissen – insgesamt nicht so.

Wie Abbildung 50 zeigt, stufen sich die KlientInnen bereits ab der Kohorte der 46- bis 55-Jährigen in den Dimensionen Körper, Psyche, soziale Beziehungen und materielle Lebensumstände wieder deutlich besser als die Erwachsenen in den vorangegangenen beiden Lebensjahrzehnten. Diese Tendenz liesse sich in der Zusammenfassung unserer Befunde aus Kapitel 2 noch in einigen weiteren Bereichen zeigen. Am deutlichsten fällt sie bezüglich des Mastery-Masses aus: Hier machen die ältesten KlientInnen die einzige Altersgruppe aus, die annähernd (wenn auch nicht ganz) die Werte der Gesamtbevölkerung erreicht. Rund jede vierte befragte Person (27%) zeigt sich stark überzeugt, auf wesentliche Aspekte des eigenen Lebens selbst Einfluss nehmen zu können, und nur ein im Vergleich mit den übrigen Altersgruppen kleiner Anteil von ebenfalls 27% verfügt diesbezüglich über ein ausgeprägt niedriges Selbstvertrauen. Die ältesten KlientInnen sind ferner nach eigenen Angaben häufiger glücklich als andere Altersgruppen (am zweithäufigsten nach den jungen Erwachsenen) und erfahren am seltensten Gefühle der Einsamkeit.

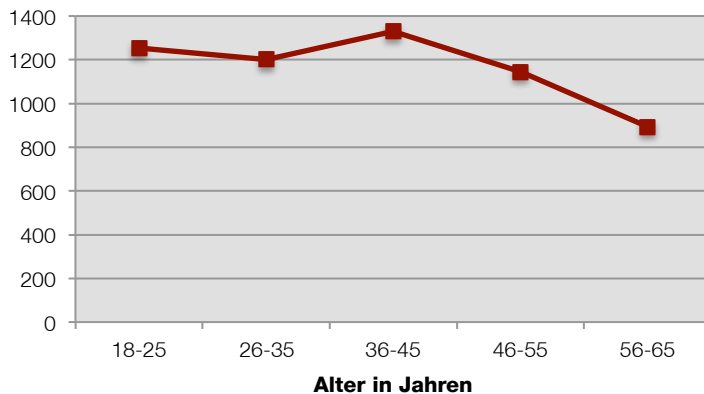
Zur Erklärung dieser auffälligen Befunde kann man zum Einen die oben erwähnte »Sockelthese« heranziehen, die zumindest verständlich macht, warum die KA-KlientInnen im höchsten Alterssegment bezüglich ihrer Gesundheit nicht von jüngeren KlientInnen abfallen. Zwei weitere Erwägungen dürften indes – insbesondere zur Erklärung der vergleichsweise guten *psychischen* Verfassung der ältesten KlientInnen – wichtiger sein: einerseits das Herannahen des regulären Rentenbezugs und andererseits eine Reduktion von Ansprüchen an die eigene Leistungsfähigkeit.

Wie bereits in Kapitel 2 angedeutet wurde, haben uns mehrere ältere KlientInnen in ihren Interviews berichtet, dass sie dem Übertritt ins Rentenalter erwartungsvoll entgegensehen, weil die stigmatisierende Lebenslage des Sozialhilfebezugs mit diesem Statuswechsel ein Ende finde. In Anbetracht dieser augenscheinlich verbreiteten Erwartungshaltung scheint es plausibel anzunehmen, dass die Aussicht auf den Übertritt ins Rentenalter bereits im Vorfeld teilweise für eine psychische Entlastung der Betroffenen sorgen könnte. Zu diesem Moment der Entlastung tritt vermutlich zweitens eine generelle Reduktion der Ansprüche an die eigene Leistungsfähigkeit sowie eine Reduktion der materiellen Ansprüche hinzu. Das kann zum Einen mit gesellschaftlichen Werten zu tun haben, die mit höherem Alter weniger ausgeprägte Leistungserwartungen verbinden und es einer von Erwerbslosigkeit betroffenen Person dadurch leichter machen, ihr Selbstverständnis an gesellschaftliche Idealvorstellungen (wieder) anzunähern. Zum Anderen führen möglicherweise schlichte »Gewöhnung« bzw. die in dem Wort Gewöhnung zusammengefassten Anpassungsprozesse an den Status des Sozialhilfebezugs dazu, dass Personen sich mit zunehmender Dauer des Sozialhilfebezugs mehr und mehr mit einer Lebensqualität auf niedrigem Niveau zufrieden geben (und damit die *subjektive* Lebensqualität wieder ein wenig anheben). Diese mutmassliche allgemeine Reduktion von Ansprüchen in der höchsten Altersgruppe zeigt sich konkret in dem von uns erhobenen Mass des »wahrgenommenen monatlichen Fehlbetrags« (vgl. Abschnitt 2.2.5).



Wahrgenommener monatlicher Fehlbetrag, in CHF nach Altersgruppen
Stichprobe KA

Abbildung 51



Wie in Abbildung 51 zu sehen ist, fällt der Betrag in Franken, den die Befragten nach eigenen Angaben *zusätzlich* brauchten, um gut von dem zur Verfügung stehenden Geld leben zu können, im letzten Lebensjahrzehnt vor dem regulären Rentenbeginn deutlich ab.

Die allgemeine Reduktion von Ansprüchen, die sich bei älteren sozialhilfebeziehenden KlientInnen des Kompetenzzentrums Arbeit regelmässig beobachten lässt, ist im Hinblick auf ihre Erwünschtheit aus der wissenschaftlichen Beschreibung der Sachlage heraus natürlich nicht zu beurteilen. In dieser Reduktion kann sich eine in aktuellen gesellschaftlichen Wertvorstellungen meist positiv konnotierte Haltung des »Ich begnüge mich dem, was ich habe« ausdrücken. Teilweise ist dahinter aber wohl auch die resignative Überzeugung wirksam, dass einem nach vielen Jahren der Erwerbslosigkeit und des Sozialhilfebezugs letztlich »nichts Besseres zusteht«.

3.3 Handlungsbedarf und -bereitschaft

Die Klientinnen und Klienten des Kompetenzzentrums Arbeit stufen den Bedarf einer Veränderung ihrer aktuellen Lebenssituation – wie angesichts der oft von Erwerbslosigkeit geprägten Lebenssituation nicht überrascht – als hoch bis sehr hoch ein. Rund 95% der KlientInnen benennen mindestens einen Lebensbereich, in dem sie eine Verbesserung der aktuellen Situation für dringlich halten. Am häufigsten (nämlich von 65.5% aller Befragten) wird der Bereich der im weiteren Sinn materiellen Lebensumstände (Finanzen, Wohnen, Mobilität) genannt, ebenfalls häufig die Bereiche der psychischen (46.4%) und der körperlichen (40.5%) Gesundheit. Jede dritte Person (33.3%) findet eine Verbesserung ihrer aktuellen Situation im Bereich der sozialen Beziehungen dringlich.

Zur Intensität der Handlungsbereitschaft, also zur Frage, wie sehr die KlientInnen selbst etwas zur Veränderung der eigenen Lage zu tun bereit sind, können wir nur sehr beschränkt Aussagen machen, weil die Antworten auf solche Fragen in ihrer Aussagekraft letztlich auf die Verlässlichkeit von Selbstaussagen beschränkt bleiben. Auf die Frage, ob sie bereit wären, ihre persönlichen Erfahrungen und Stärken im Rahmen eines Gesundheitsförderungsprojekts innerhalb oder ausserhalb des Kompetenzzentrums Arbeit einzubringen, antworteten rund 59% der befragten KlientInnen mit »Ja«, rund 19% mit »Nein« und rund 22% mit »weiss nicht« oder »vielleicht«.



Literaturverzeichnis

- Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Grulke, N., Bailer, H., Schmutzer, G. & Brähler, E. (2007). Erwerbslosigkeit, Arbeitsplatzbedrohung und psychische Gesundheit. *Psychosozial*, 30 (3), 55–71.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1–26.
- Beck, A. T. & Beck, R. W. (1972). Screening depressed patients in family practice: A rapid technique. *Postgraduate Medicine*, 52, 81–85.
- Berth, H., Albani, C. & Brähler, E. (2005). Persönlichkeitsmerkmale, psychische Belastung und Lebenszufriedenheit von Arbeitslosen. Ergebnisse einer Repräsentativstudie. *Psychosozial*, 28 (1), 99–110.
- Berth, H., Förster, P., Balck, F., Brähler, E. & Stoebel-Richter, Y. (2005). Arbeitslosigkeit, Selbstwirksamkeitserwartung, Beschwerdeerleben. Ergebnisse einer Studie bei jungen Erwachsenen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 53 (4), 328–341.
- Berth, H., Förster, P., Brähler, E., Zenger, M. & Stoebel-Richter, Y. (2010). Persönlichkeitseigenschaften und die psychische Verarbeitung von Arbeitslosigkeit. In H. Berth (Hrsg.), *Psychologie und Medizin: Traumpaar oder Vernunftfehe? Festschrift für Prof. Dr. Friedrich Balck zum 65. Geburtstag* (S. 219–230). Lengerich: Pabst.
- Beutel, M. E., Gläser, H., Decker, O., Fischbeck, S. & Brähler, E. (2009). Lebenszufriedenheit, emotionale Belastung und Resilienz bei Frauen über die Lebensspanne hinweg. *Menopause*, 16 (6), 1132–1138.
- Bisig, B. & Gutzwiller, F. (Hrsg.). (2004). *Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es eine Unter- oder Überversorgung? Band 1: Gesamtübersicht*. Zürich: Rüegger.
- BKK Bundesverband. (Hrsg.). (2005). *BKK Gesundheitsreport 2005. Krankheitsentwicklungen – Blickpunkt: Psychische Gesundheit*. Essen: Selbstverlag.
- BKK Bundesverband. (Hrsg.). (2007). *Gesundheitsreport 2007. Gesundheit in Zeiten der Globalisierung*. Essen: Selbstverlag.
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (Hrsg.). (2003). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. Erste Ergebnisse*. Neuchâtel: Selbstverlag.
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (Hrsg.). (2008). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007. Erste Ergebnisse*. Neuchâtel: Selbstverlag.
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (Hrsg.) (2010). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 2007. Schweizerische Gesundheitsbefragung*. Neuchâtel: Selbstverlag.
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2011). Bevölkerungsstand und -struktur – Indikatoren: Zivilstand [online]. Am 01.11.2011 abgerufen unter:
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/key/zivilstand.html>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. Aufl.). Hillsdale: Erlbaum.
- Cramer, R., Gilberg, R., Hess, D., Marwinski, K., Schröder, H. & Smid, M. (2002). Suchintensität und Einstellungen Arbeitsloser. In Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung [IAB] (Hrsg.), *Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 261*. Nürnberg: IAB.
- Dauer, S., Wagner, G., Hennig, H. & Morgenstern, J. (1992). Arbeitslosigkeit und Gesundheit – erste Ergebnisse einer empirischen Studie. In T. Kieselbach & P. Voigt (Hrsg.), *Systembruch, Arbeitslosigkeit und individuelle Bewältigung in der Ex-DDR* (S. 248–267). Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Derogatis, L. R., Lipmann, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H. & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A measure of primary symptom dimensions. In P. Pichot (Hrsg.),



- Psychological measurements in psychopharmacology, Vol. 7. Modern problems in psychopsychiatry* (S. 79–110). Basel: Karger.
- Freidl, W., Fazekas, C., Raml, R., Pretis, M. & Feistritzer, G. (2007). Perceived social justice, long-term unemployment and health. A survey among marginalised groups in Austria. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 547–553.
- Gadamer, H.-G. (1993). *Über die Verborgenheit der Gesundheit*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Gemeinderat der Stadt Bern. (2010). *Strategien und Massnahmen: Förderung der beruflichen und sozialen Integration in der Stadt Bern 2010–2013*. Bern: Selbstverlag.
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern [GEF]. (Hrsg.). (2005). *Neukonzeption Beschäftigungs- und Integrationsangebote der Sozialhilfe (BIAS), 10. Mai 2005* [online]. Am 01.11.2011 abgerufen unter:
http://www.gef.be.ch/gef/de/index/soziales/soziales/publikationen/berufliche_und_sozialeintegration.html
- Goldberg, D. P. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER-NELSON.
- Grobe, T. (2006). Sterben Arbeitslose früher? In A. Hollederer & H. Brand (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit* (S. 75–83). Bern: Huber.
- Hafer, C. L. & Bègue, L. (2005). Experimental research on just-world theory: problems, developments, and future challenges. *Psychological Bulletin*, 131 (1), 128–167.
- Harych, H. (1995). Sorge um den Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit und gesundheitliches Befinden – erste Ergebnisse einer Studie in Sachsen. *Das Gesundheitswesen*, 57 (2), 82–85.
- Hollederer, A. (2003). Arbeitslos – Gesundheit los – chancenlos? *IABKurzbericht*, 4/2003, 1–7.
- Hollederer, A. (2008): Psychische Gesundheit im Fall von Arbeitslosigkeit. *Praktische Arbeitsmedizin*, 12, 29–32.
- Hollederer, A. (Hrsg.). (2009). *Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis*. Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag.
- Jahoda, M. (1982). *Employment and unemployment: A social psychological analysis*. New York: Cambridge University Press.
- Jahoda, M., Lazarsfeld, P. F. & Zeisel, H. (1975). *Die Arbeitslosen von Marienthal: Ein soziographischer Versuch über die Wirkungen langandauernder Arbeitslosigkeit*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp. (Original erschienen 1933)
- Jin, R. L., Shah, C. P. & Svoboda, T. J. (1995). The impact of unemployment on health: A review of the evidence. *Canadian Medical Association Journal*, 153, 529–540.
- Kanungo, R. N. (1982). Measurement of job and work involvement. *Journal of Applied Psychology*, 67, 341–349.
- Kieselbach, T. & Beelmann, G. (2006). Psychosoziale Risiken von Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit: Effekte und Prävention. *Psychotherapeut*, 51 (6), 452–468.
- Kinicki, A. J., Prussia, R. E. & McKee-Ryan, F. M. (2000). A panel study of coping with involuntary job loss. *Academy of Management Journal*, 43, 90–100.
- Kuhnert, P., Urgatz, B. & Kastner, M. (2001). Präventives Gesundheitsverhalten als Bewältigungsressource bei Langzeitarbeitslosen. In M. Kastner & J. Vogt (Hrsg.), *Strukturwandel in der Arbeitswelt und individuelle Bewältigung* (S. 267–305). Lengerich: Pabst-Verlag.
- Lampert, T. (2010). Gesundheitliche Ungleichheit: Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status für die Gesundheit von Jugendlichen zu? In H. Hackauf & H. Ohlbrecht (Hrsg.), *Jugend und Gesundheit. Ein Forschungsüberblick* (S. 44–65). Weinheim: Juventa.
- Laubach, W., Mundt, A. & Brähler, E. (1999). Selbstkonzept, Körperbeschwerden und Gesundheitseinstellung nach Verlust der Arbeit – ein Vergleich zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten anhand einer repräsentativen Untersuchung der deutschen Bevölkerung. In A. Hessel, M.



- Geyer & E. Brähler (Hrsg.), *Gewinne und Verluste sozialen Wandels. Globalisierung und deutsche Wiedervereinigung aus psychosozialer Sicht* (S. 75–92). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Lazarus, R. (1999). *Stress and emotion. A new synthesis*. London: Free Association Books.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lerner, M. J. (1980). *The belief in a just world – A fundamental delusion. Perspectives in social psychology*. New York: Plenum Press.
- Mäder, U. (2007). Armut und Gesundheit – Folgen der Arbeitslosigkeit. *Schweizerisches Medizin Forum*, 7, 930–933.
- Mäder U., Meier C. & Schmassmann H. (2006). Armut und Gesundheit. In Bundesamt für Gesundheit [BAG] (Hrsg.), *Gender-Gesundheitsbericht* (S. 74–83). Bern: Eidgenössisches Departement des Innern.
- Mayring, P. (2007). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (9. Aufl.). Weinheim: Beltz UTB.
- McKee-Ryan, F. M., Song, Z., Wanberg, C. R. & Kinicki, A. J. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology*, 90, (1), 53–76.
- Mielck, A. & Bloomfield, K. (2001). *Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*. Weinheim: Juventa.
- Murphy, G. C. & Athanasou, J. A. (1999). The effect of unemployment on mental health. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72, 83–99.
- Ouweneel, P. (2002). Social security and well-being among the unemployed in 42 nations. *Journal of Happiness Studies*, 3, 167–192.
- Paul, K. I., Geithner, E. & Moser, K. (2009). Latent deprivation among persons who are employed, unemployed, or out of the labor force. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 143, 477–491.
- Paul K. I., Hassel, A. & Moser, K. (2006). Die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit. In A. Hollederer & H. Brand (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit* (S. 35–51). Bern: Huber.
- Paul, K. I. & Moser, K. (2006). Quantitative reviews in psychological unemployment research: An overview. In T. Kieselbach, A. H. Winefield, C. Boyd & S. Anderson (Hrsg.), *Unemployment and health: International and interdisciplinary perspectives* (S. 51–59). Bowen Hills: Australian Academic Press.
- Paul, K. I. & Moser, K. (2009a). Metaanalytische Moderatoranalysen zu den psychischen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit – ein Überblick. In A. Hollederer (Hrsg.), *Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis* (S. 39–61). Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag.
- Paul, K. I. & Moser, K. (2009b). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74, 264–282.
- Pearlin, L. I. & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19(1), 2–21.
- Price, R. H., Choi, J. N. & Vinokur, D. A. (2002). Links in the chain of diversity following job loss: How financial strain and loss of personal control lead to depression, impaired functioning, and poor health. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7, 302–312.
- Price, R. H., Friedland, D. S. & Vinokur, A. D. (1998). Job loss: Hard times and eroded identity. In J. H. Harvey (Hrsg.), *Perspectives on loss: A sourcebook* (S. 303–316). Philadelphia: Taylor & Francis.
- Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385–401.



- Ribolits, E. (2008). Wer bitte sind hier die Bildungsfernen? In E. Christof, A. Doberer-Bey, E. Ribolits & J. Zuber (Hrsg.), *Schriftlos = sprachlos? Alphabetisierung und Basisbildung in der marktorientierten Gesellschaft* (S. 133–121). Innsbruck: Studien Verlag.
- Romeu Gordo, L. (2006). Beeinflusst die Dauer der Arbeitslosigkeit die Gesundheitszufriedenheit? Auswertungen des Sozioökonomischen Panels (SOEP) von 1984 bis 2001. In A. Holleederer & H. Brand (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit* (S. 53–73). Bern: Huber.
- Rose, U. & Jacobi, F. (2006). Gesundheitsstörungen bei Arbeitslosen. Ein Vergleich mit Erwerbstätigen im Bundesgesundheitsurvey 98. *Arbeitsmedizin – Sozialmedizin – Umweltmedizin*, 41 (12), 556–564.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80.
- Ruckstuhl, B. (2011). *Gesundheitsförderung: Entwicklungsgeschichte einer neuen Public-Health-Perspektive*. Weinheim: Juventa.
- Rüesch, P., Bartlomé, P. & Huber, C. (2006). *Evaluation von Messinstrumenten für den strategischen Bereich »psychische Gesundheit/Stress«*. Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften [ZHAW].
- Rüesch, P. & Manzoni, P. (2003). *Psychische Gesundheit in der Schweiz: Monitoring*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Snyder, C.R. (Hrsg.). (1999). *Coping: The psychology of what works*. New York: Oxford University Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. & Lushene, R. E. (1970). *Manual for State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Studnicka, M., Studnicka-Benke, A., Woegerbauer, G., Rastetter, D., Wenda, R., Gathmann, P. & Ringel, E. (1991). Psychological health, self-reported physical health and health service use. Risk differential observed after one year of unemployment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26 (2), 86–91.
- Taylor, J. (1953). A personality scale of manifest anxiety. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48, 285–290.
- Wanberg, C. R. (1995). A longitudinal study of the effects of unemployment and quality of reemployment. *Journal of Vocational Behavior*, 46, 40–54.
- Warr, P. B. (1987). *Work, unemployment and mental health*. Oxford: Oxford University Press.
- Weltgesundheitsorganisation [WHO]. (Hrsg.). (2005). *Constitution of the World Health Organization* [online]. Am 01.11.2011 abgerufen unter: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>
- Weltgesundheitsorganisation [WHO]. (Hrsg.). (2009). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (7. Aufl.). Bern: Huber.
- Weltgesundheitsorganisation [WHO]. (2011). *BMI classification* [online]. Am 01.11.2011 abgerufen unter: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
- Winefield, A. H., Winefield, H. R., Tiggemann, M. & Goldney, R. D. (1991). A longitudinal study of the psychological effects of unemployment and unsatisfactory employment on young adults. *Journal of Applied Psychology*, 76, 424–431.
- Zenger, M., Brähler, E., Berth, H. & Stoebel-Richter, Y. (2010). Der Einfluss von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit – Ergebnisse einer Repräsentativerhebung. *Zeitschrift für Psycho-traumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin*, 8 (2), 59–68.



Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Am häufigsten genannte Gesundheitsaspekte, in Anzahl Nennungen pro Kategorie	17
Abbildung 2:	Selbstberichteter Zustand der allgemeinen Gesundheit nach Altersgruppe und Geschlecht, in Mittelwerten	21
Abbildung 3:	Selbstberichteter allgemeiner Gesundheitszustand nach Altersgruppen	22
Abbildung 4:	Anteil Personen bei guter bis sehr guter Gesundheit	23
Abbildung 5:	Anteil Personen bei sehr guter bis sehr schlechter Gesundheit	24
Abbildung 6:	Selbstberichteter Zustand der allgemeinen Gesundheit nach Programmzugehörigkeit	24
Abbildung 7:	Selbstberichteter allgemeiner Gesundheitszustand nach Nationalität und Geschlecht.....	25
Abbildung 8:	Subjektiver Gesundheitszustand bei ausländischen Frauen und Männern	26
Abbildung 9:	Selbstberichtete Lebensqualität in vier zentralen Lebensbereichen	27
Abbildung 10:	Unterschiede in der relativen Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen, bezogen auf geschlechtsspezifischen Durchschnittsindex	27
Abbildung 11:	Anteil Personen mit sehr guter bis sehr schlechter selbstberichteter Lebensqualität in verschiedenen Lebensbereichen	28
Abbildung 12:	Anteil Personen mit unterschiedlichen Anzahlen problematischer Lebensbereiche.....	29
Abbildung 13:	Prävalenz selbstberichteter körperlicher Gesundheitsprobleme nach Geschlecht.....	32
Abbildung 14:	Prävalenz der drei häufigsten selbstberichteten körperlichen Gesundheitsprobleme nach Altersgruppen.....	33
Abbildung 15:	Durchschnittliche Anzahl selbstberichteter körperlicher Gesundheitsprobleme nach Geschlecht und Programmzugehörigkeit	34
Abbildung 16:	Prävalenzen unterschiedlicher körperlicher Gesundheitsprobleme	35
Abbildung 17:	Anteil untergewichtiger, normalgewichtiger und übergewichtiger Personen ...	36
Abbildung 18:	Anteil unter-, normal- und übergewichtiger Personen nach Altersgruppe.....	37
Abbildung 19:	Subjektiver Zustand der allgemeinen Gesundheit nach BMI-Klassen	38
Abbildung 20:	Anteil Personen mit tiefer, mittlerer und hoher Mastery	39
Abbildung 21:	Subjektive Lebensqualität in unterschiedlichen Lebensbereichen nach Mastery-Klassifizierung.....	40
Abbildung 22:	Anteil an Personen mit unterschiedlicher Wertigkeit der selbstberichteten gesundheitlichen Folgen von Erwerbslosigkeit	41
Abbildung 23:	Zugehörigkeit negativer subjektiver Gesundheitsfolgen der Erwerbslosigkeit zu unterschiedlichen Phänomenbereichen.....	42
Abbildung 24:	Art der negativen Folgen von Erwerbslosigkeit im Bereich der Psyche.....	42
Abbildung 25:	Zusammenhang zwischen dem Indikator sozialer Unterstützung und selbstberichteter psychischer Gesundheit	46
Abbildung 26:	Zusammenhang zwischen Haushaltstyp und selbstberichteter psychischer Gesundheit	47
Abbildung 27:	Anteil Personen, die täglich oder mehrmals pro Woche Sport, Gymnastik oder Fitness betreiben, nach sozialer Unterstützung.....	48
Abbildung 28:	Anteil der Personen, die höchstens ein Mal pro Monat Sport, Gymnastik oder Fitness betreiben, nach sozialer Unterstützung.....	48



Abbildung 29:	Anteil Personen ohne Bezugsperson, die sich häufig einsam fühlen.....	49
Abbildung 30:	Wahrgenommener monatlicher Fehlbetrag in Schweizer Franken nach Haushaltstyp	50
Abbildung 31:	Selbstberichtetes Ernährungsbewusstsein im Bezug auf Gesundheit der Nahrungsmittel.....	51
Abbildung 32:	Anteil Personen, die bei ihrer Ernährung »auf bestimmte Sachen achten«	52
Abbildung 33:	Anteil Personen mit unterschiedlicher Häufigkeit der Ausübung von Gymnastik, Fitness und/oder Sport	53
Abbildung 34:	Anteil Personen mit mindestens gelegentlichem Konsum von Nikotin (Zigaretten), Alkohol und sonstigen Suchtmitteln (Stichprobe KA).....	54
Abbildung 35:	Selbstberichteter allgemeine Gesundheit nach Merkmalen des Gesundheitsverhaltens, in Mittelwerten auf einer Skala von 0–10	55
Abbildung 36:	Anteil Personen, die sich aktuell wegen eines Gesundheitsproblems in Behandlung finden, nach Geschlecht und Nationalität.....	56
Abbildung 37:	Anteil Personen, die sich aktuell wegen eines Gesundheitsproblems in Behandlung befinden, nach Altersgruppe.....	56
Abbildung 38:	Anteil unterschiedlicher Typen von Fachpersonen an sämtlichen Behandlungsfällen	57
Abbildung 39:	Inhaltsanalytische Kategorien zu Formen des Umgangs mit psychischer Belastung als Folge der Erwerbslosigkeit, nach Häufigkeit sortiert	58
Abbildung 40:	Häufigkeit problemorientierter vs. emotionsorientierter Bewältigungsstrategien, nach prozentualem Anteil an sämtlichen kodierten Äusserungen.....	60
Abbildung 41:	Subjektive allgemeine Gesundheit in Abhängigkeit des Bewältigungsstils, in Mittelwerten auf einer Skala von 0–10.....	61
Abbildung 42:	Anteil Personen mit subjektivem Veränderungsbedarf in unterschiedlichen Lebensbereichen	62
Abbildung 43:	Anteil Personen mit subjektivem Veränderungsbedarf in unterschiedlichen Lebensbereichen, Altersgruppe 18–25 Jahre.....	63
Abbildung 44:	Anteil Personen, die den eigenen Suchtmittelkonsum als kein Problem, »eher ein Problem« oder »ein grosses Problem« einstufen	64
Abbildung 45:	Anteil Personen mit Wunsch, Körpergewicht zu verändern, nach Geschlecht	65
Abbildung 46:	Von KlientInnen genannte Handlungsansätze zur Förderung der körperlichen Gesundheit, Anteil an Nennungen insgesamt.....	66
Abbildung 47:	Generalisierungen zur Kategorie »mehr körperliche Bewegung«, nach Anteil an sämtlichen in dieser Kategorie kodierten Äusserungen	67
Abbildung 48:	Anteil Personen, die professionelle psychologische Unterstützung »sicher«, »vielleicht« oder »sicher nicht« in Anspruch nehmen würden.....	67
Abbildung 49:	Anteil Personen mit unterschiedlichen Ausprägungen der Bereitschaft, sich persönlich in ein gesundheitsbezogenes Projekt einzubringen?	68
Abbildung 50:	Selbstberichtete Gesundheit und Lebensqualität in unterschiedlichen Lebensbereichen, in Mittelwerten nach Altersgruppen.....	72
Abbildung 51:	Wahrgenommener monatlicher Fehlbetrag, in CHF nach Altersgruppen	75



Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Verteilung von Fällen nach relevanten Merkmalen (Population und Stichprobe), in Prozent	18
Tabelle 2:	Häufigkeit unterschiedlicher Haushaltstypen, in Prozent (Stichprobe).....	22
Tabelle 3:	Häufigkeit unterschiedlicher Ausprägungen des Zivilstands, in Prozent (Stichprobe vs. ständige Wohnbevölkerung in der Schweiz)	23
Tabelle 4:	Kategorien des subjektiven Gesundheitsverständnisses	24
Tabelle 5:	Subjektive Lebensqualität in verschiedenen Lebensbereichen (Korrelationen nach Spearman).	25
Tabelle 6:	Kategorien zu Formen des Umgangs mit psychischer Belastung als Folge der Erwerbslosigkeit (Stichprobe)	25
Tabelle 7:	Zuordnung inhaltsanalytisch kategorisierter Bewältigungsstrategien zu Bewältigungsstilen	26