

Gesundheitsförderung für Menschen, die von Erwerbsarbeitslosigkeit betroffen sind

Ergebnisbericht

Im Auftrag des Dachverbands der Sozialversicherungsträger und des Fonds Gesundes Österreich



Gesundheitsförderung für Menschen, die von Erwerbsarbeitslosigkeit betroffen sind

Multimodales Rahmenkonzept

Ergebnisbericht

Autorinnen:

Carina Marbler
Jessica Diez

Unter Mitarbeit von:

Sabine Haas
Marion Weigl

Fachliche Begleitung:

Bettina Maringer

Projektassistenz:

Lena Nirschl

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen und nicht unbedingt jenen der Auftraggeberin / des Auftraggebers wieder.

Wien, im Dezember 2024

Im Auftrag des Dachverbands der Sozialversicherungsträger und des Fonds Gesundes Österreich

Zitiervorschlag: Marbler, Carina; Diez, Jessica (2024): Gesundheitsförderung für Menschen, die von Erwerbsarbeitslosigkeit betroffen sind. Multimodales Rahmenkonzept für Österreich. Gesundheit Österreich, Wien

ZI. P1/1/5532

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030 bei, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel (SDG) 3 „Gesundheit und Wohlergehen“, aber auch zu den SDGs 8 und 10.

Kurzfassung

Hintergrund

Eine Phase der Erwerbsarbeitslosigkeit kann sich negativ auf die Gesundheit der Menschen auswirken. Die empirischen Befunde zur Krankheitslast, dem Gesundheitsverhalten sowie der Gesundheitskompetenz von erwerbsarbeitslosen Menschen zeigen vor allem im Vergleich zu Beschäftigten einen Bedarf an präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen. Ziel war es, einen Vorschlag für ein österreichweites multimodales Rahmenkonzept zur Förderung der Gesundheit bei erwerbsarbeitslosen Menschen zu erarbeiten.

Methoden

Orientiert am PRECEDE-PROCEED-Modell nach Green et al. (2022) wurden vier zentrale Analysen zur Bewertung der sozialen und epidemiologischen Situation von erwerbsarbeitslosen Menschen, den spezifischen persönlichen und sozialökologischen Einflussfaktoren auf die Gesundheit, den Verstärkungs-, Neigungs- und Befähigungsfaktoren für mehr Gesundheit sowie von wirksamen Interventionsstrategien und zentralen Lernerfahrungen vorangegangener Programme durchgeführt. Zusätzlich fand ein dreiteiliger Konsultationsprozess mit zentralen Stakeholdern und Experten/Expertinnen statt.

Ergebnisse

Basierend auf den durchgeführten Analysen können fünf zentrale Bausteine für die österreichweite Umsetzung empfohlen werden: (1) ein Bewältigungsprogramm für die Phase der Erwerbsarbeitslosigkeit, (2) eine individuelle Gesundheitsberatung, (3) ein niederschwelliges, partizipatives Gruppenangebot, (4) die Integration der Zielgruppe in bestehende Angebote der Gesundheitsförderung und (5) die gezielte Kooperation und Vernetzung zur Stärkung der Lebenswelten von erwerbsarbeitslosen Menschen.

Schlussfolgerungen

Das multimodale Rahmenkonzept zeigt mögliche Handlungsansätze auf. Diese gilt es gemeinsam mit zentralen Stakeholdern und Expertinnen / Experten zu konkretisieren und in kleinem Rahmen zu testen, um die Durchführbarkeit, Akzeptanz, Wirksamkeit und die Einbindung in den lokalen Kontext abschließend zu bewerten.

Schlüsselwörter

Gesundheitsförderung, Erwerbsarbeitslosigkeit, Konzeptentwicklung

Summary

Background

A period of unemployment can have a negative impact on people's health. Empirical findings on the burden of disease, health behavior and health literacy of unemployed people show a need for preventive and health-promoting measures. The aim was to develop a national multi-modal framework to promote the health of the unemployed.

Method

Based on the PRECEDE-PROCEED model according to Green et al. (2022), four central analyses were carried out to assess the social and epidemiological situation of unemployed people, the personal and socio-ecological factors influencing health, as well as predisposing, reinforcing and enabling factors for better health, and matching intervention strategies. In addition, a three-part consultation process took place with key stakeholders and experts.

Results

Based on the analyses carried out, five central building blocks can be recommended for Austria-wide implementation: (1) a coping program for the unemployment phase, (2) individual health counseling, (3) low-threshold, participatory group activities, (4) the integration of the target group into existing health promotion activities and (5) targeted cooperation and networking to strengthen the living environments of unemployed people.

Conclusion

The proposed intervention strategies need further alignment to the regional context and the specific needs of the unemployed. Implementation strategies as well as documentation and evaluation concepts should be developed in cooperation with key stakeholders and experts.

Keywords

health promotion, unemployment, health program planning

Inhalt

Kurzfassung.....	III
Summary.....	IV
Abbildungen	VI
Tabellen.....	VII
Abkürzungen.....	VIII
1 Hintergrund und Ziele.....	1
2 Theoretisches Rahmenkonzept und methodisches Vorgehen	2
3 Erwerbsarbeitslosigkeit in Österreich.....	4
4 Die gesundheitliche Situation	6
4.1 Psychische Gesundheit von erwerbsarbeitslosen Menschen.....	9
4.2 Körperliche Gesundheit von erwerbsarbeitslosen Menschen	10
5 Spezifische Einflussfaktoren auf die Gesundheit der erwerbsarbeitslosen Bevölkerung	12
5.1 Umweltmerkmale	12
5.2 Personenbezogene Faktoren und Verhaltensweisen.....	15
6 Neigungs-, Verstärkungs- und Befähigungsfaktoren für mehr Gesundheit	18
7 Interventionsansätze.....	27
7.1 Internationale wirksame Interventionen	27
7.1.1 Interventionen mit kognitiv-verhaltenstherapeutischem Ansatz.....	34
7.1.2 Interventionen nach dem JOBS-Programm	41
7.1.3 Interventionen mit dem JobFit-Ansatz	43
7.1.4 Gesundheitsbezogenes Fallmanagement.....	47
7.1.5 Weitere wirksame Interventionen	49
7.2 Interventionen für erwerbsarbeitslosen Menschen in Österreich.....	52
7.3 Lernerfahrungen in und Empfehlungen aus der bisherigen Arbeit mit erwerbsarbeitslosen Menschen in Österreich.....	60
7.4 Bedürfnisse und Wünsche von erwerbsarbeitslosen Menschen an Interventionen	63
8 Vorschlag für ein multimodales Rahmenkonzept zur Förderung der Gesundheit bei erwerbsarbeitslosen Menschen in Österreich.....	66
8.1 Baustein 1: Bewältigungsprogramm basierend auf AktivA	68
8.2 Baustein 2: individuelle Gesundheitsberatung basierend auf FIT-Beratung.....	69
8.3 Baustein 3: niederschwellige, partizipative Gruppenaktivität	70
8.4 Baustein 4: Integration von erwerbsarbeitslosen Menschen in bestehende Angebote der Gesundheitsförderung.....	70
8.5 Baustein 5: Kooperation und Vernetzung	71
8.6 Rahmenbedingungen zur Ausgestaltung der Bausteine.....	72
8.7 Einschätzung zur aktuellen Umsetzbarkeit	74
Literaturangaben.....	75
Anhang - Methodendarstellung	82

Abbildungen

Abbildung 1: PRECEDE-PROCEED-Modell nach Green.....	2
Abbildung 2: Arbeitslosenquote im Zeitverlauf.....	4
Abbildung 3: Arbeitslosenquote nach Arbeitsmarktbezirken	5
Abbildung 4: Anteil der Erwerbspersonen mit „sehr gutem oder gutem“ Gesundheitszustand in Österreich im EU-SILC-Survey (Selbsteinschätzung) (18-64 Jahre)	7
Abbildung 5: Lebensqualität von arbeitslosen Frauen und Männern im Vergleich zu Frauen und Männern in Beschäftigung	8
Abbildung 6: Circulus vitiosus von Gesundheit und Arbeitslosigkeit.....	9
Abbildung 7: Logisches Modell zur Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität von erwerbsarbeitslosen Menschen	67
Abbildung 8: Flow Chart für die Literaturanalyse.....	82

Tabellen

Tabelle 1: Überblick über jene Faktoren, die zu einer Verhaltensänderung motivieren, diese unterstützen oder erleichtern/ermöglichen (Veränderungsmodell).....	19
Tabelle 2: Überblick über jene Faktoren, die eine Veränderung umweltbezogener Determinanten ermöglichen.....	26
Tabelle 3: Überblick über Interventionen zur Förderung der Gesundheit bei erwerbsarbeitslosen Menschen (Publikationszeitraum: 1996-2016)	27
Tabelle 4: Überblick über Interventionen zur Förderung der Gesundheit bei erwerbsarbeitslosen Menschen (Publikationszeitraum: 2017-2024)	31
Tabelle 5: Matching - AktivA	36
Tabelle 6: Matching - choices for wellbeing	37
Tabelle 7: Matching - Programm von Rüscher et al. (2019).....	39
Tabelle 8: Matching – Programm von Hulshof et al. (2020).....	41
Tabelle 9: Matching - JOBS-Programm.....	43
Tabelle 10: Matching – JobFit-Ansatz	45
Tabelle 11: Matching – „arbeit & gesundheit“	46
Tabelle 12: Matching - Amiga	48
Tabelle 13: Matching – Progressive Muskelentspannung	50
Tabelle 14: Matching - Achtsamkeitstraining	51
Tabelle 15: Matching – Stigma-Bewusstseinstraining	52
Tabelle 16: Matching - loginclusion	53
Tabelle 17: Matching – Health4you(th)	55
Tabelle 18: Matching – Health4Teen Steiermark.....	57
Tabelle 19: Matching – Gemeinsam Gesundheit Gestalten.....	58
Tabelle 20: Matching - Most.VITAL.....	59
Tabelle 21: Matching – Netzwerk Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration	60
Tabelle 22: Ein- und Ausschlusskriterien für die Literatursuche.....	83

Abkürzungen

AktivA	Programm „Aktiv in der Arbeitslosigkeit“
AmigA	Programm „Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung“
AmigA-M	Programm „Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung“ in München
AMS	Arbeitsmarktservice
BMAW	Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
ca.	zirka
d. h.	das heißt
DVSV	Dachverband der Sozialversicherungsträger
etc.	et cetera
EU-SILC	European Union Statistics on Income and Living Conditions
FAB	Verein zur Förderung von Arbeit und Beschäftigung
FEM	Gesundheitszentrum für Frauen, Eltern und Mädchen
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
ggf.	gegebenenfalls
GGG	Programm „Gemeinsam Gesundheit Gestalten“
IG	Interventionsgruppe
KG	Kontrollgruppe
NGA	Netzwerk Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration
o. ä.	oder ähnliches
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
u. a.	unter anderem
v. a.	vor allem
vgl.	vergleiche
vs.	versus
z. B.	zum Beispiel

1 Hintergrund und Ziele

Eine Phase der Erwerbsarbeitslosigkeit kann sich negativ auf die Gesundheit der Menschen auswirken. Die empirischen Befunde zur Krankheitslast, dem Gesundheitsverhalten sowie der Gesundheitskompetenz von erwerbsarbeitslosen Menschen zeigen vor allem im Vergleich zu Beschäftigten einen Bedarf an präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen. Auch wenn aktuell noch ein vollständiges Ursachen-Wirkungsgefüge über den Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und individuellem Gesundheitszustand fehlt, ist klar, dass parallel zu Selektionsmechanismen auf dem Arbeitsmarkt, durch Arbeitslosigkeit verursachte Gesundheitsbeeinträchtigungen bestehen. Demnach stellt sich die Frage, wie eine herausfordernde Phase der Erwerbsarbeitslosigkeit gut bewältigt werden kann und gesundheitsfördernd statt -schädigend wirken kann.

In Österreich gibt es seit Jahren mit dem Angebot von fit2work eine Maßnahme, welche sich speziell an Menschen mit gesundheitlichen Problemen richtet, sowohl in Beschäftigung als auch in der Erwerbsarbeitslosigkeit. Dieses gesundheitsbezogene Fallmanagement ist ein wichtiges sekundärpräventives Angebot, welches die oben angesprochenen Selektionsmechanismen adressiert und dem Verbleib in Erwerbsarbeitslosigkeit aufgrund gesundheitlicher Probleme vorbeugen möchte.

Aus Sicht der Gesundheitsförderung und Primärprävention fehlt jedoch ein bundesweites Programm, welches die gesundheitlichen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit adressiert und die Phase der Erwerbsarbeitslosigkeit zur Förderung der Gesundheit allen erwerbsarbeitslosen Menschen - und in Ergänzung zu fit2work auch jenen Menschen, die keine bestehenden Gesundheitsprobleme aufweisen - zugutekommt.

Eine Meta-Analyse internationaler Interventionsstudien von Paul/Holleder (2023) zeigte, dass gesundheitsfördernde Interventionen speziell für erwerbsarbeitslose Menschen einen positiven (nachhaltigen) Effekt auf die mentale und körperliche Gesundheit haben, wenngleich die Effektgrößen schwach bis moderat sind.

Ziel der vorliegenden Arbeit war es daher, die spezifische Situation von erwerbsarbeitslosen Menschen aus der Perspektive der Gesundheitsförderung umfassend zu betrachten, Evidenz zu wirksamen und potenziell übertragbaren Interventionen aufzubereiten und empirisches Wissen zur Arbeit mit Menschen, die von Erwerbsarbeitslosigkeit betroffen sind, zusammenzutragen. Auf Basis dieser Analysen sollten Lernerfahrungen und Empfehlungen dazu abgeleitet werden, welche gesundheitsfördernden Aktivitäten für die Umsetzung in Österreich zu empfehlen sind.

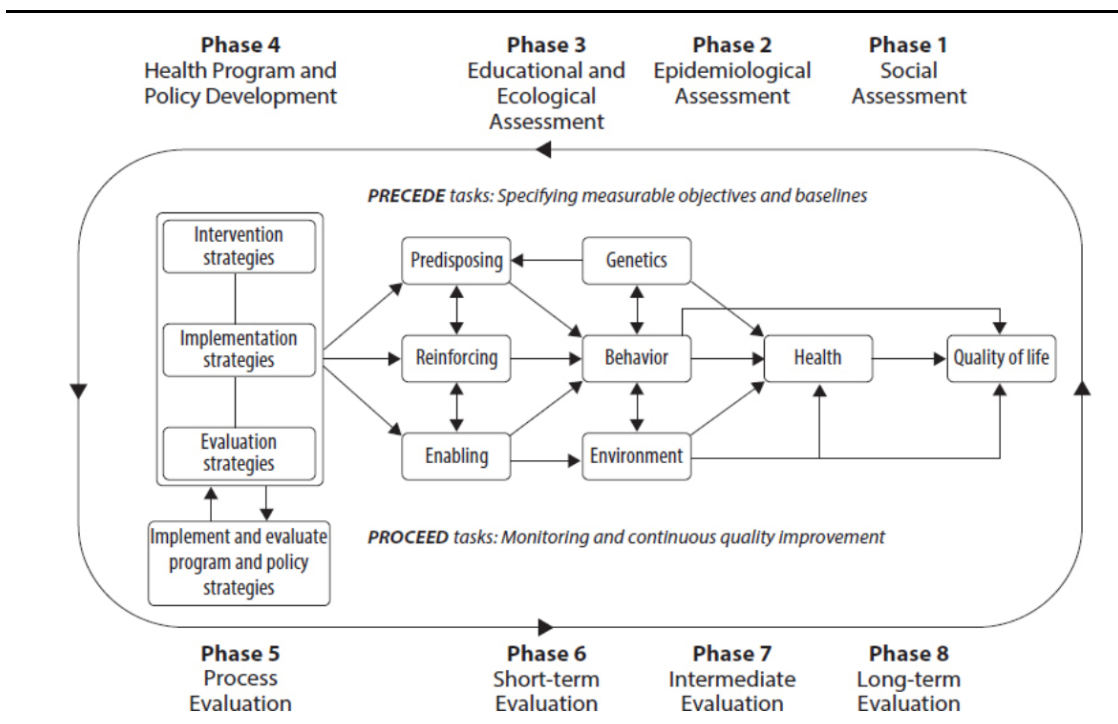
Diskutiert wurden die wissenschaftlichen Erkenntnisse und Schlussfolgerungen im Rahmen von drei Workshops mit der Betroffenenvertretung AMSEL, FEM (als Anbieter von Maßnahmen zur Förderung von Gesundheitskompetenz bei spezifischen Bevölkerungsgruppen), ÖSB Consulting (zuständig für die Umsetzung von fit2work), FGÖ, ÖGK, FAB, AMS sowie Arbeits-, Gesundheits- und Sozialministerium. Diese Konsultationen halfen insbesondere dabei, den österreichischen Kontext besser zu verstehen und Maßnahmen vorzuschlagen, welche synergetisch wirken können und den aktuellen Rahmenbedingungen entsprechen. Das Projektteam bedankt sich an dieser Stelle für die konstruktive und wertschätzende Kooperation.

2 Theoretisches Rahmenkonzept und methodisches Vorgehen

Das methodische Vorgehen orientierte sich am Planungsmodell PRECEDE-PROCEED nach Green et al. (2022). Dieses bietet einen Rahmen, um die Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung zu strukturieren. Dabei berücksichtigt es ein umfassendes Konzept von Gesundheit und nimmt eine sozial-ökologische Perspektive ein. Das Modell und seine Phasen wurden erstmals 2005 von Green & Kreuter beschrieben und besagt, dass für jede Interventionsmaßnahme zunächst eine Diagnose der Ausgangsbedingungen vorgenommen werden soll.

In der aktuellen Fassung sieht das Modell vier Analysephasen vor (vgl. Abbildung 1). Die ersten beiden Phasen erlauben eine sozial-epidemiologische Analyse der aktuellen gesundheitlichen und sozialen Situation. Dazu wurden in einem ersten Schritt relevante Gesundheits- und Sozialstatistiken (u. a. die österreichische Gesundheitsbefragung, EU-SILC, Fehlzeitenreport, Krankheitsstandsentwicklungen sowie AMS-Berichte) gesichtet. Ergänzt wurden diese Analysen durch die Auseinandersetzung mit bestehenden Meta-Analysen und theoretischen Annahmen zum Zusammenhang von Gesundheit und Erwerbsarbeitslosigkeit sowie mit qualitativen Erhebungen unter erwerbsarbeitslosen Menschen (u. a. im Rahmen des österreichischen Projekts „Würde statt Stress“). Aus dieser Analyse konnte der spezifische Bedarf sowie priorisierte Zielgruppen für gesundheitsfördernde Programme abgeleitet werden. Die Ergebnisse dieser Analysen für erwerbsarbeitslose Menschen in Österreich werden in den Kapiteln 3 bis 5 dargestellt.

Abbildung 1: PRECEDE-PROCEED-Modell nach Green



Quelle: Green et al. (2022)

Ausgehend von den so definierten und zu verändernden Umweltmerkmalen und personenbezogenen Faktoren bzw. Verhaltensweisen wurden unter Zuhilfenahme von theoretischen Modellen der Verhaltensänderung (u. a. dem sozial-kognitiven Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens nach Schwarzer und der sozial-kognitiven Theorie nach Bandura), Faktoren analysiert, die eine Verhaltensänderung ermöglichen, dazu motivieren und/oder dieses Verhalten verstärken (sogenannte Befähigungs-, Neigungs- und Verstärkungsfaktoren). Das so erstellte Veränderungsmodell (siehe Kapitel 6) zeigt jene Aspekte, welche durch geeignete Interventionen adressiert werden sollten, um in Anlehnung an den spezifischen Bedarf das langfristige Ziel von mehr Gesundheit und Lebensqualität unter erwerbsarbeitslosen Menschen zu erreichen.

In der letzten Analysephase wurden nun diesem Veränderungsmodell bestehende Programme der Gesundheitsförderung und Prävention gegenübergestellt und hinsichtlich ihrer Passung analysiert. Dazu wurden die qualitativen und quantitativen Literaturarbeiten von Holleder (2019) und Paul/Holleder (2023) zu wirksamen internationalen Interventionen aufbereitet und eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken PsycInfo (APA), PubMed und Scopus im Juli 2024 zur Aktualisierung der Ergebnisse durchgeführt (vgl. Kapitel 7.1 bzw. Anhang zur Methodendarstellung), sowie eine selektive Analyse von österreichischen Projekten der Gesundheitsförderung bei erwerbsarbeitslosen Menschen (vgl. Kapitel 0) vorgenommen. Auf Basis dieser Analysen wurden Empfehlungen für Österreich in Form eines multimodalen Rahmenkonzepts zur Gesundheitsförderung von und mit erwerbsarbeitslosen Menschen abgeleitet (siehe Kapitel 8).

Das Planungsmodell sieht in weiterer Folge unter Berücksichtigung vorhandener Ressourcen und organisatorischer Rahmenbedingungen die Testung und Erweiterung erster Interventionsstrategien, sowie die Entwicklung von Strategien zur Implementierung und Evaluation vor. Erste Überlegungen hierzu finden sich im Kapitel zur aktuellen Einschätzung der Umsetzbarkeit (vgl. Kapitel 8.7).

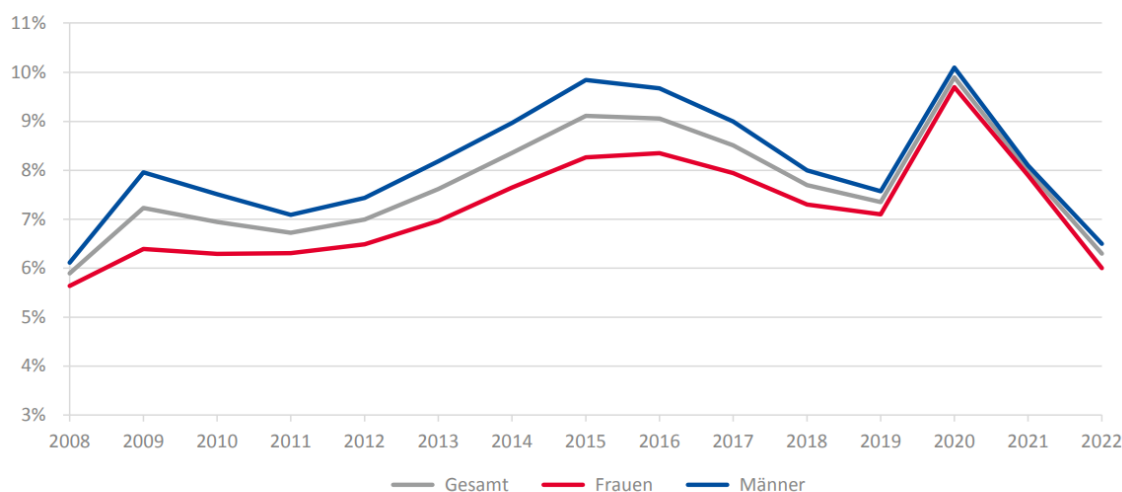
Die Ergebnisse der Analysen und erste Ableitungen in Richtung österreichisches Rahmenkonzept wurden in drei Workshops, welche im April, September und November 2024 stattfanden, zur Diskussion gestellt und mit den anwesenden Stakeholdern und Betroffenenvertreter:innen diskutiert. Eine Liste der beteiligten Personen im Konsultationsprozess ist dem Anhang beigefügt.

3 Erwerbsarbeitslosigkeit in Österreich

Im Jahr 2022 waren 861.042 Personen¹ und damit rund 21 Prozent des österreichischen Arbeitskräftepersonals von Arbeitslosigkeit betroffen. Diese Anzahl an Personen ging nach dem durch die COVID-19-Pandemie geprägten Jahren deutlich zurück und ist jüngst wieder angestiegen. Die Arbeitslosenquote berechnet sich als Anteil der beim AMS arbeitslos vorgemerkten Personen am unselbstständigen Arbeitskräftepotenzial und betrug im Jahresdurchschnitt 2022 6,3 Prozent – die niedrigste Arbeitslosenquote seit 14 Jahren (vgl. Abbildung 2). (Auer et al. 2023)

Abbildung 2: Arbeitslosenquote im Zeitverlauf

Grafik: Arbeitslosenquote nach Geschlecht, Entwicklung im Zeitverlauf



Quellen: AMS Österreich, Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

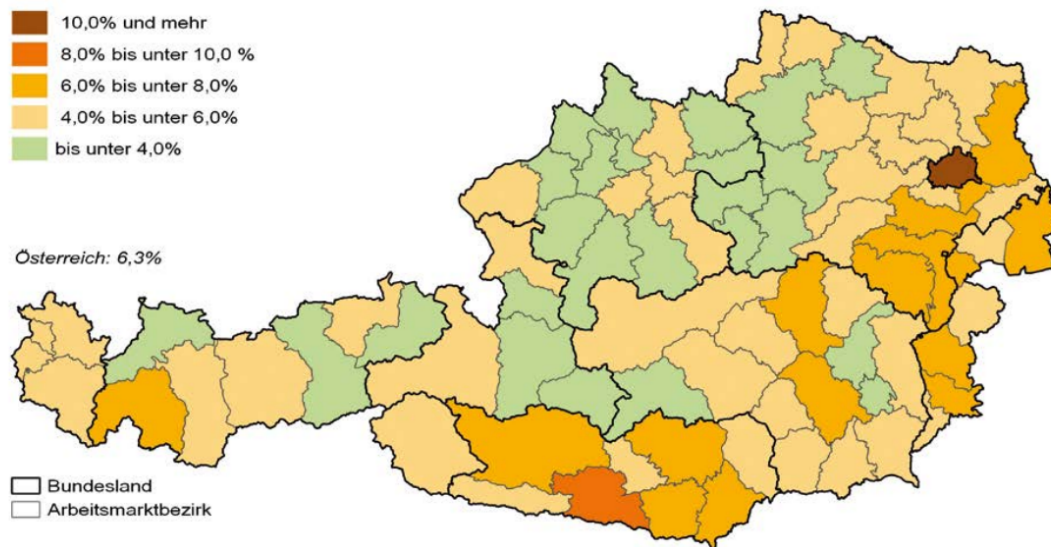
Quelle: Auer et al. (2023)

Die Quoten schwanken über die Bundesländer betrachtet (vgl. auch Abbildung 3). So liegt die Betroffenheitsquote zwischen rund 16 und 28 Prozent und die Arbeitslosenquote zwischen rund 4 und 11 Prozent, wobei in Wien mit am Abstand die höchsten Quoten erzielt werden (28 % bzw. 11 %) (Auer et al. 2023).

¹ Im Unterschied zum Bestandskonzept liegt dem Betroffenenkonzept eine personenbezogene Zählung zugrunde: Erfasst werden alle Personen, die im Laufe eines Kalenderjahres zumindest einen Tag lang beim AMS arbeitslos vorgemerkt waren. Im Bestandskonzept werden alle Personen, die am letzten Werktag eines Monats beim AMS arbeitslos vorgemerkt waren gezählt.

Abbildung 3: Arbeitslosenquote nach Arbeitsmarktbezirken

Karte: Arbeitslosenquoten nach Arbeitsmarktbezirken im Jahresdurchschnitt 2022



Quellen: AMS Österreich, Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Quelle: Auer et al. (2023)

Personen mit maximal Pflichtschulabschluss waren besonders und über die Jahre zunehmend von Erwerbsarbeitslosigkeit betroffen. So hatten 42 Prozent der arbeitslos gemeldeten Menschen maximal Pflichtschulabschluss, im Vergleich dazu haben 17 Prozent aller 25-64-jährigen Menschen in Österreich dieses Bildungsniveau (Statistik Austria 2024a). Weitere 32 Prozent der vorgemerkt arbeitslosen Menschen hatten einen Lehrabschluss, 17 Prozent einen mittleren oder höheren Schulabschluss, und 9 Prozent einen akademischen Abschluss (Auer et al. 2023).

Ein Viertel der als arbeitslos vorgemerkten Menschen hatten eine Behinderung oder andere gesundheitliche Vermittlungseinschränkung (Auer et al. 2023).

Wird Arbeitslosigkeit über das Alter hinweg betrachtet, so zeigt sich, dass die Betroffenheit in der Altersgruppe 20-24 Jahren mit rund 34 Prozent am höchsten ist und danach kontinuierlich abfällt, bevor diese ab der Altersgruppe 55 bis 59 Jahre wieder zu steigen beginnt. Die Quote der Arbeitslosen ist in der Altersgruppe 60-64 Jahre am höchsten (10,5 Prozent). (Auer et al. 2023)

Nach Wirtschaftssektoren betrachtet, kamen im Jahr 2022 die meisten von Erwerbsarbeitslosigkeit betroffenen Personen aus dem Einzelhandel, gefolgt von der Gastronomie, dem Bereich der Baustellenvorbereitung und Bauinstallation (Auer et al. 2023).

Rund 17 Prozent aller im Jahr 2022 arbeitslos vorgemerkten Personen waren zumindest zwölf Monate arbeitslos vorgemerkt und gelten damit gemäß AMS-Definition als langzeitarbeitslos. In einer weiter gefassten Definition der Langzeitbeschäftigungslosigkeit, in der Unterbrechungen der Arbeitslosigkeit von bis zu 62 Tagen möglich sind, sind 34 Prozent aller arbeitslos vorgemerkten Personen als langzeitarbeitslos zu betrachten. Diese Arbeitssuchenden sind v. a. ältere Menschen, Menschen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen oder Personen mit maximal Pflichtschulabschluss. (Auer et al. 2023)

4 Die gesundheitliche Situation

Erwerbsarbeitslosigkeit ist eine kritische, die Gesundheit belastende Lebensphase. Betroffene Menschen berichten häufig selbst von gesundheitlichen Problemen. Im Vergleich zu Menschen in Beschäftigung haben erwerbsarbeitslose Menschen einen signifikant schlechteren Gesundheitszustand, ca. doppelt so viele Krankenhausfälle und -tage, häufiger Arzneimittelverordnungen und ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten (Hollederer 2014; Holleder 2021). Auch in der Erwerbsbevölkerung gibt es einen gesundheitlichen Unterschied, je nachdem ob diese bereits Arbeitslosigkeitserfahrungen hatten oder nicht (auch bekannt als „Narbeneffekt“) (Hollederer 2021). Für Österreich zeigen u. a. folgende Studien und Erhebungen die gesundheitliche Belastung auf:

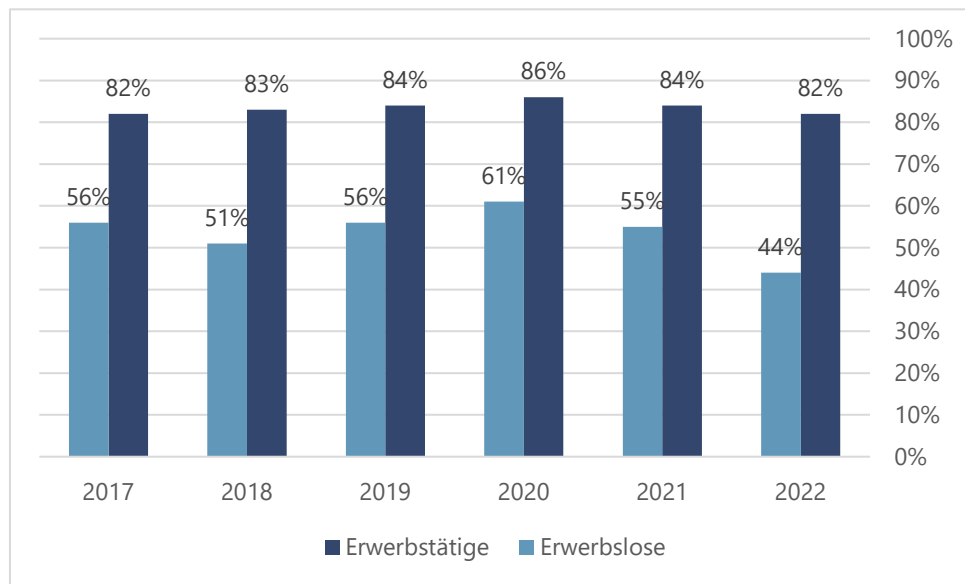
- Österreichische Gesundheitsbefragung (Klimont et al. 2016; Klimont 2020)
- EU-SILC 2022 (Statistik Austria 2023)
- Fehlzeitenreport (Mayrhuber/Bittschi 2021; Mayrhuber/Bittschi 2022)
- Entwicklung und Verteilung der psychisch bedingten Krankenstände in Oberösterreich (Leoni 2019)

Hollederer (2021) hat das Risiko von Arbeitslosen zu erkranken bzw. vorzeitig zu sterben untersucht und ist zu dem Schluss gekommen, dass das Morbiditätsrisiko von Arbeitslosen in einem breiten Krankheitsspektrum, v. a. aber bei psychischen Erkrankungen (v. a. depressive Symptome und Angstzustände), deutlich höher als bei Beschäftigten ist. Zudem steige das Risiko zu erkranken mit der Dauer der Arbeitslosigkeit an. Dies zeigen auch die Daten zum Krankenstandsgeschehen in Oberösterreich. Über alle Diagnosegruppen hinweg, haben arbeitslose Menschen etwa um das 2-Fache höhere Krankenstandsquoten als beschäftigte Menschen. Für psychische Gesundheitsprobleme liegt dieses Verhältnis der Krankenstandsquoten beim 5-bis 6-Fachen. Etwa jeder vierte Krankenstand der Arbeitslosen hat eine psychische Ursache, wobei gerade diese Erkrankungen lange Krankenstandszeiten verursachen. Allerdings haben Langzeitkrankenstände bei Arbeitssuchenden auch in den restlichen Diagnosegruppen große Bedeutung (Leoni 2019). So zeigen auch Herbig et al. (2012), dass spezifische Erkrankungen, wie Asthma, Diabetes und einige Arten von Krebserkrankungen, bei arbeitslosen Menschen in Deutschland häufiger vorkommen als bei Erwerbstätigen. Holleder (2021) weist darauf hin, dass sich die Krankheitslast von Arbeitslosen in einem signifikant erhöhten Risiko für vorzeitige Mortalität manifestiert, wobei Langzeitarbeitslosigkeit z. B. mit einer erhöhten Suizidrate verbunden ist. Roelfs et al. (2011) sprechen in ihrer Metaanalyse von einer um 63 Prozent höheren Mortalitätsrate von Arbeitslosen im Vergleich zu Beschäftigten.

Trotz des Rückgangs der Erwerbsarbeitslosigkeit nach der COVID-19-Pandemie in Österreich, kam es zu einer Zunahme der Gesundheitsprobleme unter den erwerbsarbeitslosen Menschen. Die Ergebnisse des EU-SILC-Survey zeigen, dass 82 Prozent der Erwerbstätigen in Österreich ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einschätzen, während dies nur 44 Prozent der Erwerbsarbeitslosen tun. Dies ist der niedrigste Wert der letzten sechs Jahre (siehe Abbildung 4). Weitere 30 Prozent der erwerbsarbeitslosen Menschen werten ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig und 26 Prozent als schlecht oder sehr schlecht. Dies tun „nur“ drei Prozent der erwerbstätigen Personen (Statistik Austria 2023). Diese subjektive Einschätzung wird durch andere Quellen bestätigt: Laut Arbeitsmarktservice (AMS) weisen 25 Prozent (Wert aus dem Jahr 2022) der vorgemerkten Arbeitslosen einen gesetzlichen Behindertenstatus oder eine sonstige

gesundheitliche Vermittlungseinschränkung auf (Auer et al. 2023). Die österreichische Gesundheitsbefragung 2019 zeigte zudem eine höhere Prävalenz von chronischen Erkrankungen (45 % vs. 29 %), sowie häufiger gesundheitliche Einschränkungen im Alltagsleben (41 % vs. 19 %) (Klimont 2020).

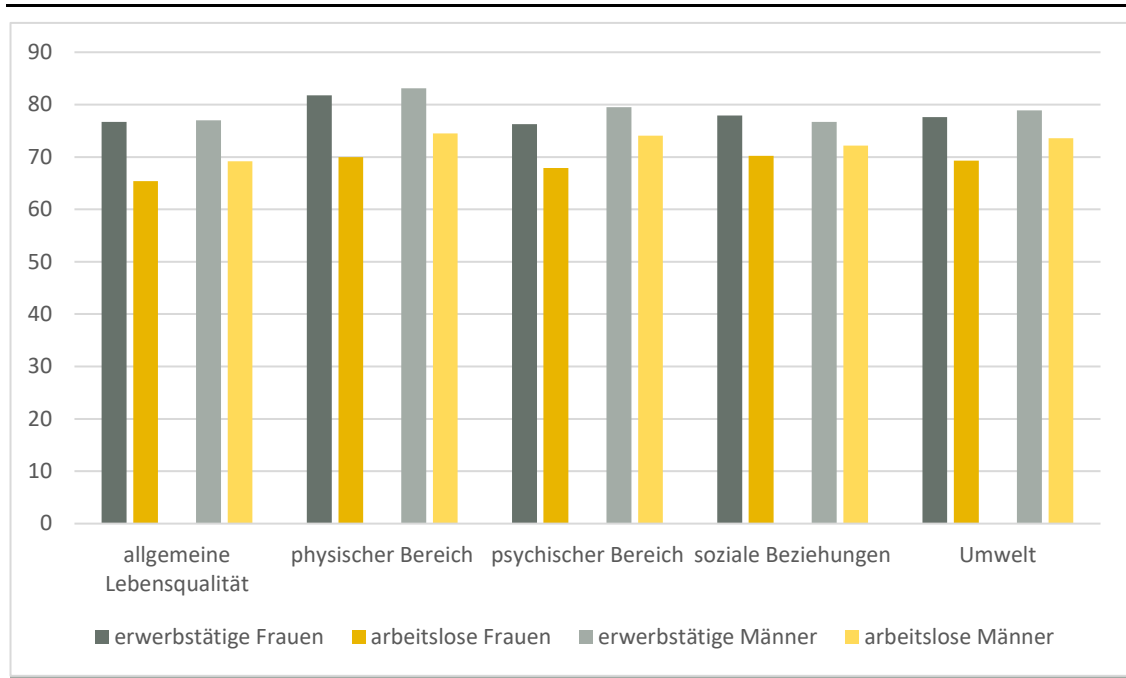
Abbildung 4: Anteil der Erwerbspersonen mit „sehr gutem oder gutem“ Gesundheitszustand in Österreich im EU-SILC-Survey (Selbsteinschätzung) (18-64 Jahre)



Quellen: Statistik Austria (2018); Statistik Austria (2019); Statistik Austria (2020); Statistik Austria (2021); Statistik Austria (2022); Statistik Austria (2023)

Daneben zeigte eine Sonderauswertung im Rahmen der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014, dass auch die Lebensqualität von erwerbsarbeitslosen Frauen und Männern durchgehend schlechter eingestuft wurde als bei Menschen in Beschäftigung (vgl. Abbildung 5). „Die größten Unterschiede in der Beurteilung der Lebensqualität nach Erwerbsstatus waren im physischen Bereich und bei der allgemeinen Lebensqualität festzustellen.“ (Klimont et al. 2016, S. 94).

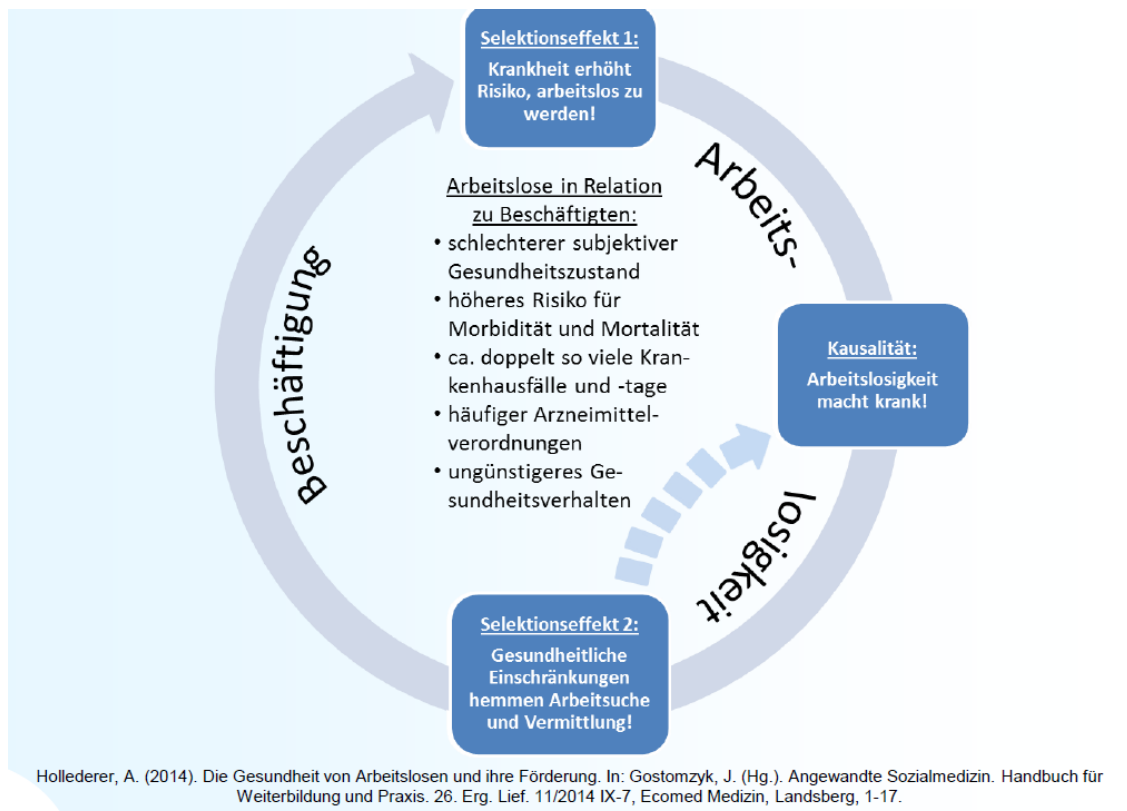
Abbildung 5: Lebensqualität von arbeitslosen Frauen und Männern im Vergleich zu Frauen und Männern in Beschäftigung



Quelle: Klimont et al. (2016)

Der derzeitige Forschungsstand geht davon aus, dass sich Phasen der Arbeitslosigkeit negativ auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Menschen im Allgemeinen auswirken (vgl. auch Abbildung 6). Diese Kausalitätshypothese wird gestützt durch die Beobachtung, dass sich das psychische Befinden nach einer Rückkehr in die Beschäftigung wieder verbessert. Parallel dazu erklären Selektionsmechanismen auf dem Arbeitsmarkt, gesundheitliche Unterschiede zwischen Beschäftigten und Arbeitslosen. Dies betrifft sowohl Arbeitsmarktprozesse, wegen derer Menschen eher entlassen werden, als auch solche, wegen derer betreffende Personen mit geringerer Wahrscheinlichkeit Jobangebote bekommen. So gelten Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen und Behinderungen als besonders gefährdet. Das zugrunde liegende Ursachen-Wirkungsgefüge von Arbeitslosigkeit und Gesundheit ist nach wie vor nicht vollständig geklärt. Die Effektgrößen der Selektionsprozesse werden jedoch als kleiner eingeschätzt (Hollederer 2021).

Abbildung 6: Circulus vitiosus von Gesundheit und Arbeitslosigkeit



Quelle: Holleder (2015)

Die Autoren und Autorinnen des Fehlzeitenreports 2022 verweisen darauf, dass die Krankheitsquote der Arbeitslosen längerfristig spürbar angestiegen sei, und dies auf eine negative Selektion von Personen mit gesundheitlichen Problemen aus Beschäftigung in Arbeitslosigkeit hinweise. Sie attestieren vor allem bei älteren Beschäftigten starke Selektionsmechanismen, da sowohl die Arbeitslosenquote als auch die Zugänge in die Invaliditätspension ihren Peak in den letzten 5 Jahren des Erwerbslebens haben (Eppel 2016; Mayrhuber/Bittschi 2022). Sie unterstützen Holleder in der Annahme, dass für viele Arbeitsuchende gesundheitliche Einschränkungen, auch wenn sie nicht der Auslöser der Arbeitslosigkeit sind, einen erschwerenden Faktor bei der Rückkehr in Beschäftigung darstellen (Eppel 2016). Leoni (2019) folgert, dass die überproportional hohe Inzidenz psychisch bedingter Krankheitsstände in Arbeitslosigkeit sowohl Folge von Selektions- als auch von Verstärkungseffekten sei. Daraus lässt sich sowohl für Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Erwerbsarbeitslosigkeit, aber insbesondere auch für die Betriebliche Gesundheitsförderung und die Gestaltung eines möglichen Übergangs sowie auch für die adäquate medizinische und therapeutische Versorgung der betroffenen Menschen, ein Bedarf ableiten.

4.1 Psychische Gesundheit von erwerbsarbeitslosen Menschen

Gerade für den Bereich der psychischen Gesundheit zeigt sich ein (längerfristiger) gesundheits-schädigender Effekt von Arbeitslosigkeit und dies unabhängig von einzelnen Ländern, sozialen Schichten, Altersstufen oder Geschlechtern (Paul/Moser 2021). Paul, Hassel und Moser (2006)

wiesen auf Basis von zahlreichen Querschnitt- und Längsschnittstudien meta-analytisch die negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit nach, wobei der Effekt von mittlerer Stärke ist. Ein Nachweis konnte insbesondere für unspezifische psychische Beanspruchungssymptome, Depressionssymptome, Angstsymptome, subjektives Wohlbefinden und Selbstwertgefühl erbracht werden (zitiert nach Holleder 2021).

Gesundheitsdaten aus Österreich zeigen, dass 25 Prozent der erwerbsarbeitslosen Frauen und 22 Prozent der Männer an Depressionen leiden; „im Vergleich zu Erwerbstätigen war das Risiko um den Faktor 5,4 bei Frauen bzw. 12,9 bei Männern erhöht“ (Klimont et al. 2016).

Eine peer-geleitete Onlinebefragung unter 228 (langzeit-)erwerbsarbeitslosen Personen in Österreich zeigte, dass 14 Prozent der Teilnehmenden „wegen der Belastungen durch Arbeitslosigkeit in Behandlung“ sind und sich zahlreiche Teilnehmende eine Psychotherapie wünschen würden, sich diese jedoch nicht leisten können. Auf die Frage nach psychischen Veränderungen in der Zeit der Erwerbsarbeitslosigkeit gab jeder: dritte Befragungsteilnehmer:in an, „pessimistischer“ und / oder „nachdenklicher“ geworden zu sein; jede:r Vierte gab an „öfter Beklemmungsgefühle“ und / oder „Schlafstörungen“ zu haben. Immerhin jede:r Fünfte gab an „verbittert“ zu sein. 10 Prozent der Teilnehmenden berichten auch davon, „öfter Durchfall“ zu haben. (Presch 2010)

Im Rahmen des Projekts „Würde statt Stress“ wurden vier Gesundheitszirkel mit je 24 Teilnehmer:innen durchgeführt. Diskutiert wurde über das Auftreten „verschiedenster Störungen im gesundheitlichen Bereich bis hin zum Ausbruch manifester Erkrankungen.“ Besonders häufig wird von „Angststörungen und psychosomatischen Symptomen des depressiven Krankheitsbilds“ berichtet. Basis für die Diskussionen war eine peer-geleitete Befragung von 132 erwerbsarbeitslosen Menschen. Ängste betrafen sowohl anstehende AMS-Termine sowie „Zwangskurse“ als auch die Befürchtung „am Arbeitsmarkt übrig zu bleiben und nie wieder einen passenden Job zu finden“ oder „die Anforderungen in bestimmten Jobs nicht mehr erfüllen zu können“. Viele der Befragten litten unter „Antriebslosigkeit, Hoffnungslosigkeit, ohnmächtiger Wut und depressiven Verstimmungen so sehr, dass sie auf Psychopharmaka zurückgriffen.“ (GZ-AkteurInnen 2011, S. 4)

4.2 Körperliche Gesundheit von erwerbsarbeitslosen Menschen

Adipositas, Stoffwechselstörungen, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Herz-Kreislauf-Erkrankungen zählen zu den mit Arbeitslosigkeit assoziierten somatischen Erkrankungen (Kroll/Lampert 2012). Herbig et al. (2012) analysierten des Weiteren, dass spezifische Erkrankungen, wie Asthma, Diabetes, einige Arten von Krebserkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei arbeitslosen Menschen in Deutschland häufiger vorkommen als bei Erwerbstätigen.

Die österreichische Gesundheitsbefragung 2014 zeigte, dass chronische Kreuzschmerzen das häufigste Gesundheitsproblem erwerbsarbeitsloser Männer (32 %) und Frauen (30 %) waren. Im Vergleich zu Erwerbstätigen hatten sie ein 1,8-faches bzw. 2,4-faches Risiko unter diesem chronischen Gesundheitsproblem zu leiden. Zudem gab jede fünfte erwerbstätige Frau an, unter mäßigen bis sehr starken Schmerzen zu leiden, bei den erwerbstätigen Männern lag dieser Anteil bei 15 Prozent – in beiden Fällen ist dies signifikant höher als bei Beschäftigten. Die Schmerzprävalenz stieg, wie auch bei erwerbstätigen Menschen, mit dem Alter an. (Klimont et al. 2016)

Hohe Prävalenzen zeigten sich bei erwerbsarbeitslosen Frauen v. a. für Allergien (30 %) sowie chronische Nacken- und Kopfschmerzen (jeweils 26 %). Bluthochdruck wurde von 15 Prozent der Frauen berichtet, Arthrose von neun Prozent, Diabetes von sieben Prozent und Harninkontinenz von drei Prozent. Im Vergleich zu erwerbstätigen Frauen litten Erwerbsarbeitslose besonders häufig unter Diabetes sowie unter Kopfschmerzen bzw. Bluthochdruck. (Klimont et al. 2016)

Für erwerbsarbeitslose Männer ergaben sich hohe Prävalenzen für chronische Nackenschmerzen (24 %), Allergien und Bluthochdruck (jeweils 21 %). Chronische Kopfschmerzen (11 %) und Arthrose (10 %) kamen etwas seltener vor. Geringe Prävalenzen ergaben sich für Diabetes (3 %) sowie Harninkontinenz (2 %). Die Auftretenswahrscheinlichkeiten waren für Bluthochdruck sowie chronische Nacken- und Kopfschmerzen bei Arbeitslosen im Vergleich zu erwerbstätigen Männern statistisch signifikant erhöht. (Klimont et al. 2016)

Die österreichische Gesundheitsbefragung 2014 wie auch 2019 zeigten ebenso höhere Prävalenzen für Übergewicht/Adipositas für Arbeitslose im Vergleich zu Beschäftigten (2019: 57 vs. 46 Prozent) (Klimont et al. 2016; Klimont 2020).

Die peer-geleitete Befragung von 132 erwerbsarbeitslosen Menschen im Rahmen des Projektes „Würde statt Stress“ verweist auf „zahlreiche Aussagen zu gesundheitlichen Problemen“ bei den Befragten, „die von Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems über solche des Bewegungsapparates bis hin zu psychischen Störungen bzw. Erkrankungen wie Ängsten und Depressionen reichten“. (GZ-AkteurInnen 2011, S. 8)

5 Spezifische Einflussfaktoren auf die Gesundheit der erwerbsarbeitslosen Bevölkerung

In der aktuellen Forschung herrscht Konsens, dass es viele Faktoren gibt, die die direkte Wirkung von Arbeitslosigkeit auf Gesundheit mildern oder verstärken. In diesem Kapitel sollen diese spezifischen Faktoren, sowie jene, die sich aus der Situation der Erwerbsarbeitslosigkeit ergeben und auf die Gesundheit und das Wohlbefinden dieser Bevölkerungsgruppe wirken, beschrieben werden. Hierbei wird differenziert nach sozioökonomischen Umweltmerkmalen und personenbezogenen Faktoren sowie Verhaltensweisen der erwerbsarbeitslosen Menschen.

5.1 Umweltmerkmale

Die großangelegte Meta-Analyse von Paul/Moser (2009) konnte zeigen, dass folgende makroökonomische Faktoren die Auswirkungen von Erwerbsarbeitslosigkeit auf Gesundheit signifikant beeinflussen:

- Die **Großzügigkeit des sozialen Sicherungssystems** eines Landes (Höhe der Unterstützungszahlungen, Dauer des Bezugs, Anteil der Arbeitslosen, die zum Bezug von Unterstützungszahlungen berechtigt sind) wirkt sich über die bessere finanzielle Situation, sowie über den geringeren Zeitdruck bei der Stellensuche und der dann oftmals qualitativ hochwertigeren Wiederbeschäftigung, positiv auf das Befinden Arbeitsloser aus. (siehe auch Wanberg et al. 2020)
- Die **wirtschaftliche Entwicklung eines Landes** (gemessen am Bruttoinlandsprodukt und dem Human Development Index) beeinflusst hochsignifikant die Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit in dem Sinne, dass Arbeitslosigkeit in ökonomisch weniger entwickelten Ländern zu stärkeren negativen psychischen Auswirkungen führt. Dies leitet sich aus dem negativen Zusammenhang zwischen dem Entwicklungsniveau eines Landes und der Anzahl von Menschen, die in absoluter Armut leben müssen, und der Vermutung, dass Arbeitslose besonders stark durch absolute Verarmung gefährdet sind, ab.
- Arbeitslosigkeit wirkt sich zudem in Ländern mit **ungleicher Einkommensverteilung** (gemessen am Gini-Index und dem Prozentsatz von Menschen unter der Armutsgrenze) gravierender auf die psychische Gesundheit aus als in eher egalitären Ländern. Begründet wird dieser Zusammenhang mit den vermittelnden Effekten sozialer Kohäsion und der Verortung vieler erwerbsarbeitsloser Menschen am unteren Ende der Einkommensverteilung eines Landes.

Die Marienthal-Studie von Jahoda et al. (1975/1933) zeigte zu einer Zeit, in der das staatliche Unterstützungssystem für Arbeitslose kaum entwickelt war, die Zusammenhänge zwischen Verarmung und psychischer Gesundheit auf. Absolute Verarmung (gekennzeichnet u. a. durch Nahrungsmangel und ungenügende Kleidung) führt zu Verzweiflung, Apathie und anderen Symptomen schweren seelischen Leidens, so die Schlussfolgerung. Die finanzielle Deprivation von erwerbsarbeitslosen Menschen wurde theoretisch mitunter von Fryer (1986) in seiner „Agency Restriction Theory“ oder Warr (1987) im „Vitamin Modell“ begründet. Die Metaanalyse von McKee-Ryan et al. (2005) zeigte statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen einer verschlechterten finanziellen Situation aufgrund eines Jobverlusts und einer schlechteren psychischen Gesundheit und Lebenszufriedenheit.

Im peer-geleiteten Projekt „Würde statt Stress“ wurden das Einkommensdefizit und der Geldmangel als Hauptstressoren gesehen, wenngleich in einer Umfrage unter österreichischen erwerbsarbeitslosen Menschen nur die Hälfte angab, dass dies eine Belastung für sie sei, meinten immerhin 37 Prozent, dass sie dringend mehr Geld benötigten, um ihre Situation zu verbessern (Presch 2010; Presch 2011). Die Daten aus EU-SILC 2023 zeigen für Österreich, dass 40 Prozent der Menschen, die mind. sechs Monate arbeitslos waren, dem untersten Einkommensehntel zugeordnet werden können (im Vergleich dazu sind es bei den ganzjährig erwerbstätigen Menschen im Erwerbsalter nur 4 Prozent) bzw. 49 Prozent dieser Menschen als armutsgefährdet betrachtet werden können. Dieser Anteil erhöht sich mit den Monaten in Arbeitslosigkeit von 30 Prozent (bei 1-5 Monaten) auf 56 Prozent bei ganzjähriger Arbeitslosigkeit. Des Weiteren zeigen die Daten, dass sich 14 Prozent der arbeitslosen Menschen (mind. 6 Monate) aus finanziellen Gründen keinen PC und 23 Prozent keinen PKW leisten können, 14 Prozent ihre Wohnung nicht angemessen warmhalten können, 23 Prozent abgetragene Kleidung nicht ersetzen können bzw. 11 Prozent sich nicht leisten können, sich einmal im Monat mit ihren Freundinnen/Freunden oder Familie zum Essen/Trinken zu treffen (unter allen erwerbsaktiven Menschen sind es 3 bis 5 Prozent) (Statistik Austria 2024b). Jörg Flecker, Professor am Institut für Soziologie der Universität Wien und Karin Heitzmann, Sozioökonomin und Lehrende an der WU Wien, schreiben in diesem Zusammenhang von einer unzureichenden materiellen Absicherung in der Arbeitslosigkeit, u. a. aufgrund der mangelnden Anpassung des Arbeitslosengelds und der Notstandshilfe an die Inflation und die damit bewusst in Kauf genommene Verschärfung der prekären sozioökonomischen Lage von erwerbsarbeitslosen Menschen (Flecker/Heitzmann 2023). Eine kürzlich durchgeführte qualitative Erhebung unter erwerbsarbeitslosen Menschen in Deutschland wies v. a. auf den Umstand hin, dass sich die finanzielle Deprivation auf die Möglichkeiten der sozialen Partizipation auswirken (Mayer/Holleder 2022). So verwundert es nicht, dass sich eine Reduktion positiver sozialer Beziehungen insbesondere auch als Folge der Langzeitarbeitslosigkeit feststellen lässt. Betroffene isolieren sich selbst und ziehen sich zunehmend in die eigene Familie zurück (Holleder 2021).

Die **soziale Unterstützung** von (Ehe-)Partnern, Familienangehörigen, Freunden und anderen Personen wird grundsätzlich als eine der wichtigsten Coping-Ressourcen in der Arbeitslosigkeit gesehen (Mayer/Holleder 2022; McKee-Ryan et al. 2005). Dabei kommen der sozialen Unterstützung mehrere Bedeutungen zu:

- emotionale Unterstützung, durch das Reden über die eigene Situation, über Arbeitslosigkeit im Allgemeinen, über Jobabsagen, etc. (Mayer/Holleder 2022; Presch 2011),
- finanzielle und materielle Unterstützung bei finanziellen Belastungen, sowie praktische Hilfen im Alltag und
- informatorische Unterstützung, z. B. Vermittlung von Jobmöglichkeiten, Infos zu gesundheitlichen Problemen oder beim Umgang mit Behörden (Mayer/Holleder 2022).

Dennoch haben mehrere Studien gezeigt, dass gerade die eigene Familie eine ambivalente Rolle spielen kann. Da diese in Zeiten der Erwerbsarbeitslosigkeit auch vermehrt Druck auf die Betroffenen ausüben kann (McKee-Ryan et al. 2005). Indem bestehende Verantwortlichkeiten und Verpflichtungen, wie z. B. Pflege von Angehörigen, Kinderbetreuung oder Unterstützung im Familienunternehmen, als körperliche und/oder psychische Belastung erlebt werden (Mayer/Holleder 2022). So gaben 25 Prozent der 228 Teilnehmenden an der Online-Umfrage im Rahmen des Projekts „Würde statt Stress“ an, dass es belastend sei, dass „alle glauben, ich sei rund um die Uhr verfügbar („du hast ja eh Zeit““ (Presch 2010). Presch (2011) schlussfolgerte auf

Basis der gegebenen Antworten, dass Joblosigkeit „sehr unterschiedliche Veränderungen im sozialen Gefüge“ bewirke. Während 30 Prozent der Teilnehmenden angaben, nun „mehr Zeit“ für Freundschaften und Familie zu haben und sich sozial zu engagieren, meinte rund ein Viertel der Teilnehmenden „weniger soziale Kontakte“ zu haben und sich mehr zu wünschen. Die österreichische Gesundheitsbefragung 2014 zeigte jedoch, dass im Vergleich zu erwerbstätigen Menschen, Menschen in Erwerbsarbeitslosigkeit weitaus häufiger geringe soziale Unterstützung erfahren (22 % bei Frauen und 15 % der Männer vs. 6 %) (Klimont et al. 2016). Dass es durch den Wegfall sozialer Kontakte, der fehlenden Teilhabe an gemeinsamen Bemühungen und der reduzierten sozialen Integrität zu negativen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit komme, vermuteten bereits Jahoda (1983) und Warr (1987). So bedauerte ein Viertel der Teilnehmenden an der oben bereits erwähnten Online-Erhebung, dass die „Selbstverständlichkeit der Kontakte“, die durch Arbeitskollegen und -kolleginnen gegeben sei, fehle, und 30 Prozent beklagen die fehlende Anerkennung, die man aus Zeiten der Berufstätigkeit gewohnt war (Presch 2010). Daher könne insbesondere auch das Reden und der Austausch mit anderen Arbeitslosen hilfreich sein (Presch 2011).

Sehr früh diskutierte Goffman (1967) soziale **Stigmatisierungskonzepte** die mit Arbeitslosigkeit verbunden sind. In der oben bereits zitierten Online-Befragung gaben 14 Prozent der Teilnehmenden an, dass sie darauf schauen, „dass niemand merkt, dass ich arbeitslos bin“. Je rund ein Viertel gab an, dass ihre Umgebung keine Ahnung habe, „wie schnell man arbeitslos wird“ oder die Umgebung „kein Verständnis für Arbeitslosigkeit“ hat (Presch 2010). Presch (2011) kommentierte hierzu auch, dass die Joblosen unter Verdacht stünden, Sozialbetrug zu begehen und ständig beteuern müssten, nichts anderes zu tun, als Arbeit zu suchen. Weshalb es für die Teilnehmenden der Umfrage auch so schwer sein dürfte, gesundheitsfördernde Aspekte der Arbeitslosigkeit zu benennen. Hierzu passend berichtete Hilde Wolf vom FEM SÜD im Rahmen des ersten Konsultationstreffens im Frühjahr 2024 von den Erfahrungen im Projekt „health4you(th)“: Erwerbsarbeitslose Jugendliche scheuten davor für ihre Gesundheit „aktiv“ zu werden, um nicht verurteilt zu werden.

Die **Verfügbarkeit von Hilfsangeboten** wurde als moderierende Variable von Arbeitslosigkeit und Gesundheit in einigen Studien untersucht (Hollederer 2021). Hierzu wurde im Projekt „Würde statt Stress“ insbesondere ein Bedarf an Rechtshilfe und politischer Arbeitslosenvertretung geortet sowie Angebote gegen Perspektivlosigkeit und zur Vernetzung (gemeinsame Aktivitäten) gefordert. Hingegen wurde in den Projektaktivitäten deutlich, dass Betroffene die Hilfestellungen durch das gegenwärtige Arbeitsmarktservice sehr kritisch betrachten und nur wenige die Beratungen und Kursmaßnahmen als unterstützend erleben. Vielmehr wurde immer wieder darauf hingewiesen, welche Ängste und gesundheitlichen Probleme mit den AMS-Leistungen in Zusammenhang stehen. So gaben 35 Prozent der Teilnehmenden an der Online-Befragung an, sich vor dem Kontakt mit dem AMS zu fürchten und mehr als ein Viertel schläft vor dem AMS-Termin schlecht oder bekommt Herzklopfen. (Presch 2010; Presch 2011) Im Rahmen des ersten Konsultationstreffens wurde auch darauf hingewiesen, dass erwerbsarbeitslose Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen oftmals akut belastet sind und keine angemessene medizinische und/oder therapeutische Versorgung aufgrund von aktuellen Versorgungslücken erhalten und damit auch nicht vermittelt werden können.

Ableitend aus diesen Erkenntnissen lässt sich ein spezifischer Bedarf für finanzielle, materielle sowie soziale Unterstützung festhalten. Zusätzlich bedarf es konsumfreier Räume und leistbarer

Unterstützungsangebote für erwerbsarbeitslose Menschen bzw. Menschen mit wenig finanziellen Mitteln.

5.2 Personenbezogene Faktoren und Verhaltensweisen

Eine Gesamtschau der bestehenden Meta-Analysen zeigt, dass das Alter, die ethnische Zugehörigkeit und das Qualifikationsniveau nur geringen oder gar keinen nachweisbaren Einfluss auf die Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit haben. Inwiefern der allgemeine Gesundheitszustand der Arbeitslosen vom Geschlecht geprägt wird, ist noch nicht vollständig geklärt und auch abhängig von den kulturellen Bedingungen. Die Meta-Analyse von Paul/Moser (2009) zeigte, dass die Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen bei Männern stärker ausgeprägt sind als bei Frauen. Dies gilt für mehrere Indikatoren psychischer Gesundheit, wie z. B. Depressionssymptome, Lebenszufriedenheit und Selbstwertgefühl. Im direkten Vergleich haben Männer aber keine schlechtere psychische Gesundheit als Frauen.

Hingegen gelten folgende personenbezogene Einflussfaktoren nach Holleder (2021) als signifikant und empirisch abgesichert:

- **Sozioökonomischer Status:** ein moderierender Effekt zeigt sich sowohl für den Gesundheitszustand als auch für die Mortalität. Arbeitslose mit wenig formaler Bildung und wenig Einkommen stellen eine psychisch besonders gefährdete Gruppe darstellen. Außerdem zeigte sich, dass Arbeitslose mit schlechterem Ausbildungsniveau bzw. aus gewerblich-technischen Berufen eine schlechtere psychische Gesundheit haben als Arbeitslose mit besserem Ausbildungsniveau oder bei Angehörigen von Büroberufen.
- **Arbeits- und Berufsorientierung:** Eine starke Fokussierung von Menschen auf ihre Arbeitssituation bzw. das Berufsleben führt in höherem Maße zu psychischen Belastungen. Paul/Moser (2009) konstatieren eine Diskrepanz zwischen den eigenen Zielen und Wertvorstellungen zur Berufstätigkeit einerseits und der Arbeitslosigkeit andererseits als gesundheitlich relevant („Inkongruenzmodell“)
- **Dauer der Arbeitslosigkeit:** Diese erhöht das Leiden der Arbeitslosen, wobei eine lange Dauer v. a. auch mit höheren Risiken eines Suizides oder Suizidversuchs verbunden ist. McKee-Ryan et al. (2005) sahen bereits deutliche Unterschiede bei Arbeitslosen, die länger bzw. kürzer als sechs Monate arbeitslos waren. Die Metaanalyse von Paul/Moser (2009) zeigte, dass nach neun Monaten der Arbeitslosigkeit die psychische Gesundheit ihren Tiefpunkt erreicht und sich im späteren Verlauf stabilisiert. Für die Entwicklung der Gesundheit bei einer Arbeitslosigkeit von mehr als drei Jahren gibt es noch keine Erkenntnisse.
- (Früheres) **Gesundheitsverhalten** wirkt sich auf die Mortalität von Arbeitssuchen aus.
- Die Inanspruchnahme von psychologischen Interventionen wirkt sich positiv auf den Gesundheitszustand aus.

Ein ungünstigeres **Gesundheitsverhalten** sowie erhöhter Suchtmittelkonsum wurde im Vergleich zu Menschen in Beschäftigung in vielen Studien festgestellt (Holleder 2021). Dies können auch die Analysen der österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 bestätigen. Demnach rauchten 37 Prozent der arbeitslosen Menschen täglich (im Vergleich dazu rauchten 26 % der erwerbstätigen Menschen täglich), konsumierten nur vier Prozent mindestens fünf Portionen Obst und Gemüse (im Vergleich dazu trifft dies auf 8 Prozent der erwerbstätigen Menschen zu) und

erreichten nur 21 Prozent die WHO-Empfehlungen zur körperlichen Aktivität (im Vergleich dazu erreichten dies 24 Prozent der erwerbstätigen Menschen) (Klimont 2020). Zudem wurden bei erwerbsarbeitslosen Menschen im Vergleich zu Menschen mit anderen soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen die niedrigsten Werte für die allgemeine Gesundheitskompetenz erhoben (78 % vs. 84 % bei erwerbstätigen Menschen) (Griebler et al. 2021).

Ein ähnliches Muster zeigt sich auch bei der Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen: Schutzimpfungen (v. a. FSME- [43 % zu 69 %] und Tetanusimpfungen [62 % zu 82 %] bei Männern) sowie ein Krebsabstrich zur Früherkennung von Krebs bei Frauen (56 % vs. ca. 66 %) wurden seltener von arbeitslosen Personen in Anspruch genommen als von Erwerbstätigen. Bei Darmspiegelungen und Mammographien gab es in der österreichischen Gesundheitsbefragung hingegen keine Unterschiede. (Klimont et al. 2016)

Die Onlineumfrage unter österreichischen erwerbsarbeitslosen Menschen im Jahr 2010 befragte die 228 Teilnehmenden zu den positiven als auch negativen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf ihre Gesundheit. Hier die wesentlichsten Ergebnisse in Bezug auf das Gesundheitsverhalten:

- rund ein Viertel gab an, „billiger und damit schlechter“ zu essen; etwas weniger gaben an, sich gesünder zu ernähren, mehr zu kochen und gemütlicher zu essen und jede:r Zehnte gab an, allerhand zu tun, „um gute Lebensmittel zu haben (z. B. Gartenarbeit, Einkochen)“;
- ein weiteres Viertel gab an, „zu viel vor dem Fernseher / Computer“ zu hängen;
- etwas mehr als ein Fünftel „mache mehr Bewegung“ und / oder „erhole sich“;
- rund 13 Prozent gaben an, mehr zu rauchen / zu trinken / oder zu spielen;
- rund 11 Prozent gaben an, eine Therapie zu machen, die sie während der Berufstätigkeit nicht gemacht haben.

Mayer/Holleder (2022) schlussfolgerten auf Basis einer Erhebung unter erwerbsarbeitslosen Menschen zu unterschiedlichen Coping-Strategien in der Erwerbsarbeitslosigkeit u. a., dass professionelle Angebote dabei helfen können, psychosoziale Belastungen zu reduzieren und mental gesund zu bleiben bzw. gerade Tätigkeiten wie Gartenarbeit und körperliche Aktivität Langeweile verhindern und von Problemen bzw. Stresserfahrungen ablenken. Für Ablenkung und Entspannung sorgen ebenso kulturelle und kreative Aktivitäten.

Der **Strukturierung der eigenen Zeit** wurde metaanalytisch ein positiver Bewältigungseffekt bei Menschen in Arbeitslosigkeit zugeschrieben (McKee-Ryan et al. 2005). Bereits Jahoda (1983) wies auf diese latente Funktion der Arbeit hin und mehrere Studien zeigten, dass Menschen in Erwerbsarbeitslosigkeit im Vergleich zu Erwerbstätigen ihre Zeit weniger stark strukturieren (Creed/Bartrum 2006). Die bereits oben genannte qualitative Studie aus Deutschland zeigte ebenso den positiven Effekt einer bewussten Gestaltung der Zeit: Während ein Großteil der Befragten Probleme hatte ihren Tag positiv zu gestalten und durch die Langeweile und der Untätigkeit gestresst war, fanden jene Befragten, die ihren Tag aufgrund von familiären Verpflichtungen stärker strukturierten oder ihre Freizeit proaktiv mit persönlichen Aktivitäten wie das Erfüllen von Haushaltstätigkeiten, Kochen, Gärtnern oder körperlicher Bewegung füllten, einen hohen Sinn für sich selbst in den täglichen Aktivitäten (Mayer/Holleder 2022). Die Beteiligten des Projekts „Würde statt Stress“ sehen in der Zeitsouveränität einen der größten positiven Faktoren von Arbeitslosigkeit. Diese biete die „Möglichkeit, sich vom Stress vorausgegangener Jobs zu erholen, Muße für Besinnung und Neuorientierung zu haben, sowie die Möglichkeit zur selbst bestimmten Aufnahme von (oft schon lange brachliegenden) Aktivitäten verschiedenster Art“ (GZ-AkteurInnen 2011, S. 3). So gaben viele Teilnehmende der Online-Erhebung an, diese zu

nutzen, um sich weiterzubilden oder zu lesen, anderes zu tun, das ihnen taugt, sich sozial zu engagieren oder sich mit Freunden und Familie zu treffen und in der Umgebung auszuhelfen. Dennoch meinte auch in dieser Erhebung etwa jede:r Fünfte, „zu wenig ausgelastet“ zu sein und rund 16 Prozent hatten „Probleme, den Tag zufrieden stellend einzuteilen“. (Presch 2010)

Neben der individuellen Zeitstrukturierung kommt der **individuellen Finanzsituation** eine zentrale Bedeutung als Ressource oder Belastung für die Auswirkung der Erwerbsarbeitslosigkeit auf die Gesundheit zu (McKee-Ryan et al. 2005). Die finanzielle Deprivation und damit verbundene Handlungsrestriktionen durch Belastungen und Verarmungsprozesse, die Menschen daran hindert, ihr Leben nach ihren eigenen Vorstellungen selbstbestimmt zu gestalten, werden in der „Agency Restriction Theory“ von Fryer 1986 als wesentlicher theoretischer Zugang zur Auswirkung von Arbeitslosigkeit auf Gesundheit gesehen. Die Bedeutung finanzieller Möglichkeiten wurde bereits unter Kapitel 3.1 „Umweltmerkmale“ näher erläutert.

In zahlreichen Studien wurde über weitere moderierende Variablen diskutiert, für die es jedoch noch keinen ausreichenden oder klaren Wirknachweis gibt, darunter frühere Erfahrungen mit Arbeitslosigkeit und Stressbelastbarkeit, Stress im vorherigen Job, persönliche Eigenschaften wie Selbstwertgefühl, Neurotizismus, Vulnerabilität u. a., Kontrollerwartung, persönliches Aktivitätsniveau in Bezug auf Probleme und aktives Hilfesuchen (Hollederer 2021). So identifizierten zuletzt Mayer/Hollederer (2022) Optimismus, die Akzeptanz der Situation und eine externe Zuschreibung statt dem Suchen von schuldhaften Verhalten bei sich selbst, als hilfreiche Strategien zur emotionalen Bewältigung des Jobverlusts.

Ableitend aus diesen Erkenntnissen lässt sich ein spezifischer Bedarf für die psychosoziale Bewältigung der Arbeitslosigkeit, die Strukturierung des Alltags, die soziale Integration, für eine gesunde Ernährung sowie gesundheitswirksame Bewegung, zur Prävention des Rauch- bzw. Suchtverhaltens, zur Inanspruchnahme von Vorsorge- und professionellen Unterstützungsleistungen feststellen.

6 Neigungs-, Verstärkungs- und Befähigungsfaktoren für mehr Gesundheit

Um theorie- und evidenzgeleitete Interventionen zur Gesundheitsförderung bei erwerbsarbeitslosen Menschen ableiten zu können, sieht das PRECEDE-PROCEED-Modell eine Analyse von Faktoren, die zu einer Verhaltens- und Umweltveränderung motivieren, diese erleichtern oder unterstützen, vor (vgl. Kapitel 2). Dazu wurden zu den spezifischen Bedarfen, welche als Folge der sozialegpidemiologischen Analysen definiert wurden, sogenannte Neigungs-, Verstärkungs- und Befähigungsfaktoren identifiziert:

- Zu den Neigungsfaktoren zählen kognitive und affektive Faktoren, wie das Wissen, die Einstellung, die Selbstwirksamkeit, Glaubenssätze, Werte, wahrgenommene soziale Normen und wahrgenommene Fähigkeiten. Diese gelten als veränder- oder beeinflussbar und stellen die Vorläufer für eine Verhaltensänderung dar. Sie können dem Individuum zugeordnet werden.
- Verstärkungsfaktoren folgen einem Verhalten und bieten fortlaufende Belohnung für die Wiederholung bzw. das Aufrechterhalten eines gewünschten Verhaltens. Gemeint sind sowohl soziale Feedbackschleifen, z. B. von Familie und Peers, als auch personale Feedbackschleifen, wie z. B. die Erleichterung nach einem Mammografie-Screening oder der Stolz bzw. die wahrgenommene körperliche oder psychische Veränderung. Diese Faktoren sind primär auf interpersoneller Ebene angesiedelt.
- Zu den Befähigungsfaktoren zählen primär Fertigkeiten/Kompetenzen oder Umweltbedingungen, wie vorhandene Ressourcen oder soziale Unterstützung, die ein bestimmtes Verhalten erleichtern, ermöglichen oder zulassen. Diese Faktoren sind primär auf organisatorischer, gemeinschaftlicher oder politischer Ebene angesiedelt, wobei die Kompetenzentwicklung auf individueller Ebene zu finden ist.

Die Identifikation erfolgte in erster Linie auf Basis des bereits vorhandenen Expertenwissens in der Planungsgruppe, wobei auf bewährte theoretische Modelle der Verhaltensänderung (v. a. dem sozial-kognitiven Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens und der sozial-kognitiven Theorie nach Bandura) sowie auf einschlägige Literatur (z. B. Titze et al. (2012), Baumert et al. (2005)) zurückgegriffen wurde. Die Ergebnisse dieser Analyse werden in der Tabelle 1 und in der Tabelle 2 dargestellt. Die aufgezählten Faktoren sind nicht abschließend und beinhalten die für die Interventionsplanung wesentlichsten Aspekte.

Tabelle 1: Überblick über jene Faktoren, die zu einer Verhaltensänderung motivieren, diese unterstützen oder erleichtern/ermöglichen (Veränderungsmodell)

Neigungsfaktoren / individuelle Ebene	Verstärkungsfaktoren / interpersonelle Ebene	Befähigungsfaktoren / individuelle, organisatorische, gemeinschaftliche oder politische Ebene
Psychosoziale Bewältigung der Erwerbsarbeitslosigkeit: Der Anteil der erwerbsarbeitslosen Menschen, die ihrer Situation mit Zuversicht begegnen können, soll erhöht werden.		
<p>Wissen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mögliche Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf Gesundheit • Möglichkeiten professioneller Unterstützung <p>Einstellungen und Überzeugungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Ich kann diese herausfordernde Zeit gut meistern“ • „Ich kann die Zeit nutzen, um mir etwas Gutes zu tun“ • „Ich bin ein wertvoller Teil der Gemeinschaft“ 	<p>andere Erwerbsarbeitslose:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Austausch und Vernetzung • Erfolgsgeschichten und Vorbildwirkung <p>Veränderung der sozialen Normen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbeitslose Menschen können sich ihre Zeit frei einteilen und Aktivitäten nachgehen, die ihnen guttun. • Arbeitslose Menschen sind nicht faul. • Jeder Mensch in Beschäftigung kann arbeitslos werden. 	<p>Finanzielle Absicherung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kostengünstiger Zugang zu materiellen Gütern (z. B. Computer, Essen, Kleidung) <p>Zugang zu konsumfreien Räumen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zugang und Leistbarkeit von psychosozialen und sozialarbeiterischen Hilfsangeboten <p>Kompetenzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selbstwahrnehmung • Gefühlsbewältigung, v. a. auch im Umgang mit Misserfolgen bei Bewerbungen • Interpersonale Beziehungsfertigkeiten • Stressbewältigung • kreatives Denken • Problemlösefähigkeiten <p>Soziales Netz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emotionale, finanzielle und materielle sowie informatorische Unterstützung <p>Multiplikatoren/Multiplikatorinnen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufzeigen von Gestaltungsmöglichkeiten • Gemeinsame Reflexion der bisherigen Berufslaufbahn, von Belastungen im vorausgegangen Job, bestehenden Ängsten und von schönen Aspekten der Arbeitslosigkeit • Ermutigen die Zeit für Gesundheit zu nutzen

Strukturierung des Alltags:

Der Anteil der erwerbsarbeitslosen Menschen, die ihren Tag zufriedenstellend einteilen können, soll erhöht werden.

<p>Wissen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Bedeutung der bewussten Gestaltung des Alltags in der Bewältigung von Arbeitslosigkeit• Möglichkeiten den eigenen Alltag zu gestalten (kreativ, kulturell, sozial, aktiv etc.) <p>Einstellungen und Überzeugungen</p> <ul style="list-style-type: none">• „Ich darf mein Leben gestalten“• „Ich darf Spaß haben“• „Ich kann die Zeit nutzen, um mir etwas Gutes zu tun“• „Es gibt kostengünstige Möglichkeiten der Freizeitgestaltung“	<p>Multiplikatoren/Multiplikatorinnen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Positives Feedback und Rückkopplung persönlicher Erfahrungen <p>andere Erwerbsarbeitslose:</p> <ul style="list-style-type: none">• Erfolgsgeschichten und Vorbildwirkung <p>Veränderung der sozialen Normen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Arbeitslose Menschen können sich ihre Zeit frei einteilen und Aktivitäten nachgehen, die ihnen guttun.• Arbeitslose Menschen sind nicht faul.• Jeder Mensch in Beschäftigung kann arbeitslos werden.	<p>Zugang zu konsumfreien Räumen</p> <p>Zugang zu regelmäßigen Angeboten der Gesundheitsförderung</p> <p>Kompetenzen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Interpersonale Beziehungsfertigkeiten• Problemlösefähigkeiten• Selbstwahrnehmung• Gefühlsbewältigung• Stressbewältigung <p>Familiäre Situation und Betreuungsanforderungen</p> <p>Ehrenamtliche Beteiligungsmöglichkeiten in der Region</p> <p>Gemeinsame Aktivitäten mit anderen Erwerbsarbeitslosen</p> <p>Multiplikatoren/Multiplikatorinnen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Aufzeigen von Gestaltungsmöglichkeiten• Vermittlungen von Fertigkeiten und Tools zur bewussten Gestaltung alltäglicher Aktivitäten und zum Herstellen von Balance• Gemeinsame Reflexion eigener Interessen / Vorlieben• Ermutigung Neues auszuprobieren und die Zeit für die eigene Gesundheit zu nutzen
---	---	---

Soziale Integration:

Die sozialen Interaktionen von erwerbsarbeitslosen Menschen mit Freunden / Familie und Bekannten sollen erhöht werden.

<p>Wissen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Bedeutung sozialer Kontakte in der Bewältigung von Arbeitslosigkeit• Möglichkeiten sozialer Interaktion / sozialen Engagements <p>Einstellungen und Überzeugungen</p> <ul style="list-style-type: none">• „Ich darf über meine Situation reden“• „Ich darf Spaß haben“• „Es gibt kostengünstige Möglichkeiten mich mit anderen Menschen zu treffen“• „Es tut mir gut, mich mit anderen zu vernetzen und gemeinsam etwas zu unternehmen“• „Ich darf um Unterstützung fragen“• „Ich kann neue Kontakte knüpfen“• „Ich bin ein wertvolles Mitglied für die Gemeinschaft“	<p>Multiplikatoren/Multiplikatorinnen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Positives Feedback und Rückkopplung persönlicher Erfahrungen <p>andere Erwerbsarbeitslose:</p> <ul style="list-style-type: none">• Erfolgsgeschichten und Vorbildwirkung <p>Veränderung der sozialen Normen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Arbeitslose Menschen können sich ihre Zeit frei einteilen und Aktivitäten nachgehen, die ihnen guttun.• Arbeitslose Menschen sind nicht faul.• Jeder Mensch in Beschäftigung kann arbeitslos werden.	<p>Zugang zu konsumfreien Räumen, in denen sich Menschen treffen und austauschen können</p> <p>Kompetenzen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Empathie• Kommunikative Kompetenzen• Interpersonale Beziehungsfertigkeiten• Problemlösefähigkeiten• Selbstwahrnehmung• Gefühlsbewältigung <p>Familiäre Situation und Betreuungsanforderungen</p> <p>Ehrenamtliche Beteiligungsmöglichkeiten in der Region</p> <p>Gemeinsame Aktivitäten mit anderen Erwerbsarbeitslosen</p> <p>Multiplikatoren/Multiplikatorinnen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Gemeinsame Analyse des sozialen Netzes und Reflexion von Barrieren und Ressourcen für mehr soziale Interaktion• Ermutigung neue Kontakte zu schließen und alte wieder aufleben zu lassen und das Umfeld um Hilfe zu bitten
---	---	---

Gesunde Ernährung:

Mindestens acht Prozent der erwerbsarbeitslosen Menschen sollen täglich mindestens fünf Portionen Obst und Gemüse konsumieren. (ATHIS)

<p>Wissen:</p> <ul style="list-style-type: none">• ernährungsphysiologisches Basiswissen (inkl. Ernährungsempfehlungen) und Auswirkungen auf den Körper und die Psyche• einfache und kostengünstige Rezepte <p>Einstellungen und Überzeugungen</p> <ul style="list-style-type: none">• „Ich glaube, dass es wichtig ist, auf mich selbst aufzupassen, damit ich für meine Familie sorgen kann, einen neuen Job finde usw.“• „Ich kann mir ein gesundes Essen zubereiten“• „Gesundes Essen kann gut schmecken“• „Wenn ich mich gesund ernähre, dann geht es mir besser“• „Mit kleinen Veränderungen kann ich meine Ernährung verbessern“• „Ich kann für meine Familie ein leckeres und gesundes Essen zubereiten“	<p>Familie/Freunde: Zuspruch und Unterstützung</p> <p>Multiplikatoren/Multiplikatorinnen: Zuspruch und positives Feedback bzw. Rückkopplung persönlicher Erfahrungen</p> <p>andere Erwerbsarbeitslose: Erfolgsgeschichten und Vorbildwirkung</p> <p>Veränderung der sozialen Normen: Anbieten von gesundem Essen im Rahmen von Interventionen</p>	<p>Leistbarkeit von Lebensmitteln</p> <p>Kompetenzen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Kompetenz in Bezug auf Einkauf oder Anbau von Nahrungsmitteln, Zubereitung von Speisen• Fähigkeit, relevante Informationen gesunder Ernährung zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und im Alltag anzuwenden• Gefühlsbewältigung• Stressbewältigung <p>Familiäre Essgewohnheiten</p> <p>Gemeinsames Kochen/Garteln mit anderen Erwerbsarbeitslosen</p> <p>Multiplikatoren/Multiplikatorinnen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Gemeinsame Reflexion von Ernährungsgewohnheiten, Barrieren und Ressourcen für gesunde Ernährung• Aufzeigen von konkreten Schritten
--	---	--

Gesundheitswirksame Bewegung:

Mindestens 24 Prozent aller erwerbsarbeitslosen Menschen sollen die WHO-Empfehlungen zur körperlichen Aktivität von Erwachsenen umsetzen. (ATHIS)

<p>Wissen:</p> <ul style="list-style-type: none">• sportphysiologisches Basiswissen (inkl. der Bewegungsempfehlungen) und Auswirkungen auf den Körper und die Psyche• kostenlose Möglichkeiten der Bewegung im Alltag• Bewegungsangebote in der Region• aktive Mobilität im Alltag <p>Einstellungen und Überzeugungen</p> <ul style="list-style-type: none">• „Ich glaube, dass es wichtig ist, auf mich selbst aufzupassen, damit ich für meine Familie sorgen kann, einen neuen Job finde usw.“• „Sport tut gut“• „Bewegung macht Spaß“• „Bewegung hilft mir dabei, Stress abzubauen“• „Mit kleinen Veränderungen kann ich Bewegung in meinen Alltag integrieren“	<p>Familie/Freunde: Zuspruch und emotionale Unterstützung</p> <p>Multiplikatoren/Multiplikatorinnen: Zuspruch und wertschätzende Reflexion von Erfolgen und Misserfolgen und Rückkopplung persönlicher Erfahrungen</p> <p>andere Erwerbsarbeitslose: Erfolgsgeschichten und Vorbildwirkung</p> <p>Veränderung der sozialen Normen:</p> <ul style="list-style-type: none">• „aktive“ Pausen ermöglichen / gestalten• Motivation den Weg zum Veranstaltungsort zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurückzulegen	<p>Leistbarkeit von lokalen Bewegungsangeboten und Vereinsmitgliedschaften</p> <p>Kostengünstiger Zugang zu (Lasten-)Fahrrädern</p> <p>Zugang zu Räumen, in denen trainiert werden kann</p> <p>Kompetenzen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sportphysiologische Basiskenntnisse• Fähigkeit, relevante Informationen zur gesundheitswirksamen Bewegung zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und im Alltag anzuwenden• Gefühlsbewältigung• Stressbewältigung <p>Familiäre Situation und Betreuungsanforderungen</p> <p>Gemeinsame Aktivitäten mit anderen Erwerbsarbeitslosen, mit der Familie oder mit Freunden</p> <p>Multiplikatoren/Multiplikatorinnen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Gemeinsame Bewegung inkl. Feedback zur Bewegungsausführung• Gemeinsame Reflexion von Bewegungsgewohnheiten, Barrieren und Ressourcen für mehr Bewegung im Alltag• Aufzeigen von kostenlosen Optionen bzw. konkreten Schritten für den Alltag
--	---	--

Rauchverhalten:

Die Prävalenz von Rauchen in der erwerbsarbeitslosen Bevölkerung soll um 30 Prozent reduziert werden. (ATHIS)

Wissen:

- Zusammenhang von Rauchen mit der erhöhten Gefahr von verschiedenen Erkrankungen
- Zusammenhang von körperlicher Aktivität und Rauchen
- Zusammenhang von Rauchen mit Schlafstörungen, Depressionen, fehlender körperlicher Belastbarkeit)
- andere Methoden zur Stressbewältigung und zum Etablieren neuer Gewohnheiten

Einstellungen und Überzeugungen

- „Ich kann mit dem Rauchen aufhören“
- „Dass es mir so schlecht geht, hängt auch mit dem Rauchen zusammen“

Familie / Freunde:

Zuspruch und emotionale Unterstützung

Multiplikatoren/Multiplikatorinnen:

Zuspruch und wertschätzende Reflexion von Erfolgen und Misserfolgen und Rückkopplung persönlicher Erfahrungen

andere Erwerbsarbeitslose:

Erfolgsgeschichten und Vorbildwirkung

Veränderung der sozialen Normen:

Rauchen wird nicht als „wünschenswertes“ oder „akzeptiertes“ Verhalten gesehen...

Kompetenzen:

- Fähigkeit, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und im Alltag anzuwenden
- Gefühlsbewältigung
- Stressbewältigung

Familiäre Unterstützung bzw. rauchfreie Umgebung

In der Familie werden Regeln bezüglich des Rauchens aufgestellt und gelebt, die eine rauchfreie Umgebung fördern und das Rauchen einschränken

Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen:

Mindestens 66 Prozent der erwerbsarbeitslosen Frauen nehmen an Vorsorgeleistungen, wie dem Krebsabstrich, zur Früherkennung teil. (ATHIS)

Wissen:

- Zur Bedeutung einer gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung zur frühzeitigen Erkennung von schwerwiegenden Erkrankungen
- Kosten und Möglichkeiten einer Vorsorgeuntersuchung (inkl. Krebsabstrich)

Einstellungen und Überzeugungen

- „Eine gynäkologische Untersuchung bzw. ein Krebsabstrich kann dabei helfen, frühzeitig die Entstehung von Gebärmutterhalskrebs oder anderen Veränderungen zu entdecken“
- „Auch ich kann an einem Gebärmutterhalskrebs erkranken“
- „Die Heilungsaussichten sind bei frühzeitiger Entdeckung sehr gut“

Familie/Freunde:

Zuspruch, gemeinsamer Termin

andere Erwerbsarbeitslose:

Vorbildwirkung

Anbieter

- Erinnerung durch Hausarzt / Hausärztin
- automatisches Erinnerungssystem durch die / den betreuende/n Gynäkologin/Gynäkologen
- Erreichbarkeit

Erinnerung durch Familie/Freunde

Multiplikatoren/Multiplikatorinnen:

- Hinweis auf diese kostenlose Vorsorgemöglichkeit
- Ermutigung zur Inanspruchnahme

Kompetenz, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und im Alltag anzuwenden

Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen: Mindestens 69 Prozent der erwerbsarbeitslosen Männer haben einen aufrechten Impfschutz gegen FSME und 82 Prozent gegen Tetanus. (ATHIS)		
Wissen: <ul style="list-style-type: none"> • Zur Bedeutung einer Vorsorgeuntersuchung zur frühzeitigen Erkennung von Erkrankungen • Kosten und Möglichkeiten einer Vorsorgeuntersuchung • Empfehlungen von Schutzimpfungen für Österreich • Kosten und Möglichkeiten von Schutzimpfungen Einstellungen und Überzeugungen <ul style="list-style-type: none"> • „Eine Vorsorgeuntersuchung kann dabei helfen, frühzeitig die Entstehung von schwerwiegenden Erkrankungen zu entdecken“ • „Schutzimpfungen sind effektiv in der Prävention von bestimmten Infektionskrankheiten“ 	Familie/Freunde: Zuspruch, gemeinsamer Termin andere Erwerbsarbeitslose: Vorbildwirkung	Anbieter <ul style="list-style-type: none"> • Erinnerung durch Hausarzt / Hausärztin bzw. Kontrolle des Impfpasses • Leistbarkeit der FSME-Impfung • Erreichbarkeit Erinnerung durch Familie/Freunde Multiplikatoren/Multiplikatorinnen: <ul style="list-style-type: none"> • Hinweis auf die kostenlose Vorsorgeuntersuchung • Ermutigung zur Kontrolle des Impfpasses und der Inanspruchnahme von Schutzimpfungen Kompetenz , relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und im Alltag anzuwenden
Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen: Die Inanspruchnahme von professionelle Unterstützungsangeboten soll bei Menschen mit Bedarf erhöht werden.		
Wissen: Kosten und Möglichkeiten von professionellen Unterstützungsmöglichkeiten in der Region (z. B. Sozialberatung, Rechtsberatung, Psychotherapie, Ernährungsberatung, Bewegungsangebote)	Freunde/Familie: Ermutigung und positives Feedback zur Inanspruchnahme von professionellen Angeboten bei Bedarf Multiplikatoren/Multiplikatorinnen: Ermutigung und positives Feedback zur Inanspruchnahme andere Erwerbsarbeitslose: Erfolgsgeschichten und Vorbildwirkung	Information über Unterstützungsangebote Erreichbarkeit von professionellen Unterstützungsangeboten Leistbarkeit von Unterstützungsangeboten Raum für Vernetzung und Austausch unter Arbeitslosen Kompetenz , relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und im Alltag anzuwenden Multiplikatoren/Multiplikatorinnen: <ul style="list-style-type: none"> • Informationsweitergabe, Aufzeigen von Optionen • Anleitung einer Reflexion von Barrieren, wenn ein Bedarf vorhanden ist

Neben den verhaltensbezogenen spezifischen Bedarfen wurden unter Punkt 5.1 auch wesentliche Unterstützungsaspekte aus sozialökologischer Sicht definiert. Für diese wurden ebenfalls Faktoren analysiert, die eine Veränderung ermöglichen oder unterstützen.

Tabelle 2: Überblick über jene Faktoren, die eine Veränderung umweltbezogener Determinanten ermöglichen

Spezifischer Bedarf	Befähigungsfaktoren
Finanzielle Unterstützung zur Reduktion des Anteils armutsgefährdeter Menschen unter den arbeitslosen Menschen.	Wissen und Einstellung von Entscheidungsträger:innen über die Auswirkungen der Nichtanpassung des Arbeitslosengeldes an die Inflation und den Zusammenhang zur Gesundheit
Materielle Unterstützung: Möglichkeit zum Verleih von Computern und/oder Kleidung für armutsbetroffene Erwerbsarbeitslose.	Wissen von sozialen Vereinen, AMS etc. über diesen spezifischen Bedarf in der Zielgruppe
„Konsumfreie“ Räumen, in denen gemeinsamen Aktivitäten nachgegangen werden kann oder ein Austausch unter den Erwerbsarbeitslosen bzw. ein Reden über ihre Situation ermöglicht wird.	Wissen von sozialen Vereinen, AMS etc. über diesen spezifischen Bedarf in der Zielgruppe
Soziale Unterstützung für erwerbsarbeitslose Menschen.	<ul style="list-style-type: none"> • Wissen über positive Wirkung von Austausch und gegenseitiger Bestärkung • Soziale Vernetzung unter erwerbsarbeitslosen Menschen • Soziales Klima: Verständnis für erwerbsarbeitslose Menschen • Soziale Teilhabe: Bereitschaft für Maßnahmen, die die Teilhabe erwerbsarbeitsloser Menschen ermöglichen • Wissen über Notwendigkeit von Angeboten, die sich gezielt an erwerbsarbeitslose Menschen richten
Kostengünstige und regional verfügbare psychosoziale und sozialarbeiterische Hilfsangebote für erwerbsarbeitslose Menschen.	<ul style="list-style-type: none"> • Wissen von Entscheidungsträger:innen über die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit der Betroffenen • Wissen über aktuell zur Verfügung stehende Fördermöglichkeiten und entsprechenden regionalen Angeboten

7 Interventionsansätze

Das Veränderungsmodell (vgl. Kapitel 6) zeigt jene Faktoren auf, die mithilfe von geeigneten Interventionsansätzen verändert werden sollen, um gewünschte Effekte für die Zielgruppe zu erzielen. Um passende Interventionsansätze zu eruieren, wurden in einem ersten Schritt gut evaluierte und evidenzbasierte internationale Programme hinsichtlich ihrer Passung betrachtet. Im PRECEDE-PROCEED-Modell wird in diesem Kontext vom „matching“ gesprochen. Hierbei wird insbesondere hinterfragt,

- welche Faktoren, die zu betrachtende Intervention primär adressiert hat und inwieweit es hier eine Übereinstimmung mit den Faktoren des Veränderungsmodells gibt;
- welchen Effekt die Intervention erzielt hat;
- was die Kernelemente der Intervention waren und was verändert werden kann/muss, damit diese zum vorhandenen Kontext passen. (Green et al. 2022)

Die Ergebnisse dieser Analysen werden im Kapitel 7.1 zusammengefasst.

Im Rahmen des Konsultationsprozesses wurde auch auf die österreichischen Bemühungen in diesem Kontext hingewiesen. Daher wurden ebenso ausgewählte österreichische Interventionen, v. a. jene, welche durch den Fonds Gesundes Österreich gefördert wurden, hinsichtlich ihrer Passung, aber auch in Hinblick auf zentrale Lernerfahrungen betrachtet (vgl. Kapitel 0 und 0).

Ergänzend wurden die Bedürfnisse und Wünsche von erwerbsarbeitslosen Menschen in Bezug auf Maßnahmen der Gesundheitsförderung (vgl. Kapitel 7.40) beschrieben.

7.1 Internationale wirksame Interventionen

Hollederer (2019) hat für den Zeitraum 1996 bis 2016 eine umfassende systematische Literatursuche zu **evidenzbasierten und effektiven gesundheitsfördernden Interventionen für erwerbsarbeitslose Menschen** in englischer und deutscher Sprache durchgeführt. Die 14 analysierten Studien aus Australien, Deutschland, Finnland, Großbritannien, Holland, Irland, USA ordnete er sechs verschiedenen Programmen / Richtungen zu (vgl. Tabelle 3 und die Ausführungen in den Unterkapiteln).

Tabelle 3: Überblick über Interventionen zur Förderung der Gesundheit bei erwerbsarbeitslosen Menschen (Publikationszeitraum: 1996-2016)

Ansatz der Intervention	Studienanzahl/Studien	Ergebnisse in Bezug auf Gesundheit	Ergebnisse in Bezug auf Arbeitsmarktintegration
Kognitiv-verhaltens-therapeutisch orientierte Trainingsintervention	4 (Proudfoot et al. 1997; Creed et al. 1998; Rothländer et al. 2012 Maguire et al. 2014)	positive Effekte auf die mentale Gesundheit	keine oder positive Effekte
Intervention basierend auf dem JOBS Programm	4 (Vinokur et al. 2000; Vuori et al 2002 und Vuori and Silvonen 2005; Brenninkmeijer	positive Effekte auf Depression und mentale Gesundheit	positive Effekte

	and Blonk 2012; Reynolds et al. 2010)		
Intervention basierend auf dem JobFit-Ansatz	2 (Hanewinkel et al. 2006; Horns et al. 2012 und Limm et al. 2015)	positive Effekte auf das Gesundheitsverhalten, Bewegung, Ernährung und Alkoholkonsum	keine Effekte erhoben
Fallmanagement mit Gesundheitsbezug	1 (Herbig et al 2012)	positive Effekte nur für Depression	keine Effekte
Gesundheitsorientierte Beratung	1 (Romppainen et al. 2014)	keine Gesundheitseffekte	keine Effekte
Bewegungsberatung	2 (Gabrys et al. 2013; Schuring et al. 2009)	keine Effekte auf mentale oder körperliche Gesundheit sowie Selbstbewusstsein	keine Effekte

Anmerkung: Wirksame Interventionen werden gesamthaft in den Unterkapiteln 7.1.1 bis 0 beschrieben.

Quelle: eigene Darstellung nach Holleeder (2019)

Eine vergleichende Analyse war aufgrund der großen Heterogenität der Programme hinsichtlich Dauer und Zielgruppe sowie die verwendeten Indikatoren für die Bestimmung des Erfolgs einer Intervention nicht möglich. Die Gesundheitseffekte der Interventionen (dort wo gemessen) waren eher klein bis moderat (nachgewiesen v. a. bei mentaler Gesundheit). Effekte zeigten sich sowohl für Menschen mit kurzer als auch längerer Dauer in Erwerbsarbeitslosigkeit. Die vier Studien mit den größten Gesundheitseffekten zeigten auch positive Ergebnisse in der Arbeitsmarktintegration.

Neben dieser qualitativen Analyse gesundheitsfördernder Interventionsstudien, veröffentlichten Paul/Holleeder (2023) eine **quantitative Meta-Analyse**, welche herauszufinden versuchte, ob derartige Interventionen grundlegend effektiv sind, welche Effektgrößen zu erwarten sind, welche Interventionsarten effektiver sind als andere und ob es Subgruppen gibt, bei denen die Interventionen effektiver sind als bei anderen. In diese Analyse flossen insgesamt 34 Studien aus 37 einzelnen Publikationen ein. Darunter sämtliche Interventionen (mit Ausnahme von Romppainen et al. 2014), welche bereits in der qualitativen Überblicksarbeit 2019 analysiert wurden. Interventionsstudien bis Ende 2021 wurden berücksichtigt. In der nachfolgenden Aufzählung sind die zentralen Erkenntnisse aus dieser Arbeit zusammengefasst:

- Gesundheitsfördernde Interventionen für erwerbsarbeitslose Menschen haben einen positiven (nachhaltigen) Effekt auf die mentale und körperliche Gesundheit sowie körperliche Aktivität. Die Evidenz für die körperliche Gesundheit ist jedoch schwach.
- Die Effektgrößen waren grundsätzlich schwach. Dies liege jedoch auch an der beschränkten Dauer (durchschnittlich 3 Wochen) und Intensität (durchschnittlich 20 Stunden). Empfohlen werden daher Auffrischkurse.
- Es gibt keine klare Evidenz hinsichtlich mehr oder weniger effektiven Interventionsmethoden. Jedoch zeigte sich bei Interventionen, welche auch ein Training zur Arbeitssuche beinhalteten, dass dies den Effekt auf die körperliche Gesundheit einschränkte (nicht auf die mentale Gesundheit) und im Gegenteil, nur bei Verzicht auf ein Training zur Arbeitssuche zeigte sich ein positiver Effekt auf die körperliche Gesundheit zeigte.
- Ein signifikanter Effekt auf die Gesundheit zeigte sich bei Studien, die kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren, Entspannungstechniken, Bewegung oder bewegungsorientierte Gesundheitsberatung inkludierten. Die durchschnittliche Effektgröße ist bei Studien, welche

kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren verwendeten, größer als bei anderen. Aber der Unterschied war nicht signifikant.

- Es gibt keine Evidenz, die Aussagen hinsichtlich der optimalen Größe der Interventionsgruppe zulassen würde.
- In Bezug auf die Dauer und Intensität der Intervention zeigte sich, dass längere (analysierte Studien hatten eine maximale Dauer von 9 Wochen) und intensivere (analysierte Studien hatten eine maximale Intensität von 40 Stunden) Interventionen erfolgsversprechender sind, als kürzere und weniger intensive Maßnahmen.
- Es lassen sich grundsätzlich keine Subgruppen definieren, in denen die Interventionen effektiver sind als bei anderen. Eine schwache empirische Signifikanz gibt es für marginal größere Effektgrößen bei bereits länger bestehender Erwerbsarbeitslosigkeit.
- Ob Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen involviert waren oder nicht, machte keinen Unterschied in der Effektivität der Intervention.
- Einen signifikanten Effekt auf die mentale Gesundheit der Teilnehmenden hatten Interventionsstudien nur, wenn diese durch Freiwilligkeit gekennzeichnet waren. Sobald Teilnehmende verpflichtet wurden an einer Intervention teilzunehmen, zeigten sich keine positiven Effekte mehr.

Paul/Holleder (2023) merken in ihrer Schlussbetrachtung an, dass gesundheitsfördernde Interventionen für Erwerbsarbeitslose selbst mit wenigen Mitteln (z. B. bei kurzen gruppenbasierten Angeboten) die Gesundheit der Teilnehmenden verbessern kann und sich durch eine breite Umsetzung eine große Gruppe an Menschen erreichen lässt und sich so, trotz der kleinen Effektgrößen, ein starker Effekt auf die Bevölkerungsgesundheit ergibt.

Zudem zeigt ein 2020 erschienener Review zum Thema, dass derartige Interventionen einen schwachen positiven Effekt auf die Wahrscheinlichkeit, wieder eine Beschäftigung zu finden, zeigen (Hult et al. 2020). Es gab jedoch keine Studien die die Arbeitsfähigkeit, unerwünschte Ereignisse oder die Kosten-Effektivität betrachteten.

Um einen **aktuellen Überblick** über wirksame Interventionen zu geben, haben wir aufbauend auf der systematischen Überblicksarbeit von Holleder (2019), Studien ab 2016 bis Juli 2024 betrachtet. Dazu wurden einerseits Interventionsstudien, die in der Meta-Analyse von Paul/Holleder (2023) inkludiert waren und andererseits Studien, die aus einer erneuten systematischen Suche in den Datenbanken PsycInfo (APA), PubMed und Scopus (Suche durchgeführt am 4. Juli 2024) gewonnen wurden, analysiert. Die Ein- und Ausschlusskriterien orientierten sich mit wenigen Ausnahmen an der Überblicksarbeit von Holleder (2019) (vgl. Abbildung 8). Insgesamt konnten so acht weitere Interventionsstudien aus Deutschland, Griechenland, Holland und Neuseeland aufbereitet werden (vgl. PRISMA flow-chart im Anhang). Die analysierten Studien konnten vier verschiedenen Programmen / Richtungen zugeordnet werden: Kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Trainingsinterventionen (n=3), Interventionen nach dem JOBS-Programm (n=1), gesundheitsbezogenes Fallmanagement (n=1), Interventionen mit einer spezifischen Methode (n=3). Vier der acht Interventionen richteten sich an Menschen mit psychischen Problemen oder Erkrankungen, drei Interventionen richteten sich explizit an langzeiterwerbsarbeitslose Menschen. Eine Intervention befasste sich mit Menschen mit diversen gesundheitlichen Problemen, eine weitere mit jungen erwerbsarbeitslosen Menschen und eine mit Menschen, die einen höheren Bildungsabschluss innehaben.

Insgesamt konnte die Wirksamkeit von Interventionen auf die Gesundheit von erwerbsarbeitslosen Menschen in sieben der acht inkludierten Studien nachgewiesen werden. Insbesondere für psychische Gesundheit wie Selbstwertgefühl, depressive Symptomatik und Ängste aber auch für den subjektiven Gesundheitszustand und die Lebenszufriedenheit. Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten oder die körperliche Gesundheit konnten durch die inkludierten Interventionsstudien nicht nachgewiesen werden.

Die Wirksamkeit für die Dimension der Beschäftigung (Arbeitssuchverhalten, Wiederbeschäftigung, Verbleib in einer bezahlten Arbeit) zeigte sich vor allem bei Interventionen, die nach dem JOBS-Programm gestaltet wurden, sowie beim gesundheitsbezogenem Fallmanagement und auch bei einer Stigma-Intervention für Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Tabelle 4 listet alle kontrollierten Interventionsstudien, die auf diese Art gewonnen und aufbereitet wurden, nach ihrem Ansatz, dem Studiendesign, der Intervention und den Effekten auf Gesundheit bzw. Beschäftigung auf.

Zu berücksichtigen ist, dass in diesen Literaturarbeiten ausschließlich publizierte Evaluationen mit kontrolliertem Studiendesign berücksichtigt wurden. In der von uns durchgeführten Datenbanksuche sind wir auf weitere Interventionen gestoßen, für die bislang noch keine Evaluationsergebnisse vorliegen. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass gerade niederschwellige Angebote von z. B. sozialen Vereinen (z. B. wöchentliche Bewegungseinheiten / Kochworkshops) oder Regelangebote nicht evaluiert bzw. im peer-review-Verfahren publiziert werden und somit keinen Eingang in diese Aufstellung finden.

Tabelle 4: Überblick über Interventionen zur Förderung der Gesundheit bei erwerbsarbeitslosen Menschen (Publikationszeitraum: 2017-2024)

Autor, Studie	Land, Region	Studiendesign	Studien- größe	Studien- population	Intervention	Zentrale Gesundheits- ergebnisse	Zentrale Beschäfti- gungsergebnisse
Kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Trainingsintervention							
Carlier et al. (2018)	Europa: Niederlande	Kontrollstudie: quasi-experimentelles Studiendesign mit Follow-up nach zwei Jahren. Klassische Intervention in der KG.	n=869; IG: 380 KG: 489	Menschen mit psychischen Problemen, wie Depressionen oder Ängste.	Coaching/kognitive Beratung zur Stärkung psychologischer Ressourcen wie Selbstwirksamkeit und Selbstvertrauen, um wieder in einen bezahlten Job einzusteigen, sowie Maßnahmen der Arbeitsförderung (z. B. Unterstützung bei der Jobsuche, vorübergehende freiwillige Arbeit). Maximale Dauer von 2 Jahren.	Keine positiven Auswirkungen auf die körperliche oder mentale Gesundheit, sowie spezifisch für Ängste und depressive Symptome.	Keine signifikanten Auswirkungen auf die Wiederbeschäftigung der Teilnehmenden.
Rüsch et al. (2019)	Europa: Deutschland	Randomisierte Kontrollstudie mit vier Messzeitpunkten, gewöhnliche Intervention für die KG	n=42 IG: 23 KG: 19	Langzeiterwerbsarbeitslose mit psychischen Problemen	Peer-geleitetes Gruppenprogramm mit vier Terminen zu je zwei Stunden nach den Prinzipien der akzeptanz-basierten Therapie (ACT) und „In Würde zu sich stehen“ durchgeführt von einem Peer und einem/einer professionellen Trainer:in. Themen: Werte, Akzeptanz, Offenlegung, Information und Behandlung und Arbeitssuche.	Keine signifikanten Auswirkungen auf das Hilfe-Such-Verhalten, signifikante Verbesserungen bei depressiven Symptomen, Genesung. Positive Tendenzen bei Selbststigmatisierung, Hoffnungslosigkeit und Geheimniskrämerei	Keine signifikanten Auswirkungen auf die Selbstwirksamkeit bei der Arbeitssuche
Hulshof et al. (2020)	Europa: Niederlande	Kontrollstudie: KG ohne Intervention	n=421 IG: 146 KG: 275	Menschen mit höherem Bildungsabschluss und ohne	Schulungsmaßnahme mit drei Einheiten (zu je 3-5 Stunden) und zusätzlichen Aufgaben über mehrere Wochen verteilt, um die Arbeitssuche aktiv	Signifikante Verbesserung des Wohlbefindens	Signifikante Verbesserung des Arbeitssuchverhaltens; kein Effekt auf die Wiederbeschäftigung 6 Monate nach dem Programm

				gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen	und selbstbestimmt zu gestalten und das psychologische Kapital während der Arbeitslosigkeit zu stärken bzw. zu erhalten. Die Gruppen von maximal 12 Personen wurde durch eine:n /Trainer:in angeleitet.		
Interventionen nach dem JOBS-Programm							
Hollederer/Jahn (2023) Jahn/Hollederer (2024) JOBS Programm Deutschland	Europa: Deutschland	Randomisierte Kontrollstudie prä-post-Vergleich, follow-up nach 6 Monaten	n=94 IG: 34 KG: 31	88 % waren Langzeitarbeitslos; im Schnitt 45 Jahre alt	Fünf 4- bis 5-stündige multimodale Workshops während einer oder zwei Woche, durchgeführt von zwei zertifizierten Trainern in Gruppen von 15-20 Personen. Die Teilnehmenden entwickeln und verbessern ihre Jobsuche-Fertigkeiten in einer unterstützenden, wertschätzenden Umgebung und unter Anwendung von aktiven Lehr- und Lernmethoden, Vorbereitung auf Rückschläge.	Signifikante positive Auswirkungen auf die Lebenszufriedenheit, generelle Gesundheit, mentale Gesundheit, Selbstwertgefühl	Positiver Trend hinsichtlich Selbstwirksamkeit bei der Arbeitssuche
Gesundheitsbezogenes Fallmanagement							
Kellner (2021) AmigA (2008-2009)	Europa: Deutschland (Potsdam-Mittelmark)	Kontrollstudie mit prä-post-Vergleich; KG ohne Intervention	n=321 IG: 103 KG: 218	Menschen mit gesundheitlichen Problemen	Dauer: bedarfsorientiert, üblicherweise 1 Jahr	Verbesserter Gesundheitszustand und Verbesserung der Leistungsfähigkeit	Signifikante Verbesserung der Wiedereingliederungsquote
Interventionen mit einer spezifischen Methode							
Merakou et al. (2019)	Europa: Griechenland	Kontrollstudie mit prä-post-Vergleich; mit einer KG ohne Intervention	n=50 IG: 30 KG: 20	Langzeitarbeitslose mit diagnostizierter Angststörung	Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen, Dauer des Programms: 8 Wochen 4 Einheiten mit professioneller:m Trainer:in und	Signifikante Verbesserung der Stress-, Angst- und Depressionssymptomatik, des Wohlbefindens und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität	Nicht erhoben

					CD mit aufgenommenen Einheiten für zu Hause		
Roemer et al. (2021)	Neuseeland	Randomisierte Kontrollstudie mit prä-post-Vergleich: KG ohne Intervention	n=239 IG: 115 KG: 124	Junge Menschen	Einstündiges Achtsamkeitstraining in der Gruppe mit 4 Einheiten über 4 Wochen hinweg; theoretischer Input und angeleitete Übungen, inkl. Feedback und Reflexion. Zusätzlich gab es schriftliches Informationsmaterial und eine App mit Übungen.	Signifikante Verbesserung der Achtsamkeit, des erlebten Distress und des Wohlbefindens	Nicht erhoben
Janssens et al. (2024)	Europa: Niederlande	Randomisierte Kontrollstudie mit vier Erhebungszeitpunkten	n=153 IG: 76 KG: 77	Menschen mit psychischer Erkrankung	Die Teilnehmenden erhielten ein 14-seitiges Handout (CORAL.NL), in dem es v. a. darum geht, wann und wem ich die psychische Erkrankung im Bewerbungsprozess offenbare. Für Teilnehmende mit Lese- und Verständnisschwierigkeiten gab es zwei kurze Infografiken. Zusätzlich wurde eine Schulung zur Sensibilisierung für Stigmatisierung am Arbeitsplatz für Arbeitsvermittler abgehalten.	Nach sechs Monaten signifikant niedrigeres Selbststigma, positiver über professionelle Unterstützung. Nach 12 Monaten signifikant weniger Anzeichen für psychische Probleme.	Signifikant höhere Wiederbeschäftigungsrate nach sechs und zwölf Monaten sowie bei der Beibehaltung der bezahlten Arbeit (nach 12 Monaten)

Legende: IG = Interventionsgruppe, KG = Kontrollgruppe

Quelle: eigene Darstellung

Nachfolgend sollen nun gesamthaft **wirksame und effektive Interventionen (1996-2024)** detaillierter beschrieben werden und hinsichtlich ihrer Passung zum im Kapitel 6 erarbeiteten Veränderungsmodell analysiert werden.

7.1.1 Interventionen mit kognitiv-verhaltenstherapeutischem Ansatz

Hollederer (2019) beschreibt in seiner Überblicksarbeit, dass kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze bisher im Kontext von Erwerbsarbeitslosen v. a. zur Verbesserung der psychischen Gesundheit und zum Erlernen von Bewältigungsstrategien angewandt wurden, wobei Proudfoot et al. (1997) und Creed et al. (1998) wegweisende Interventionsstudien veröffentlichten.

Die Grundidee hinter diesen Ansätzen folgt der Logik, dass das, was wir denken, wie wir uns verhalten und welche Gefühle andere in uns auslösen, eng miteinander zusammenhängt, veränderbar ist und für unser Wohlbefinden entscheidend ist (gesundheitsinformation.de 2022). Die Wirksamkeit dieser Ansätze konnte in drei weiteren Interventionsstudien, publiziert von Rothländer et al. (2012), Maguire et al. (2014) und Rüscher et al. (2019) nachgewiesen werden. Die Evaluation von Carlier et al. 2018 hingegen zeigte keine signifikanten Veränderungen bezogen auf Gesundheit oder Erwerbsleben. Nachfolgend sollen die jüngeren als wirksam beurteilten Interventionen ausführlicher beschrieben werden.

Das Programm **AktivA – Aktive Bewältigung von Arbeitslosigkeit** wurde an der TU Dresden entwickelt und versteht sich als Gesundheitsförderungsprogramm, das bewährte psycho-soziale Interventionsansätze auf die Lebenssituation von Erwerbslosen überträgt (zuletzt beschrieben von Rothländer (2021), evaluiert von Rothländer et al. (2012)). Programm ist modular aufgebaut und lässt sich in der Praxis flexibel mit vertiefenden Inhalten aus den Bereichen Bewegung, Ernährung oder Entspannung erweitern.

Zielgruppe: bisher überwiegend an Langzeiterwerbsarbeitslosen getestet.

Angestrebte Ziele: (1) Multiplikatoren und Multiplikatorinnen mit inhaltlichen und methodischen Kenntnissen befähigen, Erwerbslose noch besser zu unterstützen. (2) Stärkung der psychosozialen Ressourcen und Erhalt der Handlungsfähigkeit der Teilnehmenden. (3) Vermittlung von Bewältigungskompetenzen und Stressbewältigung. (4) Unterstützung bei der Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen während der Arbeitslosigkeit. (5) Verringerung der gesundheitlichen (psychischen) Beschwerden der Teilnehmenden. (6) Steigerung der Beschäftigungsfähigkeit.

Dauer: Die Teilnehmer:innen durchlaufen an vier Kurstagen (24 Stunden) vier Module. Ein Kurs dauert zwischen zwei und vier Wochen.

Methoden: kurze Inputs durch Kursleitung kombiniert mit einer Anleitung zur Selbsterfahrung, Einzel- und Gruppenarbeit. Das Programm kann auch als individueller Kurs angeboten werden. Teilweise auch integriert im JobFit-Ansatz beschrieben von Faryn-Wewel (2021).

Qualifizierung: Die Ausbildung zum AktivA-Trainer/Trainerin führt seit Oktober 2011 Wissensimpuls (www.aktiva-training.de) durch und richtet sich derzeit v. a. an Personen, die mit Erwerbslosen im Rahmen von Bildungs- oder Beschäftigungsmaßnahmen, im Ehrenamt oder im Kontext psychosozialer Beratung zusammenarbeiten und idealerweise über einen Hoch- oder

Fachhochschulabschluss in Sozialpädagogik, Psychologie oder eine vergleichbare Qualifikation verfügen. In der Ausbildung zum AktivA-Trainer/Trainerin erhalten diese ein umfangreiches Material mit sämtlichen Übungen, Vorlagen, Methoden und Hinweisen zur Umsetzung. (Gründler/Schulz 2014).

Inhalte: Modul I – Aktivitätenplanung: Es geht um eine ganzheitliche Aktivitätenplanung bzw. Strukturierung des Alltags unter Berücksichtigung der eigenen Bedürfnisse. Die Teilnehmer:innen betrachten systematisch die Balance von notwendigen bzw. angenehmen Aktivitäten, körperlichen bzw. geistigen Aktivitäten und individuellen bzw. gemeinsamen Aktivitäten. Es gibt viel Spielraum, um auf einen gesundheitsfördernden Lebensstil einzugehen und auf geeignete Aktivitäten aus der Region bzw. auf gesundheitsfördernde Kurse/Programme der Krankenkassen hinzuweisen.

Modul II – Konstruktives Denken: Es geht um das Bewusstmachen eigener Bewertungen und alternativer Möglichkeiten der Bewertung sowie dem Bewusstmachen eigener Ziele, die sowohl die Gefühlsebene als auch die Verhaltensebene betreffen können. Es kann zu einer Neubewertung der eigenen Lebenssituation kommen. Zusätzlich werden in der Gruppe konstruktive Grundhaltungen gesammelt, die den Teilnehmer:innen bei auftretenden Schwierigkeiten Mut und Zuversicht geben können.

Modul III – Soziale Kompetenz und soziale Unterstützung: In diesem Modul werden soziale Kompetenzen vermittelt, die das Verhaltensrepertoire der Teilnehmer:innen erweitern sollen und ihnen dabei helfen sollen, bestehende Beziehungen zu verbessern, neue Kontakte herzustellen oder vergangene Kontakte wiederzubeleben. Des Weiteren wird das eigene soziale Unterstützungsnetz analysiert.

Modul IV – Systematisches Problemlösen: In diesem Modul werden Procedere (z. B. Brainstorming, Priorisierung, Verantwortlichkeiten festlegen, Suche nach Kooperationspartnern) vermittelt, die ein systematisches Bearbeiten von problematischen Situationen im Alltag erlauben. Thematisiert werden in diesem Zusammenhang auch das Überwinden von Hindernissen und der Umgang mit Misserfolgen. Ebenso werden Entspannungstechniken vermittelt.

Evaluationsergebnisse: Unmittelbar nach der Teilnahme an AktivA sowie drei Monate nach Beendigung des Programms zeigt sich im längsschnittlichen Versuchs-Kontrollgruppen-Design, v. a. bei jenen, die freiwillig am Programm teilgenommen haben, eine signifikante Verringerung psychischer Beschwerden, eine hoch signifikante Zunahme der wahrgenommenen sozialen Unterstützung, sowie eine signifikante Verringerung sozial-kommunikativer Beschwerden. Die Teilnehmenden begriffen die vermittelten Techniken als Handwerkszeug und setzten Veränderungen in Richtung Gesundheitsförderung. Um den längerfristigen Erfolg zu gewährleisten, werden Begleit- und Netzwerkstrukturen gefordert.

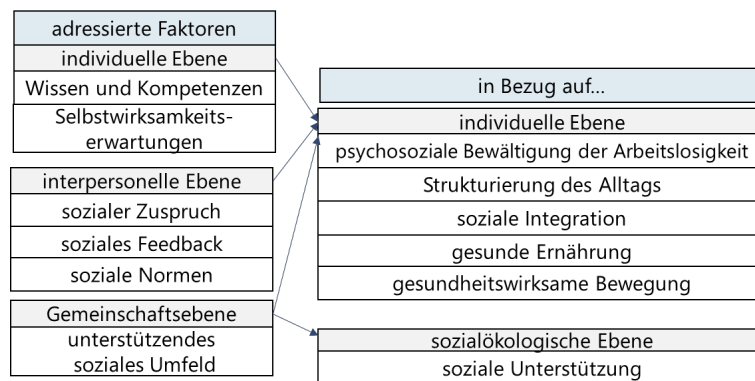
Lernerfahrungen: Anfänglichen Widerstand gegen das Programm gab es bei jenen Teilnehmenden, die ungefragt bzw. ohne Vorinformation zum AktivA-Training geschickt wurden. Aus Sicht der Trainer:innen ist nach dem Programm ein anderes Miteinander möglich und die Teilnehmenden können sich durch das Programm besser öffnen.

Tabelle 5: Matching - AktivA

AktivA konzentriert sich auf die individuelle Ebene und arbeitet direkt mit der Zielgruppe, um einerseits ihr Wissen und ihre Selbstwirksamkeitserwartung zu stärken und andererseits beim Erlernen von Fertigkeiten zur Bewältigung der Erwerbsarbeitslosigkeit (z. B. Gestaltungsmöglichkeiten, Entspannungstechniken, gesundheitsförderndes Verhalten) und zur Stärkung der psychosozialen Ressourcen (z. B. Problemlösefähigkeiten, Selbstwahrnehmung, Gefühlsbewältigung, Stressbewältigung, kreatives Denken, interpersonale Beziehungsfertigkeiten, Analyse des sozialen Netzwerks, kommunikative Kompetenzen) zu unterstützen. Zusätzlich wird Hilfe in der Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen (Möglichkeiten sozialer Interaktion, Möglichkeiten, seinen Alltag zu gestalten, Möglichkeiten professioneller Unterstützung, Bewegungsangebote in der Region, kostenlose Möglichkeiten der Bewegung im Alltag, Zuspruch und Ermutigung) geboten.

Der gruppenbasierte Ansatz und der Einsatz bzw. die Schulung von Trainer:innen bietet zudem ein unterstützendes soziales Umfeld, in dem auch sozialer Zuspruch bzw. Feedback erlebt wird, Austausch ermöglicht und gängige soziale Normen verändert werden können.

Wirklogik: AktivA



Analyse zur Umsetzbarkeit in Österreich: Für die Umsetzung des Programms gibt es deutschsprachige Schulungen inkl. umfangreichem Material. Nach Teilnahme an einer dementsprechenden Schulung sollte abgeglichen werden, inwieweit die im Kapitel 5 definierten Neigungsfaktoren tatsächlich berücksichtigt werden. Eine Ergänzung durch Module zur stärkeren Thematisierung von Ernährung, Bewegung, Rauchverhalten, Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen und professionellen Unterstützungsleistungen ist denkbar. Da sich AktivA in Deutschland primär an langzeiterwerbsarbeitslose Menschen richtet, sollte für den österreichischen Kontext pilotiert werden, inwiefern damit auch Menschen mit kürzerer Dauer in Erwerbsarbeitslosigkeit erreicht und unterstützt werden können. Das Programm wird in Deutschland durch die Krankenkassen angeboten und von externen Partner:innen umgesetzt, ähnlich wäre dies auch für Österreich denkbar.

Quelle: eigene Darstellung

Das **choices for wellbeing Projekt** (evaluiert von Maguire et al. (2014), in Southampton, UK) kombiniert Übungen basierend auf der kognitiven Verhaltenstherapie mit einem Bewerbungstraining. Ein standardisiertes Manual bildet die Basis. Die Intervention orientiert sich an den Arbeiten von Rose & Harris in Sydney (Rose/Harris 2003).

Zielgruppe: primär langzeiterwerbsarbeitslose Menschen (44 Prozent seit mehr als drei Jahren arbeitslos) mit schwachen bis moderaten psychischen Gesundheitsproblemen (niemand befand sich in der Sekundärversorgung).

Angestrebte Ziele: Bekämpfung der negativen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit, Verbesserung der psychischen Gesundheit und der Chancen auf eine Wiederbeschäftigung.

Dauer: zweimal wöchentlich über einen Zeitraum von fünf Wochen (=10 Termine)

Methoden: Die Ansprache erfolgte über das Jobcenter, Allgemeinärzten und -ärztinnen sowie Berater:innen. Eine Gruppe bestand aus sechs - zwölf Teilnehmenden und wurde angeleitet durch einen Trainer/eine Trainerin.

Inhalte: Die Teilnehmer:innen identifizierten Gedanken und Verhaltensweisen, die sie entweder direkt oder aufgrund eines geringen Selbstwertgefühls oder einer geringen Selbstwirksamkeit daran hindern könnten, einen Arbeitsplatz zu finden. Die Teilnehmer:innen beschäftigten sich auch mit ihren Fähigkeiten und Interessen, die Art der Beschäftigung, die zu ihnen passen könnte, und arbeiteten an Lebensläufen und Bewerbungsgesprächen.

Qualifizierung: Erwachsenentrainer:innen, die Erfahrungen in der Arbeit mit erwerbsarbeitslosen Menschen hatten, jedoch nicht in der Anwendung von kognitiver Verhaltenstherapie. Dazu gab es ein eigenes Coaching.

Evaluationsergebnisse: Signifikante Reduktion des erlebten psychologischen Distress, des Auftretens negativer Gedanken, von Angst und Depression und zugleich Verbesserung des Selbstwertgefühls sowie der Selbstwirksamkeit bei der Arbeitssuche, auch drei Monate nach der Intervention. Kein signifikanter Effekt auf die Kontrollüberzeugung. Die Ergebnisse bestätigen bisherige Studien zur Auswirkung ähnlicher Interventionen (z.B. Creed et al. 1998; Proudfoot et al. 1997; Rose/Harris 2003) und betonen die Wirksamkeit berufsorientierter kognitiver Verhaltenstherapie unter erwerbsarbeitslosen Menschen.

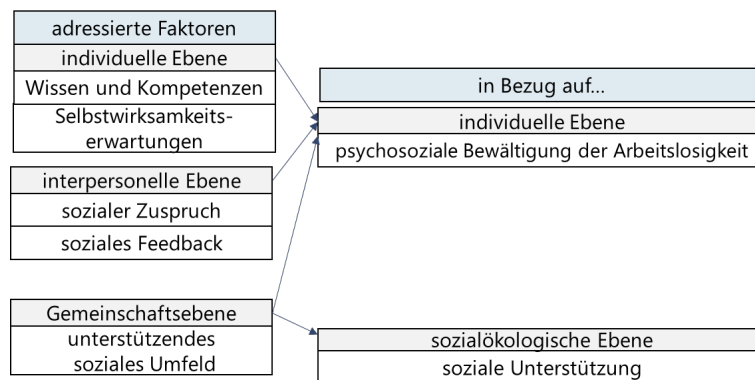
Lernerfahrungen: Die Intervention konnte durch das Manual und das ergänzende Coaching effektiv durch Trainer:innen, die keine spezielle psychologische Ausbildung hatten, durchgeführt werden.

Tabelle 6: Matching - choices for wellbeing

choices for wellbeing konzentriert sich auf die individuelle Ebene und arbeitet direkt mit der Zielgruppe, um einerseits ihre Selbstwirksamkeitserwartung zu stärken und andererseits ihre Kompetenzen in Bezug auf Selbstwahrnehmung, Gefühlsbewältigung, Problemlösefähigkeiten, kreatives Denken und kommunikativer Kompetenzen in Zusammenhang mit der Arbeitssuchensuche zu verändern.

Durch den gruppenbasierten Ansatz wird die gemeinsame Auseinandersetzung mit anderen erwerbsarbeitslosen Menschen gefördert und ggf. sozialer Zuspruch bzw. Feedback erlebt.

Wirklogik: choices for wellbeing



Analyse zur Umsetzbarkeit in Österreich: In Österreich gibt es zahlreiche Unterstützungsmaßnahmen zur Arbeitssuche, insbesondere auch gruppenbasierte Kurse zum Bewerbungstraining und der Erstellung von Lebensläufen. Inwiefern diese Kurse, Übungen aus der kognitiven Verhaltenstherapie inkludieren, könnte in einem weiteren Schritt mit den Umsetzungsverantwortlichen diskutiert werden, um neben dem Effekt auf die Wiederbeschäftigung auch einen Nutzen für die psychische Gesundheit zu erzielen. Die Ergebnisse der Evaluation deuten darauf hin, dass Kursleiter:innen diese Übungen mithilfe einer Anleitung, jedoch ohne psychologischer Grundausbildung, durchführen könnten.

Quelle: eigene Darstellung

Rüsch et al. (2019) entwickelten und evaluierten ein peer-geleitetes Gruppenprogramm nach den Prinzipien der akzeptanz-basierten Therapie (ACT) und „In Würde zu sich stehen“. Die Pilotierung fand im Süden Deutschlands statt.

Zielgruppe: erwerbsarbeitslose Menschen mit einer psychischen Erkrankung, die im Rahmen der Primär- oder Sekundärversorgung betreut wurden, jedoch keine unterstützte Beschäftigung erhielten.

Angestrebte Ziele: Verbesserung des Hilfe-Such-Verhaltens und der Selbstwirksamkeit bezogen auf die Jobsuche, sowie Verbesserung der psychischen Gesundheit

Dauer: drei Einheiten zu jeweils zwei Stunden über einen Zeitraum von drei Wochen sowie eine Booster-Einheit nach sechs Wochen.

Methoden: Die Ansprache erfolgte über die Jobcenter oder kommunalen Informationsstellen für erwerbsarbeitslose Menschen und über Zeitungsanzeigen. Die Gruppe wurde angeleitet durch zwei Trainer:innen. Ein Arbeitsbuch stellte Übungen und Arbeitsblätter zur Verfügung. Die vier Einheiten des Programms greifen auf Elemente von Hayes' Akzeptanz- und Commitment-Therapie (Zhang et al. 2017) sowie auf das peer-geleitete „Honest, Open, Proud“-Programm (www.hopprogram.org) von Corrigan zurück.

Inhalte: Einheit 1 führte in das Konzept der Achtsamkeit ein, gefolgt von Diskussionen über Akzeptanz im Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit und psychischer Gesundheit und der Suche nach

Hilfe; außerdem wurden die Vor- und Nachteile der Offenlegung eines psychischen Problems erarbeitet.

Einheit 2 diskutierte die Werte der Teilnehmer:innen und ihre Auswirkungen auf das Verhalten und das Ausmaß der Offenlegung ihrer Erkrankung mit Risiken und Vorteilen.

Einheit 3 wiederholte die Werte und lieferte praktische Informationen über mögliche Hilfestellungen für die Arbeitssuche, zu finanziellen Fragen und Fragen bezüglich ihrer psychischen Gesundheit.

Einheit 4 behandelte die Akzeptanz von Gedanken und Gefühlen über die eigene Situation und vermittelte den Teilnehmenden Möglichkeiten, ihre Geschichte zu erzählen, wenn sie dies möchten.

Qualifizierung: Das Trainerpaar bestand aus einem/einer Peer, der/die eigene Erfahrungen mit Arbeitslosigkeit und psychischer Erkrankung hat sowie einem/einer Trainer:in mit Ausbildung in klinischer Psychologie.

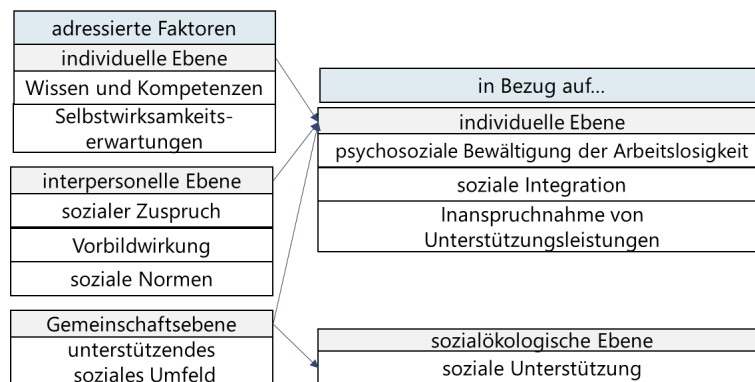
Evaluationsergebnisse: Keine signifikanten Auswirkungen auf das Hilfe-Such-Verhalten und der Selbstwirksamkeit bezogen auf die Arbeitssuche. Signifikante Verbesserung depressiver Symptome und der Genesung am Ende der Intervention. Positiver Trend bei den Teilnehmenden bei der Selbststigmatisierung, Hoffnungslosigkeit und Geheimniskrämerei.

Lernerfahrungen: Menschen aus der Zielgruppe sehen ihre Erkrankung nicht und nehmen deshalb nicht am Programm teil oder sind nach Jahren der Erwerbsarbeitslosigkeit desillusioniert und glauben nicht an den Erfolg von etwaigen Programmen. Die niederschwellige Durchführung durch unabhängige und vertrauenswürdige Stellen, direkt in Jobzentren könnte bei der Rekrutierung von Teilnehmenden und der Inanspruchnahme helfen.

Tabelle 7: Matching - Programm von Rüscher et al. (2019)

Das Programm von Rüscher et al. (2019) konzentriert sich auf die individuelle Ebene und arbeitet direkt mit der Zielgruppe, um einerseits ihre Selbstwirksamkeitserwartung zu stärken und andererseits ihre Kompetenzen in Bezug auf Selbstwahrnehmung, Gefühlsbewältigung, Problemlösefähigkeiten und Kommunikation in Zusammenhang mit der Arbeitsstellensuche zu stärken. Durch den gruppenbasierten Peer-Ansatz wird die gemeinsame Auseinandersetzung mit anderen erwerbsarbeitslosen Menschen gefördert, eine Vorbildwirkung ermöglicht und ggf. sozialer Zuspruch erlebt. Durch die inhaltliche Ausrichtung wird ebenso an den sozialen Normen, v. a. in Bezug auf psychische Erkrankungen und Erwerbstätigkeit gearbeitet.

Wirklogik: Programm von Rüscher et al. (2019)



Analyse zur Umsetzbarkeit in Österreich: Die primäre Zielgruppe in diesem Programm sind Menschen mit einer psychischen Erkrankung, welche diese in der Aufnahme einer Beschäftigung beeinträchtigt. In Österreich gibt es für diese Zielgruppe spezielle Kurse, aber auch Angebote wie fit2work. Inwiefern Elemente dieses Kurses in bereits bestehende Kursangebote im arbeitsmarktnahen Setting integriert werden könnten, könnte in einem weiteren Schritt mit den Umsetzungsverantwortlichen diskutiert werden.

Quelle: eigene Darstellung

Hulshof et al. (2020) entwickelten und evaluierten eine Intervention basierend auf dem Job-Demands Resources-Modell von Demerouti et al. 2001, wobei sie sich insbesondere der selbstbestimmten Gestaltung der Jobsuche und dem psychologischen Kapital widmen, um erwerbsarbeitslose Menschen in die Lage zu versetzen, ihre Ressourcen aufzubauen, zu schützen und zu erhalten. Die Pilotierung fand in einem Jobcenter in den Niederlanden statt.

Zielgruppe: hochqualifizierte erwerbsarbeitslose Menschen ohne gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen

Angestrebte Ziele: Erhöhung der Chancen auf Wiederbeschäftigung, sowie Aufbau und Erhalt von Ressourcen in Arbeitslosigkeit und damit Verbesserung des Wohlbefindens

Dauer: 3 Tage mit insgesamt 14 Stunden, verteilt auf ca. acht Wochen.

Methoden: Die Teilnehmenden wurden mittels E-Mail und Briefen, die durch das Jobcenter verschickt wurden, rekrutiert. Sie nahmen an drei Gruppenterminen (maximal 12 Personen pro Gruppe) angeleitet durch erfahrene Trainer:innen teil und absolvierten zwischen den Einheiten Aufgaben. Dazu erhielten sie wöchentliche E-Mails als Erinnerung.

Inhalte: Einheit 1 führte in das Konzept des psychologischen Kapitals ein, gefolgt von Übungen zur Reflexion der vier Aspekte Optimismus, Hoffnung, Selbstwirksamkeit und Resilienz in Zusammenhang mit der Jobsuche. Als Hausarbeit erhielten die Teilnehmenden die Aufgabe, eine Woche lang drei Dinge aufzuschreiben, die ihren Tag wertvoll machten. Danach hatten sie die Aufgabe, eine Woche lang täglich drei Dinge aufzuschreiben, die sie getan haben, um anderen zu helfen.

Einheit 2 setzte sich mit der selbstbestimmten Gestaltung der Jobsuche auseinander und reflektierten die mit der Stellensuche zusammenhängenden Anforderungen und Ressourcen. Des Weiteren wurden Ziele für die Jobsuche gesetzt, die in den kommenden Wochen verfolgt werden sollten.

Einheit 3 reflektierte über die Aufgaben aus der ersten Einheit sowie der Erfahrungen, die die Teilnehmenden in den sechs Wochen seit Einheit 2 gemacht haben und feierte die Erfolge, um das Ownership und Selbstvertrauen der Teilnehmenden zu stärken.

Qualifizierung: eine Train-the-Trainer-Einheit wurde für alle durchführenden Trainer:innen abgehalten.

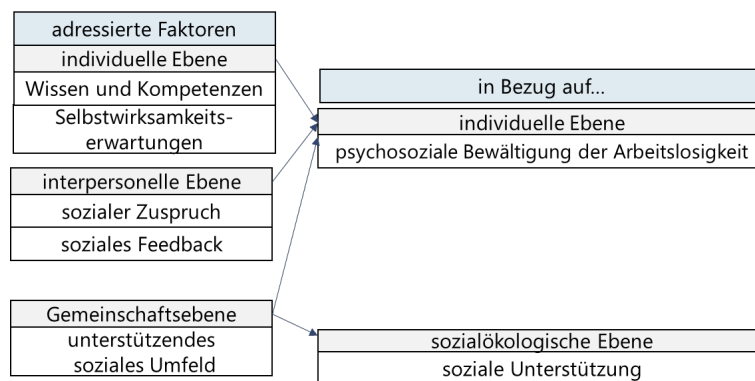
Evaluationsergebnisse: Signifikante Verbesserung des Wohlbefindens sowie des Arbeitssuchverhaltens. Jedoch zeigte sich innerhalb von sechs Monaten nach dem Programm kein Effekt auf die Wiederbeschäftigung.

Tabelle 8: Matching – Programm von Hulshof et al. (2020)

Das Programm von Hulshof et al. (2020) konzentriert sich auf die individuelle Ebene und arbeitet direkt mit der Zielgruppe, um einerseits ihre psychischen Ressourcen zu stärken und andererseits ihre Kompetenzen in Bezug auf die selbstbestimmte Gestaltung der Jobsuche auszubauen (z. B. Selbstwahrnehmung, kreatives Denken, Problemlösefähigkeiten). Der Prozess wird durch Aufgaben und Erinnerungen sowie Reflexion unterstützt.

Durch den gruppenbasierten Ansatz wird die gemeinsame Auseinandersetzung mit anderen erwerbsarbeitslosen Menschen gefördert und ggf. sozialer Zuspruch und soziales Feedback erlebt.

Wirklogik: Programm von Hulshof et al. (2020)



Analyse zur Umsetzbarkeit in Österreich: In Österreich gibt es zahlreiche Unterstützungsmaßnahmen zur Arbeitssuche. Inwiefern diese Kurse, das selbstbestimmte Gestalten der Arbeitssuche und das Stärken des psychologischen Kapitals berücksichtigen, könnte in einem weiteren Schritt mit den Umsetzungsverantwortlichen diskutiert werden, um neben dem Effekt auf die Wiederbeschäftigung auch einen Nutzen für das Wohlbefinden zu erzielen. Unklar ist, ob diese Intervention auch für Menschen mit wenig formaler Bildung geeignet ist.

Quelle: eigene Darstellung

7.1.2 Interventionen nach dem JOBS-Programm

Das Programm wurde in den 1980er Jahren vom Michigan Prevention Research Center entwickelt (Caplan et al. 1989; Curran et al. 1992/1999; Vinokur et al. 1995) und kombiniert Elemente des Bewerbungstrainings mit der sozial-kognitiven Lerntheorie und der Theorie der Selbstwirksamkeit nach Bandura. Das Programm ist modular aufgebaut und wurde in mehreren Ländern getestet und weiterentwickelt, u. a. in Finnland (Vuori et al. 2002; Vuori/Silvonon 2005), Holland (Brenninkmeijer/Blonk 2012), Irland (Reynolds et al. 2010) und zuletzt in Deutschland (Hollederer/Jahn 2023). Ein standardisiertes Manual bietet Curran et al. (1992/1999).

Zielgruppe: Ursprünglich entwickelt für erwerbsarbeitslose Menschen mit kürzerer Dauer in Arbeitslosigkeit (~3-12 Monate). In Deutschland nun auch bei Langzeiterwerbsarbeitslosen angewandt.

Angestrebte Ziele: Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit und dadurch Prävention negativer Folgen von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit.

Dauer: meist fünf Tage mit jeweils vier bis fünf Stunden, verteilt auf ein bis zwei Wochen.

Methoden und Inhalte: Ansprache über eine Informationsveranstaltung für erwerbsarbeitslose Menschen und mit den zukünftigen Trainer:innen. Die Arbeit findet in kleinen Gruppen (in Deutschland: 15-20 Personen) im Workshop-Design und unter Anleitung von zwei Trainer:innen statt. Die Teilnehmenden entwickeln und verbessern ihre praktischen Fertigkeiten zur Arbeitssuchung und Bewerbung unter Anwendung aktiver Lehr- und Lernmethoden in einer unterstützenden Umgebung. Die Teilnehmenden sprechen über Rückschläge (z. B. Ablehnung von Bewerbungen) und erlernen Bewältigungsstrategien (Stressimpfungstraining), während die Trainer:innen kontinuierlich wertschätzend unterstützen. Die Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit ohne Konsequenzen beendet werden.

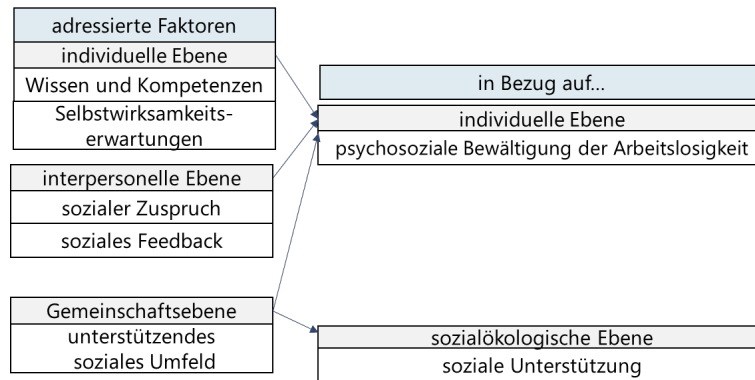
Qualifizierung: In Deutschland besteht jedes Trainer-Team aus einer Person mit Arbeitslosigkeitserfahrungen und einer Person, die beruflich in der Gesundheitsförderung o. ä. tätig ist. Wichtig für die Auswahl des Trainers:der Trainerin sind vor allem soziale Kompetenzen und kommunikative Fähigkeiten. Die Trainerausbildung in Deutschland findet nach dem ursprünglichen JOBS Programm-Konzept statt.

Evaluationsergebnisse: Positive Auswirkungen auf die Wiederbeschäftigung, das Einkommen und die psychische Gesundheit (v. a. Depressionen) durch Wiedereinstellung konnten mehrmals bestätigt werden, auch zwei Jahre nach der Intervention zeigten sich wiederholt signifikante positive Effekte (Jahn et al. 2021). Die jüngsten Evaluationsergebnisse aus Deutschland konnten den Erfolg des amerikanischen und finnischen JOBS-Programms bestätigen. Sie zeigten sowohl für die Zeit direkt nach der Intervention als auch im Follow-up (6 Monate nach der Intervention) für die Teilnehmenden ein signifikant höheres Selbstvertrauen, höhere Selbstwirksamkeitserwartung, generell bessere Gesundheit, weniger mentale Belastungen und höhere Lebenszufriedenheit trotz der Arbeitslosigkeit. Im Vergleich zu den vorangegangenen Evaluationen aus den anderen Ländern, konnte ein Wirknachweis nun auch für ältere und Langzeiterwerbsarbeitslose Menschen erbracht werden. (Hollederer/Jahn 2023; Jahn/Hollederer 2024)

Tabelle 9: Matching - JOBS-Programm

Das **JOBS-Programm** konzentriert sich auf die individuelle Ebene und arbeitet direkt mit der Zielgruppe, um einerseits ihre Selbstwirksamkeitserwartung und andererseits ihre Kompetenzen in Bezug auf Selbstwahrnehmung, Gefühlsbewältigung, Stressbewältigung, Problemlösefähigkeiten und Kommunikation in Zusammenhang mit der Arbeitsstellensuche zu stärken. Durch das methodische Vorgehen wird ein unterstützendes soziales Netz geschaffen, das die Teilnehmenden v. a. auch emotional unterstützt und Austausch, Vernetzung sowie gemeinsames Lernen mit anderen Erwerbsarbeitslosen fördert.

Wirklogik: JOBS-Programm



Analyse zur Umsetzbarkeit in Österreich: In Österreich gibt es zahlreiche Unterstützungsmaßnahmen zur Arbeitssuche, insbesondere auch gruppenbasierte Kurse zum Bewerbungstraining und der Erstellung von Lebensläufen. Inwiefern diese Kurse, auf die sozial-kognitive Lerntheorie aufbauen und aktive Lehr- und Lernmethoden einsetzen, sowie Elemente der Stressbewältigung und des Umgangs mit Misserfolgserfahrungen aufgreifen und dabei in einem geschützten Rahmen Wertschätzung und emotionale Unterstützung bieten, um die Selbstwirksamkeit zu stärken, könnte in einem weiteren Schritt mit den Umsetzungsverantwortlichen diskutiert werden, um neben dem Effekt auf die Wiederbeschäftigung auch einen Nutzen für die psychische Gesundheit zu erzielen. Die Ergebnisse der Evaluation aus Deutschland deuten darauf hin, dass insbesondere Kursleiter:innen mit einer Ausbildung im Bereich der Gesundheitsförderung ein derartiges Programm gut umsetzen können.

Quelle: eigene Darstellung

7.1.3 Interventionen mit dem JobFit-Ansatz

Der **JobFit-Ansatz** wurde seit 2003 in drei Modellprojekten in Nordrheinwestfalen und Schleswig-Holstein entwickelt und über die Jahre verfeinert. Dieser Ansatz ist methodisch geprägt durch eine strukturelle sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwischen arbeitsmarkt- und gesundheitspolitischen Akteuren und setzt inhaltlich auf eine Ansprache mittels der Motivierenden Gesundheitsgespräche und bei Interesse auf die Vermittlung in den zielgruppenspezifischen Präventionskurs „Und keiner kann’s glauben – Stressfaktor Arbeitslosigkeit“ oder zu AktivA bzw. zu weiteren Angeboten zur Bewegungsförderung, Ernährung oder zum Konsumverhalten (Faryn-Wewel 2021), welche im Kursangebot der teilnehmenden Institutionen verankert waren.

Zielgruppe: (noch) gesunde erwerbsarbeitslose Menschen, tendenziell mit einer längeren Erwerbsarbeitslosigkeitsdauer

Angestrebte Ziele: (1) Verbesserung der Gesundheit bzw. des Gesundheitsverhaltens und damit der Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitssuchenden. (2) Zusammenbringen der verantwortlichen Akteure der Arbeitsmarkt- und Gesundheitsförderung - Schaffung von Finanzierungsstrukturen. (3) Verankerung der Gesundheitskompetenz im Setting von Beschäftigungs- und Qualifizierungsträgern.

Dauer: vier - fünf Stunden für die motivierenden Gesundheitsgespräche pro Arbeitssuchenden; plus weitere Zeiten je nach anschließendem Präventionskurs (z. B. „Und keiner kann's glauben – Stressfaktor Arbeitslosigkeit“ – 9 Module).

Methoden und Inhalte: Ansprache über sogenannte FIT-Beratung (Wiborg et al. 2005) basierend auf der Methode des motivierenden Gesundheitsgesprächs, durchgeführt von geschulten Fachkräften der Maßnahmenträger oder der Integrationsfachkräfte des Jobcenters bzw. der Agentur für Arbeit. In dieser Beratung können unterschiedliche Themen besprochen werden, darunter Ernährung, Bewegung, Alkoholkonsum, Tabakkonsum, Stress, Soziale Beziehungen, Tagesstruktur und Isolation. Sofern im Erstgespräch eine Absichtsbildung zur Verhaltensänderung genannt wird, werden persönliche Gesundheitsziele erarbeitet, formuliert und in einem Gesundheitsförderplan vereinbart. Die Ziele werden sodann durch die Teilnahme an weiterführenden Angeboten vor Ort oder durch Vermittlung an entsprechende Kurse bei den Krankenkassen erreicht.

Der Gesundheitsförderungskurs AktivA wurde bereits weiter oben beschrieben. Der Kurs „Und keiner kann's glauben – Stressfaktor Arbeitslosigkeit“ beinhaltet neun Module zur Auseinandersetzung mit der eigenen Gesundheit, zur Bewertung und Einstellung gegenüber von Stress, zum Training kommunikativer Kompetenzen, zur Bewegungs- und Entspannungsförderung, zur Reflexion stressverstärkender Gedanken und Wahrnehmungen, zu Bewältigungsstrategien, zur Ernährung und zum Austausch von Erfahrungen im Alltag.

Qualifizierung: Im Modellprojekt JobFit Regional wurde eine dreitägige Schulung der Multiplikatoren/Multiplikatorinnen durchgeführt.

Evaluationsergebnisse: Statistisch bedeutsame Verbesserungen im ersten Modellprojekt konnten in den Bereichen Alkoholkonsum, Ernährungs- und Bewegungsverhalten erzielt werden (Hanewinkel et al. 2006). Zusätzlich konnte im Rahmen des zweiten Modellprojekts nachgewiesen werden, dass es zu einer „Reduktion von AU-Bescheinigungen², eine Verringerung unentschuldigter Fehlzeiten, eine Senkung der Teilnehmerabbrüche in den Maßnahmen“ sowie zu einer Erhöhung der Integrationschancen kam. (Faryn-Wewel 2021, S. 420)

Im dritten Modellprojekt konnte gezeigt werden, dass die Inanspruchnahme von weiterführenden Angeboten besonders hoch war, wenn die motivierenden Gesundheitsgespräche durch Maßnahmenträger oder Integrationsfachkräfte durchgeführt wurden, wobei die Effizienz höher war, wenn die Teilnehmenden nahtlos ein Präventionsangebot anschlossen. Die beiden genannten Präventionskurse zeigten signifikante Verbesserungen im Bereich der Stressbewältigung und

² Gemeint sind Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, das Pendant zu den österreichischen Arbeitsunfähigkeitsmeldungen.

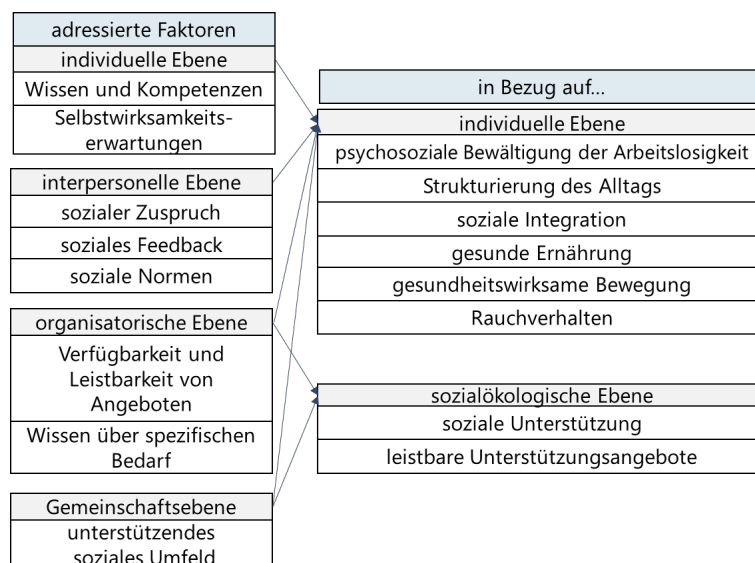
der Bewegung, sowie positive Tendenzen bezogen auf die gesundheitliche Lebensqualität und die Ernährung. (Bellwinkel et al. 2019 zitiert in Faryn-Wewel 2021)

Tabelle 10: Matching – JobFit-Ansatz

Der **JobFit-Ansatz** verfolgt einen komplexen Ansatz, bei dem sowohl die individuelle als auch die organisatorische Ebene gezielt adressiert werden. Die Teilnehmenden erhalten ein individuelles Beratungsgespräch, welches Wissen im Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit vermittelt und die Selbstwirksamkeitserwartung adressiert, um ein aktiv werden für die eigene Gesundheit anzustoßen. Sofern es eine Absichtsbildung gibt, wird weitere Unterstützung geboten, um diese auch in die Tat umsetzen zu können. Weiterführende, bedarfsgerechte Angebote sollen die Teilnehmenden zusätzlich stärken (z. B. Stress- und Gefühlsbewältigung, gesunden Ernährung, gesundheitswirksame Bewegung, soziale Kompetenzen) und einen sozialen Austausch fördern.

Auf organisatorischer Ebene wird durch die enge Zusammenarbeit der Arbeits- und Gesundheitsförderung sowohl Wissen über den spezifischen (gesundheitsrelevanten) Bedarf von erwerbsarbeitslosen Menschen aufgebaut, als auch eine bessere Erreichbarkeit der Zielgruppe für gesundheitsrelevante Themen und spezifische Angebote für die Phase der Erwerbsarbeitslosigkeit durch den modularen Aufbau erreicht.

Wirklogik: JobFit-Ansatz



Analyse zur Umsetzbarkeit in Österreich: In Österreich gibt es derzeit keine rechtliche Basis für eine enge Verzahnung der Arbeits- und Gesundheitsförderung und auch seitens der Betroffenenvertretungen wird eine Thematisierung gesundheitsrelevanter Themen durch die Arbeitsförderung als kritisch gesehen. Jedoch wäre die Thematisierung des Aspekts Gesundheit im Sinne von, „Arbeitslosigkeit kann belastend und eine kritische Phase für die Gesundheit sein“ und die entsprechende Vermittlung von Informationen zu unterstützenden Angeboten eine Möglichkeit, wie die Zielgruppe im arbeitsmarktnahen Setting erreicht und informiert werden könnte.

Der modulare Aufbau, bestehend aus individuellem Beratungsgespräch und weiterführenden Angeboten spezifisch für die Situation der Erwerbsarbeitslosigkeit oder für andere gesundheitsrelevante Themen, wie z. B. Ernährung, Bewegung, Rauchen könnte auch in Österreich erfolgsversprechend sein. Dies setzt jedoch einen hohen Ressourceneinsatz voraus. Dennoch könnte hier auch auf den positiven Erfahrungen von fit2work oder den Frühen Hilfen aufgebaut werden.

Quelle: eigene Darstellung

Das **Forschungsprojekt „arbeit & gesundheit“** (evaluiert von Horns et al. (2012) wurde in München und in Hannover durchgeführt. Das Projekt versteht sich als Gesundheitskompetenztraining, bestehend aus individuellem Gesundheitsgespräch und ergänzenden Gruppenaktivitäten.

Zielgruppe: langzeitarbeitslose Menschen

Angestrebte Ziele: Verbesserung des gesundheitsförderlichen Verhaltens in den Bereichen Bewegung, Ernährung, Rauchen und Alkoholkonsum

Methoden: Die Teilnehmenden erhielten mindestens zwei FIT-Beratungen (innerhalb von 3 Monaten) basierend auf den Prinzipien der motivierenden Gesundheitsberatung und ergänzend wöchentliche partizipative Gruppenaktivitäten zu Gesundheitsthemen mit aktiver Bewegungsförderung (2-3 Stunden; 6-8 Teilnehmende). Diese Gruppeneinheiten sind als wöchentliche (teil)offene Gruppen fortlaufend konzipiert und haben das praktische Erfahren, Erlernen und Einüben von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen zum Ziel.

Qualifizierung: Durchgeführt wurden diese Maßnahmen von speziell geschulten pädagogischen Mitarbeitenden von Trägern zur Durchführung von **Beschäftigungs-** und Qualifizierungsmaßnahmen zur Arbeitsmarktintegration. Dazu wurde eine dreitägige Schulung zum „Gesundheits-Coach“ entwickelt, sowie prozessbegleitende Fallbesprechungen/Supervisionen angeboten. Für die FIT-Beratung wurde ein zweiseitiger Interviewleitfaden, angelehnt an die Arbeiten im Rahmen von JobFit in Nordrheinwestfalen verwendet.

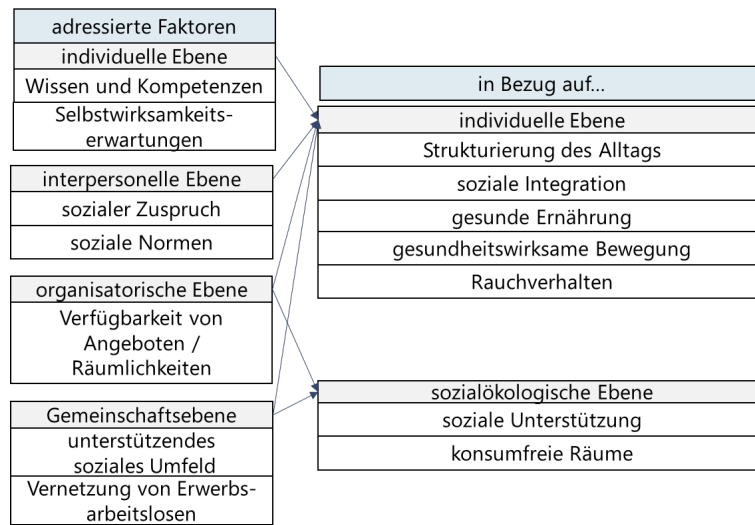
Evaluationsergebnisse: Nach drei Monaten zeigten die Teilnehmenden ein höheres Level an körperlicher Aktivität in deren Alltag und ein gesünderes Ernährungsverhalten als die Teilnehmenden der Kontrollgruppe. Keine signifikanten Unterschiede im Alkoholkonsum und für Rauchen. (Horns et al. 2012) Limm et al. (2015) konnten nachweisen, dass sich auch die Lebensqualität während dieser drei Monate verbesserte und es zu einer Reduktion von Ängsten und Depressionen kam.

Tabelle 11: Matching – „arbeit & gesundheit“

Das **Forschungsprojekt „arbeit & gesundheit“** greift insbesondere auf den modulartigen Aufbau des JobFit-Ansatzes zurück. In diesem Fall erfolgte im Anschluss an die individuellen Beratungen keine Anbindung an spezifische Kurse für erwerbsarbeitslose Menschen oder andere gesundheitsrelevante Angebote in der Region, sondern eine Integration in ein niederschwelliges, partizipativ gestaltetes wöchentliches Gruppenangebot und unterstützt damit die Intention zur Verhaltensänderung. Die Themen und Aktivitäten richteten sich nach den Wünschen der Zielgruppe. Der methodische Ansatz fördert insbesondere die

Selbstwirksamkeitserwartung, den Austausch unter den erwerbsarbeitslosen Menschen sowie die gegenseitige soziale Motivation und Unterstützung.

Wirklogik: Forschungsprojekt arbeit & gesundheit



Analyse zur Umsetzbarkeit in Österreich: Der modulare Aufbau, bestehend aus individuellem Beratungsgespräch und weiterführendem partizipativen Gruppenangebot mit gesundheitsrelevanter Ausrichtung könnte auch in Österreich erfolgsversprechend sein. Ein derartiges Gruppenangebot könnte auch ein weiteres, recht niederschwelliges Element nach einem spezifischen Kurs für erwerbsarbeitslose Menschen darstellen.

Auch hier kann auf die positiven Erfahrungen von niederschwelligen Gruppenangeboten z. B. von fit2work oder den Frühen Hilfen aufgebaut werden. Im Rahmen des FGÖ-finanzierten Projekts „loginclusion“ wurden ebenso positive Erfahrungen mit partizipativen niederschwelligen Gruppenangeboten für erwerbsarbeitslose Menschen, insbesondere zur aktiven Bewegungsförderung und dem Austausch, gemacht (vgl. 7.2).

Quelle: eigene Darstellung

7.1.4 Gesundheitsbezogenes Fallmanagement

Das komplexe Programm **AmigA (Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung)** wurde erstmals 2005-2008 in Brandenburg getestet und 2009 in das Regelangebot des Jobcenters überführt. Es handelt sich hierbei primär um eine Beratung durch speziell qualifizierte Fallmanager sowie Sozialmediziner:innen und Psychologen bzw. Psychologinnen. Ergänzt wird die Beratung durch Integrations- und Präventionsmaßnahmen sowie psychosoziale Angebote.

Zielgruppe: Erwerbsarbeitslose Menschen mit vermittlungsrelevanten gesundheitlichen Einschränkungen und/oder psychosozialen Einschränkungen

Angestrebte Ziele: (1) Erhöhung der Zahl der Arbeitslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen, die nachhaltig in den Arbeitsmarkt eingegliedert werden. (2) Verbesserung der Gesundheit und der Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitslosen.

Dauer: je nach Bedürfnislage der Teilnehmenden ca. ein Jahr

Methoden und Inhalte: Ermittlung des individuellen Bedarfs im interdisziplinären Beratungsteam; gemeinsame Erstellung eines Integrationsplans, der berufliche, soziale und gesundheitsbezogene Anteile miteinander verbindet; Angebot von arbeitsmarktintegrativen und gesundheitsbezogenen Leistungen. Letztere umfassen z. B. Maßnahmen der Diagnostik, der Primärprävention oder Gesundheitsförderung sowie therapeutische und rehabilitative Maßnahmen. Wesentlich für die Arbeit des interdisziplinären Fallmanagementteams ist ein aktives Netzwerkmanagement und ggf. das Schaffen von neuen, an die Lebenswelt der Arbeitslosen angepassten, Angeboten.

Qualifizierung: Dreitägiges Seminar zur Gesundheitsorientierung für die Integrationsfachkräfte des Jobcenters

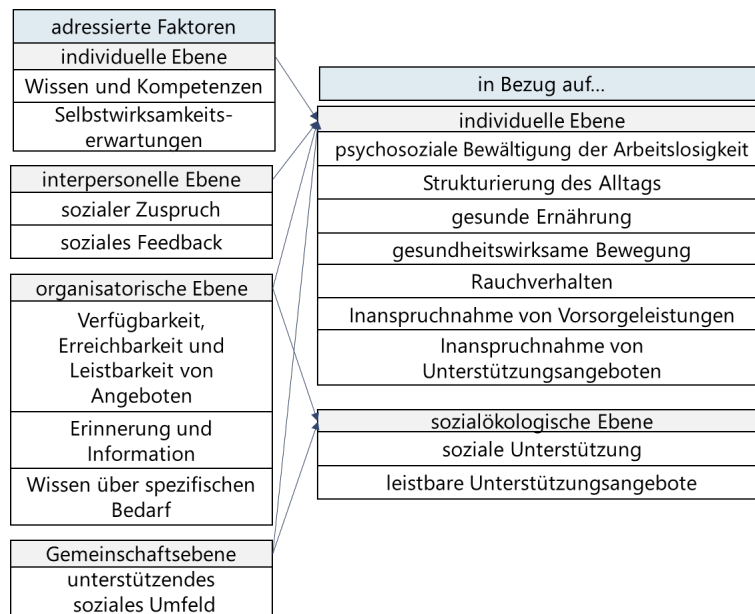
Evaluationsergebnisse: Kellner (2021) veröffentlichte erstmals die Evaluationsergebnisse der Modellprojektphase in Brandenburg. Die Teilnehmenden zeigten im Prä-Post-Vergleich eine Verbesserung der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustands, eine Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit, stärkerer Rückgang der Krankentage und eine deutlich stärkere Wiedereingliederungsquote in den ersten Arbeitsmarkt als die Teilnehmenden der Kontrollgruppe.

Herbig et al. (2012) evaluierte dieses Angebot in München (kurz: AmigA-M) für langzeiterwerbsarbeitslose Menschen über 50 Jahre. Er konnte zeigen, dass sich die Depressionsrate unter den Teilnehmenden signifikant verbesserte, und es einen positiven Trend in der Selbstwirksamkeit und Lebensqualität gibt. Es gab keine signifikanten Effekte für die körperliche Gesundheit, Angstzustände, Alkoholabhängigkeit oder Arbeitsmarktintegration.

Tabelle 12: Matching - AmigA

AmigA verfolgt einen komplexen Ansatz, der sowohl auf individueller als auch organisatorischer Ebene Veränderungen anstrebt. In den individuellen Beratungsgesprächen geht es sowohl um eine umfassende Anamnese als auch um eine individuelle Begleitung durch verschiedenste auf den Bedarf abgestimmte weitestführende gesundheitsbezogene oder arbeitsmarktintegrative Angebote. Auf organisatorischer Ebene wird Wissen über den spezifischen (gesundheitsrelevanten) Bedarf von erwerbsarbeitslosen Menschen aufgebaut, je nach lokaler Situation, die Schaffung von spezifischen Angeboten bzw. die Anpassung von Angeboten an die spezifische Lebenssituation der erwerbsarbeitslosen Menschen angestoßen und durch die individuelle Begleitung, der Zugang zu bestehenden Angeboten für die Zielgruppe erleichtert.

Wirklogik: AmigA



Analyse zur Umsetzbarkeit in Österreich: In Österreich wird durch fit2work bereits seit Jahrzehnten ein ähnliches Programm sowohl für Menschen in Beschäftigung als auch in Erwerbsarbeitslosigkeit angeboten. Daher scheint eine nähere Betrachtung des Programms für den österreichischen Kontext als nicht relevant.

Quelle: eigene Darstellung

7.1.5 Weitere wirksame Interventionen

Merakou et al. (2019) beschreiben eine Intervention, bei der langzeitarbeitslose Menschen mit Angststörungen neben einer Beratungsleistung zu ihrer Erkrankung, an einem achtwöchigen Programm zur **progressiven Muskelentspannung** nach Jacobsen (kurz: PMR) teilnahmen.

Zielgruppe: Langzeiterwerbsarbeitslose Menschen mit diagnostizierter Angststörung

Angestrebte Ziele: Verbesserung der Stress-, Angst- und Depressionssymptomatik, Verbesserung des Kohärenzsinn, der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und des Wohlbefindens

Dauer: acht Wochen

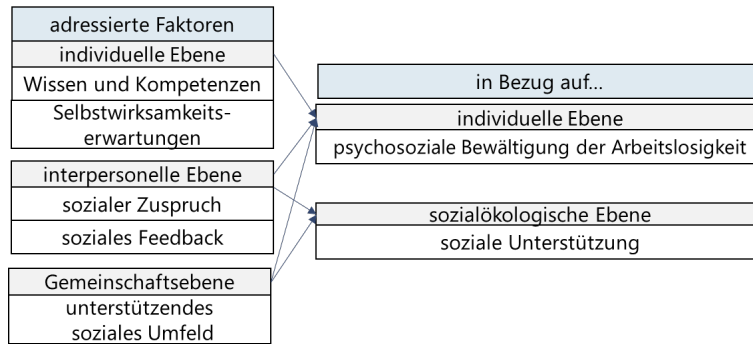
Methoden und Inhalte: Der Kurs fand in kleinen Gruppen von sechs - acht Personen statt. In den ersten vier Wochen wurde je eine 45-minütige PMR-Einheit mit einem/einer professionellen PMR-Trainer:in durchgeführt. Zusätzlich erhielten die Teilnehmenden eine CD mit aufgenommenen zwölfminütigen Einheiten, damit sie diese zweimal täglich zu Hause durchführen konnten. Diese Einheiten wurden in einem Tagebuch dokumentiert.

Evaluationsergebnisse: Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe zeigten signifikante Verbesserungen bei Symptomen von Stress, Depression und Angst, sowie dem Kohärenzgefühl, dem Wohlbefinden und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Vergleich zur Kontrollgruppe, welche lediglich die Beratungsleistung erhielt.

Tabelle 13: Matching – Progressive Muskelentspannung

Diese Intervention vermittelt die spezifische Fertigkeit der progressiven Muskelentspannung, welche im Alltag angewandt werden kann. Durch den Gruppenansatz kann angenommen werden, dass ein Erfahrungsaustausch unter den Teilnehmenden ermöglicht wird.

Wirklogik: Progressive Muskelentspannung



Analyse zur Umsetzbarkeit in Österreich: Die Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen ist eine bewährte Entspannungstechnik und wird gerne in Maßnahmen zur Stressbewältigung, aber auch als ergänzende Maßnahme in der Versorgung von körperlichen und psychischen Erkrankungen eingesetzt. Dieses achtwöchige Programm könnte auch in digitaler bzw. hybrider Form kostengünstig angeboten werden.

Quelle: eigene Darstellung

Roemer et al. (2021) evaluierte ein niedrigdosiertes **Achtsamkeitstraining** im Rahmen eines sechswöchigen Camps für junge erwerbsarbeitslose Menschen.

Zielgruppe: junge erwerbsarbeitslose Menschen

Angestrebte Ziele: Verbesserung des Stressempfindens und des Wohlbefindens

Dauer: vier Wochen

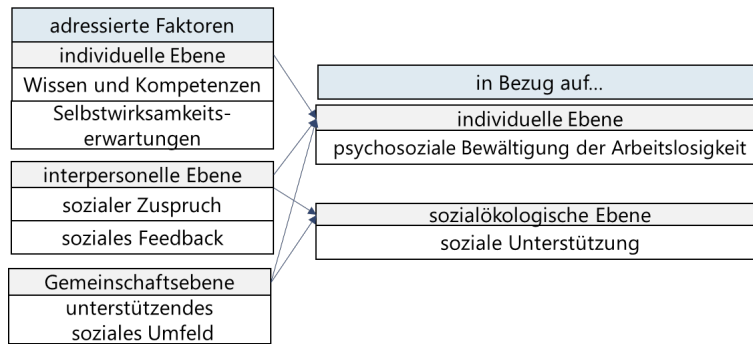
Methoden und Inhalte: Ein professioneller Achtsamkeits-Trainer vermittelte in vier einstündigen Einheiten unter Zuhilfenahme von auditivem und visuellem Material, die Basiskenntnisse rund um Achtsamkeit, Gedankenkraft, Emotionen und ihre Auswirkungen auf den Körper. Abgerundet wurden die Einheiten durch praktische Übungen zu Atemtechnik, Körperwahrnehmung und Umgang mit aufkommenden Bewertungen. Zusätzlich gab es Raum für Feedback und Reflexion. Nach der ersten Woche erhielten die Teilnehmenden auch ein schriftliches Informationsmaterial und wurden dazu angehalten, Achtsamkeit im Alltag zu praktizieren (z. B. beim Zähneputzen, Essen) und mit Hilfe einer App vor dem Mittagessen zehn - 15 Minuten aktiv zu üben.

Evaluationsergebnisse: Die Teilnehmenden zeigten signifikante Verbesserungen der Achtsamkeit, des Stresslevels und des Wohlbefindens gegenüber der Kontrollgruppe. Die Effekte waren für jene Menschen stärker ausgeprägt, die bereits zu Beginn ein höheres Level an Achtsamkeit und/oder Wohlbefinden hatten.

Tabelle 14: Matching - Achtsamkeitstraining

Diese Intervention vermittelt die spezifische Fertigkeit der Achtsamkeit gegenüber Gedanken und Körperwahrnehmungen, welche im Alltag angewandt werden kann, um besser mit stressigen Situationen umzugehen. Durch den Gruppenansatz und die Zeit für Reflexion und Feedback kann angenommen werden, dass ein Erfahrungsaustausch unter den Teilnehmenden ermöglicht wird.

Wirklogik: Niedrigdosiertes Achtsamkeitstraining



Analyse zur Umsetzbarkeit in Österreich: Dieses Stressbewältigungsprogramm könnte insbesondere für Menschen ohne gesundheitliche Einschränkungen präventiv dabei helfen, gut mit dieser kritischen Lebensphase umzugehen. Dieses vierwöchige Programm könnte auch in digitaler bzw. hybrider Form kostengünstig angeboten werden.

Quelle: eigene Darstellung

Janssens et al. (2024) beschreiben eine Intervention zur **Bewusstseinsbildung gegenüber von Stigma** bei psychischen Erkrankungen.

Zielgruppen: Erwerbsarbeitslose Menschen mit psychischer Erkrankung, Arbeitsvermittler:innen

Angestrebte Ziele: (1) Wiederbeschäftigung bzw. Verbleib in der neuen Arbeit. (2) Verringerung des Stressempfindens durch den Entscheidungsdruck.

Methoden und Inhalte: Die betroffenen Teilnehmenden erhielten ein 14-seitiges Handout (CORAL.NL), bei dem es v. a. um den Umgang mit der eigenen psychischen Erkrankung und der Offenlegung im Bewerbungsprozess geht. Teilnehmende mit Lese- und Verständnisschwierigkeiten erhielten zwei kurze Infografiken. Zusätzlich wurde eine Gruppenschulung zur Sensibilisierung für Stigmatisierung am Arbeitsplatz für Arbeitsvermittler (3x2 Stunden innerhalb von sechs Monaten) abgehalten. In dieser wurden von Stigmatisierung und Diskriminierung betroffene Menschen befragt oder ihre Geschichte im Rahmen eines Videos aufbereitet. In der letzten Einheit wurde mit Rollenspielen geübt, wie ein Gespräch über das Dilemma der Offenlegung der psychischen Erkrankung mit Klienten/Klientinnen geführt werden kann.

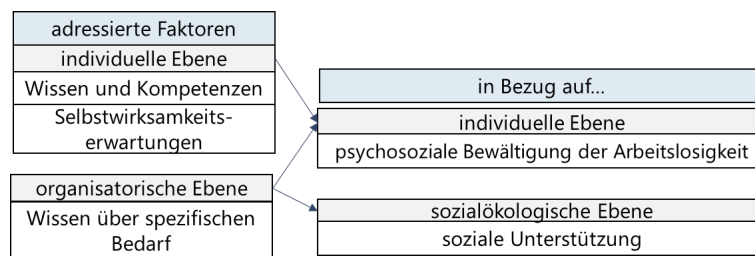
Evaluationsergebnisse: Nach sechs Monaten zeigten die Teilnehmenden ein signifikant niedrigeres Selbststigma und nahmen die Unterstützung der Arbeitsvermittler:innen positiver wahr, als die Teilnehmenden der Kontrollgruppe. Nach zwölf Monaten zeigten die Teilnehmenden signifikant weniger Anzeichen für psychische Probleme. Die follow-up-Erhebungen zeigten zudem

signifikant höhere Wiederbeschäftigungsraten, sowie eine höhere Rate bei der Beibehaltung der bezahlten Arbeit (nach 12 Monaten).

Tabelle 15: Matching – Stigma-Bewusstseinstaining

Diese Intervention bot den erwerbsarbeitslosen Menschen Informationsmaterial inkl. einer Entscheidungshilfe, ob und wann bzw. in welcher Form sie ihre psychische Erkrankung im Bewerbungsprozess offenlegen sollten. Zusätzlich wurden auf organisatorischer Ebene, die zugehörigen Arbeitsvermittler:innen für Diskriminierungen bzw. Stigmatisierungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen sensibilisiert und für Gespräche mit ihren Klienten / Klientinnen geschult.

Wirklogik: Stigma-Bewusstseinstaining



Analyse zur Umsetzbarkeit in Österreich: Die Ergebnisse der Evaluation deuten darauf hin, dass durch diese recht einfache Maßnahme, große Erfolge hinsichtlich der Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den ersten Arbeitsmarkt gelingen kann. Daher scheint es empfehlenswert, mit dem AMS und fit2work zu eruieren, wie Elemente dieses Sensibilisierungsprogramms in bestehende Maßnahmen bzw. Strukturen integriert werden könnten.

Quelle: eigene Darstellung

7.2 Interventionen für erwerbsarbeitslosen Menschen in Österreich

In Österreich wurden in den vergangenen Jahren immer wieder Projekte der Gesundheitsförderung mit der Zielgruppe erwerbsarbeitsloser Menschen entwickelt und umgesetzt. Nachfolgend sollen jene Projekte analysiert werden, die im Zeitraum 2007 bis 2014 vom FGÖ gefördert wurden und uns von Seiten der Konsultationsgruppe genannt wurden.

Loginclusion war ein Projekt, dass im Zeitraum 2011 bis 2014 umgesetzt wurde und sozialintegrative und erlebnisorientierte Gesundheitsförderungsangebote (z. B. Sportkurse) umfasste.

Zielgruppe: Menschen mit niedrigem Einkommen / Bildungsniveau / Stellung im Beruf – insbesondere Langzeitarbeitslose und Menschen in prekären Beschäftigungsverhältnissen

Angestrebte Ziele: (1) Die Zielgruppe soll zur regelmäßigen Teilnahmen an gesundheitsfördernden Angeboten motiviert und aktiviert werden, (2) Stabilität und Sicherheit bieten durch Struktur und Fixpunkte in ihrer Alltagsgestaltung, (3) Durch die Gruppenangebote soll Raum für die

Entwicklung von individuellen Kompetenzen geschaffen werden, (4) Die regelmäßige Teilnahme an den Angeboten soll die Gesundheit gefördert werden, (5) Soziale Netzwerke schaffen und nachhaltig positive beeinflussen, (6) Empowerment und Partizipation durch Mitwirkung und Umsetzung der gesundheitsförderlichen Angebote.

Methoden: Um die angestrebten Zielsetzungen zu erreichen, wurden folgende Methoden eingesetzt: (1) Wöchentliche, fixe Bewegungskurse, (2) Open-Base Betrieb, um Teilnehmende in die Gestaltung einzubinden und selbstständige Umsetzung von Aktivitäten zu ermöglichen (z. B. Themenausarbeitung, Umsetzung von Aktivitäten wie z. B. Eislaufen,...), (3) LoginInfoStunde um Zielgruppen über das Angebot niederschwellig zu informieren und heranzuführen, aber auch für die Planung von Aktivitäten, (4) Internet-Café, wo zweimal wöchentlich allen Interessierten zwei Computer und ein Drucker in der loginBase gratis zur Nutzung zur Verfügung steht, (5) Punktuelle Tagesveranstaltungen ein- - zweimal monatlich (z. B. Wanderungen, Nordic Walking Wettbewerbe, Fußballturniere, Volleyballturniere, Tanz Choreografien, Theateraufführungen, Fahrradausflüge, Weihnachtsfeiern, Projektabschlussveranstaltung).

Inhalte: Im Projektzeitlauf wurden 962 wöchentliche Kurse umgesetzt in: Fußball, Nordic Walking, Qi Gong, Shinson Hapkido, Tanz für Frauen, Volleyball, Yoga, Klettern, Rückenfit, ZEN Meditation, Karatedo. Neben den fixen wöchentlichen Kursangeboten wurden verschiedene Workshopreisen sowie von den Teilnehmer:innen gewünschte und initiierte Aktivitäten in der loginBase umgesetzt: Gesunde Ernährung, Theater, African Haitian Dance Workshops und Kulturpassaktivitäten, openBase Workshops, wöchentliche Infostunde und ein Internetcafé und regelmäßige Wanderungen.

Evaluationsergebnisse: Durch die regelmäßige Teilnahme an den Aktivitäten konnte das körperliche und psychische Wohlbefinden der Teilnehmer:innen gesteigert, soziale Beziehungen etabliert und gesundheitsbezogenes Wissen verbessert werden (Gstöttenbauer/Steiner 2014).

Tabelle 16: Matching - logininclusion

logininclusion konzentriert sich auf die individuelle Ebene und setzt sozialintegrative und erlebnisorientierte Gesundheitsförderungsangebote ein, um die Neigungsfaktoren bzw. Fähigkeiten zu verändern. Die Gruppenkurse mit erlebnisorientiertem Charakter erwirken ein unterstützendes soziales Umfeld und fördern die soziale Integration. Zudem unterstützen die Inhalte der Kurse Zielgruppen in der Aneignung von Wissen und Fähigkeiten zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen und in der Ausübung von gesundheitswirksamer Bewegung. Durch die wöchentliche Regelmäßigkeit der Angebote erhalten die Zielgruppen eine Strukturierung des Alltags. Die Möglichkeit der Beteiligung an der Themenauswahl und eigenständiges Umsetzen der Kurse stärkt psychosoziale Ressourcen (z. B. Problemlösefähigkeit, kreatives Denken, interpersonale Beziehungsfertigkeiten), gibt Aufschluss über spezifischen Bedarf der Zielgruppe und fördert die Selbstwirksamkeit der Personen.

Durch Multiplikator:innen aus der Zielgruppe und den gruppenbasierten Ansatz wird so v. a. die interpersonelle Ebene (v. a. sozialer Zuspruch / Feedback, soziale Normen) berücksichtigt und ein unterstützendes soziales Umfeld geschaffen.

Auch könnte das Projekt einen Beitrag zum Erreichen des mittelfristigen sozialökologischen Ziels der sozialen Unterstützung, konsumfreie Räume und leistbare Unterstützungsangebote, liefern.

Analyse zur Umsetzbarkeit in Österreich: Das Projekt wurde in Wien umgesetzt. Projektumsetzer war der Verein Login, welche die Kursangebote und die Räumlichkeiten bereitgestellt hat. Entsprechende Anbieter und Räumlichkeiten, sowie der niederschwellige Zugang über die Zivilgesellschaft wären für eine österreichweite Ausrollung zu berücksichtigen. Für die Ansprache der Zielgruppe und besseren Sichtbarkeit des Projekts, wurden Kooperationen mit relevanten sozialen Organisationen (wo die Zielgruppen angedockt sind) in Wien etabliert - eine Abklärung der relevanten Träger:innen in den anderen Bundesländern wäre notwendig. Das Projekt richtet sich primär an Langzeiterwerbsarbeitslose und prekär beschäftigte Personengruppen; die Transferierbarkeit auf Erwerbsarbeitslose mit kürzerer bzw. frühzeitiger Verweildauer ist zu eruieren und zu erproben. Die übrigen Projektkomponenten (Gruppenkurse, Tagesstruktur,...) könnten auf andere Bundesländer übertragen werden.

Quelle: eigene Darstellung

Health4you(th) zielte darauf ab, gemeinsam jugendgerechte Gesundheitsförderungsangebote zu entwickeln und zu erproben, die Arbeit suchenden Jugendlichen für gesundheitsrelevante Verhaltensweisen zu sensibilisieren und ihnen Wissen zu Möglichkeiten der Umsetzung eines gesundheitsfördernden Lebensstils zu vermitteln. Das Projekt zwischen 2010 und 2012 umgesetzt.

Zielgruppe: Arbeit suchende Jugendliche im Alter zwischen 17 und 21 Jahren, welche in den Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (BBE) c'mon17 betreut werden, sowie ihre Freund:innen. Weitere Zielgruppe des Projekts waren Akteur:innen des jeweiligen Settings (Case Manager:innen, Führungskräfte, Assistent:innen). Im weiteren Projektverlauf wurde das Setting auf zwei weitere Settings im arbeitsmarktpolitischen Bereich erweitert: step2job4you(th) und Projekt Blickrichtung.

Angestrebte Ziele: Arbeit suchende Jugendliche sollen mit aufsuchenden, niederschweligen, partizipativ entwickelten, gender- und diversitysensiblen Gesundheitsförderungsangeboten erreicht und gesundheitlich unterstützt werden.

Methoden: Zur Erreichung der Projektziele wurden folgende Aktivitäten umgesetzt: (1) Peer Education Programm, (2) Fortbildungsreihe für Multiplikator:innen, (3) Gesundheitsworkshops, (4) Aktionstage, (5) Jugendcafé, (6) Virtuelle Gesundheitsinsel, (7) Gesundheitssprechstunde (Einzelgespräche mit einem praktischen Arzt, einer Gynäkologin und Psycholog:innen), (8) Gesundheitsaktivitäten, (9) Fragebogenerhebung des Gesundheitszustandes, des Gesundheitsverhaltens und der Gesundheitsbedürfnisse von Arbeit suchenden Jugendlichen, (10) Fokustagung „Gesundheitsförderung für Arbeit suchende Jugendliche“

Inhalte: (1) Gesundheitsaktivitäten für die Zielgruppe Jugendliche: Just Dance, Latin Dance, Selbstverteidigung, Hip Hop, Kickboxen, Thaiboxen, Zumba; (2) Gesundheitsworkshops und themenspezifische Workshops: Ernährung, Stressmanagement, Schuldnerberatung (3) Gesundheitsaktivitäten für die Zielgruppe der Multiplikator:innen: Fußball, Yoga, Tanzen. Zudem gab es Workshops zum Thema Gewaltprävention und Selbstverteidigung. Themenschwerpunkte der Fortbildungsreihe für Multiplikator:innen: „Check up on health“ – Diagnoseinstrumente

Gesundheit und Arbeitsumfeld, Einflussfaktoren der Gesundheit – Ressourcen und Risiken, Gesundheitsförderung in der Jugendarbeit, Kreativwerkstatt – Kommunikation und Motivation.

Evaluationsergebnisse: Konkrete Auswirkungen auf die gesundheitliche Lage und Beschäftigung der Zielgruppe konnten aus den durchgesehenen Dokumenten nicht eruiert werden (Munk 2012; Munk et al. 2012) jedoch Erfahrungswerte in der Arbeit mit der Zielgruppe arbeitsuchende Jugendliche im Setting Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (siehe auch Kapitel 0).

Tabelle 17: Matching – Health4you(th)

Health4you(th) konzentriert sich auf die individuelle Ebene und setzt unterschiedliche Gesundheitsaktivitäten ein, um die Neigungsfaktoren bzw. Fähigkeiten zu verändern. Die Gesundheitsworkshops und Aktivitäten wirken sich auf das gesundheitliche Wissen und die Fähigkeiten der Zielgruppe aus. Zudem können Zielgruppen im Rahmen von Gesundheitssprechstunden im Anspruch von Vorsorgeleistungen unterstützt werden. Die Ausbildung von Jugendlichen zu Peer-Helfern wirkt sich einerseits auf ihre Selbstwirksamkeit aus; andererseits nehmen Jugendliche eine Vorbildfunktion ein, sodass auch die interpersonelle Ebene adressiert werden kann. Auch werden Multiplikator:innen der Settings durch Gesundheitsaktivitäten adressiert, um über die Gesundheitsthematik sensibilisiert und an diese an die Zielgruppe weitergeben zu können. Das Einbeziehen des Freundeschaftskreises der Zielgruppe in die Projektaktivitäten trägt zu einem unterstützenden sozialen Umfeld bei und bietet zudem eine Vorbildfunktion für andere Jugendliche.

Analyse zur Umsetzbarkeit in Österreich: Für die Ausrollung auf den gesamten österreichischen Kontext, bedarf es eine entsprechende Auswahl der lokalen Bildungs- und Betreuungseinrichtungen für den Zugang zu den Multiplikator:innen und Ansprache der Jugendlichen, sowie Räumlichkeiten. Ebenso wären entsprechende Anbieter:innen der Gesundheitsaktivitäten zu berücksichtigen.

Quelle: eigene Darstellung

Health4Teen Steiermark unterstützte ausgrenzungsgefährdete Jugendliche im Alter von 14 bis 17 Jahren in fünf steirischen Bezirken durch gesundheitsfördernde Angebote im Zeitraum 2011 bis 2012. Ziel war die Stärkung ihrer Lebensqualität und Gesundheitskompetenzen, um eine gesundheitsfördernde Lebensweise zu ermöglichen. Es wurde in der Einrichtung „c'mon14 – Case Management für Schüler/innen ab 14“ umgesetzt, die Berufs- und Bildungsberatung, längerfristige Begleitung, Unterstützung bei der Lehrstellensuche und individuelles Unterstützungsmanagement bietet.

Zielgruppe: ausgrenzungsgefährdete Jugendliche (= Jugendliche, die in einer sozial benachteiligten Situation aufwachsen, frühzeitig ihre Bildung abbrechen und/oder bei denen der Einstieg in den Arbeitsmarkt nicht gelingt) in Einrichtungen des Übergangsmanagements c'mon14, sowie Multiplikator:innen im Setting.

Angestrebte Ziele: (1) Entwicklung und Erprobung jugendgerechter Gesundheitsförderungsangebote, (2) Sensibilisierung der Jugendlichen für gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Themen, (3) Stärkung der Sozial-, Risiko- und Selbstkompetenz, (4) Abbau von Hemmschwellen gegenüber Beratungs- und Gesundheitseinrichtungen, (5) Gemeinsame Erarbeitung von

ressourcenorientierten Bewältigungsstrategien, (6) Wissensvermittlung an Multiplikator:innen im Setting zu den Zusammenhängen zwischen sozialer Benachteiligung und Gesundheit, sowie Fähigkeiten für den Einsatz gesundheitsbezogener Methoden mit ausgrenzungsgefährdeten Jugendlichen

Methoden: (1) Gesundheitsworkshops, (2) Gesundheitsaktivitäten und -aktionstage in den Schulen, (3) Peer-Education-Programm, (4) Gesundheitssprechstunde, (5) Fortbildung und Gesundheitsaktivitäten für Multiplikator:innen

Inhalte: (1) Peer Education Programm: Selbstwertstärkung, Ressourcenarbeit, Reflexion der eigenen Gesundheit und eigenen Verhaltensweisen, Aufzeigen und Diskussion von Handlungsalternativen, Zusammenhänge zwischen Arbeitsfähigkeit und Gesundheit, Reflexion von Einstellungen, Werten und sozialen Normen, Geschlechtsspezifische Aspekte von Gesundheit und Gesundheitsförderung, Bewegung/Sport, Grundsätze und Umsetzbarkeit von leistbarer, gesunder Ernährung, Kommunikation und Ausdruck der eigenen Persönlichkeit, evtl. Besuch relevanter Institutionen und Beratungseinrichtungen in Graz.

(2) Gesundheitsworkshops: Grundlagen der Gesundheit, persönliches Gesundheitsbild, Erhebung und Reflexion gesundheitlicher und psychosozialer Ressourcen, Belastungen und Bedürfnisse, Erhebung und Reflexion eigener Gesundheitsressourcen und des eigenen Handlungsspielraums, Stärkung eigener Fähigkeiten und Ressourcen, Formulierung eines eigenen Gesundheitsziels, Festlegen von Teilschritten, „Gesundheitswurlitzer“ (aktive Gesundheitsförderung nach den Wünschen der Teilnehmer:innen)

(3) Fortbildung für Multiplikator:innen: Stress- und Entspannungsmanagement, „Sucht und Prävention“ (VIVID), Erste Hilfe Auffrischkurs, „FeelOK – die Internetplattform für Jugendliche und Multiplikator:innen, Kriminalprävention und Jugendkriminalität, WEIL „Suizid/Prävention“

Evaluationsergebnisse: Die erreichten Teilnehmerzahlen übertrafen teilweise die Erwartungen, z. B. bei Peer Education Workshops und Gesundheitsaktionstagen. Alle geplanten Ziele wurden erreicht, darunter die Entwicklung jugendgerechter Gesundheitsförderungsangebote (z. B. Kochworkshops für Jugendliche mit Migrationshintergrund), die Sensibilisierung der Jugendlichen für Gesundheitsthemen, die Förderung ihrer Sozial- und Risikokompetenzen sowie die Vernetzung der Multiplikator:innen (Zurl-Eyer et al. 2012).

Tabelle 18: Matching – Health4Teen Steiermark

Health4Teen Steiermark konzentriert sich auf die individuelle Ebene und setzt unterschiedliche Gesundheitsaktivitäten ein, um die Neigungsfaktoren bzw. Fähigkeiten zu verändern:

Durch die gruppenbasierten Gesundheitsaktivitäten werden die Jugendlichen zu Gesundheitsthemen sensibilisiert, sodass sich diese auf ihr Wissen und ihre Fähigkeiten auswirken. Die Einbindung der Jugendlichen in die Projektaktivitäten (Peer Education Programm) wirkt sich v. a. auf die individuelle Ebene (Selbstwirksamkeit) und die interpersonelle Ebene aus (v. a. sozialer Zuspruch / Feedback, soziale Normen, Vorbildfunktion). Durch die Fortbildung und Vernetzung von Multiplikator:innen können Wissen und Erfahrungen ausgetauscht werden und ein unterstützendes soziales Umfeld gefördert werden.

Analyse zur Umsetzbarkeit in Österreich: Für eine Ausrollung müssten entsprechende Bildungs- und Betreuungseinrichtungen für die Auswahl der Multiplikator:innen und Ansprache der Jugendlichen, Räumlichkeiten und Anbieter:innen der Gesundheitsaktivitäten berücksichtigt werden. Zudem wären im Vorfeld geeignete Kooperationspartner:innen in den Bundesländern zu eruieren, um die Zielgruppe zu erreichen.

Quelle: eigene Darstellung

Gemeinsam Gesundheit Gestalten (GGG) wollte in acht Beratungs- und Betreuungseinrichtungen in Oberösterreich im Zeitraum 2008-2011 Gesundheitsförderung in den Einrichtungen integrieren.

Zielgruppe: Stammmitarbeiter:innen, Projektteilnehmer:innen (Transitarbeitskräfte, Lehrlinge), Führungskräfte

Angestrebte Ziele: (1) Förderung des Gesundheitsbewusstseins und -verhaltens bei Mitarbeitenden und Projektteilnehmer:innen, (2) Aufbau nachhaltiger Gesundheitsstrukturen in den Organisationen, (3) Schaffung eines Netzwerks für den Wissenstransfer und den Erfahrungsaustausch zwischen sozialen Einrichtungen

Methoden: (1) Aktivitäten auf überbetrieblicher Ebene (Workshops für Führungskräfte, Gesundheitszirkel, Ausbildung von Gesundheitsvertrauenspersonen, Netzwerkveranstaltungen, Trainingsmanual und Praxisleitfaden, Projekthomepage), (2) Aktivitäten auf Betriebsebene (Ist-Erhebung, Gesundheitsworkshops und Gesundheitszirkel, Implementierung von Maßnahmenplänen, Teamentwicklung und psychische Gesundheit)

Inhalte: In den Betrieben wurden Basisworkshops zum Thema Arbeitsumfeld und Gesundheit umgesetzt, sowie in ausgewählten Betrieben Vertiefungsworkshops zu folgenden Themen: Älter werden, Lebensstil, Freizeitgestaltung, Selbstwert.

Evaluationsergebnisse: Die vorgesehenen Maßnahmen und Ziele wurden erfolgreich umgesetzt. Gesundheitszirkel und -workshops erwiesen sich als geeignete Formate zur Stärkung der Gesundheitsressourcen sowohl bei Stammpersonal als auch bei Transitarbeitskräften. Die Workshops trugen zu Aneignung von neuem Wissen und erhöhtem Gesundheitsbewusstsein bei (Steiner et al. 2011). Weiters ergaben sich auch positive strukturelle Veränderungen in den Betrieben, bspw. Verbesserung kollegialen Kommunikationsverhalten im Betrieb und Verankerung einer internen Funktion für Gesundheitsförderung (Ertelthalner et al. 2012).

Tabelle 19: Matching – Gemeinsam Gesundheit Gestalten

Gemeinsam Gesundheit Gestalten konzentriert sich auf die individuelle und organisatorische Ebene und setzt unterschiedliche Gesundheitsaktivitäten ein, um die Neigungsfaktoren bzw. Fähigkeiten zu verändern: einerseits sollen durch die Aktivitäten auf Betriebsebene das Wissen, Bewusstsein und die Ressourcen der Projektteilnehmer:innen bezüglich Gesundheit und Arbeitsumfeld gestärkt werden, und damit die Selbstwirksamkeit gestärkt werden. Andererseits werden auch Aktivitäten gesetzt, um den Bedarf nach Gesundheitsthematiken in den Einrichtungen zu eruieren und entsprechende Maßnahmen zu setzen.

Analyse zur Umsetzbarkeit in Österreich: Die Projektumsetzung erfolgte in oberösterreichischen Betrieben, für eine österreichweite Ausrollung wären entsprechende Betriebe, für die Erreichbarkeit und Ansprache der Zielgruppen, sowie Umsetzung der Projektaktivitäten, einzubinden.

Quelle: eigene Darstellung

Most.VITAL wollte im Zeitraum 2009-2010 Methoden und Strukturen entwickeln, um die gesundheitsförderlichen Potentiale von Organisationen und Mitarbeiter:innen zu stärken. Die Durchführung erfolgte von drei arbeitsmarktpolitischen Betrieben im Mostviertel.

Zielgruppe: „arbeitsmarktferne“ Personen (bspw. Langzeitbeschäftigungslose, Wiedereinsteiger:innen), sowie Fach- und Führungskräfte.

Angestrebte Ziele: (1) Mitarbeiter:innen in ihren persönlichen Ressourcen für Gesundheit stärken (2) Ausbau der Gesundheitspotentiale innerhalb der Organisation (3) Vernetzung und Aufbau von Synergien um die Gesundheit der Mitarbeiter:innen zu stärken

Methoden: (1) Gesundheitsworkshops und -zirkel die Partizipation der Teilnehmenden und schulte Fach-, Führungs- und Schlüsselarbeitskräfte als Multiplikator:innen, um Gesundheitsthemen in die Betreuungsarbeit zu integrieren, (2) Etablierung eines Netzwerks, um Transitarbeitskräften, Lehrlingen und Trainingsteilnehmenden den Zugang zu gesundheitsförderlichen Angeboten zu erleichtern, (3) most.VITAL-Karte, die vergünstigte Eintritte in entsprechende Einrichtungen ermöglicht, trug zur Nachhaltigkeit der Gesundheitsförderung bei, indem sie das Freizeitverhalten positiv beeinflusste

Inhalte: unterschiedliche Gesundheitsworkshops mit Schwerpunkten in Ernährung, Bewegung, Psychisches Wohlbefinden

Evaluationsergebnisse: Die wesentlichen Projektziele konnten erreicht werden; so wurden Zielgruppen hinsichtlich der Gesundheit sensibilisiert und ihre Gesundheitskompetenz gestärkt. Zudem konnten Verbesserungen zu den gesundheitlichen Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz erwirkt werden (z. B. besseres Arbeitsklima). 64% der befragten Zielgruppen gaben an, dass most.VITAL zu persönlichen Wirkungen und Veränderungen führte, insbesondere in den Bereichen Ernährung und Bewegung und psychosoziale Veränderungen. Zudem gaben 52% der Befragten an, dass es zu Veränderungen des subjektiven Gesundheitszustands kam, sowie bei 65% zu einer Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit (Ertelthaler 2011).

Tabelle 20: Matching - Most.VITAL

Most.VITAL konzentriert sich auf die individuelle Ebene und organisatorische Ebene an und setzt unterschiedliche Gesundheitsaktivitäten ein, um die Neigungsfaktoren bzw. Fähigkeiten zu verändern. Durch die Gesundheitsworkshops und -zirkel sollen Teilnehmer:innen, Wissen zu Ernährung, Bewegung und psychosozialer Gesundheit aneignen. Schulungen für Führungskräfte und Multiplikator:innen, sollen die Gesundheitsthematik in die Arbeitsstrukturen zu integrieren, sodass auch auf die interpersonelle Ebene eingewirkt wird. Mit der Einführung der most.VITAL Karte sollen Zielgruppen Zugang zu vergünstigten Gesundheitsangeboten in ihrer Freizeit erhalten, sodass auch die sozialökologische Ebene adressiert wird.

Analyse zur Umsetzbarkeit in Österreich: Das Projekt wurde im Mostviertel, in Niederösterreich umgesetzt. Die Betriebe dienten einerseits als Setting um die Projektaktivitäten umzusetzen, andererseits um die Zielgruppe zu erreichen. Für eine österreichweite Ausrollung bedarf es die Einbeziehung entsprechender Betriebe in den anderen Bundesländern.

Quelle: eigene Darstellung

Das **Netzwerk Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration (NGA)** zielte darauf ab, im Zeitraum 2009 bis 2012, die Vernetzung von Organisationen im Bereich Gesundheit und Arbeitsmarkt zu fördern, mit Fokus auf Menschen, die arbeitslos, von Arbeitslosigkeit bedroht oder in unsicheren Arbeitsverhältnissen beschäftigt sind.

Zielgruppe: Öffentliche und Non-Profit-Organisationen, die in den Bereichen Arbeit, Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Gesundheitsförderung tätig sind.

Angestrebte Ziele: (1) Information und Sensibilisierung: Netzwerkmitglieder und Partner sollen über die Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit sowie die spezifischen gesundheitlichen Bedürfnisse und Herausforderungen von Arbeitssuchenden, von Arbeitslosigkeit bedrohten und unsicher beschäftigten Menschen informiert und sensibilisiert werden, (2) Förderung gesundheitsorientierter Strukturen: Die Mitglieder sollen in die Lage versetzt werden, in ihrem Wirkungsbereich gesundheitsfördernde Strukturen und Rahmenbedingungen zu schaffen und entsprechende Angebote für die Zielgruppe bereitzustellen, (3) Definition von Kriterien guter Praxis: es sollen Kriterien guter Praxis für die gesundheitliche Unterstützung von Arbeitssuchenden und prekär Beschäftigten entwickelt werden, die den Mitgliedern zugänglich gemacht und bekannt sind

Methoden: Die Aktivitäten zielten darauf ab, die Lebensqualität und die gesundheitlichen Rahmenbedingungen von Arbeitssuchenden zu verbessern und das Thema Gesundheitsförderung in den Fokus arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen zu rücken. (1) Aufbau und Erweiterung des Netzwerks, mit regelmäßigen Netzwerktreffen, (2) Fortbildungen für Multiplikator:innen, (3) Organisation der Konferenz „Gesundheit fördert Beschäftigung“, (4) Öffentlichkeitsarbeit (Newsletter, Netzwerk Homepage)

Inhalte: (1) Multiplikator:innen Schulung: Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit, Anlaufstellen für Gesundheit und Gesundheitsförderung, Diagnose-Instrumente Arbeitsumfeld (Belastungen, Ressourcen), Motivierende Gesundheitsgespräche, Ressourcenorientierte Methoden, Gewaltfreie Kommunikation, Bewegung, Ernährung, Projektwerkstatt: Kriterien guter Praxis

Evaluationsergebnisse: Evaluationen zeigten, dass die durchgeführten Multiplikator:innenschulungen und die Netzwerk-Konferenzen als positiv eingeschätzt wurden. Sie trugen zur Verbreitung von Wissen und der Sensibilisierung über die Bedeutung von Arbeitslosigkeit und Gesundheit bei den Netzwerkpartner:innen bei (Ertelthaler-Weilhartner et al. 2012).

Tabelle 21: Matching – Netzwerk Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration

Netzwerk Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration konzentriert sich auf die organisatorische und interpersonelle Ebene und setzt unterschiedliche Gesundheitsaktivitäten ein, um die Neigungsfaktoren bzw. Fähigkeiten zu verändern. Durch die Vernetzung der Organisationen, können Wissen und Erfahrungen ausgetauscht werden und mögliche Bedarfe und Lösungsansätze eruiert werden. Durch die Fortbildung von Schlüsselpersonen (Multiplikator:innen) können gesundheitliche Inhalte in deren Arbeitsbereiche integriert werden, welche für die Zielgruppe gesundheitsförderlich sein können; in diesem Hinblick können Multiplikator:innen eine Vorbildwirkung einnehmen, um auf die gesundheitlichen Bedürfnisse Erwerbsarbeitsloser aufmerksam zu machen.

Analyse zur Umsetzbarkeit in Österreich: Es ist denkbar, die Inhalte der Schulungen, auch auf den gesamten österreichischen Kontext zu übertragen. Die Auswahl der Netzwerkpartner:innen und die Umsetzung der Konferenzen, Netzwerktreffen und Schulungen erfolgten im Kontext Wien; entsprechende relevante öffentliche und Non-Profit Organisationen und Räumlichkeiten aus den anderen Bundesländern wären zu eruiern, um das Projekt in Österreich auszurollen.

Quelle: eigene Darstellung

7.3 Lernerfahrungen in und Empfehlungen aus der bisherigen Arbeit mit erwerbsarbeitslosen Menschen in Österreich

Aus den Umsetzungserfahrungen der FGÖ-finanzierten Projekte lassen sich Erkenntnisse in Bezug auf die Ansprache, das Setting und der organisatorischen Ausgestaltung von gesundheitsfördernden Angeboten mit der Zielgruppe erwerbsarbeitsloser Menschen ableiten. Diese decken sich Großteils mit Lernerfahrungen aus anderen gesundheitsfördernden Projekten insbesondere mit sozial benachteiligten Personengruppen (vgl. Klein et al. 2015). Zu berücksichtigen ist, dass sich die Projekte an unterschiedliche Subgruppen gerichtet haben, z. B. Menschen in Langzeitarbeitslosigkeit, Jugendliche und junge Erwachsene, Transitarbeitskräfte und ausgrenzunggefährdete Personengruppen. Einige Interventionen haben auch Schlüsselarbeitskräfte und Multiplikator:innen als primäre Zielgruppe definiert.

Ansprache und Erreichbarkeit von Erwerbsarbeitslosen

Die Ansprache der ausgewählten Projekte fand in unterschiedlichen arbeitsmarktpolitischen Settings statt; gemeinsam ist jedoch, dass die Ansprache und Durchführung der Maßnahme meistens dort, wo Zielgruppe bereits angedockt ist, erfolgt. Im Projekt loginclusion wurden u. a. Einrichtungen der Arbeitsintegration, sozio-ökonomische Betriebe (SÖB) und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation kontaktiert und die Zielgruppe wurde über die

Qualifizierungsmaßnahmen vor Ort erreicht (Gstöttenbauer/Steiner 2014). Eine Verankerung der Maßnahmen in den Einrichtungen (z. B. Betriebe) ermöglicht eine settingorientierte Umsetzung der Angebote und somit einen niederschweligen Zugang der Zielgruppe zu gesundheitsfördernden Maßnahmen (FGÖ 2016).

Erfahrungen aus den Projekten zeigen zudem, dass eine aufsuchende und niederschwellige Gestaltung der Ansprache förderlich ist, um die Zielgruppen zu erreichen und potenzielle Hemmschwellen abzubauen. Eine aktive und aufsuchende Gestaltung der Ansprache, z. B. in Form von Informations- und Impulsworkshops in den Partnereinrichtungen ermöglicht eine Bekanntmachung des Angebots innerhalb der Zielgruppe Erwerbsarbeitslose, als auch Gewinnung potentieller Kooperationspartner (Gstöttenbauer/Steiner 2014).

Insbesondere die persönliche Ansprache der Zielgruppe hat sich in vielen Projekten als Erfolgsfaktor für die Erreichbarkeit bewährt. Vertraute Personen bzw. Multiplikator:innen des jeweiligen Settings spielen eine wesentliche Rolle und können nicht nur Informationen zum Angebot vermitteln, sondern auch zur Teilnahme motivieren (Ertelthaler 2011; Ertelthaler et al. 2012; Ertelthaler-Weilhartner et al. 2012; Gstöttenbauer/Steiner 2014; Munk 2012; Munk et al. 2012; Zurl-Eyer et al. 2012). Für die Zielgruppe Jugendliche haben sie zudem eine Vorbildfunktion (Munk et al. 2012). In einigen Maßnahmen werden daher Multiplikator:innen als indirekte Zielgruppe festgelegt, um sie frühzeitig einzubinden und zu sensibilisieren. Über sie wird das Thema Gesundheit mit der direkten Zielgruppe besprechbar, was letztendlich zu einer Verzahnung von Arbeit und Gesundheit führt (Ertelthaler-Weilhartner et al. 2012; Munk et al. 2012). Im Projekt most.VITAL wurden Schulungen in Gesundheitsthemen für Multiplikator:innen (Fach- und Führungskräfte) angeboten, um diese über die Themen zu sensibilisieren und damit sie Gesundheit als Querschnittsthema in den Beratungstätigkeiten integrieren (Ertelthaler 2011). Zusätzlich wurden Informationsmaterialien erstellt (Flyer, Plakate, Terminkarten in Visitenkarten-Format) – und beispielsweise in Veranstaltungen verwendet –, um auf die Gesundheitsthematik und die Angebote zu verweisen. Dabei ist besonders für die Zielgruppe Jugendliche die Nutzung neuer Medien von Bedeutung, zusätzlich aber auch eine geeignete „Wording Strategie“ (Munk et al. 2012; Zurl-Eyer et al. 2012).

Ort der Angebotsumsetzung

Aus den Projekterfahrungen geht hervor, dass Überlegungen über die Auswahl der Räume für die Durchführung der Aktivitäten wichtig sind, damit Zielgruppen die Maßnahme räumlich klar verorten und somit kontinuierlich besuchen können. Im Projekt *loginclusion* wurde beispielsweise die „loginbase“ etabliert, welcher als Ort der Umsetzung der Gesundheitsförderungsmaßnahmen und sozialer Treffpunkt der Vernetzung und des Austausches fungierte (Gstöttenbauer/Steiner 2014). Daher wird eine langfristige Bereitstellung der Infrastruktur, um diese Kontinuität zu ermöglichen, als ausschlaggebend erachtet. Orte der Angebotsumsetzung orientieren sich idealerweise an der Lebenswelt der Zielgruppe und weisen eine räumliche Nähe zu dieser auf. Räumlichkeiten, wo die Angebote umgesetzt wurden, waren daher in den untersuchten Projekten Schulen (z. B. Health4Teen Steiermark), Beratungsräumlichkeiten (z. B. Health4you(th)), Transitarbeitsplätze (z. B. GGG, most.VITAL) oder Einrichtungen der Zivilgesellschaft (z. B. loginclusion). Dies ermöglicht einerseits eine bessere Erreichbarkeit der Maßnahmen für die Zielgruppe; andererseits stellt ein Ortswechsel neben organisatorischen Herausforderungen eine mögliche Hemmschwelle in der Annahme von Angeboten in „fremden“ Einrichtungen dar.

Empfohlen wird daher, Maßnahmen in der für die Zielgruppe vertrauten Umgebung durchzuführen (Ertelthaler et al. 2012; Munk et al. 2012; Zurl-Eyer et al. 2012). Andererseits gibt es auch die Empfehlung, dass Sportaktivitäten räumlich getrennt von Einrichtungen der Arbeitssuche stattfinden sollten, weil diese so stark mit der Arbeitssuche verbunden sind, dass eine Teilnahme an Freizeitaktivitäten an diesem Ort wenig attraktiv wirkt (Munk et al. 2012).

Zeitliche Ausgestaltung des Angebots

Kontinuierliche, d. h. regelmäßige und sich wiederholende Aktivitäten und klare Zeiten in der Gestaltung der Angebote sind wichtig, um Erwerbsarbeitslosen Struktur und Regelmäßigkeit im Alltag zu ermöglichen und ein Gefühl von Sicherheit zu schaffen. Aus den Projekten lässt sich erkennen, dass ein wöchentlicher Rhythmus, am gleichen Tag, zur gleichen Zeit, förderlich für die Teilnahme an den Angeboten ist. Aus dem Health4Teen Steiermark Projekt wird zudem empfohlen, dass Gesundheitsaktivitäten, wie z. B. Bewegungseinheiten oder Aktivitäten zur Förderung von Kompetenzen, am besten auf mehrere Tage verteilt und mehrmals wiederholt werden, um eine nachhaltige und bessere Annahme der Thematik zu ermöglichen. Wichtig in der zeitlichen Gestaltung ist die Ausrichtung an den Bedürfnissen der Zielgruppe; beispielsweise integriert in die Arbeitszeiten der Betriebe (z. B. GGG) oder Termine am selben Tag und zeitnah zu den persönlichen Beratungseinheiten (z. B. Health4you(th)). Partizipation an gesundheitsfördernden Angeboten

Partizipation

Die Partizipation der Zielgruppe an der Entwicklung und Umsetzung von gesundheitsfördernden Angeboten ist insofern wichtig, da diese sich positiv auf die Selbstwirksamkeit und intrinsische Motivation der Zielgruppe auswirkt, eine Anpassung der Angebote an die Bedürfnisse der Zielgruppe fördert (z. B. Rahmenbedingungen und Themen der Gesundheitsaktivitäten), sowie die Akzeptanz und Unterstützung der Maßnahmen erhöht (Ertelthaler-Weilhartner et al. 2012; Gstöttenbauer/Steiner 2014; Munk et al. 2012). So wurden z. B. die Zielgruppen in der Aktivitätenplanung involviert bzw. haben diese selbst gestaltet. Das kann beispielsweise im Rahmen einer Infostunde (z. B. loginclusion) erfolgen bzw. begonnen werden, oder es werden anonyme Vorschläge in Boxen gesammelt und als Basis herangezogen (z. B. Health4you(th)). Im Projekt Netzwerk Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration erfolgte die Partizipation der Zielgruppen vor allem über Netzwerktreffen, wo Mitglieder sich an der inhaltlichen Ausgestaltung (z. B. Kriterien guter Praxis) und an Entscheidungsfindungen beteiligen konnten.

Kooperationen / Netzwerkarbeit

Der Aufbau von Vernetzungsstrukturen war in den Projekten besonders wichtig, da die Zielgruppen primär über die Vernetzung mit Kooperationspartnern (welche vor Ort angedockt sind) erreicht werden konnten. Die Vernetzung mit Einrichtungen, an denen die Zielgruppe bereits angedockt ist, ermöglicht einen einfachen Zugang zu und die bedarfsgerechte Auslegung der Angebote (Ertelthaler 2011; Zurl-Eyer et al. 2012). Auf Ebene der Organisationen fördert die Vernetzung und Kooperation den Erfahrungs- und fachlichen Austausch, sodass Synergien gebildet

werden können und damit Aktivitäten mit gemeinsamer Zielsetzung, um die Zielgruppe besser zu unterstützen (z. B. NGA).

7.4 Bedürfnisse und Wünsche von erwerbsarbeitslosen Menschen an Interventionen

In mehreren Bedürfniserhebungen und in einschlägigen Projekten mit erwerbsarbeitslosen Menschen in Österreich und Deutschland wurde der eigenen Gesundheit ein hoher Stellenwert zugeschrieben und ein vielseitiges Interesse an Gesundheitsangeboten sowie aktiven und sinnstiftenden Freizeitmöglichkeiten geortet. (Alfes 2014; Gstöttenbauer/Steiner 2014; Kinnen o.J.; Mayer/Holleder 2021; Presch 2011; Schleicher 2019; Wobbe 2007) Im Nachfolgenden werden weitere Erkenntnisse aus durchgeführten Bedürfniserhebungen unter erwerbsarbeitslosen Menschen in Österreich und Deutschland zusammengefasst.

Welche Themen, sind von Interesse?

Schriftliche Bedürfniserhebungen aus Deutschland haben gezeigt, dass die üblichen Gesundheitsthemen mit stärkerem Fokus auf psychische Gesundheit (u. a. Stressbewältigung, Entspannungsmethoden, Umgang mit Misserfolgserfahrungen) sowie Kulturellen / Freizeitangeboten von Interesse sind. (Kinnen o.J.; Mayer/Holleder 2021; Schleicher 2019) Die Beteiligten des peer-geleiteten österreichischen Projekts „Würde statt Stress“ haben in diesem Zusammenhang auch einen Sport- und Gesundheitspass in Analogie zum Kulturpass vorgeschlagen (Presch 2011).

Des Weiteren werden Informationen zu Vorsorgeuntersuchungen und zum Umgang mit Medien gewünscht. (Schleicher 2019) Zusätzlich orteten die Mitarbeitenden eines deutschen Jobcenters einen besonderen Bedarf bei ihren Kunden und Kundinnen an Suchtberatung/-behandlung. (Kinnen o.J.) Im Projekt „Würde statt Stress“ wurde außerdem Unterstützung im Umgang mit psychischen Belastungen als wesentlich gesehen, um Folgeerkrankungen und dadurch notwendige zeitfressende Arztbesuche zu reduzieren. Auch eine Ansprechperson in der Beratungsstelle für Gesundheitsmaßnahmen wurde als hilfreich erachtet. (Presch 2011; Presch/Strauss 2011)

Im Rahmen von problemzentrierten Interviews wurde weiters erarbeitet, dass sich die meisten Befragten gezielt mit ihrer derzeitigen Lebenssituation auseinandersetzen möchten, die anderen wiederum wünschen sich in erster Linie Ablenkung. (Alfes 2014) Dazu gibt es den Lösungsvorschlag im Projekt „Würde statt Stress“, „konsumzwangsfreie“ Treffpunkte zu ermöglichen, und eine Vernetzung von erwerbsarbeitslosen Menschen anzuregen (u. a. auch Sportgruppen, Raum für kreatives Schaffen, Wohnungstausch, Notfallfond, Geldleihkreis) (Presch 2011; Presch/Strauss 2011). Gemeinsame körperliche Aktivität und sinnvolle Freizeitgestaltung standen zum Beispiel im Projekt „loginclusion“ im Vordergrund und trafen auf reges Interesse (Gstöttenbauer/Steiner 2014).

Sowohl im Projekt „Würde statt Stress“ als auch im Rahmen einer Erhebung unter langzeitarbeitslosen Menschen, die am JOBS-Programm in Deutschland teilnehmen, wurde auf einen besonderen Bedarf im Zusammenhang mit dem Faktor Erwerbsarbeitslosigkeit hingewiesen. So braucht es eine gemeinsam hergestellte biografische Reflexivität als „Schlüssel für die

Kompetenz, Umbrüche und schwer einordenbare Lebensphasen wie Arbeitslosigkeit neu zu deuten, und sich damit neue Perspektiven und Handlungsoptionen zu eröffnen“ im Sinne von solidarischem Lernen. Es sollen gemeinsam Wege erarbeitet werden, sich nicht länger für arbeitslose Phasen zu schämen, sondern diese als (guten oder schlechten) Teil in die Lebensläufe zu integrieren. Außerdem gelte es, die „Vorzüge der Arbeitslosigkeit sichtbar zu machen“ und den Alltag bewusst zu gestalten (Presch/Strauss 2011). Außerdem sind ein Erarbeiten der persönlichen Stärken und Ressourcen, praktische Übungen von Bewerbungsabläufen sowie berufsrelevante Fortbildungen (z. B. spezifische Sprachkurse) von Interesse, um sich selbstbewusster für Arbeitsmöglichkeiten zu bewerben (Mayer/Holleder 2021).

Die Darstellung der unterschiedlichen Bedürfnisse der befragten Menschen im Rahmen der problemzentrierten Interviews und auch die peer-geleitete Arbeit im Projekt „Würde statt Stress“ zeigte, dass je nach individueller Lebenssituation und damit einhergehender Ressourcenausstattung andere gesundheitliche Bedürfnisse im Vordergrund stehen. (Alfes 2014; Presch/Strauss 2011)

Wie möchten sich die Teilnehmenden über Gesundheitsangebote informieren?

Teilnehmende einer Bedürfniserhebung aus Deutschland (n=78), haben im Vorfeld eines gesundheitsfördernden Programms am häufigsten angegeben, dass sie sich gerne bei der Krankenkasse (n=30), beim direkten Ansprechpartner / der direkten Ansprechpartnerin im Jobcenter (n=28), über ausgelegte Flyer/Plakate im Jobcenter (n=24), beim Arzt (n=23) oder im Rahmen einer Informationsveranstaltung am Jobcenter (n=18) über entsprechende Gesundheitsangebote informieren möchten. Die restlichen zur Auswahl stehenden Kategorien, E-Mail, per Post, lokale Zeitung, Homepage des Jobcenters, Glaubensgemeinschaft, Sportverein, Bildungsträger, Kita oder Schule bzw. über Freunde / Bekannte wurden hingegen selten angegeben (Kinnen o.J.). Eine andere Bedürfniserhebung mittels Befragung zeigte den Wunsch nach einer aufsuchenden, motivierenden und aktivierenden Ansprache (Alfes 2014).

Aus dem Projekt „Würde statt Stress“ geht hervor, dass nicht von „Aktivieren“ gesprochen und auch kein „Coaching“ angeboten werden soll (Presch/Strauss 2011).

Mit wem möchten die Teilnehmenden gerne an Gesundheitsangeboten teilnehmen?

Die Teilnehmenden einer Bedürfniserhebung aus Deutschland (n=78) haben angegeben, dass sie am liebsten eine Einzelberatung hätten (n=26), gefolgt von Angeboten gemeinsam mit anderen Arbeitssuchenden in ähnlichen Lebenslagen (n=22). Seltener wurde angegeben mit anderen Arbeitssuchenden im Allgemeinen oder „mit Menschen in verschiedenen beruflichen Lebenslagen“. In der ergänzenden Fokusgruppe wurde darüber diskutiert, dass es „netter Menschen“ bedarf. (Kinnen o.J.) Diese Ergebnisse werden auch durch eine qualitative Befragung von langzeitarbeitslosen Menschen unterstützt. Sie wünschen sich eine individuelle psychosoziale Beratung und ergänzende Angebote im Gruppensetting (Mayer/Holleder 2021). Die Arbeiten im Rahmen des peer-geleiteten Projekts „Würde statt Stress“ sowie „loginclusion“ zeigten den Wunsch nach gemeinsamen Aktivitäten mit anderen Arbeitslosen auf, um sich auszutauschen, voneinander zu lernen und sich mit Menschen zu umgeben, die die eigene Lage verstehen (Gstöttenbauer/Steiner 2014; Presch/Strauss 2011).

Im Kontrast dazu stehen die Ergebnisse einer weiteren Erhebung mittels problemzentrierter Interviews, die ein besonderes Bedürfnis nach sozialen Kontakten, Akzeptanz und Rückhalt sowie dem entsprechenden Wunsch nach Gruppenangeboten aufzeigte. Diese Gruppen sollten nach Auffassung der Befragten sowohl aus arbeitslosen als auch aus erwerbstätigen Menschen unterschiedlichen Alters und Geschlechts bestehen und die Individuen nicht auf den Faktor Arbeitslosigkeit reduzieren. (Alfes 2014)

Wie können möglichst viele Teilnehmende am Gesundheitsangebot teilnehmen?

In allen betrachteten Bedürfniserhebungen und einschlägigen Projekten kam dem Kostenfaktor eine besondere Bedeutung zu – entsprechende Angebote sollten möglichst kostengünstig oder kostenfrei sein. (Alfes 2014) (Gstöttenbauer/Steiner 2014; Kinnen o.J.; Schleicher 2019; Wobbe 2007)

Des Weiteren bedarf es ein Schließen von Angebotslücken, mehr Information und Angebote zu verschiedenen Zeiten (Kinnen o.J.; Schleicher 2019). Angebote sollten familienfreundlich sein und in Wohnortnähe stattfinden (Alfes 2014) bzw. fußläufig erreichbar sein (Mayer/Holleder 2021).

Eine Befragung unter den Mitarbeitenden eines Jobcenter zeigte außerdem, dass die Freiwilligkeit gegeben sein muss, die Veranstaltungen am besten vormittags und im Jobcenter oder bei Bildungsträgern durchgeführt werden sollten (Kinnen o.J.).

Zusätzlich zeigten die problemzentrierten Interviews und die Erfahrungen im Projekt „loginclusion“, dass Erwerbsarbeitslose ein besonderes Bedürfnis nach Stabilität und Sicherheit haben. Gesundheitliche Interventionsmaßnahmen können den Betroffenen daher helfen, ihren Alltag besser zu strukturieren und die Maßnahmen selbst können Struktur geben, indem sie verbindlich sind und regelmäßig stattfinden. (Alfes 2014; Gstöttenbauer/Steiner 2014)

Eine großangelegte Erhebung in Hamburg zeigte, dass erwerbsarbeitslose Menschen, die bereits an einem gesundheitsfördernden Angebot (z. B. Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung, Kommunikation, Kompetenzförderung) teilgenommen haben, auch eher bereit sind, weitere Angebote in Anspruch zu nehmen (Wobbe 2007).

Die Erfahrungen im Projekt „loginclusion“ haben gezeigt, dass soziale Handicaps der Zielgruppe eine große Herausforderung darstellen können und verhindern, dass arbeitssuchende Menschen an Angeboten teilnehmen (Vorurteile, Ängste etc.). Daher bedarf es intensiver Beziehungsarbeit mit persönlichem Kontakt und Vernetzungsarbeit. (Gstöttenbauer/Steiner 2014)

30 der 78 teilnehmenden Kunden und Kundinnen der Befragung gaben an, dass sie Interesse daran hätten, bei der Organisation und der Umsetzung von Gesundheitsangeboten zu unterstützen. (Kinnen o.J.) Auch die Ergebnisse der problemzentrierten Interviews bildeten diesen Wunsch nach Partizipation ab. Die Befragten möchten „aktiv sein und sich einbringen, indem sie mitgestalten und auch mitentscheiden“. (Alfes 2014)

8 Vorschlag für ein multimodales Rahmenkonzept zur Förderung der Gesundheit bei erwerbsarbeitslosen Menschen in Österreich

Erwerbsarbeitslosigkeit kann als besonders herausfordernde Lebensphase verstanden werden, die sich tendenziell negativ auf die Gesundheit und das gesundheitsrelevante Verhalten der Betroffenen auswirken kann. Daher bedarf es ein differenziertes Konzept zur Stärkung der Gesundheit in dieser Lebensphase, welches auf die konkrete Lebenssituation abgestimmt ist, vorhandene Ressourcen systematisch zu erschließen versucht und unterschiedliche Bedürfnisse, die sich aus der Situation ergeben, anerkennt.

Dieser Vorschlag für ein multimodales Rahmenkonzept ergibt sich aus den durchgeführten Analysen zur spezifischen Situation von erwerbsarbeitslosen Menschen in Österreich, der aufbereiteten Evidenz aus internationalen Studien und nationalen Projekterfahrungen, sowie der Konsultation mit zentralen Stakeholdern und Expertinnen / Experten in Österreich im Bereich der Arbeits- bzw. Gesundheitsförderung zu wesentlichen Rahmenbedingungen und konkreten Bedarfen. Er soll einen Rahmen bieten, um zukünftige Bemühungen zur Gesundheitsförderung mit bzw. für diese Bevölkerungsgruppe zu steuern und einzuordnen.

Dieses Rahmenkonzept zielt grundsätzlich darauf ab, erwerbsarbeitslosen Menschen die niederschwellige Möglichkeit und Unterstützung zu geben, ihre **Gesundheit und ihr Wohlbefinden auf allen Ebenen (bio-psycho-sozial) zu fördern**. Das Rahmenkonzept möchte insbesondere

- die psychosoziale Bewältigung der Arbeitslosigkeit fördern,
- in der Strukturierung des Alltags unterstützen,
- die soziale Integration erleichtern,
- gesunde Ernährung und gesundheitswirksame Bewegung fördern,
- das Rauch- und Suchtverhalten verbessern
- die Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen sowie
- die Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen verbessern.

In diesem Sinne möchten die empfohlenen Maßnahmen des Rahmenkonzepts in dieser sensiblen Lebensphase entlasten, Kompetenzen, die dabei helfen mit dieser oftmals herausfordernden Zeit umzugehen, aufbauen und bei einer Entwicklung von gesundheitsfördernden Verhaltensweisen unterstützen. Die im Rahmenkonzept empfohlenen Maßnahmen stellen keinen Ersatz für eine adäquate medizinische oder therapeutische Versorgung dar.

Entsprechend einer universellen Gesundheitsförderung richtet sich das Rahmenkonzept grundsätzlich **an alle erwerbsarbeitslosen Menschen**. Idealerweise sollen die Menschen jedoch möglichst früh in der Erwerbsarbeitslosigkeit erreicht werden, um größeren Belastungen der physischen und psychischen Gesundheit zuvorzukommen. Menschen, die bald wieder in Beschäftigung gehen, sowie jene, die vordergründig aufgrund von Krankheit erwerbsarbeitslos wurden bzw. die vor allem medizinische Versorgung und Therapien benötigen, sind keine primäre Zielgruppe.

Der Bewältigungsprozess einer Arbeitslosigkeitsperiode steht in Abhängigkeit von individuell verfügbaren Ressourcen sowie von Fähigkeiten und Kompetenzen (Hollederer 2021). Daher

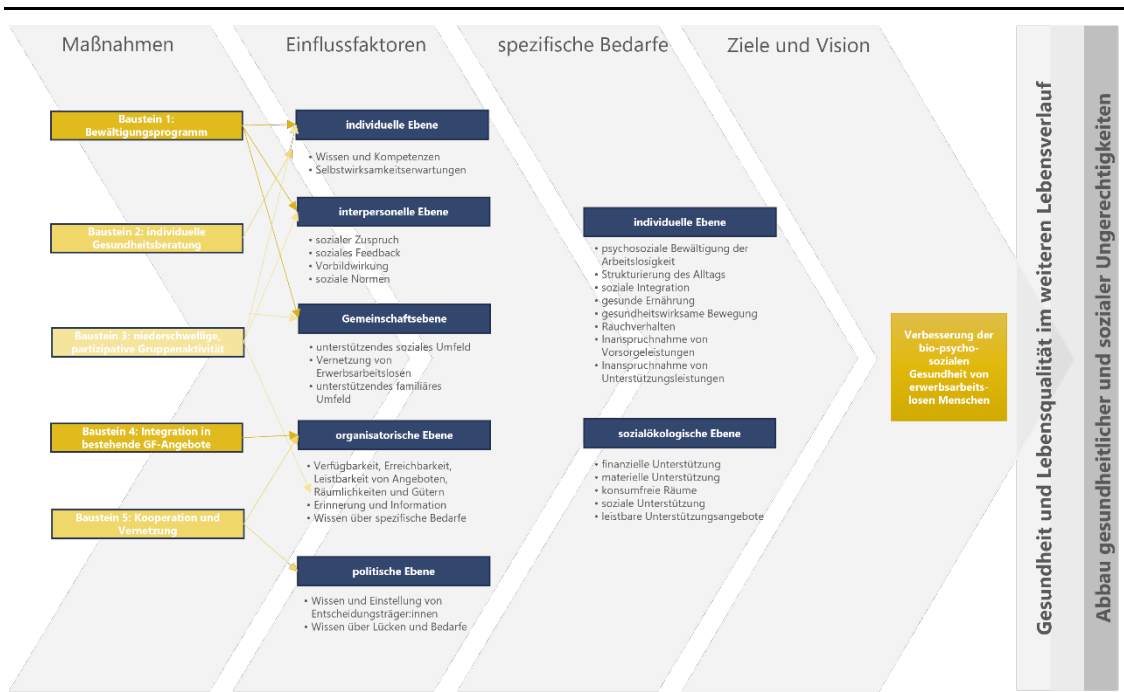
sollte besonderer Fokus auf jene Menschen gelegt werden, die sozial benachteiligt sind (z. B. Alleinerziehende, Menschen mit niedriger Ausbildung, Menschen in prekärer Beschäftigung, Menschen mit wenig finanziellen Mitteln). Zudem sollten Menschen in relevanten Übergangsphasen (z. B. Übergang Selbstständigkeit/Erwerbsarbeitslosigkeit, Rückkehr aus Elternkarenz, Arbeitslosigkeit nach Schule oder Studium) sowie mit sprachlichen Einschränkungen besonders berücksichtigt werden.

Um die Gesundheit in dieser Lebensphase zu stärken braucht es mehrere Bausteine, die an unterschiedlichen Ebenen ansetzen und die spezifischen Einflussfaktoren auf Gesundheit berücksichtigen:

- Stärken von Individuen
- soziale Vernetzung von erwerbsarbeitslosen Menschen
- Verbessern des Zugangs zu wichtigen Einrichtungen und Diensten
- Diskurs über notwendige makroökonomische und kulturelle Veränderungen

Das **logische Modell des Rahmenkonzepts** wird in Abbildung 7 skizziert. Es zeigt fünf Bausteine, die wir empfehlen, um zentrale Einflussfaktoren auf die spezifischen Bedarfe für mehr Gesundheit und Lebensqualität unter erwerbsarbeitslosen Menschen zu adressieren. Die Bausteine setzen als Ganzes sowohl auf individueller als auch auf interpersoneller und gemeinschaftlicher sowie auf organisatorischer und politischer Ebene an, um Menschen der Zielgruppe zu befähigen, ihre eigenen Potentiale zu entfalten und so ihr Wohlbefinden selbstbestimmt zu stärken und Krankheiten abzuwenden.

Abbildung 7: Logisches Modell zur Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität von erwerbsarbeitslosen Menschen



Quelle: eigene Darstellung

8.1 Baustein 1: Bewältigungsprogramm basierend auf AktivA

Dieser erste Baustein möchte erwerbsarbeitslose Menschen möglichst früh nach Eintritt in diese oftmals kritische Lebensphase Unterstützung in der erfolgreichen Bewältigung dieser bieten. Dazu sollen den Teilnehmenden (1) Kompetenzen zur Bewältigung bzw. den Umgang mit den Folgen der Erwerbsarbeitslosigkeit vermittelt werden, (2) die psychosozialen Ressourcen (u. a. Selbstwirksamkeitserwartung, Lebenskompetenzen, soziales Netz) gestärkt werden und so die Handlungsfähigkeit der Teilnehmenden erhalten werden und (3) zur Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen während der Erwerbslosigkeit motiviert und unterstützt werden (insbesondere in Bezug auf Ernährung, Bewegung, Rauch- und Suchtverhalten, Alltagsgestaltung, soziale Integration, Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen und Unterstützungsleistungen).

Inhaltlich soll sich dieses Programm an den Modulen des evidenzbasierten Programms AktivA richten: (1) ausgewogene Aktivitätenplanung und Strukturierung des Alltags, (2) Konstruktives Denken zur (Neu-)Bewertung der eigenen Situationen, (3) Vermittlung sozialer Kompetenzen und Analyse des eigenen sozialen Umfelds, (4) Vermittlung von konkreten Fertigkeiten zum systematischen Lösen von Problemen und dem (emotionalen) Umgang mit schwierigen Situationen.

Um die analysierten Faktoren des Veränderungsmodells aufzugreifen, sollt(en) zudem

- die möglichen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf Gesundheit thematisiert werden
- Möglichkeiten professioneller Unterstützungsleistungen wie weiterführender regional-verfügbare Angebote zur Gesundheitsförderung und Freizeitgestaltung aufgezeigt/gemeinsam erarbeitet werden
- die Teilnehmenden dazu ermutigt werden, sich mit ihren Glaubenssätzen zur Erwerbsarbeitslosigkeit auseinanderzusetzen und die Zeit für Gesundheit, Reflexion und Entwicklung zu nutzen
- gemeinsame Reflexion von Barrieren und Ressourcen für mehr Bewegung im Alltag oder gesündere Ernährungsgewohnheiten anleiten und konkrete Tipps und Tricks zur Umsetzung vermitteln
- Austausch und Vernetzung unter den Teilnehmenden angeregt werden
- auf die kostenlose Möglichkeit einer jährlichen Vorsorgeuntersuchung hingewiesen werden und zur Kontrolle des Impfpasses beim Hausarzt/der Hausärztin ermutigt werden

Konzeptionell soll dieses Programm angelehnt an AktivA im geschlossenen Gruppensetting (ca. 8 - 15 Personen) und im Ausmaß von 32 Stunden innerhalb eines Monats angeboten werden. Um die positive Wirkung bzw. den Verstärkungseffekt von sozialem Zuspruch und sozialem Feedback zu nutzen, sollen möglichst aktive Lehr- und Lernmethoden angewandt werden und ein ermutigendes Umfeld geschaffen werden.

Um einen Raum für informellen Austausch unter den Teilnehmenden zu schaffen, soll genügend Zeit vor und nach den inhaltlichen Arbeiten vorgesehen werden, dies könnte kombiniert werden mit einer gesunden Jause/einem gesunden Frühstück (hier könnten auch die entsprechenden Rezepte geteilt werden). Zudem soll im Sinne einer gesundheitsfördernden Ausrichtung des Programms, im Tagesablauf genügend Zeit für kurze Bewegungseinheiten vorgesehen werden.

Trainer:innen, die beruflich in der Gesundheitsförderung o. ä. tätig sind und einen sozialpädagogischem oder psychologischem Hintergrund haben, scheinen sich besonders für die Umsetzung

dieses Programms zu eignen. Wichtig für die Auswahl der Trainerin:des Trainers sind zudem ihre/seine sozialen Kompetenzen und kommunikativen Fähigkeiten. Die fünf-tägige Schulung von AktivA wird als Ausgangsbasis für die Umsetzung dieses Programms gesehen. Unterstützt werden könnte die Trainerin:der Trainer von einer Person mit Arbeitslosigkeitserfahrung.

Der Zugang zum Angebot sollte möglichst niederschwellig gestaltet werden. Die potenziellen Teilnehmenden könnten von Mitarbeitenden des AMS, über einschlägige Vereine oder von den umsetzenden Trainer:innen informiert werden. Auch eine Information mit Link zur Anmeldung über Flyer, Plakate oder über digitale Kommunikationswege ist denkbar.

Für die Umsetzung eines derartigen Bewältigungsprogramms ist eine Detailplanung notwendig. Diese soll die vorgeschlagene Intervention inhaltlich entsprechend den durchgeführten Analysen und organisatorisch entsprechend den lokalen Strukturen und Ressourcen adaptieren. Dazu ist eine vertiefende inhaltliche und methodische Auseinandersetzung mit AktivA, eine Konsultation mit Expertinnen und Experten in Österreich sowie Abstimmungen mit potenziellen Umsetzungsträgern notwendig. Eine Pilotierung bzw. Testung des Programms in beschränktem Umfang ermöglicht eine Bewertung der Durchführbarkeit, der Akzeptanz, der Wirksamkeit und der Einbindung in den lokalen Kontext.

8.2 Baustein 2: individuelle Gesundheitsberatung basierend auf FIT-Beratung

Dieser Baustein möchte Individuen die Möglichkeit geben, sich systematisch mit der eigenen Gesundheit zu beschäftigen. Gemeinsam mit einer Beraterin / einem Berater können je nach individuellem Bedarf unterschiedliche Themen besprochen werden, darunter Ernährung, Bewegung, Alkoholkonsum, Tabakkonsum, Stress, soziale Beziehungen, Tagesstruktur, Isolation und gesundheitliche Vorsorgemaßnahmen. Die Teilnehmenden definieren selbst den zu priorisierenden Bereich und entwickeln gemeinsam mit der Beraterin / dem Berater Ziele und erste Umsetzungsschritte. Hier können auch Vermittlungen zu gesundheitsfördernden regionalen Angeboten oder weiteren Angeboten spezifisch für erwerbsarbeitslose Menschen stattfinden.

Dieser Baustein soll nach der FIT-Beratung von Wiborg et al. (2005), als kurze Intervention konzipiert werden, der die Teilnehmenden dort abholt, wo sie sich motivational befinden. Vorgeschlagen wird, nach dem Erstgespräch im Abstand von maximal drei Monaten eine Folgeberatung vorzusehen, in der über die gemachten Erfahrungen reflektiert und ggf. weitere Unterstützung angeboten werden kann.

Die FIT-Beratung wurde so konzipiert, dass unterschiedliche Berufsgruppen, die in der Gesundheitsförderung tätig sind, diese mit Hilfe eines Praxisleitfadens und einer entsprechenden Schulung durchführen können. Wichtig für die Auswahl der Beraterin/des Beraters sind ihre/seine sozialen Kompetenzen und kommunikativen Fähigkeiten.

Die Hemmschwelle zu einer individuellen Beratung kann hoch sein. Deshalb sollte das Bewältigungsprogramm als „Türöffner“ gesehen werden. In dieser wird in der ersten Einheit zur ganzheitlichen Aktivitätsplanung erstmals zum Thema Gesundheitsförderung sensibilisiert. Nach dieser Einheit könnte allen interessierten Teilnehmenden die Möglichkeit zu einer individualisierten persönlichen Beratung angeboten werden.

In einer Detailplanung sollten insbesondere die organisatorischen Voraussetzungen geklärt werden und das Angebot entsprechend den lokalen Strukturen und Ressourcen adaptiert werden. Es ist denkbar, die motivierenden Gesundheitsberatung nicht nur als face-to-face-Beratung, sondern auch als digitale oder telefonische Beratung anzubieten.

8.3 Baustein 3: niederschwellige, partizipative Gruppenaktivität

Dieser Baustein möchte erwerbsarbeitslosen Menschen den Raum geben, gesundheitsförderliche Verhaltensweise zu erfahren, zu erlernen und einzuüben. Außerdem soll er eine Möglichkeit bieten, sich mit anderen erwerbsarbeitslosen Menschen zu vernetzen und über gemachte Erfahrungen auszutauschen.

Dieser Baustein soll als fortlaufende partizipative Gruppenaktivität (im Ausmaß von 2-3 Stunden) zu Gesundheitsthemen konzipiert werden und jedenfalls kurze Bewegungseinheiten inkludieren (vgl. Horns et al. 2012). Die Gruppenaktivitäten können sich aus theoretischem Input, aktiven Elementen sowie offenem Austausch zu Themen, die für die Teilnehmenden besonders relevant sind, zusammensetzen. Beispielhafte Aktivitäten können das Wandern oder Fahrradfahren in der Region sein, Kochen für Anfänger:innen oder Tipps für ein einfaches und schnelles Abendessen für die Familie, progressive Muskelentspannung nach Jacobsen, ein Achtsamkeitstraining etc.

Die Vermittlung zu diesem regelmäßigen Gruppenangebot soll über das Bewältigungsprogramm oder über die individuelle Gesundheitsberatung passieren, um Begleitstrukturen zu schaffen, die die Teilnehmenden fortlaufend motivieren.

In einer Detailplanung sollten insbesondere die organisatorischen Voraussetzungen geklärt werden und das Angebot entsprechend den lokalen Strukturen und Ressourcen adaptiert werden. Es ist denkbar, dass die durchführenden Trainer:innen des Bewältigungsprogramms dieses Angebot moderieren.

8.4 Baustein 4: Integration von erwerbsarbeitslosen Menschen in bestehende Angebote der Gesundheitsförderung

Dieser Baustein möchte an bestehende Angebote der Gesundheitsförderung anknüpfen und diese gezielt erwerbsarbeitslosen Menschen näherbringen. Hierbei scheint es insbesondere für Angebote der Bewegungsförderung, gesunden Ernährung, Entspannung sowie der Raucherentwöhnung einen Bedarf zu geben.

Dazu sollen einerseits die zuvor beschriebenen Bausteine als Vermittlungsbasis herangezogen werden und andererseits soll überprüft werden, ob es Möglichkeiten gibt, die bestehenden Angebote so zu gestalten, dass eine Teilnahme von erwerbsarbeitslosen Menschen erleichtert wird. Es wird vermutet, dass insbesondere für Menschen mit wenigen finanziellen Mitteln eine Teilnahme auf Grund der Kosten und/oder der Erreichbarkeit verhindert wird. Dementsprechend ist zu überprüfen, ob ähnlich wie beim Wiener „TuWas!Pass“ eine Kostenübernahme für vielfältige Bewegungs-, Sport- und Fitnessangebote auch in anderen Bundesländern für Menschen ohne Lohnarbeit möglich wäre und ob organisatorische Adaptionen, z. B. der Einstieg auch bei Kursen mit Semesterlogik, machbar sind. Aus den Erfahrungen von vorangegangenen Projekten geht

hervor, dass insbesondere die Angst vor Stigmatisierungen, Menschen abschreckt an entsprechenden Kursen teilzunehmen. Daher scheint es sinnvoll, einerseits die Kommunikations- und Informationsmaterialien an die Sprache und Bedürfnisse der Zielgruppe anzupassen und andererseits die Kursleitenden hinsichtlich dieser Ängste zu sensibilisieren.

Um mehr Informationen über die Bedarfe hinsichtlich dieses Bausteins bzw. über Bedenken, Motive oder Barrieren der Inanspruchnahme zu erfahren, wird vorgeschlagen, gemeinsam mit erwerbsarbeitslosen Menschen zu eruiieren, welche organisatorischen oder sprachlichen Adaptationen tatsächlich notwendig sind, um die Zielgruppe besser zu erreichen. Außerdem sollte überprüft werden, ob es gelingt über die vorangegangenen Bausteine, die Menschen einfacher in die Angebote zu integrieren.

8.5 Baustein 5: Kooperation und Vernetzung

Dieser Baustein möchte insbesondere die organisatorische und politische Ebene adressieren, um für die spezifischen Bedarfe von Menschen in dieser oftmals kritischen Lebensphase zu sensibilisieren und die Zusammenarbeit von unterschiedlichen Sektoren und Institutionen zur Verbesserung der Gesundheit in dieser Zielgruppe zu stärken.

Es wird vorgeschlagen, auf Basis einer Stakeholderanalyse zunächst ein Konzept für die Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung zu erarbeiten und in Folge umzusetzen. Möglich wären beispielsweise kurze Factsheets, aber auch Veranstaltungen für die relevante Fachöffentlichkeit, um den Bedarf und den Nutzen von Gesundheitsförderungsmaßnahmen für erwerbsarbeitslose Menschen darzustellen und relevante Rahmenbedingungen zu diskutieren. Um die tatsächliche Umsetzung der hier diskutierten Vorschläge zu unterstützen, wäre eine zielgerichtete Kommunikation von (Zwischen)Ergebnissen, die sich aus der Testung einzelner Bausteine ergeben, als empfehlenswert.

Des Weiteren lässt sich aus der Analyse von wirksamen, internationalen Interventionen ein Diskussionsbedarf ableiten, inwiefern bestehende Kurs- und Schulungsmaßnahmen im arbeitsmarktnahen Setting, insbesondere jene zur Arbeitssuche, gesundheitsfördernde Aspekte berücksichtigen. Möglicherweise bieten die Erfahrungen der in Kapitel 7.1 beschriebenen evaluierten Programme Entwicklungspotentiale.

Um die Kooperation und Vernetzung von Stakeholdern, relevanten Angeboten, Experten und Expertinnen in diesem Bereich zu forcieren, wird vorgeschlagen entsprechende Strukturen, in einem ersten Schritt eine Steuerungsgruppe und ein Sounding Board, zu etablieren und diese fachlich zu begleiten.

In einer Steuerungsgruppe sollten jene Entscheidungsträger:innen vertreten sein, die hinsichtlich der Finanzierung entsprechender Maßnahmen relevant sind, aber auch andere Rahmenbedingungen beeinflussen können (z. B. Personal oder Ort zur Verfügung stellen) und so die schrittweise Umsetzung des Rahmenkonzepts planen und diskutieren können. Mögliche Mitglieder könnten der Dachverband der Sozialversicherungsträger (DVS), die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK), das Bundesministerium für Soziales und Gesundheit (BMSGPK), das Bundesministerium für Arbeit (BMAW), Ländervertretungen, das österreichische Arbeitsmarktservice

(AMS) sowie eventuell der Gemeinde- und Städtebund sowie der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) sein.

Fachleute und Selbstvertreter:innen der Zielgruppe könnten in einem Sounding Board, ihre Expertise und Perspektiven für die schrittweise Umsetzung des Rahmenkonzepts einbringen und sicherstellen, dass in der Umsetzung konsequent die Bedürfnisse von erwerbsarbeitslosen Menschen berücksichtigt werden. Die zentrale Aufgabe ist daher die Beratung und allenfalls Mitwirkung an Argumentarien etc. Mögliche Mitglieder könnten die AMSEL, das FEM Süd, Fit to work (ÖSB Consulting), Arbeitsplus, aks Austria-Organisationen, der Verein Aktive Arbeitslose und auch die Vertreter:innen von login sein.

Eine fachliche Begleitung soll in der weiteren Planungs- und Umsetzungsphase laufend beraten, darauf achten, dass die bestehenden fachlichen Grundlagen berücksichtigt werden, und die Vernetzung und Kooperationen unterstützen.

8.6 Rahmenbedingungen zur Ausgestaltung der Bausteine

Bei der Detailplanung der einzelnen Bausteine bzw. der praktischen Umsetzung der Strategien sollen neben den allgemeinen Erfolgskriterien gesundheitsfördernder Maßnahmen auch spezielle Faktoren berücksichtigt werden, die sich aufgrund der spezifischen Situation von erwerbsarbeitslosen Menschen ergeben.

Zugang zur und Ansprache der Zielgruppe

Die Servicestellen des AMS bieten neben den Beschäftigungs- und Qualifizierungsträgern einen institutionellen Zugang zu erwerbsarbeitslosen Menschen und können gezielt über Angebote der Gesundheitsförderung informieren, ohne die Zielgruppe zu stigmatisieren.

Grundsätzlich sollten vielfältige Ansprachewege vorgesehen werden, wobei auf eine stigmatisierungsfreie Ansprache zu achten ist. Möglichkeiten der persönlichen Ansprache (z. B. über Peers und/oder vertraute Personen) werden gerade in der Arbeit mit Zielgruppen, die besonders belastet sind, als unerlässlich betrachtet. Informationstermin(e) bzw. Impulsworkshops ohne Anmeldung und mit den zukünftigen Trainer:innen, am besten an einem vertrauten Ort (z. B. an der AMS-Servicestelle) sowie (telefonische) Einzelgespräche können hilfreich sein, um Bedenken und Bedarfe aufzugreifen. Zusätzlich können unterschiedlichste, idealerweise gemeinsam mit der Zielgruppe entwickelte Informationsmaterialien (Flyer, Plakate, Terminkarten) eingesetzt werden.

Die Anmeldung zum Angebot soll möglichst unkompliziert erfolgen und durch Freiwilligkeit gekennzeichnet sein. So hat es sich in vorangegangenen Projekten bewährt, interessierte Personen selbst wählen zu lassen, ob sie sich selbst bei den Veranstaltern anmelden (persönlich oder digital) oder durch Dritte angemeldet werden.

Ort der Angebotsumsetzung

Für die Umsetzung der Bausteine, die sich direkt an die Individuen richten, können Einrichtungen der Gemeinwesenarbeit, wie Stadtteilzentren, Familienzentren, Nachbarschaftseinrichtungen

oder Standorte der Krankenkassen empfohlen werden. Das Anbieten von einzelnen Bausteinen (z. B. das Bewältigungsprogramm oder die individuelle Gesundheitsberatung) an den Standorten der AMS-Servicestellen oder der Beschäftigungs- und Qualifizierungsträger wird als ambivalent betrachtet, würde jedoch eine vertraute Umgebung und möglicherweise kurze Wege bieten. Wichtig ist jedenfalls, eine möglichst gute Erreichbarkeit zu Fuß, mit dem Fahrrad oder öffentlichen Verkehrsmitteln sicherzustellen.

Zeitliche Ausgestaltung der Angebote

Kontinuierliche und klare Zeiten, sowie eine Ausrichtung an die Bedürfnisse der Zielgruppe gelten als wesentliche Erfolgsfaktoren. Je nach Baustein wird es hier unterschiedliche Herangehensweisen benötigen. Wichtig ist die klare Kommunikation.

Arbeitsweise

In Bezug auf die Arbeitsweise ergeben sich folgende Erfolgsfaktoren:

- möglichst fortlaufender Einstieg in das Angebot
- kleine Gruppen, um eine vertrauliche und persönliche Atmosphäre zu schaffen
- Freiwilligkeit in der Teilnahme und Möglichkeit jederzeit und ohne Konsequenzen aus dem Programm auszusteigen
- aktiver Einbezug der Zielgruppe in der Ausgestaltung des Angebots, um die jeweiligen Bedürfnisse der Teilnehmenden zu berücksichtigen
- Raum für Anerkennung, Zugehörigkeit zu einer Gruppe und Teilhabe schaffen
- Kursleitende, die empathisch für die Lebenslage erwerbsarbeitsloser Menschen sind und den Menschen wertschätzend und auf Augenhöhe begegnen und ein vorurteilfreies und unterstützendes Umfeld schaffen
- Empowerment und Ressourcenorientierung als grundlegende Haltung
- Kompetenzerweiterung durch aktive Lehr- und Lernmethoden, da sich Kompetenzen nur indirekt aufbauen lassen, durch das Bewusstmachen, die Reflexion und das aktive Üben und Anwenden neuer Fertigkeiten.
- Einsatz von Anreizen (z. B. Mitnahme von Essensresten für zu Hause, Verpflegung vor Ort, Leihmöglichkeiten von Computer)
- kostenlose bzw. kostengünstige Teilnahme an den Kursen und Gruppenaktivitäten
- kurze, klare und einfach formulierte Informationsmaterialien mit praxisnahen Beispielen
- gute Vernetzung zu weiteren Angeboten (für erwerbsarbeitslose Menschen) in der Region

Dokumentation und Evaluation

Es braucht eine strukturierte Dokumentation der umgesetzten Maßnahmen und der Teilnehmenden in einer Form, die Aussagen zur Treffgenauigkeit, Erreichbarkeit und zum Erfolg der Maßnahme ermöglichen. Es sollen also einerseits Charakteristika der Teilnehmer:innen, wie Alter, Geschlecht, Bildungsstatus, Familienstand, Geburtsort, Dauer bzw. Häufigkeit der Erwerbsarbeitslosigkeit, subjektiver Gesundheitszustand etc. erhoben werden, da diese Aussagen darüber ermöglichen, welche Gruppe der Erwerbsarbeitslosen gut oder weniger gut erreicht wurde. Andererseits geht es um Faktoren wie z. B. die Art der Kontaktaufnahme, das Ausmaß (Kontinuität,

Regelmäßigkeit etc.) der Teilnahme an einer Maßnahme und daraus resultierende weitere Effekte (z. B. die Vermittlung zu weiteren Angeboten und deren Inanspruchnahme).

Darüber hinaus sollte auch eine begleitende Evaluierung vorgesehen werden, die sich sowohl auf die strukturelle Umsetzung der Maßnahmen bezieht als auch die Wirkung bei der Zielgruppe erhebt und fortlaufende Anpassungen auch im Sinne einer (partizipativen) Qualitätsentwicklung ermöglicht.

8.7 Einschätzung zur aktuellen Umsetzbarkeit

Im Rahmen des Konsultationsprozesses wurde der Bedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen bestätigt. Aufgrund der Komplexität des Rahmenkonzepts und der bestehenden Rahmenbedingungen wird eine schrittweise Annäherung als erfolgsversprechend gesehen. Dazu sollten in einem nächsten Schritt 2025 konkrete Detailplanungen vorgenommen werden und begleitende Strukturen und Prozesse aufgebaut werden.

Es wird vorgeschlagen, das Bewältigungsprogramm (Baustein 1) als Ausgangspunkt zu betrachten und dieses gemeinsam mit der Steuerungsgruppe und dem Sounding Board zu konkretisieren und in einer kleinen Gruppe zu testen. Dazu sollen gezielt jene Menschen angesprochen werden, die erst seit kurzem (zwischen drei und sechs Monaten) oder wiederholt ungewollt erwerbsarbeitslos sind. Zusätzlich könnten unterschiedliche Vermittlungswege ausprobiert werden, um langfristig jene auszuwählen, die am effektivsten sind.

Des Weiteren wird vorgeschlagen, einige erwerbsarbeitslose Menschen in die bestehenden gesundheitsfördernden Angebote der ÖGK zu integrieren und mit Vertreter:innen der Zielgruppe zu diskutieren, wie erwerbsarbeitslose Menschen motiviert werden können, an den Angeboten teilzunehmen, wie gut sich die bereits bestehenden Angebote für die Bedarfe der Zielgruppe eignen und ob es Adaptierungen in Ansprache, Information oder Umsetzung der Angebote braucht. Auch sollte getestet werden, ob Menschen, die am Bewältigungsprogramm teilgenommen haben, bereit wären eine individuelle Beratung in Anspruch zu nehmen oder an weiterführenden regionalen Angeboten anzudocken.

Literatur

- Alfes, Jana (2014): Erhebung der Bedürfnisse arbeitsloser Menschen. Ein Beitrag zur zielgruppenadäquaten Ausrichtung gesundheitlicher Interventionsmaßnahmen. Armut und Gesundheit Der Public Health-Kongress in Deutschland, Technischen Universität Berlin
- Auer, Eva; Csarmann, Judith; Eichinger, Manuela; Felix, Claudia; Grieger, Nadine; Kozam, Daniela; Murauer, Veronika; Sagmeister, Monika; Wach, Iris (2023): Die Arbeitsmarktlage 2022. Hg. v. AMS Österreich, Wien
- Baumert, J.; Ladwig, K.H.; Döring, A.; Löwel, H.; Wichmann, H.E. (2005): Zeitliche Veränderungen und Einflussfaktoren des Rauchverhaltens im Hinblick auf die Umsetzung von Präventionsmaßnahmen. In: Gesundheitswesen 67/:S. 46-50
- Brenninkmeijer, V.; Blonk, R. W. (2012): The effectiveness of the JOBS program among the long-term unemployed: a randomized experiment in the Netherlands. In: Health Promotion International 27/:220–229
- Caplan, R. D.; Vinokur, A. D.; Price, R. H.; Ryn, M. (1989): Job seeking, reemployment, and mental health: a randomized field experiment in coping with job loss. In: Journal of Applied Psychology 74/:759-769
- Carlier, B.E.; Schuring, M.; Burdorf, A. (2018): Influence of an interdisciplinary re-employment programme among unemployed persons with mental health problems on health, social participation and paid employment. In: Journal of Occupational Rehabilitation 28/:147-157
- Creed, P.A.; Bartrum, D. (2006): Explanations for deteriorating wellbeing in unemployed people: Specific unemployment theories and beyond. In: Unemployment and health: International and interdisciplinary perspectives. Hg. v. Kieselbach T. et al. Australian Academic Press, Bowen HillsS. 1-20
- Creed, P.A.; Hicks, R.E.; Machin, M.A. (1998): Behavioural plasticity and mental health outcomes for long-term unemployed attending occupational training programmes. In: Journal of Occupational and Organizational Psychology 71/:171-191
- Curran, Joan; Wishart, Paula; Gingrich, John (1992/1999): JOBS A Manual for Teaching People Successful Job Search Strategies. Hg. v. University of Michigan, Michigan
- Eppel, Rainer; Leoni, Thomas; Mahringer, Helmut (2016): Österreich 2025 – Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit: Status quo und Reformperspektiven. WIFO-Monographie, Wien
- Ertelthalner-Weilhartner, Alexandra; Ebner, Katharina; Geiszler, Gabriele (2012): Projektabschlussbericht. Netzwerk Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration, Wien
- Ertelthalner, Alexandra (2011): Endbericht. most.Vital, Waidhofen
- Ertelthalner, Alexandra; Unfried, Jürgen; Cetin, Amela (2012): Endbericht. Gemeinsam Gesundheit Gestalten, Wien

- Faryn-Wewel, Monique (2021): JobFit als Ansatz zur Gesundheitskompetenzförderung arbeitssuchender Menschen: Prävention in arbeitsmarktnahen Settings von 2003 bis 2020. In: Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. Hg. v. Holleederer, A. Fachhochschulverlag, Frankfurt am MainS. 414-430
- FGÖ (2016): HEALTH4YOU. Gesundheitsförderung für Jugendliche in arbeitsmarktbezogenen Settings. Handbuch für die Praxis. FGÖ, Wien
- Flecker, Jörg; Heitzmann, Karin (2023): Verschärfte Armut wird bewusst in Kauf genommen - die Situation arbeitsloser Personen verschlimmert sich. 2024, A&W blog
- Fryer, D. (1986): Employment deprivation and personal agency during unemployment: A critical discussion of Jahoda's explanation of the psychological effects. In: Social Behavior 3(1):3-23
- gesundheitsinformation.de (2022): Kognitive Verhaltenstherapie [online]. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen <https://www.gesundheitsinformation.de/kognitive-verhaltenstherapie.html> [Zugriff am 23.09.2024]
- Goffman, E. (1967): Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Suhrkamp Verlag, Berlin
- Green, Lawrence; Gielen, Carlson Andrea; Ottoson, Judith M.; Peterson, Darleen V.; Kreuter, Marshall W. (2022): Health program planning, implementation, and evaluation: creating behavioral, environmental, and policy change. Hg. v. Green, Lawrence et al. Johns Hopkins University Press, Baltimore
- Griebler, Robert; Straßmayr, Christa; Mikšová, Dominika; Link, Thomas; Nowak, Peter; die Arbeitsgruppe Gesundheitskompetenz-Messung der ÖPGK (2021): Gesundheitskompetenz in Österreich: Ergebnisse der österreichischen Gesundheitskompetenzerhebung HLS19-AT. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- Gründler, Robert; Schulz, Roland (2014): AktivA. Aktive Bewältigung von Arbeitslosigkeit. WissensImpuls, Dresden
- Gstöttenbauer, Ilse; Steiner, Kathrin (2014): Endbericht zur Verbreitung der Projekterfahrungen und Ergebnisse. Hg. v. loginclusion, Wien
- GZ-AkteurInnen (2011): Würde statt Stress! Auswertung des Projekts. Solidarische Gesundheitsförderung durch kompetente Erwerbsarbeitslose, Wien
- Hanewinkel, R.; Wewel, M.; Stephan, C.; Isensee, B.; Wiborg, G. (2006): Motivational interviewing of unemployed – acceptance and effects of counselling to improve health-related behavior. In: Das Gesundheitswesen 68/:240-248
- Herbig, B.; Glaser, J.; Angerer, P. (2012): Alt, krank, arbeitslos, chancenlos? Ergebnisse einer randomisierten Kontrollstudie zur Wirksamkeit einer kombinierten Gesundheits- und Arbeitsförderung bei älteren Langzeitarbeitslosen (AmigA-M). In: Bundesgesundheitsblatt 55/:970-979

- Hollederer, Alfons (2014): Die Gesundheit von Arbeitslosen und ihre Förderung. In: Angewandte Sozialmedizin Handbuch für Weiterbildung und Praxis. Hg. v. Gostomzyk, J. Eco-med Medizin, LandsbergS. 1-17
- Hollederer, Alfons (2015): Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung – Ansätze und Potentiale. Salzburg. 22. Juni 2015, 17. Österreichische Gesundheitsförderungskonferenz
- Hollederer, Alfons (2019): Health promotion and prevention among the unemployed: a systematic review. In: Institute of Public Health 34/6:1078-1096
- Hollederer, Alfons (2021): Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main
- Hollederer, Alfons; Jahn, Heiko (2023): Results from a Nationwide Evaluation Study of Labor Market-Integrative Health Promotion for the Unemployed: Impact of the JOBS Program Germany. International Journal Environmental Research and Public Health, 20 2023/10/14
- Horns, K.; Seeger, K.; Heinmüller, M.; Limm, H.; Waldhoff, H.-P.; Salman, R.; Gündel, H.; Angerer, P. (2012): Gesundheitskompetenztraining für Menschen in Langzeitarbeitslosigkeit. In: Bundesgesundheitsblatt 55/:728-738
- Hulshof, I. L.; Demerouti, E.; Le Blanc, P.M. (2020): Job search demands-resources intervention among the unemployed: Effects on well-being, job search behavior and reemployment chances. In: Journal of Occupational Health Psychology 25(1):17-31
- Hult, Marja; Lappalainen, Kirsi; Saaranen, Terhi; Rasanen, Kimmo; Vanroelen, Christophe; Burdorf, Alex (2020): Health-improving interventions for obtaining employment in unemployed job seekers. Cochrane Database of Systematic Reviews 1. Aufl. 2020/01/09, Finland
- Jahn, Heiko; Hollederer, Alfons (2024): The health benefits of the JOBS Program Germany for unemployed people: A 6-month follow-up study. In: Journal of Public Health:1-16
- Jahn, Heiko; Klein, Daniel; Hollederer, Alfons (2021): Die Verbesserung der psychischen Gesundheit und der Arbeitsmarktintegration arbeitsloser Menschen durch den JOBS Program-Ansatz. In: Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. Hg. v. Hollederer, A. Fachhochschulverlag, Frankfurt am MainS. 182-200
- Jahoda, M. (1983): Wieviel Arbeit braucht der Mensch. Beltz, Basel
- Jahoda, M.; Lazarsfeld, P.; Zeisel, H. (1975): Die Arbeitslosen von Marienthal. Suhrkamp (Originalausgabe Leipzig 1933), Berlin
- Janssens, Kim; Joosen, Margot; Henderson, Claire; Bakker, Marjan; den Hollander, Wouter; van Weeghel, Jaap; Brouwers, Evelien (2024): Effectiveness of a stigma awareness intervention on reemployment of people with mental health issues/mental illness: A cluster randomised controlled trial. In: Journal of Occupational Rehabilitation 34/1:87-99
- Kellner, Antje (2021): Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung–AmigA seit 2008 im Jobcenter MAIA des Landkreises Potsdam-Mittelmark. In: Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. Hg. v. Hollederer, Alfons. Fachhochschulverlag, Frankfurt am MainS. 318–333

- Kinnen, Johanna (o.J.): Ein Aufruf zur Partizipation. Wie möchten Arbeitssuchende Menschen in ihrer Gesundheit gefördert werden. Deutschland
- Klein, Charlotte; Fröschl, Barbara; Kichler, Rita; Pertl, Daniela; Tanios, Aida; Weigl, Marion (2015): Empfehlungen zur Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Klimont, Jeannette (2020): Österreichische Gesundheitsbefragung 2019. Statistik Austria, Wien
- Klimont, Jeannette; Baldaszi, Erika; Ihle, Petra (2016): Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten des Austrian Health Interview Survey (ATHIS 2014) zu Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Statistik Austria, Wien
- Kroll, L.E.; Lampert, T. (2012): Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. GBE Kompakt. Heft 1. Robert Koch Institut, Berlin
- Leoni, Thomas (2019): Entwicklung und Verteilung der psychisch bedingten Krankenstände in Oberösterreich. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, Wien
- Limm, H.; Heinmüller, M.; Gündel, H.; Liel, K.; Seeger, K.; Salman, R. et al. (2015): Effects of a health promotion program based on a train-the-trainer approach on quality of life and mental health of long-term unemployed persons. In: *BioMed Research International* 2015/:1–27
- Maguire, N.; Hughes, V. C.; Bell, L.; Bogosian, A.; Hepworth, C. (2014): An evaluation of the choices for well-being project. In: *Psychology, Health and Medicine* 19(3)/:303-315
- Mayer, Dennis; Holleder, Alfons (2021): "Weil ohne Gesundheit auch keine Arbeit": Bedürfnisse und Erwartungen an die arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung in der Perspektive von Langzeitarbeitslosen. In: *Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen*. Hg. v. Holleder, Alfons. Fachhochschulverlag, Frankfurt am MainS. 396-413
- Mayer, Dennis; Holleder, Alfons (2022): What helps the unemployed to stay healthy? A qualitative study of coping with the negative effects of job loss. *Journal of Public Health Research*, 11
- Mayrhuber, Christine ; Bittschi, Benjamin (2021): Fehlzeitenreport 2021. Hg. v. WIFO, Wien
- Mayrhuber, Christine; Bittschi, Benjamin (2022): Fehlzeitenreport 2022. Hg. v. WIFO, Wien
- McKee-Ryan, F.; Song, Z.; Wanberg, C.; Kinicki, A. (2005): Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study. In: *Journal of Applied Psychology* 90(1)/:53-76
- Merakou, Kyriakoula; Tsoukas, Konstantinos; Stavrinou, Georgios; Amanaki, Eirini; Daleziou, Antonia; Kourmoussi, Ntina; Stamatelopoulou, Georgia; Spourdalaki, Evi; Barbouni, Anastasia (2019): The effect of progressive muscle relaxation on emotional competence: depression-anxiety-stress, sense of coherence, health-related quality of life, and well-being of unemployed people in Greece: an intervention study. In: *Explore* 15/1/:38-46

- Munk, Doris (2012): Endbericht zu health4you(th) – Innovative Gesundheitsförderung für Arbeit suchende Jugendliche im arbeitsmarktpolitischen Setting. Hg. v. health4you(th), Wien
- Munk, Doris; Schoeren, Sandra; Fischer, Clara Nelly; Rappauer, Anita; Stadler-Vida, Michael (2012): Lessons Learned. Erfahrungen aus dem Projekt. Hg. v. health4you(th), Wien
- Paul, Karsten; Holleder, Alfons (2023): The Effectiveness of Health-Oriented Interventions and Health Promotion for Unemployed People-A Meta-Analysis. *International Journal Environmental Research and Public Health*, 20 2023/06/10
- Paul, Karsten; Moser, Klaus (2009): Arbeitslosigkeit, Interventionsmaßnahmen und psychische Gesundheit: Ergebnisse einer internationalen Metaanalyse. Erlangen-Nürnberg
- Paul, Karsten; Moser, Klaus (2021): Wie wirken sich Interventionsmaßnahmen auf die psychische Gesundheit Arbeitsloser aus, wenn die Stellensuche erfolglos bleibt? - Metaanalytische Befunde In: *Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen*. Hg. v. Holleder, Alfons. Fachhochschulverlag, Frankfurt am MainS. 134-145
- Presch, Hedwig (2010): Ergebnisse der Umfrage von "Würde statt Stress" [online]. *Aktive Arbeitslose Österreich*. Wien
- Presch, Hedwig (2011): Würde statt Stress! Auswertung der Onlinebefragung. Hg. v. *Solidarische Gesundheitsförderung durch kompetente Erwerbsarbeitslose*, Wien
- Presch, Hedwig; Strauss, Renate (2011): Würde statt Stress! Solidarische Gesundheitsförderung durch kompetente Erwerbsarbeitslose. Hg. v. *Solidarische Gesundheitsförderung durch kompetente Erwerbsarbeitslose*, Wien
- Proudfoot, J.; Guest, D.; Carson, J.; Dunn, G.; Gray, J. (1997): Effect of cognitive-behavioral training on job-finding among long-term unemployed people. In: *Lancet* 350/:96–100
- Reynolds, C.; Barry, M. M.; Gabhainn, S. N. (2010): Evaluating the impact of the winning new jobs programme on the re-employment and mental health of a mixed profile of unemployed people. In: *The International Journal of Mental Health Promotion* 12/:32–41
- Roelfs, D.J.; Shor, E.; Davidson, K.W.; Schwartz, J.E. (2011): Losing Life and Livelihood: A Systematic Review and Meta-Analysis of Unemployment and All-Cause Mortality. In: *Social Science and Medicine* 72(6)/:840-854
- Roemer, Anja; Sutton, Anna; Grimm, Carsten; Medvedev, Oleg (2021): Effectiveness of a Low-dose Mindfulness-based Intervention for Alleviating Distress in Young Unemployed Adults. In: *Stress & Health* 37(2)/:320-328
- Romppainen, K.; Saloniemi, A.; Kinnunen, U.; Liukkonen, V.; Virtanen, P. (2014): Does provision of targeted health care for the unemployed enhance re-employment? *BMC Public Health*, 14
- Rose, V.; Harris, E. (2003): Cognitive Behavioural Therapy as a model of vocational rehabilitation. In: *Vocational rehabilitation in South West Sydney*. Hg. v. Rose, V.; Harris, E., Borders, AustraliaS. 54-79

- Rothländer, Katrin (2021): Training psycho-sozialer Kompetenzen für Arbeitslose am Beispiel des Gesundheitsförderungsprogramms AktivA. In: Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. Hg. v. Holleder, A. Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main
- Rothländer, Katrin; Mühlpfordt, Susann; Richter, Peter (2012): Evaluation des Gesundheitsförderungsprogramms „Aktive Bewältigung von Arbeitslosigkeit (AktivA)“. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 20(3):115-127
- Rüsch, Nicolas; Staiger, Tobias; Waldmann, Tamara; Dekoj, Marie Christine; Brosch, Thorsten; Gabriel, Lisa; Bahemann, Andreas; Oexle, Nathalie; Klein, Thomas; Nehf, Luise; Becker, Thomas (2019): Efficacy of a peer-led group program for unemployed people with mental health problems: pilot randomized controlled trial. In: International Journal of Social Psychiatry 65(4):333-337
- Schleicher, Katja; Link, Franziska; Lux, Julia; Lührmann, Petra (2019): Gesundheitsförderung bei arbeitslosen Menschen – Eine Bedarfsermittlung. 14. und 15. März, Berlin
- Statistik Austria (2018): Tabellenband EU-SILC 2017: und Bundesländertabellen mit Dreijahresdurchschnitt EU-SILC 2015 bis 2017. Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Bundesanstalt Statistik Österreich (Statistik Austria), Wien
- Statistik Austria (2019): Tabellenband EU-SILC 2018: und Bundesländertabellen mit Dreijahresdurchschnitt EU-SILC 2016 bis 2018. Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Bundesanstalt Statistik Österreich (Statistik Austria), Wien
- Statistik Austria (2020): Tabellenband EU-SILC 2019 und Bundesländertabellen mit Dreijahresdurchschnitt EU-SILC 2017 bis 2019. Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Bundesanstalt Statistik Österreich (Statistik Austria), Wien
- Statistik Austria (2021): Tabellenband EU-SILC 2020 und Bundesländertabellen mit Dreijahresdurchschnitt EU-SILC 2018 bis 2020. Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Bundesanstalt Statistik Österreich (Statistik Austria), Wien
- Statistik Austria (2022): Tabellenband EU-SILC 2021 und Bundesländertabellen mit Dreijahresdurchschnitt EU-SILC 2019 bis 2021. Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Bundesanstalt Statistik Österreich (Statistik Austria), Wien
- Statistik Austria (2023): Tabellenband EU-SILC 2022 und Bundesländertabellen mit Dreijahresdurchschnitt EU-SILC 2020 bis 2022. Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Bundesanstalt Statistik Österreich (Statistik Austria), Wien
- Statistik Austria (2024a): Bildungsstand der Bevölkerung [online]. Statistik Austria. <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bildung/bildungsstand-der-bevoelkerung> [Zugriff am 25.03.2024]
- Statistik Austria (2024b): Tabellenband EU-SILC 2023 und Bundesländertabellen mit Dreijahresdurchschnitt EU-SILC 2020 bis 2023. Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Bundesanstalt Statistik Österreich (Statistik Austria), Wien

- Steiner, Karin; Poschalko, Andrea; Jelenko, Marie; Doris, Muralter; Kasper, Ruth (2011): Evaluierung des Gesundheitsprojekts „Gesundheitsförderung in Sozialeinrichtungen mit Ausbildungs- und Beschäftigungsschwerpunkt – Gemeinsam Gesundheit Gestalten.“, Wien
- Titze, S.; Ring-Dimitriou, S.; Schober, P.H.; Halbwachs, C.; Samitz, G.; Miko, H.C.; Lercher, P.; Stein, K.V.; Gäbler, C.; Bauer, R.; Gollner, E.; Windhaber, J.; Bachl, N.; Dorner, T.E.; Health, Arbeitsgruppe Körperliche Aktivität/Bewegung/Sport der Österreichischen Gesellschaft für Public (2012): Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung. Wissen 8. Hg. v. GÖG/FGÖ. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich, Wien
- Vinokur, A. D.; Price, R. H.; Schul, Y. (1995): Impact of the JOBS intervention on unemployed workers varying in risk for depression. In: *American Journal of Community Psychology* 23/:39–74
- Vuori, J.; Silvonen, J. (2005): The benefits of a preventive job search program on re-employment and mental health at 2-year follow-up. In: *Organizational Psychology* 78/:43–52
- Vuori, J.; Silvonen, J.; Vinokur, A. D.; Price, R. H. (2002): The Työhoön Job Search Program in Finland: benefits for the unemployed with risk of depression or discouragement. In: *Journal of Occupational Health Psychology* 7/:5–19
- Wanberg, C.; van Hooft, E.; Dossinger, K.; van Vianen, A.; Klehe, U.-C. (2020): How strong ist my safety net? Perceived unemployment insurance generosity and implications for job search, mental health, and reemployment. In: *Journal of Applied Psychology* 105(3):209-229
- Warr, Peter (1987): *Work Unemployment and Mental Health*. Hg. v. Oxford University Press. Oxford
- Wiborg, Gudrun; Wewel, Monique; Hanewinkel, Reiner; Stephan, Carsten (2005): Motivierende Gesundheitsgespräche mit Arbeitslosen Konzeption, Implementation und Evaluation der "FIT-Beratung" Hg. v. Bundesverband, BKK, Kiel, Essen
- Wobbe, Stefanie (2007): *Beweggründe und Hindernisse von Erwerbslosen für eine Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten in Hamburg - eine empirische Untersuchung*. 13 bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit, Berlin
- Zhang, C.-Q.; Leeming, E.; Smith, P.; Chung, P. K.; Hagger, M. S.; Hayes, S. C. (2017): Acceptance and Commitment Therapy for health behavior change: a contextually-driven approach. *Frontiers in Psychology*, 8
- Zurl-Eyer, Susanne; Gotschuli, Silvia; Koch, Kerstin (2012): *Endbericht. health4teen-Steiermark. Gesundheitsförderung für ausgrenzungsgefährdete Jugendliche in der Steiermark*, Wien

Anhang - Methodendarstellung

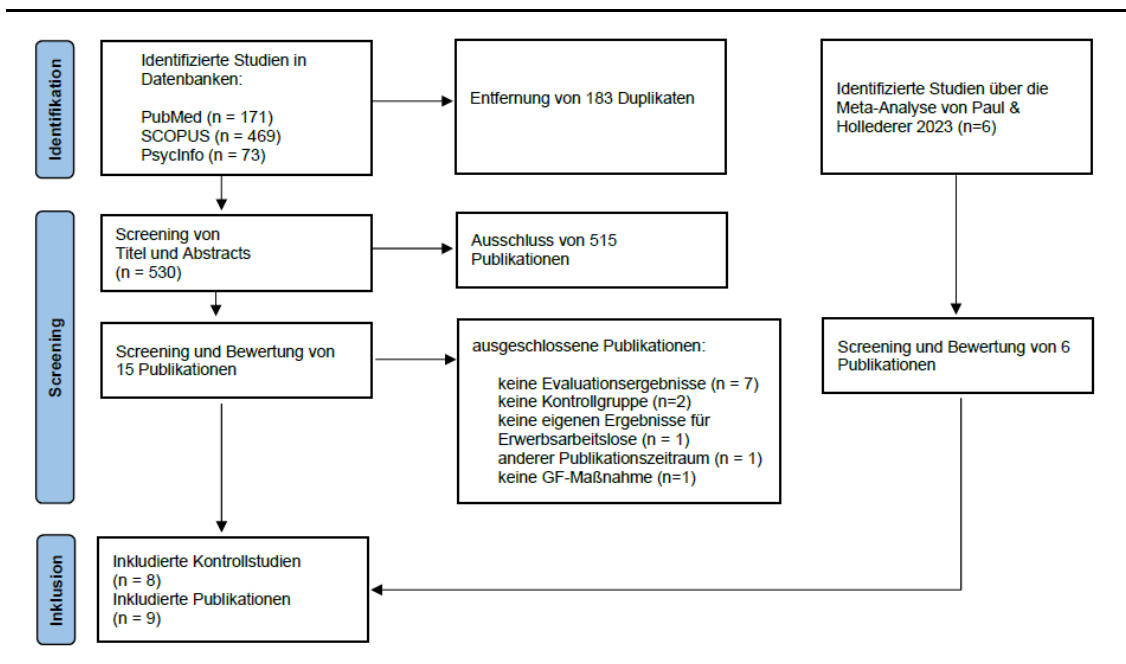
Systematische Recherche zu vergleichbaren Interventionen

Um einen aktuellen Überblick über wirksame Interventionen zu geben, haben wir aufbauend auf der systematischen Überblicksarbeit von Holleder (2019), Studien ab 2016 bis Juli 2024 betrachtet. Dazu wurden einerseits Interventionsstudien, die in der Meta-Analyse von Paul/Holleder (2023) inkludiert waren und andererseits Studien, die aus einer erneuten systematischen Suche in den Datenbanken PsycInfo (APA), PubMed und Scopus (Suche durchgeführt am 4. Juli 2024) gewonnen wurden analysiert. Die Suchstrategie umfasste folgende Schlagwörter in englischer Sprache:

- 1) unemploy* or jobseeker or "job loss" or reemploy* AND
- 2) program or intervention or "health promotion" or "primary prevention" or counsel* or training or "physical activity" or "smoking prevention" or "tobacco cessation" or exercise or diet or "stress management" or "health literacy" or "body weight change" or "suicide prevention" or "behavior coping" AND
- 3) health or distress or depression or well-being or anxiety or psychosomatic or somatization or self-esteem or "sense of coherence" or "physical symptoms" or alcohol or smoking or sport or "physical activity"

Die Ein- und Ausschlusskriterien orientierten sich mit wenigen Ausnahmen an der Überblicksarbeit von Holleder (2019) (vgl. auch Tabelle 22). Insgesamt konnten so acht weitere Interventionsstudien aus Deutschland, Griechenland, Holland und Neuseeland aufbereitet werden (vgl. auch Abbildung 8).

Abbildung 8: Flow Chart für die Literaturanalyse



Quelle: eigene Darstellung

Tabelle 22: Ein- und Ausschlusskriterien für die Literatursuche

Population	Menschen, die von Erwerbsarbeitslosigkeit betroffen sind. Ausschluss von Menschen, die kurz vor der Erwerbsarbeitslosigkeit stehen.
Intervention	Aktivitäten, die der Gesundheitsförderung bzw. Primärprävention zugeordnet werden können: Gesundheitskompetenz, Gesundheitsverhalten, Bewegung, Ernährung, Rückengesundheit, Stressreduktion, Selbst-Management, Gewichtsreduktion, Tabak- bzw. Alkoholprävention, Coaching, psychologische Intervention, Informationsweitergabe. Ausschluss von Aktivitäten der medizinischen Versorgung bzw. der Sekundär- und Tertiärprävention.
Outcome	Erhalt oder Verbesserung der Gesundheit bzw. der Lebensqualität Einfluss auf die Gesundheitsdeterminanten (materielle, soziale und personale Faktoren wie z. B. Gesundheitsverhalten)
Studientyp	Empirische Interventionsstudie oder Forschungsbericht mit mindestens einer Kontrollgruppe
Evaluation	Evaluationsergebnisse liegen vor
Sprachen	Deutsch, Englisch oder Französisch
Herkunft	Europa, Australien, Neuseeland, Kanada
Art des Dokuments	Exkl. Tutorials, Autobiografien etc.

Quelle: eigene Darstellung

Konsultationen im Rahmen von Workshops

Am 27.05.2024 fand die erste Konsultation im Rahmen dieses Projekts statt. Dieser Workshop verfolgte die Ziele, auf das Thema – Gesundheitsförderung für/mit Menschen, die von Erwerbsarbeitslosigkeit betroffen sind, einzustimmen und eine erste Diskussion über den Bedarf der Zielgruppe zu führen und über spezifische Rahmenbedingungen möglicher Aktivitäten zur Gesundheitsförderung zu sprechen.

Am 23.09.2024 fand die zweite Konsultation mit dem Ziel, die Ergebnisse der systematischen Suche nach effektiven Interventionen aufzuzeigen und die daraus abgeleiteten Empfehlungen für das Rahmenkonzept vorzustellen und zu diskutieren, statt.

Am 18.11.2024 fand die dritte und damit letzte Runde des Konsultationsprozess in diesem Jahr statt. Ziel des dritten Workshops war es, den theoretischen Rahmen für das österreichische Rahmenkonzept aufzuzeigen und über eine mögliche Erprobung im Jahr 2025 auszutauschen.

Wir bedanken uns bei allen, die an einem oder an allen Terminen die Diskussionen mitgestaltet haben.

Teilnehmer:innen am Konsultationsprozess

- Bikoleta Baresic, BMSGPK
- Judith Delle Grazie, BMSGPK
- Anna Fox, BMSGPK
- Sonja Hotwagner, BMAW
- Theresa Galanos, FGÖ
- Simone Gaßler, AMS
- Dieter Kaltenbeck, AMSEL
- Silvia Kunz, FAB
- Natalija Kutzer, FEM
- Bettina Maringer, DVSV (Auftraggebervertreterin)
- Tony Meinert, BMAW
- Gudrun Pail, AMSEL
- Julia Schitter, BMAW
- Judith Unger, ÖGK
- Georg Weber, ÖGK
- Alexandra Weilhartner, fit2work bzw. ÖSB Consulting
- Hilde Wolf, FEM