

Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung

Dr. Florian Straus

Gesundheitsförderung und Prävention in berufsbildenden Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe

Herausgeber: Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts

Juni 2009

Vorwort

Der dreizehnte Kinder- und Jugendbericht „Mehr Chancen für gerechtes Aufwachsen“ widmet sich erstmals in der Berichtsgeschichte dem Thema gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe. Zusammen mit der Stellungnahme der Bundesregierung ist der Bericht im Mai 2009 als Bundestagsdrucksache erschienen. Um einen umfassenden Überblick zu diesem Themenkreis und vertiefte Einblicke in einzelne Bereiche zu erhalten, entschied die von der Bundesregierung mit der Erstellung des Berichts beauftragte Sachverständigenkommission, zahlreiche Expertisen und eine Delphi-Studie erstellen zu lassen.

Die Inhalte der Expertisen gaben entscheidende Impulse für die Diskussionen der Kommission, viele Aspekte flossen auch in den Berichtstext ein und haben wesentlich zu dessen wissenschaftlicher Fundierung beigetragen. Im Bericht konnten jedoch nicht alle Erkenntnisse aus den Expertisen im Detail berücksichtigt werden. Da diese jedoch viele wichtige Befunde, Einblicke und Einsichten enthalten, die mal für die Kinder- und Jugendhilfe, mal für das Gesundheitssystem und die Eingliederungshilfe/Rehabilitation neu sein dürften, beschloss die Sachverständigenkommission, die Expertisen einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen. Dafür wurden die – ausschließlich von den Autorinnen und Autoren verantworteten – Texte von diesen im Mai 2009 zum Teil leicht überarbeitet und aktualisiert.

Um die Übersicht zu erleichtern, wurden die einzelnen Arbeiten fünf großen Bereichen zugeordnet (s. unten), die auch Schwerpunkte des 13. Kinder- und Jugendberichts bilden. Dabei wurde in allen Arbeiten – wie auch im Bericht – den Schnittstellen und sowohl den Kooperationsanforderungen wie den Kooperationschancen zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Schule, Gesundheitssystem und Behindertenhilfe/Rehabilitation besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

Die Sachverständigenkommission dankt allen Autorinnen und Autoren der Expertisen und der Delphi-Studie für ihre wertvolle Unterstützung bei der Erstellung des 13. Kinder- und Jugendberichts. Besonders hervorzuheben ist dabei ihre Kooperationsbereitschaft und die Einhaltung der engen, oft nur auf wenige Monate begrenzten Zeitvorgaben, denn der gesamte 13. Kinder- und Jugendbericht musste innerhalb von nur 15 Monaten fertig gestellt werden.

Der Sachverständigenkommission zum 13. Kinder- und Jugendbericht als Herausgeber dieser Expertisen gehörten an: Dr. Wolfram Hartmann, Prof. Dr. Holger Hassel, Prof. Dr. Homfeldt, Prof. Dr. Heiner Keupp (Vorsitzender), Dr. Hermann Mayer, Dr. Heidemarie Rose, Prof. Dr. Elisabeth Wacker, Dr. Ute Ziegenhain, Dr. Christian Lüders (kooptiertes Mitglied).

In der Geschäftsstelle im Deutschen Jugendinstitut arbeiteten: Dr. Hanna Permien, Dr. Tina Gadow, Gisela Dittrich, Angela Keller, Ekkehard Sander, Sonja Peyk und Susanne Schmidt-Tesch (Sachbearbeitung).

Alle Expertisen stehen als PDF zum Download auf der Internetseite des DJI zum 13. Kinder- und Jugendbericht zur Verfügung und können einzeln aufgerufen werden.

München im Juni 2009

Prof. Dr. Heiner Keupp

Vorsitzender der Sonderkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts

Übersicht über die Expertisen

1. Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe

Nico Dragano / Thomas Lampert / Johannes Siegrist: Wie baut sich soziale und gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf auf?

Petra Kolip: Zentrale gender-relevante Kriterien für Gesundheitsförderung und Prävention

Bernd Röhrle: Evaluationsprogramme zu Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention – was können sie leisten?

Manfred Hintermair: Salutogenetische und Empowerment-Konzepte für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen

2. Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinderbetreuung und für Heranwachsende mit Behinderungen

Tina Friederich: Die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention in Kindertageseinrichtungen

Renate Höfer, Luise Behringer: Interdisziplinäre Frühförderung - Angebot und Leistungen

Prof. Dr. Elisabeth Wacker / Dr. Rainer Wetzler / Stefanie Frings: Delphi-Studie zu Gesundheitsförderung und Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen

3. Kinder- und Jugendarbeit und Jugendberufshilfe

Andreas Hanses / Kirsten Sander: Gesundheitsförderung in der außerschulischen Jugendarbeit

Knut Lambertin: Gesundheitsförderung in der Jugendverbandsarbeit

Elke Opper / Petra Wagner: Gesundheitsförderung und Prävention im Kinder- und Jugendsport

Peter Paulus: Gesundheitsförderung in Kooperation von Schule, Jugendhilfe und anderen Partnern

Florian Straus: Gesundheitsförderung und Prävention in berufsbildenden Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe

4. Kinder und Jugendliche in Risikolagen

Albert Lenz: Riskante Lebensbedingungen von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern – Stärkung ihrer Ressourcen durch Angebote der Jugendhilfe

Michael Kölch: Hilfen für Kinder aus Sicht ihrer psychisch kranken Eltern

Stephan Sting: Suchtprävention im Kindes- und Jugendalter

5. Hilfen zur Erziehung und ihre Schnittstellen

Ulrich Gerth /Klaus Menne: Der Beitrag der Erziehungsberatung zur Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen

Margret Dörr: Gesundheitsförderung in stationären Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe: Heime als Orte für Salutogenese

Jörg M. Fegert / Tanja Besier: Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem – Zusammenarbeit der Systeme nach der KICK-Reform

Inhalt

1	Vorwort zur Expertise	6
2	Zum Gesundheitsstatus von arbeitslosen und von Arbeitslosigkeit bedrohten jungen Erwachsenen	8
2.1	Zur Gesundheit von jungen Erwachsenen aus Betrieben der BBJH.....	9
2.1.1	Die Lebensweltliche Situation der jungen Erwachsenen	9
2.1.2	Subjektive Bewertung der Gesundheit	11
2.1.3	Somatische Beschwerden (Erkrankungen/gesundheitliche Beschwerden).....	11
2.1.4	Psychosomatische Belastungen.....	13
2.1.5	Psychische Belastung/Demoralisierung.....	14
2.1.6	Risikoverhaltensweisen.....	18
2.1.7	Zusammenfassung	20
2.2	Arbeitslosigkeit und Gesundheit bei jungen Erwachsenen.....	21
2.2.1	Empirische Studien: Sächsische Längsschnittstudie (1987 – 2008).....	23
2.2.2	Empirische Studien: IAB-Studie zum psychischen Wohlbefinden	25
2.2.3	Seelische Gesundheit und die Teilnahme an JUMP (dem Sofortprogramm zum Abbau der Jugendarbeitslosigkeit).....	26
2.2.4	Empirische Studien: YUSEDER-Studie.....	28
2.2.5	Fazit	30
3	Gesundheitsprävention und -förderung in den Einrichtungen der BBJH	32
3.1	Erhebung zielgruppenbezogener Gesundheitsdaten	34
3.2	Gesundheit als Thema im betrieblichen Alltag.....	40
3.2.1	Gesundheit als Modul des Bildungsteils.....	41
3.2.2	Kooperation mit Krankenkassen	42
3.2.3	Kooperation mit anderen Einrichtungen.....	43
3.2.4	Projekttag Gesundheit.....	43
3.2.5	Aktionen	44
3.3	Maßnahmen zur Stressbewältigung/ Ressourcennutzung	45
3.4	Akzeptanz der Angebote durch die jungen Erwachsenen	47
3.5	Gesundheitsbezogene Qualifikation der hauptamtlichen Mitarbeiter/innen	48
3.6	Fazit	50
4	Fazit und Empfehlungen.....	52
4.1	Dauerhafte Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung und -prävention.....	52
4.2	Gesundheitsförderung und -prävention in der BBJH	55
4.3	Rahmenbedingungen der Arbeitsförderungs politik ändern	60
4.4	Mehr Forschung und Gesundheitsberichterstattung	61
5	Literatur	63

1 Vorwort zur Expertise

Diese Expertise behandelt die, für junge Erwachsene wichtige Transitionsphase Schule- Erwerbstätigkeit. Im Mittelpunkt stehen dabei jene jungen Erwachsenen, die an dieser Schnittstelle Probleme im Übergang haben. Dies kann in einem fehlenden Schulabschluss liegen, in einem gescheiterten Ausbildungsversuch oder darin, dass trotz mehrmaliger Anläufe keine entsprechende Lehrstelle gefunden wurde bzw. erste Phasen von Arbeitslosigkeit vorliegen.

Die zentralen Fragen dieser Expertise beziehen sich auf die Auswirkungen dieser Übergangsprobleme auf die Gesundheit der jungen Erwachsenen und die Möglichkeiten in einem spezifischen Setting der Berufsbezogenen Jugendhilfe (BBJH) Einfluss zu nehmen:

- *Welche Gesundheitsprobleme haben Jugendliche, die an der ersten/zweiten Schwelle gescheitert sind? Inwieweit unterscheiden sie sich von gleichaltrigen jungen Erwachsenen?*
- *Gibt es BBJH-Betriebe, die sich ausdrücklich den Themen Gesundheitsförderung und -prävention widmen und wenn ja, wie effektiv konnten entsprechende Maßnahmen in deren Alltag etabliert werden?*
- *Welche direkten und indirekten Beiträge zur Gesundheitsförderung und -prävention können Projekte aus dem Bereich der berufsbezogenen Jugendhilfe leisten?*

Einrichtungen der BBJH bzw. arbeitsweltbezogenen Jugendsozialarbeit/Jugendberufshilfe arbeiten mit der Zielgruppe Jugendlicher/junger Erwachsener. Sie agieren an der Schnittstelle von Jugendhilfe (§13, SGB VIII) und Arbeitsmarkt (SGB II/III). Ziel ihrer Maßnahmen ist die berufliche und soziale Integration einer Gruppe junger Erwachsener, die bis zu diesem Zeitpunkt aufgrund unterschiedlicher Probleme den Sprung in eine Ausbildung bzw. auf den Arbeitsmarkt noch nicht geschafft haben. Fragen der Gesundheit spielen vor allem auf zweifache Weise eine Rolle:

- Gesundheitliche Probleme sind oft Teil eines Multiproblembildes.
- Das Scheitern in Schule oder/und Ausbildung führt zu Folgen, die sich auch auf der gesundheitlichen Ebene manifestieren.

Der erste Teil der Expertise versucht aufgrund vorhandener empirischer Daten diese gesundheitlichen Belastungen zu beschreiben. Er greift auf bereits existierende empirische Untersuchungen und Anamnesedaten aus der BBJH zurück und setzt sie in Bezug zu allgemeinen Ergebnissen aus der Arbeitslosenforschung.

Im zweiten Teil wird das Angebot der BBJH beschrieben und auf Beiträge zur Gesundheitsförderung hin analysiert. Hier stellt sich vor allem die Frage, inwieweit der integrierte Handlungsansatz der BBJH explizite und implizite Elemente der Gesundheitsförderung bereits enthält und welchen Stellenwert die Betriebe der Gesundheitsförderung allgemein geben. Dazu wurde im Juni/Juli 2008 eine Befragung in Betrieben der BBJH in Bayern durchgeführt.

Der dritte Teil enthält dann noch einmal eine fokussierte Zusammenfassung der zentralen Problemkonstellationen und die Empfehlungen wie Gesundheitsförderung und -prävention in Einrichtungen der BBJH weiterentwickelt werden kann. Er endet mit dem Blick auf die Rahmenbedingungen, die derzeit die Arbeitsförderungsinstitutionen diesem Thema geben.

Noch zwei Anmerkungen zur Begrifflichkeit und zum Gegenstand der Expertise. Der Ansatz der Berufsbezogenen Jugendhilfe in Bayern wird zu Beginn des zweiten Kapitels ausführlicher vorgestellt. Er stellt einen im Rahmen der Jugendberufshilfen besonders weit entwickelten und ansatzweise auch erforschten Ansatz dar (Höfer/Straus 1993). Interviews mit Referenten/innen der arbeitsweltbezogenen Jugendsozialarbeit auf Bundesebene haben gezeigt, dass die Ergebnisse in ihrer Grundtendenz insgesamt für das System der Jugendberufshilfen als typisch gelten können.

Unter Gesundheitsförderung verstehe ich alle Maßnahmen, die primär auf Erhalt und die Förderung subjektiven Wohlbefindens gerichtet sind bzw. zur Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen dienen. Dort, wo es um Prävention geht, ist immer bereits die Vorbeugung oder Früherkennung einer bestimmten Krankheit im Blick. In der Praxis ist diese Unterscheidung nicht immer einfach zu treffen und wird von den Fachkräften auch oft nicht benutzt. Deshalb erfolgt auch in der Darstellung der Ergebnisse nicht immer eine entsprechende Trennung und die Begriffe werden parallel verwendet.

Bedanken möchte ich mich an dieser Stelle bei Klaus Schenk von der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendsozialarbeit Bayern und den Fachkräften der BBJH, die diese Expertise durch das unbürokratische zur Verfügung stellen von Materialien tatkräftig unterstützt haben sowie bei Dr. Renate Höfer und Delia Thesenvitz, die mir bei der Diskussion und Erstellung des Textes geholfen haben.

München, Juli 2008

Dr. Florian Straus

2 Zum Gesundheitsstatus von arbeitslosen und von Arbeitslosigkeit bedrohten jungen Erwachsenen

Der Übergang aus dem schulischen Alltag in eine Phase zunehmender beruflicher Orientierung und Ausbildung gehört für junge Erwachsene zu den herausragenden Handlungsaufgaben. Auch wenn moderne Identitätstheorien sich davon verabschiedet haben, dieser Phase den zentralen Stellenwert einer gelingenden Identitätsentwicklung zuzuschreiben, bleibt sie weiterhin bedeutsam. So zeigen Studien aus verschiedenen Ländern der westlichen Hemisphäre (vgl. Bergmann/Eder 1995, 2), dass unabhängig von Geschlecht und Herkunft zwei Drittel bis drei Viertel der befragten jungen Erwachsenen Arbeit einen hohen bzw. sehr hohen Stellenwert beimessen. Ein subjektiv als interessant und gelingend erlebter Einstieg in die Arbeits- (und Erwerbs)welt hat, so die Studien, positiven Einfluss auf die anderen wichtigen Handlungsaufgaben dieser Altersphase: die Entwicklung einer psychosexuellen Identität, eines eigenen Wertesystems sowie eigener familialer und freizeitbezogener Perspektiven.

Die hohe Bedeutung der beruflichen Einstiegsphase und die damit verbundenen Belastungen werden als ein Erklärungsfaktor für die geringere subjektive Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit herangezogen. Diese fällt allgemein bei jungen Erwachsenen in der Ausbildungsphase etwas niedriger aus als noch bei jungen Erwachsenen oder Erwachsenen zwischen 30 und 45 Jahren. Neben der niedrigeren subjektiven Zufriedenheit zeigt sich bei jungen Erwachsenen auch ein leichter Anstieg von psychischer und psychosomatischer Symptomatik um etwa 10 Prozent (vgl. Neuenschwander 2003, S. 185).

Was aber ist, wenn dieser Übergang von der Schule in einen Beruf auch noch schwierig wird, wenn beispielsweise die jungen Erwachsenen einen Schulabschluss am unteren Ende der Bildungsleiter machen, oder wenn sie überhaupt keinen Schulabschluss vorweisen können? Was ist, wenn sie statt eines Ausbildungsplatzes zunächst keine Möglichkeiten für einen klassischen Einstieg ins Berufsleben finden? Und welche Folgen im gesundheitlichen Bereich hat eine eintretende Arbeitslosigkeit?

Diese Fragen werden unter einer Gesundheitsperspektive in zwei Schritten beantwortet. Zunächst wird der Gesundheitsstatus einer Gruppe junger Erwachsener ausführlich beschrieben, die sich zum Zeitpunkt der Befragung in einer Einrichtung der berufsbezogenen Jugendhilfe befanden. Diese jungen Erwachsenen hatten in der Regel bereits eine Reihe von gescheiterten

Integrationsmaßnahmen hinter sich und waren zum Zeitpunkt der Befragung im Durchschnitt knapp 19 Jahre alt.

Diese empirischen Daten, die zunächst einen breiten Überblick zum Gesundheitsstatus liefern, werden in einem zweiten Schritt um Ergebnisse aus der Forschung zu den Folgen der Jugendarbeitslosigkeit ergänzt. Hier werden vor allem die Ergebnisse aus vier aktuellen Studien zu den gesundheitlichen Folgen der Jugendarbeitslosigkeit vorgestellt.

2.1 Zur Gesundheit von jungen Erwachsenen aus Betrieben der BBJH

Für die folgende Darstellung wurden die Daten der in der BBJH¹ aus einer Public-Health-Jugendhilfestudie eigens heraus gerechnet und einer Population aus einer gleichzeitig durchgeführten Repräsentativbefragung² gegenübergestellt.³ In der Darstellung werden nicht nur körperliche, sondern auch psychische, soziale und subjektive Gesundheitsitems dargestellt. Ziel der Public-Health-Studie und im Folgenden auch des nächsten Abschnitts ist die Frage, wie sich ein Jugendhilfeklientel von einem repräsentativen Jugendklientel unterscheidet.

2.1.1 Die Lebensweltliche Situation der jungen Erwachsenen

Wie zu erwarten war, ergibt eine Analyse der lebensweltlichen Situation der jungen Erwachsenen im Alter zwischen 16 und 24 Jahren deutliche Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen der BBJH- und der Repräsentativbefragung. Junge Erwachsene aus den BBJH-Projekten:

- weisen einen deutlich geringeren Bildungsstand auf. Beispielsweise liegt der Anteil an Sonderschüler/innen bzw. an jungen Erwachsenen ohne Hauptschulabschluss mit 30,8 Prozent fünfzehnmal höher als bei den jungen Erwachsenen aus der Repräsentativerhebung (2 Prozent). Hinzu kommen weitere 30,3 Prozent der jungen Erwachsenen mit einem einfachen Hauptschulabschluss (zu 6,9 Prozent der Repräsentativerhebung).

¹ Diese entstammen dem Projekt „Gesundheitsstatus und Gesundheitsbewusstsein von institutions-auffälligen jungen Erwachsenen“, das im Rahmen des Münchner Public-Health-Forschungsverbundes 1995 durchgeführt wurde (siehe auch Höfer 2000). Einbezogen wurden Jugendliche und junge Erwachsene in München, die im Rahmen der Jugendhilfe in fünf Feldern betreut wurden. Befragt wurden insgesamt 740 junge Erwachsene zwischen 12 und 24 Jahren. Die Stichprobe der BBJH umfasst 210 junge Erwachsene zwischen 16 und 24 Jahren und stammt aus einer Vollerhebung bei 10 Einrichtungen der BBJH-Oberbayern.

² Diese Untersuchung wurde ebenfalls im Rahmen des Münchner Forschungsverbundes Public Health von Infratest mittels des „Biogramm-Fragebogens“ im Jahr 1995 durchgeführt. Eine Reihe von Fragen zum Gesundheitsstatus und zum Risikoverhalten wurde von beiden Projekten gemeinsam entwickelt und in die jeweiligen Fragebögen aufgenommen. Die gewichtete Repräsentativbefragung umfasste 809 junge Erwachsene. Die repräsentative Vergleichsdatei zu den jungen Erwachsenen der BBJH umfasste 545 junge Erwachsene zwischen 16 und 24 Jahren.

³ Beide Dateien wurden in Bezug auf Geschlecht und Alter gewichtet. Das Geschlechterverhältnis betrug 58 Prozent Männer zu 42 Prozent Frauen. Im Mittel waren die jungen Erwachsenen 18,5 Jahre alt.

- haben eine schlechtere sozio-ökonomische Lage, berücksichtigt man die Zahl der Eltern, die damals Arbeitslosengeld/-hilfe bezogen. Ihr Anteil liegt bei 6,5 Prozent und ist damit doppelt so hoch wie bei den jungen Erwachsenen der Repräsentativerhebung (2,9 Prozent).
- leben in Familien, in denen deutlich mehr Eltern geschieden sind oder leben getrennt leben (28,4 Prozent BBJH zu 12,7 Prozent der Repräsentativerhebung).

Diese Unterschiede setzen sich in weiteren Bereichen fort und entsprechend fühlen sich die jungen Erwachsenen aus den BBJH Projekten in den Alltagsbereichen Familie, Wohnen, Arbeit und soziale Umwelt deutlich höher belastet als die der Repräsentativbefragung. Dabei spielen weniger die Belastungsunterschiede in einzelnen Bereichen die zentrale Rolle, sondern die jungen Erwachsenen aus der BBJH fühlen sich im Vergleich zu denen aus der Repräsentativerhebung **komplexer belastet**. Dies entspricht der von *Pearlin* (1991, S. 167) aufgestellten These der Interdependenz von Belastungen.

Tab.1: Belastungen über vier Lebensbereiche⁴ (Angaben in Prozent)

Belastet in	BBJH (N=210)		Repräsentativerhebung (N=694)	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
keinem Bereich	4,5	13,1	45,8	46,8
einem Bereich	19,3	29,5	33,0	34,8
zwei Bereichen	37,5	34,4	15,2	16,4
drei bzw. vier Bereichen	38,6	23,0	6,0	2,0

Die vergleichsweise geringen Belastungen, die die jungen Erwachsenen im Ausbildungsbereich angeben (13 zu 21,2 Prozent Repräsentativerhebung), erklären sich daraus, dass die Befragten der BBJH nicht die Zeit vor, sondern in der Maßnahme bewerten. Den Betrieben gelingt es offensichtlich, die jungen Erwachsenen effektiv zu entlasten (vgl. Höfer/Straus 1993).⁵

⁴ Einbezogen wurde Lern-/Erwerbstatus, Familie, soziale Umwelt, Wohnumwelt.

⁵ Die wenigen jungen Erwachsenen aus dem Sample der BBJH-Jungen Erwachsenen, die eine pädagogisch begleitete Ausbildung im dualen System absolvieren, geben tendenziell höhere Belastungen an.

2.1.2 Subjektive Bewertung der Gesundheit

Die Selbsteinschätzung der Gesundheit ist mittlerweile eine etablierte Methode zur Messung des subjektiven Gesundheitsempfindens. Während die Werte der männlichen jungen Erwachsenen sich zwischen den beiden Untersuchungsgruppen kaum unterscheiden, schätzen die jungen Frauen aus der BBJH ihren Gesundheitszustand deutlich schlechter ein.

Tab.2: Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes (Angaben in Prozent)

	BBJH (N=169)		Repräsentativerhebung (N=527)	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
sehr gut/gut	49,4	74,2	79,5	73,6
zufriedenstellend	32,2	19,0	16,7	21,1
weniger gut/schlecht	18,3	6,9	3,8	5,3

2.1.3 Somatische Beschwerden (Erkrankungen/gesundheitliche Beschwerden)

Die Ergebnisse zeigen insgesamt bei beiden Untersuchungsgruppen eine deutliche gesundheitliche Belastung dieser Altersgruppe, die bei den jungen Frauen noch etwas ausgeprägter ist als bei den jungen Männern. Nur wenige der Befragten hatten in den letzten drei abgefragten Jahren keine der in Tabelle 3 aufgeführten Krankheiten.

Tab.3: Überblick über die berichteten Erkrankungen und Beschwerden (Angaben in Prozent)

Beschwerdefaktoren	BBJH (N=210)		Repräsentativerhebung ⁶ (N=524)	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
<i>Infektionen der Luftwege</i>				
Bronchitis, Asthma	31,1	23,4	24,4	23,0
<i>Allergische Erkrankungen</i>				
Allergischer Hautausschlag	30,0	21,0	36,0	22,1
Akne	13,5	13,3	26,9	32,7
<i>Herz/Kreislauf</i>				
Herz-Kreislauserkrankungen	22,5	14,0	34,5	14,0
Bluthochdruck	12,2	7,7	3,1	8,3
<i>Verletzungen</i>				
Körperbehinderung d. Unfall	3,9	4,7	0,7	0,9
Knochenbruch/Prellung	28,7	46,6	k.A.	k.A.
<i>Weitere Erkrankungen</i>				
Gelenkerkrankungen	20	34,5	28,6	24,5
Magen-Darmerkrankungen/Beschwerden	61,1	38,2	52,2	39,4
Blasen-/Nierenerkrankungen	22,8	7,5	20,5	4,3
Leber-/Gallenerkrankungen	8,9	2,9	1,0	0,9
Krebserkrankung	2,6	0,9	-	-
Hepatitis (A oder B)	3,8	3,8	1,4	-

Die eher geringen Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen bei bestimmten chronischen Erkrankungen (Allergien, Bronchitis, Asthma, aber auch bei den Herz-Kreislauserkrankungen) verweisen auch auf die Bedeutung umweltbezogener Bedingungen für chronische Erkrankungen (Kamtsiuris et al., 2007, 686ff.).

⁶ In der Repräsentativerhebung wurde nur erhoben: Krankheit „ja“/„nein“, deshalb wurden hier die Ausprägungen („beim Arzt gewesen“ und „nicht beim Arzt gewesen“) zusammengefasst.

Die insgesamt größere Anzahl genannter Erkrankungen der jungen Erwachsenen aus den BBJH Projekten verweist aber auch auf besondere Risiken ihrer Lebenslage. Deutliche Unterschiede im Gesundheitsstatus, je nach sozioökonomischer Lage der Herkunftsfamilie, finden sich auch in vielen Ergebnissen der aktuellen KIGGS-Studie (Bundesgesundheitsblatt, 2007). Dass zugleich mehr junge Erwachsene im Vergleich zur Repräsentativerhebung angegeben haben, nicht bei einem Arzt gewesen zu sein, kann als Ausdruck des geringeren Bildungsniveaus gelesen werden. Wie *Boltanski* (1976) im Konzept der „somatischen Kultur“ verdeutlicht, sind der Umgang mit dem Körper sowie das Gesundheitsverständnis schichtabhängig. Das vorliegende Ergebnis könnte demnach als Ausdruck eines funktionalen Gesundheitsverständnisses interpretiert werden. Darin drückt sich eine gewisse Härte gegenüber dem eigenen Körper aus: Symptomen wird wenig Aufmerksamkeit geschenkt und Krankheit solange wie möglich negiert. So geben auch fast zwei Drittel (60 Prozent) der jungen Erwachsenen aus den BBJH-Projekten an, dass sie gar nicht oder nur mittelmäßig auf ihre Gesundheit achten.

2.1.4 Psychosomatische Belastungen

Psychosomatische Stresssymptome werden erst in neuerer Zeit in Zusammenhang mit der gesundheitlichen Lage junger Erwachsener thematisiert. Diese Beschwerden stellen eine Gruppe von körperlichen Gesundheitsbeeinträchtigungen dar, die nicht durch physische/organische Schädigungen hervorgerufen werden, sich jedoch in ihren chronischen Verlaufsvarianten als organische Erkrankungen verselbständigen und manifestieren können (vgl. Holler-Nowitzki 1994, S. 23). Auch wenn es sich dabei nicht im Sinne eines klassisch naturwissenschaftlichen medizinischen Verständnisses um eine Erkrankung handelt, werden diese Symptome gleichwohl subjektiv als körperliche Beschwerden empfunden. Nach einem sozialökologischen Gesundheitskonzept können sie als physische Stressreaktionen auf psychosoziale Spannungen aufgefasst werden. Die Unterschiede zwischen den beiden Vergleichsgruppen zeigen sich vor allem bei den nervösen und psychosomatischen Beschwerden.

Tab. 4: Ausgewählte Beschwerden im Vergleich (Anteil der Befragten, die angeben, mindestens zwei der Beschwerden in den letzten 12 Monaten häufig gehabt zu haben) (Angaben in Prozent)

	BBJH (N=169)		Repräsentativerhebung (N=527)	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Nervöse Beschwerden*	45,0	17,1	14,1	12,7
Psychosomatische Beschwerden**	36,2	13,7	22,1	7,2

***Nervöse Beschwerden:** Konzentrationsschwierigkeiten, Vergesslichkeit, Unruhe, Nervosität, Alpträume, traurige Verstimmung, Erschöpfungs- und Ermüdungszustände und Schlafstörungen

****Psychosomatische Beschwerden:** Kopfschmerzen, Schwindelgefühle, Kreislaufprobleme, Appetitlosigkeit, Magenbeschwerden, Frösteln, Frieren ohne erkennbaren Grund

Die Ergebnisse verweisen darauf, dass diese Altersgruppe und vor allem benachteiligte junge Erwachsene in einem doch erheblichen Ausmaß psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind, die sich in zahlreichen und diffusen Körperbeschwerden äußern. Dabei werden von den jungen Frauen noch einmal deutlich mehr Beschwerden genannt. Eine Untersuchung des IPP bei 5700 Berufsschüler/innen kommt zu ähnlichen Ergebnissen und hat dafür gerade auch die Belastungen der Übergangsphase (Transition) verantwortlich gemacht (Dill et al. 2002).

2.1.5 Psychische Belastung/Demoralisierung

Der Grad der Demoralisierung bzw. psychischen Belastung ist ein wichtiger Indikator für Distress in der Bevölkerung und ein wesentlicher Faktor für die Nachfrage bzw. den Bedarf an professioneller Hilfe (vgl. Frank 1973, S. 278, Fichter et al. 1990).⁷ Der Begriff der Demoralisierung umfasst dabei Gefühle des Versagens, der Sinn- und Hoffnungslosigkeit, Gefühle

⁷ Dohrenwend et al. entwickelten eine Demoralisationsskala (als Teil des PERI, des Psychiatric Epidemiology Research Interview), die auf die Erfassung von psychischen Beeinträchtigungen im Alltag, also auf eine **allgemeine und nicht auf eine klinische** Population abzielt. Damit ist Demoralisation kein psychopathologisches Konzept, mit dem explizit psychiatrisch definierte Störungsformen (wie Depression oder Schizophrenie) einhergehen. Rehm et al. (1988, 238) umschreiben Demoralisation in Analogie zum Fieber, das ein allgemeiner Krankheitsindikator ist, aber keiner spezifischen Krankheit zugeordnet werden kann, als unspezifischen Indikator für psychische Probleme. Psychische Probleme sind dabei aber nicht auf bestimmte psychiatrisch definierte Krankheiten begrenzt, sondern sie können auch als Folge von sozialen Gegebenheiten entstehen, wie zum Beispiel Arbeitslosigkeit.

der permanenten Angespanntheit und des völligen Alleingelassenseins sowie zukunftsbezogene Angstgefühle und Konzentrationsschwierigkeiten (Frank 1973). Ursache für Gefühle der Demoralisierung ist das subjektiv erfahrene Ungleichgewicht zwischen den subjektiven Bewältigungsmöglichkeiten, den Anforderungen aus der Umwelt, aber auch den Verwirklichungsmöglichkeiten (Sen 1993), die einem jungen Menschen gegeben sind.

Die Gesamt-Demoralisierungsmittelwerte sind bei den jungen Erwachsenen der BBJH deutlich höher. Auch nach der Einteilung von Fichter et al. (1990) zeigt sich ein erheblicher Anteil an jungen Erwachsenen, die der Betreuung bzw. Unterstützung bedürfen.⁸

Tab.5: Einschätzung des Grads der Demoralisierung (nach Fichter et al. 1990; Angaben in Prozent)

Grad der Demoralisierung	BBJH (N=169)		Repräsentativerhebung (N=527)	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
keine Demoralisierung (GD 0-22)	22,4	46,1	50,4	67,7
leichte Demoralisierung (GD23-26)	16,4	14,7	12,1	9,9
Demoralisierung (GD27-42)	25,4	23,5	23,7	17,5
starke Demoralisierung (GC >42)	35,8	15,7	13,8	5,0

Ist es zwar allgemein schwierig, genau zu klassifizieren, ab wann ein Verhalten „auffällig“ ist und professioneller Behandlung bedarf, so geben auch diese Ergebnisse einen weiteren Hinweis darauf, dass ein erheblicher Teil der jungen Erwachsenen der BBJH unter großem emotionalen Stress steht. Die zur Verfügung stehenden Ressourcen reichen offensichtlich bei diesen nicht aus, um mit den Anforderungen und Belastungen des Aufwachsens produktiv umgehen zu können.

⁸ Der von Fichter et al. 1990 thematisierte enge Zusammenhang zwischen dem Grad der Demoralisierung und einer späteren psychischen Erkrankung zeigt sich auch hier. Über drei Viertel der Klientel der Jugendhilfe, die angaben, eine psychische Erkrankung zu haben, waren demoralisiert bzw. stark demoralisiert.

Im Syndrom der Demoralisierung drückt sich zudem auch ein gewisser Fatalismus aus, Dinge in einem positiven Sinne beeinflussen zu können. Diese jungen Erwachsenen sehen dann wenig Sinn, sich für oder gegen etwas einzusetzen (auch für sich selbst), sie lassen Ereignisse auf sich zukommen, da sie nicht daran glauben, etwas gegen sie bewirken zu können. Das Ausmaß der psychischen Belastung hat darüber hinaus auch Auswirkungen, die sich **auf fast allen Ebenen der Gesundheit** bemerkbar machen:

- Junge Erwachsene mit einer höheren Demoralisierung schätzen sich selbst als **weniger gesund** ein.
- Mit dem Grad der Demoralisierung steigen die **psychosomatischen** Belastungen deutlich.
- Ebenso ergibt sich ein (leichter) Zusammenhang zwischen dem Grad der Demoralisierung und bestimmten **somatischen Erkrankungen** wie z. B. Herz- Kreislauferkrankungen, Gelenk-, Magen-Darm-, Blasen-, Nierenerkrankungen (vgl. auch Rehm et al. 1988, S. 240, der zu vergleichbar ähnlichen Zusammenhängen kommt).
- Die jungen Erwachsenen, die schon häufiger **an Selbstmord gedacht** haben (13 Prozent), sind deutlich stärker demoralisiert.
- Je stärker junge Erwachsene zu **Risikoverhaltensweisen** (Rauchen, Alkohol, illegale Drogen) neigen, desto höhere Demoralisierungswerte weisen sie auch auf. Dieser Zusammenhang zeigt sich bei Frauen deutlicher als bei Männern.

Insgesamt kann man feststellen, dass das Ausmaß der Demoralisierung ein wichtiger Prädiktor für psychische aber auch somatische Erkrankungen darstellt. Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse, dass der Grad der Demoralisierung als Ergebnis besonders belastender Lebenssituationen sowie als Ergebnis von Erfahrungen der Marginalisierung und Ausgrenzung gelesen werden kann. Dieser Zusammenhang zeigt sich sowohl bei Einzelitems (beispielsweise bei der Frage, ob jemand in letzter Zeit berufliche Schwierigkeiten hatte, ob es Alkohol- oder/und Drogenprobleme in der Familie gab), als vor allem auch in der Summe der Belastungen in den Lebensbereichen.

Tab.6: Demoralisierung und Alltagsbelastungen in vier Lebensbereichen junger Erwachsener der BBJH (N=169, Gesamtmittelwerte)

Belastungen in den vier Lebensbereichen	Mittelwert
in keinem Bereich	20,1
in einem Bereich	21,5
in zwei Bereichen	30,6
in drei bzw. vier Bereichen	37,8

Die Analyse ausgewählter gruppierter Einzelitems der Demoralisierungsskala zeigt, dass über ein Drittel der jungen Erwachsenen der BBJH Angst vor der Zukunft hat bzw. sich der aktuellen Situation eher hilflos ausgesetzt sieht bzw. ihr mit einer niedrigen Selbsteinschätzung begegnet.⁹

Tab.7: Gruppierete Einzelitems aus der Demoralisierungsskala (Angabe in Prozent)

Gruppierete Einzelitems	BBJH (N=210)		Repräsentativerhebung (N=546)	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Zukunftsängste	43,2	24,6	25,0	15,4
Hoffnungs-, Hilflosigkeit	34,1	12,3	19,4	14,8
Negative Selbsteinschätzung	36,4	19,7	23,7	17,5

⁹ Gewertet wurden alle Extremangaben (sehr/ziemlich häufig oder fast nie/nie) unter der Voraussetzung, dass von der Gruppe der Variablen keines als sehr positiv bewertet wurde. Beispiel: Ein junger Erwachsener zählt zur Gruppe jener mit Gefühlen der Hoffnungslosigkeit, wenn er bei einem der Items einen Extremwert angab (also sich sehr häufig oder ziemlich häufig hilflos fühlte), und wenn er zugleich bei keinem der Items einen positiven Extremwert aufwies (Ausschlusswert wäre beispielsweise, wenn er zugleich geantwortet hätte, überhaupt nie Angstgefühle zu haben).

***Zukunftssorgen:** Diese jungen Erwachsenen machten sich viele Sorgen oder/und haben sich so gut wie nie zuversichtlich gefühlt oder/und hatten das Gefühl, dass nichts so wird, wie sie es sich wünschen, bzw. befürchteten, dass ihnen etwas Schreckliches zustoßen könnte.

***Gefühle der Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit** basieren auf Angaben des Gefühls, sich häufig völlig hoffnungslos bzw. hilflos gefühlt zu haben, oder/und die jungen Erwachsenen hatten Angstgefühle oder/und die Angst, völlig alleingelassen zu sein, oder/und fühlten sich permanent angespannt und unruhig.

***Eine negative Selbsteinschätzung** basiert auf Items, so gut wie nie stolz auf sich gewesen zu sein, oder/und die jungen Erwachsenen waren überwiegend unzufrieden mit sich selbst (21 Prozent) oder/und haben sich zurückgesetzt gefühlt oder/und hatten das Gefühl versagt zu haben (9 Prozent) bzw. fühlten sich nutzlos.

2.1.6 Risikoverhaltensweisen

Die jungen Erwachsenen aus den BBJH Projekten **rauchen** deutlich mehr als die der Repräsentativerhebung. Setzt man „Rauchen“ in Bezug zu den Werten der Demoralisierungsskala, zeigt sich, dass Rauchen in dieser Gruppe nicht nur Ausdruck eines bestimmten Lebensstils darstellt, sondern auch die Funktion von Bewältigungsverhalten übernimmt.

Tab.8: Risikoverhalten Rauchen (Angaben in Prozent)

Rauchen Sie zurzeit?	BBJH (N=205)		Repräsentativerhebung (N=545)	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Ja	60,9	60	36,1	40,6
Nein, aber früher	28,7	29,7	8,8	10,1
Nein, noch nie	10,3	10,8	55,1	49,4

Beim **Alkoholkonsum** zeigt sich die erwartete Tendenz, dass Frauen weniger Alkohol trinken. Die Unterschiede zwischen den BBJH-Jungen-Erwachsenen und der repräsentativen Stichprobe zeigen sich beim regelmäßigen Konsum bzw. bei Alkoholgefährdung. 4,5 Prozent der jungen Frauen und 18 Prozent der jungen Männer der BBJH geben an, dass sie täglich bzw. fast täglich Alkohol (bezogen auf Bier, Wein, Cocktails, Schnaps) trinken. Bei der Repräsentativbefragung lagen die Vergleichswerte bei 4 Prozent der Frauen und 7 Prozent der Männer.

Auch der Umgang mit **Medikamenten** ist bei einem Teil der BBJH-Klientel risikoreicher. Immerhin gibt jede vierte junge Frau an (25 Prozent), täglich bzw. ein- bis zweimal wöchentlich Medikamente einzunehmen (bezogen auf Schmerzmittel, Beruhigungs-/Anregungsmittel, Schlafmittel, Appetitzügler). Dieser Anteil liegt bei den jungen Männern bei 12,3 Prozent. Bei den Befragten der Repräsentativerhebung ist der Medikamentenkonsum um ein Vielfaches geringer.

Tab.9: Risikoverhalten Medikamente (Wie häufig nehmen Sie folgende Medikamente: Schmerzmittel, Beruhigungs-/Anregungsmittel, Schlafmittel, Appetitzügler?) (Angaben in Prozent)

Einnahme von Medikamenten	BBJH (N=205)	Repräsentativerhebung (N=545)
Täglich	7,6	0,1
Ein- bis zweimal wöchentlich	10	1,8
Seltener oder nie	82,4	98,2

Dieser deutlich höhere Medikamentenkonsum kann in Zusammenhang gesehen werden mit den höheren Befindlichkeitsstörungen des Klientels der BBJH. Es zeigt sich ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Einnahme dieser Medikamente mit einem höheren Grad an psychosomatischen Stresssymptomen sowie einem höheren Grad an Demoralisierung. Da sich darüber hinaus ein deutlicher Zusammenhang zwischen (niedriger) Schulbildung und (höherem) Medikamentenkonsum zeigt, weist auch dies auf eine andere „somatische Kultur“ zwischen den Bildungsschichten hin.

Wie auch andere Untersuchungen zeigen, ist der Konsum illegaler Drogen Bestandteil zumindest einer bestimmten Jugendkultur geworden. Die Werte der jungen Erwachsenen der BBJH liegen nur leicht über jenen der Repräsentativerhebung. Als aktuelle „User“ bezeichnen sich annähernd jede sechste junge Frau (8,5 Prozent) und annähernd jeder fünfte (19,1 Prozent) junge Mann. Dies bezieht sich überwiegend auf den Genuss von Marihuana/Haschisch.

Tab.10: Risikoverhalten Illegale Drogen (Angaben in Prozent)

Konsum von illegalen Drogen	BBJH (N=205)		Repräsentativerhebung (N=545)	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Keine Erfahrung	64,6	53,0	70,9	59,3
Erfahrung	35,4	47,0	29,1	40,7

Nimmt man den Anteil der Konsument/innen¹⁰ von „harten Drogen“ (LSD, Heroin, Kokain), liegen die Werte bei der Klientel der BBJH insbesondere bei den jungen Männern deutlich höher.

2.1.7 Zusammenfassung

Die dargestellten Ergebnisse vermitteln einen Überblick über die Gesundheitssituation von jungen Erwachsenen die in BBJH-Projekten betreut werden. Wie die Ergebnisse zeigen, berichten die Befragten nicht nur von einer Reihe psychosozialer Belastungen in ihrer Lebenswelt, sondern auch von einer doch erheblichen Anzahl von subjektiv wahrgenommenen gesundheitlichen Beschwerden und Belastungen. Der Vergleich mit den jungen Erwachsenen aus der Repräsentativerhebung verdeutlicht, dass die Gruppe junger Erwachsener aus der BBJH auch gesundheitlich eine besondere Risikogruppe darstellt. Dies gilt vor allem für die psychischen Belastungen. Auch die Vergleichswerte beim Risikoverhalten liegen, vor allem was das Rauchen, den intensiven Alkoholgenuss, aber auch den Konsum von illegalen Drogen betrifft, deutlich höher. Der zeigbare Zusammenhang zwischen dem Grad der Demoralisierung und einzelnen Risikoverhaltensweisen kann als ein Lösungsversuch alltäglicher (belastender) Lebensereignisse interpretiert werden, der dann zum Tragen kommt, wenn andere Bewältigungsmuster nicht zur Verfügung stehen. Einen besonderen Einfluss haben, sofern man dies aufgrund einer Querschnittanalyse sagen kann, die insgesamt höhere alltagsweltliche Belastung, gerade auch im familiären Bereich, und die angesichts der prekären arbeitsmarktbezogenen und beruflichen Aussichten negativen Zukunftserwartungen. Gerade bei jenen jungen Erwachsenen, die über ein niedriges Kohärenzgefühl verfügen, drückt sich dies in einer Mischung von Zukunftspessimismus, dem Gefühl von Hoffnungs- und Hilflosigkeit und negativer Selbsteinschätzung aus.

¹⁰ Allerdings muss man diese Werte vorsichtig interpretieren, da hier viele der jungen Erwachsenen die Antwort verweigert haben.

Allerdings, und dies ist auch ein wesentliches Ergebnis, kann man nicht vom „kranken Klientel“ der BBJH sprechen. Es ist ein Teil (40 bis 50 Prozent) dieser jungen Erwachsenen, die auch auf der gesundheitlichen Ebene besonders betroffen sind und die neben der ohnehin laufenden pädagogisch-betrieblichen Betreuung eines besonderen Augenmerks auch im gesundheitlichen Sinne bedürfen. Hier geht es weniger um eine klassische medizinische Versorgung als vielmehr um eine Betreuung, die sie (noch mehr) unterstützt, ihre Handlungsbefähigung und Chancen zu erweitern. Hier liegt auch der zentrale präventive Nutzen. Gelingt es nicht, ausreichende individuelle Handlungskompetenzen für die jeweiligen situationalen und lebensgeschichtlichen Handlungsanforderungen im frühen Erwachsenenalter zu erwerben, besteht nicht nur die Gefahr einer weiter mehr als prekären Beschäftigungsfähigkeit, sondern auch, dass sich daraus chronifizierte psychisch und sozial auffällige und abweichende Formen des Handelns entwickeln.

2.2 Arbeitslosigkeit und Gesundheit bei jungen Erwachsenen

Arbeitslosigkeit und Gesundheit sind vielfältig miteinander verknüpft. Seit der berühmten Marienthal-Studie von Jahoda, Lazarsfeld und Zeisel (1933), in der die Folgen von Arbeitslosigkeit u. a. in einem sechsstufigen idealtypischen Phasenverlauf analysiert wurden, hat sich eine mittlerweile breite Forschungstradition zur Analyse von Arbeitslosigkeit entwickelt. Dabei sind neben dem Verlauf vor allem auch die Folgen von Arbeitslosigkeit, auch auf Gesundheit, untersucht worden. Zu diesen gibt es vielfältige Hinweise aus Quer- und (seltener) Längsschnittanalysen (zur Übersicht vgl. Kieselbach/Beelmann 2007, Dauer/Henning 1999, Mohr 1997, Hanisch 1999). Fünf Ergebnisse zeichnen sich als übergreifende Befunde ab:

- Arbeitslosigkeit kann alle Bereiche und Erscheinungsformen von Gesundheit betreffen. Hanisch (1999) hat in einer Literaturanalyse über 50 Folgewirkungen im psychischen und physischen Bereich festgestellt und zählt den Eintritt von Arbeitslosigkeit in seiner Bewertung zu den zehn am stärksten traumatisierenden Lebenserfahrungen.
- Fast alle Erkrankungen treten bei arbeitslosen Männern und Frauen häufiger auf. Diesen Befund konnten Grobe und Schwartz (2003) für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes exemplarisch anhand von Daten der Gmünder Ersatzkasse aufzeigen.¹¹

¹¹ Relativ gering waren die Unterschiede nur bei Krebsneubildungen, Krankheiten des Kreislaufsystems, der Harn- und Geschlechtsorgane und des Bewegungsapparates. Bei anderen Erkrankungen wie Infektionskrankheiten, Krankheiten des Stoffwechsels und des Verdauungssystems, Verletzungen/ Vergiftungen, vor allem aber bei psychischen und Verhaltensstörungen gab es deutlich mehr Krankenhausaufenthalte (Tage) bei den Arbeitslosen. Im telefonischen Bundesgesundheitsurvey 2003 (Lange/Lampert 2005) ergaben sich für langzeitarbeitslose Männer (mehr als zwölf Monate arbeitslos) höhere Risiken für chronische Bronchitis, Rückenschmerzen, Schwindel, Bluthochdruck und Depressionen. Bei kurzzeitarbeitslosen Frauen (weniger als zwölf Monate ar-

- Metaanalysen¹² zeigen, dass mehr noch als die somatischen es vor allem die psychischen Folgen sind, die im Prozess der Arbeitslosigkeit die Gesundheit beeinträchtigen. Diese Folgewirkung lässt sich für unterschiedliche Indikatoren der psychischen Gesundheit nachweisen und ist von der Effektstärke her hochbedeutsam (Paul/Hassel/Moser 2006).
- Für die Wirkungsrichtung finden sich sowohl Belege dafür, dass der Eintritt von Arbeitslosigkeit und vor allem die Länge der Arbeitslosigkeit Verursacher von vielfältigen, sowohl psychosozialen als auch physischen Einschränkungen der Gesundheit sind (vgl. u. a. Kieselbach 2007, 1). Ebenso zeigen sich aber auch Belege dafür, dass gesundheitlich eingeschränkte Arbeitnehmer aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkungen ein höheres Risiko haben, entlassen zu werden und länger arbeitslos zu bleiben, da sie auch weniger Chancen in der beruflichen Wiedereingliederung haben.
- Arbeitslose junge Erwachsene haben ein erhöhtes gesundheitliches Risiko als Folge der stärkeren Ausübung riskanter Gesundheitsverhaltensweisen, und es zeigt sich ein Schereneffekt: Während bei den jungen Erwachsenen, die nach der Schule einer Beschäftigung nachgehen, die psychische Symptombelastung zurückgeht, steigt sie für arbeitslose junge Erwachsene (Kieselbach/Beelmann, 2006, S. 25).

In den theoretischen Überlegungen¹³ zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit werden diese beiden Effekte als Kausalitäts- und Selektionshypothese diskutiert. Die Kausalitätshypothese unterstellt, dass Arbeitslosigkeit mit zunehmender Dauer gravierende Folgen für die Gesundheit der Betroffenen hat. Die Selektionshypothese geht davon aus, dass gesundheitlich belastete Personen eher arbeitslos werden bzw. weniger gut wieder in eine

beitslos) waren die relativen Risiken für Asthma, bronchiale Erkrankungen, Rückenschmerzen, erhöhte Blutfettwerte, Bluthochdruck, Schwindel und Depressionen signifikant gesteigert (vgl. Bert et al. 2008, S. 22).

¹² Vergleiche dazu die Metaanalysen (Murphy/Athanasou 1999, Paul/Hassel/Moser 2006). Viele der Veröffentlichungen stellen daher auch die psychologischen Aspekte in den Mittelpunkt (exemplarisch dafür: Kastner/Hagemann/Kliesch, 2005; Holleder/Brand 2006). Übereinstimmendes Ergebnis der Metaanalysen ist, dass Arbeitslosigkeit deutlich die psychische Befindlichkeit reduziert (Bert et al. 2008, S. 23).

¹³ „Die Forschung über den Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit ist eng mit dem Begriff der differentiellen Arbeitslosenforschung verknüpft (Wacker 1983). Theoretisch wird dabei auf unterschiedliche Grundlagen zurückgegriffen. Beginnend mit Phasenmodellen, die einen gleichförmigen Verlauf der Erfahrung von Arbeitslosigkeit nahelegen (Schock, Optimismus, Pessimismus, Fatalismus), hat sich im Laufe der Zeit die Position durchgesetzt, dass Arbeitslosigkeit differentielle (gesundheitliche) Folgen nach sich ziehen kann, die hinsichtlich ihres Ausmaßes von spezifischen Bewältigungsressourcen, den jeweiligen Lebensumständen, der biographischen Vorgeschichte, der Persönlichkeit und finanzieller, persönlicher und sozialer Ressourcen, also Kontextfaktoren, abhängen. Dabei sind gemäß dem Belastungs-Bewältigungs-Paradigma Stressoren und Ressourcen gleichermaßen zu berücksichtigen (Kieselbach/Wacker 2000).“ (Kieselbach 2007, S. 3)

Beschäftigung integriert werden. Berth et al. (2006, 115)¹⁴ gehen aufgrund ihrer Längsschnittanalysen (siehe auch unten) davon aus, dass beide Hypothesen miteinander verschränkt sind und einen „Teufelskreis“ bilden. Sie und viele andere Autor/innen (Kieselbach 2007, Holleder/Brand 2006, Kastner/Hagemann/Kliesch 2005) weisen zudem darauf hin, dass in diesem Teufelskreis personale und soziale Faktoren wichtige Mediatorvariablen bilden. Vor allem die Art und Weise, wie Personen den Verlust eines Arbeitsplatzes bzw. auch längere Phasen der Arbeitslosigkeit verarbeiten, hängt stark von ihren Bewältigungsressourcen und daran ansetzend ihrem Aktivitätsniveau ab. Die aus der Resilienzforschung und der Salutogenese bekannten Widerstandsressourcen und Schutzfaktoren beeinflussen ganz erheblich die Intensität, mit der von Arbeitslosigkeit betroffene Menschen mit gesundheitlichen Beschwerden reagieren, und auch, wie handlungsfähig sie sich in dieser Situation fühlen (vgl. u. a. Bude/Lantermann 2006; Deutschman/Kuhnert 2005, Eberth/Hölling/Bettge/Ravens-Sieberer/Schlack 2007, Berth et al. 2008).

Im Folgenden sollen diese allgemeinen Befunde für den Bereich der jungen Erwachsenen konkretisiert werden. Ich beschränke mich dabei auf vier Studien, die nach 2000 erschienen sind, die aber die Auswirkungen von Jugendarbeitslosigkeit in unterschiedlicher Form und Methodik analysiert haben.

2.2.1 Empirische Studien: Sächsische Längsschnittstudie (1987 – 2008)

Die Studie, die den Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit bislang am intensivsten untersucht hat, ist die Sächsische Längsschnittstudie. In nicht weniger als bislang 21 Wellen wurde eine homogene Alterskohorte seit 1987 regelmäßig befragt. Insgesamt wurde bisher bei den Befragten die Lebensspanne zwischen dem 14. und dem 35. Lebensjahr untersucht.

Standen am Anfang noch Fragen der politischen Einstellung im Zeichen der Wende im Vordergrund, wurden in der Folge nicht nur der jeweilige Erwerbsstatus erhoben, sondern auch über eine Reihe standardisierter Instrumente der Gesundheitsstatus der Befragten. Die Anlage der Untersuchung und die Entwicklungen des Arbeitsmarktes im Osten Deutschlands ermöglichen dabei den Zusammenhang zwischen Arbeit haben, arbeitslos werden und länger arbeitslos bleiben differenziert analysieren zu können, da mittlerweile nahezu 70 Prozent der

¹⁴ In der Auswertung von drei Wellen der Sächsischen Längsschnittstudie (1991, 1996, 2004) wurden die beiden Hypothesen geprüft. 153 Personen wurden zu allen drei Zeitpunkten befragt. Das mittlere Alter betrug 1991 18 und 2004 31 Jahre. 57 Prozent der Befragten waren Frauen. Der subjektive psychische Distress wurde mit einem neu konstruierten 4-Item-Instrument, dem D-Score, erfasst, der sich als reliabel und valide erwies.

Panelmitglieder ein- oder mehrmals von Arbeitslosigkeit betroffen waren. Nimmt man nur jene, die inzwischen mehrfach arbeitslos waren, so hat sich der Anteil innerhalb von 10 Jahren (1996 bis 2006) von 17 auf 40 Prozent erhöht. Einige der zentralen und mittlerweile breit publizierten Ergebnisse sind:

- Auch für junge Erwachsene gilt, dass Arbeitslosigkeit somatische wie psychische Auswirkungen hat. Mittels des entwickelten G-Scores wurde die Häufigkeit von Magenschmerzen, Herzbeschwerden, Nervosität und Schlaflosigkeit erfragt und mit den Arbeitslosigkeitserfahrungen in Beziehung gesetzt. Vor allem mehrfach arbeitslose Personen gaben mehr körperliche Beschwerden an (Berth et al. 2008, S. 23).
- In dieser Studie zeigt sich, ebenso wie in der oben zitierten Metaanalyse, dass „Arbeitslosigkeit mit höheren psychischen Belastungen einhergeht, insbesondere bei mehrfach arbeitslosen Personen“ (ebd., S. 23).
- In der Untersuchung der gesundheitlichen Folgen der subjektiv wahrgenommenen Unsicherheit des Arbeitsplatzes zeigt sich, dass die Belastungen mit einer wahrgenommenen zunehmenden Arbeitsplatzsicherheit positiv korrelieren. Personen mit einem als unsicher eingeschätzten Arbeitsplatz geben signifikant mehr Beschwerden an¹⁵ (ebd., S. 23).
- In ihrer Gesamtbewertung sprechen die Autoren davon, dass die Arbeitslosigkeit wie ein Riss durch die gesamte Population geht. „Sie nährt Ängste gegenüber dem gegenwärtigen kapitalistischen System, bestärkt Zweifel an seiner Zukunftsfähigkeit und erhöht die Protestbereitschaft, hat aber auch erhebliche negative Folgen für die physische und psychische Gesundheit der Befragten. Entscheidend ist, dass diese negativen Auswirkungen mit wachsender Gesamtdauer der Arbeitslosigkeit in vieler Hinsicht nachweislich kumulativ zunehmen – eine Tatsache, die aus den individuellen Längsschnittdaten, nicht jedoch aus den amtlichen Statistiken ablesbar ist. So geht mit zunehmender Dauer eigener Arbeitslosigkeit kontinuierlich die Zukunftszuversicht der jungen Erwachsenen zurück und steigt ihre Angst vor einer persönlichen Notlage stark an. Auch die Bejahung der Wende und selbst die Zahl der gewünschten Kinder nehmen signifikant ab!“ (Förster 2007, S. 9)
- In Bezug auf geschlechtsspezifische Unterschiede lautet der Generalbefund: Arbeitslosigkeit stellt für Männer und Frauen in ähnlicher Weise ein belastendes Lebensereignis dar. In Detailspekten zeigten sich einige Unterschiede: So gaben in ihren Studien

¹⁵ Allerdings sind die Effektgrößen niedrig (ebd., S. 23).

Frauen mehr psychischen Stress und eine etwas geringere Lebenszufriedenheit im Vergleich mit den Männern an. Die Autoren/innen führen dies aber vor allem auf das ostdeutsche Sample zurück und sehen die dort gegebenen schlechteren Arbeitsmarktchancen der Frauen bei gleichzeitig höherer Erwerbsneigung (im Vergleich zu Frauen aus dem Westen) als zentrale Erklärung an.

Einschränkend muss man zu diesen Ergebnissen sagen, dass es sich hier um ein altershomogenes, ostdeutsches und nicht repräsentatives Panel handelt.

2.2.2 Empirische Studien: IAB-Studie zum psychischen Wohlbefinden

Einen ganz anderen methodischen Weg ist eine Studie des IAB gegangen. In dieser¹⁶ wurde auf Daten aus einer Stichprobe von Jugendlichen/jungen Erwachsenen im Alter von 15 bis 24 Jahren zurückgegriffen. Diese Stichprobe stammte aus den Registerdaten der Bundesagentur für Arbeit (BA) von 15 bis 24-jährigen in Deutschland, die im Zeitraum von 1998 bis 1999 mindestens 90 Tage registriert arbeitslos waren. Die jungen Erwachsenen wurden erstmals ein Jahr nach der Arbeitslosigkeit im Winter 1999/2000 und dann 2001 telefonisch befragt.¹⁷

Im Mittelpunkt der Analyse von Schels (2007) stand die Frage, inwieweit die Arbeitslosigkeit das psychische Wohlbefinden junger Erwachsener beeinflusst. Auch diese Studie bestätigte den negativen Einfluss auf das psychische Wohlbefinden. Interessant sind m. E. vor allem folgende Ergebnisse:

Der Stellenwert der Finanzen: „Es bestätigt sich zunächst für alle jungen Befragten die Annahme, dass finanzielle Einschränkungen das psychische Wohlbefinden belasten. Dies zeigen die Indikatoren zu den subjektiv wahrgenommenen materiellen und sozialen Einschränkungen, nicht jedoch der Indikator zur Einkommensarmut. Die subjektiven Armutsindikatoren sind die stärksten Korrelate mit dem psychischen Wohlbefinden.“ (Schels 2007, S. 26)

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede: Für die jungen Männer bestätigt sich die Annahme, dass Arbeitslose über ein geringeres psychisches Wohlbefinden berichten als die Er-

¹⁶ Die Daten wurden im Rahmen des Projektes „Übergänge aus Jugendarbeitslosigkeit“ erhoben. Dieses thematisiert die Arbeitsmarkterfahrung von jungen Erwachsenen, ihren sozialen Hintergrund, ihre sozialen Beziehungen und Gesundheit. Retrospektiv wurden alle Aktivitäten der junge Erwachsenen seit dem Ende ihrer allgemeinen Schulzeit erfasst (Dietrich 2001, Dietrich et al. 2002).

¹⁷ Bei der ersten Welle konnten insgesamt 1918 Interviews realisiert werden. Davon nahmen 1035 junge Erwachsene auch an der zweiten Befragung teil (Dietrich et al. 2002, S. 15). Damit liegt eine Panelmortalität von 46 Prozent vor (Schels 2007, S. 17).

werbstätigen. In der Gruppe der Frauen zeigt sich im Gegensatz dazu kein durchgängiger Zusammenhang zwischen einem geringen psychischen Wohlbefinden und Arbeitslosigkeit. Dies spricht gegen die These, dass bei jungen Männern und Frauen die gleichen Faktoren wirken.

Die Bedeutung der Erwerbstätigkeit, vor allem für Frauen: Entgegen der Annahmen deuten die Befunde darauf hin, dass Arbeitslosigkeit das psychische Wohlbefinden eher in einem geringen Ausmaß beeinträchtigt. Dagegen stellt Erwerbstätigkeit eine zentrale Ressource dar. Während junge arbeitslose Männer zum ersten Befragungszeitpunkt über ein geringeres psychisches Wohlbefinden berichten als erwerbstätige Altersgenossen, zeigt sich dieser Unterschied bei den jungen Frauen nicht. Im Längsschnitt verringert sich das psychische Wohlbefinden bei den arbeitslos gewordenen jungen Erwachsenen nicht signifikant. Dagegen steigt es im Beobachtungszeitraum deutlich an, wenn die jungen Männer und Frauen erwerbstätig werden (Schels 2007, S. 34).

Die Autorin kommt zu dem Fazit, dass die Analysen die Erwerbstätigkeit als einen zentralen Faktor für ein ausgeglichenes psychisches Wohlbefinden bei den jüngeren Männern ausweisen. Anders die Frauen, deren Ausgangslage weniger eindeutig, heterogener ist. „Bei den jungen Frauen steht der Einkommenserwerb im Vordergrund. Sie sind es jedoch auch, die überdurchschnittlich oft im Vergleich zu den Männern von relativer Einkommensarmut und finanziellen Restriktionen betroffen sind. Insbesondere diese jungen Frauen werden auf das Erwerbseinkommen angewiesen sein. Die Ziele der jungen Frauen erscheinen im Lichte dieser Ergebnisse als heterogen. Einerseits muss ein eigenständiges Berufsleben nicht für alle jungen Frauen von zentraler Bedeutung sein. Andererseits strebt anscheinend eine Teilgruppe eine berufliche Karriere an, denn die Ergebnisse zeigen, dass Bildungsaktivitäten eine Ressource für ihr psychisches Wohlbefinden sind. Generell stärken Qualifikationen das psychische Wohlbefinden der Jüngeren, für die Frauen jedoch deutlicher als für die Männer. Es ist anzunehmen, dass sie die erworbenen Qualifikationen als Tor und sicheren Weg in den Arbeitsmarkt sehen.“ (Hurrelmann 2002, Schaufeli 1997).

2.2.3 Seelische Gesundheit und die Teilnahme an JUMP (dem Sofortprogramm zum Abbau der Jugendarbeitslosigkeit)

Die Grundlage dieser Studie bietet eine Mehrfachbefragung von 5000 JUMP-Teilnehmer/innen. Auf dieser Basis konnte Behle (2007,) für ca. 2000 Jugendliche Angaben zur seelischen Gesundheit auswerten, die sowohl während als auch ein Jahr nach Beendigung von

JUMP erhoben wurden. Die Auswahl kann mit einer leichten Überrepräsentierung westdeutscher Jugendlicher als repräsentativ für die gesamte befragte JUMP-Population gelten. Die seelische Gesundheit wurde anhand der seelischen Gesundheitsskala aus dem Trierer Persönlichkeitsfragebogen erhoben. Die Studie ergab nahezu zu gleichen Häufigkeiten eine Stabilisierung (47,4 Prozent) wie eine Destabilisierung (45,4 Prozent), wobei sich insgesamt deutliche regionale wie auch geschlechtsspezifische Unterschiede ergaben:

- Während der Teilnahme an JUMP waren die ostdeutschen jungen Erwachsenen psychisch ausgeglichener, ein Jahr nach Ende der Maßnahmen haben sich ihre Werte an die der westdeutschen jungen Erwachsenen angeglichen.
- Bei den westdeutschen Jugendlichen tritt im Unterschied zu den ostdeutschen Jugendlichen eine deutliche Stabilisierung der seelischen Gesundheit vor allem durch die Aufnahme der Erwerbstätigkeit ein.
- Bei den westdeutschen männlichen Jugendlichen haben „pädagogische Betreuungsmaßnahmen“ signifikant auf die Stabilisierung der seelischen Gesundheit eingewirkt. Bei den anderen Gruppen ergeben sich zwischen der Art der Jump-Maßnahmen keine signifikanten Unterschiede.
- Je höher bei den westdeutschen Jugendlichen die vorherige Arbeitsorientierung war, desto nachhaltiger gelingt die Stabilisierung der seelischen Gesundheit.
- Positiven Einfluss auf die seelische Gesundheit hat die Aufnahme einer Partnerschaft. Vor allem bei den ostdeutschen männlichen Jugendlichen wird die seelische Gesundheit stark von Veränderungen im privaten Partnerschaftsgefüge beeinflusst.
- Strukturelle Unterschiede: Die ostdeutschen Jugendlichen waren höher qualifiziert und weniger bereits durch eine Selektion der Arbeitgeber betroffen. Sie wiesen insgesamt weniger Benachteiligungsfaktoren als die westdeutschen Jugendlichen auf.

Die Autorin kommt zu dem Fazit, dass arbeitsmarktpolitische Maßnahmen zur Stabilisierung der seelischen Gesundheit von jungen Erwachsenen beitragen können, gleichwohl sie in ihren Möglichkeiten vor allem durch die wirtschaftliche Lage am Ausbildungs- und Arbeitsmarkt begrenzt sind. Der aus ihrer Sicht wichtigste Faktor ist die subjektive Zukunftserwartung. Diese ist, so steht zu vermuten (die Autorin gibt hier keine Hinweise) bei den ostdeutschen Jugendlichen pessimistischer.

2.2.4 Empirische Studien: YUSEDER-Studie

In der Studie „Youth Unemployment and Social Exclusion“ (YUSEDER)¹⁸ wurde in sechs Ländern der EU der Frage nachgegangen, „inwieweit die frühe Erfahrung von lang andauernder Arbeitslosigkeit Jugendlicher mit sozialen Ausgrenzungsprozessen einhergeht. Dabei wurden einzelne Dimensionen sozialer Ausgrenzung analysiert und jeweils zu den verfügbaren Schutzfaktoren und individuellen Belastungen in Beziehung gesetzt. Damit wurde versucht, die Dynamik sozialer Ausgrenzungsprozesse zu rekonstruieren und zudem eine Verbindung zur psychologischen Analyse des Erlebens von Arbeitslosigkeit herzustellen“ (Kieselbach 2007, S. 7). Mit Bezug auf die Überlegungen von Castells, Kronauer (2002) und anderen Exklusionsforschern haben sie auf die Situation jugendlicher Arbeitsloser insgesamt sechs Dimensionen von Exklusion untersucht: Exklusion vom Arbeitsmarkt, ökonomische Exklusion, institutionelle Exklusion, Exklusion durch soziale Isolierung, kulturelle und räumliche Exklusion. Die wichtigsten Ergebnisse der Studie mit Blick auf die deutsche Situation, sind:

Exklusion vom Arbeitsmarkt ist für sie dann gegeben, wenn die Rückkehr bzw. der Eintritt in den regulären Arbeitsmarkt dauerhaft versperrt ist. Sie sehen, dass dies in der Regel für die untersuchten Jugendlichen nicht zutrifft. Andererseits ist der Anteil langzeitarbeitsloser Jugendlicher mit einem hohen Exklusionsrisiko am Arbeitsmarkt jedoch in allen untersuchten Ländern erheblich. „In den meisten Fällen ist das geringe bildungs- und berufsbezogene Qualifikationsniveau die Hauptursache der Probleme auf dem Arbeitsmarkt und der damit verbundenen Risiken der Arbeitsmarktausgrenzung. Neben den objektiven Faktoren, die dafür verantwortlich sind (wie die geringe Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt und das häufige Fehlen jeglicher Berufserfahrung bei den befragten Jugendlichen) sehen sie mit zunehmender Arbeitslosigkeit auch die Selbsteinschätzung der Jugendlichen als Einflussgröße. Jugendliche betrachten sich selbst auch als chancenlos und ziehen sich im Sinne einer Selbstausgrenzung vom Arbeitsmarkt zurück (Kieselbach 2006, S. 9).

¹⁸ Die jungen Erwachsenen wurden mit der Methode des problemzentrierten Interviews nach Witzel befragt. Der Zugang wurde über Arbeits- und Sozialämter sowie über Jugendfreizeiteinrichtungen erreicht. Die Auswahl der pro Land interviewten 50 jungen Erwachsenen erfolgte anhand folgender Kriterien: (1) Alter: 20 bis unter 25 Jahre, (2) registrierte Langzeitarbeitslose, die mindestens ein Jahr arbeitslos gemeldet sind und keine Teilnahme an ausbildungs- bzw. berufsvorbereitenden Maßnahmen oder sonstiger Weiterqualifizierung aufweisen, die länger als 12 Wochen andauert, (3) deutsche Staatsangehörigkeit, (4) Gleichverteilung hinsichtlich Geschlecht und Qualifizierungsniveau für Ost- und Westdeutschland (Kieselbach 2007, S. 8).

Eine wichtige Rolle spielt in den Ergebnissen der Studie die Frage familiärer Unterstützung. „Vor allem in Südeuropa führen der größere Familienzusammenhalt und die Möglichkeiten finanzieller Unterstützung zu einem höheren Schutz vor den negativen Folgen der Arbeitslosigkeit. Dies konnte auch in der schwedischen Studie gezeigt werden. Gleichzeitig tritt damit aber auch ein Verstärkungseffekt der sozialen Herkunft ein, indem ursprüngliche soziale Abhängigkeiten und Deprivationssituationen in der Familie an Bedeutung gewinnen und weitergegeben werden. In der belgischen und deutschen Studie ist das Gefühl sozialer Exklusion bzw. Inklusion stärker von dem Ausmaß an Unterstützung aus den sozialen Netzwerken abhängig als von familiärer Unterstützung.“ (ebd., S. 11)

Die YUSEDER Studie zeigt zudem einen unerwarteten subjektiven ökonomischen Effekt. „Während die jungen Leute aus Griechenland, Italien und Spanien so gut wie keine Ansprüche in Bezug auf das soziale Sicherungssystem geltend machen können (aber von ihren Familien unterstützt werden), zeigen im Gegensatz dazu die belgische, schwedische und deutsche Studie, dass das weitreichende Netzwerk wohlfahrtsstaatlicher Leistungen für jugendliche Arbeitslose eine soziale Absicherung vorsieht. Diese bleibt aber auf ein Mindestniveau beschränkt, weil Jugendliche aufgrund fehlender Erwerbsarbeit kaum Ansprüche aus Versicherungsleistungen erwerben können. Da die Herkunftsfamilie immer weniger Kompensationsleistungen erbringt, nehmen subjektive Gefühle ökonomischer Exklusion beispielsweise in Deutschland zu.“ (ebd., S. 9f.) Trotz des besseren sozialen Sicherungssystems in Nordeuropa, das mehr Chancen für junge Leute bietet, werden die institutionellen Hilfesysteme als „unproduktive Behörde“ wahrgenommen. Dies führt zu einem individuell als höher wahrgenommenen Exklusionsrisiko und auch zu einem weitgehenden Rückzug von staatlichen Institutionen.¹⁹ Dies erklärt sich auch aus der erlebten Teilhabe am kulturellen Leben. Diese hängt in hohem Maße von der finanziellen Situation der jungen Arbeitslosen ab und wurde vor allem in Belgien und Deutschland als Gefühl kultureller Ausgrenzung berichtet.

Übergreifendes Ergebnis aller Länderstudien ist, „dass Persönlichkeitsfaktoren wie geringes Selbstwertgefühl und schlechter psychischer Gesundheitsstatus das Risiko sozialer Ausgrenzung verstärken. Dagegen wirken hohes Selbstwertgefühl und gute kommunikative Fähigkeiten dem Risiko sozialer Exklusion entgegen. Insgesamt erhöhen folgende Vulnerabilitätsfak-

¹⁹ Die Yuseder-Studie problematisiert dabei auch die Folgen der Schattenwirtschaft, d. h. wenn es nicht gelingt, junge Erwachsene „normal“ auf dem Arbeitsmarkt zu beschäftigen und sie über Schwarzarbeit sich eine Parallelexistenz aufbauen, die mit zunehmender Dauer die Inklusion auf den normalen und weit schlechter bezahlten Arbeitsmarkt verhindert.

toren das soziale Exklusionsrisiko bei Jugendlichen: niedriges Qualifikationsniveau, passives Verhalten auf dem Arbeitsmarkt, schwierige finanzielle Situation, keine oder nur geringe soziale Unterstützung, mangelhafte oder nicht vorhandene institutionelle Hilfe, geringes Selbstwertgefühl und in einigen Fällen Drogensucht und Devianz. Demgegenüber verringern folgende protektive Faktoren das soziale Ausgrenzungsrisiko: hohe Qualifikation, aktives Arbeitsmarktverhalten, sichere finanzielle Lage, soziale und institutionelle Unterstützung, hoher Grad an soziokulturellen Aktivitäten, großes Selbstvertrauen sowie gute Kommunikationsfähigkeiten.“ (ebd., S. 12)

2.2.5 Fazit

Die durch die Herausforderungen der Transition ins Erwerbsleben geprägte Lebensphase bedingt einen leichten Rückgang bei den Werten zum psychischen Wohlbefinden und auch beim subjektiven Gesundheitsempfinden junger Erwachsener. Dies reicht jedoch nicht aus, um die deutlich höheren Belastungswerte jener jungen Erwachsenen zu erklären, die an den beiden Schwellen zu scheitern drohen. Es sind vor allem junge Erwachsene mit niedrigem Bildungsabschluss, denen der inzwischen zum Standard gewordene berufliche Einstieg nicht gelingt, die bereits erste Phasen von Arbeitslosigkeit kennen und die in der Folge in verschiedenen Maßnahmen betreut und qualifiziert werden.

Psychische Gesundheit: Alle hier dargestellten Studien stimmen mit den Befunden der Arbeitslosenforschung insgesamt überein, dass die massivsten Folgen im Bereich des psychischen Wohlbefindens eintreten. Deshalb wird dieser Bereich auch von den meisten Studien in den Mittelpunkt gestellt. Die Studie von Schels deutet aber an, dass zumindest in den ersten Jahren der Arbeitslosigkeit bzw. prekärer Beschäftigungskarrieren nicht alle gleichermaßen davon betroffen sind.

Studien, die darüber hinaus auch den **somatischen Gesundheitsstatus** einbeziehen, wie die Sächsische Längsschnittstudie, berichten ähnlich wie die IPP-Studie ebenfalls von negativen Auswirkungen bei einer Reihe von Erkrankungen und Beschwerden.

Studien die die **Dauer der Arbeitslosigkeit** untersuchen, stellen fest, dass bei jungen Menschen, vor allem für Frauen, die Kurzarbeitslosigkeit noch wenig negative Folgen hat. Belastend ist die Tatsache, „nicht erwerbstätig“ zu sein und damit allein schon über die materielle Seite nicht die gleichen Teilhabechancen wie andere junge Erwachsene zu haben.

Es geht aber nicht allein um den Besitz des Erwerbsarbeitsplatzes, sondern auch darum, als wie sicher dieser gewertet wird. Die Sächsische Längsschnittstudie zeigt, dass auch Personen mit einem als unsicher eingeschätzten Arbeitsplatz signifikant mehr Beschwerden angeben als jene, die ihren Arbeitsplatz als sicher bewerten.

Fähigkeiten zum Selbstmanagement: Geht man davon aus, dass für die Erhaltung von psychischer Gesundheit Kontrolle und Selbstwirksamkeit bzw. das Gefühl, eine Situation bewältigen oder beherrschen zu können, wichtig ist, spielt Geld naturgemäß eine große Rolle.²⁰

Geschlechtsspezifische Unterschiede: Dem Generalbefund der Sächsischen Längsschnittstudie „Arbeitslosigkeit stellt für Männer und Frauen in ähnlicher Weise ein belastendes Lebensereignis dar“ stehen im ersten Eindruck die Untersuchungen des IAB (Behle, 2006, Schels 2007) gegenüber, die beide deutliche Unterschiede erkennen. Sie widersprechen der These, dass bei jungen Männer und Frauen die gleichen Faktoren wirken. Allerdings scheint mir, dass im Detail sich alle Studien einig sind, dass es doch Unterschiede gibt. Beispielsweise geben auch in der Sächsischen Längsschnittstudie Frauen mehr psychischen Stress und eine etwas geringere Lebenszufriedenheit im Vergleich zu den Männern an. Ähnliche Befunde finden wir auch in der IPP-Studie. Die Studien von Schels und Behle zeigen, dass man zusätzlich den Ost-West-Unterschied berücksichtigen muss und es durchaus Konstellationen gibt, bei denen es Belastungswerte auch bei ostdeutschen Frauen gibt, die geringer als die der Männer ausfallen.

Der **Ost-West-Vergleich** zeigt anhand von Behles Ergebnissen, dass sich sowohl die Zielgruppen wie natürlich auch die Rahmenbedingungen des Arbeits- und Ausbildungsmarktes so unterscheiden, dass es sinnvoll erscheint, getrennte Auswertungen und am besten auch Stu-

²⁰ Ein wichtiges Ergebnis hierzu liefern Price, Choi und Vinokur, die die Mediatorvariablen zwischen Arbeitsplatzverlust und Depression sowie schlechter Gesundheit allgemein untersuchten. Sie schlussfolgern aus ihrer 2-Jahres-Längsschnittstudie mit 756 Beschäftigten, die ihre Arbeit verloren hatten, finanziellen Stress und die Verringerung von persönlicher Kontrolle, so dass gerade über die Verschlechterung der persönlichen Kontrolle auch reversible Faktoren wie Arbeitsplatzverlust dauerhaftere Effekte produzieren können. Gerade die mit den finanziellen Sorgen verbundenen Kaskadeneffekte würden die depressiven und Stressreaktionen wesentlich beeinflussen, zudem wiesen sie in einer früheren Studie nach, dass der finanzielle Stress über die Verschlechterung von sozialer Unterstützung als auch die Unterminierung von Paarbeziehungen von der anderen Seite die seelische Gesundheit beeinträchtigt. Die Ketten von Benachteiligung („chains of adversity“) werden von den Autoren zusammen mit der Tatsache, dass Arbeitsplatzverlust im Unterschied zu chronischer Armut wenig Adaptationspotentiale bietet, welche die Bewältigung erleichtern könnten, verantwortlich gemacht für die langfristig wirksamen schädigenden Effekte von Arbeitslosigkeit.“ (Kieselbach 2007, S. 6)

dien durchzuführen. Leider existiert im Westen keine mit der Sächsischen Längsschnittstudie vergleichbare Studie.

3 Gesundheitsprävention und -förderung in den Einrichtungen der BBJH

Im dritten Teil der Expertise geht es um eine Bestandsaufnahme, wie viele und in welcher Form BBJH-Einrichtungen sich explizit mit dem Thema Gesundheit beschäftigen. Dazu wurde exemplarisch an einem Bundesland (Bayern) eine telefonische Befragung der Einrichtungen der BBJH durchgeführt.

Was ist BerufsBezogene JugendHilfe?²¹

Die BerufsBezogene JugendHilfe²² kümmert sich um sozial benachteiligte und individuell beeinträchtigte junge Menschen mit erhöhtem Förderbedarf. Sie bietet diesen zur sozialen und beruflichen Integration ein breites Spektrum an Beratungs-, Bildungs-, Wohn-, Arbeits- und Ausbildungsmöglichkeiten. Den rechtlichen Hintergrund bildet vor allem das SGB VIII §13, nach dessen Vorgabe vorrangig über Arbeitsmarktförderung, Jugendhilfemittel und ESF ein weitgehend betrieblich orientiertes Angebot vorgehalten wird.

Typisch für die Zielgruppe sind individuell unterschiedlich gelagerte Erfahrungen sozialer Benachteiligung und individueller Beeinträchtigung, die im Übergang von Schule in den Beruf verhindern, dass das gesellschaftliche Normalmodell (Abschluss einer beruflichen Ausbildung bzw. höherer Bildungsabschluss mit Berufseinstieg) gelingt.

Gründe für die soziale Benachteiligung sind häufig:

- eine eingeschränkte familiäre Unterstützung
- Armut, Arbeitslosigkeit im Elternhaus
- beengte Wohnverhältnisse
- Gewalterfahrung, Fremdunterbringung
- mangelnde Sprachförderung
- unvollständige Familien

²¹ Vergleiche auch Schenk 2005.

²² Ähnliche Begriffe sind Jugendberufshilfe und arbeitsweltbezogene Jugendsozialarbeit.

Gründe für die individuelle Beeinträchtigung sind häufig:

- Dyskalkulie/Legasthenie
- leichte Formen der Lernbehinderung
- körperliche Einschränkungen durch Behinderungen, Übergewicht
- Erkrankungen
- Drogenerfahrungen

Typisch für die Zielgruppe ist, dass sie selbst bei günstiger Lage auf dem Ausbildungsstellen- und Arbeitsmarkt wegen der oben genannten Schwierigkeiten und meist unzureichender schulischer Ausbildung, fehlender Schlüsselkompetenzen und Arbeitstugenden keine Ausbildungsstelle findet. Der erhöhte Förderbedarf erklärt sich zusätzlich daraus, dass diese jungen Menschen als Reaktion auf die erfahrene Mischung aus sozialer Benachteiligung und individueller Beeinträchtigung dysfunktionale Bewältigungsformen entwickelt haben. Diese führten oft dazu, dass die Jugendlichen, während der Schulzeit oder unmittelbar anschließend, angebotene Hilfen, nicht entsprechend nutzen konnten.

Die BBJH versucht nun über ein integriertes Angebot, bei dem pädagogisches Handeln und betriebliches Handeln eng verzahnt sind, – der Betrieb sowohl marktnah agiert als auch zugleich zum pädagogischen Lernort wird –, den Jugendlichen das „Tor zum ersten Arbeitsmarkt“ wieder zu öffnen. Diese Qualifizierungsmaßnahmen (meist in Werkstattform) ergänzen und verstärken andere Formen der Arbeitsförderung durch die Agentur für Arbeit und die ARGen. Die BBJH arbeitet somit an der Schnittstelle zwischen SGB VIII, SGB II und SGB III.

Da zur Frage, in welcher Form Einrichtungen der BBJH bzw. Jugendberufshilfe Gesundheitsprävention durchführen, keine Daten oder Berichte vorliegen, **wurde im Frühsommer 2008 mit Unterstützung der LAG Jugendsozialarbeit in Bayern eine telefonische Befragung durchgeführt.** Nach einer Vorrecherche im Mai 2008 bei fünf Einrichtungen wurde die Befragung im Juni/Juli 2008 an 32 Einrichtungen durchgeführt. 26 dieser Einrichtungen haben sich, nach einer schriftlichen Information und Vorinformation, welche Themen befragt würden, zu einer telefonischen Befragung bereiterklärt. Dies entspricht einem Rücklauf von 81

Prozent.²³ Die Befragung dauerte zwischen 20 und 45 Minuten. In einigen Fällen kam es darüber hinaus zu weiteren Nachgesprächen bzw. wurden mir entsprechende Dokumente zur Verfügung gestellt.

3.1 Erhebung zielgruppenbezogener Gesundheitsdaten

Eingangserhebungen

Erwartungsgemäß erheben nahezu alle (92 Prozent) der befragten Einrichtungen zu Beginn des Beschäftigungsverhältnisses den Gesundheitszustand. Etwa ein Drittel tut dies im Rahmen des Eingangsgesprächs. Der größte Teil (58 Prozent) nutzt dazu ein standardisiertes Instrument, in der Regel eine Checkliste. Unterschiede ergeben sich, was dabei erhoben wird. Generell lässt sich differenzieren zwischen jenen Gesundheitsdaten,

- die für die jeweilige Tätigkeit im Betrieb relevant sind, beispielsweise, ob Gelenksbeschwerden vorliegen, wenn es sich um eine Tätigkeit im Garten- und Landschaftsbau handelt;
- und weiteren Gesundheitsdaten, wie beispielsweise Erkrankungen, Allergien, Drogenkonsum u. a.;
- sowie, ob zusätzlich eine medizinische Untersuchung gefordert ist. Letztere ist eher die Ausnahme.²⁴

²³ Bei den sechs Einrichtungen, bei denen es zu keiner Befragung kam, waren zwei Gründe maßgebend. Zum einen die Ferne des Themas, da diese Einrichtungen sich nur am Rande der BBJH zurechnen, zum anderen, dass der/die Verantwortliche zum Zeitpunkt der Befragung durch Krankheit/Zeitprobleme verhindert war.

²⁴ Ein Beispiel für eine obligatorische Untersuchung betrifft Jugendliche, die das 18. Jahr noch nicht vollendet haben. Ein anderer Anlass für eine medizinische Untersuchung betrifft die Nutzung bestimmter Maschinen (die beispielsweise ohne einen medizinischen Sehtest nicht genutzt werden dürfen). In nur einer Einrichtung war es üblich, dass alle einzustellenden Personen von einem Werksarzt untersucht werden.

Die nachfolgende Tabelle zeigt zwei Beispiele, wie solche Daten über Gesprächsleitfäden bzw. Checklisten im Erst- bzw. Anamnesegespräch erhoben werden.

Beispiel 1: Interviewleitfaden Erstgespräch <i>BBJH-Betrieb Großstadt</i>
<i>Auszug aus einem Interviewleitfaden für das Erstgespräch, in dem Gesundheit einer von elf abgefragten Bereichen²⁵ ist.</i>
<p>Fragen zur Gesundheit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haben Sie körperliche/psychische Einschränkungen (Allergien)? • Wie gehen Sie mit Alkohol um? • Nehmen Sie (regelmäßig) Drogen (auch Haschisch)? • Haben Sie mal Drogen genommen?
Beispiel 2: Protokollformular Erstgespräch <i>BBJH-Betrieb Großstadt</i>
<i>Auszug aus einem Protokollformular zum Erstgespräch. Die gesundheitliche Situation ist eine von acht protokollierten Ergebnissen zum Erstgespräch.²⁶</i>
<p>Gesundheitliche Situation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • relevante Erkrankungen und Therapien in der Vergangenheit • aktuelle gesundheitliche Situation • Ziele im Bereich Gesundheit • daraus entstehende Aufgaben

Zu den Standardfragen bei den nicht arbeitsplatzbezogenen Daten gehört auch die nach chronischen Krankheiten und dem Umgang mit Drogen, seltener wird nach psychosomatischen Beschwerden, Medikamentenkonsum und Essstörungen gefragt. Wie man an den beiden Beispielen sehen kann, sind die Art der Fragen und ihre Formulierung sehr unterschiedlich, meist auf den Ist-Zustand bezogen, teilweise enthalten sie aber auch Zielformulierungen. Die Art der Erhebung wirkt in den mir bekannten Fällen selbstentwickelt.²⁷

²⁵ Die anderen sind: Wohnen/ soziales Netz/ Geschwister/ Freundeskreis/ Schule/ Berufsvorbereitung/ Lebensperspektive/ Freizeit/ Konflikte/ Schulden.

²⁶ Die anderen sind: Lernfeld Werkstatt/ Schulischer Werdegang/ Übergang Schule-Beruf/ berufliche Entwicklung bisher/ soziale Situation (Wohnen-Kontakte-Schulden-Alkohol)/ Probearbeit/ Traumberuf.

²⁷ Die mir bekannten Beispiele folgen keiner der klassischen Einteilungen aus der Gesundheits- bzw. aus den Erkenntnissen der Arbeitslosigkeitsforschung.

Prozessdaten

Während der in der Regel einjährigen Beschäftigungszeit der jungen Erwachsenen werden gesundheitsrelevante Daten von 83 Prozent der befragten Betriebe mehrmals erhoben und dokumentiert. In der Regel geschieht dies im Rahmen der Förderplanung.

Schlüsselinstrument Förderplan.

Das Förderplanverfahren ist eine BBJH-spezifische Variante der Hilfe- und Integrationsplanung. Es ist das entscheidende Schlüsselinstrument, mit dem im betrieblich-pädagogischen Alltag Anpassungs- und Förderprozesse zwischen Jugendlichen, Einrichtung und Arbeitsmarkt erreicht werden. Die einrichtungsinternen Rahmenbedingungen bzw. Qualitätsstandards am Beispiel einer BBJH-Werkstatt (vgl. Straus 2006) zu diesem Verfahren lauten:²⁸

- „Mit jedem jungen Menschen, der in unserer Einrichtung an einer Qualifizierungs- oder Ausbildungsmaßnahme teilnimmt, wird auf der Grundlage individueller Förderplanung gearbeitet.
- Der individuelle Förderplan basiert auf lösungs- und ressourcenorientierten Grundsätzen.
- Der individuelle Förderplan ist ein partizipatives und für alle Beteiligten transparentes Instrument.
- Zu festgelegten Zeitpunkten finden Förderplangespräche statt. Je nach Maßnahmephase haben die Förderplangespräche eine spezifische Ausrichtung.
- Am Förderplangespräch nehmen jeweils der Jugendliche, der zuständige Handwerker/in (Meister oder Anleiter) und Sozialpädagoge/Sozialpädagogin teil.
- Alle drei beteiligten Seiten geben Rückmeldung über die bisherigen Erfahrungen und vereinbaren gemeinsam Ziele für die nächste Zeit.
- Die Förderplangespräche und Zielvereinbarungen werden schriftlich dokumentiert.
- Die Dokumentation ist allen Beteiligten zugänglich.“

Der Förderplan ist somit der Ausgangspunkt und Überprüfungsort für alle relevanten Entwicklungen der Jugendlichen/jungen Erwachsenen. Hier werden arbeitsplatzbezogene und übergreifende Kompetenzen, Verhaltensweisen und notwendige Arbeitstugenden reflektiert und gefördert. Ziel ist es auch, den Selbstwert und das Selbstvertrauen der Jugendli-

²⁸ Aus dem Qualitätshandbuch der Einrichtung.

chen/jungen Erwachsenen, die durch manche „Niederlagen im schulischen, ausbildungsbezogenen Bereich, schwierige Familien- und Wohnverhältnisse und problematische Bewältigungsformen beeinträchtigt sind, wieder zu stärken. Zugleich geht es darum, eine realistische Selbsteinschätzung zu entwickeln.

In diesem Sinne kann der Förderplan als indirektes Instrument der Gesundheitsförderung gesehen werden. Zum Teil werden in ihm auch direkt gesundheitliche Schwierigkeiten angesprochen und entsprechende Maßnahmen vereinbart.

Eine Einrichtung nutzt im Rahmen der Förderplanung auch einen vom örtlichen Stadtjugendamt entwickelten Effekte-Fragenbogen u. a. auch als Selbstreflexionsbogen, der das Nachdenken über Gesundheit fördern soll. Die Tabelle zeigt auch eine andere Variante, die ebenfalls als Selbsteinschätzungsbogen für die jungen Erwachsenen genutzt wird.

Beispiel 3: Thematisierung von Gesundheit im Lauf der Maßnahmen

Aus: Wie misst man die Effekte der sozialen Arbeit? BBJH 2005, S.19

BBJH-Betrieb Großstadt

Stärkung des Bewusstseins über Gesundheit	
Indikatorenfragen und Skalierungsvorgaben	Merkmale/Checkliste
<p><i>Wie gut ist das Grundwissen des jungen Menschen über gesunde Lebensführung?</i></p> <p>Sehr gut-gut-mittel-weniger gut-schlecht-trifft nicht zu</p>	<p><i>Informationen über gesündere Lebensweise, ausgewogene Ernährung, ausreichend Schlaf und Erholung, Umgang mit Suchtmitteln</i></p>
<p><i>Wie gut nimmt der junge Mensch seine körperlichen Bedürfnisse wahr?</i></p> <p>Sehr gut-gut-mittel-weniger gut-schlecht-trifft nicht zu</p>	<p><i>Körperbewusstsein, Hygiene</i></p>
<p><i>Wie gut weiß der junge Mensch über seine persönlichen und gesundheitlichen Schwächen Bescheid</i></p> <p>Sehr gut-gut-mittel-weniger gut-schlecht-trifft nicht zu</p>	<p><i>Schutz bei persönlichen, körperlichen Schwachstellen, Risiken, eigener Verhaltensweisen (Suchtmittel, Sport)</i></p>
<p><i>Wie gut setzt der junge Mensch eine gesunde Lebensführung um?</i></p> <p>Sehr gut-gut-mittel-weniger gut-schlecht-trifft nicht zu</p>	<p><i>Einhaltung der Arbeitsschutzbestimmungen, Vorsorgeverhalten (Zahnarzt, Impfungen, Ernährung, Schlaf, Erholung, Suchtmittel, Sport)</i></p>

Beispiel 4: Selbsteinschätzungsbogen	
<i>Auszug: Gesundheit ist einer von 15 Bereichen</i>	
<i>BBJH-Betrieb Großstadt</i>	
Gesundheit	
Fragen	Antworten (frei)
Was bedeutet es für mich, gesund zu sein?	
<i>Was bedeutet es für mich, krank zu sein?</i>	
<i>Was sind die Anzeichen dafür, dass ich krank werde?</i>	
<i>Welche verschiedenen, immer wiederkehrenden Beschwerden kenne ich an mir?</i>	
<i>Was tue ich für meine Gesundheit?</i>	

Neben den Förderplangesprächen gibt es in fast allen Einrichtungen zusätzliche Beratungsgespräche. Diese führen die jungen Erwachsenen in BBJH-Betrieben meist mit den zuständigen Sozialpädagogen/innen. Anlass für Beratungsgespräche mit gesundheitlichen Themen und daran ansetzende Maßnahmen ist, „wenn im Verlauf der Arbeit beispielsweise festgestellt wird, dass ein Jugendlicher schlecht sieht oder den Arbeitsalltag nicht durchhält, weil er zu übergewichtig ist. Dann werden über ein gemeinsames Gespräch bei uns Maßnahmen eingeleitet.“ Der häufigste Anlass für gesundheitsbezogene Beratungsgespräche sind jedoch überdurchschnittlich viele Krankheitstage (siehe unten).

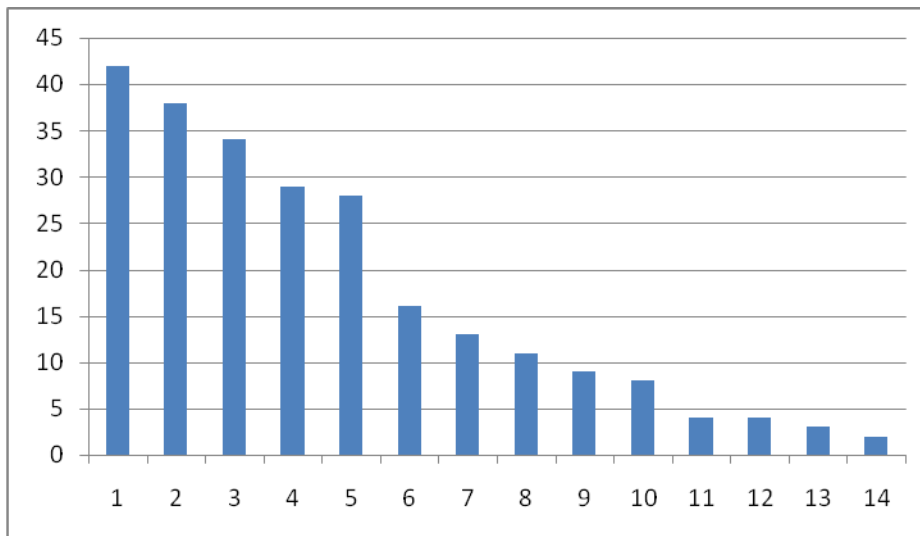
Kaum Auswertung der Daten jenseits des Einzelfalls

Die gesundheitsbezogenen Daten werden zwar als relevant angesehen und meistens dokumentiert, eine übergreifende Auswertung von Art und Häufigkeit gesundheitsbezogener Beeinträchtigung bzw. Themen erfolgt in nahezu keiner der Einrichtungen (88 Prozent). In den wenigen übergreifenden Auswertungen (siehe Beispiel im Anhang) wird eine Zunahme, vor allem auch der psychischen Auffälligkeiten, konstatiert.

Krankheitstage

Alle befragten Mitarbeiter/innen gehen davon aus, dass in ihrem Betrieb aufgrund der Probleme der Zielgruppe eine weit überdurchschnittliche Anzahl an Krankentagen vorliegt. Sie weisen aber auch darauf hin (siehe auch Beispiel Abb.1), dass die Spannweite zugleich sehr groß ist und es auch viele junge Erwachsene in ihren Einrichtungen gibt, die sehr selten krank sind/machen.

Abb.1 : Zahl der Krankentage (Halbjahr 2008) in einer BBJH Einrichtung (N=14 Beschäftigte)



Ebenso sehen die Betriebe deutliche Unterschiede zwischen den ABM/SGB-II-Jugendlichen und solchen, die bei Ihnen eine Ausbildung durchlaufen. Die AZUBIs würden demnach deutlich weniger Krankheitstage aufweisen.

Einige Betriebe haben uns konkrete Zahlen zum Umfang der Fehlzeiten zur Verfügung gestellt. Ihr Anteil an der Arbeitszeit bewegt sich zwischen 12 und 15 Prozent. Der Vergleich mit allgemeinen Zahlen der erwerbstätigen Bevölkerung sieht seit 1999 fallende Zahlen und ergibt für das Jahr 2005 einen Wert von 3,5 Prozent.²⁹ Unterstellt man, dass diese Angaben für alle Betriebe in dieser Spannweite liegen, dann weist die betroffene Zielgruppe der jungen Erwachsenen zwischen drei- und fünfmal mehr Krankentage als die Normalbevölkerung auf.

Die Hintergründe für die häufigen Fehltage sind vielschichtig. Neben der Kritik an vielen Ärzten/innen, die nach Meinung der Mitarbeiter/innen zum Teil zu schnell krank schreiben, sehen die Einrichtungen auch als Ursache klassische Motivationsprobleme, vor allem bei den

²⁹ In den ersten zehn Monaten des Jahres 2005 sanken die Krankenstände (3,4 Prozent) gegenüber 2004 (3,5 Prozent) erneut. In diesem Jahr fehlten die Beschäftigten von Januar bis Oktober durchschnittlich 10,4 Kalendertage. Im gleichen Vorjahreszeitraum waren es 10,7 Tage und im Jahr 2003 fehlten sie noch 12,2 Tage in zehn Monaten. ... Der Krankenstand hat sich über alle Krankheitsarten gesehen seit Beginn der Neunzigerjahre fast halbiert (Rückgang um 47 Prozent). Häufig vorkommende Krankheitsarten gingen sogar noch stärker zurück: So hat sich der Anteil der Herz-/Kreislauf-Diagnosen an den Arbeitsunfähigkeitstagen in diesem Zeitraum auf ein Drittel reduziert, Verdauungserkrankungen verursachten 60 Prozent weniger Krankheitstage. Auch Muskel- und Skeletterkrankungen verringerten ihren Anteil am Krankenstand um etwa ein Fünftel gegenüber 1991. ... Einzige Ausnahme mit deutlich mehr Krankheitstagen bilden die psychischen Störungen, deren Anteil an der Arbeitsunfähigkeit seit 1991 auf das Zweieinhalbfache angewachsen ist (Zunahme um 28 Prozent).
Quelle: BKK-Gesundheitsreport 2005 (siehe www.bkk.de).

SGB-II-Klientel. Als ebenfalls häufiger Grund, der zu Krankentagen führt, wird das Gefühl des Überfordertseins der jungen Erwachsenen angeführt.

Bei den genannten Erkrankungen ergeben sich (Erkältungskrankheiten ausgenommen) folgende fünf am häufigsten genannten Gründe (Basis N=20 Einrichtungen):

Tab.11: Genannte Gründe für Krankmeldungen (Schätzung Fachkräfte) (in Prozent)

Gründe für Krankheit	Anteil Nennungen
Magen-Darm/Bauchschmerzen	60
Übelkeit	50
Kopfschmerzen/Migräne	40
Rückenprobleme	25
Sportverletzungen	20

3.2 Gesundheit als Thema im betrieblichen Alltag

Neben der Frage, wie gesundheitsbezogene Daten zu den jungen Erwachsenen erhoben werden, interessierte auch, in welcher Form die Einrichtungen Gesundheit als Thema im betrieblichen Alltag institutionalisiert haben. Dabei stand nicht die Frage betrieblicher Gesundheitsförderung mit der Gruppe der Hauptamtlichen im Mittelpunkt. Das Interesse galt der gelebten Variante betrieblicher Gesundheitsförderung in Bezug auf die Zielgruppenteilnehmer/innen.

Für zwei Drittel der befragten Einrichtungen der BBJH gilt, dass sie Gesundheit als ein wichtiges Thema sehen und es deshalb auch systematisch in ihrem betrieblichen Alltag verankert haben. Das restliche Drittel bestreitet zwar nicht die Bedeutung von Gesundheitsfragen, hat aber nur vereinzelte Beispiele im Alltag etabliert.

Differenziert man verschiedene Formen, so kann man folgende sechs Varianten der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Zielgruppenteilnehmer/innen unterscheiden:

Tab.12: Formen der Gesundheitsförderung

Form	Anteil in Prozent (N=26)
Gesundheit als Modul des Bildungsteils	79
Aktionen zu Gesundheitsthemen	50
Projektstage Gesundheit	29
Kooperationsprojekte zu Gesundheitsthemen mit Krankenkassen	19
Kooperationsprojekte zu Gesundheitsthemen mit anderen Einrichtungen	33
Sonstige Formen der Förderung von Gesundheit	33

Einrichtungen, die das Thema systematisch verankert haben, nutzen in der Regel mindestens zwei der oben genannten Formen. Aus deren Praxis werden im Weiteren einige Beispiele kurz vorgestellt.

3.2.1 Gesundheit als Modul des Bildungsteils

Viele der BBJH-Einrichtungen bieten neben der Arbeitstätigkeit in den Werkstätten bzw. Einsatzstellen zusätzliche Bildungsmodule an. Mit diesen versuchen sie, über die Arbeitserfahrungen hinaus, weitere Lernmöglichkeiten für die Zielgruppe zu schaffen. Drei Viertel aller befragten Einrichtungen bieten in dem Themenspektrum Bildung auch ein Modul zum Gesundheitsbereich an.

Beispiel 5: Modul Bildungsteil
<i>Umfang 22 Unterrichtseinheiten BBJH-Betrieb Großstadt</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Grundlagen der Ernährung • Exkurs: „Gesundes Frühstück“, Ernährungsberatung AOK • Bedeutung von Funktion und Bewegung verdeutlichen • Essstörungen: Ursachen, Symptomatik anhand von Fallberichten herausfinden • Sucht: Ursachen und Symptomatik von Drogen-/Alkoholsucht • Exkurs: Besuch der Drogenhilfe/Drogenberatungsstelle • Sexualekunde-Seminar • Erste-Hilfe-Seminar • Sport- /Freizeit- und Gruppenpädagogik

Auch in anderen Einrichtungen werden in ähnlicher Form, mit allerdings sehr unterschiedlicher Mischung der Schwerpunktthemen und variierendem zeitlichem Umfang, Bildungsmodule angeboten. In der Durchführung mischt sich Wissensvermittlung mit praktischen Übungen. Daneben wird auch berichtet, dass der Bildungsteil für anlassbezogene Themen genutzt wird, also beispielsweise wenn im Suchtbereich ein Problem aufgetaucht ist und man deshalb zusätzliche Einheiten dazu durchführt. Ebenfalls typisch für den Bildungsteil sind Gruppensitzungen, in denen Gesundheit auf der Basis von Selbstreflexion Gesprächsthema wird.

3.2.2 Kooperation mit Krankenkassen

In der Folge der Ottawa-Charta hat es auch im Bereich beruflicher Gesundheitsförderung deutliche Veränderungen gegeben. Vor allem mit dem § 20 des SGB V von 1989 wurden Kooperationsprojekte mit Krankenkassen möglich. „Maßnahmen der Verhaltensprävention, wie Rückenschulen, Entspannungstrainings und Ernährungsberatungen, hielten Einzug in die Betriebe“ (Göbel, Kuhn 2003, S. 79). Hinzu kamen Mitarbeiterbefragungen und Gesundheitszirkel mit Beschäftigten. Zwar wurde diese Möglichkeit der Gesundheitsförderung 1996 wiederum zurückgenommen, um dann 2000 erneut eingeführt zu werden.

Diese Möglichkeit, Krankenkassen direkt einzubinden, nutzen allerdings erst knapp 20 Prozent der Einrichtungen. Typisch ist der Besuch oder die Nutzung von Kooperationspartnern/innen zu einem bestimmten Modul (z. B. Ernährung), das die Krankenkassen ohnehin anbieten. Es gibt aber auch, wie das folgende Beispiel zeigt, Varianten, bei denen es zu einer darüberhinausgehenden Kooperation kommt.

Beispiel 6: Kooperation mit Krankenkasse

BBJH-Betrieb Großstadt

Seit zwei Jahren hat sich zwischen einer Trainerin einer Krankenkasse und der Einrichtung eine intensive Form der Zusammenarbeit entwickelt. Die Trainerin hat inzwischen auch sämtliche Hauptamtliche der Einrichtung fortgebildet. Mit den Teilnehmer/innen der Werkstatt arbeitet sie kontinuierlich vor allem an

- Bewegung
- Entspannungstechniken
- Stressbewältigung

Insgesamt hat das Training einen Umfang von zweimal zwei Tagen. Die Trainerin hat dabei ihr Repertoire an die speziellen Bedürfnisse der Einrichtung, die mit einem hohen Anteil an Migrantinnen arbeitet, angepasst. Die jungen Frauen konnten Teile des Trainings mitgestalten. Die Leitung berichtet, dass dies wesentlich dazu beitrug, dass inzwischen Teile des gelernten Selbstmanagements auch im betrieblichen Alltag bei Stresssituationen praktiziert werden.

Diese enge Form der Zusammenarbeit ist noch die Ausnahme. Meist werden Vertreter/innen der Krankenkasse eher klassisch eingeladen oder/und man besucht standardisierte Angebote der Krankenkassen. Nicht alle haben dabei gute Erfahrungen gemacht. Beispielsweise lehnt eine Einrichtung eine weitere Zusammenarbeit ab, weil „wir den Eindruck hatten, dass die nur die Daten der Jugendlichen wollen“ (Leitung BBJH Betrieb-Land).

3.2.3 Kooperation mit anderen Einrichtungen

An die Stelle der Krankenkassen treten oft auch andere Kooperationspartner/innen. Ebenfalls gut ein Drittel aller Einrichtungen nutzt deren Angebote, beispielsweise wenn

- das nahe gelegene Jugendzentrum einen AIDS-Parcours aufbaut,
- ProFamilia einen sexualpädagogische Infotag anbietet,
- man in einem Verbund verschiedener Einrichtungen am Projekt AZUBIFIT teilnimmt.

Würde man an dieser Stelle noch alle „normalen“ Einrichtungsbesuche in der näheren Umgebung dazuzählen (bei Drogen-, AIDS- Beratungsstellen, Sozialpsychiatrischen Diensten), würden nahezu alle befragten Einrichtungen solche Kooperationskontakte anbieten.

3.2.4 Projekttag Gesundheit

Gut ein Drittel aller BBJH-Einrichtungen veranstaltet zum Thema Gesundheit einen eigenen Projekttag. Hauptthemen sind dabei Ernährung und Bewegung. An diesen, meist ein bis zweimal im Jahr durchgeführten Projekttagen gibt es zu einem ausgewählten Schwerpunktthema verschiedene, meist praxisnahe Angebote, die um Wissens Elemente ergänzt werden.

Beispiel 7 Projekttag

BBJH-Betrieb Land

Im Mittelpunkt des Projekttags, der ein- bis zweimal pro Jahr durchgeführt wird, stehen die Themen Ernährung und Bewegung. Die Einrichtung hat dafür eine der externen Honorarkräfte engagiert, die auch im Bildungsteil Angebote macht. Diese Mitarbeiterin hat eine gesundheitsbezogene Zusatzausbildung. Der Projekttag besteht aus

- einer lockeren Mischung von kurzen Inputs zum Thema Ernährung
- dem gemeinsamen Kochen
- lockeren Sport- und Bewegungsangeboten

3.2.5 Aktionen

Neben solchen Projekttagen gibt es noch zahlreiche Beispiele von Aktionen, die entweder über längere Zeit durchgeführt werden oder teils anlassbezogen einen Gesundheitsaspekt zum Gegenstand haben. Etwa die Hälfte aller Einrichtungen berichtet über solche Aktionen. Die häufigsten sind das Anbieten eines gemeinsamen Frühstücks bzw. Mittagstischs oder auch nur Kochen als Einzelangebot.

Beispiel 8: Aktion zum Thema Ernährung BBJH-Betrieb Land
<p>Aus der Zunahme der „Übergewichtigen“ im Klientel und der Beobachtung, dass ein Großteil der jungen Erwachsenen süßen Eistee als Hauptgetränk zu sich nahm, entstand das Projekt „Wasser statt Eistee“. Der Betrieb besorgt regelmäßig Wasserflaschen, die die jungen Erwachsenen am Morgen mit auf die Baustellen nehmen können. Die Fachkräfte erinnern und motivieren. Nicht zuletzt auch die sprichwörtliche Finanzknappheit der AZUBIs hat zu einem beträchtlichen Rückgang gesüßter Getränke geführt. Nebeneffekt: Die jungen Erwachsenen nehmen mehr Flüssigkeit zu sich („kostet ja nix“).</p>
Beispiel 9: Aktion zum Thema Bewegung BBJH-Betrieb Land
<p>Als der Bewegungsmangel bei immer mehr Jugendlichen sichtbar – und aufgrund mangelnder Fitness spürbar wurde, entstand das Projekt „Wandern“. Ganze Werkstattgruppen gehen in der Umgebung immer wieder mal bergwandern. Nebeneffekt des Projekts war, dass man festgestellt hat, dass viele der jungen Erwachsenen trotz der nur 10 km entfernten Berge, zum ersten Mal auf einem Berg waren.</p>
Beispiel 10: Aktion zum Thema Krankheitstage BBJH-Betrieb Land
<p>Um den hohen Krankenstand zu reduzieren, entwickelte die Einrichtung ein System von sieben Kriterien. Wer diese innerhalb eines Monats erfüllt, bekommt einen halben bzw. einen ganzen Tag frei. Unter den Kriterien wird auch die Anwesenheit bewertet. Ein Vorteil dieses Systems ist, dass beispielsweise mit dem Kriterium Anwesenheit auch weniger leistungsstarke Jugendliche punkten können. Dieses Modell wird durch ein zweites Instrument ergänzt. Hier wird die Einrichtung in Kooperation mit der Krankenkasse und Ärzten/innen aktiv, wenn ein junger Erwachsener besonders viele Fehltage aufweist und er vorher eine Aufhebung der ärztlichen Schweigepflicht unterschrieben hat. Zudem arbeitet die Einrichtung zur Unterstützung der jungen Erwachsenen mit Hausbesuchen. Diese werden auch bei jungen Erwachsenen mit sehr hohem Krankenstand durchgeführt.</p>

Weitere Beispiele
<p>Unter der Kategorie „Sonstiges“ findet sich noch eine bunte Mischung an verschiedenen Aktionen/Projekten und Gruppen, wie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Massagen und Akupunktur gegen Verspannungen und Migräne durch ausgebildete eigene Mitarbeiter/innen in der Einrichtung • Rückenschulung durch den Fachanleiter/in • das Aufstellen von Fitnessgeräten, die in den Pausen sowie vor und nach der Arbeit genutzt werden können • die kontinuierliche Arbeit der Zielgruppenmitarbeiter/innen während des Jahres in Männer- und Frauengruppen. Dies erlaubt auch, geschlechtsspezifische Gesundheitsthemen anzusprechen bzw. -aktionen durchzuführen • die Unterstützung einer Mitarbeiterin durch die Einrichtung bei der Ausbildung zur Kinder- und Jugendpsychotherapeutin. Dies unterstützt den Umgang der Einrichtung mit dem immer höheren Anteil an psychiatriee erfahrenen jungen Erwachsenen. <p>Ein weiteres Beispiel verdeutlicht zudem, dass es besonderer Arrangements bedarf, um unterschiedlichen Problemgruppen Angebote machen zu können.</p>
<p>Beispiel 11 Arbeit mit substituierten Jugendlichen BBJH-Werkstatt/ Großstadt</p>
<p>Um auch der Gruppe der drogenabhängigen, substituierten jungen Erwachsenen Beschäftigungsangebote machen zu können, wird diesen ermöglicht, Therapie- und Arztkontakte auch während der Arbeitszeit durchzuführen. Da damit einige Jugendliche zeitweise nicht anwesend sind, bedurfte dies einiger Anpassungsprozesse in den Arbeitsabläufen.</p>

3.3 Maßnahmen zur Stressbewältigung/ Ressourcennutzung

Klassifiziert man die in der Befragung erhobenen Angebote nach Themengruppen, finden sich

- Aktionen und Projekte die sich auf klassische Bereiche der Prävention, wie Alkohol und Drogen oder/und auf bestimmte Krankheiten und Beschwerden, wie Essstörungen, psychische Erkrankungen beziehen;
- Aktionen und Projekte aus dem Spektrum der allgemeinen Gesundheitsförderungsthemen. Im Mittelpunkt stehen dabei Ernährung und Bewegung.

Letztere Gruppe bildet die größte Gruppe. Ein weiterer eher kleinerer Teil der Maßnahmen schließlich setzt am Bewältigungsverhalten der jungen Erwachsenen an. Hier stehen vor allem das geringe Selbstwertgefühl und dysfunktionale Bewältigungsstrategien im Vordergrund.

Wie die folgenden zwei Beispiele zeigen, arbeiten diese Einrichtungen mit unterschiedlichen Formen, um das Bewältigungsrepertoire der jungen Erwachsenen wieder zu erweitern.

<p>Beispiel 12: Stressbewältigung/Stärkung Selbstvertrauen BBJH-Werkstatt - Land</p>
<p>Wir bieten als Gruppenmaßnahmen zu Stressbewältigung und Stärkung des Selbstvertrauens/-bewusstseins an:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hau-drauf-Tagesseminar zum Umgang mit Gewalt (mit Kooperationspartner) • Hochseilgarten (einmal im Jahr einen Tag) • Rafting (einmal im Jahr einen Tag) • Trommeln (einmal im Jahr einen Tag)
<p>Beispiel 13: Psychosoziale Angebote BBJH-Werkstatt – Großstadt Auszug aus dem Jahresbericht</p>
<p>Kreativität wird bei uns groß geschrieben! So haben wir etwa eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit dem Projekt PINK der Pinakothek München. Mit den dortigen Kunstpädagogen gestalten wir gemeinsam kreative Projekte für und mit unseren Auszubildenden.</p> <p>Aus der Verhaltenstherapie kommen viele praktische Trainings wie etwa das Selbstbehauptungstraining oder Trainings für soziale Kompetenzen, Trainings zur Bewältigung von Prüfungsangst oder zum Erreichen von Problemlösekompetenzen. Diese Kenntnisse fließen in unsere Arbeit mit ein. Entspannungstraining ist für viele unserer Jugendlichen etwas Neues, von dem sie allerdings auch nach eigener Einschätzung sehr profitieren. Wir arbeiten hier mit verschiedenen Techniken, einzeln und in der Gruppe, wie etwa Progressiver Muskelentspannung nach Jacobson oder Übungen aus der Eutonie. Dafür steht uns ein eigener, sehr schön gestalteter Raum zur Verfügung.</p> <p>Sozialtraining „5 Jahre später“: Ende des Jahres führten wir mit den Auszubildenden des 1. Lehrjahres das Sozialtraining „5 Jahre später“ durch. Die Jugendlichen beantworteten dabei Fragen zu verschiedenen Lebensbereichen, wie „Wo wohnst Du?“, „Was machst Du an einem durchschnittlichen Wochentag?“, „Was ist Dir im Leben wichtig?“</p>

A24-Box-Projekt: Durch unser bewährtes Angebot „Boxtraining“ werden die Gruppenbildung, die Gruppenintegration Einzelner und dadurch das Selbstbewusstsein der Auszubildenden verbessert. Auch dient das Training durch die Möglichkeit, an die persönlichen Grenzen zu gehen, der Selbsterfahrung und bietet Auszubildenden mit Aggressionspotenzial eine Gelegenheit, sich „auszupowern“.

Die häufigste Angebotsform jener ca. 40 Prozent der Einrichtungen, die in diesem Selbstmanagementbereich explizite Maßnahmen durchführen, sind erlebnispädagogische Angebote. Seltener sind Maßnahmen/Übungen im Bereich Selbstvertrauen/Selbstbehauptung und Stressbearbeitung.

3.4 Akzeptanz der Angebote durch die jungen Erwachsenen

Die Jugendphase gehört traditionell auch zu jenen Lebensabschnitten, die als besonders „gesund“ gelten. Im sprachlichen Alltag wird Jugend und Gesundheit oft synonym verwandt, als wäre die Zeit der Jugend immer zugleich auch eine, in der Gesundheit kein Thema zu sein braucht, weil „Jugendliche mit wenigen Ausnahmen doch per se gesund“ seien. Diese Einschätzung wird von nicht wenigen Jugendlichen geteilt und führt oft zu zwei Haltungen. In der ersten sehen sich die jungen Erwachsenen ebenfalls als gesund, trotz bestimmter Einschränkungen. In der zweiten nehmen sie ihre gesundheitlichen Defizite wahr, werten sich aber zugleich dabei ab: Alle sind gesund, nur ich bin krank. Beide Haltungen erschweren eine Auseinandersetzung mit dem Thema. Die Fachkräfte in den Einrichtungen berichten zudem von einem geringen Körperbewusstsein und einem sehr unterschiedlichen und eher basalen Wissensstand. Dies heißt auch, dass es Jugendliche gibt, die offen und interessiert und schnell bereit sind, an sich zu arbeiten. Allerdings ist dies die Minderheit. Entsprechend unterschiedlich ist auch die Akzeptanz der Themen.

Beispiel Ernährung: Typisch für das Ernährungsthema ist beispielsweise, dass vielen Jugendlichen bewusst ist, was gesunde Ernährung bedeutet. Dies drückt sich beispielsweise darin aus, dass sie „stolz“ dem Hauptamtlichen zeigen, dass sie heute Obst zur Pause mitgebracht haben. Die gleichen jungen Erwachsenen besorgen am nächsten Tag beim selbstständigen Vorbereiten des Frühstücks „weiße Semmeln mit Aldiwurst“.

Hier zeigt sich, dass es nicht nur eine Frage des Wissens, sondern stark auch der Gewohnheit ist. Die Pädagogen/innen weisen in ihrer Erklärung auf den mächtigen Lebensalltag der Jugendlichen hin, der vom einfachen, bequemen Fastfood bestimmt wird und nicht nur durch

Bildungseinheiten einfach zu ändern ist. Nicht vergessen darf man auch den finanziellen Aspekt: Nudeln sind billiger als Bio. Viele können sich einen konsequent ausgewogenen, gesunden Lebensstil nicht leisten.

Auch am Beispiel „Kochen“ ist die Einschätzung durch die jungen Erwachsenen aus der Sicht der Pädagogen/innen sehr unterschiedlich. Für die einen ist Kochen total langweilig und uninteressant, andere finden es sehr spannend, weil sie es als etwas Handwerkliches erleben, mit dem sie unmittelbar etwas anfangen können, weil sie nun sich selbst und anderen etwas kochen können. Insgesamt ist Ernährung zwar das häufigste Thema im Spektrum der Gesundheitsangebote der Betriebe, sogleich aber auch eines, das in seiner Akzeptanz umstritten bzw. ambivalent ist.

Generell gilt, dass die Akzeptanz steigt, wenn die Wirkung direkt sichtbar wird bzw. möglichst bald eintritt. Ein Beispiel ist die Rückenschule, die eine Einrichtung im Garten- und Landschaftsbau selbst durchführt. Der Mitarbeiter berichtet, dass die jungen Erwachsenen diese Maßnahme zunächst als blöd und unsinnig abwehrten, ihre Einstellung aber änderten, als sie merkten, dass bestimmte Übungen ihnen beim Anheben des Schubkarrens oder beim längeren Schaufeln hilfreich sind. Ähnliches wird berichtet für übergewichtige junge Erwachsene, die offener werden, „etwas dagegen zu tun“, wenn sie merken, dass ihr Übergewicht sie im Arbeitsalltag schneller schlapp machen lässt als andere, und wenn sie merken, dass Abnehmen möglich ist und oft schnell die Fitness verbessert. In Förderplänen, so berichten Fachkräfte, kommt es inzwischen häufiger vor, dass entsprechende Vereinbarungen zur Gewichtsabnahme, auf freiwilliger Basis, zwischen den jungen Erwachsenen und der Einrichtung getroffen werden.

3.5 Gesundheitsbezogene Qualifikation der hauptamtlichen Mitarbeiter/innen

Eine zentrale Frage für die Art der angebotenen Präventions- und Fördermaßnahmen ist, welche Qualifikationen die hauptamtlichen Mitarbeiter/innen selbst für gesundheitsbezogene Fragen mitbringen. Generell gilt in der BBJH, dass zwei Berufsgruppen dominieren: die Sozialpädagogen/innen und die handwerklich ausgebildeten Fachanleiter/innen mit Gesellen- und Meisterabschluss. Die zentrale Frage war deshalb, ob in den letzten Jahren hauptamtliche Mitarbeiter/innen an einer Fortbildung/Fachtagung teilgenommen haben, in denen eine gesundheitsbezogene Fragestellung im Mittelpunkt stand. In 64 Prozent der befragten Einrichtungen war dies nicht der Fall. Jene, die an einer Fortbildung teilgenommen hatten oder von Fortbildungen/Fachtagungen ihrer Kollegen/innen wussten, nannten Fortbildungen mit sehr unterschiedlichen Themenstellungen, wie

- Gesundheitliche Folgen von Drogen
- Salutogenese
- Burnout
- Psychosoziale Stressverarbeitung
- Psychische Erkrankungen

Generell fällt auf, dass jene Einrichtungen, die sich besonders intensiv mit dem Thema Gesundheit beschäftigt haben, oft Mitarbeiter/innen an dieser Schnittstelle beschäftigen, die über einschlägige Vorerfahrungen bzw. Zusatzausbildungen verfügen (Krankenschwester, Gesundheitspädagoge bzw. Zusatzausbildungen in Akupunktur, Ernährungsberaterin, Hauswirtschaftsleitung, Kinder- und Jugendpsychotherapeutin). Mit einer Ausnahme waren diese Qualifikationen kein Grund für die eigentliche Anstellung.

Gesundheit im Rahmen des Arbeitsschutzes

Der Arbeitsschutz hat nach Ansicht der Mehrheit der Befragten in den letzten Jahren an Stellenwert zugenommen bzw. ist deutlich verschärft worden. In den meisten Betrieben spielt er auch eine relevante Rolle, weil durch Arbeit an Maschinen oder mit gefährlichen Materialien tatsächliche Gefährdungen vorliegen, die entsprechende Maßnahmen notwendig machen: Gehör- bzw. Sichtschutz bei bestimmten Maschinen, Arbeitsschutzkleidung, Umgang mit Schadstoffen usw. Von drei Viertel der Befragten wird die Verschärfung des Arbeitsschutzes positiv gesehen. In einigen Statements wurde deutlich, dass man im Arbeitsschutz einen sinnvollen, die anderen Gesundheitsbemühungen begleitenden Ansatz sieht. Dies entspricht der Einschätzung, „dass mit der Einführung des SGB VII im Jahre 1996 die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung einen, auf die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, erweiterten Präventionsauftrag erhielten. Damit hat sich die inhaltliche Schnittmenge zwischen Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung erheblich vergrößert“ (Göbel, Kuhn 2003, S. 82).

3.6 Fazit

Die Jugendlichen sind schwieriger geworden – der Anteil der schwierigen Jugendlichen ist größer geworden

In ihrer Einschätzung der jungen Erwachsenen überwiegt bei den Fachkräften die These, dass die psychosomatischen und psychischen Belastungen vor allem bei den Mädchen zugenommen haben. In ihrer Begründung verweisen sie auf den veränderten Zugangsweg (SGB II) und die relativ gesehen zurzeit geringere Arbeitslosenquote. Beide Entwicklungen führen dazu, dass nun die stärker belasteten und schwierigeren Fälle in den Betrieben der BBJH landen. Eine Leitung macht dies u. a. auch am Alter fest. Junge Erwachsene, die über die ARGE kommen, seien im Durchschnitt zwei Jahre älter als die, die von der Agentur für Arbeit geschickt werden. „Diese zwei Jahre bedeuten häufig, dass mehr Resignation da ist und auch die Probleme, beispielsweise im Suchtbereich, bereits massiver sind.“

In der Bewertung beider Entwicklungen kann man feststellen, dass die Gruppe der schwierigen und belasteten jungen Erwachsenen in den Einrichtungen größer geworden ist. Dies trifft eher zu als die Aussage, dass die Jugendlichen schwieriger geworden sind.

Gesundheit ein wichtiges Nebenthema

Gesundheit ist bei den Fachkräften ein wichtiges Thema, nicht zuletzt auch wegen der vielen Krankschreibungen und psychosozialen Belastungen, die die jungen Erwachsenen mitbringen. Manche der Fachkräfte vertreten die These, dass sie heute zunehmend auch junge Erwachsene betreuen, deren Bewusstheit und Wissen über ihren Körper und andere Gesundheitsfragen³⁰ immer geringer geworden ist. Zugleich gibt es mehr Übergewichtige und junge Erwachsene, die sich kaum noch bewegen.

Allerdings, so muss man einschränkend auch sagen, treten gesundheitsbezogene Überlegungen stets hinter arbeitsplatzbezogenen Prioritäten zurück.

Viele Angebote – wenige konzeptionelle Hintergründe

Die Breite der Angebotspalette kann zwar noch verbessert werden, aber gut vier Fünftel der befragten Betriebe bieten im gesundheitsbezogenen Bereich ein oder mehrere Angebote an. Dahinter stehen aber nur selten konzeptionelle Überlegungen. Angebote liegen auf der Hand bzw. im Trend (wie Ernährung) oder werden durch die Zielgruppe fast automatisch vorbes-

³⁰ Eine ergänzende Beobachtung einer Einrichtungsleiterin aus dem Migrationsbereich: Viele Flüchtlingswaisen erfahren keine Vorbilder mehr, sie wissen nicht, was Kochen bedeutet, und kennen viele Körpersignale nicht mehr.

timmt (Schwerpunktthema Sucht). Eine konzeptionelle Basis gibt es selten. Ausdruck dafür ist auch, dass auf den Internetauftritten und in Jahresberichten dieser Bereich nur einen eher geringen Stellenwert hat. Viele Angebote wirken zudem „handgestrickt“, was nicht untypisch für eine betriebliche Gesundheitsförderung im Allgemeinen ist.

Im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung gibt es „ein Konglomerat von prototheoretischen Versatzstücken“ aus verschiedenen Disziplinen. Göbel, Kuhn (2003, S.83f.) sehen jedoch auch erste allgemein akzeptierte Grundlagen aus der ökologischen Handlungsfor- schung, der Stressforschung und der Salutogenese. Auch im Rahmen der BBJH hat es von Seiten der LAG-Jugendsozialarbeit erste Veranstaltungen beispielsweise zur Salutogenese gegeben. Ein Prozess konzeptioneller Gesundheitsförderung ist jedoch nicht erkennbar. Auch wenn, ähnlich wie in der betrieblichen Gesundheitsförderung, man nicht mehr sagen kann, dass sich die Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung primär mit einem professionali- sierten Umgang mit Fehlzeiten beschäftigen, bleibt der Eindruck einer gewissen Zufälligkeit. Eine systematische Beschäftigung mit Mobilität, Flexibilität und Prekarität ist nur in Ansätzen zu erkennen. Ebenso erscheinen die Maßnahmen zur Verbesserung der Bewältigungskompe- tenzen zu klassisch und zu selten genutzt zu werden.

Eine Einschränkung muss allerdings mit Blick auf die Förderplangespräche gemacht werden. Dieses Instrument fehlt in der normalen Arbeitswelt. Das realisierte Potenzial für Fragen der Gesundheitsförderung müsste freilich noch genauer analysiert und beforscht werden. Beides war im Rahmen dieser Expertise nicht möglich.

Einschlägige Qualifikationen fördern die Professionalität und Angebotsvielfalt

Wie oben bereits dargestellt, beschäftigen einige Einrichtungen Mitarbeiter/innen, die auch gesundheitsbezogene Qualifikationen mitbringen. In diesen Einrichtungen gibt es überpropor- tional intensive und vielfältige Angeboten zum Thema Gesundheit. Da im Rahmen der BBJH gewünscht ist, dass Mitarbeiter/innen Mehrfachqualifikation haben oder erwerben, sollten hier auch gesundheitsbezogene Qualifikationen an Gewicht gewinnen.

Mehr Stressbewältigungsangebote?

Angesichts des hohen Anteils an psychischen und psychosomatischen Problemen überrascht, dass relativ wenige Betriebe dazu explizite Angebote haben. Mir erscheint es offen, ob im Rahmen der integrierten und personenorientierten Förderung (über marktorientierte Arbeit als Lernfeld) dies bereits ausreichend abgedeckt ist.

Hintergrundthema: Einkommens- und Bildungsarmut

Für einen Teil der Zielgruppe gilt, dass ein wichtiger Hintergrund der Probleme eine zunehmenden Einkommens- und Bildungsarmut ist. Diese erklärt zu einem wichtigen Teil die Häufung der Probleme oder auch bestimmte Erscheinungsformen (beispielsweise das geringe Wissen). Er führt aber auch zu typischen Folgeproblemen, die durch Gesundheitsreformen verschärft auftreten. Ein Beispiel: Viele der jungen Erwachsenen können sich viele Arzneimittel nicht leisten bzw. sind zu chaotisch um Härtefallregelungen und bestimmte Prozeduren (Rezepte sammeln, um dann das Geld zurückzuerhalten) durchzuführen. Weil sie es sich nicht leisten können, sind sie schlechter versorgt.³¹

4 Fazit und Empfehlungen

Im vierten Teil werden auf der Basis der Ergebnisse der empirischen Analysen und der prognostizierten Arbeitsmarktentwicklung die Anforderung bestimmt, auf die die Maßnahmen der Gesundheitsförderung und -prävention der BBJH antworten müssen. Im Mittelpunkt der Empfehlungen stehen die Entwicklungsimpulse, die eine nachhaltige Gesundheitsförderung und -prävention benötigen um den aktuellen Stand zu verbessern. Und es geht am Ende der Überlegungen auch um einen kritischen Blick auf die Rahmenbedingungen der Arbeitsförderungs politik für eine solchermaßen konzipierte Gesundheitsförderung und Gesundheitsprävention.

4.1 Dauerhafte Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung und -prävention

Das Problem wird bleiben

Die Nachkriegsgeschichte Deutschlands kennt nur zwischen 1960 und 1973 eine Phase der Vollbeschäftigung. Davor und danach, einsetzend mit der ersten Ölkrise, gab es das Problem Arbeitslosigkeit und dessen vielfältige Folgen. Mitte der Siebziger gibt es in der BRD wieder eine Million Arbeitslose und die ersten Projekte gegen Jugendarbeitslosigkeit entstehen. 1982 wird die 2 Millionenmarke, nach der Wende 1992 die drei Millionen, 1997 die vier Millionen und schließlich 2005 die fünf Millionen Marke überschritten.³² Erfreulicherweise haben wir

³¹ Eine Fachkraft erzählt zum Beispiel von einer jungen Erwachsenen, die stark unter einer Art Heuschnupfen leidet. Weil sie die 10 € Praxisgebühr nicht zahlen kann, sucht sie keinen Arzt auf. Als sie doch geht, fehlt ihr das Bargeld für die Rezeptgebühr. Der Arzt schenkt ihr darauf das Mittel und das Mädchen kann gar nicht glauben, welch tolle Folgen dieses hat, sie fühlt sich als ein völlig anderer Mensch.

³² „Seit den 1990er Jahren sind (bis 2006) konstant rund eine halbe Million Jugendliche arbeitslos. Vor allem gering qualifizierte junge Menschen haben überdurchschnittlich häufig Schwierigkeiten, auf dem Arbeitsmarkt Fuß zu fassen. Dabei sind Jüngere in Ostdeutschland mit einer angespannteren Lage konfrontiert als die Gleichaltrigen in Westdeutschland. Während in Westdeutschland im Jahr 2001 – dem Vergleichszeitraum der Studie

vor allem konjunkturell bedingt gegenwärtig einen deutlichen Rückgang der Arbeitslosenzahl zu verzeichnen. Kann nun gehofft werden, dass wir wieder Vollbeschäftigung erreichen und sich die beschriebenen Ausgangsprobleme der fehlenden Arbeits- und Ausbildungsplätze auflösen.

Selbst wenn wir wieder in Deutschland Vollbeschäftigung erreichen, was bezweifelt werden darf, würde das Problem bleiben. Jene Bundesländer, die bereits gegenwärtig sehr niedrige Arbeitslosenzahlen, d. h. quasi Vollbeschäftigung³³ erreicht haben, zeigen, dass es auch weiterhin eine Gruppe junger Erwachsener gibt, die ohne zusätzliche Hilfe keinen Ausbildungs- und Beschäftigungsplatz auf dem ersten Arbeitsmarkt bekommen. Die Gründe dafür sind vielfältig und haben weniger mit konjunkturellen Schwankungen zu tun als vielmehr mit einem grundlegenden Wandel der Erwartungen und Ansprüche an Auszubildende und Beschäftigte sowie einem großflächigem Abbau von sogenannten Einfacharbeitsplätzen. Fakt ist, dass der gegenwärtige Ausbildungs- und Beschäftigungsmarkt nur wenig Bedarf für gering qualifizierte Personen mit möglicherweise noch zusätzlichen Vermittlungshemmnissen hat.

Der Übergang Schule Erwerbsarbeit als Brennglas sozialer Benachteiligung

Die Übergangsphase Schule-Erwerbstätigkeit ist für viele junge Erwachsene nicht nur eine weitere Etappe der Identitätsentwicklung, sondern zugleich eine Weichenstellung. Sie gibt vor, an welcher Stelle sich die jungen Menschen in einer nach wie vor stark von den Werten und Strukturen der Erwerbsarbeit geprägten Gesellschaft einfädeln. Viele Studien belegen, dass dieser Übergang stark durch die Herkunftsfamilie mit geprägt wird. In deren Einfluss kommt es zu völlig unterschiedlichen Zeit- und Entwicklungsoptionen, die Jugendliche unterschiedlicher sozialer Milieus und Schichten zur Verfügung stehen. Auch wenn die Normvorstellung eines „kontinuierlichen Weges in die Berufsausbildung und Erwerbstätigkeit heute immer mehr individualisierten und pluralisierten Übergangsmustern weicht (Schels 2007, S. 5), bleibt das alte „oben und unten“ in der Bildungsgerechtigkeit erhalten. Zudem mehren sich die Anzeichen, dass die Individualisierung nicht einfach gleichbedeutend mit einem mehr an Optionen des beruflichen Einstiegs verbunden ist, sondern durch die parallele Flexibilisierungsprozesse der Arbeit den Druck auf die erwerbsbezogene Einstiegsphase eher erhöht als abgeschwächt hat.

– die Arbeitslosenquote der 15 bis 19-Jährigen bei 8 Prozent und der 20 bis 25-Jährigen bei 10 Prozent lag, erreichte sie im Osten 16 bzw. 23 Prozent. (Schels 2007, S. 5)

³³ Die Ökonomen definieren diese bei vier Prozent Arbeitslosigkeit. Länder wie Bayern und Baden-Württemberg liegen bereits darunter.

Eine gesundheitsgefährdende Alltagsrealität

Für die betroffene Gruppe junger Erwachsener gehören damit Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und schwierige Übergänge zu einem Teil ihrer Biografie und Alltagsrealität. Sie sind zudem ständig in Gefahr ihre Arbeitslosigkeit bzw. den Verlust eines Arbeitsplatzes als individuelles Scheitern, als persönlichen Misserfolg zu erleben. Daraus resultieren „Demotivation oder psychosoziale Probleme wie Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Beeinträchtigungen oder Leistungstiefs, die wiederum die weiteren Schritte in das Erwachsenenalter erschweren können“ (Schels 2007, S. 6) und die zudem, das zeigen die empirischen Studien, weitreichende Folgen auf einer gesundheitsbezogenen Ebene haben:

- Teile ihres Lebensstil werden riskanter (Illegale Drogen, Alkohol, Rauchen,...).
- Auf der psychischen Ebene nehmen die Zukunftsängste zu und Gefühle von Hoffnungs- und Hilflosigkeit werden stärker. Die betroffenen jungen Erwachsenen haben immer weniger das Gefühl ihr Leben noch selbst steuern zu können. Auch auf somatischer Ebene nehmen die wahrgenommen Beschwerden zu.
- Ebenso zeigt sich im somatischen Bereich eine Zunahmen an Beschwerden und Erkrankungen.

Der Vergleich mit einer repräsentativen Vergleichspopulation hat deutlich gemacht, dass die gesundheitsbezogenen Nachteile der BBJH Jugendlichen vielfältig sind und sich ihre besondere Ausprägung vor allem auf der Ebene des psychischen Wohlbefindens zeigt. Weitere Studien zur Arbeitslosigkeit junger Erwachsener bestätigen dies und machen zugleich deutlich, dass sich hierbei noch einmal geschlechtsspezifische und Ost-West-Unterschiede ergeben. Wenn Gesundheit ein Zustand des Wohlbefindens und der Handlungsfähigkeit ist, dann sind die gesundheitsbezogenen Werte der jungen Erwachsenen in der BBJH besorgniserregend. Einerseits weil sie ihre Aktivitäten für weitere Integrationsversuche lähmen und sich negativ auf viele andere Alltagsfelder auswirken³⁴. Andererseits weil hier bereits in jungen Jahren Chronifizierungen drohen und aus ersten Beschwerden langanhaltende Erkrankungen werden

³⁴ Zudem gibt es Folgen „am Rande der Gesundheit“. Zumindest erwähnt werden soll, dass der Wegfall der beruflichen Betätigung und die fehlende finanzielle Eigenständigkeit in manchen Fällen auch zu einer Art „Entwicklungsregression“ oder/und der Suche nach anderen Überlebensformen führt. Zum einen bleiben viele junge Erwachsene von den Zuwendungen ihrer Familie (Geld/ Wohnung) abhängig. Zum anderen wird Arbeitslosigkeit auch als eine Ursache für die Erhöhung der Delinquenzgefährdung bei Jugendlichen gesehen. Unausgefüllte Ziele, Langeweile, Spannungsarmut und sinkender Abwechslungs- und Alternativreichtum verleiten zu abweichenden bis kriminellen Handlungen.

können. Im Sinne des Sekundäreffekts von Arbeitslosigkeit stellen diese Folgen wiederum in späteren Jahren zusätzliche Vermittlungshemmnisse dar.

Die europäische Vergleichsstudie YUSEDER hat deutlich gemacht, dass es falsch wäre bei diesen Jugendlichen/jungen Erwachsenen bereits von Exkludierten zu sprechen. Sie hat zugleich aber gezeigt, dass das Exklusionsrisiko in Deutschland besonders hoch ist.

4.2 Gesundheitsförderung und -prävention in der BBJH

In einer Kombination von arbeitsbezogenen und pädagogischen Maßnahmen geht es der BBJH darum, Exklusionsprozessen vorzubeugen und junge Erwachsene für den Ausbildungs- oder/und Beschäftigungsmarkt zu qualifizieren. Beschäftigungsfähigkeit ist dabei für die BBJH Betriebe mehr als nur berufliche Qualifizierung. Junge Erwachsene müssen auch in die Lage versetzt werden mit Zuversicht und entsprechenden Bewältigungskompetenzen konstruktiv mit den Risiken des Arbeitsmarktes umgehen zu können. Wie weit werden die Betriebe diesem Ziel gerecht und welche Rolle spielen dabei gesundheitsrelevante Angebote?

Zunächst kann man sagen, dass auch für die BBJH Betriebe noch die Einschätzung von Hagemann und Kuhnert (2005, S. 118) zutrifft, dass die Mehrzahl der Betriebe ihren Schwerpunkt eindeutig im Bereich der aktuellen Beschäftigungsförderung haben. Maßnahmen der Gesundheitsförderung sind nachrangig und weniger konzeptionell verankert. Betrachtet man die bisherige Angebotspalette sieht man eine breite, nur teilweise systematische und im Einzelfall (Betrieb) meist zu stark reduzierte Vielfalt an Ansätzen der Gesundheitsförderung. Im Mittelpunkt stehen Angebote zur Ernährung und Bewegung sowie zu Suchtthemen. Diese Themengewichtung wird in der Forschungsliteratur einerseits als eher „altbacken“ (Kuhn/Sommer 2000) oder dort wo Suchtthemen im Mittelpunkt stehen, als zu risikolastig kritisiert. Andererseits muss man sagen, dass diese Schwerpunktsetzung in einer etwas erweiterten Form durchaus mit der heutigen Sicht vieler Experten/innen übereinstimmt. So wurden in der Zusammenfassung einer Tagung von Gesundheitsexperten/innen die Hauptgefahren für die Gesundheit Arbeitsloser in den Bereichen Bewegungsmangel, Übergewicht, Rauchen und Alkoholkonsum sowie Depressionen benannt (Hagemann 2005, S. 221). Als allgemeine und unspezifische Gegenstrategien werden dort (ebd. S. 219ff) diskutiert:

- ausgewogene Ernährung
- Bewegung³⁵

³⁵ Rückenbeschwerden als ein Beispiel für Krankheiten im Muskelapparat werden als Volkskrankheit bezeichnet und sind der häufigste Grund (50%) für Anträge zur Frühverrentung.

- Hygiene
- ausreichend Schlaf, Pausen und Entspannungstechniken
- ein befriedigendes Sexualleben
- soziale Kontakte
- Tätigkeiten, die mit Anerkennung verbunden sind

Nimmt man diese erweiterte Liste, so lesen sich die Aktivitäten in den BBJH Einrichtungen in der Summe als durchaus adäquate Entsprechung. Im Einzelfall einer Einrichtung zeigt sich jedoch meist, dass nur ein Ausschnitt bearbeitet wird.

Die Forderung kann deshalb nicht lauten andere Themenfelder zu wählen, sondern das vorhandene Angebotsprofil und die Implementierung in mehrfacher Sicht zu konkretisieren und zu ergänzen:

- Es braucht eine Professionalisierung und einen Ausbau der „diagnostischen“ Verfahren. Hier geht es nicht um eine gesundheitswissenschaftliche Statistik, sondern um eine systematischere Erhebung, der als relevant erkannten Problemfelder. Sinnvoll erscheint auch ein ressourcenorientiertes Instrument wie das Kohärenzgefühl einzusetzen. Zudem sollten die erhobenen Daten auch über den Einzelfall hinaus ausgewertet werden.
- Die Bildungsmodule sollten stets mehr als eine Wissensvermittlung mit bloßer Apellfunktion sein. Hier gibt es bereits zahlreiche gute Beispiele. Trotzdem bleibt die Herausforderung, dass die vorhandenen wissensorientierten Elemente in den Bildungseinheiten und Projekten noch stärker um praktische und von den Zielgruppenteilnehmer/innen mitgestaltete Übungen samt Erfahrungs- und Selbstreflexionseinheiten ergänzt werden.
- Die Wahrnehmungsunterschiede wie auch die verschiedenen Bewältigungsstrategien der Geschlechter müssen im Sinne einer geschlechtsspezifischen Gesundheitsförderung ausgebaut werden. Ich stimme Kuhnert zu, der zeigen konnte, dass vor allem der Aspekt der Männergesundheit bislang eher vernachlässigt wird³⁶ (Kuhnert 2005, S. 274ff).
- Ein weiterer, im Zusammenhang der nachhaltigen Gesundheitsförderung immer wieder betonter Aspekt, ist die Regelmäßigkeit mit der bestimmte Maßnahmen durchge-

³⁶ Die Materialien, die ich im Rahmen der Erhebung einsehen konnte, haben stets den Aspekt der Mädchenspezifischen Arbeit konkretisiert.

führt werden. Hier scheinen mir eine Reihe der BBJH-Betriebe auch bereits auf einem guten Weg. Allerdings überwiegt immer noch die punktuelle Aktion, der Projekttag im Jahr, die Bildungseinheit, die einmal auf der Tagesordnung steht und zu der es keine Wiederholung gibt.

- Der besondere Stellenwert den soziale Netze für Jugendliche haben, auch als Ersatz für die, im Vergleich zu südeuropäischen Ländern nicht mehr im gleichen Sinne funktionierenden familialen Netze, erfordert einen besonderen Blick auf Netzwerkarbeit und das Training von Sozialkompetenzen. Soziale Entwicklungsdefizite in Verbindung mit Ziellosigkeit und dem Verlust von Berufs- und Zukunftsperspektiven machen die davon Betroffenen beinahe zwangsläufig zu Problemgruppen von heute und Randgruppen von morgen.

Neue Formen der Gesundheitsförderung

Unter diesem Stichwort werden sowohl der Einsatz neuer Kommunikationstechnologien diskutiert, die Menschen helfen zeit- und kostengünstig beim Aufbau und der Umsetzung von Verhaltensstrategien zu begleiten bzw. zu coachen, z. B. E-coaching, als auch die stärkere Nutzung von Kommunikations- und Verhaltenstrainings. Diese Verfahren zielen auch darauf ab, den Sylvestereffekt, d. h. viele Vorsätze werden nur kurzfristig in Verhalten umgesetzt, zu vermeiden, indem sie vor allem an Grundkompetenzen im Umgang mit Krisen und Belastungen arbeiten. Eine Tagung zu nachhaltigen Konzepten der Gesundheitsprävention hat gezeigt, dass es hier keine große Lösungen gibt (Hagemann 2005, S. 220), sondern man auf verschiedenen Ebenen ansetzen sollte und die Lösungen eher in kleinen Schritten vollziehen. Neben dem oben bereits beschriebenen sozialen Aspekt (Unterstützung im Netzwerk) wurden vor allem auch die psychologischen Maßnahmen hervorgehoben, die zu einer erhöhten Motivierung und Aktivierung führen sollen. Das Gefühl des „Ich kann etwas tun/ändern“ sei ein wichtiger Ansatzpunkt um das Gefühl der Hilflosigkeit und des „Ausgeliefert-seins“ zu bekämpfen (ebd., S. 220). Dieser Aspekt erscheint mir besonders wichtig und soll im Folgenden ausführlicher diskutiert werden.

Ausbau gesundheitsförderlicher Maßnahmen im Bereich Selbstmanagement und salutogenen Bewältigungskompetenzen

Arbeitslosigkeit und die fehlende Perspektiven, „arbeiten zu können“, werden von vielen Jugendlichen vor allem unter dem Aspekt der Nicht-Anerkennung und der Demütigung verarbeitet. Dies zeigen uns die hohen psychischen Beschwerden und die von den jungen Erwach-

senen geäußerte Angst vor der Zukunft, gepaart mit Hilflosigkeits- und Ohnmachtsgefühlen. Nicht wenige junge Erwachsene haben das Vertrauen zu sich selbst verloren und einige sogar ernsthaft mit Selbstmordgedanken gespielt.

An dieser Stelle gibt es einen aus unterschiedlichen Richtungen (Resilienzforschung, Salutogenese und Selbstwirksamkeitsforschung) auf theoretischer und empirischer Ebene gesicherten, übereinstimmenden Befund: Der Glaube an die eigene Handlungsfähigkeit, dass man etwas beeinflussen und bewirken kann³⁷, ist eine zentrale Variable, gerade auch was die eigene Gesundheit³⁸ betrifft und sollte gestärkt werden. Hier gibt es auch entsprechende Trainingskonzepte (die freilich auf die Zielgruppe der BBJH jungen Erwachsenen noch angepasst werden müssen). In diesem Zusammenhang unterstützend wirken die in der BBJH vielfach genutzten erlebnispädagogischen Maßnahmen.³⁹

Ein wichtiger Aspekt bei der Stärkung der Bewältigungsressourcen ist es auch die persönlichen Vermeidungsstrategien zu erkennen. In den Selbstreflexionsbögen finden sich dazu Ansätze, die man aber noch weiterentwickeln müsste. Auch bietet der Betreuungszeitraum von (durchschnittlich) einem Jahr eine gute Möglichkeit, auch an solchen Abwehrhaltungen arbeiten zu können. Benötigt werden allerdings entsprechende Kompetenzen in der Durchführung und ein systematischer, in den Alltag gut integrierter Ort⁴⁰. Dieser Ort ist in der BBJH in einem besonderen Maße gegeben. Zum ersten durch die konzeptionelle Verknüpfung von persönlicher Entwicklung und beruflicher Qualifizierung, von Pädagogik und Betrieb und zum zweiten konkret durch ein gut entwickeltes Instrument der Förderplanung. Dieses muss nun stärker auch unter einer gesundheitspsychologischen und salutogenen Perspektive genutzt werden. Allerdings müssten hier einschlägiges Wissen und entsprechende Gesprächsstrategien in den Förderplangesprächen existieren. Meiner Erfahrung nach sind diese nur in Ausnahmefällen vorhanden.

³⁷ Dies ist der Hauptgrund dafür, dass mit Eintritt einer erneuten Phase von Arbeitslosigkeit das erlernte gesundheitsförderliche Verhalten wieder abnimmt (Bökenkamp /Kastner 2005, S. 318)

³⁸ In der Tradition der WHO und der Salutogenese versteht man unter Gesundheit den Besitz vollständige Handlungsfähigkeit und die Verfügbarkeit von angemessenen Bewältigungstechniken (Hagemann/Kuhnert 2005, S. 116)

³⁹ Sie basieren auf dem Konzept des handlungsorientierten Lernens und sind vor allem für Jugendliche/junge Erwachsene geeignet, die fern von einer klassischen Lern- und Seminarsituation ungewohnte Erfahrungssituationen brauchen, die zugleich Erfahrungen von Selbstkontrolle und Verantwortung für sich und andere vermitteln. Immer dort wo sie nicht als bloßes Event, als Freizeitveranstaltung oder alternativer Betriebsausflug genutzt werden, bieten sie konkrete Unterstützung für Verhaltensänderung und Anerkennungserfahrungen.

⁴⁰ Die Erfahrungen zeigen, dass diese Zielgruppe nicht über eigens dafür geschaffene Settings (wie VHS, Schulen, Beratungseinrichtungen) zu erreichen ist.

Ressourcen für die Intensivierung: mehr Kooperation und Koproduktion

„Was sollen wir noch alles machen!“ Dieser erwartbare Stoßseufzer aus der Praxis der BBJH kann durch zwei Hinweise ein wenig geschmälert werden. Zum einen, dass – wie oben beschrieben – bereits der Ort und Instrumente für den verstärkten Einsatz gesundheitsförderliche Maßnahmen vorhanden sind und zum zweiten, dass die Fachkräfte dies nicht alles alleine leisten müssen. Kooperation mit anderen Fachdiensten und Krankenkassen, Einsatz von einschlägig ausgebildeten Honorarmitarbeiter/innen und die verstärkte Nutzung des Prinzips der Koproduktion können hier die Fachkräfte entlasten.

Inzwischen gehört die Gesundheitsförderung wieder zum Aufgabengebiet der Kassen und in einem Leitlinienpapier haben die Spitzenverbände der Krankenkassen vier prioritäre Handlungsfelder definiert (Göbel/Kuhn 2003, S. 82):

- arbeitsbedingte körperliche Belastungen (Vorbeugung und Reduzierung von Belastungen des Bewegungsapparats)
- psychosozialen Stress
- Ernährung im Betrieb
- Sucht

Wichtig ist hier nicht standardisierte Angebote zu übernehmen, sondern in Koproduktion gemeinsam mit den Mitarbeiter/innen der Kassen auf die Zielgruppe zugeschnittene Angebote zu entwickeln. An einem Beispiel in Kapitel 3 haben wir gesehen, dass eine solche Form von Koproduktion mit Krankenkassen möglich ist. Positiv ist auch, dass viele Krankenkassen inzwischen erkannt haben, dass die Gruppe der arbeitslosen jungen Erwachsenen besonders förderungswürdig ist und inzwischen auch kostenlose Angebote bereitstellen (Hagemann/Kuhnert 2005, S. 125).

Ressourcen für die Intensivierung: Qualifizierungsanteile bei den Mitarbeiter/innen erhöhen

Die besonders fortgeschrittenen Beispiele der Gesundheitsförderung in der BBJH sind, so das Ergebnis der Erhebung, weitgehend Fachkräften mit einschlägigen Zusatzkompetenzen zu verdanken. Ob in einem BBJH Betrieb diese vorhanden sind oder nicht, ist jedoch eher zufällig. Deshalb muss das Ziel lauten, den Anteil an einschlägig zusätzlich qualifizierten Mitarbeiterinnen zu erhöhen. Da im Rahmen der BBJH gewünscht ist, dass Mitarbeiter Mehrfach-

qualifikation haben oder erwerben, sollte in Zukunft darauf geachtet werden, dass auch gesundheitsbezogene Qualifikationen an Gewicht gewinnen.

4.3 Rahmenbedingungen der Arbeitsförderungs politik ändern

Der Handlungsspielraum der Betriebe erlaubt es zwar einen großen Teil der obigen Forderungen in die Praxis umsetzen zu können. Allerdings wird er aber auch durch die existierenden Rahmenbedingungen unseres Arbeitsmarktförderungssystems begrenzt und unnötig eingeschränkt. Auf drei dieser Begrenzungen sowie auf die Notwendigkeit weiterer Forschung möchte ich abschließend noch eingehen.

Änderung der Anforderungsprofile. Im Anforderungsprofil für Anbieter von Maßnahmen, das von Seiten der Agentur und der ARGE verlangt wird, spielen gesundheitsbezogene Interventionen eine untergeordnete Rolle. Ein Grund ist „die geringe Bekanntheit oder Akzeptanz spezifisch gesundheitlicher Interventionen.“ (Hagemann/ Kuhnert 2005, S. 119). Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung gehören auch nicht zu den ausgewiesenen Tätigkeitsprofilen der sich um die Arbeitsagenturen gebildeten Beschäftigungsgesellschaften. Gleiches kann man auch für die Jugendhilfe sagen, die oftmals eine ähnliche Distanz zu Gesundheitsfragen aufweist.

Zugleich zeigt sich, dass „die bisher weitgehende Trennung von Arbeits- und Gesundheitsförderung wenig effizient (ist). In einer Untersuchung mit 2000 arbeitslosen Arbeitern wurde z. B. nachgewiesen, dass isolierte individuelle Interventionsangebote auf weitaus geringere Akzeptanz stießen als gemischte Ansätze wie die Arbeitsplatzsuche unterstützende Workshops, die Programme der Gesundheitsvorsorge einschlossen“ (Hagemann, Kuhnert 2005, S. 119).

Deshalb muss die Forderung lauten:

„Abbau der bisherigen Trennung von Beschäftigungs- und Gesundheitsförderung sowie Schaffung integrierter Förderinstrumente. In „allen arbeitsmarktintegrativen Maßnahmen sollte Gesundheitsförderung stets als Baustein der Förderung von Beschäftigungsfähigkeit und als ein strategisches Ziel festgesetzt werden.“ (Hagemann/Kuhnert 2005, S. 125)

Ausschreibungspraxis ändern

Zumindest jene Angebote der BBJH, die über die Ausschreibungspraxis der Agentur für Arbeit beschafft werden, haben ein damit gekoppeltes Problem. Zusatzangebote, beispielsweise zur individuellen Förderung im Gesundheitsbereich verteuern die Angebote und verschlechtern, wenn der Preis das zentrale Kriterium ist, die Chancen. Hinzu kommt, dass sich die För-

derpraxis stärker auf „*platzbezogene Förderkriterien*“ verändert hat. Ein Einrichtungsleiter beschreibt das daraus entstehende Problem wie folgt: „Zu Zeiten der „*teilnehmerbezogenen Finanzierung*“ war es eine wichtige Info, wenn wir unseren Auftraggebern zurückgemeldet haben, dass der eine oder andere Jugendliche für den gewählten Beruf keine Eignung oder Motivation hat. Zu Zeiten der platzbezogenen Finanzierung wird aber von uns erwartet, dass wir die Jugendlichen auch dann behalten, wenn sie kein Interesse an dem Ausbildungsberuf haben: Dennoch haben wir dann aber den Erfolg oder Misserfolg zu verantworten.“

Dritter Arbeitsmarkt auch für junge Erwachsene

Das generelle Ziel, junge Erwachsene für den ersten Arbeitsmarkt zu qualifizieren, soll hier nicht in Frage gestellt werden. Dennoch bleibt eine Gruppe, für die diese Zielerreichung trotz der Maßnahmen nicht ausreichend gelingt. Diese scheitert an den Vorgaben und befindet sich in einem Karussell aus Maßnahme, Arbeitslosigkeit, Maßnahme, das manchmal auch kurz unterbrochen wird von kurzfristigen Beschäftigungsverhältnissen. Auch hier gilt es, die Ergebnisse der Studien ernst zu nehmen. Diese hatten gezeigt, wie wichtig die Sicherheit eines Arbeitsplatzes für das subjektive Wohlbefinden ist und, dass oft allein die Tatsache eines entlohnten, nicht prekären Arbeitsplatzes hilft, die negativen Folgen der bisherigen Arbeitslosenkariere rasch aufzuarbeiten. Diese Jugendliche brauchen Zeit und eine Perspektive. Stattdessen aber mutet man ihnen dieses mit vielen Unsicherheit und Scheiternserfahrungen versehene Wechselspiel von „Arbeitslosigkeit, Maßnahme, Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit, Maßnahme usw.“ zu. Stets in der Hoffnung der Arbeitsmarkt wird es schon richten, eine Hoffnung, die sich in den letzten 30 Jahren nicht bestätigt hat.

4.4 Mehr Forschung und Gesundheitsberichterstattung

Das Problem Arbeitslosigkeit kommt in der Gesundheitsberichterstattung noch zu wenig vor (Hagemann/Kuhnert 2005, S. 116). Dort wo Gesundheitsberichterstattung ein wichtiger Indikator für notwendige Maßnahmen ist, fehlen dann die entsprechenden Hinweise und Arbeitslosigkeit wird in ihren Folgen für Gesundheit nicht erkannt.

Der Forschungsstand zu den Folgen der Arbeitslosigkeit ist beeindruckend, dort wo er aber die komplexen Wechselwirkungen analysieren soll, noch ausbaufähig. Eine Studie mit vielen Messzeitpunkten, wie die Sächsische Längsschnittstudie, ist eher selten. Wir brauchen solche Längsschnittstudien aber für unterschiedliche Konstellationen und Zielgruppen der Arbeitslosigkeit.

Noch in einem frühen Stadium befindet sich die Forschung zu Projekten der Gesundheitsförderung von Arbeitslosen. Dies liegt auch an dem folgenschweren Fehler den §20 SGB V wieder abzuschaffen, was nicht gerade für die Handlungssicherheit von Programmen und deren Evaluierung gesorgt hat. Dies liegt auch daran, dass in diesem Feld die einschlägigen Finanziere (BMGS und BMBF) nach Kirschner und Elkeles (2006) bislang zu wenig Projekte gefördert haben.

5 Literatur

- Behle, Heike (2007), Veränderung der seelischen Gesundheit durch arbeitsmarktpolitische Maßnahmen. Eine Analyse am Beispiel des Jugendsofortprogramms JUMP. Institut. für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung: Nürnberg
- Berth, Hendrik/Förster, Peter/Stöbel-Richter, Yve/Balck, Friedrich/Brähler,Elmar (2006): Arbeitslosigkeit und psychische Belastung. Ergebnisse der Längsschnittstudie 1991 bis 2004. In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie (15)
- Berth, Hendrik/Förster, Peter/Stöbel-Richter, Yve/Balck, Friedrich/Brähler,Elmar (2008): Psychiatrische Gesundheit und Arbeitslosigkeit. In: Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (Hrsg.): Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland. Berlin
- Bökenkamp, Katrin/Kastner, Bea (2005): Gesundheitsorientierte Selbstmanagementberatung für Arbeitslose und instabil Beschäftigte. In: Kastner, Michael/Hagemann, Tim/Kliesch, Gesa (Hrsg.) (2005): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung. Lengerich, S. 313-328
- Boltanski, Luc (1976): Die soziale Verwendung des Körpers. In: Kamper, Dietmar/ Rittner, Volker (Hrsg.): Zur Geschichte des Körpers. Wien
- Bude, Heinz/Lantermann, Ernst-Dieter (2006): Soziale Exklusion und Exklusionsempfinden. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Jg. 58, Heft 2,
- Bundesgesundheitsblatt (2007): Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Band 50, Heft 5/6. Berlin, Heidelberg
- Castel, Robert (2000): Die Fallstricke des Exklusionsbegriffs. In: Mittelweg 36 (Jg. 9, Heft 3), S. 11-25
- Dauer, Steffen/ Henning Heinz. (Hrsg.) (1999). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Mitteldeutscher Verlag: Halle
- Deutschmann, André/Kuhnert, Peter (2005): Kohärenzgefühl – Instrument für Risikogruppen in der Arbeitslosigkeit. Ergebnisse einer Vergleichsstudie. In: Kastner, Michael/Hagemann, Tim/ Kliesch,Gesa (Hrsg.): Arbeitslosigkeit und Gesundheit - Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung. Lengerich
- Dietrich, Hans (2001): Wege aus der Jugendarbeitslosigkeit – von der Arbeitslosigkeit in die Maßnahme? In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt und Berufsforschung (34), Nr. 4
- Dietrich, Hans/Behle, Heike/Böhm, Rudolf/ Eigenhüller, Lutz/Rothe, Thomas (2002): Design der IAB-Begleitforschung zum Jugendsofortprogramm im Kontext des IAB-Forschungsschwerpunkts School-to-Work-Transition. Online abrufbar unter URL: <http://www.iab.de/de/389/section.aspx/Publikation/k030401f06>, (Abrufdatum: 02.07.2008)
- Dill, Helga/ Frick, Uli/ Höfer, Renate/Klöver, Barbara/Straus, Florian (2002): Risikoverhalten junger Migrantinnen und Migranten. Expertise für das Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit. Baden-Baden
- Dohrenwend, B. P./Levav, I./Shrout, P. E. (1980): Screening scales from the Psychiatric Epidemiology Research Interview (PERI). (Unpublished manuscript)
- Fichter, Manfred (1990): Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung. Berlin, Heidelberg, New York

- Förster, Peter unter Mitarbeit von Hendrik Berth und Yve Stöbel-Richter (2007): Kippt das Erleben von Arbeitslosigkeit die Bejahung der Wende? Beispiel: Die 33-Jährigen. Ergebnisbericht zur 20. Welle der Sächsischen Längsschnittstudie 1987-2006. Online abrufbar unter URL: <http://www.wiedervereinigung.de/sls/PDF/foersterstudie2007.pdf> (Abrufdatum: 25.07.2008)
- Frank, Jerome D. (1973): Persuasion and healing. A comparative Study of Psychotherapy. Baltimore
- Göbel, Eberhard/Kuhn, Joseph (2003): Betriebliche Gesundheitsförderung. Zur Balance eines Präventionskonzepts zwischen Rückenschule und aufrechtem Gang. In: Jahrbuch für Kritische Medizin (39). Hamburg
- Grobe, Thomas G./Schwartz, Friedrich W. (2003): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. In: Robert Koch Institut (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 13. Berlin
- Hagemann Tim/ Kuhnert Peter (2005). Netzwerk Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung. In: Kastner, Michael/Hagemann, Tim/Kliesch, Gesa (Hrsg.) (2005): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung. Lengerich, S. 91-114
- Hanisch, K.A. (1999). Job loss and Unemployment Research from 1994 to 1998: A Review and Recommendations for Research and Intervention. Journal of Vocational Behaviour, 55, 188-220.
- Höfer, Renate (2000): Jugend, Gesundheit und Identität. Studien zum Kohärenzgefühl. Opladen
- Höfer, Renate/Straus, Florian (1993): Von Beginn an ohne Chance? Benachteiligte Jugendliche und Integrationshilfen der Berufsbezogenen Jugendhilfe. München, Wien
- Hollederer, Alfons/Brand, Helmut (2006): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern
- Holler-Nowitzki, Birgit (1994): Psychosomatische Beschwerden im Jugendalter. Weinheim, München
- Hurrelmann, Klaus/Deutsche Shell-AG (Hrsg.) (2002): Jugend 2002. Zwischen pragmatischem Idealismus und robusten Materialismus. 14. Shell Jugendstudie. Frankfurt a.M.
- Jahoda, Marie/Lazarsfeld Paul/Zeisel, Hans (1982, 1933): Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch. 4. Auflage. Frankfurt a.M.
- Kamtsirius, Panagiotis/Atzpodien, Karen/ Ellert, Ute/Schlack, Robert/Schlaud, Martin (2007): Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendsurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt (50), S. 686-700 Heidelberg
- Kastner, Michael/Hagemann, Tim/Kliesch, Gesa (Hrsg.) (2005): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung. Lengerich
- Kieselbach, T. & Beelmann, G. (2007). Psychologie der Arbeitslosigkeit: Befunde, Interventionen und Forschungsperspektiven. In D. Frey & L.v. Rosenstiel (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie: Wirtschafts-, Organisations- und Arbeitspsychologie - Band 6 2007 Göttingen: Hogrefe.
- Kieselbach, Thomas/Wacker, Ali (2000): Arbeitslosigkeit. In: Wenninger, Gerd (Hrsg.): Lexikon der Psychologie A bis E. Heidelberg
- Kieselbach, Thomas (2007): Arbeitslosigkeit, soziale Exklusion und Gesundheit: Zur Notwendigkeit eines sozialen Geleitschutzes in beruflichen Transitionen. Gesundheit Berlin (Hrsg.). Dokumentation 12. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit. Berlin

- Kirschner, Thomas/Elkeles, Wolf (2006): Eine aktuelle Bestandsaufnahme von deutschen Projekten zur Gesundheitsförderung von Arbeitslosen – Probleme, Forschungs- und Entwicklungsbedarfe. In: Holleder, Alfons/ Brand, Helmut (Hrsg.). *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit*. Bern, S. 97-112
- Kronauer, Martin (2002): *Exklusion. Die Gefährdung des Sozialen im hoch entwickelten Kapitalismus*. Frankfurt a.M., New York
- Kuhn, Detlef/ Sommer Dieter (2000). *Betriebliche Gesundheitsförderung*. Gabler: Wiesbaden
- Lange, Cornelia/Lampert, Thomas (2005): Die Gesundheit arbeitsloser Frauen und Männer. Erste Auswertungen des telefonischen Gesundheitssurveys 2003. In: *Bundesgesundheitsblatt* (48). Berlin, Heidelberg
- Lehnhard, Uwe (2003): Prävention durch Unfallversicherungsträger. Modernisierung des öffentlich-rechtlichen Arbeitsschutzes? In: *Jahrbuch für Kritische Medizin* (39). Hamburg
- Mohr, Gisela. (1997). *Erwerbslosigkeit, Arbeitsplatzunsicherheit und psychische Befindlichkeit*. Frankfurt am Main: Lang.
- Murphy, Gregory C./Athanasou, James A. (1999): The effect of unemployment on mental health. In: *Journal of Occupational and Organizational Psychology* (72). Göttingen
- Neuenschwander, Martin (2003): *Die Bedeutung von personalen Ressourcen, sozialen Stressoren und sozialer Vernetzung für die Gesundheit junger Erwachsener*. Berlin
- Paul, Karsten I./Hassel, Alice/Moser, Klaus (2006): Die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit: Befunde einer quantitativen Forschungsintegration. In: Holleder, Alfons/ Brand, Helmut (Hrsg.): *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit*. Bern
- Pearlin, Leonhard I. (1991): Zum sozialepidemiologischen Verständnis von Public Health: Der Stressprozess. In: Badura, Badura et al. (Hrsg.): *Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung*. Frankfurt
- Price, Richard H./Choi, Jin Nam/ Amiram D. Vinokur (2002): Links in the chain of adversity following job loss: How economic hardship and loss of personal control lead to depression, impaired functioning and poor health. *Journal Occupational Health Psychology* 7 (4), 303-312
- Pröll, Ulrich (2003): Flexible Arbeit und Gesundheit. Intensivierungsrisiken und Ansatzpunkte nachhaltiger Gestaltung. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin* (39). Hamburg
- Rehm, Jürgen/Witzke, W./Fichter, M./Eiberger, T./Koloska, R. (1988): Was messen psychiatrische Skalen? Ein empirischer Vergleich. In: *Diagnostica*, 34, Heft 3. Göttingen
- Schaufeli, Wilmar (1997): Youth unemployment and mental health: some Dutch findings. In: *Journal of Adolescence* 20.
- Schels, Brigitte (2007): *Jugendarbeitslosigkeit und psychisches Wohlbefinden*. IAB Forschungsberichte (Hrsg.). Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit, Nr.13/2007
- Schenk, Klaus (2005): "Da ist mehr drin! - Auswirkungen von Hartz IV auf die Berufsbezogene Jugendhilfe". Vortrag auf der Consozial 2005. Online abrufbar unter URL: http://www.lagjsa-bayern.de/Text_und_Doku/assets/Folien_ConSozial_2005.pdf (Abrufdatum: 29.07.2008)
- Sen, Amartya K. (1993): *Capability and Well-Being*. In: Nussbaum, Martha/Sen, Amartya K. (Hrsg.): *The Quality of Life*. New York
- Straus, Florian (2006): *Hilfepläne im interdisziplinären Zusammenhang. Auf dem Weg in eine neue Planungswelt? Exploration und Vergleich von Hilfeplanverfahren aus verschie-*

denen Anwendungsfeldern. Online abrufbar unter URL: <http://www.dji.de/bibs/expertise-straus-interdisziplinaer.pdf> (Abrufdatum: 29.07.2008)

Wacker, Ali (1983): Differentielle Verarbeitungsformen von Arbeitslosigkeit – Anmerkungen zur aktuellen Diskussion in der Arbeitslosenforschung. In: Prokla, 53. Berlin

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. Genf

Dr. Florian Straus ist am Institut für Praxisforschung und Projektberatung (IPP) in München tätig.