

**Teufelskreis Arbeitslosigkeit und psychische Erkrankung  
als Herausforderung für die Soziale Arbeit**

Bachelorarbeit

Fachbereich Soziale Arbeit

An der Hochschule Neubrandenburg

Vorgelegt von: Susanne Pätzold

Sommersemester 2021

Erstprüfer\*in: Diplomsozialpädagogin Silke Schwartz

Zweitprüfer: Prof. Dr. Speck

Abgabe: 20.06.2021

URN-Nummer: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2020-0760-8

Lüchow, 21.06.2021

## Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1. Arbeitslosigkeit als gesellschaftliche Realität	3
1.1. Geschichte der Arbeitslosigkeit und gesellschaftliche Wahrnehmung	3
1.2. Begriffe von Arbeitslosigkeit	6
1.3. Arbeitslosigkeit als heterogene Erscheinung	8
2. Psychische Störungen und Erkrankungen	9
2.1. Geschichte der Psychiatrie im gesellschaftlichen Kontext	9
2.2. Häufige psychische Störungen und Krankheiten	14
2.3. Unterschiedliche Prävalenzen psychischer Erkrankungen in der Gesamtbevölkerung und bei Arbeitslosen	24
3. Gegenseitige Beeinflussung von Arbeitslosigkeit und psychischer Erkrankung	26
3.1. Psychische Relevanz von Arbeit	27
3.2. Psychosoziale Folgen von Arbeitslosigkeit, als mögliche Ursache psychischer Erkrankungen und Störungen	30
3.3. Psychische Erkrankungen und Störungen und ihre Auswirkung auf die Erwerbsbiographien Betroffener	33
3.4. Arbeitslose mit psychischen Erkrankungen zwischen Integration in den Arbeitsmarkt, beruflicher Rehabilitation und psychiatrischer Versorgung	35
3.5. Herausforderungen für die Soziale Arbeit	39
4. Zusammenfassung	41
5. Quellen	43

## **Einleitung**

Im Jahr 2020 arbeitete ich sechs Monate in einem Projekt, das von Langzeitarbeitslosigkeit betroffene Familien dabei unterstützen sollte, eine sozialversicherungspflichtige Arbeit aufzunehmen.

Das Angebot beinhaltete eine niedrighschwellige allgemeine soziale Beratung, aufsuchende Arbeit, Unterstützung bei Ämtern und Behörden, Bildungs- und Freizeitangebote für Familien, sowie Bewerbungscoaching.

Wegen des Lockdowns in der Coronapandemie konnten Bildungs- und Freizeitangebote nur in begrenztem Umfang angeboten werden.

Bewerbungscoaching wurde so gut wie nie nachgefragt. Vielmehr hatte ich das Gefühl, dass die Teilnehmer\*innen die eingeschränkte Tätigkeit in den Jobcentern während des Lockdowns als entlastend wahrgenommen haben.

Einige berichteten, dass sie Maßnahmen in denen es um „richtiges“ Bewerben gegangen sei als belastend und sinnlos empfunden hätten.

Selten hätten sie Antwort bekommen und wenn, dann Ablehnungen, was sie als sehr frustriert und belastet hätte.

Was relativ gut angenommen wurde, war die allgemeine soziale Beratung.

Hier war auffällig, dass viele schon mit dem Ausfüllen der ALG-II-Anträge überfordert waren.

Häufig ging es auch um die Beantragung von Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation, die Regulierung von Schulden, in einem Fall auch um die Abwendung einer Gefängnisstrafe.

Was noch auffällig war, waren die vielen unterschiedlichen psychischen Probleme.

Häufig wurden depressive Verstimmungen beschrieben, andere zeigten ein risikoreiches oder selbstverletzendes Verhalten, teilweise kombiniert mit leichteren kriminellen Delikten. Bei Männern gab es oft schädlichen Gebrauch von Alkohol oder Drogen.

Fast alle Teilnehmer\*innen waren verschuldet, viel davon in Privatinsolvenz.

Einige lebten in vermüllten Wohnungen oder zogen häufig um und lebten in wechselnden Beziehungen.

Etwa die Hälfte hatte die Schule oder Ausbildung abgebrochen und war noch nie oder nur kurz in einem versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis.

Alles in allem stellte sich heraus, dass die interpersonellen Vermittlungshemmnisse so gravierend waren, dass an eine Beschäftigung oft gar nicht zu denken war.

Ich habe mir daraufhin die Frage gestellt, ob nicht in einigen Fällen eine psychiatrische Erkrankung zu Grunde liegt, wie etwa eine Depression oder eine Verhaltens- und Persönlichkeitsstörung, die zu der andauernden Arbeitslosigkeit und den multiplen Problemlagen führt und ob dieses Phänomen, zumindest in der Sockelarbeitslosigkeit, häufiger ist, als vermutet.

Ich weiß aus meinem familiären Umfeld, wie schwierig es gerade für junge psychisch Kranke ist, auf dem Arbeitsmarkt Fuß zu fassen und wie sehr sie unter den unterschiedlichsten Stigmatisierungen leiden.

Eine andere Herangehensweise wäre, dass vor allem bei entsprechender Vulnerabilität, die aus der Arbeitslosigkeit resultierenden Stressoren solche Erkrankungen auslösen

Daher wollte ich wissen, wie man Betroffenen bestmöglich unterstützen kann, ohne sie abzuwerten, zu bevormunden oder mit unpassenden arbeitspolitischen Maßnahmen zusätzlich zu belasten.

Die Arbeit ist als Literaturarbeit angelegt.

Recherche in der Fachliteratur erfolgte zu den Themen Arbeitslosigkeit, psychische Erkrankungen, Stigmatisierung, Relevanz von Arbeit, Auswirkung von Arbeitslosigkeit und psychischen Erkrankungen, Sozialgesetzgebung und deren Umsetzung und gemeindepsychiatrische Versorgung.

Darüber hinaus erfolgte Internetrecherche zu Statistiken und ähnlichem.

Die Begriffe Krankheit und Störung werden sowohl in der verwendeten Fachliteratur, als auch in der Arbeit synonym benutzt.

Die Begriffe Arbeit und Arbeitslosigkeit benutze ich hier synonym für Erwerbsarbeit bzw. deren Abstinenz. Dabei bin ich mir der Tatsache bewusst, dass es auch andere Formen von Arbeit gibt, auf die näher einzugehen jedoch den vorgegebenen Rahmen sprengen würde.

Für Johann und Louise.

Für ihren Mut, ihre Liebe und ihr Verständnis  
und für die Musik!

## 1. Arbeitslosigkeit als gesellschaftliche Realität

Arbeitslosigkeit ist ein Teil unserer gesellschaftlichen Realität. In Deutschland verlieren täglich Menschen ihren Arbeitsplatz und sind auf der Suche nach einem neuen Beschäftigungsverhältnis. Per gesetzlicher Definition sind diese Menschen arbeitslos:

*„Arbeitslos ist, wer Arbeitnehmer oder Arbeitnehmerin ist und*

- 1. nicht in einem Beschäftigungsverhältnis steht (Beschäftigungslosigkeit),*
- 2. sich bemüht, die eigene Beschäftigungslosigkeit zu beenden (Eigenbemühungen), und*
- 3. den Vermittlungsbemühungen der Agentur für Arbeit zur Verfügung steht (Verfügbarkeit).“ (SGB III, §138 (1))*

In den letzten zehn Jahren waren in Deutschland im jährlichen Durchschnitt zwischen 2,27 und 2,98 Millionen Menschen arbeitslos. (Statistica 2021, Internetquelle)

Arbeitslosigkeit hat zum einen gesellschaftliche Konsequenzen und Auswirkungen auf soziale Sicherungssysteme, aber auch wirtschaftliche Folgen und Auswirkungen auf politische Systeme.

Zum anderen hat die Arbeitslosigkeit natürlich auch Folgen für den Betroffenen und seinen sozialen Kontext. (vgl. Luedtke 1998, S.19)

### 1.1. Geschichte der Arbeitslosigkeit und gesellschaftliche Wahrnehmung

Schon im Mittelalter gab es Lohnarbeit und Arbeitslosigkeit. Allerdings betraf dies in der bäuerlichen Gesellschaft nur einen kleinen, nämlich den landlosen Teil der Bevölkerung. In den neu entstehenden Städten waren zwar die Handwerksgesellen abhängig beschäftigt, wurden aber eher als Familienmitglieder des Meister betrachtet, ebenso wie das Gesinde von Bürgern und Adel. Daraus ergab sich in der Regel auch eine gewisse Fürsorgepflicht für den Dienstherrn.

In den Handwerksberufen wurde Lohnarbeit außerdem durch Zünfte geregelt und lässt sich nicht ohne weiteres mit heutiger Lohnarbeit vergleichen.

Migrationsbewegungen von Landlosen oder landlos Gewordenen in die Städte führten jedoch dazu, dass sich immer mehr Menschen nicht in die bestehenden wirtschaftlichen und sozialen Gefüge der Gilden oder Zünfte integrieren konnten. Sie fristeten ein Leben am Rande der Gesellschaft und waren auf bezahlte Arbeit angewiesen.

Allerdings fanden bei weitem nicht alle dieser vorindustriellen Lohnarbeiter auch auskömmliche Arbeit.

Wenn die familiären oder herrschaftlichen Fürsorgepflichten nicht erfüllt wurden oder nicht erfüllt werden konnten, blieben nur städtische oder landesherrliche Institutionen der Armenfürsorge oder Bettelei und Landstreicherei.

So lässt sich bereits im 13. Jahrhundert mit der Ausbreitung von Lohnarbeit auch der Verlust entlohnter Arbeit, also Arbeitslosigkeit -nachweisen.

Im Mittelalter und in der frühen Neuzeit waren Kriege, Kreuzzüge oder andere Formen der Landnahme institutionelle Möglichkeiten, Arbeitslose in Lohn und Brot zu bringen.

Allerdings waren diese Maßnahmen naturgemäß nur zeitlich und räumlich begrenzt wirksam.

Außerhalb dieser gesellschaftlich etablierten Institutionen entstanden daher selbstorganisierte Zusammenschlüsse wie Bettelzünfte, räuberische Banden oder abweichlerische religiöse Bewegungen, die die herrschende Ordnung in Frage stellten.

Arme und Arbeitslose wurden zwar toleriert und im Rahmen christlicher Nächstenliebe unterstützt, gleichzeitig wurden sie stigmatisiert, kriminalisiert und ausgegrenzt.

Die Situation von Arbeitslosen änderte sich auch mit der Industrialisierung nur langsam.

Zwar waren immer mehr Menschen auf Lohnarbeit angewiesen und die Erwerbslosigkeit durch Marktschwankungen an den Industrialisierungsprozess gekoppelt,

jedoch trat sie in der frühen Industrialisierung nicht offen zu Tage, da viele Arbeitskräfte bei Arbeitslosigkeit in die bäuerliche Familie zurückkehrten.

Das wiederum führte zu wachsender Verelendung, da immer mehr Familienangehörige miternährt werden mussten.

Unterstützung für Arbeitslose gab es außerhalb der allgemeinen Armenpflege nicht.

Arbeitslosigkeit war und blieb in der gesellschaftlichen Wahrnehmung ein individuelles Stigma und ein Existenzrisiko von vielen, das soziale Außenseiter betraf.

(vgl. Promberger 2005, S.1, Internetquelle)

In der Mitte des 19. Jahrhunderts entstanden durch die allgemeine wirtschaftliche Expansion viele Arbeitsplätze im handwerklich industriellen Bereich.

Nach der „großen Depression“ in den 1870er Jahren gab es einen Wechsel von Konjunktur und Wirtschaftskrisen, welche immer auch von Arbeitslosigkeit begleitet waren.

Für die Arbeitslosen bedeutete dies auch um die Jahrhundertwende eine existenzielle Notlage.

Etwaige Unterstützungsleistungen kamen zu großen Teilen aus der Arbeiterbewegung selbst. Gewerkschaften zahlten ihren Mitgliedern Unterstützung und unterhielten Büros zur Stellenvermittlung.

Erst nach dem 1. Weltkrieg wurde 1927 mit dem Arbeitsvermittlungs- und Arbeitslosenversicherungsgesetz die erste allgemeine Arbeitslosenversicherung in Deutschland eingeführt.

Erstmals wurde Arbeitslosigkeit nicht mehr nur als individuelles Versagen, sondern auch als ein gesellschaftliches Problem gewertet und das Risiko wenigstens zu Teilen vom Einzelnen auf eine Gemeinschaft übertragen.

Nachdem während der Weltwirtschaftskrise (1929 bis in die 1930er Jahre) Arbeitslosigkeit zu einem Massenphänomen wurde, kam es nicht zuletzt hierdurch zu einer Destabilisierung der politischen Verhältnisse in der späten Weimarer Republik, welche schließlich in eines der dunkelsten Kapitel deutscher Geschichte, den Nationalsozialismus mündete.

Hieran wird deutlich, welchen hohen sozialen und politischen Stellenwert Arbeitslosigkeit in einer Lohnarbeitsgesellschaft hat.

Neben den teilweise dramatischen Folgen für die Betroffenen, ist Arbeitslosigkeit auch ein gesamtgesellschaftliches Problem, wird jedoch häufig nicht als solches wahrgenommen und individualisiert.

Die Arbeitslosigkeit im dritten Reich ist schwer zu bewerten, da Ideologie und Zensur eine realistische Statistik verhinderten. Außerdem wurden Neueinstellungen teilweise subventioniert und Erwerbslose zu öffentlichen Aufgaben herangezogen bei denen Produktivität keine Rolle spielte und die nur gering entlohnt wurden.

So wurde Erwerbslosigkeit durch prekäre, unproduktive Überbeschäftigung verschleiert. (vgl. Promberger 2005, S.33f, Internetquelle)

Nachdem nach Kriegsende die Arbeitslosigkeit wieder anstieg, verschwand sie in der Wirtschaftswunderzeit der 1950er und 1960er Jahre fast ganz und lag zeitweise bei etwa 1%.

Das änderte sich während mehrerer konjunkturellen Einbrüche und es kam immer wieder zu einem schubweisen Anstieg der Arbeitslosenzahlen. Vollbeschäftigung wurde nie wieder erreicht und es entstand der Begriff der Sockelarbeitslosigkeit.

(vergl. Promberger 2005, S.65f, Internetquelle)

In den letzten Jahren diese Sockelarbeitslosigkeit bei 5-6%, wovon etwa 30-35 % langzeitarbeitslos sind. (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2017, S.8f, Internetquelle)

Arbeitslosigkeit bedeutet auch heute noch Stigmatisierung und soziale Ausgrenzung.

Besonders Langzeitarbeitslosen wird unterstellt, dass sie gar nicht arbeiten wollen.

Die Betroffenen selber glauben zu 90 %, dass es gesellschaftliche Vorurteile gegenüber Arbeitslosen gibt. (vgl. Krug 2020, S.1f, Internetquelle)

Seit den Harz IV Reformen muss jeder Arbeitslose intensive Bemühungen nachweisen, eine Beschäftigung zu erlangen und zwar unabhängig von der jeweiligen Situation auf dem Arbeitsmarkt. Dabei ist die Schwelle der zumutbaren Bedingungen, was Bezahlung, Qualifikation, Entfernung zum Wohnort etc. betrifft, radikal herabgesetzt.

Der Ansatz der Aktivierung unterstellt Arbeitslosen von vornherein Passivität.

Der Grundsatz des Forderns und Förderns impliziert in gewisser Weise, dass Arbeitslosigkeit verhaltensbedingt ist und damit selbstverschuldet.

(vgl. Sammet /Bauer/Erhard 2016, S.12)

## **1.2. Begriffe von Arbeitslosigkeit**

Arbeitslosigkeit lässt sich unabhängig von der gesetzlichen Definition auch nach der Ursache des Zugangs und des Verweilens in der Arbeitslosigkeit als einen mehrteiligen Prozess beschreiben.

Die Zugänge können sowohl selbst- (durch Arbeitnehmerkündigung) als auch fremdbestimmt (durch Entlassung) sein.

(vgl. Luedtke, S.19)

Fremdbestimmte Zugangsformen werden saisonal, konjunkturell, strukturell oder technologisch verursacht.

**Saisonale Arbeitslosigkeit** tritt in bestimmten Berufsgruppen (Land- und Forstwirtschaft, Hotellerie/ Gastronomie, Baugewerbe) im Jahresverlauf wiederkehrend auf und ist von



Bedingungen abhängig, die sich saisonal verändern (Wetter, Erntezeiten, Ferienzeiten etc.)

Die **konjunkturelle Arbeitslosigkeit** tritt zwar auch wiederkehrend auf, jedoch liegen die Ursachen hier in wirtschaftlichen Rezessionen und daraus resultierenden Unterauslastungen der Unternehmen, die zu Entlassungen führen.

Phasen des wirtschaftlichen Aufschwunges kehren diesen wieder Prozess um.

Grundlegende Wandlungen der Produktionsverhältnisse oder der Konsumbedürfnisse führen zu einer **strukturellen Arbeitslosigkeit**, da sowohl einzelne Unternehmen als auch ganze Industriezweige unter Konkurrenzdruck geraten oder vom Markt verschwinden.

Umstellungen in den Produktionsprozessen oder betriebliche Umstrukturierungen führen zu **technologischer Arbeitslosigkeit**, da Personalüberschüsse durch Entlassungen abgebaut werden.

Durch einen plötzlichen Anstieg von verfügbaren Arbeitskräften (geburtensstarke Jahrgänge, Migrationsbewegungen) kann es zu einer **demographischen Arbeitslosigkeit** kommen. (vgl. Luedtke, S.20 f.)

Wie wirkt sich die Art der Arbeitslosigkeit nun auf die Verweildauer in Arbeitslosigkeit und deren Akzeptanz aus?

Bei einer **friktionellen Arbeitslosigkeit** sind Arbeitsplätze grundsätzlich vorhanden und können mit geeigneten Arbeitskräften besetzt werden. Diese Arbeitskräfte müssen auf die Arbeitsplätze aufmerksam werden, vermittelt werden, sich bewerben, vielleicht umziehen und sind daher möglicherweise kurze Zeit arbeitslos, wobei ein freiwilliger Kontext vorherrschend ist.

Allerdings gilt auch eine individuell vermeidbare Arbeitslosigkeit, in der der Arbeitssuchende potentielle Arbeitsplätze nicht annimmt, weil er beispielsweise die Entlohnung als zu gering empfindet, nicht mobil genug ist oder andere Bedingungen als für sich als unzumutbar empfindet, als friktionelle Arbeitslosigkeit.

In diesem Fall ist es vom Arbeitslosen individuell abhängig, wie lange er sich als arbeitssuchend und motiviert empfindet und ab welchem Zeitpunkt er sein „Schicksal“ als nun arbeitslos hinnimmt.

Konjunkturelle Arbeitslosigkeit ist zumeist von mittelfristiger Dauer, das heißt bei konjunkturellem Aufschwung kommt es zu einer verstärkten Nachfrage nach Arbeitskräften, die die Abgangschancen aus der Arbeitslosigkeit erhöhen.

Wenn die Konjunktur Folge struktureller Umwandlungen ist, also etwa neue Branchen regional wirtschaftlich erstarken und alte verschwinden, kann es zu einer **merkmalsstrukturellen Arbeitslosigkeit** kommen, da die Merkmale (Ausbildung, Flexibilität etc.) der vorhandenen Arbeitskräfte nicht mit den offenen Arbeitsplätzen kompatibel sind.

Dieser Umstand kann, ebenso wie die **systemstrukturelle Arbeitslosigkeit** als Folge anhaltender Rezession, zu langfristiger Arbeitslosigkeit mit all ihren Belastungen führen. (vgl. Luedtke 1998, S.22)

**Sockelarbeitslosigkeit** resultiert teilweise aus diesen Arbeitslosen, die für die aktuellen wirtschaftlichen Verhältnisse nicht die angemessenen Kompetenzen haben oder aus intrinsischen Motiven nicht flexibel genug reagieren.

Andere Gründe für das Verweilen in Sockelarbeitslosigkeit sind nicht vorhandene Ausbildung, gesundheitliche Gründe oder nahende Verrichtung. Der Anteil der Sockelarbeitslosen bleibt auf Grund der mangelnden Vermittlungsfähigkeit auch in Zeiten der Hochkonjunktur relativ konstant. (vgl. Das Lexikon der Wirtschaft 2016, Internetquelle)

### **1.3. Arbeitslosigkeit als heterogene Erscheinung**

Ebenso wie die Gesamtbevölkerung sind arbeitslose Menschen keine homogene Masse, es handelt sich vielmehr um viele sehr unterschiedliche Gruppen.

Unterscheidungen lassen sich zum Beispiel auf Grund des Alters, des Geschlechts, des Familienstands oder der Dauer der Arbeitslosigkeit treffen.

All diese Merkmale könnten dazu führen, dass die Belastung durch die Arbeitslosigkeit von den Betroffenen unterschiedlich empfunden werden.

Die Bundesagentur für Arbeit teilt in ihrer Statistik die Arbeitslosen in folgende Gruppen ein: Männer, Frauen, unter 25 Jahre, zwischen 25 und 55 Jahre, über 55 Jahre, Ausländer, schwerbehinderte Menschen, Langzeitarbeitslose.

(vgl. Statistik der Bundesagentur für Arbeit 2019, S.128, Internetquelle)

Arbeitslosigkeit ist laut Luedtke ein offener dynamischer Prozess.

Sind die Arbeitslosen zahlen hoch, steigt der Anteil an Personen, die erstmals arbeitslos wurden. Bei niedrigen Arbeitslosenzahlen hingegen dominiert der Anteil an Mehrfach- und Langzeitarbeitslosen.

Ein erhöhtes Risiko arbeitslos zu werden haben kurzfristig Beschäftigte, sehr junge und sehr alte Arbeitnehmer, Frauen, Personen ohne Ausbildung, alleinstehende oder gesundheitlich eingeschränkte Personen.

Personen mit fehlender Berufsausbildung, kurzer Beschäftigungsdauer oder unqualifizierter Beschäftigung werden häufiger und länger arbeitslos.

Langzeitarbeitslose sind oft älter, haben gesundheitliche Einschränkungen oder ein formal niedriges Bildungsniveau. Sie waren in der letzten Stelle entweder sehr kurz oder sehr lange beschäftigt oder hatten entweder vorher ein sehr hohes oder sehr niedriges Einkommen.

Mehrfacharbeitslose haben in der Regel kurze oder befristete Arbeitsverhältnisse, oder sind saisonal beschäftigt.

Mehrfacharbeitslosigkeit mit kurzer Verweildauer tritt häufiger bei Jüngeren und Personen mit niedriger Qualifikation auf. (vgl. Luedtke, S.38f)

## **2. Psychische Störungen und Krankheiten**

Psychische Störungen und Krankheiten sind von einem unterschiedlich ausgeprägten Leidensdruck und Funktionsstörungen gekennzeichnet und zwar im Bereich der Emotionen, des Denkens und Wahrnehmens, des Verhaltens sowie des körperlichen Erlebens und Empfindens.

Sie manifestieren sich als somatische und psychische Störungen sowie Verhaltensstörungen und Störungen des subjektiven Erlebens.

(vgl. Bosshard/Ebert/Lazarus 2013, S.24)

### **2.1. Geschichte der Psychiatrie im gesellschaftlichen Kontext**

Die Geschichte der Psychiatrie ist eine lange Geschichte von Leid, Stigmatisierung und gesellschaftlicher Ausgrenzung, die leider zum Teil bis heute weitererzählt werden kann.

Bis zur Zeit der Aufklärung im 18. Jahrhundert herrschten religiös gefärbte Ansichten über psychische Erkrankungen vor, wie die Besessenheit von Teufel oder Dämonen.

Zur Zeit der Hexenverfolgung liefen psychisch Kranke als „Besessene“ Gefahr als Hexen verurteilt und hingerichtet zu werden.

Auf der einen Seite gab es bereits in der Antike rationale Ansätze in der Behandlung psychisch Kranker, während es andererseits bis heute Versuche gibt, psychische Erkrankungen durch Exorzismus oder ähnliche Behandlungen zu heilen.

(vgl. Schott /Tölle 2006, S.19)

Im Mittelalter wurden die meisten psychisch Kranken in den bäuerlichen Familienverbänden mitversorgt und wenn dies nicht mehr möglich war, in den von Klöstern betriebenen Spitälern untergebracht.

Hier begegnete man ihnen mit der gleichen caritativen Haltung wie Alten, Gebrechlichen und, Waisen.

Erst im 17. Jahrhundert griff der Staat immer mehr kontrollierend in das Irrenwesen ein. Es kam zur Gründung von Zucht- und Arbeitshäusern, um gesellschaftliche Randexistenzen aus der Öffentlichkeit zu entfernen und vor allem durch Arbeit und zur Arbeit zu erziehen.

Es ging darum, die übrige Gesellschaft vor den Irren zu schützen. (Blasius 2015, S.12)

Mit dem langsamen Übergang in das Zeitalter der Industrialisierung wurden Menschen, die auf Grund ihrer psychischen Auffälligkeiten nicht in die üblichen Formen der Lohnarbeit integrierbar waren, immer stärker stigmatisiert. (Bosshard/Ebert/Lazarus 2013, S. 29)

Ebenso wie Arbeit sich immer mehr aus dem privaten, familiären Umfeld nach Außen verlagerte, wurde auch die Betreuung psychisch Kranker immer stärker institutionalisiert. Abgesehen davon, dass sie selbst nicht arbeitsfähig waren, wirkte sich ihre notwendige Betreuung und Pflege auch negativ auf die Erwerbsfähigkeit ihres sozialen Umfeldes aus. So wurden sie immer häufiger in sogenannte Irrenanstalten verwiesen, um die Angehörigen von ihrer Betreuung zu entlasten und für Erwerbsarbeit freizustellen, aber auch um eine abschreckende Wirkung auf andere Arbeitsunwillige zu erreichen.

Zunächst sollte vor allem erzieherisch und pflegend auf die Insassen eingewirkt werden, um sie wieder zu gesellschaftlich anpassungs- und arbeitsfähigen Individuen zu machen.

Auch weil das „Irresein“ zum Teil als selbstverschuldet oder als Folge schlechter Erziehung angesehen wurde, glaubte man, es durch geeignete pädagogische Maßnahmen positiv beeinflussen zu können. (Bosshard 2013, S.29f)

Diese „moralische Behandlung“ (traitement moral) prägte die Psychiatrie während der Aufklärung im 18.Jahrhundert.

Ideen wie therapeutischer Optimismus, soziale Ursachen für die Entstehung von Krankheiten, Durchsetzung von Sozialreformen, Philanthropismus und die Erziehung und Korrektur des sittlichen und körperlichen Zustands des Individuums kamen auf.

Trotzdem konnten diese erzieherischen Maßnahmen drastisch sein und mit körperlicher Züchtigung einhergehen, was nicht verwundern mag, wenn man bedenkt, dass körperliche Züchtigung damals in vielen Bereichen, z. Bsp. auch in der Erziehung und Bildung von Kindern, als Mittel der Wahl galt. (Schott /Tölle 2006, S.49ff)

Dieser Versuch, Medizin und Pädagogik zu verbinden, spiegelt sich auch in der von Philippe Pinel (1745-1826) begründeten „französischen Schule wider.

Als einer der ersten Psychiater bezog er sowohl medizinische als auch psychopathogene Aspekte in seine Arbeit ein. Er vertrat die Auffassung, dass neben hirnorganischen Ursachen auch sekundäre Faktoren zu Geisteskrankheiten führen können.

Trotz der damals als notwendig angesehenen Disziplinierung der Betroffenen, betonte er die unantastbaren Menschenrechte und wollte Gewalt grundsätzlich vermeiden.

Er hielt vielmehr eine allgemein gesunde Lebensführung, liebevolle Pflege, eine differenzierte therapeutische Fürsorge und eine Isolierung der Kranken von den seelenschädigenden Einflüssen ihrer Umwelt für richtig. (ebd., S.61)

Pinel erkannte den heilsamen Einfluss von **Arbeit** auf die Psyche und setzte sie als einer der Ersten im therapeutischen Kontext ein. (ebd., S.60)

Dieser pädagogisch/therapeutische Ansatz konnte sich jedoch nicht durchsetzen.

Mitte des 19. Jahrhunderts festigte sich die ärztliche Vorherrschaft in den Irrenanstalten. So ließ sich ärztliche und staatliche Autorität gegenüber den Patienten durchsetzen und mit dem ärztlichen Ethos begründen. Die gesellschaftliche Ausgrenzung und soziale Isolation wurden medizinisch legitimiert.

Psychisch Kranke wurden weiterhin hospitalisiert und in ihrer Selbstbestimmung und ihren bürgerlichen Rechten und Freiheiten eingeschränkt.

Es gab im 19. Jahrhundert überwiegend somatisch orientierte medizinische Erklärungsmodelle psychiatrischer Störungen und Erkrankungen.

Erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurden durch Freud und seine Anhänger wieder neue Verständnis- und Behandlungskonzepte gefunden.

Durch die Entwicklung der Psychoanalyse und die Erkenntnis, dass verdrängte Konflikte und Traumata zu psychischen Störungen führen können, fand man einen völlig neuen Zugang zu fast allen psychiatrischen Erkrankungen.

Trotz anfänglicher Begeisterung konnten sich die Psychoanalyse und andere neuere psychologische Konzepte zunächst nicht in der psychiatrischen Praxis etablieren, stellte sie doch zu sehr das ärztliche Diagnose- und Therapiemonopol in Frage.

Viele deutschsprachige Psychoanalytiker\*innen waren während des Nationalsozialismus in die USA emigriert, wo sie ihre Methoden in die Psychiatrie einführen konnten und als Türöffner für die soziale Arbeit in der Psychiatrie fungierten.

In Deutschland fanden psychotherapeutische Verfahren erst nach der Psychiatrie-Enquete 1975 Eingang in die Psychiatrie.

Es dauerte jedoch bis weit in die 1980er Jahre, bis sich auch im klinischen Bereich und bei den Krankenkassen die Psychotherapie als anerkannte Methode durchsetzen konnte.

Besonders Verfahren mit lerntheoretischen Grundlagen, wie die kognitive Verhaltenstherapie, sind im klinischen Alltag und bei Ärzt\*innen inzwischen akzeptiert. Psychoanalytisch basierte Verfahren hingegen werden hier weniger geschätzt, wenngleich auch sie von den Krankenkassen anerkannt sind. (Bosshard/Ebert/Lazarus 2013, S.30ff)

Ein besonders dunkles Kapitel in der Geschichte der Psychiatrie ist die Zeit des Nationalsozialismus in Deutschland: etwa 300.000 psychisch kranke und behinderte Menschen wurden als unwert erklärt und in Euthanasieprogrammen getötet, etwa 300.000 bis 400.000 zwangssterilisiert.

Dieses Grauen kam keineswegs unerwartet.

Diese „Ethik der industriellen Unbrauchbarkeit“ (Dörner, zitiert nach Blasius 2015, S.9) eine lange Tradition und erreicht im Nationalsozialismus einen tödlichen Höhepunkt. (Blasius 2015, S.9)

Bereits in der Mitte des 19. Jahrhunderts fanden Begriffe wie Degeneration und Genetik Eingang in die Psychiatrie. Minderwertiges Erbgut oder sich progredient

verschlechterndes Erbgut werden bereits in dieser Zeit als ursächlich für Geisteskrankheiten diskutiert. (Schott/Tölle 2006, S.100)

Das Gesetz der Nationalsozialisten zur Verhütung erbkranken Nachwuchses stieß international auf breite Zustimmung. Die Eugenetik war ein seit Jahrzehnten weltweit etablierter Forschungszweig und hatte schon vorher in einigen Ländern zu entsprechenden Gesetzen geführt, auch um die Gesellschaft von unnützen Existenzen zu befreien und Ressourcen zu sparen, allerdings nicht mit dieser tödlichen Konsequenz.

Auch heute werden genetische Einflüsse beim Entstehen psychischer Erkrankungen angenommen. Ob zu Recht oder nicht, sei dahingestellt. Allemal führt die Genetik als medizinische Wissenschaft uns immer wieder in ethische Diskussionen über Wert und Unwert von Leben. (Bosshard/Ebert/Lazarus 2013, S.33)

Andererseits kann diese Diskussion natürlich auch zu einer weiteren Stigmatisierung psychisch kranker Menschen oder auch anderer Gruppen, wie zum Beispiel Langzeitarbeitsloser, beitragen.

Möglicherweise müsste man dann die Aussagen von Professionellen über sogenannte „Harz IV Dynastien“ oder ähnliches auch unter diesem Blickwinkel betrachten.

In den 1970er Jahren kam es zu einem Paradigmenwechsel in der Psychiatrie.

In der Schweiz entwickelte Luc Ciompi erfolgreich die Sozialpsychiatrie als Gegenentwurf und in klarer Abgrenzung zur klassischen Psychiatrie.

Die wesentlichen Behandlungsgrundsätze waren soziale und **berufliche** Ausgrenzung zu verhindern und eine Hospitalisierung möglichst zu vermeiden.

Neben einer frühzeitigen präventiven Krisenintervention, einer effektiven Rückfallprophylaxe und einer ambulanten Langzeitbetreuung chronifizierter Klienten, sollten diese auch systematisch sozial und **beruflich** rehabilitiert werden. (Haselmann 2008, S.85f)

In Deutschland wurden durch die oben erwähnte Psychiatrie Enquete 1975 unter anderem folgende Empfehlungen ausgesprochen:

Psychisch und somatisch Kranke sollen gleichgestellt werden und die psychiatrische Versorgung in die übrige Medizin integriert werden, ihre Versorgung soll wohnortnah und durch ambulante Versorgungseinrichtungen erfolgen und für alle zugänglich sein, bedarfsgerechte präventive und nachsorgende Hilfen sollen angeboten werden.

Außerdem sollten die Behandlungsfelder der Psychiatrie differenziert werden und ein eigenes Versorgungssystem für geistig behinderte Menschen geschaffen werden. (Finzen 2015, S.5, Internetquelle)

In den 1980er Jahren wurde deutlich, dass ambulante Dienste eher eine umsorgende, zu Teilen auch entmündigende Haltung einnahmen und gerade ältere Klienten in psychiatrischen Wohnheimen weiterhin hospitalisiert wurden.

Eine Expertenkommission empfahl 1988 die Einführung personenzentrierter Versorgungssysteme mit individueller Hilfeplanung.

Bei der Umsetzung dieser Hilfe- oder Integrations- und Teilhabepläne werden die Betroffenen bis heute überwiegend von Sozialarbeiter\* innen unterstützt.

Betroffene, wie die Bildhauerin Dorothea Buck, forderten mehr Partizipation und rief gemeinsam mit dem Psychologen Thomas Bock 1989 ein Psychoseseminar ins Leben, von denen es heute über hundert gibt.

Die Idee dieser Seminare ist ein gleichberechtigter Dialog zwischen Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen und Professionellen.

Die versicherungsrechtliche Anerkennung der psychiatrischen Pflege und die Einführung des persönlichen Budgets für Menschen mit psychischen Behinderungen fördert die Enthospitalisierung und Selbstbestimmung der Betroffenen (Psychiatrienetz 2021, Internetquelle), jedoch existieren weiterhin viele Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen, die eine umfassende Integration zumindest erschweren.

## **2.2. Häufige psychische Störungen und Erkrankungen**

Im Folgenden soll auf die psychischen Störungen eingegangen werden, die vergleichsweise häufig sind und die in Bezug auf gebrochene Arbeitsbiographien relevant erscheinen, sei es ursächlich oder als Folge von Arbeitslosigkeit.

**Affektive Störungen** sind durch phasenhafte Verstimmungen gekennzeichnet, die depressiv-gehemmter oder manisch erregter Art sein können. In der Regel treten diese Phasen mehrfach im Leben auf und wechseln sich mit Phasen normaler psychischer Verfassung ab. Vor allem bei bipolaren Störungen klingt die Symptomatik jedoch nicht vollständig ab und die Erkrankungen chronifizieren in etwa 20 % der Fälle.

(vgl. Lieb/Frauenknecht/Brunnhuber 2016, S.147)



Zu den häufigsten affektiven Störungen gehören *monophasische und rezidivierende Depressionen*.

Depressionen verlaufen episodisch und dauern unbehandelt etwa 6-8 Monate.

Bei etwa 60% der Erkrankten kommt es zu Rezidiven, wobei mit jeder neuen Episode das Wiedererkrankungsrisiko ansteigt. Bei etwa 15% der Betroffenen chronifiziert die Erkrankung.

Das Erstmanifestationsalter hat zwei Häufigkeitsgipfel und liegt zwischen 20 und 29, beziehungsweise 50 und 59 Jahren.

Durch die deutlich verbesserten Behandlungsmöglichkeiten lässt sich die Dauer der depressiven Episoden heute zum einen deutlich verkürzen, zum anderen heilen bei etwa zwei Drittel der Erkrankten die Phasen komplett aus, bei einem Drittel bleibt eine Restsymptomatik.

Bei älteren Patienten, und solchen mit schweren und/ oder chronischen familiären, sozialen oder beruflichen Belastungen ist die Prognosen ungünstiger.

Ebenso verschlechtert sich die Prognose bei einer Komorbidität mit Abhängigkeitserkrankungen, Angsterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und Zwangserkrankungen.

Depressiv Erkrankte besitzen ein erhöhtes Suizidrisiko, etwa 2,2% der Depressiven stirbt durch Selbsttötung. (ebd., S.149f)

*Bipolare affektive Störungen* zeigen wechselnde Episoden von Depression und Manie bzw. Hypomanie oder gemischten Episoden.

Der Verlauf ist meist schwerer und das mittlere Erstmanifestationsalter mit 16-18 Jahren früher als bei unipolaren Depressionen.

Bipolare Störungen beginnen in etwa der Hälfte aller Fälle mit einer depressiven Episode. Insgesamt sind auch bipolar Erkrankte länger depressiv als manisch.

Zwischen 15-20% aller Erkrankten entwickeln ein sogenanntes Rapid Cycling, was bedeutet, dass mindestens vier Krankheitsperioden innerhalb eines Jahres auftreten.

Diese Verlaufsform entsteht meist im späteren Verlauf, wobei 80-90% der Betroffenen Frauen sind.

Bei etwa 20-30% der Fälle kommt es auch in den krankheitsfreien Intervallen zu Stimmungslabilität und zu interpersonellen und / oder beruflichen Einschränkungen.

Diese Anpassungsschwierigkeiten bleiben auch nach dem Abklingen der Episoden bestehen, begünstigt auch durch die Erstmanifestation im jungen Erwachsenenalter.

Auch hier wird die Prognose durch Komorbiditäten verschlechtert.

Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit spielen eine große Rolle.

Die Suizidhäufigkeit ist höher als bei unipolaren Depressionen.

Als *Dysthymie* wird im ICD-10 eine chronische über mindestens zwei Jahre verlaufende leichtere depressive Störung bezeichnet, die nie die Kriterien einer depressiven Episode erfüllt.

Die Phasen normaler Stimmung können von Tagen bis zu Wochen reichen.

Eine chronische mindestens zwei Jahre andauernde Störung mit einem Wechsel depressiver und gehobener Stimmung bezeichnet man als *Zyklothymie*.

Auch hier sind die Kriterien einer Depression oder einer Manie nicht erfüllt.

(ebd., S.150 f)

**Schizophrenien** unterscheiden sich von den affektiven Störungen vor allem durch abnorme Erlebnisweisen, Störungen des Ich-Erlebens, kognitiven Störungen, Wahnvorstellungen und psychomotorische Auffälligkeiten.

Die Erkrankung tritt unabhängig von kulturellen und klimatischen Bedingungen in allen untersuchten Ländern etwa gleich häufig auf.

(vgl. Lieb/Frauenknecht/Brunnhuber 2016, S.178)

Das Alter der Erstmanifestation liegt bei 75% vor dem 40. Lebensjahr, wobei 50% der Betroffenen zwischen dem 15. und 30. Lebensjahr erkranken. Zwar erkranken Männer und Frauen gleich häufig, jedoch liegt der Manifestationsgipfel bei Männern zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr, während Frauen später, zwischen dem 25. und 35. Lebensjahr erkranken. Frauen haben in der Regel die bessere Langzeitprognose.

Nach T. Crow unterscheidet man bei schizophren Erkrankten Negativ und Positivsymptome. Positivsymptome sind Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Ich-Störungen, bizarres Verhalten und formale Denkstörungen. Diese Symptome treten vor allem während der akuten Krankheitsphase auf.

Wenn die Erkrankung chronifiziert, dominieren die Negativsymptome wie sozialer Rückzug, Affektverflachung, Verarmung von Sprache, Mimik und Gestik, Antriebsminderung, Freudlosigkeit und Aufmerksamkeitsstörungen. (ebd., S.178ff)

Während die Positivsymptomatik medikamentös relativ gut beeinflussbar ist, spricht die Negativsymptomatik weniger gut darauf an.

Prognostisch erleiden 60-80% aller Erkrankten innerhalb von zwei Jahren nach der Ersterkrankung einen Rückfall. Durch entsprechende medikamentöse Behandlung lässt sich die Rezidivrate um mindestens 50% senken.

Obwohl eine Einschätzung des Verlaufes schwierig ist, gibt es einige Faktoren, die eine gute Prognose begünstigen. Generell lässt sich sagen, dass sich eine gute soziale Einbindung in Partnerschaft, Freizeit- und Arbeitsbereich günstig auswirkt.

Weibliches Geschlecht, ein akuter Krankheitsbeginn mit wenigen, kurzen Krankheitsphasen, die mit Stress und schweren Lebensereignissen verknüpft sind, sowie eine frühzeitige Behandlung, die initial gut wirkt, sprechen ebenfalls eher für einen günstigen Verlauf. (ebd., S.185)

Schizophrenien führen neben unipolaren Depressionen und Alkoholerkrankungen weltweit zu den am häufigsten Behinderungen durch psychische Erkrankungen.

Sie treten häufig mit anderen psychischen Erkrankungen, sehr häufig gemeinsam mit Suchterkrankungen auf.

Nicht selten bestehen Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol, Cannabis, Kokain, Medikamenten, Kaffee oder Nikotin. (ebd., S.178)

Außerdem haben 50-80% der Betroffenen somatische Erkrankungen wie Diabetes mellitus oder Adipositas. Zusammen mit der erhöhten Suizidrate führt das zu einer Erhöhung der Mortalitätsrate um 20%, verglichen mit der gesunden Bevölkerung.

(ebd., S.185)

**Stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen** sind gekennzeichnet „...durch ein starkes Verlangen nach einer psychotrop wirksamen Substanz, Kontrollverlust, körperliche Entzugssymptome, Toleranzentwicklung, Einengung auf den Substanzgebrauch und Fortsetzung des Konsums trotz schädlicher Konsequenzen.“ (Lieb/Frauenknecht/Brunnhuber, S.204)

Sie gehören neben affektiven Störungen und Angststörungen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen in Deutschland.

Etwa 70% aller Abhängigen konsumieren Alkohol, 20% betreiben einen multiplen Substanzmissbrauch, weiter 5% sind Medikamentenabhängig und 5% konsumieren illegale Drogen. (vgl.Lieb/Frauenknecht/Brunnhuber, S.205)

Das Ausmaß der psychischen und körperlichen Abhängigkeit ist bei verschiedenen psychotropen Substanzen durchaus unterschiedlich ausgeprägt. (ebd., S.204)

Die Ursachen, die zum Entstehen einer Abhängigkeit führen sind multifaktoriell.

Nachdem in Zwillingsstudien und Untersuchungen an Kindern alkoholabhängiger Eltern, die nicht bei diesen aufwuchsen, eine erhöhte Prävalenz der Alkoholabhängigkeit nachgewiesen wurden, geht man heute von einer genetischen Disposition bei stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen aus.

Allerdings ergaben diese Studien auch, dass Umweltfaktoren eine wesentliche Rolle spielen müssen.

Offensichtlich stellen die angenehmen Zustände nach der Einnahme psychotroper Substanzen eine positive Konditionierung dar und das Belohnungssystem des Gehirns wird bei jeder Zufuhr aktiviert.

Als sekundäre Verstärker wirken dabei soziale Anerkennung des Suchtverhaltens zum Beispiel in Peergroups.

Solche sozialen Faktoren spielen besonders beim Erstkonsum eine Rolle. Wichtig sind auch Verfügbarkeit, kulturelle Akzeptanz, Legalität oder Traditionen.

Einige Abhängigkeitskranke verwenden die Substanzen zunächst als Selbstmedikation im Rahmen einer anderen psychische Erkrankung. Etwa 50% der Betroffenen sind an Depressionen, Persönlichkeitsstörungen oder Angststörungen erkrankt.

Auch Überforderung, Stress und Leistungsdruck, Schlafstörungen oder chronische Schmerzzustände finden sich in der Anamnese. (ebd., S.205 f)

Die Prognose ist nicht günstig und die Behandlung langfristig und aufwendig.

Etwa 80-90% der Heroinabhängigen und immerhin 50-80% der Alkoholabhängigen werde innerhalb von fünf Jahren rückfällig. (ebd., S.207)

Da **Alkoholabhängigkeit** die häufigste Abhängigkeitserkrankung in Deutschland ist, sollen ihre Auswirkungen auf die Betroffenen, exemplarisch für alle anderen stoffgebundenen Abhängigkeiten, an dieser Stelle näher beschrieben werden.

Alkohol ist eine legale Droge, das heißt, sie ist Bestandteil unserer Kultur und wird von etwa 90% der Bevölkerung konsumiert.

Man unterscheidet daher *normalen, schädlichen und abhängigen Konsum*.

*Normaler Konsum* findet innerhalb allgemein akzeptierter Regeln statt und bleibt auf bestimmte Situationen beschränkt. Im Vordergrund steht der Genuss.

*Schädlicher Konsum* führt nachweislich zu körperlichen (Unfälle, Fettleber etc.) und psychischen (wiederholter Kontrollverlust, Persönlichkeitsveränderungen etc.) Schäden, was jedoch nicht zum Abbruch des Konsums führt.

Der Übergang zum *abhängigen Konsum* ist fließend.

Abhängigkeit zeigt sich typischer Weise in dem zwanghaften Verlangen Alkohol zu konsumieren. Dabei hat der Konsum für die Betroffenen Priorität gegenüber anderen Aktivitäten oder sozialen Kontakten oder Verpflichtungen.

(vgl. Bosshard/Ebert/Lazarus 2013., S.279 f)

Laut ICD 10 gibt es folgende Diagnosekriterien für eine Alkoholabhängigkeit:

- Ein starker Wunsch oder Zwang Alkohol zu trinken
- Die Unfähigkeit mit dem Trinken aufzuhören (Kontrollverlust).
- Körperliche Entzugssymptome.
- Eine erhöhte Toleranz gegenüber der Alkoholmenge.
- Eine zunehmende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Alkoholkonsums oder der Alkoholbeschaffung.
- Ein anhaltender Alkoholkonsum trotz schädlicher Folgen.

Wenn innerhalb des letzten Jahres mindestens drei der obengenannten Kriterien vorhanden waren, spricht man von einer Alkoholabhängigkeit.

(vgl. Lieb/Frauenknecht/Brunnhuber2016, S.204)

Etwa bei 3,5% der männlichen und 1,5% der weiblichen Bevölkerung besteht eine behandlungsbedürftige Alkoholabhängigkeit. Die meisten männlichen Alkoholiker findet man unter Selbständigen und ungelernten Arbeitern.

Interessanterweise entstammen die meisten alkoholabhängigen Frauen der Oberschicht. Circa 30-60% der alkoholabhängigen Frauen und 20- 40% der Männer leiden dazu noch unter anderen psychischen Erkrankungen: Angststörungen, unipolaren Depressionen, bipolaren Störungen und Persönlichkeitsstörungen.

Häufig entwickelt sich die Alkoholabhängigkeit, wie bereits oben beschrieben, sekundär. Die komorbiden Erkrankungen können aber auch Folge des Alkoholmissbrauches sein. Sowohl die psychischen, als auch die somatischen Erkrankungen in Folge der Alkoholabhängigkeit führen zu einer erhöhten Mortalität.

Durch Selbsttötung sterben 5-10% aller alkoholabhängigen Menschen.

Im Schnitt verkürzt chronischer Alkoholmissbrauch die Lebenserwartung um 23 Jahre.

Wie bereits erwähnt, ist die Prognose relativ schlecht und die Behandlung sehr aufwendig und langfristig. (ebd., S.208)

**Angststörungen** sind die größte Gruppe psychischer Erkrankungen.

Die vier Ebenen der Angst zeigen sich auf emotionaler, vegetativer, kognitiver und motorischer Ebene. Beschleunigter Puls, schnelle Atmung, Schweißausbruch, auf die Gefahrenquelle eingeeengte Aufmerksamkeit, erhöhte Muskelspannung und Inhibition motorischer Reaktionen sind typische Anzeichen von Angst.

Die psychischen und körperlichen Reaktionen der pathologischen Angst unterscheiden sich nicht von denen realer Angst, allerdings bezieht sie sich nicht auf eine reale Gefahr.

Die ICD 10 unterscheidet phobische Störungen (Agoraphobie, soziale Phobie, isolierte Phobien) und andere Angststörungen (Panikstörungen und generalisierte Angststörungen)

In den periodisch auftretenden **Panikattacken** erleben die Betroffenen ein nicht beherrschbares Angstgefühl und entwickeln innerhalb kürzester Zeit dramatische körperliche Symptome wie Zittern, Schweißausbrüche, Herzrasen, Engegefühle, Atemnot, Hyperventilation bis hin zur Tetanie und Todesangst.

Wenn diese Panikattacken sich wiederholen und zu einer Verhaltensänderung oder stetiger Furcht vor der nächsten Attacke führen, spricht man von einer **Panikstörung**.

Als **Agoraphobie** wird eine inadäquate Angst vor großen Menschenmengen, öffentlichen Plätzen, Reisen, Autofahren oder alleine davor, das Haus zu verlassen.

Etwa die Hälfte der Betroffenen erleidet zunächst eine oder mehrere Panikattacken in den oben genannten Situationen und entwickeln daraufhin ein sogenanntes *agoraphobisches Vermeidungsverhalten*.

Da alle angstauslösenden Situationen gemieden werden, treten Panikattacken im weiteren Verlauf häufig nicht mehr auf.

Auch Situationen, die die körperlichen Reaktionen auslösen (z. Bsp. Erhöhung der Herzfrequenz beim Sport) werden gemieden. Ebenso wird die Aufmerksamkeit auf andere Inhalte, als die angstauslösenden Faktoren gelenkt.

Hilfsmittel, die der Selbstberuhigung oder Sicherung dienen, werden ständig mitgeführt. (vgl. Lieb/Frauenknecht/Brunnhuber 2016., S. 236 ff)

Das Geschlechterverhältnis Frau/ Mann liegt bei Panikstörungen bei etwa 2: 1 und bei 3-4: 1 bei der Agoraphobie.

Die Erstmanifestation liegt meist im jungen Erwachsenenalter.

Unbehandelt chronifizieren beide Störungen meistens, wobei auch immer wieder symptomfreie Intervalle möglich sind.

Verhaltenstherapeutische Behandlungen sind sehr wirksam, die Rückfallquote ist dann gering.

**Generalisierte Angststörungen** sind durch ständige Sorge und Angst um alltägliche Dinge gekennzeichnet.

Die Betroffenen sorgen sich um die Zukunft und mögliche Gefährdungen

Im Gegensatz zu Gesunden verstricken sie sich häufig in Sorgenketten und Katastrophenszenarien und sind damit beschäftigt, die Umgebung auf mögliche Gefahren hin zu beobachten.

Dabei halten sie ihre Sorgen einerseits für berechtigt, andererseits erkennen sie oft auch an, dass sie sich zu viele Gedanken machen.

Häufig entwickeln sie ein kontrollierendes oder Rückversicherungsverhalten, um sich kurzfristig zu entlasten.

Sie fühlen sich nervös und angespannt und entwickeln körperliche Symptome, wobei die Beschwerden über längere Zeit bestehen, mindesten jedoch sechs Monate.

Arztkonsultationen erfolgen fast immer wegen körperlichen Beschwerden oder wegen einer zusätzlich depressiven Symptomatik, ohne dass die Grunderkrankung diagnostiziert wird.

Frauen erkranken doppelt so häufig wie Männer. Die Erkrankung beginnt etwa um das 30. Lebensjahr herum, wobei eine große Varianz besteht.

Sie chronifiziert oft und hat eine hohe Komorbidität mit verschiedenen Persönlichkeitsstörungen.

Die Prognose ist ungünstiger als bei Panikstörungen, besonders bei Komorbiditäten.

Bei 40-70% der Behandelten sollen nach fünf Jahren die Symptome gebessert sein.

**Soziale Phobien** sind gekennzeichnet von einer Angst vor Situationen in der Öffentlichkeit und der Gesellschaft anderer Menschen. Sie können generalisiert sein und betreffen dann eine Vielzahl sozialer Aktivitäten oder isoliert und zeigen sich dann häufig in der Angst vor einer Gruppe von Menschen zu reden oder ähnlichem.

Die Betroffenen haben Angst vor Blamage oder negativer Bewertung.

Psychiatrische Komorbiditäten sind häufig und betreffen weitere Angststörungen, affektive Störungen und Substanzmissbrauch.

Die Erstmanifestation liegt meist vor der Adoleszenz, selten nach dem 25. Lebensjahr.

In der Regel ist der Verlauf wellenförmig chronisch. Bei späterem Beginn ist die Prognose etwas günstiger. (ebd., S. 242f)

**Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen** gibt es in vielen unterschiedlichen Formen und Ausprägungen.

Nach ICD 10 gibt es folgende allgemeine Kriterien für die Diagnose Persönlichkeitsstörung:

„Die charakteristischen und dauerhaften inneren Erfahrungs- und Verhaltensmuster der Betroffenen weichen insgesamt deutlich von kulturell erwarteten und akzeptierten Vorgaben („Normen“) ab. Diese Abweichung äußert sich in mehr als einem der folgenden Bereiche:

1. Kognition (d.h. Wahrnehmung und Interpretation von Dingen, Menschen und Ereignissen; Einstellungen und Vorstellungen von sich und anderen)
2. Affektivität (Variationsbreite, Intensität und Angemessenheit der emotionalen Ansprechbarkeit und Reaktion)
3. Impulskontrolle und Bedürfnisbefriedigung
4. Zwischenmenschliche Beziehungen und die Art des Umgangs mit ihnen...“

(ICD 10 zitiert nach Lieb/Frauenknecht/Brunnhuber 2016, S.292)

Darüber hinaus beschreibt der ICD 10, dass das abweichende Verhalten in vielen persönlichen und sozialen Zusammenhängen auftritt; zu einem hohen persönlichen Leidensdruck führt und einen nachteiligen Einfluss auf das soziale Umfeld hat; von langer Dauer ist und schon im Kindesalter oder der frühen Adoleszenz beginnt; nicht durch eine andere psychische Störung des Erwachsenenalters zu erklären ist (wobei Komorbiditäten möglich sind) und dass organische Ursachen oder deutliche Funktionsstörungen des Gehirns ausgeschlossen sind. (vgl. Lieb/Frauenknecht/Brunnhuber 2016, S.292)

Auf Grund der Vielfalt der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, sollen hier nur die Borderlinestörung und die ADHS im Erwachsenenalter näher beschrieben werden.

Die **emotional instabile oder Borderline- Persönlichkeitsstörung** zeigt im Kern eine gestörte Affektregulation. Die Reizschwelle für emotionale Reaktionen ist sehr niedrig, der Erregungsgrad sehr hoch und die Dauer der Gefühlsreaktion sehr lang.



Dabei können Stimmungen abrupt wechseln.

Die Betroffenen können Gefühlsqualitäten nur schwer unterscheiden und leiden unter andauernder, quälender Anspannung. Dissoziative Zustände und Störungen der Körperwahrnehmung sind nicht selten.

Es besteht große Angst verlassen zu werden und allein zu sein: Klammerndes und wegstoßendes Verhalten wechseln sich ab.

Zwischenmenschliche Beziehungen sind intensiv, aber instabil und schwanken zwischen Idealisierung und Entwertung.

Zur Spannungsregulation nutzen Betroffene häufig selbstverletzendes Verhalten.

Neben einem stark negativen Selbstbild, leiden sie unter Gefühlen von Hilflosigkeit und Ohnmacht. Oft findet man hochriskantes Verhalten, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Essstörungen, promiskuitives Verhalten sowie aggressive Impulsdurchbrüche.

Diese Verhaltensweisen sind ein dysfunktionaler Versuch, Gefühle von Machtlosigkeit zu kompensieren und Emotionen zu regulieren.

Die Erkrankung beginnt meist zwischen 11 und 14 Jahren und erreicht um das 25. Lebensjahr den Gipfel der psychischen Symptomatik.

Die Intensität sinkt mit fortschreitendem Lebensalter. Es gibt Untersuchungen in den USA, die einen besseren Langzeitverlauf bei Behandlung belegen sollen. Allerdings profitieren nur etwa 50% der Erkrankten von einer therapeutischen Intervention.

Mit 5-8% ist die Suizidrate vergleichsweise hoch. (ebd., S.303ff)

**ADHS/ADS** ist eine in der Kindheit beginnende Störung der Aufmerksamkeit und Impulsivität, häufig, jedoch nicht immer, gekoppelt mit Hyperaktivität.

Man unterscheidet den **hyperaktiv- impulsiven Subtyp (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, ADHS)**, von dem Jungen häufiger betroffen sind, und den **unaufmerksamen Subtyp (Aufmerksamkeitsdefizitstörung, ADS)**, den man eher bei Mädchen findet, sowie einen **Mischtyp**.

Grundsätzlich findet man bei Erwachsenen dieselben Symptome wie im Kindesalter, lediglich altersentsprechend modifiziert.

Die Betroffenen wirken unaufmerksam, unkonzentriert, vergesslich und schlecht organisiert. Häufig sind sie sprunghaft in ihren Ideen, können monotone Tätigkeiten schwer durchhalten oder haben Schwierigkeiten planvoll vorzugehen und Arbeiten fristgerecht zu beenden.

Sie neigen zu schnellen, riskanten und nicht durchdachten Entscheidungen, sowohl im beruflichen als auch im privaten Kontext.

Dies zeigt sich auch in riskantem Verhalten im Straßenverkehr oder im Freizeitbereich sowie in promiskuitivem Verhalten.

Der unaufmerksame Subtyp neigt dagegen eher dazu, sich in Tagträumereien und Phantasiewelten zu verlieren.

Die motorische Unruhe ist im Erwachsenenalter eher einer inneren Unruhe gewichen. Betroffene stehen ständig unter Spannung und können schlecht abschalten.

Häufig erleben Erwachsene auch einen rasanten Stimmungswechsel zwischen Euphorie und Niedergeschlagenheit und schnell aufflammende aggressive Impulse.

Im höheren Lebensalter werden zunehmend auch Langeweile, Unzufriedenheit und Depressivität beschrieben.

ADHS/ADS tritt bei 3-8% der Kinder und Jugendlichen auf. Je nach Studie persistiert die Störung bei 10-60% der Betroffenen bis ins Erwachsenenalter. Dann verläuft sie meist chronisch.

Nicht immer hat eine ADHS/ADS Krankheitswert. In manchen Zusammenhängen können Eigenschaften wie Risikobereitschaft, Impulsivität und Kreativität auch vorteilhaft sein.

Bei einer symptomatischen ADHS/ADS ohne Krankheitswert, liegt keine Behandlungsbedürftigkeit vor.

Ohnehin sind es in der Regel nicht die Kernsymptome, die für den Verlauf der Störung maßgeblich sind, sondern die aus ihnen resultierenden psychosozialen Folgen.

ADHS/ADS Betroffene sind häufiger geschieden oder arbeitslos, haben häufiger Unfälle und kommen häufiger mit dem Gesetz in Konflikt als der Durchschnitt der Bevölkerung.

(ebd., S.315ff)

### **2.3. Unterschiedliche Prävalenzen psychischer Erkrankungen in der Gesamtbevölkerung und bei Arbeitslosen**

Laut einer Veröffentlichung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) aus dem Jahre 2018 leiden in Deutschland jährlich 27,8% aller Erwachsenen an einer psychischen Erkrankung. Anders ausgedrückt betrifft dieser Umstand 17,8 Millionen Menschen jährlich.

Psychische Erkrankungen sind damit ebenso häufig wie andere Volkskrankheiten.

Die häufigsten Störungen sind, wie bereits erwähnt, Angsterkrankungen, affektive Störungen sowie Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit.

Etwa 45% der Betroffenen weist dabei zwei oder mehr Diagnosen auf.

Zu diesen Zahlen kommt das Robert Koch Institut in seiner „Studie zur Gesundheit Erwachsener“ und dem Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“.

Die Verteilung psychischer Erkrankungen ist in den soziodemographischen Gruppen unterschiedlich.

Frauen weisen insgesamt eine höhere Prävalenz als Männer auf und erkranken etwa doppelt so häufig an Angststörungen oder affektiven Störungen.

Männer hingegen leiden häufiger an Abhängigkeitserkrankungen.

Die Ursache dieser Geschlechtsunterschiede könnte eventuell in einem tradierten Rollenverhalten liegen. Es scheint auch so zu sein, dass Frauen bei psychischen Erkrankungen eher ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen als Männer.

Frauen haben außerdem ein erhöhtes Krankheitsrisiko auf Grund ihrer durchschnittlich schlechteren sozioökonomischen Stellung.

Je niedriger der sozioökonomische Status (hier: Bildungsabschluss, berufliche Stellung, Einkommen) ist, desto höher ist das Risiko psychisch zu erkranken.

Dabei erkranken junge Menschen häufiger als ältere.

Regionale Unterschiede der Verteilung gibt es in Deutschland nicht, lediglich in Metropolen ist die Prävalenz tendenziell höher.

Die Zahl der psychischen Erkrankungen ist in den letzten Jahren nicht gestiegen. Das ergibt auch der Vergleich mit einer Studie aus dem Jahr 1998 (Bundesgesundheitsurvey 1998). (vgl. Dossier DGPPN 2018, S.10ff, Internetquelle)

Arbeitslose haben mit 34% eine deutlich höhere Prävalenz an psychischen Erkrankungen als Berufstätige. Bei Menschen im SGBII- Bezug sind es laut einer Studie des Institutes für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung von 2013 sogar 37 % der Versicherten mit mindestens einer psychiatrischen Diagnose. (vgl. Schubert et al. 2013, S.6f, Internetquelle)

Pech und Freude benennen einen zwei- vierfach höheren Anteil an psychischen Störungen wie Major Depression, Dysthymie, Panikstörungen, Phobien oder somatoformen Störungen bei Arbeitslosen gegenüber Erwerbstätigen.

Die Zahl der Krankenhaustage ist bei Diagnosen wie Medikamentenabhängigkeit um das 22fache und bei Alkoholabhängigkeit um das 9fache erhöht.

Arbeitslose beiderlei Geschlechtes haben ein zwei- dreifach höheres Suizidrisiko als Erwerbstätige. (Pech und Freude 2010, S.1, Internetquelle)

Das Risiko als psychisch Erkrankter arbeitslos zu werden ist laut der oben genannten Studie des RKI deutlich erhöht, bei schwer psychisch erkrankten Personen etwa um das Fünffache gegenüber Gesunden.

Im Jahr 2012 betrug die Zahl der Langzeit-AU-Fälle wegen psychischer Erkrankungen bei Arbeitslosen bei 32,3% und liegt damit an erster Stelle bei den Ursachen langfristiger Arbeitsunfähigkeit.

Von allen arbeitslosen Menschen (ALGI und ALGII) haben 2006 ca. 13.5% eine medizinische Rehabilitation wegen einer psychischen Erkrankung (ohne Abhängigkeitserkrankungen) erhalten.

Sowohl deutsche als auch internationale Studien belegen, dass die Arbeitslosenquote unter psychisch Erkrankten weit über dem Durchschnitt liegt.

Besonders betroffen sind chronisch und/ oder schwer Erkrankte. In dieser Gruppe sind laut Datenerhebungen der „Aktion Psychisch Kranke 2004-2007“ mehr als die Hälfte aller Betroffenen ohne jede Arbeit oder Beschäftigung. Nur etwa 10 % befinden sich in einem regulären Arbeitsverhältnis, der Rest arbeitet in Werkstätten für behinderte Menschen, befindet sich in beruflichen Reha -oder Trainingsmaßnahmen oder erhält Angebote zur Tagesgestaltung. (vgl. Oschmiansky et al. 2017, S. 40-42, Internetquelle)

### **3. Gegenseitige Beeinflussung von Arbeitslosigkeit und psychischer Erkrankung**

Wie bereits in unter 2.3. deutlich wird ist die Beeinflussung von Arbeitslosigkeit und psychischer Erkrankung durchaus gegenseitig, in manchen Fällen auch zirkulär.

Im Wesentlichen findet man in der Diskussion über Ursache und Wirkung zwei Hypothesen: Die Kausalitätshypothese und die Selektionshypothese.

In der **Kausalitätshypothese** oder auch social-causation- Hypothese nach Häfner und Winfield wird die Wirkungskette von der Arbeitslosigkeit hergedacht.

Arbeitslosigkeit und die mit ihnen einhergehenden psychosozialen Belastungen führen letztendlich zu einer negativen Beeinflussung der psychischen Gesundheit.

Die **Selektionshypothese** hingegen geht von der Grundannahme aus, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere mit schwereren und/ oder chronischen Verläufen eher entlassen werden oder auf Grund krankheitsbedingter Besonderheiten gar nicht erst eingestellt werden.

Laut Paul u.a. sind beide Hypothesen nachvollziehbar und durch Studien belegbar.

Die meisten Untersuchungen kommen zu dem Schluss, dass beide Thesen nebeneinander als Erklärungsmuster Gültigkeit haben.

Nach Auswertung einer sächsischen Längsschnittstudie sprechen Beth u.a. von einer Wechselwirkung von Kausalität und Selektion im Sinne eines Teufelskreises.

(vgl. Pech/Freude2010, S. 2f, Internetquelle)

### **3.1. Psychische Relevanz von Erwerbsarbeit**

Wie wirkt sich Erwerbsarbeit auf unser psychisches Wohlbefinden aus und führt die Abwesenheit von Erwerbstätigkeit automatisch zu einer Verschlechterung?

Marie Jahoda hat in den 1980er Jahren aufbauend auf die Marientahlstudie das Modell der manifesten und latenten Funktionen von Arbeit entwickelt.

In diesem Model betrachtet sie den Erwerb des Lebensunterhaltes als die manifeste Funktion von Arbeit.

Darüber hinaus erfüllt Arbeit, gewissermaßen beiläufig, verschiedene andere Funktionen, die Jahoda als latente Funktionen von Arbeit bezeichnet.

Arbeit bietet demzufolge eine Strukturierung der Zeit, einen bestimmten sozialen Status, Kontakte außerhalb des näheren familiären Umfeldes und die Einbindung in kollektive Vorhaben oder Ziele.

Jahoda betrachtet diese latenten, psychosozialen Funktionen als grundlegende menschliche Bedürfnisse, die durch Erwerbsarbeit befriedigt werden und Einfluss auf die psychische Gesundheit haben.

Jahoda geht weiterhin davon aus, dass Erwerbsarbeit die einzige soziale Institution ist, durch die diese Bedürfnisse in ausreichendem Maße zu befriedigen sind.

Arbeitslosigkeit führt daher laut Jahoda zu einer verschlechterten psychischen Situation der Betroffenen.

Dieses Model wird zwar durch einige empirische Studien untermauert, kritisch wird jedoch angemerkt, dass die materielle Armut in Jahodas Model zu wenig Beachtung findet. Die Deprivation der manifesten Funktion und die daraus folgenden finanziellen Beschränkungen führen zu einer eingeschränkten Kontrolle der eigenen Lebensführung, Zielentwicklung und Planung des zukünftigen eigenen Lebens und hat damit ebenfalls negative Auswirkungen auf die psychische Situation Arbeitsloser.

In Anlehnung an das Model von Jahoda hat Warr das sogenannte Vitaminmodel entwickelt. Zwar geht auch er davon aus, dass der Mangel bestimmter Faktoren einen schädigenden Einfluss hat, ähnlich wie ein Vitaminmangel die körperliche Gesundheit beeinflusst, jedoch führe das Vorhandensein dieser Faktoren auch nicht zwangsläufig zu psychischer Gesundheit. Anders gesagt hat Erwerbstätigkeit nicht automatisch nur positive Effekte. Vielmehr kommt es auf die spezielle Situation und die Verfügbarkeit (Dosierung) bestimmter Faktoren (Vitamine) an.

Laut Warr sind Faktoren wie finanzielle und physische Sicherheit, hoher sozialer Status, reflektive Unterstützung, Karrierechancen und Gerechtigkeit in jedem Fall förderlich, während andere wie Handlungsspielräume, Zielvorgaben von außen, Abwechslung, Vorhersehbarkeit oder soziale Kontakte zwar eine positive Wirkung haben können, wenn sie jedoch ein bestimmtes Ausmaß übersteigen, auch schädlich wirken.

Durch Arbeitslosigkeit kommt es auch nach Warrs Meinung zu einer mangelnden Befriedigung grundsätzlicher Bedürfnisse.

Ein dritter Ansatz, die Inkongruenzhypothese nach Paul und Moser, stellt nicht die psychologischen Grundbedürfnisse in den Fokus, sondern die von der Gesellschaft implizierten Wertvorstellung der einzelnen Personen im Zusammenhang mit Erwerbsarbeit.

Eine weitgehende Übereinstimmung mit der tatsächlichen Erwerbssituation wirkt sich positiv auf die psychische Gesundheit aus.

Verschiedene Metastudien legen nahe, dass sich diese Wertvorstellungen und Ziele bei Erwerbstätigen und Arbeitslosen nur wenig unterscheiden.

Beide Gruppen weisen der Erwerbstätigkeit eine ähnlich hohe Bedeutung in ihrem Leben zu.

Arbeitslosen Menschen fällt es deutlich schwerer, diesen Anforderungen an sich selbst gerecht zu werden, was zu psychopathogenen Effekten führen kann.

(vgl., Paul et al.2016, 373f)

Wenn man Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit gegenüberstellt, scheint es so zu sein, das Erwerbstätige psychisch weniger belastet sind als Arbeitslose. In verschiedenen Studien finden sich Unterschiede bezüglich der psychischen Gesundheit zwischen Erwerbstätigen und Arbeitslosen. Paul und Moser haben 2009 einen Vergleich zu klinisch relevanten psychischen Auffälligkeiten zwischen Erwerbstätigen und Arbeitslosen durchgeführt, nachdem arbeitslose Personen ein etwa doppelt so hohes Risiko haben, derartige Symptome zu entwickeln. (ebd., S.279)

Ob und in welchen Ausmaß Erwerbstätigkeit an sich fördernd oder hemmend für die psychische Verfasstheit ist, hängt von verschiedenen Faktoren ab.

In der wissenschaftlichen Diskussion geht man von drei Merkmalen von Erwerbsarbeit und ihrer Auswirkung auf die psychische Gesundheit aus: Arbeitsintensität, Handlungsspielraum und soziale Unterstützung.

Dabei werden zunächst die direkte Wirkung der drei Merkmale und dann die Interaktionseffekte in der Arbeitssituation betrachtet.

Die Arbeitsintensität spiegelt die Anforderungen und die Schwierigkeiten der Arbeitsaufgabe wider: Je höher die Intensität, umso häufiger kommt es zu Regulationsproblemen mit entsprechenden Belastungen.

Der Handlungsspielraum kennzeichnet das Ausmaß an Kontrolle, das der Erwerbstätige bei der Ausführung seiner Arbeitsaufgabe erlebt und kann einen Regulationsmechanismus darstellen, der sich positiv auswirken müsste. Jäger, S.44f)

Laut Warr kann ein zu großer Handlungsspielraum allerdings auch negativ wirken.

Mit sozialer Unterstützung ist hier ein hilfreiches soziales Netz am Arbeitsplatz gemeint.

(vgl. Jäger 2007, S.44f)

Laut Jäger ist die empirische Studienlage hinsichtlich der Interaktionseffekte widersprüchlich. Eine mögliche moderierende Wirkung wird in verschiedenen Kombinationen diskutiert.

So werden Arbeitsintensität und Handlungsspielraum, Arbeitsintensität, Handlungsspielraum und soziale Unterstützung sowie Arbeitsintensität und soziale

Unterstützung als mögliche Kombinationen mit positiver Pufferwirkung genannt. (ebd., S.46f)

### **3.2. Psychosoziale Folgen von Arbeitslosigkeit als mögliche Ursache psychischer Erkrankungen und Störungen**

Erwerbsarbeit hat, wie schon im vorhergehenden Kapitel bemerkt, in unserer Gesellschaft einen hohen Stellenwert.

Dabei geht es natürlich zum einen um den Erwerb des Lebensunterhaltes, zum anderen aber auch um sozialen Status und gesellschaftliche Anerkennung.

Laut einer Forschungsarbeit von Lüdtke sind Arbeitslose überwiegend unzufrieden mit ihrer Situation.

Je schlechter sie ihre finanzielle Lage einschätzen, desto belasteter sind sie und um so größer werden insgesamt die Probleme, mit der Situation zurecht zu kommen.

Besonders Männer zwischen 35 und 54 Jahren fühlen sich in ihrem Selbstverständnis stark in Frage gestellt. Sie glauben zu alt zu sein und befürchten daher eine lang andauernde Arbeitslosigkeit, was eher zu einer sich verschlechternden negativen Situationsbeurteilung führt.

Traditionelle Vorstellungen geschlechtsspezifischer Rollenerwartungen können diese negative Einschätzung verstärken.

Ältere Arbeitslose vor allem solche mit Partner\*in, können sich in der Regel besser mit der Situation arrangieren. (vgl. Lüdtke 1998, S.185)

Lüdtke vermutet, dass Ältere meist auf eine längere Erwerbsbiographie verweisen können und Versagensgefühle daher weniger stark ausgeprägt sind als bei jüngeren Arbeitslosen. Gleichzeitig verschafft die Nähe des Rentenalters und die altersbedingte Entlastung von Familienverantwortung Erleichterung.

Jüngere Arbeitslose haben mehr Angst vor der Zukunft und sind durch die Verantwortung für minderjährige Kinder emotional und finanziell stärker belastet.

Ähnliches scheint für alleinstehende Personen zu gelten, wobei hier die fehlende emotionale Unterstützung durch eine nahestehende Person sicher eine Rolle spielt.



Hiervon sind besonders stark alleinlebende Männer mittleren Alters betroffen. Bei ihnen kommt es durch Arbeitslosigkeit zusätzlich zu einer Verschlechterung der sozialen Kontakte (ebd., S.254)

Bei allen Gruppen sinkt jedoch das Selbstwertgefühl, je schlechter die ökonomische Ausstattung wird.

Hier scheinen Ängste, aber auch realer sozialer Abstieg und Armut eine wesentliche Ursache zu sein. (ebd., S. 197)

Die Verschlechterung der ökonomischen Lage sowie eine langandauernde Arbeitslosigkeit beeinflusst auch die Qualität der familiären und sozialen Beziehungen negativ.

Auch in diesem Punkt sind ältere Arbeitslose mit Partner\*in weniger betroffen, da sie sich ohnehin schon mehr vom Arbeitsleben entfernt haben und sich auf die gemeinsame Gestaltung des Lebensabends einstellen.

Allerdings bewerten Familien es auch als positiv, durch die Arbeitslosigkeit mehr Zeit für Kinder oder Partner\*in zu haben.

Gleiches gilt wahrscheinlich auch für Menschen in Orientierungsphasen, welche die (kürzere) Zeit der Arbeitslosigkeit nutzen, sich über ihre Bedürfnisse und Entwicklungsziele klar zu werden.

Voraussetzung ist jedoch die Fähigkeit, die gewonnene Zeit produktiv zu nutzen.

Insgesamt hängt die Verarbeitung der Arbeitslosigkeit auch davon ab, wie stark die Betroffenen einen Sinnverlust erleben und wie groß ihr Selbstwertgefühl im Allgemeinen ist. Eine grundsätzliche negative Betroffenheit führt durch geänderte Verhaltensweisen auch zu Problemen in der sozialen Interaktion. (ebd., S.254ff)

Als weitere interpersonellen Faktoren, die Effekte auf die psychische Verarbeitung Arbeitslosigkeit haben, nennt Rogge beispielsweise unterschiedliche Kontrollüberzeugungen und individuelle Arbeitsorientierungen.

Menschen mit starken internalen Kontrollüberzeugungen, haben zwar das Gefühl, ihr Leben selbst in der Hand zu haben, werden aber gleichzeitig durch die Vorstellung, dass alles von ihnen selbst abhängig ist, von ihrer Arbeitslosigkeit stärker belastet als Menschen mit externalen Kontrollüberzeugungen, die sich durch die Abgabe der Verantwortung an äußere Umstände eher entlastet fühlen.

Ebenso wird Arbeitslosigkeit bei Menschen mit hoher Arbeitsorientierung zu einer höheren Belastung führen als bei Menschen, bei denen Arbeit einen geringeren Stellenwert hat.

Einige Studien lassen jedoch vermuten, dass die Arbeitsorientierung mit der Dauer der Arbeitslosigkeit abnimmt, was zu einer Abflachung der negativen Effekte bei Langzeitarbeitslosen führt. (vgl. Rogge 2012, S.41f)

Ob diese Belastungen psychische Störungen und Erkrankungen fördern oder sogar verursachen ist nicht einfach zu beurteilen.

Obwohl Studien den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und einer schlechteren psychischen (und physischen) Gesundheit empirisch gut belegen (vgl. Pech und Freude 2010, S.1, Internetquelle), stehen Kausalität- und Selektionshypothese nach wie vor nebeneinander da.

Letztendlich kommen die meisten Studien zu dem Ergebnis, das beides als Erklärung möglich ist.

Es gibt Belege, dass Arbeitslosigkeit und die damit einhergehenden Belastungen kausal zu klinisch relevanten psychischen Erkrankungen führen.

Andererseits ist auch eine besondere Vulnerabilität in Betracht zu ziehen, beziehungsweise die Verstärkung bereits vorhandener Symptome unter dem Einfluss von Arbeitslosigkeit, was eher für Selektionseffekte sprechen würde.

Laut Hollederer gibt es tendenziell stärkere Effekte im Sinne der Kausalitätshypothese, allerdings ist auch er der Meinung, dass diese Frage auf Grund fehlender, größerer Längsschnittstudien nicht abschließend beantwortet werden kann. (ebd., S.3)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Arbeitslosigkeit, vor allem wenn sie länger besteht und zu starken ökonomischen Einbußen führt, zu einer gravierenden Beeinträchtigung der objektiven und auch subjektiv empfundenen Lebensqualität kommt.

Wenn man davon ausgeht, dass bei der Entstehung psychischer Erkrankungen nach heutigem Stand der Forschung sowohl biologische, psychisch/emotionale, als auch soziale Faktoren eine Rolle spielen (Lieb/Frauenknecht/Brunnhuber2015, S.4) scheint es plausibel, das auch Arbeitslosigkeit und die daraus folgenden sozialen Stressoren als eine Ursache in Frage kommt.

Dafür würde auch sprechen, dass sich das psychische Wohlbefinden der betroffenen bessert, sobald sie wieder in die Erwerbsarbeit zurückkehren. (vgl. Holleder 2008, S.30, Internetquelle)

### **3.3. Psychische Erkrankungen und Störungen und ihre Auswirkung auf die Erwerbsbiographien Betroffener**

Psychisch Kranke sind im Vergleich zur Gesamtbevölkerung überdurchschnittlich häufig von Arbeitslosigkeit betroffen. Auch sind sie weniger gut in den Arbeitsmarkt integriert als somatisch erkrankte Menschen. (vgl. Holleder 2008, S.19, Internetquelle)

Da psychische Erkrankungen und Störungen mit Beeinträchtigungen der psychosozialen Funktionen, wie Störungen der Aufmerksamkeit, des formalen Denkens, des Antriebs oder des affektiven Erlebens, einhergehen, ist für sie die Teilhabe an den unterschiedlichsten Lebensbereichen erschwert.

Unter anderem wirken sich psychische Erkrankungen erheblich negativ auf die Erwerbssituation der Betroffenen aus. (vgl. Oschmiansky et al. 2017, S.40, Internetquelle)  
Ganz besonders betroffen sind Menschen mit schizophrenen Erkrankungen. Von ihnen sind laut europäischer Studien lediglich 10-20% erwerbstätig. (ebd., S.41)

Dies mag auch an dem frühen Erstmanifestationsalter und den häufig chronischen Verläufen liegen. Besonders Männer erkranken durchschnittlich im 21. Lebensjahr, Frauen etwa fünf Jahre später. Mehr als die Hälfte der Betroffenen erkranken zwischen der Pubertät und dem 30. Lebensjahr. Häufig bestehen jedoch schon Jahre vorher unspezifische Symptome, wie Konzentration Störungen und Leistungsabfall, emotionale Labilität, Veränderung des Verhaltens, affektive Störungen, Ängste und soziale Rückzugstendenzen.

Dies führt zu Problemen in der schulischen und beruflichen Ausbildung, die oft spätestens mit dem Auftreten der ersten akuten Symptome unter- bzw. abgebrochen wird.

(vgl. Gühne/Riedel-Heller 2015, S.20, Internetquelle)

Insgesamt lässt sich sagen, dass ein früher Beginn einer psychischen Erkrankung die Voraussetzungen für einen gelungenen Start in das Berufsleben negativ beeinflussen und das Risiko nachfolgender Arbeitslosigkeit erhöhen. (vgl. Oschmiansky et al. 2017, S.43)

Ausschlaggebend für die Erwerbsbiographien sind natürlich auch Art und Schweregrad der Erkrankung.

Affektive Störungen, insbesondere unipolare Depressionen in leichter bis mittelgradiger Form, lassen häufig eine Erwerbstätigkeit zu und sind auch gesellschaftlich tendenziell weniger stark stigmatisiert.

Bei schweren Verläufen und bipolaren Störungen ist die Situation deutlich schlechter, zum einen wegen der ausgeprägteren Symptomatik, zum anderen auch wegen der früheren Erstmanifestation.

Bei Alkoholabhängigen werden nach Cloninger zwei Typen unterschieden:

Der Typ I Alkoholiker mit einem späteren Krankheitsbeginn und wenig familiärer Vorbelastung. Männer und Frauen sind etwa gleich betroffen und die Prognose ist günstiger. (vgl. Lieb/Frauenknecht/Brunnhuber 2016, S.209f)

Wenn man davon ausgeht, dass die Erkrankten bereits eine Ausbildung abgeschlossen haben und auf eine längere Erwerbsbiographie zurückblicken, bevor beruflich relevante Symptome deutlich werden, wird das Risiko der Arbeitslosigkeit bei ihnen geringer sein, als bei Typ II Alkoholikern, die vor dem 25. Lebensjahr erkranken, familiär höher belastet sind, häufiger männlich und sozial weniger angepasst sind als Typ I. (ebd., S.210)

Hier führen Probleme bereits in der frühen beruflichen Laufbahn zu einem hohen Risiko beruflicher und sozialer Ausgrenzung mit schlechter Prognose.

Auch die größte Gruppe der psychischen Erkrankungen, die Angststörungen, können eine erfolgreiche Integration in den Arbeitsmarkt deutlich erschweren.

Sie sind zwar relativ gut behandelbar, dennoch ist ihr Verlauf häufig chronisch und der Beginn der Erkrankungen zum Teil vor der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter. Die Betroffenen sind durch ihre Angst teilweise massiv eingeschränkt und nicht in der Lage, alltäglichen Anforderungen gerecht zu werden.

Angsterkrankungen sind eine der häufigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit. (Oschmiansky et al. 2015, S.32, Internetquelle)

Die Betroffenen erleben Einschränkungen in der beruflichen Leistungsfähigkeit oder auch in Bewerbungssituationen.

Als letztes Beispiel für die Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf Erwerbsbiographien sei hier noch die Gruppe der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen erwähnt.

Unter dieser Gruppe sind verschiedene Störungsbilder zusammengefasst.

Gemeinsam ist ihnen allen, dass die Betroffenen manifeste, andauernde und wiederholt gleiche Verhaltensmuster zeigen, die deutliche Abweichungen zum Verhalten der Mehrheit der Menschen haben und häufig als unpassend oder sonderbar erlebt werden. Denk- und Wahrnehmungsprozesse, soziale Interaktionen und Handlungen sind verändert und zwar meist schon in der frühen Kindheit oder Jugend.

Diese Störungen verlaufen stabil, das heißt, es gibt keine Krankheitsphasen, sondern die Symptome sind konstant vorhanden und lassen sich durch therapeutische Maßnahmen lediglich lindern.

Menschen mit der oben beschriebenen Borderline Störung oder mit ADHS haben Schwierigkeiten, ein adäquates Sozialverhalten zu entwickeln. Sie verhalten sich Kollegen gegenüber häufig ambivalent und reagieren unangemessen auf Kritik oder Konflikte. Unzuverlässigkeit, sprunghaftes und unkonzentriertes Verhalten beeinträchtigen sowohl das Arbeitsklima, als auch die Produktivität.

Ausbildungen werden abgebrochen, Arbeitsstellen häufig gewechselt. Dabei sind die Betroffenen anfangs häufig äußerst motiviert, können sich diese Motivation aber nicht über längere Zeit erhalten.

Insgesamt sind solche Erwerbsbiographien eher schwierig und durch wiederkehrende Phasen von Arbeitslosigkeit gekennzeichnet. (ebd. S. 36 ff)

### **3.4. Arbeitslose mit psychischen Erkrankungen zwischen Integration in den Arbeitsmarkt, beruflicher Rehabilitation und psychiatrischer Versorgung**

Für eine erfolgreiche Integration in den Arbeitsmarkt ist die Ursache der psychischen Erkrankung nur mittelbar relevant.

Egal ob die psychische Erkrankung ursächlich für die Arbeitslosigkeit war oder ob sie durch die Arbeitslosigkeit hervorgerufen wurde oder sich verschlimmerte, zunächst muss die Tatsache akzeptiert werden, dass ein hoher Prozentsatz arbeitsloser Menschen an psychischen Erkrankungen leidet und diese unbehandelt ein erhebliches Vermittlungshemmnis darstellen.

Leider scheinen besonders Arbeitslose bei psychischen Problemen professionelle Unterstützung eher nicht anzunehmen, aus Angst vor weiterer Stigmatisierung oder weil sie den Bedarf gar nicht erkennen. (ebd., S. 45)

Ein weiteres Problem scheint zu sein, dass die Fachkräfte in der Bundesagentur für Arbeit und in den Jobcentern noch nicht überall ausreichend geschult sind, um psychische Erkrankungen zu erkennen und vor allen adäquat auf sie zu reagieren.

Schulungsangebote richten sich vor allem an die Fallmanager\*innen und die Integrationsfachkräfte, jedoch nicht an die Mitarbeiter\*innen in der Vermittlung oder im Leistungsbereich.

Dabei sind gerade die Leistungen zum Lebensunterhalt von großer Bedeutung für die Klient\*innen und können bei Versagung oder Verzögerung zu starken psychosozialen Belastungen führen.

Auch Austausch zwischen Fachkräften der verschiedenen Abteilungen funktioniert offensichtlich nicht immer reibungslos. (ebd., S.105f)

Im Ärzteblatt vom April 2016 wird ein Modellprojekt in Leipzig beschrieben, das vom dortigen Jobcenter und der Leipziger Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie durchgeführt wurde.

Von 1000 beratenen Klient\*inne wiesen 66% eine psychiatrische Diagnose auf, aber nur 6% der Betroffenen waren in adäquater Behandlung.

Die restlichen 94% (!) wurden gar nicht oder nur unzureichend behandelt.

In dem Modellprojekt wurden die Vermittlungsfachkräfte des Jobcenters in der Erkennung und Einschätzung psychischer Problemlagen durch Mitarbeiter\*innen der Universität Leipzig geschult und den betroffenen Klient\*innen ein psychosoziales Coaching angeboten.

Von den Teilnehmenden konnten etwa 30 % in Arbeit vermittelt werden, was eine sehr hohe Vermittlungsrate ist. (vgl. Hillienhof 2016, Internetquelle)

Gerade Arbeitslose im SGB II- Bezug fühlen sich von den Jobcentern häufig im Stich gelassen oder unnötig belastet.

Einige beklagen, dass Leistungen zu Unrecht abgelehnt würden und Sanktionen oder eine verspätete Auszahlung sie in existenzielle Nöte bringen würde.

Teilweise würden eingereichte Unterlagen einfach verschwinden, ein Sachbearbeiter wisse vom anderen nichts, die Beratung sei absichtsvoll lückenhaft, um zusätzliche Leistungen Seitens des Jobcenters abzuwehren.

(vgl. Oschmiansky et al. 2017, S. 167, Internetquelle)

Auf der anderen Seite konstatieren auch Behandler\*innen, dass es natürlich für psychisch kranke Menschen problematisch sein kann, den Anforderungen gerecht zu werden. Die zwingende Teilnahme an arbeitsfördernden Maßnahmen, die Pflicht sich zu bewerben, allein schon ein einfacher Termin bei der Bundesagentur für Arbeit oder beim Jobcenter können zur Verschlechterung der Symptomatik führen. (ebd., S. 176)

Viele der Betroffenen möchten Arbeiten, weil sie den positiven Effekt von Arbeit durchaus für sich erkennen können.

Allerdings sind die Vorurteile seitens der Arbeitgeber\*innen psychisch Kranken gegenüber besonders groß, insbesondere wenn eine gleichzeitige langandauernde Arbeitslosigkeit vorliegt.

Arbeitgeber\*innen implizieren mit diesen Merkmalen eine geringere Belastbarkeit und Produktivität und fürchten nicht zu Unrecht ökonomische Belastungen.

Allerdings gibt es seit 2019 das Teilhabechancengesetz, nach dem reguläre, sozialversicherungspflichtige Arbeitsplätze bis zu fünf Jahren für alle Arbeitgeber\*innen gefördert und begleitet werden können.

Diese Arbeitsplätze müssen nicht zusätzlich geschaffen werden, sie müssen nicht von öffentlichem Interesse sein und auch nicht wettbewerbsneutral und sind daher auch für Arbeitgeber\*innen in der freien Wirtschaft von Interesse. (vgl. Kupka et al. 2018, S.7f, Internetquelle.)

Von Seiten der Behandler\*innen hören psychisch Kranke häufig, dass sie die Arbeitsaufnahme nicht überstürzen sollen, dass die Krankheit chronisch ist oder dass sie sich berenten lassen müssen.

Mit Blick auf die derzeitige Situation auf den Arbeitsmarkt und den in den letzten Jahren ständig steigenden Anforderungen ist diese Einstellung nicht völlig unverständlich.

Nicht nur Arbeitslosigkeit, sondern auch Arbeit kann krank machen.

Anspruchsvolle Stellen, Termindruck, Überstunden, ständige Verfügbarkeit, Befristungen der Arbeitsverhältnisse und die Angst vor Arbeitsplatzverlust führen auch bei der arbeitenden Bevölkerung zu einer Zunahme von klinisch relevanten Beeinträchtigungen

des psychischen Befindens und sind oft schlicht überfordernd. (vgl. Oschmiansky et al. 2017, S.48, Internetquelle)

Das Angewiesensein auf Unterstützungsleistungen und unpassende Wiedereingliederungsmaßnahmen wirken zusätzlich demotivierend. (ebd. S.45f)

Auch in der beruflichen Rehabilitation, stellt das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung eine Fehl- bzw. Unterversorgung fest.

Die unübersichtlichen Zuständigkeiten von unterschiedlichen Trägern und Einrichtungen sowie deren mangelnde Kooperation und Koordination sind verwirrend und besonders von ohnehin belasteten und psychisch eingeschränkten Personen nicht zu überblicken.

Dazu kommen hohe Eingangsvoraussetzungen an Belastbarkeit, Motivation, Krankheitseinsicht und günstiger Prognose.

Internationale Studien haben darüber hinaus ergeben, dass die Wirksamkeit solcher Programme eher niedrig ist und es nach deren Abschluss keine signifikante Zunahme an wettbewerbsfähigen Beschäftigungen in der Klient\*innengruppe gibt.

Andere Formen, wie unterstützte Formen der Beschäftigung mit einer individuell angepassten Begleitung am Arbeitsplatz, sind in Deutschland zwar, wie oben bemerkt, auch gesetzlich verankert, werden aber nur in geringer Zahl umgesetzt.

Die hierzulande häufigste Maßnahme der beruflichen Rehabilitation für schwerer psychisch Erkrankte ist die Werkstatt für behinderte Menschen, was für die Betroffenen meist eine dauerhafte Ausgliederung aus dem ersten Arbeitsmarkt bedeutet. (ebd., S.47)

Neben den stationären Angeboten soll den Klient\*innen eine möglichst wohnortnahe gemeindepsychiatrische Versorgung zur Verfügung stehen, die an den individuellen Bedarfen orientiert ist und Zugang zu allen notwendigen Hilfen ermöglicht.

Ziel soll die optimale soziale Einbindung in das Lebensumfeld der Betroffenen sein.

Dabei ist die möglichst zügige Integration in Arbeit und Beschäftigung ein wichtiger Gesichtspunkt.

In der gemeindepsychiatrischen Versorgung soll die psychiatrische, psychotherapeutische psychosoziale Behandlung und Versorgung sichergestellt werden und Prävention, Akut- und Krisenintervention und Rehabilitation umfassen.

Allerdings unterscheidet sich die ambulante Versorgungsdichte regional erheblich.

Vor allem in den ländlichen Regionen und in den neuen Bundesländern ist die Versorgung mangelhaft.



Außerdem ist das System an Rehabilitations- und Kostenträgern sowie den Leistungserbringern unübersichtlich und auch in der qualitativen und organisatorischen Ausgestaltung sehr heterogen. (ebd., S.64f)

### **3.5. Herausforderungen für die soziale Arbeit**

Die Herausforderungen für die soziale Arbeit ergeben sich zu Teilen aus den oben geschilderten Problemlagen und der Zusammenarbeit mit den Klient\*innen, zum anderen aber auch aus der Mehrfachmandatierung Sozialer Arbeit. Sozialarbeiterisches Handeln ist immer auch dem geltenden Rechts- und Wertesystem verbunden, was nicht in jedem Fall mit den Interessen der Klient\*innen in Einklang steht.

„Soziale Gerechtigkeit (...) ist nicht das einzige Prinzip, das unsere Gesellschaft bestimmt. Sie steht gegen die hart durchgesetzte Leistungsgerechtigkeit, nach der jeder (...) nur das erhält, was ihm nach seiner Leistung zusteht.“

(Thiersch 2003, zitiert nach Bosshard/Ebert/Lazarus. 2013, S 57)

Viele der psychisch erkrankten Arbeitslosen befinden sich im SGB II Bezug.

Das bedeutet neben knappen finanziellen Ressourcen auch, dass die Betroffenen sich des Prinzips des Forderns und Förderns ausgesetzt sehen, was ein erhebliches Stresspotential bedeutet.

Die sich daraus ergebenden Einschränkungen wirtschaftlicher und sozialer Teilhabe, haben Auswirkungen viele Lebensbereiche, wie z. Bsp. Wohnung, Bildung, oder soziale Beziehungen.

Je geringer die Ausstattung eines Menschen an sozialen, ökonomischen, kulturellen, medizinischen, psychischen u.a. Ressourcen ist, desto geringer ist auch seine Möglichkeit sich solche zu beschaffen.

Sozialarbeiter\*innen sollen daher die Klient\*innen unterstützen, die ihnen zustehenden materiellen Leistungen zur Grundsicherung und sozialer Teilhabe zu erlangen, persönliche Kompetenzen zu nutzen und zu erweitern und soziale Netzwerke zu etablieren oder zu stabilisieren. (vgl. Bosshard/Ebert/Lazarus 2013, S.53f)

Dies kann nur gelingen, wenn man sowohl die Klient\*innen, als auch die entsprechenden Netzwerkpartner der unterschiedlichen Bereiche einbezieht, gegebenenfalls auch konstruktiv konfrontierend.

In der Zusammenarbeit mit den Klienten kommt zum Tragen, dass sowohl Arbeitslose, als auch psychisch Kranke und ganz besonders doppelt Betroffene immer wieder Eingriffe in ihre persönliche, freiheitliche Lebensgestaltung und Stigmatisierungen erleben.

Das kann zu Passivität und Gleichgültigkeit, aber auch zu Widerständen führen.

Sozialarbeiter\*innen haben „... die Aufgabe, auf die Bedürfnisse ihrer Klienten hinzuweisen, ihre Rechte stellvertretend einzufordern und die (...) ausgebildeten Machtstrukturen offenzulegen und kritisch zu reflektieren.“  
(Bosshard/Ebert/Lazarus.2013, S. 57)

Auch im persönlichen Kontakt mit den Klient\*innen müssen Machtverhältnisse thematisiert und reflektiert werden und die Autonomiebedürfnisse der Betroffenen respektiert werden. Die Hilfe muss sich an den individuellen Bedürfnissen der Klient\*innen und deren Lebenswelt orientieren und nicht an den Vorstellungen der Sozialarbeiter\*innen.

Gleichzeitig dürfen die Selbsthilfekompetenzen nicht überschätzt werden, damit die Hilfe geleistet wird, die notwendig ist, (vgl. Bosshard/Ebert/Lazarus 2013, S.68

Dies wahrzunehmen erfordert eine hohe fachliche und persönliche Kompetenz der Sozialarbeiter\*in und eine ständige, kritische Selbstreflektion.

Im Rahmen der Hilfeplanung können zu hohe Kooperationsanforderungen dazu führen, dass Betroffene Hilfen gar nicht erst annehmen und sich ihre Situation dadurch weiter verschlechtert. (ebd., S.56)

Daher ist die aktive Einbeziehung der Klient\*innen in diesen Prozess so wichtig.

Gleiches gilt für die oben beschriebenen Zugangsvoraussetzungen beruflicher Rehabilitation oder die Re-Integration in den Arbeitsmarkt.

Die Schwierigkeit dabei ist, dass einerseits gesellschaftlicher Konsens darüber besteht, dass man seinen Lebensunterhalt selbst durch Arbeit sichern soll, andererseits der Arbeitsmarkt für bestimmte Bevölkerungsgruppen gar nicht offen ist.

Verknappte Budgets führen zu unzureichenden materiellen und personellen Ausstattungen und erschweren die Einhaltung fachlicher Standards. (ebd., S.58)

Dies geht zu Lasten einer personenzentrierten, individuell angepassten Hilfe und führt zu Frustration und Überforderungssituationen bei den professionellen Helfer\*innen.

Wie das Modellprojekt in Leipzig zeigt, sind deutlich mehr Arbeitslose psychisch erkrankt, als ärztlich diagnostiziert und behandelt. (Hillienhof 2016, Internetquelle)

Dies mag auch daran liegen, dass die psychiatrische Versorgung in vielen Regionen unzureichend ist. (vgl. Oschmiansky et al. 2017, S.64f, Internetquelle)

Das macht es natürlich schwierig, entsprechende therapeutische Maßnahmen zu platzieren.

Wenn Termine in psychiatrischen oder psychotherapeutischen Sprechstunden teilweise erst nach Monaten zu erhalten ist, erzeugt dies Hilflosigkeit und Unverständnis, sowohl bei den Professionellen, als auch bei den Klient\*innen, die ohnehin dazu neigen, ihre psychischen Probleme zu negieren. (ebd., S.45)

Hier müssen Sozialarbeiter\*innen die Betroffenen darin bestärken, ihre Probleme vor sich selbst anerkennen und nach außen angemessen zu vertreten.

Symptome sind von ihnen ernst zu nehmen und nicht zu bagatellisieren. Eine hohe fachliche Kompetenz und professionelle Empathie können die Klient\*innen entlasten und ihnen helfen, die Zeit bis zur psychiatrischen Vorstellung zu überbrücken. (vgl. Bosshard/Ebert/Lazarus 2013 S.68)

#### **4. Zusammenfassung**

Arbeitslosigkeit und psychische Erkrankungen sind ohne Zweifel miteinander verknüpft. In der Fachliteratur habe ich im Wesentlichen zwei Hypothesen zu diesem Thema gefunden.

Die Kausalitätshypothese geht davon aus, dass die psychosozialen Folgen, besonders von langandauernder oder wiederkehrender Arbeitslosigkeit so stark sind, dass sie in der Konsequenz zu einer klinisch relevanten psychischen Erkrankung führen können.

Selbst wenn man eine gewisse Labilität oder Vulnerabilität der betroffenen Personen unterstellt, ist der Stressfaktor Arbeitslosigkeit als Auslöser für die Erkrankung zu werten. Neben anderen unter 1.3. beschriebenen Gründen, stellt die psychische Erkrankung nun ein ernstzunehmendes Vermittlungshemmnis dar und führt nun ihrerseits zu einer längeren Verweildauer in der Arbeitslosigkeit.

Vertreter der Selektionshypothese, vermuten dagegen, dass eine psychische Erkrankung mit ihrer Symptomatik dazu führen kann, dass das Risiko für längere oder häufigere Arbeitslosigkeit erhöht ist.

Psychische Erkrankungen manifestieren sich häufig während der Adoleszenz oder im jungen Erwachsenenalter und können Ursache für einen Schul- oder Ausbildungsabbruch sein.

Viele schwer psychisch Erkrankte haben daher nur eine sehr kurze oder gar keine Erwerbsbiographie.

Andere sind schwierig im Umgang, häufiger krank oder allgemein weniger leistungsfähig und verlieren deshalb ihren Arbeitsplatz.

Wenn der stabilisierend Einfluss von Arbeit wegfällt, verschlimmert sich häufig die Symptomatik.

Ich denke, daran wird deutlich, dass beide Hypothesen berechtigt sind und sich Arbeitslosigkeit und psychische Erkrankungen im Sinne eines Teufelskreises gegenseitig bedingen können.

Gesellschaftliches Ziel sollte es, jenseits wirtschaftlicher Erwägungen, also sein, auf der einen Seite Arbeitslosigkeit zu vermeiden und andererseits einen Arbeitsmarkt zu fördern, der die berufliche **Inklusion** aller zum Ziel hat.

Angesichts eines Arbeitsmarktes, der Leistung, Flexibilität, gute Qualifizierung und hohe Arbeitsorientierung erwartet, scheint dieses Ziel weit entfernt.

Noch sind sowohl Arbeitslose, als auch psychisch Kranke von sozialer Ausgrenzung und Stigmatisierung betroffen.

Immer noch gilt das Credo, Leistungen bekommt nur, wer etwas leistet!

Was Arbeitslose und psychisch Kranke mit äußerst begrenzten finanziellen Mitteln, geringen Teilhabechancen, fehlenden Perspektiven und teils erdrückenden Krankheitssymptomen tatsächlich täglich leisten, um ihren Alltag zu bewältigen, wird gerne übersehen.

Als Sozialarbeiter\*innen sollten wir unseren Klient\*innen stets wertschätzend und reflektiert gegenüberstehen und diese Haltung auch öffentlich demonstrieren.

Weg von der „fürsorglichen Belagerung“, hin zu einer autonomieorientierten, passgenauen, interdisziplinären Hilfe für die Betroffenen.

Obwohl sich langsam ein gesellschaftlicher Wandel vollzieht, ist die Situation für die Betroffenen nach wie vor oft unbefriedigend.

Wie das Modellprojekt in Leipzig zeigt, ist es wichtig, dass Fachkräfte in der Bundesagentur für Arbeit besser auf die Problemlagen vorbereitet werden und schnell und niedrigschwellig an psychosoziale Beratungsangebote verweisen können.

Außerdem müssen die Angebote zur beruflichen Rehabilitation noch besser auf die Bedürfnisse der Betroffenen angepasst werden und barrierefrei gestaltet werden.

Derzeit ist es selbst für Sozialarbeiter\*innen schwierig sich in dem oft verwirrenden System von Zuständigkeiten zurechtzufinden.

Auch die gemeindepsychiatrische Versorgung als ein berufliches Hauptfeld sozialarbeiterischen Handelns muss weiter ausgebaut werden.

Eine ausreichend finanzielle Ausstattung, eine gute, nicht konkurrierende Kooperation zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern und entsprechende gesetzliche Grundlagen sind eine wesentliche Voraussetzung.

Hier sollte Soziale Arbeit sich in kommunale und sozialpolitische Prozesse einbringen und gemeinsam mit den Betroffenen Zukunft gestalten

## 5. Quellen

**Blasius, Dirk:** Einfache Seelenstörung. Frankfurt am Main 2015

**Bosshard, Marianne/Ebert, Ursula/Lazarus, Horst:** Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Köln 2013

**Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.):** Lebenslagen in Deutschland. URL: [https://www.armuts-und-reichtumsbericht.de/SharedDocs/Downloads/Berichte/5-arb-kurzfassung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=4](https://www.armuts-und-reichtumsbericht.de/SharedDocs/Downloads/Berichte/5-arb-kurzfassung.pdf?__blob=publicationFile&v=4)

[Stand: 13.03.2021]

**Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.):** Das Lexikon der Wirtschaft. URL: <https://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/lexikon-der-wirtschaft/>

[Stand 19.06.2021]

**DGPPN (Hrsg.):** Psychische Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Versorgung. URL: [https://www.dgppn.de/\\_Resources/Persistent/f80fb3f112b4eda48f6c5f3c68d23632a03ba599/DGPPN\\_Dossier%20web.pdf](https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/f80fb3f112b4eda48f6c5f3c68d23632a03ba599/DGPPN_Dossier%20web.pdf)

[Stand: 25.03.2021]

**Finzen, Assmus:** Auf dem Wege zur Reform: Die Psychiatrie- Enquete wird 40. URL: <http://www.finzen.de/pdf-dateien/psychiatriereform.pdf> [Stand: 13.06.2021]

**Gühne, Uta/Riedel- Heller, Steffi G.:** Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland.

URL:[https://www.dgppn.de/\\_Resources/Persistent/6f086cca1fce87b992b2514621343930b0c398c5/Expertise\\_Arbeitssituation\\_2015-09-14\\_fin.pdf](https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/6f086cca1fce87b992b2514621343930b0c398c5/Expertise_Arbeitssituation_2015-09-14_fin.pdf)

[Stand 17.06.2021]

**Haselmann, Sigrid:** Psychosoziale Arbeit in der Psychiatrie- systemisch oder subjektorientiert? Göttingen 2008

**Hillienhof, Arne:** Arbeitswelt: Psychosoziales Coaching für Langzeitarbeitslose. URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/179140/Arbeitswelt-Psychosoziales-Coaching-fuer-Langzeitarbeitslose>

[Stand: 17.06.2021]

**Holledere, Alfons:** Psychische Gesundheit im Fall von Arbeitslosigkeit. URL: [http://bsafb.de/media/pa12\\_psychische\\_gesundheit\\_im\\_fall\\_von\\_arbeitslosigkeit.pdf](http://bsafb.de/media/pa12_psychische_gesundheit_im_fall_von_arbeitslosigkeit.pdf)

[Stand: 19.03.2012]

**Jäger, Ruth:** Arbeitsmarkt und psychische Gesundheit. Lengerich 2007

**Kupka, Peter et al.:** Sicherung Sozialer Teilhabe für Langzeitarbeitslose. URL: [https://www.sgb2.info/SharedDocs/Downloads/DE/Service/Studien-Publikationen/iab-stellungnahme-sicherung-sozialer-teilhabe.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.sgb2.info/SharedDocs/Downloads/DE/Service/Studien-Publikationen/iab-stellungnahme-sicherung-sozialer-teilhabe.pdf?__blob=publicationFile&v=2)

[Stand: 17.06.2021]

**Krug, Gerhard:** Weder faul noch resigniert: Wie langzeitarbeitslose mit dem Stigma der Arbeitslosigkeit umgehen. URL: <https://www.iab-forum.de/weder-faul-noch-resigniert-wie-langzeitarbeitslose-mit-dem-stigma-der-arbeitslosigkeit-umgehen/?pdf=15223>

[Stand 17.06.2021]

**Lieb, Klaus/Frauenknecht, Sabine/Brunnhuber, Stefan:** Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie. München2016

**Luedtke, Jens:** Lebensführung in der Arbeitslosigkeit. Pfaffenweiler 1998

**Oschmiansky, Frank et al.:** Psychisch Kranke im SGB II: Situation und Betreuung. URL:  
<http://doku.iab.de/forschungsbericht/2017/fb1417.pdf>

[Stand: 18.06.2021]

**Paul, Karsten/Zechmann, Andrea/Moser, Klaus:** Psychische Folgen von Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit.

URL: [https://www.wsi.de/data/wsimit\\_2016\\_05\\_paul.pdf](https://www.wsi.de/data/wsimit_2016_05_paul.pdf)

[Stand 20.04.2021]

**Pech, E./ Freude, G.:** Zusammenhang zwischen eingeschränktem Gesundheitszustand und Arbeitslosigkeit. URL: <https://d-nb.info/1012328465/34>

[Stand: 20.03.2021]

**Promberger, Markus:** eine kleine Geschichte der Arbeitslosigkeit.

URL: [http://doku.iab.de/grauepap/2005/Promberger\\_2005\\_GeschichteAlo.pdf](http://doku.iab.de/grauepap/2005/Promberger_2005_GeschichteAlo.pdf)

[Stand 11.03.2021]

**Psychiatrienetz (Hrsg.):** Psychiatriegeschichte.

URL: <https://www.psychiatrie.de/impressum.html>

**Rogge, Benedikt:** Wie uns Arbeitslosigkeit unter die Haut geht. Konstanz 2013

**Sammet, Kornelia/Bauer, Frank/Erhard, Franz:** Lebenslagen am Rande der Erwerbsgesellschaft. Weinheim 2016

**Statistik der Bundesagentur für Arbeit:** ANAB(Monatszahlen). URL;

[https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/201902/anba/anba/anba-d-0-201902-pdf.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/201902/anba/anba/anba-d-0-201902-pdf.pdf?__blob=publicationFile)

[Stand: 2006.2021]

**Schott, Heinz/Tölle, Rainer:** Geschichte der Psychiatrie. München 2006

**Schubert, Michael et al.:** Menschen mit psychischen Störungen im SGB II. URL:  
<http://doku.iab.de/forschungsbericht/2013/fb1213.pdf>

[Stand 10.06.2021]

**Statistica:**URL:

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1223/umfrage/arbeitslosenzahl-in-deutschland-jahresdurchschnittswerte/>

[Stand: 19.06.2021]