

Arbeitsmarktintegration und Gesundheitsförderung

Die Bedeutung von Gesundheitskompetenzmodulen

State of the art, Evidenz, offene Fragen

Dr. Wolf Kirschner, FB + E Berlin

Beitrag zur 1. Tagung des Forums Arbeitsmarktintegration und Gesundheitsförderung am 18.11.2004 in Essen

1. Ausgangssituation und Problemstellung

Die nationale und internationale sozialegpidemiologische Forschung liefert erdrückende Evidenz über die negativen gesundheitlichen Implikationen von Arbeitslosigkeit und v.a. Langzeitarbeitslosigkeit. Diese Evidenz ist aber deskriptivanalytisch und nicht im epidemiologischen Sinn kausalanalytisch fundiert. Dies bedeutet, dass Interventionen nicht auf der Grundlage gesicherter Assoziationen zwischen Risikofaktoren und auch protektiven Faktoren und der negativen gesundheitlichen Outcomes geplant und durchgeführt werden können.

Das gängige „Erklärungsmodell“ der negativen gesundheitlichen Wirkungen von Arbeits- und Langzeitarbeitslosigkeit geht davon aus, dass Arbeitslosigkeit, aber auch die Bedrohung durch Arbeitslosigkeit ein Stressor ist, der schon kurzfristig zu psychischen Belastungen und psychosomatischen Beschwerden führen kann und in der Persistenz über abnehmende gesundheitliche Ressourcen und/oder zunehmende gesundheitliche Risiken des individuellen und sozialen Verhaltens (z.B. Alkoholkonsum, Rauchen, sozialer Rückzug) sich schließlich in inzidenter oder progredienter Morbidität und sogar Frühmortalität manifestieren kann.

Um dieses Modell empirisch zu testen sind langjährige Kohortenstudien großer Fallzahlen erforderlich, da sich die möglichen gesundheitlichen Effekte mit der Dauer der „Exposition“ und v.a. im Kontext einer ganzen Reihe von Moderatorvariablen ergeben, die jeweils zu kontrollieren sind. Kieselbach (1988, S. 42ff) nennt z.B. zwölf Moderatorvariablen.

Trotz unseres umfangreichen deskriptivstatistischen Wissens ist damit unser Wissen sowohl hinsichtlich der analytisch begründbaren Interventionsmöglichkeiten, als auch hinsichtlich der erzielbaren oder erzielten Effekte begrenzt. Letzteres, weil es national und auch international nur wenige (adäquat evaluierte) Interventionen im mental health Bereich für die Zielgruppe der Arbeitslosen gibt.

Interventionstheoretisch bedeutet dies, dass wir uns bei möglichen Interventionen im „Arbeitsfeld A“ bewegen (vgl. Abb.1). Praktisch bedeutet das, dass wir bei möglichen Interventionen Experimente durchführen, die nur mäßig theoretisch fundiert sind und sich i.w. auf – allerdings durchaus begründete – Plausibilitätsannahmen stützen.

Abb. 1 Idealtypische Situationen zum Evidenzniveau in der analytischen Forschung und der Evaluationsforschung für geplante gesundheitliche Interventionen bei Arbeitslosen

Niveau der Evidenz	Evaluationsforschung	
	Gering	Hoch
Analytische Forschung (z.B. Sozialepidemiologie)		
Gering	A	(B)
Hoch	C	D

In der Plattformbeschreibung des DNBGF-Forums (19.01.04) wird als einer der nächsten Arbeitsschritte folgende Entwicklungsarbeit vorgeschlagen (vgl. Abb. 2).

Abb.2 Arbeitsvorschlag der DNBGF vom 19.01.04

„Die Entwicklung effektiver, kostengünstiger und in unterschiedliche Fachinhalte leicht integrierbarer „Gesundheitskompetenz-Module“ für Arbeitslose (von Arbeitslosigkeit akut Bedrohte) könnte einen weiteren Ansatzpunkt markieren. Interventionserfahrungen deuten darauf hin, dass Kurzzeit-Maßnahmen in Anlehnung an Verfahren der kognitiven Verhaltenstherapie (Stärkung von Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, Frustrationsbewältigung) in Kombination mit der Vermittlung „technischer“ Fähigkeiten der Jobsuche (Bewerbungstraining, aktives Netzwerken) negativen psychischen Begleiterscheinungen *kurzfristiger* Arbeitslosigkeit (Hervorhebung d.Verf.) entgegen wirken und zugleich die Effizienz der Arbeitssuche erhöhen kann.“

2. Ziel des Beitrags

Ziel des Beitrags ist es, derartige „Gesundheitskompetenz-Module“ unter folgenden Fragestellungen zusammenfassend zu beschreiben und zu bewerten (vgl. Abb.3):

Abb. 3 Ziele des Beitrags

Beschreibung und Bewertung verschiedener „Gesundheitskompetenz-Module“ (soweit Informationen vorhanden) nach:

1. Zielgruppen
2. Zugangswegen
3. Identifikation / Assessment
4. Ziele
5. Instrumente
6. Dauer
7. Teilnehmerzahlen
8. Laufzeit
9. Kosten
10. Outcome (Evaluation)

Nach einer kritischen Zusammenfassung werden daraus Schlussfolgerungen und Empfehlungen für das weitere Vorgehen abgeleitet.

3. Datengrundlagen / Einbezogene Interventionen

Die einbezogenen „Gesundheitskompetenz-Module“ basieren auf unseren Rechercheergebnissen zum BKK Gutachten aus dem Jahr 2003 (Elkeles, T. & Kirschner, W. 2004) und einer erneuten Internetrecherche, die eine Publikation des Centres des National Health Service for Reviews and Dissemination an der University of York (UK) [CRD] erbrachte. Die Zeitschrift *Effective Health Care* (Volume 3, Number 3) aus dem Juni 1997 beinhaltet „interventions for mental health promotion in high risk groups“ u.a. die Gruppe der Arbeitslosen. (*Effective Health Care* 1997)

Zu den Zielen und Methoden des Reviews heißt es dort (vgl. Abb.4)

Abb.4 Ziele und Methoden des Reviews in EHC 1997

“It is possible to identify people who are vulnerable to mental health problems due to poor social environments or severe adverse life events. Several effective interventions can help promote mental health and prevent mental health problems in those at high risk.

Social support and problem solving or cognitive-behavioural training in the unemployed can improve mental health and employment outcomes.

This bulletin focuses on interventions aimed at people who are likely to be at higher risk of developing mental health problems, and embraces elements both of health promotion and prevention models. It examines studies which look at interventions designed to prevent the deterioration of mental health in groups at high risk as measured by a range of outcomes such as self-esteem, anxiety and depression.

The bulletin is based on the relevant parts of two recent systematic reviews of mental health promotion updated by systematic searches for research from 1995 – April 1997 using the strategy published by the Health Education Authority. It concentrates on research which has evaluated interventions using randomised controlled trials (RCTs).”

Die Rechercheergebnisse liefern mit den Interventionen um das Michigan Prevention Research Center (MPRC) und der Studie von Proudfoot (UK) die identischen Resultate wie unser Gutachten, das zusätzlich noch die neue Studie von Vuori in Finnland erbrachte (vgl. Vuori, J. et al. 2002).

In der Publikation werden die Ergebnisse wie folgt zusammengefasst (vgl. Abb. 5)

Abb. 5 Zusammenfassende Bewertung der Interventionen in der Zeitschrift EHC

An evaluation of a US programme (JOBS) aimed at improving jobsearch and problem-solving skills and helping the recently unemployed cope with setbacks demonstrated better mental health, motivation and employment outcomes which were sustained over a 2.5 year follow up. A subsequent large randomised field study (JOBS II) confirmed that the benefit was confined to people with depressive symptoms, financial strain, and low assertiveness, identified using a screening instrument, as being at high risk of experiencing a clinically significant deterioration in mental health. UK trial has recently shown that group cognitive behavioural therapy training can increase general mental health, possibly by increasing re-employment in longer-term unemployed professionals.

Insgesamt basieren die bisherigen Erfahrungen in diesem Interventionsfeld also i.w. auf den Arbeiten der MPRC Gruppe in den USA (Caplan et al. 1989), dem methodisch vergleichbaren Vorhaben von Vuori in Finnland und dem CBT Ansatz von Proudfoot (1997). In die folgende Analyse wird auch die Intervention von Trube/Luschei „Entwicklungs- und Vermittlungsassistenz“ (EVA) mit aufgenommen. Betrachten wir uns nun die vier Interventionen nach den oben genannten Kriterien etwas genauer.

4. Beschreibung und Bewertung der Interventionsstudien

4.1 Beschreibung und Bewertung der Interventionen

In Abb. 6 sind die Interventionen zunächst ohne Outcomeparameter beschrieben.

Abb. 6 Charakteristik der Interventionen

(vgl. Anlage 1)

Die MPRC Projekte richten sich dezidiert nur auf Kurzeitarbeitslose, während das Finnland Projekt auch Langzeitarbeitslose umfasst und das CBT Projekt nur auf Langzeitarbeitslose focussiert, EVA auch auf Langzeitarbeitslose und Sozialhilfeempfänger (Empfänger von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe).

In den USA, in Finnland und bei EVA erfolgt der Zugang über die Arbeitsämter durch Werbungsmaßnahmen, Anzeigen und persönliche Einladungsschreiben. Die Rekrutierung schien sich v.a. in Finnland schwierig zu gestalten (Selektionen). Ob mit einer erklärten Nichtteilnahme der Arbeitslosen an den Angeboten für diese Nachteile verbunden waren, konnte nicht immer eruiert werden. Bei EVA wurde auf die Teilnehmer von Seiten der Sachbearbeiter „Druck“ auf die Teilnahme ausgeübt.

Die Ziele betreffen sowohl die Verbesserung der Wiederbeschäftigungschancen als auch die Verbesserung des (mental) Gesundheitszustandes. Auf der Homepage des MPRC heißt es dazu:

„The JOBS program is designed to help unemployed people reenter the labor market (-) to produce higher rates of reemployment, better paying jobs, and lower rates of mental health problems.“ (Michigan Prevention Research Center 2004)

Betrachtet man sich die Instrumente fällt auf, dass die MPCR- Programme die intendierten gesundheitlichen Effekte mit gesundheitlich unspezifischen bzw. vorwiegend beschäftigungsfördernden Maßnahmen (job seeking skills) zu erreichen suchen, während es sich bei Proudfoot um eine verhaltenstherapeutische Intervention handelt. Mit Ausnahme des Instruments „handling emotions related to unemployment“ sind bei MPRC alle anderen Maßnahmen und Instrumente auf die Gewinnung eines neuen Arbeitsplatzes orientiert. Auch bei EVA steht die Wiederbeschäftigung im Mittelpunkt. Zwei der dort insgesamt fünf Module dienen aber auch der „der sozialen und psychischen Stabilisierung“, ohne dass hier die Instrumente und Methoden i.e. ausgeführt sind. Mit Ausnahme des originären CBT Ansatzes ist bei allen anderen Interventionen nicht ersichtlich, mit welchen therapeutischen oder sozialpsychologischen Ansätzen, die intendierte Verbesserung des mentalen Gesundheitszustandes erreicht werden soll.

Die Dauer der Intervention ist in den MPRC Programmen mit 5 Tagen a 5 Stunden recht kurz, die Proudfoot Intervention geht immerhin über sieben Wochen (3 Stunden pro Woche). Insgesamt beträgt die Interventionszeit hier also 25 bzw. 21 Stunden. Bei EVA ist der Interventionszeitraum nicht benannt. Insgesamt ist der Interventionszeitraum aber relativ kurz.

Soweit Kosten bzw. Fallkosten angegeben werden, liegen diese zwischen 300\$ (MPRC) und 2000 DM (EVA) pro Fall.

Mit Ausnahme der US-amerikanischen Job Programme (MPRC) sind die Teilnehmerzahlen der anderen Programme gering bis sehr gering, was einmal die Frage nach der Akzeptanz derartiger Maßnahmen durch die Zielgruppen aufwirft, zum anderen statistische Limitierungen in der Evaluation der Interventionen impliziert (vgl. Kap.4.2).

Für die prinzipielle Wirksamkeit einer Intervention sind nicht nur wirksame Instrumente und eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme eine Grundvoraussetzung, vielmehr auch eine sachgerechte Durchführung der Interventionen insgesamt und auch der Einzelmaßnahmen. Beim Projekt EVA mussten verschiedene Interventionsmaßnahmen entgegen der ursprünglichen Projektplanung durch „bewährte Träger“ durchgeführt werden, ein Sachverhalt, der nach Ansicht der Autoren z.T. die geringe Wirksamkeit der Intervention (vgl. Kap. 4.2) mit erklären könnte.

Fasst man zusammen, soll bei der verhaltenstherapeutischen Intervention durch die Stärkung psychosozialer Ressourcen und Stärkung der psychischen Gesundheit die Wiederbeschäftigung erhöht werden, während bei den MPRC Interventionen die Stärkung psychosozialer Ressourcen und Stärkung der psychischen Gesundheit sich als Folge der Gruppenarbeit und der dort erarbeiteten Fähigkeiten und Orientierungen ergeben soll. EVA nimmt hier quasi eine Mittelstellung ein.

Beide Wirkungsrichtungen sind prinzipiell möglich und auch nicht per se unplausibel.

4.2 Beschreibung und Bewertung der erzielten Outcomes

Beschreibung

Im Rahmen der Evaluation ist zu untersuchen, ob die Intervention wirksam und wirtschaftlich ist. Wenn wir uns auf die Wirksamkeit beschränken¹, ist v.a. zu prüfen,:

- ob bzw. inwieweit sich die Wiederbeschäftigungsquote erhöht hat
- ob bzw. inwieweit sich die jeweiligen Zielparameter der gesundheitlichen Lage (mental-health) verändert haben.

¹ Dies deshalb, weil Angaben zur Wirtschaftlichkeit kaum vorliegen

Die Ergebnisse finden sich in der Abb. 7. Dabei ist zunächst darauf hinzuweisen, dass uns nur in einem Fall (EVA) der vollständige Evaluationsbericht vorliegt (vgl. Trube, A. & Luschei, F. 2000, 2001), zu den anderen lediglich Publikationen in Fachzeitschriften.

Die MPRC Studie (1989) zeigt nach 1,5 Monaten eine um 7% höhere, knapp signifikante Wiederbeschäftigungsquote in der Fallgruppe. Nach 4 Monaten liegt die Wiederbeschäftigungsquote in beiden Gruppen über 50%, in der Fallgruppe bei 59%, in der Kontrollgruppe bei 51%. Die insgesamt hohe Wiederbeschäftigungsquote dürfte auf die Tatsache zurückzuführen sein, dass es sich bei der Zielgruppe um Kurzarbeitslose handelt. Sie spiegelt aber auch die „Dynamik“ des US - amerikanischen Arbeitsmarktes.

Zu den mental health Indikatoren fehlt in der Publikation eine Analyse nach Fällen und Kontrollen. Ergebnisse werden nur für Beschäftigte/ Nichtbeschäftigte ausgewiesen, wobei bei den Wiederbeschäftigten (plausiblerweise) bessere Werte ermittelt wurden.

Abb.7 Ergebnisse der Interventionen

		Kurz vor Wiederbesch.												
		Out of work > 4 months												
Brutto I		976	90%	1417	28%	1261	25%							
		606	370											
		Kurs	Booklet	Kurs	Booklet	Fälle	2 Kontrollen	Fälle	Kontrollen					
Instrumente														
Dropouts		298	49%											
Ausgangsbefragung T1		308	322	28%	629	632	13%	102	48	45	38%	134	110	46%
		(1,5 Monate später)			(2 Wochen später)			(1 Jahr später)				(Nach Kursende)		
T2		282	281		443	551		74	31	29		109	90	
		(4 Monate später)			(6 Monate später)			(2 Jahre später)				(3 bis 4 Monate später)		
T3		285	214		432	617		45	22	25		94	89	
In Beschäftigung T2		33%	26%	T Wert:1,83				11,7%	10,4%	13,3%	ns			Not stated
In Beschäftigung T3		59%	51%	T Wert 1,78	34,0%	31,9%	ns.	24,5%	21,0%	20,0%	ns	38%	13%	
Mental health Indicators		Not stated for Fälle und Kontrollen, nur für reemployed nicht reemployed		Not stated		Belastungen nehmen in der Fallgruppe sogar tend.zu.								
General Health Questionnaire														
Score >5 (psychiatric caseness)												T1	59%**	54%**
												T2	21%	23%
* "recruitment was unexpectedly difficult"														
GHQ-(General Health Questionnaire 28)														
The General Health Questionnaire (GHQ) is a self-administered screening test, designed to identify short-term changes in mental health (depression, anxiety, social dysfunction and somatic symptoms).														
** In der Normalbevölkerung findet sich ein Score > 4 von ca. 20%														
vgl. z.B.: http://www.dh.sa.gov.au/pehs/PROS/whyalla-health-survey.pdf .														

In der methodisch i.w. gleichartigen Intervention in Finnland 1996/1997 ergeben sich statistisch nicht signifikante Wiederbeschäftigungsquoten nach 6 Monaten von 34% resp. 32%. Zu den mental health Indikatoren fehlt in der Publikation eine Analyse nach Fällen und Kontrollen. Ergebnisse werden nur für Beschäftigte/Nichtbeschäftigte ausgewiesen, wobei bei den Wiederbeschäftigten (plausiblerweise) leicht bessere Werte ermittelt wurden.

Bei EVA liegen die Wiederbeschäftigungsquoten am Maßnahmenende bei 12% in der Kontrollgruppe und 10% bzw. 13% in den Kontrollgruppen, nach zwei Jahren bei 25% in der Fallgruppe und bei 20% bzw. 21% in den Kontrollgruppen. Die psychischen Belastungen nehmen in der Fallgruppe zu.

Proudfoot berichtet Wiederbeschäftigungsquoten von 38% in der Fallgruppe und 13% in der Kontrollgruppe. Der Unterschied ist signifikant (T-Wert: 4,1). Allerdings sind die Fallzahlen der Studie sehr klein und die Konfidenzintervalle damit sehr groß.

Die mit dem General Health Questionnaire gemessene Prävalenz von mental health disorders ist bei Beginn in beiden Gruppen mit 59% bzw. 54% sehr hoch. In repräsentativen Populationen liegen Scores von >4/5 bei ca. 20%. Unklar ist auch, warum ein deutlicher Rückgang in beiden Gruppen zu verzeichnen ist.

Bewertung

Wiederbeschäftigung

Eine vergleichende Bewertung der erreichten Wiederbeschäftigungsquoten der Interventionen ist schwierig, wenn nicht unmöglich, weil es sich um Interventionsgruppen unterschiedlicher Länder, unterschiedlicher Arbeitsmärkte und Gruppen unterschiedlicher Struktur und Dauer der Arbeitslosigkeit handelt.

Mit Ausnahme der Ergebnisse von Proudfoot sind die Unterschiede - unabhängig von ihrer statistischen Signifikanz - aber (sehr) gering.

Bei EVA erbrachte eine Intervention bei n=1.000 Arbeitslosen gerade 35 Wiederbeschäftigte mehr, als dies ohne Intervention geschehen würde (vgl. Abb. 8). Damit ist die Intervention aber nicht sehr effektiv.

Abb.8 *Effektivität der Intervention bei EVA*

	FG	KG gesamt	Intervention bei n=1.000		
n	102	93	1000	1000	Differenz
Maßnahmenende	11,7%	11,8%	117	104	13
1/2 Jahr später	16,7%	15,1%	167	167	0
1 Jahr später	24,5%	20,5%	245	210	35

Mental Health Effekte

Auch die Effekte im Bereich der Stressreduktion und im Bereich mental health sind in der hier untersuchten Gruppe der Arbeitslosen nicht überzeugend und z.T. widersprüchlich.

Der Erkenntnisstand zur Wirksamkeit dieser Interventionen ist also insgesamt als dürftig zu bezeichnen. Dieser Befund wird u.a. von Kuhnert (1999) bestätigt: „Die bisherige Forschungslage gibt jedoch kaum Hinweise auf die Effektivität des SMT (Stressmanagementtrainings) für die Zielgruppe der Langzeitarbeitslosen“ [ebd., S. 230], um sogleich die Studie von Proudfoot [1997] als „eine der wenigen sorgfältig evaluierten Studien eines durchgeführten SMT zu bezeichnen“ [ebd. S.231].

Wie unsicher die Evidenzlage zur Wirksamkeit (von der Wirtschaftlichkeit gar nicht zu sprechen) von Interventionen im Bereich Stress – ja wahrscheinlich zu gesundheitsfördernden Interventionen überhaupt ist – zeigt Holling (1999) bei der Evaluation eines Stressbewältigungstrainings bei Polizeibeamten. "Als wesentliches Ergebnis dieser sehr sorgfältig durchgeführten Metaanalyse ist festzuhalten, dass Stressbewältigungstrainings zu signifikanten Effekten führen, die nicht besonders hoch ausgeprägt sind. Wesentlich ist jedoch anzumerken, dass die Überprüfung der Effektivität der Stressbewältigungstraining relativ kurzfristig war. Die überwiegende Zahl der Posttestmessungen lag unmittelbar nach dem Training oder innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten. Damit ist die Frage nach längerfristigen Effekten von Stressbewältigungstrainings noch völlig offen." [ebd. S. 38]

In einer Metaanalyse von insgesamt 27 Interventionen vorwiegend mit Stressimmunisierungstrainings zeigten Bamberg und Busch (1996) eine mittlere Effektstärke von 0,41, die als gering bezeichnet werden muss.

Die wenigen empirisch vorliegenden Befunde zur Evaluation von Maßnahmen der Stressbewältigung bei Langzeitarbeitslosen sind damit „conflicting“. Wie in der Epidemiologie können auch in der Evaluationsforschung Befunde nur dann als gesichert gelten, wenn mehrere statistisch belastbare Studien in Richtung und Höhe vergleichbare Ergebnisse zeitigen. Dies ist nicht der Fall.

Angesichts dieser wissenschaftlichen Befundlage kann nicht davon ausgegangen werden, dass derzeit eine hinreichende Evidenz für die Wirksamkeit dieser Interventionsmaßnahmen gegeben ist. „Wir können also von einer insgesamt mäßigen Effizienz der in Metaanalysen erfassten Programme zur Prävention sprechen“ (Röhrle, B. & Sommer, G. 1999, S.103).²

² Wenn Röhrle hier von Effizienz spricht, meint er in Wirklichkeit die Effektivität.

5. Kritische Zusammenfassung und offene Fragen

Die insgesamt recht geringen Effekte der Interventionen und die Evidenz aus den anderen Interventionen im Bereich mental-health stellen zunächst Fragen nach der Durchführbarkeit derartiger Maßnahmen im Kontext von §20 SGB V, der ja - wenn wir dies auch immer wieder kritisieren - einen klaren Beweis von Effektivität und Effizienz zu ihrer Durchführungsvoraussetzung macht.

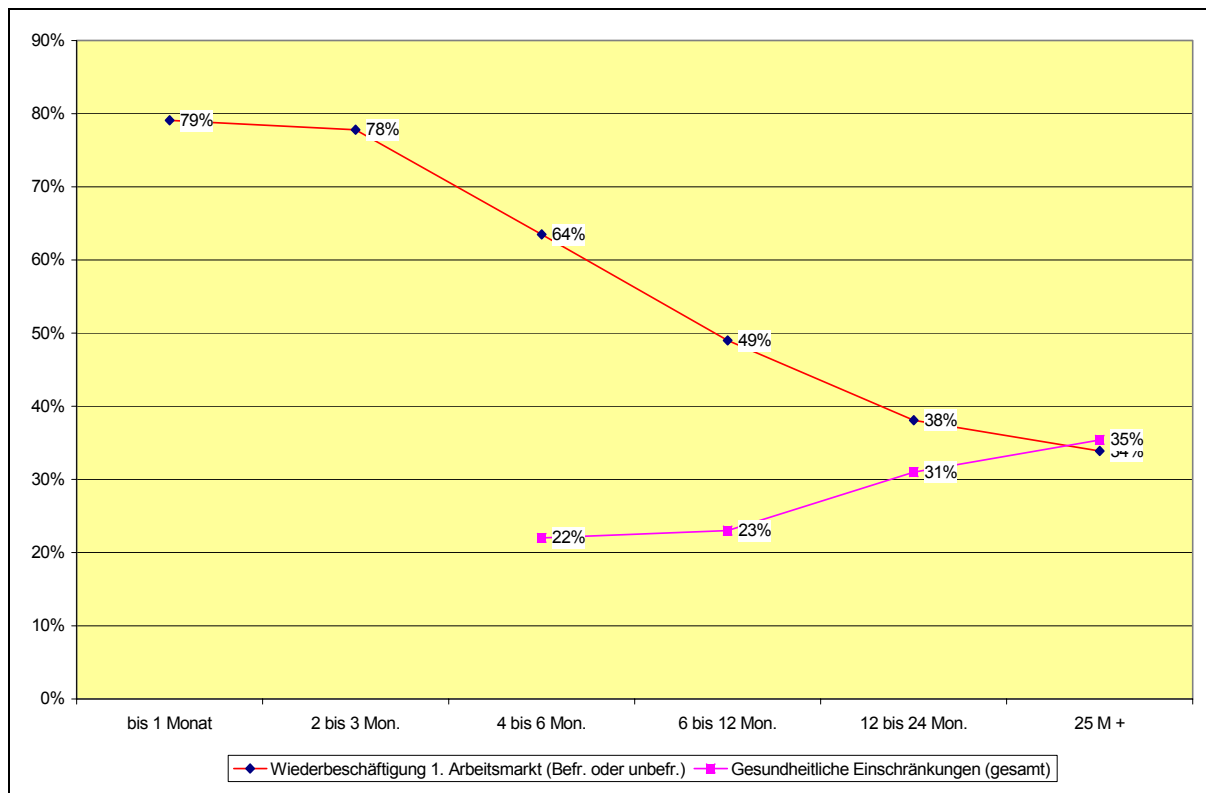
I.w. stellen sich folgende Fragen und Probleme (vgl. Abb. 9):

Abb. 9 Fragen und Probleme bei mental-health Interventionen

- Theoretische Untermauerung der Interventionen (warum soll etwas wirken?)
- Interventionsfähigkeit und erforderliche Interventionszeit
- Akzeptanz und Bedarfe der Arbeitslosen
- Mannigfache Selektionen der Teilnahmepopulation
- Zuverlässigkeit der Evaluationsinstrumente
- Qualität von Intervention und Evaluation
- Kontextbedingungen der Intervention (behördliche Strukturen)
- Incentives (Zwang) zur Teilnahme

Die in der Plattformbeschreibung des DNBGF-Forums vorgeschlagene Focussierung auf die Kurzarbeitslosigkeit mag die Intervention erleichtern, muss aber die Effekte nicht unbedingt vergrößern. Allerdings gehen derartige Interventionen am Zusammenhang zwischen schlechtem Gesundheitszustand und geringeren Wiederbeschäftigungschancen vorbei (vgl. Abb. 10).

Abb. 10 Wiederbeschäftigungsrate (a) (erster Arbeitsmarkt –befristet und unbefristet) und Anteile der Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen(b) nach Dauer der Arbeitslosigkeit in Monaten



a) Gilberg, R. et al. : Struktur der Arbeitslosigkeit im Frühjahr 2000 – Suchverhalten und Eingliederungschancen, Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 34. Jg./2001 Heft 4

b)Hollederer, A. Arbeitslos – Gesundheit los – Chancenlos, IAB Kurzbericht, Ausgabe Nr. 4, 21.3.2003

6. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die Auswahl der prioritären bzw. primären Zielgruppen bedarf nochmals einer eingehenden Diskussion und die offenen Fragen bedürfen der Klärung in weiteren gut vorbereiteten, durchgeführten und gut evaluierten und dokumentierten Studien. Insgesamt sind wir auf diesem Gebiet nicht in einer Situation, in der auf gut getestete, fertige, effektive und effiziente „Rezepte“ zurückgegriffen werden kann. Dies war im übrigen auch ein zentrales Ergebnis der 3rd International Conference on Unemployment and Health in Bremen im September dieses Jahres.

Literatur:

- Bamberg, E., Busch, C. (1996): Betriebliche Gesundheitsförderung durch Stressmanagementtraining: Eine Metaanalyse (quasi-)experimenteller Studien. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie 40, 127-137
- Caplan, R. D., Vinokur, A. D., Price, R. H., & van Ryn, M. (1989): Job seeking, reemployment, and mental health: A randomized field experiment in coping with job loss. Journal of Applied Psychology, 74(5), 759-769.
- DNBGF-Forum Arbeitsmarktintegration und Gesundheitsförderung vom 19.01.04
- Effective Health Care: Interventions for mental health promotion in high risk groups. Volume 3, Number 3, June 1997
- Elkeles, T., Kirschner, W. (2004): Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Interventionen durch Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement – Befunde und Strategien. BKK Bericht GuS Nr. 3, NW-Verlag, Bremerhaven
- Gilberg, R. et al.: Struktur der Arbeitslosigkeit im Frühjahr 2000 – Suchverhalten und Eingliederungschancen, Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 34. Jg/2001 Heft 4
- Hollederer, A.: Arbeitslos – Gesundheit los – Chancenlos, IAB Kurzbericht, Ausgabe Nr. 4, 21.3.2003
- Holling, H.: Evaluation eines Stressbewältigungstrainings. In: Holling, H., Gediga, G. (Hrsg.). Evaluationsforschung. Göttingen: Hogrefe. 1999; 35-57
- Kieselbach, T.: Arbeitslosigkeit. In: Asanger, R., Wenninger, G. (Hrsg.). Handwörterbuch der Psychologie. (4.Aufl.). München: Psychologie Verlags Union.1988; 42-51.
- Kuhnert, P. (1999): Bewältigungskompetenzen und Beratung von Langzeitarbeitslosen. Dissertation. Universität Dortmund
- Michigan Prevention Research Center (2004): <http://www.isr.umich.edu/src/seh/mprc/>
- Proudfoot, J. et al.: Effect of cognitive behavioural training on job finding among long-term unemployed people. The Lancet 1997; 350 (9071); 96-100
- Röhrle, B., Sommer, G. (Hrsg.) (1999): Prävention und Gesundheitsförderung. Münster: Dgvt-Verlag.
- Trube, A., Luschei, F. (2000): Entwicklungs- und Vermittlungs- Assistenz (EVA) – Ein Instrument zur Wiedereingliederung Arbeitsloser, Abschlußbericht. Siegen
- Trube, A., Luschei, F. (2001): Entwicklungs- und Vermittlungs- Assistenz (EVA): Teilnehmerverbleib und Nachhaltigkeit von arbeitsmarktlichen Integrationseffekten (EVA II). Siegen
- Vuori, J., Silvonen, J., Vinokur, A.D., & Price, R.H. (2002). The Työhön Job Search Program

in Finland: Benefits for the unemployed with risk of depression or discouragement.
Journal of Occupational Health Psychology, 7(1), 5-19.