Universitätsklinikum Ulm

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Thomas Becker

Hilfesuchverhalten von Menschen in Arbeitslosigkeit mit psychischen Belastungen

Kumulative Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Humanbiologie (Dr. biol. hum.)
der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

vorgelegt von:
Tamara Waldmann
Stuttgart
2020

Amtierender Dekan:	Prof. Dr. Thomas Wirth
1. Berichterstatter:	Prof. Dr. Nicolas Rüsch
2. Berichterstatter:	Prof. Dr. Harald Gündel
Tag der Promotion:	2. Juli 2021

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis II

1 Einleitung 3

1.1 Mental Health Literacy 3

1.2 Einfluss von Stigmatisierung 3

1.3 Umgang mit Stresssituationen 4

1.4 Ziele und Fragestellung 5

2 Zusammenfassungen der enthaltenen Publikationen 8

2.1 Barriers and facilitators of help-seeking among unemployed persons with mental health problems: a qualitative study 8

2.2 Mental health literacy and help-seeking among unemployed people with mental health problems 10

2.3 Predictors of help-seeking in unemployed people with mental health problems 12

2.4 Efficacy of a peer-led group program for unemployed people with mental health problems: Pilot randomized controlled trial 14

2.5 Cost of health service use among unemployed and underemployed people with mental health problems 16

3 Diskussion 18

3.1 Zusammenfassende Diskussion der Ergebnisse 18

3.2 Implikationen und zukünftige Forschung 22

4 Zusammenfassung 25

5 Literaturverzeichnis 27

6 Anhang 37

Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AloHA	Arbeitslosigkeit und Hilfe Aufsuchen
CAGE-AID	CAGE Adapted to Include Drugs Screening Questionnaire
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
DLS	Depression Literacy Scale
GHSQ	General Help-Seeking Questionnaire
MAKS	Mental Health Knowledge Schedule
MHB	Mental Health Burden
MHL	Mental Health Literacy
Peers	Menschen mit Vorerfahrungen von Arbeitslosigkeit und psychischer Erkrankung
PHQ-9	Kurzversion des Patient Health Questionnaire
SBQR	Suicidal Behaviour Questionnaire
SELF-I	Self-Identification of Mental Illness Scale
SEM	Structural Equation Modelling
SIDAS	Suicidal Ideation Attribution Scale
SISR	Self-Identified Stage of Recovery
SSMIS	Self-Stigma in Mental Illness Scale
WHODAS	WHO Disability Assessment Schedule – krankheitsunabhängiger Fragebogen zur Beurteilung des Gesundheitszustandes von Patienten

1 Einleitung

Arbeitslosigkeit ist ein oft ungewollter Einschnitt im Leben eines Menschen, der mit mannigfaltigen finanziellen, sozialen und gesundheitlichen Belastungen einhergehen kann. Darunter fallen z. B. sozialer Rückzug und Einsamkeit, familiäre Zerrüttungen oder der Verlust von sozialem Status (Brand 2015). Psychische Probleme können in diesem Zusammenhang einerseits Grund für die Arbeitslosigkeit sein (Selektionshypothese) (Olesen et al. 2012), andererseits auch daraus resultieren (Kausalitätshypothese) (Adams et al. 2003; Adda et al. 2003; Rueda et al. 2012; Paul und Moser 2009). Arbeitslose mit psychischen Belastungen tragen damit eine doppelte Bürde. Sie haben im Vergleich zu Berufstätigen ein 1,5- bis 3,5-mal höheres Risiko eine psychische Erkrankung zu entwickeln (Honkonen et al. 2007; Baumeister und Härter 2007) und nutzen seltener oder erst deutlich verzögert Angebote des Gesundheits- oder Sozialsystems zur Unterstützung der psychischen Gesundheit bzw. zur Behandlung psychischer Erkrankungen (Ahs et al. 2012). Zusätzlich steigt mit andauernder Arbeitslosigkeit die psychische Belastung (Drydakis 2015; Jahoda et al. 1975).

Langzeitarbeitslosigkeit erhöht das Risiko von sozialer Ausgrenzung (Layard 2006), Armut (Jahoda et al. 1975) aber auch wirtschaftlicher Produktivitätsverluste (Lerner et al. 2004). In Deutschland gilt als langzeitarbeitslos, wer länger als 12 Monate bei der Agentur für Arbeit als arbeitslos gemeldet ist (Bundesagentur für Arbeit 2019). Forschungsergebnisse aus den USA und Großbritannien konnten einen Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und erhöhten Kosten für die psychische Gesundheit feststellen (Ondler et al. 2014; Heslin et al. 2011), allerdings fehlen Befunde für das deutsche Gesundheitssystem. Für Deutschland stehen depressionsspezifische Kosten auf Basis von Routinedaten der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) zur Verfügung (Kleine-Budde et al. 2013). Diese konnten Kleine-Budde et al. (2013) auf durchschnittlich 459 Euro pro Jahr für alle eingeschlossenen Krankenversicherten und 626 Euro pro Jahr für arbeitslose Personen ermitteln.

1.1 Mental Health Literacy

Obwohl ein breites Spektrum an Hilfsmöglichkeiten für psychische Belastungen und Erkrankungen europaweit zur Verfügung steht, gibt es viele Betroffene, die dennoch keine Hilfe aufsuchen (Alonso et al. 2004; Barbato Angelo et al. 2014). Die Gründe dafür sind vielfältig: Scham, Hilfe in Anspruch nehmen zu müssen (Rüsch et al. 2014b), Angst vor Diskriminierung und Stigmatisierung innerhalb und außerhalb des Hilfesystems (Staiger et al. 2017) oder fehlende Kenntnisse über Symptome und Hilfsangebote (Jorm 2012). Letzteres bezeichnet Jorm (2012) als Mental Health Literacy (MHL), also als Gesundheitskompetenz mit Bezug zur psychischen Gesundheit. MHL setzt sich aus folgenden Aspekten zusammen: (1) allgemeines Wissen über psychische Gesundheit und Behandlungsmöglichkeiten bei psychischen Erkrankungen, (2) spezielles Wissen über konkrete psychische Erkrankungen, (3) das Erkennen von Symptomen psychischer Erkrankungen, (4) Einstellungen gegenüber dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungssystem sowie (5) Wissen über Möglichkeiten der Prävention von psychischen Problemen. Das Fehlen von MHL in Verbindung mit einem Gefühl der Abneigung oder Ablehnung, z. B. gegenüber einem Menschen, der sich aufgrund einer psychischen Erkrankung auffällig verhält, kann zu stigmatisierendem Verhalten führen.

1.2 Einfluss von Stigmatisierung

Stigmatisierung beinhaltet Vorurteile, Stereotype und diskriminierende Handlungen gegenüber Personen mit bestimmten Charakteristika (Rüsch et al. 2005; Angermeyer und

Dietrich 2006; Link und Phelan 2001). Betroffene werden gemieden, ausgeschlossen, bewusst oder unbewusst etikettiert oder gedemütigt (Weiss et al. 2006). Das Stigma psychischer Erkrankungen kann dabei unterschiedliche Ausprägungen annehmen: (1) öffentliches Stigma, z. B. in Form von gesellschaftlichen Meinungen und Stereotypen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen („Psychisch Erkrankte können nicht alleine wohnen"), (2) Selbststigma, wenn eine Person mit psychischer Erkrankung negative Stereotype gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen verinnerlicht hat („Ich kann nicht alleine wohnen, weil ich eine psychische Erkrankung habe") und (3) strukturelles Stigma, wenn Menschen mit psychischen Erkrankungen systematisch aufgrund bestimmter Regeln und Gesetze benachteiligt werden (z. B. durch lange Wartezeiten für Therapieplätze) (Link und Phelan 2001; Hatzenbuehler et al. 2013).

Für Menschen mit psychischen Belastungen und Erkrankungen stellt Stigma eine nicht zu unterschätzende Barriere der Hilfesuche dar (Rüsch et al. 2005; Kular et al. 2018; Schomerus et al. 2019b). Durchschnittlich vergehen 8,2 Jahre bis sich betroffene Personen an das Hilfesystem wenden (Thompson et al. 2004). Dies kann verschiedene negative Effekte zur Folge haben: Verzögerungen in der Hilfesuche (Jorm 2000; Pharr et al. 2012) gehen mit verspätetem Behandlungsbeginn, eingeschränktem Behandlungserfolg und einem erhöhten Suizidrisiko (Altamura et al. 2010; Picco et al. 2018; Carpiniello und Pinna 2017) sowie mit sozialer Isolation, erschwertem Zugang zu Wohnraum oder Arbeitslosigkeit einher (Rüsch et al. 2005). Leiden Personen stark unter ihrem wahrgenommenen Stigma, kann dies die Hilfesuche für eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (z. B. wegen negativer Einstellungen) einschränken (Rüsch et al. 2013), was wiederum in niedrigeren Kosten sichtbar wäre. Bekannt ist, dass durch Stigmatisierung verzögerte Hilfesuche zu einer verstärkten Nutzung somatischer Gesundheitsversorgung führen kann (Goldberg und Bridges 1988). Arbeitslose mit psychischen Belastungen oder Erkrankungen sind daher dem Risiko von Stigmatisierung verstärkt ausgesetzt: zum einen aufgrund der Arbeitslosigkeit und zum anderen aufgrund der psychischen Erkrankung (Staiger et al. 2018).

Stigmatisierung im Arbeitsumfeld kann auf verschiedene Arten langfristig zu Arbeitsplatzverlust führen (Brouwers 2020). Darunter fallen z. B. negative Einstellungen von Kollegen[1] oder Vorgesetzten gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen, welche die Chance auf Einstellung oder Unterstützung verringern. Auch die Entscheidung für oder gegen eine Offenlegung – beides kann zum Jobverlust führen. Erwartete Diskriminierung und Selbststigma können außerdem zu unzureichender Motivation führen, eine Arbeitsstelle zu suchen oder Anstrengungen zu unternehmen, diese zu behalten. Zuletzt ist Stigma als Barriere bei der Hilfesuche bekannt, was zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes und als Folge zu Jobverlust führen kann (Brouwers 2020).

1.3 Umgang mit Stresssituationen

Der Umgang mit eventuellen negativen Auswirkungen einer psychischen Erkrankung bzw. des Unterlassens der Hilfesuche ist individuell unterschiedlich. Der Begriff des „coping" wird dafür in der nationalen wie internationalen Literatur häufig rezipiert. Coping bezeichnet den konstruktiven oder destruktiven Prozess zur Bewältigung von individuellem Stress. So ist die aktive Stellensuche bei Arbeitslosigkeit beispielsweise positiv mit psychischem Wohlbefinden assoziiert, sodass dies als eine konstruktive Bewältigungsstrategie bezeichnet

[1] Es wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass in dieser Arbeit an manchen Stellen ausschließlich die männliche Form genutzt wird. Trotzdem sind ausdrücklich immer alle Geschlechteridentitäten mitgemeint.

werden kann (Reissner et al. 2016). Sozialer Rückzug oder erhöhter Alkoholkonsum hingegen beschreiben destruktive Bewältigungsstrategien (Weber et al. 2007). Im Zusammenhang mit Coping wird häufig auch von „cognitive appraisal“ gesprochen, was im Deutschen mit kognitiver Bewertung übersetzt werden kann. Dieser Begriff ergänzt den Ausdruck des Coping um das „Wie“ eine Person auf individuelle Stresssituationen (bei Lazarus & Folkman Stressoren genannt) reagiert und diese für sich und ihr Leben interpretiert. Menschen mit psychischen Erkrankungen haben aufgrund ihrer Erkrankung eine veränderte kognitive Bewertung von Stresssituationen (Lazarus und Folkman 1984).

In der Stressforschung wird davon ausgegangen, dass die beiden Prozesse, Cognitive Appraisal und Coping, die Reaktion auf einen Stressor bzw. dessen Auswirkung eine Person maßgeblich beeinflussen (Lazarus und Folkman 1984). Wird Arbeitslosigkeit als Stressor bewertet und dem Jobverlust Persönlichkeitseigenschaften oder persönliches Verhalten als Ursache zugeschrieben, ist dies mit schlechteren Gesundheitsoutcomes assoziiert (Reissner et al. 2016). Personen, die ihren individuellen Stress als „positiv“ bewerten und konstruktiv bewältigen können, gelten als stressresistent oder auch resilient.

Resilienz ist Teil des Salutogenese-Konzepts von Antonovsky (1997). Gesundheit wird dabei als Prozess verstanden und entstehe dann, wenn sich der Mensch subjektiv auf einem imaginären Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in Balance befindet. Dieser subjektive Eindruck von Gesundheit (oder auch Krankheit) nennt Antonovsky auch Kohärenzgefühl, das von drei Einflussfaktoren bestimmt wird: (1) der Verstehbarkeit von Lebens- oder Umweltereignissen, (2) dem Gefühl, die genannten Ereignisse bewältigen zu können (Bewältigbarkeit) und (3) der Sinnhaftigkeit, dass sich Anstrengungen im Zusammenhang mit diesen Ereignissen lohnen. Vor diesem Hintergrund ist Resilienz die Fähigkeit und der Anpassungsprozess, trotz schwieriger äußerer Gegebenheiten (z. B. Finanzkrise) oder Erfahrungen (z. B. Arbeitsplatzverlust, Verlust von nahestehenden Angehörigen) körperlich und mental gesund zu bleiben (Färber und Rosendahl 2018). Wissenschaftliche Ergebnisse legen nahe, dass „eine höher ausgeprägte Resilienz mit einer besseren psychischen Gesundheit einhergeht“ (Färber und Rosendahl 2018).

Der Weg zur Genesung bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung wird im Englischen als „recovery“ bezeichnet. Dieser Weg beinhaltet laut der am häufigsten genutzten Definition nach Bill Anthony (1993) einen individuellen Prozess, der mit tiefgreifenden Veränderungen aufgrund der psychischen Erkrankung einhergeht. Das Leben der Betroffenen erfährt einen mehr oder minder großen Wandel der elementaren Werte, Einstellungen, Lebensziele oder des Lebenssinns (Anthony 1993). Genesung kann dabei auf zwei Ebenen betrachtet werden: (1) der persönlichen und (2) der klinischen Ebene (Drake und Whitley 2014). Letztere bezieht sich auf klinisch messbare Ergebnisse, wie z. B. eine geringere Symptomlast in standardisierten Befragungsinstrumenten. Erstere bezieht sich auf die subjektive Genesung, die Betroffene an eigenen Werten messen. Dies kann z. B. das Wiedererlangen des Lebenssinns, einer Tagesstruktur oder einer Arbeit sein. Für die persönliche Genesung ist das Gefühl, Urheber des eigenen Tuns und damit selbstbestimmt und handlungskompetent zu sein, essentiell (Caspar et al. 2016; Davidson und Strauss 1992). Bei den meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung führt der Weg der Genesung über eine Behandlung im Gesundheitssystem. Der Eintritt in die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung ist dabei oft mit Schwierigkeiten behaftet.

1.4 Ziele und Fragestellung

Die Daten zur vorliegenden Dissertation stammen aus dem von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten Projekt AloHA – Arbeitslosigkeit und Hilfe-

Aufsuchen. Die Studie beschäftigte sich mit arbeitslosen Menschen mit psychischen Belastungen und zielte darauf ab, Faktoren zu bestimmen, die es der Zielgruppe erschweren bzw. erleichtern, psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfe aufzusuchen. Bei der Bewerbung der Studie unterstützten die Arbeitsagenturen, Jobcenter und soziale Kooperationspartner, wie z. B. Diakonie, Caritas und die Arbeiterwohlfahrt, in einem Umkreis von ca. 100 km um Ulm.

Die vorliegende Doktorarbeit zielt darauf ab, bestehende Erkenntnisse zum Thema Hilfesuche von Arbeitslosen mit psychischen Belastungen und Erkrankungen zu erweitern. Aufgrund des bereits erwähnten Risikos der multiplen Stigmatisierung der Zielgruppe, wird Stigmatisierung in allen genannten Fragestellungen explizit mituntersucht. Bisherige Forschungen im psychiatrischen Bereich zum Thema Hilfesuche konzentrieren sich häufig auf Menschen mit psychischen Erkrankungen, in denen der Beschäftigungsstatus nur als Teil der Soziodemographie abgefragt wurde (Clement et al. 2015). Die Zusammenhänge von Arbeitslosigkeit und psychischer Gesundheit sind, wie bereits erwähnt, intensiv erforscht (Paul und Moser 2009). Studien zum Hilfesuchverhalten der Zielgruppe der Arbeitslosen mit psychischen Belastungen in Deutschland gibt es aber bislang kaum. Für die Beschreibung der Zielgruppe wurde bewusst das Wort „Belastungen“ gewählt, da mit Teilnehmenden kein diagnostisches Interview durchgeführt wurde. So nahmen Personen mit und ohne klinische Diagnose einer psychischen Erkrankung an der Studie teil. Die vorliegende Arbeit soll dazu beitragen, diese Lücke in der deutschen Forschungslandschaft zu schließen.

Im Einzelnen sollen folgende Forschungsfragen beantwortet werden:

1. Mit welchen Barrieren bei der Hilfesuche sind Arbeitslose mit psychischen Belastungen in Deutschland konfrontiert?
2. Welche Faktoren unterstützen oder fördern das Hilfesuchverhalten der Studiengruppe?
3. Welche Rolle spielt Stigma in Bezug auf das Hilfesuchverhalten?
4. Welche Rolle spielt MHL beim Hilfesuchverhalten in der Zielgruppe (das Wissen über psychische Erkrankungen und mögliche Hilfsangebote)?
5. Welche Hilfsangebote werden von der Studiengruppe in Anspruch genommen? Wie hoch sind die Kosten für die Hilfsangebote und damit für die Versorgung von Arbeitslosen mit psychischen Belastungen im deutschen Gesundheitssystem? Wie gestalten sich diese Kosten im Vergleich zu anderen Personengruppen im deutschen Gesundheitssystem? Welche Faktoren beeinflussen diese Kosten?
6. Wie kann ein niederschwelliges Gruppenprogramm die Hilfesuche, Arbeitsuche und Genesung der Zielgruppe unterstützen?

Drei der fünf Publikationen beschäftigen sich mit verschiedenen Aspekten des Hilfesuchverhaltens. Dazu wurden in einem ersten Schritt anhand qualitativer Interviews Barrieren und fördernde Faktoren der Hilfesuche bei arbeitslosen Menschen mit psychischen Belastungen analysiert (Staiger et al. 2017). Die als Barriere und fördernder Faktor genannte MHL und ihr Einfluss auf das Hilfesuchverhalten wurde in einer weiteren Publikation näher betrachtet (Waldmann et al. 2020). Prädiktoren der Hilfesuche wurden in der dritten Publikation untersucht (Wigand et al. 2019). Die vierte Publikation prüfte die Durchführbarkeit einer Gruppenintervention, um das Hilfesuchverhalten der Zielgruppe zu unterstützen (Rüsch et al. 2019b). Die letzte Publikation ermittelte Kosten, die durch die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen entstanden sind und prüfte mögliche Kostentreiber (Waldmann et al. 2021). Die folgenden Publikationen sind Teil der vorliegenden Doktorarbeit und in Kapitel 2 zusammengefasst.

Staiger, T.; **Waldmann,** T.; Rüsch, N.; Krumm, S. (2017) *Barriers and facilitators of help-seeking among unemployed people with mental health problems: a qualitative study*. BMC Health Serv Res. 17(1):39. doi: 10.1186/s12913-017-1997-6.

Waldmann, T.; Staiger, T.; Oexle, N.; Rüsch, N. (2020) *Mental health literacy and help-seeking among unemployed people with mental health problems.* J Ment Health. Jun;29(3):270-276. doi: 10.1080/09638237.2019.1581342.

Wigand, M. E.; Oexle, N.; **Waldmann,** T.; Staiger, T.; Becker, T.; Rüsch, N. (2019) *Predictors of help-seeking in unemployed people with mental health problems*. Int J Soc Psychiatry. Nov;65(7-8):543-547. doi: 10.1177/0020764019868262.

Rüsch, N.; Staiger, T.; **Waldmann,** T.; Dekoj, M. C.; Brosch, T.; Gabriel, L.; Bahemann, A.; Oexle, N.; Klein, T.; Nehf, L.; Becker, T. (2019) *Efficacy of a peer-led group program for unemployed people with mental health problems: Pilot randomized controlled trial.* Int J Soc Psychiatry. Jun;65(4):333-337. doi: 10.1177/0020764019846171.

Waldmann, T.; Staiger, T.; Rüsch, N.; Kilian, R. (2021) *Costs of health service use among unemployed and underemployed people with mental health problems.* J Ment Health Policy Econ. 24, 31-41.

2 Zusammenfassungen der enthaltenen Publikationen

2.1 Barriers and facilitators of help-seeking among unemployed persons with mental health problems: a qualitative study

Tobias Staiger, **Tamara Waldmann**, Nicolas Rüsch und Silvia Krumm

Arbeitslose mit psychischen Belastungen stellen im Gesundheitssystem eine schwer erreichbare Zielgruppe dar. Die Entscheidung einer Person sich Hilfe zu suchen, ist einerseits abhängig von der Symptomschwere und der Erreichbarkeit der Hilfsangebote (Drake et al. 2009; Velligan et al. 2010), andererseits vom Wissen über psychische Erkrankungen und vorhandene Behandlungsmöglichkeiten (Bonabi et al. 2016). Stigma stellt in diesem Zusammenhang eine Barriere dar (Clement et al. 2015; Corrigan 2004). Daher dient die vorliegende Publikation dazu, Faktoren, die die Hilfesuche in der Zielgruppe erleichtern bzw. erschweren, mit Hilfe qualitativer Interviews zu identifizieren.

Literaturbasiert wurde ein semi-strukturiertes Interview entwickelt, das die folgenden Themen abdeckte: (1) Umgang mit Arbeitslosigkeit und psychischer Belastung, (2) Barrieren und fördernde Faktoren in Bezug auf Hilfesuche, die in Verbindung mit Stigmatisierung stehen, (3) Barrieren und fördernde Faktoren, die in Verbindung mit Wissen über psychische Erkrankungen stehen, (4) andere Faktoren, die die Hilfesuche beeinflussen und (5) Empfehlungen für eine Optimierung des Gesundheitssystems.

Insgesamt wurden 15 Einzelinterviews mit arbeitslosen Personen durchgeführt, die ein Durchschnittsalter von 48 Jahren aufwiesen. Die Rekrutierung erfolgte zwischen November 2014 und Februar 2015 anhand von Flyern und Handouts, die in Jobcentern und anderen sozialen Einrichtungen auslagen. Ein positives Ethikvotum der Universität Ulm liegt vor (Ref. nr. 344/13). Die Einschlusskriterien für eine Teilnahme an der Studie waren fließende Deutschkenntnisse und ein Alter zwischen 18 und 63 Jahren. Ausschlusskriterien waren eine bezahlte Arbeit von mehr als 14 Stunden in der Woche oder ein Einkommen von mehr als 450 Euro im Monat. Die ausführlichen Interviews dauerten zwischen 30 und 100 Minuten. Jedes Interview wurde aufgezeichnet, transkribiert und im Anschluss mit Hilfe des Programms MAXQDA 11 ausgewertet. Dazu wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2000) genutzt, um Kategorien zu identifizieren und zu analysieren. Kategorien wurden sowohl in deduktiver als auch in induktiver Herangehensweise bestimmt. Die Interviews wurden unabhängig von zwei Forschern (TS und TW) kodiert und zusammengefasst. Die Kodierungen wurden abgeglichen und im Falle von Unstimmigkeiten diskutiert, bis ein Konsens erzielt wurde. Die in der Publikation genutzten Zitate wurden nach der Analyse ins Englische übersetzt.

Ausgehend von der Forschungsfrage konnten drei Oberkategorien gefunden werden, die die Hilfesuche bei arbeitslosen Menschen *erschweren*: (1) geringes Wissen über psychische Erkrankungen, (2) Stigmatisierung und Diskriminierung sowie (3) Strukturen und Konditionen des Gesundheitssystems. *Geringes Wissen über psychische Erkrankungen* beinhaltete die Sorge, Psychopharmaka könnten zu Wesensveränderungen führen oder deren Gleichsetzung mit illegalen Drogen. Des Weiteren wurde psychiatrische Hilfe als ineffektiv und unangemessen für individuelle Probleme angesehen. Der zweite Faktor, *Stigmatisierung und Diskriminierung*, setzt sich aus den Erfahrungen öffentlicher Stigmatisierung gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen und der Selbststigmatisierung zusammen. Viele Probanden erlebten in Bezug auf ihre Krankheit negative Reaktionen von Ärzten oder aus ihrem persönlichen sozialen Umfeld. Aufgrund der Angst, erneut negative Reaktionen erfahren

zu müssen, entschieden sich viele, die psychischen Probleme für sich zu behalten und keine Hilfe in Anspruch zu nehmen. Aber auch das Gefühl hilflos und schwach zu sein, wenn Probleme nicht allein gelöst werden können, sondern auf fremde Hilfe zurückgegriffen werden muss, wurde als Barriere der Hilfesuche genannt. *Strukturen und Konditionen des Gesundheitssystems* erschweren die Hilfesuche bei arbeitslosen Menschen ebenfalls. Probanden berichteten von unfairer Behandlung aufgrund psychischer Probleme vonseiten der Hausärzte oder deren fehlendem Einfühlungsvermögen.

Ein wesentlicher Faktor, der die Hilfesuche für arbeitslose Menschen *erleichtert*, ist das Wissen über psychische Erkrankungen und das Bewusstsein unter einer psychischen Erkrankung zu leiden. Probanden, die ein größeres Wissen über psychische Erkrankungen aufwiesen, waren sich ihrer Symptome bewusster und konnten so besser Hilfe in Anspruch nehmen. Eine weitere Motivation war ein großer Leidensdruck und die Einsicht mit den Problemen nicht (mehr) alleine zurechtzukommen.

Mit Blick auf eine Verbesserung des Gesundheitssystems wurden zwei Dinge als essentiell genannt: zum einen eine positive Beziehung zum Therapeuten und ausreichend Zeit zum Reden, zum anderen ein ausreichendes Wissen der Hausärzte, psychische Krankheiten zu erkennen und Patienten an Psychotherapeuten weiterzuleiten bzw. sie bei der Suche zu unterstützen. Dem Hausarzt kommt bei der Hilfesuche für psychische Probleme eine besondere Rolle zu, da er meist die erste Anlaufstelle ist. Aber auch Mitarbeiter der Jobcenter wurden als bedeutsam angesehen, da sie eine wichtige Quelle für Hilfe in Bezug auf die Arbeitslosigkeit darstellen können.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass arbeitslose Menschen mit psychischen Belastungen einerseits diverse Hindernisse bei der Hilfesuche haben, andererseits aber auch unterstützende Faktoren dafür nennen.

Ein geringes Wissen über psychische Erkrankungen und Behandlungsmöglichkeiten stellte einerseits einen Hinderungsgrund der Hilfesuche dar, da Personen nicht wissen, wohin sie sich wenden sollen; auf der anderen Seite war die Aussicht, mehr über die eigene Belastung oder Erkrankung zu erfahren und zu verstehen „was mit einem los ist“, eine Motivation der Hilfesuche. Dieses Ergebnis wird von der Literatur gestützt, aus der bekannt ist, dass Personen, die ihr psychisches Problem als solches erkannt haben, mit höherer Wahrscheinlichkeit professionelle Hilfe aufsuchen (Bonabi et al. 2016; Schomerus und Angermeyer 2008).

Die Angst vor negativen Konsequenzen (z. B. Wohnungsverlust) aufgrund der Behandlung einer psychischen Erkrankung stellte für die Studienteilnehmenden einen starken Hinderungsgrund für zukünftiges Hilfesuchen dar. Ein Studienteilnehmer berichtete z. B. vom Wohnungsverlust aufgrund des Nachbars, der nicht neben einer psychisch erkrankten Person leben wollte. Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen die Resultate einer systematischen Literaturanalyse: Negative Erfahrungen im Behandlungssektor bei psychischen Erkrankungen oder im Privatleben aufgrund der Behandlung werden bei eventuell notwendigem neuen Behandlungsbedarf als Grund dafür genannt, keine Hilfe zu suchen (Clement et al. 2015).

Lange Wartezeiten auf einen Therapieplatz wurden dahingehend als hinderlich beschrieben, da nach dem vergeblichen Anfragen bei verschiedenen Therapeuten für eine zeitnahe Behandlungsaufnahme Resignation eintritt. Diese Resignation ist bei Arbeitslosen mit psychischen Belastungen oder Erkrankungen eventuell stärker ausgeprägt als bei Menschen im Arbeitsleben. Ein Grund könnte eine Phase der “broken attitude” sein, also einer zerbrochenen inneren Haltung gegenüber der Hilfe- oder Arbeitsuche (Eisenberg und Lazarsfeld 1938). Dieses Phänomen beschreibt speziell im Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit eine Resignation, nachdem alle Bemühungen nach einer ersten Schockphase

keine Wirkung gezeigt haben. Aufgrund dieser Resignation fällt es Personen eventuell noch schwerer, sich zur Arbeits- oder Hilfesuche durchzuringen.

Gute Kommunikationsstrukturen im Gesundheits- und Hilfesystem sind der Schlüssel zur erfolgreichen Hilfesuche bei psychischen Belastungen und Erkrankungen. Fehlendes Interesse an oder ein Nicht-Erkennen einer psychischen Erkrankung von Seiten der Hausärzte sind dabei besonders hinderlich, da diese meist die ersten Ansprechpartner zu Gesundheitsthemen sind. Dabei gibt es vielversprechende Ansätze: Ein 20-stündiges Kommunikationstraining für Hausärzte konnte zeigen, dass dieses bei Depressionspatienten zu besseren Behandlungsergebnissen führt (van Os et al. 2004). Eine gute Arzt-Patienten-Beziehung in Verbindung mit einer offenen Kommunikation, ist in der Fachliteratur zudem als fördernder Faktor der Hilfesuche genannt (Huxley 1996). Diese Ergebnisse spiegeln sich auch in den vorliegenden Befunden wider.

2.2 Mental health literacy and help-seeking among unemployed people with mental health problems

Tamara Waldmann, Tobias Staiger, Nathalie Oexle und Nicolas Rüsch

Eine Vielzahl von arbeitslosen Menschen mit psychischen Problemen sucht sich aufgrund der eigenen psychischen Probleme keine professionelle Hilfe (Lamb et al. 2012; Oschmiansky et al. 2017b); in Deutschland ist es nur jeder Fünfte (Hagen et al. 2018). Dies kann zu Genesungsverzögerungen führen oder eine Reintegration in den Arbeitsmarkt erschweren (Oschmiansky et al. 2017b). Selbsthilfestrategien sind vor allem bei schwachen Symptomen gängig. Das Hilfesuchverhalten von Menschen mit psychischen Problemen ist – wie bereits in der Einleitung erwähnt – abhängig von MHL, also (1) dem Wissen über, (2) dem Erkennen von und (3) den Einstellungen zu psychischen Erkrankungen (Jorm 2000). Das Ziel dieser Publikation war daher zu erfassen, wie sich MHL auf das beabsichtigte und reale Hilfesuchverhalten von arbeitslosen Menschen mit psychischen Problemen – sowohl als Hindernis als auch als fördernder Faktor – auswirkt.

Im Rahmen des quantitativen Teils der AloHA-Studie, wurden interessierte Personen mit Hilfe eines Telefonscreenings auf Erfüllung der Einschlusskriterien geprüft. Als Einschlusskriterien galten a) ein Alter von 18 bis 64 Jahren, b) gegenwärtige Arbeitslosigkeit, c) der Bezug keiner vollen Erwerbsminderung sowie d) das Aufweisen von psychischer Belastung. Letztere wurde durch einen Wert von ≥ 13 auf Kesslers K6-Skala (Kessler et al. 2003) oder aktuellen Alkohol- oder Substanzmittelmissbrauch, angezeigt durch einen Wert von ≥ 1 bei den Items 2-4 im CAGE Adapted to Include Drugs Screening Instrument (CAGE-AID, Brown und Rounds 1995), sowie einem Wert von ≥ 17 auf dem WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS, Üstün et al. 2010), festgestellt. Mit diesem Screening wurde sichergestellt, dass nur Personen mit einer signifikanten Beeinträchtigung durch psychische Belastungen bzw. Erkrankungen in die Studie einbezogen wurden. Insgesamt nahmen 590 Personen am Telefonscreening teil, von denen 331 die Einschlusskriterien erfüllten und zur Studienteilnahme eingeladen wurden. 301 Personen nahmen an der Erstbefragung teil, 270 an der Zweitbefragung nach sechs Monaten. Personen, die bei der Befragung erhöhte Suizidalitätswerte aufwiesen, wurden direkt im Anschluss eine Information zu lokalen psychiatrischen und psychotherapeutischen Hilfsangeboten ausgegeben und angeboten, Behandlungsoptionen mit einem Psychiater zu besprechen. Erhöhte Suizidalitätswerte waren festgelegt mit einem Skalenwert ≥ 8 beim Suicidal Behavior Questionnaire Revised (SBQR)

(Osman et al. 2001) und einem Skalenwert ≥ 20 bei der Suicidal Ideation Attribution Scale (SIDAS) (van Spijker et al. 2014).

MHL wurde mit drei Skalen gemessen: (1) dem Mental Health Knowledge Schedule (MAKS) (Evans-Lacko et al. 2010), (2) der Depression Literacy Scale (DLS) (Griffiths et al. 2004) und (3) der Vignette für Depression und suizidale Gedanken (Reavley et al. 2014). Die Absicht und das umgesetzte Hilfesuchverhalten wurden mit dem General Help-Seeking Questionnaire (GHSQ) gemessen (Wilson et al. 2005b). Die Zusammenhänge zwischen MHL und dem Hilfesuchverhalten wurden schrittweise, beginnend mit einer explorativen Faktorenanalyse der Items zur Absicht der Hilfesuche (GHSQ), getestet. Darauf folgten Korrelationsanalysen von MHL-Variablen und Kontrollvariablen mit den Hilfesuchvariablen. In einem dritten und vierten Schritt wurden dann Regressionsanalysen gerechnet und Strukturgleichungsmodelle getestet.

Alle MHL-Skalen korrelierten positiv miteinander (r zwischen 0.21 und 0.41, alle $p < 0.001$). Dies traf auch mit einer Ausnahme auf die Variablen der Hilfesuchabsicht und des realen Hilfesuchverhaltens zu. Im Regressionsmodell waren alle drei MHL-Skalen positiv mit der Hilfesuchabsicht und dem realen Hilfesuchverhalten assoziiert. Im Strukturgleichungsmodell bedingte eine bessere MHL eine größere Hilfesuchabsicht sowie ein häufigeres Hilfesuchverhalten bei Fachpersonal des Gesundheitswesens und bei Familienangehörigen oder Freunden.

Die Ergebnisse dieser Publikation zeigen, dass MHL für die Absicht und das reale Hilfesuchverhalten von Arbeitslosen mit psychischen Belastungen ein wichtiger Faktor darstellt. Für das Hilfesuchverhalten bei Fachpersonal des Gesundheitswesens ist MHL ausschlaggebend. Dies ist konsistent mit den bereits beschriebenen Ergebnissen der qualitativen Studie, in der der Drang „mehr über die eigene Erkrankung zu erfahren“ ein fördernder Faktor für das Hilfesuchen beim Fachpersonal war (Staiger et al. 2017). Das Wissen über Unterstützungsmöglichkeiten sowie eine positive Einstellung gegenüber der Behandlung psychischer Erkrankungen sagten zudem voraus, wie groß die Absicht und das reale Hilfesuchen im Gesundheitssystem ausfielen. Dies bestätigt die bisherige Forschung zu diesem Thema (Rüsch et al. 2011; ten Have et al. 2010).

Die verschiedenen Aspekte von MHL – das (An-)Erkennen einer psychischen Erkrankung, das Wissen über Behandlungsmöglichkeiten sowie die Einstellung zu therapeutischer Behandlung – stellen sich in Bezug auf das Hilfesuchverhalten als wichtig heraus. In einer asiatischen Studie wurden in der Allgemeinbevölkerung mit Hilfe von Fallbeispielen zu verschiedenen psychischen Erkrankungen die Zusammenhänge von Erkennen, präferierter Hilfesuche sowie stigmatisierende Haltungen untersucht (Picco et al. 2018). Im Gegensatz zu dieser Studie (Picco et al. 2018) war in der vorliegenden Publikation das Erkennen einer Depression mit der Absicht und dem realen Hilfesuchverhalten bei Fachpersonal und Familie oder Freunde positiv assoziiert. Bei der asiatischen Studie war dies nur für das Fachpersonal der Fall. Ein Grund könnte darin liegen, dass die hier vorliegende Stichprobe bereits psychische Belastungen aufwies, während in der asiatischen Stichprobe die Allgemeinbevölkerung befragt wurde. MHL im Allgemeinen prognostizierte eine höhere Absicht, sich Hilfe bei psychischen Problemen zu suchen. Dies wird in der Literatur für die Aspekte Wissen, sowie eine positivere Behandlungseinstellung bestätigt (ten Have et al. 2010; Rüsch et al. 2011).

Die hier verwendeten Querschnittsdaten limitieren Kausalitätsableitungen; Längsschnittuntersuchungen könnten diese Lücke schließen. Zwei der drei genutzten MHL-Skalen haben einen Fokus auf Depressionen, sodass das Wissen über andere psychische Erkrankungen unterrepräsentiert sein könnte. Zudem zeigten die MHL-Skalen eine eher

niedrige Reliabilität. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass teilnehmende Personen aufgrund der freiwilligen Teilnahme eine höhere MHL besitzen, als andere arbeitslose Personen mit psychischen Problemen, da sie vielleicht ein größeres Interesse am Themengebiet haben.

Programme, die MHL bei arbeitslosen Menschen mit psychischen Belastungen unterstützen, könnten dazu beitragen, das Hilfesuchverhalten bei gesundheitlichem Fachpersonal oder im privaten Umfeld zu verbessern. Zukünftige Forschungsvorhaben sollten zudem die Wirksamkeit solcher Programme untersuchen, um das Hilfesuchverhalten langfristig zu verbessern.

2.3 Predictors of help-seeking in unemployed people with mental health problems

Moritz E. Wigand; Nathalie Oexle; **Tamara Waldmann**; Tobias Staiger; Thomas Becker; Nicolas Rüsch

Die Schwierigkeiten von arbeitslosen Menschen mit psychischen Belastungen bei der Hilfesuche wurden bereits zuvor thematisiert. Barrieren der Hilfesuche können dabei stigmabezogen (z. B. Scham), einstellungsbezogen (z. B. „Therapie wird nicht helfen“) oder konkret (z. B. fehlende Transportmöglichkeiten) sein (Clement et al. 2012). Diese Publikation hatte das Ziel, Prädiktoren der Hilfesuche von arbeitslosen Menschen mit psychischen Belastungen und Erkrankungen abzuschätzen. Es sollte die Hypothese geprüft werden, ob besseres MHL, eine höhere Selbstidentifikation mit einer psychischen Erkrankung sowie (nicht-)stigmabezogene Barrieren das Hilfesuchverhalten über die Studiendauer vorhersagen können. Zudem sollte der Einfluss von vorheriger Behandlung in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung untersucht werden.

Daten wurden im Rahmen der bereits beschriebenen AloHA-Studie erhoben. Ein- und Ausschlusskriterien wurden ebenfalls bereits beschrieben. Von den 301 zur Ersterhebung eingeschlossenen Studienteilnehmern nahmen 270 an der Nacherhebung nach sechs Monaten teil. Folgende Variablen wurden mithilfe eines längsschnittlichen Analyseansatzes ausgewertet: Wissen über Depressionen, Barrieren der Hilfesuche sowie die Selbstidentifikation mit einer psychischen Erkrankung.

Barrieren der Hilfesuche wurden mithilfe des aus 30 Items bestehenden Fragebogens zur Erfassung von Behandlungsbarrieren untersucht (Clement et al. 2012). Zwölf Items erfassten stigmabezogene Barrieren, weitere 18 Items erfassten nicht-stigmabezogene Barrieren. Innerhalb dieser 18 Items können acht Items konkreten Barrieren zugeordnet werden (z. B. Kinderbetreuungsschwierigkeiten während Behandlungsterminen) und zehn Items einstellungsbezogenen Barrieren. Wissen über Depressionen wurde mithilfe der acht behandlungsbezogenen Items der aus 22 Items bestehenden Depression Literacy Skale gemessen (Griffiths et al. 2004). Acht Aussagen mussten hier mit richtig / falsch / weiß nicht beantwortet werden, für die es für jede richtige Antwort einen Punkt gab, sodass ein Summenwert zwischen null und acht Punkten erreicht werden konnte. Die Selbstidentifikation mit einer psychischen Erkrankung wurde mit einer fünf Items umfassenden Likertskala gemessen (SELF-I, Schomerus et al. 2019b; Schomerus et al. 2019a). Depressive Symptome wurden mit der Kurzversion des Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ-9) gemessen (Kroenke et al. 2001a). Dieser erfasst die Häufigkeit depressiver Symptome innerhalb der letzten zwei Wochen vor dem Befragungstermin.

Zur Ersterhebung wurden alle Studienteilnehmenden gefragt, ob sie aktuell beim Psychiater, Psychotherapeuten oder beim Hausarzt aufgrund psychischer Probleme in Behandlung sind. Ebenso wurde die Einnahme psychiatrischer Medikamente abgefragt. Zur Nacherhebung wurde die Frage dahingehend modifiziert, ob die Teilnehmenden seit der Ersterhebung eine Behandlung aufgrund psychischer Probleme aufgenommen hätten. Antwortmöglichkeiten erstreckten sich auf „Ja“, „Nein“ und „Ich bin bereits seit längerem in Behandlung“. Diese Auswertung inkludierte nur diejenigen, die mit „Ja“ (n=94) oder „Nein“ (n=146) geantwortet haben (N=240).

Im ersten Schritt wurden Korrelationen zwischen den beteiligten Variablen analysiert. Im zweiten Schritt wurde dann mithilfe vier gestufter multipler Regressionsanalysen (logistisch) untersucht, wie sich mögliche Prädiktoren der Behandlungsaufnahme von Ersterhebung zu Nacherhebung verhalten. Das erste Modell beinhaltete die soziodemographischen Variablen, depressive Symptome und die Dauer der Arbeitslosigkeit. Im zweiten Modell wurden Wissen über Depressionen, Barrieren und Selbstidentifikation mit einer psychischen Erkrankung ergänzt. Das dritte Modell fügte Behandlung zum Ersterhebungszeitpunkt hinzu. Das darauf aufbauende vierte Modell, differenzierte zusätzlich zwischen den einstellungsbezogenen und konkreten nicht-stigmabezogene Barrieren.

Die im ersten Modell signifikanten Prädiktoren auf das Hilfesuchverhalten (Symptome und weibliches Geschlecht) verloren diese im zweiten Modell, indem eine bessere MHL, eine stärkere Selbstidentifikation mit einer psychischen Erkrankung und weniger nicht-stigmabezogene Barrieren signifikante Prädiktoren wurden. Im dritten Modell waren nur noch eine vorangegangene Behandlung und weniger nicht-stigmabezogene Barrieren signifikant. Im vierten Modell konnten vorangegangene Behandlung im psychiatrisch-psychotherapeutischen System sowie einstellungsbezogene Barrieren das Hilfesuchverhalten der Zielgruppe vorhersagen, selbst als auf Symptome, soziodemographische Variablen und Arbeitslosigkeitsdauer kontrolliert wurde. Dies galt nicht für stigmabezogene Barrieren.

Besseres Wissen und die Identifizierung als psychisch krank unterstützten das Hilfesuchverhalten. Dies ist kongruent mit vorliegenden Literaturergebnissen (Bonabi et al. 2016; Schomerus et al. 2019b; Kagstrom et al. 2019). Obwohl Stigma ein bekannter Hinderungsgrund der Hilfesuche ist, traf dies entgegen der Erwartungen auf diese Stichprobe nicht zu. Dies könnte daran gelegen haben, dass viele der Teilnehmenden zur Ersterhebung bereits irgendeine Form der Hilfe für psychische Probleme in Anspruch genommen hatten und bis zum Nacherhebungszeitpunkt keinen (weiteren) Hilfebedarf diesbezüglich sahen. Krankheitsschwere war in dieser Studie kein Prädiktor für die Hilfesuche. Trotzdem lassen diese und auch ein weiteres Literaturergebnis vermuten (Ahs et al. 2012), dass ein Teil der arbeitslosen Personen mit psychischen Problemen im System nicht gesehen bzw. berücksichtigt werden, und zwar genau diejenigen, die objektiv zwar Behandlungsbedarf hätten (hohe Symptomlast), aber zeitgleich sich im Analysezeitraum keine Behandlung gesucht haben. Diese Personengruppe gilt es zu identifizieren, um den Teufelskreis aus psychischen Gesundheitsproblemen und Arbeitslosigkeit zu durchbrechen.

Auf verschiedene Barrieren ausgerichtete Interventionen für die Zielgruppe könnten das Hilfesuchverhalten verbessern. Eine flächendeckende Schulung von Mitarbeitern in Arbeitsagenturen und Jobcentern könnte helfen psychische Probleme von Arbeitslosen frühzeitig zu erkennen und passende Hilfsinformationen bereitzustellen (Wabnitz et al. 2019). Limitierend ist zu nennen, dass die Arbeitslosenrate zum Studienzeitpunkt in Süddeutschland bei sehr niedrigen 3 % lag, was einer Verallgemeinerung der Ergebnisse entgegensteht.

2.4 Efficacy of a peer-led group program for unemployed people with mental health problems: Pilot randomized controlled trial

Nicolas Rüsch; Tobias Staiger; **Tamara Waldmann**; Marie Christine Dekoj; Thorsten Brosch; Lisa Gabriel; Andreas Bahemann; Nathalie Oexle; Thomas Klein; Luise Nehf; Thomas Becker

Programme zur unterstützten Beschäftigung (Supported Employment) bzw. maßgeschneiderte Interventionen für arbeitslose Menschen mit psychischen Belastungen und Erkrankungen sind in Deutschland bislang rar (Oschmiansky et al. 2017b; Schubert et al. 2013a; Audhoe et al. 2018). Betroffene haben es schwer sich innerhalb der vielfältigen Angebote zurecht zu finden und die für sie passende Unterstützung zu erhalten. Hier setzt das Gruppenprogramm an. Es unterstützt arbeitslose Individuen mit psychischer Belastung bei den Themen Hilfesuche, Arbeitsuche und Genesung. Diese Publikation hatte zum Ziel, die Wirksamkeit dieses Gruppenprogramms in Form einer zweiarmigen klinischen Pilotstudie zu evaluieren.

Vor Studienbeginn wurde die Pilotstudie bei einem Register für klinische Studien registriert (ISRCTN 38560825). Das Programm bestand aus vier Sitzungen mit je zwei Stunden Dauer, angeleitet durch eine Psychotherapeutin und eine Person mit eigener Vorerfahrung von Arbeitslosigkeit und psychischer Erkrankung (Peer). Das Programm deckte folgende Themen ab: eigene Werte und Akzeptanz der aktuellen Situation, Hilfesuchverhalten, Unterstützung beim Umgang mit psychischen Problemen sowie der Arbeitsuche. Teile des Programms basieren auf der aus der Psychotherapie stammenden Akzeptanz- und Commitmenttherapie nach Hayes (Zhang et al. 2017) und auf Corrigan's Programm „In Würde zu sich stehen", das Personen im Umgang mit ihrer psychischen Erkrankung unterstützt (Corrigan und Lundin 2001, www.hopprogram.org). Ein Arbeitsbuch mit Aufgaben, Arbeitsblättern und Hausaufgaben unterstützte die Durchführung des Programms. In der 1. Sitzung wurde nach der Erläuterung des Konzepts der Achtsamkeit die eigene Akzeptanz bezüglich Arbeitslosigkeit und psychischer Belastung bzw. Erkrankung sowie Vor- und Nachteile der Offenlegung einer psychischen Erkrankung diskutiert. In der 2. Sitzung ging es um die persönlichen Werte der Teilnehmenden sowie um Risiken und Nutzen einer möglichen Offenlegung einer psychischen Erkrankung. Die 3. Sitzung wiederholte Aspekte der persönlichen Werte und stellte praktische Informationen zur Arbeits- und Hilfesuche bereit. In der 4. Sitzung hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit in einem sicheren Rahmen ihre Offenlegungsgeschichte zu teilen, sofern sie dies wollten. Des Weiteren wurde nochmals auf die Akzeptanz von Gefühlen oder Gedanken zur aktuellen Situation eingegangen.

Die Einschlusskriterien orientierten sich an denen der quantitativen Teilstudie (z. B. Waldmann et al. 2020). Zusätzlich mussten Teilnehmende auf die Frage „Wie sehr fühlen Sie sich durch Ihre aktuelle Situation psychisch belastet?" mindestens eine moderate Belastung von einem Wert ≥3 aufweisen (Antwortmöglichkeiten waren 1/gar nicht bis 5/sehr stark, M=4.0, SD=0.8). Von 92 gescreenten Teilnehmenden erfüllten 42 Teilnehmende die Einschlusskriterien.

Daten wurden zu vier Zeitpunkten erhoben: Zu Studienbeginn (T0; N=42), unmittelbar nach Randomisierung der Studienteilnehmenden entweder zur Interventions- (n=23) oder Kontrollgruppe (n=19), drei Wochen (T1; n=38; I=21 und K=17) und sechs Wochen nach Studienbeginn (T2 n=35, I=18 und K=17) sowie nach sechs Monaten (T3 n=33, I=20 und K=13). Die Teilnehmenden in beiden Gruppen waren durchschnittlich 46 Jahre alt, mehr als die Hälfte weiblich (n=22) und im Schnitt fast vier Jahre arbeitslos. Es gab keinen statistisch

signifikanten Unterschied bezüglich soziodemographischer Charakteristika bzw. Drop-out-Raten zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe.

Ergebnisrelevante Variablen wurden mit folgenden Instrumenten gemessen: (1) dem Fragebogen zur Bestimmung der Selbstwirksamkeit in Bezug auf die Arbeitsuche (Job Search Self-Efficacy Scale, van Ryn und Vinokur 1992), (2) dem GHSQ, der die Absicht, Hilfe für psychische Probleme zu suchen, misst (Wilson et al. 2005b), (3) einer Teilskala des Fragebogens zum Selbststigma einer psychischen Erkrankung (Self-Stigma in Mental Illness Scale – SSMIS, Corrigan et al. 2012), (4) dem Fragebogen zur Hoffnungslosigkeit (Becks Hopelessness Scale, Yip und Cheung 2006), (5) dem Fragebogen zum selbsteingeschätzten Fortschritt der Genesung (Self-Identified Stage of Recovery – SISR, Andresen et al. 2010), (6) der 15-Item Version der Allgemeinen Depressionsskala zur Bestimmung depressiver Symptome (Hautzinger und Bailer 1993b) und (7) der Geheimhaltungsskala (Secrecy Scale nach Link). Gruppenunterschiede wurden mit Hilfe von T-Tests oder Fisher-Tests überprüft. Interventionseffekte wurden mit Hilfe von Kovarianzanalysen getestet.

Es konnten keine signifikanten Interventionseffekte auf das Hilfesuchverhalten und die Selbstwirksamkeit in Bezug auf die Arbeitsuche gemessen werden. Im Vergleich zur Kontrollgruppe zeigten die Interventionsteilnehmenden aber geringere depressive Symptome und eine verbesserte Genesung zu T2. Selbststigma, Hoffnungslosigkeit und Geheimhaltung zeigten Verbesserungstendenzen, erreichten aber keine statistischen Signifikanzen.

Diese Pilotstudie evaluierte erstmalig eine peer-geleitete Gruppenintervention, um arbeitslose Menschen mit psychischen Problemen zu unterstützen. Die Durchführbarkeit des hier vorgestellten Gruppenprogramms kann bei erfreulich niedrigen Drop-out-Raten bestätigt werden. Die Hauptschwierigkeit lag bei der Rekrutierung passender Teilnehmender. Möglich ist, dass potentielle Teilnehmende sich nicht für dieses Programm interessierten oder sich nicht geeignet sahen, da sie selbst keine psychischen Probleme für sich erkannt haben. Möglich wäre auch, dass bei potentiellen Teilnehmenden nach mehreren Jahren der Arbeitslosigkeit eine Art Desillusionierung (Jahoda et al. 1975) bzw. Antriebslosigkeit in Bezug auf Interventionen besteht. Vermutlich wird es auch in Zukunft eine Herausforderung bleiben, die Zielgruppe zur Teilnahme an dieser Art von Intervention zu motivieren. Helfen könnten dabei niedrigschwellige Angebote sozialer Einrichtungen und Träger oder auch Kooperationen mit ärztlichen Basisversorgern (z. B. Hausärzten), Selbsthilfegruppen und Informationsdienstleistern für Arbeitslose.

Die eingangs aufgestellte Hypothese, dass Teilnehmende der Interventionsgruppe bei der Nachbefragung verbesserte Ergebnisse im Vergleich zur Kontrollgruppe aufweisen, konnten leider nicht bestätigt werden. Grund dafür könnte sein, dass nur vier Interventionssitzungen fokussierend auf Akzeptanz der aktuellen Situation sowie eigene Werte und Offenlegung eher knapp bemessen sind, um Veränderungen im Arbeits- und Hilfesuchverhalten hervorzurufen. Nichtsdestotrotz konnte das Programm zu einer geringeren Symptomlast und schnelleren Genesung in der Interventionsgruppe beitragen. Dieser Sachverhalt bekräftigt die Notwendigkeit, frühzeitig nach Bekanntwerden von Arbeitslosigkeit oder psychischen Problemen niederschwellige Interventionen für die Zielgruppe anzubieten. Auch ohne kurzfristig messbare Einflüsse auf Variablen der Arbeitsuche könnte diese Intervention die Beschäftigungsfähigkeit der Teilnehmenden verbessern und Barrieren für den Arbeitsmarkt reduzieren. Dies lässt eine schwedische Studie zur Akzeptanz- und Commitmenttherapie vermuten, die die Beschäftigungsfähigkeit von Menschen mit psychischen oder chronischen Erkrankungen verbessern konnte (Berglund et al. 2018).

2.5 Cost of health service use among unemployed and underemployed people with mental health problems

Tamara Waldmann, Tobias Staiger, Nicolas Rüsch, Reinhold Kilian

Eine psychische Erkrankung kann die Lebensqualität vermindern, zu Stigmatisierung und langfristig höheren Kosten im Gesundheitssystem führen sowie zu Produktivitätsverlusten (Kleine-Budde et al. 2013). Forschungsergebnisse aus Großbritannien und den USA belegen einen Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und erhöhten Kosten für die psychische Gesundheit (Ondler et al. 2014; Heslin et al. 2011). Für das deutsche Gesundheitssystem gibt es dazu keine Befunde, weshalb die vorliegende Veröffentlichung zur Schließung dieser Lücke beitragen soll. Diese Studie soll die gesundheitsökomischen Effekte von Stigmatisierung besser verstehbar machen. Untersucht wurde dafür der Zusammenhang von wahrgenommenem Stigma-Stress, dem Schweregrad der psychischen Belastung bzw. Erkrankung und der Inanspruchnahme und Kosten von Gesundheits- und Sozialleistungen arbeitsloser Menschen mit psychischen Belastungen. Es wird vermutet, dass zusätzlich zum Schweregrad der psychischen Belastung bzw. Erkrankung der wahrgenommene Stigma-Stress als Kostentreiber wirkt und dass dieser Effekt zumindest teilweise durch stärkere somatische Symptome und Arbeitsunfähigkeit zustande kommt.

Es standen 270 longitudinale Datensätze der Basis- und sechsmonatigen Nacherhebung zur Verfügung. Inanspruchnahme von Gesundheits- und Sozialleistungen wurden mit dem Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory erhoben (Roick et al. 2001). Arbeitsunfähigkeit wurde mit einer Einzelfrage gemessen: Wie viele Wochen waren Sie in den letzten sechs Monaten krankgeschrieben? Ebenfalls mit einer Einzelfrage gemessen wurde, wie stark sich die Studienteilnehmenden selbst als psychisch gesund bzw. krank bezeichneten, anzugeben auf einer Skala von (1) psychisch völlig gesund bis (9) psychisch schwer krank. Depressive Symptome wurden mit der Allgemeinen Depressionsskala (Hautzinger und Bailer 1993b), somatische Symptome mit der Somatic Symptom Scale gemessen (Gierk et al. 2014). Stigma-Stress wurde mit dem Stigma-Stress-Fragebogen gemessen (Rüsch et al. 2009), dessen Fragen von (1) volle Ablehnung bis (7) volle Zustimmung, bewertet werden. Dieser enthält vier Fragen zu den persönlichen Ressourcen mit dem erlebten Stigma aufgrund psychischer Erkrankung umzugehen. Zudem enthält der Bogen vier Fragen, wie gesundheitsschädlich bzw. bedrohlich dieses Stigma erlebt wird. Der Mittelwert der Ressourcen wird vom Mittelwert der empfundenen Bedrohung abgezogen, somit ergeben sich Werte von -6 bis +6. Je höher dieser Wert, desto stärker der wahrgenommene Stigma-Stress. Kosten wurden zuerst deskriptiv beschrieben, um im Anschluss Assoziationen zwischen Kosten und möglichen Kostentreibern mit Hilfe von Strukturgleichungsmodellen zu testen.

Zwölf-Monatskosten summierten sich bei den somatischen Kosten auf 1 265 €, bei den psychiatrischen Kosten auf 2 206 € und auf 3 321 € Gesamtkosten pro Person. Die Strukturgleichungsmodelle wiesen signifikante direkte positive Effekte der latenten Variable „Bürde der psychischen Belastung bzw. Erkrankung“ (Mental Health Burden – MHB) zu Stigma-Stress, somatischen Symptomen und Arbeitsunfähigkeit auf. Stigma-Stress war mit somatischen Symptomen und Arbeitsunfähigkeit negativ assoziiert. Indirekte Modellpfade von somatischen Symptomen, Stigma-Stress oder MHB zu Kostenvariablen waren statistisch nicht signifikant. Die Modellgüte war für alle getesteten Modelle gut und erklärte 84 % der Kostenvarianz.

Die hier ermittelten 12-Monatskosten für arbeitslose Menschen mit psychischen Belastungen und Erkrankungen von 3 021 € sind von vergleichbarer Höhe wie die von Grupp et al. (2017) ermittelten 12-Monatskosten. Trotzdem muss die Hypothese unterstützt werden, dass in der Zielgruppe die Nutzung von Leistungen für die psychische Gesundheit tendenziell zu gering ausfällt. Es könnte auch sein, dass die Studienteilnehmenden aus Angst vor Stigmatisierung weniger Leistungen in Anspruch genommen haben bzw. diese deshalb nicht berichtet haben.

Im Strukturgleichungsmodell wiesen Assoziationen zwischen MHB und Kosten, die stark durch Arbeitsunfähigkeit mediiert sind, darauf hin, dass die Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (auch) für Arbeitslose eine zentrale Funktion der Gesundheitsversorgung darstellt, um die Arbeitsunfähigkeit zu bestätigen. Eine Erklärung könnte sein, dass in Deutschland arbeitslose Personen von der Arbeitsagentur oder dem Jobcenter finanziell abhängig sind. Speziell Personen, die Arbeitslosengeld II erhalten, müssen für Vorstellungsgespräche bei potentiellen Arbeitgebern oder für Integrationsmaßnahmen zur Verfügung stehen. Eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung stellt hier die Funktion einer Befreiung dieser Verpflichtung dar, ohne finanzielle Einbußen befürchten zu müssen. Diese Ergebnisse werden durch die Literatur bestätigt (Linden et al. 2018). Die Hypothese, dass arbeitslose Menschen mit psychischen Problemen eher Hilfe für somatische als für psychiatrische Symptome suchen, kann nicht bestätigt werden und steht damit Literaturergebnissen entgegen, in denen die Nutzung von Leistungen zur psychischen Gesundheit mit somatischen Beschwerden assoziiert waren (Kagstrom et al. 2019).

Die verwendeten Erstattungspreise zur Ermittlung der Kostensätze sind nur als Näherungswerte zu betrachten, da sich diese jährlich ändern. Erstattungspreise sind in Deutschland Verhandlungssache zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen und sind zudem von politischen Entscheidungen beeinflusst. Dies könnte die Studienergebnisse verzerrt und die Interpretation der Ergebnisse verfälscht haben. Auch in Zukunft müssen Bedarfe in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung genau abgeschätzt werden, um möglichst präzise Erstattungs- und Kostendaten zu erhalten. Frühzeitige Interventionen für die Zielgruppe bleiben dabei von großer Wichtigkeit, um langfristige Sozialkosten im Rahmen zu halten.

3 Diskussion

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Hilfesuchverhalten von Arbeitslosen mit psychischen Belastungen und Erkrankungen für das Individuum oft unzureichend ist. Dem hohen Unterstützungsbedarf steht ein vielschichtiges Unterstützungsangebot gegenüber, dessen Nutzung wiederum von einer Vielzahl weiterer Faktoren abhängt. MHL ist für die Absicht und das umgesetzte Hilfesuchverhalten der Zielgruppe essentiell, ebenso wie eine frühere Behandlung im psychiatrisch-psychotherapeutischen System. Stigmatisierung aufgrund einer psychischen Erkrankung konnte nur qualitativ als Barriere beim Hilfesuchverhalten identifiziert werden. Der dabei wahrgenommene Stigma-Stress hatte jedoch keinen direkten Effekt auf die generierten Kosten im Gesundheitssystem, sondern nur die aufgrund der psychischen Belastungen auftretende Arbeitsunfähigkeit. Es konnte weiterhin nachgewiesen werden, dass das pilotierte Gruppenprogramm zur Genesung der Teilnehmenden beiträgt.

3.1 Zusammenfassende Diskussion der Ergebnisse

Die Ausführungen zeigen, dass zu geringes Wissen über psychische Erkrankungen, Stigmatisierung und bestimmte Strukturen des Gesundheitssystems die Hilfesuche für psychische Erkrankungen behindern kann (Staiger et al. 2017). Mehr Wissen über psychische Erkrankungen und vorhandene Hilfsangebote – MHL – sind mit einer besseren Hilfesuchabsicht, sowie häufigerem Hilfesuchen bei Fachpersonal des Gesundheitswesens, Familienangehörigen und Freunden assoziiert (Waldmann et al. 2020). Dies konnte auch im Längsschnitt bestätigt werden (Wigand et al. 2019). Frühere Behandlung im psychiatrisch-psychotherapeutischen System war dabei ebenso ein Prädiktor für das Hilfesuchverhalten wie einstellungsbezogene Barrieren (Wigand et al. 2019). Die vorliegenden Ergebnisse für die Zielgruppe der Arbeitslosen reihen sich dabei in aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse anderer Studienpopulationen ein. Laut der Literatur erleichtern folgende Faktoren das Hilfesuchverhalten: (1) sich eine psychische Erkrankung selbst einzugestehen (Kagstrom et al. 2019), (2) das Wissen über psychische Erkrankungen (Schomerus et al. 2019b) und (3) das Gefühl der Notwendigkeit einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung (Bonabi et al. 2016). Die untersuchte Zielgruppe stellt dabei in Bezug auf Wissen keine Besonderheit dar: Mehr als 40 % der deutschen Bevölkerung haben Schwierigkeiten Informationen zu Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Erkrankungen zu finden (Schaeffer et al. 2017). Der Schweregrad der Erkrankung ist in der Literatur für das Hilfesuchverhalten bei Fachpersonal des Gesundheitswesens ausschlaggebend (Schomerus et al. 2019b). Die vorliegenden qualitativen Ergebnisse bestätigen diesen Sachverhalt: Je schwerwiegender die Belastung oder Erkrankung, desto dringender ist das Bedürfnis herauszufinden, was einem fehlt und desto eher wird Rat beim Gesundheitsfachpersonal gesucht (Staiger et al. 2017).

Strukturelle Barrieren im Gesundheitssystem, wie z. B. Wartezeiten auf einen Therapieplatz, wurden in der qualitativen Studie (Staiger et al. 2017) als Hinderungsgrund für die Verzögerung oder Nicht-Behandlungsaufnahme genannt. Dies wurde unlängst durch portugiesische Resultate bestätigt, die zeigen, dass arbeitslose Personen mit einer mehr als drei Mal so hohen Wahrscheinlichkeit strukturelle Barrieren als Hinderungsgrund für die Nicht-Behandlungsaufnahme bei psychischer Erkrankung nennen als Personen in einem Arbeitsverhältnis (Silva et al. 2020).

Ebenfalls in der qualitativen Studie (Staiger et al. 2017) werden Familie und Freunde neben Gesundheitsfachpersonal als eine der ersten Anlaufstellen für Unterstützung beschrieben. Dies konnten die Ergebnisse der MHL-Publikation (Waldmann et al. 2020)

bestätigen, in der eine bessere Gesundheitskompetenz mit verbesserter Hilfesuche bei Familie und Freunden assoziiert war. Dies steht im Einklang mit den Ergebnissen von Suka et al. (2016), die zeigen, dass bei depressiver Verstimmung die informelle Hilfesuche gegenüber formellen Hilfsquellen wie Gesundheitsfachpersonal bevorzugt wurde. Die soziale Unterstützung durch Familie und Freunde ist damit eine tragende Säule, um arbeitslose Menschen mit psychischen Belastungen auf dem Weg der Genesung und neuer Erwerbsarbeit zu begleiten.

Effekte des Gruppenprogramms auf das Hilfesuchverhalten waren nicht messbar (Rüsch et al. 2019b). Die Interventionsteilnehmenden zeigten zwar geringere depressive Symptome zum dritten Messzeitpunkt und bestätigen damit die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche von Moore et al. (2017). Andere Variablen hingegen, wie z. B. Selbststigmatisierung, zeigten nur Verbesserungstendenzen, erreichten aber keine Signifikanzen. Das Hilfesuchverhalten für Gesundheitsthemen und Arbeitsuche der Teilnehmenden stand dabei im Fokus, war aber nicht individuell ausgerichtet, wie dies in Unterstützten Beschäftigungsprogrammen (Supported Employment Programmes) der Fall wäre. Unterstützte Beschäftigungsprogramme sind in Deutschland zwar bekannt, aber im Gegensatz zu anderen Ländern wenig verbreitet. Dort werden Menschen mit psychischen Einschränkungen direkt auf dem ersten Arbeitsmarkt eingesetzt und von geschulten Mentoren, sogenannten „Job Coaches“, begleitet („First place, then train“-Ansatz). Trotz der wissenschaftlich erwiesenen Überlegenheit dieses Ansatzes (Nøkleby et al. 2017) wird in Deutschland noch vorwiegend der arbeitsrehabilitative Ansatz („First train, then place“) verfolgt (Gühne et al. 2019). Für Arbeitslose mit psychischen Belastungen oder Erkrankungen, die eventuell schon mehrere Jahre verpflichtende Integrationstrainings des Jobcenters absolviert haben ohne auf dem ersten Arbeitsmarkt Fuß gefasst zu haben, wären Unterstütze Beschäftigungsprogramme möglicherweise motivierender. Der deutlich genesungsorientierte Ansatz des hier pilotierten Gruppenprogramms könnte – begleitend oder vorangestellt – Unterstützte Beschäftigungs- oder arbeitsrehabilitativen Programme in ihrer Wirksamkeit verstärken und langfristig sichern. An britischen Forschern orientierend, die kürzlich mit qualitativen Interviews die Akzeptanz einer klinischen Studie eines Unterstützten Beschäftigungsprogramms bei chronischen Schmerzpatienten eruierten (Holmes et al. 2020), könnte man bei Menschen mit psychischen Belastungen und Erkrankungen ähnlich vorgehen. Die Ergebnisse aus Großbritannien zeigen, dass alle Beteiligten (Personen der Zielgruppe, geschulte Mentoren und das Gesundheitsfachpersonal) eine klinische Studie als machbar ansehen. Eine stärkere Genesungsorientierung im deutschen Gesundheits- und Sozialsystem wäre für viele Betroffene sicher wünschenswert, bedarf aber den von Slade bereits 2009 propagierten Paradigmenwechsels in Wissenschaft, Gesundheitssystem und Politik (Slade 2009). Dieser Wechsel, weg von (immer noch) paternalistischen, klinischen und sozialen Entscheidungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen, hin zu mehr persönlicher und finanzieller Autonomie, Handlungskompetenz und Entscheidungen auf Augenhöhe (Drake und Whitley 2014), könnte in Deutschland noch stärker gefördert werden. Eine deutschlandweite klinische Studie über genesungsorientierte Unterstützte Beschäftigungsprogramme, orientiert an Holmes et al. (2020), könnte ein weiterer Schritt auf dem Weg zu diesem Paradigmenwechsel sein.

Zur Entwicklung des Gruppenprogramms haben sich Peers, Forscher und Kliniker zusammengesetzt. Sie haben sich dabei einerseits an der wissenschaftlichen Literatur orientiert was „in der Praxis“ funktioniert (Folke et al. 2012; Zhang et al. 2017), aber dabei immer auch versucht, mitzudenken, was die Personen brauchen. Das pilotierte Gruppenprogramm ist für die Teilnehmenden eine Möglichkeit, sich mit ihrer Situation in einem

sicheren Rahmen auseinanderzusetzen, Personen zu treffen, die nachvollziehen können, wie es einem geht und Entscheidungen zu treffen, ob und eventuell wem sie ihre Geschichte oder Situation erzählen wollen. Jede Person kann für sich verschiedene Alternativen durchdenken und praktisch durchspielen. Das Programm mit vier Einheiten in einem Zeitraum von sechs Wochen ist für alle Beteiligten überschaubar, mit dem Vorteil, dass die Teilnehmenden motiviert bleiben. Nachteilig ist, dass langfristige Erfolge eher unsichtbar bleiben. Dieses Programm kann aber ein Anstoß sein, aus dem Teufelskreis der Arbeitslosigkeit und psychischer Belastung bzw. Erkrankung auszubrechen. Eine schwedische Studie – ebenfalls auf Basis der Akzeptanz- und Commitmenttherapie – lässt dies annehmen, da diese die Beschäftigungsfähigkeit von Menschen mit psychischer Erkrankung verbessern konnte (Berglund et al. 2018). Eine vor kurzem veröffentliche systematische Literaturanalyse zur Wirksamkeit von gesundheitsfördernden Interventionen bei Arbeitslosen bestätigt, dass therapeutische Interventionen (mit bzw. ohne zusätzlichem Training zur Arbeitsuche) im Vergleich zu keiner Intervention die Beschäftigungsquote verbessern konnte (Hult et al. 2020). Daran anknüpfend könnte überprüft werden, ob das Gruppenprogramm resilienzfördernd ist. Der genutzte Fragenkatalog sollte dann z. B. um die Resilienzskala (Schumacher et al. 2005) ergänzt werden. Im vorliegenden Fragenkatalog war diesbezüglich bislang nur die arbeitsuchbezogene Selbstwirksamkeit inkludiert (van Ryn und Vinokur 1992). Für die Hinzunahme der Evaluation von Resilienz spräche zum einen der bereits gut untersuchte Zusammenhang zwischen Resilienz und psychischer Gesundheit (Färber und Rosendahl 2018; Hu et al. 2015; Lee et al. 2013; Wermelinger Ávila et al. 2017), zum anderen konnten Sojo und Guarino (2011) zeigen, dass Resilienz einen protektiven Faktor für das soziale Funktionieren bei länger andauernder Arbeitslosigkeit darstellt. Für die Zukunft wäre auch eine weitere Komponente denkbar, in der die Teilnehmenden ihr Hilfesuchverhalten reflektieren können. Fragen wie „Was verspreche ich mir an Unterstützung durch das Jobcenter oder die Behandlung bei einem Psychotherapeuten?“ oder „Wurde dieses Versprechen eingelöst?“, könnten das Programm bereichern. Von einer ähnlich geplanten Studie in Portugal konnte leider nur ein Studienprotokoll (Virgolino et al. 2017) und eine Delphistudie (Santos et al. 2018), aber bislang keine Studienergebnisse gefunden werden. Die portugiesischen Ergebnisse hätten aufgrund des ähnlichen Studienaufbaus womöglich eine interessante europäische Vergleichsmöglichkeit geboten.

Die vorliegende 12-Monats-Kostenschätzung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen von Arbeitslosen mit psychischen Belastungen (Waldmann et al. 2021) ist mit den 12-Monatskosten für Gesundheitsleistungen der Allgemeinbevölkerung vergleichbar (Grupp et al. 2016). Daher kann die Hypothese bestätigt werden, dass die Zielgruppe Angebote für psychische Gesundheit nicht adäquat nutzt, obwohl ca. 60 % der Studienteilnehmenden irgendeine Leistung für mentale Gesundheit in Anspruch genommen haben. Die vorliegenden Zahlen entsprechen dabei genau dem von Nübel et al. (2019) genannten Anteil an Menschen mit Depressionen (59.4 %), die sich keine Hilfs- und Versorgungsangebote suchen. Vor dem Hintergrund der häufig verzögerten Hilfesuche bei psychischer Erkrankung und gleichzeitig regelmäßigem Kontakt zu Arbeitsagenturen und Jobcentern, könnte ein auf das Erkennen psychischer Auffälligkeiten geschultes Fachpersonal helfen, die Brücke ins Gesundheitssystem zu schlagen. Aufsuchende Therapieformen, wie z. B. Hausbesuche des Hausarztes oder Hometreatment in der Psychiatrie, könnten dann als Initiator einer Behandlung der psychischen Erkrankung fungieren.

Die Selbsterkenntnis an einer psychischen Erkrankung zu leiden, wurde in den qualitativen Interviews als fördernder Faktor der Hilfesuche beschrieben. Dies konnte bei Wigand et al. (2019) dahingehend bestätigt werden, dass die Selbstidentifikation mit einer

psychischen Erkrankung als Prädiktor des Hilfesuchverhaltens in zumindest einem Modell positiv assoziiert war. Dieser Zusammenhang hätte ebenfalls in den vorliegenden Kostenanalysen (Waldmann et al. 2021), bei der eine ähnliche Variable (Selbstetikettierung als psychisch krank) inkludiert war, in höheren Kosten sichtbar sein müssen. Dies war nicht der Fall. Es ist wahrscheinlich, dass der Anteil an Studienteilnehmenden, die sich ihre Erkrankung nicht eingestehen, genau diejenigen sind, die sich bislang keine oder wenig Hilfe gesucht haben und damit weniger Kosten generiert haben. Das Sich-Nicht-Eingestehen einer psychischen Erkrankung trotz Erfüllen der diagnostischen Kriterien benennen Schomerus et al. (2019b) mit als einen Grund für die gefundenen Nutzungs- bzw. Behandlungslücken im psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungssystem. Die Annahmen von Schomerus et al. (2019b) liefern damit zumindest teilweise eine Erklärung für die vorliegenden gesundheitsökonomischen Ergebnisse.

In der bereits beschriebenen Publikation der Prädiktoren (Wigand et al. 2019) zeigen Wigand et al. (2019) in ihrem Modell 2, dass die Selbstidentifikation mit einer psychischen Erkrankung ein Prädiktor für die Hilfesuche darstellt. In Modell 3 gilt das gleiche für eine vorangegangene Behandlung wegen psychischer Erkrankung. Bei Stolzenburg et al. (2017) ist eine vorherige Behandlung aufgrund psychischer Erkrankung ein Prädiktor für die Selbstidentifikation mit einer psychischen Erkrankung. Bei Betrachtung dieser Ergebnisse stellt sich die Frage, ob vorherige Behandlung oder die Selbstidentifikation mit einer psychischen Erkrankung möglicherweise als Mediator bei der Hilfesuche fungiert. Dies gilt es noch zu untersuchen. Ebenfalls bei Stolzenburg et al. (2017) ist die Selbstidentifikation mit einer psychischen Erkrankung, mit depressiven Symptomen und der subjektiven Einschätzung, dass diese Symptome einer psychischen Erkrankung zugeordnet werden können, positiv assoziiert. Auch in der Stichprobe von Wigand et al. (2019) sind depressive Symptome mit der Selbstidentifikation einer psychischen Erkrankung positiv korreliert ($r=0.45$ mit $p<0.001$ für $N=240$). So ist die subjektive Einschätzung, dass Symptome einer psychischen Erkrankung zugeordnet werden können, möglicherweise ebenfalls ein Prädiktor der Hilfesuche. Auch dies wäre Gegenstand zukünftiger Forschung.

Die Bürde der psychischen Belastung bzw. Erkrankung war mit den verursachten Kosten im Gesundheitssystem positiv assoziiert, allerdings nur unter dem Einfluss der Arbeitsunfähigkeit. Kosten im Gesundheitssystem fallen also vor allem dann an, wenn die Personen arbeitsunfähig sind. Dies deutet darauf hin, dass eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung eine zentrale Funktion der Gesundheitsversorgung für Arbeitslose darstellt, um sie von der Arbeitsuche zu „befreien“ und ihnen die Möglichkeit zu geben, sich um ihre mentale Genesung zu kümmern. Linden et al. (2018) können dies für Männer bestätigen, die sich durch eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vom Druck der Arbeitsuche befreit fühlten.

Für die Interpretation der Ergebnisse gilt es, einige Limitationen zu berücksichtigen. Die Studienpopulation der Gesamtstudie war aufgrund einer der niedrigsten Arbeitslosenquoten in Deutschland von unter 3 % nicht repräsentativ. Möglicherweise haben sich genau die Personen angesprochen gefühlt, die sich bereits mehr mit ihrer Situation auseinandergesetzt haben oder bessere MHL besitzen. Dies könnte die Stichprobenauswahl beeinflusst haben. Für das Gruppenprogramm ist festzuhalten, dass Personen, die sich eventuell nicht als psychisch erkrankt wahrnehmen, gewisse Inhalte des Gruppenprogramms, z. B. über Offenlegung, als irrelevant für sich selbst erachten. Dies könnte die Dauer bzw. das Engagement der Teilnahme beeinflusst haben. Ein Vergleich mit anderen Studien von psychisch erkrankten Populationen ist bei allen Publikationen schwierig, da keine klaren diagnostischen Kriterien als Teilnahmevoraussetzung galten, sondern bewusst auch

Personen angesprochen werden sollten, die (noch) nicht im psychiatrisch-psychotherapeutischen System eingebunden waren. Weiterhin erlauben die verwendeten Querschnittsdaten der MHL-Publikation keine Kausalitätsschlüsse. Die Stichprobe der Gruppenintervention war sehr klein, weshalb die Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden sollten.

Die gesundheitsökonomische Publikation hat versucht gesundheitsökonomische Effekte von Stigmatisierung bei Arbeitslosen mit psychischen Belastungen zu untersuchen. Sie deckt damit nach Brouwers (2020) einen aktuellen Forschungsbedarf. Laut Brouwers (2020) fördern verschiedene Stigmaformen von oder gegenüber Menschen mit psychischer Erkrankung im Arbeitsumfeld den Arbeitsplatzverlust. Trotzdem bestünde eine Wissenslücke hinsichtlich der langfristigen Effekte von Stigma aufgrund psychischer Erkrankung und Arbeitslosigkeit (Brouwers 2020). Möglich ist allerdings, dass in der vorliegenden Studie nur die gesundheitsökonomischen Effekte der aufgrund von Stigmatisierung verzögerten Hilfesuche gemessen wurden. Dafür spricht, dass keine direkten Effekte von Stigma-Stress auf die Kostenvariablen gemessen wurden. Dagegen spricht, dass es auch keine indirekten Effekte gab.

3.2 Implikationen und zukünftige Forschung

Anhand der vorliegenden Ergebnisse wird deutlich, dass der Weg der Hilfesuche bei Menschen in Arbeitslosigkeit mit psychischen Belastungen komplex ist. Es konnte gezeigt werden, dass es auf individueller, gesellschaftlicher und struktureller Ebene sowohl hindernde als auch fördernde Faktoren der Hilfesuche gibt.

Auf individueller Ebene sollten geplante Interventionen Empowerment-Strategien einbeziehen und damit den Fokus auf die Rückgewinnung von persönlicher Verantwortung und Kontrolle des eigenen Lebens sowie der Aktivierung von persönlichen Stärken und Selbstmanagement legen (Leamy et al. 2011). Dies ist insbesondere wichtig, da Arbeitslose mit psychischen Belastungen multipler Diskriminierung ausgesetzt sind (Staiger et al. 2018). Durch gezielte Programme kann Empowerment, Selbstbewusstsein und Behandlungstreue verbessert werden (Gaebel et al. 2019), was sich wiederum positiv auf die individuelle Bewertung von Diskriminierung und die Genesung auswirken könnte.

Auf gesellschaftlicher Ebene sind Aufklärungskampagnen zum Thema psychischer Erkrankungen neben Begegnungsmöglichkeiten von Menschen mit und ohne psychischer Erkrankung geeignet, stigmatisierendes Verhalten in der Allgemeinbevölkerung, aber auch im Gesundheits- und Wirtschaftssystem abzubauen (Corrigan und Watson 2002). Unterstützte Beschäftigungsprogramme könnten in Unternehmen die Kommunikation zwischen ehemals arbeitslosen Menschen mit psychischen Erkrankungen und gesunden Mitarbeitern verbessern. Job Coaches (Mentoren) sind dabei die Schnittstelle zwischen den Betroffenen, eventuell deren sozialem Umfeld, neuen und alten Kollegen, Unternehmensverantwortlichen und den Arbeitsagenturen und Jobcentern. Auch das Gesundheitssystem könnte von einer engeren Verzahnung von Arbeitsagenturen und Jobcentern mit sozialen Trägern und Versorgern des Gesundheitssystems profitieren. Wenn alle am gleichen Strang ziehen, um arbeitslose Menschen mit psychischen Belastungen und Erkrankungen wieder in Erwerbsarbeit zu bringen, profitieren die Betroffen, deren Familien und Freunde sowie die Gesellschaft durch Einnahmen statt Ausgaben im Steuer- und Sozialsystem.

Als Forscher im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem nimmt man leicht eine systeminterne Perspektive und Rolle ein („psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung ist gut"). Als Studienteilnehmender kann man jedoch je nach Vorerfahrung einen differenzierteren Blickwinkel einnehmen. Gründe für eine bestimmte Perspektive können z. B.

vorherige eigene (positive oder negative) Erfahrung oder die einer nahestehenden Person, ein positives oder negatives Bild des psychiatrisch-psychotherapeutischen Systems, Angst vor Ablehnung und Diskriminierung oder auch Scham, sich beim Arzt oder im sozialen Umfeld zu „outen“, sein (Staiger et al. 2017). Zukünftige Forschung in diesem Bereich sollte sich darauf konzentrieren, wie arbeitslose Personen mit psychischen Belastungen und Erkrankungen individuell am besten unterstützt werden können und was für die jeweilige Person aktuell an erster Stelle steht: Genesung, Erwerbsarbeit oder die Vereinbarkeit von Krankheit und Fürsorgearbeit innerhalb der Familie. Niederschwellige Angebote, wie das pilotierte Gruppenprogramm, sollten für die Zielgruppe frühzeitig nach dem Bekanntwerden der Arbeitslosigkeit und / oder der psychischen Erkrankung idealerweise kostenfrei zur Verfügung stehen. Auf individueller Ebene gilt es eben diese Personen, die einen objektiven Behandlungsbedarf aufweisen, aber keine Behandlung aufsuchen, frühzeitig zu identifizieren und ihnen zu helfen Angebote, wie z. B. das Gruppenprogramm, in Anspruch zu nehmen.

Auf struktureller Ebene sollte schon in der Ausbildung von Gesundheitsfachpersonal über Stigmatisierung aufgrund psychischer Erkrankung aufgeklärt werden. Verpflichtende Anti-Stigma-Schulungen für medizinisches Personal während der Ausbildung oder des Studiums sowie Fortbildungen für bestehendes Personal könnten ein Weg zu weniger stigmatisierendem Verhalten sein. Mehr Wissen über psychische Erkrankungen wurde von Mitarbeitern der Arbeitsagenturen und Jobcenter als Fortbildungsinhalt gewünscht. Diese Fortbildungen könnten durch Ärzte in der Ausbildung zum psychiatrischen Facharzt und Psychotherapeuten in Ausbildung in regelmäßigem Turnus durchgeführt werden und damit die bereits angesprochene, engere Verzahnung mit Arbeitsagenturen und Jobcentern auf solide Beine stellen.

Die im Ausland bereits seit längerem gängigen Peer-Begleiter-Programme im psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting (Shalaby und Agyapong 2020) werden aktuell auch in Deutschland wissenschaftlich implementiert und evaluiert (Moran et al. 2020). Auch von online Peer-Support konnten Personen mit psychischer Erkrankung profitieren (Naslund et al. 2016). Die gestufte Kombination von Peer-Begleitung und Social-Media-Konzepten könnte auch für Arbeitslose mit psychischen Belastungen oder Erkrankungen eine erfolgreiche Form der Hilfe sein. Der Vorteil läge in einer möglichen Anonymität in den sozialen Medien als besonders niedrigschwellige Form der Hilfe, und bei persönlichem Kontakt, in der „Vertrautheit“ eines Peer-Begleiters, da diese Person die Situation aus eigener Erfahrung heraus kennt und nachvollziehen kann.

Kosteneffektivitätsanalysen für jegliche Gesundheitsinterventionen sind dabei der Schlüssel, um politische Entscheidungsträger bei Vergütungsentscheidungen zu unterstützen und zu überzeugen. Aber auch strukturell ist zu überdenken, ob Interventionen, die von Forschungseinrichtungen in wenigen Jahren entwickelt, getestet und evaluiert werden, danach aufgrund von Projektlaufzeiten und Personalwechsel in Vergessenheit geraten. Den Transfer von Ergebnissen aus der Wissenschaft in die Praxis benennen selbst politische Entscheidungsträger als „unterentwickelt“, was mit daran läge, dass Forschungsleistungen bislang hauptsächlich mit den eingesetzten finanziellen Mitteln in Relation gesetzt werden, statt anhand der für die Praxis verwertbaren Resultate bemessen zu werden (Sattelberger et al. 2018). Ziel muss sein, dass evaluierte Erfolgsmodelle in die finanzierte Regelversorgung im Gesundheitssystem überführt werden, sodass eine breite Masse davon profitieren kann. In der Gesundheitsforschung wurde diesbezüglich mit einem „Leitfaden für die Wissenschaft“ bereits ein kleiner Schritt getan, damit Forschende ihre Aktivitäten auf die Rahmenbedingungen aus Politik und Praxis besser abstimmen (BMBF 2016).

Vor dem Hintergrund der gegenwärtig COVID-19-bedingten Wirtschaftssituation, sollten Gesundheitssysteme – neben den sozialen – auch die wirtschaftlichen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Menschen im Blick behalten. Übersichtsergebnisse, die die Auswirkungen von Wirtschaftskrisen auf die psychische Gesundheit untersuchten, bestätigten schon 2015, dass hohe Arbeitslosenquoten mit schlechterer individueller psychischer Gesundheit und höherem Stresserleben zusammenhängen (Frasquilho et al. 2016). Neuere Ergebnisse aus Griechenland zeigten, dass Arbeitslose in der Zeit der Wirtschaftskrise seit 2009 häufig psychische Erkrankungen entwickelt haben (Konstantakopoulos et al. 2019). Auf die jetzige Zeit übertragen heißt das, dass zeitverzögert nicht nur in Deutschland mit höheren Zahlen an Arbeitslosen mit psychischen Belastungen und Erkrankungen zu rechnen ist.

Abschließend lässt sich sagen, dass die Unterstützung von Arbeitslosen mit psychischen Belastungen und Erkrankungen bei der Hilfesuche durch eine bessere Vernetzung von Gesundheits- und sozialen Sicherungssystemen, auf politischer und gesellschaftlicher Ebene, individueller und damit passgenauer gestaltet werden könnte.

4 Zusammenfassung

Arbeitslose Menschen mit psychischen Erkrankungen stehen in Deutschland vor diversen Herausforderungen: Einerseits leiden sie unter den Symptomen ihrer psychischen Erkrankung, andererseits sollen sie dem gesellschaftlichen Bild entsprechend möglichst schnell wieder arbeiten. Das fehlende Bewusstsein, eine psychische Erkrankung zu haben, sowie die Angst vor oder bereits erlebte Stigmatisierung aufgrund der Erkrankung oder Arbeitslosigkeit, hindert Betroffene, sich zeitnah Hilfe zu suchen und mindert ihr Selbstwertgefühl. Das zunehmende internationale Forschungsinteresse an der Zielgruppe in den letzten Jahren verzerrt das Bild über den Mangel an Studien aus Deutschland. Der subjektive Blick der Zielgruppe auf die eigene Situation hat in der Literatur bislang ebenso wenig Beachtung gefunden wie die Auswirkungen von Wissen auf das beabsichtigte und reale Hilfesuchverhalten oder gesundheitsökonomische Analysen über die reale Leistungsinanspruchnahme.

Die vorliegende Doktorarbeit entstand im Rahmen der Studie AloHA (Arbeitslosigkeit und Hilfe Aufsuchen), die von Herbst 2014 bis Frühjahr 2018 in der Sektion Public Mental Health der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II des Universitätsklinikums Ulm am Bezirkskrankenhaus Günzburg durchgeführt wurde. Die von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderte Studie beschreibt Ergebnisse aus insgesamt fünf Publikationen, die das Hilfesuchverhalten von Menschen in Arbeitslosigkeit mit psychischen Belastungen näher untersuchen, auf vorhandenem Wissen aufbauen und um neue Erkenntnisse ergänzen. Die Studie bestand aus einem qualitativen Teil mit 15 Einzelinterviews, einem quantitativen Teil mit zwei schriftlichen Befragungen im Abstand von sechs Monaten und einer Pilotintervention, zu der die Teilnehmer randomisiert der Interventions- oder Kontrollgruppe zugeordnet wurden. Am quantitativen Teil der Studie nahmen zur Erstbefragung 301 Personen und 270 Personen zur Zweitbefragung teil. An der Pilotintervention nahmen 23 Personen in der Interventionsgruppe und 19 in der Kontrollgruppe teil.

In der ersten Publikation wurden 15 Einzelinterviews mit Teilnehmenden der Zielgruppe geführt. Geringes Wissen über psychische Erkrankungen, Stigmatisierung und Diskriminierung sowie Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems konnten als Hauptbarrieren der Hilfesuche identifiziert werden. Der Hilfesuche förderlich war das Bewusstsein, eine psychische Erkrankung zu haben, hoher Leidensdruck, eine positiv besetzte Arzt- bzw. Therapeutenbeziehung sowie unterstützendes Personal in den Arbeitsagenturen und Jobcentern.

Die zweite Publikation untersuchte mit Hilfe eines Strukturgleichungsmodells, welchen Einfluss das Wissen über psychische Erkrankungen auf die Absicht und Umsetzung der Hilfesuche einnimmt. Die Ergebnisse zeigen, dass das Wissen über psychische Erkrankungen und Behandlungsangebote für die Absicht und das reale Hilfesuchverhalten von Arbeitslosen mit psychischen Belastungen einen wichtigen Faktor darstellen.

Die dritte Publikation befasste sich mit Prädiktoren der Hilfesuche, welche anhand von vier gestuften multiplen Regressionsanalysen untersucht hat, wie sich mögliche Prädiktoren der Behandlungsaufnahme vom Zeitpunkt der Ersterhebung bis zur Nacherhebung verhalten. Es konnte gezeigt werden, dass eine frühere Behandlung von psychischen Erkrankungen im Gesundheitssystem und nicht-stigmabezogene Barrieren, selbst unter Kontrolle von soziodemographischen Variablen, das Hilfesuchverhalten vorhersagten.

In der vierten Publikation wurden die Ergebnisse einer Pilotintervention für die Zielgruppe evaluiert. In diesem peer-geleiteten Gruppenprogramm wurden persönliche Werte, Akzeptanz der eigenen Situation, Arbeits- und Hilfesuche sowie Offenlegung der eigenen psychischen

Erkrankung oder Arbeitslosigkeit thematisiert. In Bezug auf die messbaren Endpunkte konnten keine signifikanten Interventionseffekte auf das Hilfesuchverhalten und die Selbstwirksamkeit bezüglich der Arbeitsuche gemessen werden.

Die fünfte Publikation untersuchte mit Hilfe eines Strukturgleichungsmodells den Einfluss von Kostentreibern auf die Inanspruchnahme von Gesundheits- und Sozialleistungen der Zielgruppe. Als Kostentreiber wurde eine hohe Krankheitsbelastung identifiziert, die jedoch nur durch den Mediator Arbeitsunfähigkeit zustande kommt. Dieses Ergebnis legt nahe, dass für Menschen in Arbeitslosigkeit mit psychischen Belastungen und Erkrankungen die Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung eine zentrale Funktion des Gesundheitssystems darstellt.

Anhand der vorliegenden Erkenntnisse wird deutlich, dass Arbeitslose mit psychischen Belastungen einen hohen Unterstützungsbedarf haben und dieser des Engagements verschiedener Ebenen bedarf. Darunter fallen finanzielle, soziale und gesundheitliche Unterstützungsangebote. Das vorgestellte Gruppenprogramm ist eine Möglichkeit, die Betroffenen direkt zu stärken und zu befähigen, ihre Situation selbst zu gestalten. Trotzdem dürfen Information und Aufklärung der Allgemeinbevölkerung zum Thema psychische Erkrankungen nicht fehlen, um stigmatisierende Einstellungen in der Gesellschaft abzubauen. Die soziale Unterstützung durch Familie und Freunde ist wichtig, um arbeitslose Menschen mit psychischen Belastungen und Erkrankungen auf dem Weg der Genesung und arbeitsmarktbezogenen Reintegration zu begleiten. Eine enge Verzahnung von Arbeitsagenturen und Jobcentern mit sozialen Trägern und Versorgern des Gesundheitssystems sind dafür notwendige Voraussetzungen.

In zukünftigen Studien gilt es, Personen mit psychischen Belastungen und Erkrankungen, die objektiv Behandlungsbedarf hätten aber zeitgleich keine Behandlung aufsuchen, zu identifizieren und ihnen zu helfen, den Teufelskreis aus psychischen Gesundheitsproblemen und Arbeitslosigkeit zu durchbrechen. Ein niedrigschwelliges Angebot, wie das vorgestellte Gruppenprogramm, muss der Zielgruppe frühzeitig nach dem Bekanntwerden der Arbeitslosigkeit und / oder der psychischen Erkrankung idealerweise kostenfrei zur Verfügung stehen, auch um langfristige Kosten für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft zu minimieren.

5 Literaturverzeichnis

Adams, Peter; Hurd, Michael D.; McFadden, Daniel; Merrill, Angela; Ribeiro, Tiago (2003): Healthy, wealthy, and wise? Tests for direct causal paths between health and socioeconomic status. In: *J Econom* 112 (1), S. 3–56. DOI: 10.1016/S0304-4076(02)00145-8.

Adda, Jérôme; Chandola, Tarani; Marmot, Michael (2003): Socio-economic status and health: causality and pathways. In: *J Econom* 112 (1), S. 57–63. DOI: 10.1016/S0304-4076(02)00146-X.

Ahs, Annika; Burell, Gunilla; Westerling, Ragnar (2012): Care or not care-that is the question: predictors of healthcare utilisation in relation to employment status. In: *Int J Behav Med* 19 (1), S. 29–38. DOI: 10.1007/s12529-010-9129-2.

Alonso, Jordi; Angermeyer, Matthias C.; Bernert, Sebastian; Bruffaerts, Ronny; Brugha, Traolach S.; Bryson, Heather et al. (2004): Use of mental health services in Europe. Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. In: *Acta Psychiatr Scand Suppl* (420), S. 47–54. DOI: 10.1111/j.1600-0047.2004.00330.x.

Altamura, A. Carlo; Dell'Osso, Bernardo; Berlin, Heather A.; Buoli, Massimiliano; Bassetti, Roberta; Mundo, Emanuela (2010): Duration of untreated illness and suicide in bipolar disorder: a naturalistic study. In: *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 260 (5), S. 385–391. DOI: 10.1007/s00406-009-0085-2.

Andresen, Retta; Caputi, Peter; Oades, Lindsay G. (2010): Do clinical outcome measures assess consumer-defined recovery? In: *Psychiatry Res* 177 (3), S. 309–317. DOI: 10.1016/j.psychres.2010.02.013.

Angermeyer, Matthias C.; Dietrich, Sandra (2006): Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness. A review of population studies. In: *Acta Psychiatr Scand Suppl* 113 (3), S. 163–179. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2005.00699.x.

Anthony, William A. (1993): Recovery from mental illness. The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. In: *Psychiatr Rehabil J* 16 (4), S. 11–23. DOI: 10.1037/h0095655.

Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt Verlag (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Band 36).

Audhoe, Selwin S.; Nieuwenhuijsen, Karen; Hoving, Jan L.; Sluiter, Judith K.; Frings-Dresen, Monique H. W. (2018): Perspectives of unemployed workers with mental health problems: barriers to and solutions for return to work. In: *Disabil Rehabil* 40 (1), S. 28–34. DOI: 10.1080/09638288.2016.1242170.

Barbato Angelo; Vallarino, Martine; Rapisarda, Filippo; Lora, Antonio; Caldas de Almeida, Jose Miguel (2014): EU-Compass for Action on Mental Health and Wellbeing. Access to Mental Health Care in Europe. Online verfügbar unter https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/ev_20161006_co02_en.pdf, zuletzt geprüft am 12.12.2020.

Baumeister, Harald; Härter, Martin (2007): Prevalence of mental disorders based on general population surveys. In: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 42 (7), S. 537–546. DOI: 10.1007/s00127-007-0204-1.

Berglund, Erik; Anderzén, Ingrid; Andersén, Åsa; Carlsson, Lars; Gustavsson, Catharina; Wallman, Thorne; Lytsy, Per (2018): Multidisciplinary Intervention and Acceptance and Commitment Therapy for Return-to-Work and Increased Employability among Patients with Mental Illness and/or Chronic Pain: A Randomized Controlled Trial. In: *Int J Environ Res Public Health* 15 (11). DOI: 10.3390/ijerph15112424.

BMBF (2016): Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis. Ein Leitfaden für die Wissenschaft. Online verfügbar unter https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/files/VnF_LeitfadenKostentraeger_barrierefrei.pdf, zuletzt geprüft am 12.12.2020.

Bonabi, Herdis; Müller, Mario; Ajdacic-Gross, Vladeta; Eisele, Jochen; Rodgers, Stephanie; Seifritz, Erich et al. (2016): Mental health literacy, attitudes to help seeking, and perceived need as predictors of mental health service use: A longitudinal study. In: *J Nerv Ment Dis* 204 (4), S. 321–324. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000488.

Brand, Jennie E. (2015): The far-reaching impact of job loss and unemployment. In: *Annu Rev Sociol* 41, S. 359–375. DOI: 10.1146/annurev-soc-071913-043237.

Brouwers, Evelien P. M. (2020): Social stigma is an underestimated contributing factor to unemployment in people with mental illness or mental health issues: position paper and future directions. In: *BMC Psychol* 8 (1), S. 36. DOI: 10.1186/s40359-020-00399-0.

Brown, Richard L.; Rounds, Laura A. (1995): Conjoint screening questionnaires for alcohol and other drug abuse: criterion validity in a primary care practice. In: *Wis Med J* 94 (3), S. 135–140.

Bundesagentur für Arbeit (Hg.) (2019): Die Arbeitsmarktsituation von Frauen und Männern 2018. Amtliche Nachrichten der Bundesagentur für Arbeit (Berichte: Blickpunkte Arbeitsmarkt). Online verfügbar unter https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Frauen-und-Maenner/generische-Publikationen/Frauen-Maenner-Arbeitsmarkt.html?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 12.12.2020.

Carpiniello, Bernardo; Pinna, Federica (2017): The Reciprocal Relationship between Suicidality and Stigma. In: *Front Psychiatry* 8, S. 35. DOI: 10.3389/fpsyt.2017.00035.

Caspar, Emilie A.; Christensen, Julia F.; Cleeremans, Axel; Haggard, Patrick (2016): Coercion Changes the Sense of Agency in the Human Brain. In: *Curr Biol* 26 (5), S. 585–592. DOI: 10.1016/j.cub.2015.12.067.

Clement, Sarah; Brohan, Elaine; Jeffery, Debra; Henderson, Claire; Hatch, Stephani L.; Thornicroft, Graham (2012): Development and psychometric properties the Barriers to Access to Care Evaluation scale (BACE) related to people with mental ill health. In: *BMC Psychiatry* 12, S. 36. DOI: 10.1186/1471-244X-12-36.

Clement, Sarah; Schauman, Oliver; Graham, Tanya; Maggioni, Francesca; Evans-Lacko, Sara E.; Bezborodovs, Nikita et al. (2015): What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. In: *Psychol Med* 45 (1), S. 11–27. DOI: 10.1017/S0033291714000129.

Corrigan, Patrick (2004): How stigma interferes with mental health care. In: *Am Psychol* 59 (7), S. 614–625. DOI: 10.1037/0003-066X.59.7.614.

Corrigan, Patrick W.; Lundin, Robert (2001): Don't call me nuts! Coping with the stigma of mental illness. 1st Recovery Press ed. Tinley Park, Ill.: Recovery Press.

Corrigan, Patrick W.; Michaels, Patrick J.; Vega, Eduardo; Gause, Michael; Watson, Amy C.; Rüsch, Nicolas (2012): Self-stigma of mental illness scale-short form. Reliability and validity. In: *Psychiatry Res* 199 (1), S. 65–69. DOI: 10.1016/j.psychres.2012.04.009.

Corrigan, Patrick W.; Watson, Amy C. (2002): Understanding the impact of stigma on people with mental illness. In: *World Psychiatry* 1 (1), S. 16–20.

Davidson, Larry; Strauss, John S. (1992): Sense of self in recovery from severe mental illness. In: *Br J Med Psychol* 65 (Pt 2), S. 131–145. DOI: 10.1111/j.2044-8341.1992.tb01693.x.

Drake, Robert E.; Bond, Gary R.; Essock, Susan M. (2009): Implementing evidence-based practices for people with schizophrenia. In: *Schizophr Bull* 35 (4), S. 704–713. DOI: 10.1093/schbul/sbp041.

Drake, Robert E.; Whitley, Rob (2014): Recovery and severe mental illness: description and analysis. In: *Can J Psychiatry* 59 (5), S. 236–242. DOI: 10.1177/070674371405900502.

Drydakis, Nick (2015): The effect of unemployment on self-reported health and mental health in Greece from 2008 to 2013: a longitudinal study before and during the financial crisis. In: *Soc Sci Med* 128, S. 43–51. DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.12.025.

Eisenberg, Philip; Lazarsfeld, Paul F. (1938): The psychological effects of unemployment. In: *Psychol Bull* 35 (6), S. 358–390. DOI: 10.1037/h0063426.

Evans-Lacko, Sara; Little, Kirsty; Meltzer, Howard; Rose, Diana; Rhydderch, Danielle; Henderson, Claire; Thornicroft, Graham (2010): Development and psychometric properties of the Mental Health Knowledge Schedule. In: *Can J Psychiatry* 55 (7), S. 440–448. DOI: 10.1177/070674371005500707.

Färber, Francesca; Rosendahl, Jenny (2018): The Association Between Resilience and Mental Health in the Somatically Ill. In: *Dtsch Arztebl Int* 115 (38), S. 621–627. DOI: 10.3238/arztebl.2018.0621.

Folke, Fredrik; Parling, Thomas; Melin, Lennart (2012): Acceptance and Commitment Therapy for Depression. A Preliminary Randomized Clinical Trial for Unemployed on Long-Term Sick Leave. In: *Cogn Behav Pract* 19 (4), S. 583–594. DOI: 10.1016/j.cbpra.2012.01.002.

Frasquilho, Diana; Matos, Margarida Gaspar; Salonna, Ferdinand; Guerreiro, Diogo; Storti, Cláudia C.; Gaspar, Tânia; Caldas-de-Almeida, José M. (2016): Mental health outcomes in times of economic recession: a systematic literature review. In: *BMC Public Health* 16, S. 115. DOI: 10.1186/s12889-016-2720-y.

Gaebel, Wolfgang; Zäske, Harald; Hesse, Klaus; Klingberg, Stefan; Ohmann, Christian; Grebe, Jürgen et al. (2019): Promoting stigma coping and empowerment in patients with schizophrenia and depression: results of a cluster-RCT. In: *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. DOI: 10.1007/s00406-019-01064-3.

Gierk, Benjamin; Kohlmann, Sebastian; Kroenke, Kurt; Spangenberg, Lena; Zenger, Markus; Brähler, Elmar; Löwe, Bernd (2014): The somatic symptom scale-8 (SSS-8): a brief measure of somatic symptom burden. In: *JAMA Intern Med* 174 (3), S. 399–407. DOI: 10.1001/jamainternmed.2013.12179.

Goldberg, David P.; Bridges, Keith (1988): Somatic presentations of psychiatric illness in primary care setting. In: *J Psychosom Res* 32 (2), S. 137–144. DOI: 10.1016/0022-3999(88)90048-7.

Griffiths, Kathleen M.; Christensen, Helen; Jorm, Anthony F.; Evans, Kimberley; Groves, Chloe (2004): Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: randomised controlled trial. In: *Br J Psychiatry* 185, S. 342–349. DOI: 10.1192/bjp.185.4.342.

Grupp, Helen; König, Hans-Helmut; Konnopka, Alexander (2016): Health care utilisation and costs in the general population in Germany. In: *Health Policy* 120 (2), S. 159–169. DOI: 10.1016/j.healthpol.2015.11.005.

Grupp, Helen; König, Hans-Helmut; Konnopka, Alexander (2017): Kostensätze zur monetären Bewertung von Versorgungsleistungen bei psychischen Erkrankungen. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 79 (1), S. 48–57. DOI: 10.1055/s-0035-1555950.

Gühne, Uta; Weinmann, Stefan; Riedel-Heller, Steffi G. (2019): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. 2. Auflage. Online verfügbar unter https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-

020l_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf.

Hagen, Carolin; Bänfer, Sonja; Werkstetter, Lara; Hebebrand, Johannes; Reissner, Volker (2018): Inanspruchnahme des psychosozialen Hilfesystems bei jungen, psychisch erkrankten Arbeitslosengeld-II-Empfängern vor und nach Nutzung eines psychiatrisch-psychologischen Beratungsangebotes. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 80 (7), 598-605. DOI: 10.1055/s-0042-116320.

Hatzenbuehler, Mark L.; Phelan, Jo C.; Link, Bruce G. (2013): Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. In: *Am J Public Health (N Y)* 103 (5), S. 813–821. DOI: 10.2105/AJPH.2012.301069.

Hautzinger, Martin; Bailer, Maja (1993): Allgemeine Depressions-Skala. ADS ; Manual. Weinheim: Beltz-Test-GmbH.

Heslin, Margaret; McCrone, Paul; Flach, Clare; Fearon, Paul; Morgan, Kevin; Jones, Peter et al. (2011): The economic cost of pathways to care in first episode psychosis. In: *Int Rev Psychiatry* 23 (1), S. 55–60. DOI: 10.3109/09540261.2010.544644.

Holmes, Michelle M.; Stanescu, Sabina C.; Linaker, Catherine; Price, Catherine; Maguire, Nick; Fraser, Simon et al. (2020): Exploring the views of stakeholders about the feasibility of carrying out a randomised controlled trial of Individual Placement and Support for people unemployed with chronic pain based in primary care (the InSTEP study). In: *Pilot Feasibility Stud* 6, S. 44. DOI: 10.1186/s40814-020-00588-z.

Honkonen, Teija; Virtanen, Marianna; Ahola, Kirsi; Kivimäki, Mika; Pirkola, Sami; Isometsä, Erkki et al. (2007): Employment status, mental disorders and service use in the working age population. In: *Scand J Work Environ Health* 33 (1), S. 29–36. DOI: 10.5271/sjweh.1061.

Hu, Tianqiang; Zhang, Dajun; Wang, Jinliang (2015): A meta-analysis of the trait resilience and mental health. In: *Pers Individ Dif* 76, S. 18–27. DOI: 10.1016/j.paid.2014.11.039.

Hult, Marja; Lappalainen, Kirsi; Saaranen, Terhi K.; Räsänen, Kimmo; Vanroelen, Christophe; Burdorf, Alex (2020): Health-improving interventions for obtaining employment in unemployed job seekers. In: *Cochrane Database Syst Rev* 1, CD013152. DOI: 10.1002/14651858.CD013152.pub2.

Huxley, Peter (1996): Mental illness in the community: The Goldberg-Huxley model of the pathway to psychiatric care. In: *Nord J Psychiatry* 50 (sup37), S. 47–53. DOI: 10.3109/08039489609099730.

Jahoda, Marie; Lazarsfeld, Paul F.; Zeisel, Hans (1975): Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch über die Wirkungen langandauernder Arbeitslosigkeit, mit einem Anhang zur Geschichte der Soziographie (Marienthal. The Sociography of an Unemployed Village). Frankfurt am Main: Suhrkamp (Edition Suhrkamp, 769).

Jorm, Anthony F. (2000): Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. In: *Br J Psychiatry* 177, S. 396–401. DOI: 10.1192/bjp.177.5.396.

Jorm, Anthony F. (2012): Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. In: *Am Psychol* 67 (3), S. 231–243. DOI: 10.1037/a0025957.

Kagstrom, Anna; Alexova, Aneta; Tuskova, Eva; Csajbók, Zsófia; Schomerus, Georg; Formanek, Tomas et al. (2019): The treatment gap for mental disorders and associated factors in the Czech Republic. In: *Eur Psychiatry* 59, S. 37–43. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2019.04.003.

Kessler, Ronald C.; Barker, Peggy R.; Colpe, Lisa J.; Epstein, Joan F.; Gfroerer, Joseph C.; Hiripi, Eva et al. (2003): Screening for serious mental illness in the general population. In: *Arch Gen Psychiatry* 60 (2), S. 184–189. DOI: 10.1001/archpsyc.60.2.184.

Kleine-Budde, Katja; Müller, Romina; Kawohl, Wolfram; Bramesfeld, Anke; Moock, Jörn; Rössler, Wulf (2013): The cost of depression - a cost analysis from a large database. In: *J Affect Disord* 147 (1-3), S. 137–143. DOI: 10.1016/j.jad.2012.10.024.

Konstantakopoulos, George; Pikouli, Katerina; Ploumpidis, Dimitri; Bougonikolou, E.; Kouyanou, K.; Nystazaki, Maria; Economou, Marina (2019): The impact of unemployment on mental health examined in a community mental health unit during the recent financial crisis in Greece. In: *Psychiatriki* 30 (4), S. 281–290. DOI: 10.22365/jpsych.2019.304.281.

Kroenke, Kurt; Spitzer, Robert L.; Williams, Janet B. (2001): The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. In: *J Gen Intern Med* 16 (9), S. 606–613. DOI: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.

Kular, Ariana; Perry, Benjamin I.; Brown, Luke; Gajwani, Ruchika; Jasini, Rubina; Islam, Zoebia et al. (2018): Stigma and access to care in first-episode psychosis. In: *Early Interv Psychiatry*. DOI: 10.1111/eip.12756.

Lamb, Jonathan; Bower, Peter; Rogers, Anne; Dowrick, Christopher; Gask, Linda (2012): Access to mental health in primary care. A qualitative meta-synthesis of evidence from the experience of people from 'hard to reach' groups. In: *Health (London)* 16 (1), S. 76–104. DOI: 10.1177/1363459311403945.

Layard, Richard (2006): The depression report. A new deal for depression and anxiety disorders. London, 06/2006. Online verfügbar unter http://eprints.lse.ac.uk/818/1/DEPRESSION_REPORT_LAYARD.pdf, zuletzt geprüft am 12.12.2020.

Lazarus, Richard S.; Folkman, Susan (1984): Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company.

Leamy, Mary; Bird, Victoria; Le Boutillier, Clair; Williams, Julie; Slade, Mike (2011): Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. In: *Br J Psychiatry* 199 (6), S. 445–452. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.083733.

Lee, Ji Hee; Nam, Suk Kyung; Kim, A-Reum; Kim, Boram; Lee, Min Young; Lee, Sang Min (2013): Resilience: A Meta-Analytic Approach. In: *J Couns Dev* 91 (3), S. 269–279. DOI: 10.1002/j.1556-6676.2013.00095.x.

Lerner, Debra; Adler, David A.; Chang, Hong; Lapitsky, Leueen; Hood, Maggie Y.; Perissinotto, Carla et al. (2004): Unemployment, job retention, and productivity loss among employees with depression. In: *Psychiatr Serv* 55 (12), S. 1371–1378. DOI: 10.1176/appi.ps.55.12.1371.

Linden, Philipp; Reibling, Nadine; Krayter, Stephan (2018): Lieber krank und arbeitslos als „nur“ arbeitslos? Die Auswirkungen der Medikalisierung von arbeitslosen Personen auf Stigmatisierungsprozesse. In: *Z Sozialreform* 64 (4), S. 431–461. DOI: 10.1515/zsr-2018-0022.

Link, Bruce G.; Phelan, Jo C. (2001): Conceptualizing Stigma. In: *Annu Rev Sociol* 27 (1), S. 363–385. DOI: 10.1146/annurev.soc.27.1.363.

Mayring, Philipp (2000): Qualitative Content Analysis. Forum: Qualitative Social Research, Vol 1, No 2 (2000): Qualitative Methods in Various Disciplines I: Psychology. DOI: 10.17169/FQS-1.2.1089.

Moore, T. H. M.; Kapur, N.; Hawton, K.; Richards, A.; Metcalfe, C.; Gunnell, D. (2017): Interventions to reduce the impact of unemployment and economic hardship on mental health in the general population: a systematic review. In: *Psychol. Med.* 47 (6), S. 1062–1084. DOI: 10.1017/S0033291716002944.

Moran, Galia S.; Kalha, Jasmine; Mueller-Stierlin, Annabel S.; Kilian, Reinhold; Krumm, Silvia; Slade, Mike et al. (2020): Peer support for people with severe mental illness versus

usual care in high-, middle- and low-income countries: study protocol for a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial (UPSIDES-RCT). In: *Trials* 21 (1), S. 371. DOI: 10.1186/s13063-020-4177-7.

Naslund, John A.; Aschbrenner, Kelly A.; Marsch, Lisa A.; Bartels, Stephen J. (2016): The future of mental health care: peer-to-peer support and social media. In: *Epidemiol Psychiatr Sci* 25 (2), S. 113–122. DOI: 10.1017/S2045796015001067.

Nøkleby, Heid; Blaasvær, Nora; Berg, Rigmor C. (2017): Supported Employment for People with Disabilities: A Systematic Review. Oslo, Norway.

Nübel, Julia; Müllender, Susanne; Hapke, Ulfert; Jacobi, Frank (2019): Epidemie der Depression? : Prävalenzentwicklung und Inanspruchnahme von Hilfs- und Versorgungsangeboten. In: *Der Nervenarzt* 90 (11), S. 1177–1186. DOI: 10.1007/s00115-019-0681-y.

Olesen, Sarah C.; Butterworth, Peter; Rodgers, Bryan (2012): Is poor mental health a risk factor for retirement? Findings from a longitudinal population survey. In: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 47 (5), S. 735–744. DOI: 10.1007/s00127-011-0375-7.

Ondler, Cory; Hegde, G. G.; Carlson, Jestin N. (2014): Resource utilization and health care charges associated with the most frequent ED users. In: *Am J Emerg Med* 32 (10), S. 1215–1219. DOI: 10.1016/j.ajem.2014.07.013.

Oschmiansky, Frank; Popp, Sandra; Riedel-Heller, Steffi Gerlinde; Schwarzbach, Michaela; Gühne, Uta; Kupka, Peter (2017): Psychisch Kranke im SGB II: Situation und Betreuung. IAB Forschungsbericht [IAB research report. Mentally ill people in the social code II: situation and care] 14/2017, Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit. Online verfügbar unter https://www.iab.de/185/section.aspx/Publikation/k171002306, zuletzt geprüft am 12.12.2020.

Osman, Augustine; Bagge, Courtney L.; Gutierrez, Peter M.; Konick, Lisa C.; Kopper, Beverly A.; Barrios, Francisco X. (2001): The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R). Validation with clinical and nonclinical samples. In: *Assessment* 8 (4), S. 443–454. DOI: 10.1177/107319110100800409.

Paul, Karsten I.; Moser, Klaus (2009): Unemployment impairs mental health. Meta-analyses. In: *J Vocat Behav* 74 (3), S. 264–282. DOI: 10.1016/j.jvb.2009.01.001.

Pharr, Jennifer R.; Moonie, Sheniz; Bungum, Timothy J. (2012): The impact of unemployment on mental and physical health, access to health care and health risk behaviors. In: *ISRN Public Health* 2012 (3), S. 1–7. DOI: 10.5402/2012/483432.

Picco, Louisa; Abdin, Edimansyah; Pang, Shirlene; Vaingankar, Janhavi A.; Jeyagurunathan, Anitha; Chong, Siow A.; Subramaniam, Mythily (2018): Association between recognition and help-seeking preferences and stigma towards people with mental illness. In: *Epidemiol Psychiatr Sci* 27 (1), S. 84–93. DOI: 10.1017/S2045796016000998.

Reavley, Nicola J.; Morgan, Amy J.; Jorm, Anthony F. (2014): Development of scales to assess mental health literacy relating to recognition of and interventions for depression, anxiety disorders and schizophrenia/psychosis. In: *Aust N Z J Psychiatry* 48 (1), S. 61–69. DOI: 10.1177/0004867413491157.

Reissner, Volker; Scherbaum, Norbert; Wiltfang, Jens; Kis, Bernhard; Meiler, B.; Lieb, Bodo et al. (2016): Psychiatrische Interventionen für Arbeitslose. In: *Der Nervenarzt* 87 (1), S. 74–81. DOI: 10.1007/s00115-015-4299-4.

Roick, Christiane; Kilian, Reinhold; Matschinger, Herbert; Bernert, Sebastian; Mory, Claudia; Angermeyer, Matthias C. (2001): Die deutsche Version des Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory - Ein Instrument zur Erfassung psychiatrischer Versorgungskosten. In: *Psychiatr Prax* 28 Suppl 2, S84-90. DOI: 10.1055/s-2001-17790.

Rueda, Sergio; Chambers, Lori; Wilson, Mike; Mustard, Cameron; Rourke, Sean B.; Bayoumi, Ahmed et al. (2012): Association of returning to work with better health in working-aged adults: a systematic review. In: *Am J Public Health* 102 (3), S. 541–556. DOI: 10.2105/AJPH.2011.300401.

Rüsch, Nicolas; Angermeyer, Matthias C.; Corrigan, Patrick W. (2005): Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. In: *Eur Psychiatry* 20 (8), S. 529–539. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2005.04.004.

Rüsch, Nicolas; Corrigan, Patrick; Wassel, Abigail; Michaels, Patrick; Olschewski, Manfred; Wilkniss, Sandra; Batia, Karen (2009): A stress-coping model of mental illness stigma: I. Predictors of cognitive stress appraisal. In: *Schizophr Res* 110 (1-3), S. 59–64. DOI: 10.1016/j.schres.2009.01.006.

Rüsch, Nicolas; Evans-Lacko, Sara E.; Henderson, Claire; Flach, Clare; Thornicroft, Graham (2011): Knowledge and attitudes as predictors of intentions to seek help for and disclose a mental illness. In: *Psychiatr Serv* 62 (6), S. 675–678. DOI: 10.1176/ps.62.6.pss6206_0675.

Rüsch, Nicolas; Heekeren, Karsten; Theodoridou, Anastasia; Dvorsky, Diane; Müller, Mario; Paust, Tobias et al. (2013): Attitudes towards help-seeking and stigma among young people at risk for psychosis. In: *Psychiatry Res* 210 (3), S. 1313–1315. DOI: 10.1016/j.psychres.2013.08.028.

Rüsch, Nicolas; Müller, Mario; Ajdacic-Gross, Vladeta; Rodgers, Stephanie; Corrigan, Patrick W.; Rössler, Wulf (2014): Shame, perceived knowledge and satisfaction associated with mental health as predictors of attitude patterns towards help-seeking. In: *Epidemiol Psychiatr Sci* 23 (2), S. 177–187. DOI: 10.1017/S204579601300036X.

Rüsch, Nicolas; Staiger, Tobias; Waldmann, Tamara; Dekoj, Marie Christine; Brosch, Thorsten; Gabriel, Lisa et al. (2019): Efficacy of a peer-led group program for unemployed people with mental health problems: Pilot randomized controlled trial. In: *Int J Soc Psychiatry* 65 (4), S. 333–337. DOI: 10.1177/0020764019846171.

Santos, Osvaldo; Lopes, Elisa; Virgolino, Ana; Stefanovska-Petkovska, Miodraga; Dinis, Alexandra; Ambrósio, Sara; Heitor, Maria João (2018): Defining a Brief Intervention for the Promotion of Psychological Well-being among Unemployed Individuals through Expert Consensus. In: *Front Psychiatry* 9, S. 13. DOI: 10.3389/fpsyt.2018.00013.

Sattelberger, Thomas; Suding, Katja; Beer, Nicola; Brandenburg, Jens; Brandenburg, Mario; Dassler, Britta (2018): Antrag: Innovationsbrücke bauen zwischen Hochschule und Praxis - Die Deutsche Transfergemeinschaft. Deutscher Bundestag, Drucksache 19/6265. Online verfügbar unter https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/files/VnF_LeitfadenWissenschaft_barrierefrei.pdf, zuletzt geprüft am 12.12.2020.

Schaeffer, Doris; Vogt, Dominique; Berens, Eva-Maria; Hurrelmann, Klaus (2017): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Ergebnisbericht: Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Online verfügbar unter https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Ergebnisbericht_HLS-GER.pdf, zuletzt geprüft am 12.12.2020.

Schomerus, Georg; Angermeyer, Matthias C. (2008): Stigma and its impact on help-seeking for mental disorders: what do we know? In: *Epidemiol Psichiatr Soc* 17 (1), S. 31–37. DOI: 10.1017/S1121189X00002669.

Schomerus, Georg; Muehlan, Holger; Auer, Charlotte; Horsfield, Philip; Tomczyk, Samuel; Freitag, Simone et al. (2019a): Validity and psychometric properties of the Self-Identification as Having a Mental Illness Scale (SELF-I) among currently untreated persons with mental health problems. In: *Psychiatry Res* 273, S. 303–308. DOI: 10.1016/j.psychres.2019.01.054.

Schomerus, Georg; Stolzenburg, Susanne; Freitag, Simone; Speerforck, Sven; Janowitz, Deborah; Evans-Lacko, Sara et al. (2019b): Stigma as a barrier to recognizing personal mental illness and seeking help: a prospective study among untreated persons with mental illness. In: *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 269 (4), S. 469–479. DOI: 10.1007/s00406-018-0896-0.

Schubert, Michael; Parthier, Katrin; Kupka, Peter; Krüger, Ulrich; Holke, Jörg; Fuchs, Philipp (2013): Menschen mit psychischen Störungen im SGB II. IAB Forschungsbericht [IAB research paper. Mentally ill people in the German social code II] 12/2013, Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit.

Schumacher, Jörg; Leppert, Karena; Gunzelrnann, Thomas; Strauß, Bernhard; Brähler, Elmar (2005): Die Resilienzskala - Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. In: *Z Klin Psychol Psychother* 53 (1), S. 16–39.

Shalaby, Reham AHameed; Agyapong, Vincent Io (2020): Peer Support in Mental Health: General Review of the Literature. In: *JMIR mental health*. DOI: 10.2196/15572.

Silva, Manuela; Antunes, Ana; Azeredo-Lopes, Sofia; Cardoso, Graça; Xavier, Miguel; Saraceno, Benedetto; Caldas-de-Almeida, José Miguel (2020): Barriers to mental health services utilisation in Portugal - results from the National Mental Health Survey. In: *J Ment Health*, S. 1–9. DOI: 10.1080/09638237.2020.1739249.

Slade, Mike (2009): Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals: Cambridge University Press.

Sojo, Víctor; Guarino, Leticia (2011): Mediated moderation or moderated mediation: relationship between length of unemployment, resilience, coping and health. In: *Span J Psychol* 14 (1), S. 272–281. DOI: 10.5209/rev_sjop.2011.v14.n1.24.

Staiger, Tobias; Waldmann, Tamara; Oexle, Nathalie; Wigand, Moritz; Rüsch, Nicolas (2018): Intersections of discrimination due to unemployment and mental health problems: the role of double stigma for job- and help-seeking behaviors. In: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 53 (10), S. 1091–1098. DOI: 10.1007/s00127-018-1535-9.

Staiger, Tobias; Waldmann, Tamara; Rüsch, Nicolas; Krumm, Silvia (2017): Barriers and facilitators of help-seeking among unemployed persons with mental health problems: a qualitative study. In: *BMC Health Serv Res* 17 (1), S. 39. DOI: 10.1186/s12913-017-1997-6.

Stolzenburg, Susanne; Freitag, Simone; Evans-Lacko, Sara; Muehlan, Holger; Schmidt, Silke; Schomerus, Georg (2017): The Stigma of Mental Illness as a Barrier to Self Labeling as Having a Mental Illness. In: *J Nerv Ment Dis* 205 (12), S. 903–909. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000756.

Suka, Machi; Yamauchi, Takashi; Sugimori, Hiroki (2016): Help-seeking intentions for early signs of mental illness and their associated factors: comparison across four kinds of health problems. In: *BMC Public Health* 16, S. 301. DOI: 10.1186/s12889-016-2998-9.

ten Have, Margreet; de Graaf, Ron; Ormel, Johan; Vilagut, Gemma; Kovess, Viviane; Alonso, Jordi (2010): Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. In: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 45 (2), S. 153–163. DOI: 10.1007/s00127-009-0050-4.

Thompson, Anna; Hunt, Caroline; Issakidis, Cathy (2004): Why wait? Reasons for delay and prompts to seek help for mental health problems in an Australian clinical sample. In: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39 (10), S. 810–817. DOI: 10.1007/s00127-004-0816-7.

Üstün, T. Bedirhan; Chatterji, Somnath; Kostanjsek, Nenad; Rehm, Jürgen; Kennedy, Cille; Epping-Jordan, Joanne et al. (2010): Developing the World Health Organization Disability

Assessment Schedule 2.0. In: *Bull World Health Organ* 88 (11), S. 815–823. DOI: 10.2471/BLT.09.067231.

van Os, Titus W.D.P; van den Brink, Rob H.S; Tiemens, Bea G.; Jenner, Jack A.; van der Meer, Klaas; Ormel, Johan (2004): Are effects of depression management training for General Practitioners on patient outcomes mediated by improvements in the process of care? In: *J Affect Disord* 80 (2-3), S. 173–179. DOI: 10.1016/S0165-0327(03)00074-0.

van Ryn, Michelle; Vinokur, Amiram D. (1992): How did it work? An examination of the mechanisms through which an intervention for the unemployed promoted job-search behavior. In: *Am J Community Psychol* 20 (5), S. 577–597. DOI: 10.1007/BF00941773.

van Spijker, Bregje A. J.; Batterham, Philip J.; Calear, Alison L.; Farrer, Louise; Christensen, Helen; Reynolds, Julia; Kerkhof, Ad J. F. M. (2014): The suicidal ideation attributes scale (SIDAS). Community-based validation study of a new scale for the measurement of suicidal ideation. In: *Suicide Life Threat Behav* 44 (4), S. 408–419. DOI: 10.1111/sltb.12084.

Velligan, Dawn I.; Weiden, Peter J.; Sajatovic, Martha; Scott, Jan; Carpenter, Daniel; Ross, Ruth; Docherty, John P. (2010): Assessment of adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: recommendations from the Expert Consensus Guidelines. In: *J Psychiatr Pract* 16 (1), S. 34–45. DOI: 10.1097/01.pra.0000367776.96012.ca.

Virgolino, Ana; Heitor, Maria João; Carreiras, Joana; Lopes, Elisa; Øverland, Simon; Torp, Steffen et al. (2017): Facing unemployment: study protocol for the implementation and evaluation of a community-based intervention for psychological well-being promotion. In: *BMC Psychiatry* 17 (1), S. 261. DOI: 10.1186/s12888-017-1416-x.

Wabnitz, Pascal; Hemkendreis, Bruno; Ostermann, Silke; Kronmüller, Klaus-Thomas; Erdsiek, Rolf; Nienaber, André (2019): Gesundheitscoach – Niedrigschwellige Begleitung von psychisch belasteten Arbeitslosengeld II Empfängern: Darstellung des Gütersloher Pilotprojekts. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 81 (4), e93-e100. DOI: 10.1055/s-0043-119066.

Waldmann, Tamara; Staiger, Tobias; Oexle, Nathalie; Rüsch, Nicolas (2020): Mental health literacy and help-seeking among unemployed people with mental health problems. In: *J Ment Health* 29 (3), S. 270–276. DOI: 10.1080/09638237.2019.1581342.

Waldmann, Tamara; Staiger, Tobias; Rüsch, Nicolas; Kilian, Reinhold (2021): Costs of health service use among unemployed and underemployed people with mental health problems. In: *J Ment Health Policy Econ* (24), 31-41.

Weber, Andreas; Hörmann, Georg; Heipertz, Walther (2007): Unemployment and Health – a Public Health Perspective. 104(43): In: *Dtsch Arztebl* 104 (43), S. 2957–2962. Online verfügbar unter https://www.aerzteblatt.de/archiv/57333/Arbeitslosigkeit-und-Gesundheit-aus-sozialmedizinischer-Sicht, zuletzt geprüft am 12.12.2020.

Weiss, Mitchell G.; Ramakrishna, Jayashree; Somma, Daryl (2006): Health-related stigma: rethinking concepts and interventions. In: *Psychol Health Med* 11 (3), S. 277–287. DOI: 10.1080/13548500600595053.

Wermelinger Ávila, Maria Priscila; Lucchetti, Alessandra Lamas Granero; Lucchetti, Giancarlo (2017): Association between depression and resilience in older adults: a systematic review and meta-analysis. In: *Int J Geriatr Psychiatry* 32 (3), S. 237–246. DOI: 10.1002/gps.4619.

Wigand, Moritz E.; Oexle, Nathalie; Waldmann, Tamara; Staiger, Tobias; Becker, Thomas; Rüsch, Nicolas (2019): Predictors of help-seeking in unemployed people with mental health problems. In: *Int J Soc Psychiatry* 65 (7-8), S. 543–547. DOI: 10.1177/0020764019868262.

Wilson, Coralie J.; Deane, Frank P.; Ciarocchi, Joseph V.; Rickwood, Debra (2005): Measuring help seeking intentions: Properties of the General Help Seeking Questionnaire. In: *Can J Couns* 39 (1), S. 15–28, zuletzt geprüft am 12.12.2020.

Yip, Paul S. F.; Cheung, Yin Bun (2006): Quick assessment of hopelessness: a cross-sectional study. In: *Health Qual Life Outcomes* 4, S. 13. DOI: 10.1186/1477-7525-4-13.

Zhang, Chun-Qing; Leeming, Emily; Smith, Patrick; Chung, Pak-Kwong; Hagger, Martin S.; Hayes, Steven C. (2017): Acceptance and Commitment Therapy for Health Behavior Change: A Contextually-Driven Approach. In: *Front Psychol* 8, S. 2350. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.02350.

6 Anhang

1. Publikation

Staiger, T.; **Waldmann, T.**; Rüsch, N.; Krumm, S. (2017) *Barriers and facilitators of help-seeking among unemployed people with mental health problems: a qualitative study*. BMC Health Service Research. 17(1):39. DOI: 10.1186/s12913-017-1997-6.

Copyright:
Dieser Artikel ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (CC BY 4.0), https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de.

Die final veröffentlichte Version des Manuskripts ist verfügbar unter:
https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-1997-6

Folgende Anteile habe ich an dieser Publikation erbracht:

- Ansprache und Rekrutierung der Studienteilnehmenden
- Durchführung der Hälfte der Interviews
- Transkription von 3-4 Interviews
- Analyse der Interviews in Zusammenarbeit mit T. Staiger und S. Krumm
- Miterstellung des Manuskripts (ca. 30 %)

Staiger et al. BMC Health Services Research (2017) 17:39
DOI 10.1186/s12913-017-1997-6

BMC Health Services Research

RESEARCH ARTICLE Open Access

Barriers and facilitators of help-seeking among unemployed persons with mental health problems: a qualitative study

Tobias Staiger*, Tamara Waldmann, Nicolas Rüsch and Silvia Krumm

Abstract

Background: Unemployed people with mental health problems often do not use mental health services and therefore do not benefit from available therapies. As unemployed individuals outside the healthcare system are a hard-to-reach group, barriers to and facilitators of mental health service use are poorly understood. The purpose of this study was to identify barriers to and facilitators of help-seeking and service use based on experiences of unemployed people with mental health problems.

Methods: Fifteen qualitative semi-structured individual interviews were conducted with unemployed persons who reported mental health problems. Interview topics included individual experience with help-seeking and mental health service use with a focus on barriers and facilitators. Transcripts were analysed using qualitative content analysis and major themes were identified.

Results: Participants reported being treated as "different" within their social environment as well as by health care professionals because of their mental health problems, which resulted in a lack of self-esteem and avoidance of help-seeking. Interviewees associated negative attributes with help-seeking such as helplessness and weakness. They equated psychiatric medication with illegal drugs and worried about the risk of addiction. However, social support and a desire for change on the other hand increased the motivation to search for help. Employment agency staff were mostly perceived as supportive by individuals seeking mental health services.

Conclusions: Unemployed individuals with mental health problems faced barriers and facilitators when seeking help on three different levels: (1) mental health literacy; (2) stigma and discrimination; and (3) structures and conditions of health care. Awareness and attitudes of health care professionals concerning mental health issues should be improved. Stigmatisation of people with mental illnesses should be reduced in health care settings. Training for employment agency staff concerning mental health problems and services is recommended.

Keywords: Mental health, Unemployment, Help-seeking, Service use, Stigma, Mental health literacy

Background

Unemployment, mental health and help-seeking

Mental health problems may be both a result of and a risk factor for unemployment [1]. Unemployed individuals have a higher risk of mental illness (odds ratios between 1.5 and 3.5) than employees [2, 3], and report higher levels of depressive symptoms and anxiety [4]. Health effects of unemployment depend on several factors, including education, income during unemployment and the duration of joblessness. The longer the unemployment, the higher the mental strain [5, 6]. However, unemployed people with mental health problems often choose not to use mental health services and therefore do not benefit from available psychopharmacological and psychosocial therapies [7]. The resulting treatment gap has harmful consequences for individuals, families and society, such as poor clinical outcomes, deterioration of health and longer unemployment. Higher rates of service use would decrease the illness-related burden of mental disorders [8] and greatly reduce the economic costs of mental illness [9].

* Correspondence: Tobias.Staiger@uniklinik-ulm.de
Department of Psychiatry II, Ulm University and BKH Günzburg, Parkstraße 11, 89073 Ulm, Germany

BioMed Central

© The Author(s). 2017 **Open Access** This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.

Besides clinical symptoms, insight, accessibility and quality of services [10, 11], two additional factors influence the choice whether or not to seek help: knowledge about mental illness and available treatments [12] and stigma as a barrier to help-seeking [13, 14]. Both factors have the advantage of being potentially amenable to interventions. If people do not recognise mental illnesses or are not aware of the potential benefits of treatments, they are less likely to seek help [15].

Stigma as a barrier to mental health care

The stigma of mental illness is common and describes a process involving stereotypes, prejudice and discrimination [16, 17]. Corrigan [13] reports that three factors influence help-seeking behaviours of people who might benefit from mental health treatment: public stigma ("all people with mental illness are dangerous"); self-stigma ("I have a mental illness, so I must be dangerous") and structural stigma, which involves processes that represent macro level units rather than individuals, for example, waiting times for treatment as a consequence of limited funding for mental health services [13]. Stigma is an obstacle to seeking help in two equally pernicious ways [18, 19]. First, people with mental illness may avoid treatment in order not to be labelled "mentally ill" and to avoid public stigma as a negative consequence of the label; second, they can suffer from self-stigma and demoralisation, which undermines their motivation to seek help [20]. A systematic review concerning the impact of mental health-related stigma on help-seeking showed negative associations between stigma and help-seeking [14]. Furthermore, qualitative findings suggest a relationship between stigma and help-seeking based on the following five items [14]: (1) dissonance between a person's preferred self-identity and common stereotypes about mental illness; (2) experience of negative consequences; (3) preference for non-disclosure; (4) stigma-related strategies used by individuals to enable help-seeking; and (5) stigma-related aspects of care that facilitate help-seeking. Treatment-related stigma and label avoidance are common barriers to help-seeking. In two recent studies participants perceived help-seeking as a sign of weakness or a failure to cope with their own problems (treatment-related stigma). Others put off help-seeking because they felt stigmatised by being identified and labelled as mentally ill (illness-related stigma) [21, 22].

Unemployed people with mental health problems might be affected by stigma associated with their unemployment and with their mental illness. The general public associates unemployment with incompetence [23]. O'Donnell et al. [24] tested the impact of anticipated social discrimination on psychological distress and somatic symptoms in a sample of unemployed people. Participants with higher anticipated discrimination also reported greater distress as well as more physical health problems. As a consequence, unemployed people with mental health problems might be reluctant to seek help in order not to be labelled "jobless".

Aims and research question

In order to develop adequate services and to increase help-seeking in this vulnerable group, there is a need to better understand barriers to and facilitators of service use among unemployed individuals. Therefore the purpose of this study was to identify barriers to and facilitators of help-seeking and service use based on experiences of unemployed people with mental health problems. Since most previous studies so far were quantitative and examined associations between barriers and help-seeking, we used a qualitative approach to identify barriers and facilitators associated with help-seeking and service use among unemployed people with mental health problems.

Methods

Instrument

Based on the literature and informal discussions with service users and relatives, we developed a semi-structured interview guide [25] with a series of questions on the following topics (Table 1): (i) dealing with unemployment and mental stress; (ii) stigma-related facilitators of and barriers to service use; (iii) knowledge-related facilitators and barriers; (iv) any other potential barriers and facilitators; (v) recommendations for optimising mental health care services. Although the interview guide had few specific questions on facilitators compared to questions on barriers, open questions allowed participants to describe barriers as well as facilitators.

Recruitment

We recruited a socio-demographically, clinically and unemployment-related diverse sample. By means of handouts and flyers, participants were recruited from employment agencies and social organisations between November 2014 and February 2015. The wording on the flyers/handouts was "Are you unemployed and suffer from worries, distress or mental health problems?". Inclusion criteria were: unemployment, self-reported psychological distress, speaking German fluently, age between 18 and 63; exclusion criteria were: a current paid job with more than 14 h/week or earning more than €450/month.

Data collection

We carried out individual in-depth interviews with 15 unemployed persons who reported mental health problems until we reached theoretical saturation [26]. The

Table 1 Interview guide

	Topic	Question
i	Dealing with unemployment and mental stress	How do you deal with your joblessness?
		How do family/friends react?
		How do you deal with your psychological stress?
		Where are you looking for support?
ii	Stigma-related facilitators of and barriers to service use	How is your mental health?
		Can you report negative experiences or unfair treatment by others because you have mental health problems?
		Have you experienced stigma or discrimination because you used or wanted to use mental health services? If yes, would you tell us about a situation, please?
iii	Knowledge-related facilitators and barriers	What do you call a 'mental illness'?
		What do you know about mental health, stress and mental illnesses?
		What do you know about how to prevent a mental illness?
		What would you do to help someone you know if she or he had a mental illness?
		If you had a mental illness, where would you seek help?
		Where and how do you find information about mental illnesses?
iv	Any other potential barriers and facilitators	If you decided to seek professional help for mental distress, would there be any barriers to actually getting help?
v	Recommendations for optimising mental health care services	Are there kinds of help you would recommend in the case of a mental illness?

duration of the interviews was between 30 and 100 min. Interviews took place either at home, in a café or in the facilities of Ulm University.

Analysis

Data were analysed by Qualitative Content Analysis [27] using the following steps: (i) Interviews were audio-recorded and transcribed verbatim; (ii) potential categories were defined, derived from the theoretical background and research questions; (iii) inductive codes were formulated based on the material; (iv) codes were collated into potential themes and themes were checked for consistency with coded extracts across the dataset, themes were refined and summarised into categories. The interviews were coded independently by two researchers (TW, TS) so that codings could be compared. Discordant coding was discussed with other researchers until consensus was reached. We used MAXQDA 11 (www.maxqda.com) for data analysis. Interview citations were translated from German into English after the analysis.

Validation

To validate our findings, interview participants were invited to comment on and discuss the findings. Four interviewees participated in a focus group which took 100 min and was audio-recorded and transcribed verbatim. The transcript was analysed using both inductive (bottom-up) and deductive approaches (the latter based on the initial interview guide, outlined above, and the thematic coding framework that emerged from the individual interviews) [28]. The focus group covered participants' views about identified themes (e.g. in terms of plausibility and comprehensive coverage of topics), cross-validating the findings from the individual interviews. The focus group confirmed the following findings and did not lead to changes in descriptions of the findings.

Results

Sampling characteristics

Participants differed in terms of age, gender, ethnicity, socio-economic status, education level, clinical history, family status, form of living and years of unemployment. Most participants were born in Germany (80%), median age was 55 (from 19 to 63), mean age was 48 years and about half were female (7♀ and 8♂). One third was single and about half (53%) divorced, 60% lived alone. About one in two had a university entrance diploma (47%). About one quarter reported that they had depression (27%), followed by bipolar, schizoaffective and anxiety disorders. About half of the interviewees did not specify their mental disorder. The length of the current episode of unemployment was between two months and 15 years.

Based on the research question, we generated the main categories of "barriers to help-seeking and service use" and "facilitators of help-seeking and service use" (Table 2). The analyses provided information about the

Table 2 Barriers and facilitators of help-seeking and service use

Main Category	Barriers	Facilitators
Mental Health Literacy	Fear of side effects of psychopharmacological treatment	Gaining knowledge as motivation factor for treatment
	Ineffective psychiatric help	Awareness and acceptance of illness
Stigma and discrimination – experiences	Perceived discrimination by mental health care professionals	Growing acceptance of mental health service use
	Stigma in the social environment	
	Internalised stereotypes associated with help-seeking	
Structures and conditions of health care	Miscommunication between therapist and patients	GP as facilitator and supporter
	GPs' lack of interest in mental health problems	Positive relationship between patient and therapist
		The role of employment agency staff

formulated sub-categories of mental health literacy as well as stigma and discrimination related to help-seeking. These aspects were generated deductively based on previous research on stigma- and knowledge-related barriers. Further findings pointed to barriers and facilitators related to structures and conditions of health care, generated inductively from our data.

Categories of findings: Barriers of help-seeking

Low mental health literacy

This category summarises statements about knowledge concerning psychological distress and help-seeking which influenced help-seeking decisions. The findings indicated fears of an adverse impact of psychopharmacological treatment. Interviewees were worried about experiencing a personality change and therefore rejected psychopharmacological treatment. As one male interviewee put it:

> I really refuse medication. I have just witnessed this among my acquaintances. There's someone who has changed to total euphoria. That's probably because he has downed the according amount of antidepressants. He has become the exact opposite (Participant 1, ♂, 55y).

Furthermore, participants equated psychiatric medication with illegal drugs. As a consequence, they perceived medical treatment to be harmful and worried about the risk of addiction (Participant 2, ♂, 63y). Other respondents described psychiatric help as ineffective and not suitable for solving individual problems. One person said: "Nobody can help me anyway. I do not have this qualification, I have not found a job and it's pointless anyway" (Participant 3, ♀, 54y). The interviewee mentioned her unemployment status as the key problem and refused to seek help. But there seemed to be a need for support, as further passages referred to social withdrawal: "And for me it's really hard leaving the house at all. On the bus occasionally I break into sweats. I don't feel well among people anymore" (Participant 3, ♀, 54y).

Stigma and discrimination

The interviewees addressed experiences of unfair treatment due to mental illness. They reported discrimination by mental health professionals. Some respondents described experiences of stigma and physical abuse, for example, after a compulsory admission. One man said:

> We were the scum of the earth for them. They were infamous especially for their mechanical restraints. Some of them really enjoyed using these restraints and one of them once confessed to me that he really liked doing so aggressively (Participant 4, ♂, 61y).

Others reported negative experiences within their social environment. A respondent described the reactions of family and neighbours to his mania, which made it harder to seek help in the future:

> My wife got scared and called the police and the ambulance and they, of course, came and took me with them. As a consequence we lost our flat because a neighbour said she was scared of me and did not want to live close to a mentally ill person (Participant 4, ♂, 61y).

Other interviewees reported a lack of empathy among family and friends. One participant said: "They are normal down-to-earth people who say 'Come on, it's not that bad, don't make such a fuss, everything will be alright' and so on" (Participant 1, ♂, 55y). Furthermore, participants felt under pressure because they were not successful at university. This led to additional strains, which worsened the respondent's situation:

> I just feel bad because I feel that I disappoint them by, for example, not pulling off my studies. And so things get worse and worse because I feel I disappoint them and they will condemn me (Participant 5, ♂, 25y).

Further analysis showed that interviewees refused to seek help due to treatment-related stigma. One respondent

(Mr. Schmidt) spoke of himself in the third person: "To say 'Would you help me, please?' Schmidt is not able to say that, Schmidt will not say that. Before he would say that, he'd rather shoot himself" (Participant 2, ♂, 63y). The interviewee associated help-seeking with specific attributes. He described that he felt helpless and injured, when seeking mental health services:

> I don't want to play the helpless and the mortally wounded. I don't like that. That's not me. I'm hanging in there, if necessary. And if I really cannot go on, there is another solution for me (Participant 2, ♂, 63y).

On the other hand participants felt a growing societal acceptance to disclose mental health problems and seek professional help. One respondent noted:

> For a few years it's been so in the open. As far as psychologists and psychiatrists are concerned, there's no secret *(whispers)* 'I go to see a psychologist'. Back then things were different (Participant 6, ♀, 58y).

Structures and conditions of health care organisations

As well as barriers related to mental health literacy, participants reported structural barriers to psychiatric help. The interpersonal level in the communication between therapist and patient seemed to be key for successful service use. Therefore miscommunication was also mentioned as a barrier:

> I said 'Well, young man, I have not taken one step forward through the conversation we've just had. You have not let go anything at all, you have only listened to me very little. And then you cut in and tried twisting Schmidt's words. You want to sell me something, that's all' (Participant 2, ♂, 63y).

The participant criticised that the therapist did not listen to him and therefore did not understand the patient's needs. As a consequence the participant ended the psychotherapy. Another interviewee reported his experiences in a psychiatric hospital:

> The female nurses didn't care anyway, and the male nurses used to hide in the nurses' station and all they did was dispense some medication. The doctors did not stand by us anyway. They rather questioned us but, eh, these were not really helpful, supportive conversations (Participant 4, ♂, 61y).

Further respondents criticised a lack of interest in mental health problems by general practitioners (GPs). An interviewee described the reaction of his GP:

> I don't know – he gave me the impression that mental health was not his area of expertise. Yeah – that he was rather focused on doctor's stuff and disregarded mental health (Participant 7, ♂, 63y).

The restricted view of emotional stress led to a feeling of 'not being taken seriously' despite a need for help. As a result, a possible source of help was lost. One participant said:

> In general, that's the problem with my GP. He does not support me a lot. If I ask for a second opinion somewhere else he'd say 'okay, go for it', but he won't ask for it himself. That's not positive (Participant 7, ♂, 63y).

Facilitators of help-seeking

Increased mental health literacy

Knowledge about psychological distress and help-seeking had a positive impact on mental health service use. Some people expressed their willingness to learn about mental disorders. Others indicated that illness awareness increased help-seeking. Since the interviewees' reasons for help-seeking indicated an intrinsic motivation to seek information about possible health care services, gaining knowledge can be a motivational factor for dealing with one's illness and to seek help: "… that I get some kind of input from the outside, maybe people giving me some advice so I can draw some kind of conclusions" (Participant 1, ♂, 55y). Due to better knowledge, some participants were more aware of their psychological functioning and had a better understanding of their symptoms: "[…] just because I read up on my illness I had this brought home to me: yeah, that's what it is" (Participant 8, ♀, 22y). Moreover, an awareness of their illness seemed to have a positive impact on help-seeking and use of treatment. One participant explained his awareness of his poor mental health as the beginning of his help-seeking: "[…] it got worse and worse all the time, it didn't get any better, and it finally dawned on me that I couldn't make it on my own" (Participant 5, ♂, 25y).

Another motivation for help-seeking was the increased suffering combined with the inability to deal with it alone. One woman stated:

> In the end there was no question I wouldn't do it, because I really knew I wouldn't make it on my own. I was getting worse and worse all the time and if I kept going like that, the emergency doctor would come and get me (Participant 9, ♀, 55y).

Enhancing structures and conditions of formal and informal help

Some participants described positive characteristics of GP and psychiatric care. Guidance by the GP was

described and expected: "I would start with my GP, hoping he'd say to me 'See this psychologist or psychiatrist, he's good" (Participant 2, ♂, 63y). Others saw their GP as a source of emotional support: "As I said, I found it helpful that my doctor stood by me" (Participant 6, ♀, 58y). Regarding psychiatric-psychotherapeutic care, a positive relationship between patient and therapist seemed to be essential and was, for example, reflected by a welcoming attitude:

> The staff made me feel very welcome. I felt totally integrated into the place. I had a mentor – I liked that, too. All the doctors were quite nice, I did not have any problems there at all (Participant 9, ♀, 55y).

Others referred to positive characteristics of therapists. Long-term support as well as a good personal relationship were perceived as crucial: "I already knew him as I was in his group therapy. He was a very nice and empathic person. He also helped me through my work life and when I developed test anxiety" (Participant 4, ♂, 61y). Additionally, sufficient time to talk with the therapist was considered important for mental health care: "These were one-on-one conversations. One-on-one conversations over a long period of time, we were not under time pressure at all and there were no requirements from the institution" (Participant 4, ♂, 61y).

Next to mental health care structures, employment agency staff were mentioned as important sources of help. For instance, after dropping out of a job programme, a person searched for help from her personal official:

> I got kicked out of the programme. That's why I had a talk with the employment agency official. At first he thought I just wasn't interested and said 'the notice of termination is fixed'. But then he realised that this affected me, that I wanted to be part of it. So he came up to me, started the conversation, listened to me, answered in a sensible way. I saw that he was interested, so I began to talk. That was good. I was more motivated and I felt better (Participant 10, ♀, 19y).

This interviewee described that, after she had left her job programme, the employment agency official first assumed she did not want to continue. Later the unemployment agency official developed interest in her situation. Due to his communicative abilities, the interviewee gained trust and started to talk about her mental health problems.

Discussion

We set out to identify barriers to and facilitators of help-seeking among unemployed persons with mental health problems. We investigated factors related to the following three groups of themes: mental health literacy; experiences of stigma and discrimination; structures and conditions of health care. Concerning mental health literacy, our findings indicate that specific knowledge about treatment affected help-seeking and service use. Gaining knowledge about mental illnesses was one motivation to seek help. Awareness of one's own situation and realising that it was not possible to deal with it alone also facilitated help-seeking. These results are in line with previous findings that people who recognise their mental health problems are more likely to seek professional help or psychopharmacological treatment [12, 19]. Findings highlighted worries about the adverse impact of psychopharmacological treatment and negative attitudes towards medication, which was perceived to be addictive and ineffective [29].

Other attitudes towards psychiatric treatment resulted from socio-economic conditions. In this study, unemployment and the resulting hopelessness were reasons not to seek help. Participants described psychiatric help as ineffective because joblessness was perceived as the main stressor. One possible explanation is based on three different phases of reactions to unemployment. After (i) a shock and, when all efforts fail, (ii) a pessimistic attitude concerning reemployment develops: "the individual becomes fatalistic and adapts himself to his new state but with a narrower scope. He now has (iii) a broken attitude" [30, 31]. Particularly the last phase of resignation might explain the lack of help-seeking. It appeared difficult, especially for the long-term unemployed, to motivate themselves to find treatment or a job. This may help to better understand the role of unemployment in non-help-seeking. Because of a "broken attitude" [30] interviewees tended to socially withdraw and therefore did not seek help. They stressed unemployment as their main issue and refused help-seeking for mental health problems.

With respect to mental health problems and help-seeking participants mentioned both public stigma and self-stigma [13]. Some reported being stigmatised by neighbours and therefore experienced discrimination based on stereotypes ("People with mental illness are dangerous"). In particular someone sought help and lost his flat because a neighbour did not want to live close to someone with a mental illness. These findings are consistent with a systematic review on the stigma associated with treatment for mental health problems [14]. Based on their analysis of qualitative studies, the authors emphasised the experience of negative consequences as a reason not to seek help.

Other participants reported a lack of empathy within their social environment. They did not feel they were taken seriously, especially by family members. This

finding is supported by van der Sanden et al. [32] who described that family members of people with mental illness reported lower levels of perceived closeness to their ill relative than to extended family members. Moreover, participants felt discriminated by health care professionals and reported unfair treatment. This is consistent with previous research that, in general hospital settings, care and support for people with mental illness was poorer in comparison with patients without mental illness [33].

Further results showed that participants associated negative attributes with help-seeking. They felt helpless and vulnerable when they sought mental health services. This finding supports the hypothesis that negative societal images of those who seek psychological services may be internalised [13]. Help-seeking was seen as a sign of weakness or failure to cope with personal problems. Studies have shown that this type of treatment-related self-stigma seemed to be an important factor for help-seeking decisions. Vogel et al. [34] could show that perceived public stigma was positively related to self-stigma, that self-stigma was negatively associated with attitudes towards counselling and that these attitudes were positively associated with willingness to seek help for psychological concerns.

Our findings underline the role of structures and conditions of health care. In particular, communication between therapist and patient as well as a positive relationship facilitates help-seeking and service use. These results are in line with previous findings. Communication skills of GPs were shown to be an important factor affecting specific interventions for depression [35]. If GPs participated in a training programme of 20 h, depression treatment and patient outcomes improved significantly. If GPs were able to be an advisor in the context of depression treatment, as expected by our participants, patient outcomes could be improved. Other findings indicated a lack of interest in mental health problems on the part of GPs. The importance of this finding can be understood in the context of the Goldberg-Huxley model of the pathway to psychiatric care [36]. Its central thesis is that patients have to pass a series of filters before entering mental health services. The authors described the lack of recognition of mental illness by GPs as a possible obstacle to reaching mental health services. Furthermore, findings showed that participants refused to ask professional health care staff for help, but sought help in their social environment. Employment agency staff were seen as a first source to ask for help or advice.

Limitations of our study need to be considered. The inclusion of participants was not based on a detailed screening questionnaire, but on self-reported mental health problems and unemployment. Eighty per cent of the respondents were German citizens. Thus, it was not possible to examine differences in help-seeking behaviour between ethnic groups. Despite these limitations, our findings offer implications for future research and for interventions for improving help-seeking among unemployed persons with mental health problems. Awareness and attitudes of health care professionals concerning mental health issues should be improved, beginning with students of medicine and psychology. Training for employment agency staff on mental health problems and services would be helpful, for example, in terms of supported employment. This approach includes employment activities based on individual preferences and needs, integration of employment services into mental health services and personalised benefits planning [37]. Due to the fact that the concept of supported employment is not routinely implemented in the German health care system or the German Federal Employment Agency, policy changes and funding are needed to address this limitation. Since migration plays a major role in Europe, future studies should include more ethnically diverse samples to examine different coping styles and help-seeking needs in the case of mental health problems and unemployment.

Conclusions

Unemployed individuals with mental health problems face barriers when seeking help, but also benefit from facilitators. These aspects can be divided into three different levels: (1) influence of low or increased mental health literacy: Participants fear an adverse impacts of psychopharmacological treatment and describe psychiatric help as ineffective. However, gaining knowledge on the other hand seems to be a motivational factor for treatment. Furthermore, awareness and acceptance of illness facilitate help-seeking. (2) Existence of stigma and discrimination: Although there seems to be more acceptance concerning help-seeking for mental health problems, stigma and discrimination by health care professionals as well as by friends and family continue. Participants see help-seeking as a sign of weakness and associate it with negative attributes such as helplessness. (3) Structures and conditions of health care: Miscommunication between therapist and patients as well as GPs' neglect of mental health problems are barriers to help-seeking. In contrast, other respondents describe GPs as supportive and stress that a positive relationship between patient and therapist facilitates help-seeking. Finally, employment agency staff can assist with job searches as well as being a first place to turn to for help or advice.

Additional file

Additional file 1: German responses. (DOCX 15 kb)

Abbreviations
GP: General practitioner

Acknowledgements
We are grateful to the German Federal Employment Agency and its Medical Service as well as to joint local agencies and approved local providers for their support with participant recruitment. The authors are very grateful to all participants. We acknowledge financial support for the Article Processing Charge from the Open Access Publication Fund of Ulm University.

Funding
The study was supported by funding from the German Research Foundation (DFG, grant nr. RU 1200/3-1).

Availability of data and materials
All data generated or analysed during this study are included in this published article and its supplementary information files (Additional file 1).

Authors' contributions
NR proposed the project idea. SK and NR supervised the project. TW and TS undertook literature research, and conducted and analysed the interviews. TS drafted the manuscript. All authors contributed to and approved the final manuscript.

Authors' information
Not applicable.

Competing interests
The authors declare that there is no conflict of interest.

Consent for publication
Not applicable.

Ethics approval and consent to participate
The ethics committee of Ulm University approved the study (ref. nr. 344/13). All procedures contributing to this work comply with the ethical standards of the committee. Interviewees received detailed information about the study and provided written informed consent.

Received: 4 August 2016 Accepted: 10 January 2017
Published online: 17 January 2017

References
1. Olesen SC, Butterworth P, Leach LS, Kelaher M, Pirkis J. Mental health affects future employment as job loss affects mental health: findings from a longitudinal population study. BMC Psychiatry. 2013;13:144.
2. Baumeister H, Härter M. Prevalence of mental disorders based on general population surveys. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2007;42:537–46.
3. Honkonen T, Virtanen M, Ahola K, Kivimaki M, Pirkola S, Isometsa E, Aromaa A, Lonnqvist J. Employment status, mental disorders and service use in the working age population. Scand J Work Environ Health. 2007;33:29–36.
4. Brand JE. The far-reaching impact of job loss and unemployment. Annu Rev Sociol. 2015;41:359–75.
5. Jahoda M, Lazarsfeld PF, Zeisel H. The sociography of an unemployed community, Marienthal. Chicago: Aldine; 1971. first published in German in 1933.
6. Drydakis N. The effect of unemployment on self-reported health and mental health in Greece from 2008 to 2013: A longitudinal study before and during the financial crisis. Soc Sci Med. 2014;128:43–51.
7. Åhs AM, Burell G, Westerling R. Care or not care – that is the question: Predictors of healthcare utilisation in relation to employment status. Int J Behav Med. 2011;19:29–38.
8. Andrews G, Issakidis C, Sanderson K, Corry J, Lapsley H. Utilising survey data to inform public policy: Comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. Br J Psychiatry. 2004;184:526–33.
9. London School of Economics and Political Science. Centre for Economic Performance. Mental Health Policy Group. The depression report: a new deal for depression and anxiety disorders, London. In: LSE Research Online. 2006. http://eprints.lse.ac.uk/archive/00000818. Accessed 19 July 2016.
10. Drake RE, Bond GR, Essock SM. Implementing evidence-based practices for people with schizophrenia. Schizophr Bull. 2009;35:704–13.
11. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, Docherty JP. Assessment of adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: recommendations from the Expert Consensus Guidelines. J Psychiatr Pract. 2010;16:34–45.
12. Bonabi H, Müller M, Ajdacic-Gross V, Eisele J, Rodgers S, Seifritz E, Rössler W, Rüsch N. Mental health literacy, attitudes to help seeking, and perceived need as predictors of mental health service use: A longitudinal study. J Nerv Ment Dis. 2016;4:321–4.
13. Corrigan PW. How stigma interferes with mental health care. Am Psychol. 2004;59:614–25.
14. Clement S, Schaumann O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, Morgan C, Rüsch N, Brown JSL, Thornicroft G. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. Psychol Med. 2015;45:11–27.
15. Jorm AF. Mental health literacy. Empowerment the community to take action for better mental health. Am Psychol. 2012;67:231–43.
16. Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. Eur Psychiatry. 2005;20:529–39.
17. Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: A review of population studies. Acta Psychiatr Scand. 2006;113:163–79.
18. Rüsch N, Corrigan PW, Wassel A, Michaels P, Larson JE, Olschewski M, Wilkniss S, Batia K. Self-stigma, group identification, perceived legitimacy of discrimination and mental health service use. Br J Psychiatry. 2009;195:551–2.
19. Schomerus G, Angermeyer MC. Stigma and its impact on help-seeking for mental disorders: What do we know? Epidemiol Psichiatr Soc. 2008;17:31–7.
20. Corrigan PW, Larson JE, Rüsch N. Self-stigma and the "why try" effect: Impact on life goals and evidence-based practices. World Psychiatry. 2009;8:75–81.
21. Savage H, Murray J, Hatch SL, Hotopf M, Evans-Lacko S, Brown JSL. Exploring professional help-seeking for mental disorders. Qual Health Res. 2015;26:1–12.
22. Clement S, Brohan E, Jeffery D, Henderson C, Hatch SL, Thornicroft G. Development and psychometric properties the Barriers to Access to Care Evaluation scale (BACE) related to people with mental ill health. BMC Psychiatry. 2012;12:36.
23. Ho G, Shih M, Walters DJ, Pittinsky TL. The Stigma of Unemployment: When joblessness leads to being jobless. In: UCLA: The Institute for Research on Labor and Employment. 2011. https://escholarship.org/uc/item/7nh039h1. Accessed 29 July 2016.
24. O'Donnell AT, Corrigan F, Gallagher S. The impact of anticipated stigma on psychological and physical health problems in the unemployment group. Front Psychol. 2015;6:1263.
25. Wengraf T. Qualitative research interviewing: biographic narratives and semi-structured methods. London: Sage; 2001.
26. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Chicago: Aldine; 1967.
27. Mayring P. Qualitative content analysis. Forum: Qualitative Social Research. 2000;2:1–10.
28. Krueger RA, Casey MA. Focus groups: a practical guide for applied research. 4th ed. London: Sage; 2009.
29. Economou M, Bergiannaki JD, Peppou LE, Karayanni I, Skalkotos G, Patelakis A, Souliotis K, Stefanis C. Attitudes towards depression, psychiatric medication and help-seeking intentions amid financial crisis: Findings from Athens area. Int J Soc Psychiatry. 2016;62:243–51.
30. Eisenberg P, Lazarsfeld P. The psychological effects of unemployment. Psychol Bull. 1938;35:358–90.
31. Ezzy D. Unemployment and mental health: a critical review. Soc Sci Med. 1993;37:41–52.
32. van der Sanden RL, Bos AE, Stutterheim SE, Pryor JB, Kok G. Experiences of stigma by association among family members of people with mental illness. Rehabilitation Psychology. 2013;58:73–80.
33. Henderson C, Noblett J, Parke H, Clement S, Caffrey A, Gale-Grant O, Schulze B, Druss B, Thornicroft G. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. Lancet Psychiatry. 2014;1:467–82.

34. Vogel DL, Wade NG, Hackler AH. Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. J Couns Psychol. 2007;54:40–50.
35. van Os TW, van den Brink RH, Tiemens BG, Jenner JA, van der Meer K, Ormel J. Are effects of depression management training for general practitioners on patient outcomes mediated by improvements in the process of care? J Affect Disord. 2004;80:173–9.
36. Huxley P. Mental illness in the community: The Goldberg-Huxley model of the pathway to psychiatric care. Nord J Psychiatry. 1996;50:47–53.
37. Becker DR, Drake RE. A working life for people with severe mental illness. New York: Oxford Press; 2003.

Submit your next manuscript to BioMed Central and we will help you at every step:

- We accept pre-submission inquiries
- Our selector tool helps you to find the most relevant journal
- We provide round the clock customer support
- Convenient online submission
- Thorough peer review
- Inclusion in PubMed and all major indexing services
- Maximum visibility for your research

Submit your manuscript at
www.biomedcentral.com/submit



2. Publikation

Waldmann, T.; Staiger, T.; Oexle, N.; Rüsch, N. (2020) *Mental health literacy and help-seeking among unemployed people with mental health problems.* J Ment Health. Jun;29(3):270-276. DOI: 10.1080/09638237.2019.1581342.

Copyright:
Dies ist die vom Journal of Mental Health © Taylor & Francis 2019 Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group akzeptierte Autorenversion (post-print version) des folgenden Artikels: **Waldmann, T**.; Staiger, T.; Oexle, N.; Rüsch, N. (2020) *Mental health literacy and help-seeking among unemployed people with mental health problems.* J Ment Health. Jun;29(3):270-276. DOI: 10.1080/09638237.2019.1581342. Dieser Artikel ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung - Nicht-kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (CC BY-NC-ND 4.0), https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/, welche das nicht-kommerzielle Teilen, Vervielfältigen und Weiterverbreiten in jedwedem Format oder Medium erlaubt, unter der Bedingung, dass angemessene Urheber- und Rechteangaben angegeben sind und er nicht verändert, bearbeitet oder darauf aufgebaut wird.

Die final veröffentlichte Version des Manuskripts ist verfügbar unter:
https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638237.2019.1581342

Folgende Anteile habe ich an dieser Publikation erbracht:

- Zusammenstellung der Fragebögen (inklusive des Screeningfragebogens) mit T. Staiger und N. Rüsch
- Ansprache und Rekrutierung der Studienteilnehmenden (inklusive Screening) mit T. Staiger
- Planung und Organisation der Teilnehmenden zur Datengenerierung mit T. Staiger
- Durchführung der Datenerhebung mit T. Staiger
- Datenanalyse
- Erstellung der Publikation (inklusive der Einarbeitung der Kommentare bei Wiedereinreichung)

Mental health literacy and help-seeking among unemployed people with mental health problems

Tamara Waldmann[1], Tobias Staiger[1], Nathalie Oexle[1], Nicolas Rüsch[1] *

[1] Department of Psychiatry II, University of Ulm and BKH Günzburg, Germany

Word count Abstract: 198
Word count text (excl. abstract, references, tables and figure): 2712
Number of Tables: 4
Number of Figures: 1

Running head: MHL and help-seeking

Second Revision of an Original article submitted to the *Journal of Mental Health*

*Corresponding author: Nicolas Rüsch, Department of Psychiatry II, University of Ulm and BKH Günzburg, Parkstrasse 11, 89073 Ulm, Germany, Email: nicolas.ruesch@uni-ulm.de, Tel. +49 731 500 62301

Financial support & Acknowledgements
This study was funded by the German Research Foundation (DFG, grant nr. RU 1200/3-1). We are grateful to the German Federal Employment Agency and its Medical Service as well as to joint local agencies and approved local providers for their support with participant recruitment. The authors are very grateful to all participants.

Availability of Data and Materials
Participants provided written informed consent under the condition of confidentiality of their data including restricted access of third parties. Therefore data cannot be shared.

Ethical standards
All individuals provided written informed consent. The study was approved by the Ethics Committee of Ulm University (ref. 344/13).

Abstract

Background: Unemployed people with mental health problems often do not use available mental health services. Help-seeking may depend on knowledge, recognition and attitudes associated with mental health – a concept referred to as mental health literacy (MHL).

Aim: To investigate the influence of MHL on help-seeking intentions and behaviors among unemployed individuals with mental health problems.

Methods: A total of 301 unemployed individuals with mental health problems were recruited mainly from unemployment agencies in Southern Germany. MHL was assessed by the Mental Health Knowledge Schedule, the Depression Literacy Scale, and the Depression with Suicidal Thoughts Vignette. Help-seeking intentions and behaviors were measured using the General Help-Seeking Questionnaire. Associations between MHL and help-seeking intentions and behaviors were tested using regression analyses and structural equation modeling (SEM).

Results: All three MHL scales were significantly positively associated with help-seeking intentions and behaviors. In our SEM model, greater MHL was significantly associated with increased intentions and behaviors to seek help from health professionals (formal help) and from family and friends (informal help).

Conclusions: Among unemployed persons with mental health problems, programs to improve MHL could facilitate formal as well as informal help-seeking. Future research should examine the efficacy of MHL-interventions to increase help-seeking.

Declaration of interest: None.

Keywords: unemployment; mental health; help-seeking; mental health literacy

Introduction

Unemployment is associated with common mental disorders (Brown et al. 2003; Paul und Moser 2009; Pinto-Meza et al. 2013). In Germany, long-term unemployed individuals have a twofold (for women) or threefold (for men) risk of depression compared to the employed general population (Kroll et al. 2016), and reemployment has positive effects on mental health (Gebel und Voßemer 2014). As in other countries unemployment rates among people with mental illness are higher than among those without mental illness, such that about half of all Germans of working age with long-term mental disorders are unemployed (Oschmiansky et al. 2017b; Schubert et al. 2013a).

Many unemployed individuals with mental health problems do not seek mental health care (Lamb et al. 2012; Oschmiansky et al. 2017b). In a recent German study, only about one in five unemployed individuals with mental health problems sought mental health care (Hagen et al. 2018). This lack of help-seeking is a barrier to clinical recovery as well as to reemployment (Schubert et al. 2013a; Oschmiansky et al. 2017b). Self-help strategies are common, especially if people are experiencing mild symptoms. This could be explained by the Overlapping Waves of Action Model (Jorm et al. 2004). In terms of help-seeking, this model distinguishes self-help from professional help, depending on the level of distress: The more psychological distress individuals experience, the more they will shift from using self-help strategies (e.g., seek support from family and friends) to professional help (e.g., general practitioner/GP, counsellor or psychologist). In this article, we will refer to self-help as informal help and to professional help as formal help (Suka et al. 2015).

Knowledge, attitudes towards help-seeking and perceived effectiveness of mental health care predicts service use (Jorm 2012; Rüsch et al. 2011). Mental health literacy (MHL; Jorm 2012) includes general knowledge of mental health and treatment options, knowledge about specific mental illnesses, symptom recognition, attitudes towards mental health treatment, and knowledge how to prevent mental health problems. MHL influences informal and formal help-seeking intentions (Suka et al. 2015), and more positive attitudes about help-seeking were associated with increased service use (ten Have et al. 2010). In a Greek study, weaker help-seeking intentions were associated with male gender, unemployment and negative attitudes towards psychiatric medication (Economou et al. 2016). In a longitudinal study, actual mental health service use was predicted by better MHL, positive attitudes towards help-seeking and more perceived need for treatment (Bonabi et al. 2016).

Due to a lack of previous studies that examined different aspects of MHL as well as different types of help-seeking for mental health problems among the unemployed, it is unclear how different aspects of MHL affect help-seeking from different sources, such as formal versus informal help, among unemployed individuals with mental health problems. This study therefore examined the influence of MHL on help-seeking intentions and behaviors among unemployed individuals with mental health problems, including structural equation modeling (SEM) and a latent variable that reflects three different MHL scales. We expected that better MHL would be positively associated with help-seeking intentions and behaviors.

Methods

Study design and participants

Data were obtained from a study in Southern Germany about help-seeking of unemployed people with mental health problems (see also Oexle et al. 2018; Rüsch et al. 2018b). Inclusion criteria were age between 18 and 64 years, current unemployment (persons receiving full disability pension were excluded), psychological distress and illness-related disability. Psychological distress was indicated by a score ≥13 on the K6 Psychological Distress Scale (Kessler et al. 2003) or by current alcohol- or substance abuse with a score ≥1 on items 2–4

of the CAGE-AID screening for alcohol- and substance-use disorders (Brown und Rounds 1995). We omitted item 1 (cut down) from the CAGE-AID score because in previous studies nearly half of healthy controls screened positive on that item (Hinkin et al. 2001). As an additional inclusion criterion, participants had to reach a score of ≥17 (range of possible scores: 12–60) on the 12-item WHO-Disability Assessment Schedule 2.0 (Üstün et al. 2010), corresponding approximately to the 85th general population percentile and to the average disability level of persons with one mental disorder (Andrews et al. 2009). A total of 301 persons were recruited, mainly from unemployment agencies, were on average 43.7 years old (SD=11.2) and half were female (n=151, 50.2%). Mean years of education were 13.7 (SD=3.3) and on average participants had been unemployed for about three years since their last job (M=35.5 months, SD=42.7). The study was approved by the ethics committee of the University of Ulm (ref. 344/13), and all participants provided written informed consent.

Measures

In the absence of a gold-standard measure of MHL (O'Connor et al. 2014; Spiker und Hammer 2018; Wei et al. 2017), we chose three measures to assess different aspects of MHL: The Mental Health Knowledge Schedule (MAKS) for general MHL; the Depression Literacy Scale (DLS) as a measure of depression-related knowledge and attitudes towards treatment; and the Depression with Suicidal Thoughts Vignette for illness recognition and awareness of treatment options.

The Mental Health Knowledge Schedule (MAKS; Evans-Lacko et al. 2010) is a multidimensional index of MHL. Its first six items broadly measure six aspects of MHL, i.e. knowledge regarding help-seeking, illness recognition, professional support, employment, treatment and recovery. All items are scored from 1/“strongly disagree” to 5/“strongly agree”, with “don´t know” rated as neutral (=3) and higher sum scores from 6 to 30 indicating better knowledge (M=22.4, SD=3.1; α=0.39, ω=0.45).

The 22-item Depression Literacy Scale (DLS; Griffiths et al. 2004) assesses knowledge and attitudes specific to depression, incl. symptom recognition and depression treatment. As our study focused on help-seeking, we only used those 8 items that refer to treatment (in the original version items 14, 16-22). Participants rated statements about effectiveness of depression treatments as true or false, with an additional option of “don´t know”. One point was given for each correct answer; wrong or “don´t know” answers were rated as 0. Higher sum scores from 0 to 8 indicated better literacy (M=3.2, SD=1.8; α=0.57 using the KR20-formula, ω=0.59).

The Depression with Suicidal Thoughts Vignette (Reavley et al. 2014) captures the ability to recognize depression and suicidal thoughts as well as different types of appropriate help with a vignette of a 30-year old man who experiences mental health problems and thoughts about ending his life (for details see Reavley und Jorm 2011). Participants were asked, what (if anything) was wrong with the person and to rate the helpfulness of 13 treatment options as “helpful”, “harmful”, “neither nor”, “depends” and “don´t know”. Treatment options included seeing a typical GP or family doctor; a psychiatrist; a psychologist; to deal with problems on his own; vitamins and minerals, tonics or herbal medicines; antidepressants; becoming more physically active; reading about people with similar problems and how they have dealt with them; attending courses on relaxation, stress management, meditation or yoga; cutting out alcohol altogether; psychotherapy; cognitive behavioral therapy; and consulting a book with information about the problem. A sum score was calculated by assigning one point for the correct recognition of “depression” or “suicidal thoughts”, and one point for each intervention correctly recognized as helpful (typical family GP or doctor; psychiatrist; psychologist; becoming more physically active; reading about people with similar problems and how they

have dealt with them; psychotherapy; cognitive behavioral therapy; cutting out alcohol altogether; and antidepressants) or harmful (dealing with the problem alone). With a range of possible sum scores from 0 to 11, in our study the average score was 5.5 (SD=2.1), α=0.57 (KR20) and ω=0.57.

Current intentions to seek help for mental health problems were measured with the General Help-Seeking Questionnaire (GHSQ; Wilson et al. 2005b). Participants rated the likelihood of seeking help from the following sources on a 7-point-Likert scale ranging from 1/"very unlikely" to 7/"very likely": (1) partner (spouse/boy/girlfriend); (2) friend; (3) parent(s); (4) family (non-parent); (5) mental health professionals; (6) helpline; (7) doctor/GP; (8) clergy; (9) would not seek help; (10) would seek help from someone else, indicating whom, if any one. A total score was calculated by summing up all items, with item 9 reverse scored. Item 10 was excluded, as it was rarely used in our study. Cronbach's alpha for our study was 0.57 and ω = 0.58. For each source of help, we added a question about actual help-seeking during the past six months (yes/no, GHSQ help-seeking behavior). To avoid repetition, item 9 (I would not seek help, yes/no) was omitted for help-seeking behavior. Symptoms were measured with a brief 9-item version of the Symptom Checklist (Klaghofer und Brähler 2001), with mean scores from 1 to 5 (M=3.0, SD=0.8).

Statistical analyses

McDonald's omega (ω) was calculated with R 3.5.1 as an index of scale reliability (Dunn et al. 2014; McNeish 2017). MHL variables and their associations with help-seeking were analyzed in four steps: First, an exploratory factor analysis of help-seeking intentions (GHSQ) was conducted. Second, Pearson correlations of MHL and demographic variables with help-seeking variables were calculated. Third, linear regressions on help-seeking intentions and logistic regressions on help-seeking behaviors were performed. Independent variables included the three MHL scales (MAKS, DLS, Depression Vignette), as well as demographic and clinical variables (age, gender, education, symptoms). In a fourth step, the hypothesized model (Figure 1) was tested using structural equation modeling (SEM) in Mplus Version 7.4 (Muthén L.K. und Muthén B.O. 1998-2012). Associations between the latent MHL variable and help-seeking intentions as well as help-seeking behaviors from different sources were analyzed. Good model fit is indicated by a non-significant chi-square test, a χ^2/df <2, a root-mean-square error of approximation (RMSEA) <.06, a comparative fit index (CFI) >.95, and a standardized root-mean-square residual (SRMR) <.08 (Hu und Bentler 1999).

Results

The three MHL scales were all positively associated with each other (MAKS and DLS r=0.34, p<.001; MAKS and Depression Vignette r=0.41, p<.001; DLS and Depression Vignette r=0.21, p<.001). In an exploratory factor analysis for the GHSQ help-seeking intentions (Table 1), the first factor analysis showed four factors of sources of help with an eigenvalue >1: (i) intimate partner (item 1) and friend (item 2); (ii) parents (item 3) and other family members (item 4); (iii) mental health professionals (item 5), doctor (item 7) and not seeking help (item 9); and (iv) phone helpline (item 6) and religious leader (item 8). Due to the similarity of factors one and two, we decided to rerun the analysis limited to three factors, yielding the following three-factor solution: family and friends (items 1-4, M=3.5, SD=1.5), health professionals (items 5, 7 & 9, M=5.2, SD=1.4) and semi-professionals (items 6 & 8, M=2.0, SD=1.5). These factors were then similarly applied to the GHSQ help-seeking behavior scale (coded dichotomously) and items summed up for each scale: family and friends (items 1-4, M=1.6, SD=1.2), health professionals (items 5 & 7, M=1.2, SD=0.8), and semi-professionals (items 6 & 8, M=0.2, SD=0.4).

-- Insert Tables 1 and 2 about here --

The resulting six GHSQ factors, three for help-seeking intentions and three for behaviors, were then examined for their bivariate correlations with the three MHL scales and demographic variables (Table 2). All three MHL scales were significantly positively associated with help-seeking intentions and behaviors from health professionals as well as from family and friends (except for the DLS and help-seeking intentions from family and friends). Socio-demographic and clinical variables showed less consistent associations with help-seeking. Age was negatively associated with help-seeking intentions from family and friends. Female gender was positively associated with help-seeking behaviors from family and friends. Education showed no significant association with help-seeking. Symptoms were negatively associated with help-seeking intentions from family and friends, and positively with help-seeking behaviors from health professionals. As MHL scales were not related to help-seeking from semi-professionals, the following analyses were restricted to help-seeking from health professionals and family and friends.

-- Insert Table 3 and Figure 1 about here --

In multiple regressions adjusted for age, gender, symptoms and level of education (Table 3), all three MHL measures significantly predicted increased help-seeking intentions and behaviors from family/friends and from health professionals (except for, as in the bivariate correlations, DLS and help-seeking intentions from family and friends). After examining each MHL scale separately as a predictor of help-seeking (Table 3), we tested a latent MHL variable (Figure 1) as a predictor of help-seeking, controlling for education. Four SEMs were conducted: MHL as a predictor of help-seeking intentions from (1) health professionals and from (2) family and friends, as well as predictor of help-seeking behaviors from (3) health professionals and from (4) family and friends. Path estimates for help-seeking intentions and help-seeking behaviors from family and friends were of similar magnitude. Estimates for help-seeking intentions and behaviors from health professionals were also similar (Figure 1). Fit indices of one model (help-seeking intentions from family and friends) showed acceptable, all other good model fit (Table 4).

-- Insert Table 4 about here --

Discussion

Our findings suggest that higher MHL is associated with increased help-seeking intentions and behaviors among unemployed individuals with mental health problems. The path analysis showed that different MHL components, including general (MAKS) and specific knowledge (DLS, Depression Vignette), recognition (Depression Vignette) and attitudes towards help-seeking (MAKS, DLS) contribute to help-seeking. We could speculate that the association between higher age and less informal help-seeking is due to more impaired social networks among older individuals (Courtin und Knapp 2017). Regarding the role of gender, except for more informal help-seeking among women our findings were negative which is consistent with previous mixed findings on gender and help-seeking (Magaard et al. 2017).

As Rickwood und Thomas (2012) pointed out, formal help-seeking is diverse and there are differences between seeking help from health versus non-health professionals. Accordingly, it is important to distinguish between formal service providers with a clear professional role in mental health, e.g. psychologists, and other professionals who have

semiformal roles in the process of help-seeking, e.g. teachers, clergy or social workers. Our exploratory factor analysis supports this distinction: the factor family and friends represents informal help-seeking, whereas the other two factors reflect semi-formal and formal help-seeking, respectively. Not-seeking help (item 9) may be part of the professional help-seeking factor because participants might see a complete lack of help-seeking as the opposite of seeking help from health professionals and as less related to informal help-seeking. Likewise in our study MHL was most relevant for help from professional health care providers, which is consistent with the preference of personal contact and the GP or psychiatrist as a person of trust, observed in our previous qualitative study of unemployed individuals with mental health problems (Staiger et al. 2017).

Different aspects of MHL appeared to be important for help-seeking: recognition of underlying mental health problems, knowledge about informal and formal helpful support, as well as attitudes about effective treatment and recovery when experiencing mental health problems. In an Asian general population survey (Picco et al. 2018) depression recognition was positively associated with the preference to seek help from a psychologist, psychiatrist or in a psychiatric hospital, but negatively associated with help-seeking from family and friends; the latter finding differs from our study, possibly because our participants had mental health problems themselves. Consistent with previous findings, better knowledge about available support as well as more positive attitudes towards mental health treatment predicted stronger help-seeking intentions (Rüsch et al. 2011) and service use (ten Have et al. 2010).

Limitations of our study need to be considered. Cross-sectional data limit conclusions about causality. Participants who volunteered for this study may have had better MHL than other unemployed individuals with mental health problems. Finally, two out of three MHL scales focused on depression. All MHL scales showed low reliability, although this can partly be explained by the fact that e.g. the MAKS was not meant to function as a scale (Evans-Lacko et al. 2010).

Despite these limitations, our findings have implications for research and practice. Information campaigns to increase knowledge about availability and characteristics of help sources might increase help-seeking for mental health problems. Future research should examine the efficacy of MHL interventions to improve help-seeking, especially among vulnerable populations such as the unemployed with increased need for health and social services.

Table 1. Factor analysis with rotated factor loadings for the components of GHSQ help-seeking intentions (principal component analysis, varimax rotation with Kaiser normalization¸ explained total variance 51 %)

Item		Family and friends	Health professionals	Semi-professionals
1	Intimate Partner	**.402**	.011	.297
2	Friend	**.609**	.236	.078
3	Parent	**.763**	-.025	-.086
4	Other family member	**.681**	.071	.132
5	Mental health professional	.041	**.760**	-.053
6	Phone helpline	.091	.031	**.805**
7	Doctor/ GP	-.021	**.655**	.249
8	Minister or religious leader	.073	.005	**.769**
9	I would not seek help (rev.)	-.229	**-.666**	.115
	Eigenvalues	1.646	1.514	1.437
	% of variance	18.29	16.82	15.96
	α	.51	.46	.53

Table 2. Pearson correlations of mental health literacy and demographic variables with help-seeking factors (MAKS: Mental Health Knowledge Schedule; DLS: Depression Literacy Scale)

	Help-Seeking Intentions Factor: health professionals	Help-Seeking Intentions Factor: family and friends	Help-Seeking Intentions Factor: semi-professionals	Help-Seeking Behaviors[a] Factor: health professionals	Help-Seeking Behaviors[a] Factor: family and friends	Help-Seeking Behaviors[a] Factor: semi-professionals
MAKS	0.32***	0.22***	0.05	0.28***	0.20***	0.00
DLS	0.20***	0.08	0.05	0.22***	0.16**	0.03
Depression vignette	0.28***	0.15*	0.07	0.27***	0.20***	-0.04
Age (years)	0.10	-0.17***	0.01	0.01	-0.21***	-0.09
Gender (0=male, 1=female)	0.08	0.07	0.05	0.06	0.18**	0.02
Symptoms	0.04	-0.15*	-0.03	0.20***	0.04	0.10
Education (years)	-0.04	0.07	0.10	-0.09	0.03	0.03

***p<0.001 **p<0.01 *p<0.05

[a] Help in the last six months (No=0, Yes=1)

Table 3. Beta-values of six linear regressions on help-seeking intentions, and odds ratios of six logistic regressions on help-seeking behaviors (GHSQ: General Help-Seeking Questionnaire; MAKS: Mental Health Knowledge Schedule; DLS: Depression Literacy Scale).

	Help-seeking Intentions (Dependent variables)		Help-seeking Behaviors (Dependent variables)	
Mental health literacy measures (Independent variables)	GHSQ Family/Friends	GHSQ Health Professionals	GHSQ Family/Friends (95% CI)	GHSQ Health Professionals (95% CI)
MAKS	.18***	.33***	OR = 1.10* (1.01-1.21)	OR = 1.25*** (1.13-1.38)
DLS	.07	.21***	OR = 1.24** (1.05-1.46)	OR = 1.30 ** (1.10-1.54)
Depression Vignette	.14**	.27***	OR = 1.20** (1.05-1.37)	OR = 1.40 *** (1.22-1.62)

All regressions adjusted for age, gender, symptoms and years of education.

***p<0.001 **p<0.01 *p<0.05

Table 4. Fit indices of path models

	N	df	p (χ^2)	χ^2 / df	CFI	TLI	RMSEA	SRMR
1. Intention, Health Professionals	301	13	.02	1.94	.94	.90	.06	.04
2. Intention, Family and Friends	301	19	.00	2.24	.88	.82	.06	.05
3. Behaviour, Health Professionals	301	8	.05	1.92	.95	.91	.06	.04
4. Behaviour, Family and Friends	301	19	.05	1.58	.94	.91	.04	.05

Good model fit is indicated by a non-significant χ^2, χ^2/df <2, CFI >.90, TLI >.90, RMSEA <.08, SRMR <.08 (Hu und Bentler 1999).

Figures

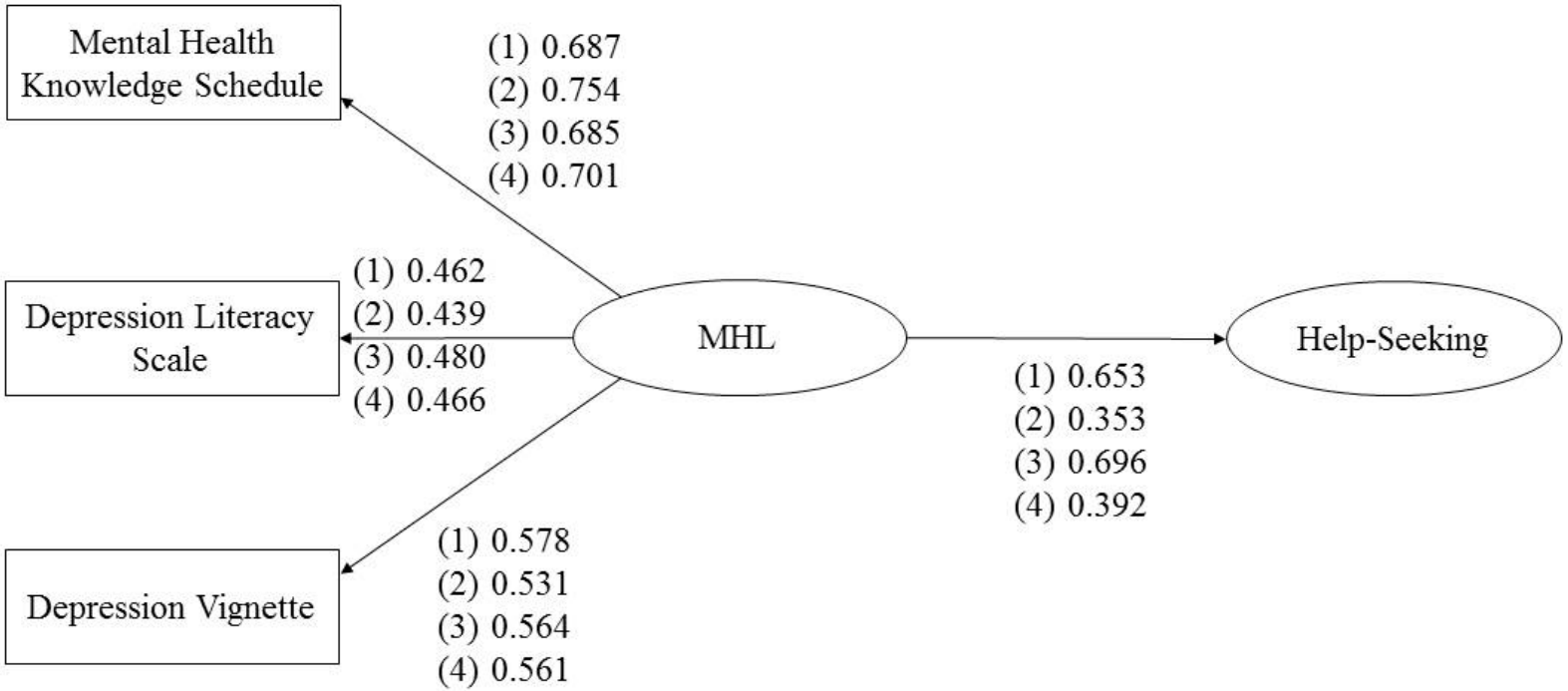


Figure 1. Mental health literacy as predictor of help-seeking. Summary of four models for (1) help-seeking intentions from health professionals; (2) help-seeking intentions from family and friends; (3) help-seeking behaviors from health professionals; and (4) help-seeking behaviors from family and friends. All path estimates are significant with p<.001.

References

Andrews, Gavin; Kemp, Alice; Sunderland, Matthew; von Korff, Michael; Üstün, Tevik Bedirhan (2009): Normative data for the 12 item WHO Disability Assessment Schedule 2.0. In: *PloS one* 4 (12), e8343. DOI: 10.1371/journal.pone.0008343.

Bonabi, Herdis; Müller, Mario; Ajdacic-Gross, Vladeta; Eisele, Jochen; Rodgers, Stephanie; Seifritz, Erich et al. (2016): Mental health literacy, attitudes to help seeking, and perceived need as predictors of mental health service use: A longitudinal study. In: *J Nerv Ment Dis* 204 (4), S. 321–324. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000488.

Brown, David W.; Balluz, Lina S.; Ford, Earl S.; Giles, Wayne H.; Strine, Tara W.; Moriarty, David G. et al. (2003): Associations between short- and long-term unemployment and frequent mental distress among a national sample of men and women. In: *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 45 (11), S. 1159–1166. DOI: 10.1097/01.jom.0000094994.09655.0f.

Brown, Richard L.; Rounds, Laura A. (1995): Conjoint screening questionnaires for alcohol and other drug abuse: criterion validity in a primary care practice. In: *Wis Med J* 94 (3), S. 135–140.

Courtin, Emilie; Knapp, Martin (2017): Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. In: *Health & social care in the community* 25 (3), S. 799–812. DOI: 10.1111/hsc.12311.

Dunn, Thomas J.; Baguley, Thom; Brunsden, Vivienne (2014): From alpha to omega: a practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation. In: *British journal of psychology* 105 (3), S. 399–412. DOI: 10.1111/bjop.12046.

Economou, Marina; Bergiannaki, Joanna Despina; Peppou, Lily Evangelia; Karayanni, Ismini; Skalkotos, George; Patelakis, Athanasios et al. (2016): Attitudes towards depression, psychiatric medication and help-seeking intentions amid financial crisis: Findings from Athens area. In: *Int J Soc Psychiatry* 62 (3), S. 243–251. DOI: 10.1177/0020764015626188.

Evans-Lacko, Sara; Little, Kirsty; Meltzer, Howard; Rose, Diana; Rhydderch, Danielle; Henderson, Claire; Thornicroft, Graham (2010): Development and psychometric properties of the Mental Health Knowledge Schedule. In: *Can J Psychiatry* 55 (7), S. 440–448. DOI: 10.1177/070674371005500707.

Gebel, Michael; Voßemer, Jonas (2014): The impact of employment transitions on health in Germany. A difference-in-differences propensity score matching approach. In: *Soc Sci Med* 108, S. 128–136. DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.02.039.

Griffiths, Kathleen M.; Christensen, Helen; Jorm, Anthony F.; Evans, Kimberley; Groves, Chloe (2004): Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: randomised controlled trial. In: *Br J Psychiatry* 185, S. 342–349. DOI: 10.1192/bjp.185.4.342.

Hagen, Carolin; Bänfer, Sonja; Werkstetter, Lara; Hebebrand, Johannes; Reissner, Volker (2018): Inanspruchnahme des psychosozialen Hilfesystems bei jungen, psychisch erkrankten Arbeitslosengeld-II-Empfängern vor und nach Nutzung eines psychiatrisch-psychologischen Beratungsangebotes. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 80 (7), 598-605. DOI: 10.1055/s-0042-116320.

Hinkin, C. H.; Castellon, S. A.; Dickson-Fuhrman, E.; Daum, G.; Jaffe, J.; Jarvik, L. (2001): Screening for drug and alcohol abuse among older adults using a modified version of the CAGE. In: *Am J Addict* 10 (4), S. 319–326. DOI: 10.1111/j.1521-0391.2001.tb00521.x.

Hu, Li-tze; Bentler, Peter M. (1999): Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis. Conventional criteria versus new alternatives. In: *Struct. Equ. Modeling* 6 (1), S. 1–55. DOI: 10.1080/10705519909540118.

Jorm, A. F.; Griffiths, K. M.; Christensen, H.; Parslow, R. A.; Rogers, B. (2004): Actions taken to cope with depression at different levels of severity: a community survey. In: *Psychol Med* 34 (2), S. 293–299.

Jorm, Anthony F. (2012): Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. In: *Am Psychol* 67 (3), S. 231–243. DOI: 10.1037/a0025957.

Kessler, Ronald C.; Barker, Peggy R.; Colpe, Lisa J.; Epstein, Joan F.; Gfroerer, Joseph C.; Hiripi, Eva et al. (2003): Screening for serious mental illness in the general population. In: *Arch Gen Psychiatry* 60 (2), S. 184–189. DOI: 10.1001/archpsyc.60.2.184.

Klaghofer, R.; Brähler, E. (2001): Konstruktion und teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. In: *Z Klin Psychol Psychother* 49, S. 115–124.

Kroll, Lars Eric; Müters, Stephan; Lampert, Thomas (2016): Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit: Ein Überblick zum Forschungsstand und zu aktuellen Daten der Studien GEDA 2010 und GEDA 2012. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 59 (2), S. 228–237. DOI: 10.1007/s00103-015-2282-7.

Lamb, Jonathan; Bower, Peter; Rogers, Anne; Dowrick, Christopher; Gask, Linda (2012): Access to mental health in primary care. A qualitative meta-synthesis of evidence from the experience of people from 'hard to reach' groups. In: *Health (London)* 16 (1), S. 76–104. DOI: 10.1177/1363459311403945.

Magaard, Julia Luise; Seeralan, Tharanya; Schulz, Holger; Brütt, Anna Levke (2017): Factors associated with help-seeking behaviour among individuals with major depression: A systematic review. In: *PloS one* 12 (5), e0176730. DOI: 10.1371/journal.pone.0176730.

McNeish, Daniel (2017): Thanks Coefficient Alpha, We'll Take It From Here. In: *Psychological Methods* 23 (3), 412-433. DOI: 10.1037/met0000144.

Muthén L.K.; Muthén B.O. (1998-2012): Mplus user guide. Seventh Edition. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén. Online verfügbar unter http://www.statmodel.com/download/usersguide/Mplus%20user%20guide%20Ver_7_r3_web.pdf, zuletzt geprüft am 26.10.2016.

O'Connor, Matt; Casey, Leanne; Clough, Bonnie (2014): Measuring mental health literacy--a review of scale-based measures. In: *J Ment Health* 23 (4), S. 197–204. DOI: 10.3109/09638237.2014.910646.

Oexle, Nathalie; Waldmann, Tamara; Staiger, Tobias; Xu, Ziyan; Rüsch, Nicolas (2018): Mental illness stigma and suicidality. The role of public and individual stigma. In: *Epidemiol Psychiatr Sci* 27 (2), S. 169–175. DOI: 10.1017/S2045796016000949.

Oschmiansky, Frank; Popp, Sandra; Riedel-Heller, Steffi Gerlinde; Schwarzbach, Michaela; Gühne, Uta; Kupka, Peter (2017): Psychisch Kranke im SGB II: Situation und Betreuung. IAB Forschungsbericht [IAB research report. Mentally ill people in the social code II: situation and care] 14/2017, Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit, zuletzt geprüft am 10.05.2020.

Paul, Karsten I.; Moser, Klaus (2009): Unemployment impairs mental health. Meta-analyses. In: *J Vocat Behav* 74 (3), S. 264–282. DOI: 10.1016/j.jvb.2009.01.001.

Picco, Louisa; Abdin, Edimansyah; Pang, Shirlene; Vaingankar, Janhavi A.; Jeyagurunathan, Anitha; Chong, Siow A.; Subramaniam, Mythily (2018): Association between recognition and help-seeking preferences and stigma towards people with

mental illness. In: *Epidemiol Psychiatr Sci* 27 (1), S. 84–93. DOI: 10.1017/S2045796016000998.

Pinto-Meza, Alejandra; Moneta, Maria Victoria; Alonso, Jordi; Angermeyer, Matthias C.; Bruffaerts, Ronny; Caldas de Almeida, Jose Miguel et al. (2013): Social inequalities in mental health: results from the EU contribution to the World Mental Health Surveys Initiative. In: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 48 (2), S. 173–181. DOI: 10.1007/s00127-012-0536-3.

Reavley, Nicola J.; Jorm, Anthony F. (2011): Recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: findings from an Australian national survey of mental health literacy and stigma. In: *Aust N Z J Psychiatry* 45 (11), S. 947–956. DOI: 10.3109/00048674.2011.621060.

Reavley, Nicola J.; Morgan, Amy J.; Jorm, Anthony F. (2014): Development of scales to assess mental health literacy relating to recognition of and interventions for depression, anxiety disorders and schizophrenia/psychosis. In: *Aust N Z J Psychiatry* 48 (1), S. 61–69. DOI: 10.1177/0004867413491157.

Rickwood, Debra; Thomas, Kerry (2012): Conceptual measurement framework for help-seeking for mental health problems. In: *Psychology Research and Behavior Management* 5, S. 173–183. DOI: 10.2147/PRBM.S38707.

Rüsch, Nicolas; Corrigan; Patrick; Waldmann, Tamara; Staiger, Tobias; Bahemann, Andreas et al. (2018): Attitudes towards disclosing a mental health problem and reemployment: a longitudinal study. In: *J Nerv Ment Dis* 206 (5), S. 383–385. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000810.

Rüsch, Nicolas; Evans-Lacko, Sara E.; Henderson, Claire; Flach, Clare; Thornicroft, Graham (2011): Knowledge and attitudes as predictors of intentions to seek help for and disclose a mental illness. In: *Psychiatr Serv* 62 (6), S. 675–678. DOI: 10.1176/ps.62.6.pss6206_0675.

Schubert, Michael; Parthier, Katrin; Kupka, Peter; Krüger, Ulrich; Holke, Jörg; Fuchs, Philipp (2013): Menschen mit psychischen Störungen im SGB II. IAB Forschungsbericht [IAB research paper. Mentally ill people in the German social code II] 12/2013, Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit.

Spiker, Douglas A.; Hammer, Joseph H. (2018): Mental health literacy as theory: current challenges and future directions. In: *J Ment Health*. DOI: 10.1080/09638237.2018.1437613.

Staiger, Tobias; Waldmann, Tamara; Rüsch, Nicolas; Krumm, Silvia (2017): Barriers and facilitators of help-seeking among unemployed persons with mental health problems: a qualitative study. In: *BMC Health Serv Res* 17 (1), S. 39. DOI: 10.1186/s12913-017-1997-6.

Suka, Machi; Yamauchi, Takashi; Sugimori, Hiroki (2015): Relationship between individual characteristics, neighbourhood contexts and help-seeking intentions for mental illness. In: *BMJ Open* 5 (8), e008261. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-008261.

ten Have, Margreet; de Graaf, Ron; Ormel, Johan; Vilagut, Gemma; Kovess, Viviane; Alonso, Jordi (2010): Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. In: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 45 (2), S. 153–163. DOI: 10.1007/s00127-009-0050-4.

Üstün, T. Bedirhan; Chatterji, Somnath; Kostanjsek, Nenad; Rehm, Jürgen; Kennedy, Cille; Epping-Jordan, Joanne et al. (2010): Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. In: *Bull World Health Organ* 88 (11), S. 815–823. DOI: 10.2471/BLT.09.067231.

Wei, Yifeng; McGrath, Patrick J.; Hayden, Jill; Kutcher, Stan (2017): Measurement properties of mental health literacy tools measuring help-seeking: a systematic review. In: *J Ment Health* 26 (6), S. 543–555. DOI: 10.1080/09638237.2016.1276532.

Wilson, Coralie J.; Deane, Frank P.; Ciarocchi, Joseph V.; Rickwood, Debra (2005): Measuring help seeking intentions: Properties of the General Help Seeking Questionnaire. In: *Can J Couns* 39 (1), S. 15–28, zuletzt geprüft am 10.05.2020.

3. Publikation

Wigand, M. E.; Oexle, N.; **Waldmann,** T.; Staiger, T.; Becker, T.; Rüsch, N. (2019) *Predictors of help-seeking in unemployed people with mental health problems*. Int J Soc Psychiatry. Nov;65(7-8):543-547. DOI: 10.1177/0020764019868262.

Copyright:
Dies ist die vom International Journal of Social Psychiatry akzeptierte Autorenversion (post-print version) des folgenden Artikels: Wigand, M. E.; Oexle, N.; **Waldmann,** T.; Staiger, T.; Becker, T.; Rüsch, N. (2019) *Predictors of help-seeking in unemployed people with mental health problems*. Int J Soc Psychiatry. Nov;65(7-8):543-547. DOI: 10.1177/0020764019868262. Dieser Artikel ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung - Nicht-kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (CC BY-NC-ND 4.0), https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/, welche das nicht-kommerzielle Teilen, Vervielfältigen und Weiterverbreiten in jedwedem Format oder Medium erlaubt, unter der Bedingung, dass angemessene Urheber- und Rechteangaben angegeben sind und er nicht verändert, bearbeitet oder darauf aufgebaut wird.

Die final veröffentlichte Version des Manuskripts ist verfügbar unter:
https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0020764019868262

Folgende Anteile habe ich an dieser Publikation erbracht:

- Zusammenstellung der Fragebögen (inklusive des Screeningfragebogens)
- Ansprache und Rekrutierung der Studienteilnehmenden (inklusive Screening)
- Planung und Organisation der Teilnehmenden zur Datengenerierung
- Durchführung der Datenerhebung
- Mitwirkung bei der Erstellung des Manuskripts

Original Article for the International Journal of Social Psychiatry

Corresponding Author: Moritz E. Wigand, Department of Psychiatry II, Ulm University and BKH Günzburg, Ludwig-Heilmeyer-Straße 2, 89312 Günzburg, Germany, phone: +49-8221-96 00, fax: +49-8221-96 2400; Email: moritz.wigand@t-online.de

Predictors of Help-Seeking in Unemployed People with Mental Health Problems

Moritz E. Wigand*; Nathalie Oexle; Tamara Waldmann; Tobias Staiger; Thomas Becker; Nicolas Rüsch

Department of Psychiatry II, Ulm University and BKH Günzburg, Germany

Word count main text:

Word count abstract:

Abstract

Background: Unemployment and mental ill health often contribute to each other and lead to social exclusion with negative consequences for individuals and society. Yet, unemployed people with mental health problems often do not seek care.
Aims: To assess predictors of help-seeking among unemployed people with mental health problems.
Methods: At baseline, 301 unemployed participants with mental health problems reported potential predictors of help-seeking in terms of mental health literacy, perceived barriers to care, self-concept as having a mental illness and current mental health service use. At 6-month follow-up, 270 participants could be reached, of whom 240 answered the questions relevant to assess help-seeking; these were included into statistical analyses.
Results: Adjusted for symptoms, socio-demographic and work-related variables, help-seeking was predicted by previous mental health service use and by fewer non-stigma-related barriers, but not by stigma-related barriers.
Conclusion: Implications for interventions to increase help-seeking among this vulnerable group are discussed.

Keywords: stigma; unemployment; depression; help-seeking; barriers; service use

Introduction

Unemployed people report unmet mental health care needs (Ahs et al. 2012; Bijl und Ravelli 2000), but predictors of help-seeking in this vulnerable group are poorly understood. A better understanding is relevant from a public health perspective because unemployment and mental health problems often contribute to each other and lead to social exclusion with negative consequences for individuals and society (Olesen et al. 2013). In general, different barriers to access mental health services exist, some of which are stigma-related such as shame or the fear to be seen as weak for having a mental illness (Clement et al. 2012). Non-stigma-related barriers can be instrumental (e.g. lack of transportation) or attitudinal (e.g. belief that professional treatment will not help) (Clement et al. 2012). Recent longitudinal studies among people with mental health problems showed help-seeking as a complex process influenced by stigma, mental health literacy, attitudes towards help-seeking, self-identification as having a mental illness and intentions to seek help (Schomerus et al. 2019b; Bonabi et al. 2016).

Previous research on mental health service use among unemployed people has mostly been cross-sectional (Ahs et al. 2012) and sometimes focused on specific groups such as veterans (Levine et al. 2018). A small qualitative study among unemployed persons has shown that there is a complex interplay of barriers and facilitators of help-seeking such as mental health literacy, stigma and structures of health care (Staiger et al. 2017). A cross-sectional study on the same sample as in this study found a positive correlation between perceived discrimination and reduced job search self-efficacy as well as higher barriers to care (Staiger et al. 2018). Especially the double-discrimination due to unemployment and mental health problems seemed problematic (Staiger et al. 2018). A recent longitudinal study among this group found a positive association between welfare receipt and service use, but did not investigate barriers to help-seeking (Pymont et al. 2017).

In this longitudinal study among unemployed people with mental health problems, we expected that better mental health literacy, more self-identification as having a mental illness and less perceived stigma-related and non-stigma-related barriers at baseline would predict help-seeking over time. Furthermore, we wanted to investigate the influence of mental health service use at baseline.

Methods

Participants

Data were collected in the context of a larger study on unemployment and mental health problems (Rüsch et al. 2018c; Rüsch et al. 2019a). In employment agencies in Southern Germany, 301 currently unemployed participants were recruited based on the following inclusion criteria: Participants either showed relevant psychological distress as indicated by a score ≥13 on the K6 Psychological Distress Scale (range of possible sum scores 0-24; Kessler et al. 2003) or screened positive for alcohol or substance-use problems as indicated by a score ≥1 on items 2 to 4 of the CAGE-AID (Hinkin et al. 2001); item 1 (‘cut down’) was omitted for the sake of specificity. Other inclusion criteria were an age of 18-64 years and a score of ≥17 on the 12-item WHO-Disability Assessment Schedule 2.0 (range of possible sum scores 12-60; Üstün et al. 2010), indicating relevant illness-related disability. Sociodemographic variables of the baseline-sample (N=301) were as follows: age M=43.7 years, SD=11.2; female N=151, 50.2%; length of current unemployment M=35.6 months, SD=42.7; total education M=13.7 years, SD=3.3. At 6-month follow-up, data were available from 270 participants (age M=44.0 years, SD=11.1; female N=137, 50.7%; length of current unemployment M=36.4 months, SD=43.4; total education M=13.8 years, SD=3.3).

Measures

Barriers to care were assessed using the 30-item Barriers to Access to Care Evaluation scale (BACE), rating current barriers to professional care from 1/not at all to 4/a lot (Clement et al. 2012). The BACE contains a 12-item stigma-related (M=2.0, SD=0.7; Cronbach's alpha 0.95) and an 18-item non-stigma-related subscale that includes attitudinal and instrumental barriers (M=1.9, SD=0.5; Cronbach's alpha 0.90 (Clement et al. 2012)). Examples of stigma-related items are 'Feeling embarrassed or ashamed' or 'Concern that people might not take me seriously if they found out I was having professional care.' Examples of non-stigma-related items are 'Being unsure where to go to get professional care,' 'Problems with transport or travelling to appointments' or 'Thinking that professional care probably would not help' (Clement et al. 2012). The non-stigma-related variables can be further subdivided into instrumental (8 items) and attitudinal barriers (10 items), the first two items mentioned (unsure where to get care and lack of transportation) are examples of instrumental barriers, the other one of an attitudinal barrier to seek care.

The degree to which participants saw their present problem as a mental illness was measured with the 5-item Self-Identification as Having a Mental Illness – Scale (SELFI; Stolzenburg et al. 2017; Schomerus et al. 2019a), M=3.7, SD=0.9; Cronbach's alpha 0.84; 1/"don't agree at all" to 5/"agree completely" and mean scores from 1 to 5 were calculated. Examples of items are 'My present problems could be the first signs of a mental disorder' or 'The thought of myself having a mental illness seems absurd to me,' with the latter item coded reversely.

Mental health literacy was assessed only using the 8 treatment-related items of the 22-item Depression Literacy Scale (D-Lit, Griffiths et al. 2004; M=3.3, SD=1.8). Examples of items are 'Of all the alternative and lifestyle treatments for depression, vitamins are likely to be the most helpful' and 'People with depression should stop taking antidepressants as soon as they feel better,' possible answers are True/False/Don't know, each correct answer giving 1 point, yielding a range of possible sum scores from 0 to 8.

Depressive symptoms were measured using the Patient Health Questionnaire (PHQ-9; Kroenke et al. 2001b), range of possible sum scores 0-27; M=14.7, SD=5.2; Cronbach's alpha 0.82), assessing the frequency of symptoms over the last 2 weeks (from 'not at all'/0 to 'nearly every day'/3). Examples of items are 'Little interest or pleasure in doing things' and 'Feeling tired or having little energy' (Kroenke et al. 2001b). Most participants in our study fell into the categories moderate (score 10-14; n=79), moderately severe (score 15-19; n=91) or severe depression (score 20-27; n=48).

At baseline participants were asked whether they were currently treated for mental health problems by a psychiatrist or psychotherapist (n=153), by a general practitioner (n=103), or by taking psychiatric medication (n=118); in summary, n=194 answered positive to one or more of these questions, n=76 indicated no current mental health service use. At follow-up, participants were asked whether they had begun any new psychiatric or psychotherapeutic treatment within the last 6 months ("yes", n=94; "no", n=146; "have already been in treatment for a longer period of time", n=30). Only the 240 subjects answering yes/no were relevant for our research question and thus included into the analyses.

Ethical standards

The study was approved by the local ethics committee and was performed in accordance with the ethical standards laid down in the 1964 Declaration of Helsinki and its later amendments. All participants gave their written informed consent prior to their inclusion in the study.

– Tables 1 and 2 about here –

Results

In a stepwise multiple logistic regression, baseline predictors of treatment initiation during follow-up were analysed. Model 1 included sociodemographic variables, symptoms and length of current unemployment; in Model 2 D-Lit, BACE and SELFI were added; in Model 3, mental health service use at baseline (Table 1). Model 4 is a modified Model 3, in which the non-stigma-related BACE subscale is further subdivided into attitudinal and instrumental barriers (Table 2).

All independent variables were analysed for Pearson's correlations with each other. We found for all variables results of $r<0.4$ except for the BACE-subscales with each other: BACE-Instrumental with BACE-attitudinal $r=0.48$; BACE-Instrumental with BACE-Stigma-Related $r=0.52$; BACE-Attitudinal with BACE-Stigma-Related $r=0.59$; all p-values <0.01.

In Model 1, female gender and more depressive symptoms significantly predicted help-seeking. In Model 2, more mental health literacy, fewer non-stigma-related barriers and more self-identification as having a mental illness predicted help-seeking; stigma-related barriers did not predict help-seeking, gender and depressive symptoms lost significance. In Model 3, mental health service use at baseline and fewer non-stigma-related barriers predicted help-seeking, while more mental health literacy, more self-identification as having a mental illness and female gender did so on a trend level (all $p<.085$). In Model 4, mental health service use at baseline and attitudinal barriers, but not instrumental barriers predicted help-seeking; more mental health literacy and female gender did so on a trend level (all $p<.085$).

Discussion

To our best knowledge, this is the first longitudinal quantitative study to investigate barriers and facilitators of help-seeking in the vulnerable and hard-to-reach group of unemployed people with mental health problems, who were recruited in employment agencies and thus outside the mental health care system. While some of our findings are in line with previous research on help-seeking, other findings add novel aspects which might be related to the special situation of persons with two stigmatised conditions such as unemployment and mental health problems.

Female gender has previously been shown to be associated with a more positive attitude towards help-seeking for mental illness (Park et al. 2018; Kagstrom et al. 2019), which is in line with our findings. It seems evident and has been shown before (Bonabi et al. 2016; Schomerus et al. 2019b; Kagstrom et al. 2019) that better knowledge about mental health and the ability to identify oneself as having a mental illness facilitate help-seeking. In a previous cross-sectional study among the same participants as in this study, better mental health literacy was associated with an increased intention to seek professional and informal help (Waldmann et al. 2020).

While stigma is a frequent obstacle to help-seeking (Clement et al. 2015), in our study stigma-related barriers did not influence help-seeking, which needs explanation. One reason why stigma-related barriers did not play a significant role might be that our real-world sample of unemployed people with mental health problems mostly had already some form of primary or secondary mental health care at baseline. Thus for most of our participants, treatment initiation during follow-up was not their first step into the mental health care system and label avoidance was likely less relevant. Another explanation could be the prominence model, according to which multiple forms of discrimination might not be worse than one prominent form, which could be explained by inurement, by coping mechanisms and by the identity centrality of the stigmatised condition (Thoma und Huebner 2013). In our case unemployment, which affects different areas of life and is itself associated with self-stigma (Blau et al. 2013),

could be so central to our participants' identity that the additional stigma of mental illness was not perceived as a barrier to help-seeking.

As in other samples (Schomerus et al. 2019b), depression severity did not predict help-seeking, pointing to a potential mismatch between objective need and treatment coverage. Those already in the mental health care system may find it easier to seek additional help, probably through better knowledge and referrals within the system. Seeking additional secondary mental health care seemed adequate given the depression severity among our participants and the known unmet mental health care needs of unemployed people (Ahs et al. 2012). However, our findings indicate that there is a large group of unemployed individuals with serious mental health problems who fall through the cracks, and the goal for services should be to identify and help those in order to stop the vicious circle of mental health problems and long-term unemployment. Attitudinal barriers seem to play a key role, maybe because some people with long-term unemployment have given up in a mind-set of hopelessness and others do not trust mental health services. Interventions should thus target attitudinal barriers and address especially those outside the mental health care system. Mental health coaching in employment agencies to identify mental health needs and to provide information about mental illness and low-threshold access to mental health services could be particularly useful (Wabnitz et al. 2019).

Limitations are the possible lack of generalisability of our results because patients were exclusively recruited in Southern Germany, a region with a very low unemployment rate of about 3% at the time of our study. Another limitation is the fact that at follow-up, participants were only asked if they had initiated any new treatment for mental problems, but existing treatments were not re-assessed.

Declaration of conflicting interest: The authors declare that they have no conflict of interest.

Funding acknowledgements: Our work was supported by the Deutsche Forschungsgemeinschaft [German Research Foundation] (DFG, RU 1200/3-1).

References

Åhs A, Burell G and Westerling R (2012) Care or not care--that is the question: Predictors of healthcare utilisation in relation to employment status. International Journal of Behavioral Medicine 19(1): 29–38.

Bijl RV and Ravelli A (2000) Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. American Journal of Public Health 90(4): 602–607.

Blau G, Petrucci T and McClendon J (2013) Correlates of life satisfaction and unemployment stigma and the impact of length of unemployment on a unique unemployed sample. Career Development International 18(3): 257–280.

Bonabi H, Müller M, Ajdacic-Gross V, et al. (2016) Mental health literacy, attitudes to help seeking, and perceived need as predictors of mental health service use: A longitudinal study. The Journal of Nervous and Mental Disease 204(4): 321–324.

Clement S, Brohan E, Jeffery D, et al. (2012) Development and psychometric properties the Barriers to Access to Care Evaluation scale (BACE) related to people with mental ill health. BMC Psychiatry 12: 36.

Clement S, Schauman O, Graham T, et al. (2015) What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. Psychological Medicine 45(1): 11–27.

Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF, et al. (2004) Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: Randomised controlled trial. British Journal of Psychiatry 185: 342–349.

Hinkin CH, Castellon SA, Dickson-Fuhrman E, et al. (2001) Screening for drug and alcohol abuse among older adults using a modified version of the CAGE. The American Journal on Addictions 10(4): 319–326.

Kagstrom A, Alexova A, Tuskova E, et al. (2019) The treatment gap for mental disorders and associated factors in the Czech Republic. European Psychiatry 59: 37–43.

Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, et al. (2003) Screening for serious mental illness in the general population. Archives of General Psychiatry 60(2): 184.

Kroenke K, Spitzer RL and Williams JBW (2001) The PHQ-9. Journal of General Internal Medicine 16(9): 606–613.

Levine DS, Valenstein M, Yosef M, et al. (2018) Differences in Mental Health Service Use Among Unemployed Veterans of Different Eras. The Journal of Nervous and Mental Disease 206(2): 155–158.

Olesen SC, Butterworth P, Leach LS, et al. (2013) Mental health affects future employment as job loss affects mental health: Findings from a longitudinal population study. BMC Psychiatry 13: 144.

Park S, Jeon M, Lee Y, et al. (2018) Influencing factors of attitudes toward seeking professional help for mental illness among Korean adults. The International Journal of Social Psychiatry 64(3): 286–292.

Pymont C, Schofield TP and Butterworth P (2017) Within-person analysis of welfare transitions in a longitudinal panel survey reveals change in mental health service use. Journal of Public Health 39(4): e134-e141.

Rüsch N, Corrigan PW, Waldmann T, et al. (2018) Attitudes toward disclosing a mental health problem and reemployment: A longitudinal study. The Journal of Nervous and Mental Disease 206(5): 383–385.

Rüsch N, Malzer A, Oexle N, et al. (2019) Disclosure and quality of life among unemployed individuals with mental health problems: A longitudinal study. The Journal of Nervous and Mental Disease 207(3): 137–139.

Schomerus G, Muehlan H, Auer C, et al. (2019) Validity and psychometric properties of the Self-Identification as Having a Mental Illness Scale (SELF-I) among currently untreated persons with mental health problems. Psychiatry Research 273: 303–308.

Schomerus G, Stolzenburg S, Freitag S, et al. (2018) Stigma as a barrier to recognizing personal mental illness and seeking help: A prospective study among untreated persons with mental illness. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience.

Staiger T, Waldmann T, Oexle N, et al. (2018) Intersections of discrimination due to unemployment and mental health problems: The role of double stigma for job- and help-seeking behaviors. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.

Staiger T, Waldmann T, Rüsch N, et al. (2017) Barriers and facilitators of help-seeking among unemployed persons with mental health problems: A qualitative study. BMC Health Services Research 17(1): 39.

Stolzenburg S, Freitag S, Evans-Lacko S, et al. (2017) The stigma of mental illness as a barrier to self labeling as having a mental illness. The Journal of Nervous and Mental Disease 205(12): 903–909.

Thoma BC and Huebner DM (2013) Health consequences of racist and antigay discrimination for multiple minority adolescents. Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology 19(4): 404–413.

Üstün TB, Chatterji S, Kostanjsek N, et al. (2010) Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. Bulletin of the World Health Organization 88(11): 815–823.

Wabnitz P, Hemkendreis B, Ostermann S, et al. (2017) Gesundheitscoach – Niedrigschwellige Begleitung von psychisch belasteten Arbeitslosengeld II Empfängern: Darstellung des Gütersloher Pilotprojekts. Gesundheitswesen [Epub ahead of print; doi 10.1055/s-0043-119066].

Waldmann T, Staiger T, Oexle N, et al. (2019) Mental health literacy and help-seeking among unemployed people with mental health problems. Journal of Mental Health: 1–7.

Table 1. Stepwise logistic regression on help-seeking (initiation of psychiatric/psychotherapeutic treatment) within 6 months after baseline; n=240

Independent variables (all at baseline)	Model 1		Model 2		Model 3	
	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Age (years)	0.99 (0.97 – 1.02)	.617	1.00 (0.97 – 1.02)	.815	0.99 (0.97 – 1.02)	.673
Gender (0=male, 1=female)	1.82 (1.06 – 3.12)	**.030**	1.67 (0.93 – 2.99)	.085	1.70 (0.94 – 3.01)	.079
Education (years)	0.98 (0.90 – 1.06)	.587	0.94 (0.86 – 1.03)	.171	0.94 (0.86 – 1.04)	.212
Depressive symptoms (PHQ-9)	1.08 (1.02 – 1.14)	**.005**	1.05 (0.98 – 1.12)	.146	1.04 (0.97 – 1.12)	.229
Length of current unemployment (months)	1.00 (0.99 – 1.01)	.879	1.00 (0.995 – 1.01)	.607	1.00 (0.99 – 1.01)	.966
Depression literacy (D-Lit)			1.22 (1.03 – 1.46)	**.026**	1.20 (0.999 – 1.43)	.051
Barriers (BACE non-stigma-related)			0.28 (0.12 - 0.63)	**.002**	0.33 (0.14 - 0.76)	**.009**
Barriers (BACE stigma-related)			1.39 (0.82 – 2.35)	.224	1.24 (0.72 – 2.15)	.437
Self-identification as mentally ill (SELFI)			1.69 (1.15 – 2.48)	**.007**	1.43 (0.95 – 2.14)	.085
Mental health service use at baseline (0=no, 1=yes)					3.44 (1.57 – 7.57)	**.002**
Nagelkerke's R^2	.08		.20		.29	

Table 2. Stepwise logistic regression on help-seeking (initiation of psychiatric/psychotherapeutic treatment) within 6 months after baseline, Model 4; n=240

Independent variables (all at baseline)	Model 4	
	OR (95% CI)	p
Age (years)	0.99 (0.97 – 1.02)	.616
Gender (0=male, 1=female)	1.73 (0.95 – 3.15)	.071
Education (years)	0.94 (0.86 – 1.04)	.212
Depressive symptoms (PHQ-9)	1.04 (0.97 – 1.12)	.252
Length of current unemployment (months)	1.00 (0.99 – 1.01)	.967
Depression literacy (D-Lit)	1.19 (0.997 – 1.43)	.053
Barriers (BACE attitudinal)	0.44 (0.21 - 0.94)	**.035**
Barriers (BACE instrumental)	0.76 (0.40 – 1.45)	.405
Barriers (BACE stigma-related)	1.24 (0.72 – 2.15)	.439
Self-identification as mentally ill (SELFI)	1.40 (0.93 – 2.11)	.109
Mental health service use at baseline (0=no, 1=yes)	3.45 (1.57 – 7.59)	**.002**
Nagelkerke's R^2	.29	

4. Publikation

Rüsch, N.; Staiger, T.; **Waldmann,** T.; Dekoj, M. C.; Brosch, T.; Gabriel, L.; Bahemann, A.; Oexle, N.; Klein, T.; Nehf, L.; Becker, T. (2019) *Efficacy of a peer-led group program for unemployed people with mental health problems: Pilot randomized controlled trial.* Int J Soc Psychiatry. Jun;65(4):333-337. DOI: 10.1177/0020764019846171.

Copyright:
Dies ist die vom International Journal of Social Psychiatry akzeptierte Autorenversion (post-print version) des folgenden Artikels: Rüsch, N.; Staiger, T.; **Waldmann,** T.; Dekoj, M. C.; Brosch, T.; Gabriel, L.; Bahemann, A.; Oexle, N.; Klein, T.; Nehf, L.; Becker, T. (2019) *Efficacy of a peer-led group program for unemployed people with mental health problems: Pilot randomized controlled trial.* Int J Soc Psychiatry. Jun;65(4):333-337. DOI: 10.1177/0020764019846171. Dieser Artikel ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung - Nicht-kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (CC BY-NC-ND 4.0), https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/, welche das nicht-kommerzielle Teilen, Vervielfältigen und Weiterverbreiten in jedwedem Format oder Medium erlaubt, unter der Bedingung, dass angemessene Urheber- und Rechteangaben angegeben sind und er nicht verändert, bearbeitet oder darauf aufgebaut wird.

Die final veröffentlichte Version des Manuskripts ist verfügbar unter:
https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0020764019846171

Folgende Anteile habe ich an dieser Publikation erbracht:

- Mitarbeit bei der Konzeption des Gruppenprogramms
- Erstellung des Interventions-Arbeitsbuchs für das Gruppenprogramm und des Leitfadens der Gruppenleiter (Peer und Therapeuten)
- Zusammenstellung der Fragebögen (inklusive des Screeningfragebogens)
- Ansprache und Rekrutierung der Studienteilnehmenden (inklusive Screening)
- Planung und Organisation der Teilnehmendengruppen zur Datengenerierung
- Durchführung der Datenerhebung
- Mitwirkung bei der Erstellung des Manuskripts

Efficacy of a peer-led group program for unemployed people with mental health problems: pilot randomized-controlled trial

Nicolas Rüsch[1], Tobias Staiger[1], Tamara Waldmann[1], Marie Christine Dekoj[1], Thorsten Brosch[1], Lisa Gabriel[1], Andreas Bahemann[2], Nathalie Oexle[1], Thomas Klein[1], Luise Nehf[1], Thomas Becker[1]

[1] Department of Psychiatry II, Ulm University and BKH Günzburg, Germany

[2] Federal Employment Agency, Nürnberg, Germany

Running Head: Unemployment, MI & pilot RCT

Word count abstract: 203

Word count text (excluding abstract, references and table): 2227

International Journal of Social Psychiatry

Address correspondence to Nicolas Rüsch, Department of Psychiatry II, Ulm University and BKH Günzburg, Parkstrasse 11, 89073 Ulm, Germany. Email: nicolas.ruesch@uni-ulm.de, Tel. +49 731 500 62301

Abstract

Background: People with long-term unemployment and mental health problems often find it difficult to take active steps toward help-seeking and job search and to navigate the complex system of available services. Likewise job center staff would welcome interventions to improve the reintegration of long-term unemployed individuals with mental health problems into the labor market.

Aim: To examine the efficacy of a peer-led group program that supports unemployed people with mental health problems in terms of help-seeking, job search and recovery.

Methods: Based on participatory research, a four-session group program was designed and evaluated in a pilot RCT with 42 participants, randomized to the program (n=23) or treatment as usual (n=19). Outcomes were assessed at baseline (T0), three weeks (T1), six weeks (T2) and six months later (T3).

Results: There were no significant intervention effects on primary outcomes (job search self-efficacy, help-seeking). But compared to the control group, intervention participants showed significant improvements in depressive symptoms (p=0.02) and recovery (p=0.04) at T2 with medium effect sizes. There were trend-level positive program effects on self-stigma, hopelessness and secrecy.

Conclusions: This pilot RCT provides initial evidence for the efficacy of a peer-led group program to improve symptoms and recovery among unemployed participants with mental health problems.

Keywords: unemployment, mental health problems, peer-led intervention, group program, recovery, job search

Introduction

People with long-term unemployment and mental health problems often find themselves in a vicious circle defined by multiple social and medical problems (Brand 2015). Qualitative research suggests that despite available services and sources of support, many find it difficult to take active steps toward help-seeking and job search (Audhoe et al. 2018; Oschmiansky et al. 2017a; Schubert et al. 2013b). The efficacy of supported employment (individual placement and support) programs is well established, but they are not widely implemented in Germany, and many unemployed individuals with mental health problems find it difficult to navigate the complex system of available services. Likewise job center staff would welcome new tools and interventions to improve the reintegration of long-term unemployed individuals with mental health problems into the labor market (Reissner et al. 2016).

At the time and location of this study in Southern Germany, unemployment rates were low at about 3%. Nevertheless, many unemployed individuals with mental health problems struggle to re-enter the labor market, resulting in long periods of unemployment. Taking into account expert consensus that recommends to address mental health literacy and skills (Santos et al. 2018) as well as qualitative and quantitative work of our group among unemployed people with mental health problems (Rüsch et al. 2018a); (Staiger et al. 2017; Rüsch et al. 2019a), we designed and evaluated a peer-led group program for this target population in a pilot RCT.

It was the aim of our study to evaluate the efficacy of a group program as specific support in addition to any primary or secondary mental health care (treatment as usual) as well as any employment agency support that participants received. Supported employment was not offered as part of the study intervention, by the employment agencies or other providers. Compared to the control group that received treatment as usual alone, we expected that program participants would show improvements in terms of job search self-efficacy, help-seeking intentions as well as symptoms, stigma variables and indices of recovery and well-being.

Methods

Trial design and participants

In this parallel two-arm RCT, 42 participants were randomly assigned to the group program combined with treatment as usual, if any (n=23), or to a control group with TAU alone (n=19), using a random number table sequence and closed envelopes. Participants were recruited in 2017 from job centers and community information centers for the unemployed and via newspaper advertisements in the Southern German regions of Ulm and Augsburg. Inclusion criteria were current unemployment (following German law defined as working <15 hours/week and earning ≤450 Euros/month); age 18 to 64 years; sufficient German language skills; current psychological distress as indicated by scores ≥13 on Kessler's K6 Psychological Distress Scale (M=17.5, SD=2.9; (Kessler et al. 2010); at least a moderate level of self-reported distress due to the current situation (score ≥3 in response to "How mentally distressed do you feel with respect to your current situation?", from 1/not at all to 5/very much; M=4.0, SD=0.8). Full disability pension was an exclusion criterion. The trial was approved by Ulm University's ethics committee and all participants provided written informed consent. Before including the first participant, the trial was registered on ISRCTN (38560825). Control group and intervention participants were reimbursed for their time during assessments, not for group participation.

Intervention

Based on focus groups with unemployed people with mental health problems and our previous qualitative (Staiger et al. 2017) and quantitative studies (Rüsch et al. 2018a), an intervention was developed by our group that consists of researchers and people with experience of mental illness and/or unemployment. The intervention focused on peer support; values and acceptance; help-seeking; support for mental health problems and job search; and disclosure decisions. The group program included elements of Hayes‘ Acceptance and Commitment Therapy (Zhang et al. 2017) and of Corrigan’s peer-led Honest, Open, Proud program to support people with mental illness in their disclosure decisions (www.hopprogram.org). Groups were co-facilitated by one peer with own experience of unemployment and mental illness and by one clinical psychologist. Each group ran for six weeks and had 4 two-hour sessions, one each in weeks 1, 2 and 3 plus a booster-session in week 6.

Lesson 1 introduced the mindfulness concept, followed by discussions of acceptance related to unemployment and mental health and help-seeking; it further discussed pros and cons of disclosing a mental health problem. Lesson 2 discussed participants‘ values and their behavorial implications and levels of disclosure with risks and benefits. Lesson 3 repeated values and provided practical information about sources of help for job search, financial and related issues as well as for mental health. Lesson 4 covered acceptance of thoughts and feelings about one’s personal situation; and in terms of disclosure Lesson 4 taught participants ways to tell their story that they could practice if they wished to do so. Groups were co-led by the two group facilitators; exercises, worksheets and homework were included in a workbook.

Measures

All outcomes were measured by self-report at four times: at baseline before randomization (T0), and three weeks (T1), six weeks (T2) and six months (T3) after baseline (see Table 1 ranges of possible scores). Higher mean or sum scores of each scale indicate higher levels of the measured constructs. Primary outcomes were assessed by the 6-item Job Search Self-Efficacy Scale (with Cronbach’s alphas between 0.76 and 0.89, for T0 to T3; (van Ryn und Vinokur 1992) and the 13-item General Help-Seeking Questionnaire as a measure of help-seeking intentions for mental health problems (alphas 0.64 to 0.69, except for 0.39 at T3; (Wilson et al. 2005a).

Secondary outcome measures were the 5-item self-concurrence subscale of the Self-Stigma in Mental Illness Scale-Short Form, indicating to what extent participants agreed that negative stereotypes applied to themselves (alphas from 0.60 to 0.76 from T1 to T3, and 0.40 at T0; (Corrigan et al. 2012); a short 4-item version of Beck’s Hopelessness Scale (BHS, alphas from 0.74 to 0.78; (Yip und Cheung 2006); the 4-item part B of the Self-Identified Stage of Recovery Scale (SISR, alphas from 0.60 to 0.80; (Andresen et al. 2010); the 15-item German version of the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D, alphas from 0.83 to 0.93; (Hautzinger und Bailer 1993a); and Link’s 5-item Secrecy Scale as an index of the preference to keep one’s mental health problem secret (alphas from 0.64 to 0.90; (Link et al. 1991).

Statistical Analyses

Baseline characteristics of intervention vs. control participants were compared using t-tests or Fisher’s exact tests as appropriate. Intervention effects were examined by analyses of covariance, with the baseline/T0 score of each outcome variable as covariate and partial η^2 values as effect size estimates. Analyses were done in SPSS 25 with a significance level of $p<.05$.

Results

Recruitment, baseline characteristics, attrition

Altogether 92 individuals were assessed for eligibility of whom 50 were excluded (37 did not meet inclusion criteria, 3 were retired, 10 were not interested) and 42 were included in the study. Participants were Caucasian, on average in their mid forties (M=46.1 years, SD=9.9, median 48), 22 (52%) were female, had on average 13.5 years of education (SD=2.9), had been unemployed for nearly four years since their last job (M=46.3 months, SD=57.1, median 27.0), most (n=31, 78%) lived alone, and two thirds (n=28) had debts. The average level of depressive symptoms about 40 in the CES-D (Table 1) was well above the recommended cutoff for clinically relevant depression of 37 (with possible scores from 15 to 60; (Hautzinger und Bailer 1993a), and 29 participants (69%) scored above this cutoff at baseline. Recruitment was ended after including 42 participants due to continuing recruitment difficulties.

Three types of current mental health service use among the 42 included participants was assessed at baseline, with 50% (n=21) reporting to see a psychiatrist or psychotherapist, 48% (n=20) receiving care for mental health problems from a general practitioner, and 43% (n=18) taking psychiatric medication. Service use rates did not differ between groups (all three p-values >.2 in two-tailed Fisher's exact tests). Participants did not receive supported employment, neither as part of the study intervention nor as part of employment agency support or other services.

We compared baseline/T0 characteristics of program versus control group participants in terms of socio-demographic variables and outcome measures, and there were no significant differences. Starting with 23/19 (intervention/control group) participants at T0, data were available from 21 (91%)/17 (89%) at T1, 18 (78%)/17 (89%) at T2, and 20 (87%)/13 (68%) at T3, indicating increasing attrition rates over time with approximately 10% dropout at T1 and 20% at T3 across both groups.

-- Insert Table 1 about here --

Intervention effects

Regarding primary outcomes, there were no significant intervention effects on job-search self-efficacy or help-seeking intentions (Table 1). But a number of secondary outcomes showed significant or trend-level positive effects at T2 (after the booster session for the intervention group): Program participants reported significantly lower depressive symptoms and more recovery with medium effects sizes (Table 1). Small-to-medium, trend-level positive intervention effects were also found for self-stigma, hopelessness, and secrecy.

Participants' views

Program participants gave feedback about the intervention in an open-ended questionnaire and informally. Perceived strengths of the program included the positive and open atmosphere in the groups that provides the experience of not being alone with these kinds of problems; to have been taken seriously as a person; the peer group facilitator as a role model with own experience of unemployment and ill mental health; experiences with acceptance and mindfulness as a new way to deal with stressors that cannot be changed easily; the fact that participants could, but did not have to, express their opinions. As a downside, some felt there was too much content for the four sessions.

Discussion

There is substantial evidence for the efficacy of supported employment programs for unemployed people with mental illness (Suijkerbuijk et al. 2017; Modini et al. 2016). However, they are not widely implemented in Germany, and for long-term unemployed individuals with mental health problems and unclear motivation to seek employment and to use services (Hagen et al. 2018), there is a need for tailored interventions. Our pilot RCT for this population provides partial support for the feasibility of a peer-led group program with moderate attrition rates. The main feasibility concern in our trial was recruitment which may have been particularly difficult because some potential participants might not have considered themselves as having mental health problems, reducing their interest in participation. Another explanation might be general disillusionment with any kind of intervention after many years of unemployment. Motivating members of the target population to participate in group programs of this kind will likely be a challenge for future studies. A low-threshold in-house service, located in job centers, independent and confidential, might help. Partnering with job centers, primary healthcare providers, mutual help or peer support groups, or information centers for unemployed individuals will also be needed to improve the outreach and delivery of such interventions. Another avenue is to approach unemployed people with mental health problems in the somatic and mental health service systems.

Our hypothesis about the program's efficacy was not supported for primary outcomes, possibly because job search and help-seeking were too distal outcomes for a four-session intervention that focused on acceptance, values and disclosure decisions in a study among long-term unemployed participants. This highlights the need for early intervention, soon after the onset of mental health problems and unemployment. On the other hand and encouragingly, this very brief intervention yielded significant benefits in terms of symptom reduction and increased recovery. Trend-level findings further suggest small to medium size positive effects in terms of reactions to stigma and discrimination that are associated with poor long-term outcomes, such as self-stigma and secrecy. The intervention might therefore, although yet without measurable short-term impact on employment outcomes, reduce barriers to the labor market and increase employability of participants over time. Consistent with this assumption, in a recent Swedish study acceptance and commitment therapy appeared to increase employability among people with mental illness or chronic pain (Berglund et al. 2018). Future studies should also investigate the efficacy of an intervention that combines group programs such as ours with supported employment (individual placement and support), equaling a type of complex intervention often referred to as augmented supported employment (Suijkerbuijk et al. 2017; Reissner et al. 2016).

Limitations of our study need to be considered. The sample size was small, therefore small-to-medium effects remained at a trend-level significance and negative findings need to be interpreted cautiously. Due to selection bias our sample is likely not representative. Some scales had low internal consistency. Not all participants may necessarily have thought about themselves as having a mental illness, therefore parts of the group program that dealt with disclosure and secrecy may not have been relevant to them.

Conclusion

Despite these limitations this pilot RCT provides preliminary evidence for the efficacy of a brief peer-led group program to improve symptoms and recovery among long-term unemployed individuals with mental health problems. Any future study will need to consider recruitment issues in this target population. Future interventions might need to use longer and more comprehensive interventions to achieve effects on help-seeking and employment.

Acknowledgements
We are grateful to all participants and to the German Federal Employment Agency and its Medical Service as well as to joint local agencies and approved local providers for their support with participant recruitment. This study was funded by the German Research Foundation (DFG: RU 1200/3-1).

Conflict of interest
All authors declare no conflict of interest.

References

Andresen R, Caputi P and Oades LG (2010) Do clinical outcome measures assess consumer-defined recovery? *Psychiatry Research* 177(3): 309–317.

Audhoe SS, Nieuwenhuijsen K, Hoving JL, et al. (2018) Perspectives of unemployed workers with mental health problems: barriers to and solutions for return to work. *Disability and Rehabilitation* 40(1): 28–34.

Berglund E, Anderzén I, Andersén Å, et al. (2018) Multidisciplinary intervention and Acceptance and Commitment Therapy for return-to-work and increased employability among patients with mental illness and/or chronic pain: A randomized controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 15, 2424.

Brand JE (2015) The far-reaching impact of job loss and unemployment. *Annual Review of Sociology* 41: 359–375.

Corrigan PW, Michaels PJ, Vega E, et al. (2012) Self-Stigma of Mental Illness Scale-Short Form: Reliability and validity. *Psychiatry Research* 199: 65–69.

Hagen C, Bänfer S, Werkstetter L, et al. (2018) Inanspruchnahme des psychosozialen Hilfesystems bei jungen, psychisch erkrankten Arbeitslosengeld-II-Empfängern vor und nach Nutzung eines psychiatrisch-psychologischen Beratungsangebotes [Use of mental health service among young adults on unemployment benefit before and after receiving counseling at a psychiatric liaison department] *Nervenarzt* 80(7): 598–605.

Hautzinger M and Bailer M (1993) *Allgemeine Depressionsskala*. Weinheim: Beltz.

Kessler RC, Green JG, Gruber MJ, et al. (2010) Screening for serious mental illness in the general population with the K6 screening scale: results from the WHO World Mental Health (WMH) survey initiative. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 19 Suppl 1: 4–22.

Link BG, Mirotznik J and Cullen FT (1991) The effectiveness of stigma coping orientations: Can negative consequences of mental illness labeling be avoided? *Journal of Health & Social Behavior* 32(3): 302–320.

Modini M, Tan L, Brinchmann B, et al. (2016) Supported employment for people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis of the international evidence. *British Journal of Psychiatry* 209(1): 14–22.

Oschmiansky F, Popp S, Riedel-Heller S, et al. (2017) *Psychisch Kranke im SGB II: Situation und Betreuung. (IAB-Forschungsbericht, 14/2017) [IAB research report - Mentally ill people in the German social code II: situation and care]*. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.

Reissner V, Scherbaum N, Wiltfang J, et al. (2016) Psychiatrische Interventionen für Arbeitslose: [Psychiatric interventions for the unemployed]. *Nervenarzt* 87(1): 74–81.

Rüsch N, Corrigan PW, Waldmann T, et al. (2018) Attitudes toward disclosing a mental health problem and reemployment: A longitudinal study. *Journal of Nervous and Mental Disease* 206(5): 383–385.

Rüsch N, Malzer A, Oexle N, et al. (2019) Disclosure and quality of life among unemployed individuals with mental health problems: A longitudinal study. *Journal of Nervous & Mental Disease* 207(3): 137–139.

Santos O, Lopes E, Virgolino A, et al. (2018) Defining a brief intervention for the promotion of psychological well-being among unemployed individuals through Expert Consensus. *Frontiers in Psychiatry* 9: 13.

Schubert M, Parthier K, Kupka P, et al. (2013) *Menschen mit psychischen Störungen im SGB II (IAB-Forschungsbericht, 12/2013) [IAB research report - Mentally ill people in the German social code II]*. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.

Staiger T, Waldmann T, Rüsch N, et al. (2017) Barriers and facilitators of help-seeking among unemployed persons with mental health problems: a qualitative study. *BMC Health Services Research* 17(1): 39.

Suijkerbuijk YB, Schaafsma FG, van Mechelen JC, et al. (2017) Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 9: CD011867.

van Ryn M and Vinokur AD (1992) How did it work? An examination of the mechanisms through which an intervention for the unemployed promoted job-search behavior. *American Journal of Community Psychology* 20(5): 577–597.

Wilson CJ, Deane FP, Ciarocchi J, et al. (2005) Measuring help-seeking intentions: Properties of the General Help-Seeking Questionnaire. *Canadian Journal of Counselling* 39(1): 15–28.

Yip PSF and Cheung YB (2006) Quick assessment of hopelessness: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes* 4: 13.

Zhang C-Q, Leeming E, Smith P, et al. (2017) Acceptance and Commitment Therapy for health behavior change: A contextually-driven approach. *Frontiers in Psychology* 8: 2350.

Table 1. ANCOVAs for intervention and control group (with the baseline score of each outcome as covariate; baseline/T0, three weeks after baseline/T1; 6 weeks after baseline, that is after the booster session for intervention participants/T2; and follow-up 6 months after baseline/T3)

						T1			T2			T3		
Scales (range of possible scores)		T0 M (SD)	T1 M (SD)	T2 M (SD)	T3 M (SD)	F	η^2	*p*	F	η^2	*P*	F	η^2	*p*
Job-search self-efficacy (1 to 5)	Intervention	3.1 (0.8)	3.2 (0.7)	3.4 (0.8)	3.2 (1.0)	2.1	0.06	.16	1.4	0.04	.24	<0.01	<0.01	.96
	Control	3.3 (0.8)	3.2 (0.9)	3.3 (0.9)	3.2 (0.9)									
Help-seeking intentions (1 to 7)	Intervention	3.4 (1.0)	3.6 (1.0)	3.5 (1.0)	3.3 (0.6)	2.6	0.07	.12	0.2	0.007	.64	0.04	<0.01	.85
	Control	3.0 (1.0)	3.0 (0.9)	3.2 (1.0)	3.1 (0.9)									
Recovery (SISR: 4 to 24)	Intervention	15.3 (4.1)	16.1 (4.2)	17.8 (3.4)	17.3 (3.5)	0.4	0.01	.53	4.6	0.13	.039	1.9	0.06	.17
	Control	16.3 (4.2)	15.9 (3.6)	16.1 (4.4)	15.7 (2.6)									
Self-Stigma (SSMIS-SF: 5 to 45)	Intervention	17.3 (4.3)	15.3 (6.2)	14.6 (7.9)	15.4 (7.0)	0.8	0.02	.39	10.8	0.25	.08	1.5	0.05	.23
	Control	17.3 (8.1)	16.9 (8.0)	19.1 (8.7)	18.3 (9.6)									
Depressive symptoms (CES-D: 15 to 60)	Intervention	39.2 (7.4)	35.2 (8.8)	31.5 (8.5)	32.0 (7.6)	0.6	0.02	.44	6.3	0.17	.017	0.9	0.03	.35
	Control	41.4 (7.2)	39.1 (10.2)	40.1 (10.1)	37.5 (9.8)									
Hopelessness (BHS: 4 to 24)	Intervention	14.9 (3.6)	13.8 (3.9)	12.6 (3.6)	12.3 (4.2)	0.2	0.01	.65	3.4	0.10	.08	2.4	0.07	.14
	Control	14.1 (4.5)	13.7 (4.6)	14.2 (5.0)	14.4 (3.0)									
Secrecy (1 to 6)	Intervention	4.0 (1.2)	3.8 (1.0)	3.5 (1.3)	3.7 (0.9)	0.2	0.01	.64	2.8	0.08	.10	2.2	0.07	.15
	Control	3.7 (1.6)	3.7 (1.7)	3.9 (1.7)	4.3 (1.4)									

5. Publikation

Waldmann, T.; Staiger, T.; Rüsch, N.; Kilian, R. (2020) *Costs of health service use among unemployed and underemployed people with mental health problems.* J Ment Health Policy Econ 24, 31-41 (2021).

Copyright:
Dies ist die vom Journal of Mental Health Policy and Economics akzeptierte Autorenversion des folgenden Artikels: **Waldmann, T.**; Staiger, T.; Rüsch, N.; Kilian, R. (2020) *Costs of health service use among unemployed and underemployed people with mental health problems.* J Ment Health Policy Econ 24, 31-41 (2021). Copyright © [2021] ICMPE.
Mit freundlicher Abdruckgenehmigung vom International Center of Mental Health Policy and Economics (ICMPE), welches das nicht-kommerzielle Teilen, Vervielfältigen und Weiterverbreiten in jedwedem Format oder Medium erlaubt, unter der Bedingung, dass angemessene Urheber- und Rechteangaben angegeben sind.

Die final veröffentlichte Version des Manuskripts ist verfügbar unter:
http://www.icmpe.org/test1/journal/issues/v24i1toc.html

Folgende Anteile habe ich an dieser Publikation erbracht:

- Zusammenstellung der Fragebögen (inklusive des Screeningfragebogens) mit T. Staiger und N. Rüsch
- Ansprache und Rekrutierung der Studienteilnehmenden (inklusive Screening) mit T. Staiger
- Planung und Organisation der Teilnehmenden zur Datengenerierung mit T. Staiger
- Durchführung der Datenerhebung mit T. Staiger
- Datenanalyse
- Erstellung der Publikation (inklusive Überarbeitung während des Review-Prozesses)

Costs of health service use among unemployed and underemployed people with mental health problems

Tamara Waldmann[1*], Tobias Staiger[1,2], Nicolas Rüsch[1], Reinhold Kilian[1]

[1] Department of Psychiatry II, University of Ulm and BKH Günzburg, Germany

[2] Cooperative State University Baden-Wuerttemberg, Villingen-Schwenningen, Germany (current)

Word count abstract: 247 (150-250)
Word count text (excluding abstract, references, tables, and figures): 4496 (4500)
Number of Tables: 4
Number of Figures: 3

Short title: Cost Analysis – Unemployment and Mental Health

The Journal of Mental Health Policy and Economics

Acknowledgements & Financial Support
This study was funded by the German Research Foundation (DFG, grant nr. RU 1200/3-1).
We are grateful to the German Federal Employment Agency and its medical service as well as to joint local agencies and approved local providers for their support with participant recruitment. The authors are very grateful to all participants.
All authors declare no conflicts of interest.

*Corresponding author: Tamara Waldmann, Department of Psychiatry II, University of Ulm and BKH Günzburg, Ludwig-Heilmeyer-Str. 2, 89312 Günzburg, Germany, Email: tamara.waldmann@uni-ulm.de, Tel. +49 8221 9629211
https://orcid.org/0000-0002-8084-2827

Abstract

Background: Unemployment is associated with a high risk of experiencing mental illness. This can lead to stigmatisation, reduced quality of life, and long-term costs like increased healthcare expenditure and productivity losses for society as a whole. Previous research indicates evidence for an association between unemployment and higher mental health service costs, but there is insufficient information available for the German healthcare system.

Aim of the Study: This study aims to identify costs and cost drivers for health and social service use among unemployed people with mental health problems in Germany.

Methods: A sample of 270 persons participated at baseline and six-month-follow-up. Healthcare and social service use was assessed using the Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory. Descriptive cost analysis was performed. Associations between costs and potential cost drivers were tested using structural equation modelling.

Results: Direct mean costs for 12 months range from €1265.13 (somatic costs) to €2206.38 (psychiatric costs) to €3020.70 (total costs) per person. Path coefficients indicate direct positive effects from the latent variable mental health burden (MHB) on stigma stress, somatic symptoms, and sick leave.

Discussion: The hypothesis that unemployed people with mental health problems seek help for somatic symptoms rather than psychiatric symptoms was not supported. Associations between MHB and costs strongly mediated by sick leave indicate a central function of healthcare provision as being confirmation of the inability to work.

Implications for Health Policies: Targeted interventions to ensure early help-seeking and reduce stigma remain of key importance in reducing long-term societal costs.

Implications for Further Research: Future research should explore attitudes regarding effective treatment for the target group.

Keywords: costs, mental health problems, unemployment, service use, stigma, SEM, health economics

JEL: H14 – health and inequality

Introduction

Unemployment is related to an increased risk of experiencing mental illness[1–3]. There is evidence that unemployed people with mental health problems delay[4] or refuse help-seeking for appropriate healthcare[5,6] longer than those who are employed. This hesitation to seek professional help can be assumed to result at least partly from the combination of two stigmatising individual characteristics; mental illness and unemployment[7].

The influence of labeling oneself as mentally ill on help-seeking behavior and following cost estimates can be two-sided: on the one hand is stronger self-labeling related to more positive attitudes towards help-seeking[8] and intended and realized help-seeking[9], but on the other hand it contributes to stigma stress[10,11]. Stigma stress occurs if perceived stigma-related harm exceeds a person's perceived resources to cope with stigma. If people suffer from high stigma stress, help-seeking for mental health treatment might be impaired, e.g. due to less positive attitudes towards help-seeking[8], which would be visible in lower cost estimates.

The delay in psychiatric service use due to perceived stigmatisation[12] can lead, on the one hand, to a deterioration of psychiatric symptoms[13] and a prolongation of unemployment[14], as well as an increased use of somatic medical services[15]. The use of somatic instead of mental health care services could be considered as a strategy to benefit from the privileges of the "sick role" (e.g. the exemption from the duty to work) without the negative effects of stigmatisation[16]. More severe depressive symptoms and stronger impairments on the other hand lead to improved help-seeking behaviour[17]. Subsequently, the worse self-rated health status leads to more sick leave days[18], which in Germany requires a sick note, issued by health professionals.

While the deterioration of a person's mental health together with a prolongation of unemployment increases the risk of social exclusion[19], the use of somatic rather than psychiatric healthcare may also result in increased healthcare costs. From a health economics perspective, both consequences could be expected to increase the societal costs of illness for the target group. To date, the use and costs of mental healthcare among unemployed people with mental health problems have rarely been investigated. Unemployment has been found to be associated with higher (mental) health service costs in the United States[20] and Great Britain[21]. For Germany, Kleine-Budde and colleagues[22] estimated annual depression-related treatment costs using sample data provided by a health insurance company as being €459 for all study participants and €626 for unemployed people specifically. For our target group, however, the type and costs of service use are largely unknown and existing literature does not allow for predictive analysis of future costs.

In order to understand the health economic effects of stigmatisation, we investigate the associations between the severity of mental illness, perceived stigma stress and the use and the costs of healthcare and social services among unemployed persons with mental health problems. Based on the literature discussed above we test the hypotheses, that in addition to the severity of mental illness, perceived stigma stress works as a cost-driver and that this effect is at least partly mediated by an increased report of somatic symptoms and related sick leave.

Methods

Study design and participants

Data was obtained from a study undertaken in southern Germany concerning the help-seeking behaviour of unemployed people with mental health problems (see also Oexle et al.[23]). Data was collected at baseline (T0) and after six months (T1) between 2015 and 2017. Inclusion criteria were current unemployment status as defined by the German Federal Employment Agency (working less than 15 h per week or earning less than €451 per month[24]; persons receiving full disability pension were excluded), age between 18 and 64 years, psychological distress, and having an illness-related disability. Psychological distress was determined as being a score of ≥13 on Kessler's K6 Psychological Distress Scale[25] or by the existence of current alcohol or substance abuse with a score of ≥1 on items 2–4 of the CAGE-AID screening test for alcohol and substance use disorders[26]. Following the advice of Hinkin et al.[27] for higher specificity, we omitted item 1 (Have you ever felt you ought to cut down on your drinking or drug use?) from the CAGE-AID score, as previous studies indicated that nearly half of healthy controls screened positive on that item. As an additional inclusion criterion, participants were required to score ≥17 (at T0 – range of possible scores: 12–60) on the 12-item WHO-Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS)[28], which approximately corresponds to the 85th general population percentile and to the average disability level of persons with one mental disorder[29]. A total of 301 persons were recruited, mainly through unemployment agencies, newspaper advertisements and cooperation with local social welfare agencies. At follow-up and the time of this analysis, data was available for N=270 (90%). The study was approved by the ethics committee of the University of Ulm (ref. 344/13), and all participants provided written informed consent.

Measures

Data on health service use and its costs was collected using the German version[30] of the Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory (CSSRI)[31]. The CSSRI records inpatient service use for the last six months, outpatient and social service use for the last three months, and medication intake for the previous month. The frequency and duration of use for each healthcare service were extrapolated to a reference period of six months. The CSSRI was administered by academic staff in a personal interview with the participant and took about ten minutes. Inability to work due to illness (sick leave) was measured using a single question, which asked: "How many weeks have you been on attested sick leave in the last six months?"

Depressive symptoms were measured with the 15-item German version of the Centre for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)[32], in which questions are answered on a scale of 1 to 4 (1 = rarely or none of the time, 2 = some or little of the time, 3 = moderately or much of the time, and 4 = most or almost all the time), with higher overall scores from 15 to 60 indicating higher depressive symptoms. The CES-D denotes a cut-off score of 21 as identifying people of increased risk, with a cut-off score of 32 indicating clinically relevant depression[33].

Somatic symptoms were measured with the 8-item version of the Somatic Symptom Scale (SSS8)[34], which asks about pain in different parts of the body, vertigo, and sleeping problems. Participants were requested to indicate their somatic symptoms on a scale from 0 (= no symptoms) to 4 (= very strong symptoms). Self-labelling as "mentally ill" was measured using a single question, which asked participants to rate the extent to

which they consider themselves to be perfectly mentally healthy (1) to severely mentally ill (9)[10].
Stigma stress was assessed by the 8-item Stigma Stress Scale (SSS)[11], with all items scored from 1 (= fully disagree) to 7 (= fully agree). A stigma stress score was calculated by subtracting the mean score of perceived personal resources to cope with stigma (4 items, from 1 to 7) from perceived stigma-related harm (4 items, from 1 to 7). This led to a stigma stress difference score from -6 to +6 with higher difference scores indicating more stigma stress. Sample characteristics are listed in Table 1.

Resource use and costs
There is no common unit cost list available in Germany, but a collection of unit cost calculations for mental disorders was published by Grupp et al.[35] in 2017. Most costs were estimated for the year 2011 and extrapolated to the year 2014, but did not reflect the services used in our sample. Therefore, costs for each service relevant to our sample were examined for the study period, using the most current cost rate (2017 or 2018). Costs were calculated using the German payment system for psychiatric and psychosomatic services (PEPP)[36], the 2017 doctors' fee scale issued by the German Federal Medical Association[37], or acquired via personal communication with authorities covering costs for job-related or social services (e.g. assisted living, counselling for drug abuse or occupational day care). Office based physicians in Germany are reimbursed by the statutory or private health insurance. Fees are defined in the doctors' fee scale called "Einheitlicher Bewertungsmassstab (EBM)"[37]. The EBM specifies credit points for each medical service which is eligible for reimbursement. The monetary values of credit points are negotiated between the leading association of the health insurance funds and the national association of statutory health insurance physicians. Costs for different services are listed in Table 2.

[Insert Table 2 about here]

Defined daily dose (DDD) prices for drugs and medication were determined using the German report for pharmaceutical products[38]. DDD prices were multiplied by the days the drug was taken in the last month, resulting in monthly total costs per drug. These costs were then extrapolated to six months.

Data analysis
Descriptive analyses are displayed in Table 3. The following cost categories were determined: inpatient services, outpatient services, complementary or social services, medication, and total costs. Mean (with 95% confidence intervals – CI) and median (with 25–75% percentiles) costs were presented for three different categories averaged over two time points and separately displayed for each category: 1) total average costs, 2) psychiatric costs, and 3) somatic costs, all for N=270. Costs for complementary or social services were added to psychiatric and somatic costs each, but considered only once in overall costs.
A structural equation model (SEM) was computed to test the assumption that the effects of mental health burden (MHB) on total costs of illness were mediated by stigma stress and sick leave due to somatic symptoms. "Mental health burden" was generated as a

latent variable, using depressive symptoms (CES-D), disability (WHODAS), and self-labelling as "mentally ill" as indicator variables. The given models were the result of a stepwise procedure to detect cost drivers. The first approach only contained four variables and was gradually increased to the three models tested. Sick leave, somatic symptoms (SSS8), and stigma stress (SSS) were included in the model as mediator variables. The SEM was estimated as a generalised structural equation model (GSEM) with robust standard errors. Due to the application of GSEM with robust standard errors (SE), standardized regression estimators and overall goodness of fit indices are not available; therefore, unstandardized path coefficients are presented instead. Good model fit is indicated by a standardized root-mean-square residual (SRMR) of <.08[39]. All analyses, including SEM, were performed using Stata 14.

Results

On average, participants were 44 years old (SD=11.1), about half were female (n=137; 51%), and had been unemployed for about 64 months (5.3 years). Persons reported on average about five weeks of sick leave in the last six months. The study population showed elevated depressive symptoms (CES-D; m=37.5; SD=9.5; $range_{study}$: 16–57) and scored around the midpoint of the following scales: somatic symptoms (SSS8; m=14.8; SD=6.2; $range_{study}$: 0–32), self-labelling as "mentally ill" (m=4.9; SD=2.0; $range_{study}$: 1–9), and the WHO-Disability Assessment Schedule (WHODAS; m=30.9; SD=8.7; $range_{study}$: 12–56). The stigma stress score ranged below the midpoint of the scale (M = -1.4; SD =2.6; $range_{study}$: -6 – +6). Sample characteristics can be seen in Table 1.

[Insert Table 1 about here]

Service costs

Descriptive cost analyses are displayed in Table 3. Total mean costs for 12 months for the total sample amount to €3020.70 (95% CI: 2375.46 – 3665.95) per person. Psychiatric care costs add up to €2206.38 (95% CI: 1677.40 – 2735.36) and costs pertaining to physical health amount to €1265.13 (95% CI: 819.98 – 1710.28) per person.

[Insert Table 3 about here]

Structural equation modelling

Path coefficients indicate direct effects from MHB to stigma stress (b = 0.9; p <.001), somatic symptoms (b= 3.9; p <.001), and sick leave (b = 2.4; p <.001). Stigma stress was negatively associated with somatic symptoms (b = -0.5; p <.001) and with sick leave (b = -0.4; p = 0.018). Indirect paths from somatic symptoms, stigma stress, and MHB to cost variables were not significant. All models showed a good model fit ($SRMR_{total}$ = 0.033; $SRMR_{soma}$ = 0.032; $SRMR_{psych}$ = 0.032) and explained 82% of cost variance (see Table 4). All path estimates can be seen in Figures 1-3.

[Insert Table 4 and Figures 1-3 about here]

Sensitivity analysis was performed by running separate models stratified for a) persons with sick leave and for b) persons without marginal employment. The model a) for persons with sick leave (n=182) indicated direct effects from MHB to stigma stress (b = 0.9; p <.001), somatic symptoms (b= 3.6; p <.001) and sick leave (b = 2.3; p =.004). Stigma stress remained negatively associated with somatic symptoms (b = -0.5; p <.001)

and sick leave (b = -0.5; p = .049). In contrast to the model for the total sample, sick leave showed no significant effects on total costs. Indirect paths from somatic symptoms, stigma stress and MHB to total costs remained without significance. The model showed acceptable model fit (SRMR = 0.045) and explained about 83% of cost variance (see Table 4 and Figure 4, online supplement). The model b) for persons without marginal employment (n=211) showed similar significance to the total cost model with the difference that there was no significant path from stigma stress to sick leave anymore (b = -0.4, p = .068). The model showed acceptable model fit (SRMR = 0.030) and explained about 84% of cost variance (see Table 4 and Figure 5 in the online supplement).

Discussion

There are various cost analyses available regarding mental health-related service use in Germany, broken down according to specific illnesses[40,41], target groups[42,43], or methods of assessment[22,44,45]. Our study provides information regarding a seldom-researched target group in the mental health sector and strengthens the evidence of the high costs of mental illness.

Participants in our study showed exceptional long unemployment times in comparison to the average duration of unemployment in Germany of 37.5 weeks in 2017[24]. An explanation could be that our participants are longer unemployed due to their mental health issues, visible in high symptom scores above the cut-off score (≥ 32) for clinical relevant depression (CES-D; m=37.5; SD=9.5). This is limitedly supported by Paul und Moser[46] who state a worsening of mental health symptoms after 29 months of unemployment. Another reason might lie in the assessed duration of unemployment. In the given analysis lifetime unemployment was used, whereas the federal unemployment agency used the current duration since the last unemployment phase started.

Among the general adult population in Germany, direct healthcare utilisation costs for the preceding six months were estimated at €1475 in 2014 per person by Grupp et al.[35]. Results of this study revealed, that mental disorders were associated with increased direct costs. Precise costs for people with mental illness were not possible to derive from this source, due to a distinct capture of clinical characteristics. A comparison with our costs is therefore not possible. Our estimations of 12-months total costs for unemployed people (€3021) are of comparable size to the 12-months direct costs (€1475*2 = €2950) estimated by Grupp et al. for the general population. Comparing our cost estimations (€3021) with annual costs of people with depression (€5241)[47] in Germany, the hypothesis that unemployed persons with mental health problems do not make adequate use of mental health services can be supported. This is furthermore bolstered by elevated depressive symptoms above the threshold for clinical relevant depression (see above). The median of zero in nearly all arrays indicates that only about 60% of our study participants use any mental health care. This is in accordance with the results of population based investigations of mental health service use in Germany indicating that only about 50% (men) to 60% (women) of people with depression had any contact with health services[48].

A Swedish study[49] investigating healthcare utilisation patterns, however, was unable to find any differences in mental health service use based on employment status. In this study, a majority of participants did not seek help for their mental health-related symptoms despite their self-perceived need for treatment—regardless of their

employment status[49]. One reason for the discrepancy in our study could be a form of underreporting of mental health problems existing among our target group, due either to stigmatisation[50] or an underestimation of costs resulting from our methodological approach of always calculating based on the "lowest-bound" option (e.g. drug prices were calculated using the cheapest generic drug price for a certain active ingredient).

Structural equation modelling

SEM results of the total cost model (Figure 1) indicated that only sick leave had a direct effect on total costs, while MHB was related to sick leave but neither directly nor indirectly to total costs. Furthermore, in line with our expectations, MHB was found to be directly related to increased stigma stress and to an increased number of somatic symptoms. Contrary to our expectations, we found stigma stress negatively correlated to somatic symptoms and sick leave but not to costs, and somatic symptoms neither related to increased sick leave nor to increased illness-related costs (valid for all models). This correlation pattern does not support the hypothesis that unemployed people with mental health problems seek help for somatic rather than psychiatric symptoms to prevent stigmatisation, as postulated by Goldberg and colleagues[15]. However, the apparent non-effect of stigma stress on costs does not mean that the study participants have received adequate treatment pertaining to their mental health. The fact, that after adjusting for mental health burden, stigma stress is negatively related to sick leave suggests that the perception or the fear of stigmatisation may prevent persons from requesting a doctor´s note. But even if unemployed people decide to request a sick note due to health concerns, it only reduces their pressure to search for a job, but this exemption to seek work is not related to the perceived stigmatization[51]. A reason could lie in the different ways stigmatisation was measured: Linden et al. used the Stigma-Consciousness Scale[52] focusing on recognition and awareness of stigma, whereas we used the Stigma Stress Scale including resources to cope with the perceived stigma. The influence of stigma on the process of asking for a doctor's note and following health care costs remains uncertain. Still, it does not mean that stigmatisation inhibits mental health services use as shown by the results of a systematic review[7]. However, the fact that the effect of MHB on direct costs is largely mediated by sick leave indicates that a central function of healthcare provision among our study sample is the confirmation of their inability to work. In Germany attested sick leave means that a person has a doctor's note certifying that he or she is not able to work due to illness. Since our study participants were unemployed and received unemployment benefits, being on sick leave meant that they were exempt from the obligation to seek or accept employment (Article 15 of Social Security Code II). In Germany, this obligation is linked to economic consequences for unemployed persons (Article 311 of Social Security Code III). A doctor's note issued via the healthcare system therefore ensured participants' financial security. Thus, our data suggests that participants' decision to use healthcare may not primarily serve the purpose to re-enter the labour market, but rather to be temporarily relieved from the obligation to seek work. This is supported by Linden et al.[51] where the exemption to seek work due to health restrictions is experienced as a relief by unemployed men. It is additionally supported by qualitative results from the same research project, in which interviewees report their unemployment as being their main stressor[53].

This prior pattern is further evidenced by the significant path from MHB to somatic symptoms in all three models (see Figures 1-3), despite non-significant paths from somatic symptoms to sick leave or cost variables. This finding was surprising, as worse self-rated health led to more sick leave days in Raynik et al.[18] and more severe symptoms in patients with medically-unexplained symptoms were generally associated with extended healthcare costs in Konnopka et al.[54,55] and to a comparable amount of mental-health related healthcare costs in Konnopka et al.[55]. Among patients with serious mental illness, somatic symptoms were also a significant predictor of mental health-related service use and costs[56]. The rise in costs in all of our three models can therefore be explained by a rise in MHB, but not by more severe somatic symptoms. These findings stand in contrast to the results of a recently published systematic review which indicated increased excess costs for depression as a comorbidity of somatic diseases[57].

Based on existing literature regarding the negative association between stigma and help-seeking behaviour[7] and a shift to increased use of somatic rather than psychiatric help[15], we suspected stigma stress would have an indirect effect on costs through increased somatic symptoms; however, this was not confirmed by any of our models. It is possible that our study sample had experienced a certain amount of stigma stress with regards to their mental health problems, but due to the duration of having these problems, already developed coping strategies on an individual level not related to somatic symptoms. The duration of mental health problems as a cost driver for health costs needs to be further investigated.

The negative association between stigma stress and somatic symptoms found in our sample differs from previously published findings, in which no significant association between somatic symptoms and personal stigma was found[58]. The reason for this may lie in the selection of different samples; somatic symptoms could perhaps be more present in unemployed people in their 40s compared with college students in their early 20s. While there was a difference in the significance of this association, its direction (negative) was the same, which contrasted with our expectations of higher (mental health-related) stigma stress leading to an increased reporting of somatic symptoms[58]. The negative mean value of stigma stress (M=-1.4) suggests that participants have relatively good resources to cope with stigma, which may be a protective factor and a reason for the negative association with somatic symptoms. In addition, existing literature indicates that belief in the effectiveness of mental health treatment is negatively associated with personal stigma scores[58]. Further research should include this aspect in order to explore attitudes regarding effective treatment for unemployed people with mental health problems and their impact on health costs.

Sensitivity analysis of sick leave revealed that for participants with sick leave, MHB was not a significant cost driver anymore (Figure 4, online supplement). Running a model without the variable sick leave showed no significant effects on costs anymore. This pattern supports the results of the models in Figures 1-3 that sick leave is a mediator of the path from MHB to health care costs.

Sensitivity analysis for persons without marginal employment showed only slight differences in values to the models in Figures 1-3 with the exception that there was no significant path from stigma stress to sick leave (Figure 5, online supplement). A reason could be that there is an overlap of stigma stress due to MHB and to stigma stress due to MHB in relation to a job (e.g. experienced or anticipated stigma or concerns about

disclosure of the MHB at work) in the given models (Figure 1-3). The question to disclose or conceal mental health problems not only at the workplace is a difficult one: disclosure could lead to support by supervisors or colleagues but also to discrimination; non-disclosure on the other hand can be stressful[59]. As persons without marginal employment cannot suffer from stigma stress because of their MHB at a job, as they do not pursue one this is visible in the model (Figure 5, online supplement). The significant pathways from MHB to stigma stress and to sick leave support this assumption. The experienced stigma stress might therefore be solely caused by MHB. Nevertheless, persons might still experience stigma stress because of their MHB while searching for a job.

The cost of health and social care for unemployed people with mental health problems in our study did not differ from those of people in the general population. The main cost driver in all three models was sick leave taken due to MHB. Somatic symptoms were related to MHB and stigma stress, but to neither sick leave nor to costs in any of the models carried out. Stigma stress was not identified as an additional cost driver in any model but negatively related to sick leave and somatic symptoms. This could indicate that perceived stigmatisation discourages unemployed people with mental health problems from taking advantage of medical help and from being exempted from seeking work due to illness.

Future research should investigate the reasons why members of the target group do or do not ask for a sick note, even with the (financial) pressure to search for a job. We reject the hypothesis of the psychosomatic approach as study participants do not “over-use” somatic health care services, despite the need for mental health services.

Limitations

The limitations of this study need to be considered. The clinical status of our sample was not clearly defined with regard to diagnostic criteria, which makes comparisons with other mentally ill populations difficult. Future studies could include diagnostic assessment for the target group during recruitment to take this into account. In addition, the formal federal employment agency criteria for unemployment do not allow differing between unemployment and underemployment which makes it difficult to compare our results with studies which include only people without any kind of employment. As MHB was used as a latent variable, no direct or indirect effects from self-labelling on costs were calculated; therefore no results regarding the impact of self-labelling on cost can be shown. We know, that persons who stronger label themselves as mentally ill over the course of one year, have more positive attitudes towards psychiatric treatment[60] which could foster help-seeking. It is also known, that a higher self-identification with a mental illness is related to better help-seeking[9]. At the same time self-stigma is negatively associated with help-seeking[7] which could outweigh the positive effects, resulting in no changes in costs. Prices or refunds for health care services in Germany are a result of negotiations between service providers and health insurance companies reflecting only in part staff and capital costs but depend also on political and economic decisions. This could result in incorrect interpretations of study results. Therefore, further efforts are needed to get more precise data on resource needs for the provision of particular mental health care services. Future analysis should also consider calculating quality adjusted live years (QALY) within the target group to better understand the double burden of mental health problems and unemployment.

This research paper fills a gap in knowledge by building a base from which to pursue cost effectiveness analysis of anti-stigma interventions among the target group, which could be a promising approach from both a clinical as well as health economic perspective.

Availability of Data and Materials

Participants provided written informed consent under the condition of confidentiality of their data including restricted access by third parties. Therefore, data cannot be shared.

Ethical standards

All individuals provided written informed consent. The study was approved by the Ethics Committee of Ulm University (ref. 344/13).

Table 1. Sample characteristics (N=270)

Variable (unit or possible score range)		N	% or Mean (SD)
Gender	Female	137	51
Age (years)			44 (11.1)
Unemployment (at baseline)			
No job		211	78
Marginally employed (<15h/ week and/or <€451/month earnings)		59	22
Duration of lifetime unemployment (months)			64 (58.1)
Depressive symptoms (CES-D, 15-60)			37.5 (9.5)
Self-labelling as “mentally ill”(1-9)			4.9 (2.0)
Sick leave (weeks in the last 6 months, 0-26)			5.1 (7.7)
0 weeks		83	31.3
>0 weeks		182	68.7
Somatic Symptoms (SSS8, 0-32)			14.8 (6.2)
Stigma Stress Score (-6 to +6)			-1.4 (2.6)
WHODAS (12-60)			30.9 (8.7)

Table 2. Unit Cost List

	Details	Unit	Unit Costs (in €)	Source*	Year
Inpatient	Psychiatric hospital	1 day	250.00	GKV Spitzenverband [35]	2017
	Psychosomatic hospital	1 day	250.00	GKV Spitzenverband [35]	2017
	Somatic hospital	1 day	643.15	Federal office of statistics [59,60]	2017
	Psychiatric rehabilitation	1 day	250.00	GKV Spitzenverband [35]	2017
Day hospital	Psychiatric day-care	1 day	190.00	GKV Spitzenverband [35]	2017
	Psychosomatic day-care	1 day	190.00	GKV Spitzenverband [35]	2017
	Somatic day-care	1 day	190.00	GKV Spitzenverband [35]	2017
Outpatient services	Psychiatrist	1 visit	20.64	KBV [36]	2017
	Psychotherapist and Psychologist	1 hour	68.22	KBV [36]	2017
	General practitioner	1 visit	12.85	KBV [36]	2017
	Other practitioner	1 visit	19.16	KBV [36]	2017
Complementary services	Sheltered workshop	1 day	47.26	Sheltered Workshop Provider Günzburg – Personal communication	2018
	Legal guardians	1 hour	34.83	VBVG [61]	2005
	Assisted living	1 month	630.43	Association of rehabilitation Ulm	2017
	Credit counselling	1 hour	50.68	Regional office of Diakonie Ulm - Personal communication	2017
	Counselling for drug abuse	1 visit	43.90	Regional office of Caritas Ulm - Personal communication	2017
	Counselling (from community employment services)	1 hour	39.72	Federal Employment Agency	2017
	Socio-psychiatric counselling	1 hour	60.65	BKG [62]	2018
	Occupational day-care	1 day	68.20	Day-care facility Günzburg - Personal communication	2018
	Occupational therapy	1 hour	68.25	KVBB [63]	2018
	Self-help group			Not charged	

Table 3. Descriptive total, psychiatric and somatic health service costs

		Total N = 270	Psychiatric Costs N = 270	Somatic Costs N = 270
inpatient services (incl. day hospitals)	Mean 95% CI*	2320.76 (1733.94 – 2907.57)	1570.67 (1109.91 – 2031.43)	750.09 (388.71 – 1111.47)
	Median 25-75% percentiles	0.00 (0.00 – 0.00)	0.00 (0.00 – 0.00)	0.00 (0.00 – 0.00)
outpatient services	Mean 95% CI	54.79 (42.59 – 67.00)	54.22 (42.04 – 66.39)	0.58 (0.23 – 0.91)
	Median 25-75% percentiles	0.00 (0.00 – 115.34)	0.00 (0.00 – 68.22)	0.00 (0.00 – 0.00)
Social services or complementary services	Mean 95% CI	451.56 (200.48 – 702.64)	451.56 (200.48 – 702.64)	
	Median 25-75% percentiles	0.00 (0.00 – 0.00)	0.00 (0.00 – 0.00)	0.00 (0.00 – 0.00)
Medication	Mean 95% CI	193.60 (159.62 – 227.57)	129.94 (100.53 – 159.33)	62.91 (48.12 – 77.68)
	Median 25-75% percentiles	28.80 (0.00 – 179.10)	0.00 (0.00 – 77.40)	0.00 (0.00 – 32.40)
Overall costs	Mean 95% CI	3020.70*** (2375.46 – 3665.95)	2206.38** (1677.40 – 2735.36)	1265.13** (819.98 – 1710.28)
	Median 25-75% percentiles	162.1 (0.00 – 1241.37)	81.78 (0.00 – 648.68)	0.00 (0.00 – 181.95)

*Confidence Interval
**The full amount of complementary services was added
***Overall costs in row do not sum up

Table 4. Model fit estimates of SEM

Model	SRMR	R^2 model	R^2 Sick Leave (latent)	R^2 Cost (latent)	R^2 Somatic Symptoms (latent)	R^2 Stigma stress (latent)
Total Costs	0.033	0.82	0.17	0.20	0.58	0.18
Somatic Costs	0.032	0.82	0.17	0.04	0.58	0.18
Psychiatric Costs	0.032	0.82	0.17	0.09	0.58	0.18
Sick leave >0 weeks	0.045	0.81	0.02	0.59	0.50	0.11
Without marginal employment	0.030	0.84	0.17	0.24	0.62	0.15

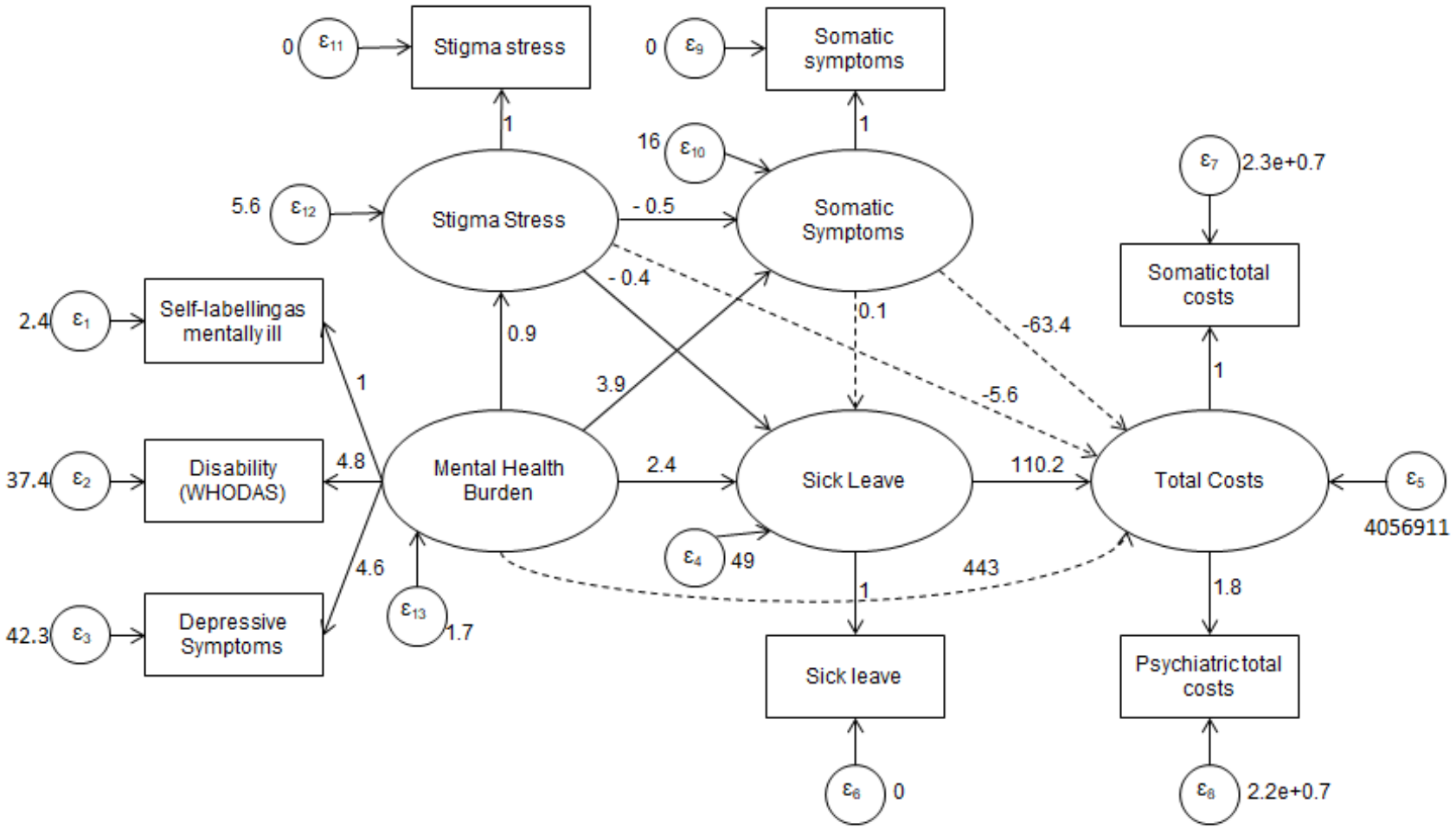


Figure 1. SEM – total cost model with robust standard errors
*dashed arrow = non-significant path

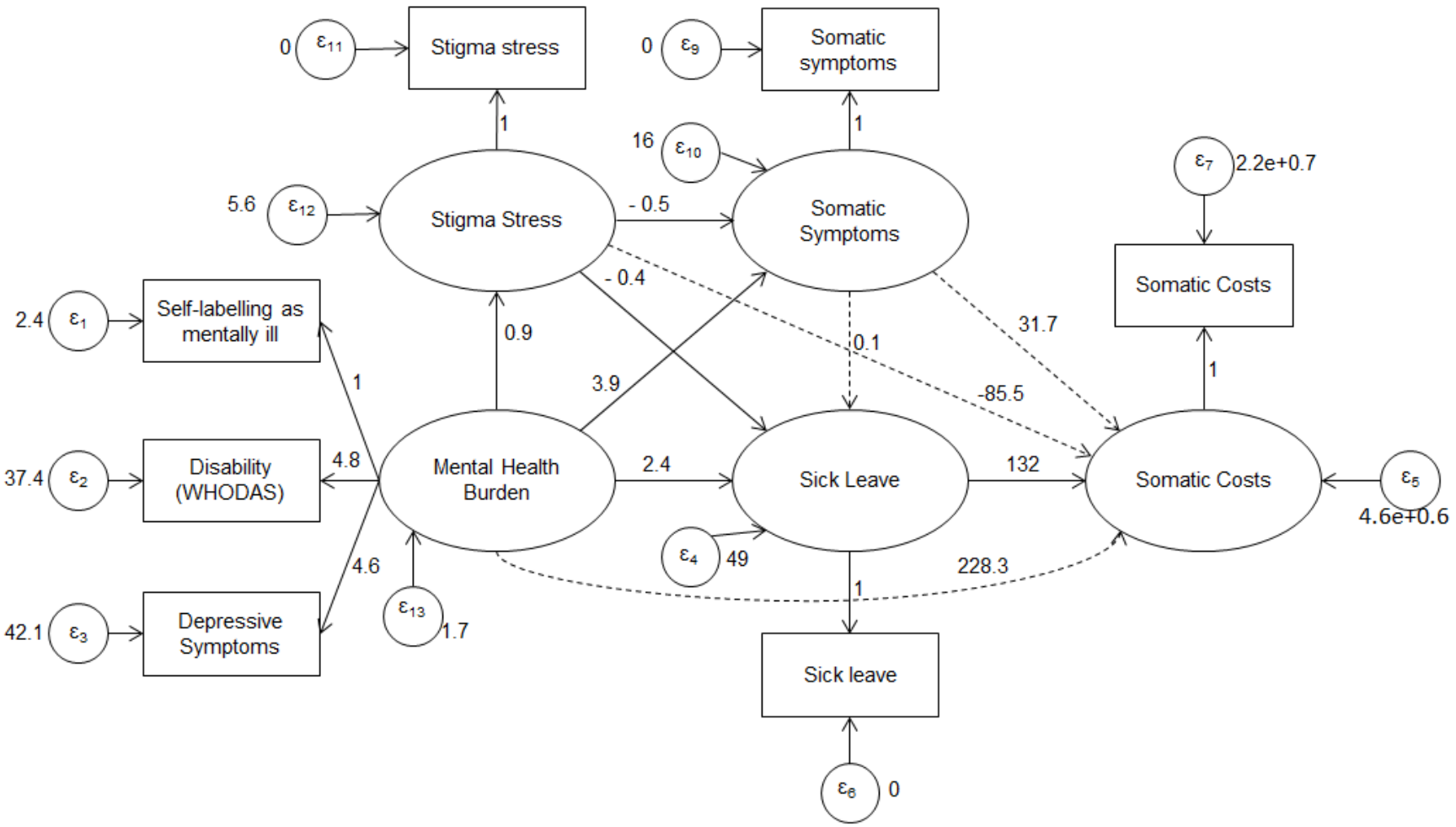


Figure 2. SEM – somatic cost model with robust standard errors
*dashed arrow = non-significant path

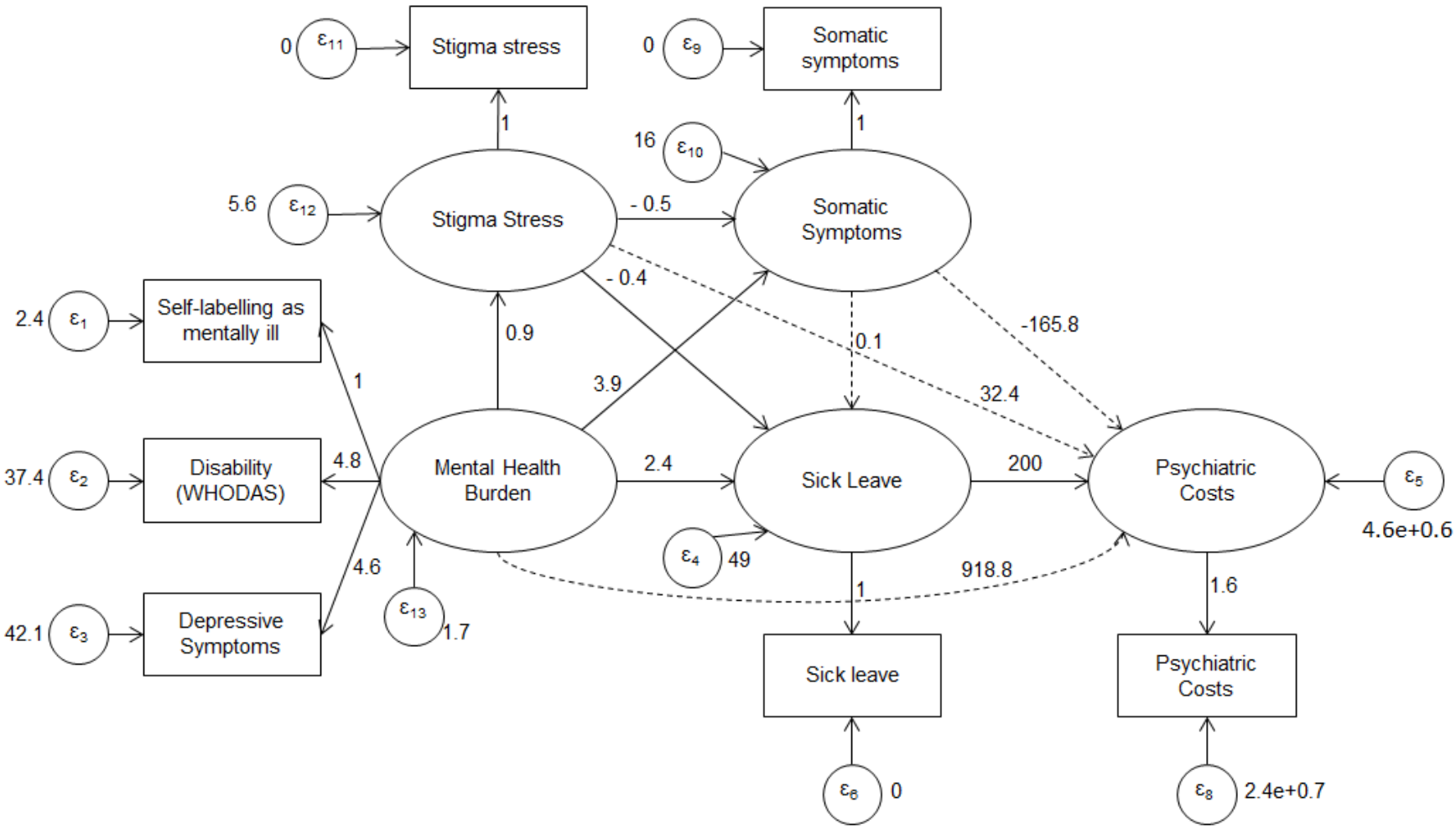


Figure 3. SEM – psychiatric cost model with robust standard errors
*dashed arrow = non-significant path

References

1. Baumeister H, Härter M. Prevalence of mental disorders based on general population surveys. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007**; 42:**537-46.
2. Honkonen T, Virtanen M, Ahola K, Kivimäki M, Pirkola S, Isometsä E, Aromaa A, Lönnqvist J. Employment status, mental disorders and service use in the working age population. *Scand J Work Environ Health* 2007**; 33:**29-36.
3. Schubert M, Parthier K, Kupka P, Krüger U, Holke J, Fuchs P. Menschen mit psychischen Störungen im SGB II: IAB Forschungsbericht [IAB research paper. Mentally ill people in the German social code II] 2013**; 12/2013:**Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit.
4. Pharr JR, Moonie S, Bungum TJ. The impact of unemployment on mental and physical health, access to health care and health risk behaviors. *ISRN Public Health* 2012**; 2012:**1-7.
5. Lamb J, Bower P, Rogers A, Dowrick C, Gask L. Access to mental health in primary care: A qualitative meta-synthesis of evidence from the experience of people from 'hard to reach' groups. *Health (London)* 2012**; 16:**76-104.
6. Oschmiansky F, Popp S, Riedel-Heller SG, Schwarzbach M, Gühne U, Kupka P. Psychisch Kranke im SGB II: Situation und Betreuung: IAB Forschungsbericht [IAB research report. Mentally ill people in the social code II: situation and care] 2017**; 14/2017:**Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit.
7. Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko SE, Bezborodovs N, Morgan C, Rüsch N, Brown JSL, Thornicroft G. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med* 2015**; 45:**11-27.
8. Rüsch N, Heekeren K, Theodoridou A, Dvorsky D, Müller M, Paust T, Corrigan PW, Walitza S, Rössler W. Attitudes towards help-seeking and stigma among young people at risk for psychosis. *Psychiatry Res* 2013**; 210:**1313-5.
9. Schomerus G, Stolzenburg S, Freitag S, Speerforck S, Janowitz D, Evans-Lacko S, Muehlan H, Schmidt S. Stigma as a barrier to recognizing personal mental illness and seeking help: a prospective study among untreated persons with mental illness. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2019**; 269:**469-79.
10. Rüsch N, Corrigan PW, Heekeren K, Theodoridou A, Dvorsky D, Metzler S, Müller M, Walitza S, Rössler W. Well-being among persons at risk of psychosis: the role of self-labeling, shame, and stigma stress. *Psychiatr Serv* 2014**; 65:**483-9.
11. Rüsch N, Corrigan P, Wassel A, Michaels P, Olschewski M, Wilkniss S, Batia K. A stress-coping model of mental illness stigma: I. Predictors of cognitive stress appraisal. *Schizophr Res* 2009**; 110:**59-64.
12. Schnyder N, Panczak R, Groth N, Schultze-Lutter F. Association between mental health-related stigma and active help-seeking: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2017**; 210:**261-8.
13. Cheung R, O'Donnell S, Madi N, Goldner E. Facteurs associés au diagnostic tardif d'un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété [Factors associated with delayed diagnosis of mood and/or anxiety disorders]. *Health Promot Chronic Dis Prev Can* 2017**; 37:**137-48.
14. Butterworth P, Leach LS, Pirkis J, Kelaher M. Poor mental health influences risk and duration of unemployment: a prospective study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012**; 47:**1013-21.

15. Goldberg DP, Bridges K. Somatic presentations of psychiatric illness in primary care setting. *J Psychosom Res* 1988**; 32:**137-44.

16. Segall A. The Sick Role Concept: Understanding Illness Behavior. *J Health Soc Behav* 1976**; 17:**162.

17. Waldmann T, Staiger T, Oexle N, Rüsch N. Mental health literacy and help-seeking among unemployed people with mental health problems. *J Ment Health* 2020**; 29:**270-6.

18. Raynik YI, König H-H, Hajek A. Personality Factors and Sick Leave Days. Evidence from a Nationally Representative Longitudinal Study in Germany. *Int J Environ Res Public Health* 2020**; 17**.

19. Layard R. The depression report: A new deal for depression and anxiety disorders. London; 2006. Available at: http://eprints.lse.ac.uk/818/1/DEPRESSION_REPORT_LAYARD.pdf [accessed 12.12.2020].

20. Ondler C, Hegde GG, Carlson JN. Resource utilization and health care charges associated with the most frequent ED users. *Am J Emerg Med* 2014**; 32:**1215-9.

21. Heslin M, McCrone P, Flach C, Fearon P, Morgan K, Jones P, Murray RM, Dazzan P, Doody G, Morgan C. The economic cost of pathways to care in first episode psychosis. *Int Rev Psychiatry* 2011**; 23:**55-60.

22. Kleine-Budde K, Müller R, Kawohl W, Bramesfeld A, Moock J, Rössler W. The cost of depression - a cost analysis from a large database. *J Affect Disord* 2013**; 147:**137-43.

23. Oexle N, Waldmann T, Staiger T, Xu Z, Rüsch N. Mental illness stigma and suicidality: The role of public and individual stigma. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2018**; 27:**169-75.

24. Bundesagentur für Arbeit. Der Arbeitsmarkt in Deutschland 2017: Amtliche Nachrichten der Bundesagentur für Arbeit. Berichte: Blickpunkte Arbeitsmarkt**; 65**(2). Nürnberg; 2018.

25. Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, Epstein JF, Gfroerer JC, Hiripi E, Howes MJ, Normand S-LT, Manderscheid RW, Walters EE, Zaslavsky AM. Screening for serious mental illness in the general population. *Arch Gen Psychiatry* 2003**; 60:**184-9.

26. Brown RL, Rounds LA. Conjoint screening questionnaires for alcohol and other drug abuse: criterion validity in a primary care practice. *Wis Med J* 1995**; 94:**135-40.

27. Hinkin CH, Castellon SA, Dickson-Fuhrman E, Daum G, Jaffe J, Jarvik L. Screening for drug and alcohol abuse among older adults using a modified version of the CAGE. *Am J Addict* 2001**; 10:**319-26.

28. Üstün TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Rehm J, Kennedy C, Epping-Jordan J, Saxena S, von Korff M, Pull C. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bull World Health Organ* 2010**; 88:**815-23.

29. Andrews G, Kemp A, Sunderland M, von Korff M, Üstün TB. Normative data for the 12 item WHO Disability Assessment Schedule 2.0. *PloS one* 2009**; 4:**e8343.

30. Roick C, Kilian R, Matschinger H, Bernert S, Mory C, Angermeyer MC. Die deutsche Version des Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory - Ein Instrument zur Erfassung psychiatrischer Versorgungskosten [German adaptation of the client sociodemographic and service receipt inventory - an instrument for the cost of mental health care]. *Psychiatr Prax* 2001**; 28 Suppl 2:**S84-90.

31. Beecham J, Knapp M. 2001. Costing psychiatric interventions. In *Measuring Mental Health Needs*, 2nd ed. London: The Royal College of Psychiatrists, 166–183.

32. Radloff LS. The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas* 1977**; 1:**385-401.

33. Lewinsohn PM, Seeley JR, Roberts RE, Allen NB. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) as a screening instrument for depression among community-residing older adults. *Psychol Aging* 1997**; 12:**277-87.

34. Gierk B, Kohlmann S, Kroenke K, Spangenberg L, Zenger M, Brähler E, Löwe B. The somatic symptom scale-8 (SSS-8): a brief measure of somatic symptom burden. *JAMA Intern Med* 2014**; 174:**399-407.

35. Grupp H, König H-H, Konnopka A. Health care utilisation and costs in the general population in Germany. *Health Policy* 2016**; 120:**159-69.

36. GKV Spitzenverband & DKG Berlin. Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2017 [Financial agreement for the German psychiatric system of diagnosis related groups for the year 2017]; 2017. Available at: https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/pepp/PEPPV_2017.pdf [accessed 12.12.2020].

37. KBV. Einheitlicher Bewertungsmaßstab 2017 [Doctors fee schedule 2017 by the German Federal Medical Association]; 2017. Available at: https://www.kvsa.de/praxis/abrechnung_honorar/ebm/2017/traegerseiten_ebm_2017/ebm_4_quartal_2017_stand_01102017.html [accessed 12.12.2020].

38. Schwabe U, Paffrath D. Arzneiverordnungs-Report 2015: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare [German Report for Pharmaceutical Products] 2015.

39. Hu L-t, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Struct. Equ. Modeling* 1999**; 6:**1-55.

40. Krauth C, Stahmeyer JT, Petersen JJ, Freytag A, Gerlach FM, Gensichen J. Resource utilisation and costs of depressive patients in Germany: results from the primary care monitoring for depressive patients trial. *Depress Res Treat* 2014**; 2014:**730891.

41. Evensen S, Wisløff T, Lystad JU, Bull H, Ueland T, Falkum E. Prevalence, Employment Rate, and Cost of Schizophrenia in a High-Income Welfare Society: A Population-Based Study Using Comprehensive Health and Welfare Registers. *Schizophr Bull* 2016**; 42:**476-83.

42. Stierlin AS, Herder K, Helmbrecht MJ, Prinz S, Walendzik J, Holzmann M, Becker T, Schützwohl M, Kilian R. Effectiveness and efficiency of integrated mental health care programmes in Germany: study protocol of an observational controlled trial. *BMC Psychiatry* 2014**; 14:**163.

43. Wansink HJ, Drost RMWA, Paulus ATG, Ruwaard D, Hosman CMH, Janssens JMAM, Evers SMAA. Cost-effectiveness of preventive case management for parents with a mental illness: a randomized controlled trial from three economic perspectives. *BMC Health Serv Res* 2016**; 16:**228.

44. Wagner CJ, Metzger FG, Sievers C, Marschall U, L'hoest H, Stollenwerk B, Stock S. Depression-related treatment and costs in Germany: Do they change with comorbidity? A claims data analysis. *J Affect Disord* 2016**; 193:**257-66.

45. Bock J-O, Luppa M, Brettschneider C, Riedel-Heller S, Bickel H, Fuchs A, Gensichen J, Maier W, Mergenthal K, Schäfer I, Schön G, Weyerer S, Wiese B, van den Bussche H, Scherer M, König H-H. Impact of depression on health care utilization and costs among multimorbid patients--from the MultiCare Cohort Study. *PloS one* 2014**; 9:**e91973.

46. Paul KI, Moser K. Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *J Vocat Behav* 2009**; 74:**264-82.

47. Luppa M, Heinrich S, Matschinger H, Sandholzer H, Angermeyer MC, König H-H, Riedel-Heller SG. Direct costs associated with depression in old age in Germany. *J Affect Disord* 2008**; 105:**195-204.

48. Nübel J, Müllender S, Hapke U, Jacobi F. Epidemie der Depression? Prävalenzentwicklung und Inanspruchnahme von Hilfs- und Versorgungsangeboten [Epidemic of depression? Development of prevalence and help-seeking behaviour]. *Der Nervenarzt* 2019**; 90:**1177-86.

49. Ahs AMH, Westerling R. Health care utilization among persons who are unemployed or outside the labour force. *Health Policy* 2006**; 78:**178-93.

50. Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer MC. The stigma of psychiatric treatment and help-seeking intentions for depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2009**; 259:**298-306.

51. Linden P, Reibling N, Krayter S. Lieber krank und arbeitslos als „nur" arbeitslos? Die Auswirkungen der Medikalisierung von arbeitslosen Personen auf Stigmatisierungsprozesse. *Z Sozialreform* 2018**; 64:**431-61.

52. Gurr T, Jungbauer-Gans M. Stigma consciousness among the unemployed and prejudices against them: development of two scales for the 7th wave of the panel study "Labour Market and Social Security (PASS)". *J Labour Market Res* 2013**; 46:**335-51.

53. Staiger T, Waldmann T, Rüsch N, Krumm S. Barriers and facilitators of help-seeking among unemployed persons with mental health problems: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2017**; 17:**39.

54. Konnopka A, Kaufmann C, König H-H, Heider D, Wild B, Szecsenyi J, Herzog W, Heinrich S, Schaefert R. Association of costs with somatic symptom severity in patients with medically unexplained symptoms. *J Psychosom Res* 2013**; 75:**370-5.

55. Konnopka A, Schaefert R, Heinrich S, Kaufmann C, Luppa M, Herzog W, König H-H. Economics of medically unexplained symptoms: a systematic review of the literature. *Psychother. Psychosom.* 2012**; 81:**265-75.

56. Minsky S, Etz RS, Gara M, Escobar JI. Service use among patients with serious mental illnesses who presented with physical symptoms at intake. *Psychiatr Serv* 2011**; 62:**1146-51.

57. König H, König H-H, Konnopka A. The excess costs of depression: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2019**:**1-16.

58. McNealy KR, Lombardero A. Somatic presentation of mental health concerns, stigma, and mental health treatment engagement among college students. *J Am Coll Health* 2019**:**1-8.

59. Rüsch N, Corrigan, Patrick, Waldmann T, Staiger T, Bahemann A, Oexle N, Wigand M, Becker T. Attitudes towards disclosing a mental health problem and reemployment: a longitudinal study. *J Nerv Ment Dis* 2018**; 206:**383-5.

60. Xu Z, Müller M, Heekeren K, Theodoridou A, Dvorsky D, Metzler S, Brabban A, Corrigan PW, Walitza S, Rössler W, Rüsch N. Self-labelling and stigma as predictors of attitudes towards help-seeking among people at risk of psychosis: 1-year follow-up. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2016**; 266:**79-82.

61. Statistisches Bundesamt (Destatis). Durchschnittliche Verweildauer Krankenhaus [Average hospital duration in Germany]. Available at:

https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Glossar/Verweildauer.html [accessed 12.12.2020].

62. Statistisches Bundesamt (Destatis). Kosten der Krankenhäuser nach Bundesländern [Hospital costs according to federal states]. Available at: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KostenKrankenhaeuserBL.html [accessed 12.12.2020].

63. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. *Gesetz über die Vergütung von Vormündern und Betreuern: VBVG* [*Law of the remuneration of legal guardians*]. 2005.

64. BKG - Bayerische Krankenhausgesellschaft e.V. Vereinbarung Psychiatrische Institutsambulanzen - Vergütung [Agreement on the financial remuneration for psychiatric outpatient clinics]; 2018. Available at: https://www.bkg-online.de/psychiatrische-institutsambulanzen-in-bayern-pia [accessed 12.12.2020].

65. KVBB. Preisliste für Leistungen der Ergotherapie [Agreement on the financial remuneration of services in the occupational therapy]; 2018. Available at: https://www.kvbb.de/fileadmin/kvbb/dam/Praxis/Verordnung/Preislisten/Preisliste_fuer_Leistungen_der_Ergotherapie.pdf [accessed 12.12.2020].

Danksagung

Die Danksagung wurde aus datenschutzrechtlichen Gründen entfernt.

Lebenslauf

Der Lebenslauf wurde aus datenschutzrechtlichen Gründen entfernt.