

Gesundheitsrisiko Arbeitslosigkeit - Wissensstand, Praxis und Anforderungen an eine arbeitsmarktintegrative Gesund- heitsförderung

Massenarbeitslosigkeit ist seit Jahrzehnten ein zentrales Problem von Industriegesellschaften. Nationale wie internationale Studien zeigen gleichermaßen, dass Arbeitslose im Vergleich zu Erwerbstätigen nicht nur materiell, sondern auch gesundheitlich und psychosozial weit stärker belastet sind. Zwischen dem Gesundheitszustand der Betroffenen und deren verminderten Eingliederungschancen besteht zudem ein sich selbstverstärkender Zusammenhang. Auch wenn gesundheitliche Einschränkungen in Wissenschaft und Praxis inzwischen als wesentliches Vermittlungshemmnis gelten und entsprechende Handlungsbedarfe (an)erkannt werden, waren für die Zielgruppe der Erwerbslosen im Gegensatz dazu bisher keine flächendeckenden Angebote zur Gesundheitsförderung verfügbar. An dieser Schnittstelle zwischen Gesundheitssystem und Arbeitsvermittlung gibt es unterschiedliche gesetzliche Aufträge und etliche zu überwindende Hürden aber auch überzeugende Praxisprojekte. Gegenwärtig sind Entwicklungen auszumachen, die auf Fortschritte in der Gesundheitsförderung von Erwerbslosen hinweisen. Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über Erkenntnisse der Sozialwissenschaften und der Sozialversicherungen sowie über Entwicklungen im Bereich der Arbeitsförderung. Er zeigt auch auf, welche Potentiale im Feld der Gesundheitsförderung und Prävention aus gewerkschaftlicher Sicht - vor allem im Hinblick auf die Vernetzung der Akteure und Institutionen im Gesundheitswesen, in der Arbeitsvermittlung und im kommunalen Bereich - noch brachliegen.

Einleitung

Für die Betroffenen ist Arbeitslosigkeit in der Regel weit mehr als nur ein Knick in der eigenen Erwerbsbiografie. Wer arbeitslos wird, erlebt dies meist als eine schwere Belastung, die weit über finanzielle Einschränkungen hinausgeht. Erkenntnisse über den schlechteren Gesundheitszustand Arbeitsloser werden außerhalb von Fachkreisen erst nach und nach - allerdings mit unterschiedlichem Tenor - in der Öffentlichkeit thematisiert: So wies die Financial Times Deutschland in einem Artikel zu „Krankheit schützt vor Hartz IV“¹ auf vermeintliche Schwächen im System hin, während die taz in einer Reportage die Perspektive der Betroffenen einnimmt². Das ZEIT Magazin Wissen näherte sich dem Thema populärwissenschaftlich in einem Dossier mit dem Titel „Wie der Jobverlust auf die Gesundheit schlägt“³.

1. Arbeitslosigkeit und psychosoziale Belastungen als Negativspirale
2. Gesundheitliche Situation von Erwerbslosen
3. Nutzung von Präventionsangeboten
4. Handlungsbedarf und Potenzial für Gesundheitsförderung und Arbeitsvermittlung
5. Praxisentwicklung arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung
6. Trendwende – Auf dem Weg zu einer systematischen und flächendeckenden Verankerung von Gesundheitsförderung in der Arbeitsvermittlung?
7. Anforderungen aus gewerkschaftlicher Sicht

¹ Financial Times Deutschland vom 28.5.2010.

² taz vom 19.6.2010 „Krank durch Hartz IV? So sehen es die Betroffenen.“

³ Zeit Wissen, Nr. 4, Juni/Juli 2010.

Welche wissenschaftlichen Erkenntnisse liegen vor? Wie stellt sich die Gesundheit Arbeitsloser aktuell in den Daten der Sozialversicherungen dar? Welcher Handlungsbedarf lässt sich daraus ableiten und was wird tatsächlich getan?

1. Arbeitslosigkeit und psychosoziale Belastungen als Negativspirale

Die psychosozialen Belastungen von Erwerbslosigkeit beschäftigen die Sozialwissenschaften seit der letzten großen Weltwirtschaftskrise 1929. In den dreißiger Jahren des letzten Jahrhunderts wurde bei den Arbeitslosen von Marienthal der Verlust von Erwerbsarbeit im Hinblick auf ihre psychischen Auswirkungen analysiert. Die Erwerbslosigkeitsforschung stand dabei immer auch im Kontext der historischen Entwicklungen des Arbeitsmarktes⁴. Unter dem Eindruck der Wirtschaftskrisen der 1970er Jahre und der Kombination von Massen- und Dauererwerbslosigkeit in den westlichen Industriestaaten wandten sich die Sozialwissenschaften wieder verstärkt der Thematik zu. Um den kausalen Zusammenhang zwischen Erwerbslosigkeit und psychischer Gesundheit zu klären, setzte man zunehmend Längsschnittstudien ein. Mit einer sich verändernden Arbeitswelt entstehen neue Forschungsschwerpunkte: Auswirkungen der Globalisierung aber auch Rationalisierungseffekte und Outsourcing bergen für viele Beschäftigte neue psychische Belastungen. Zunehmend rückt auch die Frage in den Fokus, durch welche Maßnahmen Erwerbslose wieder schneller in die Erwerbsarbeit integriert werden können.

Als grundsätzliche Frage im Themenkomplex von Erwerbslosigkeit und Gesundheit gilt nach wie vor die Ursachenklärung: Führt Krankheit in die Arbeitslosigkeit? Tragen gesundheitlich eingeschränkte Arbeitnehmer ein höheres Risiko entlassen zu werden und haben sie geringere Chancen auf einen beruflichen Wiedereinstieg (Selektionshypothese)? Oder wirkt sich Erwerbslosigkeit selbst kausal auf den Gesundheitszustand der Betroffenen aus? Sind also auch psychische Beeinträchtigungen eher die Folge des Arbeitsplatzverlustes und lang andauernder Arbeitslosigkeit (Kausalitätsthese)?

Welche Antworten liefern die Sozialwissenschaften und insbesondere die Psychologie? Längsschnittstudien und Metaanalysen lassen eindeutige Aussagen über die Begleiterscheinungen von Arbeitslosigkeit zu. Erwerbslosigkeit bewirkt eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit⁵. Es lassen sich drastische Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten belegen: Depressivität, Ängstlichkeit, Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit bis hin zur Resignation sowie ein verringertes Selbstwertgefühl, geringeres Aktivitätsniveau und Einsamkeit stellen wesentliche Symptome einer schlechteren psychischen Gesundheit von Arbeitslosen dar. Ob es ein für Arbeitslosigkeit spezifisches Bild von Beeinträchtigungen gibt, wird noch diskutiert: Einige Forscher sehen Depressionsmerkmale und Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl als „Hauptsymptome“⁶, die Existenz eines spezifischen „Arbeitslosigkeitssyndrom“ wird andererseits verneint⁷. Als gesichert gilt, dass die Forschung - auch im internationalen Vergleich - noch keine Gruppe von Erwerbslosen identifizieren konnte, die resistent gegenüber den psychischen Beeinträchtigungen durch Arbeitslosigkeit ist⁸.

Grundsatzfrage:
Führt Krankheit in die Arbeitslosigkeit oder macht Erwerbslosigkeit krank?

⁴ für einen ausführlichen Überblick siehe Mohr 2010

⁵ vgl. die Metaanalysen von Paul, Hassel & Moser (2006) sowie McKee-Ryan et al. 2005 sowie zusammenfassend Mohr 2010, Mohr & Richter 2008 und Paul & Moser 2009

⁶ Paul, Hassel & Moser 2006, S.37

⁷ Holleder 2009b, S.19

⁸ Paul & Moser 2009, S. 58

Übereinstimmung besteht aber in der Wissenschaft dahingehend, dass Erwerbslosigkeit einen kausalen Einfluss auf gesundheitsbezogenes Verhalten und auf die Entstehung „gesundheitlicher Probleme, sowohl psychosozialer als auch physischer Art“ hat⁹. Für die Kausalitätshypothese spricht auch, dass sich nach dem Ende der Erwerbslosigkeit und dem Wiedereintritt in ein Beschäftigungsverhältnis die psychischen Beeinträchtigungen wieder verringern. Eine Ausnahme bilden dabei Erwerbstätige in gering bezahlten, einfachen Tätigkeiten sowie in ungesicherten Beschäftigungsverhältnissen mit geringem Arbeitszeitvolumen¹⁰.

Auf dem Arbeitsmarkt wird allerdings parallel von Kausalitäts- und Selektionseffekten ausgegangen¹¹. Jenseits dieser Diskussion dürfte jedoch inzwischen unstrittig sein, dass Erwerbslosigkeit und eine beeinträchtigte Gesundheit sich wechselseitig im Sinne einer Negativspirale verstärken¹². Der Verlust des Arbeitsplatzes kann krankheitsauslösend oder -verstärkend wirken und Arbeitslosigkeit verstärkt gesundheitliche Risiken. Gesundheitlichen Belastungen und Beeinträchtigungen verringern wiederum die Chance einer beruflichen Reintegration. Im Erwerbsleben selbst wirken Arbeitsverdichtung und andere belastende Arbeitsbedingungen als langfristige Risikofaktoren für gesundheitliche Einschränkungen oder einen gesundheitsbedingten Arbeitsplatzverlust. Gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitnehmer sind wiederum im Falle eines Arbeitsplatzverlustes gegenüber dem psychosozialen Stress der Erwerbslosigkeit anfälliger. Ein beruflicher Wiedereinstieg ist für gesundheitlich eingeschränkte Erwerbslose erheblich erschwert¹³.

Der Verlust des Arbeitsplatzes selbst aber auch die Phase der Arbeitslosigkeit werden dabei als eigenständige Risikofaktoren eingestuft. Auch Arbeitsplatzunsicherheit führt zu einer Verschlechterung der Gesundheit, da die psychischen Belastungen bereits vor dem konkreten Arbeitsplatzverlust beginnen. Prozesse der betrieblichen Umstrukturierung, die bei einem Teil der Beschäftigten zur Entlassung führen, hinterlassen auch bei den Beschäftigten, die nicht zu den Entlassenen gehören, psychische Folgen. Bei Eintritt in die Arbeitslosigkeit sind die Betroffenen mit umfassenden Anforderungen konfrontiert: Sie müssen unter Unsicherheitsbedingungen entscheiden und handeln, gehäuft Misserfolgserfahrungen verarbeiten und zu weit in die Zukunft reichenden Konzessionen bereit sein. Die mit dem Arbeitsplatzverlust und der Arbeitslosigkeit einhergehenden psychosozialen Belastungen betreffen verschiedene Ebenen: Die mit der Erwerbstätigkeit verbundene wirtschaftliche Sicherheit, die soziale Einbindung, das Selbstwertgefühl und die Tagesstruktur verringern sich oder gehen gänzlich verloren. Der Verlust der Kollegenschaft, als bedeutendsten Anteil des persönlichen Netzwerks, und auch aus Scham bedingtes Rückzugsverhalten bedeuten häufig soziale Isolation. Die Belastungen werden durch Alltagsprobleme aber auch existenzielle Zukunftssorgen verstärkt. Mit dem Arbeitsplatzverlust und der Erwerbslosigkeit sind auch heute noch für die Betroffenen soziale Stigmatisierungsprozesse verbunden¹⁴.

Die psychologische Erwerbslosigkeitsforschung versucht Faktoren zu identifizieren, die die psychische Bewältigung der mit Arbeitslosigkeit verbundenen Belastungen beeinflussen: Als zentrale Einflussfaktoren haben sich die Dauer der Erwerbslosigkeit sowie die finanzielle Situation erwiesen.

Arbeitsplatzunsicherheit,
Arbeitsplatzverlust und
Arbeitslosigkeit als Risiko-
faktoren für die psychische
Gesundheit

⁹ Kieselbach, 2007 S.1, vgl. auch Übersichten zum Forschungsstand der Psychologie insbesondere bei Mohr 2010, Paul & Moser 2009, Berth et al. 2008, Mohr & Richter 2008 und aus Sicht der Gesundheitswissenschaften insbesondere bei Holleder 2009.

¹⁰ vgl. dazu u.a. Mohr & Richter 2008

¹¹ Vgl. Holleder 2009b

¹² Holleder 2009b

¹³ Kieselbach 2007

¹⁴ Kieselbach 2007

Existenzielle materielle Sorgen und zunehmend verringerte finanzielle Handlungsmöglichkeiten beeinflussen die psychische und körperliche Gesundheit. Soziale Unterstützung kann für die Bewältigung eine wichtige Ressource sein. Auch die Bedeutung, die die Betroffenen einer Arbeitstätigkeit zumessen (Arbeitsorientierung), ist für ihre psychische Verfassung wichtig¹⁵. Das heißt, je ausgeprägter die Arbeitsorientierung ist, desto stärker leiden Betroffene unter dem Arbeitsplatzverlust.

Im Hinblick auf die Integration in den Arbeitsmarkt wird diskutiert, welche Einflüsse dafür eher hinderlich bzw. förderlich sind. Zu den *schädlichen* Faktoren (Vulnerabilitätsfaktoren) zählen insbesondere eine geringe Qualifikation, eine prekäre finanzielle Situation, geringe oder fehlende soziale Unterstützung, unzureichende institutionelle Unterstützung sowie Passivität und ein geringes Selbstwertgefühl. Demgegenüber stehen Schutzfaktoren, die die Möglichkeiten der Integration auf dem Arbeitsmarkt fördern. Als protektive Faktoren gelten in erster Linie hohe schulische und berufliche Qualifikationen, eine aktive Arbeitssuche, eine abgesicherte finanzielle Lage, soziale und institutionelle Unterstützung sowie ein hohes Selbstvertrauen und gute Kommunikationsfähigkeiten¹⁶.

Auch wenn es Einflussfaktoren gibt, die die negativen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit abmildern und die Integration in den Arbeitsmarkt unterstützen können, so belegen die Forschungsergebnisse dennoch, dass es sich bei den schädigenden Begleiterscheinungen von Arbeitslosigkeit um „ein sehr robustes Phänomen ... in allen untersuchten Ländern, allen sozialen Schichten, allen Altersstufen, bei beiden Geschlechtern und bereits seit mehreren Jahrzehnten...“ handelt¹⁷.

Schädigende Begleiterscheinungen der Arbeitslosigkeit sind „robustes Phänomen“

2. Gesundheitliche Situation von Erwerbslosen

Exkurs: Gesetzliche Regelungen zu Arbeitsunfähigkeit von Arbeitslosen

Erkrankt ein Arbeitsloser gelten analog die gesetzlichen Regelungen wie für Arbeitnehmer. Nach §311 SGB III sowie §56 SGB II sind Arbeitslose verpflichtet, ihre Arbeitsunfähigkeit unverzüglich der Arbeitsagentur bzw. dem Job Center zu melden und spätestens am dritten Kalendertag eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen. Die erkrankten Arbeitslosen haben innerhalb einer sechswöchigen Krankheit Anspruch auf Arbeitslosengeld I (ALG I). Der Anspruch auf ALG I verlängert sich innerhalb der sechswöchigen Leistungsfortzahlung nicht. Bei länger andauernden Erkrankungen zahlt die Krankenkasse ein Krankengeld in Höhe des bisherigen Arbeitslosengeldes I unabhängig von der Dauer des Anspruchs auf ALG I.

In der GKV-Statistik werden seit der Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe (2005) nur noch die Arbeitsunfähigkeitsfälle von Anspruchsberechtigten der Arbeitslosenversicherung erfasst. Hartz IV-Empfänger haben seit Anfang 2005 keinen Krankengeldanspruch mehr, sondern erhalten weiter die Fürsorgeleistung Arbeitslosengeld II. Nach wie vor sind sie verpflichtet, dem JobCenter eine Erkrankung unverzüglich anzuzeigen und diese ärztlich attestieren zu lassen.

Die sozialwissenschaftlichen Erkenntnisse zur psychosozialen Lage der Erwerbslosen werden durch Daten der Sozialversicherungen zur Gesundheit von Arbeitslosen ergänzt. Psychische Beeinträchtigungen treten insbesondere in der Anfangsphase der Arbeitslosigkeit häufiger auf als körperliche Symptome. Die sich in der Folge erst nach und nach ausbildenden körperlichen Beschwerden

¹⁵ Ausführlicher Überblick über relevante Forschungsergebnisse bei Mohr 2010

¹⁶ Kieselbach 2007

¹⁷ Paul & Moser 2009, S. 58.

zeigen sich insbesondere im psychosomatischen Bereich. Allerdings ist bei vielen Krankheiten kein einfacher Ursache-Wirkungs-Zusammenhang nachgewiesen.

Anhaltspunkte zur gesundheitlichen Situation Erwerblosler liefern die Daten zur Arbeitsunfähigkeit von Arbeitslosen. Insgesamt wurden in der ersten Jahreshälfte 2010 rund 1 Million Arbeitsunfähigkeitsfälle bei Arbeitslosen registriert (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1

Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit Januar 2010 bis Juni 2010 (SGB II und III)			
	absolut	<i>Veränderung gegenüber Vorjahreszeitraum</i>	
		absolut	in v. H.
Zugang aus Arbeitsunfähigkeit in Arbeitslosigkeit	969.148	106.693	+12,4%
Abgang aus Arbeitslosigkeit in Arbeitsunfähigkeit	1.022.440	71.728	+7,5%

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit (BA), Arbeitslose nach Rechtskreisen, Juni 2010, S. 35 und S. 45

Zwar weisen diese Zahlen der BA aus, wie viele Arbeitslose offiziell wegen Arbeitsunfähigkeit (vorübergehend) aus der Arbeitslosenstatistik herausgenommen wurden und wie viele nach einer Gesundung wieder (erneut) als arbeitslos gezählt werden. Doch diese Daten sind mit Sicherheit untererfasst, da sich Arbeitslose bei Kurzzeit- und Bagatellerkrankungen nicht immer krank melden und die Arbeitsunfähigkeit vom Arzt attestieren lassen.

Ein weiterer Indikator für den Gesundheitszustand von Erwerbslosen sind die von der Bundesagentur ausgewiesenen gesundheitlichen Einschränkungen mit Auswirkungen auf die Vermittlung. Nach der offiziellen Arbeitslosenstatistik hatten im Juni 2010 nahezu 540.000 Arbeitslose beider Rechtskreise vermittlungsrelevante gesundheitliche Einschränkungen. Dies entspricht einem Anteil von 17,4 % aller Arbeitslosen im SGB II-Bereich sowie 21,2 % im Arbeitslosenversicherungsbe- reich (SGB III)¹⁸.

Das statistische Merkmal „Gesundheitliche Einschränkungen“ gibt jedoch kein vollständiges Bild über die gesundheitlichen Belastungen von Arbeitslosen, sondern nur über jene, die von Vermittlern und Fallmanagern frühzeitig erkannt und nach deren Einschätzung unmittelbare Auswirkungen auf die Vermittlung und die angestrebte berufliche Tätigkeit haben. Da ein Zusammenhang zwischen Langzeitarbeitslosigkeit und Gesundheit angenommen werden kann, erstaunt die vermeintlich bessere gesundheitliche Situation der Erwerbslosen im SGB-II-Bereich. Dabei dürfte die gesundheitliche Situation der Hartz IV-Empfänger keinesfalls besser sein als die der Arbeitslosengeldempfänger. Dafür sprechen insbesondere folgende Indikatoren:

Eine aktuelle Studie des BA eigenen Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB)¹⁹ liefert Hinweise, dass sogar 35% der Arbeitslosengeld II-Empfänger (ALG-II) manifeste gesundheitliche Einschränkungen haben.

Mehr als 500.000 Arbeitslose mit vermittlungsrelevanten gesundheitlichen Einschränkungen

¹⁸ BA, Arbeitslosigkeit nach Rechtskreisen im Vergleich im April 2010. Analytikreport der Statistik und eigene Berechnungen

¹⁹ Dietz, Müller, & Trappmann. 2009. Die Studie basiert auf den Daten des Panels „Arbeitsmarkt und soziale Sicherung“ (PASS). In der ersten Welle wurden zwischen Dezember 2006 und Juli 2007 insgesamt 18.954 Personen ab 15 Jahren befragt.

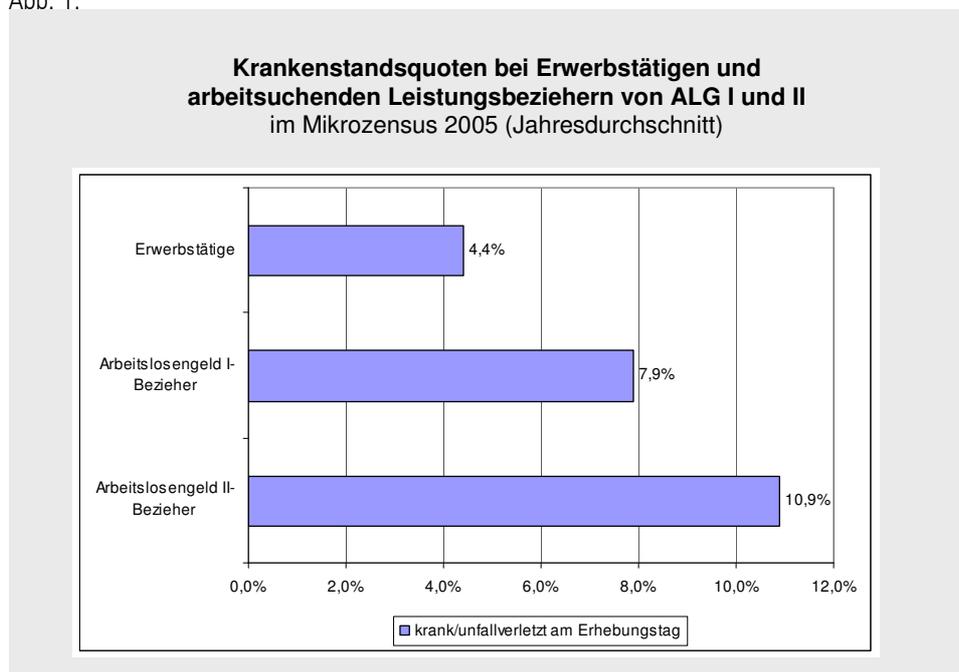
Als gesundheitlich eingeschränkt galt in dieser Studie nur derjenige, bei dem eine Behinderung durch amtlichen Bescheid festgestellt, ein entsprechender Antrag gestellt wurde oder neben einer Behinderung noch weitere schwerwiegende gesundheitliche Einschränkungen bestehen.

Befragt man die Betroffenen selbst zu ihrer Arbeitsfähigkeit, so eröffnet dies Rückschlüsse auf die Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigung. In der Selbsteinschätzung sind deutlich mehr Hilfeempfänger gesundheitlich angeschlagen, als in der Arbeitslosenstatistik ausgewiesen: Subjektiv erleben sogar 45 % der arbeitslosen ALG II-Empfänger ihre Gesundheit als eingeschränkt²⁰. Berücksichtigt man dabei, dass die Erwerbsfähigkeit im Hartz IV-System sehr weit definiert und bereits erfüllt ist, wenn unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes voraussichtlich mindestens drei Stunden täglich gearbeitet werden kann, so verschärft sich das Bild weiter: Weniger als zwei Drittel der Hartz IV-Empfänger gaben in einer vom BMAS beauftragten Studie an, voll arbeiten zu können. Ein beträchtlicher Teil glaubt, angesichts der Anforderungen auf dem Arbeitsmarkt vermutlich nur als Teilzeitkraft arbeiten zu können. „Immerhin jede/r Zwanzigste ... gab an, täglich nicht einmal 3 Stunden arbeiten zu können.“²¹ Falls diese Selbsteinschätzungen realistisch sein sollten und ärztlicherseits bestätigt würden, stellt sich die Frage der Erwerbsfähigkeit und damit der Zuordnung zu diesem Fürsorgesystem.

Gesundheitliche Einschränkungen bei ALG II-Empfängern eher unterzeichnet

Repräsentative Zahlen zur Arbeitsunfähigkeit enthalten die Auswertungen des letzten Mikrozensus mit Gesundheitsfragen aus dem Jahr 2005 (vgl. Abb.1):

Abb. 1:



Arbeitslose haben größere Krankheitsbelastung als Erwerbstätige

Anmerkung: Eigene Berechnung mit Mikrozensus Scientific Use File 2005 (70%-Unterschichtprobe); N = 35.427 Tsd. mit freiwilligen Gesundheitsangaben. Quelle: Holleederer (2010). Erwerbslosigkeit, Gesundheit und Präventionspotenziale. (Publikation in Vorb.)

Quelle: Holleederer 2010

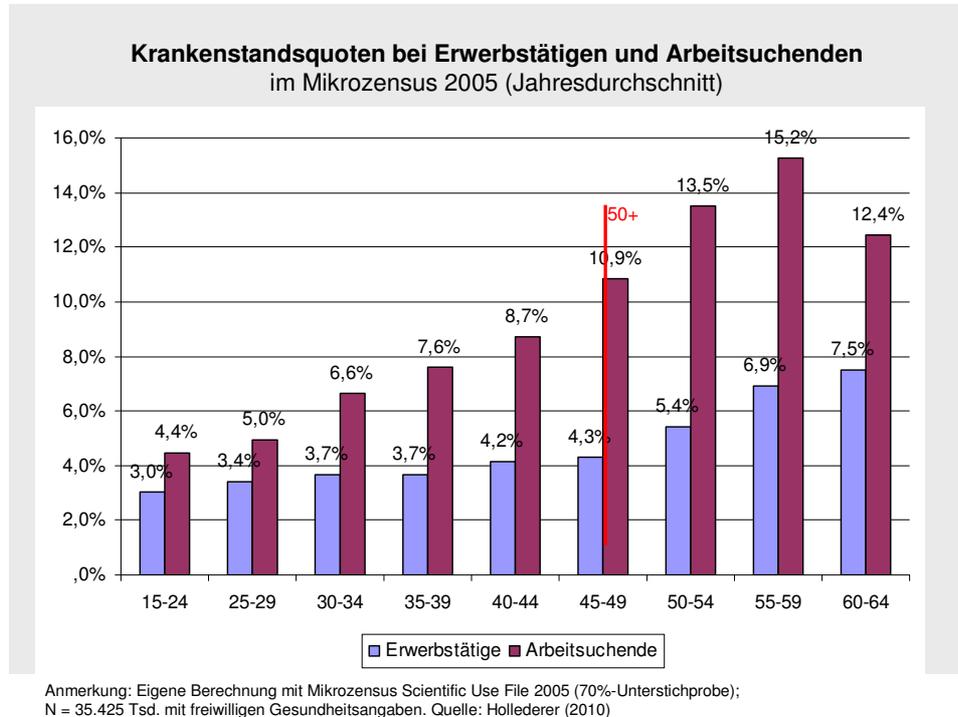
Diese repräsentative Befragung weist bei Erwerbslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen einen doppelt so hohen Krankenstand aus. Die besondere Krankheitsbelastung von ALG-II-Beziehern im Grundsicherungssystem zeichnet sich hier deutlich ab. Die Daten zeigen auch, dass das Risiko gesundheitlicher Beeinträchtigungen mit dem Lebensalter deutlich ansteigt (siehe Abb. 2). In allen

²⁰ Achatz, et al. 2009

²¹ BMAS, Forschungsbericht 395, S. 76

Altersgruppen ist der Gesundheitszustand von Erwerbslosen signifikant schlechter als bei Erwerbstätigen.

Abb. 2



Gesundheitszustand Erwerbsloser in allen Altersgruppen schlechter als bei Erwerbstätigen

Quelle: Holleeder 2010

Für Arbeitslose im Hartz IV-System liegen nur unzureichende bzw. keine AU-Daten bei den Krankenkassen vor (vgl. Exkurs: Gesetzliche Regelungen zur Arbeitsunfähigkeit von Arbeitslosen). Die Krankenkassendaten sind in dieser Hinsicht nur eingeschränkt verfügbar. Die Auswertung der verwertbaren Krankenkassendaten belegt ebenfalls ein im Vergleich zu Erwerbstätigen höheres Krankheitsrisiko und eine deutliche -belastung von Arbeitslosen²².

- Im Vergleich zu Beschäftigten treten bei Arbeitslosengeld (ALG)-I-Empfängern mit fast 26 Krankheitstagen inzwischen mehr als doppelt so viele Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) auf²³. Arbeitslose weisen demnach den mit Abstand höchsten Krankenstand aller Versicherten auf. Da anzunehmen ist, dass Erwerbslose bei kürzeren Erkrankungen zumeist auf eine Krankmeldung verzichten, werden die Fallzahlen bei der Arbeitsunfähigkeit sogar eher unterzeichnet²⁴.
- Ein weiterer Indikator für eine besondere und sich weiter verstärkende Morbiditätsbelastung bei Arbeitslosen sind aus Sicht der Krankenkassen die extrem langen Krankheitsdauern²⁵.
- Analysiert man die Krankheitsursachen so gehen fast die Hälfte der AU-Tage von ALG-I-Empfängern auf Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems sowie auf psychische Störungen zurück. Aufgrund von Krebserkrankungen waren ALG I-Empfänger mehr als doppelt so lang wie pflichtversicherte Beschäftigte und über dreimal so lang wie freiwillig versicherte Beschäftigte arbeitsunfähig. Ähnliche Tendenzen zeigen sich auch bei den durch Herz- und Kreislauferkrankungen oder Erkrankungen des Nervensystems verursachten Ausfallzeiten.

²² BKK Bundesverband 2009 sowie Techniker Krankenkasse 2010

²³ Vgl. BKK 2009, S. 41

²⁴ Vgl. dazu auch die Daten der Techniker Krankenkasse

²⁵ Vgl. dazu BKK 2009

- Als besonders harte Daten gelten Fallzahlen stationärer Behandlungen: Im Vergleich zu Beschäftigten haben sich ALG-I- und ALG-II-Bezieher doppelt so häufig einer Behandlung im Krankenhaus unterziehen müssen und dabei die 2,8 fache Zeit in stationärer Behandlung verbracht²⁶. Die Behandlung psychischer Erkrankungen macht hier den größten Anteil aus. Bei Männern waren Langzeittherapien von Alkoholkrankungen vorrangig. Bei Kosten von ca. 200 € pro Krankenhaustag wird schnell deutlich, welche finanziellen Mittel die gesetzlichen Krankenversicherungen für diese Versichertengruppe aufwenden.

Die Befunde über die Verschlechterung der psychischen Gesundheit bei Erwerbslosen sind angesichts der vorliegenden Krankenversicherungsdaten noch eindeutiger als die hinsichtlich körperlicher Beeinträchtigungen. Im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen werden zum einen zunehmende psychische Belastungen im beruflichen Kontext, ein tatsächlicher Anstieg psychischer Erkrankungen aber auch eine veränderte Diagnosestellung seitens der Ärzte diskutiert. Die erfassten AU-Daten könnten das Problem psychischer Beeinträchtigungen jedoch unterzeichnen, da psychische Erkrankungen, wie z.B. Depressionen, nicht in jedem Fall oder nicht über den gesamten Verlauf zu einer vom Arzt bescheinigten Arbeitsunfähigkeit führen. Das Krankheitsrisiko von Erwerbslosen ist den Berichten der Krankenversicherer zufolge vor allem bei psychischen Erkrankungen deutlich ausgeprägter als bei Beschäftigten. Es muss daher von einer erhöhten gesundheitlichen und psychischen Verletzlichkeit Erwerbsloser ausgegangen werden:

Krankheitsrisiko Erwerbsloser vor allem bei psychischen Erkrankungen ausgeprägter

- Psychische Störungen stehen bei Arbeitslosen seit Jahren im Vordergrund: Die Techniker Krankenkasse berichtet für die Jahre 2000 bis 2009 über eine Zunahme von Fehlzeiten bei Erwerbslosen aufgrund diagnostizierter psychischer Störungen um insgesamt 107 %. Den psychischen Krankheitsursachen kommt bei der Gruppe der Erwerbslosen laut BKK die zweitgrößte Bedeutung zu. Fast jeder 4. AU-Tag wurde im Jahr 2008 bei Erwerbslosen durch psychische Erkrankungen verursacht.
- Bei den psychischen Störungen zeigten sich zudem extreme Unterschiede zwischen Erwerbslosen und Beschäftigten: Bei ALG-I-Empfängern machen psychische Störungen 29 % aller Erkrankungen aus. Dieser Anteilswert übersteigt die entsprechenden Vergleichswerte bei Angestellten (14 %) und Arbeitern (7 %) deutlich²⁷.
- Arbeitslose tauchen insgesamt häufiger in den deutschen Statistiken der Suchtkrankenhilfe auf²⁸. Überproportional häufig werden sie deswegen ambulant aber auch im stationären Bereich behandelt. Während der Erwerbslosigkeit traten vermehrt Alkoholkrankungen auf. Auch der Tabakkonsum sei bei arbeitslosen Männern und Frauen häufiger als bei Erwerbstätigen, unter den Erwerbslosen seien zudem sehr viele starke Raucher auszumachen²⁹.
- Auch die Verordnung von Psychopharmaka liefert objektive Hinweise: Erwerbslosen wurde im Vergleich zu Beschäftigten ungefähr das Dreifache an Psychopharmaka verordnet³⁰. Die Verschreibung von Antidepressiva wird als Hinweis auf höhere Depressionswerte gewertet: Aktuelle Daten der Techniker Krankenkasse (2010) belegen hier eine besondere Betroffenheit erwerbsloser Frauen (vgl. Abb.3).

²⁶ BKK 2009

²⁷ BKK 2009 vgl. dazu auch Daten der Techniker Krankenkasse 2010

²⁸ Vgl. Holleder 2009b

²⁹ Robert Koch Institut 2009

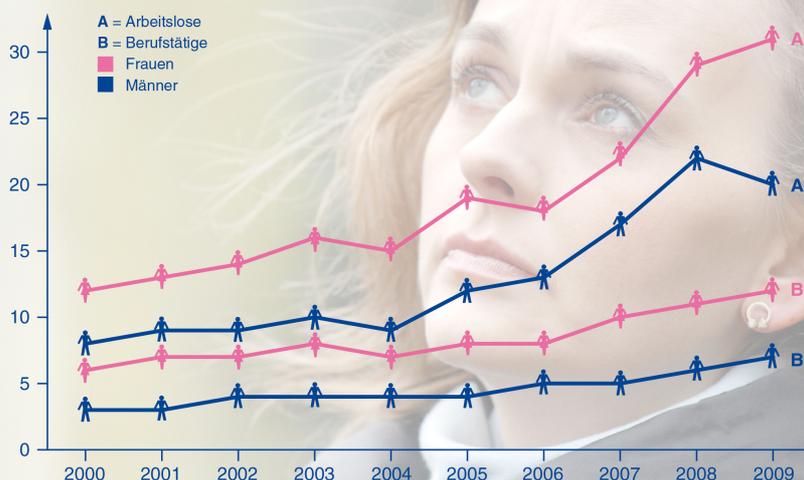
³⁰ BKK 2009

Abb. 3

Arbeitslose Frauen erhalten die meisten Antidepressiva

Verordnete Antidepressiva 2000 bis 2009 je Berufstätigen bzw. Arbeitslosen nach Geschlecht – Angaben in Tagesdosen*

* Tagesdosis: empfohlene Tageseinnahme eines Präparats



Quelle/Grafik: Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse 2010

Quelle: Grafik Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse 2010

Eine weitere Quelle sind Daten der Rentenversicherung, da sie die Quantifizierung des Einflusses von Arbeitslosigkeit und Krankheit auf die Lebenserwartung ermöglichen. Die niedrigste Lebenserwartung in Deutschland haben demnach Personen, die sowohl Anrechnungszeiten für Arbeitslosigkeit und Krankheit in ihrer Erwerbsbiografie zu verzeichnen haben³¹. Insbesondere bei Männern zeigt sich ein solches klares Muster³². Dabei wird der starke Einfluss von psychischen Störungen, speziell in Form von massiven Alkoholproblemen, auf die Lebenserwartung Arbeitsloser hervorgehoben³³. Auch wenn die Frage der Kausalitätsbeziehungen zwischen Erkrankungen und Arbeitslosigkeit noch nicht hinreichend geklärt sei, gilt auch in Deutschland mit zunehmender Arbeitslosigkeit ein ansteigendes Sterblichkeitsrisiko als belegt³⁴. „Arbeitslose sterben demnach früher.“³⁵

Zusammenhang zwischen Erwerbslosigkeit und Sterblichkeitsrisiko belegt

Zusammenfassend liegt der Schluss nahe, dass Arbeitslose in Deutschland im Vergleich mit Beschäftigten insgesamt einen nachweisbar schlechteren Gesundheitszustand haben, der insbesondere durch ein signifikant höheres Risiko in einem breiten Krankheitsspektrum, häufigere Verordnungen von Psychopharmaka, einem ungünstigerem Gesundheits- und Suchtverhalten, mehr Krankenhausaufenthalten und stationären Behandlungstagen sowie durch ein erhöhtes Risiko für vorzeitige Sterblichkeit gekennzeichnet ist³⁶. Das Erkrankungsrisiko steigt zudem mit der Dauer der Arbeitslosigkeit, dem Alter und mit sinkendem sozial-ökonomischen Status an. Verschärft wird die Situation Erwerbsloser – nicht zuletzt aufgrund verminderter finanzieller Mittel – durch geringere Gesundheitsressourcen und einem eher risikoreicheren Gesundheitsverhalten.

³¹ Scholz & Schulz 2007

³² ebenda, S. 135

³³ Grobe 2006

³⁴ Robert-Koch-Institut 2003

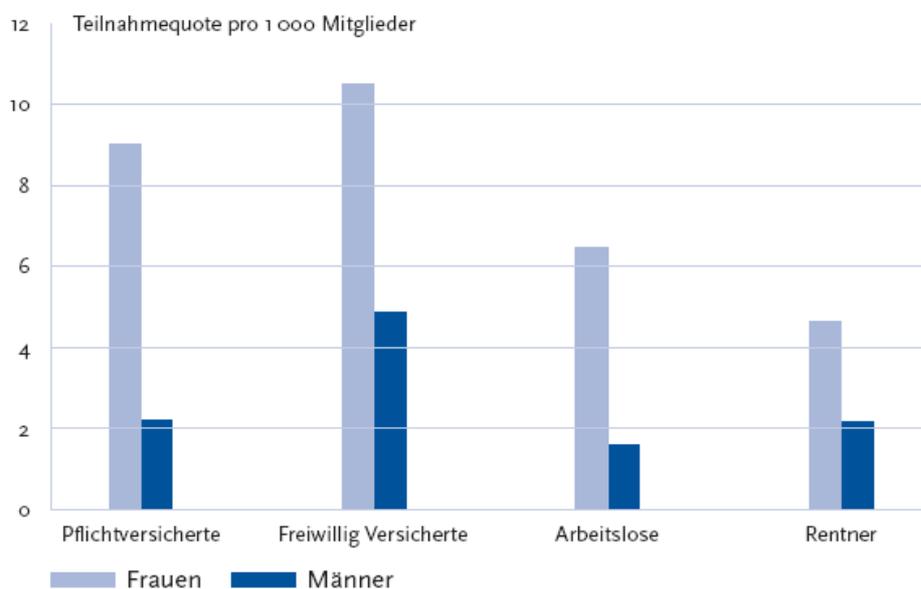
³⁵ Grobe 2006, S. 83

³⁶ Überblick in Holleederer 2009b

3. Nutzung von Präventionsangeboten

Die ungünstigeren Ressourcen von erwerbslosen Menschen spiegeln sich auch in dem Ausmaß, in dem sie von Präventionsangeboten im Gesundheitssektor erreicht werden. Die gesetzlichen Krankenversicherungen sind zur Primärprävention (Krankheitsvermeidung) gesetzlich verpflichtet. Die Präventionskurse § 20 SGB V richten sich an noch gesunde Versicherte und zielen im Rahmen der Individualprävention auf das Gesundheitsverhalten des Einzelnen. Bisher gibt es allerdings seitens der Krankenkassen nur wenige veröffentlichte Daten darüber, in welchem Ausmaß Arbeitslose durch Präventionsmaßnahmen erreicht werden³⁷. Die wenigen vorhandenen Daten zeigen eine weit unterdurchschnittliche Nutzung von klassischen Präventionsangeboten durch Erwerbslose:

Abb.4



Erwerbslose werden durch Präventionsmaßnahmen der Krankenversicherungen kaum erreicht

Abbildung 3.2.2: Teilnahme an Kursen zur individuellen Primärprävention nach § 20 SGB V nach Versichertenstatus und Geschlecht (2003).
Quelle: BKK Bundesverband; N = 44 718

Quelle: RKI 2006, S.130

Für sozial Benachteiligte und Arbeitslose stellen die Finanzierungs- und Erstattungsregelungen ein grundsätzliches Hindernis dar³⁸. Die Zielgruppe, die aufgrund der vorliegenden Forschungsergebnisse und Gesundheitsberichterstattung den größten Handlungsbedarf hätte, wird also mit den entsprechenden Präventionsmaßnahmen im Gesundheitssystem kaum erreicht. Über solche Ansätze der individuellen Verhaltensprävention hinaus werden im Gesundheitssystem sog. Setting-Ansätze verfolgt. Settings sind relativ dauerhafte Sozialzusammenhänge, Setting-Ansätze zielen auf die Verhältnisprävention: Dabei sollen verschiedene Maßnahmen der Gesundheitsförderung, in Form von strukturellen Veränderungen, über Möglichkeiten der Umweltgestaltung bis hin zu klassischen Maßnahmen der Prävention systematisch und kombiniert an einem sozialen Ort eingesetzt werden³⁹.

³⁷ Holleederer 2009b

³⁸ Kirschner 2009

³⁹ <http://www.tk-online.de/tk/gesunde-lebenswelten/glossar/setting/136880>

Für die Zielgruppe der Arbeitslosen haben die Krankenkassen bisher nur einige wenige erfolgversprechende Setting-Ansätze entwickelt⁴⁰. Da – zur Entlastung des Hartz IV-Systems und damit des Bundes – keine kostendeckenden Krankenversicherungsbeiträge erhoben werden, sind für die untereinander konkurrierenden Krankenkassen Arbeitslose oftmals eher *Kostentreiber* denn eine interessante Zielgruppe für Präventionsmaßnahmen.

4. Handlungsbedarf und Potenzial für Gesundheitsförderung und Arbeitsvermittlung

Wenn Erwerbslosigkeit einher geht mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes und des psychischen Befindens der Betroffenen, so stehen diese Einschränkungen einer Integration auf dem Arbeitsmarkt im Wege. Der Gesundheitszustand erweist sich als einer der wichtigsten Indikatoren für eine erfolgreiche Rückkehr in den Arbeitsmarkt⁴¹. In der bisherigen arbeitsmarktpolitischen Diskussion finden diese Erkenntnisse noch zu wenig Beachtung. Gesundheitliche Beeinträchtigungen werden eher hingenommen oder im Rahmen von medizinischer und/oder beruflicher Rehabilitation kompensiert. Dass der aktuelle Gesundheitszustand von der Lebenssituation Erwerbsloser und den mit Arbeitslosigkeit einhergehenden Belastungen beeinflusst wird, wird zu wenig reflektiert. Die „Potenziale der Prävention und Gesundheitsförderung werden alles in allem weder von den Krankenkassen noch von der Bundesagentur für Arbeit und den SGB II-Trägern außerhalb von Modellprojekten ausgeschöpft“⁴². Diese Erkenntnisse zeigen großen Handlungsbedarf und besondere Herausforderungen für die Gesundheits- aber auch für die Arbeitsmarktpolitik auf.

Potenziale der Prävention
und Gesundheitsförderung
noch nicht ausgeschöpft

Speziell für die Zielgruppe Erwerbsloser hat u.a. der Sachverständigenrat der Bundesregierung wesentliche Anforderungen an Präventionsprojekte formuliert⁴³:

- Prävention und Gesundheitsförderung sollten eng mit Maßnahmen der Arbeitsförderung kombiniert werden, da bei der Gruppe der Erwerbslosen natürlich auch das Ziel der Reintegration in den Arbeitsmarkt bzw. der Erhalt ihrer Beschäftigungsfähigkeit eine vorrangige Rolle spielt. Der Schlüssel zum Erfolg liegt dabei in einer Verbindung von Arbeitsförderung, Prävention und Gesundheitsförderung mit weiteren diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen.
- Ein grundlegendes Problem liegt in der Erreichbarkeit von Erwerbslosen. Angesichts der geringen Nutzung der Präventionsangebote stellt sich die Frage, welche Ansprachestrategien für Arbeitslose im Rahmen der Gesundheitsförderung und -prävention entwickelt und welche Zugangswege niederschwelliger und innovativer Art geschaffen werden sollten. Auch eine im Vergleich zu Beschäftigten geringere Aufgeschlossenheit für gesundheitsfördernde Angebote wird bei Erwerbslosen als Herausforderung gesehen. Erwerbslose sollten daher direkt in ihrer Lebenswelt angesprochen werden, Gesundheitsförderung also dort angeboten werden, wo Angehörige der Zielgruppe in einem Qualifizierungs- oder Beschäftigungsverhältnis stehen. Als „Substitutionssetting“ für die Implementierung von Gesundheitsförderung kommen die Nutzung der Trägerstruktur von Arbeitsförderung in Frage, aber auch die Träger der Grundsicherung selbst⁴⁴.

⁴⁰ vgl. Holleder 2009b, zum Setting-Ansatz JobFit siehe 5. Praxisentwicklung arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung.

⁴¹ vgl. Brüssig & Knuth 2009

⁴² Holleder 2009b, S. 30

⁴³ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007 sowie Rosenbrock & Grimmeisen 2009

⁴⁴ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007, S. 344

- Das Prinzip der Gesundheitsförderung liegt in der Freiwilligkeit der Teilnahme. Das Prinzip der Arbeitsmarktintegration lautet hingegen „Fördern und Fordern“. Es stellt sich in der Praxis daher die Frage der Vereinbarkeit des Prinzips der Freiwilligkeit mit dem verpflichtenden Charakter der Arbeitsförderung.

Eine besondere Herausforderung stellt die Zielgruppenproblematik dar, denn die Gruppe der Erwerbslosen ist nicht homogen. So können hinsichtlich der gesundheitlichen Bedarfe grundsätzlich zwei Zielgruppen unterschieden werden, deren Grenzen fließend sind:

Zum einen handelt sich um eine große, (noch) gesunde Risikogruppe, also eine klassische Zielgruppe für Präventionsangebote: Arbeitssuchende und Arbeitslose, die aufgrund eines drohenden oder bereits erfolgten Arbeitsplatzverlustes besonderen psychosozialen und gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind, aber noch keine entsprechenden Einschränkungen aufweisen. Denn die psychosozialen Begleiterscheinungen von Erwerbslosigkeit - so belegt die Forschung - schwächen bei den Betroffenen gerade jene psychischen Ressourcen, die für einen Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt besonders wichtig sind: Selbstbewusstsein, Optimismus, sicheres Auftreten, Selbstwirksamkeit und ihr soziales Netzwerk⁴⁵. Eine geeignete Strategie bestände darin, Erwerbslose direkt nach Verlust des Arbeitsplatzes zu einem möglichst frühen Zeitpunkt an Präventionsangebote heranzuführen⁴⁶. Solche Interventionen könnten bei einer noch gesunden Risikogruppe darauf ausgerichtet sein, drohenden Beeinträchtigungen der physischen und psychischen Gesundheit vorzubeugen. Nicht zuletzt im Hinblick auf eine berufliche Reintegration sollten gerade die Bewältigung der mit Erwerbslosigkeit verbundenen psychosozialen Belastungen und Risiken für die psychische Gesundheit eine vorrangige Aufgabe für die Arbeitsmarkt- und Gesundheitspolitik sein.

Arbeitslose haben aufgrund der mit Erwerbslosigkeit einhergehenden besonderen psychosozialen und gesundheitlichen Belastungen einen besonderen Präventionsbedarf

Exkurs: Psychologisch fundierte Ansätze zur Stärkung der psychischen Gesundheit von Erwerbslosen

Die psychologische Erwerbslosigkeitsforschung liefert wichtige Hinweise für psychologisch fundierte Maßnahmen und Interventionen⁴⁷:

- Präventive Maßnahmen sollten in jedem Falle so früh wie möglich einsetzen, um den Aufbau und die Chronifizierung von ungünstigen Bewältigungsstrategien zu verhindern. Günstig wäre es, wenn solche Maßnahmen bereits vor der Entlassung beginnen, um auch die psychischen Folgen von Arbeitsplatzunsicherheit zu verringern. Solche Interventionen könnten zu einer *echten* Prävention werden, wenn vor dem Arbeitsplatzverlust eine Wiedervermittlung erzielt werden kann.
- Höchste Priorität muss die Stabilisierung der psychischen Gesundheit haben, denn sie ist Voraussetzung für eine erfolgreiche Reintegration in den Arbeitsmarkt. Labile Personen besitzen geringere psychische Ressourcen, um die psychosozialen Belastungen der Erwerbslosigkeit aber auch Misserfolge durch erfolglose Bewerbungen ohne Beeinträchtigungen ihres Selbstwertgefühls bewältigen zu können. Dabei geht es nicht allein um eine kurzfristige Stressreduktion bei akuten Stresssymptomen. Langfristig geht es um eine Stärkung der psychischen Ressourcen, um persönliche Schutzfaktoren und Widerstandskräfte zu mobilisieren.
- Beim Arbeitssuchverhalten ist die Qualität im Unterschied zur Quantität wichtiger. Daher sollten exzessive Bewerbungsaktivitäten bei geringen Arbeitsmarktchancen vermieden werden. Gleichzeitig sollten Kompetenzen für eine höhere Qualität der Bewerbungen aufgebaut und gefördert werden.

⁴⁵ Mohr 2010

⁴⁶ vgl. Holleder 2009b

⁴⁷ Ausführliche Erörterungen dazu siehe Mohr 2010, Otto & Mohr 2009 sowie Mohr & Richter 2008

- Auch eine hohe Arbeitsorientierung sollte nicht das primäre Ziel einer Maßnahme sein. Zwar gelten arbeitsorientierte Bewerber unter den Arbeitslosen als unauffällig, da sie am Vermittlungsprozess interessiert, aktiv und bemüht sind. Doch gerade diese Erwerbslosen sind durch Arbeitslosigkeit psychisch nachhaltiger belastet und leiden stärker unter der gesellschaftlichen Stigmatisierung. Eine hohe Arbeitsorientierung scheint daher für die psychische Gesundheit eher kontraproduktiv zu sein. Angesichts dieser Erkenntnisse wird es „geradezu als Behandlungsfehler“ gesehen, wenn während der Erwerbslosigkeit Arbeitsorientierung in überhöhter Form verstärkt wird, bei den Betroffenen unrealistische Hoffnungen geweckt und Erwerbslose zu nicht Erfolg versprechenden, allein auf Quantität ausgerichtete Bewerbungsaktivitäten gedrängt werden⁴⁸.
- Soziale Unterstützung kann eine wichtige Ressource für die Bewältigung von Arbeitslosigkeit sein. Daher sollte das engere soziale Umfeld, Familie und Partnerschaft einbezogen werden, da diese von den Folgen der Erwerbslosigkeit mitbetroffen sind. Aber auch eine veränderte gesellschaftliche Bewertung von Arbeitslosigkeit - weg von einer Stigmatisierung der Betroffenen - könnte entlastend wirken.

Die zweite große Zielgruppe umfasst Arbeitslose, bei denen bereits psychische und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen bis hin zu vermittlungsrelevanten gesundheitlichen Einschränkungen vorhanden sind. Bei dieser Zielgruppe ist es aus wissenschaftlicher Sicht zweifelhaft, „ob mit den insgesamt wenigen und auch noch recht unspezifischen Maßnahmen der Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V allein, eine Stabilisierung oder gar Verbesserung des Gesundheitszustandes überhaupt erreichbar ist.“⁴⁹. Angesichts der Krankheitslast dieser Zielgruppe sind die Krankenkassenangebote der Prävention nicht mehr ausreichend. Für Erwerbslose mit gesundheitlichen Einschränkungen bedarf es zielgruppenspezifischer Ansätze, die den Gesundheitszustand, das individuelle Gesundheitsverhalten, vorhandene Bewältigungsressourcen und das berufliche Qualifikationsniveau berücksichtigen⁵⁰. Letztendlich ist hier ein umfassendes Gesundheitsmanagement erforderlich, das auch Therapie und Rehabilitation einschließt. Eine geeignete Strategie sollte die Akteure im Feld der Gesundheitsversorgung und Arbeitsförderung zusammenbringen und die arbeitsmarktintegrativen und psychosozialen Maßnahmen sowie die gesundheitsbezogenen Interventionen für jeden Einzelfall zeitlich und inhaltlich aufeinander abstimmen.

In der Diskussion um die Gesundheitsförderung für Erwerbslose sind allerdings grundlegende Aspekte zu berücksichtigen: Gesundheitliche und psychosoziale Probleme, die in Verbindung mit Arbeitslosigkeit auftreten, werden in erster Linie durch die Verkürzung und Beendigung der Erwerbslosigkeit selbst verringert. Daher können Gesundheitsförderung, psychologisch fundierte Interventionsstrategien oder Präventionsangebote auch nicht die Ursache selbst beheben. Sie können kompensatorisch wirken, in dem sie dazu beitragen, die Betroffenen psychosozial zu stabilisieren, ihre psychischen Ressourcen zu stärken, Gesundheitskompetenzen aufzubauen, die mit der Erwerbslosigkeit verbundenen Risiken für die psychische und körperliche Gesundheit zu verringern sowie die Beschäftigungsfähigkeit und damit die Chancen einer Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt zu erhöhen.

Doch in der Gruppe der Erwerbslosen gibt es nicht nur Bedarf an Gesundheitsförderung und Prävention, Kuration und Psychotherapie sowie medizinischer und beruflicher Rehabilitation. In einem ganzheitlichen Ansatz besteht auch die Notwendigkeit, kommunale Beratungsleistungen, wie z.B. Sucht- und Schuldnerberatung, einzubeziehen und leichter zugänglich zu machen.

Für Erwerbslose mit gesundheitlichen Einschränkungen ist ein umfassendes Gesundheitsmanagement erforderlich

Gesundheitsförderung kann nicht die Ursache beheben

⁴⁸ Mohr & Richter 2008, S. 32

⁴⁹ Kirschner 2009, S. 101

⁵⁰ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007

Die bessere Verzahnung von arbeitsmarktbezogenen und sozialen Integrationshilfen war Herzstück der Hartz-Reformen. Ein ganzheitlicher Service, der auch die integrationsrelevanten Leistungen wie Sucht- und Schuldnerberatung einbezieht, sollte nach dem Gesetz bereits heute angeboten werden. Diese – die Arbeitsförderung ergänzenden – sozialen Hilfen sollen, soweit erforderlich, für alle erwerbsfähigen Hilfeempfänger durch die Kommunen bereitgestellt und finanziert werden. Doch in der Praxis erweist sich insbesondere dieses Reformelement vielfach immer noch als große Schwachstelle⁵¹. Daher bedarf es einer Bündelung der Angebote aller Akteure, einschließlich der sozial flankierenden Leistungen der Kommunen, um eine ganzheitliche Bearbeitung von vermittlungsrelevanten sowie gesundheitlichen, psychischen und sozialen Problemen im Interesse der Betroffenen zu gewährleisten (vgl. gewerkschaftliche Anforderungen).

5. Praxisentwicklung arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung

In den letzten 10 Jahren entstanden im Bereich der Arbeitsförderung in unterschiedlichen regionalen Strukturen in Form von Modellprojekten konkrete Angebote in der Präventions- und Gesundheitsförderung Erwerbsloser. Aber noch immer ist in Deutschland die Gesundheitsförderung von Arbeitslosen insgesamt völlig unzureichend. Denn gemessen an der Anzahl der Betroffenen und deren gesundheitlicher Lage sind bundesweit nur wenige dieser Ansätze nachhaltig in der Praxis verankert: Bewährt haben sich insbesondere AmigA (Brandenburg), AktivA (Sachsen) und JobFit (NRW, Niedersachsen) und DiMa (Köln)⁵².

- In den Modellprojekten AmigA und DiMA erwies sich eine enge Verzahnung von Gesundheits- und Arbeitsförderung insbesondere im Rahmen des Fallmanagements im SGB II-Bereich als erfolgversprechend. Beide Initiativen konzentrieren sich eher auf die Gruppe der Langzeitarbeitslosen mit oftmals besonderen gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Kernstück sind bei AmigA ein interdisziplinäres Fallmanagementteam sowie bedarfsgerechte, auf den Einzelfall abgestimmte und ggf. auch kombinierte arbeitsmarktintegrative und gesundheitsbezogene Leistungen, wie Maßnahmen der Diagnostik, Primärprävention oder Gesundheitsförderung aber auch therapeutische und rehabilitative Maßnahmen. Bei diesem Ansatz ist außerdem die umfassende Einbindung der kommunalen sozial flankierenden Leistungen in Form von niederschwelliger Sucht- und psychosozialer Beratung gelungen. Damit konnten für eine gesundheitlich schwer belastete Zielgruppe alle relevanten Akteure in tragfähigen Strukturen vernetzt werden⁵³.
- JobFit verfolgt den Setting-Ansatz und war dadurch erfolgreich, dass die Zielgruppe der Arbeitslosen direkt über die Träger von Aus- und Weiterbildung angesprochen wurde. Dabei verzahnte JobFit arbeitsmarktintegrative Maßnahmen mit Angeboten der Krankenkassen nach § 20 SGB V. Die bisherigen Maßnahmen der Primärprävention der Krankenkassen richteten sich bis dahin ausschließlich an berufstätige Personen. Mit dem eigens für die Zielgruppe konzipierten Präventionskurs wurde eine Angebotslücke in der Präventionslandschaft geschlossen und der besonderen Stressbelastung Arbeitsloser Rechnung getragen. Zwar ist die rechtliche und technische Verzahnung der Leistungserbringung und Kostenerstattung von präventiven Maßnahmen der Krankenkasse im Setting der Arbeitsförderung schwierig: Denn die Teilnehmer sind bei unterschiedlichen Krankenkassen versichert und in der Regel zur Vorauslagung der Kurskosten und zu einem Eigenanteil verpflichtet. Doch durch die Ratifizierung eines innovativen Abrechnungs- und Kostenübernahmmodells wurden im Rahmen dieser Initiative Hürden für die Teilnahme an Präventionsangeboten abgebaut. Eine modellhafte

Erfolg versprechende Projekte in der Praxis entwickelt

⁵¹ vgl. Adamy 2010

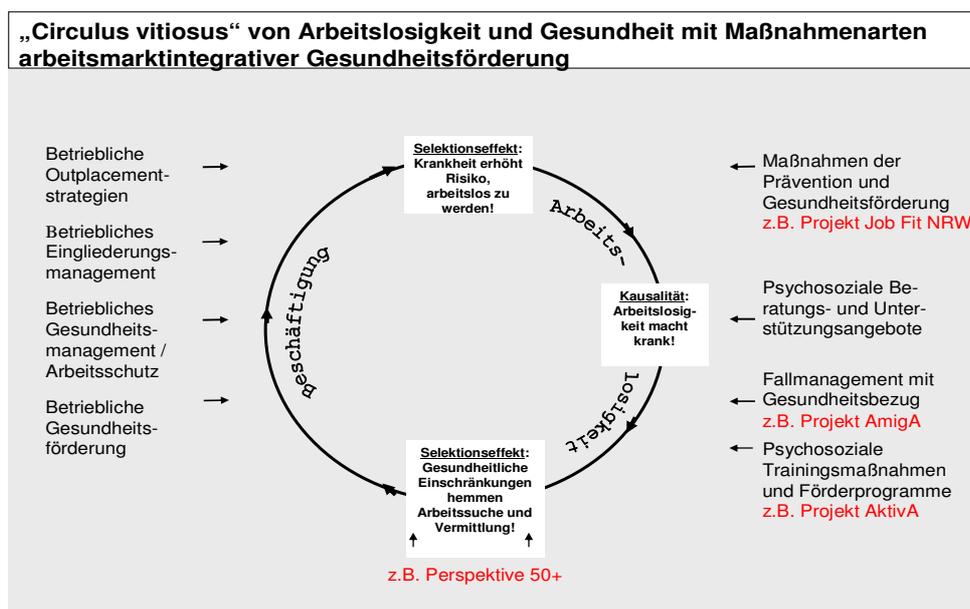
⁵² Darstellung der Projekte im Sammelband Holleder 2009a

⁵³ MASGF 2009

Vereinbarung mit den Krankenkassen erlaubte die direkte Abrechnung mit den Kursanbietern, ohne dass Erwerbslose in Vorleistung treten mussten. Die Einbindung von motivierenden Gesundheitsgesprächen und des präventiven Kursangebotes in arbeitsmarktintegrative Maßnahmen erwies sich hinsichtlich der Ansprache der Betroffenen als wirkungsvoll. Die Evaluation ergab für die auf diese Weise in die Arbeitsförderung integrierten Präventionsmaßnahmen der Krankenversicherer bemerkenswerte Ergebnisse, da mit „recht einfachen, zeitlich begrenzten und relativ kostengünstigen ... Maßnahmen nach § 20 SGB V erhebliche gesundheitliche und soziale Effekte erzielt werden können“⁵⁴.

- Auch AktivA nutzt das Setting von Beschäftigungsträgern und setzt auf psychologisch fundierte Interventionsstrategien und Trainingskonzepte, die nicht allein im Bereich der körperlichen Gesundheitsförderung ansetzen. Die dort vermittelten psychosozialen Kompetenzen wirken sich jedoch auch in einer Verringerung körperlicher Beschwerden aus. Im Hinblick auf die kurze Trainingszeit sind dies bemerkenswerte Effekte⁵⁵. AktivA steht im Kontext des Sächsischen Gesundheitsziels „Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen“. Der dazugehörige Fachbeirat formulierte zur Gesundheitsförderung bei dieser Zielgruppe eindringliche Anforderungen und Appelle⁵⁶. Auf Landesebene gibt es in Sachsen unter Einbeziehung des Landesministeriums, der Universitäten, einiger Krankenkassen sowie der Bundesagentur für Arbeit bereits bewährte Kooperationen⁵⁷.

An welchen Punkten die verschiedenen Ansätze im *Teufelskreis* von Arbeitslosigkeit und Gesundheit einwirken könnten, verdeutlicht die folgende Abbildung.



Gesundheitsförderung setzt in verschiedenen Phasen an

(Praxisberichte in Holleder, A. (Hrsg) (2009): Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Fachhochschulverlag, Ffm.)

Quelle: Holleder (2009c)

Bei der Entstehung solcher Praxisprojekte gab es bisher keine koordinierte Entwicklung: Sie gehen überwiegend auf Initiativen von Landesministerien, einzelner Universitätsinstitute, einiger weniger Krankenkassen sowie auf eine Handvoll Grundsicherungsstellen zurück. Gesundheitsbezogene

⁵⁴ Kirschner 2009, S. 97

⁵⁵ Rothländer & Richter 2009

⁵⁶ http://www.sifg.de/images/stories/SGW/Gesundheitsziele/alo_poster_thesenpapier.pdf

⁵⁷ http://www.sifg.de/images/stories/SGW/Gesundheitsziele/alo1_plakat.pdf

Angebote entstanden auch in Sonderprogrammen des Bundes und der EU (z.B. im Rahmen der Perspektive50plus). Die Finanzierung der arbeitsmarktintegrativen Anteile erfolgte überwiegend über Sonderfonds und -programme. Die Verbreitung dieser Ansätze basierte auf dem Austausch in Fachkreisen und Netzwerken, wie dem Kooperationsverbund *Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten* oder dem *Deutschen Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung*. Alle Projekte sind aufgrund des gesetzlichen Auftrags - und einer darin begründeten eher ganzheitlichen Betrachtung von Beschäftigungsfähigkeit - im SGB II-Bereich und damit in der steuerfinanzierten Grundsicherung angesiedelt.

Die genannten Ansätze weisen unterschiedliche institutionelle Kontexte, Förder- und organisatorische Strukturen auf. Sie sind inzwischen über die Modellphase hinausgekommen und ihre Wirksamkeit wurde in Evaluationsstudien dokumentiert. Aufbauend auf den Praxiserfahrungen wurden Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen und anwendungsbereite Qualitätsstandards für die Gesundheitsberatung Arbeitsloser zusammengetragen⁵⁸. Für den Bereich der Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V sind Inhalte und Qualitätsstandards im gemeinsamen Leitfaden der Spitzenverbände der Krankenkassen festgeschrieben⁵⁹. Auch wenn noch nicht alle Potentiale im Bereich der Evaluationsforschung – insbesondere im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der Maßnahmen und ihren Erfolg für die Wiedereingliederung auf dem Arbeitsmarkt – ausgeschöpft sind, so gibt es doch angesichts der vorliegenden belastbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse einen hohen Bedarf für schnelles Handeln und inzwischen ausreichend gut erprobte Ansätze, um auch über Modellprojekte hinaus tätig werden zu können.

6. Trendwende – Auf dem Weg zu einer systematischen und flächendeckenden Verankerung von Gesundheitsförderung in der Arbeitsvermittlung?

Die Politik steht nun vor der Aufgabe, die in der Praxis entstandenen, unterschiedlich weit umgesetzten und evaluierten Ansätze sowie die hierfür erforderlichen Rahmenbedingungen und Kooperationen relevanter Akteure auf dem Hintergrund unterschiedlicher gesetzlicher Vorgaben und Finanzierungsmöglichkeiten in eine nachhaltige Förderstrategie zu übersetzen. Denn es bedarf einer systematischen Umsetzung erfolgreicher Ansätze und einer Förderung in Regelstrukturen. Im Hinblick auf die Zuständigkeiten und Leistungen der Arbeitslosenversicherung, der Grundsicherung, der Krankenversicherungen sowie der Träger von sozial flankierenden Leistungen ist eine Koordinierung und Steuerung erforderlich. Die Politik hat diesen Bedarf inzwischen zumindest für einige Zielgruppen erkannt: „Um die Zielgruppe der sozial Benachteiligten besser zu erreichen, hat die Bundesregierung die BZgA beauftragt, folgende neue Schwerpunkte zu setzen: ...Aufbau einer Zusammenarbeit der BZgA mit der Bundesagentur für Arbeit zur Gesundheitsförderung bei arbeitslosen Jugendlichen und Langzeitarbeitslosen...“⁶⁰.

Wichtige Akteure an der Schnittstelle von Arbeits- und Gesundheitsförderung sind die Bundesagentur für Arbeit (BA) und die gesetzlichen Krankenversicherungen: Trat die BA bisher bei der Entwicklung und Koordinierung von Modellprojekten eher wenig in Erscheinung, so sind jetzt Entwicklungen auszumachen, die auf einen offensiven Umgang mit diesem Thema hinweisen:

Die BA ist Ende 2009 als Partner dem Kooperationsverbund *Gesundheitsorientierung bei sozial Benachteiligten* beigetreten, hat die Dachkampagne *Gesundheitsorientierung zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit* gestartet und Ende Juni 2010 hierzu einen Fachkongress veranstaltet. In

Vor dem Hintergrund verschiedener gesetzlicher Vorgaben, Rahmenbedingungen und Finanzierungsmöglichkeiten ist Umsetzung in nachhaltige Förderstrategien erforderlich

Bundesagentur für Arbeit (BA) startet Dachkampagne zur Gesundheitsförderung

⁵⁸ vgl. Gold et al. 2009 sowie Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung 2009

⁵⁹ Leitfaden Prävention 2008

⁶⁰ Deutscher Bundestag, Drucksache 17/845 vom 25.2.2010, S 6.

verschiedenen Handlungsfeldern stellt sich die BA den Herausforderungen im Zusammenwirken von Erwerbslosigkeit und Gesundheit. Die Aktivitäten zur Gesundheitsorientierung reichen von der Verankerung des Themas in Qualifizierung und Wissensmanagement bis in die Regelprozesse der Vermittlung und Beratung. Die BA kooperiert dabei mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Ein wichtiges Instrument zur Umsetzung von Gesundheitsorientierung in der Arbeitsvermittlung ist die Qualifizierung der BA-Mitarbeiter. In neuen Qualifizierungsbausteinen soll gezielt auf den Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit und auf Themenbereiche wie Gesundheitsorientierung und Sucht eingegangen werden. Geschult werden bisher die Fallmanager, die sich auf eine kleine aber gesundheitlich bereits stark belastete Zielgruppe konzentrieren. Ein weiterer Fokus liegt darauf, Gesundheitsorientierung in die Vermittlungsprozesse der Bundesagentur einzubinden. Vermittlungsrelevante gesundheitliche Einschränkungen sollen im Rahmen der Potenzialanalyse erfasst und mit geeigneten Handlungsstrategien verbunden werden⁶¹.

In gesundheitspolitischen Fachkreisen wird das Fehlen einer klaren Aufgabenzuweisungen und Budgetierung im Feld der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland beklagt und von einigen Seiten die Forderung nach einer stärkeren gesetzlichen und finanziellen Inanspruchnahme der Bundesagentur für Arbeit erhoben⁶². Zumindest für die gesetzliche Krankenversicherung ist die Zuständigkeit im Rahmen der Prävention nach § 20 SGB V bereits verbindlich geregelt, doch ohne dass Mittel dafür flächendeckend eingesetzt und entsprechende Erfolge bei der Zielgruppe Erwerbsloser erreicht wurden. Obwohl die Bundesagentur für Arbeit nach Auffassung des Sachverständigenrates derzeit „nicht in der Finanzierungsverantwortung für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen“ steht, so komme ihr doch auch der potentielle Nutzen in Form von verbesserten Wiedereingliederungschancen zugute⁶³. Dabei können und sollen die Bundesagentur für Arbeit und die Träger der Grundsicherung nicht in die Kompetenzen des Gesundheitssystems eingreifen. Wenn sie sich im Feld der Gesundheitsförderung Erwerbsloser engagieren, so sollte dies immer in Kooperation mit anderen Akteuren des Gesundheitssystems entsprechend des jeweiligen gesetzlichen Auftrags und der eigenen Kompetenzen erfolgen.

Die Grundsicherungsträger übernehmen nun erstmals ab dem 1. Juli 2010 - im Rechtskreis SGB II - die Finanzierung von gesundheitsfördernden Elementen in arbeitsmarktintegrativen Maßnahmen. Das BMAS hatte es im Frühjahr 2010 ermöglicht, in Vermittlungsunterstützenden Maßnahmen gesundheitsbezogene Inhalte einzubeziehen: Aktivitäten zur Stressbewältigung, Bewegung, Ernährung oder zum Umgang mit Suchtproblemen können nun bis zu 20 % der Dauer von Aktivierungsmaßnahmen (nach § 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. § 46 SGB III) umfassen, sollen aber die Angebote der gesetzlichen Krankenversicherungen nicht ersetzen. Gleichzeitig besteht hier die Gefahr, dass Instrumente der Arbeitsförderung als Ersatz für nicht hinreichende Leistungen anderer Akteure genutzt werden. Die Praxis muss daher zeigen, inwieweit die inhaltliche Abgrenzung von aber auch die Verzahnung mit den Präventionsangeboten der Krankenversicherer und den kommunalen sozial flankierenden Leistungen gelingt.

Letztendlich steht mit diesen Maßnahmen ein neues Finanzierungsmodell für die Gesundheitsförderung Erwerbsloser über die aktive Arbeitsmarktpolitik zur Verfügung, das das Potential hat, eine große Risikogruppe mit besonderen psychosozialen und gesundheitlichen Belastungen zu erreichen. Hinsichtlich der standardmäßigen und bundesweiten Umsetzung wurden damit wichtige Weichenstellungen auf dem Weg zu einer systematischen und flächendeckenden Verankerung von Gesundheitsförderung in der Arbeitsvermittlung vollzogen – vielleicht eine Trendwende von Ein-

Neues Finanzierungsmodell
für die Gesundheitsförderung
Erwerbsloser

⁶¹ vgl. Pfeiffer 2010

⁶² Gold et al. 2009

⁶³ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007, S. 346

zelprojekten hin zu einer Standardversorgung und zu einer Arbeitsförderung mit offenem Blick auf die Gesundheitsförderung!

7. Anforderungen aus gewerkschaftlicher Sicht

In der Arbeitsförderung wurden erste Fortschritte in Richtung Gesundheitsorientierung erreicht, doch damit ist noch nicht alles getan. Aus gewerkschaftlicher Sicht ergeben sich weitere Anforderungen an eine arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung Erwerbsloser:

- Die im Hinblick auf gesundheitliche Risiken stark belastete Gruppe der Erwerbslosen wird durch die Präventionsangebote der Krankenversicherungen bisher kaum erreicht. Von daher bedarf es einer stärkeren Verpflichtung der Krankenversicherungen, ihrem gesetzlichen Auftrag nachzukommen: Präventionsangebote für Arbeitslose müssen trotz der angespannten finanziellen Lage zielgruppengerecht ausgebaut werden. Um der Zielgruppe Erwerbsloser die Nutzung von Präventionsmaßnahmen der Krankenversicherer zu erleichtern, sollten die Krankenkassen für diesen Personenkreis die Kosten – für die Versicherten vorleistungsfrei – direkt übernehmen. Angebote der Krankenkassen, die auf die spezifischen Bedürfnisse Erwerbsloser ausgerichtet sind, sollten über geeignete Settings für diese Zielgruppen zugänglich werden.
- Im Feld der Gesundheitsförderung Erwerbsloser bedarf es einer systematischen und über einzelne Projekte hinausgehenden Kooperation der relevanten Akteure. Die Arbeitsmarktintegrativen Maßnahmen sollten in enger Verzahnung zu den Angeboten und Leistungen der primären Prävention der Krankenkassen stehen. Hierfür gibt es bereits wegweisende Modellprojekte (vgl. JobFit). Zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und der Bundesagentur für Arbeit besteht noch keine zentral etablierte Kooperation. Die Vernetzung dieser Hauptakteure im Bereich der Arbeitsmarkt- und Gesundheitsförderung sollte auf Bundesebene abgesichert werden, um eine im Interesse der Betroffenen reibungslose Zusammenarbeit in der regionalen Praxis zu ermöglichen. In einer Rahmenvereinbarung könnten für diese Zielgruppe gemeinsame Leitlinien im Bereich der Prävention, Kooperationsformen, Schnittstellen und abgestimmte Erstattungsregelungen für die Teilnahme von Arbeitslosen an Präventionsmaßnahmen der Krankenkassen vereinbart werden. Die Verzahnung und Kooperation dieser Akteure sollte von allen Seiten vorangetrieben werden.
- Für die Betreuung von gesundheitlich beeinträchtigten Erwerbslosen erwies sich in Modellprojekten (AmigA) die institutionalisierte Zusammenarbeit mit ärztlichen und psychologischen Experten in einem interdisziplinären Fallmanagementteam und die Vernetzung mit den Angeboten der Krankenversicherer und sozial integrativen Leistungen der Kommunen als erfolgreich. Eine solche ganzheitliche und interdisziplinäre Betreuung gesundheitlich beeinträchtigter Arbeitsloser sollte im Rahmen des Beschäftigungsorientierten Fallmanagements bundesweit in entsprechenden Strukturen und in einer belastbaren Personalausstattung etabliert werden.
- Ergänzend zu einem Beschäftigungsorientierten Fallmanagement mit Gesundheitsbezug sind umfassende und funktionierende regionale Netzwerke erforderlich: Maßnahmen der Beschäftigungsförderung müssen dabei individuell mit allen therapeutischen und rehabilitativen Angeboten des Gesundheitswesens aber auch den Unterstützungsmöglichkeiten des Sozialwesens abgestimmt werden.

Den Kommunen als Trägern sozial integrativer Leistungen, insbesondere der Sucht- und psychosozialen Beratung, kommt dabei eine besondere Rolle zu. Angesichts der Zunahme des Bedarfs an persönlicher und sozialer Hilfe und der kommunalen Finanzsituation stellt sich hier die Frage einer Entlastung der Kommunen. Da der Bund vorrangig von Integrationsbemühungen profitiert und Erwerbseinkommen zunächst bei den von ihm finanzierten Leistungen angerechnet wird, sollte er sich an der Finanzierung auch sozial flankierender Aufgaben beteiligen. So könnte er den Kommunen finanzielle Anreize bieten, wenn sie ihre Aufgaben im Sin-

Zielgruppengerechter Ausbau von Präventionsangeboten

Vernetzung der Hauptakteure der Arbeitsmarkt- und Gesundheitsförderung auf Bundesebene

Ganzheitliche und interdisziplinäre Betreuung gesundheitlich beeinträchtigter Erwerbsloser

Funktionierende regionale Netzwerke einschließlich der sozialintegrativen Leistungen der Kommunen

ne eines ganzheitlichen Fallmanagement dem Träger der arbeitsmarktpolitischen Leistungen übertragen. Über eine anteilige Ko-Finanzierung dieser Leistungen sollte der Bund die Bereitstellung dieser Leistungen forcieren.

- Besondere Potentiale liegen auch in der Verankerung von präventiven Elementen im Bereich der Arbeitslosenversicherung. Da Arbeitnehmer bereits sehr früh - vor dem kritischen Ereignis des Arbeitsplatzverlustes - Kontakt zur Arbeitsagentur aufnehmen müssen, entsteht gerade hier ein wichtiger Interventionszeitraum. Noch bleibt diese Gruppe von Erwerbslosen mit besonderen psychosozialen Belastungen in einer kritischen Lebensphase weitgehend außen vor, denn bisher wurden keine spezifische Präventionsinitiativen für Arbeitslose direkt nach Eintritt in die Arbeitslosigkeit und im Zuständigkeitsbereich der Arbeitslosenversicherung entwickelt. Das SGB III enthält zwar keinen expliziten Auftrag zur Prävention oder zur Gesundheitsförderung bei Erwerbslosen, gleichwohl hat der DGB immer wieder Modellversuche auch für diese Zielgruppe eingefordert. Denn hier liegt im eigentlichen Sinne Präventionspotential und aufgrund des Zugangs zu diesem Personenkreis ein besonderes Handlungsfeld für die Bundesagentur für Arbeit. Der Interventionszeitraum im Bereich der Arbeitslosenversicherung sollte systematisch für Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung sowie zur psychosozialen Stabilisierung betroffener Erwerbsloser genutzt werden. Daher muss auch die Möglichkeit zur Einbindung gesundheitsorientierter Ansätze in arbeitsmarktintegrative Maßnahmen nach § 46 SGB III geschaffen werden. Auch die Mitarbeiter im Arbeitslosenversicherungsbereich sollten in ihrer Arbeit grundsätzlich für die mit Arbeitslosigkeit verbundenen besonderen psychosozialen und gesundheitlichen Belastungen sensibilisiert werden. Letztendlich sollte auch im gesetzlichen Rahmen des SGB III das Thema Gesundheitsorientierung in der Arbeitsvermittlung und -förderung verankert werden.
- Die Entwicklung des deutschen Arbeitsmarktes ist in den letzten Jahren durch eine Zunahme atypischer Beschäftigungsformen gekennzeichnet. Häufig können solche atypischen Beschäftigungsformen den Lebensunterhalt nicht absichern und führen daher zu prekärer Beschäftigung. Dieser Entwicklung am Arbeitsmarkt und den sich abzeichnenden fließenden Übergängen zwischen Beschäftigung und Erwerbslosigkeit sollten auch entsprechende Ansätze zur Gesundheitsförderung Rechnung tragen⁶⁴. Präventionsansätze in der Arbeitsförderung sollten bereits hier greifen, so dass bei der Vermittlung in Arbeit auch die Qualität der Beschäftigung berücksichtigt wird. Denn prekäre Beschäftigungsverhältnisse können zu vergleichbaren Gesundheitseffekten führen, wie sie die Arbeitslosigkeit selbst nach sich ziehen kann.
- Für kranke und behinderte Arbeitnehmer, die von Arbeitslosigkeit bedroht sind, muss ein funktionierendes betriebliches Eingliederungsmanagement nach § 84,2 SGB IX greifen, um Arbeitslosigkeit und damit verbundene weitere gesundheitliche Belastungen zu verhindern.

Verankerung von präventiven Elementen in der Arbeitslosenversicherung

Bei Arbeitsvermittlung auch Qualität der Arbeit berücksichtigen

Funktionierendes betriebliches Eingliederungsmanagement

Die Vernetzung von Gesundheits- und Arbeitsförderung ist wichtig. Doch die Aufspaltung der Trägerschaft und der Finanzierung behindert die Umsetzung in der Praxis: Kollisionen von Rechtsnormen und unterschiedliche (finanzielle) Interessen sind unvermeidlich, die nur durch den Willen zur Kooperation und zur vernetzten Arbeit im Interesse der Betroffenen überwunden werden können.

Bei allen gut gemeinten Ansätzen zur psychosozialen Stabilisierung und zum Aufbau von Gesundheitskompetenzen sollten aber die damit verbundenen Erwartungen an Arbeitslose realistisch bleiben: Von Erwerbslosen in einer prekären Lebenssituation - unter schwierigen finanziellen Bedingungen, in unsicherer Zukunftsperspektive, in einem Klima sozialer Diskriminierung - sollte im Hinblick auf ihr (Gesundheits-) Verhalten nicht mehr erwartet werden als von Menschen in stabilen Lebensverhältnissen. Auch bedarf es eines sensiblen Umgangs mit solchen Angeboten, um nicht zu einer weiteren Stigmatisierung der Betroffenen beizutragen. Der Fokus auf die indivi-

⁶⁴ Vgl. Holleder 2009b

duelle Selbstbestimmung und -verantwortung in Sachen Gesundheit darf letztendlich nicht dazu verleiten, die gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen der Erwerbslosigkeit allein als individuelles Problem zu definieren. „Bestandteil gesellschaftlicher Strategien der Primärprävention im Bereich der Arbeitslosigkeit muss (...) die Ent-Stigmatisierung des Themas Arbeitslosigkeit sein, die darauf hinwirkt, dass Arbeitslosigkeit – in der Selbst- und in der Fremdbewertung – nicht länger als individuell verschuldet wahrgenommen, thematisiert und behandelt wird.“⁶⁵

Literatur

Achatz, J., Dornette, J., Popp, S., Promberger, M., Rauch, A., Schels, B., Wenzel, U., Wenzig, C. & Wübbebeke, C. (2009). Lebenszusammenhänge erwerbsfähiger Hilfebedürftiger im Kontext der Grundsicherungsreform. In Möller, J. & Walwei, U. (Hg.). Handbuch Arbeitsmarkt 2009. IAB Bibliothek. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. S. 203 – 235.

Adamy, W. (2010). Kommunale soziale Integrationshilfen bei Hartz IV: Das Fördern kommt immer noch viel zu kurz. Unzureichende Kinderbetreuung, Schuldnerberatung oder Gesundheitsförderung. In Soziale Sicherheit 1/2010, S. 5-15.

Berth, H., Balck, F., Albani, C., Förster, P., Stöbel-Richter, Y., Brähler, E. (2008): Psychische Gesundheit und Arbeitslosigkeit. In: Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland, Berlin: S. 21-26

BKK Bundesverband (Hg). (2008). Gesundheitsreport 2008. Seelische Krankheiten prägen das Krankheitsgeschehen. Essen: BKK

BKK Bundesverband (Hg). (2009). Gesundheitsreport 2009. Gesundheit in Zeiten der Krise. Essen: BKK

Brussig, M. & Knuth, M. (2009). Individuelle Beschäftigungsfähigkeit: Konzept, Operationalisierung und erste Ergebnisse. In WSI Mitteilungen 6/2009. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

Bundesagentur für Arbeit (Dezember 2009). Arbeitslosigkeit nach Rechtskreisen im Vergleich. Nürnberg: Statistik der Bundesagentur für Arbeit.

<http://www.pub.arbeitsagentur.de/hst/services/statistik/interim/analytik/reports/zentral.shtml>

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hg.) (2009). Wirkungen des SGB II auf Personen mit Migrationshintergrund. Projekt Ila1 – 04/06. Abschlussbericht. Hauptband. Forschungsbericht F395. Duisburg.

Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF) (Hg.) (2009). Qualitätsstandards in der Gesundheitsberatung Arbeitsloser. Ein Praxisleitfaden für Finanziers, Projektentwickler und Akteure der Versorgungslandschaft. Essen: DNBGF Geschäftsstelle c/o BKK Bundesvorstand. www.dnbgf.de

Dietz, M., Müller, G. & Trappmann, M. (2009). Bedarfsgemeinschaften im SGB II. Warum Aufstocker trotz Arbeit bedürftig bleiben. IAB-Kurzbericht Nr. 2/2009. Nürnberg: IAB.

Elkeles, T. & Michel-Schwartz, B. (2009). Gesundheitsförderung in der Fortbildung für Fallmanager und Arbeitsvermittler. In: Holleder A. (Hg.) Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag, S. 230-260.

Gold, C., Bräunling, S. & Köster, M. (2009). Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen und sozial Benachteiligten. In: Holleder A. (Hg.) Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag, S. 112-123.

⁶⁵ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007, S. 346

- Grobe, T.G. (2006). Sterben Arbeitslose früher? In Holleder, A. & Brand, H. (Hg.) Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber, S. 75-83.
- Holleder, A. (Hg.) (2009a). Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag.
- Holleder, A. (2009b). Gesundheit und Krankheit von Arbeitslosen sowie Chancen und Grenzen arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung. In Holleder, A. (Hg.) Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag.
- Holleder, A. (2009c). Wechselbeziehungen von Arbeitslosigkeit und Gesundheit sowie Präventionspotenziale im SGB II-Bereich. Vortrag im Rahmen der Bund-Länder Aufsichtskonferenz für das SGB II am 8.10.2009 in Berlin. http://www.liga.nrw.de/_pdf/service/vortraege/
- Holleder, A. (2010). Arbeitsmarktintegration und Gesundheitsförderung – Aktueller Stand und Perspektiven. Vortrag auf dem 3. Jahrestreffen im Bundesprogramm „Perspektive 50plus“ am 9.6.2010 in Berlin.
- Kieselbach, T. (2007). Arbeitslosigkeit, soziale Exklusion und Gesundheit: Zur Notwendigkeit eines sozialen Geleitschutzes in beruflichen Transitionen. In Gesundheit Berlin (Hg.). Dokumentation 12. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit, S. 1-35. Berlin.
- Kieselbach, T. (2009). Unternehmensumstrukturierung, Transitionsberatung und Gesundheitsförderung. In Holleder, A. (Hg.) Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag, S. 390 – 402.
- Kirschner, W. (2009). Möglichkeiten und Grenzen der Kursangebote zur Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen nach § 20 SGB V. In Holleder, A. (Hg.) Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag, S. 96-111.
- Leitfaden Prävention (2008). Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008. Bergisch Gladbach: Federführend für die Veröffentlichung IKK-Bundesverband. http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Leitfaden_2008_150908_2761.pdf
- McKee-Ryan, F.M., Song, Z. Wanberg, C.R. & Kinicki, A.J. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology*, 90, 53-76.
- Ministerium für Arbeit und Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (MASGF) (2009). AmigA. Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung. Leitfaden für die praktische Umsetzung. Potsdam: Ministeriums für Arbeit und Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (MASGF).
- Mohr, G. (2010). Erwerbslosigkeit. In: Kleinbeck, U. & Schmidt, K.-H. (Hg.). Enzyklopädie der Psychologie. Band Arbeitspsychologie, S. 471 - 520. Göttingen: Hogrefe.
- Mohr, G. & Richter, P. (2008). Psychosoziale Folgen von Arbeitslosigkeit und Interventionsmöglichkeiten. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, 40–41, S. 25–32.
- Otto, K. & Mohr, G. (2009). Programme zur Förderung der psychosozialen Gesundheit von Langzeiterwerbslosen. In Holleder, A. (Hg.) Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag, S. 135-154.
- Paul, K. I. Hassel, A. & Moser, K. (2006). Die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit: Befunde einer quantitativen Forschungsintegration. In Holleder & Brand (Hg.) Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. S. 35-52. Bern: Hans Huber.
- Paul, K. I. & Moser, K. (2009). Metaanalytische Moderatoranalysen zu den psychischen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit – Ein Überblick. In Holleder, A. (Hg.) Gesundheit von Arbeitslosen

fördern! Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag, S. 124-134.

Pfeiffer, J. (2010). Gesundheitsorientierung in der Grundsicherung: aktueller Planungsstand. Vortrag auf der Zweiten Regionalkonferenz Nordrhein-Westfalen. Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen - Wege zur praktischen Umsetzung. 25. März 2010.

http://www.liga.nrw.de/service/downloads/pub-gesundheit/pub-tagng/100330_Gesundheitsfoerderung_Arbeitslose/index.html?PISESSION=60a9b2dd286724e5b4e6174b406f9a97

Robert Koch Institut (Hg.) (2009). 20 Jahre nach dem Fall der Mauer: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt? Gesundheitsberichterstattung des Bundes Berlin: Robert Koch Institut.

Rosenbrock, R. & Grimmeisen, S. (2009). Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen – Herausforderungen und Qualitätskriterien. In Holleederer, A. (Hg.) Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag, S. 83-95.

Rothländer, K. (2009). Training sozialer Kompetenzen für Arbeitslose am Beispiel des Gesundheitsförderungsprogramms AktivA. In: Holleederer A. (Hg.) Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag, S. 155-167.

Rothländer, K. & Richter, P. (2009). Gesund und mittendrin trotz Erwerbslosigkeit?! Ansätze zur Förderung der psycho-sozialen Gesundheit. Projekt Gesellschaftliche Integration. Arbeitspapier No. 6. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Drucksache 16/6339. Berlin: Deutscher Bundestag.

Scholz, R. & Schulz, A. (2007). Zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit, Krankheit und Lebenserwartung. DRV-Schriften Band 55/2007, S. 129-142. Homburg: WDV

Techniker Krankenkasse (HG.) (2010). Gesundheitsreport 2010. Gesundheitliche Veränderungen bei Berufstätigen und Arbeitslosen von 2000 bis 2009. Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Band. 24. Hamburg: Techniker Krankenkasse. www.tk-online.de

Impressum

Herausgeber: DGB Bundesvorstand

Bereich Arbeitsmarktpolitik

Henriette-Herz-Platz 2

10178 Berlin

Telefon: 030-24060 729

www.dgb.de

Mail: ais@dgb.de

verantwortlich: Annelie Buntenbach

Kontakt: Wilhelm Adamy, Martina Wichmann-Bruche

Stand: August 2010

Der DGB gibt den Newsletter „Arbeitsmarkt aktuell“ heraus. Sie können diesen Newsletter und andere DGB-Informationen zur Arbeitsmarktpolitik „druckfrisch“ per Mail bekommen. „Arbeitsmarkt aktuell“ erscheint mit Analysen und Statistiken ca. 10 Mal im Jahr und wird im PDF-Format verschickt.

Es ist notwendig, dass Sie sich einmalig in die Verteilerliste eintragen. Folgen Sie diesem Link: <http://www.dgb.de/service/newsletter> (Bitte „Arbeitsmarkt aktuell“ - Newsletter Arbeitsmarktpolitik“ mit einem Häkchen markieren).

Zum Abbestellen des Newsletters benutzen Sie bitte folgenden Link:

<https://www.dgb.de/service/newsletter?unsubscribe=dgb.bv.arbeitsmarktpolitik>

DGB-Ratgeber: Hilfen für Beschäftigte mit geringem Einkommen Wohngeld – Kinderzuschlag – Hartz IV



Niedrige Einkommen, Teilzeit, Minijob, Kurzarbeit für viele Beschäftigte reicht das Einkommen allein nicht. Doch Niedrigverdienern und Familien mit Kindern bietet der Staat Hilfen an. Zusätzlich zum Einkommen kann Wohngeld, Kinderzuschlag (zusätzlich zum Kindergeld) oder - wenn dies nicht reicht - Hartz IV bezogen werden. Der Ratgeber erläutert die Grundlagen für diese ergänzenden Hilfen, außerdem gibt es Berechnungshilfen und Checklisten, die helfen abzuschätzen, ob ein Antrag lohnt oder nicht. Durch die vorgelagerten Leistungen kann in vielen Fällen Hartz IV -Bedürftigkeit vermieden werden.

- - > DGB-Online-Bestellsystem: www.dgb-bestellservice.de; Broschüre DGB21345, 84 Seiten DIN A5, Einzel exemplar 1 Euro, ab 20 Stück 0,70 Euro jeweils zuzüglich Versandkosten.