

1. Einleitung

Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Präventionspotentiale nicht ausgeschöpft

Arbeitslosigkeit ist in unserer Gesellschaft zu einem weit verbreiteten Massenphänomen geworden. Allein von Oktober 2008 bis September 2009 sind bereits 3,258 Mio. Menschen aus sozial versicherter Beschäftigung arbeitslos geworden und haben 2,3 Mio. Arbeitslose einen neuen Job gefunden. Für die Betroffenen ist Arbeitslosigkeit meist weit mehr als nur ein lästiger Knick in der eigenen Erwerbsbiografie. Wer arbeitslos wird, erlebt dies meist als eine schwere Belastung, die weit über finanzielle Einschränkungen hinausgeht: Die mit Arbeitslosigkeit oftmals einhergehenden gesundheitlichen und psychischen Folgen wurden inzwischen zwar umfassend erforscht, werden aber kaum in der Öffentlichkeit thematisiert und von den Arbeitslosen selbst teilweise auch heruntergespielt oder zu verharmlosen versucht. Dabei zeigen nationale wie internationale Studien gleichermaßen, dass Arbeitslose im Vergleich zu Erwerbstätigen nicht nur materiell, sondern auch gesundheitlich weit stärker belastet sind. Doch die Ansätze zur Prävention und Gesundheitsförderung von Arbeitslosen sind immer noch unterbelichtet.

2. Überblick zu gesundheitlichen Einschränkungen Arbeitsloser

Gesundheitliche Einschränkungen hat nach der offiziellen Arbeitsmarktstatistik jede/r fünfte bis sechste Arbeitslose. Der Anteil der Betroffenen steigt mit dem Lebensalter und der Dauer der Arbeitslosigkeit. Großenteils liegt bei den Arbeitslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen keine anerkannte Behinderung vor, jedoch sonstige vermittlungsrelevante gesundheitliche Beeinträchtigungen. Nur der kleinere Teil von ihnen zählt zu den behinderten Menschen oder ist mit ihnen gleichgestellt. Insgesamt weisen gut eine halbe Million Arbeitslose gesundheitliche Einschränkungen auf. Bei jedem dritten von ihnen liegt eine Schwerbehinderung vor.

Tabelle 1

Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen, November 2009		
	Absolut	Veränderung gegenüber Vorjahr in %
SGB III insgesamt	190.782	+11,5
davon Schwerbehinderte	66.592	+11,0
SGB II insgesamt	321.169	-5,8
davon Schwerbehinderte	86.751	-3,5
Arbeitslose insgesamt im SGB III	1.072.219	+18,5
Arbeitslose insgesamt im SGB II	2.143.174	+2,8

(Quelle: BA: Arbeitslosigkeit nach Rechtskreisen im Vergleich; eigene Berechnungen)

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Zahl der Arbeitslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen nur unterdurchschnittlich erhöht und liegt im Hartz IV-System sogar noch unter Vorjahresniveau. Dies ist keinesfalls überraschend, da viele langjährig Beschäftigte jetzt ihren Job verloren haben und die Zahl der arbeitslosen Hartz IV-Empfänger sich bisher nur geringfügig erhöhte. Die gesundheitlichen Einschränkungen geben aber keinen ausreichenden

Überblick über die tatsächliche Situation der Arbeitslosen. Denn dieses Merkmal wird nur erfasst, wenn es sich negativ auf die Vermittlung und die angestrebte berufliche Tätigkeit auswirken könnte. Doch längst nicht jede Krankheit muss die berufliche Leistungsfähigkeit beeinträchtigen. Um die Leistungsfähigkeit von Arbeitslosen besser diagnostizieren zu können, wird oftmals der ärztliche Dienst der Bundesagentur für Arbeit (BA) eingeschaltet. Er fertigt pro Jahr etwa 300 000 amtsärztliche Gutachten an. Am häufigsten werden von ihm Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und psychische Erkrankungen festgestellt.¹ Für gut die Hälfte der untersuchten Arbeitslosen mit Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes ist aus medizinischer Sicht ein Wechsel der bisherigen beruflichen Tätigkeit angezeigt. Bei psychisch Erkrankten gelangt der medizinische Dienst zu der Einschätzung, dass bei etwa jedem Dritten ein Wechsel der bisherigen Tätigkeit angezeigt ist.

3. Gesetzliche Regelungen zu Arbeitsunfähigkeit von Arbeitslosen

Nach dem Gesetz sind Arbeitslose bei Arbeitsunfähigkeit ebenso wie Beschäftigte verpflichtet, sich unverzüglich krank zu melden und spätestens am dritten Kalendertag eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen. Die erkrankten Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen haben innerhalb einer sechswöchigen Krankheit Anspruch auf Arbeitslosengeld. Bei längerer Erkrankung während Arbeitslosigkeit zahlt die Krankenkasse ein Krankengeld in Höhe des bisherigen Arbeitslosengeldes. Dies gilt allerdings nur für Arbeitslosengeldempfänger, während Hartz IV-Empfänger seit Anfang 2005 keinen Krankengeldanspruch mehr erhalten, sondern weiter die Fürsorgeleistung Hartz IV. Aber nach wie vor sind auch sie verpflichtet, eine Erkrankung unverzüglich anzuzeigen und eine ärztliche Krankmeldung vorzulegen. Sie werden aber ab dem ersten Tag der Krankmeldung nicht mehr als arbeitslos, sondern als arbeitsuchend geführt und bei Gesundung wieder als Neuzugang in Arbeitslosigkeit gebucht. Leider liegen bisher nur wenige bundesweit aussagefähige Analysen zur Arbeitsunfähigkeit von Arbeitslosen vor. Zwar weisen die BA Zahlen darüber aus, wie viele Arbeitslose offiziell wegen Arbeitsunfähigkeit (vorübergehend) aus der Arbeitslosenstatistik herausgenommen wurden und wie viele nach einer Gesundung wieder (neu) als arbeitslos gezählt werden. Doch diese Daten sind untererfasst, da sich Arbeitslose bei Kurzzeit- und Bagatellerkrankungen längst nicht immer krank melden und krank schreiben lassen.

4. Arbeitsunfähigkeit nach Daten der BA und von Krankenkassen

Insgesamt haben die Arbeitsagenturen in den ersten elf Monaten 2009 1,7 Millionen Arbeitsunfähigkeitsfälle von Arbeitslosen registriert. Das sind fast 200 000 bzw. 13% mehr als im entsprechenden Vorjahreszeitraum. Zugleich wurden fast 1,6 Millionen Erwerbslose nach einer Arbeitsunfähigkeit wieder als gesund registriert.

Tabelle 2

Arbeitslose und Arbeitsunfähigkeit Januar 2009 bis November 2009			
<i>Veränderung gegenüber Vorjahreszeitraum</i>			
	absolut in Mio.	Absolut	in v. H.
Zugang aus Arbeitsunfähigkeit in Arbeitslosigkeit	1.551	175.000	+12,7%
Abgang aus Arbeitslosigkeit in Arbeitsunfähigkeit	1.706	197.000	+13%

(Quelle: BA, Arbeitslose nach Rechtskreisen im November 2009, S. 34 und S. 44, sowie eigene Berechnungen)

¹ Vgl. IAB-Kurzbericht 4/2003.

Zugänge in und aus Arbeitsunfähigkeit haben sich um fast 13% erhöht. Diese hohe Zahl darf aber keinesfalls zum durchschnittlichen Bestand an Arbeitslosen in Relation gesetzt werden, denn hinter dem Bestand verbergen sich enorme Bewegungen. So wurden in diesem Vergleichszeitraum insgesamt rd. 8,5 Millionen Zugänge in und Abgänge aus Arbeitslosigkeit registriert. Während die einen arbeitslos werden oder während der Arbeitslosigkeit kurzfristig erkranken, stehen andere der Arbeitsvermittlung nach vorheriger Arbeitsunfähigkeit wieder zur Verfügung oder finden einen neuen Job. Andere wiederum können innerhalb eines Jahres durchaus mehr als eine ärztliche Bescheinigung vorlegen und statistisch häufiger zwischen Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit wechseln. Die Daten der Krankenkassen sind im Vergleich mit denen der BA aussagefähiger und weit vollständiger.

Der Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) weist beispielsweise für die Arbeitslosengeldempfänger für 2007 mit 21,4 Krankheitstagen den mit Abstand höchsten Krankenstand aller Versichertengruppen und einen Anstieg gegenüber 2006 aus.

Mit fast 35 Tagen lag die durchschnittliche Falldauer 2007 mehr als dreimal so hoch wie für pflichtversicherte Angestellte und zweieinhalbmal so hoch wie für Arbeiter.² Auch bei den Krankheitsbildern zeigen sich nach der BKK-Statistik deutliche Unterschiede zwischen Arbeitslosen und (noch) Beschäftigten. So werden bei Arbeitslosen weit häufiger Stoffwechselerkrankungen festgestellt und mehr als doppelt so viele Krankheitstage durch Neubildungen/Krebserkrankungen; ein ähnliches Bild zeigt sich bei Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems. Noch weit stärker ausgeprägt sind die Unterschiede bei psychischen Störungen. „Diese lösen bei Arbeitslosen etwa vierfache AU-Zeiten im Vergleich zu den pflichtversichert Beschäftigten aus.“

5. Umfang psychischer Erkrankungen

Seit Jahren nehmen die psychischen Erkrankungen zu. Nach Einschätzung des letzten Gesundheitsreports der BKK bilden die Arbeitslosen „die Gruppe mit den am stärksten ansteigenden psychisch bedingten Krankheitstagen (...)“. Sogar die Vergleichswerte der psychisch am stärksten beeinträchtigten Berufsgruppen lagen jeweils noch deutlich unter den Werten von Arbeitslosen.³ Mit der Zunahme psychischer Erkrankungen geht eine steigende Verschreibung von Psychopharmaka einher. Gegenüber den beschäftigten Pflichtmitgliedern wiesen Arbeitslosengeldempfänger nach dem BKK-Gesundheitsreport die 2,6-fache Verordnungsmenge von Psychopharmaka auf. Mehr als jedem siebten Arbeitslosengeldempfänger wurden bereits Psychopharmaka verordnet. (14,8%, bei den Frauen waren es sogar 17,9%). Innerhalb von drei Jahren hat sich die Verordnungsmenge für Arbeitslose – insbesondere von Antidepressiva – mehr als verdoppelt.

Bemerkenswert ist eine sehr hohe Krankenquote bereits in der mittleren Altersgruppe der Arbeitslosengeldempfänger. Bereits die Hälfte der Krankheitstage ist hier auf Muskel- und Skeletterkrankungen bzw. psychische Störungen zurückzuführen. Ebenso lag bei den 40-Jährigen die Versicherungsrate von Psychopharmaka für beide Geschlechter über dem ohnehin hohen Durchschnitt der Arbeitslosengeldempfänger insgesamt. Der Gesundheitsreport 2008 der BKK dokumentiert insgesamt eine deutlich schlechtere Gesundheitssituation von Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen. Dies kann sowohl Ursache wie Folge der Arbeitslosigkeit sein.

6. Die subjektive Gesundheitssituation von Arbeitslosen im Ost-West-Vergleich

Arbeitslose und insbesondere Langzeitarbeitslose schätzen ihren Gesundheitszustand insgesamt schlechter ein als noch Beschäftigte. Sie räumen ihren psychosozialen Belastungen häufig einen ebenso hohen oder noch höheren Stellenwert ein als ihren finanziellen Einschränkungen.

² BKK-Bundesverband, Gesundheitsbericht 2008, S. 39.

³ Ebenda, S. 75.

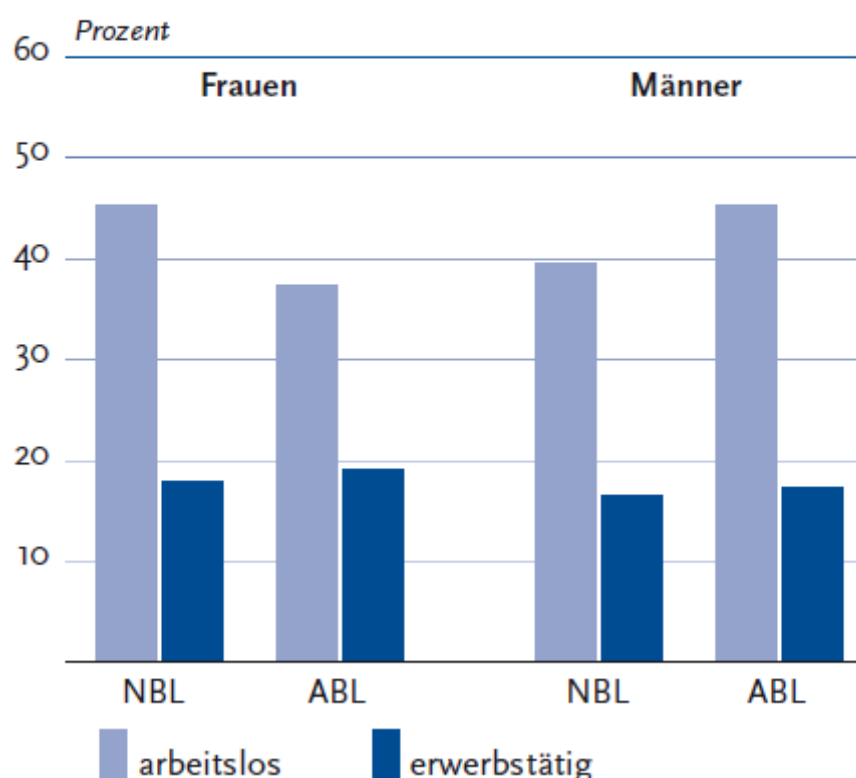
Nach dem jüngsten Gesundheitsreport des Robert Koch Instituts bewerten arbeitslose Frauen und Männer ihren eigenen Gesundheitszustand gut doppelt so häufig wie Erwerbstätige als mittelmäßig bis sehr schlecht. Eine geschlechtsspezifische Differenzierung nach Ost und West zeigt, dass bei Frauen die Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten in den neuen Ländern noch größer sind als in den alten Ländern.

Abb. 1

Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes (mittelmäßig bis sehr schlecht) in der 18- bis 59-jährigen

Bevölkerung nach Erwerbsstatus

Quelle: GEDAog



Quelle: Robert Koch Institut: 20 Jahre nach dem Fall der Mauer: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt 2009, S. 261

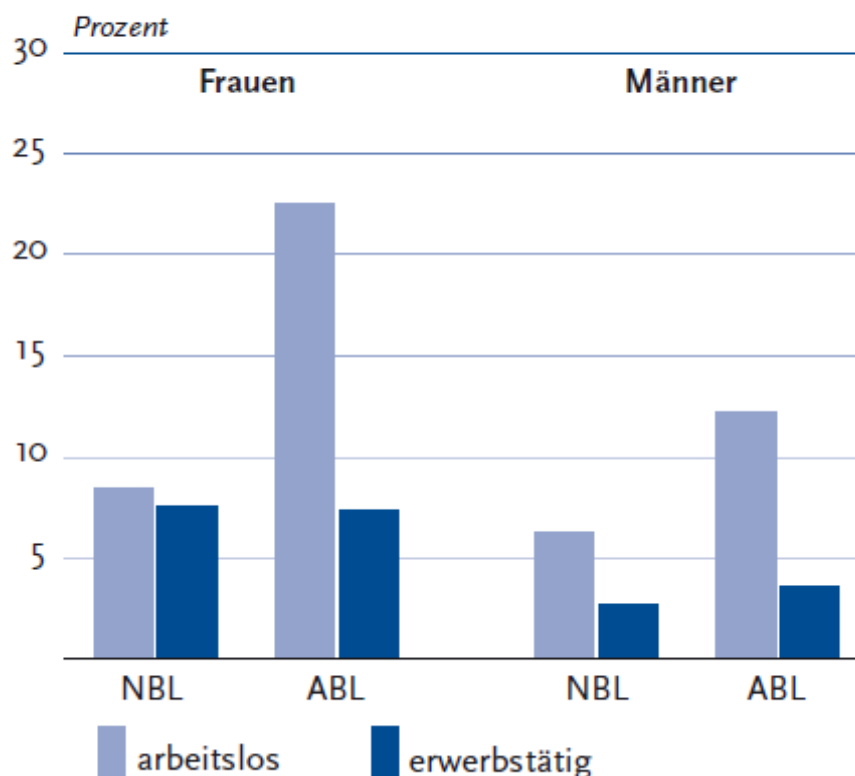
Aber auch bei den westdeutschen Frauen ist das Risiko eines eingeschränkten Gesundheitszustandes um das 2,3-fache höher gegenüber erwerbstätigen Frauen. Bei den Männern zeigt sich ein etwas anderes Bild; hier bestehen größere Unterschiede in den alten Ländern; das Gesundheitsrisiko ist bei den westdeutschen Männern noch größer. Es beträgt hier das 3,0-fache der erwerbstätigen Männer.

Auffallend ist, dass der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Depression in den neuen Ländern weniger stark ausgeprägt ist als im Westen.

Abb. 2

Anteil der Personen mit ärztlich diagnostizierter Depression in den letzten 12 Monaten in der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung nach Erwerbsstatus

Quelle: GEDA09



Quelle: Robert Koch Institut ebenda S. 262

Dies gilt für Männer und noch mehr für die ostdeutschen Frauen. Bei den arbeitslosen westdeutschen Frauen ist das Risiko von Depression 3,6-fach gegenüber erwerbstätigen Frauen erhöht und bei den arbeitslosen Männern sogar um das 4,1-fache.⁴ Von einer signifikanten Verschlechterung ihrer Gesundheitssituation berichten vor allem Frauen und Männer, die seit mehr als einem Jahr arbeitslos sind. Insbesondere die Dauer der Arbeitslosigkeit hat negativen Einfluss auf das gesundheitliche Wohlbefinden. Nach einer empirischen Studie auf der Basis des sozialökonomischen Panels 2005 ist die Lebenszufriedenheit bei Langzeitarbeitslosen im Jahr 2005 so niedrig wie bei Pflegebedürftigen; zugleich wurde eine Zunahme der Unzufriedenheit in den letzten zehn Jahren davor festgestellt.⁵

⁴ Robert Koch Institut: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 20 Jahre nach dem Fall der Mauer: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt?, S. 260 ff.

⁵ Vgl. Weick, S.: Starke Einbußen des subjektiven Wohlbefindens bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit; Informationsdienst Sozial-Indikatoren 35/2006.

7. Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Die Zusammenhänge von Arbeitslosigkeit und Krankheit sind vielfältig. Arbeitslosigkeit kann ebenso krank machen wie Krankheit zu Arbeitslosigkeit führen. Die sozialen und gesundheitlichen Folgen von langer Arbeitslosigkeit hat bereits die 1933 erstmals vorgelegte weltbekannte Studie „Die Arbeitslosen von Marienthal“ aufgezeigt. Im niederösterreichischen Dorf Marienthal konnte die Sozialwissenschaftlerin Marie Jahoda nach Schließung einer Textilfabrik die Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf das niederösterreichische Dorf Marienthal aufzeigen.⁶ Auch wenn heute keine mit damals vergleichbare finanzielle Not herrscht, müssen der „Schreck von Arbeitslosigkeit“ und dessen Folgen erst einmal verarbeitet werden. Insbesondere lang anhaltende Arbeitslosigkeit kann schnell zermürbend sein. Dies gilt selbst dann, wenn in der ersten Phase der Arbeitslosigkeit zunächst die gewonnene Freizeit gesehen werden sollte, die jedoch sehr schnell ihren Wert verliert. Arbeitslosigkeit wird zum Stress eigener Art.

Von Beschäftigten kann dies oftmals nicht nachvollzogen werden, da Arbeit für sie den Alltag strukturiert und wichtiger psychosozialer Stabilisierungsfaktor ist. Sie sichert nicht nur Einkommen, sondern kann Selbstbewusstsein und gesellschaftlichen Status fördern. Sie ist aber ebenso ein Ort der sozialen Kontakte und des (beruflichen) Austauschs.

Bei Wegfall von Beruf und Arbeitsplatz geht dieser Bezug verloren und es ändert sich das Verhältnis zur gewohnten Umwelt und damit das Wohlbefinden; das Beziehungssystem nimmt ab und die Unsicherheit über die berufliche Zukunft nimmt zu; auch das Zeitgefühl verändert sich oder geht gar verloren, man wird leichter verunsichert oder verstimmt. Teils vollziehen sich diese Prozesse nur unterschwellig, können aber auch zu erkennbaren seelischen und körperlichen Beeinträchtigungen und Erkrankungen führen. Die mit Arbeitslosigkeit verbundenen Nachteile schlagen sich insgesamt in einer niedrigeren Lebenszufriedenheit nieder.

Zu Beginn der Forschung über Arbeitslosigkeit herrschte die Überzeugung, dass alle Arbeitslosen einen Prozess durchlaufen, der sich durch abgrenzbare für das psychische Erleben verschiedene Phasen unterscheidet. Arbeitslosigkeit wurde später im Sinne einer kumulativen Stresserfahrung beschrieben. Im Verlauf der Arbeitslosigkeit steigen die Belastungen: Die finanziellen Ressourcen werden knapper, soziale Isolation und gesellschaftliche Stigmatisierung nehmen zu. Hinzu kommen immer wieder Zurückweisungen bei der Arbeitsplatzsuche. Das heißt, die Lebensgestaltung mit immer geringeren finanziellen Mitteln und die Verarbeitung von Mißerfolgserfahrungen bei Bewerbungen wirken sich ungünstig auf die psychische Gesundheit von Langzeitarbeitslosen aus. Unmittelbare Rückwirkungen der Arbeitslosigkeit können ebenso auf das soziale Umfeld festgestellt werden: Neben Rückzugstendenzen bei von Erwerbslosigkeit betroffenen Familien, zeigen sich bei Kindern erwerbsloser Eltern z.B. häufiger Schulabbrüche. Auch sie sind häufig später selbst von Erwerbslosigkeit betroffen.

Vielfältige Faktoren haben Auswirkungen auf die individuellen Reaktions- und Bewältigungsformen: Die Dauer der Erwerbslosigkeit sowie die finanzielle Situation sind solche zentralen Einflussfaktoren. Soziale Unterstützung kann ebenso ein wichtiger Einflußfaktor und damit auch eine wichtige Ressource für Erwerbslose sein. Des Weiteren sind auch die frühere Arbeitssituation und auch das vorherige Erleben von Arbeitsplatzunsicherheit bedeutsam für den Gesundheitszustand und die psychische Verfassung während der Erwerbslosigkeit. So leiden Arbeitslose, die an ihrem Beruf hängen,

⁶ Vgl. Jahoda, M.; Lazarsfeld, P. Zeisel, H: Die Arbeitslosen von Marienthal, 1933, Neuauflage 1975, Frankfurt/M.

eher stärker als jene, denen nur ein Job verloren ging, bei dem man sich nicht entfalten konnte oder überfordert war.

So sehr die Wissenschaft auch daran arbeitet, Einflussfaktoren zu finden, die die negativen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit insbesondere auf die psychische Gesundheit abmildern könnten, so belegen doch umfangreiche Studien, dass die gesundheitsschädigenden Auswirkungen von Arbeitslosigkeit sehr beständig, in allen bisher untersuchten Ländern, allen sozialen Schichten, allen Altersstufen, bei beiden Geschlechtern und bereits seit mehreren Jahrzehnten nachweisbar sind. Daher wird die Bewältigung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch Arbeitslosigkeit auch zukünftig eine große Herausforderung für die Arbeitsmarkt- und Gesundheitspolitik darstellen.

Insbesondere lang anhaltende Arbeitslosigkeit kann Krankheiten verursachen oder verschlimmern. Ebenso wenig dürfen aber auch die Selektionsprozesse auf dem Arbeitsmarkt ausgeblendet werden. Denn gesundheitliche Einschränkungen sind teils schon bei Eintritt der Arbeitslosigkeit festzustellen; dies gilt insbesondere für prekär Beschäftigte sowie einige gewerbliche Bereiche.

So hat die Techniker Krankenkasse nach einer Auswertung der dort versicherten Leiharbeitskräfte festgestellt, dass diese „deutlich häufiger krank sind“.⁷ Zugleich tragen Leiharbeitskräfte ein weit überdurchschnittliches Entlassungs- und Arbeitslosigkeitsrisiko. Die Einschätzung der BKK wird geteilt, dass die sich vergrößernden Unterschiede in der Morbidität „offensichtlich eine weiter zunehmende Selektion des Arbeitsmarktes widerspiegeln“.

8. Schlussfolgerungen und Forderungen zur Gesundheitsprävention bei Arbeitslosigkeit

Gesundheitliche Beeinträchtigungen erschweren die Suche nach einem neuen Arbeitsplatz oftmals und können schnell zu einem eigenständigen Vermittlungshemmnis werden. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat dann auch in seinem Gutachten 2007 den Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit ausführlich diskutiert und eindringlich zu Strategien aufgerufen, die Arbeitsförderung eng und wirksam mit Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zu verbinden.⁸ So regte er u. a. die Erweiterung der Aufgaben des Ärztlichen Dienstes der BA an sowie eine direkte Aufnahme der Arbeitsuchenden mit vermittlungsrelevanten Gesundheitsproblemen in das gesundheitliche Fallmanagement der Arbeitsförderung. Bis heute jedoch sind die Präventionsansätze bei Arbeitslosigkeit immer noch unterbelichtet.

Bisher haben insbesondere die Krankenkassen die gesetzliche Verpflichtung zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes; sie sollen vor allem dazu beitragen, die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu vermindern. (§20 Abs. 1 SGB V) Ansatzpunkte hierfür werden nicht nur in der Verhaltensprävention gesehen, sondern ebenso in der Verringerung der Gesundheitsbelastungen in der Umwelt und Arbeitswelt „einschließlich der psychosomatischen Belastungen“ durch Arbeitslosigkeit.

- Eine bessere Gesundheitsprävention bei Arbeitslosigkeit könnte die Vermittlungschancen der Betroffenen verbessern und gesundheitliche Folgekosten durchaus verringern. Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen haben weit größere Schwierigkeiten bei der Wiedereinstellung. In den alten Bundesländern haben sie bisher nicht einmal halb so hohe Eingliederungschancen wie Menschen ohne gesundheitliche Einschränkungen. In

⁷ TK-Gesundheitsreport 2009, Hamburg 2009.

⁸ Siehe Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Berlin 2007.

den neuen Bundesländern liegen ihre Chancen sogar nur bei etwa einem Drittel.⁹

- Bei drohendem Arbeitsplatzverlust können Stress und Unsicherheit zumindest verringert – wenn auch nicht ganz vermieden – werden, wenn Beratung und aktive Unterstützung frühzeitig ansetzen. In betrieblichen Krisensituationen sind Betriebe wie Beschäftigte häufig völlig unzureichend auf diese einschneidenden Umbruchphasen vorbereitet. Dabei kann der berufliche Übergang durch aktive Unterstützungsformen – noch bevor Arbeitslosigkeit eingetreten ist – oftmals erleichtert werden. Hier sind insbesondere die Betriebe gefordert. Die aktuelle Krise zeigt ebenso, dass die betriebsnahen Fördermöglichkeiten der Arbeitsförderung keinesfalls vernachlässigt werden dürfen.
- Bei nicht vermeidbarer Arbeitslosigkeit können gleichfalls bei einer besseren Vernetzung von arbeitsmarktpolitischen und sozialen und gesundheitlichen Integrationshilfen weit bessere Erfolge bei der beruflichen Eingliederung und einer psychosozialen Stabilisierung erreicht werden. Schädigende Effekte von Arbeitslosigkeit können so besser begrenzt und vermindert werden. Erfolgreich sind vor allem Maßnahmen, bei denen Elemente von Beschäftigung, Qualifizierung und Sozialbetreuung bzw. Präventionsmaßnahmen integriert sind und diese Maßnahmen einen Bezug zur betrieblichen Wirklichkeit haben. Psychosoziale Stabilisierung lässt sich beispielsweise oft nur über Arbeit oder zumindest während Fördermaßnahmen feststellen.

Die Maßnahmen sollten so früh wie möglich einsetzen und nicht erst nach ersten misslungenen Bewältigungsstrategien. Individuelle Verhaltensänderungen allein greifen meist zu kurz und müssen daher möglichst mit Verhältnisprävention einhergehen.

- Für gesundheitlich stark eingeschränkte Menschen sind angemessene Reintegrationschancen zu eröffnen und bei fehlenden Alternativen öffentlich geförderte Beschäftigungsangebote zu eröffnen.
- Um Misserfolge möglichst zu vermeiden, sollte die nachgehende Betreuung auch während der ersten Phase der Wiederbeschäftigung ausgebaut werden.
- Von besonderer Bedeutung ist die Vernetzung der verschiedenen am Prozess beteiligten Institutionen. Die Vielschichtigkeit der Integrationsprobleme kann ein Träger allein oftmals nicht erfolgreich angehen.
- Eine engere Zusammenarbeit von Arbeitsagentur, Arge, von Gesundheits- oder Jugendamt, der Krankenversicherung oder der Schuldnerberatung ist unverzichtbar.
- Um die Leistungen nahtlos gewähren zu können, sind Kooperations- und Rahmenvereinbarungen hilfreich, die eine problemgerechte und effektive Steuerung der Prozesse sicherstellen. Insbesondere die Auswirkungen auf die Kinder und deren weiteren Lebenslauf dürfen nicht ausgeblendet werden. Spezielle Ansprechpartner sollten Möglichkeiten erhalten, sich im Hinblick auf gesundheitliche wie finanzielle Überschuldungsprobleme sowie zu Bewältigungsformen von Arbeitslosigkeit zu qualifizieren.

Bei Angeboten der von den Krankenkassen geförderten Gesundheitsmaßnahmen erweist sich bezogen auf den hier diskutierten Personenkreis die übliche Vorfinanzierung der gesamten Kurskosten und die nachträgliche Erstattung von nur 70 bis 80% der Kosten als

⁹ Vgl. IAB-Kurzbericht 1/2002.

ein Problem. Für viele Arbeitslose wird dies zur finanziellen Hürde, so dass die Leistungen oftmals nicht in Anspruch genommen werden. Vereinbarungen mit Ländern und Krankenkassen sollten daher sicherstellen, dass Arbeitslosen bei gesundheitlichen Kursangeboten die übliche Vorfinanzierung erspart und auf eine Selbstbeteiligung verzichtet wird.

Von zentraler Bedeutung ist aber auch, dass für die Betroffenen keine unrealistischen Hoffnungen geweckt werden, die schnell enttäuscht werden können. Dies gilt auch für die den Arbeitslosen drohenden Sanktionen und Zumutungen. Wird den Arbeitslosen beispielsweise unter Druck die Annahme nicht Existenz sichernder Arbeit abverlangt, kann dies möglicherweise den kurzfristigen Wiedereinstieg fördern, nicht aber die psychische Belastung automatisch verringern. Das Risiko einer Abwärtsspirale und erneuter Arbeitslosigkeit lässt sich auf diese Weise keinesfalls ausschließen. Zwar können so zumindest – vorübergehend – die offiziellen Arbeitslosenzahlen reduziert werden, doch weniger die psychische und soziale Belastung und die gesellschaftlichen Kosten an anderer Stelle.

- Bei den Kosten der Arbeitslosigkeit sind auch die gesundheitlichen Folgelasten einzubeziehen. Doch meist werden sie bisher ausgeblendet. Finanzielle Anreize sind dringend erforderlich, um die gesellschaftlichen Kosten gesundheitlicher und psychosozialer Probleme zu verringern und die betreffenden Institutionen besser zu vernetzen.
- In der Arbeitsförderung sollte der gesundheitliche Präventionsgedanke gleichfalls stärker verankert und besser in die Beratungs- und Vermittlungsprozesse einbezogen werden. Arbeitslosenversicherung und Hartz IV-System müssen sich diese gesamtgesellschaftliche Aufgabe zur besseren Bekämpfung der Arbeitslosigkeit ebenso wie die Krankenkasse wirksamer wahrnehmen als bisher.

9. Positive Modellprojekte zur Prävention von Arbeitslosigkeit

9.1 Weitere Beratungsangebote des BKK-Bundesverbandes

Das gleichfalls vom BKK-Bundesverband unterstützte Projekt „Berufliche Eingliederungs- und Arbeitsmaßnahme“ (BEM) zielt auf eine deutlich bessere und langfristige Integration von langzeitarbeitslosen Hartz IV-Empfängern mit psychischen und/oder Suchterkrankten. Über eine Integrationskette, mit mehreren, aufeinander aufbauenden und sich ergänzenden Elementen soll die berufliche Eingliederungs- und Arbeitsaufnahme in alkoholfreier Arbeitsumgebung gefördert werden.

Zunächst steht die Tagesstrukturierung und die Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens der Arbeitslosen im Mittelpunkt, ehe dann die Veränderungsbereitschaft und die Motivation der Teilnehmer gefördert wird, ihr Leben und ihre Gesundheit selbst positiv zu beeinflussen und etwas für sich selbst zu tun. Gesundheitsförderung und berufliche Qualifizierung werden zu verknüpfen versucht und Strategien zu einem suchtmittelfreien Leben erarbeitet. Psychisch Kranke sollen lernen, Frühwarnzeichen einer Akutphase rechtzeitig zu erkennen und adäquat auf diese zu reagieren.¹⁰

Die Job Fit-Beratung der BKK sowie einigen Argen in NRW zielt darauf ab, gesundheitliche Elemente in Fördermaßnahmen für Arbeitslose zu integrieren. Die Hartz IV-Träger vernetzen sich nicht nur mit der Betriebskrankenkasse, sondern zugleich wird über das SGB II eine

¹⁰ Siehe www.bkk.de/bkk/powerslave.id,1336,nodeidj.html;

individuelle Gesundheitskompetenzberatung während der arbeitsmarktpolitischen Maßnahme finanziert und präventive gesundheitsorientierte Gruppenmaßnahmen beim Träger über das SGB V organisiert.¹¹

9.2 Das Projekt Amiga

Dieses Projekt zielt darauf ab, Gesundheitsaspekte und gesundheitsbezogene Leistungen in das beschäftigungsorientierte Fallmanagement einzubeziehen. Kooperationspartner sind hier das Land Brandenburg, die Rentenversicherung und die BA in Brandenburg sowie die Krankenkassen AOK, DAK und IKK. In einigen Arbeitsgemeinschaften wird die Beratung und Betreuung von Arbeitslosen von interdisziplinär arbeitenden Teams durchgeführt. Im Rahmen dieses beschäftigungsorientierten Fallmanagements arbeiten neben den Vermittlungskräften ein Sozialmediziner und eine Psychotherapeutin zusammen. Zu den gesundheitsbezogenen Aspekten des Fallmanagements zählen eine umfassende Eingangsdagnostik mit beruflich-sozialer und gesundheitsbezogener Sachverhaltsaufklärung sowie der gemeinsam mit den Arbeitslosen erstellte Integrationsplan, der berufliche, soziale und gesundheitsbezogene Aspekte verbindet. Je nach Bedarf zählen hierzu auch Maßnahmen der Gesundheitsförderung sowie therapeutische und rehabilitative Maßnahmen. Diese gesundheitsbezogene Ausrichtung des Fallmanagements ist für die Arbeitslosen freiwillig. Die beteiligten Ärzte und Therapeuten erstellen nicht nur Gutachten, sondern sind Lotsen im Gesundheitsbereich und unterstützen das Fallmanagement mit medizinischem Sachverstand.