

Ausgabe Nr. 4 / 21.3.2003

In aller Kürze

- Jeder dritte Arbeitslose weist nach einer IAB-Befragung gesundheitliche Einschränkungen auf. In zwei von drei Fällen erschwert dies den Arbeitslosen, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen, die der letzten entspricht.
- Der Anteil von Arbeitslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen steigt mit dem Lebensalter und der Dauer der Arbeitslosigkeit. Er ist im Westen deutlich höher als im Osten Deutschlands.
- Gesundheitliche Einschränkungen behindern die Suche nach einer neuen Arbeitsstelle. Sie verschlechtern die Chancen auf Wiedereingliederung.
- 2001 wurden arbeitsamtsärztliche Gutachten für über 300.000 Arbeitslose mit einer Funktions- und Krankheitsdiagnose abgeschlossen. Am häufigsten wurden Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und psychische Erkrankungen festgestellt.
- Im Bereich des SGB III bestehen nach Auffassung des Ärztlichen Dienstes der BA ungenutzte Präventionspotenziale. Der Präventionsgedanke sollte integraler Bestandteil der Beratung und Vermittlung von Arbeitslosen werden.
- Auch das geplante Präventionsgesetz könnte neue Chancen für Arbeitslose eröffnen.

Autor/in

Alfons Holleder

Arbeitslosenuntersuchungen

Arbeitslos – Gesundheit los – chancenlos?

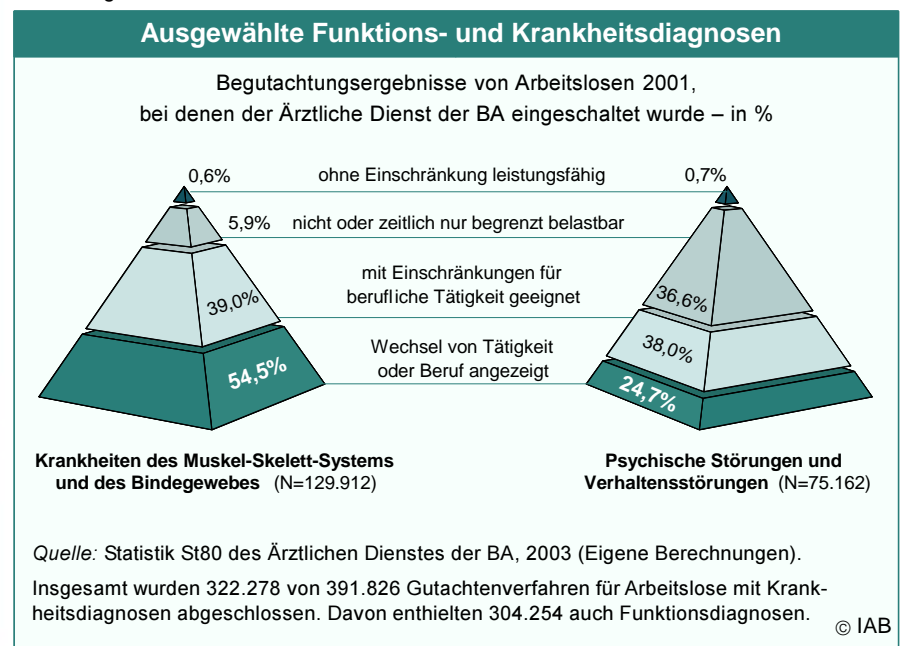
Gesundheitliche Einschränkungen be- oder verhindern die Suche nach Arbeit und senken die Wiedereingliederungschancen von Arbeitslosen – Prävention und Gesundheitsförderung könnten den Kreislauf von Arbeitslosigkeit und Krankheit durchbrechen

„Wer gesund ist und arbeiten will, hat in der Welt nichts zu fürchten“ schrieb einst Gotthold Ephraim Lessing. Die Zeiten haben sich geändert. Heute sind bereits viele arbeitswillige Gesunde von Arbeitslosigkeit betroffen. Was müssen dann erst die fürchten, die arbeiten wollen, aber nicht (mehr) gesund sind? Neuere Forschungen zeigen, dass langandauernde Arbeitslosigkeit insbesondere psychische Krankheiten verursachen oder verschlimmern kann.

Eine repräsentative IAB-Befragung und die arbeitsamtsärztlichen Gutachten (vgl. **Abbildung 1**) geben Aufschluss über Häufigkeit und Auswirkungen der gesundheitlichen Einschränkungen von Arbeitslosen. Die Ergebnisse offenbaren er-

hebliche Potenziale für Prävention und Gesundheitsförderung. Die geplante Stärkung des Präventionsgedankens in den Sozialgesetzen könnte die Gesundheit auch von Arbeitslosen fördern und zu mehr Chancengleichheit führen.

Abbildung 1



Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Arbeitslose weisen einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand im Vergleich zu Beschäftigten auf. Das belegen zahlreiche Untersuchungen und repräsentative deutsche Erhebungen wie Mikrozensus, sozioökonomisches Panel oder die nationalen Gesundheitssurveys. Zur Erklärung wurden bisher intensiv mögliche Selektionseinflüsse und Kausalitätsfragen diskutiert. Werden Kranke arbeitslos oder Arbeitslose krank? Eine Auslese zu Lasten von gesundheitlich eingeschränkten Menschen könnte z.B. in betrieblichen Einstellungsverfahren oder bei Entlassungen erfolgen. Nach heutigen Forschungsstand gibt es solche Selektionsprozesse auf dem Arbeitsmarkt, ihre Effektgrößen werden aber als eher klein eingeschätzt. Neuere Meta-Analysen (Paul & Moser, 2001; Murphy & Athanasou, 1999) zeigen, dass daneben langandauernde Arbeitslosigkeit insbesondere psychische Krankheiten verursachen oder verschlimmern kann. In den bisherigen Untersuchungen mit einem Wechsel zwischen Erwerbsstatus und Arbeitslosigkeit erleiden Menschen häufig eine Verschlechterung ihrer psychischen Gesundheit. Umgekehrt verbessert sich meist das seelische Befinden deutlich, wenn Arbeitslose zurück in die Beschäftigung finden.

Im Gesundheitsbericht für Deutschland (1998) werden Arbeitsplatzverlust und andauernde Arbeitslosigkeit als eigenständige psychosoziale Stressoren angesehen, die auf drei Ebenen wirken:

„1) Die mit der Arbeitstätigkeit verbundenen Momente ökonomischer Sicherheit, sozialer Einbindung, von Selbstwertgefühl, Zeitstrukturierung sowie externer Anforderungen schwächen sich ab oder gehen verloren.

2) Erfahrungen von Alltagsproblemen wie finanzielle Sorgen, Zukunftunsicherheit und soziale Stigmatisierung führen zu einer Verstärkung von Belastungen.

3) Sozial als unangemessen angesehene Formen der Bewältigung werden den Betroffenen selbst angelastet.“

Diagnosen des Ärztlichen Dienstes der BA

Bislang gibt es nur wenige Informationen über Krankheiten und ihre Häufigkeiten bei Arbeitslosen. Neue Erkenntnisse können aus den Gutachten des Ärztlichen Dienstes der BA gewonnen werden. Die Einrichtung eines ärztlichen Fachdienstes in der Bundesanstalt für Arbeit ist weltweit einzigartig. Die sehr differenzierten und validen Begutachtungsergebnisse sind daher von sehr großem Interesse. Die Arbeitsvermittler und Berufsberater können den Ärztlichen Dienst der BA einschalten, um gesundheits- und leistungsbezogene Fragen für Arbeitsuchende u.a. zur Vermittlungsfähigkeit, zur Berufseignung oder zur Eignung von Maßnahmen zu klären.

Allein im Jahr 2001 wurden für Arbeitslose 391.826 ärztliche Gutachten erstellt (Statistik St80 des Ärztlichen Dienstes der BA, 2002 / eigene Berechnungen). Insgesamt wurden 322.278 Gutachtenverfahren mit Krankheitsdiagnosen abgeschlossen. In rund 4 von 10 Fällen diagnostizierte der Ärztliche Dienst als Erstscha-den eine „Krankheit des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“. Am zweithäufigsten wurden bei einem Viertel „Psychische und Verhaltensstörungen“ attestiert. Zusammen decken diese beiden Krankheitsarten zwei Drittel aller Erstdiagnosen ab. Das übrige Drittel der Gutachten verteilt sich breit über die sonstigen Krankheitsarten (ausführlich in Holleder, 2002).

Die festgestellten Gesundheitsschäden können die Leistungsfähigkeit der Arbeitslosen beeinträchtigen und gehen in eine Funktionsdiagnose ein (siehe *Abbildung 1*). Je nach Krankheitsart und Berufsfeld ergeben sich spezifische funktionale Konsequenzen. Für über die Hälfte der untersuchten Arbeitslosen mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes war aus medizinischer Sicht ein Wechsel der bisherigen Tätigkeit oder des Berufs angezeigt. Bei den Arbeitslosen mit psychischen und Verhaltensstörungen trifft das nur auf jeden Vierten zu. Dafür beeinträchtigen diese Erkrankungen bei ca. jedem Dritten die arbeitszeitliche Belastbarkeit.

Diese Ergebnisse geben Aufschluss über die Gesundheitszustände eines beachtlichen Teils der Arbeitslosen, bei denen auf-

grund spezifischer Fragestellungen und Anlässe der Ärztliche Dienst der BA zur Begutachtung eingeschaltet wurde. Sie sind aber nicht repräsentativ für alle Arbeitslosen.

Repräsentative IAB-Arbeitslosenbefragung

Ergänzende Informationen über den Gesundheitszustand von Arbeitslosen und ihren Chancen auf dem Arbeitsmarkt können einer repräsentativen Telefonbefragung zur Struktur der Arbeitslosigkeit im Frühjahr 2000 entnommen werden. Hier wurden alle individuellen Daten über Beschäftigungs- und Arbeitslosenzeiten im Lebenslauf erhoben. Damit lassen sich u.a. Zusammenhänge zwischen den Gesundheitszuständen und der Arbeitslosigkeitsdauer, dem Suchverhalten oder der Wiedereingliederung herstellen. Die Befragung bietet den Vorzug, dass unterbrochene Arbeitslosigkeitsperioden (z.B. durch Langzeiterkrankungen) kumuliert werden können.

Für die hier interessierenden Fragestellungen sind die Ergebnisse der Bestandsstichprobe relevant.¹ Allerdings werden in dieser Stichprobe (wie in der amtlichen Arbeitslosenstatistik) die gesundheitlichen Problemlagen wegen der vorherigen Abgänge von Arbeitsunfähigkeitsfällen und von anderen Sondergruppen aus dem Arbeitslosenbestand systematisch unterschätzt. Bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit bzw. der Vorlage einer Krankmeldung steht die betreffende Person nach der Arbeitslosendefinition und der offiziellen Statistikkonzeption dem Arbeitsmarkt nicht mehr „sofort zur Verfügung“ und wird als „nicht arbeitslos Arbeitsuchender“ geführt (vgl. Holleder, 2002).

¹ Das Studiendesign und die erhobenen Variablen sind bei Cramer et al. (2002) und Brix et al. (2002) ausführlich beschrieben. Die Bruttostichprobe umfasste 21.007 Arbeitslose aus dem Bestand, die sich durch neutrale Ausfälle (falsche Telefonnummer, nicht deutschsprachig oder verstorben) auf 17.019 Arbeitslose reduzierte. Von dieser bereinigten Bestandsstichprobe wurden 10.236 computerunterstützte Telefoninterviews erfolgreich durchgeführt, was einer Teilnahmebereitschaft von 60% entspricht. Zwischen Stichprobenziehung und Interview lagen im Durchschnitt rund 3 Monate.

Selbstberichtete Gesundheitsdaten

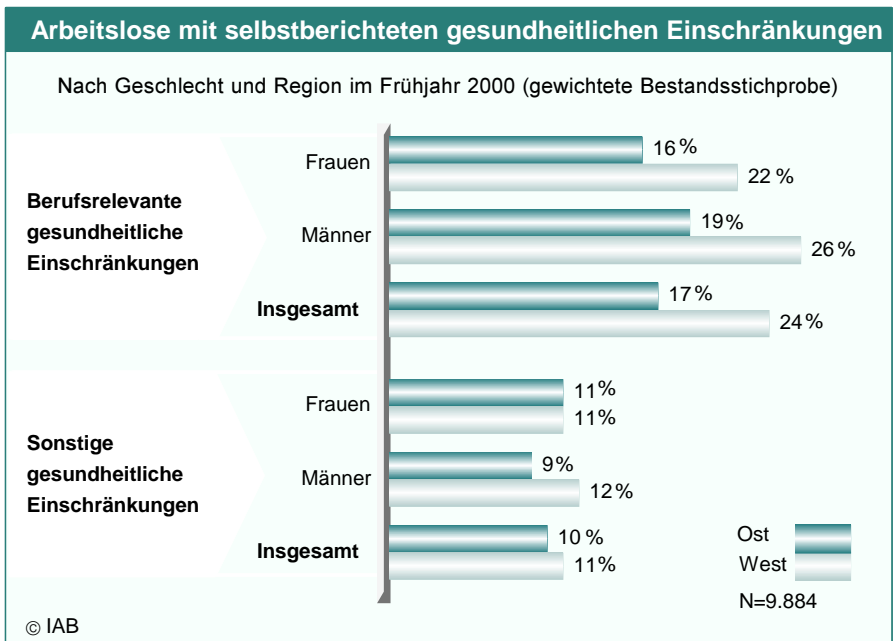
Von den befragten Arbeitslosen weisen 7% nach eigenen Angaben eine anerkannte Minderung der Erwerbsfähigkeit und 4% eine anerkannte Berufsunfähigkeit auf. Rund ein Drittel der Arbeitslosen hat gesundheitliche Einschränkungen. Bei zwei von drei Arbeitslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen machen es diese „schwer, einer Tätigkeit nachzugehen, die ihrer letzten Tätigkeit entspricht“.

Besonders hoch ist der Anteil der Personen mit solchen berufsrelevanten Gesundheitseinschränkungen in den westdeutschen Bundesländern (siehe **Abbildung 2**). Die höheren Anteile in Westdeutschland lassen sich bei Männern und Frauen in allen Altersstufen und unabhängig von der Arbeitslosigkeitsdauer beobachten. Im Gegensatz zu diesen Ergebnissen bei Arbeitslosen weisen auf die Gesamtbevölkerung bezogene Gesundheitsindikatoren wie die mittlere Lebenserwartung eine ungünstigere Gesundheitslage für Ostdeutschland aus (Gesundheitsbericht für Deutschland, 1998).

Arbeitslose Männer sind von den Gesundheitseinschränkungen mit Auswirkung auf die berufliche Tätigkeit etwas häufiger betroffen als arbeitslose Frauen. Die Gesundheitseinschränkungen treten häufiger bei Personen mit einer niedrigen Schulausbildung auf. Bei über der Hälfte der Arbeitslosen mit berufsrelevanten Gesundheitseinschränkungen liegt der höchste Schulabschluss auf dem Niveau „Hauptschule“. Bei den Arbeitslosen ohne gesundheitliche Einschränkungen trifft das nur auf gut ein Viertel zu. Gesundheitliche Einschränkungen könnten daher auch mit einem höheren Grad an gesundheitsgefährdenden Arbeitsbedingungen im geringqualifizierten Bereich zusammenhängen.

Mit steigendem Lebensalter nehmen die selbstberichteten gesundheitlichen Einschränkungen kontinuierlich zu (siehe **Tabelle**, auf Seite 4). In der Altersgruppe bis 25 Jahre hat jeder zehnte Arbeitslose gesundheitliche Einschränkungen, die sich auf die berufliche Tätigkeit auswirken können. Bei den 56-jährigen und Älteren ist es jeder Dritte.

Abbildung 2



Auch mit höherer kumulierter Arbeitslosigkeitsdauer wächst der Anteil der Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen erheblich. Diese Tendenz lässt sich mit kleinen Zwischenanstiegen in allen Altersgruppen beobachten. Einzige Ausnahme sind die 56- bis 65-jährigen. Hier ist der Anteil der Arbeitslosen mit berufsrelevanten Gesundheitseinschränkungen, deren kumulierte Arbeitslosigkeit nur bis zu einem Jahr dauerte, höher als bei den Langzeitarbeitslosen.

Es ist zu vermuten, dass in dieser Altersstufe Beschäftigte mit berufsrelevanten Gesundheitseinschränkungen stärker aus dem Arbeitsmarkt in die Arbeitslosigkeit bzw. den Übergang in die Rente gehen oder gedrängt werden. Knapp zwei Drittel der Arbeitslosen ab 56 Jahre sind das erste Mal arbeitslos. Von denen, die zum Erhebungszeitpunkt immer noch arbeitslos gemeldet sind, geben ca. vier von fünf an, dass sie die Zeit bis zur Rente überbrücken. Unter Umständen sind diese Selektionsprozesse auch eine der Ursachen für die stetig sinkenden Krankenstandsquoten, die bei Beschäftigten in den letzten Jahren beobachtet wurden.

Die Ausfallsanalyse der repräsentativen Telefonbefragung förderte noch weitere relevante Befunde zutage. Aus folgenden Gründen konnten Arbeitslose nicht befragt und mussten aus der Studie ausgeschlossen werden:

- 1,4% der Arbeitslosen aus der bereinigten Bruttostichprobe (vgl. Fußnote 1) waren zu krank für ein Interview,
- 0,3% waren geistig behindert,
- 0,2% waren gehörlos und
- 0,1% aus der Bruttostichprobe (vgl. Fußnote 1) sind nach telefonischen Auskünften von Angehörigen bereits zwischen Stichprobenziehung und Erhebungszeitpunkt verstorben.

Geringere Chancen auf Wiedereingliederung

Für Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen bestehen deutlich geringere Wiedereingliederungschancen. Von den Arbeitslosen mit Gesundheitseinschränkungen, die sich auf die berufliche Tätigkeit auswirken, sind zum Interviewzeitpunkt nur 6% auf dem ersten Arbeitsmarkt wieder erwerbstätig. Bei den Personen mit sonstigen Gesundheitseinschränkungen steigt dieser Anteil auf 13% und bei denen ohne gesundheitliche Einschränkungen auf 23%. Diese verminderten Übergangswahrscheinlichkeiten in den ersten Arbeitsmarkt werden für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen auch in multivariaten Analysen unter Einbezug von Alter, Geschlecht, Schul- und Berufsausbildung oder der Arbeitslosigkeitsdauer bestätigt (Cramer et al., 2002).

Ein kleiner Teil der Interviewten ist zum Erhebungszeitpunkt weder erwerbstätig noch arbeitslos, sondern zählt zu den „Nichterwerbstätigen“ wegen Krankheit über sechs Wochen, Unfall oder Rehabilitation. Zu dieser Kategorie gehören 1,4% der bei Stichprobenziehung gemeldeten Arbeitslosen mit berufsrelevanten Gesundheitseinschränkungen, 0,7% der Arbeitslosen mit sonstigen und 0,1% der Arbeitslosen ohne gesundheitliche Einschränkungen.

Gesundheitliche Einschränkungen als großes Suchhemmnis

Gesundheitliche Einschränkungen stellen sich in der Befragung bei der Suche nach einer neuen Stelle als großes Hemmnis heraus und be- oder verhindern die Suchaktivitäten von Arbeitslosen. Sie haben den größten Einfluss auf das Aktivitätsniveau auch in multivariaten Analysen (Cramer et al., 2002). In der öffentlichen Diskussion findet dieses Ergebnis aber bislang kaum Beachtung. Auch gibt

es noch weitere Details zu berichten: Am geringsten sind die Suchaktivitäten bei Personen mit berufsrelevanten Gesundheitseinschränkungen. Davon ist nur gut ein Drittel sehr aktiv auf Stellensuche. Von den Personen mit sonstigen Gesundheitseinschränkungen ist die Hälfte aktiv und bei allen übrigen Arbeitslosen etwas mehr als die Hälfte.

Selbstberichtete Gesundheitseinschränkungen nach kumulierter Arbeitslosigkeitsdauer und Altersklassen (gewichtete Bestandsstichprobe)

Alter zum Befragungszeitpunkt	Gesundheitliche Einschränkungen	Fallzahlen	kumulierte Arbeitslosigkeitsdauer							Ins-gesamt
			bis unter 6 Monate	6 Monate bis unter 1 Jahr	1 bis unter 2 Jahre	2 bis unter 3 Jahre	3 bis unter 4 Jahre	4 bis unter 5 Jahre	5 Jahre und länger	
bis 25 Jahre	(Fallzahlen)	(1.183)	(440)	(328)	(258)	(89)	(43)	(11)	(14)	100%
	mit Auswirkung auf berufl. Tätigkeiten	128	9%	12%	11%	12%	14%	X%	X%	11%
	sonstige gesundheitl. Einschränkungen	95	7%	7%	10%	15%	9%	-	-	8%
	keine	960	84%	81%	79%	73%	77%	X%	X%	81%
26-35 Jahre	(Fallzahlen)	(2.052)	(387)	(334)	(463)	(281)	(188)	(140)	(259)	100%
	mit Auswirkung auf berufl. Tätigkeiten	264	8%	4%	14%	16%	11%	16%	25%	13%
	sonstige gesundheitl. Einschränkungen	175	4%	8%	8%	10%	10%	14%	12%	9%
	keine	1.613	88%	88%	78%	74%	79%	69%	64%	79%
36-45 Jahre	(Fallzahlen)	(2.302)	(288)	(285)	(481)	(285)	(236)	(192)	(535)	100%
	mit Auswirkung auf Beruf	404	11%	15%	16%	15%	19%	16%	25%	18%
	sonstige gesundheitl. Einschränkungen	212	6%	8%	7%	10%	8%	8%	14%	9%
	keine	1.686	82%	76%	77%	75%	73%	76%	62%	73%
46-55 Jahre	(Fallzahlen)	(2.054)	(193)	(223)	(412)	(317)	(231)	(177)	(501)	100%
	mit Auswirkung auf berufl. Tätigkeiten	586	18%	20%	25%	34%	30%	31%	34%	29%
	sonstige gesundheitl. Einschränkungen	271	9%	12%	14%	14%	15%	13%	14%	13%
	keine	1.197	73%	68%	61%	52%	55%	56%	52%	58%
56-65 Jahre	(Fallzahlen)	(1.974)	(194)	(173)	(430)	(360)	(232)	(173)	(412)	100%
	mit Auswirkung auf berufl. Tätigkeiten	660	42%	38%	32%	33%	25%	34%	34%	33%
	sonstige gesundheitl. Einschränkungen	274	9%	8%	17%	14%	14%	16%	14%	14%
	keine	1.040	49%	54%	51%	53%	60%	50%	52%	53%
Alle	(Fallzahlen)	(9.565)	(1.502)	(1.343)	(2.044)	(1.332)	(930)	(693)	(1.721)	100%
	mit Auswirkung auf berufl. Tätigkeiten	2.042	15%	15%	20%	24%	21%	25%	30%	21%
	sonstige gesundheitl. Einschränkungen	1.027	7%	8%	11%	12%	12%	13%	14%	11%
	keine	6.500	79%	76%	69%	63%	67%	63%	57%	68%

N=9.565; Missings=671; X= Prozentangabe wegen niedriger Fallzahlen nicht sinnvoll; (eigene Berechnungen)

Für das niedrige Niveau an Suchaktivitäten nennen die eher passiven Arbeitslosen mit berufsrelevanten Gesundheitseinschränkungen plausible Gründe: 42% haben bereits den Übergang in Rente geplant oder beantragt. Bei drei von fünf Rentenfällen handelt es sich um eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente. Weitere 15% planen oder beginnen demnächst eine Umschulung bzw. Fort- oder Ausbildung. Andere haben bereits eine Stelle in Aussicht, planen einen Umzug oder geben familiäre Gründe an.

Von den Arbeitslosen mit berufsrelevanten Gesundheitseinschränkungen suchen 23% zum Befragungszeitpunkt überhaupt keine Arbeit. Dieser Anteil ist fast doppelt so hoch wie in den anderen Gruppen. Fast alle davon führen als eine Ursache „gesundheitliche Gründe“ an. Bei den Arbeitslosen mit sonstigen Gesundheitseinschränkungen nennt gut die Hälfte gesundheitliche Gründe. Bei den übrigen Arbeitslosen macht jeder Zehnte gesundheitliche Gründe mitverantwortlich.

Teufelskreis von Arbeitslosigkeit und Krankheit

Für gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitslose zeichnet sich ein Teufelskreis ab: Ihre Chancen auf Wiedereingliederung sind geringer als die der übrigen Arbeitslosen. Sie sind durch Gesundheitszustand, Arbeitslosigkeit und drohende Verarmung mehrfach belastet. Mehr als ein Drittel der Arbeitslosen gibt Geldschulden an. Gesellschaftliche Stigmatisierung mit individuellen Schulduweisungen („Faulenzerdebatte“) können den sozialen Abstieg forcieren und erhöhen zusätzlich die psychischen Belastungen.

Die Befragungsergebnisse zeigen geringere Suchaktivitäten sowohl von Arbeitslosen mit berufsrelevanten als auch von Arbeitslosen mit sonstigen Gesundheitseinschränkungen. Wenn letztere sich auch (noch) nicht auf berufliche Tätigkeiten auswirken, so erschweren sie doch merklich die Stellensuche und Wiedereingliederung.

Arbeitsuche und Bewerbungsverfahren sind arbeitsaufwändig. Die Untersuchungsergebnisse werfen deshalb die Frage auf, inwieweit Arbeitslose mit schwer-

wiegenden gesundheitlichen Einschränkungen überhaupt in der Lage sind, mühsame Bewerbungsverfahren zu initiieren und erfolgreich durchzustehen. Die Passivität bei der Stellensuche kann auch Ausdruck verminderter Leistungsfähigkeit sein, die Gesundheitseinschränkungen, Krankheiten, Unfälle und Behinderungen mit sich bringen. Das Risiko der Langzeitarbeitslosigkeit steigt ihrerseits. Langandauernde Arbeitslosigkeit kann aber nach heutigem Forschungsstand insbesondere psychische Krankheiten verursachen oder bestehende Krankheitszustände verschlechtern, was wiederum die Chancen am Arbeitsmarkt beeinträchtigt. Der Kreis schließt sich.

Chancengleichheit für Arbeitslose auch im Gesundheitsbereich

Die weltweite Strategie „Gesundheit für Alle“ der Weltgesundheitsorganisation und ihrer Mitgliedsstaaten ist seit zwei Jahrzehnten darauf gerichtet, eine gesundheitliche Chancengleichheit zwischen den Ländern und innerhalb der Länder zwischen den Bevölkerungsgruppen zu erreichen. Gerechtigkeit im Gesundheitsbereich ist ein Leitziel, das allen Menschen erlauben soll, ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen. Armut gilt als der größte Risikofaktor für Gesundheit. In diesem Jahrhundert wird deshalb als Ziel 2 des europäischen Rahmenkonzepts „Gesundheit 21“ vor allem die Nivellierung von einkommensbedingten gesundheitlichen Unter-

schieden innerhalb der Mitgliedsländer angestrebt. Auch in Deutschland sind eine besonders hohe Erkrankungshäufigkeit und hohe Sterblichkeit in der unteren sozialen Schicht und bei Ärmern zu beobachten. Das bestätigt z.B. der Gesundheitsbericht für Deutschland des Statistischen Bundesamts (1998). Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der deutschen Bundesregierung (2001) sieht als Hauptrisikofaktor für Armut die Arbeitslosigkeit an. Es ist daher nur folgerichtig, den Zusammenhängen zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit mehr Aufmerksamkeit zu widmen. Eine gute Gesundheit ist nicht nur ein Grundrecht, sie ist auch eine wesentliche Voraussetzung für nachhaltiges Wirtschaftswachstum. Ein „gesunder Wirtschaftsstandort“ benötigt auch gesunde Menschen.

Die Förderung der Gesundheit gilt als „Schlüsselinvestition“ und wird nun auch in Deutschland eine Aufwertung erfahren. Die anstehenden Gesundheitsreformen zielen auf eine Stärkung des Präventionsgedankens. Die Gesundheitsförderung und die Gesundheitsvorsorge sollen zu einer eigenständigen Säule der Gesundheitsversorgung – neben Behandlung, Pflege und Rehabilitation – ausgebaut werden. Sowohl der Bundestag als auch der Bundesrat haben die Bedeutung der Prävention im Jahr 2002 hervorgehoben. Die Zusammenführung verschiedener gesetzlicher Regelungen in einem eigenen Präventionsgesetz wird vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit (2003) beabsichtigt. Eine in Auftrag gegebene Expertise be-

Zuverlässigkeit der Befragung

Zur Gültigkeit der Ergebnisse sind noch einige einschränkende Bemerkungen zu machen. Die Aussagen zu Gesundheitszuständen und ihren Auswirkungen auf die berufliche Tätigkeit beruhen auf Selbstauskünften der Arbeitslosen. Die Antworten können durch Überschätzung der Gesundheitsprobleme beeinflusst sein, aber auch durch Unterschätzung mangels Krankheitseinsicht oder aufgrund von Unwissenheit. Bei der Beurteilung der Auswirkungen auf die berufliche Tätigkeit handelt es sich um eine sehr globale Selbsteinschätzung. Auf der anderen Seite ist eine relativ große Übereinstimmung mit der offiziellen Arbeitslosenstatistik festzustellen: Im September 2000, also am Ende des Erhebungszeitraums, betrug der Anteil der Arbeitslosen mit vermittlungsrelevanten Gesundheitseinschränkungen in der offiziellen Bestandsstatistik 26% (Bundesanstalt für Arbeit: Strukturanalyse; September 2000).

gutachtet momentan alle Sozialgesetze. Ein neugegründetes „Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung“ will Präventionspotenziale erschließen.

Für die Weiterentwicklung des SGB III wurde um eine Stellungnahme des Ärztlichen Dienstes der BA gebeten (Zusammenfassung *siehe Seite 7*). Aus Sicht des Ärztlichen Dienstes geht es im Wesentlichen um die gesetzliche Verankerung des Präventionsgedankens im SGB III und seine Integration in die Beratungs- und Vermittlungsprozesse. Bedarf wird vor allem noch in einer sozialmedizinischen Beratung, im Fallmanagement sowie in Berichterstattung und Forschung gesehen. Die Gutachtenergebnisse des Ärztlichen Dienstes der BA für Arbeitslose zeigen mögliche Ansatzpunkte für Prävention und arbeitsmarktintegrierende Gesundheitsförderung (**Abbildung 1**).

Am häufigsten diagnostizierte der Ärztliche Dienst Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, die in hohem Maße einen kostenaufwändigen Wechsel des Berufs oder der beruflichen Tätigkeit nach sich ziehen. Hier würden Präventionsmaßnahmen z.B. zur Rückengesundheit einer Berufsunfähigkeit entgegenwirken. Gerade bei den psychischen Erkrankungen könnte eine Stärkung der seelischen Gesundheit von Arbeitslosen zur Erhöhung der Belastungsfähigkeit beitragen.

Auch in der Debatte um den Grundsatz „Fordern und Fördern“ stellt sich die Frage nach adäquaten Hilfen zur Integration von Arbeitslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen – sei es arbeitsmarktnah durch zielgruppenorientierte Unterstützung bei Stellensuche und Bewerbungstraining oder allgemein bei Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung. Im Sinne der europäischen Agenda „Gesundheit21“ braucht es Handlungsstrategien und auf den Gesundheitsgewinn ausgerichtete Programme und Investitionen. Deutschland kann es sich angesichts der Lage der sozialen Sicherungssysteme nicht leisten, Präventionspotenziale weiterhin unausgeschöpft zu lassen.

Literatur

- Brixy, U./Gilberg, R./Hess, D./Schröder, H.* (2002): Wie nah am Arbeitsmarkt sind die Arbeitslosen? IAB Kurzbericht Nr. 2 vom 21.1.2002.
- Bundesanstalt für Arbeit* (2002): Strukturanalyse. Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen – September 2002. Nürnberg.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit* (2002) (Hrsg.): Lebenslagen in Deutschland – Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit* (2003): Eckpunkte zur Modernisierung des Gesundheitwesens. Stand: 5. Februar 2003.
- Cramer, R./Gilberg, R./Hess, D./Marwinski, K./Schröder, H./Smid, M.* (2002): Suchintensität und Einstellungen Arbeitsloser. IAB (Hrsg.), Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 261. Nürnberg.
- Holleder, A.* (2002): Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Ein Überblick über empirische Befunde und die Arbeitslosen- und Krankenkassenstatistik. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (Hrsg.). Mitteilungen aus Arbeitsmarkt- und Berufsforschung MittAB 3/2002, 411-428.
- Murphy G./Athanasou, J.* (1999): The effect of unemployment on mental health. In: Journal of Occupational and Organizational Psychology, 72, 83-99.
- Nutbeam, D.* (1998): Glossar Gesundheitsförderung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Paul, K./Moser, K.* (2001): Negatives psychisches Befinden als Wirkung und Ursache von Arbeitslosigkeit: Ergebnisse einer Metaanalyse. In: Erwerbslosigkeit. Zempel, J.; Bacher, J.; Moser, K. (Hrsg.). Leske + Budrich, Opladen, S. 83-110.
- Statistisches Bundesamt* (Hrsg.) (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland. Stuttgart: Verlag Metzler-Poeschel.
- Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa* (1998): Gesundheit21 – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 5, Kopenhagen.

Ungenutzte Potenziale von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung im SGB III

- 1 Das SGB III enthält (noch) keinen expliziten **gesetzlichen Auftrag** zur Prävention von Krankheiten und zur Gesundheitsförderung von Arbeitslosen bzw. Personen, die von Arbeitslosigkeit bedroht sind.
- 2 Die **Primärprävention**¹ wird im SGB III dennoch implizit angesprochen, allerdings nur rudimentär. Primärpräventive Aspekte werden bisher bei der medizinischen Berufsberatung durch den Arbeitsamtsärztlichen Dienst sowie bei Arbeitserprobungen und Berufsfindungen im Rahmen der Ersteingliederung berücksichtigt, nicht aber bei der Wiedereingliederung von Arbeitslosen. Es wäre gesamtgesellschaftlich wünschenswert, wenn der Präventionsgedanke integraler Bestandteil der Beratungs- und Vermittlungsprozesse von Arbeitslosen würde.
- 3 Die **Sekundär- und Tertiärprävention**² findet besondere Berücksichtigung bei der Einleitung und Durchführung von Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation nach dem SGB III. Die späte Erkennung des individuellen Rehabilitationsbedarfs und die langen Zwischenzeiten zwischen Antrag und Antritt der Maßnahme sind aber problematisch. Eine bessere Vernetzung der unterschiedlichen Sozialversicherungsträger würde einen höheren Gesundheitsgewinn mit sich bringen.
- 4 Gesundheitliche Einschränkungen haben meist Konsequenzen für die individuelle Leistungsfähigkeit am Arbeitsmarkt. Diese begründen alle Eignungsuntersuchungen von Arbeitslosen durch den Ärztlichen Dienst. Den medizinischen Untersuchungen schließen sich aber mangels gesetzlichem Auftrag keine direkten **sozialmedizinischen Beratungen** der untersuchten Personen an (Ausnahme: Modellprojekte des Ärztlichen Dienstes). Neben der Beratung wäre es erforderlich, präventive Angebote zu machen bzw. zu vermitteln, z.B. zur Suchtprävention oder zur seelischen Gesundheit.
- 5 Mit dem Job-AQTIV-Gesetz wurden erstmals Möglichkeiten des Profiling und **Fallmanagements** in das SGB III eingeführt (§ 6 SGB III). Die Begriffe wurden aber im Gesetz nicht näher bestimmt, so dass die Möglichkeiten zur Früherkennung von Gesundheitsgefährdungen und der individuellen Betreuung in der Praxis bisher nicht systematisch genutzt werden.
- 6 Bei **Trainingsmaßnahmen und Maßnahmen zur Eignungsfeststellung** nach § 48 SGB III werden die Präventionsmöglichkeiten noch zu wenig genutzt. Je valider arbeitsbezogene Assessment-Methoden bei der Eignungsabklärung sind, desto wahrscheinlicher ist die Vermeidung von Erkrankungen aufgrund von Fehlbelastungen und Überforderung.
- 7 Im Rahmen der freien Förderung nach § 10 SGB III werden bereits präventive Modellprojekte finanziert (z.B. zum Profiling), aber nur selten evaluiert. Sie bleiben Einzelfälle, die nicht systematisch in ein **Forschungsprogramm** eingeschlossen sind.
- 8 Die offizielle Arbeitslosenstatistik unterschätzt systematisch Gesundheitsprobleme von Arbeitslosen, weil z.B. arbeitsunfähig Erkrankte definitionsgemäß nicht zu den Arbeitslosen zählen. Für die Umsetzung einer konsequenten, bevölkerungsbezogenen Krankheitsprävention müsste die Informationslage über die Gesundheitszustände von Arbeitslosen durch einen Gesetzesauftrag zur **Gesundheitsberichterstattung** im SGB III verbessert werden.
- 9 Die Einrichtung einer **nationalen Stiftung zur Gesundheitsförderung** wäre wünschenswert, um zum einen die Finanzierung von Modellprojekten über nationale Fonds zu unterstützen und zum anderen einen trägerübergreifenden Dialog der Akteure im Gesundheitswesen zu fördern.

MedDir Dr. Berg / LtdMedDir Dr. Heipertz / Dr. Holleder (MPH)

(Zusammenfassung einer Stellungnahme für das Bundesministerium für Gesundheit zu rechtlichen präventiven Regelungen in der Arbeitsförderung, Juli 2002)

¹ Primäre Prävention ist auf die Vorbeugung des ersten Auftretens einer Störung ausgerichtet.

² Sekundäre Prävention zielt darauf ab, eine vorhandene Krankheit und ihre Folgen durch Früherkennung zum Stillstand zu bringen oder zu verzögern. Tertiäre Prävention reduziert das Auftreten von Rückfällen und die Ausbildung chronischer Zustände zum Beispiel durch wirksame Rehabilitation. (Nutbeam, 1998)

Die letzten Ausgaben des **IAB**Kurzbericht im Überblick

- Nr. 13 Ostdeutschland
2.7.2002 **Effekte der Arbeitsmarktpolitik auf die regionale Beschäftigung**
- Nr. 14 Konjunkturschwäche
5.7.2002 **Deutliche Bremsspuren auch im gesamten Stellenangebot**
- Nr. 15 Arbeitslosigkeit
25.7.2002 **Qualifikation bestimmt Position auf dem Arbeitsmarkt**
- Nr. 16 Befunde zur Massenarbeitslosigkeit
1.8.2002 **Nur eine umfassende Strategie kann aus der Krise führen**
- Nr. 17 Insolvenzen
19.8.2002 **Reinigende Kraft in der Krise oder Gefahr am Arbeitsmarkt?**
- Nr. 18 Der „Dritte Sektor“
20.8.2002 **Beschäftigungspotenziale zwischen Markt und Staat**
- Nr. 19 IT-Arbeitsmarkt
21.8.2002 **Chancen am Ende des Booms**
- Nr. 20 Zeitarbeit – Teil I
28.8.2002 **Auch für Arbeitslose ein Weg mit Perspektive**
- Nr. 21 Zeitarbeit – Teil II
29.9.2002 **Völlig frei bis streng geregelt: Variantenvielfalt in Europa**
- Nr. 22 Die „Hartz-Vorschläge“ zur Reform der Arbeitsmarktpolitik
23.9.2002 **Im Prinzip ja, aber ...**
- Nr. 23 Teilzeitarbeit
4.10.2002 **Neues Gesetz bereits im ersten Jahr einvernehmlich umgesetzt**
- Nr. 24 Wege aus der Arbeitsmarktkrise
8.10.2002 **Komplexe Probleme verbieten einfache Lösungen**
- Nr. 25 Flexibilität
6.12.2002 **Wie viel würden Arbeitslose für einen Arbeitsplatz in Kauf nehmen?**
- Nr. 1 Bundesrepublik Deutschland
5.2.2003 **Der Arbeitsmarkt 2003 und 2004**
- Nr. 2 Ich-AG oder Überbrückungsgeld?
3.3.2003 **Wer die Wahl hat, hat die Qual**
- Nr. 3 Irak-Krise
Gravierende Folgen für den deutschen Arbeitsmarkt

Die Reihe **IAB**Kurzbericht gibt es seit 1976. Eine Übersicht über die letzten Jahrgänge finden Sie im Internet oder in der kostenlosen Broschüre „**Veröffentlichungen**“ des IAB (Tel. 0911/179-3025).

IABKurzbericht

Nr. 4 / 21.3.2003

Redaktion

Ulrich Möller, Elfriede Sonntag

Graphik & Gestaltung

Monika Pickel, Elisabeth Strauß

Technische Herstellung

Hausdruckerei der BA

Rechte

Nachdruck - auch auszugsweise - nur mit Genehmigung des IAB gestattet

Bezugsmöglichkeit

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung,
Regensburger Str. 104,
D-90327 Nürnberg
Tel.: 0911/179-3025

IAB im Internet:

<http://www.iab.de>

Dort finden Sie unter anderem auch diesen Kurzbericht im Volltext zum Download

Rückfragen zum Inhalt an

Dr. Alfons Holleder, Tel. 0911/179-3059
oder e-Mail: alfons.holleder@iab.de

ISSN 0942-167X