

IAB-Kurzbericht

23/2014

Aktuelle Analysen aus dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung

In aller Kürze

- Nach eigener Einschätzung weisen insgesamt mehr als 40 Prozent der Arbeitslosengeld-II-Empfänger schwerwiegende gesundheitliche Einschränkungen auf.
- Arbeitslose Grundsicherungsempfänger sind davon stärker betroffen als erwerbstätige Leistungsbezieher, die sogenannten Aufstocker. Noch größer ist der Unterschied im Vergleich zu Erwerbstätigen ohne Leistungsbezug.
- Dagegen unterscheidet sich die Gesundheit derjenigen, die die Bedürftigkeit durch Aufnahme einer Erwerbstätigkeit überwunden haben, nicht von der anderer Erwerbstätiger ohne Leistungsbezug.
- Nach Angaben der Betroffenen sind die gesundheitlichen Einschränkungen deutlich häufiger körperlicher als psychischer Natur.
- Die Unterschiede fallen bei subjektiven Indikatoren wie der Gesundheitszufriedenheit stärker aus als bei objektiven wie etwa dem Vorliegen einer Behinderung.
- Nur ein sehr geringer Anteil der Unterschiede gegenüber Erwerbstätigen ohne Grundsicherungsbezug im selben Alter kann durch Unterschiede im Gesundheitsverhalten der Befragten erklärt werden.

Grundsicherungsempfänger und Erwerbstätige im Vergleich

ALG-II-Bezieher schätzen ihre Gesundheit schlechter ein

von Johannes Eggs, Mark Trappmann und Stefanie Unger

Gesundheitliche Einschränkungen können bei der Arbeitsmarktintegration ein gravierendes Hemmnis darstellen. Grundsicherungsempfänger sind von solchen Einschränkungen deutlich stärker betroffen als Erwerbstätige ohne Leistungsbezug. Der vorliegende Bericht liefert eine umfassende Beschreibung des Gesundheitszustands und des Gesundheitsverhaltens der beiden Gruppen im Vergleich aufgrund der Haushaltsbefragung PASS.

Das Arbeitslosengeld II (ALG II) ist eine Grundsicherung für erwerbsfähige Hilfebedürftige und deren Angehörige. Erwerbsfähig ist laut § 8 SGB II, „[...] wer nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.“ Mit dieser weit gefassten Definition der Erwerbsfähigkeit verfolgten die Hartz-Reformen das Ziel, den Kreis der Personen, die gefördert und aktiviert werden, gegenüber der früheren Arbeitslosen- bzw. Sozialhilfe zu erweitern. Dies hat zur Folge, dass sich unter den erwerbsfähigen

Leistungsberechtigten viele Personen befinden, die schwerwiegende gesundheitliche Einschränkungen aufweisen. Für psychische Störungen belegt dies der kürzlich erschienene IAB-Forschungsbericht von Schubert et al. (2013). Vor allem die Grundsicherungsträger stellt dies vor besondere Herausforderungen, da solche Erkrankungen schwerwiegende Vermittlungshemmnisse darstellen können.

Der folgende Kurzbericht gibt einen Überblick über die gesundheitliche Situation von Grundsicherungsempfängern im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen anhand einer breiten Auswahl von Gesundheitsindikatoren. Dabei wird auch gesundheitsbezogenes Verhalten als eine mögliche Ursache von Unterschieden analysiert. Wir betrachten Personen im Alter von 20 bis 64 Jahren, die entweder arbeitslos gemeldet, in einer arbeitsmarktpolitischen Maßnahme oder erwerbstätig sind und damit dem Arbeitsmarkt grundsätzlich zur Verfügung stehen.

Die Analysen basieren auf der 6. Welle des Panels „Arbeitsmarkt und soziale Sicherung“ (PASS, vgl. Infokasten auf Seite 4). Alle Ergebnisse beruhen auf Selbsteinschätzungen

der Befragten. Diese hängen stark mit objektiven Gesundheitsindikatoren zusammen und werden in der Forschung auf Basis von Befragungsdaten verbreitet eingesetzt (Benyamini 2011).

■ Körperliche und mentale Gesundheit im Lebensverlauf

Ganz grob lassen sich zwei Dimensionen von Gesundheit unterscheiden, die körperliche und die mentale. Mithilfe einer erprobten Kurzskaala, dem SF12 (vgl. Infokasten unten), können beide Dimensionen im Rahmen von Bevölkerungsbefragungen ohne Zuhilfenahme ärztlicher Diagnosen gemessen werden. Dabei entspricht ein Wert von 50 jeweils dem Durchschnittswert in der Allgemeinbevölkerung. Höhere Werte entsprechen einer besseren Gesundheit, niedrigere einer schlechteren.

Die Abbildungen 1a und 1b zeigen, wie die körperliche und die mentale Gesundheit in Abhängigkeit vom Alter verlaufen. Dabei werden Grundsicherungsempfänger, die dem Arbeitsmarkt grundsätzlich zur

Verfügung stehen, mit Erwerbspersonen, die keine Leistungen beziehen, verglichen. Dazu wurden grafische Verfahren eingesetzt, die einen gleitenden Durchschnitt über die Zeit abbilden. Die blauen und grünen Flächen stellen 95-Prozent-Konfidenzbänder dar, die Aufschluss geben über das Ausmaß der Ungenauigkeit aufgrund der Stichprobenerhebung.

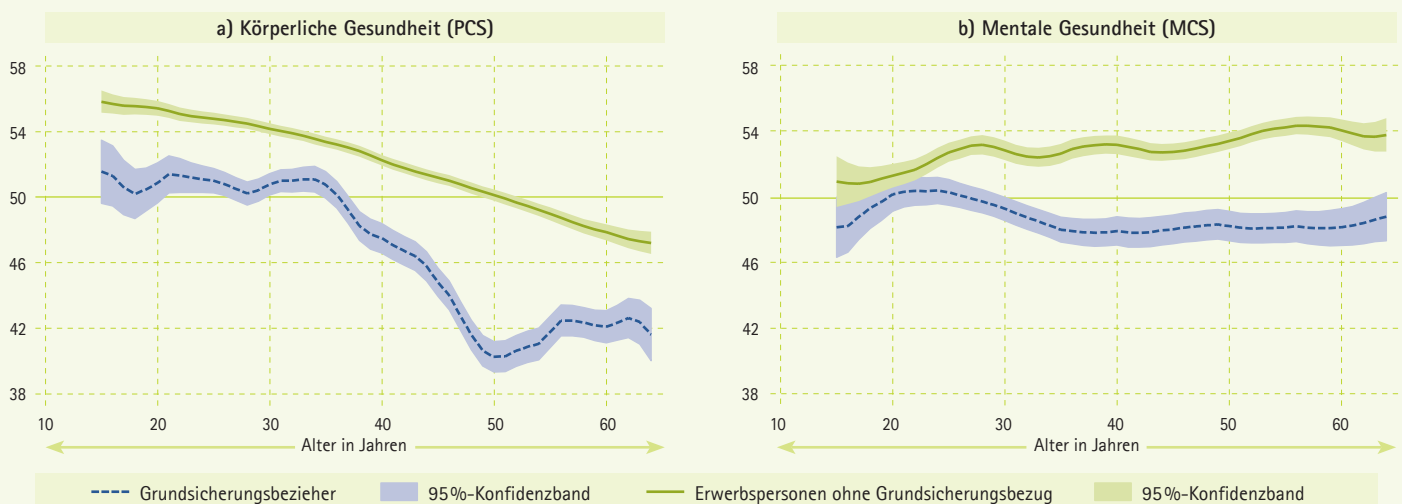
Die körperliche Gesundheit verschlechtert sich generell mit zunehmendem Alter (vgl. Abbildung 1a). Zwanzigjährige ohne Grundsicherungsbezug liegen deutlich über dem Durchschnittswert von 50. Die Kurve nimmt dann für die Nichtleistungsbezieher stetig ab. Zwanzigjährige ALG-II-Bezieher liegen etwa 5 Punkte unterhalb der Gleichaltrigen in der Vergleichsgruppe. Bis zum Alter von etwa 35 Jahren bleibt der körperliche Gesundheitszustand der Leistungsberechtigten etwa konstant, wodurch die Differenz zur Vergleichsgruppe geringer wird. In den folgenden 15 Jahren geht der Gesundheitszustand der Leistungsempfänger rapide um mehr als 10 Punkte zurück. Für 50-Jährige ist die Differenz zum Rest der Bevölkerung am größten. Danach steigt der Index für die körperliche Gesundheit im Durchschnitt der Grundsicherungsempfänger bis zum Alter von 64 sogar wieder leicht an. Der Anstieg könnte auch dadurch entstehen, dass die gesundheitlich am stärksten beeinträchtigten Leistungsempfänger in diesem Alter beginnen, die Grundsicherung durch Erwerbsunfähigkeit oder Frühverrentung zu verlassen. Da sich die 95-Prozent-Konfidenzbänder nicht überlappen, sind die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen über den gesamten Kurvenverlauf statistisch signifikant.

i Der Kurzfragebogen SF12

Der SF12 ist ein verbreiteter Kurzfragebogen zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch Selbstangaben der Befragten. Aus diesen 12 Fragen werden Werte für die körperliche sowie mentale Gesundheit errechnet. Die Werte reichen von 0-100, wobei 50 dem Punktwert für die deutsche Durchschnittsbevölkerung entspricht. Höhere Werte entsprechen einer besseren Lebensqualität; die Standardabweichung beträgt 10. Die Normierung orientiert sich an Werten, die für das Sozio-oekonomische Panel für das Jahr 2004 entwickelt wurden (Nübling et al. 2006).

Abbildung 1

Index für körperliche und mentale Gesundheit nach Grundsicherungsbezug und Alter



Quelle: Panel Arbeitsmarkt und soziale Sicherung (PASS) 6. Welle.

© IAB

Bei der mentalen Gesundheit (vgl. **Abbildung 1b**) finden sich im Alter von 20 Jahren noch keine starken Unterschiede zwischen ALG-II-Beziehern und allen anderen. Danach gehen jedoch die Werte bei den Grundsicherungsempfängern bis zum Alter von etwa 40 Jahren stetig zurück, während bei der Vergleichsgruppe eher ein Anstieg in leichten Wellenbewegungen zu beobachten ist. Die Unterschiede sind etwa ab einem Alter von 24 statistisch signifikant, im Durchschnitt jedoch weniger ausgeprägt als für die körperliche Gesundheit.

■ Die gesundheitliche Situation der Leistungsbezieher im Detail

Dieser erste Überblick zeigt nicht, in welchen Bereichen die gesundheitlichen Belastungen von ALG-II-Beziehern hauptsächlich liegen und wie häufig sie vorkommen. Da neben dem Alter das Geschlecht ein wesentlicher Faktor zur Erklärung des Gesundheitszustands sein kann, werden alle folgenden Analysen getrennt für Männer und Frauen ausgewiesen. In der **Tabelle 1** enthalten die ersten zwei Spalten für Männer und Frauen Anteilswerte (bzw. Mittelwerte) für

verschiedene gesundheitliche Einschränkungen bei den untersuchten Grundsicherungsempfängern.

Der Mittelwert für die SF12-Skala zur körperlichen Gesundheit liegt für die leistungsberechtigten Männer bei 46,8 und bei 46,6 für die Frauen, also deutlich unter dem Bevölkerungsnormwert von 50. Der Mittelwert für die mentale Gesundheit liegt bei 49,9 für Männer und bei 47,3 für Frauen.

Ein vergleichsweise objektiver Faktor ist das Vorliegen einer amtlich anerkannten Behinderung. Eine solche geben 15 Prozent der Männer und 9 Prozent der Frauen im Rechtskreis SGB II an. Subjektiv ist jedoch ein wesentlich größerer Anteil (37 % der Männer und 33 % der Frauen) der Meinung, dass bei ihnen schwerwiegende gesundheitliche Einschränkungen vorliegen. Nimmt man alle Personen zusammen, die eine amtlich anerkannte Behinderung vorweisen, einen Antrag auf Anerkennung gestellt haben oder von einer sonstigen schwerwiegenden gesundheitlichen Einschränkung berichten, sind 45 Prozent der Männer und 38 Prozent der Frauen in der Grundsicherung betroffen.

Eine genauere Aufschlüsselung der Erkrankungen zeigt, dass es sich überwiegend um körperliche

Tabelle 1

Berichteter Gesundheitszustand von ALG-II-Empfängern und Nicht-Empfängern im Vergleich

		ALG-II-Empfänger insgesamt		Altersstandardisiert					
				arbeitslose ALG-II-Empfänger		Aufstocker (erwerbstätige ALG-II-Empfänger)		Erwerbstätige ohne Leistungsbezug	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
		1	2	3	4	5	6	7	8
Index für körperliche Gesundheit (PCS)	Mittelwert	46,8	46,6	45,3 ***	45,4 ***	47,3 *	46,5 ***	52,0	51,3
Index für mentale Gesundheit (MCS)	Mittelwert	49,9	47,3	49,1 ***	46,4 ***	51,5 *	48,1 **	54,2	52,1
Vorliegen einer									
- amtlich anerkannten Behinderung	%	15	9	20 ***	11	11	9	9	9
- sonstigen schwerwiegenden gesundheitlichen Einschränkung (SGE)	%	37	33	46 ***	39 ***	29 **	29 ***	12	13
- Behinderung (inkl. Antrag gestellt) oder SGE	%	45	38	55 ***	44 ***	36 **	35 ***	19	19
- körperlichen Beeinträchtigung	%	42	33	50 ***	39 ***	34 **	31 ***	17	17
- psychischen Beeinträchtigung	%	8	13	10 ***	16 ***	5	10 **	3	3
- sonstigen Beeinträchtigung	%	10	8	14 ***	9 **	6	11 **	4	4
Anzahl der Arztbesuche innerhalb der letzten 3 Monate	Mittelwert	3,2	3,5	3,3 ***	4,1 ***	2,8	3,0	2,0	2,6
Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten	%	20	20	21 ***	22 *	19	17	9	14
Anzahl im Krankenhaus verbrachter Nächte	Mittelwert	14,6	10,8	15,7 ***	12,8 *	14,7	8,4	10,7	6,7
Zufriedenheit mit der Gesundheit (auf einer Skala von 0-10)	Mittelwert	5,9	6,0	5,5 ***	5,6 ***	6,3 **	6,1 ***	7,3	7,4
Fallzahlen		1.621	1.794	1.152	1.089	469	705	2.851	2.896

Signifikanztests (t-Tests): Die Spalten 3 und 5 werden mit Spalte 7 verglichen, die Spalten 4 und 6 mit Spalte 8: * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001.

Gewichtete Ergebnisse. Spalten 1-2 zeigen die Anteilswerte hochgerechnet auf alle ALG-II-Empfänger. Spalten 3-8 sind zusätzlich altersstandardisiert, um einen um das Alter bereinigten Vergleich zwischen den Gruppen zu gewährleisten.

Quelle: Panel Arbeitsmarkt und soziale Sicherung (PASS) 6. Welle.

© IAB

Behinderungen oder Einschränkungen handelt (bei insgesamt 42 % der Männer und 33 % der Frauen). Psychische Erkrankungen werden dagegen nur von 8 Prozent der Männer und 13 Prozent der Frauen angegeben.

Im Durchschnitt waren die ALG-II-Bezieher in den drei Monaten vor der Befragung etwas mehr als einmal pro Monat beim Arzt und jeder Fünfte hat mindestens eine Nacht in den letzten zwölf Monaten in einem Krankenhaus verbracht (vgl. Tabelle 1). Männer mit Krankenhausaufenthalt haben durchschnittlich 14,6 und Frauen 10,8 Nächte dort verbracht.

Auf einer Skala von 0 (ganz und gar unzufrieden) bis 10 (ganz und gar zufrieden) berichten die Leistungsbezieher im Durchschnitt Werte von 5,9 (Männer) bzw. 6,0 (Frauen) für ihre Zufriedenheit mit der Gesundheit.

■ Vergleich mit anderen Personengruppen

Insbesondere für die subjektiven Faktoren, aber auch für die objektiveren Indikatoren der Gesundheit erschließt sich die Bedeutsamkeit der Werte erst aus einem Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen. Deshalb werden im Folgenden drei Gruppen miteinander verglichen: Arbeitslose Grundsicherungsempfänger, erwerbstätige Grundsicherungsempfänger (Aufstocker) und Erwerbstätige ohne Grundsicherungsbezug (vgl. Tabelle 1, Spalten 3 bis 8).¹

Vergleiche zwischen unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen in Bezug auf die Gesundheit müssen immer berücksichtigen, dass – wie Abbildung 1 belegt – insbesondere die körperliche Gesundheit stark vom Lebensalter abhängt. Unterschiede zwischen einzelnen Gruppen (z. B. zwischen Studierenden und Erwerbstätigen) müssen daher immer darauf überprüft werden, inwiefern diese auf unterschiedlichen Alterszusammensetzungen beruhen. Eine in der Gesundheitsforschung übliche Methode zur Korrektur solcher Alterseffekte besteht darin, die beobachteten

Fälle aller Gruppen so umzugewichten, dass sie einer gemeinsamen Altersverteilung – in diesem Fall der Altersverteilung in der Bevölkerung laut amtlicher Statistik – entsprechen. Die folgenden Vergleiche wurden auf diese Weise um Altersunterschiede bereinigt. Das heißt, die Werte in den Spalten 3 bis 8 von Tabelle 1 geben den hypothetischen Anteilswert bzw. Mittelwert der Gesundheitsindikatoren wieder, wenn die Altersverteilung in allen untersuchten Gruppen gleich wäre und der Altersverteilung in der Gesamtbevölkerung entsprechen würde.

Bei allen Indikatoren zeigt sich für Männer und Frauen ein einheitliches Bild: Aufstockern geht es gesundheitlich etwas besser als arbeitslosen Leistungsbezieher, beiden geht es aber deutlich schlechter als Erwerbstätigen ohne Grundsicherungsbezug. Allerdings berichten auch 19 Prozent aller Erwerbstätigen schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigungen. Diese müssen also einer Beschäftigung nicht generell entgegenstehen. Die Differenzen zwischen arbeitslosen Grundsicherungsempfängern und Erwerbstätigen ohne Leistungsbezug sind für alle Indikatoren (mit Ausnahme der amtlich anerkannten Behinderungen bei Frauen) statistisch signifikant.

Die Unterschiede zwischen Aufstockern und Erwerbstätigen ohne Grundsicherungsbezug sind durchweg geringer. Statistisch signifikant sind für beide Geschlechter die Differenzen bei den Indizes für körperliche und mentale Gesundheit, bei der Zufriedenheit mit der Gesundheit und bei den subjektiv berichteten schwerwiegenden gesundheitlichen Einschränkungen.

Auffällig ist, dass die Unterschiede bei subjektiven Indikatoren deutlicher ausfallen als bei Indikatoren, die sich auf objektiv definierte Sachverhalte beziehen. So sind der Anteil der Personen mit amtlich anerkannter Behinderung, die Zahl der Arztbesuche und der Anteil der Personen mit Krankenhausaufenthalt unter arbeitslosen Grundsicherungsempfängern je nach Geschlecht und Merkmal gegenüber Erwerbstätigen ohne Leistungsbezug 1,3- bis 2,2-fach erhöht. Bei subjektiv empfundenen schwerwiegenden gesundheitlichen Einschränkungen wächst dieser Unterschied dagegen auf das 3,8-fache bei Männern bzw. das 3-fache bei Frauen. Dies kann einerseits daran liegen, dass erwerbslose Personen bei kurzer Erkrankung zum Zwecke einer Krankschrei-

¹ Zu den Arbeitslosen zählen wir auch die aktuell in arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen befindlichen Personen. Ein Vergleich mit Arbeitslosen ohne Grundsicherungsbezug (ALG-I-Bezieher oder Arbeitslose ohne Leistungsbezug) ist auf Basis von PASS aufgrund der geringen Fallzahlen dieser Gruppe nicht möglich.

i

PASS – die Datengrundlage

Das Panel „Arbeitsmarkt und soziale Sicherung“ (PASS) ist eine jährliche Haushaltsbefragung mit den Schwerpunktthemen Arbeitsmarkt, Armut und soziale Sicherung. In PASS sind Haushalte von Arbeitslosengeld-II-Bezieherinnen überrepräsentiert. Dadurch sind vertiefende Analysen von Grundsicherungsempfängern möglich. Detaillierte Informationen zu PASS finden sich bei Trappmann et al. (2013). Für die hier vorliegenden Auswertungen werden Daten aus der 6. Welle verwendet, die 2012 erhoben wurden und insgesamt 14.619 Personen in 9.513 Haushalten umfassen. In unsere Analysen gehen 9.370 Personen im Alter von 20 bis 64 Jahren ein, die dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen.

bung seltener den Arzt aufsuchen als erwerbstätige Personen (Gesundheitsreport der TK 2013). Eine mögliche Alternativerklärung wäre, dass arbeitslose Grundsicherungsempfänger ihren Gesundheitszustand subjektiv schlechter einschätzen als er wirklich ist, auch weil sich damit ein gesellschaftlich akzeptierter Grund für die Bedürftigkeit vorbringen lässt (Brussig/Knuth 2010).

Die Befunde in diesem Abschnitt sind rein deskriptiv und lassen sich nicht kausal interpretieren. Einen möglichen Hinweis auf Ursachen für die geschilderten Unterschiede kann eine Untersuchung des Gesundheitsverhaltens geben.

■ Gesundheitsbezogenes Verhalten

PASS enthält ausführliche Informationen zu Alkohol- und Zigarettenkonsum, zu sportlichen Aktivitäten sowie zu Über- und Untergewicht (vgl. Tabelle 2). Berücksichtigt sind wiederum nur Personen im Alter von 20 bis 64 Jahren, die dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Die Struktur der Tabelle folgt der von Tabelle 1: Die zwei ersten Spalten enthalten Anteilswerte für alle ALG-II-Bezieher, in den Spalten 3 bis 8 stehen die altersbereinigten Werte für die arbeitslosen Grundsicherungsempfänger, die ALG-II-

Aufstocker und die Erwerbstätigen ohne Grundsicherungsbezug jeweils für Männer und Frauen.

Bei dem selbst berichteten gesundheitsbezogenen Verhalten fallen sehr uneinheitliche Ergebnisse auf. Zwischen arbeitslosen Grundsicherungsempfängern und Aufstockern gibt es in den meisten Fällen keine signifikanten Unterschiede. Zwischen ALG-II-Beziehern insgesamt und Erwerbstätigen ohne Leistungsbezug zeigen sich für unterschiedliche Indikatoren unterschiedliche Reihenfolgen.

Zwar berichten Grundsicherungsempfänger deutlich häufiger, dass sie rauchen, als erwerbstätige Nichtbezieher (53 % der arbeitslosen Frauen und 71 % der arbeitslosen Männer gegenüber 27 % der Frauen und 32 % der Männer in der Vergleichsgruppe). Dafür geben sie deutlich seltener an, täglich und auch regelmäßig Alkohol zu konsumieren: Nur 20 Prozent der Männer und 2 Prozent der Frauen mit Grundsicherungsbezug trinken demnach mehrmals pro Woche Alkohol. Bei den Erwerbstätigen ohne Grundsicherungsleistungen sind es hingegen 31 Prozent der Männer und 13 Prozent der Frauen. Zudem sind ALG-II-Empfänger nach eigener Angabe in Bezug auf Alkohol deutlich häufiger komplett enthaltsam: Etwa ein Drittel der Männer und die Hälfte der Frauen geben an, keinen Alkohol zu trinken. Bei den Erwerbs-

Tabelle 2

Gesundheitsbezogenes Verhalten von ALG-II-Empfängern und Nicht-Empfängern im Vergleich

Anteile in Prozent

	ALG-II-Empfänger insgesamt		Altersstandardisiert					
	Männer	Frauen	arbeitslose ALG-II-Empfänger		Aufstocker (erwerbstätige ALG-II-Empfänger)		Erwerbstätige ohne Leistungsbezug	
			Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
	1	2	3	4	5	6	7	8
Rauchen (Anteil)	66	54	71 ***	53 ***	55 **	55 ***	32	27
Alkohol								
– mehrmals die Woche	19	3	20 ***	2 ***	16 ***	3 ***	31	13
– maximal einmal pro Woche	47	53	48 **	50 ***	46	58	57	65
– seltener/nie	34	45	32 ***	47 ***	37 **	39 ***	12	22
Körpergewicht								
Übergewicht	57	63	58	66 ***	63	62 **	59	47
Adipositas (Fettleibigkeit)	22	27	22	30 ***	22	25 **	19	14
Sport								
– jeden Tag	8	7	8	9 **	6	5	7	4
– mehrmals pro Woche	18	13	18 **	12 ***	13 ***	14 ***	27	30
– einmal wöchentlich	11	8	11	7 ***	8 **	9 ***	15	20
– seltener als einmal wöchentlich	21	22	22	23	20	20	25	21
– nie	42	50	41 ***	48 ***	53 ***	52 ***	25	25
Fallzahl	1.621	1.794	1.152	1.089	469	705	2.851	2.896

Signifikanztests (t-Tests): Die Spalten 3 und 5 werden mit Spalte 7 verglichen, die Spalten 4 und 6 mit Spalte 8: * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001.

Gewichtete Ergebnisse. Spalten 1-2 zeigen die Anteilswerte hochgerechnet auf alle ALG-II-Empfänger. Spalten 3-8 sind zusätzlich altersstandardisiert, um einen um das Alter bereinigten Vergleich zwischen den Gruppen zu gewährleisten.

Quelle: Panel Arbeitsmarkt und soziale Sicherung (PASS) 6. Welle.

tätigen ohne Grundsicherungsbezug sind dies nur ein Achtel der Männer und gut ein Fünftel der Frauen.²

Beim Übergewicht zeigt sich ein geschlechtsspezifisches Muster. Bei den Männern gibt es keine Unterschiede zwischen Leistungsbeziehern und der Vergleichsgruppe, bei Frauen sind Übergewicht und Adipositas³ unter Grundsicherungsempfängerinnen dagegen stärker verbreitet.

Bei sportlichen Aktivitäten fällt auf, dass insbesondere arbeitslose Grundsicherungsempfänger häufiger in die Extremgruppen fallen: Sie weisen den höchsten Anteil von Personen auf, die täglich Sport treiben (8 % der Männer und 9 % der Frauen gegenüber 7 % bzw. 4 % in der Vergleichsgruppe). Andererseits ist aber unter ihnen auch der Anteil derjenigen Personen, die nie Sport treiben, erhöht. Dies gilt auch für die Aufstocker, von denen mehr als die Hälfte gar keinen Sport treibt. Von den Erwerbstätigen ohne Grundsicherungsbezug geben dagegen nur 25 Prozent der Männer und Frauen an, überhaupt keinen Sport zu treiben.

Angesichts dieses heterogenen Bildes können Unterschiede im Gesundheitsverhalten die deutlichen Unterschiede im Gesundheitszustand nicht erklären.⁴ Dies belegen auch statistische Modelle, in denen der Gesundheitszustand simultan durch Gesundheitsverhalten und Grundsicherungsbezug erklärt wird. Dort zeigen sich zwar deutlich negative Zusammenhänge insbesondere der physischen Gesundheit mit Rauchen, Alkoholkonsum, Übergewicht und geringer sportlicher Aktivität – die Unterschiede zwischen Grundsicherungsbeziehern und Nichtbeziehern reduzieren sich jedoch nicht nennenswert durch Einbeziehung des Gesundheitsverhaltens.

■ Mit abnehmender Arbeitslosigkeit verstärken sich die Unterschiede

Für die Betreuung und Vermittlung der Grundsicherungsempfänger spielen gesundheitliche Beeinträchtigungen eine wesentliche Rolle. Sie beeinflussen einerseits die Vermittlungschancen, setzen andererseits aber auch Grenzen, inwieweit ein Fördern und Fordern überhaupt möglich sind. Für die Praxis der Fallbearbeitung stellt sich die Frage, ob die Jobcenter unterschiedlich stark betroffen sind. Im Folgenden zeigen wir, wie die regionale Arbeitslosenquote die Zusammensetzung der Grundsicherungsempfänger bezüglich gesundheitlicher Einschränkungen beeinflusst.

Die **Abbildungen 2a** und **2b** zeigen die Mittelwerte des Indexes für die physische und mentale Gesundheit nach der Arbeitslosenquote auf Kreisebene. Dabei werden wieder Grundsicherungsempfänger mit Personen ohne Grundsicherungsbezug verglichen. Analog zu den bisherigen Befunden beschränkt sich die Darstellung jeweils auf 20- bis 64-Jährige, die dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Ebenso wurde die beschriebene Altersstandardisierung durchgeführt, um in allen Gruppen dieselbe Altersverteilung zu erreichen.

Unter den Personen ohne Grundsicherungsbezug gibt es weder für die körperliche noch für die mentale Gesundheit einen Zusammenhang mit der Arbeitslosenquote in der Region. Für die körperliche Gesundheit (vgl. **Abbildung 2a**) liegt der Mittelwert bei allen Arbeitslosenquoten etwa bei 51.

Die physische Gesundheit der Arbeitslosengeld-II-Empfänger ist bei allen Arbeitslosenquoten schlechter als die der Vergleichsgruppe. Während die Unterschiede bei hoher Arbeitslosigkeit relativ gering sind (etwa drei Punkte), sind sie in Regionen mit geringer Arbeitslosigkeit deutlich größer. Bei Arbeitslosenquoten von 8 Prozent oder darunter beträgt der Rückstand bereits etwa sieben Punkte. Personen ohne gesundheitliche Einschränkungen profitieren anscheinend stärker von der guten wirtschaftlichen Lage, während Personen mit gesundheitlichen Problemen häufiger im Grundsicherungsbezug verbleiben.

Bei der mentalen Gesundheit (vgl. **Abbildung 2b**) zeigt sich ein ähnliches Bild. Hier verschwinden bei hoher Arbeitslosigkeit die Unterschiede zwischen Grundsicherungsempfängern und der Vergleichsgruppe sogar vollständig. Mit abnehmender regionaler Arbeitslosigkeit nehmen sie dann in leichten Wellenbewegungen – die angesichts der breiten Konfidenzbänder bei geringer Arbeitslosigkeit zufällig zustande kommen können – auf etwa sieben Punkte in den Regionen mit der geringsten Arbeitslosigkeit zu.

² Hierbei ist allerdings zu beachten, dass gerade Fragen zum Alkoholkonsum von sozialer Erwünschtheit geprägt sein können (DeBoca/Darkes 2003).

³ Übergewicht und Adipositas (als starke Form des Übergewichts) werden laut einer Definition der Deutschen Gesellschaft für Ernährung über den Body-Mass-Index definiert. Dieser errechnet sich gemäß der Formel: Körpergewicht/Körpergröße². Bei Werten ab 24 (bei Frauen) bzw. 25 (bei Männern) spricht man von Übergewicht, bei Werten ab 30 von Adipositas oder Fettleibigkeit.

⁴ Für den Zusammenhang zwischen Gesundheitsverhalten und Gesundheit gilt, dass die Wirkungsrichtung nicht eindeutig ist. Das ist für sportliche Aktivitäten unmittelbar einsichtig. Viele gesundheitliche Einschränkungen führen dazu, dass allenfalls eingeschränkt Sport getrieben werden kann.

Beide Befunde zeigen, dass Fallmanager und Integrationsfachkräfte gerade in Arbeitsmarktregionen mit guter Arbeitsmarktlage verstärkt mit gesundheitlichen Einschränkungen unter ihren Kunden konfrontiert werden.

■ Diskussion der Ergebnisse

In diesem Kurzbericht beschreiben wir erstmals umfassend den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Grundsicherungsempfängern im Vergleich zu Erwerbstätigen ohne Leistungsbezug unter Kontrolle des Alters. Zwischen den beiden Gruppen zeigen sich bei allen untersuchten Aspekten deutliche Unterschiede. Diese fallen bei subjektiven Indikatoren wie der Gesundheitszufriedenheit noch stärker aus als bei objektiven wie dem Vorliegen einer (anerkannten) Behinderung. Unter den ALG-II-Beziehern berichten Aufstocker einen besseren Gesundheitszustand, der jedoch ebenfalls deutlich schlechter ist als der der anderen Erwerbstätigen. Die Gesundheit der Grundsicherungsbezieher ist laut eigener Auskunft vor allen Dingen körperlich häufig stark eingeschränkt. Psychische gesundheitliche Einschränkungen werden weit weniger häufig berichtet. Dennoch bestehen hinsichtlich eines anerkannten Indexes zur Messung mentaler Gesundheit deutliche Unterschiede zwischen Leistungsbeziehern und erwerbstätigen Nichtbeziehern.

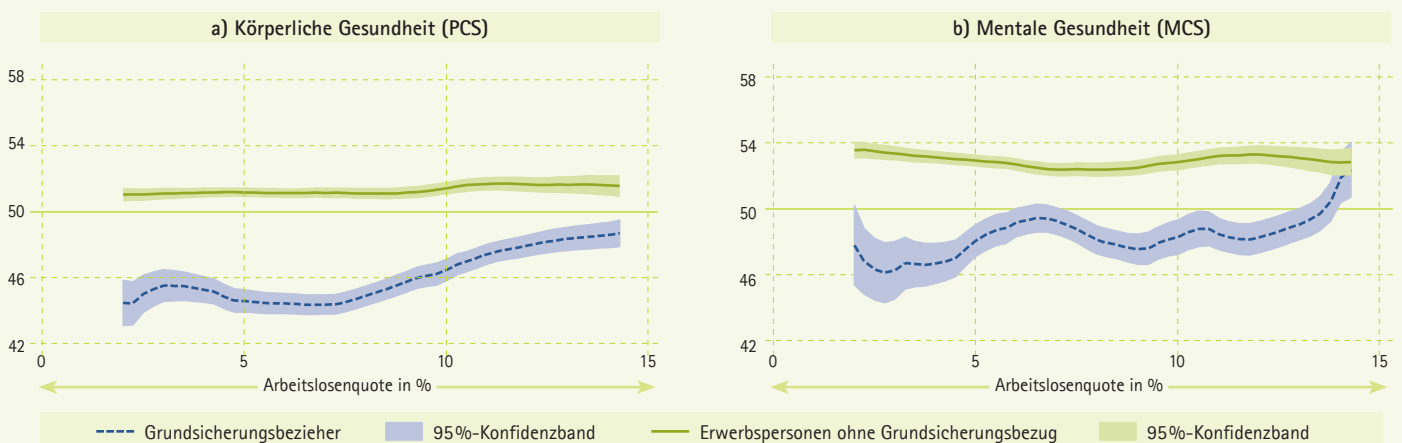
Die hier präsentierten Ergebnisse geben keinen Aufschluss über die Wirkungsrichtung. Sie können sowohl daraus resultieren, dass Grundsicherungsbefugte krank macht (Kausaleffekt, vgl. Herbig et al. 2013,

Gebel/Voßbemer 2014) als auch daraus, dass Krankheit bedürftig macht (Selektionseffekt, vgl. Herbig et al. 2013). Außerdem können Drittvariablen, die sowohl mit Arbeitslosigkeit als auch mit Gesundheit zusammenhängen, die beschriebenen Effekte hervorrufen. Denkbar ist z. B., dass die soziale Herkunft und damit frühkindliche Einflussfaktoren auf die Gesundheit eine Rolle spielen oder dass Gesundheitsbelastungen aus der Wohnumgebung oder aus der bisherigen Erwerbsgeschichte resultieren. Auch der Zugang zu guter ärztlicher Versorgung oder gesundheitsbezogenes Verhalten könnten solche Drittvariablen sein. Hier finden sich uneinheitliche Ergebnisse. Bei einigen Indikatoren (z. B. Alkoholkonsum, täglich Sport treiben) berichten Grundsicherungsbezieher ein gesundheitsbewussteres Verhalten als erwerbstätige Nichtbezieher gleichen Alters, bei anderen (Rauchen, nie Sport, Übergewicht) verhält es sich dagegen umgekehrt.

Die Analysen zur Gesundheit der ALG-II-Bezieher nach regionaler Arbeitslosenquote geben einen Hinweis darauf, dass die Vermittlung in bedarfsdeckende Erwerbstätigkeit bei Vorliegen gesundheitlicher Einschränkungen schwerer ist. Bei guter Arbeitsmarktlage verbleiben verstärkt diejenigen mit gesundheitlichen Einschränkungen im Leistungsbezug. Dies wird auch durch die Betrachtung der Gesundheit ehemaliger Arbeitslosengeld-II-Empfänger gestützt, die erfolgreich in den ersten Arbeitsmarkt integriert wurden. Deren Gesundheit (in den Tabellen nicht dargestellt) ist deutlich besser als die der weiterhin Bedürftigen und unterscheidet sich nicht von der anderer Erwerbstätiger.

Abbildung 2

Index für körperliche und mentale Gesundheit nach Grundsicherungsbezug und Arbeitslosenquoten auf Kreisebene (altersstandardisiert)



Quelle: Panel Arbeitsmarkt und soziale Sicherung (PASS) 6. Welle.

© IAB

■ Folgerungen für Politik und Praxis

In der Praxis der Arbeitsvermittlung kann sich der im Durchschnitt schlechtere Gesundheitszustand von Leistungsbeziehern als Vermittlungshemmnis darstellen (Achatz/Trappmann 2011).

Daher wird es bei der Vermittlung darauf ankommen, die speziellen Bedürfnisse gesundheitlich Beeinträchtigter noch stärker einzubeziehen. Ein erster Schritt ist die gesonderte Thematisierung gesundheitlicher Einschränkungen in den Beratungsgesprächen. So können möglicherweise nötige Unterstützungsleistungen identifiziert und eine bedarfsgerechte Vermittlung erreicht werden. Dabei ist es sinnvoll, einen Teil der Mitarbeiter in Jobcentern speziell im Hinblick auf die Bedarfe gesundheitlich eingeschränkter Leistungsempfänger weiterzubilden und diese dann so einzusetzen, dass sie sich schwerpunktmäßig um die betroffenen Klienten kümmern (Schubert et al. 2013).

Ein solches Vorgehen wird bereits in einigen Jobcentern im Rahmen eines Kooperationsprojekts zwischen gesetzlichen Krankenkassen und BA erprobt. Dabei sollen speziell qualifizierte Mitarbeiter gesundheitliche Beratungsbedarfe erkennen und zielgerichtet spezifische Präventionsmaßnahmen anbieten.

Von den Jobcentern kann allerdings nicht erwartet werden, dass sie Primärprävention leisten. Daher erscheint eine möglichst gute Vernetzung von Akteuren der Gesundheits- und Arbeitsförderung sinnvoll. Hierzu zählen Jobcenter, Krankenkassen, Beschäftigungs- und Qualifizierungsträger, Betroffeneninitiativen, Beratungsstellen, Kammern, Wohlfahrtsverbände sowie freie Träger. Maßnahmen zur Gesundheitsförderung von ALG-II-Empfängern (psychosoziale Betreuung, Suchtberatung) liegen zudem laut § 16a SGB II auch im Aufgabenfeld der Kommunen. Eine gute Zusammenarbeit zwischen diesen Akteuren kann helfen, Bedarfe im Bereich Prävention möglichst früh zu erkennen und abhängig von der individuellen Situation z. B. Kurse zum Umgang mit Stress oder zu gesunder Ernährung anzubieten.

Mit den Befunden des vorliegenden Berichts lässt sich die Frage nicht beantworten, wie groß der Anteil derjenigen ist, die aufgrund von Erkrankungen so weit leistungsgemindert sind, dass sie

voraussichtlich dauerhaft nicht in den regulären Arbeitsmarkt vermittelt werden können. Für diese – genau zu definierende – Teilgruppe wäre auch über die Schaffung geschützter Formen der Beschäftigung (z. B. im Rahmen eines sozialen Arbeitsmarktes) nachzudenken, die bezüglich Arbeitszeit, -umgebung und -anforderungen an der gesundheitlichen Situation der Betroffenen auszurichten sind (Koch/Kupka 2012).

Literatur

Achatz, Juliane; Trappmann, Mark (2011): Arbeitsmarktvermittelte Abgänge aus der Grundsicherung. Der Einfluss von personen- und haushaltsgebundenen Barrieren. [IAB-Discussion Paper Nr. 2](#).

Benyamini, Yael (2011): Why does self-rated health predict mortality? An update on current knowledge and a research agenda for psychologists, *Psychology & Health*, 26(11), 1407-1413.

Brussig, Martin; Knuth, Matthias (2010): Rise up and Work! Workless People with Impaired Health under Germany's New Activation Regime. *Social Policy and Society*, 9, 311-323.

DelBoca, Frances K.; Darkes, Jack (2003): The validity of self-reports of alcohol consumption: state of the science and challenges for research. In: *Addiction*, 98, 1-12.

Gebel, Michael; Voßemer, Jonas (2014): The impact of employment transitions on health in Germany. A difference-in-difference propensity score matching approach. In: *Social Science & Medicine*, 108, 128-136.

Gesundheitsreport der TK (2013): Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Band 28.

Herbig, Britta; Dragano, Nico; Angerer, Peter (2013): Gesundheitliche Situation von langzeitarbeitslosen Menschen. *Deutsches Ärzteblatt*; 110(23-24), 413-9.

Koch, Susanne; Kupka, Peter (2012): [Öffentlich geförderte Beschäftigung. Integration und Teilhabe für Langzeitarbeitslose](#). Expertise (WISO Diskurs).

Nübling, Matthias; Andersen, Hanfried H.; Mühlbacher, Axel (2006): Entwicklung eines Verfahrens zur Berechnung der körperlichen und psychischen Summenskalen auf Basis der SOEP-Version des SF 12 (Algorithmus). *Data Documentation 16*. DIW Berlin.

Schubert, Michael; Parthier, Katrin; Kupka, Peter; Krüger, Ulrich; Holke, Jörg; Fuchs, Philipp (2013): Menschen mit psychischen Störungen im SGB II. *IAB-Forschungsbericht Nr. 12*.

Trappmann, Mark; Beste, Jonas; Bethmann, Arne; Müller, Gerrit (2013): [The PASS panel survey after six waves](#). In: *Journal for Labour Market Research*, (46)4, 275-281.



Johannes Eggs
ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsbereich „Panel Arbeitsmarkt und soziale Sicherung“ im IAB.
johannes.eggs@iab.de



Prof. Dr. Mark Trappmann
ist Leiter des Forschungsbereichs „Panel Arbeitsmarkt und soziale Sicherung“ im IAB.
mark.trappmann@iab.de



Stefanie Unger
ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsbereich „Panel Arbeitsmarkt und soziale Sicherung“ im IAB.
stefanie.unger@iab.de