

Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung

Alfons Holleder

Arbeitslosigkeit und Gesundheit
Ein Überblick über empirische Befunde und
die Arbeitslosen- und Krankenkassenstatistik

Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Ein Überblick über empirische Befunde und die Arbeitslosen- und Krankenkassenstatistik

Alfons Holleeder*

Arbeitslose weisen im Vergleich zu Beschäftigten einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand auf. Dies belegen repräsentative Erhebungen und die Krankenkassenstatistik in Deutschland. Internationale Meta-Analysen zeigen, dass langandauernde Arbeitslosigkeit nicht nur mit psychischen Krankheiten korreliert, sondern diese verursachen oder verschlimmern kann.

In der offiziellen Arbeitslosenstatistik hat rund ein Viertel der Arbeitslosen vermittlungsrelevante gesundheitliche Einschränkungen. In den routinemäßigen Gutachtenverfahren des Ärztlichen Dienstes der Bundesanstalt für Arbeit wurden im Jahr 2001 bei Arbeitslosen „psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen“ nach den „Wirbelsäulen- und Rückenerkrankungen“ am häufigsten diagnostiziert. In der Arbeitslosenstatistik wird der Anteil gesundheitlich eingeschränkter Arbeitsloser aber systematisch unterschätzt. Durch die Abgänge von arbeitsunfähig erkrankten Arbeitslosen und anderen Sondergruppen aus dem Bestand entstehen in der Statistik Selektionseffekte und Artefakte. 2001 wurden rund 76.000 arbeitsunfähig erkrankte Arbeitslosengeld- oder -hilfebezieher im Jahresdurchschnitt nicht gezählt. Durch die Vermerke der Arbeitsvermittler in den Bewerberangeboten, sozialmedizinischen Gutachten und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen existieren für eine große Zahl von Arbeitslosen gesundheitsbezogene Daten. Die Informationen bleiben aber bruchstückhaft und die Datenquellen unverbunden. Gleichzeitig finden Arbeitslose zu geringe Berücksichtigung in der Gesundheitsberichterstattung der einzelnen Krankenkassen und in den kassenartenübergreifenden Bundesstatistiken.

Arbeitslose werden darüber hinaus als Zielgruppe für Prävention und Gesundheitsförderung vernachlässigt. Für gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitslose zeichnet sich ein „circulus vitiosus“ ab, da sie ungünstigere Wiedereingliederungschancen in den Arbeitsmarkt haben und stärker von Langzeitarbeitslosigkeit bedroht sind. Dringend erforderlich ist deshalb die Entwicklung von Ansätzen arbeitsmarktintegrierender Gesundheitsförderung. Durch die Forcierung des Präventionsgedankens in den Aufgabenkatalogen der Krankenkassen und die Einführung des „Profiling“ und „Case Management“ im Job-AQTIV-Gesetz könnten sich auch neue Chancen für Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen ergeben.

Gliederung

Einleitung

- 1 Begriffsbestimmungen von Gesundheit, Krankheit und Arbeitsunfähigkeit
- 2 Empirische Befunde zur Gesundheit von Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen
 - 2.1 Befunde in repräsentativen Vergleichsstudien
 - 2.2 Arbeitslose in der Krankenkassenstatistik
 - 2.3 Risikoverhaltensweisen
- 3 Selektionseffekte und Kausalität: Werden Arbeitslose krank oder Kranke arbeitslos?
- 4 Gesundheitliche Einschränkungen in der amtlichen Arbeitslosenstatistik
 - 4.1 Gesundheitsdaten auf den ersten Blick
 - 4.2 Gesundheitsdaten auf den zweiten Blick und Auswirkungen auf den Bestand an Arbeitslosen
- 5 Für eine arbeitsmarktintegrierende Gesundheitsförderung und Prävention
 - 5.1 Arbeitsmarktintegrierende Gesundheitsförderung als gesundheitspolitische Herausforderung
 - 5.2 Neue Chancen durch Job-AQTIV
- 6 Literaturverzeichnis

Einleitung

„Arbeitslosigkeit macht krank!“ so überschrieben die Berliner Ärztekammer und die Initiative Gesundheit Berlin e.V. einen gemeinsamen Appell 1998 und verwiesen auf die tägliche Praxis von Ärzten, Psychologen und Sozialarbeitern. Die Sozialdiagnose ist damit von diesen Professionen gestellt und beruht auf ihren Alltagsbeobachtungen. Daneben geben bereits zahlreiche qualitative und quantitative Forschungsarbeiten Hinweise auf erhebliche Wechselwirkungen von Arbeitslosigkeit, Krankheit, gesundheitlichen Einschränkungen und Beschäftigung. In der nationalen Berichterstattung werden diese Zusammenhänge aber kaum wahrgenommen. Zum einen werden in der Arbeitslosenstatistik gesundheitliche Probleme durch das statistische Messkonzept systematisch unterschätzt. Zum anderen werden in der Gesundheitsberichterstattung Arbeitslose sowohl in den Reporten der einzelnen Krankenkassen als auch in den kassenartenübergreifenden Bundesstatistiken zu wenig berücksichtigt. Die Datenlage ist in Deutschland insgesamt unbefriedigend.

* Dr. Alfons Holleeder ist Wiss. Mitarbeiter im Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Der Beitrag liegt in der alleinigen Verantwortung des Autors. Er wurde im August 2002 eingereicht und nach der Begutachtung im Oktober 2002 zur Veröffentlichung angenommen.

digend und es existieren kaum systematische Forschungsansätze. Die Wissensdefizite erschweren die dringend erforderliche Etablierung von Prävention und Gesundheitsförderung auch bei Arbeitslosen. Die folgenden Abschnitte führen daher die wichtigsten verfügbaren Befunde zur gesundheitlichen Lage von Arbeitslosen in einem Überblick zusammen. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf Statistiken und Daten der Bundesanstalt für Arbeit, die hier zum Teil erstmals publiziert werden.

Die Begriffsbestimmungen von Gesundheit und Krankheit sind Voraussetzung zur Klärung der angesprochenen Zusammenhänge, da Gesundheitsvorstellungen wie auch Krankheitsbilder soziokulturellen und historischen Einflüssen unterworfen sind. Deshalb wird dieser Teil im ersten Kapitel vorangestellt. Das zweite Kapitel gibt eine Übersicht über die Gesundheitszustände von Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen in repräsentativen Studien und in der Krankenkassenstatistik. Das dritte Kapitel baut auf diesen Ergebnissen auf und stellt den gegenwärtigen Forschungsstand über die Verursachung von Krankheiten durch Arbeitslosigkeit dar. Ergänzend werden im vierten Kapitel aktuelle Gesundheitsdaten der Arbeitslosen- und Krankenkassenstatistik analysiert. Im Detail werden vor allem vermittlungsrelevante gesundheitliche Einschränkungen von Arbeitslosen, Ergebnisse der medizinischen Gutachten des arbeitsamtsärztlichen Dienstes und die Bedeutung von Arbeitsunfähigkeit von Arbeitslosen behandelt. Das letzte Kapitel widmet sich neuen Ansätzen arbeitsmarktintegrierender Gesundheitsförderung.

1 Begriffsbestimmungen von Gesundheit, Krankheit und Arbeitsunfähigkeit

Das Verständnis von Gesundheit ist im Zuge eines Paradigmenwechsels im Wandel begriffen. Gesundheit lässt sich daher aus verschiedenen Perspektiven definieren. Einer eingeeengten biomedizinischen Sichtweise von Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit setzte die Weltgesundheitsorganisation 1946 eine positivierende Betrachtungsweise entgegen. Sie definierte Gesundheit als „Zustand des völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“. Gesundheit wird dabei nicht nur als unveränderlicher Zustand verstanden, sondern als lebensgeschichtlich und im Alltag immer wieder neu herzustellende Balance. Die Definition lenkt den Blick auf den ganzen Menschen in seinen körperlichen, geistig-seelischen und sozialen Bezügen und stellt sein subjektives Befinden in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Kontrovers und ausgiebig diskutiert, bildete sie die konzeptionelle Grundlage von späteren theoretischen Ansätzen und Gesundheitsmodellen.

Die Wiedergabe aller seitdem diskutierten Theorien würde an dieser Stelle zu weit führen. Als ein neueres Beispiel sei der Gesundheitsbegriff von Hurrelmann (2000) genannt, der die Interaktionen von Belastung, Bewältigung und Gesundheit unter Einbezug von Umweltbedingungen und sozialen Strukturen integriert. Als eine Voraussetzung für Gesundheit spricht Hurrelmann explizit den Zugang zu Lebens- und Arbeitsbedingungen an und bezieht damit die hier interessierenden Zusammenhänge

von Gesundheit und Arbeitslosigkeit ein. Gesundheit bezeichnet nach diesem Verständnis „den Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung in Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet... Voraussetzung hierfür sind sowohl personale als auch soziale Voraussetzungen, vor allem

– die Fähigkeit, dem Leben Freude und Sinn abzugewinnen und Störungen und Beeinträchtigungen des Wohlbefindens früh zu erkennen und vorbeugend abzuwehren;

– die Fähigkeit, sich mit bereits eingetretenen Gesundheitsstörungen und Krankheiten aktiv auseinander zu setzen und unvermeidbare chronische Krankheiten in den eigenen Lebensrhythmus zu integrieren;

– der Zugang zu Arbeits- und Lebensbedingungen, die eine produktive Entfaltung eigener Kompetenzen zulassen und eine soziale Integration mit aktiver Mitgestaltung sichern und

– die Verfügbarkeit von strukturell und qualitativ angemessenen Angeboten der Behandlung und Betreuung von Gesundheitsstörungen und Erkrankungen.“ (Hurrelmann 2000: S.8)

Im Gegensatz zu einem solchen weit gefassten, positivierenden Gesundheitsbegriff entsprechen die Sichtweisen in den Sozialgesetzen und im Arbeitsrecht meist einer Funktionsaussage über die individuelle Leistungs- und Arbeitsfähigkeit. So steht z.B. in der gesetzlichen Rentenversicherung die Erhaltung der „Erwerbsfähigkeit“ im Vordergrund und die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sollen gemäß SGB V Krankheiten verhüten, der Verschlimmerung entgegen wirken, frühzeitig erkennen oder der Behandlung dienen. Zur diagnosebezogenen Erfassung und Darstellung der Morbidität und Mortalität wird in der gesetzlichen Krankenversicherung und auch in der Bundesanstalt für Arbeit die „internationale statistische Klassifikation der Krankheiten“ der Weltgesundheitsorganisation verwendet (ICD-9 bzw. revidierte Fassung ICD-10).

Einer Funktionsdiagnose entspricht auch die von einem Amtsarzt festgestellte „Arbeitsunfähigkeit“, an die Ansprüche auf Leistungen wie Krankengeld gekoppelt sein können. Ein Arbeitnehmer gilt als arbeitsunfähig, wenn er aus Gesundheitsgründen seiner bisher ausgeübten Erwerbstätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung seines Leidens nachgehen kann. Bei einem Arbeitslosen ist dagegen die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit etwas weiter gefasst. Erkrankt ein Arbeitsloser, ist er nur dann arbeitsunfähig, wenn er aus Gesundheitsgründen dem Arbeitsmarkt für *alle* Arbeiten nicht mehr zur Verfügung steht, für die er zur Begründung seines Anspruchs auf Arbeitslosengeld arbeitsfähig und arbeitsbereit sein muss. Das bedeutet, dass die Arbeitsunfähigkeit nicht an einer konkreten Erwerbstätigkeit gemessen wird, sondern nach der Vermittlungsfähigkeit in aktuell zumutbare Arbeiten.

Die Frage, ob und inwieweit sich die Gesundheitszustände von Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen unterscheiden, behandelt das nächste Kapitel. Im ersten Abschnitt werden die Ergebnisse und Gesundheitsindikatoren von repräsentativen deutschen Studien vorgestellt. Danach folgen Befunde aus der Bundesstatistik der Krankenkassen zu Arbeitsunfähigkeit und Krankengeldbezug von Arbeitslosen und Erwerbstätigen. Diese vergleichenden Untersuchungen werden ergänzt durch tiefergehende Auswertungen der GEK-Versicherungsdaten. Ein kurzer Abschnitt über die gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen Alkohol- und Tabakkonsum schließt das Kapitel ab.

2 Empirische Befunde zur Gesundheit von Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes, die routinemäßig über die Lage in der Gesamtbevölkerung und in ausgewählten Personengruppen informiert, gibt kaum Aufschluss über die Gesundheitszustände von Arbeitslosen. Die wenigen vorhandenen Beschreibungen anhand einzelner Gesundheitsindikatoren legen für Arbeitslose lediglich Teilaspekte offen.

Die Gesamtschau der vorhandenen nationalen und internationalen Einzeluntersuchungen wird durch die unterschiedlichen Zusammensetzungen der Studienpopulationen, Terminologien und Methodologien erschwert. Dieser Missstand macht sich bereits national an der Einteilung von „Erwerbstätigen und Erwerbslosen“ bzw. von „Beschäftigten und Arbeitslosen“ und ihren Auswirkungen auf die Studienpopulationen in Vergleichsstudien fest. Die Bundesanstalt für Arbeit registriert als Arbeitslose im Sinne des §16 SGB III Arbeitssuchende bis zur Vollendung des 65. Lebensjahrs, die nicht oder mit weniger als 15 Stunden wöchentlich in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, nicht Schüler, nicht Student oder Teilnehmer an Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung sind, nicht arbeitsunfähig erkrankt sind, nicht Empfänger von Altersrente sind und für eine Arbeitsaufnahme sofort zur Verfügung stehen sowie sich persönlich arbeitslos gemeldet haben. Dagegen definiert das Statistische Bundesamt und der Mikrozensus „Erwerbslose“ nach den Kriterien „ohne Arbeitsverhältnis“ (bereits eine Arbeitszeit von einer Wochenstunde schließt Erwerbslosigkeit aus) und „aktiv Arbeitsstelle suchend“, unabhängig von einer Arbeitslosmeldung beim Arbeitsamt. Das Lebensalter muss über 15 Jahren liegen. Diese Erwerbslosendefinition ist an das international gebräuchliche „Labor-Force“-Konzept angelehnt, das als weiteres Kriterium die sofortige Verfügbarkeit – hier aber innerhalb eines Zeitraums von zwei Wochen – vorsieht. Beim Vergleich von bisherigen Studienergebnissen ist deshalb gerade bei der Betrachtung des Gesundheitszustandes auf die zugrundeliegenden Definitionen und die Abgrenzung der Grundgesamtheit, z.B. beim Aus- oder Einschluss von geringfügig Erwerbstätigen oder Nichterwerbstätigen, zu achten. Auf die gravierenden Auswirkungen der unterschiedlichen Zeitraums-Definitionen der „sofortigen Verfügbarkeit“ bei arbeitsunfähigen Arbeitslosen wird unten noch eingegangen (siehe Kasten im Kap. 5).

2.1 Befunde in repräsentativen Vergleichsstudien

Die wenigen repräsentativen Untersuchungen in Deutschland zeigen meist sehr starke Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und einem vergleichsweise ungünstigeren Gesundheitszustand. Wichtige Erkenntnisse zum Gesundheitsstatus gibt die regelmäßig in Deutschland durchgeführte Haushaltsbefragung „Mikrozensus“. Im Abstand von 4 Jahren werden in einer Unterstichprobe von 0,45% der Bevölkerung Gesundheitsdaten erhoben. In der Erhebung des Jahres 1999 bezeichneten sich 10,7% der Befragten als krank oder unfallverletzt (Dittrich 2001). Je älter die im Mikrozensus befragten Personen waren, umso häufiger traten gesundheitliche Beschwerden auf. Zwischen Erwerbstätigen, Erwerbslosen und Nichterwerbspersonen bestanden ganz erhebliche gesundheitliche Unterschiede. In der Altersgruppe der 40- bis 65-Jährigen waren 8,4% der Erwerbstätigen krank oder unfallverletzt, während der Anteil bei den Erwerbslosen bei 14,3% und bei den restlichen Nichterwerbspersonen bei 16,6% lag. Die hohe Quote der Nichterwerbspersonen wurde z.T. durch die Frühverrentung von Menschen mit langandauernden gesundheitlichen Beschwerden erklärt. Gut ein Fünftel (20,7%) der erkrankten Erwerbstätigen gab an, dass die Krankheit durch die Erwerbstätigkeit verursacht oder verschlimmert wurde.

Ebenso belegen Auswertungen auf Grundlage des *sozio-ökonomischen Panels* (SOEP) mit den Befragungswellen 1992 und 1997 einen Zusammenhang zwischen Erwerbsstatus und Gesundheit (Steinle 2001). Langzeitarbeitslose fühlten sich signifikant häufiger im Alltag durch ihren Gesundheitszustand stark behindert. Je höher der Anteil bereits erlebter Arbeitslosigkeit an der Dauer der potenziellen Erwerbstätigkeit war, um so geringer ist die Zufriedenheit mit dem Gesundheitsstatus. Auch vergleichende Untersuchungen früherer SOEP-Befragungswellen kommen zu diesem Befund (Elkeles/Seifert 1993, 1996).

Von nationaler Bedeutung sind außerdem die Ergebnisse, die im Rahmen der *Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie* (DHP) gewonnen wurden. Die Dauer dieser Studie erstreckte sich von 1982 bis 1991 auf sechs Untersuchungsregionen (Hoffmeister 1993). Ziel war die Verminderung von kardiovaskulären Risikofaktoren und die Verbesserung der Angebote zur praktischen Krankheitsvorbeugung. Im Rahmen dieser Studie wurden darüber hinaus mehrere nationale und regionale Gesundheitsurveys durchgeführt, deren zusammengefassten Daten mit mehr als 55.000 Fällen von Elkeles (1999) nach Zusammenhängen zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit ausgewertet wurden. Im Vergleich zu Erwerbstätigen zeigten sich in der Gruppe der Arbeitslosen höhere Anteile mit schlechteren Gesundheitszuständen, mit Behinderungen aufgrund des Gesundheitszustands, mit höherer Bettlägrigkeit, mit Einschränkungen in den täglichen Beschäftigungen und mit Krankenhausaufenthalten in den letzten zwölf Monaten. Die durchschnittliche Zufriedenheit ist sowohl beim Gesundheitszustand als auch bei der finanziellen Lage, den sozialen Beziehungen und der allgemeinen Lebenssituation signifikant niedriger.

2.2 Arbeitslose in der Krankenkassenstatistik

In den letzten Jahren gingen die Krankenkassen dazu über, ihre Versicherungsdaten für die Gesundheitsberichterstattung differenzierter aufzubereiten. Es dominieren dabei betriebliche und branchenbezogene Gesundheitsberichte. Kassenartenübergreifend werden beim Bundesgesundheitsministerium Zahlen und Finanzdaten der Versicherungsträger aufgrund von Meldegesetzen zusammengeführt. Der Bund weist Arbeitslose¹ aber nur in zwei Statistiken gesondert aus. Sie sind zum einen in den Monats- und Jahresdurchschnittszahlen der Mitglieder nach Versicherungsverhältnis (KM 1) und zum anderen in einer Auflistung der Leistungsfälle und -zeiten von Arbeitsunfähigkeit und Krankengeld (Teil der KG 2) enthalten. Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, die Arbeitslose in den Arbeitsämtern vorlegen, müssen einen Vermerk des behandelnden Arztes enthalten, dass dem Träger der Krankenversicherung unverzüglich eine Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit mit der voraussichtlichen Dauer und dem Befund übersandt wird.

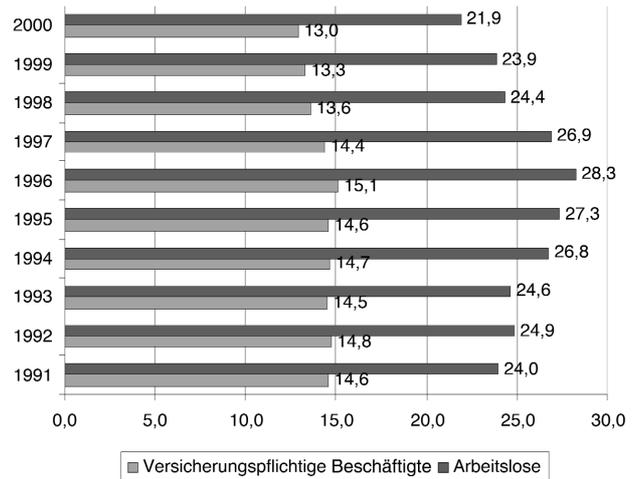
Nach der Bundesstatistik war im Jahr 2000 die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeitsperioden von Arbeitslosen mit rund 22 Tagen erheblich länger als die der pflichtversicherten Beschäftigten mit 13 Tagen (vgl. Abb. 1). Diese hohen Unterschiede der fallbezogenen Arbeitsunfähigkeitsdauer sind teilweise darauf zurückzuführen, dass Arbeitslose bei kurzzeitigen Erkrankungen, z.B. der Atemwege, im geringeren Maße eine ärztliche Versorgung mit einer „Krankschreibung“ in Anspruch nehmen und deshalb im Durchschnitt weniger Fälle, aber mit längeren Dauern, registriert werden (GEK 1999, 2001). Im Jahr 1995 liegen in der Krankenkassenstatistik die Arbeitsunfähigkeitsfälle je Mitglied bei Arbeitslosen um 47,8% unter denen für erwerbstätige Pflichtmitglieder (Statistisches Bundesamt 1998). Die Erkrankungshäufigkeiten bei Arbeitslosen werden daher, gemessen an den Fällen der Arbeitsunfähigkeit, systematisch unterschätzt.

Beträchtliche Differenzen bestehen aber auch bei der durchschnittlichen Dauer des Krankengeldbezugs (vgl. Abb. 2). Im Jahr 2000 betrug diese bei versicherungspflichtigen Beschäftigten 75,3 Tage, während sie bei Arbeitslosen mit 101,6 Tagen um rund ein Drittel höher lag. Zur Erklärung dieses Phänomens besteht noch weiterer Forschungsbedarf. Die beiden Abb. 1 und 2 veranschaulichen die Zeitstabilität der Unterschiede bei den durchschnittlichen Dauern der Arbeitsunfähigkeit und des Krankengeldbezugs in den Jahren 1991 bis 2000.

Bei allen anderen Kassenleistungen wie den Krankenhausbehandlungen und auch bei anderen wichtigen Zahlenwerken wie der Krankheitsartenstatistik (KG 8) wird bundesweit nicht nach der Versichertengruppe der Arbeitslosen differenziert, so dass man auf sporadische Auswertungen einzelner Krankenkassen angewiesen ist. Die bisherigen Berichte von Krankenkassen beschränken sich aber primär auf die Gruppe der Arbeitnehmer und zielen

¹ Pflichtversicherte Leistungsempfänger von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Unterhaltsgeld und Bezieher von Arbeitslosenhilfe gemäß § 13 Entwicklungshelfer-Gesetz

Abb. 1: Durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit in Tagen nach Versichertenstatus

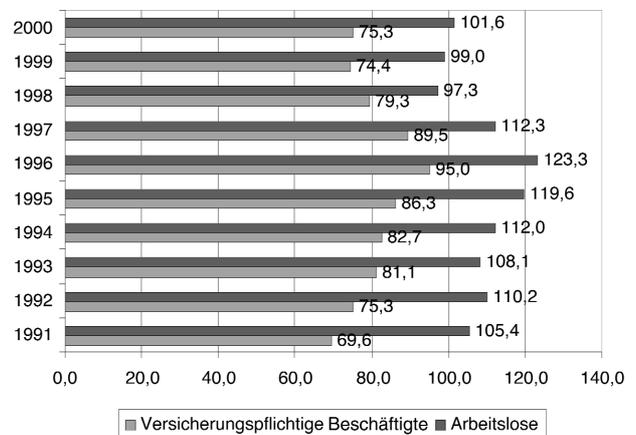


Quelle: BMG, KG 2-Statistik; die Angaben beziehen sich auf die GKV-Mitglieder ohne Rentner

meist darauf ab, Informationen für Präventionspotenziale in einzelnen Branchen oder Betrieben zu gewinnen. Auswertungen über die Versichertengruppe der Arbeitslosen fehlen in der Regel. Erforderlich wären hier Forschungsarbeiten mit weitergehenden Analysen von Zeitreihen und Risikoberechnungen. Für die Repräsentativität der Ergebnisse müssten einheitliche Standards geschaffen werden, die eine kassenübergreifende Zusammenführung der Ergebnisse ermöglichen würden. Da die Strukturen der versicherten Personengruppen zwischen den Krankenkassen erheblich variieren, können einzelne Auswertungen kaum auf die Gesamtbevölkerung oder auf alle Arbeitslosen extrapoliert werden.

Eine Ausnahme in der Berichterstattung sind eingehende Untersuchungen der Gmünder Ersatzkasse zu Arbeitslosigkeit und Gesundheit (GEK 1999, 2001). Die GEK, bei der ca. 1,4 Millionen Menschen krankenversichert sind, wertete u.a. die Krankenhausbehandlungen der Arbeitslo-

Abb. 2: Durchschnittliche Dauer des Krankengeldbezugs in Tagen nach Versichertenstatus



Quelle: BMG, KG 2-Statistik; die Angaben beziehen sich auf die GKV-Mitglieder ohne Rentner

sen im Vergleich zu den Berufstätigen aus. Die Häufigkeit von Aufenthaltstagen in Akutkrankenhäusern lag 1998 im Durchschnitt bei arbeitslosen Männern um 63% und bei arbeitslosen Frauen um 37% über der von berufstätigen Männern und Frauen. Den Leistungsfällen wie dem Eintritt von Arbeitsunfähigkeit oder einer Krankenhausbehandlung liegen medizinische Diagnosen zugrunde, die tiefergehende Analysen und Vergleiche zwischen den Versichertengruppen ermöglichen. Hier zeigte sich besonders bei den arbeitslosen Männern ein deutlich schlechterer Gesundheitszustand in allen relevanten Diagnosegruppen. Sie wiesen im Durchschnitt doppelt so viele stationäre Leistungstage als die berufstätigen Männer auf. Arbeitslose Männer verbrachten bei psychiatrischen Krankheiten sogar acht Mal so viele Krankentage in stationärer Behandlung wie berufstätige Männer (vgl. Abb. 3).

Die GEK (2001) errechnete auch das Risiko für affektive Störungen nach Berufsgruppen unter Berücksichtigung von Alters- und Geschlechtsunterschieden im Erkrankungszeitraum 1997 bis 1999. Die Gruppe der Arbeitslosen hatte im Vergleich zur Referenzberufsgruppe der Techniker² ein um den Faktor 1,8 erhöhtes Risiko für eine

² Von der historischen Entwicklung her hat sich die GEK als Ersatzkasse auf die Elektro- und Metallbranche spezialisiert und steht aber mittlerweile allen Arbeitnehmern, Rentnern, freiwilligen Mitgliedern und Selbstständigen offen.

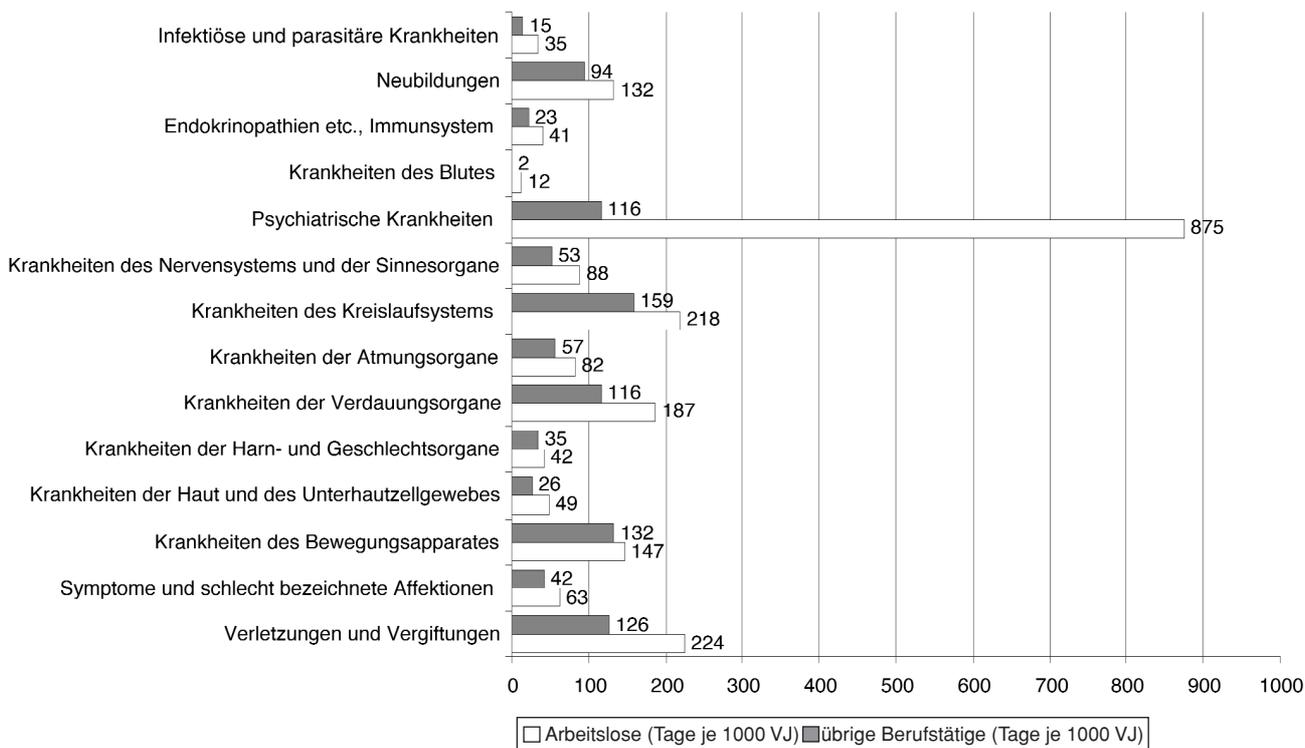
Krankschreibung aufgrund affektiver, d.h. vorwiegend depressiver und manischer Störungen.

Ein weiterer wichtiger Indikator für die gesundheitliche Lage ist die Mortalitätsrate, da sie als objektives Maß Aufschlüsse im Vergleich von Personengruppen geben kann. Arbeitslose hatten in der GEK-Auswertung (1999) ein höheres Sterberisiko, das mit der Dauer der Arbeitslosigkeit zunahm. Die GEK berechnete für ihre Versicherten im Alter bis 50 Jahre das Mortalitätsrisiko unter Kontrolle der Einflüsse von Geschlecht und Alter. Personen mit Arbeitslosenzeiten von unter einem Jahr innerhalb der Jahre 1993 bis 1995 hatten in den drei Folgejahren ein 1,8fach erhöhtes Sterberisiko im Vergleich zu den berufstätigen Versicherten. Bei Langzeitarbeitslosen bis unter zwei Jahre Arbeitslosigkeit stieg das Mortalitätsrisiko auf den Faktor 2 und bei zwei oder mehr Jahren Arbeitslosigkeit auf 3,4 (GEK 1999). Auf ein ähnlich erhöhtes Sterberisiko für Arbeitslose kamen Schach et al. (1994) bei einer früheren Auswertung von süddeutschen AOK-Daten.

2.3 Risikoverhaltensweisen

Tabakrauchen gilt als der wichtigste Einzelfaktor für verhütbare Morbidität und vorzeitige Mortalität. Es ist ein Hauptrisikofaktor für die drei häufigsten Todesursachen von Menschen, die kardiovaskulären Erkrankungen, die Krebserkrankungen und die Atemwegserkrankungen (vgl. Überblicksarbeit Meltzer 1994). Die Abhängigkeit durch Zigarettenrauchen ist nicht nur die häufigste allge-

Abb. 3: Krankentage der Männer nach Diagnoseklassen je 1000 Versicherungsjahre im Jahr 1998



Quelle: GEK (1999), S. 83 und 117 (Zahlen altersstandardisiert)

meine Form von Drogenabhängigkeit, sie ist auch die, die mehr Tod und Krankheit verursacht als alle anderen zusammen (USDHHS 1994). In Deutschland beträgt der Anteil der Raucher in der Altersgruppe von 15 und mehr Jahren nach der Haushaltsbefragung Mikrozensus 28,3% (Dittrich 2001). In dieser Erhebung wird aber für Erwerbslose über alle Altersgruppen hinweg eine erhöhte Raucherquote beobachtet. Besonders groß war der Unterschied bei den 25- bis 35-jährigen Männern. In dieser Altersgruppe rauchen fast zwei Drittel der Erwerbslosen, während bei den Erwerbstätigen weniger als die Hälfte und bei den Nichterwerbspersonen weniger als ein Drittel Zigaretten konsumieren.

Bei den bisherigen Forschungen zum Alkoholkonsum konnte meist kein Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und einer zunehmenden Quote von Alkoholkonsumenten festgestellt werden. Bei schon vorhandenen Konsummustern von Arbeitslosen wurde aber in einzelnen Studien eine Intensivierung der Alkoholaufnahme beobachtet (Dauer 1999; Henkel 1992).

Der erhöhte Konsum von legalen Drogen könnte im Sinne des „Problemverhaltens“ (Jessor/Jessor 1977) als Teil einer Copingstrategie bzw. als Versuch verstanden werden, Probleme und Belastungssituationen zu bewältigen. Gleichzeitig kann der verstärkte Tabak- und Alkoholkonsum aber neue gesundheitliche Beeinträchtigungen verursachen und zur Suchtabhängigkeit führen. Knapp 40% von 46.500 Erwachsenen, die im Jahr 2000 eine Entwöhnungsbehandlung bei Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder sonstigen Drogen beendet hatten, waren vor der Antragstellung nach Angaben der Verbände der deutschen Rentenversicherungsträger arbeitslos gemeldet (VDR 2001). Die Befunde zeigen, dass hier ein erhöhter Bedarf an Suchtprävention besteht. Die Drogenabhängigkeit birgt aber nicht nur ein größeres Risiko von Krankheiten, sondern entzieht den Konsumenten durch die Beschaffungskosten auch erhebliche finanzielle Ressourcen, was vor allem für die unteren Einkommensschichten weitere Belastungen zur Folge hat.

3 Selektionseffekte und Kausalität: Werden Arbeitslose krank oder Kranke arbeitslos?

Im vorherigen Kapitel zeigten sich in repräsentativen Studien und der Krankenkassenstatistik sehr starke Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Im Vergleich zu Erwerbstätigen weisen Arbeitslose einen deutlich ungünstigeren Gesundheitszustand auf. In diesem Kapitel wird zu den *Ursachen* dieser zum Teil gravierenden Unterschiede der aktuellen Forschungsstand mit einem Schwerpunkt auf internationalen Meta-Analysen dargestellt.

Wie in den genannten repräsentativen Vergleichsstudien finden sich auch in zahlreichen weiteren Forschungsarbeiten sehr hohe Korrelationen zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Weniger eindeutig sind aber das zugrunde liegende Ursachen-Wirkungsgefüge und die Effektgrößen. Mögliche Selektionseinflüsse und Kausalitätsfragen wurden in der Literatur intensiv diskutiert. Im Kern geht es bei dieser Diskussion zum einen um die so-

genannte „social causation“-Hypothese (Winfield 1995), nach der die festgestellten gesundheitlichen Differenzen zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen eine Konsequenz der Arbeitslosigkeit an sich ist. Dagegen sieht die sogenannte „drift“-Hypothese die Unterschiede durch Selektionsprozesse verursacht, wegen derer die betreffenden Personen eher entlassen werden und mit geringerer Wahrscheinlichkeit Arbeitsangebote erhalten. Eine Auslese zu Lasten von gesundheitlich eingeschränkten Menschen könnte beispielsweise im Einstellungsverfahren oder durch Auswahlkriterien bei Entlassungen und durch Stellenabbaustrategien auftreten, wenn ihnen -unter Umständen auch vorurteilsbelastet- weniger Leistungsfähigkeit unterstellt wird. Arbeitnehmer können aber auch bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeiten durch die vorherrschenden belastenden Arbeitsbedingungen erkranken. Eine lange Liste von spezifischen Berufskrankheiten, die auf besondere Einwirkungen durch Arbeit zurückgeführt werden, ist in einer Verordnung der Bundesregierung anerkannt. Da eine langanhaltende Arbeitsunfähigkeit ein Grund für eine Kündigung von Beschäftigten sein kann, können chronische Erkrankungen auch Arbeitslosigkeit direkt nach sich ziehen. Die „social causation“- und die „drift“-Hypothese schließen sich nicht gegenseitig aus, sondern können gleichzeitig wirken.

Die empirischen Querschnittstudien, die in den vorherigen Kapiteln vorgestellt wurden, geben Auskunft über die Enge des Zusammenhangs zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit, nicht jedoch über die Ursachen. Die interne Validität von eindeutigen Kausalaussagen lässt sich durch Längsschnittanalysen steigern, die die Statuswechsel zwischen Arbeitslosigkeit und Beschäftigung erfassen. Allerdings gibt es noch relativ wenige solcher Studien mit langfristigen Effekten, obwohl bereits eine lange Forschungstradition besteht. Schon in den 30er Jahren entstand als Klassiker der Sozialforschung die österreichische Gemeindestudie über „die Arbeitslosen von Marienthal“ (Jahoda/Lazarsfeld/Zeisel 1933), in der die Auswirkungen und psychosozialen Belastungen langandauernder Arbeitslosigkeit beschrieben wurden. Einen Überblick über die Forschungsarbeiten dieser Periode mit der aufkommenden Massenarbeitslosigkeit und Weltwirtschaftskrise geben Eisenberg und Lazarsfeld (1938). Eine Reihe von weiteren Überblicksarbeiten markieren seitdem die Forschungsentwicklung bis zur Gegenwart, von denen hier nur eine Auswahl wichtiger Arbeiten erwähnt werden kann (Frese/Mohr 1978; Dooley/Catalano 1980; Warr/Jackson/Banks 1988; Winfield 1995; Murphy/Athanasou 1999; Paul/Moser 2001; u.a.). Die meisten Arbeiten sind deskriptiv ausgerichtet. Erst seit kurzem werden die bisherigen Längsschnittstudien auch im Verfahren der Meta-Analyse ausgewertet. Bei dieser Auswertungsmethode geht es um eine zusammenfassende Sichtung und Bewertung des Forschungsstandes und eine Vereinheitlichung bisheriger statistischer Untersuchungsergebnisse. Auf diese Weise lassen sich Effektgrößen und kausale Beziehungen generalisieren.

In der Überblicksarbeit von Murphy und Athanasou (1999) wurden 16 longitudinale Vergleichsstudien mit psychologischen Testverfahren aus den Jahren 1961 bis

1995 analysiert. Die Auswertung belegt negative Effekte von Arbeitslosigkeit auf die Psyche. Der größte Teil der Studien stellte eine Verbesserung der seelischen Gesundheit nach beruflicher Wiedereingliederung fest. Die Grundfragestellungen von Murphy und Athanasou (1999) griffen Paul und Moser (2001) auf und bezogen in einer erweiterten Meta-Analyse 51 Längsschnittstudien aus Europa, Nordamerika, Australien und Neuseeland ein. Auch sie beschränkten sich auf die Wirkungszusammenhänge von Arbeitslosigkeit und psychischem Befinden. Als Indikatoren der psychischen Gesundheit wählten sie allgemeine psychische Symptome, Depressions-, Angst- und psychosomatische Symptome, Externalität, Lebenszufriedenheit, emotionales Wohlbefinden und Selbstwertgefühl. Die Untersuchungen mit einem Wechsel zwischen Erwerbsstatus und Arbeitslosigkeit zeigen, dass Menschen nach Arbeitsplatzverlust eine Verschlechterung ihrer psychischen Gesundheit erleiden, was darauf hinweist, dass zumindest ein Teil der psychischen Probleme Arbeitsloser durch die Arbeitslosigkeit selbst hervorgerufen wird. Umgekehrt verbessert sich meist das seelische Befinden deutlich, wenn Arbeitslose zurück in die Beschäftigung finden. Die Verursachungshypothese wird auch durch die Untersuchungen von Schülern gestützt, bei denen sich beim Übertritt von Schule in Beschäftigung eine Verbesserung des seelischen Befindens und im Falle des Übertritts in Arbeitslosigkeit eine Verschlechterung zeigt. Die festgestellten Effektgrößen auf das psychische Befinden stimmen weitgehend mit den Ergebnissen von Murphy und Athanasou (1999) überein. Die Bestätigung der „social causation“-Hypothese steht auch in großer Übereinstimmung mit den Einschätzungen der anderen Autoren bisheriger Überblicksarbeiten.

Eine Kausalwirkung von Arbeitslosigkeit auf die seelische Gesundheit negiert aber nicht gleichzeitig vorhandene Selektionseinflüsse. Paul und Moser (2001) fanden sowohl für den Verlust eines Arbeitsplatzes bei Beschäftigten als auch für die spätere Arbeitsaufnahme von Arbeitslosen und Schülern Selektionseffekte bzw. schon vorher vorhandene stärkere psychische Symptombelastungen. Allerdings waren die errechneten Effektstärkekoeffizienten in fast allen Fällen klein oder sehr klein. Kurzfristig kann es sogar gegenläufige Entwicklungen geben. Brinkmann und Potthoff (1983) legten in einer früheren Untersuchung offen, dass sich der physische Gesundheitszustand zu Beginn einer Arbeitslosenperiode sogar etwas verbessern kann, wenn der letzte Arbeitsplatz gesundheitlich belastend war und die Arbeitslosigkeit vorläufig erleichternd wirkt. Bei länger andauernder Arbeitslosigkeit hat sich aber der physische und psychische Gesundheitszustand im Schnitt deutlich verschlechtert.

In der Arbeitslosenforschung wird außerdem schon seit langem über den Einfluss von zahlreichen moderierenden Variablen diskutiert. Bei detaillierter Betrachtung der Kausalanalysen lassen sich in der Meta-Analyse bei Moser und Paul (2001) vier Personengruppen identifizieren, die stärker seelisch unter der Arbeitslosigkeit leiden. Die psychischen Belastungen, die zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen festgestellt wurden, sind bei Männern im Vergleich zu Frauen, bei Jugendlichen im Vergleich zu

Erwachsenen, bei Langzeitarbeitslosen im Vergleich zu den übrigen Arbeitslosen und bei Angehörigen von blue-collar-Berufen im Vergleich zu white-collar-Berufen stärker ausgeprägt. Eine andere häufig diskutierte Moderatorvariable ist die finanzielle Situation (Winfield 1995). Durch den Arbeitsplatzverlust müssen Arbeitslose meist finanzielle Einbußen und damit einen Verlust an Ressourcen hinnehmen. In einer früheren Längsschnitterhebung standen psychosoziale Belastungen im engen Zusammenhang mit finanziellen Schwierigkeiten, insbesondere bei den Langzeitarbeitslosen (Brinkmann 1984).

Die negativen Folgen der Arbeitslosigkeit auf die Psyche sind in der Literatur umfassender erforscht als die Auswirkungen auf die Physiologie. Die meisten Untersuchungen beschränken sich auf psychische Indikatoren, da die Feststellung eines objektiven physischen Gesundheitszustandes aufwändige medizinische Diagnostik erfordert. Eine der wenigen deutschen Längsschnittstudien mit ärztlichen Untersuchungen wurde in Sachsen bei über 1.000 Probanden durchgeführt (Harych/Harych in IAB-Werkstattbericht 8/1997). Im Verlauf der Studie von 1993 bis 1994 verschlechterte sich der ärztlich festgestellte Gesundheitszustand bei den Arbeitslosen signifikant stärker im Vergleich zu den Erwerbstätigen. Insgesamt sind hier die Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen aber weniger ausgeprägt als bei den psychischen Erkrankungen in den oben genannten Vergleichsstudien. Das zeigen auch die GEK-Auswertungen (1999) von Krankenhaustagen nach Diagnoseklassen (Abb. 3).

In einer Reihe von Theorien wurde in der Vergangenheit versucht, Ursache-Wirkungs-Beziehungen von Arbeitslosigkeit und Gesundheit zu bestimmen. Als besonders beachtete Theorie ist der Erklärungsansatz der „psychischen Deprivation“ von Jahoda (1979, 1981) zu nennen. Sie erklärt die Bedeutung des Arbeitsplatzes und die psychosozialen Folgen des Verlustes mit dessen manifesten und latenten Funktionen. So sichert Arbeit nicht nur das Einkommen, sondern strukturiert latent den Tagesablauf, führt zu sozialen Kontakten außerhalb der Familie, setzt übergeordnete Ziele, schafft Identität und zwingt zur Aktivität. Auf diesem Ansatz baut das sogenannte „Vitamin-Modell“ von Warr (1987) auf, das ein komplexes Beziehungssystem von neun Umweltfaktoren und der psychischen Gesundheit beschreibt. Es rückt die Qualität der Umgebungsbedingungen in den Vordergrund. Gleichsam wie „Vitamine“ sich auf die körperliche Gesundheit in der jeweiligen Dosis auswirken, so wird die psychische Gesundheit durch das Vorhandensein folgender Faktoren beeinflusst: Möglichkeiten der Kontrolle, der Nutzung seiner Fähigkeiten, zur Zielsetzung, zu interpersonellen Kontakten sowie Abwechslung, Transparenz der Umwelt, Verfügbarkeit von Geld, körperliche Sicherheit und die Möglichkeit, eine wertvolle soziale Position zu erreichen. Im Gegensatz zu diesen Modellen sieht die Handlungs-Restriktionstheorie (Fryer 1986) den Menschen nicht als reaktiv und abhängig an, sondern unterstellt, dass er „proaktiv“ und intrinsisch motiviert ein zufriedenstellendes Leben plant und organisiert. Reduzierte Handlungsspielräume und finanzielle Restriktionen, die häufig bei Arbeitslosigkeit entstehen, führen zu Frustrationen.

Im Gesundheitsbericht für Deutschland fasst Kieselbach (1998) in Anlehnung an Stress- und Bewältigungsmodelle diskutierte Dimensionen, in denen sich psychosozialer Stress aufgrund von Arbeitsplatzverlust und andauernder Arbeitslosigkeit auswirkt, zusammen und macht auf Prozesse von Viktimisierung aufmerksam:

– „Die mit der Arbeitstätigkeit verbundenen Momente von ökonomischer Sicherheit, sozialer Einbindung, Selbstwertgefühl, Zeitstrukturierung sowie externen Anforderungen schwächen sich ab oder gehen verloren (primäre Viktimisierung).

– Erfahrungen von Alltagsproblemen wie finanzielle Sorgen, Zukunftsunsicherheit und soziale Stigmatisierung führen zu einer Verstärkung von Belastungen (sekundäre Viktimisierung).

– Sozial als unangemessen angesehene Formen der Bewältigung werden den Betroffenen selbst angelastet (tertiäre Viktimisierung):

Zum einen jenen Menschen, die aufgrund des Mangels an persönlichen und sozialen Ressourcen mit ihrer Situation nur sehr unzureichend fertig werden und gravierende psychosoziale Probleme aufweisen;

zum anderen jenen positiven Bewältigern der Arbeitslosigkeit, die „zu gut“ mit der Situation fertig werden und denen deshalb Selbstverschulden und Missbrauch des sozialen Sicherungssystems vorgeworfen werden.“ (Kieselbach 1998)

4 Gesundheitliche Einschränkungen in der amtlichen Arbeitslosenstatistik

In den vorherigen Kapiteln lag der Fokus auf dem Vergleich der Gesundheitszustände von Arbeitslosen mit denen von Erwerbstätigen. In vergleichenden Längsschnittstudien und in Meta-Analysen wurden insbesondere Verschlechterungen der psychischen Gesundheit kausal auf die Arbeitslosigkeit zurückgeführt. In Ergänzung zu den bisherigen Befunden stellt dieses Kapitel Gesundheitsdaten von Arbeitslosen zusammen, die sich aus der offiziellen Arbeitslosenstatistik und den Verwaltungsdaten auf den „ersten“ oder nach Recherchen auf den „zweiten Blick“ gewinnen lassen³. Nachdem sich diese Informationen auf die Grundgesamtheit aller Arbeitslosen beziehen, haben sie nationale Bedeutung für die Gesundheitsberichterstattung. Zum Teil werden sie hier erstmals publik gemacht. Besondere Aufmerksamkeit richtet sich dabei auf systematische Verzerrungen in der Berichterstattung, die im Kontext der bisherigen Statistikkonzeptionen entstehen.

4.1 Gesundheitsdaten auf den ersten Blick

Die amtliche Arbeitslosenstatistik zählte im Juni 2002 einen Bestand von rund 4 Millionen Arbeitslosen. Beim

³ Für die Unterstützung und diverse Zusatzauswertungen danke ich Frau Besser, Herrn Bauer und Herrn Distler (Statistikreferate IIIb3 und IIIb4 der Bundesanstalt für Arbeit).

Versuch, diese Arbeitslosen in Beschäftigung zu vermitteln, können gesundheitliche Beeinträchtigungen relevant werden. Sie werden daher durch die Arbeitsvermittler erfasst, wenn sie sich auf die berufliche Tätigkeit auswirken könnten, für die der Bewerber unter Berücksichtigung seiner Eignung, seines Vermittlungswunsches und der Vermittlungsaussichten in Betracht kommt. Diese Eintragungen geben erste Hinweise auf Gesundheitszustände. Zum (Daten-)Schutz der betreffenden Personen werden aber nur grobe Kategorien zum Grad der Behinderung und zu den gesundheitlichen Einschränkungen in Beratungs- und Vermittlungsunterlagen notiert.

Im Juni 2002 wurden bei 976.330 Arbeitslosen gesundheitliche Beeinträchtigungen festgestellt. Das entspricht rund einem Viertel des Arbeitslosenbestandes. Wie Tab. 1 detailliert darstellt, befanden sich darunter 155.702 schwerbehinderte oder Schwerbehinderten gleichgestellte Arbeitslose. Von diesen Schwerbehinderten sind 17,5% mit einem besonders hohen Grad der Behinderung von über 80 betroffen. Die amtliche Feststellung einer Behinderung erfolgt in Deutschland durch die örtliche Versorgungsverwaltung. Vorausgesetzt wird eine nicht nur vorübergehende, über den Zeitraum von mehr als sechs Monaten andauernde Gesundheitsstörung. Das Ausmaß wird mit dem Grad der Behinderung (GdB) angegeben. Menschen, deren Behinderung mit einem Grad von wenigstens 50 eingeschätzt wurden, gelten als „schwerbehindert“. Personen mit einem GdB zwischen 30 und 50 können aber Schwerbehinderten gleichgestellt werden, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz nicht erlangen oder nicht behalten können. Die Anzahl der arbeitslosen Schwerbehinderten sinkt seit 1997, da vor allem ältere Schwerbehinderte in die „Nichterwerbstätigkeit“ münden, z.B. über den Bezug von Schwerbehinderten- oder Erwerbsminderungsrente. Gleichzeitig geht auch die Anzahl der beschäftigten Schwerbehinderten zurück (Bundesanstalt für Arbeit 2002a). Im Juni 2002 wiesen neben den Arbeitslosen mit Schwerbehindertenstatus 111.454 Arbeitslose einen GdB zwischen 30 und 50 auf. 709.174 Arbeitslose haben sonstige vermittlungsrelevante gesundheitliche Einschränkungen.

Mit steigendem Lebensalter nimmt sowohl der Anteil der Schwerbehinderten als auch der Anteil der Personen mit übrigen gesundheitlichen Einschränkungen am Gesamtbestand der Arbeitslosen erheblich zu. Liegt der Prozentsatz der Schwerbehinderten bei den unter 20-Jährigen bei 0,7%, so steigt er kontinuierlich auf 8,3% bei den 55- bis unter 60-Jährigen an.

Eine Zunahme der Schwerbehindertenquote ist außerdem mit fortschreitender Dauer der Arbeitslosigkeit zu beobachten. Der Anteil von Schwerbehinderten beträgt bei Personen mit einer Arbeitslosigkeitsdauer von unter einem Monat 2,7% und steigt bei zwei Jahren und länger auf 5,7%. Der Anteil der Personen mit übrigen gesundheitlichen Einschränkungen nimmt analog von 13,4% auf 31,0% zu. In diesem Anstieg kommt auch ein nachgewiesenes erhöhtes Risiko für Langzeitarbeitslosigkeit von Arbeitslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen und mit anerkannten Behinderungen zum Tragen (Rudolph

Tab. 1: Arbeitslose mit Schwerbehinderung und gesundheitlichen Einschränkungen nach Alter und nach Dauer der Arbeitslosigkeit

Stand: Ende Juni 2002

Bundesrepublik Deutschland

	Bestand		davon (Sp. 1)		
	an Arbeitslosen		Schwerbehinderte		übrige gesundheitliche Einschränkungen
	absolut	absolut	Zeilen-%	absolut	Zeilen-%
	1	2	3	4	5
Arbeitslose insgesamt	3.954.361	155.702	3,9	820.628	20,8
<i>davon: 80 und mehr GdB</i>		27.277	0,7	–	–
<i>50 bis unter 80 GdB</i>		117.507	3,0	–	–
<i>30 bis unter 50 GdB gleichgestellt</i>		10.918	0,3	–	–
<i>30 bis unter 50 GdB nicht gleichgestellt</i>		–	–	111.454	2,8
<i>sonstige gesundheitl. Einschränkungen</i>		–	–	709.174	17,9
Alter					
unter 20 Jahre	102.108	667	0,7	5.977	5,9
20 bis unter 25 Jahre	392.825	5.513	1,4	39.148	10,0
25 bis unter 30 Jahre	365.908	6.736	1,8	46.977	12,8
30 bis unter 35 Jahre	471.003	9.912	2,1	70.325	14,9
35 bis unter 40 Jahre	545.868	14.163	2,6	96.680	17,7
40 bis unter 45 Jahre	520.401	18.408	3,5	111.286	21,4
45 bis unter 50 Jahre	480.231	22.657	4,7	119.416	24,9
50 bis unter 55 Jahre	483.462	31.700	6,6	144.117	29,8
55 bis unter 60 Jahre	458.059	38.115	8,3	147.128	32,1
60 bis unter 65 Jahre	134.496	7.831	5,8	39.574	29,4
Dauer der Arbeitslosigkeit					
unter 1 Monat	462.389	12.277	2,7	62.093	13,4
1 bis unter 3 Monate	652.030	20.431	3,1	100.802	15,5
3 bis unter 6 Monate	719.187	23.707	3,3	119.354	16,6
6 bis unter 12 Monate	814.672	31.149	3,8	168.164	20,6
1 bis unter 2 Jahre	649.788	30.935	4,8	167.002	25,7
2 Jahre und länger	656.295	37.203	5,7	203.213	31,0

Quelle: Bundesanstalt für Arbeit: Arbeitslosenbestände Juni 2002; eigene Berechnungen

1998). Insgesamt sind bei einem Drittel der Langzeitarbeitslosen Behinderungen oder gesundheitliche Einschränkungen in der Vermittlungspraxis zu berücksichtigen.

Um die Vermittlung von Arbeitssuchenden zu unterstützen, kann zur Feststellung von relevanten Gesundheitseinschränkungen und Leistungsfähigkeit der Ärztliche Dienst der Bundesanstalt für Arbeit eingeschaltet werden. In der Regel findet zeitnah zur Arbeitslosenmeldung ein

erstes Beratungsgespräch des Arbeitslosen mit einem Arbeitsvermittler bzw. -berater statt. Hier wird entschieden, ob auf Grund der angegebenen gesundheitlichen Einschränkungen zur Chanceneinschätzung und Erarbeitung einer Vermittlungsstrategie sowie zur Frage der Verfügbarkeit eine medizinische Sachaufklärung erforderlich ist. Beispielsweise kann der Arbeitsvermittler bzw. -berater den Ärztlichen Dienst einschalten, um die gesundheitliche Eignung für eine vorgesehene Tätigkeit abzuklären oder um ein Leistungsbild für die Einleitung einer beruf-

lichen Rehabilitationsmaßnahme zu erstellen. Ein anderer typischer Anlass ist die Einschaltung des Ärztlichen Dienstes durch die Berufsberatung, um die Berufswahl von Jugendlichen mit gesundheitlichen Einschränkungen zu unterstützen oder um eine Eignung für Berufe mit besonderen gesundheitlichen Anforderungen festzustellen.

Allein im Jahr 2001 hat der Ärztliche Dienst 391.826 ärztliche Gutachten für Arbeitslose erstellt (Statistik St80 des Ärztlichen Dienstes der BA 2002, eigene Berechnungen). Rund drei Viertel wurden durch 307 hauptamtliche Arbeitsamtsärzte und ein Viertel durch ca. 800 Vertragsärzte angefertigt. Ca. 93,4% der Gutachten wurden durch Arbeitsvermittler und -berater veranlasst, darunter befinden sich auch die 4,4% durch Rehabilitanden- und 6,7% von Schwerbehindertenvermittlern initiierten Gutachten. 2,0% der Gutachten gehen auf die Anfragen der Berufsberatung zurück und 4,5% auf sonstige Stellen.

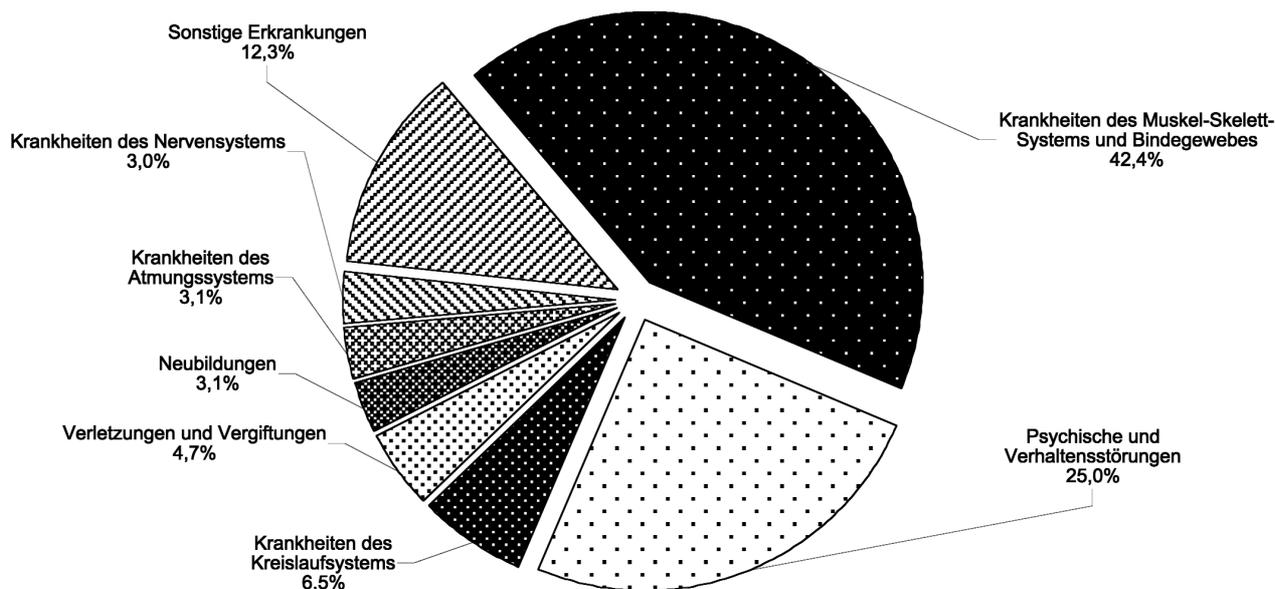
Von allen Gutachten für Arbeitslose im Jahr 2001 wurden 322.278 (82,3%) mit der Feststellung einer Krankheitsdiagnose abgeschlossen (vgl. Abb. 4). 3,8% der Gutachten weisen fehlerhaft kodierte Krankheitsdiagnosen auf (z.T. noch nach alter Klassifikation ICD-9), so dass 310.054 gültige Gutachten mit eindeutiger Krankheitsdiagnose nach der ICD-10-Klassifikation für weitere Auswertungen zur Verfügung stehen. 131.522 der Gutachten mit Krankheitsdiagnose (42,4%) lag die häufigste Erstdiagnose „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes“ zugrunde. Besonders hoch ist an zweiter Stelle die Zahl der attestierten „psychische und Verhaltensstörungen“ mit 77.444 Gutachten (25,0%), von denen 27.510 (8,9%) durch psychotrope Substanzen verursacht sind. 20.114

Mal (6,5%) wurden „Krankheiten des Kreislaufsystems“ und 14.693 Mal (4,7%) „Verletzungen und Vergiftungen“ diagnostiziert. Es folgen noch mit kleineren Anteilen „Neubildungen“ sowie „Krankheiten des Atmungs- und Nervensystems“. Die Restkategorie „sonstige Erkrankungen“ macht 12,3% der Gutachten aus. Hierunter fallen die übrigen Krankheitsarten wie Stoffwechselerkrankungen, Krankheiten von Auge und Ohr, Krankheiten des Verdauungssystems usw.

Bei 316.349 Gutachtenverfahren von Arbeitslosen wurde vom Ärztlichen Dienst außerdem eine Aussage zur Leistungsfähigkeit gemacht. In 43,6% der Fälle war wegen gesundheitlicher Einschränkungen ein Wechsel der Tätigkeit oder des Berufs angezeigt bzw. es lag keine Eignung für den vorgesehenen Beruf vor. In 38,3% der Verfahren waren die Untersuchten nur unter Berücksichtigung gesundheitlicher Einschränkungen für die bisherige Tätigkeit bzw. für den vorgesehenen Beruf geeignet. 14,6% der Untersuchten waren gar nicht oder nur weniger als 3 Stunden täglich belastbar und weitere 2,8% nur zeitlich begrenzt bis unter 6 Stunden bzw. nur in Teilzeit. Lediglich 0,7% waren ohne Einschränkung leistungsfähig. Die Beurteilung des Leistungsvermögens kann auch Auswirkungen auf die Höhe von Arbeitslosengeld und -hilfe haben, da es bei einer Verschlechterung entsprechend der noch leistbaren Stundenzahl angepasst werden kann.

Im März 2002 wurde das Antragsverfahren modifiziert und ein Stufenkonzept der Begutachtung im ärztlichen Dienst eingeführt. Wurde der Arbeitsuchende bereits vom Ärztlichen Dienst eines Arbeitsamtes oder von einem Sozialversicherungsträger untersucht, können die Vorgut-

Abb. 4: Erstdiagnosen arbeitsamtsärztlicher Begutachtungen von Arbeitslosen im Jahr 2001



Quelle: Statistik St80 des Ärztlichen Dienstes der BA, 2002 (Eigene Berechnungen). Ergebnisdarstellung von 310.054 mit ICD-10-Krankheitsdiagnose abgeschlossenen Gutachten von insgesamt 391.826 Gutachtenverfahren.

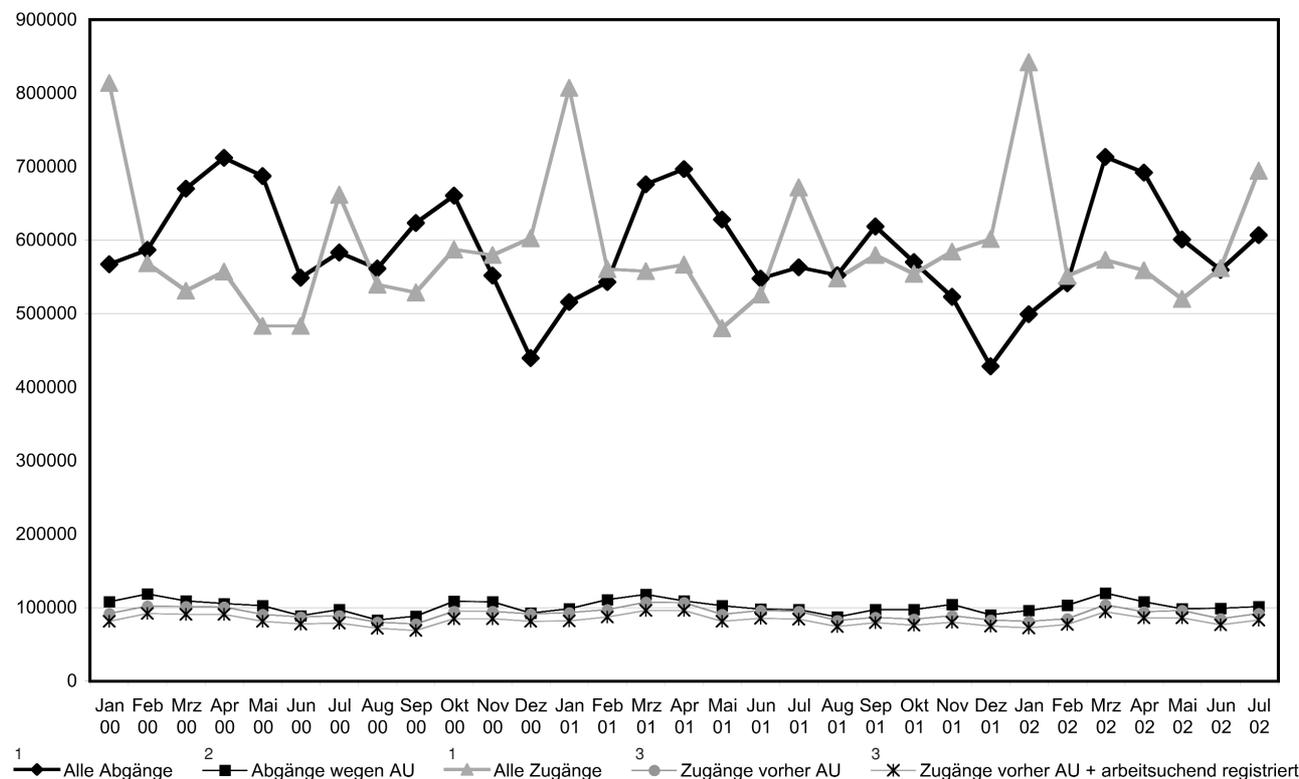
achten nach einer freiwilligen Schweigepflichtsentbindung eingeholt werden. Ebenso können bei laufender ärztlicher Behandlung durch einen Haus- oder Facharzt die Gutachten durch den Arbeitssuchenden gebracht werden. Falls erforderlich kann nach diesen Verfahrensschritten der Ärztliche Dienst eingeschaltet werden, der je nach Bedarf Entscheidungshilfen in Form eines Medizinischen Beratungsvermerks, einer gutachterlichen Äußerung, eines Gutachtens nach Aktenlage oder eines Gutachtens mit Untersuchung abgeben kann. Leistungsempfänger sind nach dem Sozialgesetzbuch verpflichtet, zu einer ärztlichen Untersuchung zu erscheinen und an ihrer Durchführung mitzuwirken. In einer terminierten Sprechzeit wird danach dem Arbeitsvermittler oder -berater in einem Zweiergespräch der medizinische Sachverhalt erörtert.

4.2 Gesundheitsdaten auf den zweiten Blick und Auswirkungen auf den Bestand an Arbeitslosen

Zu den in der Forschung bisher kaum beachteten Verwaltungsdaten der Bundesanstalt für Arbeit gehören die Arbeitsunfähigkeitsfälle und -dauern von Arbeitslosen. Dabei enthalten diese nicht nur relevante Zusatzinformationen für die gesundheitliche Lage der Arbeitslosen insge-

samt und auf individueller Ebene, sondern beeinflussen darüber hinaus die offizielle Arbeitslosenstatistik. Für den Eintritt der Arbeitsunfähigkeit bzw. des Krankheitsfalls schreibt der Gesetzgeber Arbeitslosen ausdrücklich im Sozialrecht vor, dass diese unverzüglich anzuzeigen ist und dass spätestens vor Ablauf des dritten Kalendertages eine ärztliche Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtliche Dauer vorzulegen ist (§311 SGB III). Die Vorlage der ärztlichen Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit löst dann im örtlichen Arbeitsamt einen statistischen Statuswechsel des Arbeitslosen bzw. eine Abgangsbuchung im Arbeitslosenbestand aus. Der Arbeitslose wird ein „nichtarbeitslos Arbeitssuchender“, und zwar ab dem ersten Tag der Krankmeldung bzw. des Bekanntwerdens der Arbeitsunfähigkeit. Die Arbeitslosenstatistik blendet ihn damit aus dem Bestand aus. Dieser Statuswechsel lässt sich in der Abgangsstatistik unter der Rubrik „sonstige Nichterwerbstätigkeit, Unterkategorie Arbeitsunfähigkeit“ nachvollziehen. Im Laufe des Jahres 2001 wurden hier über 1,2 Millionen Abgangsfälle mit dem Grund „Arbeitsunfähigkeit“ verbucht (Bundesanstalt für Arbeit 2002b). Diese Vorgänge machen rund ein Fünftel der registrierten Abgänge aus (Abb. 5). Ist der erkrankte Nichtleistungsempfänger voraussichtlich län-

Abb. 5: Monatliche Bewegungen im Arbeitslosenbestand im Zeitraum 2000 bis 2002



¹ Monatliche Abgänge und Zugänge aus dem bzw. in den Bestand an Arbeitslosen.

² Darunter befinden sich Abgänge wegen „Arbeitsunfähigkeit“ sowie

³ Zugänge mit „vorheriger Arbeitsunfähigkeit“ (mit und ohne Berücksichtigung des vorherigen Status „arbeitsuchend“).

Quellen: Bundesanstalt für Arbeit: Zugang an Arbeitslosen nach der Herkunftsstruktur und nach ausgewählten Personenkreisen – Dezember 2000 bis Juli 2002.

Bundesanstalt für Arbeit: Abgang an Arbeitslosen nach Abgangsgründen und nach ausgewählten Personenkreisen – Dezember 2000 bis Juli 2002.

Tab. 2: Bestand an Leistungsempfängern im Jahresdurchschnitt 2001¹

	Insgesamt		davon					
			§ 126 SGB III (Fortzahlung im Krankheitsfall)		§ 125 SGB III (Nahtlosigkeits- leistungen)		§ 428 (58 Jahre und älter/nicht verfügbar)	
Jahresdurchschnitt	3.223.112	100,0%	76.354	2,4%	31.934	1,0%	224.979	7,0%
davon: Arbeitslosengeld (Spalten-%)	1.724.543	53,5%	38.382	50,3%				
Arbeitslosenhilfe (Spalten-%)	1.477.471	45,8%	37.732	49,4%				
Eingliederungshilfe (Spalten-%)	21.099	0,7%	241	0,3%				

¹ Leistungsempfänger von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe und Eingliederungshilfe

Quelle: Bundesanstalt für Arbeit: Arbeitsmarkt in Zahlen – aktuelle Daten, März 2002; Leistungsempfängerdatei

ger als drei Monate arbeitsunfähig, wird er in keiner der Statistiken mehr gezählt, auch nicht bei den Arbeitssuchenden (RdErl vom 4.11.1992 – IIb2-4021.1 A/4221...). Die Summe der Buchungen ist dabei nicht gleichzusetzen mit der Zahl der betroffenen Personen, da im Zeitraum von einem Jahr Arbeitslose mehrmals erkranken können. Nach Beendigung der Arbeitsunfähigkeit wird der Status wieder statistisch den neuen Umständen angepasst und ein Zugang registriert. Im Jahr 2001 finden sich in den Zugängen an Arbeitslosen über 1,1 Millionen Bewegungen von Personen, die unmittelbar vor der Arbeitslosmeldung den Status Arbeitsunfähigkeit besaßen (Bundesanstalt für Arbeit 2002c) (vgl. Abb. 5).

Aufgrund dieser statistischen Zählweise werden die gesundheitlichen Problemlagen von Arbeitslosen bei Querschnittsbetrachtungen erheblich unterschätzt. Bei einer Bestandsaufnahme von Arbeitslosen fehlen die zum jeweiligen Zeitpunkt arbeitsunfähig (und meist nur kurzzeitig) erkrankten Arbeitslosen wegen der vorherigen Buchung als Abgang aus Arbeitslosigkeit. Nachdem langandauernde Arbeitslosigkeit – wie in den vorherigen Kapiteln dargelegt – Krankheiten verursachen oder verschlimmern kann, ist zu vermuten, dass Langzeitarbeitslose überproportional häufig erkranken. Dies würde dann in der nationalen Bestandsstatistik zu einer Unterschätzung von Langzeitarbeitslosigkeit führen.

Neben der Gesundheitsforschung können die Auswirkungen der momentanen statistischen Konzeption auch auf die sonstige Arbeitsmarktforschung beachtlich sein. Bei allen Abgangs- und Zugangsstatistiken aus bzw. in Arbeitslosigkeit besteht die Gefahr von systematischen Verzerrungen durch die Arbeitsunfähigkeitsfälle, z.B. bei der durchschnittlichen Dauer der Arbeitslosigkeit. Auch kommen in der Jahresbetrachtung wiederholt erkrankte Arbeitslose mit ihren Merkmalsausprägungen mehrfach als Ab- und Zugänge vor. Untersuchungen, die Gesundheitszustände von Arbeitslosen mit anderen Personengruppen vergleichen oder im Zeitverlauf mit Statusübergängen analysieren, sollten die nicht arbeitslos gemeldeten Arbeitssuchenden und die Nichterwerbstätigen ausrei-

chend berücksichtigen. Daneben gibt es noch einen weiteren statistischen Artefakt: Übersteigt die Dauer der Arbeitsunfähigkeit sechs Wochen, wird nach erneutem Zugang in die Arbeitslosigkeit der ursprünglich erfasste Tag der Arbeitslosmeldung mit dem neuen Zugangsdatum überschrieben und wie ein Neuzugang in Arbeitslosigkeit behandelt (RdErl v. 7.5.1990 – IIb2-4220A/4221.1...). Die offiziellen Berechnungen der Dauer von Arbeitslosigkeit beziehen sich dann auf das letzte Zugangsdatum. Diese Regelung führt auf Mikroebene zu einer verkürzten Arbeitslosigkeitsperiode und senkt ebenfalls in der nationalen Bestandsstatistik die Quoten von Langzeitarbeitslosigkeit.

Die Abgangsstatistik gibt Auskunft über die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle, nicht aber über das Zeitvolumen und die Auswirkungen auf den Jahresdurchschnittsbestand an Arbeitslosen. Weitere Informationen dazu können der Leistungsempfängerstatistik entnommen werden. Die Bezieher von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe, die arbeitsunfähig werden, erhalten zunächst vom Arbeitsamt sechs Wochen lang ihre Zahlungen weiter (§126 SGB III). Diese Phase wird in der Leistungsempfängerstatistik festgehalten. Danach ruht der Anspruch so lange, bis wieder Arbeitsfähigkeit besteht. In der Zwischenzeit zahlt die Krankenkasse Krankengeld in Höhe des Arbeitslosengeldes bzw. der Arbeitslosenhilfe für maximal 78 Wochen. Im Jahresdurchschnitt 2001 erhielten rund 76.000 Leistungsempfänger von Arbeitslosengeld- oder hilfe Fortzahlungen im Krankheitsfall (Tab. 2). Bezieher von Arbeitslosenhilfe sind bei den Fortzahlungen im Krankheitsfall mit einem Anteil von 49,4% im Jahresdurchschnitt etwas überrepräsentiert. Ihr Anteil am Gesamtbestand der Leistungsempfänger liegt im Jahresdurchschnitt etwas niedriger bei 45,8%.

Bezogen auf den Jahresdurchschnitt von insgesamt 3.223.112 Leistungsempfängern errechnet sich ein Krankenstand von 2,4% im Jahr 2001. Diese Quote ist im Vergleich zum Krankenstand der pflichtversicherten Arbeitnehmer mit 4,19% im Jahr 2001 (Bundesministerium für Gesundheit 2002) deutlich niedriger. Wie bereits erwähnt,

müssen aber systematische Unterschätzungen berücksichtigt werden. Zum einen weisen Arbeitslose im Durchschnitt weniger Arbeitsunfähigkeitsfälle auf, weil offensichtlich bei kurzzeitigen Erkrankungen häufig keine Inanspruchnahme einer ärztlichen Versorgung mit „Krankschreibung“ erfolgt (siehe Kapitel 2.2). Zum anderen werden in der Leistungsempfängerdatei nicht alle in der Krankenkassenstatistik registrierten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen erfasst bzw. den Arbeitsämtern gemeldet. Ein Vergleich der knapp 1,1 Millionen Arbeitsunfähigkeitsfälle, die von den Arbeitslosen im Jahr 2000 gemeldet bzw. als Abgänge aus dem Arbeitslosenbestand verbucht wurden (Bundesanstalt für Arbeit 2001), mit der Krankenkassenstatistik zeigt, dass bei den Krankenkassen mehr als doppelt so viele Arbeitsunfähigkeitsfälle, nämlich über 2,7 Millionen (BMG KG 2-Statistik 2002), registriert wurden. Die Daten der Bundesanstalt für Arbeit bieten deshalb zur Gesamtschätzung der gesundheitlichen Lage von Arbeitslosen an dieser Stelle nur ein unvollständiges Bild.

Eine Reihe von weiteren Sonderregelungen führt dazu, dass Verwaltungsdaten über Arbeitslose in speziellen Lebenslagen existieren. Gleichzeitig werden diese besonderen Personengruppen, die nachfolgend beschrieben werden, aber aus dem Bestand an Arbeitslosen herausgenommen. Bei alleiniger Betrachtung der Arbeitslosenbestandsstatistik werden deshalb gesundheitliche Probleme erheblich unterschätzt. Als eine Sonderform des Arbeitslosengeldes gilt der Anspruch auf Leistung bei einer nicht nur vorübergehenden Minderung der Leistungsfähigkeit gemäß § 125 SGB III, wenn verminderte Erwerbsfähigkeit im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung noch nicht festgestellt wurde. Diese Leistungsbezieher machten im Jahresdurchschnitt 2001 31.934 Personen aus (Tab. 2). Darüber hinaus wurden im Jahresdurchschnitt 2001 für 224.979 Personen die vorruhestandsähnliche Regelung nach dem § 428 SGB III angewandt, nach der 58-jährige und ältere Leistungsempfänger der Arbeitsvermittlung nicht mehr voll zur Verfügung stehen müssen und deshalb nicht mehr im Arbeitslosenbestand gezählt werden. Bei Älteren ist der Anteil von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen natürlich besonders hoch.

Auch die Bezieher von Renten wegen Erwerbsminderung werden nicht mehr im Arbeitslosenbestand gezählt. Mit der Novellierung der Rentengesetze vom 1.1.2001 wurden die bisherigen Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten durch eine zweistufige Erwerbsminderungsrente ersetzt. Wenn es auf dem Arbeitsmarkt keine Stellen für teilweise Erwerbsgeminderte gibt, können diese nach der neuen Regelung die Rente in voller (statt in halber) Höhe beziehen. Im Jahr 2001 gab es insgesamt 42.900 Zugänge in Rente durch Frührentner, die die sogenannte arbeitsmarktbedingte Erwerbsunfähigkeitsrente nach § 43 SGB VI bekommen (Bundesanstalt für Arbeit 2002a). Die Inanspruchnahmen von den arbeitsmarktbedingten Erwerbsminderungsrenten und die vorgezogenen Altersrenten für schwerbehinderte Menschen dürften der Hauptgrund für den anteiligen Rückgang von Schwerbehinderten und Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen

bei den 60- bis 65-jährigen Arbeitslosen sein (siehe Tab. 1, Sp. 3).

Zusammengefasst stehen der Bundesanstalt für Arbeit Informationen über Gesundheitszustände von Arbeitslosen hauptsächlich aus drei Datenquellen zur Verfügung: Erstens die Eintragungen der gesundheitlichen Einschränkungen durch die Vermittler in den computerunterstützten Bewerberangeboten (BewA). Diese basieren auf Selbstauskünften der Arbeitslosen, auf dem durch die Versorgungsämter anerkannten Grad der Behinderung und auf Ergebnissen der medizinischen Gutachtenverfahren. Hier sind bei fast einer Million Arbeitslosen im Bestand gesundheitliche Einschränkungen registriert. Als zweite Informationsgrundlage dienen Ergebnisse der medizinischen Gutachten des Ärztlichen Dienstes, deren Krankheits- und Funktionsdiagnosen aggregiert für Arbeitslose veröffentlicht werden. Allein im Jahr 2001 wurden über 390.000 Gutachten erstellt. Als Drittes gibt es -bedingt durch das Leistungsrecht und die Statistikkonzeption- Informationen über den Eintritt von Arbeitsunfähigkeitsfällen bei Arbeitslosen. Nach der Abgangstatistik wurden 2001 rund 1,2 Millionen Fälle von Arbeitsunfähigkeit verbucht und im Jahresdurchschnitt sind nach der Leistungsempfängerdatei rund 76.000 Arbeitslose, die Arbeitslosengeld oder -hilfe bezogen, davon betroffen. Der Anteil gesundheitlich eingeschränkter Arbeitsloser wird aber in der Arbeitslosenstatistik durch die Konzeption systematisch unterschätzt. Durch die Abgangsbuchung von arbeitsunfähig erkrankten Arbeitslosen und besonderer Personengruppen aus dem Bestand entstehen in der Statistik Selektionseffekte und Artefakte. Insgesamt gibt es aber über eine äußerst beachtliche Anzahl von Arbeitslosen gesundheitsbezogene Informationen, die allerdings bruchstückhaft bleiben. Die vorhandenen Informationssysteme existieren wegen der verschiedenen Verwaltungszwecke isoliert nebeneinander und wurden bisher nicht zusammengeführt. Über Interaktionen zwischen vermittlungsrelevanten gesundheitlichen Einschränkungen, anerkannten Behinderungen, chronischen Krankheiten und akuten Arbeitsunfähigkeitsfällen gibt es ebenso wenig Informationen wie über die Anzahl der übergreifend betroffenen Personen und die Auswirkungen auf biografische Erwerbsverläufe.

5 Für eine arbeitsmarktintegrierende Gesundheitsförderung und Prävention

Die in den vorherigen Kapiteln beschriebenen Befunde zeigen einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand von Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen auf. Es kann nach dem aktuellen Forschungsstand als wissenschaftlich evident bezeichnet werden, dass Arbeitslosigkeit nicht nur mit seelischem Leiden korreliert, sondern dieses auch mitverursacht. Daneben existieren gesundheitliche Selektionsprozesse auf dem Arbeitsmarkt, deren Effektgrößen aber als deutlich kleiner einzuschätzen sind. Durch die Statistiken und Verwaltungsvorgänge der Bundesanstalt für Arbeit liegen über eine große Anzahl von Arbeitslosen gesundheitsbezogene Informationen vor, die allerdings insgesamt bruchstückhaft bleiben.

Die Gesamtschau der vorliegenden Kausalanalysen und empirischen Studien lassen auf einen „circulus vitiosus“ schließen. Gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitslose haben -wie IAB-Studien zeigen- schlechtere Wiedereingliederungschancen in den Arbeitsmarkt und sind daher stärker von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen. Eine repräsentative Erhebung bei Arbeitslosen (Cramer et al. 2002) macht gesundheitliche Einschränkungen als größtes Hemmnis für Suchaktivitäten nach einem neuen Arbeitsplatz aus. Rudolph (1998) berechnete bei drei Arbeitslosenkohorten, die 1994 bis 1997 in den Bestand an Arbeitslosigkeit zugegangen waren, die Übertrittswahrscheinlichkeiten in Langzeitarbeitslosigkeit. Für die Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen oder mit anerkannten Behinderungen wurde ein Risiko der Langzeitarbeitslosigkeit von fast 40% festgestellt. In allen Altersgruppen unter 60 Jahren zeigte sich ein erhöhtes Risiko, das mit zunehmendem Alter größer wurde.

Trotz der großen Zahl von betroffenen Menschen und der gewichtigen Folgen wird dieser Kreislauf von Arbeitslosigkeit, gesundheitlichen Einschränkungen sowie erschwerter Vermittlung in Beschäftigung bisher zu wenig wahrgenommen. Die gesundheitliche Lage von Arbeitslosen wird in der Arbeitslosenstatistik nur lückenhaft dargestellt und in der Gesundheitsberichterstattung vernachlässigt. Diese Defizite in der Berichterstattung und der Man-

gel an systematischer Forschung erschweren die dringend notwendige Etablierung von Ansätzen der Prävention und Gesundheitsförderung. Da diese Ansätze den beschriebenen Kreislauf durchbrechen oder zumindest die Folgen abmildern könnten, wird im abschließenden Kapitel noch kurz auf zwei aktuelle Entwicklungen eingegangen. Durch die Forcierung des Präventionsgedankens in den Aufgabenkatalogen der Krankenkassen und durch die Einführung von neuen Instrumenten für die Vermittlung im Job-AQTIV-Gesetz könnten sich auch neue Chancen für Arbeitslose ergeben.

5.1 Arbeitsmarktintegrierende Gesundheitsförderung als gesundheitspolitische Herausforderung

Mit der Ottawa-Charta hat die Weltgesundheitsorganisation 1986 eine weltweite Strategie zur Gesundheitsförderung initiiert. Sie zielt auf einen Prozess, in dem alle Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit erwerben und zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigt werden. Die Charta unterstreicht die integrierte Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für Gesundheit. Die deutsche Entwicklung der Gesundheitsförderung ist stark von den Konzepten der Weltgesundheitsorganisation geprägt. Im Sinne der Ottawa-Charta („Neuorientierung der Gesundheitsdienste“) beabsichtigt die deutsche Gesundheitspolitik die Prä-

„Sofortige Verfügbarkeit“ von Arbeitslosen und Arbeitsunfähigkeit

Die Praxis der Abgangsbuchung auch von kurzzeitig erkrankten Arbeitslosen aus dem Arbeitslosenbestand ist eng verbunden mit der Definition von Arbeitslosigkeit und verschiedenen Erhebungskonzepten. Ein Kriterium von Arbeitslosigkeit ist die „sofortige Verfügbarkeit“ für den Arbeitsmarkt. Das international gebräuchliche „Labour-Force“-Konzept sieht für die Definition von Arbeitslosigkeit die sofortige Verfügbarkeit innerhalb eines Zeitraums von zwei Wochen vor. Das Statistische Bundesamt und der Mikrozensus lehnen sich für nationale Studien weitgehend an dieses Konzept an, begrenzen den Zeitraum der Verfügbarkeit aber überhaupt nicht. Die Bundesanstalt für Arbeit definiert dagegen die „sofortige Verfügbarkeit“ als „heutige Verfügbarkeit“ ohne einen Toleranzzeitraum. Dieses Kriterium für die Definition von „Verfügbarkeit“ und damit von „arbeitslos“ wurde aber in der Vergangenheit nicht immer so angewandt. Bis Ende 1984 blieb eine Unterbrechung der Arbeitslosigkeit bis zu 13 Wochen unberücksichtigt, d.h. die Arbeitslosigkeitsperiode wurde dadurch nicht beendet. Der Unterbrechungszeitraum selbst zählte damals bei der Berechnung der Arbeitslosendauer nicht mit (ANBA Nr. 12/1985, S. 1504 und ANBA Nr. 5/1987, S. 644). In der letzten Abgangsstatisik nach dem alten Erhebungskonzept im Mai/Juni 1984 hatte der Abgangsgrund „arbeitsunfähig erkrankt“ lediglich einen Anteil von 4,6%. Ab 1985 wurde ausschließlich ein anderes Erhebungskonzept verfolgt, nach dem jede „Nichtarbeitslosigkeit“ eine Arbeitslosenperiode beendet. Heute macht der Anteil der Abgänge mit der Begründung „Arbeitsunfähigkeit“ rund ein Fünftel aus.

Empfehlung zur Konzeption der Arbeitslosenstatistik

Wie Abb. 5 zeigt, gleichen sich die Abgänge aus dem Bestand an Arbeitslosen wegen Arbeitsunfähigkeit und die Zugänge aus vorheriger Arbeitsunfähigkeit fast aus und bleiben im Zeitverlauf relativ konstant. Sie bilden quasi einen „Sockel“ in der Abgangs- und Zugangsstatisik. Rund 90% der Zugänge aus vorheriger Arbeitsunfähigkeit stammen aus der Zählung der „Arbeitsuchenden“, in die die Abgänge wegen Arbeitsunfähigkeit i.d.R. einmünden. Um zukünftig zu vermeiden, dass jede kurzfristige Erkrankung eines Arbeitslosen zu künstlichen Abgangs- und späteren Zugangsbuchungen führt, könnte ohne Beendigung der Arbeitslosenperiode entweder die Frist von 6 Wochen bis zur Krankengeldzahlung durch die Krankenkassen akzeptiert oder zumindest das „Labour-Force“-Konzept mit dem Zeitraum der Verfügbarkeit von zwei Wochen übernommen werden. Letzteres brächte den weiteren Vorteil der internationalen Vergleichbarkeit der Arbeitslosenzahlen mit sich.

vention zum Leitziel der Gesundheitsversorgung aufzuwerten und Gesundheitsvorsorge zu einer eigenständigen Säule der Gesundheitsversorgung auszubauen – neben Behandlung, Pflege und Rehabilitation. Die Zusammenführung verschiedener Regelungen in einem Präventionsgesetz wird angestrebt (Bundesgesundheitsministerium, Pressemitteilung vom 22.4.2002).

Im Zuge dieser Entwicklung könnten sich auch neue Möglichkeiten für Arbeitslose eröffnen, da eine solche gesetzgeberische Initiative die bestehenden Sozialgesetze wie das SGB III und SGB V novellieren würde und zu einer Ausweitung der Gesundheitsförderung führen könnte. Die Auswirkungen der Arbeitslosigkeit ließen sich höchstwahrscheinlich durch präventive Angebote und psychosoziale Unterstützung individuell „gesünder“ und mit weniger menschlichem Leid verarbeiten. Dies würde die Chancen auf Wiedereingliederung von Arbeitslosen verbessern, gesamtgesellschaftlich die Folgekosten für die sozialen Sicherungssysteme begrenzen und über die Lohnnebenkosten den Faktor „Arbeit“ entlasten. Allerdings können die Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung nur die Folgen für Arbeitslose abmildern, die Ursachen von Massenarbeitslosigkeit in Deutschland lassen sich dadurch nicht beseitigen. An dieser Stelle muss auf Konzepte zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit wie auf die IAB-Agenda von 1998 (Kleinhenz et al. 1998) oder auf neuere Empfehlungen (z.B. Kleinhenz 2002; Koch/Walwei/Wießner/Zika 2002) verwiesen werden.

Neben der angesprochenen problematischen Konzeption der Arbeitslosenstatistik müssen in der Gesundheitsberichterstattung die Datengrundlagen und ihre kassenartenübergreifende Aufbereitung für Arbeitslose verbessert und die Forschungsanstrengungen intensiviert werden. Abgesehen von historischen Gründen liegt eine Ursache für die geringe systematische Auswertung vorliegender Krankenkassendaten in der Vernachlässigung der Arbeitslosen als Versichertengruppe und vor allem als Zielgruppe für Prävention und Gesundheitsförderung. Jedoch gibt es vor allem für Krankenkassen gute Gründe, dieser wichtigen Zielgruppe mehr Aufmerksamkeit zu schenken:

(1) *Folgekosten*: Wenn Arbeitslosigkeit Krankheiten verursacht oder sich bestehende Krankheiten verschlimmern bzw. chronisch werden, sind bei inadäquater Bewältigung steigende Folgekosten für die Krankheitsversorgung und Rehabilitation zu erwarten. Dies gilt im besonderen Maße für Suchterkrankungen. Ziehen Krankheiten lange Perioden von Arbeitsunfähigkeitszeiten mit mehr als sechs Wochen nach sich, entstehen für die Krankenkassen zusätzliche Kosten durch die Bezahlung des Krankengelds.

(2) *Mindereinnahmen*: Gesundheitliche Einschränkungen verschlechtern die Chancen von Arbeitslosen auf Wiedereingliederung. Wenn aber Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zeitverzögert aus Arbeitslosigkeit in den Arbeitsmarkt einmünden, zahlen sie auch erst später die an den Bruttolöhnen orientierten Sozialversicherungsbeiträge, was sich negativ auf der Einnahmenseite der Krankenkassen und der anderen Sozialversicherungen bemerkbar macht. Außerdem sind die Versicherten, so-

lange sie Arbeitslosenhilfe beziehen, befreit von Zuzahlungen zu Arznei-, Verband- und Heilmitteln.

(3) *Arbeitsicherheit*: Die Analyse von Gesundheitszuständen bei neu zugewanderten Arbeitslosen kann Hinweise auf vorherige gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen in einzelnen Branchen und Betrieben sowie mögliche Handlungsfelder der betrieblichen Gesundheitsförderung geben (Stichwort: „healthy worker effect“).

(4) *Chancengleichheit*: Gezielte Angebote der Gesundheitsförderung für Arbeitslose können die vom Gesetzgeber geforderte Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen verwirklichen (§20 Abs. 1 SGB V), da von Arbeitslosigkeit häufiger formal geringqualifizierte und geringverdienende Personen mit niedrigerem Sozialstatus betroffen sind. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001) vermisst bisher die konkrete Umsetzung der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben sich auf gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung ihres gesetzlichen Auftrages zur Prävention und Gesundheitsförderung geeinigt. Die Gesundheitsreform 2000 hat ihnen an dieser Stelle wieder Handlungsspielräume eröffnet und für das Budget einen Richtwert von 2,56 Euro je Versichertem und Kalenderjahr vorgegeben. Angesichts von aktuell rund 4 Millionen Arbeitslosen im Bestand sollten bei diesem Richtwert die Finanzmittel für gezielte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung dieser Versichertengruppe zur Verfügung stehen. In der Präambel der gemeinsamen Umsetzungsempfehlung erkannten die Spitzenverbände der Krankenkassen Ansatzpunkte „im Risikoverhalten und in selbstschädigenden Verhaltensweisen sowie in gesundheitsbelastenden Bedingungen in der Umwelt und in der Arbeitswelt, einschließlich der psychosomatischen Belastungen durch Arbeitslosigkeit“. In den weiteren Festlegungen der Zielgruppen und in der praktischen Umsetzung gingen aber die Arbeitslosen als Adressaten von Gesundheitsförderung und Prävention verloren.

Hier ist eine Erweiterung der Zielgruppen dringend erforderlich. Auch für Arbeitslose sind die von den Krankenkassen gemeinsam als prioritär erkannten Handlungsfelder der individuellen Primärprävention von größter Relevanz, insbesondere die Handlungsfelder „Bewegungsgewohnheiten“, „Ernährung“, „Stressreduktion/Entspannung“ sowie „Genuss- und Suchtmittelkonsum“. Darüber hinaus müssen spezifische Präventionsstrategien und insbesondere psychosoziale Beratungsangebote für Arbeitslose entwickelt werden, die die unterschiedlichen Gruppen mit ihren individuellen Voraussetzungen berücksichtigen. Dazu gehört auch die Unterstützung der Selbsthilfe. Durch gezielte Präventionsmaßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung könnten außerdem den durch Paul und Moser (2001) beschriebenen höheren Arbeitslosigkeitsrisiken von Beschäftigten mit psychischen Symptombelastungen (siehe Kapitel 3) entgegengewirkt werden.

5.2 Neue Chancen durch Job-AQTIV

Das Job-AQTIV-Gesetz führt erstmals in das SGB III explizit Regelungen zum „Case Management“ und „Profiling“ als Instrumente der Vermittlung ein. Erste Auswertungen aus früheren Modellprojekten lagen in einzelnen Arbeitsämtern bereits vor (Rudolph/Müntnich 2001; Bertelsmann Stiftung et al. 2002). Diese Ansätze könnten auch im Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention individuell eine neue Chance in der Betreuung sowie strukturell in der Vernetzung vorhandener Versorgungssysteme bieten. Für solche Case Management-Konzepte liegen bereits praktische Erfahrungen aus den verwandten Ansätzen des „disease managements“, des „disability managements“ und zunehmend aus der Suchthilfe vor.

In der Bundesanstalt für Arbeit sind hierfür kompetente Ansprechpartner im Ärztlichen Dienst und im Psychologischen Dienst mit sozialmedizinischem bzw. sozialpsychologischem Fachwissen vorhanden. Der Gesundheitszustand von Arbeitslosen sollte Bestandteil des routinemäßigen Profilings und einer Potenzialanalyse werden. Nach der Kategorisierung der Arbeitslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen im Profiling müssen adäquate Förderungen entsprechend der Art und Intensität der notwendigen Vermittlungsaktivitäten folgen. Aus den Begutachtungs- und Diagnostikverfahren liegen Befunde vor, die auch Informationen für Bedarfs- und Zielfeststellungen von gefährdeten Gruppen geben könnten. Das Case Management bietet bei komplexen Problemen eine koordinierte und kontinuierliche Behandlungsoption unter Vermeidung von bruchstückhaften Leistungserbringungen der unterschiedlichen Fachkräfte und Institutionen. Die Verantwortung für die Koordination des Prozesses muss dabei von allen Akteuren auf eine einzige Stelle übertragen werden. Der in der Ottawa-Charta propagierten Gemeinwesenorientierung der Gesundheitsförderung kommt die bundesweite Organisationsstruktur der Bundesanstalt für Arbeit mit wohnortnahen Ämtern und Dienststellen entgegen. Erste Erfahrungen werden bereits in einem Modellprojekt unter Beteiligung des Ärztlichen Dienstes im Arbeitsamtsbezirk Rottweil gesammelt. Als Besonderheit übernehmen dort nach einem gemeinsamen Profiling von Arbeitsvermittler und Arbeitsamtsarzt für ausgewählte Arbeitslose externe Casemanager, i.d.R. Diplom-Sozialpädagogen und Psychologen, die Betreuung. Diese unterstützen bei Bewerbungen und Qualifizierungsmaßnahmen den Arbeitslosen und assistieren bei der Vermittlung. Bei erfolgreicher Vermittlung ist eine nachgehende Begleitung am Arbeitsplatz durch den Casemanager bis zu sechs Monaten vorgesehen. Während des gesamten Case Management-Prozesses besteht eine regelmäßige Berichtspflicht an den Vermittler und Arbeitsamtsarzt, die den Erfolg kontrollieren. Dieses Modellprojekt ist ein Beispiel für die neuen Möglichkeiten, die das Job-AQTIV-Gesetz gesundheitlich gefährdeten Arbeitslosen eröffnet. Nach einer notwendigen Phase der Konzeptentwicklung und -erprobung müssen aber solche Angebote in eine breite und dauerhafte Umsetzung mün-

den. Zuspruch haben die Instrumente Profiling und Case Management auch in den Vorschlägen der so genannten Hartz-Kommission⁴ (2002) erhalten. Die Konzeption des JobCenter sieht bei Arbeitslosen mit „weitergehenden Beratungs- und Betreuungsbedarf“ die Zuordnung zu einem Fallmanager vor.

Das SGB III lässt den örtlichen Arbeitsämtern außerdem gewisse Handlungsfreiheiten nach den Regelungen der freien Förderung gemäß § 10 SGB III. Über diese selbstbestimmte Mittelverwendung können vor Ort bereits jetzt viele kooperative Modelle wie Reha-Assessment-Projekte oder intensivere sozialpädagogische Betreuungsmaßnahmen durchgeführt werden, die als notwendig erkannt wurden, aber noch nicht Bestandteil einer flächendeckenden Regelversorgung sind. Die Modellprojekte zur psychosozialen Unterstützung von Arbeitslosen müssen aber noch weiter ausgebaut und vor allem wissenschaftlich begleitet werden. Kuhnert und Kastner (2002) konstatieren eine mangelnde Umsetzung von Gesundheitsförderungsstrategien für Arbeitslose und sehen die Ursache in der fehlenden Praxisforschung. Bei diesen Autoren findet sich auch ein aktueller Überblick über Ansätze und Modellprojekte zur Förderung psychischer Gesundheit von Arbeitslosen.

Als oberstes Ziel von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung sollte die Integration in den Arbeitsmarkt im Vordergrund stehen, damit sie von Arbeitslosen als attraktiv erkannt und angenommen werden: Lieber Gesundheitsvorsorge, als vor Sorge krank – und schwer vermittelbar.

6 Literaturverzeichnis

- AOK-Bundesverband/BKK-Bundesverband/IKK-Bundesverband/Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen/Bundesknappschaft/See-Krankenkasse/Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (2001): Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. Juni 2001.
- Bertelsmann Stiftung/Bundesanstalt für Arbeit/Deutscher Landkreistag/Deutscher Städtetag/Deutscher Städte- und Gemeindebund (Hrsg.) (2002): Handbuch Beratung und Integration. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Brinkmann, C. (1984): Die individuellen Folgen langfristiger Arbeitslosigkeit. Ergebnisse einer repräsentativen Längsschnittuntersuchung. In: MittAB 4, 454-473.
- Brinkmann, C./Potthoff, P. (1983): Gesundheitliche Probleme in der Eingangsphase der Arbeitslosigkeit. In: MittAB 4, 378-394.
- Brixy, U./Gilberg, R./Hess, D./Schröder, H. (2002): Was beeinflusst den Übergang von der Arbeitslosigkeit in die Erwerbstätigkeit? IAB Kurzbericht Nr. 1 vom 21.1.2002.
- Bundesanstalt für Arbeit (2002a): Arbeitsmarkt 2001. Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit vom 17. Juni 2002. Nürnberg.
- Bundesanstalt für Arbeit (2002b): Abgang an Arbeitslosen nach Abgangsgründen und nach ausgewählten Personenkreisen – Dezember 2001.

⁴ Kommission zum Abbau der Arbeitslosigkeit und zur Umstrukturierung der Bundesanstalt für Arbeit

- Bundesanstalt für Arbeit (2002c): Zugang an Arbeitslosen nach der Herkunftsstruktur und nach ausgewählten Personenkreisen – Dezember 2001.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2002): Der Krankenstand im Jahr 2001. dpa vom 11.4.2002.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (1999): Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1998. Statistischer und finanzieller Bericht. Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (1996): Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1995. Statistischer und finanzieller Bericht. Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (1994): Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1993. Statistischer und finanzieller Bericht. Bonn.
- Cramer, R./Gilberg, R./Hess, D./Marwinski, K./Schröder, H./Smid, M. (2002): Suchintensität und Einstellungen Arbeitsloser. Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 261, Nürnberg.
- Dauer, S. (1999): Zu Wechselwirkungen von Gesundheit und Arbeitslosigkeit. In: Dauer, S./Henning, H. (Hrsg.): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Halle: Mitteldeutscher Verlag, 12-23.
- Dittrich, S. (2001): Fragen zur Gesundheit: Ergebnisse des Mikrozensus 1999. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Wirtschaft und Statistik 9, 771-780.
- Dooley, D./Catalano, R. (1980): Economic Change As a Cause of Behavioral Disorder. In: Psychological Bulletin, Vol. 87, No. 3, 450-468.
- Eisenberg, P./Lazarsfeld, P. (1938): The psychological effects of unemployment. In: Psychological Bulletin, 35, 358-390.
- Elkeles, T. (1999): Arbeitslosigkeit, Langzeitarbeitslosigkeit und Gesundheit. In: Sozialer Fortschritt 6, 150-155.
- Elkeles, T./Seifert, W. (1996): Immigrants and health: unemployment and health-risks of labour migrants in the Federal Republic of Germany, 1984-1992. In: Soc Sci Med 43 (7), 1035-47.
- Elkeles, T./Seifert, W. (1993): Unemployment and your health: long-term analysis for the German Federal Republic. In: Soz Preventivmed 1998, 38 (3), 148-55.
- Frese, M./Mohr, G. (1978): Die psychopathologischen Folgen des Entzugs von Arbeit: Der Fall Arbeitslosigkeit. In: Frese, M./Greif, S./Semmer, N. (Hrsg.): Industrielle Psychopathologie. Bern: Huber Verlag.
- Fryer, D. (1986): Employment deprivation and personal agency during unemployment: A critical discussion of Jahoda's Explanation of the psychological effects of unemployment. In: Social Behaviour, 1 (3), 3-23.
- GEK Gmünder Ersatzkasse Deutschland (2001): GEK-Gesundheitsreport 2001. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Bd. 18. Schwäbisch Gmünd.
- GEK Gmünder Ersatzkasse Deutschland (1999): GEK-Gesundheitsreport 1999. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Bd. 12. Schwäbisch Gmünd.
- Hartz P. u.a. (2002): Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt. Vorschläge der Kommission zum Abbau der Arbeitslosigkeit und zur Umstrukturierung der Bundesanstalt für Arbeit. Bericht der Kommission vom 16. August 2002
- Harych, H./Harych, P. (1997): Der subjektive und objektive Gesundheitszustand von Arbeitslosen – Eine Studie in Sachsen. IAB-Werkstattbericht Nr. 8 vom 20.5.1997
- Henkel, D. (1992): Arbeitslosigkeit und Alkoholismus. Epidemiologische, ätiologische und diagnostische Zusammenhänge. Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- Hoffmeister, H. (1993): Gesünder leben – Herzenssache: Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP). Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamts, SozEp-Heft 15.
- Hurrelmann, K. (2000): Gesundheitssoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim: Juventa.
- Jahoda, M./Lazarsfeld, P./Zeisel, H. (1975): Die Arbeitslosen von Marienthal (1933). Frankfurt: Suhrkamp Verlag.
- Jahoda, M. (1981): Work, employment, and unemployment – values, theories, and approaches in social research. In: American Psychologist, 36(2), 184-191.
- Jahoda, M. (1979): PFL: Hedgehog of Fox. In: „Qualitative and Quantitative Social Research“. New York: The Free Press, 3-22.
- Jessor, R./Jessor, S. L. (1977): Problem behavior and psychosocial development. New York: Academic Press.
- Kieselbach, T. (1998): Arbeitslosigkeit. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.). Gesundheitsbericht für Deutschland. Stuttgart: Verlag Metzler-Poeschel, 116-121.
- Kleinhenz, G. et al. (1998). IAB-Agenda '98. Wissenschaftliche Befunde und Empfehlungen zur Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik. IAB-Werkstattbericht Nr. 10 vom 28.9.1998.
- Kleinhenz, G. (2002): Nur eine umfassende Strategie kann aus der Krise führen. IAB-Kurzbericht Nr. 16 vom 1.8.2001.
- Koch, S./Walwei, U./Wießner, F./Zika, G. (2002): Wege aus der Arbeitsmarktkrise: Finanzpolitik, Ordnungspolitik, Arbeitsmarktpolitik und Tarifpolitik auf dem Prüfstand. IAB-Werkstattbericht Nr. 11 vom 22.8.2002.
- Kuhnert, P./Kastner, M. (2002): Neue Wege in Beschäftigung – Gesundheitsförderung bei Arbeitslosigkeit. In: Röhrle, B. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung Bd.II. Tübingen: dgvt-Verlag, 373-406.
- Meltzer, E.O. (1994): Prevalence, economic, and medical impact of tobacco smoking. In: Annals of Allergy (73), 381-388.
- Moser, K./Paul, K. (2001): Arbeitslosigkeit und seelische Gesundheit. In: Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 33. Jg. (3), 431-442.
- Murphy G./Athanasou, J. (1999): The effect of unemployment on mental health. In: Journal of Occupational and Organizational Psychology, 72, 83-99.
- Paul, K./Moser, K. (2001): Negatives psychisches Befinden als Wirkung und Ursache von Arbeitslosigkeit: Ergebnisse einer Metaanalyse. In: Zempel, J./Bacher, J./Moser, K. (Hrsg): Erwerbslosigkeit. Opladen: Leske + Budrich, S. 83-110.
- Pfaff, H. (2001): Schwerbehinderte 1999. In: Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik 8, 678-684.
- Rudolph, H. (1998): Risiko von Langzeitarbeitslosigkeit frühzeitig erkennen: Berechnung der Verbleibswahrscheinlichkeit von Arbeitslosen. IAB-Werkstattbericht Nr. 14 vom 19.11.1998.
- Rudolph, H./Müntnich, M. (2001): „Profiling“ zur Vermeidung von Langzeitarbeitslosigkeit. In: MittAB 4, 530-553.

- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Deutscher Bundestag Drucksache 14/5660.
- Schach, E./Schach, S./Wille, L./Glimm, E./Rister-Mende, S. (1994): Die Gesundheit von Arbeitslosen und Erwerbstätigen im Vergleich. Forschungsbericht Fb 708. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland. Stuttgart: Verlag Metzler-Poeschel.
- Steinle, T. (2001): Gesundheitsökonomische Aspekte der Arbeitslosigkeit. Literaturreview und empirische Analyse der Daten des sozioökonomischen Panels. Magisterarbeit im Aufbaustudiengang Public Health, Universität Ulm.
- USDHHS (1994): Preventing tobacco use among young people: A report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. Washington.
- VDR Verband Deutscher Rentenversicherungsverträge (2001): VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 2000. Frankfurt a.M.
- Warr, P. (1987): Work, Unemployment and Mental Health. Oxford: Clarendon Press.
- Warr, P./Jackson, P./Banks, M. (1988): Unemployment and Mental Health: Some British Studies. In: Journal of Social Issues, Vol. 44, No. 4, 47-68.
- Winefield; A. (1995): Unemployment: Its psychological costs. In: International Review of Industrial and Organizational Psychology. Vol. 10. Chichester: Wiley, 169-212.
- World Health Organisation (2001): The International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF.