



LGL

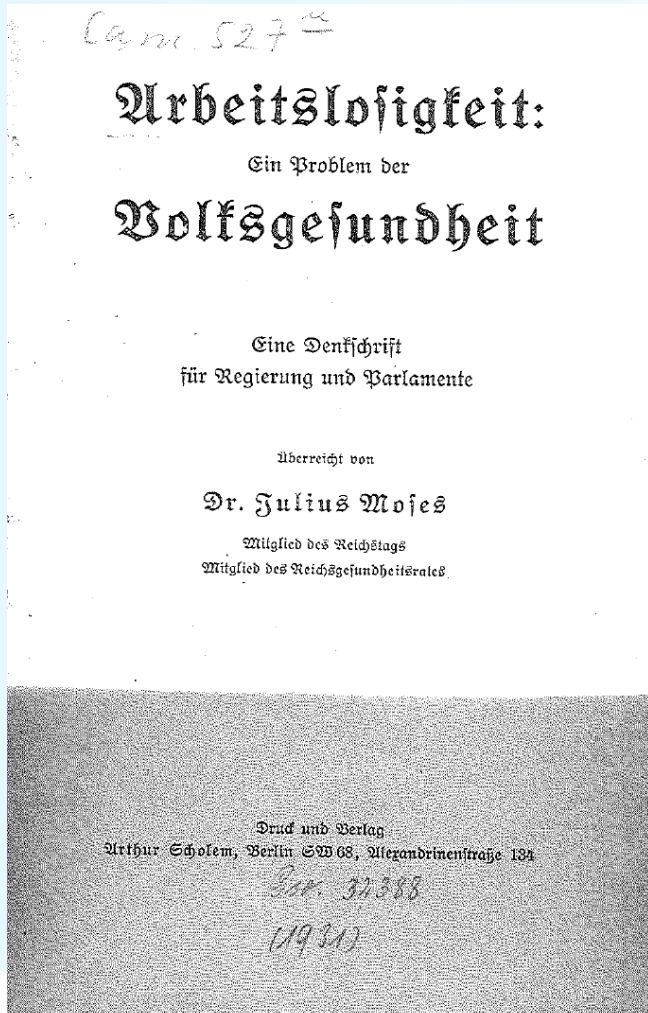
**Gesundheitsförderung in der Arbeitsmarktpolitik:
Ansätze und Perspektiven**

PD Dr. Alfons Holleder
BA/IAB-Fachtagung „Ältere am Arbeitsmarkt“
am 10.7.2013 in Nürnberg

Vortragsgliederung

- 1. Zusammenhang Arbeitslosigkeit und Gesundheit**
- 2. Ansätze arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung**
- 3. Herausforderungen und Perspektiven**

Historischer Exkurs: Arbeitslosigkeit und Gesundheit



„Arbeitslosigkeit als sozialer Krankheitsfaktor ist gleichzeitig auch ein medizinischer Krankheitsfaktor...

...die gesundheitliche Bedeutung der Arbeitslosigkeit wird leider von der Gesetzgebung nicht beachtet...“

Moses, J. (1931). Arbeitslosigkeit: Ein Problem der Volksgesundheit: Eine Denkschrift für die Regierung und Parlamente. Berlin: Scholem.

Gesundheitsvergleich Arbeitslose mit Beschäftigten (im Durchschnitt):



- schlechterer **subjektiver Gesundheitszustand**
- signifikant **erhöhtes Krankheitsrisiko**
- erhöhtes Risiko für **vorzeitige Sterblichkeit**
- ungünstigeres **Gesundheitsverhalten**
(Ernährung, körperliche Aktivität, Tabak und Alkohol)
- doppelt so viele **Krankenhausfälle**
- mehr **Krankengeldbezug**
- häufigere **Arzneimittelverordnungen**
(z.B. bei Anti-Depressiva)

Empirische Befunde zur Gesundheit von Arbeitslosen



- **Internationale Meta-Analysen**
(Paul & Moser, 2006, 2008, 2009;
McKee-Ryan, Song, Wanberg & Kinicki, 2005;
Jefferis et al., 2011)
- **Gesundheitssurveys** (Grobe & Schwartz, 2003; Kroll & Lampert, 2012; u.a.)
- **Mikrozensus** (StaBu, 2011; Holleder, 2011, 2012; u.a.)
- **Sozioökonomisches Panel (SOEP)** (Romeu Gordo, 2006; u.a.)
- **Statistiken** der Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung
u.a.

Empirische Befunde zur Gesundheit von Arbeitslosen



- **IAB-Studien**

- Repräsentativbefragung (Brinkmann, 1983, 1984)
- Daten der BA-Statistik (Schettkat & Semlinger, 1982; Rudolph, 1998)
- IAB-Befragung (Gilberg et al., 2001; Cramer et al. , 2002; Holleder, 2003)
- PASS-Panel (Dietz, Müller & Trappmann, 2009)

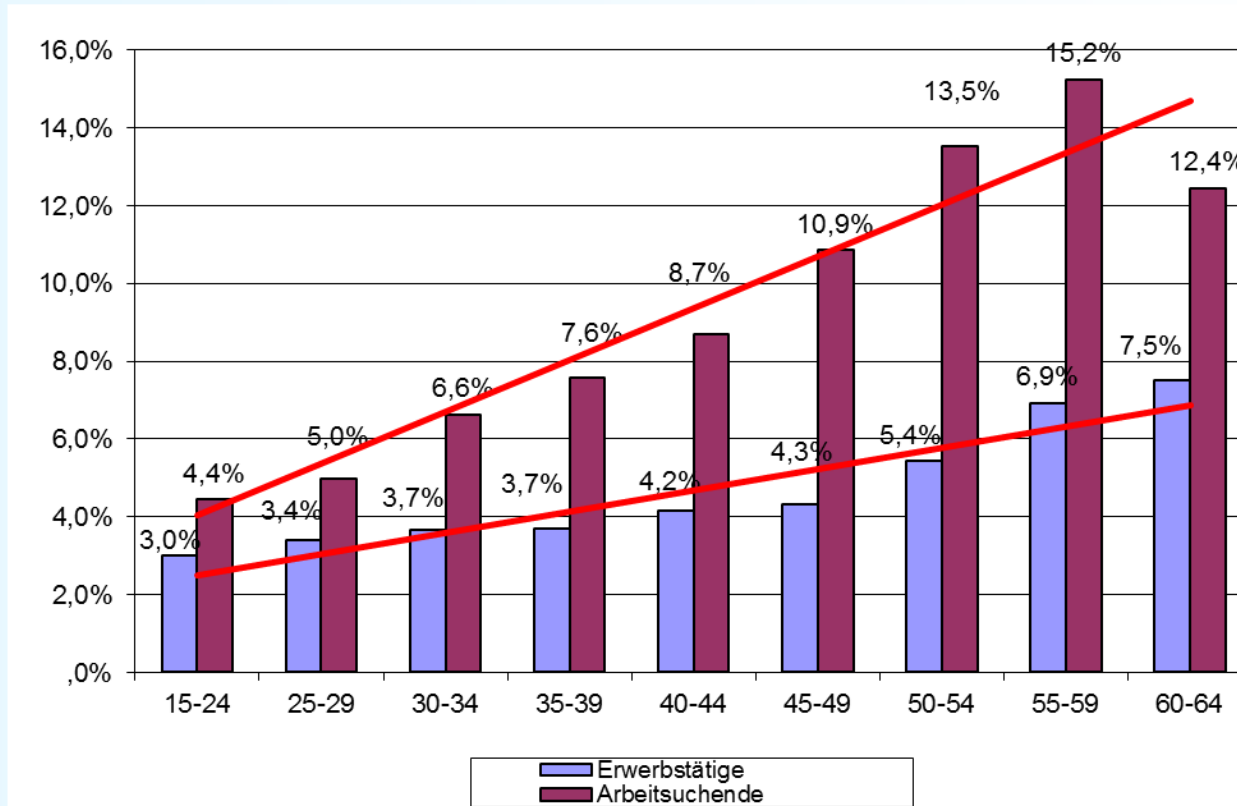
- **Arbeitslosenstatistik der BA**

(BA-Arbeitsmarktberichte 2006-2011;

BA, 2003: Strukturanalyse – Bestand an Arbeitslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen.;

Cave: Qualitätssicherungsprobleme bei Einträgen der Vermittler!)

Krankenstandsquoten bei Erwerbstätigen und Arbeitsuchenden nach Alter am Beispiel des Mikrozensus 2005 (Jahresdurchschnitt)



(N = 35.425 Tsd. mit freiwilligen Gesundheitsangaben)

Hollederer, A. (2011). Erwerbslosigkeit, Gesundheit und Präventionspotenziale. Wiesbaden: VS-Verlag.

Vortragsgliederung

1. Zusammenhang Arbeitslosigkeit und Gesundheit
- 2. Ansätze arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung**
3. Herausforderungen und Perspektiven

Ansatz „**Gesundheitsförderung**“ nach der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (1986)



Handlungsfelder

1. Persönliche Kompetenzen entwickeln
2. Gemeinschaftsaktionen unterstützen
3. Gesundheitsdienste neu orientieren
4. Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen
5. Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik

„Closing the gap“ durch arbeitsmarkt-integrative Gesundheitsförderung?



Arbeitslose kommen relativ selten in den Genuss von (freiwilligen) Präventionsmaßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 20 SGB V, weil:

1. Arbeitslose **keine bevorzugte Zielgruppe** der Marketingstrategien von Krankenkassen unter Wettbewerbsbedingungen darstellen
2. **Konventionelle „Setting“-Ansätze** auf „Lebenswelten“ abzielen, in denen sich Arbeitslose wenig aufhalten (Betrieb, Schule, Kindergarten, Universitäten)
4. **Finanzieller Eigenbetrag** und Vorauslage der Kurskosten Arbeitslose häufig vor der Teilnahme abschrecken
5. Zugang, Ansprache und Inhalte oft **nicht zielgruppengerecht** konzipiert sind
- (6. Private Krankenkassen bieten **keine** Gesundheitsförderung an, was zunehmend wichtig für ehemalige Ich-AGs und kleine Selbstständige werden kann)

Neuere Ansätze zur „Gesundheitsorientierung“ in der Arbeitsmarktpolitik



Innovationen:

- ✓ Erschließung von **Qualifizierungs- und Beschäftigungsträgern** als neues Setting der Gesundheitsförderung wie im „Job-Fit“-Ansatz
- ✓ Integration von **Gesundheitsmodulen in Maßnahmen** zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 16 Absatz 1 SGB II (9.500 Teilnehmer im Jahr 2011 laut BT-Drucksache 17/9860)
- ✓ **Informationsvermittlung** und **Schulung** von Vermittlern und Fallmanagern
- ✓ **Kooperation** zwischen BA und Gesetzlicher Krankenversicherung
- ✓ Beitritt der BA zum **nationalen Kooperationsverbund** „Gesundheitliche Chancengleichheit“
- ✓ Gesundheitsorientierung im Bundesprogramm **Perspektive 50plus**
Reichweite, Kontinuität und Interventionstiefe? SGB III-Rechtskreis?

Aber: Kontraproduktive „Creaming-Effekte“

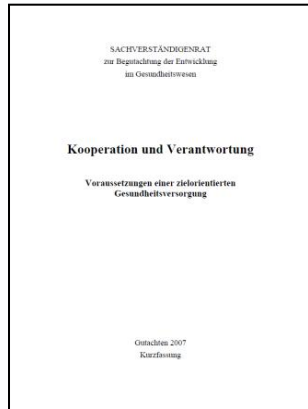
- Prüfbericht 2013 des Bundesrechnungshofes:
„Kunden, denen die Agenturen aufgrund ihres Alters, einer Behinderung, gesundheitlichen Einschränkungen oder einer niedrigen Qualifikation geringere Chancen auf eine schnelle Integration einräumten, schlossen sie vom Sofortzugang aus.“
(zitiert nach Süddeutsche Zeitung vom 26.6.2013, S. 19)
- Nachgewiesene gesundheitsbezogene Teilnehmerselektivität:
Berhard, S., Wolff, J. & Jozwiak, E. (2006). Selektivität bei der Zuweisung erwerbsfähiger Hilfebedürftiger in Trainingsmaßnahmen oder zu privaten Vermittlungsdienstleistern. ZAF Vol. 39, Heft 3/4, 533-556.



Vortragsgliederung

1. Zusammenhang Arbeitslosigkeit und Gesundheit
2. Ansätze arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung
- 3. Herausforderungen und Perspektiven**

Sachverständigenrat im Gesundheitswesen (SVR) im Gutachten **2007**: Empfehlungen



Zif. 138: - Arbeitslosen verstärkt Präventionsangebote nahezubringen

Zif. 140: - Explizite Verankerung des Präventionsgedankens in SGB II/SGB III

- Finanzierungsverantwortung dafür auch auf die BA auszudehnen

Zif. 141: - Aktive Mitwirkung des Ärztlichen Dienstes bei der Klärung des

Präventionsbedarfs, aber auch bei der Ausgestaltung und

Koordination von Maßnahmen der sekundären und tertiären Prävention

Zif. 142: - Alle Erwerbslosen mit schwerwiegenden, d.h. mit vermittlungsrelevanten

Gesundheitsproblemen direkt in das Fallmanagement (Bsp. Projekt AmigA)

- Sowohl gesundheitliche Lage von Arbeitssuchenden als auch die Wirksam-

keit unterschiedlicher Präventionsansätze bedürfen weiterer Forschung

Empfehlungen zur Zusammenarbeit zwischen Bundesagentur für Arbeit (BA) und der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit im Februar 2012 (PM vom 05.04.2012)



Die Bundesagentur für Arbeit, der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene empfehlen eine Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und ihren Verbänden sowie der BA als Träger der Grundsicherung und Arbeitsförderung zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit.

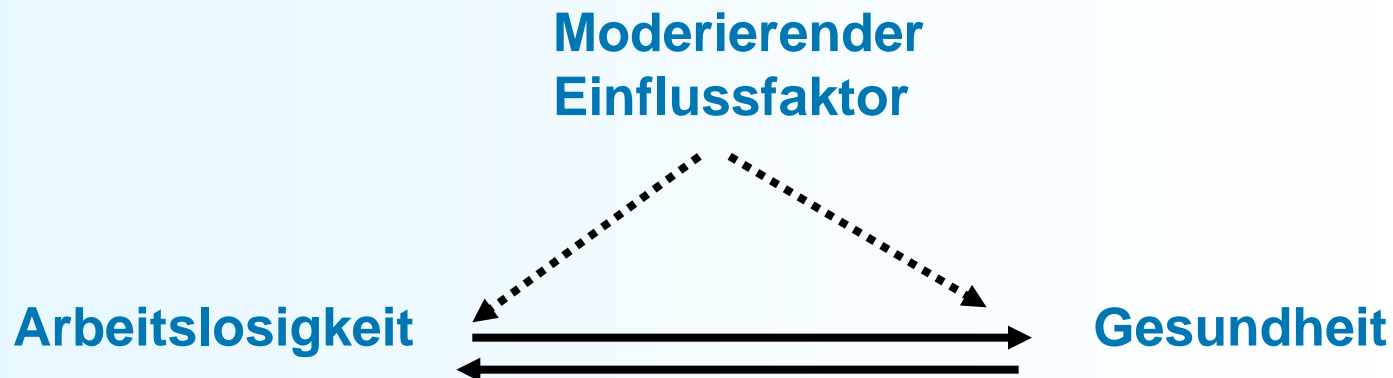
Die Unterzeichner beabsichtigen, insbesondere in den folgenden Handlungsfeldern ihre Zusammenarbeit zu intensivieren:

- Austausch und Zusammenarbeit bei Leistungen zur Gesundheit für erwerbsfähige Leistungsberechtigte, Arbeitslose und von Arbeitslosigkeit bedrohte Beschäftigte
- Aufbau und Weiterentwicklung von Kooperationen
- (Weiter-)Entwicklung von Programmen und Leistungserbringung
- Qualitätsmanagement.

Bedarf an Arbeitslosenforschung insbesondere zu Moderationsfaktoren
(die Einfluss der Arbeitslosigkeit auf Gesundheit verstärken oder abpuffern)

Zentrale Fragestellungen:

- Welche Personengruppen leiden stärker in Arbeitslosigkeit? Profiling?
- Wie kann Arbeitslosigkeit gesünder bewältigt werden? Maßnahmen?
- Einfluss von Ressourcen, Finanzen und psychosozialen Belastungen?
- Welche Geschäftsprozesse beeinflussen Gesundheit? usw.



PD Dr. Alfons Hollederer
(Medizinaldirektor)

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)
Leiter des Sachgebiets Versorgungsqualität, Gesundheitsökonomie,
Gesundheitssystemanalyse (GE 6)
Schweinauer Hauptstraße 80
D-90441 Nürnberg
Tel.: 09131 / 6808-2910
E-Mail: Alfons.Hollederer@lgl.bayern.de