



Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen

Michael Bellwinkel*, Erika Zoike

Abstract

Auswertungen der Daten von Betriebskrankenkassen (BKK) zeigen, dass das Erkrankungsrisiko von Arbeitslosen deutlich höher ist als das von Erwerbstätigen. Aufgrund der damit verbundenen höheren Leistungsausgaben, aber auch der geringeren Beitragseinnahmen verursacht Arbeitslosigkeit bei der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erhebliche Mehrkosten. Der schlechte Gesundheitszustand von Arbeitslosen gefährdet zudem deren Beschäftigungsfähigkeit und damit deren Chance, wieder in den Arbeitsmarkt eingegliedert zu werden. Vor diesem Hintergrund haben Vertreter der Arbeitsmarktintegration und der Betriebskrankenkassen gemeinsam nach einem Weg gesucht, wie die Gesundheit der Arbeitslosen und damit auch deren Beschäftigungsfähigkeit erhalten oder verbessert werden kann. Der im Rahmen des Modellprojekts „JobFit Regional“ bei Qualifizierungsträgern erprobte Weg mit individuellen und Gruppenelementen zur Gesundheitsförderung hat sich als erfolgreich erwiesen und wird in einem Folgeprojekt für die Regelanwendung weiterentwickelt.

Schlüsselwörter: Gesundheitsförderung, Arbeitslose, Krankheitsgeschehen, Beschäftigungsfähigkeit, Arbeitsmarktintegration

Im Jahr 2006 waren durchschnittlich 4,5 Mio. Menschen in Deutschland arbeitslos. Im Durchschnitt wurden 63% der Arbeitslosen im Rechtskreis SGB II von einem Träger der Grundsicherung betreut und waren damit länger als ein Jahr arbeitslos [9]. Die derzeit prosperierende konjunkturelle Situation vermindert zwar die Arbeitslosigkeit insgesamt. Allerdings profitieren von diesem Rückgang insbesondere die Arbeitslosen, die kürzer als ein Jahr arbeitslos sind, die sog. Arbeitslosengeld I-Empfänger (ALG I-Empfänger). Die Anzahl der Langzeitarbeitslosen mit mehr als einem Jahr Arbeitslosigkeit, die sog. Ar-

* E-Mail: BellwinkelM@bkk-bv.de



beitslosengeld II-Empfänger (ALG II-Empfänger), nahm von 2005 nach 2006 hingegen um mehr als 50.000 Personen zu.

Die Angst, den Arbeitsplatz zu verlieren, und die langen Phasen der Arbeitslosigkeit belasten die Betroffenen. Einkommensverluste und sozialer Abstieg greifen die Gesundheit an. Die Verschlechterung der Gesundheit geht mit einer Verschlechterung der Beschäftigungsfähigkeit einher. Um die Verbindung von Arbeitslosigkeit und Krankheit zu durchbrechen, wurde vom BKK Bundesverband das Projekt „JobFit Regional“ ins Leben gerufen. Gemeinsam mit Beschäftigungsträgern in unterschiedlichen Regionen Nordrhein-Westfalens wurden arbeitsmarktpolitische Maßnahmen mit gesundheitsfördernden Ansätzen verknüpft. Erwerbslose und von Arbeitslosigkeit bedrohte Menschen wurden in individuellen Gesprächen über Möglichkeiten der Gesundheitsförderung informiert. In Gruppenangeboten konnte das Gesundheitsbewusstsein unter Beachtung der spezifischen Problemlage verbessert werden.

1 Arbeitslosigkeit schädigt die Gesundheit

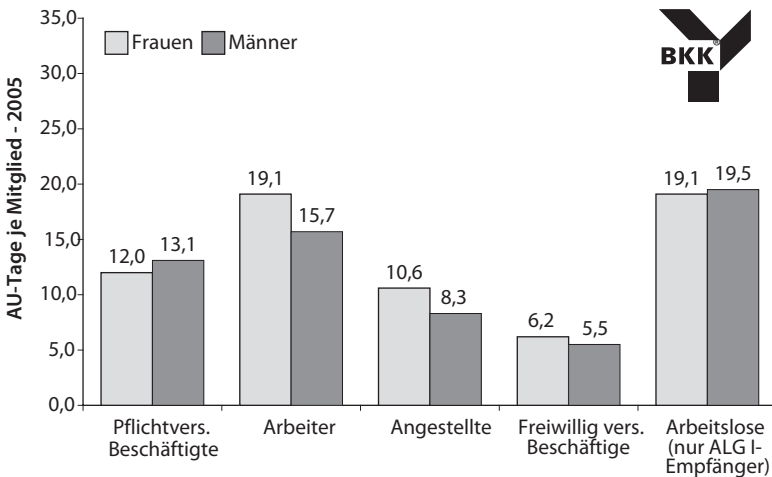
Dass Arbeitslosigkeit und drohender Arbeitsplatzverlust häufig mit negativen Gesundheitseffekten verbunden sind, belegen zahlreiche epidemiologische Studien. Untersuchungen weisen eine erhöhte Gesundheitsbelastung Arbeitssuchender nach [15, 16, 18]. Bei ihnen zeigt sich oftmals ein Komplex psychischer, psychosozialer und psychosomatischer Beeinträchtigungen. Aber auch jenseits von Statistiken ist die Belastung durch Arbeitslosigkeit leicht ersichtlich. Sozialer Rückzug, Selbstzweifel und Depression sind vielfach die Folgen, die die Betroffenen nicht nur belasten, sondern auch deren Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt erschweren. Die Entwicklung von psychischen und physischen Ressourcen sind zentrale Aufgaben der Gesundheitsförderung für Arbeitslose. Ziel ist die Befähigung, die durch die Arbeitslosigkeit hervorgerufene schwierige Situation zu bewältigen, ohne dabei gesundheitlichen Schaden zu nehmen.

Im Rahmen der seit 1976 jährlich erscheinenden BKK Gesundheitsberichterstattung (vgl. BKK Gesundheitsreport, bis 2002 Krankheitsartenstatistik) wird regelmäßig auch über die gesundheitlichen Befunde der Arbeitslosen berichtet. In der Ausgabe 2006 [5] wurden aktuell die Daten von ALG I-Empfängern ausgewertet und mit denen von erwerbstätigen BKK-Versicherten verglichen. Dabei zeigt sich, dass Morbidität und Höhe der Arbeitsunfähigkeit

nicht nur durch Alter und Geschlecht bestimmt werden, sondern stärker noch durch die berufliche und soziale Lage. Für die folgenden Darstellungen wurden Daten aus dem Jahr 2005 mit insgesamt 6,69 Mio. erwerbstätigen Mitgliedern und 363 Tsd. ALG I-Empfängern mit Krankengeldanspruch ausgewertet.

Deutlich wird, dass ALG I-Empfänger im Vergleich zu allen erwerbstätigen Versichertengruppen im Betrachtungszeitraum mit durchschnittlich 19,3 Krankheitstagen einen weit überdurchschnittlichen Krankenstand aufweisen (► Abb. 1). Da Arbeitslose zudem bei kürzeren Erkrankungen zumeist auf eine Krankmeldung verzichten, dürften die tatsächlichen Fallzahlen höher liegen, als in den Daten dokumentiert (0,7 Fälle). Den geringeren Fallhäufigkeiten stehen indes extrem lange durchschnittliche Krankheitsdauern gegenüber. Mit 27,5 Tagen lag die durchschnittliche Falldauer 2005 fast dreimal so hoch wie für pflichtversicherte Angestellte und immer noch mehr als doppelt so hoch wie für Arbeiter. Die langen Krankheitsdauern bei Arbeitslosen weisen auf die besondere Morbiditätsbelastung dieser Gruppe hin, was sich in der unten folgenden Betrachtung der Krankheitsarten bestätigt. Hierbei ist davon auszugehen, dass sich in dem deutlich schlechteren Gesundheitsstatus sowohl Ursachen wie Folgen der Arbeitslosigkeit niederschlagen [10].

Bei der Betrachtung der Krankheitsarten zeigen sich zwischen Erwerbstätigen und Arbeitslosen erhebliche Unterschiede (► Tab. 1).



■ **Abb. 1.** Arbeitsunfähigkeit nach Versichertenstatus

■ Tabelle 1. Erkrankungen nach Versichertenart 2005

Krankheitsart	Pflichtversicherte			Freiw. vers. Beschäftigte	Arbeitslose nur ALG I- Empfänger
	Arbeiter	Ange- stellte	Beschäftigte		
AU-Tage je 100 Mitglieder					
Muskel- und Skeletterkrankungen	506	190	325	113	559
Krankheiten des Atmungssystems	243	200	223	113	152
Verletzungen und Vergiftungen	292	108	188	70	245
Psychische Störungen	99	112	107	49	364
Krankheiten des Verdauungssystems	99	64	80	38	104
Krankheiten des Kreislaufsystems	83	39	56	37	111
Symptome u. abnorme klinische Laborbefunde	59	41	50	22	65
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	55	43	50	25	45
Neubildungen	38	40	41	32	83
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	39	39	34	20	28
Krankheiten des Nervensystems	37	23	30	13	55
Krankheiten des Urogenitalsystems	22	27	26	10	32
Krankheiten der Haut und Unterhaut	27	13	19	6	26
Ernährung/ Stoffwechsel	11	7	9	5	21
Gesamt	1.618	969	1.260	559	1.931

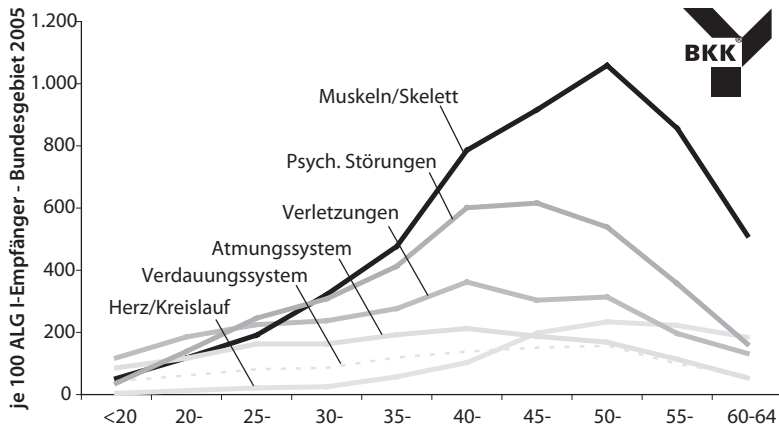
Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen

	Pflichtversicherte			Freiw. vers. Beschäftigte	Arbeitslose nur ALG I- Empfänger
	Arbeiter	Angestellte	Beschäftigte		
Anteile an allen AU-Tagen in %					
	31,3	19,6	25,8	20,2	28,9
	15,0	20,6	17,7	20,2	7,9
	18,0	11,1	14,9	12,5	12,7
	6,1	11,6	8,5	8,8	18,9
	6,1	6,6	6,4	6,8	5,4
	5,1	4,0	4,5	6,6	5,7
	3,6	4,2	4,0	3,9	3,4
	3,4	4,4	3,9	4,5	2,3
	2,3	4,1	3,2	5,7	4,3
	2,4	4,0	2,7	3,6	1,5
	2,3	2,4	2,4	2,3	2,8
	1,4	2,8	2,1	1,8	1,7
	1,7	1,3	1,5	1,1	1,3
	0,7	0,7	0,7	0,9	1,1
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Viele Krankheitstage der Arbeitslosen entfallen auf Krankheitsgruppen, die bei Erwerbstätigen deutlich weniger auftreten, wie z.B. Stoffwechselerkrankungen. Bei diesen Diagnosen verzeichneten Arbeitslose doppelt so viele Krankheitstage wie Arbeiter und viermal so viele AU-Tage wie freiwillig Versicherte. Sie verzeichneten außerdem doppelt so viele Krankheitstage durch Neubildungen (Krebserkrankungen) wie pflichtversicherte Beschäftigte. Dasselbe gilt beispielsweise auch für die Erkrankungen des Nervensystems und für die Herz- und Kreislauferkrankungen.

Die extremsten Unterschiede finden sich jedoch bei psychischen Störungen, die bei Arbeitslosen 3,6-fache AU-Zeiten im Vergleich zu den pflichtversicherten Beschäftigten auslösen und neunmal so viele Krankheitstage wie bei den freiwillig Versicherten. Fast jeder fünfte AU-Tag (19%) von Arbeitslosen wird hierdurch begründet. Dieser hohe Anteil übersteigt die Vergleichswerte der übrigen Gruppen bei weitem (Angestellte: 12%, Arbeiter: 6% und freiwillig Versicherte: 9%). Seit Jahren steigen die durch psychische Erkrankungen ausgelösten Krankheitstage an. Verantwortlich hierfür dürften nicht zuletzt zunehmende Friktionen im beruflichen Umfeld der Betroffenen sein. Bei Arbeitslosen kann der Verlust des Arbeitsplatzes krankheitsauslösend oder -verstärkend wirken, ebenso wie schwere psychische Erkrankungen den Erhalt des Arbeitsplatzes gefährden können. Egger et al. weisen darauf hin, dass sich die psychische Befindlichkeit nach dem Verlust des Arbeitsplatzes verschlechtert, während sie sich bei Personen, die wieder eine neue Arbeit finden, verbessert [10]. Zusätzlich zeigen sich auf der anderen Seite Selektionseffekte, wonach Personen mit psychischen Problemen ein erhöhtes Risiko haben, arbeitslos zu werden. Die AU-Morbidität der Arbeitslosen zeichnet sich ferner durch eine schon in den mittleren Altersgruppen sehr hohe Krankenquote aus. Die Hälfte der Krankheitstage der ALG I-Empfänger wurden durch Muskel- und Skeletterkrankungen und durch psychische Störungen ausgelöst. Gerade in den mittleren Altersgruppen erfahren diese Diagnosen der ALG I-Empfänger nochmals deutliche Zuwächse, wie ► Abb. 2 verdeutlicht. Auch Herz- und Kreislaufdiagnosen tragen zum Anstieg der AU-Fälle und -Tage bereits bei den unter 40-jährigen ALG I-Empfängern bei.

Arbeitslose Versicherte verbringen mehr als doppelt so viele Tage im Krankenhaus wie pflichtversicherte Beschäftigte, männliche Arbeitslose sogar die zweieinhalbfache Zeit. Häufigste Gründe für einen Krankenhausaufenthalt sind sowohl bei arbeitslosen Männern als auch bei arbeitslosen Frauen psychische Erkrankungen (ICD10: F00–F99). Obwohl die Häufigkeit stationärer Krankenhausaufenthalte wegen psychischer Erkrankungen insgesamt



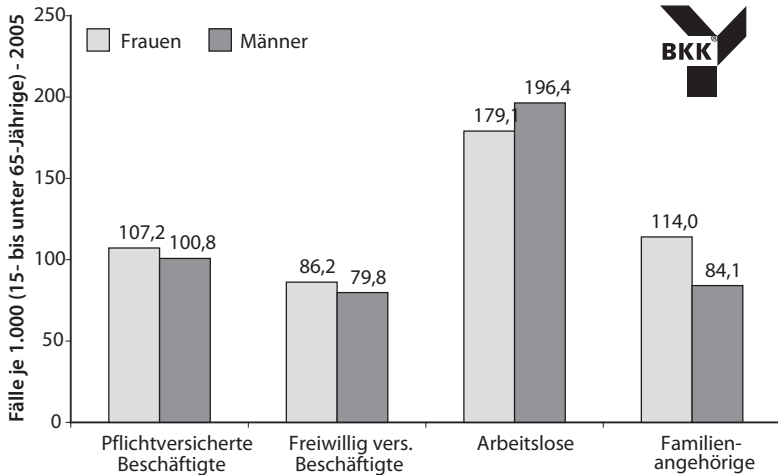
■ **Abb. 2.** Arbeitsunfähigkeit der Empfänger von Arbeitslosengeld nach Alter und Krankheitsarten (Tage)

erstmals gesunken ist, ist sie bei den Arbeitslosen gegenüber dem Vorjahr nochmals deutlich gestiegen (Frauen: von 23,3 auf 27,5 Fälle je 1.000, Männer: von 38,6 auf 48,8 Fälle). Insgesamt waren Arbeitslose von allen Krankheitsarten häufiger betroffen als beschäftigte Versicherte und Familienversicherte. Auch die Verweildauer war bei ihnen mit durchschnittlich 9,8 Tagen deutlich länger als bei den Pflichtversicherten (7,8 Tage) und den freiwillig Versicherten (7,5 Tage). Die Unterschiede in der Morbidität zwischen den Arbeitslosen einerseits und den Erwerbstätigen und Familienversicherten andererseits hat sich seit dem Vorjahr nochmals deutlich vergrößert, insbesondere im Bereich der psychischen Störungen. Offensichtlich spiegelt sich hierin eine weiter zunehmende Selektion des Arbeitsmarktes wider. Mit 196,4 Fällen je 1.000 Versicherte waren am häufigsten arbeitslose Männer im Krankenhaus, am seltensten freiwillig versicherte Männer mit 79,8 Fällen (► Abb. 3).

2 Kosten der Arbeitslosigkeit

Aufgrund der vorliegenden Daten kann im Rahmen einer ersten Annäherung abgeschätzt werden, in welcher Höhe der GKV Kosten aufgrund der Arbeitslosigkeit in Deutschland entstehen. Ziel dieser Schätzung war, zunächst eine





■ **Abb. 3.** Krankenhausfälle nach Versichertenstatus

plausible Größenordnung der Kosten zu ermitteln, die in weiteren Untersuchungen analog bereits entwickelter Modelle [7, 8] zu verifizieren ist.

Im September 2006 waren 4,3 Mio. Arbeitslose in der GKV versichert. Während ein erwerbstätiges Mitglied durchschnittlich rd. 3.650 Euro Beiträge im Jahr entrichtet, sind es beim ALG I-Empfänger rd. 2.920 Euro und beim ALG II-Empfänger 1356 Euro. Daraus errechnen sich Mindereinnahmen durch Arbeitslose in Höhe von 7,4 Mrd. Euro.

Diesen stehen deutlich höhere Ausgaben im Vergleich zu Erwerbstätigen gegenüber, und zwar im Verhältnis von 1 zu 1,9, wie die oben dargestellten Auswertung andeuten. D.h. die Ausgaben für einen Arbeitslosen sind fast doppelt so hoch wie bei einem Erwerbstätigen. Bei 4,3 Mio. Arbeitslosen ergibt dies Mehrausgaben in Höhe von 8,3 Mrd. Euro.

Mindereinnahmen und Mehrausgaben addieren sich zu einer Deckungslücke von mehr als 15 Mrd. Euro. D.h. die Arbeitslosigkeit in Deutschland auf dem Niveau vom September 2006 kostet allein die GKV 15 Mrd. Euro im Jahr. Sollte die Zahl der Arbeitslosen wieder steigen, vergrößert sich die Deckungslücke. Der Abbau der Arbeitslosigkeit würde hingegen die Krankenkassen erheblich entlasten. Die Beiträge könnten spürbar sinken.

3 JobFit Regional. Das Modellprojekt

Die beste Maßnahme zur Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen und Senkung der Kosten bei der GKV, so ist aus den dargestellten Befunden zu schlussfolgern, wäre die Bereitstellung von Arbeitsplätzen für alle Arbeitslosen. Da der wirtschaftliche Aufschwung absehbar so weit nicht tragen wird und auch das Ziel, Arbeit für alle zu schaffen, auf keiner politischen Agenda zu finden ist, bedarf es anderer Wege, selbst wenn diese nur die zweitbeste Lösung darstellen.

Mit dieser Einsicht hat der BKK Bundesverband im Rahmen der BKK Initiative „Mehr Gesundheit für alle“ [3, 6] das Modellprojekt „JobFit Regional“ Ende 2004 in Nordrhein-Westfalen gestartet [2]. Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (MAGS) beteiligte sich mit einer 50%igen Kofinanzierung aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF). Als Projektpartner konnten die Gesellschaft für innovative Beschäftigungsförderung (G.I.B.), die die Bezüge zu den Arbeitsmarktakteuren herstellte, und das Institut für Prävention und Gesundheitsförderung an der Universität Duisburg-Essen (IPG Essen) gewonnen werden.

Gesundheitsförderungsansätze sind in der Vergangenheit immer wieder daran gescheitert, dass keine geeignete Ansprache gefunden wurde, mit der Arbeitslose erfolgreich motiviert werden konnten. Die Grundidee bei „JobFit Regional“ bestand darin, Beschäftigungs-, Bildungs- und Qualifizierungsträger als Setting für die Implementierung von Gesundheitsförderung zu nutzen. Der Zugang zur Zielgruppe wurde durch Trägerstrukturen gewährleistet, in denen man Arbeitslose in organisierter Form antrifft. Ende 2004 wurden zehn Träger in Nordrhein-Westfalen im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens ausgewählt, die Implementierung von Gesundheitsförderung in ihren arbeitsmarktpolitischen Vorhaben zu erproben.

Der Einstieg verlief bei allen Projektträgern identisch: Ausgehend von einer individuellen Gesundheitskompetenzberatung konnten Teilnehmerinnen und Teilnehmer innerhalb des vorgegebenen Rahmens die unterschiedlichen Gruppenangebote des Trägers zur Gesundheitsförderung in Anspruch nehmen. In dem Beratungsgespräch thematisierten die vom IPG Essen geschulten Mitarbeiter der Qualifizierungsträger individuelle Situation, gesundheitliche Verhaltensweisen und Veränderungsbereitschaft der Teilnehmer. Auf dieser Grundlage wurden persönliche Gesundheitsziele erarbeitet, die dann durch die Teilnahme an weiterführenden Gesundheitsangeboten vor Ort oder durch

Vermittlung in entsprechende Präventionskurse der Krankenkassen erreicht werden sollten. Die Inhalte der Gruppenmodule stammen aus den klassischen Gesundheitsfeldern Bewegung, Ernährung, Entspannung und Suchtvermeidung. Die Gruppenangebote wurden vor dem Hintergrund der spezifischen Situation der Arbeitslosigkeit durchgeführt. Beispielsweise thematisierten Angebote aus dem Ernährungsbereich immer auch die Finanzierbarkeit gesunder Lebensmittel.

Ältere Langzeitarbeitslose, jugendliche ALG II-Empfänger und prekär Beschäftigte wurden als Hauptzielgruppen definiert. Insgesamt haben 540 Personen an den gesundheitsfördernden Modulen teilgenommen. Hervorzuheben ist, dass rund zwei Drittel der Teilnehmenden langzeitarbeitslose Menschen sind. 43% waren sogar länger als zwei Jahre arbeitslos. Damit konnten Personen eingebunden werden, die für Krankenkassen üblicherweise schwer zugängliche Risikogruppen darstellen.

Die meisten Teilnehmer (ca. 74%) wurden aus einem bereits bekannten Personenkreis (z. B. eigenen Maßnahmen) gewonnen, externe Teilnehmer durch Öffentlichkeitsarbeit oder besondere Aktionen (ca. 14%) sowie durch Vermittlung einzelner BKK (ca. 12%). Die Ansprache der Teilnehmer war erwartungsgemäß schwierig und erforderte eine spezifische Herangehensweise. Die Zielgruppe zeigte sich zunächst skeptisch gegenüber den Angeboten. Zum Teil mussten zunächst Befürchtungen, dass eine Beurteilung der Beschäftigungsfähigkeit an erhaltene finanzielle Leistungen gekoppelt sei, ausgeräumt werden.

Trotz der schwierigen Ausgangslage hat sich gezeigt, dass die Teilnehmergebungung gelungen ist. Damit hat sich der Zugang zur Zielgruppe über Akteure der Arbeitsmarktintegration als erfolgreich erwiesen. Befragungen der Träger und die externe Evaluation zeigten, dass sich die parallele Durchführung von Einzelberatungskontakten und Gruppenangeboten bewährt hat. Die Träger nahmen vor allem bei der Motivation und der Übernahme von Eigenverantwortung sowie psychische Stabilität und Selbstvertrauen deutlich positive Veränderungen durch das Projekt wahr. Insbesondere das Selbstvertrauen leidet häufig bei länger andauernder Arbeitslosigkeit, was zu immer größerer Passivität führt. Eine Verbesserung des Selbstbewusstseins ist gerade im Hinblick auf die psychische Gesundheit wertvoll. Positiv äußerten sich die Trägervertreter zudem bezüglich der Entwicklung des Gesundheitsbewusstseins und von Schlüsselqualifikationen, z. B. Zuverlässigkeit, Verbindlichkeit, Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit sowie der Zunahme der Bewerbungsaktivitäten, der Mobilität, der Flexibilität auf dem Arbeitsmarkt. Mit

Blick auf die Wirkung der angebotenen Gesundheitsmaßnahmen sahen alle Träger deutliche Verbesserungen der Vermittlungs- und Integrationschancen.

Bei einem Träger nahmen acht Teilnehmer wieder eine Beschäftigung auf, während in der Kontrollgruppe ohne Angebote zur Gesundheitsförderung keine Vermittlungen erzielt werden konnten. Darüber hinaus beobachtete der Großteil der Projektträger eine klare Reduktion bei Maßnahmenabbrüchen sowie Krankmeldungen und unentschuldigtem Fehlzeiten. Die Erkenntnisse aus den qualitativen Interviews mit den Projektträgern wurden durch die extern durchgeführte quantitative Evaluation untermauert und erhärtet: „Insgesamt zeigt die Untersuchung die Richtigkeit des Ansatzes zur Gesundheitsförderung von Arbeitslosen. Es werden positive gesundheitliche und soziale Veränderungen sichtbar, die die Betroffenen psychosozial stabilisieren.“ [14]

Bundesweit erstmalig [11] lassen sich signifikante Verbesserungen von Gesundheitsindikatoren bei Arbeitslosen nachweisen:

- signifikante Verbesserung gesundheitlicher Verhaltensweisen, der Beschäftigungsfähigkeit und – sofern nachprüfbar – der Vermittlungschancen
- signifikante Verbesserung der Selbsteinschätzung der Leistungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit
- deutliche Reduktion von Krankmeldungen und Maßnahmeabbrüchen
- deutlicher Zuwachs an Motivation und Selbstvertrauen
- höhere Lernbereitschaft und Zuverlässigkeit
- aktiveres Bewerbungsverhalten, höhere Frustrationstoleranz [14]

Folgende Schlussfolgerungen lassen sich aus JobFit Regional ableiten:

- Der Zugang zur Zielgruppe der Arbeitslosen über das Setting „Träger der Arbeitsmarktintegration“ ist erfolgreich: Es werden Arbeitslose erreicht, die üblicherweise nicht an den Präventionskursen der Krankenkassen teilnehmen.
- Den Trägern ist es gelungen, die Teilnehmer für Gesundheitsförderung zu interessieren und zu motivieren. Voraussetzung war:
 - Freiwilligkeit der Angebote (wichtig für Eigenmotivation = Erfolgsfaktor)
 - Aufbau eines Vertrauensverhältnisses: keine Kopplung der Teilnehmergebung an Ebene Leistungsgewährung/Sanktionierung (Arbeitsagentur/Krankenkassen)
- Die Kombination von individueller Beratung und von an den zielgruppen-spezifischen Bedürfnissen orientierten Gruppenangeboten hat zu einer signifikanten Verbesserung gesundheitlicher Verhaltensweisen, der

- Beschäftigungsfähigkeit und – sofern nachprüfbar – der Vermittlungschancen geführt.
- Die durch „JobFit Regional“ initiierten Kooperationen zwischen den Akteuren der Arbeitsmarktintegration und der Gesundheitsförderung wirken über das Projektende hinaus. Es wurden kommunale Netzwerke aufgebaut, um eine dauerhafte und institutionalisierte Integration von gesundheitsfördernden Aspekten in die Arbeitsvermittlung zu fördern.
 - Aufgrund des Erfolgs von JobFit Regional haben der BKK Bundesverband und das MAGS NRW vereinbart, den Ansatz in die Regelförderung der Arbeitsmarktpolitik zu überführen.

4 Von JobFit Regional zur Regelförderung

Der BKK Bundesverband und das MAGS haben sich entschieden, der Empfehlung des Evaluators [14] und der Entschließung der 15. Landesgesundheitskonferenz NRW [17] zu folgen und das Gesundheitsförderungsprojekt für Arbeitslose fortzusetzen. Das erneut mit ESF-Mitteln kofinanzierte, im Juli 2006 begonnene Folgeprojekt „JobFit NRW“ zielt darauf ab, die gewonnenen Erkenntnisse aus dem Modellprojekt „JobFit Regional“ zu nutzen und auf dieser Grundlage gesundheitsfördernde Elemente als Regelangebot in Maßnahmen der Arbeitsmarktintegration für Arbeitslose zu implementieren. Dazu wurden in fünf Modellregionen (Ennepe-Ruhr-Kreis, Gelsenkirchen, Köln, Münster, Unna) vier Arbeitsgemeinschaften (ARGEn) und ein Optionskreis gewonnen, um Wege der Implementierung von Gesundheitsförderung in die regulären Förderangebote der Arbeitsverwaltung zu entwickeln und zu erproben. Auch bei den Krankenkassen gilt es, neue Wege zu entwickeln und zu etablieren: Denn das übliche Verfahren, die Kosten für den Präventionskurs (je nach Anbieter durchschnittlich 50 bis 100 Euro) vorab zu entrichten, stellt ALG II-Bezieher mit monatlichen Bezügen von 345 Euro, wie auch andere Bezieher niedriger Einkommen, vor eine kaum überwindbare finanzielle Hürde, selbst wenn durchschnittlich 80% dieser Kosten nachträglich von der Krankenkasse erstattet werden. Inzwischen konnte mit den Krankenkassen (-verbänden) in NRW abgestimmt werden, dass die Beschäftigungs- und Qualifizierungsträger direkt mit den Krankenkassen die Kursgebühren abrechnen und dadurch die Arbeitslosen nicht mehr für die Kursgebühr in Vorlage treten müssen. Diese Vereinbarung hat über das Projekt hinaus Bedeutung und soll deshalb durch

eine Verankerung im GKV-Leitfaden Prävention [1] grundsätzlich empfohlen werden.

Bei JobFit NRW ist das Vorgehen wiederum so angelegt, dass im Rahmen des individuellen Eingangsgesprächs gemäß den Prinzipien des Motivational Interviewing [4, 12] ein Gesundheitsförderungsplan erstellt wird, der ein Gruppenangebot nach den Vorgaben des GKV-Leitfaden Prävention [1] beinhaltet. Dieses Angebot soll sich an dem Präventionsprinzip Stressbewältigung orientieren, das auf gesundheitsorientiertes Selbstmanagement zur Bewältigung des Stressfaktors Arbeitslosigkeit abzielt [13].

Vereinbart ist, dass die Finanzierung der individuellen Gesundheitsgespräche und gesundheitsbezogenen Wissensvermittlung in den Maßnahmen nach § 16 Abs. 2 SGB II erfolgt. Die Kosten für die Durchführung der Präventionskurse sollen bei Erfüllung der Qualitätskriterien nach § 20 Abs. 1 SGB V von den Krankenkassen übernommen werden. Auf diesem Wege wird eine nachhaltige Finanzierungsgrundlage angestrebt, die beide beteiligte Seiten einbezieht: die Arbeitsmarktintegration und die gesetzliche Krankenversicherung. Insofern zielt „JobFit NRW“ auf der Basis von „JobFit Regional“ – hier wurden teilnehmerbezogen die Instrumente und Vorgehensweisen erprobt – auf die Veränderung bzw. Anpassung bestehender Strukturen.

Literatur

1. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2006) Leitfaden Prävention. 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 10. Februar 2006
2. Bellwinkel M (Hrsg.) (2007) JobFit Regional. Ein Modellprojekt zur Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitslosen durch Gesundheitsförderung, Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven
3. Bellwinkel M, Schröter A (2006) Mehr Gesundheit für alle – ein Programm zur Reduzierung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen durch Prävention in Lebenswelten. In: Kirch W, Badura B (Hrsg.) Prävention. Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses Dresden, 1. und 2. Dezember 2005, Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 143–155
4. BKK Bundesverband (Hrsg.) (2005) Die FIT-Beratung. Motivierende Gesundheitsgespräche für Arbeitslose. Praxishilfe, Essen
5. BKK Bundesverband (Hrsg.) (2006a) BKK Gesundheitsreport 2006. Demografischer und wirtschaftlicher Wandel – gesundheitliche Folgen, Essen
6. BKK Bundesverband (Hrsg.) (2006b) Mehr Gesundheit für alle, Zwischenbilanz 2006. Sonderbeilage in: Die BKK, Heft 12/2006
7. Bödeker W, Friedel H, Friedrichs M, Röttger C (2006) Kosten der Frühberentung. Fb 1080, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Wirtschaftsverlag NW, Dortmund/Berlin/Dresden

8. Bödeker W, Friedel H, Röttger C, Schröer A (2002) Kosten der arbeitsbedingter Erkrankungen. Fb 946, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Wirtschaftsverlag NW, Dortmund/Berlin
9. Bundesagentur für Arbeit (2007) Der Arbeits- und Ausbildungsmarkt in Deutschland. Monatsbericht Dezember und Jahr 2006, Nürnberg
10. Egger A, Wohlschläger E u. a. (2006) Gesundheitliche Auswirkungen von Arbeitslosigkeit. In: Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed. 41, Heft 1/2006, 16–20
11. Elkeles T, Kirschner W (2004) Arbeitslosigkeit und Gesundheitsförderung, Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven
12. Hanewinkel R, Wewel M u. a. (2006) Motivierende Gesundheitsgespräche mit Arbeitslosen. Akzeptanz und Ergebnisse einer Beratung zur Verbesserung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen. In: Gesundheitswesen 68, 240–248
13. Kastner M (2005) Selbstmanagement für unsicher Beschäftigte und Arbeitslose, Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven
14. Kirschner W (2007) Ergebnisse der Teilnehmerbefragung. In: Bellwinkel M (Hrsg.) (2007) JobFit Regional. Ein Modellprojekt zur Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitslosen durch Gesundheitsförderung, Bremerhaven, 61–94
15. Mielck A (Hrsg.) (2000) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten, Verlag Hans Huber, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle
16. Mielck A (2005) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion, Verlag Hans Huber, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle
17. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (2006) Entschließung der 15. Landesgesundheitskonferenz NRW am 4.12.2006: Erhaltung und Schaffung von Beschäftigungsverhältnissen gesundheitlich eingeschränkter Menschen
18. Rosenbrock R, Bellwinkel M, Schröer A (Hrsg.) (2004): Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen, Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven