 **Fachhochschule Neubrandenburg**
Forschung Beratung + Evaluation Berlin (F B + E)

**Arbeitslosigkeit und Gesundheit-
Interventionen durch Gesundheitsförderung und
Gesundheitsmanagement- Befunde und Strategien**

**Gutachten für den BKK-Bundesverband
Ergebnisbericht**

**Thomas Elkeles
Wolf Kirschner**

**Neubrandenburg, Berlin, Oktober 2003
EL/KS/vst 031003**

Inhaltsverzeichnis

1	Ziele und Methoden des Gutachtens – Gliederung des Berichts	1
1.1	Ziele und Methoden	1
1.2	Gliederung des Berichts	2
2	Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Empirische Befunde	3
2.1	Entwicklung, Höhe und Struktur der Arbeitslosigkeit in der Bundesrepublik Deutschland	4
2.2	Zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit	15
2.3	Gesundheitszustand und Arbeitslosigkeit	19
2.3.1	Mortalität	19
2.3.2	Arbeitslosigkeit, Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung	20
2.3.3	Arbeitslosigkeit und gesundheitsbezogenes Verhalten	21
2.3.4	Arbeitslosigkeit und gesundheitliche Beschwerden	21
2.3.5	Arbeitslosigkeit und subjektive Gesundheit	24
2.3.6	Arbeitslosigkeit und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen	27
2.4	Der Gesundheitszustand von Sozialhilfeempfängern	30
2.5	Zusammenfassung	32

3	Sozial bedingte, gesundheitliche Ungleichheit, Arbeitslosigkeit und gesundheitliche Interventionen – Stand der Forschung und Praxis	33
3.1	Soziale Ungleichheit und Gesundheit – Aktueller wissenschaftlicher Kenntnisstand zum Phänomen sozialbedingter, gesundheitlicher Ungleichheit, den Ursachen und Interventionsmöglichkeiten	34
3.1.1	Die Wiederentdeckung der sozialen Frage und die Evidenz sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit	34
3.1.2	Unklare Evidenz in der analytischen und interventiven Sozialepidemiologie und ihre Bedeutung für die Konzeption und Evaluation von Interventionen	36
3.1.3	Aktueller Forschungsstand in Deutschland und anderen Ländern zu Interventionen zum Abbau sozialbedingter, gesundheitlicher Ungleichheit	39
3.1.4	Zusammenfassung	41
3.2	Exkurs: Logik, Inhalte und Methoden der Programmplanung und Evaluation und das Evidenzpostulat im Rahmen des § 20 SGB V	42
3.2.1	Die Logik der Programmplanung und Evaluation	43
3.2.2	Evidenzniveau und Evidenzpostulat bei präventiven Interventionen	44
3.3	Voraussetzungen und grundsätzliche Möglichkeiten gesundheitlicher Intervention bei Arbeitslosen	50
3.3.1	Grundsätzliche Entstehungsbedingungen und Voraussetzungen von Interventionen	50
3.3.2	Voraussetzungen der Planung einer gesundheitlichen Intervention bei Arbeitslosen (Ex-ante Einschätzungen der Durchführbarkeit und Wirksamkeit)	51
3.3.3	Ausdifferenzierung des Programms	53
3.3.3.1	Ziele und Zielvariablen	53
3.3.3.2	Zielgruppe: Identifikation, Erreichbarkeit und Programmakzeptanz	56

3.3.3.3	Angebots bzw. nachfrageorientierte- und bedarfsorientierte Ansätze	57
3.3.3.4	Gesundheitsförderung und Beschäftigungsförderung als Haupt- oder Unterziele	59
3.3.3.5	Gesundheitliche und/oder soziale Interventionen zur Gesundheitsförderung	60
3.3.4	Zusammenfassung	61
3.4	Rechtliche und praktische Bedeutung von Krankheit, Gesundheit und Gesundheitsförderung im Rahmen der Arbeitsvermittlung und der Sozialhilfe	63
3.4.1	Rechtliche Bestimmungen zum „Umgang“ mit der Gesundheit der Arbeitslosen im SGB III	63
3.4.2	Rechtliche Bestimmungen zum „Umgang“ mit Gesundheit im Bundessozialhilfegesetz	67
3.4.3	Schwierigkeiten der behördlichen Thematisierung von Gesundheit	67
3.4.3.1	Arbeitsamt	67
3.4.3.2	Sozialamt	69
3.4.4	Der aktuelle Entwicklungsstand gesundheitsbezogener Maßnahmen in Arbeits- und Sozialämtern	70
3.4.5	Die grundsätzliche Ambivalenz der Thematisierung von Gesundheit im Rahmen des Hartz-Konzeptes	72
3.4.6	Zusammenfassung	80
3.5	Arbeitslose als Thema und Zielgruppe der Gesundheitsförderung in Deutschland, Österreich und der Schweiz	82
3.5.1	Zur Entwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung	82
3.5.2	Rechtsgrundlagen, Stand der Umsetzung und Problembereiche	86
3.5.2.1	Deutschland	86

3.5.2.2	Österreich	94
3.5.2.3	Schweiz	96
3.5.3	Zusammenfassung	97
3.6	Zusammenfassung	98
4	Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten und Arbeitlosen – Thematisierung und Programme	102
4.1	Thematisierung	102
4.1.1	WHO	102
4.1.2	Europäische Ebene	103
4.1.3	Deutschland	104
4.1.4	Zusammenfassung	108
4.2	Programme zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit, Arbeitslosigkeit und Gesundheit	108
4.2.1	Gesundheitsziele der Bundesländer als Beispiel politischer Programmatik	109
4.2.2	Programmatische Forderungen von Parteien und anderen Einrichtungen	111
4.2.3	Nationaler Aktionsplan zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung	115
4.2.4	Programm Soziale Stadt	116
4.2.5	Forschungsprogramme des Bundes	116
4.2.6	Europäische Kommission	117
4.2.6.1	Aktionsprogramme der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit	117
4.2.6.2	Programme und Maßnahmen im Bereich Beschäftigung und Soziales	119
4.2.6.3	Programm zur Bekämpfung der Armut und sozialen Ausgrenzung	119

4.2.7	Zusammenfassung	120
4.3	Zusammenfassung	120
5	Projektrecherchen	121
6	Projektbeschreibung und -bewertung	124
6.1	Projektbeschreibungen	124
6.1.1	DevelopmENt (Ennepe-Ruhr-Kreis)	124
6.1.2	Netzwerk arbeitsintegrative Gesundheitsförderung (NAG)	127
6.1.3	Arbeitslosigkeit und Gesundheit (Brandenburg)	132
6.1.4	Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen – Aktiva (TU Dresden)	135
6.1.5	Job-Plan Hamburg	137
6.1.6	Sozialagenturen (Nordrhein-Westfalen)	141
6.1.7	Kurssystem contra Langzeitarbeitslosigkeit (Brandenburg)	145
6.1.8	Maßarbeit (Kassel)	145
6.1.9	Arbeit statt Sozialhilfe (Spremberg, LK Spree-Neiße) – Hilfe nach Maß	148
6.1.10	Arbeit und Gesundheit (Forst) / Beratung zur gesunden Lebensweise für betroffene und deren Familienangehörige, bei denen durch Arbeitslosigkeit gesundheitliche Probleme auftreten	151
6.1.11	Fit in den Tag (Wolfsburg)	154
6.1.12	Frauengesundheit (Bördekreis)	156
6.1.13	Gesundheitstisch Berlin (AOK)	158
6.1.14	Neue Perspektiven	160
6.1.15	Qigong Kurs	163
6.1.16	Servicestelle Arbeit und Gesundheit	163

6.1.17	Bündnis für Arbeit der Stadt Köln – Job-Center Köln	165
6.1.18	EVA	169
6.1.19	Berufliche Eingliederung von Sozialhilfeempfängern Arbeitsamt Rottweil	172
6.1.20	S.A.V.E	175
6.1.21	LOS – Düsseldorf	177
6.1.22	Fit für den Arbeitsmarkt (Schweiz) / Stiftung Chance	179
6.1.23	Projekte Gesundheitsförderung Schweiz: Arbeitslosentreff „A walk on the wild side“	181
6.1.24	Projekt Gesundheitsförderung Schweiz: ZALT Gesundheitswochen	181
6.1.25	Projekt Gesundheitsförderung Schweiz: Theater	181
6.1.26	GESA	185
6.1.27	„Selbstmanagement-Beratung und Gesundheitsförderung für Instabil-Beschäftigte und Arbeitslose (SEGEFIA)	187
6.1.28	Ge+Ko	189
6.1.29	BEAM	191
6.1.30	Gesundheitsorientierte Outplacementberatung	193
6.1.31	Werkstatt 90	196
6.1.32	Selbstverantwortung fördern durch motivierende Gesundheitsgespräche	196
6.1.33	Michigan Prevention Research Center (MPRC)	198
6.1.34	Työhön Job Research Program	201
6.1.35	Cognitive Behavioural Interventions	203
6.1.36	Persönlichkeitsentwicklungsstrategien (z.B. Muller)	205
6.1.37	Zusammenfassung	207
6.2	Bewertung der Projekte	207

6.2.1	Gesundheitsfördernder bzw. beschäftigungsfördernder Bezug der Projekte	207
6.2.2	Zielgruppen bei gesundheitlichen Interventionen	210
6.2.3	Zielstellungen und Methoden bei gesundheitlichen Interventionen	212
6.2.4	Träger- und Finanzierungsstrukturen	214
6.2.5	Dokumentation und Evaluation	214
6.2.6	Hinweise zur Effektivität und Effizienz der Interventionsmaßnahmen	215
6.2.7	Hinweise zum Gesundheitszustand und den gesundheitlichen Bedarfen von Interventionsteilnehmern	217
6.2.8	Hinweise zum Zugang: Freiwilligkeit / Direktive Aufforderung / Zwang	218
6.2.9	Teilnehmerzahlen, Selektionen und Hinweise zur Akzeptanz von Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen	218
6.2.10	Hinweise zum „setting“ und zur Implementation bzw. zu Implementationsproblemen	220
6.3	Zusammenfassung	221
7	Gesamtzusammenfassung, Schlussfolgerungen und Empfehlungen	223
7.1	Gesamtzusammenfassung	223
7.1.1	Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Befunde	223
7.1.2	Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten und Arbeitslosen – Wissenschaftlicher Kenntnisstand, grundsätzliche Möglichkeiten der Intervention, rechtliche Möglichkeiten und praktische Umsetzungen	225
7.1.3	Politische Thematisierung – Politische Programme und Forschungsförderungsprogramme	229
7.1.4	Projektrecherchen	230

7.1.5	Beschreibung und Bewertung der Projekte	232
7.2	Schlussfolgerungen	235
7.3	Empfehlungen	239
7.3.1	Sollten gesundheitliche Interventionen bei Arbeitslosen und Langzeitarbeitslosen verstärkt werden?	239
7.3.2	Wer sollte diese Interventionen durchführen? Was spricht für Krankenkassen und was insbesondere für die BKK?	239
7.3.3	Welche gesundheitlichen Interventionen sollten durchgeführt werden?	240
7.3.4	Mit wem und wo sollten gesundheitliche Interventionen durchgeführt werden?	243
7.3.5	Mit welchen generellen Zielstellungen an die Qualität sollten diese gesundheitliche Interventionen durchgeführt werden?	243
7.3.6	Welche konkreten Maßnahmen und Vorhaben leiten sich daraus ab?	244
7.3.6.1	Angebots-/nachfrageorientierte Strategien der Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V	245
7.3.6.2	Bedarfsorientierte Strategien der Gesundheitsförderung und des Gesundheitsmanagements	245
7.3.6.3	Kombinierte Strategien des Gesundheitsmanagements und der Beschäftigungsförderung	246
7.3.6.4	Empfehlungen zur Konzeption, Implementation, Durchführung und Evaluation von Programmen	247
7.3.7	Zusammenfassung der Empfehlungen	248
8	Literaturverzeichnis	252

1 Ziele und Methoden des Gutachtens – Gliederung des Berichts

1.1 Ziele und Methoden

Ziele

„Ziel des Gutachtens ist es, für die BKK eine empirisch verlässliche Grundlage für die Konzipierung und spätere Umsetzung von Maßnahmen zu legen, die das Ziel verfolgen, den gesundheitlichen Zustand und die gesundheitlichen Kompetenzen von Arbeitslosen¹ zu verbessern.“² Dies soll dadurch erreicht werden, dass:

- eine aktuelle Bestandsaufnahme der sozialepidemiologischen Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit vorgenommen wird
- grundsätzliche Möglichkeiten gesundheitlicher Interventionen³ bei Arbeitslosen bestimmt werden
- die rechtlichen Möglichkeiten und faktische Durchführung gesundheitlicher Interventionen bei dieser Zielgruppe einmal durch die Akteure der „organisierten Gesundheitsförderung“⁴, zum anderen durch die Arbeitsämter bzw. die Sozialämter erörtert wird und Durchführungsprobleme abgeleitet werden
- Projekte mit gesundheitlichen Interventionen in dieser Zielgruppe in Deutschland und anderen Ländern recherchiert, beschrieben und bewertet werden, die insgesamt den derzeit erreichten wissenschaftlichen und praktischen Entwicklungsstand gesundheitlicher Interventionen in diesem Feld verdeutlichen können.

Vor diesem Hintergrund sind schließlich Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die weitere Konzeption, Implementation, Durchführung und Evaluation entsprechender

¹ Die Zielgruppe ist damit zunächst sozialrechtlich definiert. Insofern bezieht sie also kranke Arbeitslose und Sozialhilfeempfänger nicht ein. Mit Blick auf die geplanten gesetzlichen Änderungen in der Arbeitslosenhilfe und der Sozialhilfe ist die eigentliche Zielgruppe die der erwerbsfähigen Erwerbslosen.

² Leistungsbeschreibung des BKK-BV

³ Dieser „weite“ Begriff ist bewusst gewählt. Er umfasst prinzipiell alle Maßnahmen, die auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes zielen

⁴ Darunter verstehen wir in Deutschland alle Akteure, die auf der Grundlage des SGB V gesundheitsfördernd tätig werden (können), u.a. Krankenkassen, aber auch die Bundesvereinigung und die Landesvereinigungen für Gesundheit. In Österreich ist dies der Fonds Gesundes Österreich und in der Schweiz die Schweizer Stiftung für Gesundheitsförderung bzw. die jeweiligen Projektnehmer

Maßnahmen durch bzw. in Förderung durch die Betriebskrankenkassen (auch ggf. in Kooperation mit anderen Trägern, wobei hierbei die Begrenzungen des § 20 SGB V zu beachten sind) abzuleiten.

Methoden

Das Gutachten basiert i.w. auf fünf Methoden:

- der Analyse und Aufbereitung der wissenschaftlichen Literatur
- umfangreichen Projektrecherchen zur Identifikation von Interventionen
- der einzelnen Beschreibung und Bewertung der Interventionen
- der kritischen Gesamtbewertung der Interventionen
- ergänzenden Gesprächen und Interviews mit verschiedenen Experten⁵

1.2 Gliederung des Berichts

Im Kapitel 2 finden sich die Ergebnisse zu den aktuellen sozialepidemiologischen Befunden zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit (Hauptziel 1).

Im Kapitel 3 werden im Kapitel 3.3 die grundsätzlichen Möglichkeiten gesundheitlicher Interventionen bei Arbeitslosen erörtert (Hauptziel 2), in den Kapiteln 3.4 und 3.5 die rechtlichen Möglichkeiten und die faktische Umsetzung von Gesundheitsinterventionen durch die Arbeitsämter und die organisierte Gesundheitsförderung beschrieben (Hauptziel 3). Das einleitende Kapitel 3.1 widmet sich zunächst in einem erweiterten Rahmen der Frage zum aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand beim Abbau sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit durch Interventionen. Diese Erweiterung des Focus von Arbeitslosigkeit auf das Phänomen sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit ist erforderlich, weil Letztere primär Gegenstand der wissenschaftlichen Diskussion ist und nicht die Arbeitslosigkeit, die, soweit die Diskussion auch auf konkrete Betroffenengruppen eingeht, insgesamt hierbei sogar nur eine untergeordnete Bedeutung hat.

Das Teilkapitel 3.2 widmet sich in einem Exkurs der Logik und Methodik (gesundheitlicher) Interventionen, ihrer Entstehungs- und Durchführungsbedingungen sowie ihrer Evaluation. Dieses Kapitel erscheint uns gerade in diesem Gutachten unerlässlich, da hier – gerade beim § 20 SGB V – u.a. erhebliche Diskrepanzen zwischen dem vorgegebenen Evaluationsanspruch und der konkreten Evaluationspraxis bestehen, die geklärt und verringert werden müssen, um eine gezielte Fortentwicklung von gesundheitlichen Interventionen und Evaluationen zu ermöglichen.

Bei Erstellung des Angebots zu diesem Gutachten wurde vermutet, dass die Praxis gesundheitlicher Interventionen bei Arbeitslosen eher gering war und auch noch ist. Interventionen fallen nicht vom Himmel, sie sind das Ergebnis oft zunächst wissenschaftli-

⁵ Liste der Gesprächspartner im Anhang

cher, dann medialer und schließlich politischer Diskussions- und Austauschprozesse, die, soweit sie erfolgreich durchlaufen werden, am Ende in konkrete Interventionen einmünden. Im Kapitel 4.1 wird die politische Thematisierung des Problems „Sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit und gesundheitliche Interventionen“ von der WHO über die EU bis nach Deutschland nachgezeichnet. Im Kapitel 4.2 wird analysiert, ob bzw. in welcher Weise das Thema „sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit, Arbeitslosigkeit und Gesundheit“ zum Gegenstand politischer Programmatik und/oder wissenschaftlicher oder praktischer Forschungsförderungsprogramme geworden ist.

Im Kapitel 5 werden auf dieser Grundlage diejenigen eruierten internationalen und nationalen Forschungsprogramme, bei denen auch gesundheitliche Interventionen bei Arbeitslosen vermutet werden können, auf konkrete Projekte mit der Zielgruppe der Arbeitslosen durchrecherchiert. Insgesamt konnten in den zwischen der FH Neubrandenburg und FB+E Berlin aufgeteilten Recherchen 51 konkrete Vorhaben zu gesundheitlichen Interventionen bei Arbeitslosen aus unterschiedlichen Ländern gefunden werden.

Im Kapitel 6.1. werden die 36 durch FB +E recherchierten Projekte i.e. beschrieben⁶ und im Kapitel 6.2 einer typologischen Charakterisierung und einer Gesamtbewertung unterzogen.

Das Kapitel 7 enthält die Zusammenfassung, die Schlussfolgerungen und Empfehlungen.

2 Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Empirische Befunde

Nicht nur die Sicherung des Lebensunterhalts stellt in unserer Gesellschaft eine zentrale Funktion der Erwerbsarbeit dar, aus deren Verlust erhebliche Einschränkungen bei der Versorgung mit Gütern des Lebensbedarfs und bei der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben für betroffene Individuen und ihre Familien resultieren. Auch Qualifizierung, sozialer Status, soziale Kontakte, Selbstidentität und -entfaltung sind in hohem Maße an das Vorhandensein von Erwerbsarbeit gebunden. Diese Funktionen der Erwerbsarbeit verleihen ihr potentiell gesundheitsförderliche Potentiale. Dies steht auch nicht im Widerspruch zu den physischen und psychosozialen Risiken, Belastungen und Gefährdungen, die von suboptimal gestalteten Arbeitsplätzen und Arbeitsverhältnissen ausgehen können.

Am Beginn von wissenschaftlichen Untersuchungen zu den individuellen und gesellschaftlichen Folgen von Arbeitslosigkeit steht die berühmt gewordene Fallstudie von Marie Jahoda, Paul L. Lazarsfeld und Hans Zeisel „Die Arbeitslosen von Marienthal“, die unter den Bedingungen der Weltwirtschaftskrise um 1930 eindrucksvoll den Verlust der materiellen und moralischen Möglichkeiten gezeigt hat, die ungewollt frei geworde-

⁶ Die Nichteinbeziehung der anderen 25 Projekte ist dadurch begründet, dass die Informationen über diese Projekte i.d.R. zu dürftig waren und sich auch keine weitergehenden Erkenntnisse zeigten.

ne Zeit zu verwenden [Jahoda et al. 1933]. Im Anschluss an diese gesellschaftlichen Erfahrungen in allen Industriestaaten unternommene beschäftigungs- und sozialpolitische Initiativen haben hier seitdem eine erneute Kumulation absoluter Armut- und Deprivationslagen infolge von Arbeitslosigkeit verhindert.

Im Zuge aktuell zunehmender massiver Missverhältnisse zwischen Angebot und Nachfrage von Erwerbsarbeit ist die Frage der Bekämpfung der Massenarbeitslosigkeit und der dafür geeigneten arbeitsmarktpolitischen Instrumente zu einem zentralen politischen Thema geworden. Über jüngere Bemühungen hinaus, im wesentlichen an der Verbesserung der Arbeitsvermittlung anzusetzen, sind unter dem Stichwort „Umbau des Sozialstaats“ in der Bundesrepublik Deutschland dabei auch sozialstaatliche Leistungen für Arbeitslose auf die Agenda gestellt worden, die bisher materielle und damit mittelbar auch psychosoziale Folgen von Arbeitslosigkeit haben abpuffern können.

Gleichzeitig steht eine Umsetzung gesundheitsbezogener primärer Prävention [Elkeles et al., 1991] bzw. Gesundheitsförderung [Badura et al., 1995] hinsichtlich der gesetzlichen Auflage, dass Krankenkassen hierbei „insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen“ sollen (§ 20 SGB V in seiner seit 2000 gültigen Fassung), noch weitestgehend aus.

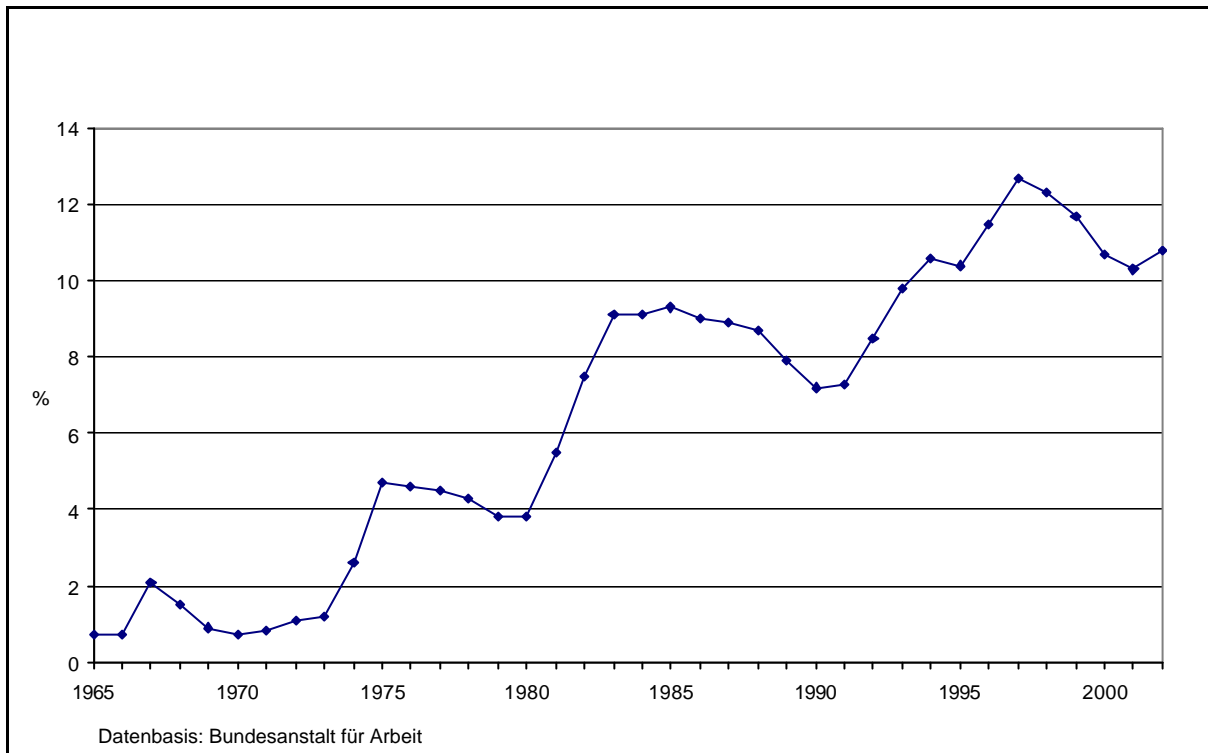
Es steht außer Frage, dass Arbeitslosigkeit – insbesondere Langzeitarbeitslosigkeit – soziale Ungleichheit mitkonstruiert. Geißler [2002] leitet sogar für die Langzeitarbeitslosen, deren soziale Mangellage sich verfestige, ab, dass letztere „zu einem Element der Sozialstruktur (gerinnt); in den 80er Jahren tauchen *Langzeitarbeitslose als neue Rand-schicht* auf [ebd., S. 260, Hervorhebung im Original].

2.1 Entwicklung, Höhe und Struktur der Arbeitslosigkeit in der Bundesrepublik Deutschland

Nach einigen Jahren annähernder Vollbeschäftigung zu Beginn der 60er Jahre wurde Arbeitslosigkeit nach einer ersten Rezession (1967) spätestens Mitte der 70er Jahre in der Bundesrepublik Deutschland wieder als ein soziales und anscheinend dauerhaftes ökonomisches Problem wahrgenommen. Nach der ersten Ölkrise wurde 1975 erstmals seit den 50er Jahren die Grenze von 1 Mio. Arbeitslosen überschritten. Seitdem haben nur wenige relativ kurzfristige Rückgänge, jedoch mehrere Schübe stattgefunden, welche ein insgesamt über die Zeit kontinuierliches Ansteigen der Arbeitslosigkeit auf derzeit über 4 Mio. Arbeitslose bewirkt haben.

Die wenigen, vor allem konjunkturell bedingten Rückgänge der Arbeitslosigkeit der vergangenen 30 Jahre auf einen bestehen bleibenden „Sockel“ (man sprach bzw. spricht daher vom Problem der „Sockelarbeitslosigkeit“) fanden daher bisher auf stets höherem Niveau statt. Nicht nur die Spitzen, sondern auch die Sockel der Arbeitslosigkeit wurden daher zunehmend höher.

Abb. 1 Arbeitslosenquoten im Bundesgebiet 1965 – 2002)



Erheblichen zusätzlichen Auftrieb erhielt die Arbeitslosigkeit durch die im Gefolge der Vereinigung Deutschlands stattgefundenene Transformation in Ostdeutschland. Das schon zuvor in der Bundesrepublik bestandene „Nord-Süd-Gefälle“ der Arbeitslosigkeit wird seit den 90er Jahren durch ein „Ost-West-Gefälle“ überlagert. So wies im März 2003 Baden-Württemberg eine Arbeitslosenquote von 6,3%, Bremen eine von 13,6% auf. Gleichzeitig bestand in Westdeutschland insgesamt eine Arbeitslosenquote von 8,8%, in Ostdeutschland insgesamt von 19,6% [Bundesanstalt für Arbeit]. Bei insgesamt gegebenen regionalen Disparitäten von Beschäftigung und Arbeitslosigkeit darf allerdings nicht übersehen werden, dass es sowohl in nördlichen wie auch in östlichen Bundesländern auch prosperierende Zentren gibt.

Entsprechende Differenzierung ist auch angebracht, wenn Quoten oder Bestände von Arbeitslosen zu einem bestimmten Zeitpunkt oder in einem bestimmten Zeitraum betrachtet werden. Eine ausschließliche Querschnittsbetrachtung würde verkennen, dass hinter der Gesamt-Arbeitslosigkeit mit ihren relativ kontinuierlich steigenden Durchschnittszahlen bzw. -quoten massenhafte Bewegungen des Eintritts in und des Austritts aus Arbeitslosigkeit stehen. So standen den 3.851.636 Arbeitslosen im Jahr 2001 (Durchschnitt) im gleichen Jahr 7.034.685 Zugänge in und 6.857.252 Abgänge aus Arbeitslosigkeit gegenüber [Statistisches Bundesamt 2002a, S. 124]. Es sind also stets weit mehr Personen von Arbeitslosigkeit betroffen als es Durchschnitts-Bestandszahlen für einen bestimmten Zeitraum nahe legen.

Die Dynamik von Beschäftigungsverläufen und ihrer Unterbrechungen hängt mit den verschiedenen möglichen und sich z.T. auch wandelnden Ursachen von Arbeitslosigkeit zusammen [vgl. Heinze, Bauerdick 1999, S. 260].

Saisonale, jahreszeitlich bedingte Arbeitslosigkeit betrifft vorrangig bestimmte Branchen wie die Bau- und Tourismuswirtschaft. Daher ist unter den saisonalen Bedingungen der Bundesrepublik Deutschland die Arbeitslosigkeit im Winter stets höher als im Sommer. Teilweise werden daher auch saisonbereinigt berechnete Arbeits- bzw. Erwerbslosenquoten verwendet.

Demographisch bedingte Arbeitslosigkeit kann entstehen, wenn z.B. einem konstant bleibenden Arbeitsplatzangebot eine demographisch bedingte erhöhte Nachfrage von Erwerbspersonen gegenübersteht (Eintritt geburtenstarker Jahrgänge ins erwerbsfähige Alter, Migration als Zuwanderung, wie sie in Deutschland in den vergangenen Jahren besonders seitens der Spätaussiedler stattfand).

Konjunkturelle Arbeitslosigkeit entsteht durch gesamtwirtschaftlich bedingte Konjunktur- und Wachstumsschwächen. In der Bundesrepublik Deutschland brachte diese in den vergangenen drei Jahrzehnten Arbeitslosigkeitszuwächse oberhalb eines stetig wachsenden Arbeitslosigkeitssockels (Abb. 1).

Automatisierungs- und Technisierungsprozesse können zu einer weiteren Variante, der *technologisch bedingten Arbeitslosigkeit* führen.

Unter struktureller Arbeitslosigkeit wird die durch einen regionalen oder überregionalen Strukturwandel der Wirtschaft bedingte Arbeitslosigkeit verstanden. Da die Faktoren für Strukturwandel ein breites Spektrum (einschließlich der „Globalisierung“) betreffen und sich mit anderen Determinanten wie insbesondere der technologisch bedingten Arbeitslosigkeit mischen, wird „strukturelle Arbeitslosigkeit“ häufig auch als kleinster gemeinsamer Nenner durchaus unterschiedlicher Hypothesen zu den ausschlaggebenden Gründen der gegenwärtigen – unbestritten auch durch Konjunkturfaktoren beeinflussten – Arbeitslosigkeit in Deutschland verwendet.

In diesem Zusammenhang findet sich auch die These, der Strukturwandel von Wirtschaft und Beschäftigung laufe darauf hinaus, dass stabile sog. Normalarbeitsverhältnisse, die im Lebenslauf allenfalls wenige und dann eher kurze Unterbrechungen aufweisen, immer seltener werden. Die Diskontinuität des Erwerbsverlaufs – bisher vornehmlich Frauen vorbehalten – werde für beide Geschlechter annähernd zum Regelfall [vgl. Mutz et al. 1995]. Sollte sich diese These empirisch als zutreffende Prognose über die Zukunft der Arbeitsgesellschaft erweisen, könnte sich eine neue Qualität struktureller Arbeitslosigkeit begründen, in der es nicht nur zu einem höheren Frequenzniveau von Arbeitslosigkeitsperioden, sondern auch zu daraus resultierenden Labilisierungsspiralen insbesondere für bereits heute bestehende Problemgruppen des Arbeitsmarkts kommen könnte.

Gegenüber der Debatte über wachsende Instabilitäten in der Risikogesellschaft betonen dagegen Bosch, Knuth [2003], die empirische Forschung gebe keine Hinweise auf eine

abnehmende Betriebsbindung oder eine Zunahme von Berufswechseln in Deutschland. Die Zahl der „Normalarbeitsverhältnisse“ (unbefristete Vollzeitstellen) sei weitgehend stabil geblieben [Bosch 2001]. Sowohl die Position von einer Erosion der „Ränder“ des Erwerbssystems als auch diejenige mit der neoliberalen Diagnose eines verkrusteten Arbeitsmarkts, in dem die „Insider“ auf Kosten der „Outsider“ Veränderungen blockierten, scherten sich „wenig um die empirischen Tatsachen, die den deutschen Arbeitsmarkt hinsichtlich seiner Dynamik im internationalen Vergleich auf eine mittlere Position, die Betriebe hinsichtlich ihrer inneren Flexibilität jedoch auf eine Spitzenposition verweisen“ [Bosch, Knuth 2003, S. 282]. Geburtskohortenspezifische Berechnungen mit dem sozioökonomischen Panel zeigen, dass ein Rückgang der Vollzeiterwerbsarbeit durch eine längere Bildungsbeteiligung kompensiert wird. Eine Zunahme atypischer Erwerbseinstiege zeigte sich vornehmlich bei Männern und Frauen mit geringer oder keiner beruflichen Orientierung [Lauterbach, Sacher 2001].

Bevor auf Zahlen zur Struktur der Arbeitslosigkeit und zu den Problemgruppen des Arbeitsmarkts eingegangen wird, sollen hier zunächst noch einige generelle Bemerkungen zur Messung von Arbeitslosigkeit angebracht bzw. nachgeholt werden.

Pröll [2003] kristallisiert aus arbeits- und gesundheitswissenschaftlicher Sicht hinter einer Vielzahl unterschiedlicher Arrangements postindustrieller Arbeit als Kern eines gemeinsamen Grundmerkmals die Bezeichnung „flexible Arbeitsformen“, in denen die Strukturmerkmale und Dynamiken der Risiko- und Wissensgesellschaft gleichsam amalgamierten. „Durch Institutionen und Organisationen vorgefertigte Normalitätsdefinitionen und Handlungssicherheiten in Bezug auf Arbeit und Erwerb gehen zunehmend verloren und müssen - zumindest teilweise und vorübergehend - durch individuelle Orientierungs- und Regulierungsleistungen ersetzt werden. Flexibilisierung scheint also mit einer durchgängigen Umverteilung von Regulierungsanforderungen einher zu gehen“ [ebd., S. 31]. Zumal nach dieser Untersuchung die Flexibilisierung von Arbeit auch empirisch mit gesundheitlichen Implikationen verknüpft sein kann, erscheint uns die hier vorgenommene Ableitung arbeits- und präventionspolitischer Leitbilder und Strategien für flexible Arbeit („flexicurity“), eine auf Nachhaltigkeit im Sinne der Sicherung personaler und sozialer Ressourcen sowie auf den Schutz individueller Autonomiereserven abzielende gesundheitliche Prävention perspektivisch auch hoch ertragreich für das Thema „Arbeitslosigkeit und Gesundheit.“

Zur amtlichen Berechnung von Arbeitslosen bzw. Erwerbslosen und Erwerbstätigen werden Zahlenmaterialien aus verschiedenen Quellen (Verwaltungsdaten: Statistiken der Arbeitsämter, Beschäftigtenstatistik der Sozialversicherungsträger; amtliche Erhebungen: Mikrozensus, Arbeitskräftestichprobe der Europäischen Gemeinschaft) herangezogen, die teilweise von unterschiedlichen Begriffen bzw. Begriffsabgrenzungen ausgehen.

In die EU-standardisierte Erwerbslosenquote gehen als Erwerbslose jährlich zunächst im Frühjahr ermittelte Personen von 15 Jahren und mehr ein, die ohne Arbeit sind, innerhalb der beiden nächsten Wochen eine Arbeit aufnehmen können und während der vier vorangegangenen Wochen aktiv eine Arbeit gesucht haben. Die Fortschreibung

geschieht mit einem Anpassungsfaktor zu den monatlich registrierten Arbeitslosen der Bundesanstalt für Arbeit.

Erwerbspersonen setzen sich aus den umgangssprachlich „berufstätig“ genannten Personen (Erwerbstätige: abhängig Beschäftigte sowie Selbständige und mithelfende Familienangehörige) und den Erwerbslosen zusammen (Gegensatz: Nicht Erwerbstätige). Als arbeitslos jedoch gelten gemäß § 118 SGB III nur solche Personen, die beim Arbeitsamt als solche gemeldet sind (vorübergehende Beschäftigungslosigkeit, Beschäftigungssuche im Umfang von mindestens 15 Stunden wöchentlich).

Nicht hingegen in die amtliche Statistik der Arbeitslosen gehen ein: Personen in Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen, Arbeitslose in Umschulungs- oder Qualifizierungsmaßnahmen sowie Personen, die beim Arbeitsamt nicht oder nicht mehr gemeldet sind („stille Reserve“, verdeckte Arbeitslosigkeit). Die ersten beiden Gruppen sind leicht quantifizierbar. So wurden im Jahr 2001 243.109 Arbeitslose in Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen gefördert und 449.622 traten in berufliche Weiterbildung ein [Statistisches Bundesamt 2002a, S. 126].

Bei der Berechnung von Arbeitslosenquoten kommt es ferner auch darauf an, welche Bezugsgröße der Erwerbstätigen zugrunde gelegt wird. Nach EU-Standard werden, wie bereits dargelegt, auch Selbständige und mithelfende Familienangehörige in die Bezugsgruppe (Nenner) einbezogen. Dies ergab z.B. im März 2003 eine Arbeitslosenquote für die Bundesrepublik Deutschland von 11,1%. Berechnet lediglich auf die abhängigen Beschäftigten betrug die Arbeitslosenquote im gleichen Zeitraum hingegen 12,3%, also annähernd einen Prozentpunkt mehr [Bundesanstalt für Arbeit].

Voranehend war bereits die Entwicklung der Gesamt-Arbeitslosenquote in der Bundesrepublik Deutschland seit 1960 präsentiert worden, die auch auf diesen begrifflichen Abgrenzungen basiert.

Als Problemgruppen des Arbeitsmarkts gelten insbesondere gering Qualifizierte, Jüngere, Ältere, Frauen, Ausländer und gesundheitlich Beeinträchtigte sowie Schwerbehinderte. Bei angespannten Arbeitsmarktsituationen werden sie vermehrt von Selektionsprozessen betroffen.

Zwar ist eine (gute) Ausbildung kein Garant für den Erhalt oder die Sicherung einer Beschäftigung, jedoch sind die Arbeitslosigkeitsrisiken bei höherer Qualifikation deutlich geringer. Mehr als ein Drittel der Arbeitslosen gehören zur Gruppe derjenigen ohne abgeschlossene Berufsausbildung (Tab. 1a). Dies ist im Bundesgebiet West deutlich stärker als im Bundesgebiet Ost der Fall (September 2002: West: 42,8%, Ost: 21,1%; Tab. 1b, c).

Die Jugendarbeitslosigkeit hatte sich gegen Ende der 90er Jahre leicht rückläufig entwickelt, danach allerdings wieder zugenommen (Tab. 1a-c). Bezogen auf alle unter 25jährigen lag die Arbeitslosenquote im Jahresdurchschnitt 2002 bei 9,7% [Bundesanstalt für Arbeit].

Die Wiederbeschäftigungschancen Älterer, die einmal arbeitslos geworden sind, sind besonders ungünstig. Der Anteil der 55jährigen und älteren Arbeitslosen betrug im Jahr 2000 21,5% und war damit rückläufig [Statistisches Bundesamt 2000b, S. 104]. Hier ist allerdings zu berücksichtigen, dass Arbeitslose ab 58 Jahre gemäß § 428 SGB III bis 31.12.2000 noch ohne Schwierigkeiten Lohnersatzleistungen beziehen konnten, ohne dem Arbeitsmarkt in vollem Umfang zur Verfügung zu stehen. Dies wiederum ist Voraussetzung, um in die Arbeitslosenstatistik einzugehen. Die nach dem Jahr 2000 weiter rückläufigen Anteile älterer Arbeitsloser (Tab. 1a-c) sind möglicherweise auf diese Selektionen zurückzuführen.

Ausländer sind heute ebenfalls zu einer Problemgruppe des Arbeitsmarkts geworden, ihr Arbeitslosigkeitsrisiko gilt als etwa doppelt so hoch wie das für Deutsche. Aufgrund der unterschiedlichen Verteilung der ausländischen erwerbstätigen Bevölkerung nach Bundesgebiet West und Ost ist der Ausländeranteil an den Arbeitslosen in Ostdeutschland sehr gering (September 2002: 3,2%), während er zum gleichen Zeitpunkt 17,3% an den Arbeitslosen in Westdeutschland betrug (Tab. 1a-c).

Die Kategorie „gesundheitliche Beeinträchtigung“ als Erhebungsmerkmal bei arbeitslos gemeldeten Personen weist die hiervon Betroffenen als eine Gruppe mit einem deutlich erhöhten Arbeitslosigkeitsrisiko aus. Mehr als jeder vierte Arbeitslose in Westdeutschland (26,2%) und mehr als jeder fünfte Arbeitslose in Ostdeutschland (21,0%) gehörte im September 2002 zu dieser Gruppe (Tab. 1a-c). In Ostdeutschland, wo zu Beginn der 90er Jahre gesundheitliche Selektionen kaum eine Rolle bei der Arbeitslosigkeit spielten, hat sich der Anteil der gesundheitlich Beeinträchtigten damit inzwischen stärker an das Niveau in Westdeutschland angeglichen. Definitionsgemäß gelten in den amtlichen Statistiken Personen allerdings nur dann als arbeitslos, wenn sie dem Arbeitsmarkt auch zur Verfügung stehen, was bei Arbeitsunfähigkeitsperioden nicht der Fall ist. "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" [Hollederer 2002]. Gesundheitlich Eingeschränkte, von denen nur ein kleiner Teil Schwerbehinderte sind, sind überproportional ältere Arbeitslose. Letztere wiesen in den vergangenen Jahren Langzeitarbeitslosigkeitsanteile von ca. 45% auf [Bundesanstalt für Arbeit].

Die Frauenarbeitslosigkeit hat sich in den 90er Jahren in Deutschland West und Ost deutlich unterschiedlich entwickelt (Abb. 2). Während die Arbeitslosenquote der Frauen in Westdeutschland ab 1995 etwas unter der der Männer blieb, war in Ostdeutschland rasch zunächst ein deutlich höheres Niveau als das der Männer erreicht. Seit 1997 gleichen sich auch hier die Quoten immer mehr einander an. Im Jahresdurchschnitt 2002 hatten in Ostdeutschland beide Geschlechter ein gleich hohes Niveau der Arbeitslosigkeit (Frauen: 19,4%, Männer: 19,5%); [Bundesanstalt für Arbeit].

Abb. 2 Arbeitslosenquoten im Bundesgebiet West und Ost nach Geschlecht 1991 – 2002

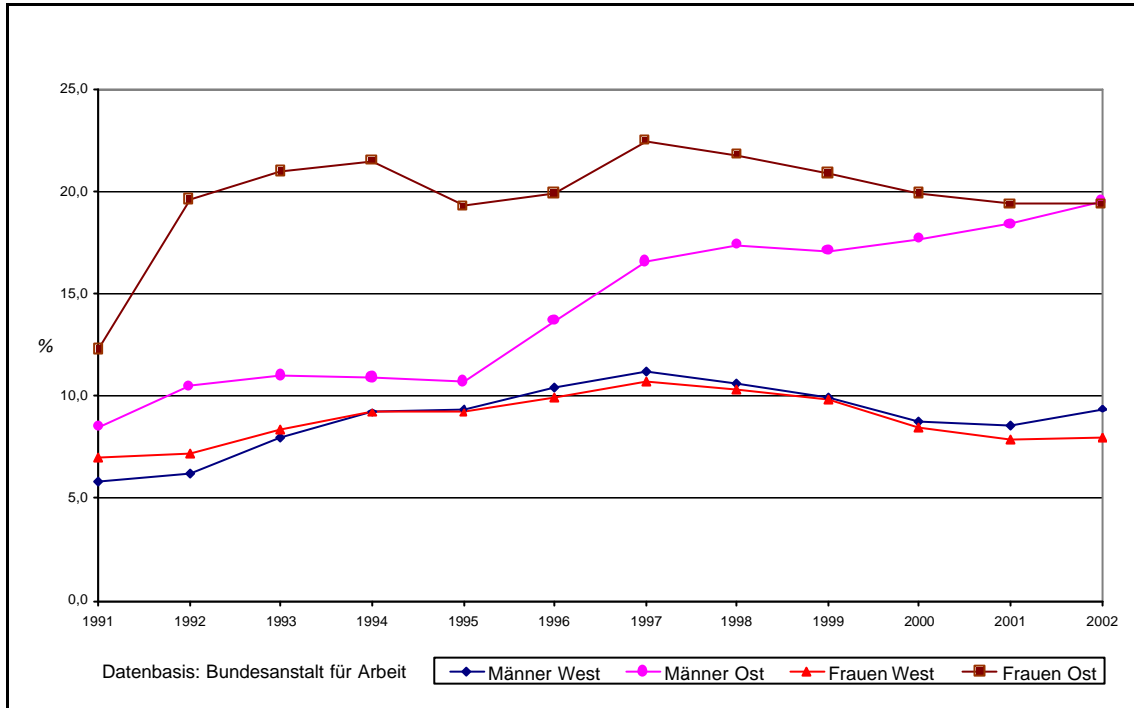


Abb. 3 Anteil der Langzeitarbeitslosen im Bundesgebiet West und Ost 1992 – 2002



Unter gesundheitlichen und sozialen Aspekten weist die Langzeitarbeitslosigkeit besondere Bedeutung auf. Es ist davon auszugehen, dass sich in der Gruppe der Langzeitarbeitslosen (in der amtlichen Statistik gemessen als Arbeitslosigkeit von einem Jahr und länger) die sozialen Problemlagen der übrigen arbeitsmarktpolitischen Problemgruppen kumulieren. Der Anteil der Langzeitarbeitslosen schwankt leicht, hat sich jedoch – verglichen mit den frühen 80er Jahren mit unter 20% – im Verlauf der 90er Jahre auf einem Niveau von etwa einem Drittel der Arbeitslosen eingependelt. Während der 90er Jahre lagen die Anteile der Langzeitarbeitslosigkeit in Westdeutschland etwas höher als in Ostdeutschland (Abb. 3). Nach 2000 wiesen die Anteile in Ostdeutschland deutlich höhere Werte als in Westdeutschland auf. So stieg in Ostdeutschland allein der Anteil der 2 Jahre und länger Arbeitslosen von 10,4% (September 1997) auf 18,9% (September 2002; Tab. 1a-c).

Abschließend sei noch darauf verwiesen, dass sich alle Ausführungen zur Höhe der Arbeitslosigkeit auf die sozialrechtliche Definition der Arbeitslosigkeit in Deutschland beziehen und die „ökonomisch definierte Arbeitslosigkeit“ nochmals um ca. 60% höher liegt [Stellmach, 2003].

Tab. 1a Strukturmerkmale der Arbeitslosen 1997 – 2002 (in %)
Bundesrepublik Deutschland

Merkmal	% -Anteile an allen Arbeitslosen					
	Ende September					
	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Arbeitslose insgesamt	100	100	100	100	100	100
Männer	51,5	51,6	51,1	51,5	52,4	54,1
Frauen	48,5	48,4	48,9	48,5	47,6	45,9
Deutsche	87,7	87,3	87,8	88,1	87,9	87,5
Ausländer	12,3	12,7	12,2	11,9	12,1	12,5
Angestellte	39,0	39,0	39,6	39,2	39,1	39,3
Übrige Berufe (Arbeiter)	61,0	61,0	60,4	60,8	60,9	60,7
Arbeitszeit						
Vollzeitarbeit	92,2	91,5	91,1	90,8	90,6	90,6
Teilzeitarbeit	7,8	8,5	8,9	9,2	9,4	9,4
dar.: Heimarbeit	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Berufsausbildung						
ohne abgeschlossene Berufsausbildung	37,8	38,6	37,6	37,8	37,0	35,4
mit abgeschlossener Berufsausbildung	62,2	61,4	62,4	62,2	63,0	64,6
dar.: Betriebl. Ausbildung	51,0	50,8	51,9	52,1	53,1	54,1
Berufsfach-/Fachschule	5,9	5,6	5,5	5,2	5,0	4,8
Fachhochschule	1,5	1,4	1,4	1,4	1,4	1,9
Universität	3,8	3,6	3,6	3,4	3,4	3,8
Status vor Arbeitslosmeldung						
Beschäftigungsverhältnis	49,5	44,7	44,3	44,2	44,5	45,6
dar.: Nichtfacharbeiter	21,2	18,9	19,2	19,2	19,6	18,9
Facharbeiter	11,0	10,7	11,1	11,8	12,4	14,1
Ang. mit einfacher Tätigkeit	10,0	9,8	10,0	9,9	9,6	9,8
Ang. mit gehobener Tätigkeit	7,2	5,2	4,0	3,3	2,8	2,8
Betriebl./sonstiges Ausbildungsverhältnis ¹⁾	2,1	2,5	2,3	2,4	2,5	2,3
sonstige Erwerbstätigkeit ²⁾	1,1	1,9	2,0	2,1	2,1	2,1
Erwerbstätigkeit unterbrochen ³⁾	41,1	44,9	46,3	46,8	46,9	46,4
ohne bisherige Erwerbstätigkeit	6,2	6,1	5,1	4,5	4,1	3,6
Alter						
unter 20 Jahre	3,2	3,2	3,1	3,3	3,1	2,9
20 bis unter 25 Jahre	9,0	8,8	8,3	8,9	9,5	10,2
25 bis unter 30 Jahre	10,5	9,4	8,7	8,4	8,7	9,4
30 bis unter 35 Jahre	12,7	12,0	11,6	11,3	11,5	11,8
35 bis unter 40 Jahre	12,2	12,2	12,5	12,7	13,4	13,8
40 bis unter 45 Jahre	10,8	10,7	11,2	11,6	12,4	13,2
45 bis unter 50 Jahre	10,3	10,6	11,1	11,4	11,7	12,1
50 bis unter 55 Jahre	9,7	9,8	10,2	10,9	11,8	12,2
55 bis unter 60 Jahre	19,0	20,0	19,6	17,2	13,7	11,1
60 bis unter 65 Jahre	2,6	3,3	3,8	4,3	4,1	3,2
In Arbeitslosigkeit seit						
unter 1 Monat	11,0	11,7	11,5	12,2	12,0	12,3
1 bis unter 3 Monaten	17,8	18,9	18,3	18,6	19,5	19,2
3 Monaten bis unter 1/2 Jahr	15,2	14,4	16,3	14,7	15,7	16,0
1/2 Jahr bis unter 1 Jahr	21,9	18,2	18,9	18,1	19,4	19,4
1 bis unter 2 Jahren	18,9	18,1	15,8	17,5	15,3	16,7
2 Jahren und länger	15,2	18,6	19,2	18,9	18,2	16,4
Gesundh. Einschränkungen	22,5	24,0	25,0	26,1	26,0	24,5
dar.: Schwerbehinderte	4,6	4,8	4,8	4,9	4,4	3,8
Aussiedler	3,4	2,9	2,3	2,0	1,7	1,5

1) z. B. Auszubildende, Referendare, Lehramtsanwärter

2) z. B. Selbständige, Mithelfende Familienangehörige, Soldaten

3) z.B. Teilnahme an Weiterbildung, vorübergehende Arbeitsunfähigkeit etc.

Quelle: Bundesanstalt für Arbeit

Tab. 1b Strukturmerkmale der Arbeitslosen 1997 – 2002 (in %)
Bundesrepublik Deutschland – West

Merkmal	% -Anteile an allen Arbeitslosen					
	Ende September					
	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Arbeitslose insgesamt	100	100	100	100	100	100
Männer	56,0	54,8	54,4	54,0	54,7	56,2
Frauen	44,0	45,2	45,6	46,0	45,3	43,8
Deutsche	82,8	82,7	82,8	82,9	82,6	82,7
Ausländer	17,2	17,3	17,2	17,1	17,4	17,3
Angestellte	38,8	39,2	39,9	40,1	40,2	40,7
Übrige Berufe (Arbeiter)	61,2	60,8	60,1	59,9	59,8	59,3
Arbeitszeit						
Vollzeitarbeit	89,9	89,0	88,1	87,3	87,0	87,4
Teilzeitarbeit	10,1	11,0	11,9	12,7	13,0	12,6
dar.: Heimarbeit	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Berufsausbildung						
ohne abgeschlossene Berufsausbildung	45,7	46,1	45,5	46,3	45,5	42,8
mit abgeschlossener Berufsausbildung	54,3	53,9	54,5	53,7	54,5	57,2
dar.: Betriebl. Ausbildung	43,4	43,4	43,9	43,3	44,1	46,0
Berufsfach-/Fachschule	5,3	5,2	5,2	5,1	5,1	4,9
Fachhochschule	1,7	1,6	1,6	1,5	1,6	2,1
Universität	3,9	3,7	3,8	3,7	3,7	4,2
Status vor Arbeitslosmeldung						
Beschäftigungsverhältnis	47,7	43,3	42,1	42,2	42,8	45,3
dar.: Nichtfacharbeiter	20,1	18,2	17,6	17,9	18,6	18,4
Facharbeiter	8,6	8,2	8,2	8,4	9,0	11,2
Ang. mit einfacher Tätigkeit	10,8	10,8	11,4	11,6	11,6	12,1
Ang. mit gehobener Tätigkeit	8,2	6,1	4,9	4,3	3,7	3,7
Betriebl./sonstiges Ausbildungsverhältnis ¹⁾	1,7	1,9	1,8	1,8	1,8	1,9
sonstige Erwerbstätigkeit ²⁾	1,0	1,8	1,9	1,8	1,9	1,9
Erwerbstätigkeit unterbrochen ³⁾	41,9	45,8	48,1	48,8	48,6	47,0
ohne bisherige Erwerbstätigkeit	7,7	7,2	6,0	5,4	4,9	3,8
Alter						
unter 20 Jahre	3,0	2,9	2,8	3,0	3,0	2,7
20 bis unter 25 Jahre	9,4	8,8	8,2	8,4	9,3	9,9
25 bis unter 30 Jahre	10,9	9,7	9,1	8,6	9,2	10,1
30 bis unter 35 Jahre	13,0	12,3	12,0	11,6	12,0	12,4
35 bis unter 40 Jahre	11,9	12,0	12,2	12,4	13,3	14,0
40 bis unter 45 Jahre	10,2	10,3	10,7	11,0	11,8	12,7
45 bis unter 50 Jahre	9,8	10,1	10,3	10,4	10,7	11,2
50 bis unter 55 Jahre	9,4	9,9	10,4	11,3	11,7	11,8
55 bis unter 60 Jahre	19,1	20,0	19,7	18,0	14,2	11,6
60 bis unter 65 Jahre	3,3	3,9	4,6	5,3	4,9	3,7
In Arbeitslosigkeit seit						
unter 1 Monat	11,1	12,1	11,9	12,9	12,8	13,4
1 bis unter 3 Monaten	18,0	19,1	18,3	19,1	20,8	20,9
3 Monaten bis unter 1/2 Jahr	14,6	14,4	15,3	14,2	15,7	16,4
1/2 Jahr bis unter 1 Jahr	20,3	16,7	17,7	16,7	18,2	19,0
1 bis unter 2 Jahren	18,6	17,3	15,7	16,3	14,0	15,1
2 Jahren und länger	17,4	20,5	21,0	20,8	18,5	15,2
Gesundh. Einschränkungen	25,3	26,6	27,8	29,2	28,4	26,2
dar.: Schwerbehinderte	5,6	5,8	5,9	5,9	5,3	4,5
Aussiedler	4,3	3,5	2,8	2,3	2,0	1,7

1) z. B. Auszubildende, Referendare, Lehramtsanwärter

2) z. B. Selbständige, Mithelfende Familienangehörige, Soldaten

3) z.B. Teilnahme an Weiterbildung, vorübergehende Arbeitsunfähigkeit etc.

Quelle: Bundesanstalt für Arbeit

Tab. 1c Strukturmerkmale der Arbeitslosen 1997 – 2002 (in %)
Bundesrepublik Deutschland – Ost

Merkmal	% -Anteile an allen Arbeitslosen					
	Ende September					
	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Arbeitslose insgesamt	100	100	100	100	100	100
Männer	42,0	44,5	44,5	47,1	48,3	50,1
Frauen	58,0	55,5	55,5	52,9	51,7	49,9
Deutsche	98,1	97,6	97,6	97,4	97,5	96,8
Ausländer	1,9	2,4	2,4	2,6	2,5	3,2
Angestellte	39,4	38,5	38,9	37,5	37,0	36,6
Übrige Berufe (Arbeiter)	60,6	61,5	61,1	62,5	63,0	63,4
Arbeitszeit						
Vollzeitarbeit	97,0	97,0	97,1	97,0	97,0	96,8
Teilzeitarbeit	3,0	3,0	2,9	3,0	3,0	3,2
dar.: Heimarbeit	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Berufsausbildung						
ohne abgeschlossene Berufsausbildung	21,1	21,9	21,8	22,4	21,5	21,1
mit abgeschlossener Berufsausbildung	78,9	78,1	78,2	77,6	78,5	78,9
dar.: Betriebl. Ausbildung	67,2	67,3	67,7	68,3	69,6	69,8
Berufsfach-/Fachschiule	7,2	6,5	6,2	5,4	5,0	4,6
Fachhochschule	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,4
Universität	3,5	3,3	3,2	2,9	2,8	3,0
Status vor Arbeitslosmeldung						
Beschäftigungsverhältnis	53,3	47,7	48,6	47,9	47,5	46,1
dar.: Nichtfacharbeiter	23,7	20,6	22,3	21,6	21,5	19,9
Facharbeiter	16,1	16,3	16,7	18,1	18,7	19,8
Ang. mit einfacher Tätigkeit	8,5	7,7	7,5	6,8	6,2	5,3
Ang. mit gehobener Tätigkeit	5,1	3,1	2,1	1,4	1,1	1,0
Betriebl./sonstiges Ausbildungsverhältnis ¹⁾	2,8	3,7	3,4	3,6	3,6	3,1
sonstige Erwerbstätigkeit ²⁾	1,2	2,1	2,2	2,4	2,4	2,4
Erwerbstätigkeit unterbrochen ³⁾	39,5	42,8	42,6	43,1	43,8	45,3
ohne bisherige Erwerbstätigkeit	3,1	3,7	3,2	2,9	2,7	3,2
Alter						
unter 20 Jahre	3,5	3,7	3,5	3,7	3,3	3,1
20 bis unter 25 Jahre	8,1	8,8	8,3	9,7	9,8	10,6
25 bis unter 30 Jahre	9,6	8,8	8,0	8,1	7,9	8,2
30 bis unter 35 Jahre	12,3	11,4	10,9	10,8	10,8	10,8
35 bis unter 40 Jahre	12,9	12,7	12,9	13,2	13,5	13,4
40 bis unter 45 Jahre	12,1	11,6	12,1	12,6	13,5	14,3
45 bis unter 50 Jahre	11,5	11,8	12,7	13,2	13,7	14,0
50 bis unter 55 Jahre	10,2	9,3	9,7	10,4	12,1	13,2
55 bis unter 60 Jahre	18,8	20,0	19,5	15,9	12,8	10,1
60 bis unter 65 Jahre	1,0	1,8	2,2	2,4	2,6	2,3
In Arbeitslosigkeit seit						
unter 1 Monat	10,7	11,0	10,8	11,0	10,4	10,2
1 bis unter 3 Monaten	17,5	18,5	18,3	17,6	17,2	15,9
3 Monaten bis unter 1/2 Jahr	16,5	14,5	18,3	15,5	15,6	15,4
1/2 Jahr bis unter 1 Jahr	25,5	21,7	21,1	20,6	21,4	20,1
1 bis unter 2 Jahren	19,3	20,0	15,9	19,7	17,7	19,6
2 Jahren und länger	10,4	14,4	15,5	15,5	17,7	18,9
Gesundh. Einschränkungen	16,4	18,2	19,5	20,6	21,4	21,0
dar.: Schwerbehinderte	2,4	2,6	2,8	2,9	2,8	2,3
Aussiedler	1,5	1,6	1,4	1,4	1,2	1,0

1) z. B. Auszubildende, Referendare, Lehramtsanwärter

2) z. B. Selbständige, Mithelfende Familienangehörige, Soldaten

3) z. B. Teilnahme an Weiterbildung, vorübergehende Arbeitsunfähigkeit etc.

Quelle: Bundesanstalt für Arbeit

2.2 Zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Aus dem Verlust der potentiell gesundheitsförderlichen materiellen und nichtmateriellen Funktionen der Erwerbsarbeit lassen sich Belastungen ableiten, die sich unter anderem auch in gesundheitlichen Folgen manifestieren können. Unter den gegenwärtigen Bedingungen der Bundesrepublik Deutschland sind es vor allem die nichtmateriellen, von Jahoda [1983] als „latent“ bezeichneten Funktionen der Erwerbsarbeit, deren Verlust folgende „Erfahrungskategorien“ (d.h. Belastungen in folgenden Dimensionen) hervorbringen [ebd., S. 44ff.]:

- Status – sowie Identitätsverlust
- Verlust einer Zeitstruktur (Fehlen einer regelmäßigen Tätigkeit, der Zeiterfahrung, des Zeitgefühls)
- Fehlen einer Zweckbestimmung (Fehlen der Beteiligung an kollektiven Zielen)
- relative soziale Isolation (Ausschluss von größerer Gemeinschaft, Reduktion der sozialen Kontakte).

Dem psychosozialen Stressor Arbeitslosigkeit korrespondieren allerdings weder spezifische „Arbeitslosenkrankheiten“, noch lassen sich für psychosoziale und/oder gesundheitliche Folgen der Arbeitslosigkeit einfache Ursache-Wirkungszusammenhänge postulieren, wie sie bei einfachen Mechanismen der Krankheitsentstehung aufstellbar und vergleichsweise einfach überprüfbar sind.

Wie bei allen Vergleichen aufgrund von Querschnittsdaten (um die es sich in der Forschung zu Arbeitslosigkeit und Gesundheit häufig handelt), kommen auch für den Vergleich der Gesundheitsdaten von Arbeitslosen und Beschäftigten grundsätzlich zwei Interpretationsmöglichkeiten der Richtung von zugrundeliegenden Ursache-Wirkungszusammenhängen für die fast durchgängig zu beobachtende schlechtere Gesundheit von Arbeitslosen in Frage: zum einen die Annahme von Kausaleffekten (der Arbeitslosigkeitsstatus führt zu gesundheitlichen Belastungen) und zum anderen die Annahme von Selektionseffekten (die schlechtere Gesundheit von Arbeitslosen ist durch häufigere und längere Arbeitslosigkeit von primär gesundheitlich Belasteten bedingt; Kausal- und Selektionshypothese) [vgl. Elkeles, 2001, 2003, Bormann, Elkeles, 1997, Elkeles, Bormann, 1999, 2002, Elkeles, Seifert 1992, 1993a, b, c, 1996].

Für beide Effekte besteht inhaltlich eine hohe Plausibilität. So ist bereits an Daten der Bundesanstalt für Arbeit ablesbar, dass gesundheitlich Eingeschränkte – nach den vergleichsweise harten Kriterien in der Arbeitsverwaltung – sich in erhöhtem Maße unter den Arbeitslosen befinden und dass die Dauer deren Arbeitslosigkeit deutlich erhöht ist. Zusätzlich plausibel ist, dass gesundheitliche Belastungen am Arbeitsplatz zu einem erhöhten Risiko gesundheitlicher Einschränkungen führen (Thema „Arbeit und Gesundheit“) und dieses in der Folge dazu führt, dass betriebliche Selektionsprozesse bei Kündigungen und Einstellungen vermehrt die Kranken und gesundheitlich Eingeschränkten betreffen.

Ein plausibler wissenschaftlicher Beleg für die Kausationshypothese ist die Verbesserung psychosozialer und/oder gesundheitlicher Indikatoren nach Wiederbeschäftigung. Allerdings konnte dies bisher nur in Studien zu Teilgruppen (Jugendliche) und zu einzelnen Regionen gezeigt werden.

Nicht sinnvoll ist es jedenfalls, die beiden Effekte und Ursache-Wirkungsrichtungen gegeneinander auszuspielen, zumal sie sich in der Gesamtgruppe der Arbeitslosen häufig überlagern werden. „Kausation versus Selektion“ wurde lediglich für Forschungszwecke in dichotomer Weise als Frage formuliert [vgl. Elkeles, Seifert 1992]. Nach Darstellung von Ergebnissen zu Gesundheitsindikatoren soll nochmals auf den Stand der Forschung zu den beiden Wirkungshypothesen und die daraus zu ziehenden Schlussfolgerungen zurückgekommen werden.

Zuvor soll noch auf einige Moderatorvariablen sowie Erkenntnisse zur Phasenhaftigkeit der psychosozialen Belastungen durch Arbeitslosigkeit eingegangen werden, da beide für die Interpretation von Zusammenhängen beim Thema „Arbeitslosigkeit und Gesundheit“ relevant sind.

Trotz des gemeinsamen Beschäftigungsmerkmals Arbeits- bzw. Erwerbslosigkeit bilden Arbeitslose nicht etwa eine homogene Gruppe. Für die Arbeitslosenforschung ist daher ein Leitbild des typischen Arbeitslosen, der unter der Arbeitslosigkeit historisch und soziokulturell in invarianter Form leidet oder gar erkrankt, überholt. Arbeitslosigkeit und ihre verschiedenen Formen (von kurzfristigen Übergangsphasen zwischen zwei Beschäftigungsverhältnissen bis hin zur Langzeitarbeitslosigkeit) haben für verschiedene soziale Gruppen unterschiedliche Bedeutung. Auch sind die gesundheitlichen Auswirkungen auf der individuellen Ebene nicht z.B. durch den Typus der Arbeitslosigkeit zwangsläufig vorgegeben, sondern sie hängen von den jeweiligen Bewältigungsmöglichkeiten ab, die den Arbeitslosen zur Verfügung stehen. Dies ist auch einer der Gründe, warum gerade von bedarfs- und zielgruppenspezifischen gesundheitlichen Interventionen für Arbeitslose positive Effekte zu erwarten sind.

Nach Kieselbach [1988] lassen sich folgende Moderatorvariablen hervorheben, welche die Zusammenhänge von Arbeitslosigkeit und Gesundheit mitbestimmen:

- **Finanzielle Einschränkungen**
Sie erklären in einer Vielzahl von Untersuchungen am besten die negativen psychosozialen Konnotationen der Arbeitslosigkeit, was jedoch nicht bedeutet, dass es die finanziellen Einschränkungen allein sind, die dafür verantwortlich sind.
- **Arbeits- und Berufsorientierung**
Je stärker die Arbeits- und Berufsorientierung ist, um so stärker finden sich negative psychosoziale Veränderungen.
- **Alter**
Es scheint einen u-förmigen Verlauf des Zusammenhangs von Alter und Belastung zu geben. Im mittleren Alter (wo in der Regel stärkere familiäre Rollenerwartungen wirksam und andere Rollen weniger verfügbar bzw. akzeptiert sind) finden sich die höchsten Werte, bei Jüngeren mittlere und bei Älteren die niedrigsten.

- **Geschlecht**
Frauen scheinen sich weniger als Männer belastet zu fühlen. Als Grund wird angenommen, dass für viele Frauen die Übernahme einer alternativen Rolle (Abwendung vom Arbeitsmarkt) eine Möglichkeit darstellt, in der soziale Anerkennung erworben werden kann.
- **Dauer der Arbeitslosigkeit**
Die These einer langsamen, kontinuierlich zunehmenden Verschlechterung der psychosozialen und/oder gesundheitlichen Situation mit Fortdauer der Arbeitslosigkeit wird in Studien aus verschiedenen Ländern nicht durchgängig gestützt; dies könnte auf länderspezifische Bedingungen der sozialen Sicherung und der Arbeitsmarktperspektiven zurückzuführen sein.
- **Qualifikationsniveau**
Entgegen der früher vertretenen Auffassung, die Belastungen seien für diejenigen am größten, die am tiefsten „fallen“, gilt heute als belegt, dass Berufe mit niedrigem Qualifikationsniveau mit den stärkeren Belastungen durch Arbeitslosigkeit verbunden sind.
- **Ursachenattribution und Kontrollerwartung**
Bei internaler Ursachenattribution („Arbeitslosigkeit ist individuell selbst verschuldet“) sind die Belastungen deutlich höher als bei externaler Ursachenattribution („Arbeitslosigkeit ist gesellschaftlich bedingt“).
Hier bestehen allerdings Interaktionen; eine davon ist, dass bei längerer Erfahrung mit Massenarbeitslosigkeit die interne Ursachenattribution abnimmt und damit mehr externe Erklärungen greifen.
- **Persönliches Aktivitätsniveau**
Wer z.B. schon vor dem Arbeitsplatzverlust Probleme mit der Zeitstrukturierung hatte, weist in der Arbeitslosigkeit höhere Belastungswerte auf.
- **Soziale Unterstützung**
Die Bewältigung kritischer Lebensereignisse wird durch ein soziales Netz, das Unterstützungsleistungen vermittelt, erleichtert. Allerdings können vorhandene soziale Netzwerke wiederum selber tangiert werden und ihre Unterstützungsfähigkeit verlieren.
- **Hilfesuch-Verhalten und Verfügbarkeit von Hilfsangeboten**
Sofern Angebote vorhanden sind, die für Arbeitslose erreichbar, annehmbar und wirksam sind, kann das Hilfesuch-Verhalten der Arbeitslosen durch ihre spezifische Situation verändert sein. Es gibt Hinweise darauf, dass Arbeitslose professionelle Hilfe zu vermeiden suchen, um das eigene Selbstwertgefühl durch die Annahme von Hilfe nicht noch weiter zu gefährden, um ihre Probleme vor anderen zu verbergen oder weil sie befürchten, lediglich besänftigt zu werden.
- **Höhe der Arbeitslosenquote**
Das nationale, regionale oder lokale Ausmaß von Arbeitslosigkeit hat Einfluss auf die Wahrnehmung ihrer Problemhaftigkeit. Hohe lokale Arbeitslosigkeit kann zu geringerem individuellen Stresserleben führen, gleichzeitig aber auch den gegenteiligen Effekt haben.

- Frühere Erfahrungen mit Arbeitslosigkeit und Stressbelastbarkeit
Biographische Erfahrungen mit Arbeitslosigkeit können erneute Erfahrungen mit Arbeitslosigkeit möglicherweise relativieren, gleichzeitig aber auch aggravieren.

Sind schon diese Effekte schwierig alle zu kontrollieren, umso weniger in den häufig lediglich zur Verfügung stehenden Sekundärdaten⁷, gilt dies auch für die Frage der Phasenhaftigkeit der Belastungen durch die Arbeitslosigkeit.

So hat eine schwedische Studie [Brenner et al. 1989] darauf aufmerksam gemacht, dass bereits die Antizipation des Arbeitsplatzverlustes zu niedrigen Werten psychischer Befindlichkeit und hohen im Blut gemessenen Kortison-Werten führen kann. Im Anschluss an den tatsächlichen Eintritt der Arbeitslosigkeit bildeten sich die Peaks zurück. Die Autoren hielten dies im Sinne eines "kurzen Honeymoon" für plausibel; sie hätten jedoch stresstheoretisch im weiteren Verlauf eine erneute Verschlechterung erwartet. Dagegen zeigte sich, dass sich beim größten Teil der Arbeitslosen die betrachteten Indikatoren im weiteren Verlauf auf mittlerem Niveau stabilisierten. Die Autoren schlossen daraus, bei den Stressreaktionen sei deutlich zwischen Arbeitsplatzverlust, Kurz- und Langzeitarbeitslosigkeit zu unterscheiden. Für die Adaptation seien Coping-Prozesse entscheidend.⁸ Inwieweit diese durch ein Interventionsprogramm, das sich an einen Teil der Untersuchungsgruppe richtete, beeinflusst wurden, war mit dem Studiendesign nicht sicher beantwortbar.

Nach englischen Studien variierten die psychosozialen Langzeitwirkungen von Arbeitslosigkeit nach dem Alter der betroffenen Personen. Während bei Jugendlichen, [vgl. Banks, Ullah 1988] jedenfalls bis zum Alter von 18 Jahren, sich nach anfänglicher Abnahme des Wohlbefindens keine weitere Verschlechterung zeigte, war dies bei Männern zwischen 20 und 59 Jahren anders: Analysen der Verläufe in verschiedenen, nach Länge der Arbeitslosigkeit gebildeten Gruppen (als Kontrollgruppe dienten Querschnitte beschäftigter Personen) zeigten eine deutliche Zunahme der allgemeinen Stresswerte zum Zeitpunkt des Arbeitsplatzverlustes, eine weitere, statistisch signifikante Verschlechterung während der ersten sechs Monate und eine anschließende Stress-Reduktion von 6 Monaten an aufwärts. Diese Adaptation setzte sich aus zwei verschiedenen Typen zusammen: Einer konstruktiven Adaptation, bei der Arbeitslose verstärkt Interessen und Aktivitäten verstärken oder entwickeln, die auf den Nicht-

⁷ Sekundärdaten sind Daten, die zu anderen als der Forschungsfragestellung generiert wurden und sekundär dazu herangezogen werden.

⁸ Bezüglich einer möglichen Übertragbarkeit dieser Ergebnisse sind länderspezifische Bedingungen zu berücksichtigen. So wurde im schwedischen Sozialsystem eine Arbeitslosenunterstützung von 90% der zuvor bezogenen Einkünfte gewährt. Ferner war zum Zeitpunkt der Studie die nationale Arbeitslosenquote zwar gegenüber früher gestiegen, international aber vergleichsweise nicht sehr hoch und damit auch die Wahrscheinlichkeit groß, dass in vielen Fällen Ehepartner vorhanden waren, die über Einkünfte aus Erwerbstätigkeit verfügten. Schließlich könnte die beobachtete Adaptation nicht nur auf Prozesse individuellen Lernens zurückführbar sein, sondern im soziokulturellen Kontext Schwedens zu verstehen sein, wo bei ausgeprägter Arbeitsorientierung und nach längeren Perioden mit Arbeitslosenquoten von zuvor lediglich 1 – 2% zunächst wenig Erfahrungen mit Arbeitslosigkeit bestanden.

Arbeits-Bereich gerichtet sind, und einer resignativen Adaptation, bei der die Verbesserungen sich durch Reduktionen des Anspruchsniveaus erklären [Warr et al. 1988].⁹

Soweit in Deutschland überhaupt Primärstudien zu psychosozialen und/oder gesundheitlichen Indikatoren im Verlauf von Arbeitslosigkeit durchgeführt werden konnten [Brinkmann, Potthoff 1983, Büchtemann, Infratest Sozialforschung 1983, Brinkmann 1984], lässt sich daraus keine allgemeingültige Typologie über die Phasenhaftigkeit der Wirkungen aus der physischen Entlastung von Erwerbsarbeit¹⁰ und der psychosozialen Belastungen durch Arbeitslosigkeit ableiten. Deren Phasenhaftigkeit dürfte in Abhängigkeit von Moderatorvariablen (s.o.), den betroffenen Subgruppen und regionalen und zeitlichen Einflüssen ebenso variieren wie prinzipiell durch gesundheitliche Interventionen beeinflussbar sein.

2.3 Gesundheitszustand und Arbeitslosigkeit

2.3.1 Mortalität

Zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Mortalität liegen eine Reihe von Untersuchungen mit Makrodaten vor. Brenner [1984] modellierte für eine Reihe von industrialisierten Ländern, Veränderungen der Arbeitslosenquote seien mit einem Ansteigen bzw. verlangsamten Rückgang der Mortalität verbunden, und zwar sowohl bei der allgemeinen Mortalität wie bei einer Reihe von spezifischen Sterblichkeiten [z.B. Brenner 1984]. Morris et al. [1994] zeigten für Großbritannien, dass die höhere Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Krankheiten und Krebs der Personen, die zwischen zwei Messzeitpunkten im Abstand von fünf Jahren eine Arbeitslosigkeitsepisode hatten, auch dann signifikant bestehen blieb, wenn mögliche Einflussgrößen wie die soziale Schicht sowie das Gesundheitsverhalten und der Gesundheitszustand kontrolliert wurden.

Schach et al. [1994] fanden anhand von AOK-Daten (süddeutscher Raum; 1980/82 und 1990/91) eine 2,6fach größere Sterblichkeit in Arbeitslosigkeit als beim Status Erwerbstätigkeit. Besonders arbeitslose Frauen wiesen dabei ein deutlich höheres Mortalitätsrisiko auf als Männer, während in der Allgemeinbevölkerung eine niedrigere Sterblichkeit von Frauen im Vergleich zu Männern bekannt ist. Langzeitarbeitslose waren in dieser Studie deutlich mehr von frühzeitiger Mortalität betroffen als dauerhaft Erwerbstätige. Auch in einer neueren Untersuchung mit Kassendaten stand das Risiko

⁹ Hinsichtlich einer möglichen Übertragbarkeit dieser Ergebnisse zum adaptativen Phasenverlauf der Gesundheitsveränderungen sind auch hier länderspezifische Bedingungen zu erwähnen. So gewährte zum Zeitpunkt der Untersuchung das englische Unterstützungssystem eine zeitlich unbegrenzte Basisversorgung, deren Höhe sich im Verlauf anhaltender Arbeitslosigkeit nicht änderte. Der anfänglichen Adaptation an ein niedriges ökonomisches Niveau folgte also kein Zeitpunkt, zu dem eine Reduktion des Einkommens mit neuartigen Anforderungen an Anpassungsleistungen seitens der betroffenen Individuen stattzufinden hatte.

¹⁰ Der Studienbeginn dieser größeren Studien aus den 80er Jahren mit arbeitslos Gemeldeten lag nach Eintritt der Arbeitslosigkeit. Die wenigen jüngeren Primärstudien waren kleineren Umfangs und von regionalem Charakter.

zu versterben in deutlichem Zusammenhang mit der Länge der vorausgehenden Arbeitslosigkeit [GEK 1999].

2.3.2 Arbeitslosigkeit, Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung

Sozialrechtlich ist die Arbeitsfähigkeit von Arbeitslosen Voraussetzung für die Vermittlungsfähigkeit. Krankschreibungen sind daher auch für arbeitslose Versicherte in den Leistungsstatistiken der GKV als Daten vorhanden, mit denen einige Untersuchungen durchgeführt wurden.

So fanden Schach et al. [1994], dass Arbeitslose im untersuchten Zeitraum seltener, aber länger arbeitsunfähig als Erwerbstätige waren. In den GEK-Daten zeigten sich ebenfalls ausgesprochen geringe AU-Fallhäufigkeiten, jedoch überdurchschnittlich lange AU-Zeiten im Versicherungsjahr, die aus einer hohen fallbezogenen AU-Dauer resultierten. Es sei „davon auszugehen, dass (...) Erkrankungszeiten und insbesondere die Erkrankungshäufigkeiten anhand der AU-Meldungen relativ zu anderen Erwerbstätigen systematisch unterschätzt werden [GEK 1999, S. 34]. Eine Relativierung dieser Zusammenhänge muss anhand der Arbeitsunfähigkeitsstatistiken des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen für das Jahr 2000 [vgl. Zoike 2003] insofern vorgenommen werden, als sich dort unter arbeitslosen Frauen und Männern deutlich höhere Raten für AU-Tage wie auch AU-Fälle in Bezug auf psychiatrische Erkrankungen gegenüber den beschäftigten Pflichtmitgliedern zeigten.¹¹

Verlaufsuntersuchungen mit Daten einer AOK "Küstenstadt" für die Jahre 1975 bis 1978 zeigten, dass Arbeitslose unabhängig von sozialen und individuellen Eigenschaften signifikant häufiger krankgeschrieben waren. Das Ereignis Arbeitslosigkeit erhöhte die Wahrscheinlichkeit weiterer Arbeitslosigkeiten, gleiches galt für Arbeitsunfähigkeiten. Es ließ sich jedoch nicht nachweisen, dass nach einer Arbeitslosigkeit vermehrt Arbeitsunfähigkeitszeiten auftraten. Daher wurde als Wirkungsrichtung vermutet, dass Arbeitsunfähigkeiten Abstiegsprozesse in Arbeitslosigkeit auslösen [Andreß 1996]. Allerdings lagen keine Informationen über die gesundheitlichen Vorbelastungen vor, ein Schwachpunkt auch anderer Studien.

Die Wahrscheinlichkeit, aus der Arbeitslosigkeit frühverrentet zu werden, ist ebenfalls deutlich größer, und zwar um etwa das Fünffache gegenüber der Frühverrentung aus dem Status der Erwerbstätigkeit [Schach et al. 1994].

Weitere Verlaufsanalysen mit den Daten der AOK "Küstenstadt" zeigten einen signifikanten Einfluss längerer Arbeitsunfähigkeit auf die Frühverrentungswahrscheinlichkeit bei beiden Geschlechtern [Behrens, Dreyer-Trümmel 1996]. Verlaufsuntersuchungen mit den Daten des sozioökonomischen Panels (SOEP) wiesen darauf hin, dass nach gesundheitsbedingten Wechseln Statuspassagen u.a. in Arbeitslosigkeit besonders bei über 45jährigen häufig in Nichterwerbstätigkeit mündeten [Elkeles et al. 2000].

¹¹ Bei allen anderen Krankheitsarten war die Zahl der Fälle bei Arbeitslosen geringer und die Dauer je Fall höher.

2.3.3 Arbeitslosigkeit und gesundheitsbezogenes Verhalten

Gesundheitsriskante Verhaltensweisen wie Rauchen, Alkoholkonsum, gesteigerte Medikamenteneinnahme u.a. sind unter Arbeitslosen stärker ausgeprägt als in der Vergleichsgruppe der erwerbstätig Beschäftigten. Die Daten aus den Nationalen Gesundheitssurveys von 1984 – 86 und 1987 – 88 zeigten, dass in Deutschland statistisch gesicherte Differenzen hinsichtlich des Rauchverhaltens zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen sowohl insgesamt, als auch für beide Geschlechter bestehen. Arbeitslose rauchen demnach nicht nur häufiger, sondern auch intensiver, d.h. der Anteil der starken Raucher (20 Zigaretten und mehr pro Tag) ist unter den Arbeitslosen deutlich höher als unter den Erwerbstätigen [Schach et al. 1994, Bormann 1992]. Im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 waren die Differenzen bei Frauen gering, bei Männern stark ausgeprägt [Grobe, Schwartz 2003].

Der starke Alkoholkonsum – definiert als ein Verbrauch von mehr als 40 Gramm reinen Alkohols pro Tag – ist ebenfalls unter den Arbeitslosen beiderlei Geschlechts höher als bei den Berufstätigen [Bormann 1992, Hoefert 1997]. Eine Steigerung des Konsums soll allerdings nur stattfinden, wenn vor der Arbeitslosigkeit bereits ein hoher Konsum bestanden habe [Henkel 1992], dies gelte insbesondere für Männer bei lang andauernder Arbeitslosigkeit, großen finanziellen Einschränkungen sowie geringer sozialer Integration und Unterstützung [Grobe, Schwartz 2003].

Beim Medikamentenkonsum wurden in den Nationalen Gesundheitssurveys von Arbeitslosen hohe Einnahmeraten bei blutdrucksteigernden Mitteln, Beruhigungsmitteln, Schmerzmitteln und stimmungsbeflussenden Medikamenten im Vergleich zu Berufstätigen angegeben [Hoeltz et al. 1990]. Auch sind Arbeitslose seltener sportlich aktiv, so dass möglicherweise hinsichtlich von psychosozialen Stress kompensatorische Effekte sportlicher Betätigung weniger zum Tragen kommen [Grobe, Schwartz 2003].

2.3.4 Arbeitslosigkeit und gesundheitliche Beschwerden

Aus verschiedenen Quellen bekannt ist, dass Arbeitslose sehr viel häufiger als Berufstätige unter psychosomatischen Beschwerden wie Schlaflosigkeit, depressiven Symptomen, Ängsten, Antriebsschwäche oder Magen-Darm- bzw. Essstörungen leiden [Frese, Mohr 1978, Matthiasson et al. 1990, Bormann 1992].

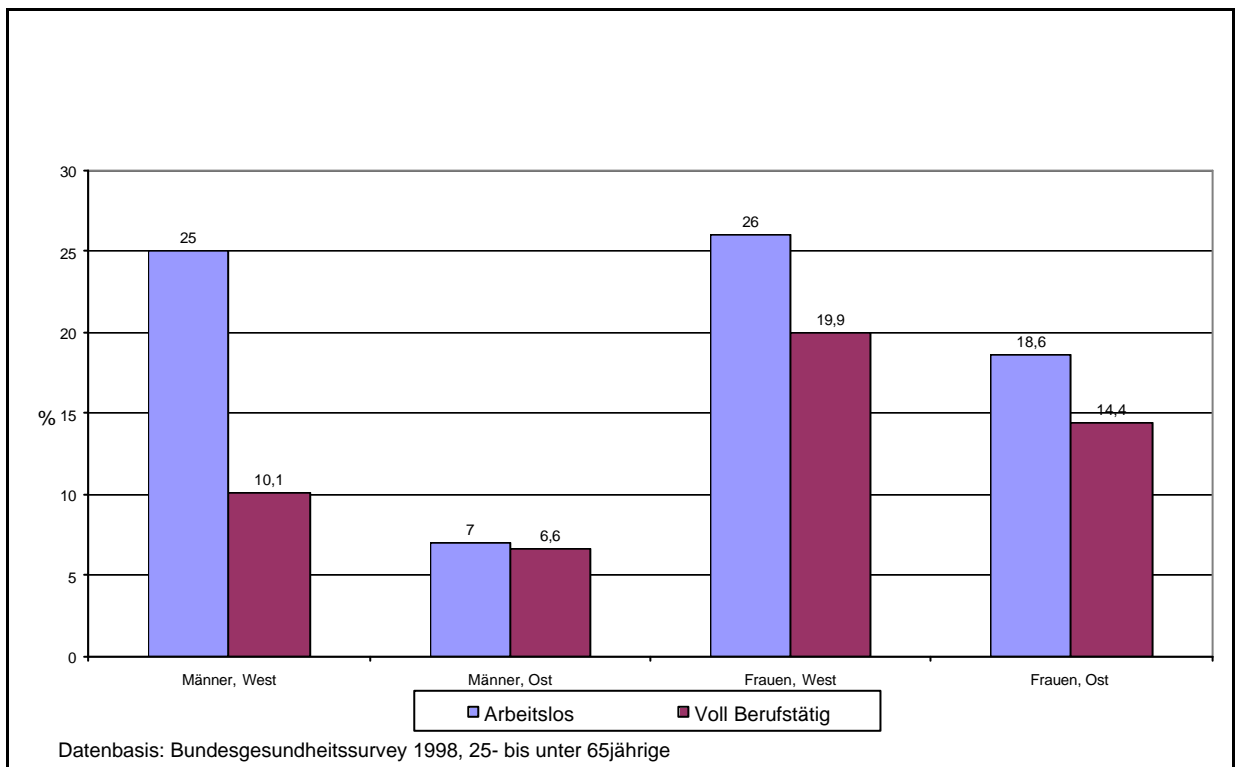
Anhand der Daten des Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (n=7124) vorgenommene eigene Berechnungen bestätigen diesen Trend. Differenzierungen nach Erwerbsstatus, Bundesgebiet West und Ost sowie Geschlecht geraten im Public Use File dieses Datensatzes bei einigen Items allerdings an Fallzahlprobleme. Wir beschränken uns daher auf einige ausgewählte Ergebnisse, bei der die jeweilige Differenzierung ohne Fallzahlprobleme möglich ist.

Körperliche und psychische Beschwerden wurden im Nationalen Gesundheitssurvey der Deutschen Herzkreislauf-Präventionsstudie und im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 mit Hilfe eines von von Zerssen [1976] entwickelten, getesteten und standardisierten In-

struments erfasst, das 24 Items mit jeweils vier graduell abgestuften Beschwerdenausprägungen enthält und einen Auswertungsindex konstruieren lässt („unauffällig“, „Grenzbereich“, auffällig“).

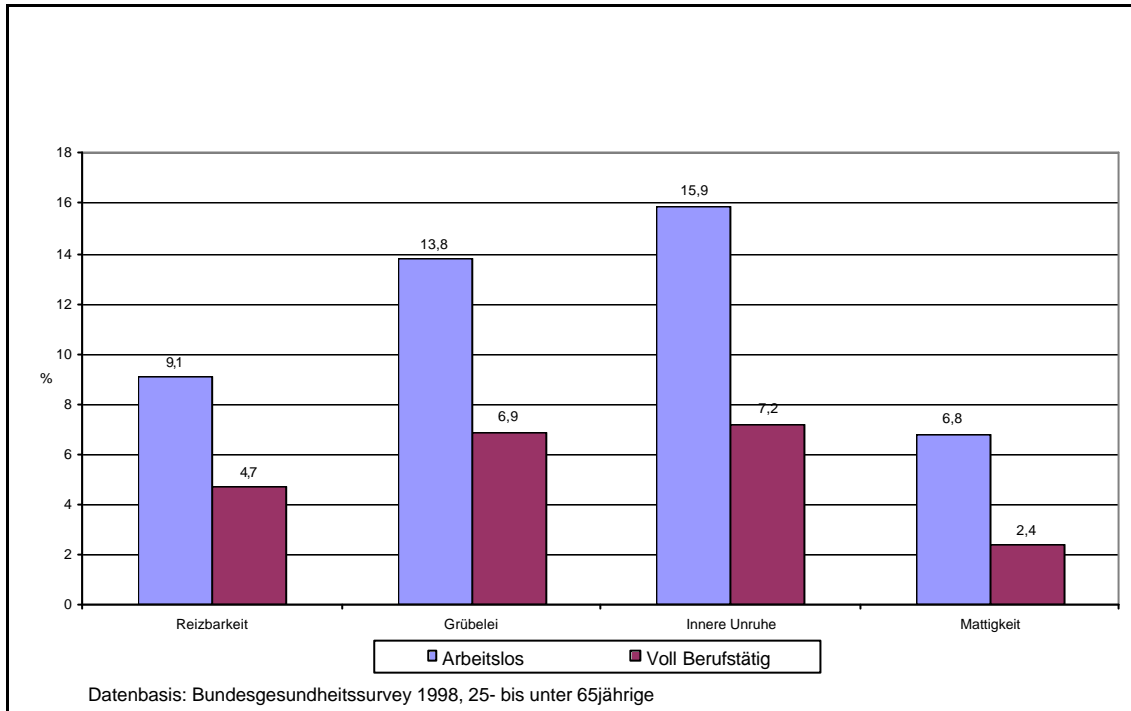
Arbeitslose haben stets höhere Anteile für auffällige gesundheitliche Beschwerdenausprägungen als voll Beschäftigte (im folgenden: „Berufstätige“). Dies gilt sowohl für beide Geschlechter als auch für beide Teile des Bundesgebiets (Abb. 4). Hierbei sind die Unterschiede in Ostdeutschland geringer, bei Frauen insgesamt auch geringer als bei Männern in Westdeutschland, bei denen eine sehr starke Differenz zwischen Arbeitslosen und Berufstätigen besteht.

Abb. 4 *Beschwerdenhäufigkeit und -intensität "auffällig" (von Zerssen-Liste) nach Erwerbsstatus, Bundesgebiet und Geschlecht*



Eine Differenzierung nach Art der körperlichen und psychischen Beschwerden zeigte Schwankungen in der Häufigkeitsverteilung, jedoch für psychische Beschwerden einen Trend: Durchgängig stärkere Beschwerden als Berufstätige hatten arbeitslose Männer (West) bei den Items „Reizbarkeit“, „Grübeleien“, „Innere Unruhe“ und „Mattigkeit“ (Abb. 5).

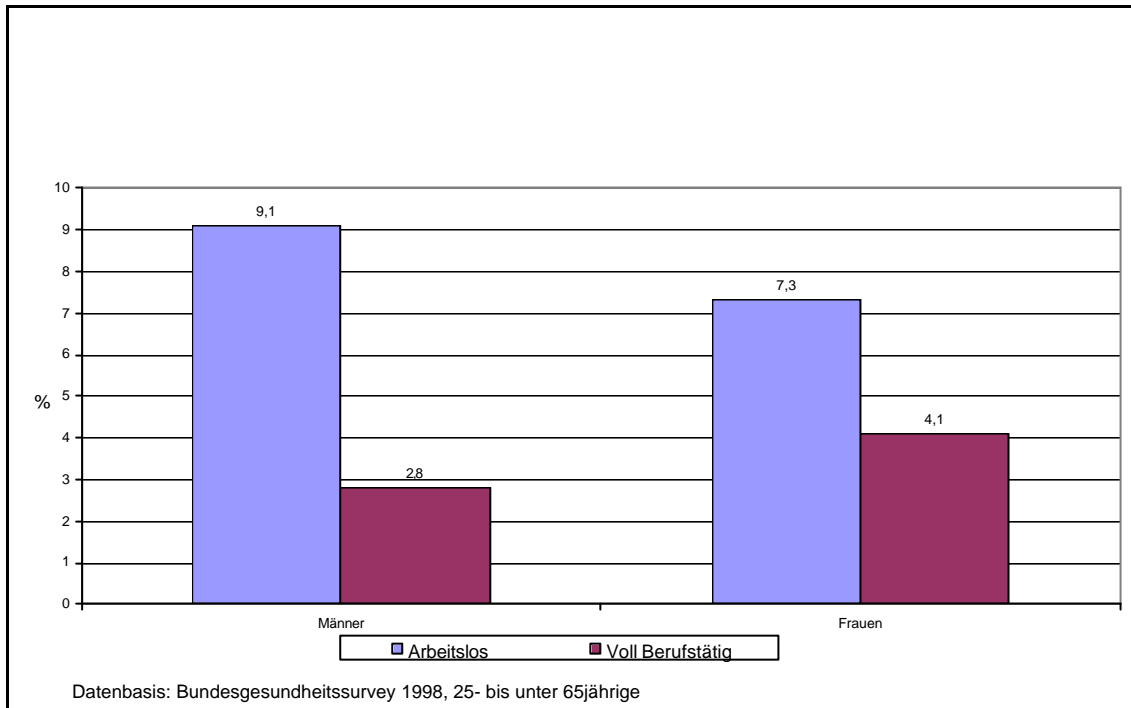
Abb. 5 Ausgewählte starke psychische Beschwerden anhand der von Zerssen-Liste nach Erwerbsstatus, Männer (West)



In den routinemäßigen Gutachtenverfahren des Ärztlichen Dienstes der Bundesanstalt für Arbeit wurden im Jahr 2001 'psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen' nach den 'Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems' am häufigsten diagnostiziert [Hollederer 2002].

Körperliche und psychische Beschwerden können zu Krankheiten und/oder weiteren Folgen führen. Starke Einschränkungen sozialer Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden oder zum Bekanntenkreis infolge körperlicher oder seelischer Störungen gaben 4,6% aller Befragten an. Differenziert nach dem Erwerbsstatus zeigt sich, dass Arbeitslose deutlich höhere Kontakteinschränkungen infolge von Beschwerden nennen, mit 9,1% besonders ausgeprägt bei Männern (Abb. 6).

Abb. 6 *Starke Einschränkung der Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden oder zum Bekanntenkreis wegen körperlicher oder seelischer Störungen nach Erwerbsstatus und Geschlecht*



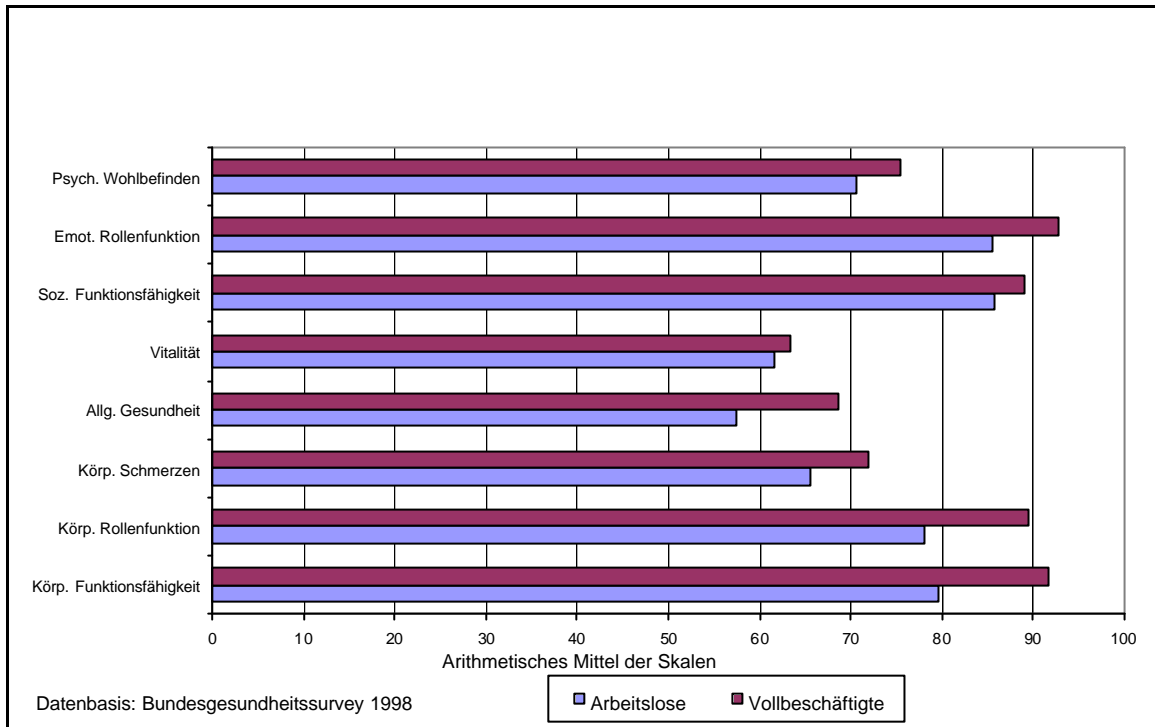
Paul und Moser stellten in ihrer Metaanalyse fest, dass Arbeitslose mehr allgemeine psychische Symptome, mehr Kennzeichen der Depression und der Angst, mehr psychosomatische Symptome, externale Kontrollüberzeugungen, weniger Lebenszufriedenheit, ein schlechteres emotionales Wohlbefinden und ein geringeres Selbstwertgefühl als Erwerbstätige aufweisen. Ihre Quer- und Längsschnittstudien einbeziehende Analyse ließ sowohl die Kausations- wie auch die Selektionshypothese hinsichtlich psychischer Symptome mit metaanalytischen Techniken bestätigen, wobei die Verursachung von psychischen Symptomen durch Arbeitslosigkeit der wichtigste kausale Faktor sei [Paul, Moser 2001].

2.3.5 Arbeitslosigkeit und subjektive Gesundheit

Anhand verschiedener Datensätze wurde gezeigt, dass deutsche und ausländische Arbeitslose mit ihrer Gesundheit deutlich unzufriedener als entsprechende Erwerbstätige sind [z.B. Elkeles, Seifert 1992, 1996, Laubach et al. 1999] und auch bei allen anderen verfügbaren Indikatoren der subjektiven Einschätzung des Gesundheitsstatus in der Regel signifikant ungünstigere Ergebnisse haben.

So nennen im Bundes-Gesundheitsurvey 1998 Arbeitslose (Männer, West) geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität (Abb. 7).

Abb. 7 Gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF 36) nach Erwerbstätigkeit; Bundes-Gesundheitssurvey 1998, Männer (West)



Ebenso konsistent sind die Befunde, dass sich die Differenzen bei subjektiven Indikatoren bei längerer Dauer der Arbeitslosigkeit verstärken.

So zeigte sich anhand der zusammengeführten nationalen und regionalen Gesundheits-surveys der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie zunächst, dass bei allen hier verfügbaren Indikatoren der subjektiven Einschätzung des Gesundheitsstatus signifikante Unterschiede zu Lasten der Arbeitslosen bestanden (Tab. 2).

Zusätzliche signifikante Unterschiede zwischen Kurz- und Langzeitarbeitslosen bei der subjektiven Gesundheit gab es (Tab. 2):

- beim gegenwärtigen Gesundheitszustand
- bei der Behinderung durch den Gesundheitszustand
- bei der Zufriedenheit mit der Gesundheit
- und mit der allgemeinen Lebenssituation.

So nannte fast ein Drittel der Langzeitarbeitslosen einen weniger guten oder schlechten Gesundheitszustand und eine erhebliche Behinderung durch den Gesundheitszustand bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben, entsprechend war die Gesundheitszufriedenheit wie auch die allgemeine Lebenszufriedenheit von Langzeitarbeitslosen nochmals signifikant geringer als die von kürzer Arbeitslosen.

Tab. 2 Gesundheitsmerkmale nach Kurz- und Langzeitarbeitslosigkeit

	Erwerbsstatus (Angaben in %)			p
	(1) Seit mind.12 Monaten arbeitslos	(2) Seit bis zu 11 Monaten arbeitslos	(3) Aktuell erwerbs- - tätig	
<i>Gegenwärtiger Gesundheitszustand</i>				***/*
- Sehr gut/gut	33,2	43,5	50,5	
- Zufriedenstellend	32,8	40,5	38,9	
- Weniger gut/schlecht	32,8	16,0	10,7	
<i>Behinderung durch Gesundheitszustand bei Erfüllung tägl. Aufgaben</i>				***/*
- Überhaupt nicht	50,0	54,2	68,1	
- Ein wenig	22,1	32,1	25,9	
- Erheblich	27,9	13,7	6,0	
<i>Mindestens 1 Tag in den letzten 4 Wochen</i>				
- bettlägerig	12,4	15,3	7,8	***/n.s.
- Einschränkung bei tägl. Beschäftigungen wegen Krankheit, Verletzung/ Beschwerde	16,9	16,0	12,1	***/n.s.
<i>Krankenhausaufenthalt in letzten 12 Monaten</i>	11,5	10,8	8,3	***/n.s.
<i>Durchschnittliche Zufriedenheit</i>				
- mit der Gesundheit	4,5	4,9	5,1	***/*
- mit der allgemeinen Lebenssituation	4,8	5,2	5,6	***/*
n	122	131	35.392	
Durchschnittl. Alter (Jahre)	44,5	40,4	42,2	

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001 (jeweils Chi-Quadrat-Test)

a: (Spalte 1 plus 2) vs. Spalte 3 – bzw. – Spalte 1 vs. Spalte 2 Datenbasis: Integrierter Datensatz DHP-Studie (West) 1984 bis 1991 (N=55.308)

[Quelle: Elkeles 1999]

Ähnliche Ergebnisse anhand der Daten des Bundes-Gesundheitssurvey 1998 berichten Grobe, Schwarz [2003], die anhand des Indikators „weniger guter oder schlechter Gesundheitszustand“ für arbeitslose männliche Hauptverdiener mit aktueller Arbeitslosig-

keit von weniger als einem Jahr ein relatives Risiko von 1,8 und für ein oder mehr Jahre Arbeitslose von 4,3 berechneten.

Es entspricht durchaus der Erwartung, dass sich im Laufe einer Arbeitslosigkeitsperiode gesundheitliche Probleme verstärken können. Allerdings kann es sich auch um Effekte einer von vornherein gesundheitlich ungünstiger zusammengesetzten Gruppe handeln. Letzter Aufschluss ist hierüber mit Querschnittsanalysen nicht zu erzielen.

Mit den Längsschnittdaten des Deutschen Sozio-ökonomischen Panels ließ sich ein Kausalitätsnachweis weder anhand der Gesundheitszufriedenheit [Elkeles, Seifert 1992, 1993a, b, c, 1996] noch anhand der Angaben zum Gesundheitszustand [Gallo et al. 2001] führen. Allerdings sind die in dieser Datenbasis vorhandenen Messzeitpunkte im Abstand von jeweils einem Jahr möglicherweise zu groß, um zwischenzeitliche Effekte messen zu können. Auch messen die dort vorhandenen Gesundheitsindikatoren möglicherweise psychosoziale Gesundheit nicht ausreichend, bei welcher die stärksten Veränderungen durch Arbeitslosigkeit zu erwarten wären.

Weitere Analysen des Bundes-Gesundheitssurvey 1998 zur subjektiven Gesundheit bestätigen den Trend, dass die Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten bei Männern stärker als bei Frauen ausgeprägt sind und bei letzteren im Westen deutlicher als im Osten Deutschlands sind.

„Obwohl die Frauen im Osten einerseits sehr viel stärker von Arbeitslosigkeit betroffen sind als die im Westen, andererseits aber auch eine stärkere Berufsorientierung aufweisen, empfinden sie die gesundheitlichen Auswirkungen weniger stark. Es lässt sich vermuten, dass diese Unterschiede mit verschiedenen gesellschaftlichen Bewertungen von Arbeitslosigkeit in Ost und West zusammenhängen.“ [Bormann, Kneip 2002]

Die Autorinnen leiten daraus ab, generell eine Änderung der gesellschaftlichen Bewertung von Arbeitslosigkeit anzustreben, so dass es zu weniger Schuldzuschreibungen und Stigmatisierungen komme und damit auch die negativen gesundheitlichen Folgen der Arbeitslosigkeit verringert werden könnten. In diesem Sinne müssten präventive Ansätze wirken.

2.3.6 Arbeitslosigkeit und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

Aufgrund der schlechteren Gesundheit der Arbeitslosen ließe sich eine höhere Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen vermuten. So fanden Schach et al. [1994] anhand der AOK-Daten, dass die Raten für Krankenhauseinweisungen und Verweildauern sowohl für Männer als auch für Frauen beim Status Arbeitslosigkeit etwa doppelt so hoch wie beim Status Erwerbstätigkeit waren.

Erhöhte Leistungsausgaben für Krankenhauspflege, dagegen verringerte Ausgaben für ambulante Arztkosten von Arbeitslosen zeigte eine Auswertung des Geschehens bei der AOK Hamburg im Jahre 1987 [Jacobs, Reschke 1991]. In den GEK-Daten zeigte sich eine – bei Männern deutlich überproportional durch psychische Störungen (darunter:

Alkoholmissbrauch) bedingte – erhöhte Inanspruchnahme stationärer Leistungen durch Arbeitslose [GEK 1999].

In der Tendenz ähnliche Resultate für die stationäre Inanspruchnahme liefert das Sozioökonomische Panel. Arbeitslose gaben hier (1984-1988) in höherem Ausmaß als Erwerbstätige an, in den letzten 12 Monaten im Krankenhaus stationär behandelt worden zu sein. Die Länge der Arbeitslosigkeit hatte jedoch nur einen schwachen Einfluss auf den Krankenhausaufenthalt [Elkeles, Seifert 1992]. Allerdings ist anzumerken, dass hier keine eindeutige Zuordenbarkeit von Zeitpunkt der Inanspruchnahme und Zeitpunkt des Status Arbeitslosigkeit gegeben ist. Auch sind für kausale Verknüpfungen bei der stationären Inanspruchnahme von Arbeitslosen vielschichtigere Gründe einzubeziehen als z.B. bei der ambulanten Inanspruchnahme. So ist nicht auszuschließen, dass Arbeitslose stationäre Aufenthalte in eine Phase der Arbeitslosigkeit vorziehen oder solche auch nachholen. So zeigten die GEK-Daten z.B. unter arbeitslosen Frauen doppelt so viele schwangerschaftsbedingte Krankenhaustage [GEK 1999, Grobe, Schwartz 2003].

Auswertungen von Daten einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse [Geyer, Peter 2003] zeigten, dass Risiken für Krankenhausaufenthalte über alle Diagnosen nach dem Übergang in Arbeitslosigkeit abfielen. Aufnahmeerisiken wegen Herzinfarkt stiegen jedoch mit der Dauer der Arbeitslosigkeit, was die Autoren auf erhöhte Morbidität für Herzinfarkt bei Arbeitslosen zurückführten.

In der Panel-Studie fand sich unter Arbeitslosen ein höherer Anteil von Arztbesuchern. Auch war bei ihnen die durchschnittliche Häufigkeit von Arztbesuchen höher. Dies beschränkte sich bei Arbeitslosen nicht nur auf Personen mit chronischen Beschwerden, sondern auch auf solche Personen ohne chronisches oder längeres Leiden an Beschwerden oder Krankheiten [Elkeles, Seifert 1992]. Dieses Ergebnis könnte vermuten lassen, dass ein Teil der Arbeitslosen Arztbesuche auch zur Befriedigung ihres Kontaktbedürfnisses nutzt, was die Erhöhung von Leistungsausgaben möglicherweise etwas relativieren könnte.

Nach den Daten des Bundes-Gesundheitssurvey 1998 zeigt sich eine erhöhte ambulante Arztinanspruchnahme für Arbeitslose beider Geschlechter, wenn die durchschnittliche Kontaktanzahl im letzten Jahr zugrunde gelegt wird (Abb. 8). Auf den gleichen Zeitraum bezogen sind unter Arbeitslosen beiderlei Geschlechts auch vermehrt Personen mit mehr als 12 Arztkontakten (Abb. 9)

Abb. 8 Anzahl der Arztkontakte im letzten Jahr nach Erwerbsstatus und Geschlecht

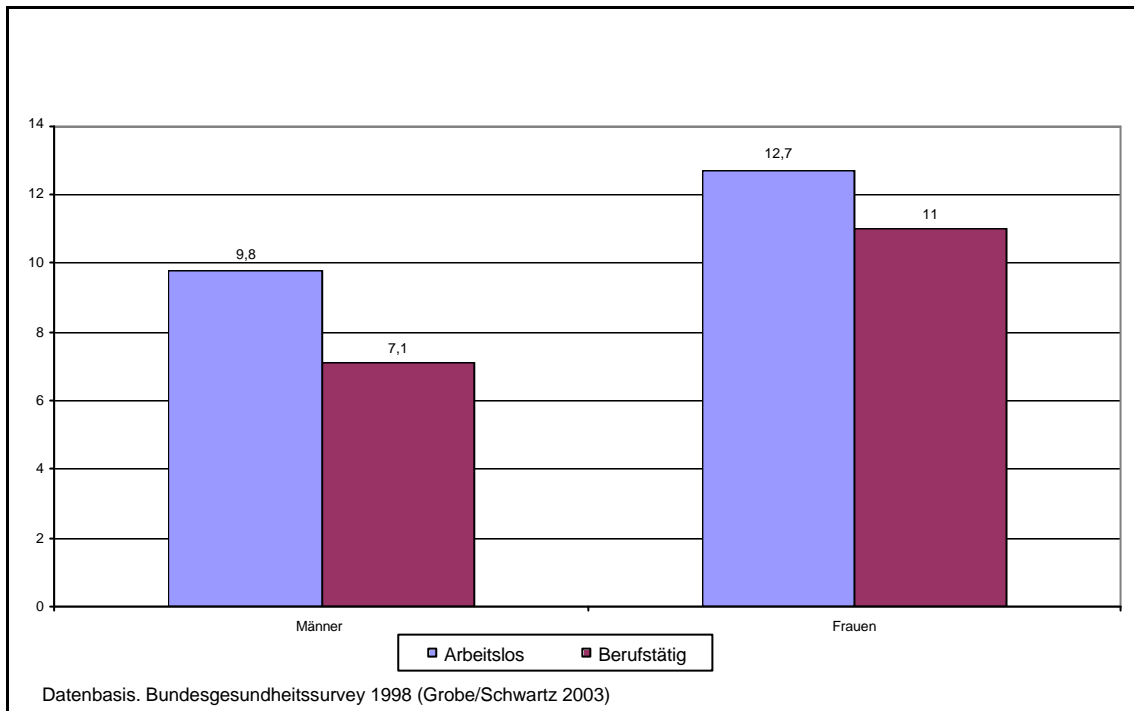
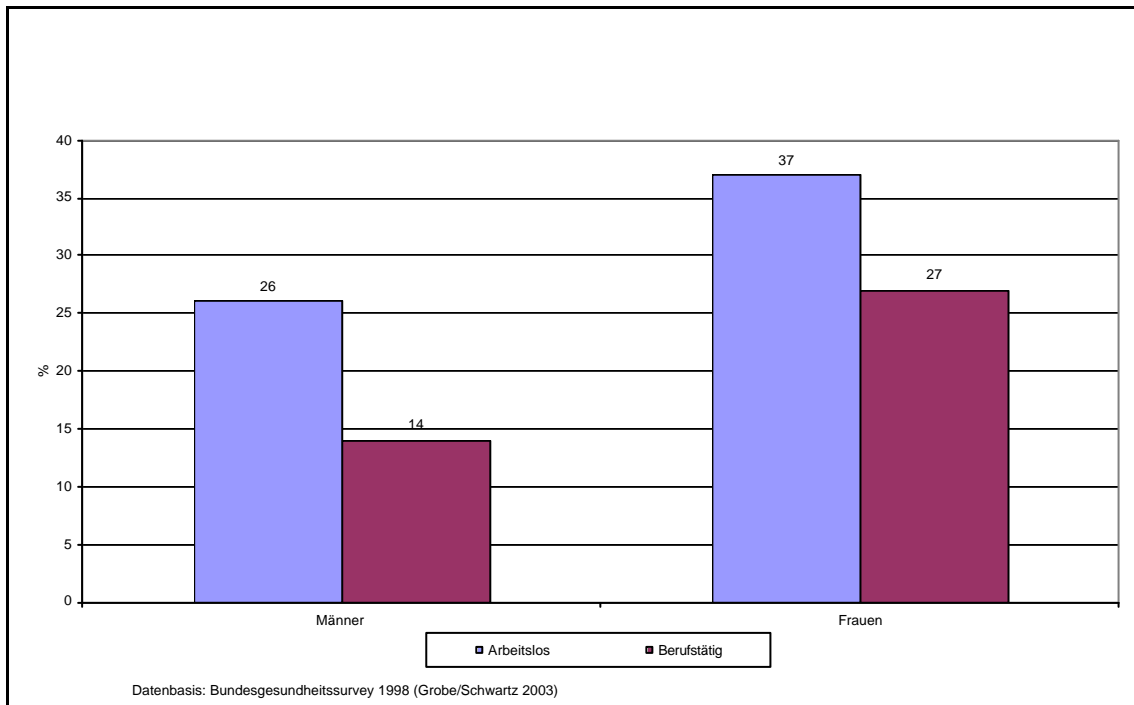


Abb. 9 Anteil der Personen mit mehr als 12 Arztkontakten innerhalb des letzten Jahres nach Erwerbsstatus und Geschlecht



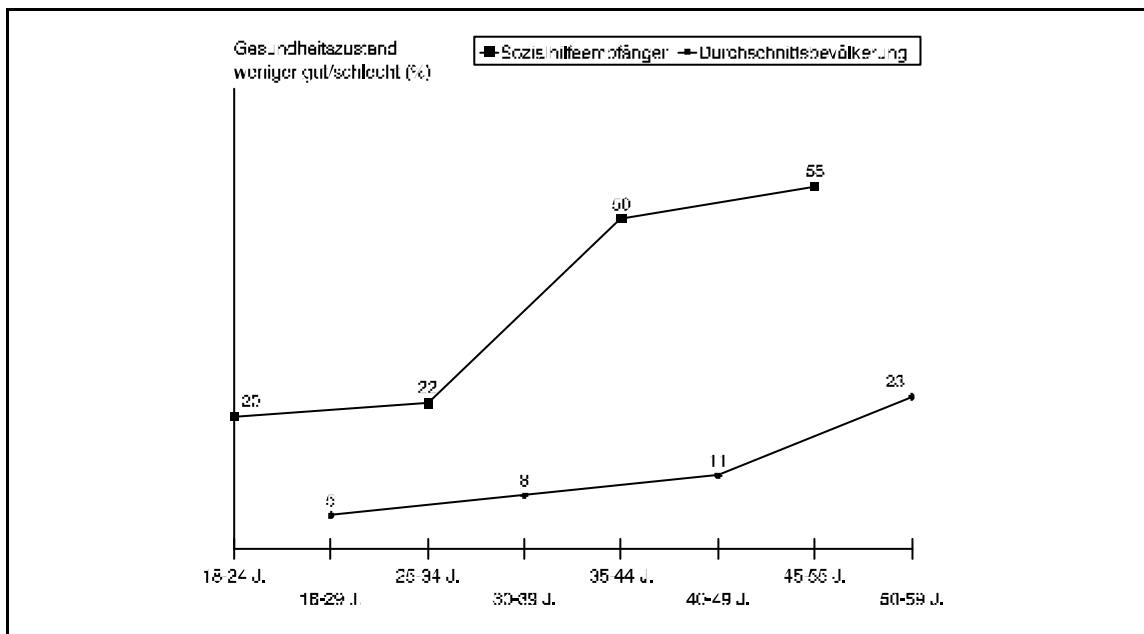
Studien zum generellen Hilfesuch-Verhalten von Arbeitslosen zeigen allerdings, dass Arbeitslose professionelle Hilfe häufig zu vermeiden suchen, etwa um ihre Probleme vor anderen zu verbergen und weil sie befürchten, lediglich besänftigt zu werden [Kesselbach, 1985, 1988; Klink 1993]. Die tendenziell höhere Inanspruchnahme des medizinisch-kurativen Sektors korrespondiert also keineswegs mit einer höheren Aufgeschlossenheit gegenüber Hilfsangeboten. Gerade das Gegenteil ist der Fall.

In der Studie zur Inanspruchnahme von Gesundheitsförderungsmaßnahmen nach § 20 SGB V zeigten Kirschner und andere, dass Arbeitslose seltener als Erwerbstätige an Gesundheitsförderungsmaßnahmen teilnehmen und gleichzeitig auch seltener die Krebsfrüherkennungs-Untersuchung und den Gesundheits-Check-Up nach § 25 SBG V in Anspruch nehmen [Kirschner et al. 1995]. Eine Konzeptionierung von gesundheitlichen Interventionen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung für Arbeitslose steht also vor besonderen Herausforderungen.

2.4 Der Gesundheitszustand von Sozialhilfeempfängern

Der Gesundheitszustand von Sozialhilfeempfängern ist noch einmal deutlich schlechter als der der Arbeitslosen. In einer 1990 in Berlin durchgeführten Untersuchung mit 500 Sozialhilfeempfängern [Haecker, Kirschner, Meinschmidt 1990] konnten u.a. erhebliche Unterschiede im Gesundheitszustand im Vergleich zur Berliner Durchschnittsbevölkerung konstatiert werden.

Abb. 10 Gesundheitszustand von Berliner Sozialhilfeempfängern (n = 497)
Vergleich zur Berliner Durchschnittsbevölkerung (n = 2.732)¹²



¹² Gesundheits- und Sozialsurvey Berlin (1991) [Kirschner, Radoschewski, 1991]

So liegt z.B. der subjektive Gesundheitszustand (Gesundheitszustand weniger gut bzw. schlecht) von jüngeren Sozialhilfeempfängern mit 21% annähernd auf dem Niveau der 50-59 jährigen Berliner.

Die damalige Studie zeigte in einer typologischen Bestimmung von Ausstiegshemmnissen aus der Sozialhilfe, dass insgesamt 30% der Hilfeempfänger (laufende Hilfe zum Lebensunterhalt) angaben, „zu krank zu sein, um arbeiten zu können“.

Diese typologische Bestimmung von Sozialhilfeempfängergruppen zeigt die primären Interventionsbedarfe in den einzelnen Untergruppen auf.

TYP 1 – insgesamt mehr als 1/5 der Gesamtpopulation – sind *ältere, kranke Demotivierte und Resignierte mit langem Hilfebezug*. Noch geben zwar 38% die Vermittlung einer passenden Arbeit als Möglichkeit an, von der Sozialhilfe unabhängig zu werden, über $\frac{3}{4}$ sind nach eigenen Angaben aber zu alt, um zu arbeiten; 68% bezeichnen ihren Gesundheitszustand als weniger gut bzw. schlecht.

TYP 5 – insgesamt knapp jeder zehnte Sozialhilfeempfänger – gehört zur Gruppe der Erziehungsberechtigten (v.a. Frauen), die zu 97% *Kinder zu betreuen* haben und zu ca. 75% Kinderbetreuung als Möglichkeit des Unabhängigwerdens von Sozialhilfe nennen.

TYP 2 – insgesamt ebenfalls jeder zehnte Sozialhilfeempfänger – stellt den *Typus des jüngeren, Ausbildungsorientierten mit differierender Normenorientierung an Arbeitsinhalte, allerdings auch häufiger Überschuldung und Gewöhnungseffekten* dar. Aus-/Fortbildung und Umschulung werden zu 60% als Hilfen zum Ausstieg genannt. Für ca. 2/3 dieser Gruppe "lohnt sich Arbeit wegen vorhandener Schulden" nicht. Gleichzeitig indiziert die Zustimmung von 70% dieser Gruppe zur Aussage: "die angebotene Arbeit interessiert mich nicht" Vorstellungen von Arbeitsformen und -inhalten, denen die gegebenen Realitäten offenbar nicht gerecht werden.

TYP 3 – 14% der Gesamtpopulation – lassen sich als *Arbeitsorientierte mittleren Alters, mit hohem Grad an Resignation, allerdings hoher "Ausstiegsbereitschaft"* charakterisieren. 82% nennen die Vermittlung einer "passenden Arbeit" als Hilfe zum Ausstieg. Diese ist neben einer mittleren Sozialhilfebezugsdauer von 5 Jahren in jedem zweiten Fall allerdings von der Schuldenproblematik begleitet. Angehörige dieses Typs artikulieren mit 56% auch den höchsten Beratungsbedarf.

TYP 4 – 45% der Gesamtpopulation – bezeichnen sich mehrheitlich als transitorische Sozialhilfeempfänger. 69% nennen die Vermittlung einer passenden Arbeit, 41% z.T. ergänzend Qualifikationsmaßnahmen als notwendige "Hilfen" zum Ausstieg. Hemmende Faktoren wie schlechter Gesundheitszustand, Alkoholprobleme, Schulden etc. sind geringer bzw. gleich ausgeprägt, wie im Durchschnitt der Gesamtpopulation.

Eine derartige typologische Bestimmung von Interventionsbedarfen steht bei der Gruppe der Arbeitslosen noch aus.¹³

¹³ Eine Zusammenfassung der Studie findet sich im Anlagenband.

2.5 Zusammenfassung

Seit den 70er Jahren haben in der Bundesrepublik Deutschland nur wenige relativ kurzfristige Rückgänge, jedoch mehrere Schübe stattgefunden, welche ein insgesamt über die Zeit kontinuierliches Ansteigen der Arbeitslosigkeit auf derzeit über 4 Mio. Arbeitslose bewirkt haben. Dabei ist noch darauf verwiesen, dass sich diese Zahl auf die sozialrechtliche Definition der Arbeitslosigkeit in Deutschland bezieht und die ökonomisch definierte Arbeitslosigkeit nochmals um ca. 60% höher liegt.

Erheblichen zusätzlichen Auftrieb erhielt die Arbeitslosigkeit durch die im Gefolge der Vereinigung Deutschlands stattgefundenene Transformation in Ostdeutschland. Das schon zuvor in der Bundesrepublik bestandene „Nord-Süd-Gefälle“ der Arbeitslosigkeit wird seit den 90er Jahren durch ein „Ost-West-Gefälle“ überlagert. Als Problemgruppen des Arbeitsmarkts gelten insbesondere gering Qualifizierte, Jüngere, Ältere, Frauen, Ausländer und gesundheitlich Beeinträchtigte sowie Schwerbehinderte. Bei angespannten Arbeitsmarktsituationen werden sie vermehrt von Selektionsprozessen betroffen. Dies betraf in der Vergangenheit mehr West-Deutschland, wobei die Verhältnisse in Ost-Deutschland sich hierbei denen in West-Deutschland anzunähern beginnen.

Unter gesundheitlichen und sozialen Aspekten weist die Langzeitarbeitslosigkeit besondere Bedeutung auf. Es ist davon auszugehen, dass sich in der Gruppe der Langzeitarbeitslosen (in der amtlichen Statistik gemessen als Arbeitslosigkeit von einem Jahr und länger) die sozialen Problemlagen der übrigen arbeitsmarktpolitischen Problemgruppen kumulieren. Der Anteil der Langzeitarbeitslosen schwankt leicht, hat sich jedoch – verglichen mit den frühen 80er Jahren mit unter 20% – im Verlauf der 90er Jahre auf einem Niveau von etwa einem Drittel der Arbeitslosen eingependelt.

Aus dem Verlust der potentiell gesundheitsförderlichen materiellen und nichtmateriellen Funktionen der Erwerbsarbeit lassen sich Belastungen ableiten, die sich unter anderem auch in gesundheitlichen Folgen manifestieren können.

Verfügbare Untersuchungen weisen auf einen durchgängig schlechteren Gesundheitsstatus von Arbeitslosen im Vergleich zu erwerbstätig Beschäftigten hin. Dies betrifft alle verfügbaren Indikatoren. Allerdings handelt es sich meist um Erkenntnisse auf der Basis von Querschnittsdaten, so dass Kausalaussagen zur Richtung von Ursache-Wirkungsbeziehungen bei ihnen nicht möglich sind. Theoretisch wie empirisch plausibel ist sowohl von Effekten im Sinne der Kausationshypothese (insbesondere psychosoziale Belastungen der Arbeitslosigkeit verursachen gesundheitlich negative Folgen) wie auch im Sinne der Selektionshypothese (primär gesundheitlich Belastete sind verstärkt von Entlassungen betroffen und haben größere Schwierigkeiten, wiederbeschäftigt zu werden) auszugehen. Ein empirisch zweifelsfreier Nachweis einer dieser beiden Richtungen ist derzeit nicht generell möglich, für Zwecke der Prävention und Gesundheitsförderung jedoch auch entbehrlich, zumal sich vermutlich beide Effekte auch überlagern und von moderierenden Faktoren abhängig sind.

In Bezug auf bestimmte Krankheiten imponiert der „mental health“ Bereich und die Sucht mit erheblichen Prävalenzunterschieden zu Nichtarbeitslosen, aber auch in ande-

ren Krankheitsgruppen ergeben sich erhebliche Prävalenzunterschiede. Nahezu alle gesundheitlichen Risiken des Verhaltens und der allgemeinen Lebensbedingungen sind bei Arbeitslosen in höherem Maße ausgeprägt.

Die tendenziell höhere Inanspruchnahme des medizinisch-kurativen Sektors von Arbeitslosen korrespondiert nicht mit einer höheren Aufgeschlossenheit gegenüber präventiven bzw. gesundheitsförderlichen Angeboten sowie generellen Hilfsangeboten. Gerade das Gegenteil ist der Fall. Eine Konzeptionierung von gesundheitlichen Interventionen und zielgruppenspezifischen Gesundheitsförderungsprogrammen für Arbeitslose steht also vor besonderen Herausforderungen.

Der Gesundheitszustand von Sozialhilfeempfängern ist – im Vergleich zu den Arbeitslosen – noch einmal dramatisch schlechter, wenn sich der allgemeine Gesundheitszustand jüngerer Sozialhilfeempfänger in Berlin (bis 34 J.) auf dem Niveau der 50-60 Jährigen aus der Berliner Durchschnittsbevölkerung bewegt. Nach Umsetzung der weiteren Reformen werden aber als neue „Interventionsgruppe“ die Bezieher von Arbeitslosengeld I und II zu gelten haben, die die Gruppe der bisherigen Sozialhilfeempfänger in Teilen umfasst. Gleichzeitig bestätigt die genannte Untersuchung zum Gesundheitszustand von Sozialhilfeempfängern methodisch die Richtigkeit und Notwendigkeit einer typologischen Bestimmung von Interventionsbedarfen.

Vor dem Hintergrund der hohen Morbiditätslast und der hohen gesundheitlichen Risiken dieser auch heterogenen Bevölkerungsgruppe dürfte schon hier deutlich werden, dass es sich bei Maßnahmen der Gesundheitsförderung für diese Gruppe um mehr handeln muss als um die Bereitstellung von wie immer auch gearteten Kursprogrammen. Mit diesen allein wird sich – zunächst unabhängig von der Frage der Akzeptanz und Nutzung – der Gesundheitszustand dieser Gruppe nicht entscheidend verbessern lassen. Insoweit muss dieses Gutachten einerseits den Handlungsrahmen nach § 20 SGB V notwendigerweise beachten, andererseits – zumindest im Bereich der Empfehlungen – aber auch überschreiten.

3 Sozial bedingte, gesundheitliche Ungleichheit, Arbeitslosigkeit und gesundheitliche Interventionen – Stand der Forschung und Praxis

Im vorliegenden Kapitel wird zunächst der aktuelle wissenschaftliche Kenntnisstand zum Zusammenhang zwischen sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit, Arbeitslosigkeit und Gesundheit erörtert. Zu unterscheiden ist die Evidenzlage in der Sozialepidemiologie hinsichtlich der deskriptivstatistischen, analytischen und interventiven Befunde. In einem Exkurs werden dann die wesentlichen Probleme zur Intervention und Evaluation mit bzw. von Programmen herausgearbeitet, die gerade auch für gesundheitliche Interventionen bei Arbeitslosen gelten. Im Anschluss daran werden grundsätzliche Möglichkeiten der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen erörtert. Schließlich werden die rechtlichen Möglichkeiten gesundheitsbezogener Interventionen durch Arbeits- und Sozialämter dargestellt und die aktuelle praktische Entwicklung hierzu aufgezeigt. Nach der Analyse möglicher gesundheitlicher Interventionen bei Arbeitslosen, die von den

Institutionen der Beschäftigungsförderung ausgehen, erfolgt eine Analyse des rechtlichen Handlungsrahmens und der praktischen Umsetzung derartiger Strategien in der „organisierten Gesundheitsförderung“ für Deutschland, Österreich und die Schweiz.

3.1 Soziale Ungleichheit und Gesundheit – Aktueller wissenschaftlicher Kenntnisstand zum Phänomen sozialbedingter, gesundheitlicher Ungleichheit, den Ursachen und Interventionsmöglichkeiten

3.1.1 Die Wiederentdeckung der sozialen Frage und die Evidenz sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit

Der Zusammenhang zwischen „sozialer Lage und Gesundheit“, d.h. die vertikal ungleiche Verteilung aller Indikatoren des Gesundheitszustandes (Gesundheitsrisiken, Gesundheitsressourcen, Morbidität, Mortalität) in den sozialen Schichten und Klassen gehörte mit zu den grundsätzlichen Entstehungsbedingungen der Gesundheitspolitik im vorletzten Jahrhundert und der diese beratenden Wissenschaften der Sozialepidemiologie und Sozialhygiene sowie der dafür geschaffenen Einrichtungen (z.B. das Reichsgesundheitsamt 1883). Bekanntermaßen ist auch die schrittweise Errichtung der Systeme der sozialen Sicherung (in Deutschland) auf eben diesen Zusammenhang zurückzuführen.

So schrieb z.B. Virchow: „Medizin ist eine soziale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts als Medizin im Großen“ und zeigte mit der Forderung nach „Bildung mit ihren Töchtern Freiheit und Wohlstand“ bereits die grundsätzlichen Interventionsmöglichkeiten auf [Virchow 1848].

Der hohe Entwicklungsstand der Sozialhygiene, Sozialepidemiologie und Gesundheitsstatistik in Deutschland zu Beginn des letzten Jahrhunderts wurde mit dem Nationalsozialismus verschüttet und es sollte – aus Gründen, die hier nicht i.e. erörtert zu werden brauchen – bis zu den achtziger Jahren des letzten Jahrhunderts dauern, bis „public health“ in Deutschland [Füllgraff 2002] wieder eine Bedeutung erlangte, auch wenn die Situation von public health im Vergleich zu anderen Staaten (z.B. USA, Kanada, Großbritannien, ja sogar die Niederlande) personell, finanziell, instrumentell und konzeptionell noch nicht an das Niveau der genannten Länder heranreicht. Beispielhaft genannt werden sollen hier nur die nach wie vor bestehenden Defizite in der sozialepidemiologischen Datenlage, das weitgehende Fehlen von modernen Systemen der Surveillance von Krankheiten und Krankheitsrisiken und nicht zuletzt das Fehlen von Gesundheitszielen auf nationaler Ebene, was eine weitgehende Nichtexistenz einer zielorientierten Gesundheitspolitik impliziert und die seit über zwei Jahrzehnten andauernde primär kosten- und leistungsorientierte Gesundheitspolitik perpetuiert.

Es ist ohne Zweifel davon auszugehen, dass von Armut, sozialer Ungleichheit und ihren gesundheitlichen Folgen in Deutschland nach dem zweiten Weltkrieg bis Anfang der 60er Jahre nicht unerheblich kleine Bevölkerungsgruppen noch real betroffen waren. Allerdings standen einer breiten Thematisierung dieses Zusammenhangs spezifische gesellschaftliche Bedingungen entgegen:

- die gemessen an den Entbehrungen der Kriegs- und ersten Nachkriegsjahre nur „relative Armut“, die v.a. mit der Hoffnung auf die Partizipation am propagierten, sich abzeichnenden und dann auch eintretenden Wirtschaftswachstum begleitet war;
- die politische und auch zum Teil wissenschaftliche Neuinterpretation der gesellschaftlichen Verhältnisse in Deutschland als soziale Marktwirtschaft bzw. als nivellierter Mittelschichtsgesellschaft, als Modell zur generellen Überwindung von Armut und sozialer Ungleichheit.

Erfuhren dieses Modell bzw. diese Interpretationen bis Mitte der 70er Jahre des vorigen Jahrhunderts mit der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Entwicklung zunächst auch ihre reale Bestätigung, so zeigen sich ab Mitte der siebziger Jahre zunehmende konjunkturelle und strukturelle Probleme, die schließlich zu hoher Arbeitslosigkeit und zur zunehmenden Segmentierung der Gesellschaft in arm und reich führten. So stellt der neue Armutsbericht bei knapp 10% der Bevölkerung in Deutschland Einkommensarmut fest. Bei diesen Durchschnittswerten darf zudem nicht übersehen werden, dass sich die soziale Situation in bestimmten Regionen und Städten in Deutschland dramatisch zuge-spitzt hat. „Berlin weist jedoch so – wie jede andere Metropole – gesellschaftliche und soziale Problemverdichtungen auf, die es von Stadträumen geringerer Agglomeration unterscheidet und die sich in bestimmten Bezirken und ihren Kiezen zuspitzen: Wohnungslosigkeit, Arbeitslosigkeit, verändertes Sozialverhalten, Gewaltbereitschaft, Perspektivlosigkeit, erhöhte gesundheitliche Risikofaktoren, erhöhte Morbidität und Frühmortalität, schlechte Wohnqualität und schlechte Wohnumwelt sind kennzeichnend für die soziale Situation v.a. in besonders belasteten Bezirken wie z.B. Kreuzberg, Wedding und Neukölln.“ [Abgeordnetenhaus Berlin 1999, S.174]

So sehr die „neue soziale Frage“ [Geißler 1973] und die zunehmende soziale Ungleichheit in der Soziologie, den Sozialwissenschaften und auch in der Sozialpolitik diskutiert wurde, ein Zusammenhang zwischen „sozialer Ungleichheit und Gesundheit“ wurde in Deutschland lange nicht gesehen und thematisiert [Mielck 2003]. Als Gründe sind u.a. zu nennen:

- das gemessen an den Standards anderer (auch europäischer) Länder ausgebaute System der sozialen, solidarischen Krankenversicherung, welches allen Bevölkerungsgruppen – unabhängig von ihrer sozialen Lage – die gleichen Zugangsmöglichkeiten und Versorgungsleistungen¹⁴ sichert;
- die defizitäre sozialepidemiologische Datenlage in Deutschland, die es lange Zeit verunmöglichte und auch noch heute erschwert, einen belastbaren empirischen Zugang zu dieser Frage zu erlangen. Es sei daran erinnert, dass der erste nationale Gesundheitssurvey im Jahr 1984 durchgeführt wurde und sich zudem durch eine starke Untergewichtung spezifisch sozial-epidemiologischer Variablen auszeichnete;

¹⁴ Die Frage, ob sich hinter formal gleichen Versorgungsleistungen für Angehörige bestimmter Krankenkassen tatsächlich ungleiche Versorgungsformen ergeben bzw. ergeben können, soll hier nicht erörtert werden.

- die nach wie vor recht offene wissenschaftliche Frage nach den Ursachen dieses Zusammenhangs und der damit implizierten geringen Interventionsmöglichkeiten, jedenfalls auf der Grundlage epidemiologisch bzw. kausalanalytisch basierter Interventionsstrategien (vgl. dazu Kap. 3.2);
- die politische Tabuisierung dieses Themas, die v.a. auch auf die Frage nach den politischen Handlungsmöglichkeiten zurückgeführt werden kann, sollte sich die These des Zusammenhangs zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit bestätigen (s.u.).

Der Beginn der neuen Diskussion über den Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit kann auf die Publikation des Black Reports in Großbritannien zu Beginn der 80er Jahre des vorherigen Jahrhunderts datiert werden. Auf der Grundlage dort vorhandener sozialer Indikatoren auf den Todesursachenbescheinigungen konnte u.a. gezeigt werden, dass Angehörige unterer sozialer Schichten ein deutlich höhere Frühsterblichkeit aufweisen als Angehörige oberer sozialer Schichten, ein Zusammenhang, der sich graduell über die einzelnen Schichten zeigt [Rosenbrock 2001]. Zurückblickend sind weltweit unübersehbar viele Publikationen zu Zusammenhängen zwischen sozialer Lage und Indikatoren des Gesundheitszustandes publiziert worden, die regelmäßig – von Brustkrebs sowie Allergien abgesehen – die höhere und frühere Morbidität und Mortalität unterer sozialer Schichten und ihre höhere Exposition mit Gesundheitsrisiken bei geringeren Gesundheitsressourcen zeigen und bestätigen.

3.1.2 Unklare Evidenz in der analytischen und interventiven Sozialepidemiologie und ihre Bedeutung für die Konzeption und Evaluation von Interventionen

So eindeutig sich die Ergebnisse deskriptiv-epidemiologischer Studien zum Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit auch darstellen, so unklar sind die Versuche, diese Befunde zu erklären. Dies ist allerdings nicht nur ein akademisches Problem, vielmehr ein grundsätzliches Problem für die Planung und Durchführung von Interventionen, jedenfalls dann, wenn diese auf der Grundlage der klassischen Regeln korrelations- bzw. kausalitätsbezogener Wirkungszusammenhänge durchgeführt werden sollen (vgl. Kap. 3.2).

Sozialwissenschaftliche Theorien können definiert werden als Versuche, die Realität gesellschaftlicher Wirklichkeit und deren Zusammenhänge zu rekonstruieren und zu erklären. Dabei ist grundsätzlich von einem begrenzten Standard der Theoriebildung auszugehen. „Wir können beim gegenwärtigen Stand der Soziologie nur auf Teiltheorien zurückgreifen, z.B. Systemtheorien, Verhaltenstheorien oder Theorien für einzelne Handlungsbereiche, wie etwa abweichendes Verhalten, Bezugsgruppentheorie, Gruppendynamik, ökologische Theorien. Merton hat hierfür den Ausdruck ‚Theorien mittlerer Reichweite‘ geprägt, womit im wesentlichen die auf Bereiche begrenzte raumzeitliche Gültigkeit (und Anwendungsmöglichkeit) gemeint ist.“ [Friedrichs 1985, S. 61].

Wie können die Befunde zum Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit erklärt werden? Es lassen sich fünf Erklärungsansätze unterscheiden, die sich teilweise überlappen:

- Erklärung durch gesundheitsriskante Verhaltensweisen
- Erklärung durch schlechtere Lebenslagen
- Erklärung durch gesundheitsriskante Verhaltensweisen und schlechtere Lebenslagen
- Erklärung durch soziale Unterschiede in der Erreichbarkeit und Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen
- Erklärung durch Artefakte bzw. soziale Selektion

Ein konsistentes, belastbares und empirisch überprüftes Erklärungsmodell für den Zusammenhang zwischen „sozialer Lage und Gesundheit“ fehlt bisher. Der aktuelle theoretische Forschungsstand hierzu erklärt sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit durch eine Kombination unterschiedlicher gesundheitlicher Belastungen und Ressourcen und unterschiedlicher Zugänge und Qualitäten in der gesundheitlichen Versorgung [Elkeles, Mielck 1993, 1997a,b]. Dagegen können die gesundheitlichen Wirkungen von Arbeitslosigkeit und v.a. Langzeitarbeitslosigkeit gerade hinsichtlich der hierbei im Mittelpunkt stehenden psychosozialen Beschwerden und psychischen Krankheiten recht stimmig und plausibel mit Theorien der Krankheitsgenese erklärt werden (vgl. Kap. 2 und 3.3)

Vor diesem Hintergrund und interventionstheoretischen Dilemma zieht nun z.B. Mielck den Schluss, auf weitere Erklärungsversuche eher zu verzichten, und stattdessen primär Interventionen durchzuführen. „Wir brauchen keinen Erklärungs-Ansatz, sondern einen Interventions-Ansatz. Aus der Vielzahl der möglichen Ansätze zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit müssen diejenigen ausgewählt und genauer analysiert werden, die eine Intervention zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit ermöglichen“ [Mielck 2003, S. 300]. Diese Auffassung bedeutet aber interventionstheoretisch zu Ende gedacht, dass sich Interventionen zum Abbau sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit in der großen Mehrzahl – wenn nicht überhaupt – eher auf dem Niveau von ergebnisoffenen Experimenten bewegen, denn auf nachgewiesenen empirisch-analytischen Zusammenhängen. Dies hat aber erhebliche Implikationen sowohl für die rechtlich zulässige Durchführung entsprechender Maßnahmen auf der Grundlage des § 20 SGB V – wie später zu zeigen sein wird – als auch für die Akquisition, Planung und Evaluation entsprechender Maßnahmen selbst.

Interventionen müssen zunächst einmal einer finanzierenden Institution „verkauft“ werden. Unter der Annahme rationalen Entscheidungshandelns wird diese vor dem Hintergrund gegebener Finanzmittel und konkurrierender Interventionsoptionen (im selben oder einem anderen Handlungsfeld) in einem Entscheidungsprozess zunächst die Frage nach der potentiellen Wirksamkeit der Intervention stellen. Diese Frage kann regelmäßig nur auf der Grundlage des gegebenen wissenschaftlichen Kenntnisstandes der analytischen Forschung zum Problemzusammenhang und der vorliegenden Evidenz aus der Evaluationsforschung beantwortet werden.

Hierbei lassen sich idealtypisch die in der folgenden Abbildung beschriebenen Situationen unterscheiden.

Die günstigste Entscheidungssituation ist D. Hier liegt hohe Evidenz sowohl aus der analytischen Forschung als auch aus bereits durchgeführten Interventions- und Evaluationsstudien vor. Die Situation B ist praktisch nicht sehr wahrscheinlich, impliziert sie doch, dass viele evaluierte Interventionen auf der Grundlage ungesicherter analytischer Zusammenhänge durchgeführt worden sind.

Abb. 11 *Idealtypische Situationen zum Evidenzniveau in der analytischen Forschung und der Evaluationsforschung*

Niveau der Evidenz	Evaluationsforschung	
Analytische Forschung (z.B. Sozialepidemiologie)	Gering	Hoch
Gering	A	(B)
Hoch	C	D

Die Situation C markiert die Situation, dass bei hohem analytischen Evidenzniveau nur geringe Evidenz aus der Evaluationsforschung vorliegt, was unterschiedliche Gründe haben kann:

1. die Interventionen waren unwirksam
2. die Interventionen wurden nicht, oder nicht angemessen evaluiert
3. die Interventionen wurden als unwirksam bewertet, obwohl sie wirksam waren (β -Fehler)

Die Situation A markiert einen ungesicherten Wissenstand über Zusammenhänge zwischen einem Problem und die dieses (mit)verursachenden Faktoren und einen sehr geringen Kenntnisstand aus der Evaluationsforschung, womit sie die aktuelle Lage auf dem Gebiet sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit und auch der Arbeitslosigkeit recht genau beschreiben dürfte (vgl. Kap. 3.1.4).

In der Situation A muss ein Programmplaner und ex-ante beteiligter Evaluationsforscher der Finanzierungseinrichtung deutlich machen, dass positive Interventionswirkungen – aus welchen Gründen auch immer – plausibel sind, dass sich die Intervention aber nicht auf ein analytisch abgesichertes Modell begründet, vielmehr *ein prinzipiell ergebnisoffenes Experiment darstellt*, ein Forschungsansatz der häufig auch die Methoden der Handlungsforschung umfasst.¹⁵ Die Konzeptionalisierung, Umsetzung und Evaluation derartiger Experimente impliziert z.T. völlig andere Verfahren und Methoden, als dies bei klassischen Interventionen der Fall ist. Entsprechend hoch ist hier der Forschungs-, Entwicklungs- und Lernbedarf.

¹⁵ <http://www.action-research.de/websites.htm>

3.1.3 Aktueller Forschungsstand in Deutschland und anderen Ländern zu Interventionen zum Abbau sozialbedingter, gesundheitlicher Ungleichheit

Die Gesundheitswissenschaften in Deutschland beschäftigen sich im europäischen und auch internationalen Vergleich mit dem Thema „soziale Lage und gesundheitliche Ungleichheit“ nur eher randständig. Ein wesentlicher Grund dafür dürfte in der Tatsache begründet sein, dass dieses Thema in die regelmäßigen Gesundheitsforschungsprogramme der zuständigen Bundesministerien keinen Eingang gefunden hat. So blieb ein noch zu Zeiten der sozialliberalen Koalition vom damaligen Bundesarbeitsministerium veranstaltetes Symposium zu „schichtenspezifischen Versorgungsproblemen im Gesundheitswesen“ [Naschold 1981] ein Ausnahmefall, der unter der CDU/FDP Koalition keine Weiterentwicklungen zeigte. Selbst der dramatische Umbruch in den gesellschaftlichen und sozialen Beziehungen mit der Wiedervereinigung Deutschlands führten zu keinen relevanten diesbezüglichen Forschungsprogrammen.

Auch im Rahmen des vom BMBF geförderten Public Health Forschungsprogramms stand der Problemzusammenhang nicht im Mittelpunkt. Auch auf Länderebene haben nach unserem Kenntnisstand – mit Ausnahme des Landes Berlin – keine diesbezüglichen, größeren Forschungsvorhaben stattgefunden. Im Rahmen der Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung im Land Berlin wurden Anfang bis Mitte der 90er Jahre allerdings insgesamt zwei Vorhaben durchgeführt, die sich voll oder zumindest in Teilen mit dem Zusammenhang von „sozialer Lage und Gesundheit“ beschäftigten [Haecker et al. 1990, Radoschewski et al. 1994].

Auch die rot/grüne Bundesregierung sah bisher mit Ausnahme einer Ausschreibung zur Versorgungsforschung im Jahr 2000, die allerdings primär auf die Analyse von Behandlungsverläufen konzentriert war, hierzu offenbar keinen größeren Forschungsbedarf, was allerdings auch insgesamt auf die haushaltsbedingt sinkenden Forschungsmittel zurückgeführt werden kann. Gleichwohl muss dieses Desinteresse im Gegensatz zur Haltung der Vorgängerkoalition eher überraschen, hat doch die rot/grüne Bundesregierung den § 20 SGB V mit einer spezifisch „sozialkompensatorischen“ Komponente wieder eingeführt. Dabei wurde der in vielen Publikationen angemahnte Forschungs- und Entwicklungsbedarf gerade in der Programm- und Evaluationsforschung zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention nicht aufgegriffen. Auch die aktuelle Ausschreibung vom April 2003 zum Thema „Lebensstandarddefizite von Erwerbstatigenhaushalten“ reflektiert den Problemzusammenhang eher nur peripher. Auch in der angekündigten Ausschreibung des BMBF zur Präventionsforschung steht dieser Aspekt nicht im Mittelpunkt, wenngleich sie die Fragen nach Zugang, Erreichbarkeit und Motivation sozial benachteiligter Gruppen thematisiert und so eine zumindest partielle Untersuchung dieser Zusammenhänge nicht ausschließt.

Insgesamt können die Gesundheitswissenschaften und die Sozialwissenschaften in Deutschland – von recht wenigen Zentren und Personen abgesehen – nicht als Motoren in der Konzeption und Durchführung analytischer oder interventiver Projekte zum Problemzusammenhang bezeichnet werden.

Auf deutlich höheres wissenschaftliches Bearbeitungsinteresse stößt der Problemzusammenhang in Großbritannien und den Niederlanden. In Großbritannien sind nach dem Black-Report gleich mehrere Gutachten zum Problemzusammenhang erstellt worden, von denen das aktuellste aus dem Jahr 1998 datiert [Acheson 1998]. In den Niederlanden wurde bereits 1989 ein mit immerhin 2,5 Millionen € ausgestattetes Forschungsprogramm gestartet, das zur Aufarbeitung der empirischen Evidenz dienen sollte und – forschungslogisch richtig – 1995 in ein weiteres Vorhaben zur Entwicklung, Durchführung und Evaluation von Maßnahmen zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit führte.

Trotz der in den oben genannten Ländern nicht unerheblichen wissenschaftlichen Beschäftigung mit der Frage nach Interventionsmöglichkeiten zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit sind die durch eine empirische Bestandsaufnahme gewonnenen Ergebnisse und Erkenntnisse insgesamt allerdings eher ernüchternd.

Gepkens und Gunning-Schepers [1996] kommen nach einer Klassifikation von insgesamt 98 Interventionen zu folgenden drei Interventionstypen:

- strukturelle Interventionen
- krankheitsspezifische Interventionen
- gesundheitliche Aufklärung mit oder ohne soziale Unterstützung bzw. struktureller Absicherung

Mögliche Präventionsstrategien auch zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit können in durchaus noch differenzierterer Form allerdings bereits durch theoretische Überlegungen zu generellen Möglichkeiten und Formen der Prävention im Gesundheits- und Sozialwesen abgeleitet werden [vgl. Radoschweski et al. 1994].

Dabei ist es fast schon tautologisch und trivial, darauf hinzuweisen, dass der Abbau gesundheitlicher Ungleichheit am schnellsten und sichersten durch den Abbau bzw. die Verringerung der sozialen Ungleichheit selbst durch entsprechende Maßnahmen der Bildungs-, Wirtschafts-, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik, oder eine Politik der Umverteilung erreicht werden kann, wobei diese Politiken in einem gemeinsamen, systemischen Ansatz zur Verringerung von Arbeitslosigkeit, Armut und den daraus sich ergebenden negativen Auswirkungen auf die Gesundheit zu erfolgen hätten, wie die WHO schon 1985 gefordert hat [Westcott 1985]. Derartige Politikansätze erscheinen im Rahmen der aktuellen Haushaltskonsolidierungspolitik derzeit allerdings kaum durchsetzbar, ja eher illusorisch zu sein. In einem Review im *British Medical Journal* [1998] zum Acheson Report heißt es dazu:

“If the Labour government has not raised the living standards of the poorest by the end of its time in office it will have failed. *To ensure it does not fail the government should take the independent inquiry's evidence on the importance and reversibility of health inequalities as a stimulus to introducing redistributive social policies.* The government's overall financial policy emphasises economic growth. Thus as lower levels of income inequality show no tendency to be associated with impaired growth – rather the reverse

is the case – we can be confident that implementing such an approach would produce all round benefits.” [Smith 1998]

Haben die durchgeführten Forschungsarbeiten hinsichtlich der Identifikation von möglichen Interventionswegen keine wirklich neuen Erkenntnisse erbracht, so allerdings in der Aufarbeitung und Herausarbeitung der zentralen Defizite für die Konzeption, Auswahl und Implementation wirksamer Maßnahmen zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit. Gepkens und Gunning-Schepers schreiben: „It is very difficult to determine whether an intervention is effective in terms of reducing SEHD (Socioeconomic Health Differences), because health effects are rarely measured.(-) Despite the promising yield of experiments in this review it is clear that we do not yet have sufficient scientific data on which to base a rational policy to reduce socioeconomic health differences. For that we will need data directly linking the interventions to the differentials in health we are trying to reduce. To achieve that, we will need to agree upon a standardisation of evaluation research both in terms of measures and of study design, so that results can be integrated and compared” [a.a.O. S. 222].

Mit anderen Worten kann über die möglichen gesundheitlichen Wirkungen von Interventionen zum Abbau sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit beim derzeitigen wissenschaftlichen Kenntnisstand keine Aussage gemacht werden. [vgl. Elkeles, Borchart, 2002].

3.1.4 Zusammenfassung

Zusammenfassend ist festzustellen, dass:

- der gesundheitswissenschaftliche Kenntnisstand zum Problemzusammenhang der sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheit deskriptivstatistisch erheblich und gesichert, im analytischen und interventiven Bereich allerdings deutlich begrenzt ist, was der Planung und Implementation retrokausaler Interventionen deutliche Grenzen setzt und in Praxis bedeutet, dass auf der Grundlage – durch Plausibilitätsüberlegungen eingeschätzter positiver Interventionswirkungen – Programme durchgeführt werden, die den Charakter von prinzipiell ergebnisoffenen Experimenten nicht überschreiten.
- Interventionen zum Abbau sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit durchgeführt worden sind, deren Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit allerdings aufgrund nicht oder nicht hinreichend durchgeführter Evaluationsmaßnahmen derzeit in der Regel nicht beurteilt werden können. Dabei beziehen sich fünf der insgesamt 98 (5%) von Gepkens und Gunning-Schepers [1996] international evaluierten Interventionen auf die Gruppe der Arbeitslosen.
- der Abbau der sozialen Ungleichheit selbst – schon logisch – nach wie vor als „Königsweg“ zum Abbau auch gesundheitlicher Ungleichheit gelten muss, ein Weg der

allerdings mit den derzeitigen Gesamt- und Wirtschaftspolitiken in Europa nicht nur nicht kompatibel ist, sondern diesen diametral gegenüber steht.

- der Problemzusammenhang in Deutschland auf ein im europäischen Vergleich geringes wissenschaftliches Bearbeitungsinteresse stößt, was im wesentlichen auf die hierzu nicht vorhandene Forschungsförderung zurückgeführt werden kann. Auch die mit dem neuen § 20 SGB V verstärkt geforderte „sozialkompensatorische“ Gesundheitsförderung führte hier bislang zu keiner entsprechenden Forschungsförderung. Entsprechend finden sich die Interventionen und Evaluationen zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit in ihrer großen Mehrzahl auch nicht in Deutschland.

3.2 **Exkurs: Logik, Inhalte und Methoden der Programmplanung und Evaluation und das Evidenzpostulat im Rahmen des § 20 SGB V**

Programmplanung und Evaluation gehören zu den anspruchvollsten wissenschaftlichen Tätigkeiten im Bereich der Sozialwissenschaften. Hinter dem eher simplen und auch für Laien vordergründig leicht verständlichen Begriff verbergen sich hochkomplexe Forschungsmethoden, die fächerübergreifend das Methodenarsenal der Sozial- und Programmforschung, der Epidemiologie, der Statistik und Ökonometrie und schließlich der Ökonomie bündeln.

Insgesamt ist die Evaluationspraxis in Deutschland – im Vergleich zu anderen Ländern – gerade auch in der Gesundheitsförderung und Prävention sowohl quantitativ als auch qualitativ nicht besonders ausgeprägt [Kirschner, Radoschewski, Kirschner 1995], [Kirschner, Elkeles, Kirschner 2003, Elkeles, Georg 2002, 2003]. Dies gilt im übrigen auch für soziale Interventionen und auch für die Evaluation von Maßnahmen der Arbeitsförderung [Schmidt, 2000].¹⁶

Zum besseren Verständnis unserer Positionen in diesem Gutachten gerade zur Evaluation von Interventionen sind einige Ausführungen und Klarstellungen zu wesentlichen Inhalten und Methoden der Programmplanung, -durchführung und Evaluation erforderlich. Diese beziehen sich i.w. auf zwei Fragen:

1. Die Frage nach der theoretischen und empirischen Fundierung von Interventionen durch ein Wirkungsmodell
2. Die Frage nach der gegebenen Evidenz von Interventionen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit

¹⁶ Hierzu muss daran erinnert werden, dass erst mit der Reform des Arbeitsförderungsgesetzes von 1998 eine gesetzliche Grundlage zur Evaluation von Maßnahmen der Arbeitsförderung geschaffen wurde. [Müntnich, Wießner 2002.]

3.2.1 Die Logik der Programmplanung und Evaluation

Unter Evaluation versteht man ganz allgemein die Bewertung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von gesundheitlichen und sozialen Maßnahmen. Die Programmevaluation untersucht diese Kriterien im Rahmen gesundheitlicher oder sozialer Programme.

Häufig sind Dienstleistungen im Sozial- und Gesundheitswesen Maßnahmen von Programmen. Ein Programm ist der gezielte und effektive Einsatz von (wirksamen) Maßnahmen unter Verwendung definierter Ressourcen zur Erreichung bestimmter Ziele, die ein bestehendes und klar beschriebenes Problem vermindern oder beseitigen sollen. Ein Programm setzt also voraus:

- ein klar beschriebenes Problem
- Ziel(e), dieses Problem zu verringern oder zu beseitigen
- wirksame Maßnahmen, eben diese(s) Ziel(e) zu erreichen.

Grundlage jeder Programm- und Interventionsplanung ist die Suche nach Faktoren, die mit dem Problem zusammenhängen oder es verursachen. Dies geschieht in der Regel durch die Entwicklung eines Wirkungsmodells, das die theoretischen und empirischen Zusammenhänge zwischen verschiedenen unabhängigen Variablen und der Ziel- bzw. Problemvariablen aufzeigt. Im Bereich von Interventionen hinsichtlich bestimmter prävenierbarer Krankheiten bzw. Ereignisse (z.B. Herz-Kreislaufkrankheiten, Frühgeburten¹⁷) sind die unabhängigen Variablen die Risikofaktoren für diese Ereignisse. Ziel der Intervention ist es, die Ausprägung der Zielvariablen durch eine Senkung der Risikofaktoren zu senken. Der Erfolg der Intervention (im Sinne einer theoretisch maximal erreichbaren Ereignissenkung) kann über mathematische Modelle schon ex-ante abgeschätzt werden, wenn die Prävalenz der Risikofaktoren und die Assoziationsmaße (Odds Ratios, relative Risiken) zwischen Risikofaktoren und dem Ereignis bekannt sind. Je ausgeprägter die Assoziationen sind, desto höher sind die Interventionswirkungen einzuschätzen, natürlich unter der Voraussetzung, die Faktoren sind intervenierbar.

Dieses klassische Modell einer durch die Methoden und empirischen Ergebnisse der analytischen Epidemiologie unterlegten Intervention ist in der Praxis der Programmplanung und Evaluation allerdings recht selten anzutreffen, da nur bei wenigen Krankheiten der analytisch-epidemiologische Kenntnisstand so ausgeprägt ist wie bei den genannten Beispielen.

Nicht nur im Bereich der Prävention von Krankheiten, auch und gerade im Bereich sozialer Interventionsmaßnahmen ist unser analytisches Wissen hinsichtlich der möglichen Wirkungszusammenhänge in der Regel deutlich begrenzter. Oft genug fehlt empirische Evidenz zu möglichen Zusammenhängen, von Kausalitäten gar nicht zu sprechen. Interventionen bei „schwachen und ggf. multifaktoriellen Zusammenhängen“ lassen die klassischen Fall-Kontrollansätze in der Evaluation häufig schnell an Grenzen stoßen,

¹⁷ vgl. Friese et al. 2003

wie dies auch für unspezifische Maßnahmen z.B. der ressourcenerhöhenden Gesundheitsförderung gilt.

Aber es sind nicht nur die wissenschaftlichen und methodischen Probleme, die Interventionen und Evaluationen schwierig machen können. Da Interventionen und Programme regelmäßig dazu dienen, gesellschaftlich und/oder politisch als nicht akzeptabel bewertete gesellschaftliche Ereignisse oder Erscheinungen zu verringern, herrscht bei der Planung und Implementation das Primat der Politik, d.h. in Praxi werden auch Programme geplant und implementiert, die nur eine geringe Evidenz von potentieller Wirksamkeit aufweisen. Häufig genug ist das Niveau der Evidenz nicht die potentielle Kausalität, sondern die eingeschätzte Plausibilität.

Dazu zwei Beispiele. Wenn im Land Berlin nunmehr die Quote von Kindern und Jugendlichen verringert werden soll, die ohne einen Hauptschulabschluss die Schule verlassen und dafür in der Vorschule zusätzliche Sprachkurse zum Erlernen der deutschen Sprache vorgehalten werden, so handelt es sich um eine Intervention auf der Ebene von Plausibilitätsüberlegungen. De facto ist das Nichterreichen eines einfachen Schulabschlusses aber Ergebnis einer ganzen Vielzahl von auch noch zusammenhängenden Faktoren, die ggf. eine Wirkung dieser Intervention verringern oder sogar nullifizieren.

Selbst bei den arbeitsmarktpolitischen Interventionen z.B. zur Qualifizierung von Arbeitslosen ist das Evidenzniveau nicht viel höher, denn die Ursachen der Arbeitslosigkeit sind vielfältig, so dass der Erfolg dieser Interventionen als recht zweifelhaft einzuschätzen ist [Schmidt 2000]. An diesem Beispiel ist auch noch darauf hinzuweisen, dass die Wirksamkeit einer Intervention kontext- und zeitbedingt unterschiedlich sein kann. So werden gezielte Qualifizierungsmaßnahmen von Arbeitslosen in Zeiten der Hochkonjunktur und leergefegter Teilarbeitsmärkte eher wirksam sein als in einer Zeit hoher Arbeitslosigkeit und geringer Nachfrage nach Arbeitskräften.

Im Extremfall gibt es sogar Interventionen, die noch nicht einmal durch Plausibilität gesichert sind, deren Etablierung vordringlich der politischen Legitimation dienen. Auf Beispiele soll hier allerdings besser verzichtet werden.

3.2.2 Evidenzniveau und Evidenzpostulat bei präventiven Interventionen

Von welchem Evidenzniveau ist nun bei gesundheitlichen Interventionen auszugehen? Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit sind seit jeher die grundlegenden Prinzipien des Sozialversicherungsrechts und die zentralen Maßstäbe der Erbringung medizinischer Leistungen. Im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland waren diese Prinzipien über lange Jahre zwar rechtlich kodifiziert (Sozialgesetzbuch), deren Realisierung durch fehlende Anreize einer entsprechenden Orientierung der Akteure an diesen Zielen aber deutlich erschwert.

Erst mit der verstärkten Diskussion von „evidence based medicine“ (EBM) Mitte der 90er Jahre auch in Deutschland ist eine stärkere Fokussierung der medizinischen Leistungserbringung auf Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit verbunden. EBM hat das Ziel, die klinische Praxis auf die jeweils beste „Evidenz“ möglichst aus kontrollierten kli-

nisch-epidemiologischen Studien zu stellen. Damit zielt sie auf die Variablen der Qualität und Wirksamkeit medizinischer Leistungen. De facto sollen nur medizinische Leistungen erbracht werden, die qualitätsgesichert und wirksam sind. Im Zuge der Neufassung des § 20 SGB V ist diese Evidenzorientierung auch in die Primärprävention eingeführt worden.

Besonders differenziert und apodiktisch behandelt der Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen in Deutschland in seinem Jahresgutachten 2000/2001 [SVR 2000/2001] die Evaluation von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung. Hierbei geht es zunächst um die Ableitung von Kriterien, deren Erfüllung quasi Grundvoraussetzung für eine mögliche Realisierung der vermuteten Einsparperspektiven durch Prävention darstellt. „Zur Beantwortung dieser Frage (nach den Einsparmöglichkeiten – d. Verfasser) müssen die Kosten und Erträge (Nutzen) einer verstärkten Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Wirkungszusammenhänge mit Verwendungszwecken in anderen konkurrierenden Bereichen des Gesundheitssystems in Beziehung zueinander gesetzt werden“ [S.74].

In diesem Zusammenhang fordert der Rat den Wirksamkeitsnachweis für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention. Für „Präventionsmaßnahmen sollten deshalb (-) wie in der kurativen Medizin Kriterien der Wirksamkeit herangezogen werden, wobei weiterhin eine akzeptable Nutzen-Kosten Relation gefordert wird.“ [ebd.] Angesichts der Ressourcenknappheit sieht der Rat auch die Notwendigkeit einer Priorisierung möglicher Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung“ [ebd. S.82], die nach folgenden Kriterien erfolgen soll:

- Häufigkeit der zu vermeidenden Gesundheitsstörung (Prävalenz)
- Medizinische Relevanz (Krankheitsschwere)
- Volkswirtschaftliche Bedeutung (direkte und indirekte Kosten)
- Wirksamkeit der Präventionsmaßnahme (und Nebenwirkungsfreiheit)
- Akzeptable Nutzen-Kosten Relation

„Maßnahmen oder Leistungen der Prävention müssen demnach generell:

- einem objektiv feststellbaren Bedarf entsprechen,
- zu seiner Beeinflussung geeignet sein und dabei zugleich einen positiven medizinischen Nettonutzen aufweisen (der gesundheitliche Nutzen, z.B. Lebenserwartung oder Lebensqualität, übersteigt den möglichen Schaden im Sinne von unerwünschten Risiken/unerwünschten Wirkungen),
- fachgerecht erbracht werden, d.h. derart, dass nicht nur Defizite der Qualität ihrer Erbringung vermeidbare Schäden verursacht werden oder möglicher Nutzen nicht ausgeschöpft wird,
- ferner nach dem (grundsätzlich auch für Leistungen nach § 20 SGB V) geltenden Wirtschaftlichkeitsgebot des Sozialgesetzbuchs (§12 SGB V) nicht nur bedarfsgerecht im oben genannten Sinne sein, sondern auch in effizienter Form erbracht werden“ [ebd. S. 83].

Der Rat erkennt deutlich, dass die Erfüllung des Kriteriums der Spezifik von Maßnahmen für gesundheitsfördernde, unspezifische Maßnahmen nur schwer einlösbar ist (und spricht entsprechend auch von Kriterien, die für Maßnahmen der Prävention gelten s.o.), um diese dann sogleich auch für Maßnahmen der Gesundheitsförderung einzufordern.

„Da gesundheitsfördernde Maßnahmen, soweit sie nicht Teil bzw. Aspekt von definierten Präventionsvorhaben sind, meist eher unspezifisch der Verbesserung eines allgemeinen, als nicht krankheitsbezogen definierten Gesundheitszustandes dienen sollen, bedarf es analoger Kriterien für eine angemessene Priorisierung. Diese sollten mindestens auf logisch plausiblen Überlegungen und empirisch tragfähigen Zusammenhangsanalysen und Schätzungen beruhen“ [ebd.].

Dass auf dem Gebiet der Evaluation und Qualitätssicherung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention noch erheblicher Handlungs- aber auch Forschungsbedarf besteht, wird vom Rat im Schlusskapitel des Berichtes wie folgt erörtert: „Insgesamt sieht der Rat Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in der Prävention und Gesundheitsförderung in den nächsten Jahren vor der schwierigen Herausforderung der Entwicklung von Methoden, Instrumenten und Verfahren, die einerseits die Qualität von Interventionen besser in Richtung auf das Ziel der Evidenzbasierung abbilden und beeinflussen, ohne andererseits zur Fessel der notwendigen kreativen Weiterentwicklung von populations- und settingbezogenen Interventionen zu werden“ [ebd. S. 129].

Beim vielfachen Verweis auf die Notwendigkeit evidenzbasierter, qualitätsgesicherter, evaluierter, wirksamer und wirtschaftlicher Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention kommt dem Rat dann doch die Vermutung, dass gerade unspezifische Maßnahmen der Gesundheitsförderung hierbei besondere Probleme haben könnten und im Rahmen der geforderten Priorisierungen auch unter den Tisch fallen könnten. Er geht deshalb sowohl auf die Interventionskriterien als auch auf die Effizienzpostulate relativierend ein: „Diese Kriterien sind heute bereits auf eine ganze Reihe wohl etablierter Präventionsansätze, wie z.B. die Jodprophylaxe, anwendbar und dokumentieren deren gesundheitlichen Erfolg sowie den Bedarf an weiterem Ausbau. Der Rat verkennt andererseits nicht, dass die Erarbeitung realitätsgerechter Modelle und eindeutiger Ergebnisse für besonders wichtig erscheinende Präventionsprojekte noch häufig an der Komplexität der Ätiologie, der Interventionen und der Wirkungen scheitert. Dieses methodisch begründete Phänomen darf weder zur Resignation, noch zu einer gesundheitspolitischen Bevorzugung solcher Gesundheitsstörungen oder Präventionsstrategien führen, für die sich entsprechende Modelle leicht aufstellen und Ergebnisse gut rechnen lassen.“ [ebd. S. 124]. „Kosten-Nutzen-Analysen können und sollen aber auch lediglich eines von mehreren Entscheidungskriterien ergeben. Sozialpolitische Kriterien (z.B. die Verminderung sozial bedingter Unterschiede von Gesundheitschancen) sowie im öffentlichen Diskurs über Gesundheitszeile erarbeitete Prioritäten treten gleichberechtigt hinzu“ [ebd.].

Diese abschließend dann doch recht unbestimmte Position wird in den Umsetzungsleitlinien der Krankenkassen wieder in eine Evidenzpflicht normiert. In den Umsetzungsleitlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen vom Jahr 2001 wird der Nachweis

von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von gesundheitlichen Interventionen zur zentralen Voraussetzung der Finanzierung im Rahmen des § 20 SGB V.

Auch wenn hier sicher nicht die Position vertreten wird, dass bei gesundheitlichen Interventionen auch im Rahmen des § 20 SGB V nun irgendwelche, beliebige Maßnahmen zum Zuge kommen sollten oder könnten, so verkennt dieses Evidenzpostulat völlig die Quantität und Qualität der Praxis von gesundheitlich-präventiven Interventionen wie auch gerade ihrer Evaluation.

So verständlich dieses Evidenzpostulat im Rahmen der allgemeinen gesellschaftlichen Effektivierungsstrategien auch ist, es ist weder im kurativen Bereich noch im präventiven Bereich hinreichend eingelöst. Wir wollen es in Frageform auf die Prävention beschränken: Wie sehen denn die Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsnachweise der insgesamt nicht umfangreichen präventiven Maßnahmen und Programme wirklich aus (z.B. Schwangerschaftsvorsorge, Krebsfrüherkennung, Gesundheitsuntersuchungen?) Wie steht es um die Evaluation noch einfacher Programme wie Stressmanagement oder Rückenschulen? Und wie um die Evaluation komplexer Programme mit mehreren Interventionszielen oder hochkomplexer Programme der ressourcenerhöhenden, unspezifischen Gesundheitsförderung? Wir wollen und können diese Frage hier nicht beantworten, es sind aber in Deutschland zweifellos z.T. seit vielen Jahren Programme „auf dem Markt“, deren Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit nicht bzw. jedenfalls nicht angemessen untersucht worden sind. Bei einigen Programmen bedarf es sogar eingehender Evaluationen dazu gar nicht, da schon die geringe Reichweite bzw. Inanspruchnahme die geringe Effektivität und Effizienz indiziert (z.B. Gesundheitsuntersuchungen).

Maßnahmen der primären Prävention, die durch ein epidemiologisches Wirkungsmodell begründet sind, haben – je nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis – ein angebar klares Niveau von Evidenz. Bei Maßnahmen der sogenannten salutogentischen Gesundheitsförderung im Sinne der Stärkung von Ressourcen (z.B. Antonovsky 1987), auf die sich die „Gesundheitsförderer“ gerade in Deutschland in großer Mehrzahl berufen, ist die Evidenz gesichert, wenn der Nachweis erbracht wurde, dass durch Maßnahmen der Ressourcenstärkung sich „Gesundheitsniveaus“ verbessert haben. Dieser Nachweis ist aber z.B. gerade für den „sense of coherence“ von Antonovsky bisher nicht erbracht worden [Bengel et al. 2001].

Die Rigorosität, mit der das Evidenzpostulat gerade in der Prävention eingefordert wird, nimmt den hier insgesamt geringen Stand wissenschaftlicher Erkenntnis nicht zur Kenntnis. Will man mit diesen Forderungen gerade dieses Erkenntnisniveau verbessern, so wird übersehen, dass im Bereich der kurativen Leistungen ein auch ökonomisches Interesse der Hersteller medizinischer Leistungen am Evidenznachweis und der Bereitstellung der dafür erforderlichen finanziellen Mittel besteht, der bei Maßnahmen der Gesundheitsförderung in diesem Maße nicht unterstellt werden kann.

Bei aller Berechtigung, die die Forderungen nach einer sozialwissenschaftlichen und ökonomischen Evaluation auch von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention auch haben, darf nicht übersehen werden, dass sowohl in der Gesundheitsökonomie als auch in den Sozialwissenschaften noch erhebliche theoretische und instru-

mentelle Defizite bestehen, die Praxis gesundheitlicher Interventionen und auch der Gesundheitsförderung gerade bei komplexen, settingbezogenen Ansätzen z.B. im Gemeinderahmen¹⁸ belastbar zu evaluieren. Diese Defizite betreffen v.a.:

- die unzureichende sozialepidemiologische Datenlage zu gesundheitlichen und sozialen Interventionsbedarfen und -möglichkeiten bei Arbeitslosen und Sozialhilfeempfängern. Diese Daten sind erforderlich, um bevölkerungsbezogene Interventionen hinsichtlich ihrer gesundheitlichen und sozialen Outcomes zu bewerten.
- die theoretischen Probleme und immanenten Wertungen bei bestimmten ökonomischen Analysen (z.B. Kosten-Nutzen Untersuchungen, Diskontierungsraten, Zurechenbarkeit)
- die Konzeption und instrumentelle Unterlegung von Evaluationsstrategien gerade im Rahmen komplexer, settingbezogener Interventionen, bei denen die klassische Evaluation im Sinne kontrollierter und randomisierter Fallkontrollstudien weitgehend versagen dürfte. Hier wird es zu einer sinnvollen Mischung quantitativer und qualitativer Evaluationsmethoden kommen müssen.

Insgesamt besteht damit also noch ein erheblicher Bedarf sowohl an wissenschaftlicher Forschung und Entwicklung als auch an Umsetzung dieser Weiterentwicklungen in die Praxis gesundheitlicher Interventionen und der Gesundheitsförderung. Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass sich eine angemessene und belastbare Evaluation von Maßnahmen der Gesundheitsförderung – jedenfalls im Bereich der Ergebnisevaluation – bei komplexeren Programmen erst in einigen Jahren wird durchsetzen lassen. Insgesamt ist zu befürchten, dass durch das „Hochschrauben“ der Erwartungen an die Standards von Evaluationen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention die notwendige Kreativität in der Konzeption und Durchführung gerade sozialkompensatorischer Projekte eher gelähmt als gefördert wird.

Eine wesentliche Finanzierungsbedingung für Maßnahmen nach dem § 20 SGB V, der vorherige Nachweis von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit, geht an der Realität der gegebenen Evidenz im Rahmen der Programmforschung und Evaluationsforschung deutlich vorbei. Der auch vom SVR gesehene beträchtliche Forschungs- und Entwicklungsbedarf wurde bisher nicht durch entsprechende Forschungsvorhaben umgesetzt. Dem zweifellos bestehenden hohen Entwicklungs-, Lern- und auch Experimentierbedarf nicht nur aber gerade auch in der sozialkompensatorischen Gesundheitsförderung werden die Förderungs- und Finanzierungsvoraussetzungen des § 20 SGB V nicht gerecht.

Hinsichtlich der möglichen Förderung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention durch die Krankenkassen muss das bisherige Evidenzpostulat also ersetzt werden durch:

- a) die auf der Grundlage des gegebenen wissenschaftlichen Kenntnisstandes vorzunehmende Plausibilisierung, dass mit den vorgeschlagenen Interven-

¹⁸ Weitaus bessere Möglichkeiten der Evaluation finden sich in der Regel im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung

tionen positive Effekte in einem grob abschätzbaren Umfang erreichbar erscheinen, was i.d.R. die Skizzierung eines Wirkungsmodells umfassen wird;

- b) die Formulierung von zu testenden Hypothesen;
- c) die Sicherstellung hoher Qualitäten in der Produkt- und Prozessevaluation durch qualitätssichernde Maßnahmen;
- d) eine Verpflichtung auf adäquate Methoden der Ergebnisevaluation, in der die abgeleiteten Hypothesen zu überprüfen sind.

Bei allem Nachdruck mit denen z.B. Schwartz immer wieder den Nachweis von Effektivität und Effizienz auch in der Gesundheitsförderung einfordert, kommt er letztlich zu keinem anderen Schluss. Er schreibt: „Durchgearbeitete und evidenzbasierte Empfehlungen (auf der Basis von Studien im Sinne von „evidence based medicine“) liegen derzeit in der Prävention und Gesundheitsförderung lediglich für die sog. „klinische Prävention“ vor (-). Umso wichtiger wird bei „unsicheren“ Maßnahmen eine mehrmalige ergebnisorientierte Evaluation eigener Maßnahmen und Programme sein und ein nachdrücklich ergebnisorientiertes ständiges Qualitätsmanagement.“ [Schwartz, 2000, S. 3]

Zusammenfassung

Interventionen basieren auf einem bestimmten wissenschaftlichen Kenntnisstand hinsichtlich des zu intervenierenden Problems und der damit korrelativ oder kausal in Verbindung stehenden Faktoren (Wirkungsmodell). Je höher die Zahl der Einflussfaktoren und je geringer die Assoziationsmaße zwischen der zu intervenierenden Zielvariablen und den mit dieser in Verbindung stehenden Faktoren ist, desto komplexer werden sowohl Intervention als auch Evaluation. Noch komplexer werden diese bei eher unspezifischen Interventionen, z.B. bei Maßnahmen der Erhöhung von Ressourcen. Mit steigendem Komplexitätsgrad nimmt die Möglichkeit ab, Interventionserfolge auf der Grundlage klassischer Fall-Kontrolldesigns nachzuweisen.

Da Interventionen meist aus politischen Gründen implementiert werden, beruhen sie häufig nicht auf einem exakten Wirkungsmodell, sondern auf Plausibilitätsüberlegungen, was die Evaluation zusätzlich erschwert.

Das im Zuge der zunehmenden Diskussion um evidence based medicine auch in die Primärprävention eingeführte Evidenzpostulat in Zusammenhang mit dem § 20 SGB V zum ex-ante Nachweis der Effektivität und Effizienz von Interventionen ist am klassischen Fall-Kontrolldesign recht einfacher Interventionen und Evaluationen orientiert. Die Rigorosität, mit der es eingefordert wird, geht an der Realität der theoretischen Fundierung, instrumentellen Umsetzung und evaluativen Nachweissicherung von Wirkungen durch gesundheitliche und gesundheitsfördernde Interventionen völlig vorbei. Auch wenn es ggf. als Anreiz gedacht ist, die Evaluationspraxis zu verbessern, scheint es die Weiterentwicklung von Interventionen und Evaluationen eher zu behindern denn zu befördern. Die ex-ante Evidenzforderung ist daher zugunsten einer ex-ante Plausibi-

litätsschätzung positiver Wirkungen bei Verpflichtung auf rigorose Qualitätssicherung und Evaluation zu revidieren.

3.3 Voraussetzungen und grundsätzliche Möglichkeiten gesundheitlicher Intervention bei Arbeitslosen

3.3.1 Grundsätzliche Entstehungsbedingungen und Voraussetzungen von Interventionen

Die gesellschaftlichen Verhältnisse in entwickelten Ländern sind durch eine Vielzahl von Normierungen und Politiken geregelt, die das Zusammenleben der Menschen und die wirtschaftliche und soziale Entwicklung der Gesellschaften sichern sollen. In vielen Politikbereichen (allerdings bisher gerade nicht für die Gesundheitspolitik in Deutschland) sind für diese Entwicklung Ziel- und Orientierungsgrößen operationalisiert oder sogar quantifiziert (z.B. Wirtschaftspolitik), an denen sich die jeweiligen Politiken ausrichten sollen. Erhebliche Abweichungen von diesen Orientierungsgrößen zeigen gesellschaftliche Fehlentwicklungen auf, denen häufig genug mit Hilfe der Implementation entsprechender Programme entgegengewirkt werden soll.

Ob ein gesellschaftliches Problem seine Bearbeitung durch eine Intervention findet oder nicht – und wenn ja durch welche –, ist von einer Reihe von Faktoren abhängig u.a.:

- der Größe des Problems. Dies allerdings weniger im Sinne der tatsächlichen Abweichungen zwischen Soll- und Istwerten oder der Häufigkeit, mit der es auftritt, als vielmehr in einer politischen Bewertung;¹⁹
- der wissenschaftlichen Beschreibung und der medialen Thematisierung, um als politisches Thema überhaupt aufgegriffen werden zu können;
- der Existenz von mehr oder minder begründeten Hinweisen, dass das Problem durch bestimmte, vorgeschlagene Maßnahmen auch verringert werden kann;
- von der Einschätzung der prinzipiellen „Machbarkeit“ des Programms durch die dafür vorgesehenen oder zuständigen Akteure;
- von den Kosten des Programms und dem eingeschätzten Grad der damit erreichten Problemreduktion und auch der allgemeinen Haushalts- bzw. Finanzlage;
- von der Existenz konkurrierender Programme;
- von der Einschätzung der Akzeptanz des Programms in der jeweiligen Zielgruppe;
- von der Einschätzung des Zeitraums des Eintretens möglicher Programmwirkungen;
- von einem politischen Konsens zwischen Parteien (oder auch Betriebsrat und Arbeitgeber), gegen das Problem mit einer Intervention vorzugehen.

¹⁹ Das beste Beispiel ist der Vergleich der Interventionen gegen das Rauchen und gegen den Konsum sog. illegaler Drogen. Letzterer wird seit über 20 Jahren intensivst interveniert, obwohl die Häufigkeit des Konsums und das gesundheitliche Risiko beim Rauchen ungleich höher sind.

Neben diesen eher rationalen Bedingungen spielen für die Entstehung von Interventionen aber auch zeit- und kontextbedingte Faktoren sowie politische Präferenzen oder politische Aushandlungsprozesse eine Rolle.²⁰

Es wird später zu zeigen sein, dass bei Interventionen zum Abbau sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit und auch bei der Gesundheitsförderung von Arbeitslosen gleich mehrere dieser Bedingungen „negativ ausschlagen“, so dass eine breite Implementation als nicht sehr wahrscheinlich einzuschätzen ist (vgl. Kap. 4).

3.3.2 Voraussetzungen der Planung einer gesundheitlichen Intervention bei Arbeitslosen (Ex-ante Einschätzungen der Durchführbarkeit und Wirksamkeit)

Will man gesundheitliche Interventionen – hier bei Arbeitslosen – planen, so muss in einem ersten orientierenden Schritt zunächst geprüft werden, ob beim gegebenen Kenntnisstand die Voraussetzungen für die Konzeption und Durchführung einer erfolgreichen Intervention überhaupt gegeben sind. In der folgenden Abbildung sind die dafür wichtigsten Kriterien benannt.

²⁰ So kann beispielweise die gesetzliche Regelung des § 20 SGB V im GRG von 1989 einmal als politisch-administrative Reaktion auf die Thematisierung der Gesundheitsförderung nach Ottawa begriffen werden, zum anderen aber auch als ein Entgegenkommen an die Krankenkassen zum Ausgleich des §25 SGB V, der von Ärzten durchgeführt wird.

Abb. 12 Planungsschritte zur Konzeption gesundheitlicher Interventionen bei Arbeitslosen

Kriterien	Einschätzung
Istzustand / Bedarf	Bedarf sehr hoch
Problem	Risiko der Verschlechterung des Gesundheitszustandes/ Verringerung der Wiederbeschäftigungsmöglichkeiten / Kosten für die Kranken- und Sozialversicherung
Interventionsfähigkeit	Prinzipiell ja, aber i.e. schwierig einzuschätzen
Wirkungsmodell	Sehr komplex
Definition der Ziele, der Zielgruppen	Heterogenität der Ziele und sehr heterogene Gruppen
Maßnahmen	Große Heterogenität
Akzeptanz der Maßnahmen durch Klienten	Unbekannt
Erreichbarkeit der Zielgruppe	Schwierig
Wirksamkeitseinschätzung	Schwierig einzuschätzen
Nebenwirkungen	Nicht direkt ersichtlich
Ausdifferenzierung des Programms	Ja

Das wichtigste Kriterium ist zunächst der Istzustand bzw. der Bedarf. Wie in Kapitel 2 gezeigt, ist bei der gegebenen erhöhten Morbidität, Multimorbidität und auch Mortalität ein Bedarf an gesundheitlichen Interventionen zweifelsfrei gegeben.

Das Problem des schlechten Gesundheitszustandes besteht einmal im Risiko einer weiteren Verschlechterung, zum Anderen in seinen negativen Folgen für die Wiederbeschäftigungswahrscheinlichkeiten und schließlich in den Kosten für die Kranken- und Sozialversicherung.

Die Interventionsfähigkeit des Problems ist auf der Grundlage durchgeführter und evaluierter Interventionen derzeit schwierig einzuschätzen, wenngleich prinzipiell möglich, Das Wirkungsmodell ist sehr komplex, wobei von zahlreichen Interkorrelationen auszugehen ist. So leitet Büssing [1993] in Bezug auf Interventionen zur Verbesserung der psychosozialen Situation ein Variablenmodell mit 20 Variablen ab, die die psychosoziale Situation in der Arbeitslosigkeit „moderieren“.

In Bezug auf Ziele und Zielgruppen und Maßnahmen ist von einer hohen Heterogenität auszugehen. Die Akzeptanz der möglichen Maßnahmen in den Zielgruppen ist derzeit de facto unbekannt. Die Erreichbarkeit der Zielgruppen ist als schwierig zu bezeichnen.

Vor dem Hintergrund der genannten Kriterien ist eine ex-ante Wirksamkeitseinschätzung derzeit schwierig vorzunehmen. Nebenwirkungen einer möglichen Intervention

sind nicht direkt sichtbar, wobei dies aber von den Kontextbedingungen der Interventionen abhängig sein dürfte.

Insgesamt kann bei diesen Befunden davon ausgegangen werden, dass gesundheitliche Interventionen bei Arbeitslosen zwar nicht einfach sein werden, beim derzeitigen Wissenstand aber auf eine Wirkungslosigkeit von Interventionen nicht prinzipiell geschlossen werden kann, so dass nach dieser ex-ante Einschätzung die Intervention ausdifferenziert werden sollte, was i.f. für die wichtigsten Punkte im Ansatz geschieht.

3.3.3 Ausdifferenzierung des Programms

Im folgenden werden die wesentlichen grundsätzlichen Möglichkeiten und Probleme einer gesundheitlichen Intervention bei Arbeitslosen erörtert.

3.3.3.1 Ziele und Zielvariablen

Nach dem aktuellen gesundheitswissenschaftlichen Kenntnisstand ist davon auszugehen, dass der Gesundheitszustand von Populationen durch folgende vier Faktoren in hohem Maße beeinflusst bzw. determiniert ist, wobei auf hereditäre Faktoren nicht eingegangen werden muss, da diese derzeit von wenigen Ausnahmen abgesehen praktisch nicht prävenierbar sind:

- Alter und Geschlecht
- Gesundheitsrisiken des Verhaltens
- Gesundheitliche Belastungen
- Gesundheitliche Ressourcen
- Gesundheitsrisiken aus Umwelt und sozialer Lage

Der allgemeine Gesundheitszustand kann mit der Existenz oder Nichtexistenz von Krankheiten und Beschwerden sowie Behinderungen beschrieben werden. Intensivierte Gesundheitsrisiken des Verhaltens und zunehmende gesundheitliche Belastungen können bei Abnahme gesundheitlicher Ressourcen zu inzidenter Krankheit oder Progression bestehender Krankheiten und Multimorbidität führen.

Das Gesamtziel einer gesundheitlichen Intervention bei Arbeitslosen kann also zunächst ganz allgemein dahingehend definiert werden, dass der aktuelle Gesundheitszustand stabilisiert bzw. verbessert wird. Bei dem hohen Morbiditätsniveau der Zielgruppe muss aber bedacht werden, dass sich dieses Gesamtziel nicht allein durch primärpräventive gesundheitliche Interventionen wird erreichen lassen, sondern nur in einer spezifischen Kombination von Interventionen, die in der folgenden Abbildung idealtypisch bestimmt sind.

Auf der Grundlage einer repräsentativen Untersuchung zum Gesundheitszustand von Arbeitslosen wird man in einer typologischen Bestimmung möglicher Kombinationen von Gesundheitsrisiken und Krankheiten folgende Typen mit unterschiedlichen Interventionsbedarfen bestimmen.

Abb. 13 Prinzipielle Interventionsstrategien

Gesundheitsrisiken	Beschwerden /Krankheiten	
	Hoch ausgeprägt	Gering / nicht ausgeprägt
Hoch ausgeprägt	A	B
Gering / nicht ausgeprägt	C	D
Interventionsstrategien:		
Primärpräventive	B,A	
Therapeutische	A,C	
Rehabilitative	A,C	
Allgemeine Gesundheitsförderung (z.B. Ressourcenerhöhung)	D	

In der konkreten Intervention wird man durch geeignete Assessmentverfahren die jeweiligen Gruppen bestimmen müssen. Bei den Gruppen A und C sind ggf. ergänzende therapeutische oder gar rehabilitative Maßnahmen zu prüfen, die ggf. parallel zu, oder vor den primären Interventionen durchgeführt werden müssen.

In der Gruppe B wird man sich auf primärpräventive Interventionen konzentrieren und in der Gruppe D kann man sich auf allgemeine Maßnahmen der ressourcenerhöhenden Gesundheitsförderung beschränken.

So einfach diese Gruppenbestimmung theoretisch auch ist, so wird ihre empirische Unterfütterung mit konkreten Gesundheitsrisiken, Beschwerden und Krankheiten zu einer ganzen Vielzahl von Interventionszielen und Maßnahmen führen.

Geht man davon aus, dass sich der Gesundheitszustand im Bedarfsfall durch therapeutische und/oder rehabilitative Maßnahmen stabilisieren lässt, so lassen sich die spezifisch aus der Arbeitslosigkeit resultierenden, weiteren möglichen negativen Morbiditätseffekte nur dann verhindern bzw. verringern, wenn die Intervention folgende Ziele einzeln oder gemeinsam verfolgt:

- bestehende Verhaltensrisiken werden reduziert bzw. die Zunahme von Verhaltensrisiken wird verhindert
- gesundheitliche Belastungen werden abgebaut und
- Gesundheitsressourcen werden erhöht.

Bei der Auswahl der zu intervenierenden Beschwerden und Krankheiten (bzw. den jeweils gegebenen Risikofaktoren) wird man sich an jenen orientieren, die bei Arbeitslosen im Vergleich zu Nichtarbeitslosen in gehäufte Form auftreten. Dies sind – wie die folgende Tabelle zeigt – zweifelsohne i.w. die Bereiche der Suchterkrankungen und der psychischen Störungen. Demgegenüber wird man Interventionen bei Krankheiten, die in der üblichen epidemiologischen Häufigkeit nach Alter auftreten (z.B. Herzkrankheiten) nicht zum primären Gegenstand von Interventionen machen. Eine Konzentration der Gesundheitsförderung auf das Gebiet „mental health“ entspricht dabei auch der internationalen Schwerpunktsetzung (vgl. Kap. 6.2).

Tab. 3 *Krankenhaustage je 1000 von Arbeitslosen und Nichtarbeitslosen nach Diagnosen [Quelle: Sammet 2000] – Männer*

ICD 9		Arbeitslose Tage je 1000	Nichtarbeitslose Tage je 1000	Verhältnis
303	Alkoholabhängigkeit	229	25	9,2
295	Schizophrene Psychosen	183	18	10,2
300	Neurosen	105	23	4,6
304	Medikamentenabhängigkeit	66	3	22,0
291	Alkoholpsychosen	43	4	10,8
414	Chron. Ischäm. Herzkrankheiten	41	27	1,5
296	Affektive Psychosen	36	12	3,0
722	Bandscheibenschäden	34	31	1,1
309	Psychogene Reaktion	31	7	4,4
250	Diabetes	31	12	2,6
571	Chronische Leberkrankheit	30	3	10,0
301	Persönlichkeitsstörung	28	3	9,3

Folgt man zunächst der Konzentration der Gesundheitsförderung auf die Gebiete von „mental health“ und Sucht, so schälen sich i.w. folgende Interventionsmethoden heraus:

- Unspezifische Maßnahmen zur Stärkung gesundheitlicher Ressourcen
- Gezielter Abbau von Stressbelastungen
- Reduktion des Tabakwaren-, Alkohol- und Medikamentenkonsums
- Rehabilitation von bereits Erkrankten

Dabei ist darauf hinzuweisen, dass mit der Prävention von Suchterkrankungen nicht nur hinsichtlich der Wirksamkeit von Interventionen ein eher schwieriges Interventionsfeld gewählt würde, vielmehr die alleinige Thematisierung dieses Zusammenhangs und die Ermittlung von individuellen Interventionsbedarfen erheblicher konzeptioneller Vorarbeiten bedarf. Auf der anderen Seite verfügen gerade die Krankenkassen in beiden Bereichen über hinreichende Erfahrungen und Qualifikationen, um prinzipiell entsprechende Maßnahmen zu implementieren.

Eine endgültige Ableitung von Interventionszielen kann aber erst nach einer empirischen Bestimmung von Interventionsbedarfen hinsichtlich der Kombination von Gesundheitsrisiken und Krankheiten unter besonderer Berücksichtigung der Evidenz von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit bei hierzu bereits erfolgten Interventionen erfolgen.

Insgesamt reichen aber die vorliegenden empirischen Befunde zu einer klaren Ableitung von Interventionszielen nicht aus. Zwar existieren nicht wenige empirische Datenbestände zu Indikatoren von Gesundheit bei Arbeitslosen [vgl. z.B. Holleder 2003], allerdings liegen keine Datensätze vor, die Daten zur sozialen Situation, Qualifikation, Gesundheitszustand, Gesundheitsrisiken in kombinierter und hinreichend differenzierter Form liefern. Zudem bedarf es im Rahmen der Neuregelung der Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe derartiger Daten für die Zielgruppe der Arbeitslosen und der Bezieher von Sozialhilfe. Über den Gesundheitszustand von Arbeitslosen gibt es durchaus eine Vielzahl von Daten, die allerdings jeweils z.T. erhebliche Limitierungen aufweisen. Erfor-

derlich ist daher zunächst eine Bestandsaufnahme der vorhandenen Datensysteme zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Arbeitslosen und Sozialhilfeempfängern hinsichtlich ihres Umfangs und ihrer Zuverlässigkeit.

3.3.3.2 Zielgruppe: Identifikation, Erreichbarkeit und Programmakzeptanz

Interventionen richten sich nicht auf *die* Zielgruppe der Arbeitslosen, sondern auf ganz bestimmte Teilgruppen und grundsätzlich wird gelten, dass die Teilnahme an einer Intervention für die Angehörigen der Zielgruppe freiwillig ist, was nicht bedeutet, dass die Teilnahmebereitschaft an Maßnahmen durch Anreize (z.B. durch Bonus-Malusregelungen) gesichert oder erhöht werden kann.

Arbeitslosen ist lediglich gemeinsam, dass es sich um eine Gruppe handelt, die zu einem bestimmten Zeitpunkt keiner sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgeht und sich nach Alter, Geschlecht, Schul- und Berufsausbildung sowie Berufsverläufen und -karrieren, Wohnort, Einkommen, sozialer Lage und Familienstand, Nationalität und v.a. nach der Dauer der Arbeitslosigkeit und der Wahrscheinlichkeit, wieder Beschäftigung zu finden, erheblich unterscheidet.²¹ Sind Interventionen bei heterogenen Zielgruppen schon grundsätzlich schwierig, da sich hinter dieser Heterogenität i.d.R. unterschiedliche Bedarfe verbergen, die ggf. auch unterschiedliche Interventionsmethoden erforderlich machen, so wird eine Intervention bei Arbeitslosen durch die folgenden Merkmale noch zusätzlich erschwert:

- geringer Organisationsgrad
- hohe Fluktuation
- hohe soziale Differenzierung
- keine regelmäßige institutionelle Erreichbarkeit wie in Betrieben oder in Schulen
- (partielle) Stigmatisierung

Um erfolgreich zu sein, setzen zielgruppenspezifische Interventionen schon bei der Planung der Intervention eine beträchtliche Bandbreite von empirischen Daten zur Ausprägung der Problem- und Risikovariablen voraus. In aller Regel zerfällt die primäre Zielgruppe in verschiedene Teilgruppen mit auch unterschiedlich hohen Interventionsbedarfen (vgl. Abb. 14).

Häufig genug müssen Einschluss- und Ausschlusskriterien für die Programmteilnahme gemacht werden, die in der entsprechenden Programmpraxis eine leichte Identifikation dieser Kriterien erforderlich macht.

Schon bei der Planung des Programms sind wiederum Schätzungen zur Programmakzeptanz in der Zielgruppe erforderlich, um ausgehend von den ermittelten Bedarfen Schätzungen über eine zu erwartende Programmnachfrage machen zu können.

²¹ Es muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass Gegenstand dieses Gutachtens die Gesundheitsförderung von Arbeitslosen ist. Damit ist die Anerkennung der (engen) sozialrechtlichen Definition von Arbeitslosigkeit verbunden. Es ist aber darauf hinzuweisen, dass die Zusammenhänge in der Regel auch für die Gruppe der Erwerbslosen zutreffend sind.

Diese für eine differenzierte Programmplanung erforderlichen Informationen liegen nicht bzw. nicht in hinreichendem Maße vor und müssen durch entsprechende Untersuchungen geschaffen werden.

Abb. 14 *Definition und Beschreibung der Zielgruppe*

Genauere Definition der Zielpopulation (Dauer der Arbeitslosigkeit, Männer, Frauen, Altersgruppen, nach Gesundheitszustand, nach Bedarfen, nach Risiken)
Prävalenz und Inzidenz des Problems (Krankheiten, Beschwerden)
Größe und Verteilung der Zielpopulationen
Kerngruppen, spezifische Risikogruppen, spezifische Bedarfsgruppen (mit möglicherweise unterschiedlicher Wirksamkeit von Maßnahmen)
Abgrenzung der Zielpopulation (Einschluß-, Ausschlußkriterien)
Unterscheidung von Bedarf und potentieller Nachfrage (in Abhängigkeit der Akzeptanz)
Identifikationsmöglichkeit, Erreichbarkeit
Teilnahmemotivation, Benefits
Mögliche unerwünschte Wirkungen des Programms
Akzeptanz der Maßnahmen und des Programms durch die Zielgruppe

3.3.3.3 **Angebots bzw. nachfrageorientierte- und bedarfsorientierte Ansätze**

Interventionen können grundsätzlich auf zwei unterschiedliche Arten implementiert werden:

- a) angebots- bzw. nachfrageorientiert
- b) bedarfsorientiert

Beim angebots-/nachfrageorientierten Vorgehen werden die Interventionen (z.B. Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention) Versicherten angeboten, die diese in Anspruch nehmen können oder nicht. Dieser Ansatz galt und gilt nach wie vor für die Mehrzahl der Gesundheitsförderungsprogramme der Krankenkassen. Das Problem dieses Ansatzes ist, dass sich Teilnehmer(innen) selbstselektiv an diesen Programmen beteiligen, wobei in der Regel Versicherte mit besonderen Interventionsbedarfen unter den Teilnehmer(innen) unterrepräsentiert sind [Kirschner, Radoschewski, Kirschner 1995].

Das angebots-/nachfrageorientierte Vorgehen würde also bedeuten, Arbeitlosen z.B. Kurse zum Abbau bestehender verhaltensbedingter Gesundheitsrisiken, zum Abbau gesundheitlicher Belastungen (z.B. Stress) und zur Stärkung gesundheitlicher Ressourcen (z.B. Coping) anzubieten, mit anderen Worten mehr oder weniger geläufige Kurse und andere Angebotsformen auch und zusätzlich der Zielgruppe der Arbeitslosen anzubieten.

Das effektivere, bedarfsorientierte Vorgehen setzt allerdings voraus, dass die spezifischen Interventionsbedarfe (sowie im übrigen die Akzeptanz einer Teilnahme an entsprechenden Programmen) vorab durch empirische Untersuchungen ermittelt worden sind.

So klar die Interventionsziele theoretisch sind (s.o.), so unübersichtlich muss sich ein empirisches Bild einer Typologie von Arbeitslosen darstellen, in dem die sozialen, qualifikatorischen und gesundheitlichen Variablen für Arbeitslose in einer jeweiligen typischen Verdichtung für nach diesen Variablenbereichen klar unterscheidbare Gruppen gezeichnet werden. Nach unseren Recherchen gibt es eine derartige Typologie bisher für Arbeitslose nicht.²²

Wie wird eine solche Typologie ggf. aussehen? Wir wollen zunächst eine beispielhafte Typologie umreißen, in die (nur) die Variablen Alter, Qualifikation, Gesundheitszustand, gesundheitliche Risiken des Verhaltens, gesundheitliche Belastungen und Gesundheitsressourcen eingehen sollen. Alle Variablen sind dichotomisiert, d.h. haben nur die Ausprägungen alt/jung, schlecht/gut, hoch/gering. Dabei genügt es, die jeweils entferntesten Pole dieser fiktiven Typologie zu beschreiben.

In einem Typ – nennen wir ihn A – werden sich Arbeitslose „versammeln“, die ein unterdurchschnittliches Alter aufweisen, überdurchschnittlich qualifiziert sind, geringe Verhaltensrisiken aufweisen, geringe gesundheitliche Belastungen haben und über hohe Gesundheitsressourcen verfügen und insgesamt einen überdurchschnittlich guten Gesundheitszustand aufweisen.

Dagegen finden wir im Typ Z ältere Arbeitslose mit sehr schlechtem Gesundheitszustand, ausgeprägten Verhaltensrisiken, hohen gesundheitlichen Belastungen und geringen Gesundheitsressourcen.

Aus der Analyse aller Typen müssen nun jene Typen ausgewählt werden, die unter dem Gesichtspunkt ihres Gesundheitszustandes, ihrer Verhaltensrisiken, der jeweiligen gesundheitlichen Belastungen und der gegebenen Gesundheitsressourcen prioritär interveniert werden müssen und zugleich müssen die jeweils adäquaten Interventionsmaßnahmen konzipiert werden. Dabei muss man sich klar machen, dass sich diese Typen empirisch in eine Vielzahl von Untergruppen mit verschiedenartigsten Krankheits- und Beschwerdebildern unterteilen werden, auch wenn man diese ggf. von vornherein auf Risikofaktoren, Beschwerden und Krankheiten im Bereich z.B. von „mental health“ und Sucht begrenzt.

In diesem Zusammenhang ist noch auf das Problem zu verweisen, dass vielfach – z.B. durch Rosenbrock – die Auffassung vertreten wird, dass sich Maßnahmen der primären Prävention nur an „Individuen und Populationen richten dürfen, die generell oder im

²² Auf die Notwendigkeit einer derartigen typologischen Bedarfsbestimmung durch „mapping“ weist auch Brigitte Ruckstuhl (leitende Mitarbeiterin der Schweizer Stiftung für Gesundheitsförderung, zuständig für Evaluation und Qualitätssicherung) in unserem Expertengespräch vom 23.09.03 hin.

Hinblick auf die angezielten Krankheit(en) (noch) nicht erkrankt sind“ [Rosenbrock 2002, S. 41]. Folgt man dieser Auffassung, fallen aus einer Intervention alle Arbeitslose mit bestehenden Krankheiten heraus. Damit würden aber gerade z.B. ältere Langzeitarbeitslose und Gruppen mit besonderem Interventionsbedarf aus entsprechenden Maßnahmen herausfallen müssen.

Nach unserer Auffassung ist diese Auffassung auf den Versuch einer klaren Abgrenzung von Prävention, Kuration und Rehabilitation zurückzuführen und insoweit auch richtig, sie wird aber gerade den Prinzipien und Methoden z.B. der salutogenetischen, ressourcenstärkenden Gesundheitsförderung nicht gerecht. Es leuchtet absolut nicht ein, warum im Rahmen derartiger Interventionen nicht auch die gesundheitlichen Ressourcen von bereits Erkrankten gestärkt werden sollten.

Im Rahmen des skizzierten bedarfsorientierten Vorgehens ist im übrigen zur bedarfsgerechten „Zuweisung“ von Angeboten und Maßnahmen in der konkreten Praxis die Entwicklung notwendigerweise relativ einfacher und praktikabler Such- und Identifikationsinstrumente erforderlich. Hierbei stellt sich bei vielen Interventionen (z.B. „mental health“ und Sucht) die Frage nach relativ einfachen und doch validen diagnostischen Instrumenten. Auch hier besteht noch erheblicher instrumenteller Entwicklungsbedarf.

3.3.3.4 Gesundheitsförderung und Beschäftigungsförderung als Haupt- oder Unterziele

Die wissenschaftliche Diskussion über die Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen hat mit der sog. „arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung“ derzeit den aktuellen Entwicklungsstand erreicht. Diese soll über Maßnahmen der Gesundheitsförderung auch die Beschäftigungsfähigkeit erhöhen (vgl. i.e. Kap. 6)

Gesundheitliche Interventionen für Arbeitslose müssen hier hinsichtlich ihrer Zielstellung und ggf. auch unter Akzeptanzgesichtspunkten klären, ob:

- A) die „Verbesserung gesundheitlicher Parameter“ (verbesserte Gesundheit, Abbau von Belastungen, Erhöhung von Ressourcen) das alleinige und prioritäre Ziel darstellt, oder
- B) dieses Ziel als Unterziel zur Erreichung eines Oberziels verstanden wird, welches in der Erhöhung der Wahrscheinlichkeit einer Wiederbeschäftigung (verbesserte Vermittlungschancen) besteht.

Mit dem Zielansatz B) wären Maßnahmen der Gesundheitsförderung vergleichbar angelegt wie Maßnahmen der Qualifizierung und es bedarf keiner wissenschaftlichen Erkenntnis, dass derartige Strategien in Zeiten der Massenarbeitslosigkeit höchstens in Teilarbeitsmärkten erfolgreich sein werden. Eine derartige Strategie könnte allenfalls in Zeiten der Hochkonjunktur und leergefegter Arbeitsmärkte erfolgreich sein, wenn es darum gehen muss, bei aus gesundheitlichen Gründen nicht Arbeitsfähigen ggf. über Maßnahmen der Gesundheitsförderung die Arbeitsfähigkeit wieder herzustellen. Um es noch deutlicher zu formulieren: Einer B-Strategie – wie immer sie auch machbar wäre – wäre in der aktuellen wirtschaftlichen Lage schon in der ex-ante Evaluation jede Wahr-

scheinlichkeit von Wirksamkeit und auch Wirtschaftlichkeit abzusprechen. Wo es keine Arbeit gibt, nützt weder Qualifizierung noch Gesundheitsförderung.

Die Strategiearten haben aber auch Konsequenzen für die Akzeptanz entsprechender Maßnahmen sowohl bei den Adressaten der Arbeitslosen als auch bei den möglichen programmfinanzierenden Institutionen.

Generell darf man sich über die Akzeptanz, Teilnahmebereitschaft und Teilnahme an Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention schon in der „breiten Bevölkerung“ keine Illusionen machen. So konnte im Gutachten zum § 20 SGB V gezeigt werden, dass nach mehr als fünfjähriger Laufzeit insgesamt 17% der Bevölkerung ab 14 Jahren angaben, jemals an derartigen Maßnahmen teilgenommen zu haben [Kirschner, Radoschewski, Kirschner 1995].

Wahrscheinlich werden damit regionale Inanspruchnahmen entsprechender Angebote sogar überschätzt, wenn es in der Evaluation des Wolfsburger Bauhof Projektes heißt: „dass das Kurs- und Gruppenangebot des BAUHOFS derzeit von rund 500 verschiedenen Wolfsburger Bürgerinnen und Bürgern in Anspruch genommen wird. Dies entspricht einem Anteil von rund 0,5% der Wolfsburger Bevölkerung über 15 Jahren“ [Niemeyer et al. 2000, S.8]. Die grundsätzliche Klärung der Akzeptanz ist damit keine randständige Aufgabe.

Die Akzeptanz in der Zielgruppe der Arbeitslosen ist schwer abzuschätzen. Folgt man allerdings z.B. dem sozial-kognitiven Handlungsmodell von Schwarzer [Schwarzer 1998], das darauf beruht, dass die Intention zur Prävention i.w. von drei Determinanten maßgeblich mitbestimmt wird,²³ so kann zumindest vermutet werden, dass A-Strategien gegenüber B-Strategien eine noch deutlich geringere Akzeptanz aufweisen, weil mit A-Strategien spezifische Handlungsergebniserwartungen mit Blick auf die Überwindung der Arbeitslosigkeit gerade nicht verbunden sind.

3.3.3.5 Gesundheitliche und/oder soziale Interventionen zur Gesundheitsförderung

Unabhängig von der Frage, ob Gesundheit oder Gesundheitsförderung nun ein Haupt- oder Unterziel von Interventionen ist, können diese Ziele prinzipiell noch dahingehend unterschieden werden, ob sie mit spezifisch gesundheitlichen oder spezifisch sozialen Maßnahmen erreicht werden sollen oder durch einen Mix dieser Maßnahmen. Diese unterschiedlichen Ansatzweisen ergeben sich einmal aufgrund der theoretischen Zusammenhänge, wonach Beratung und soziale Unterstützung Gesundheitsressourcen und den Gesundheitszustand verbessern können [Büssing 1993], zum anderen aber auch durch durchgeführte und evaluierte Interventionen, die eine Verminderung z.B. depressiver Verstimmungen in Zusammenhang mit sozialen und sozialtherapeutischen-sozialpsychologischen Interventionen zeigten [Caplan et al. 1989].

²³ a) Handlungsergebniserwartungen, b) Selbstwirksamkeitserwartung und c) Risikowahrnehmung

3.3.4 Zusammenfassung

Die Konzeption von gesundheitlichen Interventionen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung für Arbeitslose steht hinsichtlich der Zielstellungen, der grundsätzlich möglichen Herangehensweisen und der im einzelnen zu intervenierenden Variablen (Gesundheitsrisiken, Gesundheitsressourcen, Gesundheitszustand) vor bisher nicht gelösten Problemen. Diese sind ohne verbesserte Datengrundlagen auch zum Gesundheitszustand von Arbeitslosen und Sozialhilfeempfängern und zur Akzeptanz von gesundheitlichen Interventionen durch eine repräsentative Befragung nicht lösbar. Erforderlich ist zunächst eine Bestandsaufnahme und Bewertung der hierzu für Arbeitslose und Sozialhilfeempfänger vorliegenden Daten.

Die Frage, wie und welche Gesundheitsvariablen interveniert werden sollen, bedarf der weiteren Klärung und Präzisierung. Dabei scheint allerdings eine Schwerpunktsetzung auf die Bereiche „mental health“ und Sucht mit Blick auf die epidemiologischen Profile dieser beiden Bereiche zwischen Arbeitslosen und Nichtarbeitslosen zweifellos begründet, wenngleich hinsichtlich der weiteren Morbiditätsmuster auch nicht ausreichend. Nicht einfach ist in beiden Fällen die Thematisierung dieser Risikofaktoren bzw. Krankheiten und die Konzeption notwendigerweise einfacher, gleichwohl valider diagnostischer Instrumente. Darüber hinaus stehen gerade der Thematisierung von Suchtverhalten im Kontext von Interventionen zusätzliche Blockaden gegenüber.

Der mögliche angebotsorientierte Ansatz möglicher gesundheitlicher Interventionen, den die Kassen „kennen“, erreicht die Arbeitslosen mit besonderem Interventionsbedarf sicher nur unterdurchschnittlich und wird so dem spezifisch sozialkompensatorischen Anspruch des § 20 SGB V nicht gerecht. Der alternative, bedarfsorientierte Ansatz setzt in der Konzeption von Maßnahmen eine Fülle nicht existierender sozialepidemiologischer Daten und in der Programmpraxis ggf. noch nicht vorhandene oder ausgereifte Such-, Identifikations-, und Auswahlstrategien voraus.

Gesundheitliche Interventionen und Gesundheitsförderungsmaßnahmen können als Hauptziel die Verbesserung von „Gesundheit“ oder die Erhöhung der Wiederbeschäftigungsfähigkeit verfolgen. Kombinierte Strategien der Gesundheits- und Beschäftigungsförderung markieren den aktuellen Entwicklungsstand in der Diskussion und Praxis der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen (Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung).

Strategien, die das Ziel der Verbesserung von Vermittlungschancen *nicht* beinhalten, dürften bei Arbeitslosen und auch der Bundesanstalt für Arbeit auf eher geringe Akzeptanz stoßen. Strategien, die das zuletzt genannte Ziel umfassen, dürften in der Zeit von Massenarbeitslosigkeit aber von vornherein als unwirksam und unwirtschaftlich einzuschätzen sein.

Angebotsorientierte Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, die (auch) auf die Verbesserung der Vermittlungschancen zielen, werden nicht nur auf der Seite der Arbeitslosen, sondern auch auf Seiten der Programmträger zu Selektion „guter Risiken“ führen, letzteres weil diese möglichen Programme sicher auch mit einer bestimm-

ten Erfolgsquote der Wiederbeschäftigung arbeiten werden (vgl. Kap. 3.4), womit sich letztlich die ungleiche Verteilung von Gesundheitschancen in der Gruppe der Arbeitslosen noch verschärft.

Insgesamt ist festzustellen, dass angebots-/nachfrageorientierte Angebote der Gesundheitsförderung eher einfach zu konzipieren und zu etablieren sind, da sie auch dem Muster der den Kassen bekannten Maßnahmen der individuellen Verhaltensprävention folgen. Derartige Angebote verfehlen mit hoher Wahrscheinlichkeit aber nicht nur das Ziel einer sozialkompensatorischen Gesundheitsförderung, sie dürften in ihrer selbstselektierenden Wirkungsweise die gesundheitlichen Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Gruppen von Arbeitslosen sogar noch verschärfen.

Bei den zu präferierenden bedarfsorientierten gesundheitlichen Interventionen erweitert sich das Interventionsfeld weit über die Gesundheitsförderung hinaus und umfasst prinzipiell auch ergänzende oder sogar prioritäre therapeutische oder rehabilitative Maßnahmen. Gemessen an der Morbidität dieser Gruppe ist dies der zu präferierende Ansatz, der allerdings noch erhebliche Fragen hinsichtlich der Ziele, der Methoden und Instrumente, sowie der Implementation und auch der Trägerschaft entsprechender Konzepte aufwirft. Vor dem Hintergrund sehr geringer Inanspruchnahmerquoten von Angeboten der Gesundheitsförderung ist auch eine empirische Klärung der Akzeptanz entsprechender Angebote bei Arbeitslosen erforderlich.

Bei der Evaluation kombinierter gesundheits- und beschäftigungsbezogener Maßnahmen sollte u.E. die Verbesserung des gesundheitlichen Outcomes die wichtigste und zentrale Variable sein. Der Indikator „Wiederbeschäftigung“ sollte zwar ebenfalls untersucht werden, darf – zumindest in der aktuellen arbeitsmarktpolitischen Lage – allerdings kein prioritäres Beurteilungskriterium für die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Maßnahmen darstellen.

Insgesamt ist auch noch offen, ob und wenn ja welche Wirkungen bestimmte gesundheitliche Interventionen bei Arbeitslosen nun haben, so dass auch die grundsätzliche Frage nach der effektiven Interventionsfähigkeit derzeit nicht sicher beantwortet werden kann. Erste Hinweise hierzu erwarten wir durch entsprechende Analyse der zu Recherchierenden Projekte (vgl. Kap. 6).

Schließlich sollte deutlich geworden sein, dass die Reduktion gesundheitlicher Interventionen bei Arbeitslosen auf Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung dem enormen gesundheitlichen Handlungsbedarf in dieser Gruppe keinesfalls entspricht. Diese können nur als ergänzende, supportive Strategien bezeichnet werden, keinesfalls sind sie das Allheilmittel für die Verbesserung des Gesundheitszustandes von Arbeitslosen, wie dies nicht selten zu lesen ist (vgl. Kap. 4).

Schon die Vorbereitung und Konzeption derartiger Interventionen stellt eine erhebliche Herausforderung dar, die das Interesse, diesen Weg weiter zu gehen, ggf. lähmen kann. Es sei aber daran erinnert, dass derartige Strategien mit Blick auf die notwendige Erhöhung der Lebensarbeitszeit in wenigen Jahren für viele ältere Arbeitnehmer zweifellos

erforderlich werden, so dass die Erprobung derartiger Maßnahmen z.B. an der Gruppe der Arbeitslosen zweifellos zusätzlich Sinn macht.

3.4 Rechtliche und praktische Bedeutung von Krankheit, Gesundheit und Gesundheitsförderung im Rahmen der Arbeitsvermittlung und der Sozialhilfe

3.4.1 Rechtliche Bestimmungen zum „Umgang“ mit der Gesundheit der Arbeitslosen im SGB III

Die „Regulierung“ von Gesundheit und Krankheit von Arbeitslosen erfolgt in Deutschland rechtlich und faktisch auf keinen anderen Grundlagen als jenen, die für die Gesamtbevölkerung gelten, womit diese medizinische Leistungen auf der Grundlage der geltenden sozialrechtlichen Bestimmungen nutzen können. Anders als z.B. in den USA ist damit die gesundheitliche Versorgung von Arbeitslosen nicht bereits mit dem Eintritt in die Arbeitslosigkeit in Frage gestellt [Porter 1983]. Im vorliegenden Kapitel soll gezeigt werden, dass die Thematisierung von „Gesundheit und Krankheit“ in der Interaktion des Arbeitslosen mit dem Arbeitsamt mit einigen Problemen behaftet ist und dass deshalb vom Arbeitsamt ggf. initiierte gesundheitliche Strategien für Arbeitslose derzeit als nicht sehr wahrscheinlich und verbreitet einzuschätzen sind. Da der Umgang mit Gesundheit und Krankheit im Verhältnis des Arbeitslosen zum Arbeitsamt sich stark an arbeitsrechtlichen Normen und Routinen des Arbeitslebens orientiert, wird zunächst der Umgang mit Gesundheit und Krankheit im Arbeitsverhältnis und Arbeitsrecht kurz erörtert.

Für den erfolgreichen Abschluss eines Arbeitsvertrages und die Begründung und die Aufrechterhaltung eines Arbeitsverhältnisses sind für den (potentiellen) Arbeitnehmer zunächst zwei notwendige Bedingungen zu erfüllen:

1. über die erforderlichen prozessabhängigen und -prozessunabhängigen Qualifikationen zu verfügen und
2. über einen Gesundheitszustand zu verfügen, der es erlaubt, den arbeitsvertraglichen Pflichten zur Erbringung der geforderten Arbeitsleistung zeitlich, inhaltlich und formal nachzukommen

Die Hauptpflicht der arbeitsvertraglich geschuldeten Leistung des Arbeitnehmers ist die inhaltlich, zeitlich und örtlich konkretisierte Arbeitspflicht. Zwar besteht keine „Pflicht zur Gesundheit“, der Arbeitnehmer hat jedoch in der Gestaltung seiner Lebensverhältnisse und Verhaltensweisen dafür Sorge zu tragen, dass diese nicht dauerhaft die Arbeitspflicht beeinträchtigen. Diese Verpflichtung ergibt sich aus der sozialrechtlichen Norm des §1 des SGB V als Verpflichtung des Krankenkassenmitglieds gegenüber seiner Krankenkasse. „Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewußte Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Kranken-

behandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden.“ Eine Sanktionierung dieser Norm bei Nichtbefolgung ist z.T. Gegenstand der gesundheitspolitischen Diskussion, sie wird aber derzeit v.a. über Anreizsysteme (Bonus-, Malusregelungen) umzusetzen versucht.

Unter rein rationalen und ökonomischen Kriterien wird ein Arbeitgeber bei Bewerbungen und geplanten Neueinstellungen das Risiko von Schlecht- oder Nichtleistung zu minimieren suchen, was allerdings nur über ein umfassendes Frage und Informationsrecht zu realisieren ist [Stone 1995]. Die Sozialgesetzgebung und das Arbeitsrecht haben entsprechend Frage- und Informationsrechte des Arbeitgebers deutlich begrenzt. So ist dem Arbeitgeber z.B. der Zugriff auf ärztliche Diagnosen prinzipiell verwehrt.

Gesundheitsrisiken, Gesundheitszustände und Krankheiten gehören zunächst zur Privatsphäre des Bürgers bzw. Arbeitnehmers. In welcher Häufigkeit und Intensität „Gesundheit und Krankheit“ im Arbeitsverhältnis bzw. bei der Begründung eines Arbeitsverhältnisses thematisiert und reguliert werden, ist zunächst davon abhängig, ob bzw. wenn ja, in welchem Ausmaß mit Gesundheitsrisiken, Gesundheitszuständen und Krankheiten eines Arbeitnehmers die Wahrscheinlichkeit des Eintritts von Nichtleistung oder Schlechtleistung im Arbeitsverhältnis oder gar die Herbeiführung von (gesundheitlichen) Schäden auch Dritter verbunden sind.

Tätigkeiten, die z.B. mit der Übertragung von Infektionskrankheiten verbunden sein können, begründen nicht nur ein entsprechendes Fragerecht nach Gesundheitsrisiken und Krankheiten, vielmehr auch Untersuchungs- oder Prophylaxepflichten (z.B. Hepatitisimpfung). Bei Tätigkeiten im Personenverkehr, die in der Regel mit hohen Schadenpotenzialen verbunden sind, finden sich nahezu unbegrenzte Fragerechte zu Gesundheitsrisiken und Krankheiten. Aber selbst noch bei bestimmten Berufsprofilen, für die der Ausschluss einer Krankheit oder Behinderung eine unverzichtbare Voraussetzung darstellt, die Arbeitspflicht zu erfüllen, kann die Frage nach entsprechenden Krankheiten oder Diagnosen zulässig sein.

Die Thematisierung von Gesundheit und Krankheit ist im SGB III rechtlich in ganz ähnlicher Weise wie im Arbeitsrecht geregelt, in einigen Bestimmungen wird sogar explizit darauf verwiesen. So heißt es in § 42 SGB III (Einschränkung des Fragerechts):

Das Arbeitsamt darf von Ausbildungssuchenden und Arbeitssuchenden Daten nicht erheben, die ein Arbeitgeber vor Begründung eines Ausbildungs- oder Arbeitsverhältnisses nicht erfragen darf.

Diese Norm begrenzt zwar das entsprechende Fragerecht, macht aber die Thematisierung von Gesundheitsrisiken, Gesundheit und Krankheit zwischen Arbeitslosen und Arbeitsamt nicht unmöglich. Zu den grundsätzlichen Pflichten des Arbeitsamtes und des Arbeitslosen gehören nämlich nach § 2 SGB III, dass:

2) Arbeitnehmer zur Vorbereitung der Berufswahl und zur Erschließung ihrer beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten beraten, Vermittlungsangebote zur Ausbildungs- oder Arbeitsaufnahme entsprechend ihren Fähigkeiten unterbreiten sowie sonstige Leistungen der Arbeitsförderung erbringen

Die Arbeitlosen werden entsprechend verpflichtet:

5) insbesondere:

1. ein zumutbares Beschäftigungsverhältnis fortzusetzen,
2. eigenverantwortlich nach Beschäftigung zu suchen, bei bestehendem Beschäftigungsverhältnis frühzeitig vor dessen Beendigung,
3. eine zumutbare Beschäftigung aufzunehmen und
4. an einer beruflichen Eingliederungsmaßnahme teilzunehmen

Im Besonderen schließen die Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktförderung Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention nicht prinzipiell aus, wobei allerdings zu betonen ist, dass es sich hierbei um Ermessensleistungen des Arbeitsamtes handelt. So heißt es im §5:

Die Leistungen der aktiven Arbeitsförderung sind entsprechend ihrer jeweiligen Zielbestimmung und den Ergebnissen der Beratungs- und Vermittlungsgespräche einzusetzen, um sonst erforderliche Leistungen zum Ersatz des Arbeitsentgelts bei Arbeitslosigkeit nicht nur vorübergehend zu vermeiden und dem Entstehen von Langzeitarbeitslosigkeit vorzubeugen.

Im § 6 SGB III sind gerade zur Vermeidung von Langzeitarbeitslosigkeit entsprechende Thematisierungspflichten oder zumindest -möglichkeiten im Rahmen der Feststellung der Eignung geregelt:

(1) Das Arbeitsamt hat spätestens nach der Arbeitslosmeldung zusammen mit dem Arbeitslosen die für die Vermittlung erforderlichen beruflichen und *persönlichen Merkmale* des Arbeitslosen, seine beruflichen Fähigkeiten und *seine Eignung* festzustellen. Die Feststellung hat sich auch darauf zu erstrecken, *ob eine berufliche Eingliederung erschwert ist und welche Umstände sie erschweren*. Das Arbeitsamt und der Arbeitslose halten in der Eingliederungsvereinbarung (§ 35) die zu einer beruflichen Eingliederung erforderlichen Leistungen und die eigenen Bemühungen des Arbeitslosen fest. Den besonderen Bedürfnissen schwerbehinderter Menschen soll angemessen Rechnung getragen werden (Hervorhebungen d. Verfasser)

(4) In einer Eingliederungsvereinbarung, die das Arbeitsamt zusammen mit dem Arbeitslosen oder Ausbildungssuchenden trifft, werden für einen zu bestimmenden Zeitraum die Vermittlungsbemühungen des Arbeitsamtes, die Eigenbemühungen des Arbeitslosen oder Ausbildungssuchenden sowie, soweit die Voraussetzungen vorliegen, künftige Leistungen der aktiven Arbeitsförderung festgelegt. Dem Arbeitslosen oder Ausbildungssuchenden ist eine Ausfertigung der Eingliederungsvereinbarung auszuhändigen. Die Eingliederungsvereinbarung ist sich ändernden Verhältnissen anzupassen; sie ist fortzuschreiben, wenn in dem Zeitraum, für den sie zunächst galt, die Arbeitslosigkeit oder Ausbildungsplatzsuche nicht beendet wurde. Sie ist spätestens nach sechsmonatiger Arbeitslosigkeit, bei arbeitslosen und ausbildungssuchenden Jugendlichen nach drei Monaten, zu überprüfen

Der § 6 fordert im Rahmen der Verfahren zur Eignungsfeststellung also nicht nur die Feststellung der Eignung, sondern auch die Ermittlung der möglichen Ursachen der Nichteignung. Dazu zählen ggf., wie der §35 zeigt, zweifellos auch bestehende Gesundheitsrisiken, der Gesundheitszustand und spezifische Krankheiten des Arbeitslosen. So regelt das SGB III im §35 konkrete Maßnahmen der ärztlichen Beurteilung des Gesundheitszustandes hinsichtlich einer Vermittlungsfähigkeit, die allerdings an die Zustimmung des Arbeitslosen gebunden sind.

In diesem Zusammenhang ist allerdings kritisch darauf hinzuweisen, dass die Frage- und Informationsrechte des Arbeitgebers sich aus tatsächlichen Berufs- und Arbeitsprofilen ableiten, das Arbeitsamt über diese Konkretheit aber nur im Fall vorliegender Stellenausschreibungen verfügt und nicht im Rahmen der allgemeinen Arbeitsberatung. Dies stellt u.E. eine juristisch zu klärende Frage dann dar, wenn im Zuge der Verstärkung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen durch das Arbeitsamt z.B. eine allgemeine Gesundheitsberatung eingeführt werden sollte.

Derzeitige Praxis ist aber die Erstellung von Gutachten durch den ärztlichen Dienst der BA, der jährlich ca. 450.000 derartiger Gutachten vornimmt, womit ca. 10% der Arbeitslosen begutachtet werden. Zu den Aufgaben des ärztlichen Dienstes heißt es:

„Anlass für eine vom Arbeitsamt eingeleitete ärztliche Begutachtung, die stets nur mit Einverständnis des Betroffenen durchgeführt wird, kann z. B. sein, dass ein Arbeitnehmer sein Arbeitsverhältnis aus gesundheitlichen Gründen gelöst hat. Der Arbeitsvermittler benötigt dann eine ärztliche Beurteilung darüber, welche Tätigkeiten der Arbeitnehmer noch ausüben kann, und ob die angegebenen gesundheitlichen Gründe die Aufgabe der Tätigkeit tatsächlich rechtfertigen. Arbeitnehmern wird nämlich bei Aufgabe ihrer Tätigkeit ohne triftige Gründe der Bezug von Arbeitslosengeld bis zu 12 Wochen gesperrt. Ist hingegen die weitere Ausübung der Tätigkeit aus triftigen, z. B. gesundheitlichen Gründen nicht mehr zumutbar, entfällt diese Sperrzeit. Bei schwerwiegendem chronischem Leiden kann das Leistungsvermögen so stark beeinträchtigt sein, dass eine Erwerbstätigkeit auf Dauer nur noch für weniger als 15 Stunden in der Woche ausgeübt werden kann. In diesem Fall steht der Betroffene dem für ihn in Betracht kommenden Arbeitsmarkt nicht mehr in ausreichendem Maße zur Verfügung. Der Arbeitsamtsarzt hat nun zu prüfen, ob die medizinischen Voraussetzungen für Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit i. S. des Sozialgesetzbuches VI vorliegen und dadurch möglicherweise der zuständige Träger der gesetzlichen Rentenversicherung leistungspflichtig wird. Auch bei der Berufsberatung muss die gesundheitliche Eignung des Ratsuchenden berücksichtigt werden.“ [Bundesanstalt für Arbeit o. J.]

Das Arbeitsamt soll ratsuchende Jugendliche und Erwachsene mit ihrem Einverständnis ärztlich und psychologisch untersuchen und begutachten, soweit dies für die Feststellung der Berufseignung oder Vermittlungsfähigkeit erforderlich ist.

Mit den Trainingsmaßnahmen nach §48 SGB V ergibt sich schließlich auch die Rechtsgrundlage für prinzipiell mögliche – jedenfalls nicht ausgeschlossene – Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention:

(1) Arbeitslose und von Arbeitslosigkeit bedrohte Arbeitssuchende können bei Tätigkeiten und bei Teilnahme an Maßnahmen, die zur Verbesserung ihrer Eingliederungsaussichten beitragen (Maßnahmen der Eignungsfeststellung, Trainingsmaßnahmen), gefördert werden, wenn die Tätigkeit oder Maßnahme

1. geeignet und angemessen ist, die Eingliederungsaussichten des Arbeitslosen oder des von Arbeitslosigkeit bedrohten Arbeitssuchenden zu verbessern und
2. auf Vorschlag oder mit Einwilligung des Arbeitsamtes erfolgt.

Die Förderung umfasst Übernahme von Maßnahmekosten sowie bei Arbeitslosen die Leistung von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe, soweit sie eine dieser Leistungen erhalten oder beanspruchen können. Die Förderung von Arbeitslosen kann auf die Weiterleitung von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe beschränkt werden.

Die gesetzliche Regelung von Maßnahmen schließt gesundheitliche Interventionen bzw. Maßnahmen auch der Gesundheitsförderung und Prävention bei Arbeitslosen nicht prinzipiell aus. Die Normen des SGB III benennen diese zwar nicht explizit, schließen diese aber auch nicht definitiv aus. Zum gleichen Ergebnis kommen zwei für das BMGS Ende 2002 durchgeführte Gutachten [Walter 2002, Seewald, Leube 2002].

3.4.2 Rechtliche Bestimmungen zum „Umgang“ mit Gesundheit im Bundessozialhilfegesetz

Mit der zunehmenden Arbeits- und Langzeitarbeitslosigkeit ist eine Kommunalisierung der Arbeitslosigkeit verbunden, da viele Arbeitslose, v.a. die, die Arbeitslosenhilfe beziehen, zusätzlich Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch nehmen. Den steigenden Sozialhilfeausgaben versuchen die Sozialämter mit Maßnahmen der Arbeitsbeschaffung und Arbeitsförderung nach §18 und §19 BSHG entgegenzuwirken. In diesem Zusammenhang steht mit dem §27 (1) Punkt 3 BSHG auch die Möglichkeit der „vorbeugenden Gesundheitshilfe“ zur Verfügung, der Grundlage möglicher gesundheitlicher Interventionen ist.

3.4.3 Schwierigkeiten der behördlichen Thematisierung von Gesundheit

3.4.3.1 Arbeitsamt

Rein rechtlich ist ein Arbeitsloser ein Kunde einer Versicherung, die gegen das Risiko des Eintritts von Arbeitslosigkeit und ihre Überwindung in Form von Pflicht- und Ermessensleistungen absichert. Das Versicherungsverhältnis impliziert zwei Hauptziele:

1. die relative und zeitlich begrenzte ökonomische Absicherung des Arbeitslosen und ggf. seiner Familie und
2. die möglichst rasche Wiedereingliederung in das Arbeitsleben

De facto ist aber die Arbeitslosigkeit, die Rechte und Pflichten des Arbeitsamtes und des Arbeitslosen begründet (s.o.) und somit einen Leistungsaustausch in einem Versicherungsverhältnis darstellt, grundsätzlich überlagert durch die nach wie vor bestehende bzw. sogar noch zunehmende Stigmatisierung von Arbeitslosen. Dabei spielt der Zweifel an der grundsätzlichen Arbeitswilligkeit der Arbeitslosen – die je nach politischer Couleur mehr oder weniger großen Anteilen der Arbeitslosen unterstellt wird – die entscheidendste Rolle [Oschmiansky, Kull, Schmid 2001].

Bei allen Reformversuchen der Tätigkeiten und Arbeitsweisen der Arbeitsämter ist das tatsächliche Verhältnis zwischen Arbeitslosen und den Mitarbeitern des Arbeitsamtes noch nicht als rationaler Austauschprozess in einem Versicherungsverhältnis zwischen Kunde und Versicherung zu beschreiben, sondern aus der Sicht nicht weniger Mitarbeiter des Arbeitsamtes nach wie vor durch die Kategorien:

- Hilfsbedürftigkeit,
- Schuld, individuelles Versagen,

- Zweifel an der Arbeitswilligkeit,
- Zweifel an der Arbeitsfähigkeit,
- Disziplinierungsnotwendigkeit.

Umgekehrt ist das nicht seltene Bild des Arbeitslosen und gerade des Langzeitarbeitslosen vom Arbeitsamt nach wie vor geprägt durch:

- Bürokratie,
- Ineffizienz,
- Misstrauen,
- Geringe Vermittlungstätigkeiten und -wahrscheinlichkeiten,
- Furcht vor Disziplinierung,
- Furcht vor Leistungsreduktionen.

Empirische Untersuchungen hierzu konnten nicht gefunden werden. Aus vorliegenden, zunehmend durchgeführten Kundenzufriedenheitsanalysen der Arbeitsämter geht aber hervor, dass 65% der befragten Arbeitslosen auf einer Schulnotenskala die Zufriedenheit mit den Schulnoten 1-3 bewerten, womit 35% die Schulnoten 4 und schlechter vergeben, d.h. mit der Arbeit des Arbeitsamtes nur ausreichend oder gar nicht zufrieden sind [Kaden o.J.].

Das Thema Gesundheit wird im Rahmen der persönlichen Meldung beim Arbeitsamt zunächst im Meldebogen thematisiert, in dem der Arbeitslose angeben muss, ob gesundheitliche Einschränkungen bestehen, die ggf. einer Vermittlung entgegenstehen. Die Zuverlässigkeit dieser Angaben ist schwer einzuschätzen. Da bestehende gesundheitliche Einschränkungen die Vermittlungschancen erheblich senken (s.u.), gehen wir davon aus, dass diese Werte den tatsächlichen Gesundheitszustand unterschätzen und diese Angaben nur bei schweren und offensichtlichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen gemacht werden. Es ist andererseits aber auch nicht auszuschließen, dass Arbeitslose mit geringem Interesse an einem (schnellen) Wiedereintritt ins Berufsleben hier „überzeichnen“.

Nach einer Analyse des Landesarbeitsamtes Sachsen vom Mai 2003 traf dies bei insgesamt 18% aller Arbeitslosen zu, wobei bei den Langzeitarbeitslosen (>24 Monate) jeder Vierte über gesundheitliche Einschränkungen verfügt.

Abb. 15 Gesundheitliche Einschränkungen von Arbeitslosen nach Dauer der Arbeitslosigkeit [Landesarbeitsamtes Sachsen, Mai 2003]

	Arbeitslose nach Dauer der Arbeitslosigkeit in Monaten						
	Insgesamt	<1	1<3	3<6	6<12	12<24	>24
Gesundheitliche Einschränkungen abs.	402842	28135	52124	72280	75754	80521	94028
Prozent	73895	3832	6914	10106	13181	15946	23916
	18%	14%	13%	14%	17%	20%	25%

Gesundheitliche Einschränkungen reduzieren die Reintegration in den Arbeitsmarkt erheblich. Solange Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention nicht zu den Leistungsangeboten des Arbeitsamtes gehören, werden sich gerade Arbeitlose mit gesundheitlichen Einschränkungen fragen, welche Konsequenzen ein richtiges Antwortverhalten auf diese Frage haben könnte.

Abb. 16 *Gesundheitliche Einschränkungen von Arbeitslosen nach Alter, Qualifikation [Karr, 1999]*

	Unter 55J.	über 55 J.
Ohne Ausbildung mit gesundheitlichen Einschränkungen	28%	8%
Ohne Ausbildung ohne gesundheitlichen Einschränkungen	41%	20%
Mit Ausbildung ohne gesundheitliche Einschränkungen	60%	29%
Mit Ausbildung mit gesundheitlichen Einschränkungen	39%	11%

Allerdings ist diese einmalige Auskunft bei der Erstmeldung nicht die einzige Möglichkeit für die Mitarbeiter des Arbeitsamtes, sich ein Bild über die gesundheitliche Lage der Kunden zu machen. Wie aus persönlichen Berichten von Mitarbeitern der BA zu erfahren ist, sind die Arbeitsberater gehalten, auch grundsätzlich bei weiteren Kontakten mit dem Arbeitslosen das Auftreten und das „Erscheinungsbild“ des Arbeitslosen zu kontrollieren und ggf. zu dokumentieren.

3.4.3.2 Sozialamt

Die Sozialämter sind im Unterschied zu den Arbeitsämtern schon bisher in viel stärkerem Maße mit auch gesundheitlichen Problemen ihres Klientels befasst, das letztlich auf den hier in großer Mehrzahl vorfindlichen schlechten Gesundheitszustand vieler Sozialhilfeempfänger zurückzuführen ist (vgl. Kap. 2).

Hinsichtlich der gesundheitlichen Hilfen standen früher primär vorbeugende Maßnahmen zur gesundheitlichen und sozialen Stabilisierung der Klienten unter sozial- und gesundheitsbetreuerischen Gesichtspunkten im Mittelpunkt. Im Zuge der zunehmenden Arbeitsbeschaffung nach §18-§ 20 BSHG steht heute – ähnlich wie beim Arbeitsamt – die Erwerbsfähigkeit der Sozialhilfebezieher gerade auch unter gesundheitlichen Gesichtspunkten im Mittelpunkt. Dies und die Durchführung der MoZArt-Vorhaben²⁴ rechtfertigt eine gemeinsame Analyse des aktuellen Entwicklungsstandes gesundheitsbezogener Maßnahmen in den Behörden.

²⁴ MoZArt: Modellprojekt zur Zusammenarbeit von Arbeits- und Sozialämtern

3.4.4 Der aktuelle Entwicklungsstand gesundheitsbezogener Maßnahmen in Arbeits- und Sozialämtern

In einer für das genannte Gutachten [Walter 2002] erstellten Stellungnahme des Ärztlichen Dienstes der Bundesanstalt für Arbeit wird der aktuelle Sachstand zu möglichen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention unter rechtlichen und praktischen Gesichtspunkten dargestellt. Zusammenfassend heißt es dazu:

Ungenutzte Potenziale von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung im SGB III

1 Das SGB III enthält (noch) keinen expliziten gesetzlichen Auftrag zur Prävention von Krankheiten und zur Gesundheitsförderung von Arbeitslosen bzw. Personen, die von Arbeitslosigkeit bedroht sind.

2 Die Primärprävention wird im SGB III dennoch implizit angesprochen, allerdings nur rudimentär. Primärpräventive Aspekte werden bisher bei der medizinischen Berufsberatung durch den Arbeitsamtsärztlichen Dienst sowie bei Arbeitserprobungen und Berufsfindungen im Rahmen der Ersteingliederung berücksichtigt, nicht aber bei der Wiedereingliederung von Arbeitslosen. Es wäre gesamtgesellschaftlich wünschenswert, wenn der Präventionsgedanke integraler Bestandteil der Beratungs- und Vermittlungsprozesse von Arbeitslosen würde.

3 Die Sekundär- und Tertiärprävention findet besondere Berücksichtigung bei der Einleitung und Durchführung von Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation nach dem SGB III. Die späte Erkennung des individuellen Rehabilitationsbedarfs und die langen Zwischenzeiten zwischen Antrag und Antritt der Maßnahme sind aber problematisch. Eine bessere Vernetzung der unterschiedlichen Sozialversicherungsträger würde einen höheren Gesundheitsgewinn mit sich bringen.

4 Gesundheitliche Einschränkungen haben meist Konsequenzen für die individuelle Leistungsfähigkeit am Arbeitsmarkt. Diese begründen alle Eignungsuntersuchungen von Arbeitslosen durch den Ärztlichen Dienst. Den medizinischen Untersuchungen schließen sich aber mangels gesetzlichem Auftrag keine direkten sozialmedizinischen Beratungen der untersuchten Personen an (Ausnahme: Modellprojekte des Ärztlichen Dienstes). Neben der Beratung wäre es erforderlich, präventive Angebote zu machen bzw. zu vermitteln, z.B. zur Suchtprävention oder zur seelischen Gesundheit.

5 Mit dem Job-AQTIV-Gesetz wurden erstmals Möglichkeiten des Profiling und Fallmanagements in das SGB III eingeführt (§ 6 SGB III). Die Begriffe wurden aber im Gesetz nicht näher bestimmt, so dass die Möglichkeiten zur Früherkennung von Gesundheitsgefährdungen und der individuellen Betreuung in der Praxis bisher nicht systematisch genutzt werden.

6 Bei Trainingsmaßnahmen und Maßnahmen zur Eignungsfeststellung nach § 48 SGB III werden die Präventionsmöglichkeiten noch zu wenig genutzt. Je valider arbeitsbezogene Assessment-Methoden bei der Eignungsabklärung sind, desto wahrscheinlicher ist die Vermeidung von Erkrankungen aufgrund von Fehlbelastungen und Überforderung.

7 Im Rahmen der freien Förderung nach § 10 SGB III werden bereits präventive Modellprojekte finanziert (z.B. zum Profiling), aber nur selten evaluiert. Sie bleiben Einzelfälle, die nicht systematisch in ein Forschungsprogramm eingeschlossen sind.

8 Die offizielle Arbeitslosenstatistik unterschätzt systematisch Gesundheitsprobleme von Arbeitslosen, weil z.B. arbeitsunfähig Erkrankte definitionsgemäß nicht zu den Arbeitslosen zählen. Für die Umsetzung einer konsequenten, bevölkerungsbezogenen Krankheitsprävention müsste die Informationslage über die Gesundheitszustände von Arbeitslosen durch einen Gesetzesauftrag zur Gesundheitsberichterstattung im SGB III verbessert werden.

9 Die Einrichtung einer nationalen Stiftung zur Gesundheitsförderung wäre wünschenswert, um zum einen die Finanzierung von Modellprojekten über nationale Fonds zu unterstützen und zum anderen einen trägerübergreifenden Dialog der Akteure im Gesundheitswesen zu fördern.

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

(Zusammenfassung einer Stellungnahme für das Bundesministerium für Gesundheit zu rechtlichen präventiven Regelungen in der Arbeitsförderung, Juli 2002) [Hollederer, 2003]

Die faktische Nichtbenennung gesundheitlicher Strategien im Gesetzestext kann u.E. zunächst darauf zurückgeführt werden, dass spezifisch gesundheitliche Strategien zur Erhöhung der Vermittlungsfähigkeit bisher nicht hinreichend in den Focus der politischen Diskussion zur Reform der Arbeitsverwaltung und zur Reform des SGB III geraten sind (vgl. dazu Kap. 4)

Mit der genannten Publikation wird diese Diskussion aber nunmehr angestoßen. Holleder schreibt: „Auch in der Debatte um den Grundsatz „Fordern und Fördern“ stellt sich die Frage nach adäquaten Hilfen zur Integration von Arbeitslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen – sei es arbeitsmarktnah durch zielgruppenorientierte Unterstützung bei Stellensuche und Bewerbungstraining oder allgemein bei Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung. Im Sinne der europäischen Agenda ‚Gesundheit 21‘ braucht es Handlungsstrategien und auf den Gesundheitsgewinn ausgerichtete Programme und Investitionen. Deutschland kann es sich angesichts der Lage der sozialen Sicherungssysteme nicht leisten, Präventionspotenziale weiterhin unausgeschöpft zu lassen“. [Hollederer 2003 ebd. S. 6]

Hollederer sieht gerade im profiling und case-management Ansatzpunkte für eine verstärkte Gesundheitsberatung und auch weiterer gesundheitlicher Interventionen wie z.B. die Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. „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“ [Hollederer 2002, S. 426]. Die Arbeitsämter sind so „aufgrund der „in der Ottawa-Charta propagierten Gemeinwesenorientierung der Gesundheitsförderung“ [ebd.] die idealen Institutionen für die Organisation und Koordination der Gesundheitsberatung und Förderung.²⁵ „Die Verantwortung für die Koordination des Prozesses muss dabei von allen Akteuren auf eine einzige Stelle übertragen werden“ [ebd.].

Nach Holleder sind derzeit aber derartige Ansätze noch beispielhafte Einzelfälle bzw. Modellvorhaben (vgl. dazu Kap. 6)²⁶, die nach einer „notwendigen Phase der Konzeptentwicklung und -erprobung (-) in eine breite und dauerhafte Umsetzung münden müssen“.

²⁵ Diese Einschätzung soll hier unkommentiert bleiben

²⁶ Telefoninterview vom 08.08.2003

Die insgesamt immer noch geringe Bedeutung von Gesundheit, Gesundheitsberatung und v.a. Gesundheitsförderung in der Arbeitsförderung und -beratung ist letztlich auf die langjährige Fixierung der arbeitsmarktpolitischen Instrumente primär auf die fachliche Qualifizierung von Arbeitslosen zurückzuführen. Soweit nach dem AFG oder SGB III bisher derartige Maßnahmen im Einzelfall durchgeführt worden sind (sogenannte §10 Projekte), sind sie i.d.R. nicht evaluiert [Hollederer 2003], wahrscheinlich noch nicht einmal hinreichend dokumentiert.²⁷

Die Hinweise zur mangelhaften Evaluation und Dokumentation bestätigen unsere Einschätzungen zur Qualität der Evaluationsforschung auf diesen Gebieten. Dass es sich bei gesundheitlichen Interventionen durch Behörden (Arbeits- und Sozialamt) erst um erste und zaghafte Ansätze handelt, wird mit den Projektrecherchen (Kap. 6) zu prüfen sein.

3.4.5 Die grundsätzliche Ambivalenz der Thematisierung von Gesundheit im Rahmen des Hartz-Konzeptes

Mit dem bloßen Aufzeigen von Präventionsnotwendigkeiten und -möglichkeiten nach dem SGB III (und auch nach dem BSHG) wird der spezifisch ambivalente Charakter einer zukünftig ggf. verstärkten Gesundheitsberatung und auch Gesundheitsförderung bei Arbeits- und Erwerbslosen allerdings nicht deutlich.

Denn die beschlossenen und noch zu beschließenden gesetzlichen Regelungen für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt sind nicht nur aktuelle Fortschreibungen einer schon über 15 Jahren betriebenen Politik der „Verringerung des Adressatenkreises und/oder der Leistungshöhe, einer Verkürzung der Anspruchsdauer oder einer Erhöhung der Anspruchsvoraussetzungen und damit Einschränkungen von Versicherungsleistungen oder bundesstaatlichen Hilfen der Arbeitsförderung“ [Freidinger 2003], sie stellen eine nicht nur arbeitsmarktpolitische sondern sozialpolitische Kehrtwende in der Bundesrepublik Deutschland dar.

„Das Hartzkonzept und seine Umsetzung markiert einen weiteren Meilenstein in der Modernisierung des Sozialstaats der BRD. Dabei lässt sich eine Umsteuerung der gesamten Sozialpolitik daraufhin beobachten, was im Sinne der Schaffung von Erwerbsarbeit nützlich ist. Unabhängig von den empirischen Fakten über die tatsächlichen Gründe der Arbeitslosigkeit gilt diese als individuell verschuldetes Problem, welches demzufolge durch Aktivierung der Betroffenen und Optimierung der Arbeitsvermittlung gelöst werden kann“ [Trube, Wohlfahrt 2003]. In der Übernahme entsprechender Politiken aus dem Ausland (z.B. Großbritannien, Niederlande) werden unter der Begrifflichkeit des „Förderns und Forderns“ Maßnahmen der Leistungsreduktion mit individuellen Strategien zu „in Arbeit unter jeden Bedingungen“ verknüpft.²⁸

²⁷ Diese Vermutung wird durch Frau Dr. Toumi vom Ärztlichen Dienst des Landesarbeitsamtes Baden-Württemberg bestätigt.

²⁸ Zu den ausländischen Maßnahmen in Zusammenhang mit profiling und case-management und den Zielen und Mechanismen der Instrumente vgl. [EU Beschäftigungsobservatorium o.J.]

„Resümiert man die in anderen Ländern bereits fortgeschrittene Politik einer Aktivierung vom Arbeitsmarkt ausgeschlossener Personengruppen, so lässt sich bei allen Unterschieden ein relativ einheitliches Grundmuster erkennen. Die Verschärfung von Zumutbarkeitskriterien bei der Arbeitsaufnahme und die unbedingte Verpflichtung zur Arbeit bei Sozialhilfebezug führt konsequent zum Auf- und Ausbau eines Niedriglohnssektors, in dem sich der Anteil der Beschäftigten absolut und relativ kontinuierlich erhöht. Bemerkenswert ist auch der Tatbestand, dass die aktive Durchsetzung des Arbeitszwangs eine veränderte personenbezogene Dienstleistungspolitik erforderlich macht. Diese wird nicht nur auf das Kernziel der Herstellung von Arbeitsfähigkeit (employability) hin restrukturiert, sondern auch durch den Aufbau von Vertragsbeziehungen, verbunden mit Kontroll- und Aktivierungselementen, neu konzipiert, weil nur in einem veränderten Case- oder Care-Management die „koproduktive“ Realisierung der veränderten Sozialpolitik durchsetzbar erscheint. Das sog. Hartz-Papier, das in der BRD nun mit forcierter Geschwindigkeit im Gesetzgebungsverfahren realisiert werden soll, (-) lässt sich insofern als ein Stück „nachholender Modernisierung“ in der BRD charakterisieren, weil hierdurch eine spezifisch deutsche Variante des Nachahmens der in anderen Ländern als erfolgreich bewerteten Arbeitszwangspolitik entwickelt worden ist.“ [ebd.]

„Die meisten Vorschläge der Hartz-Kommission, wie z.B. JobCenter, Personal Service Agenturen (PSA), Familienfreundliche Quick-Vermittlung, Neue Zumutbarkeit etc., zielen letztlich darauf ab, die Übergänge von Arbeitslosigkeit in Arbeit zu verbessern, was unterstellt, das eigentliche Problem in der Bundesrepublik sei eine Mismatch- bzw. friktionelle Arbeitslosigkeit, d.h., dass vorhandene Arbeitslose nicht passgenau auf die vorhandenen Stellen zu vermitteln wären. Nur das ist ausdrücklich nicht das eigentlich entscheidende Problem, sondern die negative Arbeitsmarktbilanz, die einen Fehlbedarf von ca. sechs Millionen Stellen ausweist. Selbst wenn man dieser Arbeitsplatzlücke ein optimistisch geschätztes gesamtwirtschaftliches Stellenangebot (also nicht nur die dem Arbeitsamt gemeldeten Stellen) von 1,2 Mio. Arbeitsplätzen gegenüberstellt, fehlen objektiv Erwerbsarbeitsplätze in mehrfacher Millionenhöhe. Besonders kurios ist die These von der Mismatch-Arbeitslosigkeit in Ostdeutschland, wo durchschnittlich auf eine freie Stelle ca. 22 Arbeitslose ohne Perspektive kommen. So ist die Arbeitslosigkeit offensichtlich nicht durch Vermittlungsincompetenz oder durch eine angebliche Passivität der Arbeitslosen bedingt, sondern nicht zuletzt auch durch eine lang andauernde Passivität der Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik, die den Strukturwandel, den Produktivitätsfortschritt sowie die Globalisierung von Geld- und Warenströmen nicht angemessen zu begleiten wusste.“ [ebd.]

„Die Vorstellungen der Hartz-Kommission zur Neuordnung der Transferleistungen für Arbeitslose (-) sehen drei Stufen vor: Das sog. Arbeitslosengeld I (ALG I) – ähnlich dem bisherigen Arbeitslosengeld -, das Arbeitslosengeld II (ALG II) – eine Kombination aus früherer Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe – sowie das sog. Sozialgeld (SozG) – eine Art pauschalierter Sozialhilfe. Das ALG II soll eine steuerfinanzierte Fürsorgeleistung mit Bedürftigkeitsprüfung sein, die allen erwerbsfähigen Arbeitslosen offen steht – also auch früheren Sozialhilfeempfängern –, soweit die Arbeitslosen nicht das ALG I mit den höheren Leistungen beziehen und soweit sie als geprüft erwerbsfähig eingestuft worden sind. Das niedrigere SozG, für das weiterhin die Kommunen zuständig sein

sollen, steht jenen zu, die sich als nicht-erwerbsfähig erwiesen haben. Was nun erwerbsfähig bzw. nicht-erwerbsfähig heißt, verrät die Hartz-Kommission nicht, nur dass die Prüfung und Feststellung durch den Fallmanager des JobCenters im Zusammenwirken mit dem ärztlichen Dienst erfolgt (-). An der Frage, wer als erwerbsfähig zertifiziert bzw. als nicht-erwerbsfähig selektiert wird, hängt nicht nur die Kostenträgerschaft von mehreren Milliarden Euro für die Transferleistung, sondern auch das individuelle Schicksal der Betroffenen, die je nach Einstufung eine mehr oder weniger ausreichende Hilfe zum Lebensunterhalt bekommen sollen. Abgesehen von der Frage einer wissenschaftlich validen Operationalisierbarkeit des Selektionskriteriums „Erwerbsfähigkeit“, das überdies unabhängig von Arbeitsmarktlagen objektivierbar bzw. zuverlässig messbar sein müsste, birgt dieses Sortier-Verfahren auch ein sozialetisches Problem: In Zukunft soll offensichtlich das, was der Mensch zum Leben braucht bzw. zum Leben zugebilligt bekommen soll, nicht unmaßgeblich von seiner Verwendbarkeit in der „Arbeitsgesellschaft“ abhängig sein, was eine bemerkenswerte Neuinterpretation des Sozialstaatspostulats durch die Hartz-Kommission darstellt. Durch die Absicht, den Ausgrenzungsmechanismus von Arbeitslosen in die Sozialhilfe nicht mehr wie bisher einfach nur in Kauf zu nehmen, sondern aktiv durch „moderne“ Verfahren im Case Management wie screening, profiling etc., professionell zu steuern, enthält der Umgang des Sozialstaats mit den Hilfebedürftigen das indirekte Eingeständnis, dass längere Zeiten der Erwerbslosigkeit offensichtlich schon als ein zentraler Indikator für die generelle Erwerbsunfähigkeit bei struktureller Massenarbeitslosigkeit zu werten sind, wobei letztlich für die Folgen die Individuen selbst aufzukommen haben, indem es dann für sie nur noch das Sozialgeld als Unterhalt gibt.“[ebd.]

Auch wenn diese Maßnahmen mit Ausnahme ihrer Erprobung in den Modellvorhaben im wesentlichen noch „Zukunftsmusik“ sind, sollen auf der Grundlage dieser Modellvorhaben zur Verbesserung der Zusammenarbeit von Arbeitsämtern und Trägern der Sozialhilfe (MoZArt) erste Erkenntnisse über die konkreten Verfahrensweisen und die Wirkungen der Maßnahmen unter dem Gesichtspunkt der gesundheitlichen Situation des Arbeits- bzw. Erwerbslosen, der Gesundheitsberatung und ggf. Gesundheitsförderung gesammelt werden, da diese Modellvorhaben „Prototypen für die konkrete Ausgestaltung der vorgeschlagenen Job-Center“ sind [Infas 2003].²⁹

Der von Infas im Februar 2003 vorgelegte Zwischenbericht zur wissenschaftlichen Begleitung der insgesamt 33 MoZArt-Modellprojekte gibt für diese Fragestellung jedoch

²⁹ Dabei ist allerdings darauf hinzuweisen, dass zwischen den in der aktuellen Diskussion befindlichen Elementen der neuen Arbeitsmarktpolitik und ihrer endgültigen rechtlichen Kodifizierung im 4. Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt sowie dessen praktischer Umsetzung in gesellschaftliche Wirklichkeit noch ganz erhebliche politische Auseinandersetzungen gerade zwischen Bund, Ländern und Kommunen zu erwarten sind, so dass nicht erwartet werden kann, dass auch die wesentlichen Elemente in der derzeit diskutierten Form schließlich auch Wirklichkeit werden. So wollen die Arbeitgeber nunmehr die Personalserviceagenturen wegen Lohndumping abschaffen (Berliner Zeitung, 05.08.2003). Gleichzeitig steht die endgültige Reform der Gemeindefinanzen noch aus, die eine zentrale Rolle für die kommunale respektive föderale bzw. nationale Arbeitsförderung spielt [vgl. dazu z.B. Friedrich o.J.].

nicht sehr viel her. Im Rahmen der Befragung von Klienten (im Kontrollgruppendesign) wurden aber immerhin die Themenbereiche der Beratungsgespräche ermittelt.

Abb. 17 Themenbereiche der Beratungsgespräche der Klienten der MoZArt-Modellvorhaben im Vergleich zu Kontrollen (Befragungsergebnisse)
[Infas 2003, S. 63]

	MoZArt TN	Kontrollen
n=	3287	2281
Ob und wie man Arbeit findet	62%	54%
Konkrete Arbeitsangebote	43%	39%
Einstellung der Leistungen bei Arbeitsverweigerung	25%	18%
Andere finanzielle Leistungen	24%	9%
Hilfe- Eingliederungssystem	24%	14%
Konkrete Bildungsangebote und Sprachkurse	21%	15%
Andere persönliche Probleme	17%	8%
Ärztliche Beratung oder Untersuchung	16%	12%
Schuldenberatung	14%	4%
Krankenversicherung	14%	10%
Billigere Wohnung	8%	3%
Suchtberatung	7%	2%
Kinderbetreuung	6%	2%

Zwar zeigen die Ergebnisse eine durchaus höhere Beratungsintensität und -dichte, gesundheitliche Fragen (z.B. Suchtberatung) oder ärztliche Beratungsmaßnahmen werden mit 7% bzw. 16% aber immer noch nur randständig angesprochen. Da bei 36% der Klienten [ebd. S. 83] gesundheitliche Einschränkungen bestehen, bedeutet dies, dass maximal jeder zweite Klient mit gesundheitlichen Einschränkungen auch auf seinen Gesundheitszustand explizit angesprochen wurde.

Eine Durchsicht der ca. 30 MoZArt-Modellvorhaben mit dem Ziel, Vorhaben mit spezifisch gesundheitlicher Ausrichtung (Medizinische Untersuchung, Gesundheitsberatung, Gesundheitsförderung) zu identifizieren ergab, dass in lediglich drei Modellvorhaben der Ärztliche Dienst der BA (Rottweil) bzw. der Medizinische Dienst der Krankenkassen (Freising) mit beteiligt ist und ein weiteres Projekt (Köln) auch Maßnahmen der Gesundheitsberatung zumindest benennt. Echte Maßnahmen und Angebote der Gesundheitsförderung finden sich noch in keinem der über 30 Vorhaben (vgl. i.e. Kap. 6). Zu erwähnen ist auch, dass nicht wenige der Projekte sich auf arbeitswillige und arbeitsfähige Klienten beschränken und Ältere sowie „gesundheitlich schwer angeschlagene“ von vorn herein ausschließen.

Die übergroße Mehrzahl der zu den Vorschlägen der Hartz-Kommission und zu MoZArt vorliegenden Publikationen (z.B. MoZArt-Newsletter) zeichnet sich durch eine recht unkritische und prinzipiell befürwortende Kommentierung der neuen Instrumente der Arbeitsmarkt- und Arbeitsförderungs politik aus, in der die Erfolge der Maßnahmen im Mittelpunkt stehen und individuelle und gesellschaftliche Risiken – sofern diese überhaupt ins Blickfeld geraten – weitestgehend ausgeklammert werden. Eine erwähnenswerte Ausnahme macht hier v.a. die begleitende Analyse des MoZArt-Programms,

das von Prietzel im Jahr 2002 für die PDS-Bundestagsfraktion erstellt wurde [Prietzel 2002]. Die PDS stellt im übrigen die einzige Partei dar, die den sonst parteienübergreifenden Konsens in dieser Sache nicht teilt.

Prietzel weist zunächst auf die durchaus positiven Elemente des Programms hin, die v.a. darin bestehen, dass:

1. über die Teilnahme an Maßnahmen der Arbeitsförderung nunmehr nicht länger die Rechtsgrundlage des Leistungsbezugs (BSHG, SGB III) entscheidet, sondern die individuelle Eignung
2. doppelte Antrags- und Verwaltungswege verringert bzw. verhindert werden können
3. die Effektivität und Effizienz der Arbeitsberatung und Arbeitsförderung auch im Interesse der Klienten prinzipiell erhöht werden kann
4. mit dem profiling und case-management zumindest prinzipiell auch eine „klientengerechte Beratung“ möglich wird

Diesen möglichen Vorteilen stehen in der Praxis der Arbeitsberatung vor dem Hintergrund der Zahl und Qualifikation der Arbeitsberater (Case-manager), der Zahl der Arbeitslosen und Sozialhilfeempfänger, dem Mangel an offenen Stellen, der fiskalisch notwendigen Reduktion teurer Maßnahmen der Qualifizierung zugunsten billigerer bzw. kostenneutraler Maßnahmen (z.B. Betriebliche Trainingsmaßnahmen), sowie der Notwendigkeit des Nachweises hoher Eingliederungsbilanzen aber auch Nachteile bzw. prinzipielle Ambivalenzen gegenüber, die sich insbesondere für die Gruppe der Langzeitarbeitslosen (mit hohen Anteilen gesundheitlich Eingeschränkter) manifestieren werden.

Am Beispiel des Job-Centers Köln beschreibt Prietzel das konkrete Verfahren. „Die erste Säule umfasst die „aktivierende“ Arbeitsförderung, worunter v.a. die Beratungs-, Vermittlungs- und Qualifizierungsleistungen verstanden werden. (-). Die zweite Säule bildet die Sozialberatung und Betreuung der Klienten, was je nach Bedarf die Gesundheits-, Drogen-, Wohn-, Schuldnerberatung sowie die Beratung für psychisch Kranke umfasst. Die dritte Säule besteht aus den leistungsrechtlichen Funktionen des Sozialamtes, also der Leistungsbeantragung, -überprüfung und -gewährung zur Sicherung des notwendigen Lebensunterhaltes.“ [ebd. S. 73].

Die Gesundheit des Arbeits- und Erwerbslosen tritt jedoch nicht erst im Rahmen des case-managements in den Focus der Arbeitsberater, die Frage der prinzipiellen Erwerbsfähigkeit wird zum entscheidenden Kriterium der Zuweisung in die unterschiedliche Maßnahmen der Arbeitsförderung überhaupt bzw. der „Entsorgung“ der Nichterwerbsfähigen in das Sozialgeld.

„Der Eingliederungsprozess beginnt mit der Aufnahme und Anmeldung der Klienten im Job-Center, bei dem erste Daten erhoben werden. Im Anschluss daran führt der case-manager des Sozialamtes eine Sozialanamnese durch, gegebenenfalls erfolgt in diesem Zusammenhang eine direkte Überweisung zum medizinischen Fachdienst, der (-) eventuelle gesundheitliche Beeinträchtigungen bezüglich einer zukünftigen Beschäftigung (-) eruieren kann“ [ebd. S. 73]. Auf dieser Grundlage wird schließlich ein verbindlicher

Eingliederungsplan erstellt. „Oberstes Ziel aller Maßnahmen ist die Reintegration der Klienten in den ersten Arbeitsmarkt, um den Leistungsbezug so schnell wie möglich zu beenden. Bei nachgewiesener Verweigerung zumutbarer Angebote machen sowohl die Arbeits- als auch die Sozialämter konsequent von den gesetzlichen Sanktionsmöglichkeiten der Sperrung, Kürzung bzw. Einstellung von Leistungen Gebrauch (-)“ [ebd. S. 74].

Die Abklärung des Gesundheitszustandes hinsichtlich der prinzipiellen Arbeitsfähigkeit durch den medizinischen Dienst und Maßnahmen der Gesundheitsberatung durch externe Dritte sind damit bereits in den MoZArt-Modellvorhaben prinzipiell möglich, wenngleich kaum Informationen über die konkrete Begutachtungs- und Beratungspraxis, ihre Kriterien und ihre möglichen Folgen verfügbar sind. An diesen Begutachtungs- und Beratungsmaßnahmen könnten bedarfspezifische Maßnahmen der Gesundheitsförderung aber zumindest prinzipiell ansetzen.

Tradition der Arbeitsberatung und -vermittlung ist aber die *Zuweisung* in Maßnahmen, deren Nichtbefolgung Sanktionen nach sich zieht. Wenn dieses Handlungsprinzip auch für Maßnahmen der Gesundheitsförderung gelten sollte, würde Gesundheitsförderung verpflichtend, eine Pflicht zur Gesundheit bzw. Gesunderhaltung wäre etabliert. Diese stellt neben ethischen und rechtlichen Fragen aber v.a. Fragen nach der Akzeptanz, Effektivität und Effizienz derartiger Zwangsmaßnahmen der Gesundheitsförderung, die dann wohl weltweit als einzigartig zu bezeichnen wären. Schließlich würde damit den Arbeitsberatern ein weiteres Sanktionsfeld eröffnet.

Ob die Gesundheitsförderung überhaupt im Kontext der Job-Center etabliert werden kann oder sollte, kann auf der Grundlage der bisher vorliegenden Informationen aus den Modellvorhaben nicht entschieden werden.

Den Zusammenhang von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit konsequent zu Ende gedacht, müsste eine rationale und effektive Strategie gesundheitlicher Interventionen bei Arbeits- und Erwerbslosen:

1. Kranke und gesundheitlich Beeinträchtigte nach objektiven und justitiablen Kriterien erkennen und diesen Maßnahmen der Therapie und Rehabilitation anbieten
2. Klienten mit gesundheitlichen Risikofaktoren nach den gleichen Kriterien erkennen und diese in Maßnahmen der Gesundheitsförderung integrieren

Eine derartige „Screeningstrategie“ ist in breiter Form derzeit noch nicht umgesetzt, es handelt sich zur Zeit meist um individuelle Maßnahmen, wobei zusätzlich unklar bleibt, bei welchen Klientengruppen die Gesundheit zum Gegenstand des Assessments wird.

Allerdings kommen die Akteure der Arbeits- und Sozialverwaltung – die Hartz-Vorschläge zur Dreigliederung der Leistungsbezugsarten konsequent zu Ende gedacht – gar nicht darum herum, Millionen von Sozialhilfeempfängern und Beziehern von Arbeitslosenhilfe auf ihre Erwerbsfähigkeit zu überprüfen. Dies wird vor dem Hintergrund der verwaltungs- bzw. sozialgerichtlichen Anfechtbarkeit der Ergebnisse erstens durch-

aus belastbare, valide und überprüfbare diagnostische Maßnahmen voraussetzen und zweitens gewaltige personelle und finanzielle Ressourcen. Dabei scheint zusätzlich auch in Vergessenheit geraten zu sein, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit sich im Zeitverlauf verändern kann, so dass derartige screenings revolvierend durchgeführt werden müssen.

Unter den gegebenen Bedingungen der Massenarbeitslosigkeit und eines Fehlbedarfs an offenen Stellen in Millionenhöhe bedeutet das Zuweisen von „irgendeiner“ Arbeit mit den verschärften Zumutbarkeitsregelungen für viele Arbeits- und Erwerbslose:

- Entlohnung in Höhe des Leistungsbezugs oder geringer
- Dequalifikation
- Arbeit in Armut oder
- Aussteuerung der Nichterwerbsfähigen in das Sozialgeld

Insgesamt bewerten wir die mögliche Implementation von gesundheitlichen Interventionen z.B. der Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung in die Praxis der Job-Center derzeit als kritisch, solange nicht völlig auszuschließen ist, dass Gesundheit zu einem weiteren Sanktionsfeld in der „Landschaft des Förderns und Forderns“ wird. Doch noch etwas anderes und grundsätzlicheres kommt dazu, wenn man an spezifische Gesundheitsförderungsprogramme denkt: Die im Gefolge der Ottawa-Erklärung sich breiter entwickelnde Gesundheitsförderung und Gesundheitsförderungsbewegung hat eine wesentlich sozialemanzipatorische Fundierung und Zielsetzung. „die Ottawa-Charta enthält solides Material für Visionen, die sich gesundheitswissenschaftlich für die verschiedenen Interventionsbereiche und Zielgruppen gut und immer besser konkretisieren lassen und insofern zur Richtungsbestimmung sozialer Innovationen im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit (-) geeignet und fruchtbar sind.“ [Rosenbrock, 1998, S. 9].

Nur hartnäckige Verfechter der neuen Arbeitsmarktstrategien werden behaupten, dass mit den materiellen, finanziellen, qualifikatorischen und organisatorischen Bedingungen der „neuen Jobs“ die „sozialen Voraussetzungen von Gesundheit“ [Hurrelmann 2000] auch erfüllt sind. Sie sind es nicht. So besteht die zusätzliche Gefahr, dass bei der Integration von Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung in die Sozialtechnologie des profilings und case-managements sich Gesundheitsförderung wiederum auf verhaltensverändernde Strategien der Individualprävention verkürzt. Aber nicht nur dies. Da mit der Politik der Reduktion staatlicher Transferzahlungen die menschliche und familiäre Existenzsicherung für viele Betroffene noch weiter gefährdet wird, dürfte sich auch die psychisch-gesundheitliche Lage vieler Langzeitarbeitsloser und Sozialhilfeempfänger weiter verschlechtern. Es hat daher eine Tendenz zum Zynismus, Menschen durch die Kürzung finanzieller Leistungen auch gesundheitlich weiter zu gefährden, und ihnen

gleichfalls zur Kompensation Maßnahmen zur Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung ihres Gesundheitszustandes anzubieten.³⁰

Noch vor zwei Jahren schrieben Siegrist und Joksimovic: „Die Auswirkungen von sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit können von der Gesundheitspolitik allein nicht verbessert werden. Eine Intervention, die lediglich auf die Verbesserung der gesundheitlichen Situation *bei gleichbleibender sozialer Situation* (Hervorhebung d. Verfasser) ausgerichtet ist, greift zu kurz.“ [a.a.O. S.31].

Schon heute und zukünftig noch zunehmend ist von einer eher sich verschlechternden sozialen Situation vieler Arbeits- und Erwerbsloser auszugehen mit entsprechenden Wirkungen auf die gesundheitliche Situation. Der Interventionsbedarf wird also zweifellos noch größer werden.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass Gesundheit bisher kein wesentliches Thema in der konkreten Arbeitsberatung und -vermittlung weder in Deutschland noch in der Schweiz war und auch derzeit noch nicht ist. Über die Situation in der Schweiz schreibt Schiffer: „Die Beraterinnen und Berater der RAV sind beauftragt, den ihnen anvertrauten arbeitslosen Personen beim Wiedereintritt ins Erwerbsleben zu helfen. Sie handeln im Rahmen gesetzlicher Rahmenbedingungen. Für gesundheitliche Probleme ihrer Klientel sind sie auf den ersten Blick betrachtet nicht zuständig. Eine solche Haltung ist jedoch aus verschiedenen Gründen kurzsichtig und gefährlich“ [Schiffer 1999, S.36].

Gesamtpolitisch betrachtet erscheinen uns Strategien der gesundheitlichen Intervention und der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen mit dem Ziel der Erhöhung der Wiederbeschäftigungsfähigkeit und -wahrscheinlichkeit in einer Zeit der Massenarbeitslosigkeit völlig unrealistisch zu sein. Bei insgesamt zu geringer Nachfrage nach Arbeitskräften erhöht auch „höchste Qualifikation“ und „beste Gesundheit“ nicht die Wahrscheinlichkeit schneller aus der Arbeitslosigkeit zu entkommen. Schon theoretisch erweisen sich entsprechende Strategien – zunächst unabhängig vom Nachweis ihrer Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit – aber dann adäquat, wenn auf dem Arbeitsmarkt bzw. den Teilarbeitsmärkten eine konjunkturelle Belebung einsetzt, die ggf. auch von einer demographisch bedingten Verringerung des Arbeitskräftevolumens begleitet ist. Bei der zukünftigen Notwendigkeit der verstärkten Beschäftigung älterer Arbeitnehmer dürften Strategien der Gesundheitsförderung sogar unerlässlich sein. Schon aus diesem Grund macht die Entwicklung, Erprobung und Evaluation derartiger Strategien bereits heute Sinn. Dabei kann und darf das Kriterium der Erhöhung der Wiederbeschäftigungsfähigkeit durch entsprechende Maßnahmen aber derzeit gerade nicht das primäre Evaluationskriterium sein, da dieses Ziel in einer Zeit der Massenarbeitslosigkeit nicht erreicht werden kann. Gleichwohl kann bei der gegebenen wirtschaftlichen und arbeitsmarktpolitischen Lage in Deutschland und den laufenden und anhaltenden Veränderungen in der Arbeitsverwaltung und der Arbeitsförderung von einer guten Ausgangslage für die Ent-

³⁰ Ein praktisches Bild über die tatsächlichen derzeitigen Handlungsroutinen der Arbeitsämter kann man sich im Internet am Beispiel des Arbeitsamtes Pforzheim machen. Vgl. [http://www.arbeitsamt.de/pforzheim/aktuelles/amp_2003.pdf]

wicklung und Erprobung entsprechender Projekte – zumindest im institutionellen Rahmen der Arbeitsämter und Sozialämter– derzeit nicht ausgegangen werden.

3.4.6 Zusammenfassung

Das deutsche System der gesetzlichen Krankenversicherung sichert – anders als z.B. die Krankenversicherung in den USA – Arbeitslose gegen die Risiken von Krankheit und gewährt Ihnen den nach jeweiliger Gesetzes- bzw. Verordnungslage des SGB gegebenen Leistungsanspruch.

Gesundheit ist im Erwerbsleben eine notwendige Bedingung zum Abschluss und zur Aufrechterhaltung eines Arbeitsverhältnisses. Der Arbeitgeber hat zur Minimierung des Risikos von gesundheitlich bedingter Nichterfüllung der Arbeitspflicht v.a. beim Abschluss eines Arbeitsvertrages ein maximales Interesse an möglichst umfassenden Informationen über Gesundheitsrisiken, Gesundheit und Krankheit. Entsprechend sind Frage- und Informationsrechte zu Gesundheit und Krankheit durch das Arbeitsrecht begrenzt, wobei bestimmte Berufe und Berufsprofile sehr weitgehende Frage- und Informationsrechte implizieren.

Das Sozialrecht (SGB III) regelt Frage- und Informationsrechte des Arbeitsamtes analog zu jenen des Arbeitgebers, wobei allerdings kritisch darauf hinzuweisen ist, dass die Frage- und Informationsrechte des Arbeitgebers sich aus tatsächlichen Berufs- und Arbeitsprofilen ableiten, das Arbeitsamt über diese Konkretheit aber nur im Fall vorliegender Stellenausschreibungen verfügt und nicht im Rahmen der allgemeinen Arbeitsberatung. Dies stellt u.E. eine juristisch zu klärende Frage dann dar, wenn im Zuge der Verstärkung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen durch das Arbeitsamt z.B. eine allgemeine Gesundheitsberatung eingeführt werden sollte.

Informationen über Gesundheitsrisiken, Gesundheit und Krankheit werden bei inzidenter Arbeitslosigkeit im Rahmen des Meldebogens zunächst über die Frage nach ggf. bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen erhoben. Die Zuverlässigkeit der hierzu gemachten Angaben kann nicht eingeschätzt werden. Möglich ist, dass Arbeitswillige hier underreporten und (kurzfristig) nicht Arbeitswillige hier überzeichnen.

Nach der bisherigen Rechtslage des SGB III und der praktischen Arbeitsmarktpolitik der Arbeitsämter waren Gesundheitsrisiken, Gesundheit und Krankheit von Arbeitslosen bisher nur im Einzelfall Gegenstand der Interaktion zwischen Arbeitsamt und Arbeitslosen. Zu den Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik zählen ABM- und Qualifizierungsmaßnahmen, gesundheitliche Interventionen – wenn überhaupt – nur im Einzelfall.

Nach persönlichen Informationen von Mitarbeitern der Arbeitsverwaltung sind diese auch angehalten, nach Hinweisen auf Gesundheitsrisiken und Krankheiten zu suchen und diese ggf. zu dokumentieren.

Eine Analyse des SGB III zu möglichen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention bei Arbeitslosen im Rahmen der aktiven Arbeitsförderung zeigt, dass das

Gesetz diese zwar nicht explizit benennen, aber auch nicht definitiv ausschließen. Zwei für das BMGS durchgeführte Gutachten zur Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention kommen zu dem gleichen Ergebnis.

Die faktische Nichtbenennung im Gesetzestext kann u.E. gerade darauf zurückgeführt werden, dass spezifisch gesundheitliche Strategien zur Erhöhung der Vermittlungsfähigkeit gar nicht in den Focus der politischen Diskussion zur Reform der Arbeitsverwaltung und zur Reform des SGB III geraten sind, da dieses Thema noch nicht ausreichend auf der politischen Agenda steht.

Das BSHG bietet mit der vorbeugenden Gesundheitshilfe explizit die Möglichkeit gesundheitsbezogener Interventionen, die im Zuge der Kommunalisierung der Arbeitslosigkeit zunehmend – analog zum Arbeitsamt – in Zusammenhang mit der Beschäftigungsförderung genutzt werden können und partiell – allerdings vorwiegend im Sinne der Gesundheitsprüfung und ggf. -beratung – auch bereits genutzt werden.

Gesundheit ist derzeit gleichwohl kein wesentliches Thema in der konkreten Arbeitsberatung und -vermittlung weder in Deutschland noch im übrigen in der Schweiz. Einer stärkeren Thematisierung von Gesundheit, Gesundheitsrisiken und Krankheit in der Praxis der Arbeitsberatung und -vermittlung stehen auf Seite des Arbeitsamtes zunächst die geringe Bekanntheit oder Akzeptanz spezifisch gesundheitlicher Interventionen entgegen, sowie die zumindest bisherige Konzentration der Arbeitsförderungsmaßnahmen auf Arbeitsbeschaffung und Qualifizierung. Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung gehören auch nicht zu den ausgewiesenen Tätigkeitsprofilen der sich um die Arbeitsämter gebildeten Beschäftigungsgesellschaften. Auf Seiten der Arbeitslosen stehen der Kommunikation individueller gesundheitlicher Fragen Unklarheiten darüber entgegen, welche negativen oder positiven Konsequenzen mit zutreffenden Angaben zu gesundheitlichen Fragen verbunden sein könnten.

Mit den neuen Regelungen des SGB III wird unter dem Zwang zur Kostensenkung eine Politik der individuellen Leistungsüberprüfung mit dem Ziel der Leistungsreduktion, ein Abbau von ABM- und Qualifizierungsmaßnahmen und eine allgemeine Disziplinierung und stärkere Kontrolle der Arbeitslosen umgesetzt. Mit den neuen Instrumenten des profilings und dem case-management werden Maßnahmen eingeführt, die prinzipiell Ansatzpunkte für gesundheitliche Interventionen und auch verstärkte Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention bieten können.

Ob und wie sich diese Instrumente entwickeln, muss abgewartet und geprüft werden. Sie setzen auf Seiten des Arbeitsamtes bzw. der vorgesehenen Anbieter erhebliche Qualifikationen und auf Seiten der Arbeitslosen Akzeptanz und Kooperationsbereitschaft voraus. Ob diese angesichts des nicht unerheblichen Droh- und Sanktionspotentials der neuen Politik und der neuen Arbeitsmarktprogramme so einfach vorausgesetzt werden können, erscheint uns eher fraglich. In welcher Weise „Gesundheit“ derzeit zum Gegenstand in der Arbeitsförderung wird, wird exemplarisch an einigen Modellprojekten zu zeigen versucht (vgl. Kap.6).

Ob und wie diese Instrumente in Zukunft zum Aufhänger spezifisch gesundheitlicher Interventionen werden können, kann nur auf der Grundlage einer fundierten Evaluation dieser Maßnahmen beurteilt werden, wobei die Datenlage gerade hinsichtlich der vorgenommenen gesundheitlichen Interventionen als schlecht zu bezeichnen ist.

3.5 **Arbeitslose als Thema und Zielgruppe der Gesundheitsförderung in Deutschland, Österreich und der Schweiz**

Im vorliegenden Kapitel wird zunächst die Entwicklung der Gesundheitsförderung in den genannten Ländern skizziert. Danach erfolgt eine Darstellung der Rechtsgrundlagen und eine Beschreibung des Standes der Umsetzung, in der auch auf mögliche Probleme einer (stärkeren) Ausrichtung der Gesundheitsförderung auf die Zielgruppe der Arbeitslosen eingegangen wird. Daran schließt sich die empirische Analyse an, ob bzw. in welchem Ausmaß Arbeitslose bislang Zielgruppen von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sind bzw. gewesen sind.

3.5.1 **Zur Entwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung**

Analysiert man die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention im historischen, sozialen, gesundheitspolitischen und auch ökonomischen Kontext, so zeigt sich zusammenfassend, dass:

1. sowohl Prävention als auch Gesundheitsförderung in der Geschichte der Medizin eine sehr lange Tradition mit unterschiedlichen Konjunkturen haben, die bis zur Antike zurückreicht;
2. die Zeit nach dem zweiten Weltkrieg in der primär individuell-kurativen Ausrichtung vieler Gesundheitssysteme und der Vernachlässigung der Bevölkerungsmedizin im Vergleich zu früheren Perioden (z.B. Industrialisierung) als eher untypisch bezeichnet werden muss, was i.w. auf die Diskreditierung der Bevölkerungsmedizin und Sozialhygiene durch den Nationalsozialismus zurückzuführen ist;
3. in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts die Prävention in Gestalt der sekundären Prävention einen Aufschwung erhält, ohne allerdings die prinzipielle individuelle Kurativorientierung zu überschreiten und gleichzeitig in verschiedenen europäischen Ländern (z.B. Deutschland, Finnland, Italien) Modellprojekte der primären Prävention v.a. im Bereich der Herz-Kreislaufkrankheiten durchgeführt worden sind, mit denen der Nachweis der Senkung von Morbidität und Mortalität durch vorwiegend risikofaktorenorientierte Maßnahmen der Verhaltensprävention nach US-amerikanischem Vorbild erbracht werden sollte und überwiegend auch erbracht wurde; [Kreuter, Klaes, Hoffmeister 1995]
4. mit der Entstehung der in der Geschichte ebenfalls nicht neuen „Gesundheitsbewegung“ zu Beginn der 70er Jahre die Kritik an der vorherrschenden Schulmedizin und auch an der risikofaktorenorientierten Primärprävention formuliert und organisiert wird;
5. mit der Ottawa-Erklärung der WHO von 1986 die in Abgrenzung zur risikofaktorenorientierten Verhaltensprävention konzipierte und am Lebensweisenkonzept ori-

- enterte Gesundheitsförderung ihre programmatische Grundlage und mit der „Salutogenese“ des israelisch-amerikanischen Medizinsoziologen Antonovsky später auch eine zusätzliche „theoretische Unterfütterung“ erhält; [Antonovsky 1987]
6. seit 1986 Gesundheitsförderung und Prävention in der Wissenschaft, der Politik und auch der Öffentlichkeit zunächst v.a. programmatisch zunehmende Aufmerksamkeit und mit dem Gesundheitsreformgesetz von 1989 mit dem § 20 SGB V auch – allerdings deutlich begrenzte – finanzielle Ressourcen erhalten;
 7. mit dem demographischen Wandel, der Verlängerung der Lebenserwartung und den damit in Verbindung gebrachten Szenarien der weiteren „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen Prävention und Gesundheitsförderung nunmehr verstärkt auch von Gesundheitsökonomien als Möglichkeit und Maßnahme zur Senkung bzw. zur Stabilisierung der Kosten im Gesundheitswesen erkannt bzw. benannt werden; [SVR-Gutachten 2000/2001]
 8. mit der Anerkennung der Bedeutung der Gesundheitsförderung und Prävention durch die Gesundheitsökonomie sich diese allerdings dem „Effizienzpostulat“ der Gesundheitsökonomie zu stellen haben, wonach auch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention evidenzbasiert erfolgen sollen und den ex-ante Nachweis ihrer Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit zu erbringen haben;
 9. wenn auch heute Gesundheitsförderung und Prävention weitestgehend Institutionen- und parteienübergreifend gesellschaftliche Anerkennung gefunden haben, allerdings nicht übersehen werden darf, dass die finanzielle Ausstattung der Prävention und Gesundheitsförderung nach wie vor in einem krassen Missverhältnis zur Kuratation steht und dass dieses Missverhältnis gerade auch für die Bedeutung der sozialwissenschaftlichen Prävention im Vergleich zur medizinischen Prävention gilt.

Zu der skizzierten Entwicklung sind u.E. vier kritische bzw. ergänzende Ausführungen erforderlich:

1. die postulierte Möglichkeit der Kostensenkung im Gesundheitswesen durch Gesundheitsförderung und Prävention hat angesichts des Umfangs der durch verhin-derbare Morbidität reduzierbaren Kosten im Gesundheitswesen letztlich eine gewisse logische, beinahe aber tautologische Plausibilität, der Nachweis dafür ist aber erst noch zu erbringen. Dabei sind bei dieser Frage weniger die zweifellos bestehenden methodischen Probleme dieses Nachweises in der Gesundheitsökonomie selbst von primärem, praktischem Interesse, vielmehr besteht die Frage, wo und wie die gewaltigen finanziellen Investitionen beschafft werden sollen, die zweifellos benötigt werden, wenn eine Politik der Gesundheitsförderung und Prävention mit dem Ziel einer deutlichen und überhaupt nachweisbaren Senkung von Morbidität in Gang gesetzt werden sollte. Diese Aufgabe wird sich keineswegs auch nur annähernd mit der Delegation dieser Aufgaben an die gesetzlichen Krankenkassen über die §§ 20,63 SGB V lösen lassen.
2. Die möglichen Kostenreduktionen durch gezielte Gesundheitsförderung und Prävention lassen sich in einem erreichbaren Maß nur dann voll ausschöpfen, wenn gerade Bevölkerungsgruppen mit erhöhten Risiken verstärkt in diese Programme einbezogen werden. Von daher erhalten Maßnahmen, die spezifisch auf bestimmte soziale Risikogruppen ausgerichtet sind – also auch auf Arbeitslose – eine zusätzliche

Legitimation auch im Sinne einer höheren Kosteneffektivität [Vagerö, Lundberg 1995].

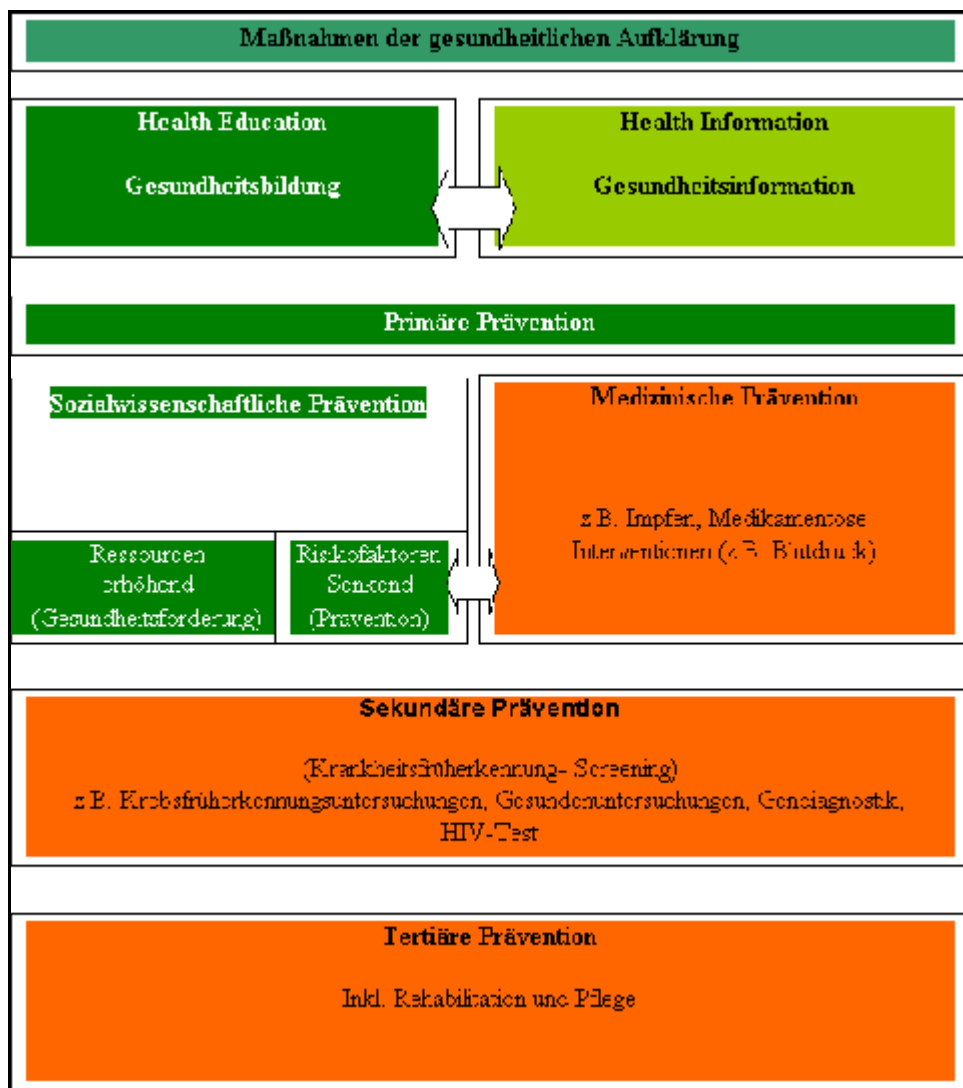
3. Das auch an die Gesundheitsförderung und Prävention gestellte „Evidenzpostulat“ kann u.E. nicht mit dem Hinweis zurückgewiesen werden, dass es auch in anderen Bereichen der medizinischen Versorgung nur eher zögerlich Einzug gehalten und bisher erst geringe Verbreitung gefunden hat. So entsprechen nur 15%-20% aller derzeit praktizierten medizinischen Maßnahmen guten Standards einer evidenzbasierten Medizin. Der mit diesem Postulat verbundene Evaluationsbedarf v.a. auch in der Ergebnisevaluation von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention muss u.E. aufgegriffen und umgesetzt werden. Dies nicht primär um der Entscheidungslogik der Gesundheitsökonomie zu entsprechen, vielmehr eher deshalb, um hinreichende Evidenz über wirksame Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu erhalten und die Theorie und Praxis der Evaluation von Maßnahmen der Gesundheitsförderung gezielt weiterentwickeln zu können. Die von gesundheitsökonomischer Seite häufig lehrbuchartig geäußerten Vorstellungen über die Ergebnisevaluation gerade von Maßnahmen der Gesundheitsförderung sind im übrigen vielfach an klassischen Evaluationsdesigns klinisch ausgerichteter Studien orientiert, die für viele Projekte der Gesundheitsförderung der Erweiterung um andere, auch qualitative Methoden bedürfen, wobei hier auch in der Evaluationsforschung insgesamt ein nicht unerheblicher Forschungs- und Lernbedarf in der Entwicklung und Erprobung von adäquaten Designs und Instrumenten besteht. Schon aus diesen Gründen wird eine verbreitete gute Evaluationspraxis vor allem in der Ergebnisevaluation im Feld der Gesundheitsförderung und Prävention derzeit schon insgesamt nicht zu erwarten sein. Dies wird noch stärker ressourcenerhöhende Gesundheitsförderungsprojekte in kaum strukturierten settings – also auch Arbeitslose -betreffen.
4. Zur Herausbildung der „settingorientierten“ Gesundheitsförderung und Verhältnisprävention gehörte die Abgrenzung zu risikofaktororientierten Maßnahmen der Verhaltensprävention. Die gleichsam rituell vorgetragenen Abgrenzungsbemühungen zwischen Gesundheitsförderung einerseits und primärer Verhaltensprävention andererseits ändern aber nichts an der Tatsache, dass es sich bei beiden um sozialwissenschaftliche Methoden der primären Prävention handelt, von denen:
 - die Gesundheitsförderung den Zusammenhang zwischen Ressourcenerhöhung und Gesundheit reflektiert
 - die Prävention den Zusammenhang zwischen Gesundheitsrisiken und Krankheit bzw. Gesundheit reflektiert.

Ihre wissenschaftliche Begründung findet sich bei Ersterer in vielen Teildisziplinen der Sozialwissenschaften – v.a. in der Sozialpsychologie –, bei Letzterer in der Epidemiologie. Beide Ansätze bedienen sich sozialpsychologisch fundierter Interventionsverfahren. Abzugrenzen sind deshalb sowohl hinsichtlich der theoretischen Grundlagen als auch der fachlichen Zuständigkeiten und der interventiven Methoden viel eher sozialwissenschaftliche Methoden der primären Prävention einerseits von medizinischen Präventionsmaßnahmen andererseits (z.B. Impfen, präventive Medikation). Angesichts der Konkurrenz auch um finanzielle Mittel, die der sozialwis-

senschaftlichen Primärprävention durch die Entwicklung der Gendiagnostik bereits heute erwachsen ist, plädieren wir – allerdings ohne große Hoffnung – dafür, die unbegründeten gegenseitigen Positionierungen von Verhaltens- und Verhältnisprävention und von ressourcensteigernden versus risikosenkenden Strategien zu beenden.

Die folgende Abbildung verdeutlicht diese Abgrenzungen.

Abb. 18 Abgrenzungen zwischen Gesundheitsförderung, Prävention und gesundheitlicher Aufklärung



3.5.2 Rechtsgrundlagen, Stand der Umsetzung und Problembereiche

3.5.2.1 Deutschland

Rechtsgrundlagen

Mit dem Gesundheitsreformgesetz des Jahres 2000 hat die rot/grüne Bundesregierung den im Jahr 1996 gestrichenen § 20 SGB V mit einigen Schwerpunktsetzungen wieder eingeführt, und insgesamt Teile der kritischen Bestandsaufnahmen zur Gesundheitsförderungspraxis nach dem alten § 20 SGB V aufgegriffen. [vgl. u.a. Kirschner, Radoschewski, Kirschner 1995]. Die aufgegriffenen Kritikpunkte beziehen sich v.a. auf die geforderte stärkere zielgruppen- und bedarfsorientierte Herangehensweise und die Verbesserung der Dokumentation und v.a. Evaluation der Maßnahmen. Bei der Neuregelung dieser Norm sind aber weder die einschlägigen Empfehlungen des genannten Gutachtens, noch weitere wissenschaftlichen Empfehlungen (z.B. Celler Erklärung zur Gesundheitsförderung, 1996) [BZgA Fachheftreihe Band 15, 2001] in hinreichendem und notwendigem Umfang berücksichtigt worden.

Die am 1. Januar 2000 im Rahmen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 in Kraft getretene Neufassung des § 20 Abs. 1 bis 3 SGB V lautet wie folgt: Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die die in den Sätzen 2 und 3 genannten Anforderungen erfüllen. Leistungen zur Primärprävention *sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit von Gesundheitschancen* (Hervorhebungen die Verfasser) erbringen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Satz 1, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik.

1. Die Krankenkassen können den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend. Die Krankenkassen arbeiten bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen und unterrichten diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Ist anzunehmen, dass bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.
2. Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach den Absätzen 1 und 2 sollen insgesamt im Jahr 2000 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 5 DM umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV anzupassen

Selbstverständlich müssen die Leistungen nach § 20 SGB V den üblichen Anforderungen der Leistungserbringung entsprechen, d.h. wirksam und wirtschaftlich sein [Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2001].

Stand der Umsetzung und Problembereiche

Die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen hat diese Norm durch die „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 konkretisiert. Mit diesem Leitfaden sollen prioritäre Handlungsfelder bestimmt und Kriterien der Projektförderung definiert werden.

Schon dieser Leitfaden zeigt, dass sich die gesetzlichen Krankenkassen mit dem Ausfüllen spezifisch „sozialkompensatorisch“ angelegter Gesundheitsförderungsprojekte schwer tun. Er ist schon rein formal im Bereich der individuellen Primärprävention sehr differenziert und ausführlich, wohingegen die Ausführungen zu Projekten, die einen Beitrag zur Verminderung sozialbedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten sollen, eher kursorisch geraten sind und beispielhaft auf das noch eher einfachere, weil strukturierte setting „Schule“ Bezug nehmen. Über den Leitfaden hinaus zeigt die Praxis der Gesundheitsförderung eine starke Zurückhaltung gerade im Bereich der setting-Projekte. „Tatsache ist aber leider, dass es bis heute, ca. 1 ¾ Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes meines Wissens noch kein kassengetragenes setting-Projekt außerhalb der betrieblichen Gesundheitsförderung nach Absatz 2 des § 20 SGB V gibt.“ [Rosenbrock 2002, S. 27]

Nun mag es verkürzt sein, sozialkompensatorische Gesundheitsförderung allein am Kriterium des setting-Ansatzes festzumachen, gleichwohl gilt, dass im Rahmen der derzeitigen Gesundheitsförderungs politik der Krankenkassen Maßnahmen der verhaltensbezogenen Individual- und Gruppenprävention bei Weitem überwiegen [vgl. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände – Präventionsbericht 2003].

Altgeld [2001] stellt zusammenfassend fest: „Die jetzt vorgelegten Umsetzungsvorschläge werden als unbefriedigend charakterisiert, weil sie kaum dazu beitragen, gesundheitliche Chancengleichheit wie vom Gesetzgeber gefordert, herzustellen. In die kritische Bewertung wird die Vorgeschichte des neuen Paragraphen einbezogen. Insbesondere die mangelnde Verpflichtung, gemeinschaftlich zu agieren und Präventionsansätze jenseits von Kursprogrammen zu etablieren, werden kritisiert. Auch die faktische Überbewertung der betrieblichen Gesundheitsförderung trägt kaum dazu bei, dass neue Strategien für mehr Chancengleichheit erkennbar sind. Der Autor schlägt vor, fünf Prozent der zur Verfügung stehenden Mittel für Gemeinschaftslösungen auf Länderebene vorzusehen und diese über gemeinsame Plattformen, z.B. Landesvereinigungen für Gesundheit zu vergeben.“ [Altgeld 2001]

Gerlinger [2002] kommt in einer Zwischenbilanz zur rot-grünen Gesundheitspolitik in Bezug auf die Umsetzung des § 20 SGB V zu folgendem Schluss. „Auch auf dem Gebiet der Prävention und Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V haben sich bisher nur geringe Fortschritte eingestellt. Dies kommt nicht zuletzt darin zum Ausdruck, dass die in diesem Zusammenhang aufgewendeten Ausgaben der Krankenkassen mit 0,91 € pro Jahr und Versicherten in 2001 ganz erheblich hinter dem mit 2,56 € ohnehin schon knapp bemessenen, gesetzlich zugestandenem Volumen zurückbleiben [Gerlinger 2002,

S. 14]. Auch wenn die Intentionen des Gesetzgebers und der diesen beratenden Gesundheitswissenschaftler zur Verstärkung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung in unterprivilegierten Gruppen dem aktuellen sozioepidemiologischen Kenntnisstand entsprechen, waren u.E. Umsetzungsschwierigkeiten gerade derartiger Maßnahmen aus einer ganzen Reihe von Gründen zu erwarten:

1. Die im Wettbewerb stehenden Kassen verfügen bei zu über 90% „fixierten“ Leistungsarten i.w. über den Beitragssatz sowie die Sonder- und Mehrleistungen als Instrumente des Wettbewerbs. Maßnahmen nach § 20 SGB V sind eine beliebte Maßnahme zur Kundenbindung und -gewinnung, wengleich deren tatsächliche Bedeutung für die Krankenkassenwahl weit hinter der Bedeutung des Beitragssatzes zurückbleibt, wie wir aus verschiedenen Untersuchungen zur Kundenzufriedenheit von Versicherten wissen und insgesamt wohl auch deutlich überschätzt werden. Mit den genannten Leitlinien wurden den vormals nicht selten ausufernden Maßnahmen deutlich engere Grenzen gesetzt, die allerdings auch zumindest teilweise geeignet sind, die Weiterentwicklung präventiver Maßnahmen auch der Individual- und Gruppenprävention eher zu behindern denn zu fördern, ein Aspekt, der hier aber nicht weiter verfolgt werden muss.
2. Sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit ist ein theoretisches Konstrukt, das sich im sozialen Raum in bestimmten Kontexten und Institutionen regional verdichtet und in sozial benachteiligten Gruppen wie Wohnungslosen, Abhängigen, Armen, Gefängnisinsassen, Sozialhilfeempfängern, alten Menschen und Pflegebedürftigen und auch Arbeitslosen und Langzeitarbeitslosen zum Ausdruck kommt. Angehörige sozial benachteiligter Gruppen interagieren in ihrem täglichen Leben mit einer Vielzahl von Institutionen, die von Schulen über Selbsthilfegruppen, Sozial-, Arbeits- und Gesundheitsämter, Beratungsstellen, bis hin zu Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten erreichen. Diese Einrichtungen und ihre Mitarbeiter haben in der Regel nicht nur differenzierte, erfahrungsbedingte Kenntnis über die Sorgen und Nöte des jeweiligen Klientels, sondern häufig genug auch präzise und detaillierte Vorstellungen, durch welche Maßnahmen sich die soziale und ggf. auch gesundheitliche Situation dieser Menschen verbessern ließe. Diesen klientennahen Institutionen stehen die gesetzlichen Krankenkassen als potentielle Anbieter sozialkompensatorischer Gesundheitsförderungsprogramme gegenüber, deren Kenntnisstand über die individuelle soziale und auch gesundheitliche Lage ihrer Versicherten schon aus juristischen Gründen nur marginal ist. Eine Kooperation zwischen diesen Institutionen ist nicht vorgesehen, ein institutionalisierter Wissens- und Erfahrungsaustausch findet nicht statt.
3. Krankenkassen sind Wirtschaftsunternehmen. Auch wenn sich eine stärkere Kosten- und Kostensenkungsorientierung insgesamt erst langsam entwickelt und durch spezifische krankenkassenspezifische Ausgleichsregelungen (RSA) noch erschwert, z.T. geradezu konterkariert wird, muss gefragt werden, worin denn ein Interesse der Krankenkassen zur Finanzierung von Maßnahmen zum Abbau sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit – z.B. auch bei Arbeitslosen – liegen könnte?

Unterstellt die Maßnahmen wären effektiv und effizient, so wäre es für die einzelne Kasse eine rationale Strategie, für die in unterschiedlicher Häufigkeit gegebenen so-

zial benachteiligten Mitglieder der eigenen Kasse spezifische Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung anzubieten. Diese Strategie scheidet aber bei einem bedarfsorientierten Ansatz aus Gründen einer nicht diskriminierungsfreien Identifikation wohl eher aus.

Dies impliziert, dass diese Gruppen im sozialen Raum gesucht und gefunden werden müssen, was schon aus Gründen einer adäquaten Kostenverteilung der „externen“ Kosten wahrscheinlich eine regionale Kooperation der Kassen voraussetzt.

4. Mag man es auch für utopisch oder unrealistisch halten, Krankenkassen zu einer wie immer gearteten Kooperation mit den oben genannten Einrichtungen zu verpflichten, so muss der aus politischen Gründen erforderlich gewordene Verzicht auf die Festlegung der regionalen Umsetzungsbedingungen des § 20 in den Bundesländern sowie Städten und Gemeinden als zentraler Webfehler der Neuregelung bezeichnet werden. Nur über eine Verpflichtung der Krankenkassen zu einer institutionellen Zusammenarbeit zunächst mit den für Gesundheit und Soziales zuständigen Landesministerien und den dort in der Regel vorfindlichen Referaten für Gesundheitsförderung und Prävention lassen sich in weiterer und bereits praktizierter Zusammenarbeit der politischen Administration mit den oben genannten Einrichtungen regionen- und zielgruppenspezifische Handlungsbedarfe erkennen, priorisieren und umsetzen. Nur auf diese Weise wäre es auch möglich geworden, zunächst die Länder auch für ein stärkeres Engagement im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention zu gewinnen. Eine derartige Kooperation gibt es unseres Wissens bisher nur in Hamburg. Im Land Berlin wurde über zwei Jahre unter Mitarbeit des Verfassers (W. Kirschner) versucht, eine derartige Kooperationseinrichtung zu schaffen (Initiative für Gesundheit), ein Versuch, der wohl als gescheitert bezeichnet werden muss. Dabei ist dieses Scheitern nicht primär auf die Haltung der Krankenkassen(verbände) zurückzuführen, vielmehr auf die Unmöglichkeit der Beschaffung der nicht wirklich erheblichen zusätzlichen staatlichen Haushaltsmittel.
5. Die häufig als Koordinationsfunktion bezeichnete Rolle der Landesministerien und der Gesundheitsämter im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention ist a) weitgehend Fiktion und b) zur Minderung der vielfältigen gesundheitlichen und sozialen Probleme im regionalen Raum völlig unzureichend. Ersteres, weil Koordination voraussetzt, dass es Maßnahmen gibt, die zu koordinieren sind, Letzteres weil es Aufgabe staatlicher Gesundheitspolitik ist, die Gesundheits- und Krankheitsrisiken der Bevölkerung nach dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand zu regulieren, d.h. auch gesundheitliche Risiken zu senken. Diese Aufgabe kann nur im Rahmen einer Initiativfunktion erfolgreich wahrgenommen werden. Eine wirkliche und wirksame Initiativfunktion setzt aber voraus, dass Länder und Gemeinden personell und finanziell in der Lage sind, die als prioritär erachteten Handlungsfelder im Zweifel auch ohne weitere Kooperationspartner zu bestellen. Dazu dürften allerdings aufgrund der Personaleinsparungen im Öffentlichen Dienst und der Haushaltsrestriktionen die wenigsten Länder und Gemeinden überhaupt noch in der Lage sein. So ist die insgesamt Zuspitzung sozialer und gesundheitlicher Problemsituationen in nicht wenigen Regionen Deutschlands begleitet von einem „Einfrieren“ oder gar „Runterfahren“ gerade auch von Sozial- und Gesundheitsprojekten.

6. Zu diesen politischen Webfehlern des Gesetzes gesellt sich weiter ein recht einfaches, ja geradezu naives Bild über die Möglichkeiten des Ingangsetzens von Projekten und Maßnahmen sozialkompensatorischer Gesundheitsförderung, das die vielfältigen genannten inhaltlichen und methodischen Schwierigkeiten in der Konzeption, Instrumentalisierung, Implementation und Evaluation derartiger Maßnahmen und den nicht unerheblichen dazu noch erforderlichen Lern-, Entwicklungs- und auch Forschungsbedarf sowohl in der Programmforschung und auch in der Evaluation nicht wahrnimmt und jedenfalls nicht in eine entsprechende Gesundheitsförderung umsetzt bzw. jedenfalls bisher umgesetzt hat.
7. Schließlich und letztlich weist das Gesetz noch einen grundsätzlichen Widerspruch dahingehend auf, dass es Kenntnis über die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit voraussetzt bzw. zur Bedingung einer Projektförderung macht, die es im Bereich sozialkompensatorischer Gesundheitsförderungsmaßnahmen weltweit nur vereinzelt und schon gar nicht in Deutschland gibt.

Betrachtet man die genannten kritischen Punkte, so ist offensichtlich, dass nicht primär die Krankenkassen den schleppenden Verlauf der sozialkompensatorischen Gesundheitsförderung zu vertreten haben, vielmehr die politische Administration im Vorfeld des Gesetzgebungsverfahrens, bei der die zentralen wissenschaftlichen Empfehlungen zur gezielten Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention (Gesundheitsziele, Konzeptionsforschung, Implementationsforschung, Evaluationsforschung) – mit Ausnahme des Ziels des Abbaus gesundheitlicher Ungleichheit selbst – unberücksichtigt geblieben sind.

So kann es nicht verwundern, dass es noch bis Ende des Jahres 2003 dauert, bis die ersten setting-Projekte an den Start gehen, die zudem auf die in der Mehrzahl stark strukturierten settings wie Kindergärten und Schulen und die betriebliche Gesundheitsförderung fokussieren.

Betrachtet man die Entwicklung in den anderen untersuchten Ländern im Vergleich zu Deutschland (s.u.), so ist zunächst vorab festzustellen, dass diese in deutlich geringeren Zeiträumen zu pragmatischeren aber wohl auch praktikableren Formen der Verstärkung von Gesundheitsförderung und Prävention gefunden haben.

Aus der obigen Analyse ist der hypothetische Schluss zu ziehen, dass Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention mit der Zielgruppe der Arbeitslosen in Deutschland – wenn überhaupt – nur in verschwindend kleiner Zahl anzutreffen sein werden.

Bestandsaufnahmen zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für Gruppen mit sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit und Arbeitslosen in Deutschland

In Bezug auf die Inhalte, Maßnahmen und Zielgruppen von Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention ist in Deutschland derzeit eine nicht sehr differenzierte Datlage zu konstatieren.

Zwar liegt nunmehr der sog. Präventionsbericht der Spitzenverbände der Krankenkassen vor [Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände 2003]. Aus diesem Bericht über Projekte und Maßnahmen nach § 20 SGB V im Jahr 2001 ergeben sich aber keine belastbaren Hinweise über Maßnahmen der Gesundheitsförderung für die Zielgruppe der Arbeitslosen. In dem stark auf „setting orientierte Maßnahmen“ (Schule, Betrieb) konzentrierten Bericht kommt die Zielgruppe der Arbeitslosen schon im stark strukturierten Erhebungsbogen bei der Zielgruppenbeschreibung nicht vor.

Die Ergebnisse einer von der BZgA im Jahr 2002 in Auftrag gegebenen Bestandsaufnahme über Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten liegen nunmehr vor.³¹

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass die Ergebnisse derartiger „externer“ Bestandsaufnahmen generell mit Vorsicht zu bewerten sind, da sie methodisch regelmäßig nicht auf repräsentativen Stichproben der Grundgesamtheit aller Projekte durchgeführt werden können, weil diese Grundgesamtheit ja gerade nicht bekannt ist. Es handelt sich methodisch praktisch um „Schneeballstichproben“, deren Ergebnisse statistisch gesehen prinzipiell nicht hochgerechnet werden können. Eine Bewertung der Qualität dieser Datenbank z.B. hinsichtlich ihrer Vollständigkeit kann und muss an dieser Stelle unterbleiben.³² Internetzugängliche Projektdatenbanken dieser Art (z.B. auch Projektdatenbank Soziale Stadt, Schweizer Stiftung für Gesundheitsförderung) haben sicher den Vorteil, dass sie mit relativ geringem Aufwand einen Überblick über die Projektlandschaft liefern, generelle Probleme bestehen aber neben der immer fraglichen Vollständigkeit v.a. in der Aktualität und gerade in der „Tiefe“ der Informationen [vgl. dazu: Kirschner, Elkeles, Kirschner, 2003].

In der Projektdatenbank sind derzeit 2.619 Projekte enthalten (Stand: 14.08.2003). Projektrecherchen über bestimmte Eingabedefinitionen ergeben dabei die in Abb. 19 aufgelisteten Ergebnisse.

Danach beziehen sich 8% der Angebote der Gesundheitsförderung (auch) auf die Zielgruppen der Arbeitslosen sowie Personengruppen mit niedrigem Einkommen bzw. niedriger Bildung, die in vergleichbarer Häufigkeit vorkommen. Bezogen auf diese absolut 631 Angebote (auch) für die Zielgruppen der Arbeitslosen, ergibt die kombinierte Recherche, dass hier Beratungsmaßnahmen im Mittelpunkt stehen, wobei spezifische gesundheitlich orientierte Projekte mit insgesamt 11 Projekten äußerst selten sind.

Entsprechende Studien wurden auch bereits Mitte bzw. Ende der 90er Jahre bzw. Anfang 2000 bundesweit wie auch in Baden-Württemberg und Niedersachsen durchgeführt. Die deutsche Teilstudie des EU-Projekts „Tackling Inequalities in Health“

³¹ <http://artemis.bzga.de/ldb/>

³² Dies kann nur durch zeitlich und organisatorisch aufwendige statistische Verfahren z.B. mit Capture-Recapture Methoden geschehen [vgl. Kirschner, Kunert, Grünbeck et al. 1994].

[Siegrist, Joksimovic o.J.] erfasste 83 Projekte, von denen 42 Projekte mit konkreten Interventionsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten klassifiziert wurden. Von diesen 42 Projekten bezogen sich vier auf die Zielgruppe der Langzeitarbeitslosen. Entsprechend kann davon ausgegangen werden, dass der Anteil von Maßnahmen der Gesundheitsförderung, die sich auf die Gruppe der Arbeitslosen richten, auf höchstens 5% aller Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention geschätzt werden kann.

Abb. 19 Ergebnisse der Recherchen in der BZgA Projektdatenbank

EINFACHE RECHERCHE	Absolut	Prozent		Absolut	Prozent
	2619			2619	
Setting			Zielgruppen		
Betrieb	74	7%	Alleinerziehende	656	9%
Stadtteil	335	31%	Arbeitslose	631	8%
Kindergarten	211	19%	Asylbewerber	297	4%
Schule	475	43%	Äussiedler	488	6%
Summe	1095	100%	Bewohner sozialer Brennpunkte	656	9%
KA zu setting	1524		Eltern in Belastungssituationen	600	8%
Gesamt	2619		Flüchtlinge	197	3%
			Illegale	143	2%
			Kinderreiche Familien	447	6%
			Migranten	579	8%
			Migranten mit schlechten Deutschk.	418	5%
			Niedriger beruflicher Status	565	7%
			Niedriges Einkommen	774	10%
			Niedriger Schulbildung	589	8%
			Prostituierte	132	2%
			Strafgefangene	190	2%
			Obdachlose	260	3%
			Summe	7622	100%
Handlungsfeld			Angebotsart		
AIDS	493	5%	Beratungsangebot	181	6%
Alkoholkonsum	969	10%	Bildungsangebot, Schulungsprogramm	44	1%
Bewältigungsressourcen	1621	17%	Versorgungsangebot	318	10%
Ernährung	955	10%	Aktionstag	445	14%
Gewaltprävention	861	9%	Ausstellung	208	6%
Illegale Drogen	799	8%	Materialien	463	14%
Medikamentenkonsum	851	9%	Freizeitangebot	444	14%
Rauchen	653	7%	Gesundheitstag/woche	301	9%
Sexualverhalten	588	6%	Stadtteilarbeit	422	13%
Sport und Bewegung	699	7%	Veranstaltung	420	13%
Stressbewältigung	1116	11%	Summe	3246	100%
Unfallprävention	215	2%			
Summe	9820	100%			
KOMBINIERTER RECHERCHE					
Arbeitslose und Beratung	45	7%			
Arbeitslose und Gesundheit	11	2%			
Arbeitslose und Alkoholkonsum	5	1%			
Arbeitslose und Gesundheitsförderung	1	0%			
Arbeitslose und Stressbewältigung	0	0%			
Arbeitslose und Bewältigungsressourcen	0	0%			
Arbeitslose gesamt	631	100%			

Die niedersächsische Untersuchung kommt zu folgendem Schluss: „Die von uns recherchierten 74 Angebote richten sich an unterschiedliche Zielgruppen. Knapp ein Drittel

der Angebote richtet sich in erster Linie an Kinder und Jugendliche. Die häufigste Zusatznennung ist nicht, wie erwartet die Zielgruppe der Eltern sondern das Gemeinwesen. Die wichtigste "Nebenzielgruppe" ist die der Multiplikatorinnen und Professionellen, die immerhin 21, also von 28% der Träger genannt werden. Alte Menschen und Männer bzw. Jungen werden als Erstzielgruppe nicht, als Nebenzielgruppe je nur einmal genannt. Insgesamt zeigen die Studienergebnisse, dass geeignete Zugangswege zur Zielgruppe der sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppe existieren, nur eben nicht im Gesundheitsbereich selbst. Wir haben mit der Untersuchung aber auch herausarbeiten können, dass sich die Angebote für sozial benachteiligte Menschen nicht mit den von Armut betroffenen Bevölkerungsgruppen decken. Es wird deutlich, dass es "vergessene" Zielgruppen gibt, also Gruppen, für die ein Handlungsbedarf besteht, aber nur wenige oder gar keine Angebote. Hierbei handelt es sich um sozial benachteiligte Männer allgemein, männliche Jugendliche, Migrantinnen (auch besonders männliche), Arbeitslose (hier besonders mit Migrationshintergrund), alte Menschen und wohnungslose Frauen.“³³

Die Untersuchung in Baden-Württemberg wird folgendermaßen zusammengefasst: „Landesweite Impulse für Gesundheitsförderungsstrategien, die auf eine Verbesserung der gesundheitlichen Chancen für sozial benachteiligte Gruppen hinwirken, gingen vom Symposium "Soziale Ungleichheit als Herausforderung für Gesundheitsförderung" aus. Festgestellt wurde, dass bisherige Konzepte und Methoden überwiegend sozial integrierte, meist aus den mittleren und oberen sozialen Schichten erreichen. Deshalb sollte Gesundheitsförderung zukünftig auf neue Zielgruppen sowie neue Formen und Wege ausgeweitet werden, die sozial benachteiligte Gruppen im kommunalen Gemeinwesen erreichen. Auf überregionaler Ebene wurden vermehrter Austausch und stärkere Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft, Politik und Praxis angeregt.

Vor diesem Hintergrund hat das Sozialministerium Baden-Württemberg in Zusammenarbeit mit dem LGA 1996 eine Bestandsaufnahme von Projekten und Initiativen zu "Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten" erstellt. Es konnten 115 Projekte aus unterschiedlichsten Tätigkeitsfeldern erfasst werden mit den Schwerpunkten Kinder, Jugendliche und Migranten. Defizite waren hinsichtlich Projekten mit Sozialhilfeempfänger/innen, alten Menschen und stadtteilbezogenen Aktivitäten zu erkennen.“³⁴ Auch wenn hier Arbeitslose nicht explizit genannt werden, kann nicht davon ausgegangen werden, dass es sich hier um eine prioritäre Zielgruppen handelte.

Ingesamt ist damit davon auszugehen, dass sich Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention, die sich auf die Zielgruppe der Arbeitslosen richten, in einer Häufigkeit von höchstens ca. 5% finden. Projekte mit wirklichem Gesundheitsbezug dürften noch weit- aus seltener sein.

³³ http://www.gesundheit-nds.de/frames/arb_schwpkte/ArtikelArmutundGesundheit.html

³⁴ http://www.gesundheitberlin.de/content/aktivitaeten/a_g/kind/leykamm.html

3.5.2.2 Österreich

Am 25.02.1998 hat der Österreichische Nationalrat das von der SPÖ/ÖVP Koalition eingebrachte Gesundheitsförderungsgesetz mit Stimmenmehrheit beschlossen. Österreich reagiert damit nach der ASVG Regelung von 1992 und nach Deutschland (1989) und der Schweiz (1994) mit einer gesetzlichen Regelung auf die strukturellen und finanziellen Probleme in der Gesundheitsförderung und Prävention. Das Einbringen und die Verabschiedung des Gesetzes kann einerseits als relativ schnelle politisch-administrative Bearbeitung eines wissenschaftlichen und politischen Problemzusammenhangs begriffen werden, ist allerdings andererseits ohne das hohe Engagement gerade von führenden Persönlichkeiten auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung nicht zu erklären.

Das GfG-Gesetz regelt die Gesundheitsförderung in Österreich kurz und prägnant mit insgesamt fünf Paragraphen. Es bietet eine Rechts- und Handlungsgrundlage, Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu verstärken, um die Defizite in der Gesundheitsförderung und Prävention schrittweise abzubauen. Juristisch und finanziell basiert das Programm auf einer Fondslösung. Die finanziellen Mittel kommen aus dem Tabaksteueraufkommen.

Zunächst formuliert das Gesetz zwei übergeordnete Hauptziele:

- Erhaltung, Förderung und Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung
- Aufklärung und Information der Bevölkerung über vermeidbare Krankheiten und die diese beeinflussenden Faktoren

Diese Hauptziele sollen durch sechs Strategien bzw. Maßnahmen erreicht werden:

- Strukturaufbau von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention
- Entwicklung, und Durchführung von Programmen und Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention
- Entwicklung Durchführung von Programmen und Angeboten zur gesundheitlichen Aufklärung (Lebensstil, Prävention, Umgang mit chronischer Krankheit)
- Wissenschaftliche Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention, der Epidemiologie, Evaluation und Qualitätssicherung
- Fortbildung von Akteuren
- Koordination und Abstimmung mit anderen Einrichtungen

Die Durchführung dieser Aufgaben und Maßnahmen wird dem seit 1988 bestehenden Fonds Gesundes Österreich FGÖ übertragen. Das GfG-Gesetz sieht eine jährliche Gesamtausstattung des Fonds mit ca. 7,25 Mio. € vor. Insgesamt können für die Gesundheitsförderung und Primärprävention in den betrachteten drei Ländern Österreich, Deutschland und der Schweiz mit den jeweils geschaffenen Rechtsgrundlagen pro Kopf der Bevölkerung bzw. der Versicherten jährlich annähernd vergleichbare Beträge von 2,50 bzw. 2,10 € und 2,40 Schweizer Franken aufgewendet werden. Dies ist – wenn man so will – der derzeitige Finanzierungsstandard. Dabei muss bei den durch den FGÖ geförderten Projekten darauf hingewiesen werden, dass hier bei den Praxisprojekten

grundsätzlich nur eine anteilige Förderung durchgeführt wird, die im Mittel ca. 41% der Gesamtkosten ausmacht.

Der FGÖ hat in einem Dreijahresprogramm (1998-2001) die Handlungsfelder für Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich der Projektförderung nicht auf bestimmte Handlungsfelder oder Themen und auch nicht auf bestimmte Zielgruppen begrenzt. Damit ist insoweit bestimmte Projektförderungskriterien erfüllt sind zunächst prinzipiell jedes Thema oder Problem im Rahmen von Maßnahmen von Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention bearbeitbar.

In seinen jährlichen Schwerpunktprogrammen nimmt der FGÖ allerdings alternierende Schwerpunktsetzungen – wie im GfG-Gesetz vorgesehen – auf folgende Bevölkerungsgruppen vor:

1. Kinder und Jugendliche
2. Arbeitnehmer / Arbeitsplatz
3. Frauen in besonderen Lebenssituationen
4. Ältere Menschen
5. Chronisch Kranke
6. Besonders gefährdete und benachteiligte Gruppen

Diese Schwerpunktsetzung greift einmal die schon bestehenden Haupthandlungsfelder der Gesundheitsförderung und Prävention auf (1,2,3), ergänzt diese um Zielgruppen, die derzeit und zukünftig v.a. wegen der demographischen Entwicklung auch unter präventiven Gesichtspunkten hohe Herausforderungen an das Gesundheitswesen stellen (4,5) und schließt sich mit der sechsten Schwerpunktsetzung den auch wissenschaftlich begründeten Forderungen nach einer stärker sozialkompensatorisch ausgerichteten Gesundheitsförderung an. Dabei vermeidet sie aber eine prioritäre Bindung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention an den Abbau von sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit.

In der von uns durchgeführten Evaluation der Tätigkeit des FGÖ (1999-2001) [Kirschner, Elkeles, Kirschner 2003] konnte der Arbeit des FGÖ eine sehr hohe Aufgabenerfüllung attestiert werden. Dabei muss aber hier gleichwohl hinzugefügt werden, dass die von uns vorgefundenen Standards der Evaluation der Gesundheitsprojekte in der Mehrzahl nicht überzeugen konnten. Diese Situation ist u.a. einmal auch darauf zurückzuführen, dass der FGÖ – anders als z.B. die Schweizer Stiftung Gesundheitsförderung (s.u.) – im Dreijahresprogramm 1998-2001 eine sozusagen sehr „liberale Position“ zur Evaluation eingenommen hat. Zum Anderen ist hervorzuheben, dass die finanziellen Mittel für die Evaluation der Maßnahmen regelmäßig viel zu gering, wenn überhaupt vorhanden waren, um eine qualitativ auch nur einigermaßen befriedigende Evaluation überhaupt zu ermöglichen. Entsprechend wurde in unserem Gutachten eine zukünftig stärkere Berücksichtigung der Evaluation und ihrer Finanzierung zumindest für Großprojekte gefordert.

Bestandsaufnahmen zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für Gruppen mit sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit und Arbeitslosen in Österreich

In der durchgeführten Evaluation der Tätigkeit des FGÖ wurde u.a. auch eine Typologie von Zielgruppen und Maßnahmen der Gesundheitsförderungsprojekte erstellt.

Auf der Grundlage von 159 geförderten Praxisprojekten tritt die Zielgruppe der Arbeitslosen explizit gar nicht auf, auf sozial Benachteiligte richten sich weniger als 1% der Projekte. Allerdings hat der FGÖ – zumindest offiziell – auch nicht den Anspruch einer sozialkompensatorischen Gesundheitsförderung.

3.5.2.3 Schweiz

Die Schweiz hat mit der Stiftung 19 im Jahre 1994 – wie Deutschland 1989 – ebenfalls eine krankenkassenfinanzierte Regelung zur Gesundheitsförderung und Prävention geschaffen, allerdings die organisatorischen, praktischen und konzeptionellen Aufgaben an eine eigenständige Institution (Stiftung 19) vergeben. Nach einer Reihe von Anlaufschwierigkeiten wurde die Stiftung reorganisiert und in Schweizer Stiftung für Gesundheitsförderung umbenannt.

Gesundheitsförderung Schweiz arbeitet auf der Basis der Ottawa Charta von November 1986. Gestützt auf ihren gesetzlichen Auftrag nimmt Gesundheitsförderung Schweiz als gesamt-schweizerische Institution in bestimmten Bereichen der Gesundheitsförderung eine nationale Führungsrolle wahr; sie sucht dabei die Zusammenarbeit mit anderen aktiven Kräften der Gesundheitsförderung. Auch in der Schweiz gilt wie in Österreich der Grundsatz der nur anteiligen Projektförderung, ebenfalls finden sich hier Schwerpunktprogramme für Bewegung und Ernährung, Arbeit und Gesundheit sowie Jugendliche und junge Erwachsene.

Auch die Schweiz vermeidet damit eine prioritäre Bindung der Gesundheitsförderung an den Abbau sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit.

Hervorzuheben sind schließlich noch die praktikablen und insgesamt überzeugenden Anleitungen zur Projektevaluation,³⁵ die allerdings noch nichts über die Qualitäten der tatsächlich durchgeführten Evaluationsmaßnahmen aussagen.

Bestandsaufnahmen zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für Gruppen mit sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit und Arbeitslosen in der Schweiz

Die Schweizer Stiftung Gesundheitsförderung hat eine Projektdatenbank ins Internet gestellt. Gibt man dort (Juni 2003) den Suchbegriff „Arbeitslose“ ein, so finden sich drei von insgesamt 366 Projekten (0,8%).³⁶

³⁵ www.quint-essenz.ch

3.5.3 Zusammenfassung

Ein Vergleich der Entstehungsbedingungen, Rechtsgrundlagen und Umsetzungsbedingungen von Maßnahmen der Gesundheitsförderung in den drei untersuchten Ländern zeigt, dass:

- die – v.a. in Deutschland – an der Kritik an der Schulmedizin und medizinischer Prävention Ende der 70 er Jahre entstandene „Gesundheitsförderungsbewegung“ zwischenzeitlich eine hohe, auch politische Aufmerksamkeit erhält, die allerdings nach wie vor durch eine völlig unzureichende Finanzierung gekennzeichnet ist;
- dass „Gesundheitsförderung“ ein weites Feld darstellt, das sich präzise i.w. nur über die Abgrenzung zu primär risikofaktorenorientierten Verhaltensprävention definieren lässt. Theoretische Bezugnahmen auf Ottawa oder Antonovsky, oder andere Konzepte „ressourcenerhöhender Gesundheitsförderung“ und auch das setting bringen keine begriffliche Klarheit und keine hinreichende Klarheit z.B. hinsichtlich operationalisierbarer Ziele und der dafür erforderlichen Methoden. Nicht wenige Ansätze sind per se unspezifisch, womit sich erhebliche Anforderungen an die entsprechende Evaluation derartiger Maßnahmen stellen;
- die Abschaffung des § 20 SGB V im Jahr 1996 die praktische und theoretische Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung unterbrochen hat;
- die Neuregelung des § 20 SGB V allerdings zahlreiche Webfehler aufweist, zu denen i.w. zählen:
 - die nicht geregelte regionale Koordination von Projekten und Maßnahmen mit den zuständigen Ressorts auf Länderebene und in den Kommunen gerade im Bereich der sozialkompensatorischen Gesundheitsförderung, wo diese zweifellos unerlässlich ist;
 - das Fehlen von Incentives für einzelne Kassen bzw. Kassenarten an der Herstellung von regionalen Projektverbänden gerade in Zusammenhang mit der sozialkompensatorischen Gesundheitsförderung;
 - die Priorisierung der sozialkompensatorischen Gesundheitsförderung bei gleichzeitiger Behinderung Ihrer Entwicklung infolge eines Evidenzpostulats für Maßnahmen nach § 20 SGB V, das vor dem Hintergrund des internationalen Erfahrungsstandes hierzu als sehr hoch gegriffen bzw. als praktisch nicht einlösbar bezeichnet werden muss,
 - womit der relative Stillstand auf dem Gebiet der sozialkompensatorischen Gesundheitsförderung programmiert ist, da es die geforderte Evidenz zu derartigen Interventionen weltweit kaum und in Deutschland schon gar nicht

³⁶ <http://www.healthproject.ch/index.php?lang=de&partner=162>

gibt und die geringen Aktivitäten der Kassen hierzu nicht einfach ihrer delatorischen Haltung, sondern dieser Tatsache geschuldet sind.

- In Deutschland der Ausgleich sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit im Gesetz am deutlichsten ausformuliert ist. In Österreich und der Schweiz ist dieses Ziel nicht explizit formuliert;
- in Österreich und der Schweiz die Gesundheitsförderung durch den Fonds bzw. die Stiftung institutionell gut entwickelt ist, womit eine Grundlage für eine schrittweise Weiterentwicklung der Theorie und Praxis der Gesundheitsförderung geschaffen werden kann, während sich in Deutschland die Trägerschaften auf mehr als 300 Krankenkassen verteilen. Ob der jetzt und hier diskutierte Fonds eine praktikable Lösung darstellt, muss hier zunächst offen bleiben. Sicher könnte aus den Erfahrungen in Österreich und der Schweiz aber Einiges gelernt werden.
- sich die Praxis der Gesundheitsförderung in der Ausrichtung auf sozial Benachteiligte und auch Arbeitslose in den Ländern kaum unterscheidet und für Arbeitslose insgesamt mit einer Häufigkeit von deutlich weniger als 5% zu schätzen ist,
- womit sich gerade für Deutschland ein erheblicher Handlungsbedarf ergibt, wenn das Gesetz mit Leben erfüllt werden soll. Diesem Handlungsbedarf stehen aber – wie bereits ausgeführt – erhebliche konzeptionelle, instrumentelle, organisatorische, evaluative und auch finanzielle Probleme gegenüber.

Bei Wohlwollen gegenüber der Gesundheitsförderung muss aber noch einmal betont werden, dass die Gesundheitsförderung in allen drei untersuchten Ländern im Vergleich zu anderen Handlungsfeldern nach wie vor unzureichend finanziert ist und dass sie insgesamt immer noch als kleiner „player“ im Sozial- und Gesundheitssystem bezeichnet werden muss, auch wenn die „Rhetorik der Gesundheitsförderung“ oft das Gegenteil vermuten lässt (vgl. Kap. 4). Die Gesundheitsförderung versteht sich gerade in Deutschland als „Bewegung“, die allerdings hinsichtlich ihrer politischen Herkunft und Ausrichtung und der jeweils präferierten Maßnahmen äußerst heterogen ist.

Mit Blick auf die prinzipielle Frage nach einer möglichen Integration von Maßnahmen der Gesundheitsförderung in die Praxis der Arbeits- und Sozialämter wird so nur ein kleiner Teil der auf diesem Feld arbeitenden Akteure für diese Aufgaben in Frage kommen bzw. in Frage kommen wollen.

3.6 Zusammenfassung

Nicht „Arbeitslosigkeit und Gesundheit“ sondern „sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit“ ist international und national das Thema in der Sozialepidemiologie und z.T. auch in der Gesundheitspolitik. Im Rahmen dieser Diskussion konkurrieren die Arbeitslosen mit einer Vielzahl sozial benachteiligter Gruppen und werden dabei insgesamt eher randständig behandelt.

Das Ausmaß gesundheitlicher Belastungen und Beeinträchtigungen ist sowohl bei sozial Benachteiligten insgesamt wie auch bei Arbeitslosen deskriptivstatistisch durchgängig gut dokumentiert. Weniger gut ist der analytische Kenntnisstand in der Sozialepidemiologie zu Ursachen bzw. Bedingungsfaktoren der negativen gesundheitlichen Effekte, womit analytisch begründete Interventionsstrategien weitgehend fehlen. Belastbare Interventionskonzepte sind – mit Ausnahme von gezielten Strategien zur Bekämpfung der sozialen Ungleichheit selbst – nur in Ansätzen vorhanden. Überzeugende und sich bestätigende Hinweise zur Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Strategien zum Abbau sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit gibt es national und international nicht. So konnten in einer internationalen Literaturrecherche [Gepkens, Gunning-Schepers 1996] zwar fast hundert Interventionen gefunden werden, die jedoch spezifische gesundheitliche Effekte nicht oder nicht hinreichend dokumentierten bzw. evaluierten.

Deutschland spielt in dieser Gesamtdiskussion sowohl in der Wissenschaft als auch in der Politik nur eine untergeordnete Rolle.

Vor dem Hintergrund der recht unklaren Situation zur prinzipiellen Interventionsbarkeit der sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheit, die so i.w. nichts anderes darstellen können als ergebnisoffene Experimente, wird mit dem § 20 SGB V ein Evidenzpostulat der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen etabliert, das deren ex-ante Nachweis zur Voraussetzung der Finanzierung und Durchführung dieser Maßnahmen macht. Dies geht am wissenschaftlichen Erkenntnisstand in dieser Sache völlig vorbei. Auch bei spezifischen Interventionen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes von Arbeitslosen ist der Erkenntnisstand nicht viel überzeugender.

Der Versuch, grundsätzliche Möglichkeiten der Gesundheitsförderung bzw. gesundheitlicher Interventionen bei Arbeitslosen skizzierend zu entwickeln zeigt einen hohen Bedarf an weiterer Forschung und konzeptioneller Arbeit u.a. hinsichtlich:

- der Ziele
- der Zielgruppen und ihrer Erreichbarkeit
- der Methoden und Maßnahmen
- der Schwerpunktsetzungen
- der jeweiligen Bedarfe
- der Akzeptanz und potentiellen Inanspruchnahme
- der Art der Intervention (angebots/nachfrage oder bedarfsorientiert)
- der Frage nach kombinierten oder einfachen Interventionen hinsichtlich Gesundheits- und/oder Beschäftigungsförderung
- der institutionellen Anbindung und Trägerschaft
- der jeweiligen Evaluationskonzepte

Vor dem Hintergrund des hohen gesundheitlichen Interventionsbedarfs zeichnet sich bereits hier ab, dass die Gesundheitsförderung allein zwar als notwendiges aber letztlich nicht hinreichendes Instrument zur Verbesserung des Gesundheitszustandes von Arbeitslosen betrachtet werden kann.

Das SGB III schließt rechtlich Maßnahmen der Gesundheitsförderung nicht prinzipiell aus. Das BSHG sieht mögliche „gesundheitliche Hilfen“ sogar explizit vor.

Entsprechende Maßnahmen wurden und werden im Rahmen der Beschäftigungsförderung und u.a. im Rahmen der MoZArt-Vorhaben (Job-Center) zumindest im Ansatz (profiling, case-managemet) verstärkt durchgeführt.

Die Thematisierung von „Gesundheit“ im behördlichen Kontext des Arbeits- oder Sozialamts muss aber zunächst – vergleichbar dem Arbeitsverhältnis – als schwierig bezeichnet werden und ist u.E. grundsätzlich ambivalent, weil es eine gezielte positive Beeinflussung des Gesundheitszustandes ebenso beinhalten kann, wie zusätzliche Stigmatisierung, Viktimisierung und Sanktionierung.

In der Praxis stehen im Jahr 2003 entsprechende Interventionen allerdings eher ganz am Anfang und sind überdies i.d.R. auch schlecht dokumentiert. Die eher zögerliche Einführung gesundheitsberatender oder gar gesundheitsfördernder Maßnahmen ist u.E. auf bestehende Akzeptanzprobleme bei Akteuren und Klienten, die relative Unbekanntheit gesundheitlicher Ansätze zumindest in den Arbeitsämtern und die unzureichende Infrastruktur auf diesem Gebiet zurückzuführen.

Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen ist in der organisierten Gesundheitsförderung nur ein sehr randständiges Thema. Dies gilt auch und gerade in Deutschland, wo mit dem § 20 SGB V spezifisch sozialkompensatorische Maßnahmen festgeschrieben sind.

Während in Österreich (1998) und auch in der Schweiz (1994) durch recht einfache Gesetze und Organisations- (Fonds, Stiftung), sowie Finanzierungsformen (Prinzip der nur anteiligen Projektförderung) sich auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung ein recht guter und zügiger Entwicklungsprozess abzeichnet, ist die Situation in Deutschland einmal gekennzeichnet durch anhaltende Konzeptionen und Diskussionen von (besseren) Zukunftsentwürfen (Gesundheitsziele, Präventionsgesetz, Fonds) und den Nachwirkungen der vielfach mangelhaften Neufassung des § 20 SGB V im Jahr 2000. Dazu zählt im Besonderen:

- die nicht geregelte regionale Koordination von Projekten und Maßnahmen mit den zuständigen Ressorts auf Länderebene und in den Kommunen gerade im Bereich der sozialkompensatorischen Gesundheitsförderung, wo diese zweifellos unerlässlich ist;
- das Fehlen von Incentives für einzelne Kassen bzw. Kassenarten an der Herstellung von regionalen Projektverbänden gerade in Zusammenhang mit der sozialkompensatorischen Gesundheitsförderung;
- die Priorisierung der sozialkompensatorischen Gesundheitsförderung bei gleichzeitiger Behinderung Ihrer Entwicklung infolge eines Evidenzpostulats für Maßnahmen nach § 20 SGB V, das vor dem Hintergrund des internationalen Erfahrungsstandes hierzu als sehr hoch gegriffen bezeichnet werden muss,

- womit der relative Stillstand auf dem Gebiet der sozialkompensatorischen Gesundheitsförderung programmiert ist, da es die geforderte Evidenz zu derartigen Interventionen weltweit kaum und in Deutschland schon gar nicht gibt und die geringen Aktivitäten der Kassen hierzu nicht einfach ihrer deklorativen Haltung, sondern dieser Tatsache geschuldet sind.

Die Gesundheitsförderung in Deutschland ist ein heterogenes Gebilde, das sich konzeptionell in der Mehrzahl auf den sozialemanzipatorischen Charakter der Gesundheitsförderung nach Ottawa beruft.

Im Rahmen der Gesundheitsförderung in Job-Centern muss also erst mal die Beschäftigungsförderung nach Hartz mit der Gesundheitsförderung nach Ottawa zusammengebracht werden. Dies ist keine leichte Aufgabe.

Auch das personelle, organisatorische und qualifikatorische Bild der organisierten Gesundheitsförderung ist sehr heterogen, so dass neben der erforderlichen weiteren Forschungs- und Entwicklungsarbeiten auch Infrastrukturaufbaumaßnahmen erforderlich sein werden, wenn man entsprechende Maßnahmen in einem breiteren Raum umsetzen will.

Schließlich ist auch darauf hinzuweisen, dass die finanziellen Ausgestaltungsmöglichkeiten entsprechender Projekte im Rahmen des § 20 SGB V keinesfalls als überwältigend zu bezeichnen sind, so dass auch gewisse finanzielle Limitierungen bestehen.

Insgesamt steht die Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen damit derzeit vor einer Fülle noch zu klärender Fragen und Probleme. Zum eher grundsätzlichen Problem gehört sicher das Evidenzpostulat in Zusammenhang mit dem § 20 SGB V, das den zwingend erforderlichen Entwicklungs-, Erprobungs- und Lernbedarf in völliger Fehleinschätzung der hierzu vorliegenden internationalen und nationalen Evidenz zur Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Interventionen zum Abbau sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit bzw. zur Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen entscheidend behindert, statt ermöglicht und befördert.

Insgesamt erweisen sich gesundheitliche und gesundheitsfördernde Interventionen bei Arbeitslosen international und auch in Deutschland derzeit als ein schwieriges Feld. Dies gilt u.a. für:

- die geringe wissenschaftliche Evidenz für erfolgreiche Interventionen
- die prinzipiellen Interventionsansätze
- die Bedarfe
- Ziele, Zielgruppen und Maßnahmen
- Akzeptanz und Inanspruchnahme
- Umsetzungsbedingungen, institutionelle Anbindung, Trägerschaft
- Komplexe Evaluationsdesigns

Insgesamt ist bei dieser Ausgangslage also von einer nur ganz geringen Praxis gesundheitlicher Interventionen bzw. der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen auszugehen, wie sich auch ein nicht unerheblicher Forschungs- und Konzeptionsbedarf zeigt.

4 Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten und Arbeitslosen – Thematisierung und Programme

Wenn die im Kapitel 3.3.1 beschriebenen Entstehungsbedingungen von Interventionen zutreffen, so kann die im Ergebnis „dürftige Praxis“ der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten und v.a. bei Arbeitslosen zunächst auf das nicht erfolgreiche Durchlaufen sowohl der wissenschaftlichen und politischen Thematisierungs- als auch der administrativen Entscheidungsprozesse zurückzuführen sein. Im vorliegenden Kapitel soll gezeigt werden, ob und wenn ja wie das Thema „sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit“ im Allgemeinen und „Arbeitslosigkeit und Gesundheit sowie Gesundheitsförderung“ im Besonderen thematisiert und ob es in politische Programmatik umgesetzt wird. Die von uns bewusst vorgenommene Trennung zwischen Thematisierung, politischer Programmatik einerseits und konkreter Projektrecherche andererseits (Kap. 5) ist der Tatsache geschuldet, dass gerade auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention häufig nur noch schwer zu eruieren ist, ob die allgegenwärtige Thematisierung und auch Rhetorik hinreichend durch konkrete Praxis unterlegt ist, ein Problem das vielleicht am deutlichsten am Netzwerk Gesunder Städte sichtbar wird.³⁷

4.1 Thematisierung

Die Frage der Thematisierung dieser Zusammenhänge wollen wir analytisch auf die WHO, die EU und Deutschland beschränken.

4.1.1 WHO

In der Thematisierung des Zusammenhangs „soziale Benachteiligung und Gesundheit“ spielt – wie zu erwarten – die WHO die wichtigste Rolle. Im Rahmen der Strategie „Gesundheit für Alle“ wurden schon 1977 die bekannten Forderungen nach Chancengleichheit und Gesundheit für Alle aufgestellt und 1984 in Zusammenhang mit der Formulierung von Gesundheitszielen als erstes Ziel gefordert, „die derzeit bestehenden Unterschiede (-) zwischen verschiedenen Gruppen innerhalb der Länder um mindestens 25%

³⁷ Dies stellt im übrigen keine Fundamentalkritik am Netzwerk Gesunder Städte dar, deren in der Regel hochmotivierten Akteure sich in einem Spannungsfeld hoher politischer Wertschätzung auf Seiten der politischen Administration bei gleichzeitiger geringster finanzieller Unterstützung bewegen. So ist beispielsweise das Land Berlin im Jahr 2002 dem Netzwerk beigetreten, ohne dass über den Mitgliedsbeitrag hinaus nennenswerte Mittel dafür in den Haushalt eingestellt worden sind.

(-) zu verringern“ [Mielck 2000]. In Erklärungen von 1991 und 1999 werden diese Forderungen bekräftigt.³⁸

Das Problem (auch) dieser WHO-Forderungen ist aber – worauf Mielck richtig hinweist –, dass erstens die Verbindlichkeit, mit denen die einzelnen Mitgliedstaaten (der europäischen) WHO-Region sich diesen Forderungen anschließen, indem sie diese Ziele verabschieden und entsprechende Politiken in Gang setzen, recht unklar ist und zweitens – u.E. noch wichtiger –, die finanziellen und personellen Ressourcen der WHO bzw. des WHO Regionalbüros für Europa gering sind, so dass eine wissenschaftliche und praktische Weiterentwicklung des Problemzusammenhangs durch Forschung, Intervention und Evaluation von dieser Seite in ausreichendem Maße nicht erwartet werden kann.

So bleiben WHO-Forderungen – wie Mielck etwas ernüchtert feststellt – nicht mehr als ein Erinnerungsposten an Regierungen, sich an Beschlüsse zu halten und „sich für das in dieser Strategie enthaltene Ziel gesundheitlicher Chancengleichheit in der Bundesrepublik einzusetzen“ [Mielck, a.a.O. S. 309]. Gleichwohl ist und bleibt es natürlich der Verdienst der WHO, diese Diskussion angeregt zu haben und am Laufen zu halten.

4.1.2 Europäische Ebene

Neben der WHO ist das Thema bereits seit Jahren Gegenstand von Diskussionen und Maßnahmen der EU-Kommission. Artikel 136 und 137 des Vertrags von Amsterdam, der 1999 in Kraft trat, sehen vor, dass die Bekämpfung der sozialen Ausgrenzung eines der Ziele der EU-Sozialpolitik sein sollte. Auf dem Lissaboner Gipfel im Jahr 2000 wurde vereinbart, die Beseitigung der Armut bis 2010 entscheidend voranzubringen. Auch wurde vereinbart, dass die Zusammenarbeit in diesem Bereich auf dem "offenen Koordinierungsverfahren" (gemeinsame Ziele, nationale Aktionspläne, gemeinsamer Bericht von Kommission/Rat) basieren sollte. Auf dem Gipfel in Göteborg wurden dieses Jahr ferner die Beitrittsländer ermutigt, die Erfahrungen der Mitgliedstaaten, die im gemeinsamen Bericht dargelegt sind, zu nutzen.

In dem im Oktober 2001 vorgelegten Bericht heißt es u.a.:

„Der Bericht bestimmt eine Reihe von Risikofaktoren, die das Armutsrisiko erhöhen. Dazu gehören: Langzeitarbeitslosigkeit; langfristige Abhängigkeit von niedrigen Einkünften, von unqualifizierter Beschäftigung; geringe Qualifikation und Schulabbruch; Aufwachsen von Kindern in sozial schwachen Familien; Behinderung; schlechter Gesundheitszustand; Drogenmissbrauch und Alkoholismus; Leben in mehrfach benachteiligten Gebieten; Wohnungslosigkeit und unzureichende Wohnverhältnisse; Einwanderung, ethnischer Hintergrund und Gefahr von Rassismus und Diskriminierung“ [EU Bericht über die soziale Eingliederung, o.J.].

Der Bericht bestimmt acht große Herausforderungen, die von den meisten Mitgliedstaaten in größerem oder geringerem Umfang angenommen werden. Darunter steht die

³⁸ Wir fassen uns hier kurz. Einzelheiten sind im zitierten Artikel von Mielck nachzulesen.

„Schaffung eines integrativen Arbeitsmarkts und Förderung der Beschäftigung als Recht und Möglichkeit für alle Bürger“ an erster Stelle.

Im Bericht heißt es, „dass alle Mitgliedstaaten in ihren Strategien die vier gemeinsamen Ziele berücksichtigen, die vom Europäischen Rat in Nizza vereinbart wurden: Erleichterung des Zugangs aller zu Ressourcen, Rechten, Gütern und Dienstleistungen; Vermeidung der Risiken der Ausgrenzung; Maßnahmen zugunsten der sozial am stärksten gefährdeten Personen; Mobilisierung aller Akteure. Jedoch sind hinsichtlich des Bemühens um die Entwicklung eines strategischen und integrierten Ansatzes zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung einschließlich der Festlegung von mittel- bis langfristigen Zielen beträchtliche Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten festzustellen“[ebd.]. Der von der Kommission genehmigte Bericht stellt als gute Beispiele eines strategischen Ansatzes die nationalen Aktionspläne der Niederlande, Dänemarks und Frankreichs heraus.

Gegenüber der WHO zeichnen sich die Aktivitäten und Maßnahmen der EU durch eine gar nicht vergleichbare solide finanzielle Ausstattung aus, da alle EU-Aktivitäten letztlich am Ziel der Sicherung und Weiterentwicklung des Wirtschaftsstandortes Europa im globalen wirtschaftlichen Wettbewerb und dem Abbau von zwischenstaatlichen Disparitäten orientiert sind. Dabei wird das Thema Arbeitslosigkeit und Langzeitarbeitslosigkeit an prioritärer Stelle thematisiert. Hinsichtlich der Verbindlichkeit, mit der Beschlüsse der EU von den einzelnen Regierungen auch umgesetzt werden, gibt es allerdings vielfältige Unklarheiten und Probleme. Nicht selten stehen die von einzelnen Regierungen verfolgten Politiken in diametralem Widerspruch zu den Erkenntnissen oder sogar Beschlüssen der EU-Kommission bzw. ihrer verschiedenen Gremien.

So heißt es in einer Internetseite der EU (Beschäftigung und soziale Angelegenheiten) im Jahr 2002: *„Die Ergebnisse einer großen Anzahl neuer Studien stimmen darin überein, dass das Niveau der Arbeitslosigkeit einen Einfluss auf spätere Zunahmen der Sterblichkeit hat. Neue Literatur zeigt auch, dass eine erhöhte Gesamtbeschäftigung ein Weg ist, die Gesundheit von Personen zu verbessern. Aktive arbeitsmarktpolitische Maßnahmen, die zu erhöhter Beschäftigung führen, verbessern die Gesundheit von Personen.“*³⁹ Die aktuelle Politik der Bundesanstalt für Arbeit steht in deutlichem Gegensatz hierzu (vgl. Kap. 3.4.3).

4.1.3 Deutschland

Wurde das Thema soziale Ungleichheit und Gesundheit bis in die achtziger Jahre des letzten Jahrhunderts eher randständig behandelt (vgl. Kap. 3.1.2), ist seit Beginn der 90er Jahre bis heute eine stetige Zunahme der wissenschaftlichen und politischen Diskussion wie auch der medialen Berichterstattung festzustellen. So kann Mielck [2002] in einer Analyse wissenschaftlicher Publikationen mit empirischen Ergebnissen zum Problemzusammenhang von 1950 bis 1999 eine stetige Zunahme verzeichnen, die 1998 knapp 40 und 1999 knapp 30 Publikationen umfasst. In einer „vermutlich nicht voll-

³⁹ http://europa.eu.int/comm/employment_social/news/2002/may/unempl_de.html

ständigen“ Übersicht von 1990 bis 1999 zählt er insgesamt 22 Veranstaltungen, die sich diesem Thema widmen. Der wohl größte und im Jahr 2002 bereits zum achten Mal durchgeführte Kongress ist dabei der von Gesundheit Berlin e.V. veranstaltete zweitägige Kongress „Armut und Gesundheit“, dessen letztjähriges Programm allein 19 Seiten umfasste.

Am Beispiel dieses Kongresses wollen wir nun die wesentlichen Probleme der Thematisierung des Zusammenhangs benennen, die zweifellos grundsätzlich auch für andere Veranstaltungen dieser Art gelten.

Das Tagungsprogramm mit dem Titel „Orte der Gesundheitsförderung“ ist nach folgenden Hauptthemengebieten gegliedert, die jeweils die in Klammern stehenden Beiträge umfassen:

1.	AIDS und Armut	(5)
2.	Altersarmut und Gesundheit	(9)
3.	Arbeit und Armut	(3)
4.	Arbeitslosigkeit und Gesundheit	(5)
5.	Behinderung und Armut	(5)
6.	Daten und Taten (Berichterstattung und Ziele)	(8)
7.	Disease Management	(5)
8.	Frauen und Armut	(10)
9.	Gesundheitsförderung	(11)
10.	Gesundheitsziele und gesundheitliche Chancengleichheit	(8)
11.	Armut bei Kindern und Jugendlichen	(17)
12.	Migration	(16)
13.	Patienteninformation	(12)
14.	Soziale Stadt	(14)
15.	Sozialhilfe	(1)
16.	Sucht und Armut	(8)
17.	Gesundheitliche Versorgung Wohnungsloser	(7)
	Summe	144

Das Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit macht damit 4% aller Beiträge aus. Von diesen absolut fünf Beiträgen stellen vier Beschreibungen tatsächlicher Interventionsprojekte dar, ein Beitrag behandelt den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit bei Migranten. Im Themenbereich „Gesundheitsförderung“ wird das Thema „Arbeitslosigkeit und Gesundheitsförderung“ explizit nicht behandelt.

Auch wenn sich die Bedeutung, die ein bestimmtes Themengebiet auf einer Tagung zugewiesen bekommt, nicht unbedingt nach objektiven Kriterien – z.B. der gesellschaftlichen Bedeutung eines Problems – bemessen lässt, so erscheint uns doch der geringe Anteil von Beiträgen zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit dem tatsächlichen Problem nicht angemessen. Dass dies kein Ausnahmefall ist, zeigt auch die 1998 in Magdeburg durchgeführte Tagung „Neue Partner für Gesundheit“, in der das Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit ebenfalls nicht vorrangig thematisiert wurde [Geiger, Kreuter 2000]. Viel problematischer ist aber, dass im Hauptthemengebiet der Gesund-

heitsförderung die spezifischen Probleme der sozialkompensatorischen Gesundheitsförderung nicht angesprochen werden. Insgesamt bleibt so – trotz des hohen wissenschaftlichen Sachverstandes, der sich auf dieser Tagung regelmäßig versammelt – die Gelegenheit für eine zielgerichtete Weiterentwicklung der auch wissenschaftlichen Diskussion nahezu ungenutzt.

Aber noch etwas anderes zeichnet derartige Kongresse aus, wobei wir hier Eva Luber zitieren wollen, der als Mitglied des erweiterten Vorstands des Kongressausrichters gewiss keine unbillige Kritik unterstellt werden kann. Sie schreibt über den 7. Kongress: „Prominente Politikerinnen für die Einführungs- und Abschlussveranstaltungen einzuladen, gehört zu den Gepflogenheiten der Armutskongresse. Das wertet den Kongress auf, lockt die Medien an und ist etwas langweilig. (-) Anders als die Vorredner/innen, die für ihre politischen Gliederungen oder Behörden zu sprechen haben, kann ich einige Dinge ansprechen, die für die geladenen Gäste unpassend gewesen wären (-).“ [Luber 2002, S. 158]

Als engagierte Mentorin der Gesundheitsförderung spricht sie die dann wesentlichen Probleme treffend an:

- die sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit nimmt zu,
- die Probleme werden durch die Politik nicht angepackt,⁴⁰
- die Krankenkassen brauchen zur Einleitung sozialkompensatorischer Maßnahmen zu lange Zeit,
- die Gesundheitsförderung ist in allen Bereichen (hoffnungslos) unterfinanziert,
- erforderlich sind gesicherte Rahmenbedingungen der Finanzierung,
- die Festlegung von Gesundheitszielen ist notwendig,
- die Evaluation von Maßnahmen muss verbessert werden,
- es müssen zukünftig nicht nur Projekte gefördert werden, sondern auch die Weiterentwicklung von Methoden.

Dem kann nur zugestimmt werden. Aber warum dürfen diese Themen nur von ihr angesprochen werden? Hierbei und bei der von Luber formulierten Frage: „Wie können wir sicherstellen, dass unsere gesundheitsfördernden Strategien diejenigen erreichen, für die sie gemeint sind?“ scheinen Grundprobleme derartiger Tagungen, ja Grundprobleme der gesamten Gesundheitsförderungsbewegung angesprochen, wie sie Trojan schon 1995 zutreffend beschrieben hat: die Unschärfe des Begriffs und die Situation eines schwachen Handlungsträgers bei gleichzeitiger zumindest „verbaler Omnipotenz“ der Gesundheitsförderung als Heil- und Hilfsmittel in allen Lebens- und Soziallagen. Trojan [1995] schreibt: „Manchmal erscheinen die Konzepte „Gesundheit“ oder „Gesundheitsförderung“ wie Seifenblasen, die – will man sie greifen – zerplatzen. Weder in der Wissenschaft noch in der Praxis lassen sich scharfe, präzise Füllungen ausmachen. Die Begriffe haben oft Vehikelfunktion für alle möglichen Inhalte, – von der Propagierung einzelner Medikamente über die Beeinflussung individuellen Verhaltens bis zum Um-

⁴⁰ „Aber reicht es für eine Regierung, die angetreten ist, die gesundheitliche und soziale Ungleichheit zu verringern, wenn ein Thema am Köcheln bleibt?“[ebd.]

bau von Politik und Gesellschaft. Der beliebige Gebrauch und die Überfrachtung als Folge der hohen Legitimität und des schillernden Nimbus des Gesundheitsideals führen aber paradoxerweise letztendlich zu einer Entleerung der Begriffe, zu „Leerformeln“, denen keinerlei aufklärerischer Gehalt oder mobilisierende Kraft mehr innewohnt. Gesundheit verkommt zu einem Plastikwort (-). Vielleicht aufgrund des zuerst genannten Punktes gibt es Probleme mit den (gewünschten) Hauptakteuren: Die netzwerkunterstützende Verhältnismodifikation wartet tendenziell auf „das Volk“ als Hauptakteur für die Durchsetzung von mehr Gesundheit; die politikbeeinflussende Prävention setzt tendenziell auf „die Politik“, in beiden Fällen halten sich die Mobilisierungs- und Aktivierungserfolge bisher in eher bescheidenen Grenzen. Unter diesen Umständen können sich kontraproduktive Effekte für einige zentrale Anliegen der Gesundheitsförderung einstellen. (-) Erreichen wir statt Gegenwehr von Betroffenen, Bürgerbeteiligung, Konsumentenschutz und Nutzerkontrolle nicht häufig das Gegenteil? (-)“ [Trojan, 1995 S. 124-125].

Wer sich in der Praxis der Gesundheitsförderung auskennt, weiß, dass die finanziellen, personellen und oft auch qualifikatorischen Ressourcen (z.B. hinsichtlich der Evaluation von Maßnahmen) der dortigen Handlungsträger in Wirklichkeit gar nicht ausreichen, auch nur einen Teil der mit den Themen angesprochenen Probleme zu schultern. Die Handlungssituation der meisten Akteure auf diesem Feld ist gekennzeichnet durch hohen Idealismus in der Sache, hohe Motivation, i.d.R. hohe Wertschätzung durch die Spitzen der politischen oder institutionellen Administration bei gleichzeitig personell verschwindend geringer Bedeutung im Verhältnis zu den jeweiligen institutionellen Hauptaufgaben und i.d.R. völlig unzureichender Finanzierung. Diese Handlungssituation führt – wenn dies überhaupt gelingt⁴¹ – zum Start von Projekten, die schon in der Konzeption und Durchführung suboptimal und fehlerhaft sind, womit eine Evaluation häufig schon praktisch nicht mehr sinnvoll ist, ganz abgesehen davon, dass die Evaluationsbudgets – wenn sie in nennenswertem Umfang überhaupt existieren – regelmäßig viel zu klein bemessen sind, um eine belastbare Evaluation durchführen zu können.

Auch das jenseits von großen Kongressen institutionalisierte themenspezifische Arbeitskreiswesen führt nicht immer bzw. eher selten zu praktischen und umsetzbaren Projekten. Aber noch etwas kommt – mit Blick auf die Ursprünge der Gesundheitsförderung in Deutschland, die Gesundheitstage – dazu: aus einer sozialen Bewegung, die mit gegentendenziellen Politikentwürfen „Betroffene“ zum selbständigen, gemeinsamen Handeln ermuntern konnte, sind Vereine und Gruppen geworden, die hehre und hohe, praktisch nicht kritisierbare Ziele verfolgen, deren begrenzte politische und auch finanzielle Macht und Kraft aber weitgehend gerade ausreicht, die Basisfinanzierung ihrer Institution zu sichern und ggf. einige Vorzeigeprojekte am Laufen zu halten. Der Schulterchluss, der so mit der herrschenden Politik gemacht wurde, führt zwar zu Gruß-, Eröffnungs- und Schlussworten der jeweils agierenden Gesundheitspolitiker,

⁴¹ So bemühte sich z.B. ein in Berlin institutionalisierter Arbeitskreis über einen Zeitraum von 3 Jahren, fünf ausgewählte Projekte zur Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen zu konzipieren und umzusetzen. Diese Projekte sind derzeit noch nicht einmal konzeptionell fertiggestellt.

dies jedoch zu einem nicht geringen Preis: In einer Zeit des Leistungsabbaus im Gesundheits- und Sozialbereich kann mit programmatischen Ankündigungen und politischen Forderungen der Minister und Staatssekretäre das Gegenbild der „schlechten Welt“ gezeichnet werden: Orte der Gesundheitsförderung, Gesunde Stadt. So besteht die Gefahr, dass mit der Thematisierung und Fokussierung von Problemen der eigentliche Zweck dieser Bemühungen sich ins Gegenteil verkehrt. Die primäre Botschaft ist nicht: „was ist nun zu tun?“, die primäre Botschaft lautet „wir tun bereits etwas“, oder „haben dies zumindest vor“.

4.1.4 Zusammenfassung

Insgesamt kann damit derzeit von einer ausreichenden Thematisierung des Themas „soziale Ungleichheit und Gesundheit“ ausgegangen werden, die in der Tendenz bereits Züge der Diskussion des immer Gleichen anzunehmen droht, wobei die zentrale Frage, wie, womit und mit wem praktikable und ausreichend finanzierte Interventionen zur Verringerung der beschriebenen Probleme zwar gestellt, aber nicht hinreichend beantwortet ist. Hierfür sind die im Bereich der Gesundheitsförderung vielfach vorfindlichen suboptimalen Organisations-, Handlungs- und v.a. Finanzierungsstrukturen verantwortlich. Im Gesamtkontext der Diskussion der von sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit betroffenen Bevölkerungsgruppen wird die Gruppe der Arbeitslosen allerdings deutlich unterthematziert.

4.2 Programme zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit, Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Da zwischen der politischen Thematisierung eines gesellschaftlichen Problemfeldes und seiner Umsetzung in politische Ziele oder Programme i.d.R. ein nicht unerheblicher „Zeitlag“ besteht,⁴² ist eher nicht zu erwarten, dass zumindest in Deutschland das Thema „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“ und noch weniger das Thema „Arbeitslosigkeit und Gesundheit“ in größerem Umfang Gegenstand von gesundheitlichen Zielbestimmungen oder politischer Programmatik geworden ist. Für Deutschland kommt noch erschwerend hinzu, dass die Bemühungen um eine Definition von Gesundheitszielen auf nationaler Ebene noch nicht abgeschlossen sind, so dass wir uns auf die diesbezügliche Analyse der Gesundheitsziele der Bundesländer beschränken müssen, in denen bereits Gesundheitsziele formuliert worden sind.⁴³

Der Begriff des Programms hat in diesem Kapitel zwei Bedeutungen: Programme im Sinne politischer Zielbestimmung und Programme zur finanziellen Förderung von For-

⁴² Dass dies nicht immer so sein muss, zeigt aber die relative schnelle politisch-administrative Reaktion z.B. auf das AIDS Problem in den 80er Jahren, wo zwischen Thematisierung, politischer Programmatik und dem Start von Interventionen ein Zeitraum von nur knapp vier Jahren zu konstatieren ist. [Kirschner 1987]

⁴³ Es sei aber auch darauf hingewiesen, dass die bloße, wenn auch nicht einfache Ableitung von Gesundheitszielen noch sehr wenig, wenn nicht gar nichts über die zur Erreichung dieser Ziele in Gang gesetzte Politik aussagt. Dies betrifft sowohl die Inhalte und Maßnahmen als auch die Finanzierung dieser Politiken.

schungs- und Praxisprojekten, die i.d.R. eben Resultate erfolgreicher Thematisierung und Zielbestimmung sind.

4.2.1 Gesundheitsziele der Bundesländer als Beispiel politischer Programmatik

Unter den zehn im Jahr 1995 verabschiedeten Gesundheitszielen in Nordrhein-Westfalen findet sich ein explizit auf den Abbau gesundheitlicher Ungleichheit ausgerichtetes Ziel nicht [MFJFG 2001].

Die Hamburger Gesundheitsziele beschränken sich auf Kinder und Jugendliche. Auch hier findet sich eine Thematisierung von sozialer Lage und Gesundheit nicht [Hamburger Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung 2003].

Dies gilt auch für die Gesundheitsziele in Sachsen – Anhalt (1998) [MASG, 1998] und Berlin (1996) [Bergmann et al. 1996], wobei Letztere nicht Ergebnis eines parlamentarischen Verfahrens darstellen, vielmehr Ergebnis eines Forschungsvorhabens sind. Die Gesundheitsziele in Mecklenburg-Vorpommern sind ebenfalls wie in Hamburg auf Kinder und Jugendliche ausgerichtet. Allerdings wird hier das Thema „soziale Ungleichheit“ zumindest angesprochen.⁴⁴

Insgesamt ist also festzustellen, dass in den wenigen gesundheitlichen Zielformulierungen einzelner Bundesländer der Zusammenhang zwischen „sozialer Ungleichheit und Gesundheit“ in der Mehrzahl nicht thematisiert wird und dass das Thema „Arbeitslosigkeit und Gesundheit“ überhaupt nicht vorkommt, z.T. weil es in Ausrichtung der Gesundheitsziele auf die Gruppe der Kinder und Jugendliche gar nicht vorkommen kann.

Diese deutsche Situation kontrastiert damit erheblich zur Situation z.B. in Großbritannien, wo die Regierung Blair 1999 den Abbau sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit zu einem prioritären Ziel im Rahmen von Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung und der gesundheitlichen Versorgung erklärt. Schon im Vorwort wird dabei auch die Gruppe der Arbeitslosen angesprochen.

“This White Paper sets out how we propose to save lives, promote healthier living and reduce inequality in health. That will require action by Government, by local organisations and by individuals. Some of the factors which harm people's health are beyond the control of any single individual. Like air pollution, unemployment, low wages, crime and disorder, poor housing. So, in co-operation with local councils, the NHS, and local voluntary bodies and businesses, the Government must take action. And we are – right across the board. Tackling joblessness through the New Deal, ending low pay through the National Minimum Wage, improving housing by our housing investment and energy saving programmes, reducing crime and disorder, reducing air and noise pollution and through modern transport policies. And that has been achieved only by a co-operative effort right across Government. We reject the view that nothing can be done to improve the health of the worst off “ [Secretary of State for Health UK 1999].

⁴⁴ <http://www.sozial-mv.de/pages/Rede20.htm>

Es ist also festzustellen, dass in Deutschland das Thema „soziale Ungleichheit und Gesundheit“ weder von der Bundesregierung noch von Landesregierungen politisch-programmatisch häufig, das Thema „Arbeitslosigkeit und Gesundheit“ bisher überhaupt nicht thematisiert wird.

Auch wenn es an dieser Stelle nicht darum gehen kann, die offensichtlich erheblichen Unterschiede in der grundlegenden Orientierung von Gesundheitszielen zwischen Staaten – und hier Deutschland und Großbritannien – zu erklären, so kann – wenn man einmal die USA, Großbritannien und Deutschland vergleicht – doch vermutet werden, dass es einen Zusammenhang in der Stärke der auch politischen Thematisierung des Zusammenhangs sozialer Ungleichheit bzw. auch von Arbeitslosigkeit und Gesundheit derart gibt, dass:

1. im Falle der Zugehörigkeit zu sozial benachteiligten Gruppen und auch bei Arbeitslosigkeit vielfach bereits die medizinische Basisversorgung in Frage gestellt oder eingeschränkt ist, wie in den USA [Porter 1983].
2. wie im Falle von Großbritannien die bestehenden Zugangsprobleme zu gesundheitlichen Leistungen und die insgesamt geringere Qualität der Leistungserbringung sich bei der Zugehörigkeit zu sozial benachteiligten Gruppen noch verschärfen.
3. demgegenüber in Deutschland mit der Zugehörigkeit zu sozial benachteiligten Gruppen, v.a. nicht im Fall von Arbeitslosigkeit, keine Restriktionen in der Möglichkeit der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen verbunden sind und eine per se unterschiedliche Versorgungsqualität bei Zugehörigkeit zu diesen Gruppen im medizinischen System – jedenfalls derzeit – (noch) nicht prinzipiell unterstellt werden kann.

Wenn dem so wäre, bedeutet dies pointiert formuliert, dass gerade die mit der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland immer noch verbundene Absicherung des Risikos von Krankheit eine stärkere Thematisierung des Zusammenhangs von Arbeitslosigkeit und Gesundheit erschwert. Denn es geht hier eben nicht um die Sicherung von Basisversorgungsleistungen, vielmehr um die *zusätzliche* Bereitstellung von auch präventiven und gesundheitsfördernden Leistungen gegen negative gesundheitliche und soziale Entwicklungen, die sich aus der spezifischen Situation der Arbeits- und Langzeitarbeitslosigkeit ergeben, welche geeignet erscheinen, eben diese gesundheitlichen Fehlentwicklungen zu verhindern und ggf. zusätzlich geeignet sind, die Wiederbeschäftigungsmöglichkeiten zu erhöhen.

Wenn man an den enormen politischen Regulierungsbedarf der modernen Gesellschaften denkt und die nicht nur finanziell, sondern letztlich auch zeitlich begrenzten Regulierungsmöglichkeiten und die damit verbundene Notwendigkeit der permanenten Neupriorisierung von Themen und Handlungsfeldern, so kann dies erklärbar machen, warum die politisch-programmatische Thematisierung von Gesundheitsförderung und Prävention bei Arbeitslosen bisher nur ansatzweise gelungen ist und zu keinen entsprechenden, auch politischen Programmen geführt hat.

Zusätzlich ist noch zu berücksichtigen, dass das Thema „Arbeitslosigkeit und Gesundheit“ eine Schnittmenge darstellt, die in den institutionellen, sektorierten Problembearbeitungsmechanismen von Arbeitsmarkt- bzw. Arbeitsförderungs politik einerseits und Gesundheitspolitik andererseits nur schwer konsumier- und bearbeitbar ist. Da das Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit nur als Teilthema von sozialer Lage und Gesundheit wahrgenommen und diskutiert wird, konkurriert es auch in der politischen Aufmerksamkeit mit einer Vielzahl anderer sozialer und gesundheitlicher Problemlagen, deren Aufgreifen und deren Bearbeitung aus einer Vielzahl von Gründen offenbar politisch einfacher gelingt (z.B. Kinder und Jugendliche).

Nicht zuletzt kann die geringe Aufmerksamkeit spezifisch gesundheitlicher Belange von Arbeitslosen aber auch darauf zurückgeführt werden, dass Gesundheit im Verhältnis zwischen Arbeitslosen und Arbeitsämtern jedenfalls bisher kaum eine Rolle spielt und dieser Gruppe – im Gegensatz z.B. von Kindern und Jugendlichen – in Form von Erziehern, Lehrern oder Sozialarbeitern auch Mentoren fehlen, die dieses Thema befördern könnten.

4.2.2 Programmatische Forderungen von Parteien und anderen Einrichtungen

Das Thema „Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Gesundheitsförderung“ ist in seiner spezifischen Verknüpfung jedenfalls bisher nicht – bzw. nur im Einzelfall – zum Gegenstand politischer Programmatik, Stellungnahmen oder Positionierungen geworden. Im folgenden werden die Ergebnisse diesbezüglicher Recherchen⁴⁵ beispielhaft im Überblick dargestellt.

In den Parteitage s beschlüssen z.B. des SPD Bezirks Hessen – Süd aus dem Jahr 2002 finden sich u.a. Forderungen nach einer aktiven, qualifizierenden Arbeitsmarktpolitik einerseits wie auch Forderungen nach einer verstärkten präventiven Gesundheitspolitik, das Thema „Arbeitslosigkeit und Gesundheitsförderung“ wird jedoch nicht gemeinsam thematisiert.⁴⁶

Geradezu beispielhaft für die Problemsicht ist das Arbeitsprogramm des Unterbezirks Unna, indem alle Elemente der Arbeitsförderungs politik und alle Maßnahmen der Gesundheitsförderungs politik im einzelnen dargestellt werden, eine „Zusammenschau“ aber auch hier nicht gelingt.⁴⁷

Derselbe Befund ergibt sich auch bei der Durchsicht der „Offensive für einen zukunftsfähigen Sozialstaat der CDU/CSU.“⁴⁸

⁴⁵ Dazu wurden im Internet die Suchbegriffe „Arbeitslosigkeit + Gesundheitsförderung“ jeweils mit den Namen der Parteien und Institutionen verknüpft (Stand: 31.07.2003)

⁴⁶ <http://www.spd-hessensued.de/material/beschluesse2002.pdf>

⁴⁷ <http://www.spdkreisunna.de/politik/aufbruch21/arbeitsprogramm.htm>

⁴⁸ <http://www.cdu.de/presse/archiv-2002/seehofer.pdf>

Auch bei Bündnis 90 / Die Grünen trifft diese sektorierte Betrachtungsweise noch immer zu, wenngleich in Zusammenhang mit behinderten Arbeitslosen und am Thema Rehabilitation der Problemzusammenhang zumindest indirekt angesprochen wird. So heißt es: „*Es ist dringend erforderlich, dass die Bundesanstalt sich wieder der Aufgabe der Integration von besonders Benachteiligten am Arbeitsmarkt stellt. Massive Einsparungen bei den Eingliederungszuschüssen für Menschen mit Behinderung gefährden ihre Integrationschancen angesichts der schlechten Arbeitsmarktlage zusätzlich.(-) Wir begrüßen, dass die Förderung beruflicher Rehabilitation durch die Bundesanstalt für Arbeit auch 2003 auf den Niveau des Vorjahres gehalten werden soll und fordern von der Bundesanstalt, diese Vorgabe der Bundesregierung auch wirksam umzusetzen.*“⁴⁹

Auch bei der PDS findet sich eine Zusammenschau des Problemzusammenhangs noch nicht, wenngleich im Wahlprogramm der Berliner PDS bereits 1999 sowohl die Bedarfe für eine aktive Arbeitsförderung wie auch für eine spezifische Ausrichtung (auch) der Gesundheitsförderung auf Arbeitslose thematisiert werden, wobei Letztere v.a. in Zuständigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes erfolgen soll. Die PDS fordert: *“die besondere Beachtung sozial und gesundheitlich gefährdeter Gruppen wie Sozialhilfebedürftige, Obdachlose, Arbeitslose und Menschen nichtdeutscher Herkunft, – mehr aufsuchende Arbeit.*“⁵⁰

Die „segmentierte“ Bearbeitung von Gesundheitsförderung und Arbeitslosigkeit findet sich neben der Administration und den Parteien auch in den Gewerkschaften. So wird im Rahmen des geforderten Ausbaus der Gesundheitsförderung zwar auf die gender-mainstream Prinzipien eingegangen, nicht jedoch auf spezifische sozial benachteiligte Gruppen und Arbeitslose.⁵¹

Auch die Dienstleistungsgewerkschaft verdi geht auf das Thema in einer Stellungnahme zur Reform der BA nur ganz allgemein ein. Dort heißt es in Zusammenhang mit Organisationsformen der BA: „Ein wesentliches Gestaltungselement dieses Prozesses ist die Zusammenarbeit der Fachdienste (Psychologischer Dienst, Ärztlicher Dienst und Technische Beratung) mit Dritten (z.B. Weiterbildungsträger, Maßnahmeträger) als inhouse- oder outhouse Lösung, sowohl sachlich-inhaltlich als auch räumlich.“⁵² Umgekehrt wird jedoch bei Anträgen zur Arbeitsmarktpolitik zwar Ausbildung und Qualifizierung als wesentliche Instrumente der „Employability“ benannt und gefordert, die Gesundheit als Voraussetzung oder Ziel beschäftigungspolitischer Maßnahmen wird aber nicht benannt.⁵³

⁴⁹ http://www.gruene-partei.de/rsvgn/rs_dok/0,,37707,00.htm

⁵⁰ <http://www.pds-berlin.de/wahlbuero/wahlp3.htm>

⁵¹ http://dgb-nrw.meder.de/themen/themen_a_z/abisz_doks/g/medium173/file_view_raw

⁵² http://www.verdi.de/0x0ac80f2b_0x0001e5fa

⁵³ http://www.dgb.de/dgb/dgb_kongress/beschluesse/beschluesse_03.pdf

Für die Kirchen in Deutschland war und ist das gesellschaftliche Problem der Arbeitslosigkeit seit Beginn der Industrialisierung sowohl eine christliche Herausforderung als auch konkretes Handlungsfeld für zahlreiche Maßnahmen und Aktivitäten. So waren es v.a. die Kirchen, die in den siebziger und achtziger Jahren des letzten Jahrhunderts den zunehmenden Arbeitslosen räumliche, technische und auch personelle Ressourcen für die Organisation von Arbeitslosentreffpunkten bzw. die Organisation einer Arbeitslosenbewegung zur Verfügung stellten.

Heute zählen die Kirchen zu den wenigen Institutionen, die den vorherrschenden und von der Politik immer wieder perpetuierten Bildern von Arbeitslosen als Drückeberger widersprechen. Neben eigenen Positionen und Stellungnahmen zum Abbau der Arbeitslosigkeit ist die Arbeit [z.B. Stellungnahme des Diakonischen Werks Berlin-Brandenburg 2003 zu den Auswirkungen der Arbeitsmarktreform der Bundesregierung auf Ostdeutschland vom 30.05.2003] mit Arbeitslosen auch derzeit ein wichtiges Handlungsfeld für die Kirchen und ihre verschiedenen Organisationen.

„Arbeitslose werden mehr oder weniger direkt als "Drückeberger" diffamiert und die Opfer der Wirtschaftsentwicklung damit zu Tätern gemacht, die den Sozialstaat angeblich ausnutzen. Durch solche Verleumdungen müssen sie zu ihrer Not noch Schmach ertragen. Gegen solche Unterstellungen wendet sich die Caritas mit Entschiedenheit und fordert von den Verantwortlichen der Politik und den Tarifparteien, dem Ziel eines hohen Beschäftigungsstandes erste Priorität einzuräumen. Über diese öffentlichen Appelle hinaus versucht die Caritas, in den Grenzen ihrer eigenen Möglichkeiten, einen Beitrag zur Lösung des Problems zu leisten. Dazu gehören Beratungsangebote, Informationen über soziale Leistungen, berufsvorbereitende und berufsorientierte Bildungsangebote, Beschäftigungsangebote im Rahmen von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen und vieles mehr. Eine noch relativ junge Einrichtung sind die "sozialen Beschäftigungsbetriebe". In diesen öffentlich geförderten Betrieben werden Arbeitslose beschäftigt, qualifiziert und sozial begleitet.“⁵⁴

So fordert z.B. der Zentralvorstand des Deutschen Caritasverbandes in einer Stellungnahme vom Juni 2002: „Ziel muss es sein, materielle und persönliche Hilfeleistungen „aus einer Hand“ zu organisieren. Dabei geht es nicht nur um die Vermittlung von Arbeitsplätzen. Angesichts komplexer Problemstellungen und schwieriger Lebenslagen vieler Langzeitarbeitsloser und Sozialhilfeempfänger bedarf es der Zusammenführung sozialer und arbeitsmarktbezogener Unterstützungsangebote in einem persönlichen Hilfeplan. (-) Die Zusammenführung unterschiedlicher Hilfen in einem Case-management, bezogen auf die einzelne Person des Hilfesuchenden, setzt institutionelle Vernetzung voraus, ohne die eine Bündelung unterschiedlicher Unterstützungs- und Beratungsleistungen nicht möglich ist. Hierzu gehören neben den Angeboten von Arbeitsämtern und Sozialämtern weitere kommunale Dienststellen aber auch die Angebote freier Träger (z.B. Drogenberatung, Schuldnerberatung, Jugendsozialarbeit, sozialpädagogische Dienste und Einrichtungen, Allgemeine Sozialberatung, Migrationsdienste u.a.).“ [Zentralvorstand 2002 S. 16]

⁵⁴ <http://www.caritas.de/2098.html>

Tatsächlich scheint es so zu sein, dass die Nähe von Professionellen zum Problem „Arbeitslosigkeit und Gesundheit“ die Notwendigkeit aktivierender und gesundheitsfördernder Maßnahmen bei Arbeitslosen dann doch in das Blickfeld rücken lässt. So weist z.B. Meunier im Hausarzt 18/2002 den Ärzten in der Betreuung arbeitsloser Patienten nicht nur diagnostische und therapeutische Aufgaben zu, vielmehr Aufgaben der Motivation und auch der Gesundheits- und Sozialberatung.

„Das eigentliche Heilmittel, die Gewährung echter Arbeit nach dem jeweiligen Ausbildungsstand und den übrigen Lebenszielen des Einzelnen, kann der Arzt nicht bieten. Seine Aufgabe ist zunächst, Zusammenhänge zu erkennen. Gerade der Hausarzt mit seiner fundierten Kenntnis des Umfeldes seiner Patienten übernimmt hier eine herausragende Rolle. Hieraus erwachsen medizinische und ethische Verpflichtungen zur Vorgehensweise: Vom Patienten befürchtete, empfundene körperliche Krankheiten sind entweder nachzuweisen oder auszuschließen, und zwar schnellstmöglich. Dabei spielt Einfühlungsvermögen, die Fähigkeit zuzuhören, oft eine weit größere Rolle als der überbordende Einsatz von Technik und Medikamenten.(-) Die (verbliebenen) gesunden Kräfte des Körpers müssen positiv aufgezeigt werden, um geistige Kreativität wieder zu ermöglichen. (-) Die Vermittlung von Kontakten zu Selbsthilfegruppen, Erfahrungs- und Wissensbörsen stellt ein weiteres Feld ärztlicher Tätigkeit dar. Besonders Alleinstehende und zugezogene Mitbürger sind hier hilflos.“ [Meunier 2002, S.14].

Die auf der Grundlage der neuen gesetzlichen Regelungen nicht prinzipiell ausgeschlossenen Möglichkeiten der Implementation spezifischer gesundheitlicher Strategien im Rahmen der Arbeitsberatung und -vermittlung (vgl. Kap. 3.4.2) führen aktuell im Rahmen der grundsätzlichen Diskussion über die Verstärkung der Prävention in Deutschland auch zu einer zunehmenden, zunächst noch fachlichen Thematisierung von Gesundheit und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. Es mehren sich entsprechend aktuell spezifische Publikationen zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit und der Notwendigkeit der Gesundheitsförderung [Sammet 2000, Holleder 2002, 2003, Dähne 2003, Schiffer 1999, Caritas o.J., Meunier 2002].

Vor diesem Hintergrund ist aber noch auszuschließen, dass es in Deutschland – auch hinsichtlich der Finanzausstattung – bisher in relevantem Umfang Programme zur wissenschaftlichen Analyse und/oder praktischen Intervention zur Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen gibt.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass das Thema „Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Gesundheitsförderung“ auch in den Parteien und der großen Mehrzahl anderer Institutionen bislang noch kein Thema ist, das die Einzelbereiche von Arbeitslosigkeit einerseits und Gesundheit andererseits übergreifend angeht. Dass dies jedoch zumindest in der Tendenz bei Institutionen und Personen zu beobachten ist, die in der täglichen Praxis mit diesem Problemzusammenhang zu tun haben wie Ärzten und Mitarbeitern der Caritas sowie anderer Wohlfahrtsorganisationen. Auch ist aktuell eine Zunahme entsprechender Publikationen in den Fachmedien zu registrieren, die auf die Notwendigkeit von Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen hinweisen und diese begründen.

4.2.3 Nationaler Aktionsplan zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung

In Zusammenhang mit den Aktivitäten der EU (vgl. Kap. 4.1.2) hat das Bundeskabinett am 09.07.2003 den Nationalen Aktionsplan zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung beschlossen.⁵⁵ Im Rahmen dieser Aktivitäten werden Maßnahmen für bestimmte Zielgruppen besonders hervorgehoben. An aller erster Stelle wird in der Presseerklärung die Zielgruppe der Langzeitarbeitslosen genannt. Dort heißt es: *„Länger andauernde Arbeitslosigkeit ist eine wesentliche Ursache für Armut und soziale Ausgrenzung. Insbesondere die Förderung von Teilhabemöglichkeiten des Einzelnen vor allem durch bessere Bildung und durch den Zugang zu Erwerbstätigkeit sowie zu einem gesicherten Einkommen ebnet den Weg, Armut dauerhaft zu überwinden. Auch wenn Arbeitsmarktpolitik nicht das allein entscheidende Handlungsfeld für mehr Beschäftigung ist, kommt ihr besondere Bedeutung zu. Insbesondere benachteiligte Gruppen können mit einer Stärkung aktivierender Maßnahmen nach dem Prinzip des „Förderns und Forderns“ in den Arbeitsmarkt integriert werden. Die Bundesregierung hat mit dem Inkrafttreten des Job-AQTIV-Gesetzes und mit der Umsetzung der Vorschläge, die von der „Hartz-Kommission“ vorgelegt wurden, einen entscheidenden Beitrag in diese Richtung geleistet. Mit dem Ersten und Zweiten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt werden neue Handlungsansätze und neue Beschäftigungsmöglichkeiten für Arbeitslose erschlossen. Der Reformprozess auf diesem Gebiet wird auch im Jahr 2003 weitergeführt.“*⁵⁶

Die angekündigten Maßnahmen gehen aber über die bereits beschlossenen bzw. noch geplanten Reformen in der Arbeitsförderungs politik und in der Arbeitsverwaltung nicht hinaus. Allenfalls implizit – und mit einiger Phantasie – könnte aus den Formulierungen geschlussfolgert werden, dass neben der Arbeitsmarktpolitik ggf. auch gesundheitspolitische Strategien geeignet sein könnten, Wiederbeschäftigung zu ermöglichen. „Neben den bereits genannten Problemgruppen, deren Integration in den Arbeitsmarkt mit einer gezielten Beschäftigungs- und Qualifizierungspolitik besonders gefördert wird, gibt es auch Menschen, deren berufliche Eingliederung wegen einer Vielzahl persönlicher Probleme kaum möglich erscheint. Auch solchen Menschen muss durch die Bereitstellung individueller Hilfen und sozialer Dienste geholfen werden, ein selbständiges und in die Gemeinschaft integriertes Leben zu führen.“[BMGS Nationaler Aktionsplan S. 4]

Der nationale Aktionsplan führt neben gesetzlichen Regelungen zur sozialen und gesundheitlichen Sicherung (u.a. SGB III, Sozialhilfe, Krankenversicherung, Pflegeversicherung) auch einzelne Maßnahmen zur „Förderung der sozialen Eingliederung von Frauen und Männern, die insbesondere aufgrund einer Behinderung oder ihrer Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe mit besonderen Eingliederungsschwierigkeiten Gefahr laufen, in dauerhafte Armut zu geraten.“ Prioritär werden hier benannt: Behinderte Menschen, Migrantinnen und Migranten, Kinder und Jugendliche und Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten [ebd. S. 37]. Hier wird auch die Gruppe der Ar-

⁵⁵ http://www.bmgs.bund.de/deu/txt/aktuelles/pm/bmgs03/bmgs3_3531.cfm

⁵⁶ ebd.

beitslosen bzw. Langzeitarbeitslosen benannt und insgesamt auf die soziale Absicherung in Deutschland durch die Sozialhilfe verwiesen.

Der Nationale Aktionsplan thematisiert damit das Thema Arbeitslosigkeit prioritär und benennt auch Schwierigkeiten der Wiedereingliederung durch vielfältige Problemlagen, ohne allerdings den Gesundheitszustand explizit zu benennen. Die im Rahmen des Aktionsplans genannten Maßnahmen überschreiten aber die gegebenen, v.a. rechtlichen Möglichkeiten (BSHG, SGB III, Pflegeversicherung) nicht. Mit dem Programm „Soziale Stadt“ verweist der Aktionsplan auf das einzige Programm, das sich unter starker Betonung stadtentwicklungspolitischer Maßnahmen auch dem Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheit widmet.

4.2.4 Programm Soziale Stadt

„Zur räumlichen Konzentration von Ausgrenzungsproblemen kommt es vor allem in einigen hochverdichteten und peripheren Stadtteilen von Großstädten, die vernachlässigte öffentliche Räume und Mängel bei den Wohnungen, dem Wohnumfeld sowie der sozialen und kulturellen Infrastruktur aufweisen. Hier konzentrieren sich Bevölkerungsgruppen, deren Teilhabe am wirtschaftlichen und sozialen Leben aufgrund ihrer persönlichen oder familiären Bedingungen eingeschränkt ist. Das Zusammentreffen wirtschaftlicher, sozialer und städtebaulicher Probleme führt dazu, dass diese Stadtteile stark von Erscheinungen wie Drogenkonsum, erhöhter Gewaltbereitschaft und Vandalismus bedroht sind. Bund und Länder haben 1999 das Programm „Die soziale Stadt“ auf den Weg gebracht. Dieses stadtentwicklungspolitisch innovative Programm will erreichen, dass in gefährdeten Stadtteilen stärker als bisher städtebauliche Maßnahmen mit Maßnahmen anderer Politikfelder verzahnt werden. Die Bundesregierung stellte hierfür in den Jahren 1999 und 2000 jeweils 100 Mio. DM zur Verfügung. Die Länder und Gemeinden beteiligten sich mit eigenen Mitteln in jeweils gleicher Höhe. Insgesamt fördert das Programm seit 1999 210 Maßnahmen in 157 Gemeinden.(-) Die Bundesmittel für das Programm „Die soziale Stadt“ werden im Jahr 2001 um 50 v.H. aufgestockt“ [BMGS Nationaler Aktionsplan S. 43].

Tatsächlich ist die stadtteilbezogene Gesundheitsförderung im Programm der Sozialen Stadt nicht nur ein randständiges Thema, vielmehr – zumindest dem Anspruch nach – ein „Schlüsselthema“ [Difu Projektgruppe 2003]. Zwar „rangiert Gesundheit (-) bei den Handlungsfeldern integrierter Stadtentwicklung an letzter Stelle“ [ebd. S. 4] gleichwohl wird die Gesundheitsförderung als handlungsorientierende Zielgröße verstanden. Gerade im Programm der Sozialen Stadt wird damit Gesundheitsförderung zu einer integrierenden Leitvision aller möglichen Maßnahmen, ohne sich jedoch in konkreten Projekten auch der spezifischen Gesundheitsförderung von sozial Benachteiligten und Arbeitslosen tatsächlich in relevanten Umfang auch zu materialisieren.

4.2.5 Forschungsprogramme des Bundes

Im Rahmen der Forschungsförderungspolitik des Bundes (BMBF und Ressortforschung des BMGS) gab es in den 90er Jahren bis heute kein Forschungsprogramm, das sich

explizit auf das Thema „Soziale Ungleichheit bzw. Arbeitslosigkeit und Gesundheit oder Gesundheitsförderung“ richtete bzw. richtet. Die im Jahr 1996 geplante Ausschreibung zur „Prävention“, in der dieses Thema hätte bearbeitet werden können, wurde im Zuge der Abschaffung des § 20 SGB V nicht durchgeführt. Im Rahmen der Förderung der public-health Forschungsverbände ist aber ein Aufgreifen dieser Thematik nicht nur nicht ausgeschlossen, vor dem Hintergrund der zweifellos gegebenen hohen public-health Bedeutung von Arbeitslosigkeit und Gesundheit eigentlich zu erwarten. Ob und inwieweit das Thema Gesundheitsförderung und Arbeitslosigkeit im Rahmen der angekündigten Ausschreibung des BMGS Bearbeitung finden kann, muss hier offen bleiben.

4.2.6 Europäische Kommission

Auch in der EU findet sich wie in vielen nationalen und föderalen Regierungen eine Aufteilung der Zuständigkeiten für Gesundheit und Soziales in unterschiedlichen Ressorts, die Generaldirektionen Gesundheit und Verbraucherschutz und Beschäftigung und Soziales.

Die Aufgaben des Ressorts Gesundheit und Verbraucherschutz umfassen im Bereich der Öffentlichen Gesundheit (Artikel 95, 152 und 300 EG-Vertrag):

- a) *Sicherstellung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus bei der Festlegung aller Gemeinschaftspolitiken;*
- b) *Maßnahmen zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheit in der Europäischen Union, zur Verhütung von Humankrankheiten und zur Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der menschlichen Gesundheit;*
- c) *unabhängige und transparente Risikobewertungen durch die wissenschaftlichen Ausschüsse der SANCO;*
- d) *Umsetzung des Aktionsprogramms im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008).⁵⁷*

Über diese Ressortzuständigkeiten hinaus hat die EU Kommission – wie bereits in Kap. 4.1.2 ausgeführt – einen Forschungs- und Handlungsschwerpunktschwerpunkt auf das Thema „Verminderung sozialer Ausgrenzung bis 2010“ gelegt.⁵⁸ In der Zeit von 1998 bis 2002 wurden dazu vorbereitende Maßnahmen und Projekte durchgeführt.

4.2.6.1 Aktionsprogramme der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit

Seit Jahren werden von der EU im Rahmen von Aktionsprogrammen Forschungs- und Praxisvorhaben in verschiedenen gesundheitlichen Bereichen gefördert. Diese betreffen u.a., Krebs, AIDS und bestimmte andere übertragbare Krankheiten, die

⁵⁷ http://europa.eu.int/comm/dgs/health_consumer/general_info/mission_de.html

⁵⁸ http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/soc-incl/com_obj_de.htm

Suchtprävention, die Gesundheitsberichterstattung, die durch Umweltverschmutzung bedingten Krankheiten sowie auch die Gesundheitsförderung.

Im Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Gesundheitsförderung (1996-2002) werden u.a. im Rahmen spezifischer Aktionen zur Vorbeugung und Gesundheitsförderung auch „Aktionen und integrierte Projekte zur Förderung der Gesundheit insbesondere für benachteiligte Gruppen“ gefordert [EU-Aktionsprogramm 1999]. Im Jahr 2000 konkretisiert die EU die weitere Strategie im Rahmen der Gesundheitsförderung wie folgt: *„Für das Jahr 2000 wird folgenden drei Aspekten Priorität bei der Gesundheitsförderung eingeräumt:*

- *Kommunikation in besonderen Problembereichen: verschiedene Themen stellen die Leitlinien dar, wie die Ausarbeitung von Ernährungsempfehlungen, die Entwicklung einer europäischen Initiative „Gesundes Herz“, die Koordinierung der einzelstaatlichen Maßnahmen zur Bekämpfung des Alkoholmissbrauchs (im Anschluss an die vergleichende europäische Studie über Alkoholmissbrauch, deren Ergebnisse bis Ende 2000 vorliegen werden), die Förderung der gesunden körperlichen Betätigung sowie die Studie zum Thema „Psychische Gesundheit und Arbeitslosigkeit“;*
- *Einbindung bestimmter Zielgruppen: die Politik der Gesundheitsförderung richtet sich vorrangig an verschiedene Bevölkerungsgruppen, wie z. B. ältere Menschen, sozial benachteiligte oder ausgegrenzte Gruppen sowie chronisch Kranke oder behinderte Menschen;*
- *Festlegung von Umfeldern für die Gesundheitsförderung: verschiedene soziale Strukturen bieten sich für die Förderung von gesundheitsfördernden Maßnahmen an. In diesem Zusammenhang sind das Europäische Netz gesundheitsfördernder Schulen, das Europäische Netz zur Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz, die Gesundheitsförderung in Ballungsräumen als auch in Einrichtungen für medizinische Versorgung zu nennen.*

Zu den weiteren prioritären Bereichen gehört u.a. die Gesundheitsförderung.“⁵⁹

Auch im Rahmen des laufenden Aktionsprogramms zur Öffentlichen Gesundheit ist die Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Gruppen Gegenstand von Fördermaßnahmen.

Das Aktionsprogramm umfasst das Handlungsfeld Gesundheitsförderung wie auch das Handlungsfeld des Abbaus sozialer Ungleichheiten. Bei insgesamt vier Schwerpunkten werden Letztere unter dem Schwerpunkt Querschnittsthemen, Erstere unter dem Schwerpunkt Gesundheitsfaktoren geführt, wozu auch die „Gesundheitsförderung in bestimmten Umfeldern“ [EU-Aktionsprogramm S. 3] gehört.

Der Abbau von Ungleichheiten im Gesundheitsbereich steht unter den Querschnittsthemen an dritter Stelle. Dabei werden – zumindest in der Anfangsphase – primär Forschungs-, Evaluationsvorhaben sowie Vernetzungsvorhaben gefördert. So heißt es: „Er-

⁵⁹ http://europa.eu.int/comm/health/ph/programmes/call/ojc99-184/workprog_de.pdf

hebung von Daten und Ermittlung von Erfahrungen in ganz Europa hinsichtlich der Vorgehensweisen und Interventionen bei der Behandlung der weiter gefassten Gesundheitsfaktoren und gesundheitlichen Ungleichheiten“[ebd.].

Im Schwerpunktbereich Gesundheitsfaktoren (präventive Maßnahmen -d. Verfasser) steht die Gesundheitsförderung an achter Stelle, wobei hier die Gesundheitsförderung von Arbeitslosen nicht explizit aufgeführt ist, vielmehr die schulische und betriebliche Gesundheitsförderung.

Insgesamt ist damit auch mit dem laufenden Aktionsprogramm keine Schwerpunktsetzung auf Gesundheitsförderung bei der Zielgruppe der Arbeitslosen bzw. Langzeitarbeitslosen verbunden. Maßnahmen zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten haben zunächst F&E Charakter, Maßnahmen der Gesundheitsförderung richten sich primär auf die traditionellen settings von Schulen und Betrieben.

4.2.6.2 Programme und Maßnahmen im Bereich Beschäftigung und Soziales

Im Rahmen dieses Bereichs gibt es eine ganze Vielzahl von Programmen und Einzelmaßnahmen, in deren Mittelpunkt die Sicherung von Beschäftigung steht. Vom Finanzvolumen am bedeutendsten ist dabei der Europäische Sozialfond. Darüber hinaus fanden und finden sich aber eine Vielzahl weiterer bzw. ergänzender Programme wie ADAPT, Equal sowie die sogenannten Innovativen Maßnahmen nach Artikel 6.

Die EU-Kommission hat im Jahr 2000 ein 7 Jahres Programm zur Förderung von Bildung, Ausbildung und Beschäftigung in Deutschland mit einem Finanzvolumen von 4,7 Mio. € angenommen. Dabei ergeben sich vier Förderschwerpunkte:

- Aktive und präventive Arbeitsmarktpolitik (40% der Mittel)
- Gesellschaft ohne Ausgrenzung (20% der Mittel)
- Berufliche und allgemeine Bildung (8% der Mittel)
- Anpassungsfähigkeit und Unternehmergeist (17% der Mittel)
- Chancengleichheit von Frauen und Männern (10% der Mittel)

Charakteristisch für diese Programme – die im übrigen die aktive Arbeitsmarktpolitik in den einzelnen Mitgliedstaaten der EU ergänzen und erweitern – ist, dass sie sich – analog zur üblichen aktiven Arbeitsmarktpolitik – nahezu ausschließlich auf Maßnahmen der Arbeitsbeschaffung sowie auf Qualifikationsmaßnahmen konzentrieren und allenfalls noch soziale Interventionen, jedoch keine spezifisch gesundheitlichen Interventionen umfassen.

4.2.6.3 Programm zur Bekämpfung der Armut und sozialen Ausgrenzung

Auch in diesem Programm vom November 2000 werden spezifische gesundheitliche Interventionen bei sozial Benachteiligten und Arbeitslosen nicht thematisiert. Genannt werden stattdessen:

- Erarbeitung von begleitenden Programmen für die Angehörigen der sozial schwächsten Bevölkerungsgruppen, bis diese eine Beschäftigung gefunden haben; dazu müssen die Möglichkeiten der Bildungspolitik ausgeschöpft werden;
- Eine Politik, die die Vereinbarkeit von Berufs- und Familienleben begünstigt; dazu gehört auch der Bereich der Betreuung von Kindern und Pflegebedürftigen;
- Die Nutzung der Eingliederungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten im sozialen Sektor.

Im Rahmen der vorbereitenden Maßnahmen zu diesem Programm wurden von Mitte 2001 insgesamt 46 vorbereitende Projekte gefördert.

4.2.7 Zusammenfassung

In den EU Programmen zur Öffentlichen Gesundheit finden sich die Themen soziale Ausgrenzung und Gesundheitsförderung, allerdings stehen diese unverbunden nebeneinander. Im Bereich der Gesundheitsförderung wird die Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen nicht explizit angesprochen, auch im Rahmen der Maßnahmen gegen soziale Ausgrenzung, die noch sehr F&E orientiert sind, wird diese Zielgruppe nicht genannt.

Im Rahmen der verschiedenen Beschäftigungsprogramme und dem Aktionsprogramm zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung stehen Arbeitslose und Langzeitarbeitslose an prioritärer Stelle, die bisher durchgeführten Maßnahmen und die Schwerpunktthemen der laufenden Programme reflektieren jedoch spezifisch gesundheitliche Interventionen – wenn überhaupt – nur ganz randständig und sind traditionell auf Beschäftigungsmaßnahmen und Qualifikationsstrategien ausgerichtet, die z.T. noch durch soziale, jedoch keine spezifisch gesundheitlichen Interventionen ergänzt werden.

Auch für die EU gilt also, dass das Thema der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen in der sektorierten Bearbeitung von Beschäftigungsförderung einerseits und Gesundheit andererseits keine gemeinsame Bearbeitung findet und im Bereich der öffentlichen Gesundheit die gesundheitlichen Probleme dieser Zielgruppe allenfalls randständig Gegenstand von Forschungs- oder Interventionsprojekten geworden sein dürften.

4.3 Zusammenfassung

Interventionen durch Programme sind politisch-gesellschaftliche Reaktionsformen auf soziale bzw. gesundheitliche Problemlagen. Der vermutlich geringe Umfang gesundheitlicher Interventionen bei Arbeitslosen (s.u.) indiziert, dass dieses Thema v.a. in Deutschland noch nicht umfassend auf der politischen Diskussion- und Lösungsagenda steht:

Dies v.a. deshalb, weil:

- sich auch die politische Diskussion im Gesamtkontext von sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit bewegt, wo das Problem von Arbeitslosigkeit und Gesundheit zu kurz kommt;

- in den Kommunen, Ländern, dem Bund und auch in der EU aber auch in den Parteien eine je sektorierte Bearbeitung von einmal Gesundheit und zum Anderen Beschäftigung erfolgt, aber keine gemeinsame Sicht der Dinge. Interessant ist aber, dass dies gerade auf kommunaler Ebene zunehmend geschieht;
- die politischen Problembearbeitungskapazitäten begrenzt sind und spezifisch gesundheitliche Interventionsstrategien zur Beschäftigungsförderung noch nicht in den politischen mainstream praktikabler und erfolgreicher Problemlösungsstrategien Eingang gefunden haben;
- unter dem Zwang zur Kostensenkung die Bundesanstalt für Arbeit ihre Interventionen im Bereich der Arbeitsbeschaffung und Qualifizierung erheblich zurückfährt und es als nicht sehr wahrscheinlich zu bezeichnen ist, dass diese Position zugunsten von gesundheitlichen Interventionen wieder aufgegeben wird bzw. werden kann;
- und zumindest Zweifel daran bestehen, ob die Bundesanstalt für Arbeit nach der Ära einer nicht sehr wirksamen, millionenschweren Politik der Qualifizierungs- und Beschäftigungsförderung nun auf das „Pferd“ der Gesundheitsförderung setzt, wo zum einen ausreichende Evidenz der Wirksamkeit erst noch zu erbringen ist, zum Anderen die eingespielten Formen der Zusammenarbeit mit qualifizierten Dritten noch weitgehend fehlen;
- Forschungsförderungsprogramme zur konzeptionellen Entwicklung und praktischen Umsetzung gesundheitlicher Interventionen nicht existieren und dieses Feld in anderen F+E Programmen nur ganz randständig behandelt wird.

Allerdings mehren sich Stimmen und Publikationen zu diesem Thema, wie auch dieses Gutachten ein steigendes Interesse in der Sache markiert. Wie sich vor diesem Hintergrund der Entwicklungsstand diesbezüglicher Projekte darstellt, soll i.f. gezeigt werden.

5 Projektrecherchen

Im vorliegenden Kapitel werden die Ergebnisse der Recherchen zu Projekten zum Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Gesundheitsförderung in Kurzform dargestellt.⁶⁰ Es muss – trotz intensiver Recherchemaßnahmen – vorausgeschickt werden, dass hiermit kein Anspruch auf Vollständigkeit verbunden sein kann. Den Recherchen liegen unterschiedliche, sich ergänzende Methoden zugrunde:

- a) Suche nach entsprechenden Projekten in Förderungsprogrammen der EU und Deutschlands
- b) Suche über Datenbanken
- c) Suche über das Internet
- d) Eigene Projektrecherchen

⁶⁰ Die Langfassung findet sich im Anlagenband

Die Recherche der Projekte muss insgesamt als sehr schwierig und zeitaufwendig bezeichnet werden. Um einen belastbaren Eindruck über die Projektwirklichkeit auf diesem Gebiet zu erlangen, wurden entsprechende Recherchen voneinander unabhängig einmal von FB+E, zum Anderen im Rahmen einer Bachelorarbeit an der FH Neubrandenburg durchgeführt. Letztere wurden dabei auf den Bereich „mental health“ fokussiert, da davon ausgegangen wurde, dass bei Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen dieser Bereich vorrangig im Mittelpunkt steht.

Insgesamt wurden 51 Projekte gefunden und analysiert. Die hier vorzunehmende Analyse beschränkt sich jedoch auf die 36 durch FB +E recherchierten Vorhaben, da die anderen gefundenen Projekte keine zusätzlichen Erkenntnisse liefern (vgl. Abb. 20).

Neben den wissenschaftlichen Interventionen, d.h. solchen, die gesundheitliche oder soziale Interventionen bei Arbeitslosen wissenschaftlich-evaluierend untersuchen (z.B. Projekte 2, 3, 4, 33, 34 und z.T. Projekt 18) lassen sich die Projekte schon jetzt danach unterscheiden, in welcher Intensität die gesundheitliche Beratung oder die Gesundheitsförderung als Ziel und Voraussetzung einer Reintegration in das Arbeitsleben begriffen wird. Dies trifft für die große Mehrzahl der gefundenen Projekte zu. Nur eine Minderheit der Projekte stellt die Gesundheit auch ohne Bezugnahme auf die Verbesserung der Wiederbeschäftigungschancen in den Mittelpunkt der Projektzielsetzung (z.B. Projekte 12, 13,15).

Abb. 20 Übersicht über die durch FB+E recherchierten Projekte

- | | |
|----|--|
| 1 | Development (Ennepe-Ruhr Kreis) |
| 2 | NAG Projekt (verschiedene Regionen) |
| 3 | Arbeitslosigkeit und Gesundheit (Prignitz) |
| 4 | Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen (Aktiva) (Dresden) |
| 5 | Job-Plan (Hamburg) |
| 6 | Sozialagenturen (NRW) |
| 7 | Kurssystem contra Langzeitarbeitslosigkeit (Brandenburg) |
| 8 | massarbeit (Kassel) |
| 9 | Arbeit statt Sozialhilfe (Spremberg) |
| 10 | Arbeit und Gesundheit (Forst) |
| 11 | Fit in den Tag (Wolfsburg) |
| 12 | Frauengesundheit (Oschersleben/Börde) |
| 13 | Gesundheitstisch (Berlin) |
| 14 | Neue Perspektiven - ein gesundheitsförd.Projekt für arbeitslose Menschen (Gelsenkirchen) |
| 15 | Qigong-Kurs (Stuttgart) |
| 16 | Servicestelle Arbeit und Gesundheit (Spremberg) |
| 17 | Bündnis für Arbeit der Stadt Köln (Köln) |
| 18 | Entwicklungs- und Vermittlungsassistenz für Dauerarbeitslose (EVA) (Siegen) |
| 19 | Berufliche Eingliederung von Sozialhilfeempfängern (Rottweil) |
| 20 | S.A.V.E. Freising (Sozialamt Arbeitsamt Verbinden Entwickeln) (Freising) |
| 21 | Projekt LOS (Düsseldorf) |
| 22 | Fit für den Arbeitsmarkt (Schweiz) |
| 23 | A walk on the wild site (Schweiz) |
| 24 | ZALT Gesundheitswochen (Schweiz) |
| 25 | Qu`est-ce qui cloche chez elle? (Schweiz) |
| 26 | Gesundheitsorientierte Selbstmanagement-Beratung bei Arbeitslosigkeit (GESA) (Dortmund) |
| 27 | Selbstmanagement-Beratung und Gesundheitsförderung für Instabil-Beschäftigte und Arbeitslose (SEGEFIA) |
| 28 | Gesundheitsförderung und Kompetenzoptimierung in der Erwerbslosigkeit (Ge+Ko) (Dortmund) |
| 29 | Berufliche Eingliederung und Arbeitsmaßnahme (BEAM) (Ennepe Ruhr Kreis) |
| 30 | Gesundheitlich orientierte Outplacementberatung (Bremen) |
| 31 | Werkstatt 90 (Niedersachsen, Bremen) |
| 32 | Selbstverantwortung fördern durch motivierende Gesundheitsgespräche (Essen) |
| 33 | Michigan Prevention Research Center (MPRC) (Michigan) |
| 34 | Työhön Job Search Program (Finnland) |
| 35 | Proudfoot, J. et al.(UK) |
| 36 | Muller (Australien) |

Es bestätigt sich weiter, dass die Mehrzahl der Projekte ihren Ursprung nicht in der „organisierten Gesundheitsförderung“ (Bundesvereinigung für Gesundheit, Landesvereinigungen, Fonds Gesundes Österreich, Schweizer Stiftung für Gesundheitsförderung) haben, vielmehr in der kommunalen Beschäftigungsförderung und dies – wie das LOS Projekt zeigt – nicht erst seit den MoZArt-Vorhaben.

Im folgenden Kapitel erfolgt eine Beschreibung dieser Projekte auf der Grundlage der vorliegenden und zeitlich zugänglichen Informationen.

6 Projektbeschreibung und -bewertung

Im vorliegenden Kapitel erfolgt zunächst die einzelne Beschreibung der recherchierten Projekte, dann eine zusammenfassende Bewertung. Den Projektbeschreibungen ist ein Projektbeschreibungsraster zugrunde gelegt. Die quantitativ und qualitativ sehr heterogene Dokumentation der Projekte bedingt, dass nicht in jedem Einzelfall auch auf alle Projektbeschreibungskriterien eingegangen werden kann.⁶¹ Die zusammenfassende Bewertung der Projekte soll den derzeitigen inhaltlichen und methodischen Stand zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen umreißen und v.a. Problembereiche ableiten, die bei einer Verstärkung dieser Angebote gerade durch Krankenkassen und die BKK einer weiteren, genaueren Untersuchung unterzogen werden müssen.

6.1 Projektbeschreibungen

6.1.1 DevelopmENT (Ennepe-Ruhr-Kreis)

Dieses von der Europäischen Union (Gemeinschaftsinitiative EQUAL), dem Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit und dem Ennepe-Ruhr-Kreis geförderte Projekt wird im Internet wie folgt beschrieben:

„DevelopmENT ist ein Modellprojekt für Menschen mit psychischen Problemen und / oder Suchtproblemen, die sich aufgrund ihrer augenblicklichen Situation nicht in der Lage sehen, wieder eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen. In der Regel können KlientInnen an einem unserer Modellprojekte teilnehmen, wenn sie Sozialhilfe beziehen. Im Projekt Job-Direkt und in Ausnahmefällen und bei Einzelabsprache ist der Bezug von Arbeitslosengeld oder -hilfe und ergänzender Sozialhilfe vor Maßnahmebeginn möglich.

Die Ziele

Ziel ist, den beteiligten Personenkreis sowohl durch persönliche Stabilisierung, Tagesstrukturierung und individuelle Hilfen (wieder) an den zweiten Arbeitsmarkt heranzuführen als auch ganz neue Ansätze zu erproben, durch die Personen mit schweren Vermittlungshemmnissen direkt in den ersten Arbeitsmarkt integriert werden können. Insgesamt soll ein dauerhaftes, kreisweites und wohnortnahes Angebot für die Zielgruppe der Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und/oder psychischen Einschränkungen initiiert werden.

Für die erfolgreiche Arbeitsmarktintegration von Menschen mit den beschriebenen Problemen ist die enge Zusammenarbeit aller Einrichtungen erforderlich. Ein entsprechendes Netzwerk muss dabei sowohl Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens (Einrichtungen für psychisch Kranke, Sucht-, Drogen-, Wohnungs- und andere Beratungsstellen, Gesundheitsamt etc.) als auch die arbeitsmarktpolitischen Akteure umfassen.

⁶¹ Zwar wurde versucht, wichtige Informationen telephonisch oder schriftlich nachzurecherchieren, doch häufig ohne Erfolg, da z.B. die Projekte bereits beendet waren, die Projektleiter nicht erreichbar waren, oder Informationen und Dokumentationen fehlten bzw. bis zur Endbearbeitung des Berichts noch nicht bei uns eingegangen waren.

Die gemeinsame Entwicklung neuer, auf „Multiproblemlagen“ abgestimmter Angebote soll die Erkenntnisse, Möglichkeiten und Ressourcen der beteiligten verschiedenen Fachrichtungen verbinden. Zur Umsetzung dieser Angebote ist es erforderlich, die Fachkräfte der verschiedenen Hilfesysteme zu schulen und das jeweilige „Gegenwissen“ der anderen Seite zu vermitteln bzw. mit der eigenen Fachkompetenz zu verbinden.

Die Modellprojekte

Job-Direkt (QuaBeD gGmbH)

Mit "Job-Direkt" wird erstmalig ein Angebot zur direkten Arbeitsmarktintegration von Personen mit schwersten Vermittlungshemmnissen durch Einarbeitung am Arbeitsplatz umgesetzt. Keine Maßnahme im "klassischen" Sinne, erfolgt in Job-Direkt die Stabilisierung, Qualifizierung, Einarbeitung und Betreuung direkt am Arbeitsplatz bei einem Unternehmen des ersten Arbeitsmarktes.

Beam – Berufliche Eingliederungs- und Arbeitsmaßnahme (Haus Theresia)

Mit dem Projekt "Beam" wird modellhaft die Verknüpfung einer Beschäftigungsmaßnahme mit therapeutischen Elementen umgesetzt. Haus Theresia bringt dafür besonders gute Voraussetzungen mit: Unter einem Dach sind ein Wohnheim für psychisch Behinderte und die Aus- und Weiterbildungsstätte untergebracht.

AFRA – Projekt für allein erziehende Frauen (VHS Ennepe-Ruhr-Süd)

Vor dem Hintergrund der besonderen räumlichen Situation im südlichen Ennepe-Ruhr-Kreis – fünf kleinere Städte mit einem zentralen Weiterbildungsstandort – soll ein speziell auf die Bedarfe allein erziehender Frauen mit Mehrfachproblematiken abgestimmtes dezentrales Maßnahmeangebot geschaffen werden. Eine intensive psychosoziale Begleitung mit aufsuchenden Elementen rundet das Angebot ab.

Arbeitschancen (Bethel, Stiftungsbereich Vor Ort / Gebal Gevelsberg).

Durch das Projekt "Arbeitschancen" sollen neue Formen der Stabilisierung von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, z.B. durch freizeitpädagogische Angebote erprobt werden.

Engagement – Integration durch soziale Arbeit (VHS Witten-Wetter-Herdecke)

Neue Formen der Ansprache und Motivation werden durch das Projekt der VHS erprobt. Durch die Identifikation mit dem eigenen Stadtteil und durch sinnvolle Tätigkeiten für das Gemeinwesen soll ein neuer Zugang zum Thema Arbeit eröffnet werden.

Die Modellprojekte finden für Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus dem gesamten Ennepe-Ruhr-Kreis statt

- in Kooperation mit allen beratenden Organisationen im EN-Kreis (mehr als 120),
- durch aufsuchende Sozialarbeit und
- auf Vorschlag durch die Sozialämter.

Die Aufnahme findet auf freiwilliger Basis statt

Der Gesamtansatz sieht vor, dass 5 Modellprojekten durch einheitliche Zugangs- und Ausgangsverfahren zusammen geführt werden, ein einheitliches Dokumentationssystem entwickelt und die Kinderbetreuung zentral organisiert wird.“⁶²

⁶² <http://www.en-kreis.de>

Abb. 21 Merkmale des Projekts DevelopmENt (Ennepe-Ruhr-Kreis)

Zielgruppe(n):	1 Empfänger von Sozial- oder Arbeitslosenhilfe mit psychischen Problemen oder Suchtproblemen (vgl. auch Projekt 29)
Zugang zu Angeboten/Maßnahmen:	1 Aufsuchende Sozialarbeit 2 Vorschlag der Sozialämter 3 Freiwilligkeit der Teilnahme
Identifikation / Assessment:	
Ziele:	1 Integration in den zweiten oder ersten Arbeitsmarkt 2 Stabilisierung 3 Gesundheitsförderung eher randständig (vgl. aber Projekt 29)
Art der Intervention:	1 Persönliche Stabilisierung 2 Tagesstrukturierung 3 Persönliche Hilfen 4 Therapeutische Angebote 5 Sozialpädagogische Angebote 6 Freizeitpädagogische Angebote 7 Netzwerk von 120 Akteuren 8 Schulung der Mitarbeiter
Individuelle Dauer der Angebote / Maßnahmen:	
Teilnehmerzahlen:	bisher 90 (150?)
Laufzeit des Projektes:	3,5 Jahre
Kosten / Finanzrahmen: ggf. Personalausstattung:	4,5 Millionen Euro
Finanzierende Institutionen:	Equal, Ministerium für Wirtschaft (NRW) Kreis Ennepe-Ruhr
Hinweise zur Dokumentation und Evaluation:	Einheitliches Dokumentationssystem aller Projekte mit Zugangs- und Abgangsdaten
Ggf. Arbeitsmarktpolitische Randdaten: Arbeitslosenquote bzw. Zahl Sozialhilfequote bzw. Zahl	

Auf einer weiteren Page heißt es: *„Dreieinhalb Jahre läuft das Projekt, die Gesamtkosten betragen rund 4,5 Millionen Euro. Die Hälfte davon trägt die Europäische Union, der Rest wird aus Kreismitteln kofinanziert. Die ersten 90 Projektteilnehmer arbeiten bereits in den fünf Modellprojekten in Gevelsberg, Hattingen und Witten.“*⁶³

Zusammenfassend lässt sich das Projekt damit wie folgt charakterisieren (vgl. Abb. 21):

Das Projekt weist damit eine stark therapeutische Ausrichtung auf. Identifikations- und Assessmentverfahren sind nicht i.e. beschrieben. Es dürfte sich dabei aber um eher nichtstandardisierte, individuell-diagnostische Maßnahmen durch Ärzte und anderes Fachpersonal handeln.

6.1.2 Netzwerk arbeitsintegrative Gesundheitsförderung (NAG)

Auf der Internetseite heißt es wie folgt:

„Wo stehen wir?“

In Deutschland existiert eine Fülle von zumeist mittelschichtorientierten Angeboten zur Gesundheitsförderung, z.B. in Volkshochschulen, Sportvereinen, aber auch in Unternehmen. Gleichwohl gibt es keine Angebote, die sich speziell an die Zielgruppe der Arbeitslosen und instabil Beschäftigten wenden. In Maßnahmen der Arbeitsförderung (Fortbildung, Umschulung, Trainings etc.) ist Gesundheitsförderung entweder gänzlich ausgeschlossen oder nur ein Randthema der sozialpädagogischen Begleitung. Instabil Beschäftigte und Arbeitslose sind häufig in einer Abwärtsspirale gefangen. Die Frustration durch den Arbeitsplatzverlust hat oft soziale Ausgrenzung zur Folge, was in der Konsequenz die Chancen auf dem Arbeitsmarkt verschlechtert.

Um dieser hohen „Problemdichte“ angemessen zu begegnen, sind in unserem Netzwerk sowohl Ansätze und Akteure der Arbeits- wie auch der Gesundheitsförderung einbezogen. Viele gesundheitliche Probleme und Krankheiten sind direkte Folgen von Arbeitslosigkeit. Begleitende gesundheitliche Interventionen im Bereich von Bewegung, Ernährung und Empowerment, die das Gesundheitsverhalten der Betroffenen zugleich fördern und präventiv wirken, existieren bisher nur in unzureichendem Maße.

Was ist das Ziel?

Arbeitslose und instabil Beschäftigte sollen gesundheitlich nachhaltig gefördert werden. In speziell auf ihre Bedürfnisse zugeschnittenen Gesundheitsmodulen sollen Ressourcen aktiviert und erweitert werden. So können besonders belastete Zielgruppen wie Suchtgefährdete, sozial isolierte oder verschuldete Menschen nicht nur verstärkt arbeitsmarktintegrative Aktivitäten aufnehmen (Bewerbungen, Fortbildungen, Nutzung beruflicher Beratung etc.), sondern ihre gesamte Befindlichkeit und soziale Einbindung verbessern.

⁶³ http://www.ruhr-guide.de/rg.php/left/menu/mid/artikel/id/549/kat_id/50/parent_id/0/kp_id=0/kp_titel/

Dazu sollen individuelle Gesundheitspläne für den Einzelnen wie auch für spezifische Zielgruppen erarbeitet werden, welche die vielfach schädlichen Wirkungen von Arbeitslosigkeit und unsicherer Beschäftigung vermindern.

Wie wird N.A.G. aktiv?

Aufbauend auf einer individuellen Diagnostik (Assessment) werden Arbeitslose und instabil Beschäftigte bezüglich ihrer Defizite und Ressourcen beraten. Dies schließt auch einen persönlichen Förderplan mit Empfehlungen konkreter Gesundheitsprogramme ein.

In spezifischen Gesundheitsmodulen können die TeilnehmerInnen Kompetenzen und Handlungsanweisungen zur Überwindung gesundheitlicher Einschränkungen entwickeln. Anschließend werden die individuellen, arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderpläne durch kontinuierliche Begleitangebote (Beratung, Telecoaching etc.) im Alltag implementiert.

Weiterhin sollen diese Aktivitäten durch Schaffung gesundheits-förderlicher Unternehmensstrukturen auf die betriebliche Ebene ausgedehnt werden und so zu nachhaltiger Beschäftigungsfähigkeit beitragen.

Wer ist beteiligt?

Zu den operativen Partnern bzw. der Kerngruppe des N.A.G. gehören neben der Universität Dortmund als koordinierende Stelle und wissenschaftlicher Leiter folgende Bildungs- und Beschäftigungsträger in Nordrhein-Westfalen.

Abb. 22 Akteure des NAG

Bildungsträger	Beschäftigungsträger	Universität
Esta Bildungswerk	Erneuerungsgesellschaft Wolfen-Nord (EWN)	Universität Dortmund, Lehrstuhl Prof. Kastner
DRK Borken	Dortmunder Dienste	
Tertia Wolfen	Stadt Rheine (Sozialamt)	
Frauen helfen Frauen Wolfen		

Die beteiligten Kernpartner bringen eine Vielzahl praktischer Erfahrungen im Umgang mit den Problemen von Arbeitslosen und ihrer Bewältigung mit. Neben den Kernpartnern engagieren sich weitere Organisationen, Verbände und Unternehmen als strategische Partner im Netzwerk.

Die Zahl der strategischen Partner kann sich bei Interesse aus anderen Bundesländern jederzeit verändern. Durch Einrichtung offener Arbeitskreise und Workshops zu den einzelnen Themenfeldern im N.A.G. sollen auch Arbeitslose selbst, sowie von Arbeitslosigkeit bedrohte Menschen als Akteure einbezogen werden. Zudem sollen regionale und überregionale Fachverbände und Netzwerke wie z.B. der Arbeitskreis Gesundheitsför-

derung (Dortmund), die Arbeitsgruppe „Beratung“ (DGVT), die Internationale Union für Gesundheitsförderung und -erziehung (IUHPE), das „German Network for Mental Health“ (GNMH) und das "Scientific Comittee Unemployment and Health“ (ICOH) in die Arbeit des N.A.G. einbezogen werden.

Zu den internationalen Partnern zählen:

- Frankreich: ACSC Association des Cités de Secours catholique
- Irland: Westmeath Equal Development Partnership
- Niederlande: Project Ruman Grandi
- Nordirland: Health Action Zone
- Österreich: ida – Integration durch Arbeit
- Österreich: Volkshilfe Wien Beratungszentrum CLEAR-IT⁶⁴

Die aktuelle Homepage von NAG enthält leider wenige Informationen zum tatsächlichen Stand des Projekts. Gleichwohl kann das in der Literatur gut beschriebene Projekt [z.B. Kuhnert, Kastner 2002] von seiner Gesamtkonzeption, der Zielstellung und den geplanten Maßnahmen her betrachtet, als treffgenaues Modell der ressourcenerhöhenden und/oder risikofaktorensenkenden Gesundheitsförderung bei Erwerbs- und Arbeitslosen bei gleichzeitiger Beschäftigungsförderung betrachtet werden. Gleichzeitig handelt es sich aber im Rahmen der 110 EQUAL Vorhaben um das Einzige Projekt dieser spezifischen Ausrichtung.⁶⁵

Auf der Homepage des Kooperationspartners ida, Wien finden sich noch Hinweise zur internationalen Aufgabenverteilung im Verbundprojekt. Dort heißt es:

„The transnational network ENDEAVOUR consists of 7 development partnerships in 6 EU-countries. They all carry out EQUAL-projects with the aim to reduce discrimination and exclusion on the labour market.

- Westmeath EQUAL Development Partnership (Athlone, Ireland);
- Futures Project (Belfast, Northern Ireland);
- Netzwerk Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung (Dortmund, Germany);
- Interface Emploi (Paris, France);
- Ruman Grandi (Rotterdam, Netherlands);
- Erweiterter Arbeitsmarkt – Integration durch Arbeit (Vienna, Austria);
- Mehrstufige Arbeitsintegration bei komplexen sozialen Problemagen (Vienna, Austria).

*ENDEAVOUR pursues 2 main foci
Health & Employment (Gesundheit & Arbeit)
Policy & Employment (Politik & Arbeit)*

The work group Health & Employment serves the exchange of experience about the problem of long term unemployment and health. Measures of intervention and for the

⁶⁴ http://www.equal-nag.de/ie/index_ie.htm

⁶⁵ http://www.equal-nag.de/ie/index_ie.htm

promotion of health of long term unemployed people shall be developed and put to the test. A broad public at EU-level will be informed about the connections of long term unemployment and the health situation of unemployed people.

Policy and Employment deals with the social support systems of the respective countries, especially with regard to their possibilities of integration for unemployed people. Strengths and weaknesses of the organisational, societal and political framework shall be compared and examples of good practice shall be identified. Within each group, three key activity areas will be undertaken:

Group 1 – Health and Employment (led by Dortmund)

- Activity 1 – The Diagnostic Toolbox (led by Dortmund)*
- Activity 2 – Health Modules (led by Rotterdam)*
- Activity 3 – Interventions (led by Volkshilfe, Vienna)*

Group 2 – Policy and Employment (led by Westmeath)

- Activity 4 – Best Practice in the Labour Market (led by Caritas, Vienna)*
- Activity 5 – Access to Sustainable Employment (led by Paris)*
- Activity 6 – Activating Employers (led by Westmeath)*

The lead site for each activity will be responsible for coordinating inputs from the other sites. Belfast is providing overall secretariat support to the transnational partnership, Dortmund has lead responsibility for evaluation and Austria is responsible for finance. In addition, Belfast will produce a final transnational report on mainstreaming.”⁶⁶

Danach ist die Universität Dortmund primär für die weitere Entwicklung und Erprobung der diagnostischen Verfahren und Assessmenttechniken zuständig, bei denen z.T. sicher auch auf bereits vorliegende Instrumente (vgl. Projekte 26-28) zurückgegriffen werden kann.

Insgesamt muss das Projekt hinsichtlich seiner Zielsetzungen als sehr ambitioniert und hinsichtlich seiner transnationalen, multizentrischen Verbundstruktur als recht kompliziert bezeichnet werden. Die Koordination dieses Vorhabens mit ganz unterschiedlichen Trägerschaften der Maßnahmen der Beschäftigungs- und Gesundheitsförderung wird nicht einfach sein. Allerdings wird gerade die Projektdurchführung in mehreren europäischen Staaten zeigen können – unterstellt, dass das Projekt auch entsprechend umgesetzt und angemessen evaluiert wird, – ob und wenn ja, welche Wirkungen auf den Gesundheitszustand und die Wiederbeschäftigung sich bei ganz unterschiedlichen Situationen im Bereich der Beschäftigung und des Gesundheitswesens ergeben.

⁶⁶ <http://www.ida-equal.at/english/278.htm>

Abb. 23 Merkmale des Projekts „Netzwerk arbeitsintegrative Gesundheitsförderung“ (NAG)

Zielgruppe(n):	1 Arbeitslose 2 Instabil Beschäftigte
Zugang zu Angeboten/Maßnahmen:	
Identifikation / Assessment:	1 Diagnostische Verfahren 2 Assessmentverfahren
Ziele:	1 Gesundheitsberatung und -förderung 2 Erhöhung der Beschäftigungsfähigkeit
Art der Intervention:	1 Beratung und Schulung 2 Gesundheitliches Assessment 3 Gesundheitsmodule 4 Individuelle Gesundheitspläne 5 Maßnahmen der Gesundheitsförderung 6 Begleitangebote
Individuelle Dauer der Angebote / Maßnahmen:	
Teilnehmerzahlen:	
Laufzeit des Projektes:	
Kosten / Finanzrahmen: ggf. Personalausstattung:	
Finanzierende Institutionen:	Equal, Landesmittel
Hinweise zur Dokumentation und Evaluation:	Evaluation durch den Projektnehmer Universität Dortmund Prof. Kastner / Dr. Kuhnert
Ggf. Arbeitsmarktpolitische Randdaten: Arbeitslosenquote bzw. Zahl Sozialhilfequote bzw. Zahl	

6.1.3 Arbeitslosigkeit und Gesundheit (Brandenburg)

Dieses Projekt ist beispielhaft dafür, wie schwierig es sein kann, ein innovatives Konzept der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen auch umzusetzen. Erste Überlegungen zu diesem Projekt wurden bereits Mitte der 90er Jahre entwickelt. Trotz der Unterstützung der leitenden Mitarbeiter im Ministerium und auch der Leitung des Hauses sollte es bis 1998 dauern, bis das Projekt auf einer einigermaßen soliden Finanzierungsgrundlage Wirklichkeit wurde. Das Projekt wurde von der Universität Potsdam evaluiert. Auf der Homepage des Institut für Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie heißt es dazu:

„Evaluation der Prignitzer Servicestelle Arbeit und Gesundheit Auftraggeber: Landkreis Prignitz/Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg, Laufzeit: Dezember 1999 bis März 2001

Die „Prignitzer Servicestelle Arbeit und Gesundheit“ wurde im Juli 1998 in Wittenberge eingerichtet. Die Servicestelle bietet Hilfen für gesundheitsbeeinträchtigte Arbeitslose. Im Beratungsprozess wird gemeinsam mit dem Betroffenen ein Perspektivplan zur Problemlösung erarbeitet. Zum Anderen ist es Aufgabe der Servicestelle ein Netzwerk aufzubauen bzw. zu erweitern, dass Maßnahmen der Arbeits-, Gesundheits- und Sozialverwaltungen integriert.

In der ersten Projektphase (12/1999 – 1/2000) wurde ein Auswertungskonzept für das kundenbezogene Dokumentationssystem der Servicestelle entwickelt. In der zweiten Projektphase (05/00 – 06/00) wurden die dokumentierten Kundendaten statistisch ausgewertet (deskriptive Statistik sowie Zusammenhangsanalysen zwischen den Bereichen „Gesundheit“, „Beschäftigung“ und „Psychosoziale Situation“). Des weiteren wurde ein Interviewleitfaden für die Befragung der Arbeitslosen nach dem Beratungsprozess (mindestens 6 Monate) entwickelt, mit dessen Hilfe die nachhaltige Wirksamkeit des Beratungsprozesses erhoben wurde.

In der dritten Projektphase (12/00 – 03/01) erfolgte die Auswertung der Ergebnisse der nachgehenden Betroffenenbefragung, (Telefon-)Interviews mit den Netzwerkpartnern sowie die Auswertung dieser Interviews.“⁶⁷

Über das Projekt ist schon vor und nach seinem endgültigen Start viel publiziert worden [v. Braunmühl 1997, Kongresse Armut und Gesundheit]. Das Vorhaben lässt sich auf der Grundlage und der Selbstbeschreibung der Servicestelle wie folgt charakterisieren:

„Die Servicestelle bietet Informationen und Beratung zu regional verfügbaren Einrichtungen, Initiativen und Unterstützungsmaßnahmen für Arbeitslose. Sie vermittelt Kontakte zu Beschäftigungs-, Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen in der Region, plant mit Betroffenen und Einrichtungen (Aus)Wege und unterstützt sie bei der Verwirklichung ihrer persönlichen Ziele. Für eine effektive Kundenarbeit erarbeitet die Servicestelle eine Übersicht über alle Beschäftigungs-, Bildungs- und Gesundheitsförde-

⁶⁷ <http://www.psych.uni-potsdam.de/annual-report/file/ABO.pdf>

rungsmöglichkeiten und initiiert und koordiniert den Aufbau eines Netzwerks.“ [Servicestelle Arbeit und Gesundheit Prignitz 1999]

Der vorliegende Evaluationsbericht basiert in Bezug auf die klientenbezogenen Interventionswirkungen auf insgesamt 80 Befragungen von Teilnehmern (Vor- und Nachbefragung). Die Nachbefragung wurde Ende des Jahres 2000 durchgeführt. Art und Zeitpunkt der Erstbefragung werden nicht konkret ausgeführt. Die Ergebnisse zum Beschäftigungsstand und Gesundheitszustand werden in dem Bericht einmal zwischen den heute Erwerbstätigen und Erwerbslosen dargestellt, zum Anderen im Längsschnitt. Dabei ergeben sich folgende Veränderungen des Gesundheitszustandes.

Abb. 24 *Veränderung gesundheitlicher Parameter bei der Nachbefragung von insgesamt 78 Teilnehmerinnen des Projekts (Befragungszeitraumunterschied: maximal 2 Jahre)*

	Erstbefragung	Nachbefragung
Körperlicher Gesundheitszustand		n=74
Sehr gut /gut	54,6%	56,8%
Zufriedenstellend	18,9%	25,7%
Weniger gut /Schlecht	27,0%	17,6%
Summe	101%	100%
Seelischer Gesundheitszustand		n=73
Sehr gut /gut	36,0%	49,3%
Zufriedenstellend	27,2%	34,3%
Weniger gut /Schlecht	35,6%	16,4%
Summe	98,8%	100,0%
Einschätzung der Veränderungen durch Beratungsprozess		
Gesundheit		n=79
Verschlechtert		5,0%
Unverändert		58,2%
Verbessert		32,9%
Psychosoziale Situation		n=61
Verschlechtert		4,9%
Unverändert		47,5%
Verbessert		47,5%

Die Ergebnisse werden im Evaluationsgutachten wie folgt interpretiert: „Insgesamt beurteilen die Befragten ihren körperlichen Gesundheitszustand positiv; in der Nachbefragung ist im Vergleich zur Erstbefragung diese Tendenz noch stärker ausgeprägt.“ (-) „Es wird deutlich, dass in der Gesamteinschätzung zumindest keine Veränderungen, zu einem bemerkenswert hohen Anteil jedoch auch Verbesserungen der Situation infolge des Beratungsprozesses festgestellt werden.“ [Metz, Kalytta 2001, S.14, S.20]

Abb. 25 Merkmale des Projekts Arbeitslosigkeit und Gesundheit (Brandenburg)

Zielgruppe(n):	1 Langzeitarbeitslose mit drohenden oder eingetretenen Gesundheitschäden
Zugang zu Angeboten/Maßnahmen:	1 Über das bestehende Projektbüro 2 Öffentlichkeitsarbeit 3 auch eine "Zuweisung" über Hausärzte wird diskutiert
Identifikation / Assessment:	
Ziele:	1 Beschäftigungshilfe 2 Gesundheitshilfe 3 Integrierter Ansatz
Art der Intervention:	1 Qualifizierungsmaßnahmen 2 ABM, SAM im Bereich Kur, Erholung, Tourismus, Soziales, Gesundheit Vorschlag Nr.3 / Gruppenkonzept 3 Keine reine Selbsthilfegruppe 4 Keine reinen psychotherap. Gruppen 5 Professionelle Leitung 6 Verbindlicher Charakter 7 Tagesstrukturierende Funktion 8 Keine Beschäftigungstherapie 9 Physiotherapie, Sport, Tanztherapie
Individuelle Dauer der Angebote / Maßnahmen:	
Teilnehmerzahlen:	
Laufzeit des Projektes:	Ab 1998
Kosten / Finanzrahmen: ggf. Personalausstattung:	
Finanzierende Institutionen:	MAGS Brandenburg
Hinweise zur Dokumentation und Evaluation:	Institut für Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie der Universität Potsdam Prof. Dr. A. Metz*
Ggf. Arbeitsmarktpolitische Randdaten: Arbeitslosenquote bzw. Zahl Sozialhilfequote bzw. Zahl	1997: über 20% * Es handelt sich um eine Nachbefragung von 80 ehemaligen Teilnehmerin Ende 2000 z.T. im Vergleich zur Erstbefragung zzgl. Befragung von Akteuren

Eine eingehende Kritik dieser Art von Evaluation kann hier nicht erfolgen. Sie ist jedenfalls hinsichtlich der Anlage, der statistischen Analysen und der Schlussfolgerungen defizitär. Auch wenn dies ggf. gar nicht primär und allein von den Evaluatoren zu vertreten ist, so stellen sich doch folgende Fragen:

1. Wie will man Wirkungen einer Intervention nachweisen, wenn eine Nacherhebung in einem Nachbefragungszeitraum von bis zu 2 Jahren erfolgt?
2. Können die erfragten Veränderungen im gesundheitlichen und psychosozialen Bereich tatsächlich und primär auf die Beratungsprozesse zurückgeführt werden?
3. Wenn schon quantitativ evaluiert wird, warum wird dann bei der Analyse der Daten das statistische Methodenarsenal nicht adäquat angewendet. Da es sich im Rahmen einer Vorher-Nachherbefragung um nichtunabhängige Stichproben handelt, hätte es sich bei einer Berechnung der entsprechenden Konfidenzintervalle leicht gezeigt, dass die behauptete Verbesserung des Gesundheitszustandes sich statistisch nicht sichern lässt.
4. Schließlich muss man sich hinsichtlich des bemerkenswert guten Gesundheitszustandes der Gruppe wirklich fragen, ob hier nicht erhebliche Selektionen bestehen bzw. bestanden haben.

Insgesamt kann diese Art von Projektdokumentation und -evaluation nicht überzeugen.

6.1.4 Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen – Aktiva (TU Dresden)

Dieses in Zusammenhang mit dem Public Health Forschungsverbund initiierte Projekt stellt ein Gesundheitsförderungsprogramm für arbeitslose Frauen im Alter zwischen 40 und 55 Jahren dar, bei dem u.a. die Stressbewältigung im Mittelpunkt steht. Ein vergleichbares Projekt wird auch von einem Frauenzentrum angeboten. Das Projekt sieht eine Befragung der Teilnehmerinnen vor und nach dem Kurs vor. Zu den Ergebnissen liegen mittlerweile drei Diplomarbeiten vor, die aktuellste aus dem Jahr 2003 [Lemcke 2003].

Die Evaluation der Wirksamkeit dieses Programms ergibt nur sehr geringe Interventionseffekte. „In der Gesamttrainingsgruppe (n=37) zeigt sich ein signifikanter Unterschied hinsichtlich sozial-kommunikativer Beschwerden, die in der Trainingsgruppe deutlicher abnehmen.“ [Lembcke 2003, S. 132] „Insgesamt fallen die Befunde zum wissenschaftlichen Nachweis der Wirksamkeit des Trainings für langzeitarbeitslose Frauen eher ernüchternd aus“ [a.a.O. S. 131].

Abb. 26 Merkmale des Projekts Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen – Aktiva (TU Dresden)

Zielgruppe(n):	1 Arbeitslose Frauen 40-55 Jahre
Zugang zu Angeboten/Maßnahmen:	1 Freiwillig 2 Pressemitteilungen
Identifikation / Assessment:	1 Nicht vorgesehen
Ziele:	1 Abbau von Stress 2 Stabilisierung 3 Kompetenzerhöhung 4 Netzwerkbildung
Art der Intervention:	Gruppenarbeit mit: 1 Entspannungsübungen 2 Soziale Kompetenzen stärken 3 Problemlösungsverhalten optimieren 4 Konstruktives Denken 5 Genießen
Individuelle Dauer der Angebote / Maßnahmen:	4 Wochen Zwei Mal wöchentlich (vormittags)
Teilnehmerzahlen:	44 (nach Lemcke 2003)
Laufzeit des Projektes:	Laufend
Kosten / Finanzrahmen: ggf. Personalausstattung:	KA
Finanzierende Institutionen:	KA Früher BMBF
Hinweise zur Dokumentation und Evaluation:	3 Diplomarbeiten Befragungen vor und nach Kurs Kontrollgruppendesign (Kontrollen n=37)
Ggf. Arbeitsmarktpolitische Randdaten: Arbeitslosenquote bzw. Zahl	17,3%
Sozialhilfequote bzw. Zahl	2,7%

Die in der Diplomarbeit sehr kenntnisreich diskutierten, möglichen Gründe der geringen Effekte können und brauchen hier nicht i.e. vorgetragen zu werden. Auch wenn die Fallzahlen der Evaluation für die Ableitung von Schlussfolgerungen viel zu klein sind, zeigt u.E. die Studie doch – gerade weil sie die Gesundheitsförderung jenseits eines direkten Bezuges zur Erhöhung der Wiederbeschäftigung in den Mittelpunkt stellt – dass bei möglichen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen vor allen weiteren damit verbundenen Zielstellungen zunächst und primär die Frage nach der Wirksamkeit der jeweiligen Interventionen zu stellen und zu beantworten ist. Dieses und andere Beispiele (vgl. 6.1.18) zeigen und bestätigen, dass die Vorstellung „man stecke die Arbeitslosen in einen Kurs und schon bessern sich Indikatoren von Gesundheit“ als eher naiv zu bezeichnen ist. Der vorliegende Befund wiegt u.E. umso schwerer, als es sich bei der kleinen Interventionsgruppe um besonders aktive und motivierte Frauen handeln dürfte, die sich nach entsprechenden Medienberichten freiwillig zu diesem Kurs gemeldet haben. Diese Hypothese wird in einem Telefongespräch mit Frau Lembcke vom 05.09.2003 bestätigt. Das Projekt ist wegen Finanzierungsschwierigkeiten derzeit eingestellt.

6.1.5 Job-Plan Hamburg

Bei diesem Projekt handelt es sich um eine Weiterentwicklung der bereits seit 1998 bestehenden Zusammenarbeit zwischen Arbeits- und Sozialamt in Hamburg mit dem Ziel, Arbeitslose und Sozialhilfebeziehern schneller und besser in Arbeitsplätze auf dem ersten oder zweiten Arbeitsmarkt zu vermitteln. Das Projekt bedient sich dazu folgender Verfahren:

„Das Modellvorhaben "Job Plan" (basiert) auf den Leitgedanken, eine individuelle Eingliederungsplanung und ein möglichst einheitliches Vermittlungs- und Arbeitsförderungsangebot für Beziehende von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe zu schaffen.

Diesem Ziel wird sich mit den folgenden Komponenten genähert.

In Assessmentverfahren werden für Personen mit unklarer Eingliederungsperspektive individuelle Eingliederungspläne erstellt. Mit der Durchführung der Assessmentverfahren sind professionelle Anbieter beauftragt, damit die Arbeits- und Sozialämter durch eine möglichst objektive Analyse der Persönlichkeit und Fähigkeiten eines Bewerbers zuverlässige Aussagen über geeignete Beschäftigungsfelder erhalten. Sie sind Voraussetzung für das anschließende Clearing-Verfahren.

In den bezirklichen Clearingstellen entscheiden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Arbeits- und Sozialamtes auf Basis der Ergebnisse der Assessmentverfahren gemeinsam und verbindlich sowohl für die Klientel des Arbeitsamtes als auch für die des Trägers der Sozialhilfe über die konkreten Maßnahmen zur Überwindung der Hilfebedürftigkeit und der beruflichen Eingliederung in den regulären Arbeitsmarkt.

Die Vermittlungsaktivitäten der beauftragten Vermittlungsagenturen werden durch die Festschreibung von Vermittlungsquoten sowie der regelmäßigen Durchführung von Eingangs- bzw. Bewerbungseminaren optimiert.“⁶⁸

⁶⁸ <http://www.bma-mozart.de/html/projekte/projekt009.html>

Abb. 27 Merkmale des Projekts Job Plan Hamburg

Zielgruppe(n):	1 Arbeitslose 2 Sozialhilfeempfänger
Zugang zu Angeboten/Maßnahmen:	1 Auswahl durch Arbeitsamt 2 Auswahl durch Sozialamt
Identifikation / Assessment:	1 Externes, zwei- bis dreitägiges Assessmentverfahren 2 Individ. Eingliederungspläne
Ziele:	1 Wiederbeschäftigung
Art der Intervention:	1 Bei Bedarf soziale und auch gesundheitliche Beratung
Individuelle Dauer der Angebote / Maßnahmen:	Assessment zwei bis drei Tage
Teilnehmerzahlen:	Geplant: 12.000
Laufzeit des Projektes:	01.02.2001-31.01.2003
Kosten / Finanzrahmen: ggf. Personalausstattung:	9,5 Mio. Euro
Finanzierende Institutionen:	EU, Bund, Kommune, BA
Hinweise zur Dokumentation und Evaluation:	Gesamtevaluation durch Infas
Ggf. Arbeitsmarktpolitische Randdaten:	
Arbeitslosenquote bzw. Zahl	9,6%
Sozialhilfequote bzw. Zahl	14,2% (120.000)

Das Vorhaben kann seine Ziele offenbar erreichen, denn: *„Bereits seit geraumer Zeit verzeichnet das Arbeitsamt in seiner Statistik eine deutliche Abnahme der registrierten Langzeitarbeitslosen: Von Januar 1999 bis Juli 2001 ist die Zahl der Langzeitarbeitslosen von 32.687 (entspricht 36,2 % der registrierten Arbeitslosen) auf nun 21.461 Personen (30,7%) zurückgegangen. Auch bei den Sozialhilfeempfängerinnen und -empfängern, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen ist in Hamburg ein bemerkenswerter Rückgang zu verzeichnen: Während die Anzahl derjenigen, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen im März 1998 mit mehr als 138.000 Menschen einen Spitzenwert einnimmt, ist diese Zahl inzwischen kontinuierlich gesunken. Inzwischen liegt sie unter 117.000, und das entspricht einem Rückgang von etwa einem Sechstel in diesem Zeitraum.“* [ebd.]

Das Projekt umfasst eine soziale bzw. gesundheitliche Beratung nur randständig und im Einzelfall und bewegt sich damit an der „beschäftigungspolitischen Ecke“ der Intervention im Kontext des Hartz-Konzeptes.

Die Amivalenz dieser Vorhaben ist erwartungsgemäß nicht Gegenstand der offiziellen Informationen und Berichterstattungen. In der Augustausgabe 2002 der Zeitschrift „quer“ heißt es zum Projekt:

„Wie Job-Plan funktioniert

Die Hamburger Arbeits- und Sozialämter schreiben im Lauf des Modellversuchs (bis 31.1.2003) 12.000 langzeitarbeitslose Alhi- und SozialhilfebezieherInnen an. Alle mit "unklaren Eingliederungsperspektiven" werden in eines von sechs Assessment-Centern geschickt, wo in zwei bis drei Tagen ihre individuellen Schwächen und Stärken festgestellt werden sollen, mögliche Arbeitsfelder herausgefunden, sozialarbeiterische oder juristische Unterstützungsbedarfe festgestellt und individuelle Eingliederungspläne erstellt werden sollen. Das Ergebnis des Assessment-Verfahrens wird dann an eine von acht Clearing-Stellen, die paritätisch mit VertreterInnen von Arbeits- und Sozialamt besetzt sind, gegeben. Dort wird es bewertet und verbindlich Maßnahmen für die betreffenden Erwerbslosen festgelegt. Hierbei haben die Erwerbslosen ausdrücklich weder Mitsprache- noch Veto-Recht. Arbeits- und Sozialamt müssen diesen Eingliederungsplan dann verbindlich umsetzen. Auch hier gibt es kein Mitsprache- oder Veto-Recht der betroffenen Erwerbslosen. Wenn sie mit den für sie festgelegten Maßnahmen nicht einverstanden sind, werden sie auf die "allgemeinen Regelungen des Verwaltungsverfahrens- und des Leistungsrechts" (vgl. Antwort des Senats auf die schriftliche Kleine Anfrage von REGENBOGEN, BürgerschaftsDrs. 16/6515) verwiesen.. So, wie JOB-PLAN angelegt ist, ist Schlimmes für die betroffenen Erwerbslosen zu befürchten.

Der eigentlich positive Ansatz, Erwerbslose "aus einer Hand" zu beraten, Arbeitsplätze oder Fortbildungsmöglichkeiten zu finden und die Fördermöglichkeiten des SGB III auch für SozialhilfebezieherInnen zugänglich zu machen, gerät durch die materiellen und politischen Rahmenbedingungen absehbar zu einem weiteren Repressionsinstrument gegen Erwerbslose.

Erwerbslose – kranke Problemfälle?

Im Projektantrag von Arbeitsamt und der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales an das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung ist die Rede von "einer Ersta-

namnese durch Arbeits- und Sozialamt". "Im Assessment Center werden durch ein diagnostisches Verfahren die individuellen berufs-/arbeitsbezogenen Fähigkeitsmerkmale der auserwählten Personen ermittelt". Dementsprechend sollen im Assessment-Verfahren unter anderem "Motivation, physische und psychische Konstitution, Lernweisen, Ordnungsliebe, Sauberkeit, Monotonietoleranz, Einschätzung der eigenen Person und Realitätsnähe" ermittelt werden.

Im Senatsbericht (BürgerschaftsDrs. 16/6312) heißt es außerdem: "Das Assessmentverfahren soll zum einen bei den Teilnehmenden auch eine Auseinandersetzung mit der Bedeutung von Arbeit an sich und vor allem mit den Auswirkungen eines Arbeitsplatzes auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für das eigene Leben bewirken und zum anderen auch die Hinführung zu einer eigenen Berufswegeplanung sein, indem eigene Vorstellungen, Wünsche, Einschätzungen eigener Fähigkeiten in Einklang gebracht werden mit realistischen Angeboten und Möglichkeiten des Arbeitsmarktes."

Im Klartext: die im Assessmentverfahren befindlichen Erwerbslosen sollen mürbe gemacht werden für die Annahme vorhandener, "realistischer", mit einem Wort schlechter Arbeitsplätze.

Es gibt keine Freiwilligkeit mehr

Jede/r muss sich bei Strafe des Entzugs der Existenzgrundlage von den Assessmentcentern durchleuchten lassen. Es gibt weder in den Clearing-Stellen noch bei Arbeits- oder Sozialamt eine wirkliche Mitsprachemöglichkeit für die betroffenen Erwerbslosen. Die Bewertung der eigenen Person im Assessment-Center hängt völlig von der Fairness oder Willkür der dort Tätigen ab.

Datenschutz

Unter datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten ist Job-Plan hoch problematisch, wenn man sich ansieht, wie die Einzelnen in ihrer ganzen Person durchleuchtet werden und wie fragwürdig es ist, in einem zwei- bis dreitägigen Verfahren wesentliche Persönlichkeitsmerkmale eines Menschen "diagnostizieren" zu wollen. Die Betroffenen haben ja auch keine Möglichkeit eine solche "Diagnose" zu widerlegen. Der Senat hat auf unsere kleine Anfrage (Bürgerschafts-Drs.16/6515) erklärt: "Die Berücksichtigung der Erfordernisse des Datenschutzes bei der Konzeption von Job-Plan erfolgte durch Beteiligung und Abstimmung mit dem Hamburger Datenschutzbeauftragten." Danach ist der Assessment-Anbieter verpflichtet, die Angaben nur an Arbeits- und Sozialamt und sonst niemandem zugänglich zu machen. Nach Abschluss der Assessmentverfahren und der Abrechnung der Vergütung müssen die Daten "physisch" vernichtet werden.

Der Hamburgische Datenschutzbeauftragte bestätigt dies in seinem Schreiben an den KOORDINIERUNGS AUSSCHUSS DER HAMBURGER ERWERBSLOSENGRUPPEN und weist darauf hin, dass unter anderem auch der Erhebungsbogen dahingehend überarbeitet wurde, dass zur Vermögenssituation nur die "erforderlichen" Daten erhoben werden dürfen, z.B. in Zusammenhang mit einer Lohnpfändung, Fragen zum äußeren Erscheinungsbild konkretisiert wurden, die Rubrik "Ergänzungen" am Ende des Persönlichkeitsprofils so konkretisiert wird, dass nicht willkürlich noch alles mögliche reingeschrieben wird.

Öffentliche Berichterstattung

Die Berichterstattung zu Job-Plan auf der Titelseite des Hamburger Abendblatts "12.000 Arbeitslose in Hamburg zum Test – Langzeitarbeitslose müssen zur Drei-Tage-Prüfung. Wer nicht mitmacht, wird bestraft" war grausam und machte deutlich, wohin die Reise geht.“ [Katz 2002]

Die prinzipielle Ambivalenz der MoZArt-Vorhaben zwischen echter Beschäftigungsförderung über aktive, auch soziale und gesundheitliche Beratungs- und ggf. Förderungsmaßnahmen einerseits und einer Politik der Kontrolle, Disziplinierung und der Leistungsreduktion bzw. -verweigerung lässt sich u.E. nicht auflösen. Dass sich diese Ambivalenz in einer Zeit des Zurückfahrens der aktiven Arbeitsmarktpolitik durch die Arbeitsämter und der aktuellen Sparzwänge sich real in Disziplinierungsstrategien umsetzen kann, wird leider den Tatsachen entsprechen. Diese Ambivalenz dieser Maßnahmen ist für das vorliegende Gutachten aber mindestens unter drei Gesichtspunkten von Bedeutung:

- der Freiwilligkeit der Inanspruchnahme von Angeboten der Gesundheitsförderung
- der Rechtsgrundlage für die Preisgabe gesundheitlicher Informationen (vgl. Kap.3.4.1)
- der Akzeptanz von Maßnahmen der Gesundheitsförderung für Arbeitslose vor dem Hintergrund der MoZArt-Projekte und der damit gemachten Erfahrungen.

6.1.6 Sozialagenturen (Nordrhein-Westfalen)

„Das Projekt Sozialindikatoren des Landes Nordrhein-Westfalen ist ein weiteres Projekt der Beschäftigungsförderung für Sozialhilfeempfänger. Von den mit der Evaluation beauftragten Institutionen wird es wie folgt zusammenfassend beschrieben: „Mit dem Modellprojekt Sozialagenturen reagiert das Land NRW auf geänderte Anforderungen an die Sozialhilfe. Angesichts der oftmals komplexen Problemlagen von SozialhilfeempfängerInnen greift eine nur auf materielle Hilfen ausgerichtete Sozialhilfe zu kurz, deshalb rückt der Charakter der Sozialhilfe als bürgernehe soziale Dienstleistung immer stärker in den Vordergrund. Im Gegensatz zu den Ämtern alten Typs werden im Rahmen der Landesinitiative "Sozialagenturen – Hilfen aus einer Hand" passgenaue Angebote entwickelt, sowohl mit dem Ziel einer nachhaltigen Unabhängigkeit von Sozialhilfe als auch für eine Perspektive in der Sozialhilfe.“⁶⁹

Das Projekt wird trotz seiner Ähnlichkeit mit anderen Beschäftigungsförderungsprojekten hier aufgeführt, weil es nicht nur eine externe Evaluation vorsieht, diese Evaluation vielmehr Fragestellungen umfasst, die u.E. zur abschließenden Bewertung derartiger Interventionen zwingend erforderlich sind, in vielen vergleichbaren Projekten aber nicht oder nicht hinreichend untersucht werden.

⁶⁹ <http://www.sozialagenturen.nrw.de/projekt/index.htm>

Abb. 28 Merkmale des Projekts Sozialagenturen (Nordrhein-Westfalen)

Zielgruppe(n):	1 Sozialhilfeempfänger
Zugang zu Angeboten/Maßnahmen:	1 Einbestellung
Identifikation / Assessment:	1 Anamnese 2 Beratung 3 Hilfeplanung 4 case-management
Ziele:	1 Wiederbeschäftigung 2 Angebotsplanung 3 Angebotskoordination 4 Angebotsvernetzung
Art der Intervention:	1 Hilfeplanung 2 Case-Management 3 Beschäftigung 4 ggf. ergänzende gesundheitliche Interventionen
Individuelle Dauer der Angebote / Maßnahmen:	Individuell
Teilnehmerzahlen:	
Laufzeit des Projektes:	Ab Frühjahr 2001 in 11 Modellstandorten
Kosten / Finanzrahmen: ggf. Personalausstattung:	4.500.000,00 €
Finanzierende Institutionen:	Land NRW
Hinweise zur Dokumentation und Evaluation:	Wiss. Begleitung und Evaluation durch Universität Siegen Prof. Dr. Trube
Ggf. Arbeitsmarktpolitische Randdaten: Arbeitslosenquote bzw. Zahl Sozialhilfequote bzw. Zahl	

In der Beschreibung der Evaluationsziele heißt es:

„Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts ist:

- 1) die fachliche Fundierung der Auswahl der kommunalen Bewerber für das Modellprojekt
- 2) die Unterstützung der Implementationsprozesse der Sozialagenturen vor Ort u.a. durch Projektmanagement, Zielentwicklung, Organisationsentwicklung, Personalentwicklung
- 3) die Auswertung der Wirkungen von Sozialagenturen, insbesondere hinsichtlich
 - der Zielgruppenerreichung
 - der **Effektivität der Hilfen in Bezug auf eine menschenwürdige und möglichst selbstbestimmte Sicherung in prekären Lebenslagen sowie in Bezug auf Angebote zum Ausstieg aus Sozialhilfeabhängigkeit, Arbeitslosigkeit etc.** (Hervorhebung d. Verfasser)
 - der **Prozesseffekte von Sozialagenturen wie Empowerment und soziale Stabilisierung.** (Hervorhebung d. Verfasser)
 - der eingesetzten Methoden der Hilfen wie Casemanagement, Kontraktmanagement etc.
 - der Infrastrukturvoraussetzungen für die Agenturen
 - und der Kosten-Nutzen-Relation im Verhältnis zu den konventionellen Verfahren der Hilfgewährung (Effizienz)“⁷⁰

Sieht man die Interventionen bei Arbeitslosen und Sozialhilfeempfängern einmal auch in ihrer zweifellos bestehenden positiven Zielsetzung, so kann die Evaluation dieser Maßnahmen keinesfalls dabei stehen bleiben, die möglichen Beschäftigungseffekte und die Haushaltseffekte dieser Maßnahmen zu messen, es muss vielmehr in Zusammenhang mit der Gewinnung neuer Beschäftigungsmöglichkeiten darum gehen, zu untersuchen:

- a) ob mit dieser Beschäftigung eine ausreichende soziale und ökonomische Absicherung verbunden ist,
- b) ob diese Beschäftigung und die dazu vorausgehenden Maßnahmen geeignet sind, die soziale und gesundheitliche Lage bzw. Belastung der Klienten zu sichern bzw. zu verbessern und nicht zusätzlich zu verschärfen.

Ob und wie diese nicht einfachen Fragestellungen empirisch beantwortet werden, muss leider abgewartet werden, da der Schlussbericht der Evaluation erst im Jahr 2004 vorliegen wird. Im bereits zugänglichen Zwischenbericht [MASQT 2002] findet sich dazu erwartungsgemäß noch nichts.

⁷⁰ <http://www.sozialagenturen.nrw.de/projekt/wb/index.htm>

Abb. 29 Merkmale des Projekts Kurssystem contra Langzeitarbeitslosigkeit
(Brandenburg)

Zielgruppe(n):	1 Langzeitarbeitslose
Zugang zu Angeboten/Maßnahmen:	1 Freiwillig 2 Kostenlose Angebote 3 Aufwandsentschädigung
Identifikation / Assessment:	
Ziele:	1 Wiederbeschäftigung 2 Erschließung persönlicher Möglichkeiten
Art der Intervention:	1 Kurse 2 Fortbildung 3 Bewerbungstraining 4 Aktivitätenplan 5 Keine direkten gesundheitlichen Bezüge
Individuelle Dauer der Angebote / Maßnahmen:	Individuell
Teilnehmerzahlen:	45176 (1993-5/2001) 40% davon fanden berufl. Perspektive 15% auf dem ersten Arbeitsmarkt
Laufzeit des Projektes:	Seit 1993 in 24 Standorten
Kosten / Finanzrahmen: ggf. Personalausstattung:	Aus dem Landesprogramm "Qualifizierung und Arbeit für Brandenburg" wurden folgende Zuschüsse gewährt:
Finanzierende Institutionen:	1994: 3.545.068 DM 1995: 7.585.164 DM 1996: 11.597.764 DM
Hinweise zur Dokumentation und Evaluation:	KA
Ggf. Arbeitsmarktpolitische Randdaten: Arbeitslosenquote bzw. Zahl Sozialhilfequote bzw. Zahl	

6.1.7 Kurssystem contra Langzeitarbeitslosigkeit (Brandenburg)

Dieses Projekt enthält gesundheitliche Interventionen nur ganz randständig, indem es sozialpädagogische Beratung und Informationen zu „Problem- und Konfliktberatung“ bietet. Im Internet ist es wie folgt beschrieben.

„Mit dem Kurssystem verfügt das Land Brandenburg seit 1993 über ein komplexes Integrationsangebot für Arbeitslose. Vorrangiges Anliegen der Förderung ist es, dass hier Menschen mit gemeinsamen Erfahrungen zusammenkommen und auch gemeinsam tätig werden bei der Erschließung ihrer persönlichen Möglichkeiten. Das Kurssystem soll dazu beitragen, aktiv zu werden, Fortbildungschancen zu nutzen und wieder Fuß zu fassen in der Arbeitswelt. Das Kurssystem gibt es in allen Landkreisen und kreisfreien Städten des Landes Brandenburg, insgesamt an 24 Standorten.

Seit seinem Start Ende 1993 haben bis Mai 2001 45.176 Personen am Kurssystem teilgenommen. Über 40 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer fanden aus dem Kurssystem heraus eine positive berufliche Perspektive. Darin sind 15 % enthalten, die eine reguläre Arbeit aufnahmen.

Frauen, Männer und Jugendliche können am Kurssystem teilnehmen, wenn sie mindestens ein Jahr arbeitslos oder langfristig arbeitslos mit kurzzeitigen Unterbrechungen durch Erwerbstätigkeit sind. Sie müssen sich neue berufliche und persönliche Perspektiven erschließen wollen. Die Teilnahme am Kurssystem ist freiwillig und kostenlos.“⁷¹

6.1.8 Maßarbeit (Kassel)

Bei diesem Projekt handelt es sich primär um ein Eingliederungs- und Qualifizierungsprojekt für Jugendliche im Rahmen eines freiwilligen, sozialen Trainingsjahres (FSTJ). Der Träger ist ein eingetragener Verein. Es ist wie folgt kurz beschrieben: *Unsere Hauptaufgabe bestand darin, mit jedem Jugendlichen individuell neue Wege und Möglichkeiten zu entwickeln, ihre innere Haltung zu sich und ihrer Umgebung positiv zu beeinflussen und die sozialen Kompetenzen zu fördern. Aktives Bemühen zu fördern und zu entwickeln zählt hierbei ebenso zu unseren Aufgaben wie "unerwünschtes" Verhalten zusammen mit den Jugendlichen zu reflektieren und zu verändern. Um Frusterlebnisse zu vermeiden war es wichtig, an den Kompetenzen der Jugendlichen anzusetzen und durch Qualifizierung und das Finden eines passenden Einsatzortes Erfolgserlebnisse zu schaffen und damit die Möglichkeit zu haben, die Jugendlichen individuell zu fördern. Gerade durch die Einsatzorte war es möglich, Jugendliche, die vor dem Jahr auf dem ersten Arbeitsmarkt keine Chance gehabt hätten, in einen Ausbildungsplatz zu vermitteln. Akzeptieren müssen wir aber auch, dass es trotz aller Bemühungen Jugendliche gibt, die auch nach dem FSTJ noch Zeit brauchen, um sich zu orientieren und für sich Perspektiven zu entwickeln. Diese werden wir versuchen, in der Nachbetreuung weiter auf ihrem Weg zu begleiten“.⁷²*

⁷¹ <http://www.kurssystem-contra-langzeitarbeitslosigkeit.de/uebuns.htm>

⁷² http://www.fstj.de/qb_kassel.html

Auf der Grundlage eines Abschlussberichts aus dem Jahr 2001⁷³ (und eines Zwischenberichts aus dem Jahr 2002) lässt sich das Projekt als Vorhaben der sozialen und beruflichen Qualifizierung von Jugendlichen charakterisieren, die aufgrund ihrer bisherigen Lebensgeschichte ohne weitere Hilfen mit hoher Wahrscheinlichkeit keinen Arbeits- oder Ausbildungsplatz erhalten würden.

Gemessen an der im Abschlussbericht des Projekts genannten „großen Zahl der Zielgruppe in Kassel“ ist die Teilnehmerzahl (Zu Beginn: 33, nach Ende 22) als vergleichsweise gering zu bezeichnen. Zwar wird im Abschlussbericht von einer Erfolgsquote von 80% der Vermittlung in „schulische und berufliche Übergänge“ gesprochen, diese Zahl ist jedoch im Abschlussbericht nicht unmittelbar nachzuvollziehen. Dieser Bericht muss als geradezu typisches Beispiel der leider weit verbreiteten Praxis einer unzureichenden Dokumentation und Evaluation von Sozial- und Gesundheitsprojekten bezeichnet werden. Gleichzeitig kontrastiert die Beschreibung der konkreten Tätigkeit im Abschlussbericht erheblich mit der Beschreibung der Projektinhalte im Rahmen der Datenbank „Soziale Stadt“, die ausschlaggebend für die Aufnahme in die vorliegende Projektbeschreibung war. So wird im Abschlussbericht auf „geplante konzeptionelle Veränderungen“ hingewiesen, u.a. „ vor Beginn des Kurses (die) Aufarbeitung der vergangenen Schülerlebnisse sowie eine Anamnese der Persönlichkeit, die dazu führen kann, dass eine Bedingung für die Teilnahme am Hauptschulabschluss eine begleitende Therapie ist.“ Diese als wesentliche Schlussfolgerung der Projektarbeit im ersten Jahr abgeleitete Maßnahme wird in der Projektbeschreibung (Soziale Stadt) aber als wesentliches Charakteristikum des Projekts aufgeführt. Dort heißt es u.a.:

„Das Freiwillige Soziale Trainingsjahr beginnt mit einer 3-wöchigen Orientierungsphase, die in Seminarform geplant ist und vom Qualifizierungsbüro durchgeführt wird. In der ersten Woche geht es um Themen wie: Wo komme ich her, wo stehe ich, wo will ich hin? Im Vordergrund steht

- *Biographiearbeit (auch Lebensläufe können hier erarbeitet, Zeugnisse beschafft werden);*
- *Das Beleuchten der aktuellen persönlichen Lebenssituation und des privaten Umfelds (Schulden? Suchtproblematik? Erkrankungen? Wohnsituation?), um auf eventuelle Krisen vorbereitet zu sein, im Vorfeld Unterstützung zu organisieren, zu Klärung und Transparenz beizutragen und an einer Lösung zu arbeiten;*
- *Berufliche Orientierung (eigene Wünsche und Fähigkeiten, Informationen über Arbeitsgebiete);*
- *Das Erstellen eines "Lebensordners", in dem persönliche, schulische, berufliche Unterlagen, Unterlagen von Ämtern und Behörden, Mietsachen und Finanzangelegenheiten zusammengestellt und geordnet werden.“*⁷⁴

⁷³ <http://www.massarbeit-kassel.de/>

⁷⁴ <http://www.sozialestadt.de/praxisbeispiele/projekte/suche/ausgabe.php?id=101#zielgruppe>

Abb. 30 Merkmale des Projekts Maßarbeit (Kassel)

Zielgruppe(n):	1 arbeitslose Jugendliche 2 Jugendliche ohne Ausbildung
Zugang zu Angeboten/Maßnahmen:	1 Info durch Arbeitsamt 2 Info durch Sozialamt 3 Medieninformation
Identifikation / Assessment:	1 Für den zweiten Durchlauf geplant: Persönlichkeitsanamnese 2 Bedingung der Teilnahme: Begleitende Therapie
Ziele:	1 Berufliche und soziale Integration 2 Schlüsselkompetenzen 3 Qualifizierung
Art der Intervention:	1 Freiwillige Arbeit 2 Vermittlung von Arbeitstugenden 3 Stärkung sozialer Kompetenzen 4 Betreuung der Jugendlichen 5 Betreuung der Betriebe 6 Sozialpäd. Gruppenarbeit (Sport)
Individuelle Dauer der Angebote / Maßnahmen:	1 Jahr
Teilnehmerzahlen:	Zu Beginn: 33 Am Ende: 22
Laufzeit des Projektes:	01.09.2000-31.08.2001
Kosten / Finanzrahmen:	K.A.
ggf. Personalausstattung:	2 1/2 Stellen
Finanzierende Institutionen:	EU, BMSFSJ, BA
Hinweise zur Dokumentation und Evaluation:	Abschlußbericht 2001 (14 Seiten)
Ggf. Arbeitsmarktpolitische Randdaten: Arbeitslosenquote bzw. Zahl Sozialhilfequote bzw. Zahl	Die Zahl der "Zielgruppe" wird als hoch eingeschätzt.

Insgesamt ist das Projekt, soweit man dies auf der Grundlage des Abschlussberichts überhaupt sagen kann, als ein sozialpädagogisches Vorhaben zu charakterisieren, das – entgegen der Projektbeschreibung – nur geringste Anteile an gesundheitlicher Beratung und an Gesundheitsförderung aufweist.

6.1.9 Arbeit statt Sozialhilfe (Spremberg, LK Spree-Neiße) – Hilfe nach Maß

Hierbei handelt es sich um ein abgeschlossenes MoZArt-Modellvorhaben (01.03.2001-28.02.2003). Dieses soll hier etwas ausführlicher beschrieben werden, da es in einem im Internet zugänglichen Bericht⁷⁵ das Vorgehen bei der Erstellung des individuellen Hilfeplans konkret und akribisch beschreibt und die möglichen Problem- und Konfliktfelder auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung bei Erwerbs- und Arbeitslosen deutlich machen kann.

In einer einführenden Graphik wird („Der Weg des Antragstellers auf Hilfe zum Lebensunterhalt“) zunächst deutlich gemacht, dass bei einer Nichtmitwirkungsbereitschaft des Klienten bei der Hilfeplanung die Kürzung oder völlige Einstellung der Hilfe zum Lebensunterhalt unausweichlich ist. In einem einführenden Kapitel wird im Rahmen des gemeinsam zu schließenden Vertrages der Grundsatz formuliert, dass *„jede Vertragspartei sich zur bestmöglichen Mitarbeit bereit (erklärt) und (-) im Rahmen der Hilfeplanung und der darauffolgenden Umsetzung alles Zumutbare und Notwendige veranlassen (wird), um die gemeinsam aufgestellten Ziele zu erreichen. In der Ausgangssituation sind alle persönlichen, sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse des Klienten zu ermitteln. Darüber hinaus sind alle möglichen Vermittlungshemmnisse detailliert zu erfassen. „Dies können sein: Sucht(erkrankungen), fehlende Deutschkenntnisse (-), Krankheiten (soweit konkret nachvollziehbar und attestiert)...“*

Die Hilfeplanung verfolgt zwar das Hauptziel der Vermittlung in Beschäftigung, allerdings werden auch „flankierende Ziele“ verfolgt. So heißt es weiter: *„Ergänzend zu diesen beschäftigungsfördernden Maßnahmen sind notwendige Beratungs- und Betreuungsangebote Dritter durch den Klienten aufzusuchen bzw. wahrzunehmen. Auf die Inanspruchnahme dieser flankierenden Ziele ist durch entsprechende zeitliche Zielvorgaben eines Erst/Folgebesuchs hinzuwirken. Dies betrifft insbesondere Schuldnerberatungsstellen, die Suchtberatung, die Ehe- und Familienberatung oder gesundheitsberatende -fördernde Stellen.“* Dass es sich dabei nicht nur um „bloßes“ Vorstellen und die pflichtgemäße Wahrnehmung von Beratungsterminen, sondern um die Erreichung von Beratungszielen handelt, wird in der folgenden Formulierung deutlich: *„Im Rahmen der Zielvereinbarung sollte so konkret wie möglich festgelegt werden, welches **Ergebnis** (Hervorhebung d. Verfasser) im Rahmen dieser Beratungen erzielt werden soll.“*

Die Verfasser erahnen aber bereits die Gefahren dieser Pflichtberatungen, denn: *„Grundsätzlich ist jedoch zu beachten, dass auch der Klient selbst die Erforderlichkeit dieser Beratung erkennt und im Rahmen der Zielplanung mitträgt, da ein „angeordnete*

⁷⁵ http://www.bma-mozart.de/html_secure/a_anhang2_spree-neisse_hilfeplan.pdf

ter“ Pflichtbesuch ohne entsprechende Einsicht nicht den gewünschten Erfolg mit sich bringt insoweit es überhaupt zu einer Vorsprache des Klienten kommt.“

Um auch nicht den geringsten Eindruck von Beliebigkeit und Freiwilligkeit aufkommen zu lassen heißt es dann weiter: *„Fehlgeschlagene oder in Teilbereichen verfehlte Zielsetzungen dürfen beim Hilfeempfänger nicht den Eindruck erwecken, dass sie ohne weitere Folgen für ihn bleiben. Grundsätzlich sind je Ziel mindestens zwei Versuche der positiven Erreichung zu vollziehen. Sollten beide Versuche fehlschlagen, können o.g. Alternativstrategien zum Tragen kommen.“* Dies bedeutet die Kürzung oder Einstellung der laufenden Hilfe zum Lebensunterhalt.

Dieser Text verdeutlicht in unerwarteter Klarheit, dass im Falle des Vorliegens von gesundheitlichen Vermittlungshemmnissen – wie immer sie i.e. auch aussehen mögen – bei Sozialhilfeempfängern nicht nur eine Pflicht zur Gesundheitsberatung etabliert wird, vielmehr eine Pflicht des erfolgreichen Durchlaufens von gesundheitlichen Interventionen zur Wiederherstellung bzw. Verbesserung des Gesundheitszustandes, bei deren zweimaliger Nichterreichung die Kürzung bzw. Einstellung der laufenden Hilfe zum Lebensunterhalt droht.

Insgesamt zeigen und bestätigen die Formulierungen zweierlei:

1. Von einem gleichberechtigten Aushandeln von Zielen im Rahmen des Hilfeplans kann nicht im Entferntesten die Rede sein.
2. Die Gesundheit kann zumindest prinzipiell zu einem zusätzlichen Interventions- und Sanktionsfeld im Rahmen der Arbeitsbeschaffung werden⁷⁶, wobei der Übertrag von Maßnahmen und Routinen der Qualifikationsvermittlung auf gesundheitliche Interventionen erhebliche Unkenntnis über die Bedingungen der Wirksamkeit von Maßnahmen der Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung offenbart und schließlich ein Erfolgspostulat gesundheitlicher und medizinischer Interventionen umfasst, das – denkt man an den in den MoZArt-Vorhaben viel zitierten Suchtbereich – in Widerspruch zu den tatsächlichen Erfolgsquoten derartiger Interventionen steht.

⁷⁶ Diese eher vorsichtige Formulierung ist der Tatsache geschuldet, dass aus den vorliegenden Veröffentlichungen nicht ersichtlich ist, in welcher Häufigkeit und Art „gesundheitsbezogene Maßnahmen“ im Rahmen der Hilfeplanung eingesetzt werden bzw. wurden. Es ist noch nicht einmal klar, nach welchen Ausschluss- oder Einschlusskriterien die zur Beratung eingeladenen Sozialhilfeempfänger ausgesucht werden. Vieles spricht dafür, dass das Kriterium der prinzipiellen Erwerbsfähigkeit hier eine Rolle spielen wird, womit die Beratungsgruppe nach Gesundheit positiv selektiert sein dürfte und sich die Notwendigkeit gesundheitlicher Interventionen in geringerem Maße stellt. Angesichts des prinzipiellen Konfliktfeldes gesundheitlicher Interventionen und der auch geringen Erfahrung der Akteure der Arbeitsberatung mit dieser Art von Intervention kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass dieses Feld – jedenfalls derzeit bzw. bisher – noch eher zurückhaltende Bearbeitung findet bzw. fand.

Abb. 31 Merkmale des Projekts Arbeit statt Sozialhilfe (Spremberg, LK Spree-Neiße) – Hilfe nach Maß

Zielgruppe(n):	1 Sozialhilfeempfänger 2 Arbeitslose mit SH Bezug
Zugang zu Angeboten/Maßnahmen:	1 Zuweisung Sozialamt
Identifikation / Assessment:	1 profiling unter besonderer Berücksichtigung auch gesundheitlicher Vermittlungshemmnisse
Ziele:	1 Arbeitsaufnahme
Art der Intervention:	1 Erstellung eines Hilfeplans
Individuelle Dauer der Angebote / Maßnahmen:	Individuell unterschiedlich
Teilnehmerzahlen:	1664 Vermittelt 1. Arbeitsmarkt: 224 13%
Laufzeit des Projektes:	01.03.2001-28.02.2003
Kosten / Finanzrahmen: ggf. Personalausstattung:	7 Personen und 3 Vertragspartner (ABM)
Finanzierende Institutionen:	MoZArt
Hinweise zur Dokumentation und Evaluation:	Evaluation durch Infas Kurzzusammenfassung KWI Info 6/2003
Ggf. Arbeitsmarktpolitische Randdaten:	
Arbeitslosenquote bzw. Zahl	27,7%
Sozialhilfequote bzw. Zahl	8,0%

Aus den vorliegenden Berichten des bereits abgeschlossenen Projekts wird auf diese möglichen Probleme erwartungsgemäß nicht eingegangen, da hier – wie auch die Gesamtevaluation durch Infas – die Ermittlung der beschäftigungspolitischen und finanziellen Nettoeffekte im Mittelpunkt steht. Insoweit müssen die „gesundheitlichen Nebenwirkungen“ dieser Interventionen einer gesonderten, zukünftigen Analyse vorbehalten bleiben.

Ob von einem Erfolg dieses Interventionsprogramms gesprochen werden kann, kann im Rahmen dieses Gutachtens letztlich offen bleiben. Von insgesamt 4.180 Sozialhilfeempfängern (Juni 2001) wurden mit 1.664 Klienten Beratungen vorgenommen (40%).

Abb. 32 Ergebnisse des MoZArt-Vorhabens Spree-Neiße

	Abs.	%	
Sozialhilfeempfänger LHLU (Juni 2001)	4180		
Zahl der beratenen Klienten	1664	40%	100%
Maßnahmen	1436		86%
Vermittelt in ersten Arbeitsmarkt	224		13%
ABM / SAM	105		6%
Fortbildung/Umschulung	61		4%
Beschäftigungsprojekte	374		22%
Jugend Sofort Programm	170		10%
Summe der Massnahmen	934		56%

Die Wiedereingliederungsquote auf dem ersten Arbeitsmarkt ist mit 13% (absolut 224 Personen) schwer einzuschätzen, aber wohl als eher dürftig zu bezeichnen. Wenn gleichsam von einem Einsparvolumen bei den Sozialhilfeausgaben von rund 3,1 Mio. Euro gesprochen wird, [KWI Info, 2003] so dürften diese Einsparungen v.a. auch auf die Reduzierung oder den Wegfall individueller Sozialhilfebezüge zurückzuführen sein. Immerhin stehen dem zitierten Einsparvolumen Gesamtausgaben der Sozialhilfe von ca. 11 Millionen Euro im Jahr 2001 gegenüber.

6.1.10 Arbeit und Gesundheit (Forst) / Beratung zur gesunden Lebensweise für betroffene und deren Familienangehörige, bei denen durch Arbeitslosigkeit gesundheitliche Probleme auftreten

Dieses Projekt des Arbeitslosenverbandes Deutschland (Landesverband Brandenburg e.V. Geschäftsstelle Cottbus) hat bereits im Titel einen Gesundheitsbezug. Es handelt sich um ein Projekt, das mit Personengruppen arbeitet, die ihren Lebensunterhalt ganz aus Sozialhilfe bestreiten, mit Jugendlichen und älteren Arbeitslosen, Langzeitarbeitslosen, alleinerziehenden Arbeitslosen, bei denen gesundheitliche Beeinträchtigungen, Motivationsschwächen, Isolationsverhalten vorliegen und die damit nicht in der Lage sind, kurzfristig eine Arbeit aufzunehmen. Dieses Projekt stellt eine Ergänzung zum

Modellprojekt 'Hilfe nach Maß' dar und wurde in den Jahren 2001 bis 2003 durchgeführt.

Abb. 33 Merkmale des Projekts Arbeit und Gesundheit (Forst)

Zielgruppe(n):	<ul style="list-style-type: none"> 1 Sozialhilfeempfänger 2 Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen, Motivationsschwächen, Isolationsverh. 3 Familienangehörige
Zugang zu Angeboten/Maßnahmen:	<ul style="list-style-type: none"> 1 Individuell 2 Auch über Arbeits- und Sozialamt 3 Medienwerbung
Identifikation / Assessment:	<ul style="list-style-type: none"> 1 Beratungsgespräch 2 Dokumentation des Gesprächs 3 Erstellung eines Hilfeplans 4 Nachbetreuung 5 ggf. Weiterleitung an gesund. Fachdienste
Ziele:	<ul style="list-style-type: none"> 1 Stabilisierung 2 Beschäftigung
Art der Intervention:	<ul style="list-style-type: none"> 1 Alkoholkonsum (Beratung?) 2 Bewältigungskompetenzen 3 Ernährung 4 Sport 5 Stressbewältigung
Individuelle Dauer der Angebote / Maßnahmen:	
Teilnehmerzahlen:	KA
Laufzeit des Projektes:	02/2001-01/2003
Kosten / Finanzrahmen: ggf. Personalausstattung:	3 (SPN/ABM)
Finanzierende Institutionen:	
Hinweise zur Dokumentation und Evaluation:	Sachstandsberichte
Ggf. Arbeitsmarktpolitische Randdaten: Arbeitslosenquote bzw. Zahl Sozialhilfequote bzw. Zahl	ca. 20%

Im Sachstandsbericht vom 17.01. 2002 [Arbeitslosenverband Deutschland- LV Brandenburg, 2002] heißt es: „*Die Hilfsmaßnahmen für Dauerkunden bezogen sich vordergründig auf die Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes.*“ Weiter heißt es dort: „*Erfolge und Rückschläge liegen dicht beisammen. So war auch zu verzeichnen, dass einige ratsuchende nach anfänglichen Erfolgen wieder einen Rückfall erlitten. Insbesondere war das bei Bürgern mit Alkoholproblemen zu verzeichnen. Das bedeutete in der Arbeit wieder von vorn zu beginnen. Das Ziel bestand darin, diese Problemgruppe zu einer Rehabilitation zu bewegen. Bei einer Ratsuchenden ist dies auch mit Erfolg gelungen.*“ Über Teilnehmerzahlen enthalten die Sachstandsberichte nichts. Der geschilderte Erfolgsfall liest sich eher deprimierend und kann die Schwierigkeiten der Suchtintervention illustrieren.

6.1.11 Fit in den Tag (Wolfsburg)

Dieses „ganzheitliche“ Projekt der Gesundheitsförderung zielt auf die Zielgruppe der arbeitslosen Jugendlichen. In Ergänzung zu Beschäftigungsmöglichkeiten im Geschäftsbereich Grün der Stadt Wolfsburg (SAM) werden Angebote und Maßnahmen der Gesundheitsförderung in verschiedenen Bereichen (s.u.) durchgeführt. Die Angebote sind auf 20 Teilnehmer begrenzt. Interessant ist die An- bzw. Einbindung dieses Projekts in das von der BKK-VW geförderte Projekt Bauhof e.V. (nunmehr Forum Gesundheit) – Zentrum für aktive Gesundheitsförderung, dessen Tätigkeit von der FH Braunschweig-Wolfenbüttel evaluiert wurde. Partner des BAUHOFs sind die Deutsche BKK, Volkswagen AG und Stadt Wolfsburg. Das Projekt Fit in den Tag existiert derzeit nicht mehr, weil das Arbeitsamt die Förderung eingestellt hat.

In der Homepage der Deutschen BKK werden die Angebote der Gesundheitsförderung in Zusammenhang mit Bauhof wie folgt beschrieben:

„Ganzheitlich orientierte und generationsübergreifende Angebote finden Sie in den vierteljährlich erscheinenden BAUHOF-Programmen. Der Fachbereich "Gesundheitsbüro" bietet im Rahmen der aktiven Gesundheitsförderung verschiedene qualifizierte Kurse, Seminare, Vorträge und Beratungen an. Die Deutschen BKK sieht in ihrer Satzung die Voraussetzungen für eine Bezuschussung von Kursangeboten im Rahmen der Gesundheitsförderung bzw. ergänzenden Leistung zur Rehabilitation vor. Diese Kursangebote sollen durch Hilfestellung zur gesunden Lebensweise die Entstehung und Verschlimmerung von Krankheiten verhindern oder verzögern. Es werden Angebote folgender Handlungsfelder gefördert:

- *Bewegungsgewohnheiten*
- *Ernährung*
- *Stressreduktion/Entspannung*
- *Genuss- und Suchtmittelkonsum* ⁷⁷

⁷⁷<http://www.volkswagenbkk.de/deutschebkk/bkkcontent.nsf/WebPages/FrameSet?OpenDocument&Gesundheitsf%F6rderung>

Abb. 34 Merkmale des Projekts *Fit in den Tag* (Wolfsburg)

Zielgruppe(n):	1 Arbeitslose Jugendliche 2 Sozialhilfeempfänger 3 Personen mit niedrigem Einkommen
Zugang zu Angeboten/Maßnahmen:	
Identifikation / Assessment:	
Ziele:	1 Ganzheitliche Gesundheitsförderung 2 Beschäftigung im Geschäftsbereich Grün der Stadt Wolfsburg
Art der Intervention:	1 Alkohol 2 Konfliktbewältigung 3 Ernährung 4 Drogen 5 Sport, Bewegung 6 Stressbewältigung
Individuelle Dauer der Angebote / Maßnahmen:	
Teilnehmerzahlen:	20
Laufzeit des Projektes:	08/2000-12/2002
Kosten / Finanzrahmen: ggf. Personalausstattung:	
Finanzierende Institutionen:	Stadt Wolfsburg, zeitweise BA, Deutsche BKK (Volkswagen)
Hinweise zur Dokumentation und Evaluation:	
Ggf. Arbeitsmarktpolitische Randdaten: Arbeitslosenquote bzw. Zahl Sozialhilfequote bzw. Zahl	

6.1.12 Frauengesundheit (Bördekreis)

Dieses Projekt soll insbesondere Arbeitslose des Bördekreises zu verschiedenen Themen beraten. In gemeinsamen Veranstaltungen werden Frauen in Zusammenarbeit mit

- der Gleichstellungsbeauftragten des Bördekreises,
- dem Netzwerk für Frauen,
- der LVG Sachsen-Anhalt und
- dem Gesundheitsamt des Kreises

wird der Kontakt miteinander gepflegt.

Ziel: dauerhaft Ansprechpartner zu sein und den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zwischen dem Klientel und den Veranstaltern zu fördern.

Beispiele: Frauengesundheit zum Thema: gesunde Ernährung, Essgewohnheiten, seelisches Wohlbefinden, Familie, Impfungen. Frauengesundheits-Aktionen: Gesprächsrunden, Gesundheitsmärkte, gemeinsames Frühstück, Aktionstage.

Da die angeforderten weiteren Unterlagen nicht eingetroffen sind, kann das Projekt nicht weiter beschrieben werden. In jedem Fall ist es ein Projekt ohne direkte beschäftigungsfördernde Bezüge.

Abb. 35 Merkmale des Projekts Frauengesundheit (Bördekreis)

Zielgruppe(n):	1 arbeitslose Frauen
Zugang zu Angeboten/Maßnahmen:	1 Freiwillig
Identifikation / Assessment:	
Ziele:	1 Psychosoziale Stabilisierung
Art der Intervention:	<ul style="list-style-type: none"> 1 Beratung 2 Kontaktpflege 3 Aufbau eines Vertrauensverh. 4 Gesunde Ernährung 5 Seelisches Wohlbefinden 6 Gesprächsrunden 7 Gesundheitsmärkte
Individuelle Dauer der Angebote / Maßnahmen:	Individuell
Teilnehmerzahlen:	
Laufzeit des Projektes:	Seit 1999 / laufend
Kosten / Finanzrahmen: ggf. Personalausstattung:	
Finanzierende Institutionen:	Kommune, Land?
Hinweise zur Dokumentation und Evaluation:	
Ggf. Arbeitsmarktpolitische Randdaten: Arbeitslosenquote bzw. Zahl Sozialhilfequote bzw. Zahl	

6.1.13 Gesundheitstisch Berlin (AOK)

Entgegen dem Projekttitle hat dieses Vorhaben nichts mit der Ernährung zu tun. Es handelt sich hierbei um ein Kooperationsprojekt der AOK Berlin mit dem Bildungsträger BUF (Bildungseinrichtung für berufliche Umschulung und Fortbildung). Im Rahmen des Projektes werden in den Räumen von BUF Gesundheitsförderungsangebote für Langzeitarbeitslose durchgeführt, die sich in Qualifizierungsmaßnahmen befinden. Die Vorbereitungen wurden 2002 u.a. mit einer Befragung von Projektleitern und einer anonymen, freiwilligen Befragung von Lehrgangsteilnehmern getroffen. Ziel war es, den Bedarf und die Akzeptanz entsprechender Angebote zu ermitteln. Unter Leitung eines Psychologen wurden zunächst in Kleingruppensitzungen mögliche Angebote unter bedarfs- und Interessenaspekten mit den Teilnehmern besprochen und allgemein in die Gesundheitsförderung eingeführt. Dabei zeigte sich, dass der von den Fachleuten unter Bedarfsaspekten präferierte Bereich der Suchtprävention (Rauchen, Alkohol, Drogen) bei den Teilnehmern auf deutlich geringeres Interesse stieß, als der Bereich Stress und Bewegung. Für diese Bereiche wurden dann Angebote entwickelt und durchgeführt. Das Angebot stieß insgesamt auf hohes Interesse, wobei übliche Unterschiede in der Teilnahmemotivation zu registrieren waren. Als Problem erwies sich bei den Entspannungsprogrammen die geringen Deutschkenntnisse eines nicht unerheblichen Teils der Teilnehmer. Die Teilnehmer waren in Bezug auf i.d.R. niedrige Bildung und Qualifikation sehr homogen.

Das insgesamt hohe Interesse zeigt sich an der Weiterführung des Programms und seiner Erweiterung auf den Bereich der Ernährung. Ein adäquates Evaluationskonzept befindet sich in einer vorbereitenden Diskussion.

Die Rückenurse und Entspannungskurse laufen seit Januar 2003. Bisher haben 120 Arbeitslose teilgenommen. Eine erste Auswertung ist zur Zeit in Arbeit.

Das Projekt ist also dadurch charakterisiert, dass es bekannte und bewährte Maßnahmen der Gesundheitsförderung der Zielgruppe der Arbeitslosen jenseits der Anbindung an die Institution des Arbeits- bzw. Sozialamtes anbietet. Dabei ist es aber gleichwohl hinsichtlich der Bedarfe und der Akzeptanz der Teilnehmer gut fundiert.

Das Projekt zeichnet sich insgesamt durch eine methodisch richtige Herangehensweise aus. Aus Gesprächen mit der Leiterin des Vorhabens bei der AOK Frau W. Perkams bestätigt sich unsere Vermutung, dass Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen nicht einfach, aber auch nicht unmöglich oder unrealistisch ist. Das Problem der unzureichenden Deutschkenntnisse muss auch bei Evaluationskonzepten berücksichtigt werden. Gleichzeitig muss über die soziale Homogenität der Gruppen nachgedacht werden, wenn derartige Angebote in breiterer Form etabliert werden sollen.

Abb. 36 Merkmale des Projekts Gesundheitstisch Berlin (AOK)

Zielgruppe(n):	1 Langzeitarbeitslose in Qualifizierungsmaßnahmen (QM)
Zugang zu Angeboten/Maßnahmen:	1 Angebote können in Anspruch genommen werden. Klienten werden zur Teilnahme motiviert.
Identifikation / Assessment:	1 Analyse der Bedarfe und Interessen durch: a) Befragung der Projektleiter der QM b) Befragung der Teilnehmer c) Gruppendiskussion mit Teilnehmern und Psychologen
Ziele:	1 Stärkung des Gesundheitsbewußtseins 2 Zugang zu den Angeboten 3 Gesundheitsförderung
Art der Intervention:	Unter Bedarfs- und Interessenanspekten werden folgende Maßnahmen angeboten: 1 Entspannung 2 Bewegung 3 Ernährung (in Planung)
Individuelle Dauer der Angebote / Maßnahmen:	1 1 Mal wöchentlich während der Laufzeit der QM
Teilnehmerzahlen:	bisher 120
Laufzeit des Projektes:	03/2003-Herbst 2003
Kosten / Finanzrahmen: ggf. Personalausstattung:	
Finanzierende Institutionen:	AOK Berlin (§20 SGB V) in Kooperation mit BUF
Hinweise zur Dokumentation und Evaluation:	Erste Auswertung wird gerade durchgeführt. Ein adäquates Evaluationskonzept ist in Vorbereitung.

6.1.14 Neue Perspektiven

In der Projektdatenbank Soziale Stadt ist das Projekt wie folgt beschrieben:

„Das Projekt hat zum Ziel, von Langzeitarbeitslosigkeit betroffenen Menschen bei der Auseinandersetzung mit Belastungen zu helfen, die auf einen Verlust des Arbeitsplatzes zurückgehen. Gleichzeitig soll damit der Entwicklung von psychischen und körperlichen Symptomen bzw. der Chronifizierung bereits entwickelter Krankheiten vorgebeugt werden. In fachlich begleiteten Gesprächsgruppen sollen zum einen Möglichkeiten einer persönlich zufriedenstellenden und sinnerfüllten Gestaltung eines Lebens ohne Arbeit sowie gesellschaftliche Rollenerwartungen reflektiert werden. Zum anderen sollen für einen Wiedereinstieg in den Beruf wichtige Kompetenzen vermittelt und geübt werden. Vorhandene Modelle lassen darauf schließen, dass in der Initiierung von psychosozialen Angeboten für arbeitslose Menschen hohe Erfolgchancen liegen, da durch die gegenseitige Unterstützung Selbsthilfekräfte mobilisiert werden, die nicht zuletzt dazu beitragen können, dass die Betroffenen zum Arbeitsmarkt zurückgeführt werden. Das Projekt wird dezentral im Rahmen des Stadtteilprogramms Gelsenkirchen-Südost durchgeführt, um die Chance zu erhöhen, betroffene Menschen vor Ort zu erreichen und zusammenzuführen. Die Erfolgsmessung erfolgt anhand von Fragebögen zur gesundheitlichen Situation der Teilnehmenden vor Beginn und nach Beendigung der Maßnahme. Ein wichtiger Indikator für den Erfolg des Projektes ist außerdem die Anzahl derjenigen, die in ein Arbeitverhältnis bzw. in eine berufliche Trainingsmaßnahme vermittelt werden können.“⁷⁸

Das Projekt ist demnach dem Anspruch nach ein Projekt der ressourcenerhöhenden Gesundheitsförderung, die v.a. über gegenseitige Unterstützung und Selbsthilfe erreicht werden soll, wobei auch Methoden der Stressverarbeitung zur Anwendung kommen.

⁷⁸ <http://www.sozialestadt.de/praxisbeispiele/projekte/>

Abb. 37 Merkmale des Projekts Neue Perspektiven

Zielgruppe(n):	1 Langzeitarbeitslose (ab 35 Jahren) 2 Psychisch Kranke
Zugang zu Angeboten/Maßnahmen:	1 Dezentrale Angebote
Identifikation / Assessment:	1 Pressearbeit 2 Flyer (auch in Arztpraxen)
Ziele:	1 Abbau von psych. Belastungen 2 Prävention von Krankheiten 3 Lebensgestaltung
Art der Intervention:	1 Fachlich begl. Gesprächsgruppen (14tägig) mit max. 10 Personen 2 Kompetenzvermittlung 3 Gegenseitige Unterstützung 4 Mobilisierung zur Selbsthilfe
Individuelle Dauer der Angebote / Maßnahmen:	
Teilnehmerzahlen:	KA
Laufzeit des Projektes:	Oktober 2002- Ende 2003
Kosten / Finanzrahmen: ggf. Personalausstattung:	5000 Euro Honorarmittel
Finanzierende Institutionen:	Land, Kommune
Hinweise zur Dokumentation und Evaluation:	Befragung vor und nach der Teilnahme zur gesundheitlichen Situation und zur Wiederbeschäftigung
Ggf. Arbeitsmarktpolitische Randdaten: Arbeitslosenquote bzw. Zahl Sozialhilfequote bzw. Zahl	auf dem 1. oder 2. Arbeitsmarkt: 17%

Abb. 38 Merkmale des Projekts Qigong Kurs

Zielgruppe(n):	1 Arbeitslose Kurs findet im Arbeitslosenzentrum Stuttgart statt
Zugang zu Angeboten/Maßnahmen:	1 Angebot
Identifikation / Assessment:	
Ziele:	1 Entspannung 2 Stressabbau
Art der Intervention:	1 Qigong Kurs
Individuelle Dauer der Angebote / Maßnahmen:	
Teilnehmerzahlen:	
Laufzeit des Projektes:	
Kosten / Finanzrahmen: ggf. Personalausstattung:	
Finanzierende Institutionen:	
Hinweise zur Dokumentation und Evaluation:	
Ggf. Arbeitsmarktpolitische Randdaten: Arbeitslosenquote bzw. Zahl Sozialhilfequote bzw. Zahl	

6.1.15 Qigong Kurs

Das Projekt ist im Stuttgarter Arbeitslosenzentrum Salz angesiedelt, wo jeweils Montags dieser Kurs angeboten wird. In der Projektbeschreibung heißt es: *„Qigong sind Leibesübungen zur Steigerung der Lebenskraft. Die gesundheitsfördernde Wirkung ist durch wissenschaftliche Studien gut belegt“*.⁷⁹ Ob bzw. welche gesundheitlichen Wirkungen des Qigong im einzelnen wissenschaftlich fundiert nachgewiesen worden sind,⁸⁰ kann und muss hier letztlich offen bleiben, zweifellos fokussiert das Angebot damit aber primär auf den Bereich der Entspannung und Stressbewältigung. Über die Akzeptanz und Inanspruchnahme dieser Angebote bei Versicherten (einige Krankenkassen bieten diese Maßnahmen im Rahmen der Gesundheitsförderung an) liegen ebenso wenig Informationen vor, wie über die Nutzung durch die Zielgruppe der Arbeitslosen.

6.1.16 Servicestelle Arbeit und Gesundheit

Hierbei handelt es sich um ein Projekt des Albert – Schweitzer Familienwerks Brandenburg e.V. und des Arbeitslosenverbandes Brandenburg.

In der Projektdatenbank der BZgA ist es wie folgt beschrieben: *„Die SAG dient der weiteren Verbesserung des Angebotes der sozialen Dienste im Landkreis Spree-Neiße, Vorschaltstufe für Projekte Hilfe nach Maß. Einrichtung, Service- und Beratungsstelle im psychosozialen und gesundheitsförderlichen Bereich, um Vermittelbarkeit von Arbeitslosen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu verbessern und wiederherzustellen. Keine Arbeitsvermittlung, Einrichtung der sozialen Integration für benachteiligte Gruppen am Arbeitsmarkt mit Vermittlungshemmnissen. Dient dem Netzwerkaufbau im Bereich Gesundheit, Bildung, Beschäftigung, Freizeit, Förderung und Entwicklung von Persönlichkeit, Verbesserung sozialer Kompetenzen, Hilfe zur Selbsthilfe nach case-management-Ansatz.“*

⁷⁹ <http://artemis.bzga.de/ldb/>

⁸⁰ In der Homepage „Qigong-Wissenschaften“ der Universität Oldenburg (2000) ist zu lesen: Seit 1992 erforschen wir die Effektivität und Effizienz von Qigong. Dabei fragen wir nach dem Beitrag, den das Qigong haben kann für die Entwicklung gesundheitsförderlicher Komponenten im Selbst-, Körper- und – Gesundheitskonzept des Menschen. (-) Diese Arbeiten haben die Basis gegeben für die Entwicklung von Fragebögen zur Wirksamkeitsforschung des Qigong. Dieser Fragebogen befindet sich zur Zeit in der Testphase. Bei diesem Forschungsstand kann von einer abgeschlossenen Wirksamkeitsanalyse sicher nicht gesprochen werden. [<http://www.qigong-wissenschaften.de/>]

Abb. 39 Merkmale des Projekts Servicestelle Arbeit und Gesundheit

Zielgruppe(n):	1 Arbeitslose mit Vermittlungshemmnissen 2 Personen mit niedrigem Einkommen
Zugang zu Angeboten/Maßnahmen:	
Identifikation / Assessment:	1 Case Management Ansatz
Ziele:	1 Netzwerkaufbau 2 Entwicklung der Persönlichkeit 3 Verbesserung sozialer Kompetenzen 4 Hilfe zur Selbsthilfe
Art der Intervention:	1 Bewältigungsressourcen 2 Sport und Bewegung 3 Stressbewältigung
Individuelle Dauer der Angebote / Maßnahmen:	
Teilnehmerzahlen:	
Laufzeit des Projektes:	04/2001 - 04/2004
Kosten / Finanzrahmen: ggf. Personalausstattung:	
Finanzierende Institutionen:	Landkreis
Hinweise zur Dokumentation und Evaluation:	
Ggf. Arbeitsmarktpolitische Randdaten:	
Arbeitslosenquote bzw. Zahl	27,7%
Sozialhilfequote bzw. Zahl	8,0%

6.1.17 Bündnis für Arbeit der Stadt Köln – Job-Center Köln

Das MoZArt-Vorhaben der Stadt Köln kann als ein Vorzeigeprojekt dieser Vorhaben bezeichnet werden. Im Mozart-Newsletter 3/2003 ist das Projekt wie folgt beschrieben:

„Seit Anfang April 2001 betreiben Sozialamt und Arbeitsamt Köln das „JobCenter Köln“ als gemeinsames Leistungszentrum für arbeitslose Sozialhilfeempfänger/innen. Speziell ausgebildete Fallmanager/innen und Ausstiegsberater/innen des Sozialamtes sowie Arbeitsvermittler/innen und Assistenzkräfte des Arbeitsamtes bieten ein schnelles und umfassendes Angebot aus einer Hand zur Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Unterstützt werden beide Behörden von sog. Dritten (Wohlfahrtsverbände, Bildungsträger, Leiharbeitsfirmen), die zusätzliche Dienstleistungen erbringen.

Der Kölner Arbeitsmarkt

Köln ist ein dynamischer Wirtschaftsstandort. Viele Betriebe siedeln sich neu an, bestehende Kapazitäten werden weiter ausgebaut und es wird in den Standort investiert. Köln ist aber auch ein Standort, der sich in den letzten Jahren einem dramatischen Strukturwandel unterziehen musste, der bis zum heutigen Tag andauert. Das Arbeitsmarktgeschehen der 90er Jahre wurde zusätzlich maßgeblich beeinflusst von der konjunkturellen Entwicklung: Einer deutlichen Beschäftigungszunahme am Arbeitsort Köln bis 1992 folgte ein noch stärkerer rezessionsbedingter Arbeitsplatzrückgang. (-) Zum 31.10.2002 waren in Köln 54.078 Personen arbeitslos gemeldet. In 33% dieser Fälle handelt es sich um Langzeitarbeitslose. Von den 35.162 sozialhilfebeziehenden Bedarfsgemeinschaften befinden sich 16.567 Gemeinschaften aufgrund von Arbeitslosigkeit oder geringfügigem Erwerbseinkommen in der Sozialhilfe. (-)

Ziele des JobCenter Köln

Die Hilfen zur Überwindung von Arbeitslosigkeit und Sozialhilfebedürftigkeit mit dem Ziel der Integration ins Erwerbsleben sollen optimiert werden. Dabei sollen möglichst alle Arbeitslosen gleiche Chancen und einen individuell abgestimmten Zugang zu den Instrumenten beruflicher Förderung und Vermittlung erhalten. Die Eingliederung von Arbeitslosen in den allgemeinen Arbeitsmarkt hat Vorrang vor Maßnahmen des zweiten Arbeitsmarktes, der den benachteiligten Zielgruppen vorbehalten bleibt.

Arbeitslosen soll eine umfassende berufliche und soziale Beratung möglichst aus einer Hand angeboten werden. Die Stärken und Ressourcen von Arbeitsamt und Sozialamt sollen gebündelt werden. Die staatlichen Transferleistungen sollen mittelfristig deutlich gesenkt werden. Derzeit arbeiten im JobCenter rund 150 Mitarbeiter/innen. Neben den Sachbearbeiter/innen des Sozialamtes und den Arbeitsvermittlern/innen und Assistenzkräften des Arbeitsamtes, die den Großteil der Mitarbeiter/innen stellen, wirken weiterhin die Beschäftigten von insgesamt acht Trägerorganisationen an der Betreuung der Hilfesuchenden mit. Die Betreuung der Hilfesuchenden besteht aus der aktiven und aktivierenden Arbeitsförderung im Sinne von Beratung, Vermittlung und Qualifizierung. Hierzu zählen alle Maßnahmen und Fördermöglichkeiten nach den Bestimmungen des SGB III und des Bundessozialhilfegesetzes (insbesondere §§ 18 – 20, 30 BSHG). Des weiteren beinhaltet sie die Sozialberatung und -betreuung sowie die Gesundheitsbera-

tung, die Drogenberatung, Wohnberatung, Schuldnerberatung, Bewerbungstraining und eine spezielle Beratung für psychisch Erkrankte. Darüber hinaus sind im JobCenter integriert die Fachdienststelle „Hilfe zur Arbeit“ des Sozialamtes, das Projekt Sozialbüro, dem Planungs- und Steuerungsaufgaben im Bereich der Hilfeplanung und Hilfe zur Arbeit obliegen, Mitarbeiter/innen des Jugendamtes aus dem Bereich der Jugendberufshilfe und medizinisches Fachpersonal des Gesundheitsamtes. Ergänzend erfolgte eine Beauftragung Dritter für spezielle Beratungsangebote und die Ansiedlung externer Dienste in unmittelbarer Nähe des „JobCenter Köln“. Auch die Leistungsgewährung zur Sicherung des notwendigen Lebensunterhaltes nach den Vorschriften des BSHG erfolgt im JobCenter.

Strategien der Arbeitsvermittlung

Die Arbeitsverwaltung in Nordrhein-Westfalen hat Qualitätsstandards und Kriterien für am Markt ausgerichtete und am Kunden orientierte Vermittlungsstrategien entwickelt. Entsprechend dieses Konzeptes werden auch die Kunden des JobCenters von den Mitarbeitern/-innen beider Behörden anhand ihres beruflichen und sozialen Hintergrundes bestimmten Vermittlungsstrategien zugeordnet. Hierbei handelt es sich nicht um statistische Zuordnungen, sondern um ein flexibles System, welches den individuellen beruflichen und sozialen Veränderungen Rechnung trägt und ständig auch hinsichtlich der notwendigen Aktivitäten angepasst wird. Oberstes Ziel ist immer die möglichst nachhaltige Reintegration der Kunden in den ersten Arbeitsmarkt, um damit die Unabhängigkeit von staatlichen Transferleistungen zu erreichen. Die Aufnahme der Kunden im JobCenter erfolgt zunächst über die Anmeldung, in der erste Daten erhoben werden. Anschließend führt der Fallmanager des Sozialamtes die Sozialanamnese durch. Bei Feststellung der allgemeinen Arbeitsmarktfähigkeit prüft der Arbeitsvermittler des Arbeitsamtes den beruflichen Werdegang. Für Betreuungskunden wird ggf. in einer Fallkonferenz ein Gesamtplan erstellt, der alle Planungsschritte, Ressourcen sowie Rechte und Pflichten verbindlich in einer Vereinbarung regelt.

Ergebnisse

Bis 31.10.2002 wurden im JobCenter Köln insgesamt 12.653 Hilfefälle bearbeitet. In 7.139 Fällen konnte die Unabhängigkeit von Sozialhilfe erreicht werden. In 3.342 der eingestellten Fälle erfolgte eine Arbeitsaufnahme. Von den insgesamt im JobCenter betreuten Fällen beantragten 8.501 Fälle erstmalig im JobCenter Leistungen nach dem BSHG. Bei 4.152 Fällen handelt es sich um sog. Bestandsfälle in der Sozialhilfe, die bereits seit fünf Jahren oder länger mit der Ursache Arbeitslosigkeit im Sozialhilfebezug standen. Eine detaillierte Betrachtung der Ergebnisse zeigt interessanterweise sowohl für die Bestands- als auch für die Neufälle nahezu identische Abgangsquoten. Gemeinhin werden die Integrationschancen von Langzeitarbeitslosen oder langjährigen Beziehern von Sozialhilfe meist als sehr gering beurteilt. Durch die Bündelung der Stärken und Ressourcen beider Systeme konnten im JobCenter Köln jedoch annähernd gleich viele der Altfälle in den Arbeitsmarkt integriert oder andere Einkommensquellen erschlossen werden. Besondere Bedeutung kommt diesem Ergebnis aufgrund der aus der vorangegangenen mehrjährigen Arbeitslosigkeit und den damit verbunden vielschichtigen Problemlagen der Hilfesuchenden zu. Im bisherigen Projektverlauf zeigt sich, dass durch das im JobCenter angebotene Fallmanagement und die flankierend

vorhandenen Hilfsangebote (Schuldnerberatung, Wohnberatung, etc.) Ausstiegsmöglichkeiten aus der Sozialhilfe für die Hilfesuchenden realisiert werden können.

Ausblick

Aufgrund der großen Erfolge des JobCenter hat der Rat der Stadt Köln beschlossen, stadtweit alle arbeitsfähigen Erwerbslosen mit Sozialhilfebezug im JobCenter zu fördern. Derzeit erfolgt eine Ausweitung der Kapazitäten und Ressourcen im JobCenter, um neben den bereits übernommenen Fällen und den Neuansuchen auch die noch in den Bezirkssozialämtern verbliebenen ca. 15.000 Hilfefälle sukzessive in die Zuständigkeit des JobCenters zu überführen.“ [Figgen, 2003]

Aus der veröffentlichten bzw. zugänglichen Literatur können Aussagen über Art, Häufigkeit, Anlass sowie Konsequenzen der angesprochenen Maßnahmen der Gesundheitsberatung im Rahmen des profilings und case-managements der MoZArt-Projekte nicht abgeleitet werden. Insgesamt wird über spezifisch gesundheitliche Beratungs- und ggf. Interventionsstrategien auch nur in zwei bzw. drei Modellprojekten aus MoZArt berichtet (Köln, Rottweil, Freising).

Ein Telephoninterview mit der zuständigen Leiterin des Vorhabens beim Sozialamt Köln Frau Scheunemann vom 21.08.2003 ergibt, dass die Arbeit des profilings dann „medizinisch“ ergänzt und abgesichert wird, wenn:

- die Arbeitsfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit bzw. Erwerbsfähigkeit geklärt werden muss
- der Rehabilitationsbedarf zu klären ist
- sich aus den Gesprächen der Berater mit den Klienten Hinweise auf gesundheitliche Problemlagen ergeben. In diesen Fällen werden diese Klienten an die zuständigen Stellen der Stadt vermittelt bzw. vom arbeits- bzw. sozialmedizinischen Dienst begutachtet

„Für diese Arbeit steht der sozialmedizinische Dienst zur Verfügung. Seit Kurzem verfügt das Sozialamt auch über zwei zusätzliche Rehaberater.“

Statistiken über die Häufigkeit entsprechender Maßnahmen sind nicht verfügbar bzw. zugänglich. In einem Telphongespräch mit dem Leiter der Evaluationsstudie bei INFAS Herrn Dr. Schröder bestätigt sich auch unsere Vermutung, dass im Rahmen des noch ausstehenden Endberichts auf die Frage nach dem Stellenwert und Kontext von „Gesundheit“ im Rahmen von profiling und case-management keine Antwort im Sinne belastbarer quantitativer Daten gegeben werden kann, da dieser Maßnahmenbereich in den Befragungen durch INFAS eher qualitativ abgeschätzt wurde.

Insgesamt wird man zumindest für das Modellprojekt Köln sagen können, dass sich spezifisch gesundheitsorientierte Interventionen i.w. auf jene Klienten beziehen, bei denen Zweifel an der Arbeits(un)fähigkeit oder der Erwerbsfähigkeit bestehen und/oder interventionsbedürftige medizinische Maßnahmen offensichtlich sind. Von einer breiten Integration einer gesundheitlichen Anamnese in das profiling und gesundheitlicher Interventionen in das case-management kann derzeit also hier nicht ausgegangen werden.

Abb. 40 Merkmale des Projekts Bündnis für Arbeit der Stadt Köln – Job-Center Köln

Zielgruppe(n):	1 Sozialhilfeempfänger 2 Arbeitslosenhilfebezieher mit ergänzender Sozialhilfe
Zugang zu Angeboten/Maßnahmen:	1 Einbestellung
Identifikation / Assessment:	1 profiling 2 case-management
Ziele:	1 Integration in den ersten Arbeitsmarkt 2 Unabhängigkeit vom SH-Bezug
Art der Intervention:	1 Hilfeplan 2 ggf. Gesundheitsberatung 3 ggf. Gesundheitsförderung 4 Medizinisches Begutachtungsverfahren und neuerdings zwei Rehaberater
Individuelle Dauer der Angebote / Maßnahmen:	je nach Bedarf
Teilnehmerzahlen:	1 bisher 12.563
Laufzeit des Projektes:	01.04.2001-31.03.2003
Kosten / Finanzrahmen: ggf. Personalausstattung:	
Finanzierende Institutionen:	MoZArt
Hinweise zur Dokumentation und Evaluation:	Gesamtevaluation durch Infas
Ggf. Arbeitsmarktpolitische Randdaten:	
Arbeitslosenquote bzw. Zahl	11,9% / 54.078
Sozialhilfequote bzw. Zahl	8,2% / 35.662

6.1.18 EVA

Dieses sehr ambitionierte und grundsätzlich innovative Projekt greift schon in seiner Konzeption das Problem der gesundheitlichen Vermittlungshemmnisse von Arbeitslosen auf. In einer Kurzbeschreibung im Internet heißt es dazu: *„Die üblichen (Bildungs-) Maßnahmen der Arbeitsämter zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt zeigen sich bei dieser Personengruppe als nur bedingt erfolgreich. Statt dessen wären neu konzipierte Maßnahmen erforderlich, in denen mit einem ganzheitlichen Ansatz die Potentiale des Arbeitslosen gestärkt und die vermittlungshemmenden Eigenschaften bearbeitet und – soweit wie möglich – abgebaut werden können. Eben dies geschieht in der von der Universität Siegen neu konzipierten Maßnahme „Entwicklungs- und Vermittlungs-Assistenz (EVA)“. Die Finanzierung der Maßnahme gründet sich dabei auf § 10 SGB III (Freie Förderung).*

In enger Kooperation zwischen Arbeitsverwaltung, Sozialverwaltung und örtlichen Bildungsträgern werden ca. 50 Langzeitarbeitslose mit ergänzenden Leistungen aus der Sozialverwaltung für maximal ein Jahr zur Maßnahme EVA eingeladen.

Ziel ist, gemeinsam mit den Teilnehmern Strategien – auch langfristig wirksame – zum Ausstieg aus der Arbeitslosigkeit zu entwickeln und zu verfolgen. In Abhängigkeit von den spezifischen Potentialen und Barrieren des Teilnehmers werden dabei neben der Einmündung in den ersten Arbeitsmarkt auch z.B. der Besuch von Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen, medizinische Rehabilitation, Drogentherapie, vorgezogener Ruhestand und ggf. die Regulierung von Schulden als Erfolge der Maßnahme gewertet.“⁸¹

Vom Grundansatz her kann es einerseits als vorausgehendes MoZArt-Projekt bezeichnet werden, da es das Hauptziel der Wiederbeschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt – bzw. den wie immer auch zu realisierenden Ausstieg aus der Arbeitslosigkeit (z.B. Therapie, Rente) verfolgt – , andererseits stellt sich das Projekt in seiner begründeten Kritik an der üblichen prioritären Betrachtung der Wiedereingliederungsquoten eine Vielzahl sozialer und auch gesundheitsbezogener Ziele, deren Realisierung auch im Rahmen der Projektevaluation mit untersucht werden soll. Zu diesen Zielen bzw. Kriterien gehören u.a.:

- Verbesserung der Entspannungsfähigkeit und Abbau von psychischen Belastungsscheinungen
- Stabilisierung sozialer Kontakte bei Teilnehmern
- Stärkung der Zukunftsorientierung und Abbau von Zukunftsangst
- Verbesserung der Situationsbeherrschung und der Handlungsstrategien
- Stärkung des Selbstbewusstseins
- Abbau von Einmündungsbarrieren [Trube, Luschei 2000]

Das Projekt wurde von der Universität Siegen (Prof. Dr. Trube) konzipiert und im Rahmen einer Kooperation zwischen örtlichem Arbeits- und Sozialamt und „bewährten

⁸¹ <http://www.luschei.de/forsch/eva.html>

Trägern von Trainingsmaßnahmen“ durchgeführt und von der Universität auch evaluiert. Leider ist den beiden umfangreichen Abschlussberichten nicht i.e. zu entnehmen, welche spezifisch gesundheitlichen Interventionen in welcher Häufigkeit durchgeführt worden sind.

Die Ergebnisse dieses Projekts sind zunächst ernüchternd. De facto liegt die Wiedereingliederungsquote bei der Interventionsgruppe mit 24,5% nur 3,5% bzw. 4,5% über jenen der Kontrollgruppen, zum anderen konnten die psychosozialen Belastungen praktisch nicht verringert werden. „Die Ergebnisse zeigen, dass sich nur bei 2 von 10 Items zum Zeitpunkt t3 weniger Personen belastet fühlten, als zum Zeitpunkt t1 und bei 6 von 10 Items die Anzahl belasteter Personen nominell sogar stieg (bei einer Stichprobengröße zwischen 31 und 33 Personen).“ [Trube, Luschei 2000, S. 41]

Auch wenn dieses Projekt zu den seltenen Projekten gehört, die überhaupt vernünftig dokumentiert sind, so zeigt gerade dieses Projekt die großen inhaltlichen, methodischen und strukturellen Herausforderungen und Probleme bei der Konzeption, Implementierung, Durchführung und Evaluation von Interventionen auf. Auch wenn es hier nicht darum gehen kann, diese hier im Detail zu beschreiben, sollen doch die wesentlichen Problempunkte kurz benannt werden, da es gilt, diese bei zukünftigen Interventionen zu vermeiden. Dazu gehören:

1. Das Projekt greift bei den Interventionen – entgegen der ursprünglichen Planung – auf „bewährte Träger“ von Trainingsmaßnahmen zurück, statt diese z.B. im Rahmen einer Ausschreibung zu gewinnen. Die Autoren weisen bei der Beurteilung der geringen erzielten Erfolge selbst auf die dadurch in Kauf genommene „mangelnde Ausschöpfung der Innovationspotenziale“ hin.
2. Die Ansiedlung des Projekts im Kontext der Arbeits- bzw. Sozialverwaltung führt zu Akzeptanzproblemen bei den Klienten und verletzt das Prinzip der Freiwilligkeit der Teilnahme. So stimmen in der Klientenbefragung 55% der Befragten der Aussage zu, „Damit ich an EVA teilnehme, hat das Arbeitsamt Druck auf mich ausgeübt.“ [a.a.O. S. 47]
3. Die Ansiedlung des Projekts im Kontext der Arbeits- bzw. Sozialverwaltung bedeutet, sich den Erfahrungs-, Denk- und Handlungsmustern dieser Akteure „unterwerfen“ zu müssen.
4. Schließlich ist noch auf die recht unerwarteten Probleme und Mängel in der Evaluation selbst hinzuweisen, von denen hier nur zwei beispielhaft benannt werden sollen.

Die im Fall-Gruppen Vergleich grundsätzlich richtig angelegte Studie ist von den Fallzahlen her (Interventionsgruppe n=102, Kontrollen n= 93) viel zu gering, um mögliche Effekte statistisch belastbar sichern zu können, was bei der geringen Differenz der erzielten Effekte schon überhaupt nicht geschehen kann. Zweitens ist gerade bei der Evaluation der psychosozialen Effekte unerklärlicherweise die Variable „Anteil der belasteten Personen“ [a.a.O. S. 41] zu insgesamt 10 Belastungsitems gewählt worden. Damit kann aber eine Veränderung von Belastungsintensitäten gar nicht angemessen erfasst werden. Auch wird nicht der Versuch gemacht, die einzelnen, sehr unterschiedlich dimensionierten Belastungsarten ggf. zu einem quantifizierenden Belastungsindex zu verdichten, um so insgesamt Belastungsveränderungen messen zu können.

Abb. 41 Merkmale des Projekts EVA

Zielgruppe(n):	1 Langzeitarbeitslose 2 Sozialhilfeempfänger
Zugang zu Angeboten/Maßnahmen:	1 Zufällige Probandenauswahl und Zuweisung zur Maßnahme "Verbindliche Einladungen"
Identifikation / Assessment:	1 Individuell (s.u.)
Ziele:	1 Wiederbeschäftigung 2 Beendigung der Arbeitslosigkeit 3 Abbau psych. Belastungen 4 Stabilisierung 5 Weitere vier Ziele
Art der Intervention:	1 Personenbezogenes Clearing 2 Individuelles Assessment 3 Passgenaue Hilfeplanung 4 Personenbezogene Vermittlungsass. 5 Nachgehendes Stabilisierungsmanag.
Individuelle Dauer der Angebote / Maßnahmen:	Flexibel (bis zu einem Jahr)
Teilnehmerzahlen:	195 davon 102 mit Intervention 3 Kontrollgruppen
Laufzeit des Projektes:	Intervention: 12 Monate
Kosten / Finanzrahmen: ggf. Personalausstattung:	ca. 1 Million DM
Finanzierende Institutionen:	BA §10 / Sozialamt
Hinweise zur Dokumentation und Evaluation:	2 Evaluationsberichte durch Universität Siegen
Ggf. Arbeitsmarktpolitische Randdaten: Arbeitslosenquote bzw. Zahl Sozialhilfequote bzw. Zahl	7,3% 3,6%

Insgesamt können mit diesem Projekt die mannigfachen Schwierigkeiten von Interventionen im „strukturierten setting Arbeits- und Sozialamt“ deutlich gemacht werden, die einmal zu Limitierungen in der Bereitstellung innovativer Interventionskonzepte führen, zum anderen den behördlichen Arbeitsroutinen verhaftet bleiben, wo sich hinter dem Begriff der „verbindlichen Einladung“ nicht anderes verbirgt als die Pflicht der zufällig ausgewählten Leistungsbezieher, zu der Basisinformationsveranstaltung (EVA) persönlich zu erscheinen, wenn sie nicht Sanktionen in Kauf nehmen wollen. Dieser Druck oder Zwang zur Teilnahme, den über die Hälfte der Teilnehmer auch so wahrnehmen und artikulieren, kann u.E. letztlich mehr als die ggf. suboptimal durchgeführten Interventionsstrategien den geringen Erfolg bzw. Misserfolg des Programms erklären. De facto nehmen die psychosozialen Belastungen bei der Interventionsgruppe im Zuge der „Maßnahme“ tendenziell noch zu. Eine Intervention, die auf der psychosozialen Ebene letztlich das Gegenteil dessen erreicht, was sie zu erzielen beabsichtigte, muss als gescheitert bezeichnet werden. Die unerwarteten methodischen Schwächen der durchgeführten Evaluation bestätigen einmal mehr, dass es grundsätzlich sinnvoll ist, Projektdurchführung und Projektevaluation institutionell zu trennen.

6.1.19 Berufliche Eingliederung von Sozialhilfeempfängern Arbeitsamt Rottweil

Da alle MoZArt-Vorhaben von der Zielsetzung her gleichartig sind und sich i.w. nur in den Organisationsstrukturen und den sozialen, wirtschaftlichen und arbeitsmarktstrukturellen Bedingungen unterscheiden, soll das Rottweil Projekt nur unter dem Gesichtspunkt seiner gesundheitsbezogenen Maßnahmen untersucht werden. In einer Veröffentlichung heißt es dazu [Knab 2003]: *„Das Arbeitsamt übernahm dabei alle arbeitsmarktrelevanten Aktivitäten für die vom Sozialamt benannten integrationswilligen und -fähigen Sozialhilfeempfänger (-). In einem einwöchigen Eingangsmodul werden zunächst die berufliche, gesundheitliche, finanzielle, soziale und persönliche Situation der für das MoZArT-Projekt benannten Arbeitssuchenden analysiert. Gemeinsam mit den Betroffenen wird als Ergebnis dieser Analyse ein auf den Einzelfall abgestimmter Hilfs- und Eingliederungsplan erstellt. Dieses Eingangsmodul, das auch als Assessment-Center verstanden werden könnte, ist von größter Wichtigkeit. Sowohl das Arbeitsamt wie das Sozialamt gewinnen dadurch Erkenntnisse über die individuelle Problemlage der Betroffenen. Die im Zuge dieses Assessment festgestellten Vermittlungshemmnisse sind dabei vielgestalt: Fehlende berufliche Qualifizierung aber auch mangelhafte Sprachkenntnisse lassen sich durch Teilnahme am Qualifizierungsangebot des Arbeitsamtes verbessern. (-) „Leistungsunwilligkeit“ hat in aller Regel einen tieferen Grund. Das Eingangsmodul bietet einen Einstieg, diesen zu erhellen. Betriebliche Trainingsmaßnahmen und Arbeitsplätze zur Stabilisierung verschaffen mehr Sicherheit. Der geringe Anteil von Suchtproblemen ist eine Folge der Vorauswahl. Das o.g. Eingangsmodul führt ein Team durch, bestehend aus Arbeitsberatern, Arbeitsamtsärztin, Sozialpädagogin und dem Koordinator für das MoZArT-Projekt. Die Integrationswege entwickeln sich je nach Teilnehmer unterschiedlich. Dabei können je nach individueller Problemlage unterstützende Maßnahmen flexibel eingesetzt werden. Insbesondere die Mitarbeit der Fachdienste des Arbeitsamtes (z.B. des ärztlichen Dienstes) hat sich als ausgesprochen hilfreich erwiesen. Das Sozialamt wie auch die Arbeitsberatung erhalten*

dadurch wichtige, sonst nicht verfügbare Erkenntnisse zu vorliegenden Integrationshürden. Als vorläufiges Fazit des Modellversuchs bleiben als Problemfelder der Kooperation festzustellen, dass maximal 25 % der Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt dem Personenkreis der integrationsfähigen Kunden zuzuordnen sind. Die Mehrheit des gesamten Personenkreises sind Kinder, alte Menschen oder aus anderen, insbesondere gesundheitlichen Gründen nicht in erforderlichem Mindestumfang arbeitsfähige Leistungsbezieher.“

Das Rottweiler Modell dürfte im Rahmen der MoZArt-Vorhaben als das Projekt gelten, dass sich am deutlichsten mit gesundheitlichen Aspekten von Arbeitslosen im Rahmen von profiling und case-management beschäftigt. Dies kommt schon darin zum Ausdruck, dass eine Amtsärztin regelmäßig beteiligt ist. Das spezifisch gesundheitliche profiling besteht aus:

- einer gesundheitlichen Anamnese
- die Vorlage sämtlicher ärztlicher Unterlagen
- das Angebot eines ärztlichen Gesprächs bzw. einer sozialmedizinischen Beratung
- ggf. das Einfordern weiterer ärztlicher Unterlagen
- ggf. die Erstellung eines amtsärztlichen Gutachtens
- ggf. die Kontaktaufnahme mit dem behandelnden Hausarzt, die in jedem Fall bei einer Krankschreibung erfolgt

Die starke gesundheitliche Ausrichtung des Modellvorhabens steht in der Tradition einer im Ärztlichen Dienst des Landesarbeitsamtes Baden-Württemberg bereits seit längerer Zeit praktizierter, stärker sozialmedizinisch unterlegten Formen der Arbeitsberatung und -förderung. So werden beispielsweise bereits seit dem Jahr 2000 ein Vorhaben zur Optimierung des Reha-Verfahrens nach §125 SGB V für Suchtkranke sowie Maßnahmen eines beruflichen-sozialen Casemanagementverfahrens durchgeführt.⁸² So betrifft auch ein Bereich im Vorhaben Rottweil den Umgang mit der Suchtproblematik. Es besteht eine vereinbarte enge Zusammenarbeit mit den Suchtberatungsstellen.

Aus der statistischen Übersicht von insgesamt 592 vom Sozialamt ausgewählten Teilnehmern am Projekt geht zunächst hervor, dass nur knapp die Hälfte der „Einbestellten“ am Eingangsmodul auch teilnimmt und von den an der medizinischen Erstberatung teilnehmenden Personen knapp 10% nicht leistungsfähig sind, sodass sie an der Maßnahme nicht teilnehmen können. Bei über 20% werden weitere gesundheitsbezogene Maßnahmen (ärztliche Beratung, Einleitung therapeutischer Maßnahmen im engeren Sinn bzw. ergänzende medizinische Sachaufklärung) erforderlich, bei 4% werden Entwöhnungsbehandlungen eingeleitet. Diese Zahlen können einen ersten Hinweis auf gesundheitliche Interventionsbedarfe liefern, wobei aber zu berücksichtigen ist, dass es sich bereits um ein auch nach gesundheitlichen Kriterien sortiertes bzw. selektiertes Klientel handelt. Mit abnehmender Vorselektion wird also der gesundheitliche Handlungsbedarf sicher noch zunehmen.

⁸² Gespräch mit der leitenden Ärztin des Landesarbeitsamtes Baden-Württemberg vom 12.09.03

Abb. 42 Merkmale des Projekts Berufliche Eingliederung von Sozialhilfeempfängern
Arbeitsamt Rottweil

Zielgruppe(n):	1 Sozialhilfeempfänger 2 Arbeitslosenhilfebezieher mit ergänzender Sozialhilfe
Zugang zu Angeboten/Maßnahmen:	1 Vom Sozialamt dem Arbeitsamt benannt
Identifikation / Assessment:	1 Einwöchiges Eingangsmodul Klärung der beruflichen, gesundheitlichen, finanziellen, sozialen und persönlichen Situation
Ziele:	Amtsärztin ist beteiligt 1 Wiederbeschäftigung 2 Unabhängigkeit vom SH-Bezug 3 Integration in den zweiten Arbeitsmarkt
Art der Intervention:	1 Individueller Hilfs- und Eingliederungsplan 2 Betriebliche Trainingsmaßnahmen 3 Arbeitsplätze zur Stabilisierung
Individuelle Dauer der Angebote / Maßnahmen:	Individuell
Teilnehmerzahlen:	592 vom Sozialamt benannt 319 Teilnehmer am Eingangsmodul
Laufzeit des Projektes:	01.03.2001-28.02.2003
Kosten / Finanzrahmen: ggf. Personalausstattung:	
Finanzierende Institutionen:	MoZArt
Hinweise zur Dokumentation und Evaluation:	Gesamtevaluation durch Infas
Ggf. Arbeitsmarktpolitische Randdaten:	
Arbeitslosenquote bzw. Zahl	4,4%
Sozialhilfequote bzw. Zahl	2,5%

Abb. 43 Ausgewählte gesundheitliche Ergebnisse von Projektteilnehmern

	abs.	%	%
Vom Sozialamt benannte Teilnehmer	592		
Teilnehmer am Eingangsmodul	319	54%	100%
Medizinische Erstberatung	270	85%	100%
Abgeschlossenes med. Profiling	270		
Vollschichtig belastbar	249	92%	
Nicht belastbar (Krank, Maßnahmeabbruch)	21		
Weitere medizinische Sachaufklärung:	56	21%	
Drogenscreening	5		
Alkohol-Labor	11		
Gutachten	17		
Angeforderte med. Befunde	36		
Eingeleitete Behandlungen	10	4%	
Gesundheitliche Einschränkungen	160	59%	

Die Variable „gesundheitliche Einschränkungen“ ist in der Statistik der Arbeitsämter gut dokumentiert und hat laut Statistik des Ärztlichen Dienstes im Modellvorhaben Relevanz für die Leistungsfähigkeit. Von den 59% gesundheitlich Eingeschränkten sind bei ca. 25% die o.g. gesundheitsbezogenen Maßnahmen nötig. Dies würde bedeuten, dass über den Anteil gesundheitlich Eingeschränkter der Umfang weiterer medizinischer Maßnahmen grob geschätzt werden kann. Dies ist also nahezu bei jedem Zweiten mit gesundheitlichen Einschränkungen der Fall.

Aus den uns vorliegenden Unterlagen ist leider nicht ersichtlich, welche Maßnahmen bei Personen eingeleitet wurden, die der Einladung nicht nachgekommen sind. Auch sind Aussagen über spezifische Erfolge der gesundheitlichen Intervention (z.B. hinsichtlich der Wiederbeschäftigung) nicht möglich, wobei aber derartige Daten offenbar existieren.

6.1.20 S.A.V.E

Bei diesem MoZArt-Projekt fällt auf, dass es das explizite Ziel hat, gerade Sozialhilfeempfänger mit gesundheitlichen Einschränkungen auf dem ersten oder zweiten Arbeitsmarkt unterzubringen. Dies kann zunächst darauf zurückgeführt werden, dass die Arbeits- und Sozialhilfequote in Freising mit 2,8% bzw. 1,2% sehr gering ist und so eher eine Situation der tendenziellen Vollbeschäftigung repräsentiert, womit Strategien, Sozialhilfeempfänger in relevanter Zahl wieder in Arbeit zu bringen, an der Zielgruppe der gesundheitlich Beeinträchtigten gar nicht herkommen.

Entsprechend werden auch Maßnahmen der medizinischen Diagnostik und der Gesundheitsberatung genannt, konkrete Informationen liegen dazu aber nicht vor. Dies ist umso bedauerlicher, als das Ziel der Wiederbeschäftigung hier praktisch in hohem Masse an die Durchführung rehabilitativer, therapeutischer oder gesundheitsfördernder Maßnahmen gebunden ist, die für das vorliegende Gutachten von besonderem Interesse gewesen wären.

Abb. 44 Merkmale des Projekts S.A.V.E

Zielgruppe(n):	<ul style="list-style-type: none"> 1 Sozialhilfeempfänger 2 Arbeitslosenhilfebezieher mit ergänzender Sozialhilfe 3 Klienten mit gesundheitlichen Einschränkungen
Zugang zu Angeboten/Maßnahmen:	1 Einbestellung
Identifikation / Assessment:	<ul style="list-style-type: none"> 1 Clearingstelle 2 Entwicklungsplan
Ziele:	<ul style="list-style-type: none"> 1 Integration in den ersten Arbeitsmarkt 2 Unabhängigkeit vom SH-Bezug 3 Integration in den zweiten Arbeitsmarkt
Art der Intervention:	<ul style="list-style-type: none"> 1 Hilfeplan 2 Medizinische Beratung bzw. Untersuchungen (Medizinischer Dienst der Krankenkassen in Bayern)
Individuelle Dauer der Angebote / Maßnahmen:	Individuell
Teilnehmerzahlen:	<ul style="list-style-type: none"> Juli 2001: 40 davon 6 in "Arbeit" vermittelt
Laufzeit des Projektes:	01.01.2001-31.12.2002
Kosten / Finanzrahmen: ggf. Personalausstattung:	€ 500000
Finanzierende Institutionen:	MoZArt
Hinweise zur Dokumentation und Evaluation:	Gesamtevaluation durch Infas
Ggf. Arbeitsmarktpolitische Randdaten:	
Arbeitslosenquote bzw. Zahl	2,8%
Sozialhilfequote bzw. Zahl	1,2%

6.1.21 LOS – Düsseldorf

Bei diesem Projekt handelt es sich um ein seit 1999 bestehendes Projekt des Arbeitslosenzentrums Düsseldorf. Nach der Beendigung der Förderung durch das Arbeitsamt (§10) wird es seit 2003 über EU Mittel weitergeführt.

Der insgesamt 11seitige Jahresbericht stellt Ziele, Maßnahmen und Ergebnisse klar und nachvollziehbar dar, was angesichts der vorherrschenden Dokumentationsstandards durchaus hervorzuheben ist.

Die Arbeitslosigkeitsquote betrug im November 2002 in Düsseldorf 8%, absolut 39.389, darunter 11.458 Langzeitarbeitslose (29%). Gleichzeitig gibt es in Düsseldorf noch ca. 30.000 Empfänger von Sozialhilfe. Das Arbeitslosenzentrum führt jährlich im Durchschnitt 2.000 Beratungen durch, darunter 1.400 von Langzeitarbeitslosen [Jahresbericht AZD, 2002]. Daraus ergibt sich ein Schätzwert für die Akzeptanz und Nutzung von Beratungsmaßnahmen durch ein Arbeitslosenzentrum, die danach:

- bei Arbeitslosen bei ca. 2%
- und bei Langzeitarbeitslosen bei ca. 13% liegt.⁸³

Diese Werte zeigen, dass mit Blick auf die mögliche „institutionelle Ansiedlung“ von Maßnahmen der Gesundheitsförderung hier erwartungsgemäß eine breite Erreichbarkeit der Zielgruppe nicht gegeben ist.

Das Projekt LOS [Projekt Los, Jahresbericht 2001] hat im zugrundeliegenden Jahr insgesamt 63 Personen im Rahmen einer einjährigen Berufswegeplanung betreut. „Die Beratungsarbeit zeichnet sich durch die Standards Freiwilligkeit, Vertraulichkeit und Professionalität aus“ [ebd. S. 6]. Die Maßnahmen folgen einem folgerichtigen Ablauf von Anamnese, Zielplanung, Defizitbestimmung, sowie der Implementation von Strategien zum Abbau von Defiziten. Hierzu zählen auch gesundheitliche Einschränkungen, die bei 41% der Teilnehmer auch bestehen, wobei hier Personen mit Suchterkrankungen (11/17%) noch gar nicht berücksichtigt sind.

Interessant ist, dass in Bezug auf die getroffenen Maßnahmen:

- bei 18 Personen (29%) eine Weiterleitung und Kontaktaufnahme zu Fachberatungsdiensten (u.a. psychosoziale Beratung)
- bei 4 Personen (6%) eine Therapie
- und bei 2 Personen (3%) eine Rehabilitationsmaßnahme erfolgt.

Daraus ist mit Blick auf die Etablierung spezifisch gesundheitlicher Interventionen bei der Zielgruppe der Arbeitslosen bzw. Langzeitarbeitslosen und ihrer jeweils primär rehabilitativen, therapeutischen oder „nur“ gesundheitsfördernden Ausrichtung der Schluss zu ziehen, dass:

⁸³ Dies sind Maximalschätzwerte, da sich mehrere Beratungen auf eine Person beziehen können.

Abb. 45 Merkmale des Projekts LOS – Düsseldorf

Zielgruppe(n):	1 Langzeitarbeitslose 2 Von Langzeitarbeitslosigkeit bedrohte
Zugang zu Angeboten/Maßnahmen:	1 Offene Sozialberatung des Arbeitslosenzentrums 2 Öffentlichkeitsarbeit 3 Andere Beratungsstellen
Identifikation / Assessment:	1 Freiwillig
Ziele:	1 Integration in den ersten oder zweiten Arbeitsmarkt Erfolgsquote: 32%
Art der Intervention:	1 Anamnese 2 Beratung 3 Entwicklung von Zielvorstellungen 4 Ableitung von Defiziten 5 Maßnahmen zur Behebung von Defiziten z.B. Suchtberatung, therapeutische Maßnahmen 6 Stabilisierung 7 Direktive Maßnahmen, wo erforderlich
Individuelle Dauer der Angebote / Maßnahmen:	1 Jahr
Teilnehmerzahlen:	Pro Monat im Durchschnitt 22 Im Jahr 2002: 63
Laufzeit des Projektes:	seit 01.01.1999
Kosten / Finanzrahmen: ggf. Personalausstattung:	
Finanzierende Institutionen:	BA/§10 Nach Auslaufen der BA Förderung Ende 2002 durch EU Mittel
Hinweise zur Dokumentation und Evaluation:	
Ggf. Arbeitsmarktpolitische Randdaten: Arbeitslosenquote bzw. Zahl Sozialhilfequote bzw. Zahl	8% / 39.389 darunter 11.458 Langzeit (29%)

- ca. die Hälfte der Gruppe gesundheitliche Einschränkungen aufweist,
- die bei einem Drittel der Gesamtgruppe zu einer „fachlichen Bearbeitung“ im Konsens zwischen Berater und Klienten führen
- und bezogen auf die Gesamtgruppe jeder Zehnte der Therapie oder Rehabilitation bedarf.

Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass reine Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sich auf ca. die Hälfte der Gruppe richten können.

Insgesamt ist das Projekt LOS ein schlüssig aufgebautes, gut dokumentiertes und nicht unerfolgreiches Projekt der arbeitsmarktintegrativen Beratung von Langzeitarbeitslosen, das gesundheitliche Interventionen notwendig beinhaltet, wobei spezifische Maßnahmen der Gesundheitsförderung im engeren Sinn aber nicht im Mittelpunkt stehen. Das Auslaufen der Förderung durch das Arbeitsamt Ende 2002 bestätigt auch hier den grundsätzlichen Wechsel der Förderungspolitik.

Der Jahresbericht bringt auch eine angemessene Auffassung zu den Erfolgskriterien derartiger Projekte zum Ausdruck: „Der Erfolg eines Projektes zur sozialpädagogischen Beratung, Begleitung und Unterstützung von Langzeitarbeitslosen kann nicht nur an der Anzahl der TeilnehmerInnen gemessen werden, die eine Arbeit aufgenommen oder eine berufliche Weiterbildung/Umschulung begonnen haben. Zum Erfolg gehören auch die nur schwer messbaren Veränderungen bei den TeilnehmerInnen, wie z.B. die Verbesserung der subjektiven Befindlichkeit, erhöhte Motivation, verbesserter Kontakt zur Umwelt und eine realistischere Selbsteinschätzung. Indikatoren für Veränderungen der TeilnehmerInnen während des Beratungsprozesses lassen sich auch darüber aufzeigen, dass während der Teilnahme bei LOS Maßnahmen zur Verbesserung der beruflichen Ausgangssituation auf dem Arbeitsmarkt durchgeführt und Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation (Therapie) begonnen wurden“ [a.a.O. S. 9]. Diese differenzierte Sicht der Dinge findet sich z.B. bei den primär beschäftigungsorientierten Maßnahmen (z.B. MoZArt) nicht.

6.1.22 Fit für den Arbeitsmarkt (Schweiz) / Stiftung Chance

Das Programm einer Schweizer Stiftung ist im Internet wie folgt beschrieben⁸⁴:

„Einsatzprogramm für erwerbslose Personen mit gesundheitlichen Problemen und noch 12 Monaten Rahmenfrist. Abklärungsteil (1. Monat)

Abklärung der dem Programm zugewiesenen Personen hinsichtlich ihrer Eignung und Ressourcen für das Förderprogramm. Erstellen eines fundierten Berichtes z.Hd. des Case Managers des Förderprogramms bzw. bei Nichteignung an die zuweisende Stelle.

Der Abklärungsteil besteht aus 50% Gesundheitsförderung und 50% arbeitsspezifischer Bildung. Förderteil (2. bis 6. Monat mit Verlängerungsmöglichkeit)

⁸⁴ <http://www.chance.ch/Fit.htm>

Abb. 46 Merkmale des Projekts *Fit für den Arbeitsmarkt (Schweiz) / Stiftung Chance*

Zielgruppe(n):	1 Langzeitarbeitslose (Rahmenfrist) mit gesundheitlichen Problemen
Zugang zu Angeboten/Maßnahmen:	1 Zuweisung durch Regionale Arbeitsvermittlungstellen (RAV)
Identifikation / Assessment:	1 Einmonatiges Assessment
Ziele:	1 Verb. der Reintegrationschancen 2 Verb. des Gesundheitszustandes
Art der Intervention:	1 Assessment 2 Abklärung (1.Monat) 50% Gesundheitsförderung 50% arbeitsspezifische Bildung 3 Förderteil (2.-6.Monat) 60% Arbeit 40% Gesundheitsförderung 10% arbeitsspezifischer Bildung
Individuelle Dauer der Angebote / Maßnahmen:	bis zu einem Jahr
Teilnehmerzahlen:	KA
Laufzeit des Projektes:	
Kosten / Finanzrahmen: ggf. Personalausstattung:	
Finanzierende Institutionen:	RAV
Hinweise zur Dokumentation und Evaluation:	
Ggf. Arbeitsmarktpolitische Randdaten: Arbeitslosenquote bzw. Zahl Sozialhilfequote bzw. Zahl	4,5%

Das Förderprogramm hat die Verbesserung der Wiedereingliederungschance der TN durch Aufspüren und Stärken vorhandener Ressourcen sowie der Erhöhung der Eigenverantwortung zum Ziel. Das Förderprogramm besteht aus 60 % Arbeit auf einem Einzeleinsatzplatz, 40 % Gesundheitsförderung und 10 % arbeitsspezifischer Bildung.

Erwerbslose deren Vermittelbarkeit in den ersten Arbeitsmarkt durch eine gesundheitliche (physische und/oder psychische) Beeinträchtigung erschwert ist und die noch 12 Monate Rahmenfrist haben.

Die Erwerbslosen müssen (-) angehören und über genügend Deutschkenntnisse verfügen, um an den Bildungs- und Gesundheitsförderungsmodulen teilnehmen und sich mit dem/der Vorgesetzten am Arbeitsplatz verständigen zu können.“

Dieses Projekt kann von seiner Konzeption her durchaus als ein mögliches Modellprojekt der Gesundheitsförderung bei Langzeitarbeitslosen bezeichnet werden, da es in einer recht ausgewogenen Gewichtung qualifikatorische und spezifisch gesundheitsfördernde Interventionen verbindet, auch wenn über die Art der Maßnahmen, die Akzeptanz und die Inanspruchnahme sowie die gesundheitlichen und arbeitsmarktintegrativen Ergebnisse keine Informationen verfügbar sind. Auch auf den Zusammenhang einer noch relativ geringen Arbeitslosenquote und einer deutlicheren Wahrnehmung gesundheitlicher Probleme und ihrer Intervention ist nochmals zu verweisen.

6.1.23 Projekte Gesundheitsförderung Schweiz: Arbeitslosentreff „A walk on the wild side“

Die in der Projektdatenbank der Schweizer Stiftung für Gesundheitsförderung ermittelten Projekte für Arbeitslose beziehen sich auf:

- einen Arbeitslosentreff
- ein Gesundheitsförderungsprojekt (Kurse) für Arbeitslose und Sozialhilfeempfänger (Gesundheitswochen)
- und einen Theaterkurs für arbeitslose Jugendliche

Bei den Gesundheitswochen handelt es sich i.w. um Gesundheitsförderungskurse für Arbeitslose und Sozialhilfeempfänger.

6.1.24 Projekt Gesundheitsförderung Schweiz: ZALT Gesundheitswochen

Projektmerkmale vgl. Abb. 48

6.1.25 Projekt Gesundheitsförderung Schweiz: Theater

Projektmerkmale vgl. Abb. 49

Abb. 47 Merkmale des Projekts "A walk on the wild side"

Zielgruppe(n):	1 Erwerbslose des Kantons Luzern
Zugang zu Angeboten/Maßnahmen:	1 Freiwillig
Identifikation / Assessment:	
Ziele:	1 Motivationsförderung 2 Sinngebung 3 Erhöhung der Lebensqualität
Art der Intervention:	1 Arbeitslosentreff
Individuelle Dauer der Angebote / Maßnahmen:	
Teilnehmerzahlen:	
Laufzeit des Projektes:	
Kosten / Finanzrahmen:	4650 SFR
ggf. Personalausstattung:	4000 SFR von Schweizer Stiftung Gesundheitsförderung
Finanzierende Institutionen:	
Hinweise zur Dokumentation und Evaluation:	Keine Angaben
Ggf. Arbeitsmarktpolitische Randdaten:	
Arbeitslosenquote bzw. Zahl	
Sozialhilfequote bzw. Zahl	

Abb. 48 Merkmale des Projekts ZALT Gesundheitswochen

Zielgruppe(n):	1 Arbeitslose 2 Sozialdienst Klienten
Zugang zu Angeboten/Maßnahmen:	1 Freiwillig
Identifikation / Assessment:	
Ziele:	1 Gesundheitsförderung 2 Stabilisierung 3 Verbess. der psych. Gesundheit
Art der Intervention:	1 Tipps zur Gesundheitsförderung 2 Erhöhung des Gesundheitsbewusstseins 3 Förderung der psych. Gesundheit 4 Kurse 5 Einzelbetreuung
Individuelle Dauer der Angebote / Maßnahmen:	
Teilnehmerzahlen:	
Laufzeit des Projektes:	
Kosten / Finanzrahmen: ggf. Personalausstattung:	20000 SFR, davon die Hälfte von der Schweizer Stiftung für Gesundheitsförderung
Finanzierende Institutionen:	
Hinweise zur Dokumentation und Evaluation:	Evaluationsbericht liegt vor
Ggf. Arbeitsmarktpolitische Randdaten: Arbeitslosenquote bzw. Zahl Sozialhilfequote bzw. Zahl	

Abb. 49 Merkmale des Projekts Theater

Zielgruppe(n):	1 arbeitslose Jugendliche
Zugang zu Angeboten/Maßnahmen:	1 Freiwillig
Identifikation / Assessment:	
Ziele:	1 Stabilisierung 2 Qualifizierung
Art der Intervention:	1 Theaterausbildung 2 Theater spielen
Individuelle Dauer der Angebote / Maßnahmen:	
Teilnehmerzahlen:	
Laufzeit des Projektes:	abgeschlossen
Kosten / Finanzrahmen: ggf. Personalausstattung:	75000 SFR davon 15000 SFR von der Schweizer Stiftung für Gesund- heitsförderung
Finanzierende Institutionen:	
Hinweise zur Dokumentation und Evaluation:	Keine Angaben
Ggf. Arbeitsmarktpolitische Randdaten: Arbeitslosenquote bzw. Zahl Sozialhilfequote bzw. Zahl	

6.1.26 GESA

Bei GESA handelt es sich um ein aktuell vom BKK-BV gefördertes Projekt, das wie folgt beschrieben wird (Quelle BKK-BV):

Schlagworte/Beziehungen:

- *Arbeitslosigkeit, Selbstmanagement, Ressourcenförderung*

Ziel des Projektes:

- *Ressourcenförderung (Förderung der eigenen Stärken) zur Verbesserung eines selbst bestimmten Gesundheits- und Bewältigungsverhaltens bei Personen, die durch Langzeitarbeitslosigkeit oder wiederkehrende Arbeitslosigkeitsphasen physisch und psychisch belastet sind.*

Zielgruppe:

- *Von Arbeitslosigkeit betroffene BKK-Versicherte*

Hintergrund:

- *Von Langzeitarbeitslosigkeit oder wiederholter Arbeitslosigkeit Betroffene stellen eine gesundheitlich oftmals hoch belastete Personengruppe dar. Gleichzeitig erscheint der Ressourcenaufbau zum Gesundheits- und Bewältigungsverhalten nicht über einfache Angebotsstrukturen erreichbar. In dem Projekt sollen die Betroffenen ermutigt und befähigt werden, gesundheitsförderliche Aktivitäten zu nutzen und nachhaltig in ihren Lebensalltag zu integrieren.*

Projektbeschreibung:

- *Nach einem motivierenden und diagnostischen Einführungsgespräch durchlaufen die Teilnehmer im Rahmen eines Gruppenprogramms ein 5-Phasen-Beratungsmodell, in dessen Verlauf sie ihre Lebens- und Gesundheitssituation analysieren und bezüglich nachhaltiger Veränderungen im Gesundheitsverhalten theoretisch wie praktisch unterstützt und gefördert werden.*

Mittel/Medien:

- *5-Phasen-Beratungsmodell nach Kuhnert; Gesprächsgruppen*

Protagonisten:

- *Leitung: Prof. Dr. phil. Dr. med. Michael Kastner (Uni Dortmund)*
- *Ausführung: IAPAM (Institut für Arbeitspsychologie und Arbeitsmedizin Herdecke)*
- *BKK-Hoesch*

Zeitraum des Projekts:

- *August bis November 2003*

Stand August 2003

Abb. 50 Merkmale des Projekts GESA

Zielgruppe(n):	1 Arbeitslose BKK Versicherte mit psychischen und physischen Belastungen
Zugang zu Angeboten/Maßnahmen:	1 Freiwillig
Identifikation / Assessment:	
Ziele:	1 Ressourcenförderung 2 Verb. des Gesundheitsverhaltens 3 Verb. des Bewältigungsverhaltens
Art der Intervention:	1 Diagnostisches Eingangsgespräch 2 Gruppenprogramm 3 5 Phasen Beratungsprogramm nach Kuhnert
Individuelle Dauer der Angebote / Maßnahmen:	
Teilnehmerzahlen:	
Laufzeit des Projektes:	August 2003/November 2003
Kosten / Finanzrahmen: ggf. Personalausstattung:	
Finanzierende Institutionen:	
Hinweise zur Dokumentation und Evaluation:	Keine Angaben
Ggf. Arbeitsmarktpolitische Randdaten: Arbeitslosenquote bzw. Zahl Sozialhilfequote bzw. Zahl	

6.1.27 „Selbstmanagement-Beratung und Gesundheitsförderung für Instabil-Beschäftigte und Arbeitslose (SEGEFIA)

Das SEGEFIA Projekt ist auf der Homepage der Universität Dortmund wie folgt beschrieben:

Leitung

PD Dr. Metz-Göckel, Hellmuth

Mitarbeit

Dr. Kuhnert, Peter; Hoffmann, Sabine; Gerdes, Tomke

Beschreibung

Das Projekt SEGEFIA richtet sich auf die Veränderung einer dramatischen arbeits- und gesundheitspolitischen Situation. Die DFLA-Studie mit Langzeitarbeitslosen (N=226) und andere Forschungsarbeiten (siehe Ge+Ko) ermittelten gesundheitlich hoch belastete Zielgruppen (Suchtgefährdete, Demoralisierte, sozial Isolierte, Verarmte), die nur durch Gesundheitsförderung eine stabile Beschäftigung erlangen können. Weitgehend unbeachtet sind Personen in instabiler Beschäftigung und in ständiger Sorge um ihren Arbeitsplatz, die sich in ihrem schlechten Gesundheitszustand nicht von Arbeitslosen unterscheiden. Die Arbeitsmarkt- und auch Gesundheitsförderung in Deutschland verfügt bisher über keine geeigneten Interventionsinstrumente, diese Zielgruppen vor schädigendem Verhalten und chronischen Erkrankungen zu bewahren und für die Anforderungen des ersten Arbeitsmarkts zu qualifizieren. Erfolgreiche, verhaltensbezogene Interventionsmethoden (Selbstmanagement-Beratung, Stressbewältigung, Bewegung, Empowerment und Netzwerkinterventionen) sollen im SEGEFIA-Projekt zu einem neuen Modell verknüpft werden. Dieses Modell einer "arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung" kann durch bestehende gesetzliche Fördermöglichkeiten (§ 10 SGB III, § 20 SGB V, §§ 8 u. 17 BSHG) realisiert werden, braucht aber noch Unterstützung in Politik und Gesellschaft.

Förderung

Universität Dortmund

Laufzeit

01.05.1999 – 31.12.1999“ 85

Abb. 51 Merkmale des Projekts SEGEFIA

Zielgruppe(n):	1 Von Arbeitslosigkeit bedrohte Menschen 2 Arbeitslose
Zugang zu Angeboten/Maßnahmen:	
Identifikation / Assessment:	
Ziele:	1 Gesundheitsförderung 2 Reduktion von gesundheitsschädigendem Verhalten 3 Erhöhung der Wiederbeschäftigungsfähigkeit
Art der Intervention:	1 Selbstmanagement 2 Stressbewältigung 3 Bewegung 4 Empowerment
Individuelle Dauer der Angebote / Maßnahmen:	
Teilnehmerzahlen:	
Laufzeit des Projektes:	01.05.1999 - 31.12.1999
Kosten / Finanzrahmen: ggf. Personalausstattung:	
Finanzierende Institutionen:	Universität Dortmund
Hinweise zur Dokumentation und Evaluation:	Prof. Dr. Kastner/ Dr. Kuhnert Dissertation Dr. Kuhnert
Ggf. Arbeitsmarktpolitische Randdaten: Arbeitslosenquote bzw. Zahl Sozialhilfequote bzw. Zahl	

6.1.28 Ge+Ko

Bei Ge+Ko handelt es sich i.w. um eine Konzeptentwicklung. Auf der genannten Homepage der Universität Dortmund wird es wie folgt beschrieben:

„Leitung

Prof. Kastner, Michael; Dr. Vogt, Joachim; Dr. Kuhnert, Pete

Mitarbeit

Dr. Dudda, Friedrich; Bangert, Dagmar; Dr. Urgatz, Bogumila; Iraklidis, Elena; Knie-riem, Heike

Beschreibung

Der Ausgangspunkt des Ge+Ko-Projekts (12/1997-12/1999) war eine durch Arbeitslosigkeit entstandene spezifische Belastungssituation. Sie erscheint den Betroffenen oftmals unkontrollierbar und führt zu einem Anstieg körperlicher und psychischer Stressreaktionen.

Mit dem im Projekt entwickelten "Dortmunder Fragebogen zum Leben in der Arbeitslosigkeit" (DFLA) wurden zwischen 1998 und 1999 zwei empirische Studien mit 226 bzw. 85 langzeitarbeitslosen Männern und Frauen durchgeführt.

Der DFLA erwies sich dabei als reliables und valides Diagnoseinstrument, mit dem sowohl soziale als auch psychische und physische Merkmale des individuellen Bewältigungsverhaltens erfasst werden können.

Die Ergebnisse der umfangreichen Studie zeigen, dass sich viele Langzeitarbeitslose in einer permanenten Stresssituation befinden, die ihre Gesundheit stark beeinträchtigt und ihre Chancen auf Wiederbeschäftigung erheblich mindert. Die Ergebnisse der DFLA-Studie schaffen eine solide empirische Basis für neue arbeitsmarktintegrative und gesundheitsförderliche Konzepte für arbeitslose und von Arbeitslosigkeit bedrohte Menschen. Im SEGEFIA-Projekt (Selbstmanagement-Beratung und Gesundheitsförderung für Instabil-Beschäftigte und Arbeitslose) sollen diese Konzepte umgesetzt werden.

Förderung

Arbeitsamt Dortmund, Universität Dortmund

Laufzeit

01.12.1997 – 01.12.1999“

Abb. 52 Merkmale des Projekts Ge+Ko

Zielgruppe(n):	1 Instabil Beschäftigte 2 Arbeitslose
Zugang zu Angeboten/Maßnahmen:	1 Konzeptentwicklung
Identifikation / Assessment:	
Ziele:	1 Entwicklung und Erprobung des Dortmunder Fragebogens zum Leben in der Arbeitslosigkeit (DFLA) 2 Studie mit 226 und 85 Probanden
Art der Intervention:	
Individuelle Dauer der Angebote / Maßnahmen:	
Teilnehmerzahlen:	
Laufzeit des Projektes:	12/97-12/99
Kosten / Finanzrahmen: ggf. Personalausstattung:	
Finanzierende Institutionen:	Arbeitsamt Dortmund Universität Dortmund
Hinweise zur Dokumentation und Evaluation:	Prof. Kastner/ Dr. Kuhnert Dissertation Dr. Kuhnert
Ggf. Arbeitsmarktpolitische Randdaten: Arbeitslosenquote bzw. Zahl Sozialhilfequote bzw. Zahl	

6.1.29 BEAM

Schlagworte/Beziehungen:

Arbeitslosigkeit, Sozialhilfe, psychische Probleme, berufliche Wiedereingliederung, gesundheitliche Ressourcenförderung

Ziel des Projektes:

Teilnehmer des Gesundheitsmoduls in der beruflichen Wiedereingliederungsmaßnahme sollen in ihrer persönlichen Situation ein entsprechendes Verständnis von Gesundheit entwickeln, ihre gesundheitlichen Chancen und Grenzen erkennen sowie adäquate Verhaltensstrategien erlernen, die ihren beruflichen Wiedereinstieg fördern.

Zielgruppe:

Sozialhilfebezieherinnen und Sozialhilfebezieher mit psychischen und/oder Abhängigkeitsproblemen

Hintergrund:

Die Zielgruppe hat aufgrund ihrer Lebenssituation nur einen geringen Bezug zur Gesundheit oder wenig Bewusstsein für den Zusammenhang von Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit. Gleichzeitig unterliegt sie verstärkt psychischen und physischen Belastungen, was häufig zusätzlich zu problematischem Gesundheitsverhalten führt.

Projektbeschreibung:

Die Teilnehmer durchlaufen im Rahmen ihrer beruflichen Wiedereingliederung im Projekt BEAM ein etwa 10-monatiges Gesundheitsmodul mit verschiedensten Themengebieten wie z. B. Selbst- und Zeitmanagement, Alltagsbewältigung, Stressbewältigung, Ernährung und Gesundheitsverhalten.

Protagonisten:

- *Projekt BEAM der Theresia-Albers-Stiftung im Haus Theresia in Hattingen (Leiterin: Ulrike Kopf)*
- *Projekt ist Teil des Projektverbundes DevelopmENT des Ennepe-Ruhr-Kreises (Verantw.: Dieter Schulze)*

Zeitraum des Projekts:

August 2003 – August 2004

Abb. 53 Merkmale des Projekts BEAM

Zielgruppe(n):	1 Sozialhilfebezieher mit psychischen Problemen oder Abhängigkeitserkrankungen
Zugang zu Angeboten/Maßnahmen:	1 Teil des Projektverbundes DevelopmEnt (vgl. Projekt 1)
Identifikation / Assessment:	
Ziele:	1 Gesundheitsbewusstsein stärken 2 Stabilisierung 3 Beruflicher Wiedereinstieg
Art der Intervention:	10monatiges Gesundheitsmodul darunter: 1 Selbstmanagement 2 Zeitmanagement 3 Alltagsbewältigung 4 Stressbewältigung 5 Ernährung 6 Gesundheitsverhalten
Individuelle Dauer der Angebote / Maßnahmen:	10 Monate
Teilnehmerzahlen:	
Laufzeit des Projektes:	08/2003-08/2004
Kosten / Finanzrahmen: ggf. Personalausstattung:	
Finanzierende Institutionen:	BKK
Hinweise zur Dokumentation und Evaluation:	Keine Angabe
Ggf. Arbeitsmarktpolitische Randdaten: Arbeitslosenquote bzw. Zahl Sozialhilfequote bzw. Zahl	

6.1.30 Gesundheitsorientierte Outplacementberatung

Dieses vom BKK Bundesverband aktuell geförderte Projekt wird wie folgt beschrieben:

Schlagworte/Beziehungen:

Drohende Arbeitslosigkeit, gesundheitliche Ressourcenförderung

Ziel des Projektes:

Ein bereits bestehendes Outplacement-Konzept, welches derzeit bei den Stahlwerken Bremen Anwendung findet und von dem ca. 1.700 Beschäftigte betroffen sind, soll exemplarisch um ein Gesundheitsmodul ergänzt werden.

Zielgruppe:

Von Arbeitslosigkeit bedrohte Personen

Hintergrund:

Prekär Beschäftigte oder von Arbeitslosigkeit bedrohte Personen weisen zumeist einen ähnlich schlechten Gesundheitsstatus auf wie (Langzeit-)Arbeitslose. Schon die Antizipation von Arbeitslosigkeit kann einen Stresszustand auslösen, der sich negativ auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten auswirkt. Daher bedarf es neuer Konzepte, die berufliche Transitionsprozesse gesundheitsverträglicher gestalten lassen und bestehende Ansätze um gesundheitsorientierte Aspekte erweitern.

Projektbeschreibung:

In Zusammenarbeit mit namhaften Experten des Themenfeldes „Arbeitslosigkeit und Gesundheit“, wird ein Gesundheitsmodul zu Implementation in Outplacement-Konzepte entwickelt.

Protagonisten:

Team Gesundheit Gesellschaft für Gesundheitsmanagement mbH

Prof. Dr. Thomas Kieselbach (Universität Bremen)

Prof. Dr. Dr. Michael Kastner (Universität Dortmund)

Stahlwerke Bremen

BKK Firmus

Zeitraum des Projekts:

August 2003 – Dezember 2003

Stand: August 2003

Abb. 54 *Merkmale des Projekts Gesundheitsorientierte Outplacementberatung*

Zielgruppe(n):	1 Von Arbeitslosigkeit bedrohte Personen
Zugang zu Angeboten/Maßnahmen:	1 Konzeptentwicklung
Identifikation / Assessment:	
Ziele:	1 Entwicklung eines Gesundheitsmoduls
Art der Intervention:	1 Ergänzung eines bestehenden Outplacementkonzepts in Bremen, von dem 1700 Beschäftigte betroffen sind, um ein Gesundheitsmodul
Individuelle Dauer der Angebote / Maßnahmen:	
Teilnehmerzahlen:	
Laufzeit des Projektes:	08/2003-12/2003
Kosten / Finanzrahmen: ggf. Personalausstattung:	
Finanzierende Institutionen:	BKK
Hinweise zur Dokumentation und Evaluation:	Konzeptentwicklung Prof. Dr. Kastner Prof. Dr. Kieselbach
Ggf. Arbeitsmarktpolitische Randdaten: Arbeitslosenquote bzw. Zahl Sozialhilfequote bzw. Zahl	

Abb. 55 Merkmale des Projekts Werkstatt 90

Zielgruppe(n):	1 Männliche, schwer vermittelbare Langzeitarbeitslose
Zugang zu Angeboten/Maßnahmen:	1 Zuweisung durch Arbeitsamt
Identifikation / Assessment:	
Ziele:	1 Wiederbeschäftigung 2 Psychosoziale Stabilisierung
Art der Intervention:	1 Vermittlung von beruflichen Basisqualifikationen 2 Abbau negativer Einstellungen gegen Qualifizierung 3 Überwindung persönlicher Hemmnisse 4 Umfangreiche Sozialbetreuung 5 Externes Betriebspraktikum
Individuelle Dauer der Angebote / Maßnahmen:	Bis zu 12 Monaten
Teilnehmerzahlen:	Pro Kurs bzw. Maßnahme: 48 Insgesamt: 220
Laufzeit des Projektes:	1992-1994
Kosten / Finanzrahmen: ggf. Personalausstattung:	4 Sozialpädagogen bzw. Sozialarbeiter u. 3 Werkstattleiter
Finanzierende Institutionen:	Landesarbeitsamt Niedersachsen-Bremen
Hinweise zur Dokumentation und Evaluation:	Scharf, Kieselbach, Naegele 1995
Ggf. Arbeitsmarktpolitische Randdaten: Arbeitslosenquote bzw. Zahl Sozialhilfequote bzw. Zahl	

6.1.31 Werkstatt 90

Dieses Projekt verdeutlicht, dass es auch vor der Zeit des §10 im SGB III von 1998 Programme der Beschäftigungsförderung durch das Arbeitsamt gegeben hat, die auch gesundheitsbezogene Zielsetzungen umfassten. Leider sind in der Publikation [Scharf, Kieselbach, Naegele 1995] in Bezug auf die spezifisch gesundheitlichen Interventionen weder die Methoden noch die Ergebnisse im Rahmen der nachgehenden Befragungen dargestellt. Die Intervention zeigt eine Wiederbeschäftigungsquote nach Beendigung der Maßnahme von 26%, die sechs Monate danach auf 22% absinkt.

6.1.32 Selbstverantwortung fördern durch motivierende Gesundheitsgespräche

Dieses vom BKK Bundesverband aktuell geförderte Projekt wird wie folgt beschrieben:

Schlagworte/Beziehungen:

Gesundheitsförderung, Selbstverantwortung, individuelle Gesundheitsziele

Ziel des Projektes:

Verbesserung des Gesundheitsverhaltens von Arbeitslosen;

Erprobung eines neuen Ansatzes zur Stärkung von Eigenverantwortung und Beratung zur systematischen, schrittweisen Umsetzung individueller Gesundheitsziele

Zielgruppe:

Arbeitslose

Messgröße:

Umsetzungsgrad der individuellen Gesundheitsziele

Hintergrund:

Arbeitslose sind eine Teilgruppe von Menschen, die aufgrund ihrer sozialen Lage spezifischen Belastungen unterliegen und einen schlechteren Gesundheitszustand haben als die allgemeine Bevölkerung. Anstatt mit einer optimalen Gesundheitsförderung Menschen abzuschrecken oder zu demotivieren, sollen durch eine motivationsstärkende Beratung die individuellen Interessen und Möglichkeiten zur Stärkung der eigenen Gesundheit thematisiert und gefördert werden.

Projektbeschreibung:

Teilnehmer erhalten ein Angebot zur motivierenden Gesundheitsberatung. Darin wird die individuelle Motivation ebenso thematisiert wie Ansatzpunkte zur Verbesserung des eigenen Gesundheitsverhaltens oder eine selbst bestimmte Umsetzung der individuellen Zielsetzung durch Stärkung der Eigenmotivation.

Die dahinter liegende Methode zur motivierenden Gesprächsführung wurde erfolgreich bereits in Teilbereichen (z. B. Reduzierung des Alkoholkonsums) eingesetzt.

Protagonisten:

Institut für Therapieforchung IFT Nord; Institut für Prävention und Gesundheitsförderung an der Universität Duisburg-Essen

Zeitraum des Projekts:

01.09.2003 bis 30.09.2004

Abb. 56 *Merkmale des Projekts Selbstverantwortung fördern durch motivierende Gesundheitsgespräche*

Zielgruppe(n):	1 Arbeitslose
Zugang zu Angeboten/Maßnahmen:	1 Freiwillig
Identifikation / Assessment:	
Ziele:	1 Gesundheitsförderung 2 Stabilisierung 3 Motivation
Art der Intervention:	1 Motivierende Gesundheitsberatung 2 Motivierende Gesprächsführung (Methode)
Individuelle Dauer der Angebote / Maßnahmen:	
Teilnehmerzahlen:	
Laufzeit des Projektes:	09/2003-09/2004
Kosten / Finanzrahmen: ggf. Personalausstattung:	
Finanzierende Institutionen:	BKK
Hinweise zur Dokumentation und Evaluation:	IFT Nord/Universität Duisburg-Essen
Ggf. Arbeitsmarktpolitische Randdaten: Arbeitslosenquote bzw. Zahl Sozialhilfequote bzw. Zahl	

6.1.33 Michigan Prevention Research Center (MPRC)

Bereits seit Mitte der 80er Jahre sind in den USA von Caplan, Vinikur et al. Interventionsstudien zur Beschäftigungsförderung durchgeführt worden, die mit der Stressreduktion auch gesundheitsbezogene Zielsetzungen verfolgten [Caplan, R.D. et al. 1989]. „This randomized field experiment was designed to test hypotheses about the effect of providing social support and altering skills, behaviours and cognitions relevant to coping with a major life stressor, loss of employment. As hypothesized, the experimental intervention produced higher rates of reemployment in the experimental than in the control condition. It also yielded positive effects both for those who obtained reemployment and for those who did not within the period of the posttest evaluations. For the reemployed, quality of reemployment was higher in the experimental condition than in the control condition. For the unemployed, motivation to engage in job seeking and job seeking self-efficacy were higher in the experimental than in the control condition. There were also consistent trends suggesting that this type of intervention may alleviate some of the negative „mental health“ consequences of job loss among the unemployed.“ [ebd. S. 767]

Seit dieser Zeit sind mehrere vergleichbare Interventionsstudien durchgeführt worden und seit einigen Jahren hat das nunmehr als „Job Program“ bezeichnete Projekt weit über seinen Ursprung in Michigan sowohl in den USA als auch in Europa (vgl. Kap. 6.1.34) Verbreitung gefunden. In einer Internetquelle ist das Programm wie folgt beschrieben: „*The main objective of this program is to enhance productive job-seeking skills and self-confidence for the unemployed. Short-term goals include fortifying job seekers' ability to resist demoralization and to persist in the face of barriers and setbacks. The long term goal is to help persons seek employment in settings that maximize economic, social, and psychological rewards. The program contributes to the development of several social and emotional competencies, including: self-awareness, accurate self-assessment, and self-confidence; adaptability, self-control, and conscientiousness; empathy and organizational awareness; and influence, communication, and building bonds.*

The JOBS program was developed by a group of psychologists associated with the Michigan Prevention Research Center, located at the University of Michigan. (The Prevention Research Center was involved because another goal of the program is to prevent depression and other psychological problems associated with unemployment.) Initially the program was implemented in the state of Michigan, with participants recruited from the Michigan Employment Security Commission. Since then the program has been adopted in several other states and foreign countries.”⁸⁶

⁸⁶ <http://www.eiconsortium.org/>

Abb. 57 Merkmale des Projekts MPRC

Zielgruppe(n):	1 Arbeitslose < 4 Monate
Zugang zu Angeboten/Maßnahmen:	1 Werbung, Öffentlichkeitsarbeit
Identifikation / Assessment:	1 Unklar
Ziele:	1 provide job seeking skills 2 promote reemployment 3 combat feeling of anxiety, helplessness and depression
Art der Intervention:	1 Gruppenarbeit 2 Trainer sind geschulte, früher Arbeitslose 3 Dealing with obstacles of reemployment 4 Identifying marketable skills 5 Identifying sources of job leads 6 Finding job leads in social networks 7 Conducting the information interview 8 Handling emotions related to unemployment 9 Practicing and rehearsing interviews 10 Thinking like an employer 11 Evaluating a job offer
Individuelle Dauer der Angebote / Maßnahmen:	5 Tage jeweils 5 Stunden
Teilnehmerzahlen:	Pro Gruppe 15-20 Personen
Laufzeit des Projektes:	Laufend
Kosten / Finanzrahmen: ggf. Personalausstattung:	300 Dollar pro Teilnehmer
Finanzierende Institutionen:	Kommunen
Hinweise zur Dokumentation und Evaluation:	Verschiedene Publikationen
Ggf. Arbeitsmarktpolitische Randdaten: Arbeitslosenquote bzw. Zahl Sozialhilfequote bzw. Zahl	

Nach der Homepage des MPRC lässt sich das aktuelle Projekt zusammenfassend dahingehend beschreiben, dass es primär Fertigkeiten und „Haltungen“ für eine erfolgreiche Jobsuche vermittelt. Die verfolgten gesundheitlichen Ziele (Reduktion von Hilflosigkeit, Ängstlichkeit und Depressivität) sind nicht Gegenstand einer direkten Intervention, sie sollen sich quasi als Ergebnis einer erfolgreichen Kursteilnahme bzw. der Wiederbeschäftigung ergeben. Eine fachlich fundierte psychosoziale Intervention erscheint im Rahmen einer einwöchigen Trainingsmaßnahme mit geschulten, ehemaligen Arbeitslosen als Gruppenleiter ohnehin nicht möglich.

Das Programm richtet sich nicht an Langzeitarbeitslose, vielmehr an Arbeitslose mit einer Arbeitslosigkeitsdauer von bis zu 4 Monaten. In verschiedensten Publikationen wird das Programm nicht nur als hochwirksam hinsichtlich der Ziele der Beschäftigungsförderung und der Reduktion „depressiver Episoden“ bezeichnet, vielmehr soll es auch sehr kosteneffektiv sein. Die durchschnittlichen Kosten von 300 \$ pro Teilnehmer sollen sich über die erhöhten Steuereinnahmen bereits nach 7 Monaten Wiederbeschäftigung wieder amortisiert haben, wobei bei dieser Kostenwirksamkeitsberechnung die Kosten der verminderten psychischen Probleme noch gar nicht berücksichtigt seien. Darüber hinaus soll das Programm gerade für jene Gruppen von Arbeitslosen besonders erfolgreich gewesen sein, „who were at highest psychological risks for episodes of depression“⁸⁷

Das Projekt soll hier nicht weiter differenziert beschrieben werden, da:

- es nicht primär gesundheitliche Interventionen beinhaltet, sich die gesundheitlichen Wirkungen (Stressreduktion, verminderte Ängstlichkeit und Depressivität) vielmehr als Ergebnis einer erfolgreichen Kursteilnahme und/oder der Wiederbeschäftigung ergeben sollen⁸⁸.
- die gesellschaftlichen Kontextbedingungen in den USA hinsichtlich der Arbeitsmarktsituation und dem Lohngefüge, der Sicherungssysteme gegen Arbeitslosigkeit und Armut fundamental von denen Europas und auch Deutschlands unterscheiden.

Auf die Ergebnisse dieser Intervention unter „europäischen Bedingungen“ und bei Langzeitarbeitslosen soll deshalb im Rahmen des Työhön Job Programs („zur Arbeit!“) näher eingegangen werden.

Es ist aber unmittelbar klar, dass dieses Programm mit seinen berichteten Wirkungen nicht nur in den USA, sondern in England, den Niederlanden und nun auch in Deutschland (MoZArt) seine Anhänger gefunden hat.

⁸⁷ <http://www.isr.umich.edu/src/seh/mprc/jobsupdt.html>

⁸⁸ Ob ein fünftägiger Kurs – wie beschrieben – in der Lage ist, den aktuellen Gesundheitszustand signifikant zu verbessern, muss aber eher bezweifelt werden.

6.1.34 Työhön Job Resarch Program

Mit diesem Projekt wird das Job Program aus Michigan mit „minor procedural changes“ auf ein Gebiet im Südwesten Finnlands übertragen. Im Gegensatz zu den USA werden nicht nur Kurzarbeitslose einbezogen.

In der Publikation der Projektergebnisse [Vuori et al. 2002] werden zunächst die Unterschiede zwischen den USA und Finnland hinsichtlich der Arbeitsmarktlage und der Systeme der sozialen Sicherung klar und differenziert herausgearbeitet.

Die Ergebnisse der Intervention sind eher ernüchternd: „Reemployment in the experimental and control group was, respectively 34% and 31,9%. The difference (-) was statistically not significant. (-) However the results failed to show that the intervention would have a significant direct beneficial impact on reemployment, wage rate, job satisfaction, or depressive symptoms” [a.a.O.S. 14].

Damit hat das Programm seine beiden Hauptziele nicht erreicht. In der ausführlichen Diskussion dieser offenbar unerwarteten Ergebnisse wird nun v.a. die Nichterreichung der gesundheitlichen Ziele (Reduktion der depressiven Symptome) mit den unterschiedlichen politischen, rechtlichen und finanziellen Regelungen bei Arbeitslosigkeit in den USA und Finnland erklärt. Die Autoren schreiben: „unemployed workers in the United States compared with those in Finland, make reemployment in the United states an urgent priority for laid-off job seekers. It is likely that this stressful situation for the U.S. unemployed workers also exacerbates their depressive symptoms and may explain why the MPRC Job Search Program has a greater impact on those with an elevated level of depressive symptoms” [ebd. S. 16].

Die in der finnländischen Intervention nicht bzw. nicht im selben Ausmaß gefunden Wirkungen bei Stressabbau und Depressivität (die Aussagen zum Maß des Stressabbaus sind in der Publikation unklar) werden insgesamt v.a. darauf zurückgeführt, dass Arbeitslose in Finnland aufgrund einer längeren Bezugsdauer und höheren Leistungen beim Arbeitslosengeld nicht im vergleichbaren Maß an Stress und depressiven Symptomen leiden wie Arbeitslose in den USA, so dass mit den identischen Interventionen hier keine Effekte gezeigt werden können. Aus der Sicht von Interventionsstrategen bedeutet dies etwas sarkastisch formuliert, dass durch Kürzungen von Dauer und Höhe der Transferleistungen erst das Maß an Stress erzeugt werden muss, das dann durch entsprechende Gesundheitsförderungsmaßnahmen effektiv wieder verringert werden kann.

Abb. 58 Merkmale des Projekts Työhön Job Resarch Program

Zielgruppe(n):	1 Arbeitslose und Langzeitarbeitslose
Zugang zu Angeboten/Maßnahmen:	1 Einladungen 2 Direkter Kontakt über Arbeitsämter 3 Anzeigen Insgesamt werden 5000 Personen kontaktiert aus denen 1261 für die Studie ausgewählt werden
Identifikation / Assessment:	1 Programmvorstellung
Ziele:	1 Wiederbeschäftigung 2 Verbesserung des Gesundheitszustandes 3 i.e: Stressreduktion und depressive Symptome
Art der Intervention:	1 vgl. Job Program USA
Individuelle Dauer der Angebote / Maßnahmen:	vgl. Job Program USA
Teilnehmerzahlen:	Gesamt: 1261 Kontrollgruppe: 632/551/617 Experimentalgruppe:629/443/432 No show: 186/176
Laufzeit des Projektes:	9/1996-6/1997
Kosten / Finanzrahmen: ggf. Personalausstattung:	
Finanzierende Institutionen:	
Hinweise zur Dokumentation und Evaluation:	Vuori et al. 2002
Ggf. Arbeitsmarktpolitische Randdaten: Arbeitslosenquote bzw. Zahl Sozialhilfequote bzw. Zahl	

6.1.35 Cognitive Behavioural Interventions (z.B. Proudfoot et al.)

In Medline ist das Projekt als Abstract wie folgt beschrieben:

“BACKGROUND: The principles of cognitive-behavioural therapy (CBT) have been applied successfully through individual psychotherapy to several psychiatric disorders. We adapted these principles to create a group-training programme for a non-psychiatric group-long-term (> 12 months) unemployed people. The aim was to investigate the effects of the programme on measures of mental health, job-seeking, and job-finding. METHODS: 289 volunteers (of standard occupational classification professional groups) were randomly assigned to a CBT or control programme, matched for all variables other than specific content, that emphasised social support. 244 (134 CBT, 110 control) people started the programmes and 199 (109 CBT, 90 control) completed the whole 7 weeks of weekly 3 h sessions (including three CBT, seven control participants who withdrew because they obtained employment or full-time training). Questionnaires completed before training, on completion, and 3-4 months later (follow-up data available for 94 CBT, 89 control) assessed mental health, job-seeking activities, and success in job-finding. Analyses were based on those who completed the programmes. Participants were not aware that two interventions were being used. Investigators were aware of group allocation, but were accompanied in all programmes by co-trainers who were non-investigators. FINDINGS: Before training, 80 (59%) CBT-group participants and 59 (54%) controls scored 5 or more on the general health questionnaire (GHQ; taken to define psychiatric caseness). After training, 29 (21%) and 25 (23%), respectively, scored 5 or more ($p < 0.001$ for both decreases). Improvements in mean scores with training on the GHQ (between-group difference 3.91, $p = 0.05$) and in other measures of mental health were significantly greater in the CBT group than in the control group. There were no significant differences between the groups in job-seeking activity during or after training, but significantly more of the CBT group than of the control group had been successful in finding full-time work (38 [34%] vs 13 [13%], $p < 0.001$), by 4 months after completion of training. INTERPRETATION: These results suggest that group CBT training can improve mental health and produce tangible benefits in job-finding. Application of CBT among the unemployed is likely to benefit both individuals and society in general.”⁸⁹

Dieses Projekt zeigt beispielhaft, welche weitreichenden Schlussfolgerungen über die Wirksamkeit von Interventionen auf der Grundlage kleiner und kleinster Studien gezogen werden (können). Auch geht Proudfoot in der Bewertung der erzielten Wirkungen nicht kritisch auf die möglichen Selektionseffekte unter den Studienteilnehmer ein, wobei sie aber darauf hinweist, dass das „recruitment was unexpectedly difficult, because of the very psychological sequelae of long-term unemployment that our programme was targeting“ [Proudfoot 1997, S. 97].

89

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=retrieve&db=pubmed&list_uids=9228961&dopt=Abstract

Abb. 59 Merkmale des Projekts *Cognitive Behavioural Interventions*

Zielgruppe(n):	1 Langzeitarbeitslose
Zugang zu Angeboten/Maßnahmen:	1 Unklar / aber offenbar sehr schwierig
Identifikation / Assessment:	1 Freiwillige Probanden
Ziele:	1 Wiederbeschäftigung 2 Arbeitssuchverhalten 3 Psychische Gesundheit (Gemessen über General Health Questionnaire)
Art der Intervention:	Cognitive behavioural training vs. Soziale Unterstützung Kontrollgruppendesign CBT: 1 Einführung 2 Automatische Gedanken, Zeitmanagement 3 Aufschreiben von Gedanken 4 Techniken zur Veränderung fehlerhaften Denkens 5 Zugang zu Grundüberzeugungen 6 Bewertung persönlicher Situationen 7 Strategien, Handlungsplanung
Individuelle Dauer der Angebote / Maßnahmen:	7 Wochen Ein Tag pro Woche a 3 Stunden
Teilnehmerzahlen:	CBT: 134 Kontrollgruppe: 110
Laufzeit des Projektes:	1996/1997
Kosten / Finanzrahmen: ggf. Personalausstattung:	
Finanzierende Institutionen:	
Hinweise zur Dokumentation und Evaluation:	Proudfoot et al. 1997
Ggf. Arbeitsmarktpolitische Randdaten: Arbeitslosenquote bzw. Zahl Sozialhilfequote bzw. Zahl	

Es zeigt weiter, dass bei der Unlösbarkeit des Problems der Arbeitslosigkeit durch wirtschaftliche und arbeitsmarktpolitische Strategien zwangsläufig eine Individualisierung des Problems erfolgen muss, in der die Arbeitslosigkeit selbst zur Krankheit definiert wird und hier z.B. psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen zugeführt wird.

Für zu konzipierende und/oder auszuwählende Maßnahmen der Gesundheitsförderung von Arbeitslosen gerade hinsichtlich Stress und „mental health“ wird es damit schwierig sein, eine gangbare Grenzziehung zwischen tatsächlicher Förderung von Gesundheit und der Viktimisierung der Betroffenen zu therapeutierenden Kranken vorzunehmen.

6.1.36 Persönlichkeitsentwicklungsstrategien (z.B. Muller)

Das letzte Beispiel soll die Schwierigkeiten und Probleme v.a. der psychologischen Interventionen verdeutlichen. Auf der Grundlage minimalster Fallzahlen (insgesamt 39 Probandinnen) werden 3 Interventionsgruppen und eine Kontrollgruppe gebildet, die jeweils 10 oder weniger Personen umfassen. Diese werden im follow-up untersucht und die Veränderung arbeitsmarktbezogener und psychisch-gesundheitlicher Indikatoren gemessen.

In dieser Studie finden sich zwischen den Interventionsgruppen und der Kontrollgruppe signifikante Unterschiede hinsichtlich der Variablen Depression und Selbstwertgefühl, bei der 4. Messung bleibt das höhere Selbstwertgefühl in der Interventionsgruppe bestehen. In den Interventionsgruppen sollen 70% der Probandinnen in Arbeit, in Weiterbildung sein oder an sonstigen Trainingsmaßnahmen teilnehmen.

Die Autorin fasst zusammen: *„This would suggest that the personal development course was instrumental in having a positive effect on the psychological state of these long-term unemployed women. With increased self esteem and lower depression, the women were placed in a better position to learn how to help themselves. It may be considered that they were empowered by the knowledge and confidence gained from their participation in the course.”* [Muller 1992, S. 178].

Dieses Beispiel berichtet von gesundheitsbezogenen Interventionserfolgen auf einer methodischen und statistischen Grundlage, die dafür nicht tauglich ist. Allein die Anwendung statistischer Signifikanztests ist bei diesen Fallzahlen bedenklich. Nicht beachtet werden z.B. Selektions- und Placeboeffekte.

Abb. 60 Merkmale des Projekts Kurs Persönlichkeitsentwicklung

Zielgruppe(n):	1 Langzeitarbeitslose Frauen
Zugang zu Angeboten/Maßnahmen:	
Identifikation / Assessment:	
Ziele:	1 Erhöhung der Wiederbeschäftigung 2 Verbesserung der psychischen Befindlichkeit
Art der Intervention:	1 Diskussion der Folgen von Langzeitarbeitslosigkeit 2 Kommunikationsübungen 3 Förderung von arbeitsmarktbezogenen Fähigkeiten 4 Zielformulierung 5 Besuchen in Betrieben 6 Diskussionen in Jobclubs 7 Stressmanagementtraining 8 Selbstdarstellung 9 Klärung von Arbeitgebererwartungen 10 Resümee 11 Handlungsplanung
Individuelle Dauer der Angebote / Maßnahmen:	
Teilnehmerzahlen:	39 Langzeitarbeitslose im Alter zwischen 25 und 55 Jahren 3 Trainingsgruppen und eine unbehandelte Kontrollgruppe
Laufzeit des Projektes:	1991/1992
Kosten / Finanzrahmen: ggf. Personalausstattung:	
Finanzierende Institutionen:	
Hinweise zur Dokumentation und Evaluation:	Muller 1992
Ggf. Arbeitsmarktpolitische Randdaten: Arbeitslosenquote bzw. Zahl Sozialhilfequote bzw. Zahl	

6.1.37 Zusammenfassung

Die Projektbeschreibungen zeigen eine nach der jeweiligen Zielstellung, der methodischen Herangehensweise, Zugangswegen, Trägerschaften und auch Finanzierung eine erwartbar große Heterogenität der einzelnen Vorhaben. Auch bestätigt sich bereits der sehr unterschiedliche Stand der Projektdokumentation und Evaluation. Vor dem Hintergrund dieser recht vielfältigen Projekte und Projektinformationen darf allerdings keineswegs der Eindruck entstehen, dass sich das Feld der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen schon weit entwickelt hat. Insgesamt sind Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen selten. Es bestätigt sich weiter die prinzipielle Ambivalenz der „Bearbeitung von Gesundheit“ im Kontext behördlicher Verwaltungsstrukturen, die zu einer weiteren Disziplinierung und Viktimisierung von Klienten führen kann und Akzeptanzprobleme bei den Klienten aufwirft. Im folgenden Kapitel sollen die einzelnen Projekte zunächst typologisch bestimmt werden, danach sind Problembereiche abzuleiten, die vor zukünftigen Modellvorhaben abgeklärt werden müssen.

6.2 Bewertung der Projekte

Die Bewertung der Projekte erfolgt v.a. unter dem Gesichtspunkt, welche Schlussfolgerungen für die weitere Planung, Konzeption, Implementation und Evaluation von Projekten der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Interventionen bei Arbeitslosen im Rahmen der Betriebskrankenkassen gezogen werden können bzw. müssen, gerade wenn dieser Bereich verstärkt ausgebaut werden sollte.

6.2.1 Gesundheitsfördernder bzw. beschäftigungsfördernder Bezug der Projekte

Die Klassifikation der Projekte nach diesem Kriterium ist nicht einfach, da wirksame Beschäftigungsförderungsprojekte bzw. die damit intendierte (dauerhafte) Wiederbeschäftigung – soweit sie eine den jeweiligen Qualifikationen annähernd entsprechende Arbeit und entsprechende Bezahlung bieten – per se in der Lage sein können, den Gesundheitszustand der ehemals Arbeitslosen wieder zu stabilisieren bzw. zu verbessern.⁹⁰

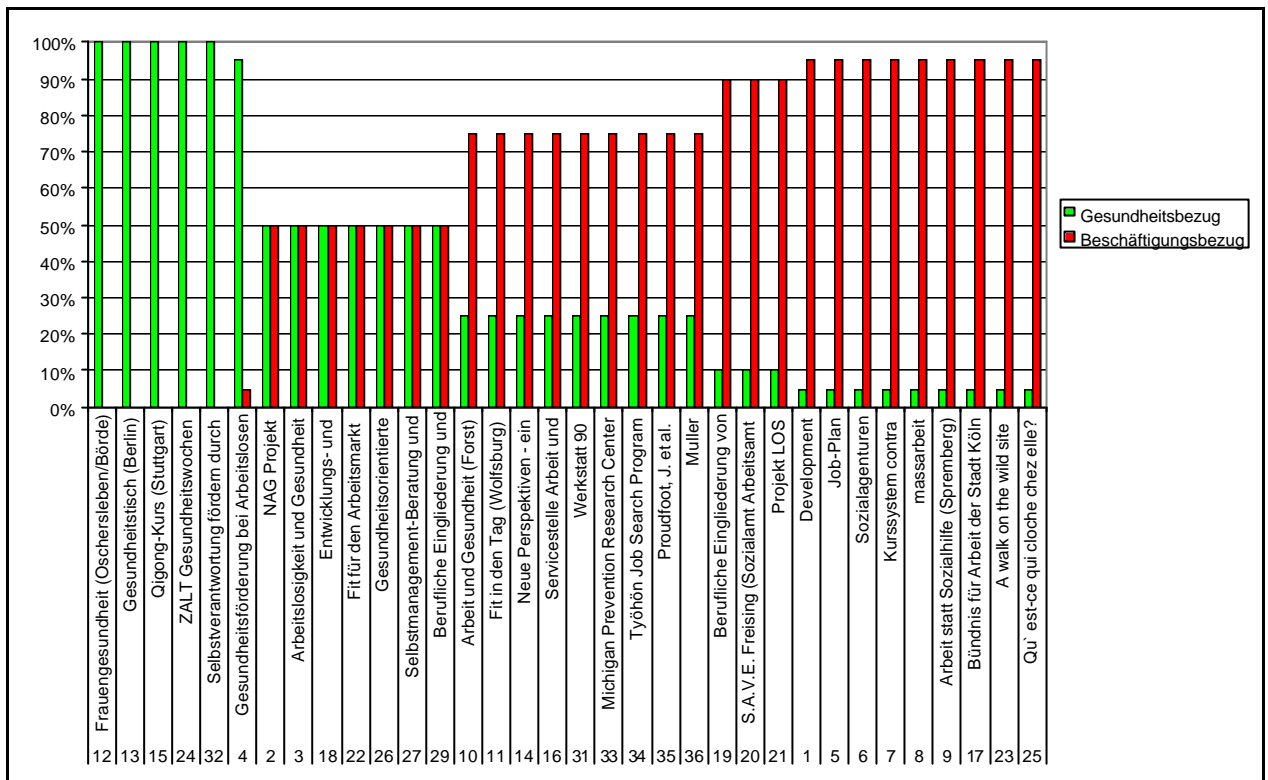
Gleichwohl lassen sich die Projekte mit gewissen Unschärfen danach unterscheiden, ob primär ein beschäftigungsfördernder oder ein gesundheitsfördernder Bezug besteht. Dabei gehen wir davon aus, dass „ideale Projekte“ ein gutes Mischungsverhältnis von Gesundheitsförderung und Beschäftigungsförderung (im Idealfall von 50:50) aufweisen. Zumindest konzeptionell entsprechen diesem Ideal die Projekte 2 und 22.

Die folgende Abbildung zeigt, dass bei der Mehrzahl der Projekte das Ziel der Beschäftigungsförderung bzw. Wiederbeschäftigung deutlich im Vordergrund steht (21 von 34

⁹⁰ Dies natürlich unter der Voraussetzung, dass die Arbeit selbst nicht mit Gesundheitsrisiken verbunden ist.

Projekten⁹¹ (62%), dass sechs der 34 Projekte (18%) primär oder ausschließlich die Gesundheitsförderung zum Ziel haben und sieben von 34 (21%) in etwa gleichwertig beide Zielstellungen angehen.

Abb. 61 Klassifikation der Projekte nach ihrem jeweiligen beschäftigungs- oder gesundheitsfördernden Bezug (34 Projekte ohne Projekte mit Konzeptionen)



Die sechs primär gesundheitsfördernden Projekte sind:

Abb. 62 Primär gesundheitsfördernde Projekte

- | |
|--|
| 12 Frauengesundheit (Oschersleben/Börde) |
| 13 Gesundheitstisch (Berlin) |
| 15 Qigong-Kurs (Stuttgart) |
| 24 ZALT Gesundheitswochen |
| 32 Selbstverantwortung fördern durch motivierende Gesundheitsgespräche |
| 4 Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen (Aktiva) |

⁹¹ In die Klassifikation wurden zwei Vorhaben nicht aufgenommen, da es sich hier i.w. um Konzeptentwicklungen handelt

Diese Projekte sind dadurch charakterisiert, dass sie Maßnahmen der Gesundheitsförderung ohne jeden auch formulierten Anspruch auf mögliche positive Beschäftigungswirkungen anbieten. Beispielhaft dafür sind die Projekte 13 (AOK Berlin), 15 und 24. Auch das von der BKK geförderte Projekt 32 zählt hierzu, da es beschäftigungsfördernde Ziele nicht explizit benennt.

Die 21 bzw. 19 (bei den Projekten 23 und 25 ist auch ein beschäftigungsfördernder Bezug nur schwer erkennbar) primär beschäftigungsfördernden Projekte sind:

Abb. 63 Primär beschäftigungsfördernde Projekte

10	Arbeit und Gesundheit (Forst)
11	Fit in den Tag (Wolfsburg)
14	Neue Perspektiven - ein gesundheitsförd. Projekt für arbeitslose Menschen
16	Servicestelle Arbeit und Gesundheit (Spremberg)
31	Werkstatt 90
33	Michigan Prevention Research Center (MPRC)
34	Työhön Job Search Program
35	Proudfoot, J. et al.
36	Müller
19	Berufliche Eingliederung von Sozialhilfeempfängern
20	S.A.V.E. Freising (Sozialamt Arbeitsamt Verbinden Entwickeln)
21	Projekt LOS
1	Development
5	Job-Plan
6	Sozialagenturen
7	Kurssystem contra Langzeitarbeitslosigkeit
8	massarbeit
9	Arbeit statt Sozialhilfe (Spremberg)
17	Bündnis für Arbeit der Stadt Köln
23	A walk on the wild side
25	Qu' est-ce qui cloche chez elle?

Während bei den Projekten 10 bis 36 ein gesundheitsfördernder Bezug noch enthalten ist bzw. beansprucht wird, ist dies bei den Projekten 19 bis 17 (bzw. 25) nur noch im Ansatz der Fall. Dabei handelt es sich bei den Projekten 19, 20, 9, 17 um MoZArt-Vorhaben, bei 1, 5, 6, 7, 8 um Vorhaben, die vergleichbar zu den MoZArt-Projekten arbeiten bzw. gearbeitet haben. In diesen Vorhaben stellt sich der Gesundheitsbezug in der Regel dadurch her, dass im Rahmen des case-managements bzw. profilings gesundheitliche Vermittlungshemmnisse eruiert werden und i.d.R. einer Begutachtung oder Beratung zugeführt werden. Im Einzelfall kommen dann hier auch therapeutische oder rehabilitative Maßnahmen in Betracht.

In die primär beschäftigungsfördernden Projekte mit eingeschränktem gesundheitlichen Bezug haben wir auch die Projekte 33 und 34 klassifiziert (MPRC und Finnlandstudie), obwohl diese zumindest programmatisch auch auf Stressbewältigung ausgerichtet sind. Dies rechtfertigt sich dadurch, dass einmal von den Qualifikationen der Kursleiter (vgl. 6.1.33) von fachlich fundierten Stressbewältigungsmaßnahmen kaum auszugehen ist,

zum anderen dadurch, dass der Nachweis relevanter Reduktionen von psychischen Belastungen zumindest in Finnland nicht gelang.

Bei insgesamt sieben Projekten sehen wir einen in etwa gleichwertigen sowohl beschäftigungsfördernden und auch gesundheitlichen Bezug. Diese sind:

Abb. 64 Projekte mit etwa gleichwertigem beschäftigungsfördernden und gesundheitlichen Bezug

2	NAG Projekt
3	Arbeitslosigkeit und Gesundheit
18	Entwicklungs- und Vermittlungsassistenz für Dauerarbeitslose (EVA)
22	Fit für den Arbeitsmarkt
26	Gesundheitsorientierte Selbstmanagement-Beratung bei Arbeitslosigkeit (GESA)
27	Selbstmanagement-Beratung und Gesundheitsförderung für Instabil-Beschäftigte und Arbeitslose (SEGEFIA)
29	Berufliche Eingliederung und Arbeitsmaßnahme (BEAM)

Hierzu zählen auch die von der BKK geförderten Projekte 26 und 29, das Schweizer Projekt 22, sowie die Projekte 2, 3, 18 und 27.

Insgesamt wird dadurch bestätigt, dass die Gesundheit bzw. die Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen mehrheitlich aus der Perspektive der Beschäftigungsförderung thematisiert und z.T. auch angegangen wird und dass spezifisch und primär gesundheitsfördernde Interventionen ohne Beschäftigungsbezug in der Minderheit sind. Insgesamt 20% der Projekte weisen einen „gleichberechtigten“ Bezug von Gesundheits- und Beschäftigungszielen auf und stellen damit Beispiele einer „arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung“ dar, der u.E. den aktuellen Entwicklungsstand in Zusammenhang mit der Beschäftigungs- und Gesundheitsförderung markiert. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass es sich bei drei dieser Vorhaben um Projekte handelt, die gerade anlaufen bzw. angelaufen sind (2, 26, 29), und das Projekt 22 nicht hinreichend dokumentiert ist.

In Zusammenhang mit der grundlegenden Fragestellung des Gutachtens, ob und wenn ja in welcher Weise Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen initiiert werden sollen und können, muss zunächst der rechtliche Handlungsrahmen dieser Maßnahmen nach dem SGB V berücksichtigt werden. Die Krankenkassen haben keinen Auftrag zur Beschäftigungsförderung, vielmehr zur Gesundheitsförderung. Von daher können alle Vorhaben mit nur ganz begrenztem gesundheitlichen Bezug in den weiteren Überlegungen außer Betracht bleiben, womit sich die Zahl der dann zu analysierenden Vorhaben auf insgesamt 22 verringert.

6.2.2 Zielgruppen bei gesundheitlichen Interventionen

Grundlage dieser und der folgenden Analysen sind die 22 Projekte mit primären bzw. noch erkennbaren gesundheitlichen Interventionen.

Abb. 65 *Projekte mit gesundheitlichen Interventionen*

12	Frauengesundheit (Oschersleben/Börde)
13	Gesundheitstisch (Berlin)
15	Qigong-Kurs (Stuttgart)
24	ZALT Gesundheitswochen
32	Selbstverantwortung fördern durch motivierende Gesundheitsgespräche
4	Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen (Aktiva)
2	NAG Projekt
3	Arbeitslosigkeit und Gesundheit
18	Entwicklungs- und Vermittlungsassistenz für Dauerarbeitslose (EVA)
22	Fit für den Arbeitsmarkt
26	Gesundheitsorientierte Selbstmanagement-Beratung bei Arbeitslosigkeit (GESA)
27	Selbstmanagement-Beratung und Gesundheitsförderung für Instabil-Beschäftigte und Arbeitslose (SEGEFIA)
29	Berufliche Eingliederung und Arbeitsmaßnahme (BEAM)
10	Arbeit und Gesundheit (Forst)
11	Fit in den Tag (Wolfsburg)
14	Neue Perspektiven - ein gesundheitsförd.Projekt für arbeitslose Menschen
16	Servicestelle Arbeit und Gesundheit (Spremberg)
31	Werkstatt 90
33	Michigan Prevention Research Center (MPRC)
34	Työhön Job Search Program
35	Proudfoot, J. et al.
36	Muller

Die Angebote und Maßnahmen richten sich mit einem Drittel deutlich auf die Langzeitarbeitslosen und zu 20% auch auf Sozialhilfeempfänger und damit zu über die Hälfte auf Personen mit häufig gravierenden gesundheitlichen Problemen und sind insoweit bedarfsgerecht. Verschiedene Maßnahmen richten sich auch an Teilgruppen, ein Angebot (MPRC) auch an Kurzeitarbeitslose.

Tab. 4 *Zielgruppen der Projekte*

	Absolut	Prozent
Langzeitarbeitslose	7	23%
Arbeitslose	5	17%
Sozialhilfeempfänger	5	17%
Langzeitarbeitslose mit gesundheitlichen Problemen	3	10%
Arbeitslose Frauen	2	7%
Instabil Beschäftigte, von Arbeitslosigkeit Bedrohte	2	7%
Arbeitslose Männer	1	3%
Arbeitslose Jugendliche	1	3%
Ältere Arbeitslose	1	3%
Sozialhilfeempfänger mit gesundheitlichen Problemen	1	3%
Arbeitslose BKK Versicherte mit gesundheitlichen Problemen	1	3%
Kurzeitarbeitslose	1	3%
	30	100%

6.2.3 Zielstellungen und Methoden bei gesundheitlichen Interventionen

Von den 22 Vorhaben mit gesundheitlichem Bezug benennen 12 (54%) auch den Beschäftigungsaspekt als Ziel, die andere Hälfte jedoch nicht explizit. In Bezug auf die Nennungen stehen die Ziele der Verringerung der psychischen Belastungen und die psychosoziale Stabilisierung mit 30% deutlich an der Spitze der Ziele.

Tab. 5 Ziele der gesundheitlichen Interventionen

	Absolut	Prozent
Wiederbeschäftigung /Erhöhung der Beschäftigungsfähigkeit	12	22%
Stressabbau, Verringerung psychischer Belastungen	8	15%
Psychosoziale Stabilisierung	8	15%
Gesundheitsförderung allgemein	7	13%
Erhöhung von Kompetenzen	4	7%
Stärkung der Gesundheit, Verbesserung des Gesundheitszustandes	4	7%
Integrierter Ansatz, Netzwerkbildung	3	6%
Hilfe zur Selbsthilfe, Motivation	2	4%
Job seeking skills	2	4%
Gesundheitshilfe	1	2%
Gesundheitsbewußtsein	1	2%
Gesundheitsberatung	1	2%
Lebensgesättlung, Lebensqualität	1	2%
	54	100%

Dieses bestätigt sich durch die Analyse der einzelnen Maßnahmen bzw. Maßnahmenbereiche.

Bei insgesamt 32 Nennungen zu einzelnen „Indikationsgebieten“ bzw. Maßnahmen stehen mit fast 40% Maßnahmen zur Stressbewältigung an der Spitze, gefolgt von Sport und Bewegung (25%) und Drogen (Alkohol, Rauchen, sonstige Drogen) mit 13%. Die Mehrzahl der Zielstellungen ist allerdings sehr unspezifisch formuliert.

Tab. 6 Maßnahmen der gesundheitlichen Interventionen

	Absolut	Prozent
Entspannung, Stressbewältigung	12	38%
Sport, Bewegung, Gymnastik	8	25%
Alkohol, Drogen, Rauchen	4	13%
Ernährung	3	9%
Konstruktives Denken	1	3%
Geniessen	1	3%
Selbst-, Zeitmanagement	1	3%
CBT	1	3%
Persönlichkeitsentwicklung	1	3%
	32	100%

Die starke Ausrichtung der Maßnahmen auf den Bereich „mental health“ ist sicher grundsätzlich bedarfsgerecht, die Interventionen mit Sport und Bewegung unerwartet hoch, wobei bei dem in den unteren sozialen Schichten gering ausgeprägten Sportverhalten sich hier ggf. die Frage nach der Akzeptanz durch die Klienten stellt.

Festzuhalten ist aber weiter, dass auf der Grundlage der untersuchten Projekte mit Ausnahme des Bereichs „mental health“ und vielleicht noch dem Suchtbereich keine andere Krankheitsentität zum Gegenstand von Interventionen zur Gesundheitsförderung von Arbeitslosen geworden ist. Dabei ist in Kapitel 2 gezeigt worden, dass Arbeitslose neben dem Bereich „mental health“ auch bei anderen Krankheiten (z.B. MSE) erheblich hohe Prävalenzen aufweisen.

Dies kann u.E. darauf zurückgeführt werden, dass:

1. Psychische Belastungen ein eher ubiquitäres Problem in der Arbeitslosigkeit darstellen.
2. Sofern diagnostische Verfahren genutzt werden, diese auch zur Verfügung stehen.
3. Interventionen zur Verringerung von Stress in vielfältiger Weise zur Verfügung stehen, wobei die Frage nach deren Effektivität hier zunächst außer Betracht bleibt.

Will man das Interventionsfeld auf weitere Krankheiten erweitern, sind:

1. umfangreiche(re) Screeninginstrumente einzusetzen.
2. stellt sich die Frage nach der (auch) präventiven Interventionsfähigkeit,
3. sowie ggf. die Frage nach der Größe und Zahl der Interventionsgruppen.

Letztlich bedeutet dies aber auch, dass sich die derzeitige Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen mehrheitlich auf einem instrumentellen Feld bewegt, auf dem die Krankenkassen im Rahmen von § 20 bereits viele Erfahrungen gesammelt haben (Stressbewältigung, Bewegung, Ernährung) und insoweit beherrschen. Neu ist i.w. die Zielgruppe und ggf. das setting.

Der Zielgruppe der Arbeitslosen Maßnahmen der individuellen Verhaltensprävention in bestimmten institutionellen Kontexten anzubieten, stellt zwar in der Konzeption, Implementation und Durchführung dieser Projekte noch eine ganze Reihe zu klärender Fragen, lässt sich für sich allein aber schwer mit dem Begriff der „settingorientierten“ Gesundheitsförderung charakterisieren.

Festzuhalten ist schließlich noch, dass die Maßnahmen sowohl angebotsorientiert als auch bedarfsorientiert erfolgen, wobei bei Letzteren z.T. auch standardisierte Verfahren des gesundheitlichen Assessments zur Anwendung kommen,⁹² wobei derzeit allerdings noch die individuelle Abklärung von Bedarfen im persönlichen Gespräch häufiger zu sein scheint.

⁹² z.B. der DFLA Fragebogen von Kuhnert

6.2.4 Träger- und Finanzierungsstrukturen

Wie zu erwarten, können die Träger- und Finanzierungsstrukturen nicht heterogener sein. Projekte der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen bzw. Projekte mit wahrnehmbaren gesundheitlichen Bezügen finden sich:

- in oder im Kontext von Arbeits- und Sozialämtern
- in oder im Kontext von Gesundheitsämtern
- in oder im Kontext kirchlich-karitativer Einrichtungen
- in Arbeitslosenzentren
- in universitärer Anbindung
- in kommunaler Anbindung
- und auch bei Krankenkassen.

Angaben zur Höhe der Finanzmittel lagen in nur ganz wenigen Fällen vor. Aus dem Förderungskontext (Sozialagenturen, Equal, kommunale Mittel, etc.) kann aber auf eine recht unterschiedliche Finanzausstattung der Projekte geschlossen werden, die von wenigen tausend Euro bis zu Millionenbeträgen reicht.

6.2.5 Dokumentation und Evaluation

Auch wenn auf der Grundlage der Projektrecherchen wirklich belastbare Quantifizierungen hierzu nicht vorgenommen werden können, ist auch die Qualität der Dokumentation und Evaluation von Projekten sehr heterogen. Bei den insgesamt 22 Vorhaben gibt es bei zehn keine Hinweise zur Dokumentation und Evaluation.

Tab. 7 *Dokumentation und Evaluation der Projekte*

Publikationen	6
Evaluationsbericht liegt vor	1
Externe Evaluation	1
Evaluation durch Projektnehmer	3
Erste Auswertungen	1
	12

Insoweit die Projekte evaluiert worden sind oder evaluiert werden sollen, steht aber offenbar nach wie vor die Methode der internen Evaluation durch die Projektnehmer selbst auf der Tagesordnung. Dies ist in den meisten Fällen aber ein suboptimales Verfahren.

Insgesamt ist die Qualität der Projektdokumentation und -evaluation dringend verbesserungsbedürftig. Mag man bei nur knapp ausfinanzierten Projekten eine vernünftige Evaluation schon gar nicht erwarten können, so doch jedenfalls eine saubere Projektdokumentation. Überraschend ist, dass selbst bei durchgeführten Evaluationen auch im universitären Umfeld z.T. erhebliche Evaluationsmängel festzustellen sind.

Dieser Befund wird durch die Bachelorarbeit an der Fachhochschule Neubrandenburg [Simon 2003] voll und ganz bestätigt. Dort heißt es: „Mit Blick auf die befragten Projekte bezüglich dieser Voraussetzungen zur Evaluationsmessung wurden bereits hinsichtlich der Ausgangsanalyse und der genauen Zieldefinierung Datendefizite sichtbar. In wissenschaftlichen Begleitforschungen zu anderen Projekten wurden Längsschnittuntersuchungen mit Eingangs-, Abgangs-, Verbleibs- und Abrecherbefragungen bei den Teilnehmern sowie in Kontrollgruppen durchgeführt, um beispielsweise Veränderungen in den Demoralisierungs- und Selbstwirksamkeitswerten der Teilnehmer über den Kursverlauf vergleichen zu können. Diese Bedingungen waren nach dem zu Grunde liegenden Informationsstand in diesen befragten Projekten nicht gegeben.“ De facto wurde bei den 15 untersuchten Projekten gerade ein Projekt gefunden, dem ein einigermaßen vernünftiges Evaluationsdesign zugrunde lag.

Die Ursachen hierfür sind vielfältig und können hier i.e. nicht beleuchtet werden (vgl. hierzu Kap. 6.3). Für die möglichen Auftraggeber von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und deren Evaluation muss aber darauf hingewiesen werden, dass belastbare Evaluationen zunächst eine ausreichende finanzielle Ausstattung benötigen, wobei der inzwischen diffundierende Anteilswert von 10% der Projektkosten für die Evaluation allenfalls ein grobes Raster sein kann und bei Projekten unter 500.000 € häufig zu nicht ausreichenden Evaluationsbudgets führen wird.

6.2.6 Hinweise zur Effektivität und Effizienz der Interventionsmaßnahmen

Auch hier kann es nicht um quantifizierende Betrachtungen gehen und es sollen und können hier nur Ergebnisse zur Wirksamkeit von Interventionen zugrunde gelegt werden, die – wenn auch in ganz unterschiedlicher Weise – auf positive „mental health“ Effekte zielen (z.B. Stressabbau, Depressivität), d.h. i.w. um die Projekte 3, 4, 18, 33, 34, 35, 36. Auf die Ergebnisse zur Wirksamkeit (und den ggf. vorliegenden methodischen Schwächen) ist bereits in den entsprechenden Kapiteln unter 6.1) eingegangen worden.⁹³

Abb. 66 Hinweise zur Wirksamkeit von Interventionen bei „mental health“ Indikatoren

	Positiv	Negativ
4 Aktiva		x
18 EVA		x
33 MPRC	x	
34 Thyöhön		x
35 Proudfoot	x	
36 Muller	x	

⁹³ Das Projekt 3 wird nicht berücksichtigt, da die Nachbefragung bis zu 2 Jahren nach der Erstbefragung durchgeführt wird und die gemessenen Veränderungen im „seelischen Gesundheitszustand“ nicht kausal auf die Beratungsprozesse zurückgeführt werden können.

Das Ergebnis ist als unentschieden zu bezeichnen, wobei noch zu berücksichtigen ist, dass sich die MPRC – Projekte auf Kurzeitarbeitslose beziehen. Berücksichtigt man auch noch die geringen Fallzahlen der Projekte 35 und 36, so ist der Erkenntnisstand zur Wirksamkeit dieser Interventionen als dürftig zu bezeichnen. Dieser Befund wird u.a. von Kuhnert [1999] bestätigt: „Die bisherige Forschungslage gibt jedoch kaum Hinweise auf die Effektivität des SMT (Stressmanagementtrainings) für die Zielgruppe der Langzeitarbeitslosen“ [ebd., S. 230], um sogleich die Studie von Proudfoot [1997] als „eine der wenigen sorgfältig evaluierten Studien eines durchgeführten SMT zu bezeichnen“ [ebd. S.231].

Wie unsicher die Evidenzlage zur Wirksamkeit (von der Wirtschaftlichkeit gar nicht zu sprechen) von Interventionen im Bereich Stress – ja wahrscheinlich zu gesundheitsfördernden Interventionen überhaupt ist – zeigt Holling [1999] bei der Evaluation eines Stressbewältigungstrainings bei Polizeibeamten. "Als wesentliches Ergebnis dieser sehr sorgfältig durchgeführten Metaanalyse ist festzuhalten, dass Stressbewältigungstrainings zu signifikanten Effekten führen, die nicht besonders hoch ausgeprägt sind. Wesentlich ist jedoch anzumerken, dass die Überprüfung der Effektivität der Stressbewältigungstraining relativ kurzfristig war. Die überwiegende Zahl der Posttestmessungen lag unmittelbar nach dem Training oder innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten. Damit ist die Frage nach längerfristigen Effekten von Stressbewältigungstrainings noch völlig offen." [ebd. S. 38]

In einer Metaanalyse von insgesamt 27 Interventionen vorwiegend mit Stressimmunsierungstrainings zeigten Bamberg und Busch [Bamberg, Busch 1996] eine mittlere Effektstärke von 0,41, die als gering bezeichnet werden muss.

Die wenigen empirisch vorliegenden Befunde zur Evaluation von Maßnahmen der Stressbewältigung bei Langzeitarbeitslosen sind damit „conflicting“. Wie in der Epidemiologie können auch in der Evaluationsforschung Befunde nur dann als gesichert gelten, wenn mehrere statistisch belastbare Studien in Richtung und Höhe vergleichbare Ergebnisse zeitigen. Dies ist nicht der Fall.

Angesichts dieser wissenschaftlichen Befundlage kann nicht davon ausgegangen werden, dass derzeit eine hinreichende Evidenz für die Wirksamkeit dieser Interventionsmaßnahmen gegeben ist. „Wir können also von einer insgesamt mäßigen Effizienz der in Metaanalysen erfassten Programme zur Prävention sprechen“ [Röhrle 1999, S.103].⁹⁴ Dies aber ist eine Voraussetzung der Förderung entsprechender Maßnahmen nach § 20 SGB V. Diese Befunde zeigen, dass im Rahmen der Förderung von Maßnahmen nach § 20 SGB V die ex-ante Einschätzung der potentiellen Wirksamkeit vorgeschlagener Interventionen zum wesentlichen Förderungskriterium gemacht werden muss, die dann regelmäßig auch die Befunde zu vergleichbaren Vorhaben eruieren muss.

⁹⁴ Wenn Röhrle hier von Effizienz spricht, meint er in Wirklichkeit die Effektivität.

6.2.7 Hinweise zum Gesundheitszustand und den gesundheitlichen Bedarfen von Interventionsteilnehmern

Für die weitere Konzeption und Durchführung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen ist nicht nur die grundsätzliche Frage von Interesse, welche Gesundheitszustände mit welchen Interventionsbedarfen bei dieser Zielgruppe vorliegen (vgl. Kap. 2), vielmehr wie sich der Gesundheitszustand jener darstellt, die zu Teilnehmern einer (auch) gesundheitlichen Intervention geworden sind und ggf. werden.

Nach der Untersuchung von Cramer et al. [2002] gaben 32% der befragten Arbeitslosen bei der Frage nach ihrem Gesundheitszustand gesundheitliche Einschränkungen an. Für die Art und Form von gesundheitsbezogenen Interventionen ist die genaue Kenntnis der sich dahinter verbergenden konkreten Krankheiten oder Beschwerden zunächst zur Ermittlung spezifisch präventiver, therapeutischer oder gar rehabilitativer Bedarfe erforderlich, zum Anderen zum Ausschluss von Personen aus einer präventiven Intervention, bei denen eine Intervention gerade aus gesundheitlichen Gründen kontraindiziert sein kann.

Zunächst ist aber davon auszugehen, dass die Teilnehmer einer Intervention hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Einschränkungen bzw. hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes von den in der repräsentativen Befragung ermittelten Werten unterscheiden können. Für die jeweils möglichen Selektionen der Interventionsgruppe nach Gesunden und Kranken dürften die Freiwilligkeit der Teilnahme und das „setting“ von entscheidender Bedeutung sein.

Leider liegen aus den Projekten hierzu nur wenige Informationen vor. Das MoZArt-Projekt Rottweil (19) – mit Teilnahmepflicht – berichtet von einem Anteil von 37%⁹⁵ der Klienten mit gesundheitlichen Problemen.

Im Arbeitslosenzentrumsprojekt LOS (21) weisen 58% der Klienten gesundheitliche Einschränkungen auf, 30% werden (konsensual) medizinisch-fachlich abgeklärt, bei 6% erfolgt eine Therapie und bei 3% eine Rehabilitationsmaßnahme.

Auch wenn man diese Beispiele nicht einfach auf Angebote der Gesundheitsförderung bei Langzeitarbeitslosen bei Krankenkassen übertragen kann, zeigt sich gleichwohl, dass im Unterschied zur Gesundheitsförderung bei anderen Zielgruppen eine eingehende Abklärung des Gesundheitszustandes erforderlich ist und nur bei 40%-60% keine besonderen gesundheitlichen Einschränkungen vorliegen, so dass mit der gesundheitsförderlichen Arbeit sofort begonnen werden kann.

In jedem Fall ist bei derzeitigen und zukünftigen Modellprojekten eine Gesundheitsanamnese auch schon deshalb erforderlich, um die Selektionen der Teilnehmer zur Grundgesamtheit überprüfen zu können.

⁹⁵ Wenn man annimmt, dass zusätzlich zu den 24% der Klienten mit psychischen/physischen Problemen, jene mit Alkoholproblemen (9%) und Drogenproblemen(4%) noch dazu kommen.

6.2.8 Hinweise zum Zugang: Freiwilligkeit / Direktive Aufforderung / Zwang

Es gehört zur aktuellen Entwicklung der deutschen Sozialsysteme, dass auch die Gesundheit der Bürger wieder in den Focus staatlicher Aufmerksamkeit gerät. Dies allerdings nicht – wie vielfach erhofft – unter einem präventiven oder gesundheitsfördernden Blickwinkel, vielmehr unter der Fragestellung der Erwerbsfähigkeit, deren jeweilige Beantwortung individuell mit einer entsprechenden Zuweisung in bestimmte Systeme sozialer Maßnahmen und Leistungen verbunden ist. Bei nicht Wenigen der untersuchten Projekte besteht ein Zwang zur Teilnahme, wenn nicht Leistungseinschränkungen hingenommen werden sollen. Damit ist eine Pflicht zur Gesundheitsberatung und ggf. Gesundheitsförderung etabliert, die nicht nur dem sozialemanzipativen Charakter von Gesundheitsförderung widerspricht, vielmehr grundsätzliche Voraussetzungen ihrer Wirksamkeit untergräbt. Diese bestehen im übrigen nicht nur in der Gesundheitsförderung, sondern in der Medizin insgesamt in der Freiwilligkeit und Zustimmungsbereitschaft der Menschen bei medizinischen Behandlungsstrategien, die grundlegende Voraussetzung von „compliance“ sind.

Dieser Aspekt braucht allerdings im Kontext einer durch Krankenkassen verstärkten Gesundheitsförderung bei dieser Zielgruppe nicht weiter verfolgt zu werden, da außer dem Prinzip der Freiwilligkeit kein anderer Zugang möglich ist, ohne Erinnerungen an die Vergangenheit zu wecken. Gleichwohl ist erstaunlich, in welchem geringem Maße dieses Problem von den Interventionsstrategen selbst angesprochen wird. Selbst Trube und Luschei [2000] thematisieren dieses Problem bei der Analyse der geringen Interventionseffekte ihres Vorhabens nicht.

6.2.9 Teilnehmerzahlen, Selektionen und Hinweise zur Akzeptanz von Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen

Sieht man einmal von den Teilnehmerzahlen der Projekte mit primärer Beschäftigungsförderung und sanktionierender Teilnahmeverpflichtung ab (z.B. Job-Plan Köln), so sind die Teilnehmerzahlen an den Projekten insgesamt als gering bis minimal zu bezeichnen.⁹⁶ Auch wenn man nicht erwarten kann, dass relativ neuartige Vorhaben sofort eine erhebliche Inanspruchnahme auslösen, so stellen sich doch Fragen nach der Akzeptanz dieser Maßnahmen und nach möglichen Selektionseffekten bei den wenigen Teilnehmern.

Die Klärung der Akzeptanz von Maßnahmen der Gesundheitsförderung (bei Arbeitslosen) ist für Interventionen zumindest in zwei Phasen unerlässlich:

1. In der Konzeptionsphase, um ausgehend von bestimmten Bedarfen eine Nachfrage schätzen zu können, die gerade von der Programmakzeptanz abhängig ist.

⁹⁶ Dies unterstreicht die Notwendigkeit der fundierten Abklärung der Akzeptanz entsprechender Maßnahmen

2. In der Evaluationsphase, um spezifische Selektionen der Teilnehmerpopulation bestimmen zu können.

Auf den ersten Punkt braucht hier nicht weiter eingegangen zu werden. In Bezug auf den zweiten Punkt ist offensichtlich, dass ein Programm, an dem von 1000 Angesprochenen 100 teilnehmen, stärkeren Teilnehmerselektionen unterliegt als wenn 500 oder mehr teilnehmen. Leider wird dieser Selektionseffekt in den untersuchten Projekten nicht hinreichend beleuchtet. Lediglich in der Publikation von Vuori et al. [2002] findet sich der Hinweis, dass 5.000 Personen kontaktiert wurden, um schließlich die 1.261 Teilnehmer an der Studie zu gewinnen (25%).

Um Selektionen in der Interventionspopulation bestimmen oder abschätzen zu können, sind auch Informationen zur generellen Motivation der Teilnahme an Maßnahmen der Gesundheitsförderung erforderlich. Leider ist die aktuelle Datenlage zu dieser Frage unabhängig von der Zielgruppe unzureichend. Die vorhandenen Untersuchungen [Kirschner et al. 1996, Kahl et al. 1999] weisen schichtspezifische Inanspruchnahmemuster nach, woraus geschlossen werden kann, dass bei Arbeitslosen und Langzeitarbeitslosen von einer Teilnehmerate in Höhe der Unterschicht von jährlich insgesamt 7,1% [Kahl et al. S. 166], wenn nicht weniger ausgegangen werden kann.

Aus welchen Gründen und mit welchen Motivationen Teilnehmer diese Kurse und Maßnahmen besuchen ist – mit Ausnahme der Gewichtsreduktionsmaßnahmen und der Nichtraucher Kurse – unklar. So ist z.B. in Bezug die 8% der Befragten, die angaben, an Maßnahmen zur Stressbewältigung teilgenommen zu haben, unklar, ob diese Inanspruchnahme nun bedarfsgerecht im Sinne der Beteiligung von Personen mit besonders erhöhtem Stressniveau ist. Der empirische Befund, dass Personen mit hohem Gesundheitsbewusstsein überdurchschnittlich an derartigen Maßnahmen teilnehmen, [Kirschner et al. 1996] begründet – ebenso wie der Befund der Schichtspezifität der Inanspruchnahme generell – die Hypothese, dass zumindest angebotsorientierte Maßnahmen der individuellen Gesundheitsförderung auch bei Arbeitslosen wahrscheinlich in sehr geringem Maße in Anspruch genommen werden und diese Inanspruchnahme „quer“ zum sozialepidemiologischen Bedarf liegen wird. Danach spricht also Vieles dafür, dass gerade Langzeitarbeitslose mit besonderen gesundheitlichen Problemlagen von entsprechenden Maßnahmen nur unterdurchschnittlich erreicht werden.

Bei einer Verstärkung von Maßnahmen für diese Zielgruppe muss diesem Problem besondere wissenschaftliche Aufmerksamkeit zukommen.⁹⁷

⁹⁷ Eine weitergehende Untersuchung zur Motivation und Akzeptanz von Maßnahmen der Gesundheitsförderung durch verschiedene Zielgruppen müsste sicher die durchgeführte Evaluation der BAUHOF Projekte mit einbeziehen [vgl. Niemeyer et al. 1999].

6.2.10 Hinweise zum „setting“ und zur Implementation bzw. zu Implementationsproblemen

Interventionen in gesundheitlichen und sozialen Kontexten sind komplexe soziale Experimente, die in allen wichtigen Phasen ein hohes Risiko des Scheiterns bzw. ein hohes Risiko für häufig nicht mehr heilbare Defizite aufweisen. Dies gilt für die Programmkonzeption, -implementation, -durchführung und auch die Evaluation. Erschwerend kommt dazu, dass Defizite und Mängel in den verschiedenen Phasen sich kumulierend aufschaukeln können und so ein prinzipiell ggf. wirksames Programm unwirksam werden lassen können.

Für das vorliegende Gutachten sind dabei konzeptionelle Schwächen von Vorhaben von eher geringerem Interesse, weil es in einem zu empfehlenden, begleitenden wissenschaftlichen Begutachtungsverfahren i.d.R. gelingt, konzeptionelle Schwächen zu erkennen. Leider ist diese *ex-ante* Evaluation unter Einbeziehung Dritter – und nicht durch die Antragsteller und Auftraggeber selbst – immer noch die Ausnahme.

Bei konzeptionell gut fundierten Projekten hängt die potentielle Wirksamkeit in erster Linie von der Qualität der konkreten Interventionen ab. Auf der Grundlage der untersuchten Projekte zeigen sich hier nun aber erhebliche Schwächen dergestalt, dass die jeweilige „Maßnahmendurchführung“ z.B. an „bewährte Träger“ delegiert wird. Am deutlichsten tritt dies beim Projekt EVA (6.1.18) zu Tage, wo dies geschieht, obwohl die Interventionsgruppe ursprünglich – und sinnvollerweise – in einem Ausschreibungsverfahren gewonnen werden sollte. Im Evaluationsbericht dieser Studie werden die nur im geringen Masse erzielten Interventionseffekte selbst zumindest teilweise auf dieses Implementationsproblem zurückgeführt.

Betrachtet man sich nun die „bewährte Trägerlandschaft“ einmal genauer, so wird sichtbar, dass hier in der Mehrzahl nicht Einrichtungen tätig werden, die in der Gesundheitsförderung ausgewiesen sind, sondern vielmehr Einrichtungen, die bislang häufig im Rahmen der Förderung von Arbeitsbeschaffung und Qualifizierung im Rahmen der kommunalen Arbeitsförderung bzw. der Arbeitsförderung der BA tätig geworden sind, wobei hier nach dem Selbstverständnis und der Anbindung kirchlich-karitative Träger (vgl. Projekt BEAM) und Beschäftigungs- bzw. Qualifizierungsgesellschaften unterschieden werden können. Eine grobe Quantifizierung der Projekte ergibt, dass nur bei 12 von 34 Projekten (35%) von einer Durchführung der Interventionen durch den tatsächlichen Projektnehmer bzw. durch eine Delegation der gesundheitlichen Interventionen an Einrichtungen ausgegangen werden kann, die in der Gesundheitsförderung als ausgewiesen gelten können (z.B. 11, 13, 22, 24, 26, 32).

Ein Großteil der auch gesundheitlichen Interventionen läuft *de facto* in Regie von Trägern, bei denen der Nachweis von Erfahrungen und Erfolgen in der Gesundheitsförderung nicht *per se* vorausgesetzt werden kann.

Es entspricht dem gesunden Menschenverstand, dass man das wichtigste Element einer Intervention, die tägliche konkrete Interventionsarbeit nicht einfach einem gerade zur

Verfügung stehenden „Maßnahmenträger“ zuweist. Dass dies z.T. dennoch geschieht, liegt u.E. an drei Faktoren:

1. der möglichen Schwierigkeit, im regionalen Raum Einrichtungen bzw. Institute zu finden, die in der Gesundheitsförderung ausgewiesen sind.
2. den Handlungsroutinen der Sozial- und Arbeitsämter und der im Rahmen der Beschäftigungsförderung entstandenen Netzwerk- und Beziehungsstruktur zwischen diesen Behörden und den Beschäftigungs- und Qualifizierungsgesellschaften.
3. der Suche nach neuen Handlungsfeldern der zuletzt genannten Einrichtungen infolge des Zurückfahrens der aktiven Arbeitsförderung durch die Arbeitsämter.

Ohne hier eine Bewertung der tatsächlichen Qualität der Interventionen durch diese Träger vornehmen zu wollen bzw. zu können, besteht in der Delegation der konkreten Intervention an Dritte, die primär nicht in der Gesundheitsförderung ausgewiesen sind, die Gefahr, dass bestehende Interventionspotentiale nicht ausgeschöpft werden können.

Bei einem Ausbau von Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen sollte die BKK hinsichtlich der Implementation der konkreten Intervention sehr darauf achten, mit Partnern zusammen zu arbeiten, die in der Gesundheitsförderung nachweislich ausgewiesen sind, um Wirkungsverluste zu minimieren. V.a. müssen diese Auftraggeber regelmäßig steuerbar sein. Unter diesem Gesichtspunkt verdient das hinsichtlich seiner Implementation sehr komplexe N.A.G. Projekt (2) sicher weiterer Aufmerksamkeit.

6.3 Zusammenfassung

Die Einzel- und bewertende Gesamtanalyse von insgesamt 36 Projekten zu gesundheitlichen Interventionen bei Arbeitslosen ergibt, dass:

- die Mehrzahl der Projekte aus dem Bereich der Beschäftigungsförderung und nicht der Gesundheitsförderung stammt;
- sich die Projekte nach der jeweiligen Gewichtung beschäftigungs- bzw. gesundheitsfördernder Interventionen unterscheiden, wobei eine ungefähre Gleichgewichtung beider Interventionen wie in der „arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung“ den aktuellen Entwicklungsstand hierzu in Deutschland markieren dürfte.

Eine Gesamtbewertung der Projekte zeigt i.e. folgende Ausrichtungen sowie Schwächen und Probleme:

1. Eine starke Konzentration auf „mental health“ und Stressbewältigung einerseits, wie aber auch auf unspezifische Maßnahmen andererseits.
2. Eine unklare Bedarfslage für (weitere) gesundheitliche Interventionen und Indikationen.
3. Eine unklare Lage hinsichtlich der Akzeptanz und Inanspruchnahme entsprechender Angebote.
4. Eine – von Pflichtberatungen abgesehen – insgesamt geringe Nutzung.

5. Zum Teil erhebliche Implementationsschwächen.
6. Eine höchst defizitäre Dokumentations- und Evaluationspraxis.
7. Unklare Evidenzlage hinsichtlich der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Stressbewältigungsstrategien (Situation von conflicting results) bzw. von gesundheitsfördernden Maßnahmen überhaupt.

Wirklich bedarfsorientierte Ansätze sind noch eher selten. Selbst wenn Assessment-Verfahren eingesetzt werden, werden entsprechende Programme weitgehend angebotsorientiert zur Verfügung gestellt.

Hinsichtlich der institutionellen Anbindung und der Trägerschaft zeigt sich ein sehr heterogenes Bild. Projekte der arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung, die bei Arbeitslosenzentren durchgeführt werden entsprechen noch am ehesten dem setting Ansatz und dem sozialemanzipatorischen Charakter der Gesundheitsförderung nach Ottawa, da sie auf den Prinzipien der Betroffenheit, Freiwilligkeit, Selbsthilfe und Solidarität beruhen.

Diese sozialkompensatorische Gesundheitsförderung in einem setting ist im Rahmen des „settings Job-Center“ aufgrund der prinzipiellen Ambivalenz von profiling und case-management nur schwer zu vermitteln und umzusetzen. Statt dessen besteht die Gefahr, dass im Zuge der Verschärfungen zur Aufnahme auch jeder Form von Arbeit und der damit auch verbundenen bzw. möglichen Leistungs- und Lohnreduktion sowie der noch stärkeren sozialen Marginalisierung sich der Gesundheitszustand dieser Gruppen weiter verschlechtert, dem nun mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung entgegen gewirkt werden soll.

Dies ist jedoch von einer wirklich sozialkompensatorischen Gesundheitsförderung weit entfernt. Es handelt sich stattdessen um die Kombination zweier Sozialtechnologien: die Beschäftigungsförderung und die Gesundheitsförderung, wobei beide den endgültigen Beweis ihrer Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit noch nicht erbracht haben. Dass eine Intervention und Evaluation in diesem setting schwierig werden wird, bedarf keiner Begründung.

Die arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung – der aktuelle Entwicklungsstand auf diesem Gebiet – ist zweifellos eine Innovation. Innovationen können hinsichtlich ihrer breiteren Umsetzung mit Blick auf die Akzeptanz durch Träger, Akteure und Klienten auf eher günstige oder auch eher ungünstige Rahmenbedingungen treffen. Für die breitere Umsetzung unter Hartz erscheinen uns die Bedingungen zunächst eher ungünstig.

Es erscheint uns fraglich, ob man Krankenkassen bzw. der BKK wirklich empfehlen sollte, mit dem Anspruch einer sozialkompensatorischen Gesundheitsförderung in einem politisch-administrativ schwierigen Feld, wo es um die individuelle Restssicherung von Lebensunterhalt, der Teilnahme am sozialen und kulturellen Leben und schließlich Gesundheit geht, sich den Akteuren der „zwangsweisen Beschäftigungsförderung“ als Partner flankierender Maßnahmen der Gesundheitsförderung zur Verfügung zu stellen. Es ist auch nicht die Aufgabe der Krankenkassen, für die nicht auszuschließenden gesundheitlichen Nebenwirkungen staatlicher Interventionsstrategien aufzukommen.

Um die prinzipielle Ambivalenz der Gesundheitsförderung in „Job-Centern“ zumindest in Teilen auch empirisch bestimmen zu können, bedarf es eingehenderer Untersuchungen, weil auch der Abschlussbericht zur Evaluation der MoZArt-Projekte durch Infas hierzu keine belastbaren Informationen liefern wird.

Gleichwohl wäre es völlig falsch, das sich öffnende Fenster zur gesundheitlichen Lage von Arbeitslosen und dem erheblichen gesundheitlichen Interventionsbedarf aufgrund dieser Ambivalenz im Rahmen von Hartz wieder zu schließen. Im Gegenteil sollte der schon erreichte Stand an wissenschaftlicher und politischer Thematisierung dazu genutzt werden, Strategien zu identifizieren und zu konzipieren, die sich durch zwei grundlegende Eigenschaften auszeichnen sollten:

1. die Auflösung bzw. Verringerung der bestehenden Ambivalenz,
2. die Ausweitung gesundheitlicher Interventionen weit über den eher kleinen Bereich der Gesundheitsförderung hinaus, hin zu einer Optimierung von Therapie und Rehabilitation in dieser Gruppe.

Nur auf diese Weise kann es einmal gelingen, die Akzeptanz der Arbeitslosen auch sicherzustellen und die gesundheitliche Lage wirklich zu verbessern, ohne die zweifelsohne notwendige Gesundheitsförderung mit Ansprüchen zu überfrachten, die sie gar nicht einlösen kann, wenn man sich das Spektrum an bestehender Morbidität vor Augen führt.

7 Gesamtzusammenfassung, Schlussfolgerungen und Empfehlungen

7.1 Gesamtzusammenfassung

7.1.1 Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Befunde

Seit den 70er Jahren haben in der Bundesrepublik Deutschland nur wenige relativ kurzfristige Rückgänge, jedoch mehrere Schübe stattgefunden, welche ein insgesamt über die Zeit kontinuierliches Ansteigen der Arbeitslosigkeit auf derzeit über 4 Mio. Arbeitslose bewirkt haben. Dabei ist noch darauf verwiesen, dass sich diese Zahl auf die sozialrechtliche Definition der Arbeitslosigkeit in Deutschland bezieht und die „ökonomisch definierte Arbeitslosigkeit“ nochmals um ca. 60% höher liegt.

Erheblichen zusätzlichen Auftrieb erhielt die Arbeitslosigkeit durch die im Gefolge der Vereinigung Deutschlands stattgefundenene Transformation in Ostdeutschland. Das schon zuvor in der Bundesrepublik bestandene „Nord-Süd-Gefälle“ der Arbeitslosigkeit wird seit den 90er Jahren durch ein „Ost-West-Gefälle“ überlagert. Als Problemgruppen des Arbeitsmarkts gelten insbesondere gering Qualifizierte, Jüngere, Ältere, Frauen, Ausländer und gesundheitlich Beeinträchtigte sowie Schwerbehinderte. Bei angespannten

Arbeitsmarktsituationen werden sie vermehrt von Selektionsprozessen betroffen. Dies betraf in der Vergangenheit mehr West-Deutschland, wobei die Verhältnisse in Ost-Deutschland sich hierbei denen in West-Deutschland anzunähern beginnen.

Unter gesundheitlichen und sozialen Aspekten weist die Langzeitarbeitslosigkeit besondere Bedeutung auf. Es ist davon auszugehen, dass sich in der Gruppe der Langzeitarbeitslosen (in der amtlichen Statistik gemessen als Arbeitslosigkeit von einem Jahr und länger) die sozialen Problemlagen der übrigen arbeitsmarktpolitischen Problemgruppen kumulieren. Der Anteil der Langzeitarbeitslosen schwankt leicht, hat sich jedoch – verglichen mit den frühen 80er Jahren mit unter 20% – im Verlauf der 90er Jahre auf einem Niveau von etwa einem Drittel der Arbeitslosen eingependelt.

Aus dem Verlust der potentiell gesundheitsförderlichen materiellen und nichtmateriellen Funktionen der Erwerbsarbeit lassen sich Belastungen ableiten, die sich unter anderem auch in gesundheitlichen Folgen manifestieren können.

Verfügbare Untersuchungen weisen auf einen durchgängig schlechteren Gesundheitsstatus von Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen hin. Dies betrifft alle verfügbaren Indikatoren. Allerdings handelt es sich meist um Erkenntnisse auf der Basis von Querschnittsdaten, so dass Kausalaussagen zur Richtung von Ursache-Wirkungsbeziehungen bei ihnen nicht möglich sind. Theoretisch wie empirisch plausibel ist sowohl von Effekten im Sinne der Kausationshypothese (insbesondere psychosoziale Belastungen der Arbeitslosigkeit verursachen gesundheitlich negative Folgen) wie auch im Sinne der Selektionshypothese auszugehen (primär gesundheitlich Belastete sind verstärkt von Entlassungen betroffen und haben größere Schwierigkeiten, wiederbeschäftigt zu werden). Ein empirisch zweifelsfreier Nachweis einer dieser beiden Richtungen ist derzeit nicht möglich, für Zwecke der Prävention und Gesundheitsförderung jedoch auch eher entbehrlich, zumal sich vermutlich beide Effekte auch überlagern und von moderierenden Faktoren abhängig sind.

In Bezug auf bestimmte Krankheiten imponiert der „mental health“- Bereich und die Sucht mit erheblichen Prävalenzunterschieden zu Nichtarbeitslosen, aber auch in anderen Krankheitsgruppen ergeben sich erhebliche Prävalenzunterschiede. Nahezu alle gesundheitlichen Risiken des Verhaltens und der allgemeinen Lebensbedingungen sind bei Arbeitslosen in höherem Maße ausgeprägt.

Die tendenziell höhere Inanspruchnahme des medizinisch-kurativen Sektors von Arbeitslosen korrespondiert nicht mit einer höheren Aufgeschlossenheit gegenüber präventiven bzw. gesundheitsförderlichen Angeboten sowie generellen Hilfsangeboten. Gerade das Gegenteil ist der Fall. Eine Konzeptionierung von gesundheitlichen Interventionen und zielgruppenspezifischen Gesundheitsförderungsprogrammen für Arbeitslose steht also vor besonderen Herausforderungen.

Der Gesundheitszustand von Sozialhilfeempfängern ist – im Vergleich zu den Arbeitslosen – noch einmal dramatisch schlechter, wenn sich der allgemeine Gesundheitszustand jüngerer Sozialhilfeempfänger in Berlin (bis 34 J.) auf dem Niveau der 50-60jährigen aus der Berliner Durchschnittsbevölkerung bewegt. Nach Umsetzung der

weiteren Reformen werden aber als neue „Interventionsgruppe“ die Bezieher von Arbeitslosengeld I und II zu gelten haben, die die Gruppe der bisherigen Sozialhilfeempfänger in Teilen umfasst. Gleichzeitig bestätigt die Berliner Untersuchung zum Gesundheitszustand von Sozialhilfeempfängern methodisch die Richtigkeit und Notwendigkeit einer typologischen Bestimmung von Interventionsbedarfen.

Vor dem Hintergrund der hohen Morbiditätslast und der hohen gesundheitlichen Risiken dieser auch sehr *heterogenen* Bevölkerungsgruppe dürfte schon hier deutlich werden, dass es sich bei Maßnahmen der Gesundheitsförderung für diese Gruppe um mehr handeln muss als um die Bereitstellung von wie immer auch gearteten Kursprogrammen. Mit diesen allein wird sich – zunächst unabhängig von der Frage der Akzeptanz und Nutzung – der Gesundheitszustand dieser Gruppe nicht entscheidend verbessern lassen. Insoweit muss dieses Gutachten einerseits den Handlungsrahmen nach § 20 SGB V notwendigerweise beachten, andererseits – zumindest im Bereich der Empfehlungen – aber auch überschreiten.

7.1.2 Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten und Arbeitslosen – Wissenschaftlicher Kenntnisstand, grundsätzliche Möglichkeiten der Intervention, rechtliche Möglichkeiten und praktische Umsetzungen

Nicht „Arbeitslosigkeit und Gesundheit“, sondern „sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit“ ist international und national das Thema in der Sozialepidemiologie und z.T. auch in der Gesundheitspolitik. Im Rahmen dieser Diskussion konkurrieren die Arbeitslosen mit einer Vielzahl sozial benachteiligter Gruppen und werden dabei insgesamt eher randständig behandelt.

Das Ausmaß gesundheitlicher Belastungen und Beeinträchtigungen ist sowohl bei sozial Benachteiligten insgesamt wie auch bei Arbeitslosen deskriptivstatistisch durchgängig gut dokumentiert. Weniger gut ist der analytische Kenntnisstand in der Sozialepidemiologie zu Ursachen bzw. Bedingungsfaktoren der negativen gesundheitlichen Effekte, womit analytisch begründete Interventionsstrategien weitgehend fehlen. Belastbare Interventionskonzepte sind – mit Ausnahme von gezielten Strategien zur Bekämpfung der sozialen Ungleichheit selbst – nur in Ansätzen vorhanden. Überzeugende und sich bestätigende Hinweise zur Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Kompensationsstrategien zum Abbau sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit gibt es national und international nicht. So konnten in einer internationalen Literaturrecherche [Gepkens-Gunning, Schepers 1996] zwar fast hundert Interventionen gefunden werden, die jedoch spezifische gesundheitliche Effekte nicht oder nicht hinreichend dokumentierten bzw. evaluierten. Deutschland spielt in dieser Gesamtdiskussion sowohl in der Wissenschaft als auch in der Politik nur eine untergeordnete Rolle.

Die interventive und evaluative wissenschaftliche Ausgangssituation bei Interventionen zum Abbau der Auswirkungen sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit und Arbeitslosigkeit lässt sich damit in der folgenden Vierfeldertafel mit der Situation A beschreiben.

Abb. 67 Idealtypische Situationen zum Evidenzniveau in der analytischen Forschung und der Evaluationsforschung

Niveau der Evidenz	Evaluationsforschung	
Analytische Forschung (z.B. Sozial-epidemiologie)	Gering	Hoch
Gering	A	(B)
Hoch	C	D

Vor dem Hintergrund der recht unklaren Situation zur prinzipiellen Intervenierbarkeit sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit durch gesundheitliche Strategien, die so i.w. nichts anderes darstellen können als ergebnisoffene Experimente, wird mit der Umsetzung des § 20 SGB V ein Evidenzpostulat der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen etabliert, das deren ex-ante-Nachweis zur Voraussetzung der Finanzierung und Durchführung dieser Maßnahmen macht. Dies geht am wissenschaftlichen Erkenntnisstand in dieser Sache völlig vorbei und setzt in der Vierfeldertafel die Situation D voraus. Auch bei spezifischen Interventionen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes von Arbeitslosen ist der Erkenntnisstand nicht viel überzeugender.

Der Versuch, grundsätzliche Möglichkeiten der Gesundheitsförderung bzw. gesundheitlicher Interventionen bei Arbeitslosen skizzierend zu entwickeln, zeigt einen hohen Bedarf an weiterer Forschung und konzeptioneller Arbeit u.a. hinsichtlich:

- der Ziele
- der Zielgruppen und ihrer Erreichbarkeit
- der Methoden und Maßnahmen
- der Schwerpunktsetzungen
- der jeweiligen Bedarfe
- der Akzeptanz und potentiellen Inanspruchnahme
- der Art der Intervention (angebots/nachfrage- oder bedarfsorientiert)
- der Frage nach kombinierten oder je einzelnen Interventionen hinsichtlich Gesundheits- und/oder Beschäftigungsförderung
- der institutionellen Anbindung und Trägerschaft
- der jeweiligen Evaluationskonzepte.

Vor dem Hintergrund des hohen gesundheitlichen Interventionsbedarfs zeichnet sich auch hier ab, dass die Gesundheitsförderung allein zwar als notwendiges, aber letztlich nicht hinreichendes Instrument zur Verbesserung des Gesundheitszustandes von Arbeitslosen betrachtet werden kann.

Das SGB III schließt rechtlich Maßnahmen der Gesundheitsförderung nicht prinzipiell aus. Das BSHG sieht mögliche „gesundheitliche Hilfen“ sogar explizit vor. Zwei für das BMGS im Jahr 2002 durchgeführte Gutachten kommen zu dem gleichen Ergebnis. Entsprechende Maßnahmen wurden und werden im Rahmen der Beschäftigungsförderung und u.a. im Rahmen der MoZArt-Vorhaben ⁹⁸ (Job-Center) zumindest im Ansatz (profiling, case-managemet) verstärkt durchgeführt.

Die Thematisierung von „Gesundheit“ im behördlichen Kontext des Arbeits- oder Sozialamts muss aber zunächst – vergleichbar dem Arbeitsverhältnis – als schwierig bezeichnet werden und ist u.E. grundsätzlich ambivalent, weil es eine gezielte positive Beeinflussung des Gesundheitszustandes ebenso beinhalten kann wie zusätzliche Stigmatisierung, Viktimisierung und Sanktionierung.

In der Praxis stehen im Jahr 2003 entsprechende Interventionen allerdings eher ganz am Anfang und sind überdies i.d.R. auch schlecht dokumentiert. Die eher zögerliche Einführung gesundheitsberatender oder gar gesundheitsfördernder Maßnahmen ist u.E. auf bestehende Akzeptanzprobleme bei Akteuren und Klienten, die relative Unbekanntheit gesundheitlicher Ansätze zumindest in den Arbeitsämtern und die teilweise unzureichende Infrastruktur der Gesundheitsförderung im regionalen Raum zurückzuführen.

Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen ist in der „organisierten Gesundheitsförderung“ nur ein sehr randständiges Thema. Dies gilt auch und gerade in Deutschland, wo mit dem § 20 SGB V spezifisch sozialkompensatorische Maßnahmen festgeschrieben sind. Während in Österreich (1998) und auch in der Schweiz (1994) durch recht einfache Gesetze und Organisations- (Fonds, Stiftung) sowie Finanzierungsformen (Prinzip der nur anteiligen Projektförderung) sich auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung ein insgesamt recht guter und zügiger Entwicklungsprozess abzeichnet [vgl. Kirschner, Elkelles, Kirschner 2003], ist die Situation in Deutschland einmal gekennzeichnet durch anhaltende Konzeptionen und Diskussionen von (besseren) Zukunftsentwürfen (Gesundheitsziele, Präventionsgesetz, Fonds) und den Nachwirkungen der vielfach mangelhaften Neufassung des § 20 SGB V im Jahr 2000. Dazu zählt im Besonderen:

- die nicht geregelte regionale Koordination von Projekten und Maßnahmen mit den zuständigen Ressorts auf Länderebene und in den Kommunen gerade im Bereich der sozialkompensatorischen Gesundheitsförderung, wo diese zweifellos unerlässlich ist;
- das Fehlen von Incentives für einzelne Kassen bzw. Kassenarten an der Herstellung von regionalen Projektverbänden gerade in Zusammenhang mit der sozialkompensatorischen Gesundheitsförderung;
- die Priorisierung der sozialkompensatorischen Gesundheitsförderung bei gleichzeitiger Behinderung ihrer Entwicklung infolge eines Evidenzpostulats für Maßnahmen nach § 20 SGB V, das vor dem Hintergrund des internationalen Erfahrungsstandes hierzu als sehr hoch gegriffen bzw. als praktisch nicht einlösbar bezeichnet werden muss,

⁹⁸ MoZArt = Modellvorhaben zur Zusammenarbeit zwischen Arbeits- und Sozialämtern

- womit der relative Stillstand auf dem Gebiet der sozialkompensatorischen Gesundheitsförderung programmiert ist, da es die geforderte Evidenz zu derartigen Interventionen weltweit kaum und in Deutschland schon gar nicht gibt. Die bisher geringen Aktivitäten der Kassen hierzu sind also nicht einfach ihrer delatorischen Haltung, sondern dieser Tatsache geschuldet.

Das im SVR-Gutachten 2000/2001 formulierte und in die Leitlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des § 20 SGB V übernommene Evidenzpostulat ist derzeit nicht nur praktisch nicht erfüllbar, es basiert auf einem unzutreffenden Bild der Sicherung von Evidenz in der Evaluationsforschung – gerade bei komplexen Programmen – überhaupt.⁹⁹

Die Gesundheitsförderung in Deutschland ist ein heterogenes Gebilde, das sich konzeptionell in der Mehrzahl auf den sozialemanzipatorischen Charakter der Gesundheitsförderung nach Ottawa beruft. Im Rahmen der Gesundheitsförderung in Job-Centern muss also erst einmal die Beschäftigungsförderung nach Hartz mit der Gesundheitsförderung nach Ottawa zusammengebracht werden. Dies ist ersichtlich keine leichte Aufgabe.

Auch das personelle, organisatorische und qualifikatorische Bild der organisierten Gesundheitsförderung ist sehr heterogen, so dass neben erforderlicher weiterer Forschungs- und Entwicklungsarbeit auch Infrastrukturaufbaumaßnahmen erforderlich sein werden, wenn man entsprechende Maßnahmen in einem breiteren Raum umsetzen will.

Schließlich ist auch darauf hinzuweisen, dass die finanziellen Ausgestaltungsmöglichkeiten entsprechender Projekte im Rahmen des § 20 SGB V keinesfalls als überwältigend zu bezeichnen sind, so dass auch gewisse finanzielle Limitierungen bestehen.

Insgesamt steht die Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen damit derzeit vor einer Fülle noch zu klärender Fragen und Probleme. Zum eher grundsätzlichen Problem gehört sicher das Evidenzpostulat in Zusammenhang mit dem § 20 SGB V, das den zwingend erforderlichen Entwicklungs-, Erprobungs- und Lernbedarf in völliger Fehleinschätzung der hierzu vorliegenden internationalen und nationalen Evidenz zur Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Interventionen zum Abbau sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit bzw. zur Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen entscheidend behindert statt ermöglicht und befördert.

Insgesamt erweisen sich gesundheitliche und gesundheitsfördernde Interventionen bei Arbeitslosen international und auch in Deutschland derzeit als ein schwieriges Feld.

⁹⁹ Zur Sicherung von Evidenz reicht es nicht aus, einige erfolgreiche Interventionen nachweisen zu können, erforderlich ist eine metaanalytische Absicherung auf der Grundlage einer Vielzahl vergleichbarer Vorhaben. Dies ist aber – soweit dies von der Zahl der Projekte her überhaupt möglich ist – in der Evaluationsforschung schon deshalb schwierig, weil durch den publication bias, in noch stärkerem Maße als in der wissenschaftlichen Forschung überhaupt, negative Ergebnisse nur unterdurchschnittlich häufig publiziert werden, so dass schon bei einer in der Praxis gar nicht gegebenen Häufigkeit von Interventionen selbst ein Indiz auf Wirksamkeit mit großer Vorsicht zu bewerten ist.

Dies gilt u.a. für:

- die prinzipiellen Interventionsansätze
- die Bedarfe und Bedürfnisse
- Ziele, Zielgruppen und Maßnahmen
- Akzeptanz und Inanspruchnahme
- Umsetzungsbedingungen, institutionelle Anbindung, Trägerschaft
- komplexe Evaluationsdesigns
- die insgesamt nur geringe wissenschaftliche Evidenz für erfolgreiche und wirtschaftliche Interventionen

Schlussfolgernd ist bei dieser Ausgangslage also von einer nur ganz geringen Praxis gesundheitlicher Interventionen bzw. der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen auszugehen, wie sich auch ein nicht unerheblicher Forschungs- und Konzeptionsbedarf zeigt.

7.1.3 Politische Thematisierung – Politische Programme und Forschungsförderungsprogramme

Interventionen durch Programme sind politisch-gesellschaftliche Reaktionsformen auf soziale bzw. gesundheitliche Problemlagen. Der geringe Umfang gesundheitlicher Interventionen bei Arbeitslosen (s.u.) indiziert, dass dieses Thema v.a. in Deutschland noch nicht umfassend auf der politischen Diskussions- und Lösungsagenda steht.

Dies v.a. deshalb, weil:

- sich auch die politische Diskussion im Gesamtkontext von sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit bewegt, wo das Problem von Arbeitslosigkeit und Gesundheit zu kurz kommt;
- in den Kommunen, Ländern, dem Bund und auch in der EU – aber auch in den Parteien – eine je sektorierte Bearbeitung zum Einen Gesundheit und zum Anderen Beschäftigung erfolgt, aber keine gemeinsame Sicht der Dinge. Interessant ist aber, dass dies gerade auf kommunaler Ebene zunehmend geschieht;
- die politischen Problembearbeitungskapazitäten begrenzt sind und spezifisch gesundheitliche Interventionsstrategien zur Beschäftigungsförderung noch nicht in den politischen mainstream praktikabler und erfolgreicher Problemlösungsstrategien Eingang gefunden haben;
- unter dem Zwang zur Kostensenkung die Bundesanstalt für Arbeit ihre Interventionen im Bereich der Arbeitsbeschaffung und Qualifizierung erheblich zurückfährt und es als nicht sehr wahrscheinlich zu bezeichnen ist, dass diese Position zugunsten von gesundheitlichen Interventionen wieder aufgegeben wird bzw. werden kann;
- zumindest Zweifel daran bestehen, ob die Bundesanstalt für Arbeit nach der Ära einer nicht sehr wirksamen, millionenschweren Politik der Qualifizierungs- und Be-

schäftigungsförderung nun auf das „Pferd“ der Gesundheitsförderung setzt, wo zum Einen ausreichende Evidenz der Wirksamkeit erst noch zu erbringen ist, zum Anderen die eingespielten Formen der Zusammenarbeit mit (qualifizierten) Dritten noch weitgehend fehlen;

- spezielle Forschungsförderungsprogramme zur konzeptionellen Entwicklung und praktischen Umsetzung gesundheitlicher Interventionen kaum existieren und dieses Feld in anderen F+E-Programmen nur ganz randständig behandelt wurde und noch wird.

Allerdings mehren sich Stimmen und Publikationen zu diesem Thema, wie auch dieses Gutachten ein steigendes Interesse in der Sache markiert. Wie sich vor diesem Hintergrund der Entwicklungsstand diesbezüglicher Projekte darstellt, ist im folgenden zusammengefasst.

7.1.4 Projektrecherchen

Im folgenden werden die Ergebnisse der Recherchen zu Projekten zum Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Gesundheitsförderung in Kurzform dargestellt.¹⁰⁰ Es muss – trotz intensiver Recherchemaßnahmen – vorausgeschickt werden, dass hiermit kein Anspruch auf Vollständigkeit verbunden sein kann. Den Recherchen liegen unterschiedliche, sich ergänzende Methoden zugrunde:

- a) Suche nach entsprechenden Projekten in Förderungsprogrammen der EU und Deutschlands
- b) Suche über Datenbanken
- c) Suche über das Internet
- d) Eigene Projektrecherchen

Die Recherche der Projekte muss insgesamt als sehr schwierig und zeitaufwendig bezeichnet werden. Um einen belastbaren Eindruck über die Projektwirklichkeit auf diesem Gebiet zu erlangen, wurden entsprechende Recherchen voneinander unabhängig einmal von FB+E, zum Anderen im Rahmen einer Bachelorarbeit an der FH Neubrandenburg durchgeführt. Letztere wurden dabei auf den Bereich „mental health“ fokussiert, da davon ausgegangen wurde, dass bei Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen dieser Bereich vorrangig im Mittelpunkt steht.

Insgesamt wurde in folgenden Programmen und Dokumenten recherchiert:

EU-geförderte Projekte:

- Gemeinschaftsinitiative Anpassung der Arbeitnehmer an den industriellen Wandel (ADAPT) bzw. das Folgeprogramm EQUAL

¹⁰⁰ Die ausführliche Projektrecherche findet sich im Anlagenband

- Gemeinschaftsinitiative Beschäftigung und Entwicklung von Humanressourcen: Beschäftigung (NOW, HORIZON, YOUTH-START, INTEGRA)
- Megapoles
- Projekte im vorbereitenden Programm zur Bekämpfung der Armut und sozialen Ausgrenzung
- EU-Programme im Bereich Beschäftigung und Soziales sowie Gesundheit und Verbraucherschutz

National, regional oder kommunal geförderte Projekte:

- Public-health-Projekte
- Best-practice-Modelle (aus dem Aktionsplan zur Bekämpfung von Armut) und Projekt Soziale Stadt
- Datenbank der BZgA
- Bestandsaufnahme der Bertelsmann Stiftung
- Bestandsaufnahme der MoZArt -Vorhaben
- Bestandsaufnahme der Maßnahmen nach §10 SGB III / Freie Förderung
- Projekte von kirchlichen Einrichtungen, Wohlfahrtsorganisationen und Stiftungen
- Projekte von Arbeitsloseninitiativen
- Projekte der „organisierten“ Gesundheitsförderung (Deutschland, Österreich, Schweiz)
- Freie Suche.

Durch die Recherche möglicher Projekte der gesundheitlichen Intervention und auch Gesundheitsförderung mit Arbeitslosen und/oder von Projekten mit Arbeitslosen mit einem deutlich erkennbaren gesundheitlichen Bezug konnten schließlich 36 Vorhaben ermittelt werden. Die auf „mental health“ ausgerichtete Projektrecherche im Rahmen der Bachelorarbeit erbrachte zusätzlich 15 Projekte in diesem Bereich,¹⁰¹ die allerdings keine prinzipiell anderen Erkenntnisse zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen lieferten.

Zwar ist sicher nicht auszuschließen, dass es weitere „gesundheitsfördernde Projekte“ gibt, in dem kurzen Bearbeitungszeitraum des Gutachtens war jedoch auch die Zeit der Projektrecherchen begrenzt. Gleichwohl dürften diese Projekte die vorfindlichen Ziele, Maßnahmen und Strukturen gesundheitlicher Interventionen bei Arbeitslosen zutreffend abbilden. Insgesamt finden sich folgende Projekte.

¹⁰¹ Genauer: Es wurden 55 Projekte recherchiert, von denen 25 kontaktierbar waren. Von diesen ergaben sich 15 auswertbare Projekte.

Abb. 68 *Ergebnisse der Projektrecherchen*

1	Development (Ennepe-Ruhr Kreis)
2	NAG Projekt (verschiedene Regionen)
3	Arbeitslosigkeit und Gesundheit (Prignitz)
4	Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen (Aktiva) (Dresden)
5	Job-Plan (Hamburg)
6	Sozialagenturen (NRW)
7	Kurssystem contra Langzeitarbeitslosigkeit (Brandenburg)
8	massarbeit (Kassel)
9	Arbeit statt Sozialhilfe (Spremberg)
10	Arbeit und Gesundheit (Forst)
11	Fit in den Tag (Wolfsburg)
12	Frauengesundheit (Oschersleben/Börde)
13	Gesundheitstisch (Berlin)
14	Neue Perspektiven - ein gesundheitsförd.Projekt für arbeitslose Menschen (Gelsenkirchen)
15	Qigong-Kurs (Stuttgart)
16	Servicestelle Arbeit und Gesundheit (Spremberg)
17	Bündnis für Arbeit der Stadt Köln (Köln)
18	Entwicklungs- und Vermittlungsassistenz für Dauerarbeitslose (EVA) (Siegen)
19	Berufliche Eingliederung von Sozialhilfeempfängern (Rottweil)
20	S.A.V.E. Freising (Sozialamt Arbeitsamt Verbinden Entwickeln) (Freising)
21	Projekt LOS (Düsseldorf)
22	Fit für den Arbeitsmarkt (Schweiz)
23	A walk on the wild site (Schweiz)
24	ZALT Gesundheitswochen (Schweiz)
25	Qu`est-ce qui cloche chez elle? (Schweiz)
26	Gesundheitsorientierte Selbstmanagement-Beratung bei Arbeitslosigkeit (GESA) (Dortmund)
27	Selbstmanagement-Beratung und Gesundheitsförderung für Instabil-Beschäftigte und Arbeitslose (SEGEFIA)
28	Gesundheitsförderung und Kompetenzoptimierung in der Erwerbslosigkeit (Ge+Ko) (Dortmund)
29	Berufliche Eingliederung und Arbeitsmaßnahme (BEAM) (Ennepe Ruhr Kreis)
30	Gesundheitlich orientierte Outplacementberatung (Bremen)
31	Werkstatt 90 (Niedersachsen, Bremen)
32	Selbstverantwortung fördern durch motivierende Gesundheitsgespräche (Essen)
33	Michigan Prevention Research Center (MPRC) (Michigan)
34	Työhön Job Search Program (Finnland)
35	Proudfoot, J. et al.(UK)
36	Muller (Australien)

7.1.5 Beschreibung und Bewertung der Projekte

Die Einzel- und bewertende Gesamtanalyse von insgesamt 36 Projekten zu gesundheitlichen Interventionen bei Arbeitslosen ergibt, dass:

- die Mehrzahl der Projekte aus dem Bereich der Beschäftigungsförderung und nicht dem der Gesundheitsförderung stammt,
- sich die Projekte nach der jeweiligen Gewichtung beschäftigungs- bzw. gesundheitsfördernder Interventionen unterscheiden. Eine ungefähre Gleichgewichtung beider Interventionen wie z.B. in der „arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung“ stellt den aktuellen Diskussions- und Entwicklungsstand in Deutschland dar.

Eine Gesamtbewertung der Projekte mit gesundheitlichen Bezügen zeigt i.e. folgende Ausrichtungen sowie Schwächen und Probleme:

1. eine starke Konzentration auf „mental health“ und Stressbewältigung einerseits wie aber auch auf unspezifische Maßnahmen andererseits,
2. eine unklare Bedarfslage für (weitere) gesundheitliche Interventionen und Indikationen,
3. eine unklare Lage hinsichtlich der Akzeptanz entsprechender Angebote,
4. eine – von Pflichtberatungen abgesehen – insgesamt geringe bis sehr geringe Nutzung,
5. zum Teil erhebliche Implementationsschwächen,
6. eine höchst defizitäre Dokumentations- und Evaluationspraxis,
7. unklare Evidenzlage hinsichtlich der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Stressbewältigungsstrategien (Situation von conflicting results) bzw. von gesundheitsfördernden Maßnahmen überhaupt.

Wirklich bedarfsorientierte Ansätze sind noch eher selten. Selbst wenn Assessmentverfahren eingesetzt werden, werden entsprechende Programme weitgehend angebotsorientiert zur Verfügung gestellt.

Hinsichtlich der institutionellen Anbindung und der Trägerschaft zeigt sich ein sehr heterogenes Bild. Projekte der arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung, die bei Arbeitslosenzentren durchgeführt werden, entsprechen noch am ehesten dem „setting-Ansatz“ und dem sozialemanzipatorischen Charakter der Gesundheitsförderung nach Ottawa, da sie auf den Prinzipien der Betroffenheit, Freiwilligkeit, Selbsthilfe und Solidarität beruhen.

Diese sozialkompensatorische Gesundheitsförderung in einem setting ist im Rahmen des settings „Job-Center“ aufgrund der prinzipiellen Ambivalenz von profiling und case-management nur schwer zu vermitteln und umzusetzen. Statt dessen besteht die Gefahr, dass im Zuge der Verschärfungen zur Aufnahme auch jeder Form von Arbeit und der damit verbundenen bzw. möglichen Leistungs- und Lohnreduktion sowie der noch stärkeren sozialen Marginalisierung sich der Gesundheitszustand dieser Gruppen weiter verschlechtert, dem nun mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung entgegenge-wirkt werden soll. Gleichzeitig ist auch nicht prinzipiell ausgeschlossen, dass sich das Feld der Gesundheit zu einem weiteren Sanktionsfeld der Arbeitslosen entwickelt.

Dies wäre dann jedoch von einer wirklich sozialkompensatorischen Gesundheitsförderung weit entfernt. Es handelte sich faktisch um die Kombination zweier Sozialtechnologien: die Beschäftigungsförderung und die Gesundheitsförderung, wobei beide den endgültigen Beweis ihrer Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit noch nicht erbracht haben. Dass eine Intervention und Evaluation in diesem setting schwierig werden wird, bedarf keiner Begründung.

Die arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung – bzw. deren aktueller Entwicklungsstand – ist zweifellos eine Innovation. Innovationen können hinsichtlich ihrer breiteren Umsetzung mit Blick auf die Akzeptanz durch Träger, Akteure und Klienten auf eher günstige oder auch eher ungünstige Rahmenbedingungen treffen. Für die breitere Umsetzung unter Hartz erscheinen uns die Bedingungen zunächst eher ungünstig.

Es erscheint uns fraglich und diskussionsbedürftig, ob man Krankenkassen bzw. dem BKK Bundesverband wirklich empfehlen sollte, mit dem Anspruch einer sozialkompensatorischen Gesundheitsförderung in einem politisch-administrativ schwierigen Feld, wo es um die individuelle Restsicherung von Lebensunterhalt, die Teilnahme am sozialen und kulturellen Leben und schließlich um Gesundheit geht, sich schwerpunktmäßig den Akteuren der „zwangswesen“ Beschäftigungsförderung als Partner flankierender Maßnahmen der Gesundheitsförderung zur Verfügung zu stellen. Es kann auch nicht die Aufgabe der Krankenkassen sein, für die nicht auszuschließenden gesundheitlichen Nebenwirkungen staatlicher Interventionsstrategien aufzukommen. Letztlich kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass die mögliche Einsicht, dass sich die Waage des „Forderns und Förderns“ unter dem aktuellen Zwang zur absoluten Kostenminimierung stark zu Lasten des Forderns neigt, bei Vertretern der Bundesanstalt für Arbeit zu Überlegungen geführt hat, mit der Gesundheitsförderung diese Waage wieder ins Gleichgewicht zu bringen und sich damit gleichzeitig zusätzliche Finanzierungsquellen zu erschließen.

Sind dies letztlich (diskutierbare) politische Bewertungen, so muss in diesem Gutachten hierzu aber auch aus wissenschaftlichen Gründen zur Vorsicht geraten werden: Das Handlungs- und Interventionsfeld Job-Center ist derzeit noch nicht einmal juristisch und finanziell „bestellt“ und es wird seine Zeit brauchen, bis die Akteure ihre erst noch zu lernenden und umzusetzenden Handlungsroutrinen auch beherrschen. In einem solchen Feld ein komplexes Interventionsprogramm zu starten, muss mindestens als sehr mutig bezeichnet werden.¹⁰² Mag ein solches Interventionsmodell auch alle Voraussetzungen für Erfolg aufweisen – und dieses Modell ist erst noch zu erstellen – so sprechen die Implementations- und Durchführungsbedingungen für ein hohes Risiko des Scheiterns.

Um die prinzipielle Ambivalenz der Gesundheitsförderung in „Job-Centern“ zumindest in Teilen auch empirisch bestimmen zu können, bedarf es eingehenderer Untersuchungen, weil auch der Abschlussbericht zur Evaluation der MoZArt-Projekte hierzu keine belastbaren Informationen liefern wird.

Gleichwohl wäre es völlig falsch, das sich öffnende Fenster zur gesundheitlichen Lage von Arbeitslosen und zu dem erheblichen gesundheitlichen Interventionsbedarf aufgrund dieser Ambivalenz im Rahmen von Hartz wieder zu schließen. Im Gegenteil sollte der schon erreichte Stand an wissenschaftlicher und politischer Thematisierung

¹⁰² Die Qualität, mit der diese Politik umgesetzt wird, kann am Beispiel Berlins deutlich gemacht werden, wo die zuständige Senatorin angekündigt hat, die 350.000 Sozialhilfeempfänger des Landes in drei Durchgängen zum profiling einladen zu wollen. Eine Woche später stellte sich heraus, dass die Bezirke bei der Planung nicht beteiligt wurden und sich nicht wenige an diesem Vorhaben nicht beteiligen werden.

dazu genutzt werden, Strategien zu identifizieren und zu konzipieren, die sich durch drei grundlegende Eigenschaften auszeichnen sollten:

1. die Auflösung bzw. die deutliche Verringerung der bestehenden Ambivalenz,
2. die Ausweitung gesundheitlicher Interventionen weit über den eher kleinen Bereich der Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V hinaus hin zu einer Optimierung von Maßnahmen der Therapie und Rehabilitation in dieser Gruppe,
3. die Erweiterung der Interventionsfelder bzw. -orte in settings mit unterschiedlichen Graden der Schwierigkeit in der Implementation und Durchführung der zu konzipierenden Programme.

Nur auf diese Weise kann es einmal gelingen, die Akzeptanz der Arbeitslosen auch sicherzustellen und die gesundheitliche Lage wirklich zu verbessern, ohne die zweifelsohne notwendige Gesundheitsförderung mit Ansprüchen zu überfrachten, die sie nicht einlösen kann, wenn man sich das Spektrum an bestehender Morbidität vor Augen führt.

Abschließend muss noch einmal betont werden, dass es sich bei der Verstärkung der Beachtung von Gesundheit im profiling und case-management gerade der MoZart-Vorhaben auch instrumentell um erste Ansätze handelt und keinesfalls um fertige, sozusagen „exportfähige“ Konzepte. Dies gilt auch und gerade für die gesundheitlichen Assessmentverfahren.

7.2 Schlussfolgerungen

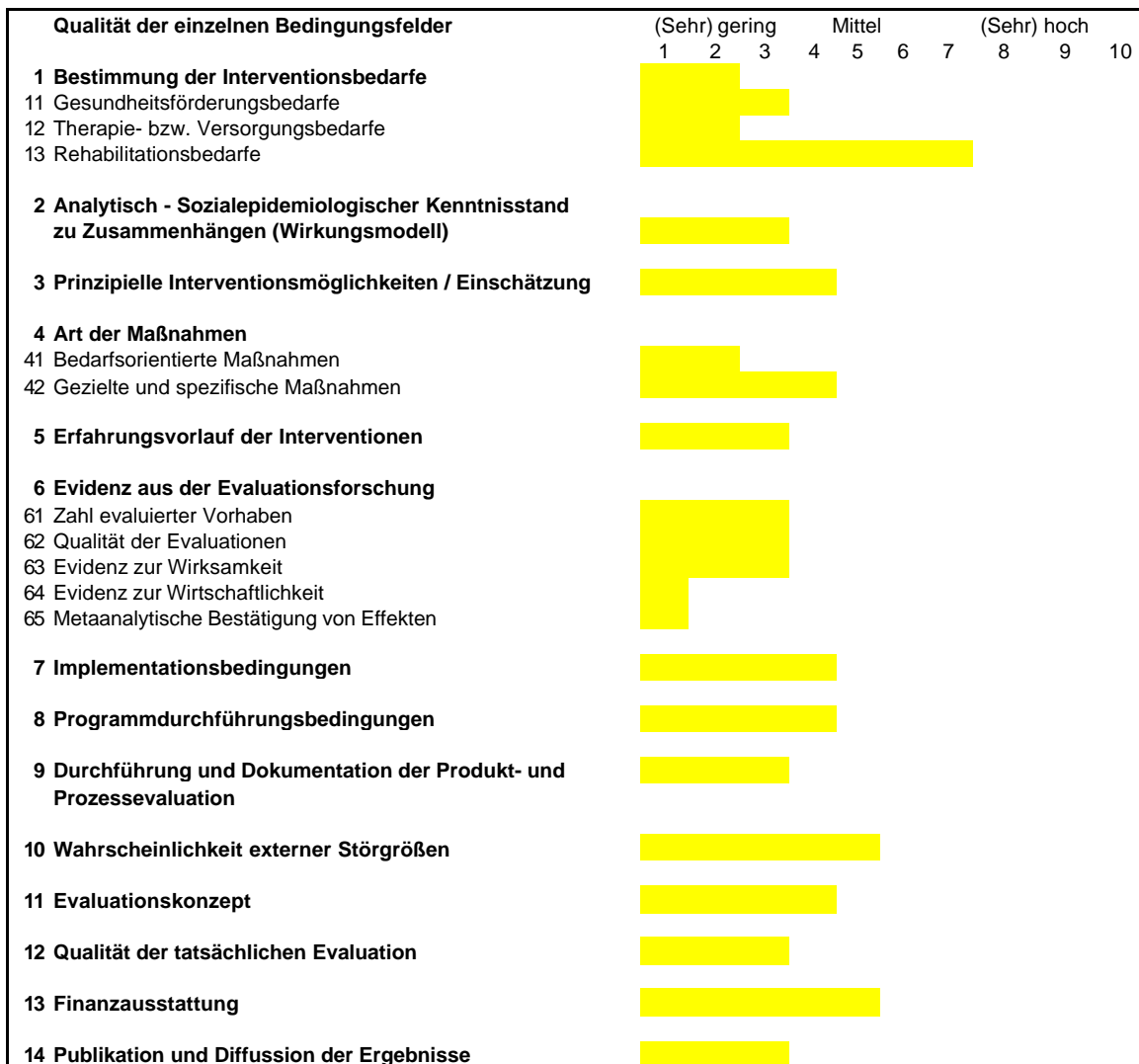
Programme, d.h. der gezielte Einsatz (wirksamer) Maßnahmen zur Erreichung bestimmter Ziele, sind oft komplexe sozialwissenschaftliche Experimente mit dem Ziel, gesundheitliche oder soziale Problemlagen in angebbar positiver Richtung zu verändern.

Der Erfolg derartiger Interventionen ist zunächst generell als eher zweifelhaft zu bezeichnen, da sie häufig sozialökonomisch bedingte und oft über Jahre verfestigte Problemlagen, die sich mit je individuellen Lebensgewohnheiten und Verhaltensweisen mischen und kumulieren, mit in der Regel vergleichsweise einfachen, zeitlich begrenzten und wenig kostenintensiven Interventionsmaßnahmen zu verändern suchen. Zugleich müssen die erzielbaren Effekte möglichst zeitstabil wirken. Gleichwohl lassen sich bestimmte Bedingungen ableiten, die erfüllt sein müssen, um entsprechende Programme schon ex-ante als eher erfolgreich oder eher erfolglos einzuschätzen. In Abb. 69 auf der folgenden Seite sind die wesentlichen Bedingungen hierfür benannt und idealtypische Situationen erfolgloser und erfolgreicher Interventionen markiert.

Aus der Abbildung ist ersichtlich, dass der Erfolg einer vorzunehmenden Intervention vom sozialepidemiologischen Kenntnisstand (Wirkungsmodell), der prinzipiellen Interventionsfähigkeit, der Bedarfsgerechtigkeit und Qualität der Interventionsmaßnahmen, dem Erfahrungsvorlauf ähnlicher Interventionen und den daraus sich ergebenden Befunden zur Evidenz in der Evaluationsforschung bis hin zu den jeweiligen Implementa-

tions- und Durchführungsbedingungen der konkreten Intervention und Evaluation und deren Qualitäten und schließlich auch der Finanzausstattung reicht.

Abb. 69 *Einschätzung der Bedingungen für den Erfolg von Interventionen*



Die Qualität der Bestimmung des Rehabilitationsbedarfs ist prinzipiell als recht hoch einzuschätzen, da z.B. die Arbeitsämter regelmäßig Maßnahmen der Rehabilitationsberatung vorhalten.

Aus der Analyse und Bewertung der recherchierten Projekte bestätigen sich die Probleme in der Konzeption, Implementierung, Durchführung und auch Evaluation von gesundheitlichen Interventionen bei Arbeitslosen, wie sie bereits im Kap. 3 bei der Ableitung grundsätzlicher Möglichkeiten der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen benannt worden sind. Leider können die Projekte jedoch nur wenig zur Reduktion der Problemkomplexität beitragen, wenn sie die Existenz vordringlich zu lösender Problembereiche auch noch einmal empirisch bestätigen.

Um den derzeitigen Entwicklungsstand von gesundheitlichen Interventionen bei Arbeitslosen zusammenfassend zu skizzieren, haben wir den – im Einzelnen sicher diskutierbaren – Versuch gemacht, die in den verschiedenen Kontextbereichen vorfindlichen Standards zwischen den Polen einer Intervention mit ganz schlechten Erfolgsbedingungen und einer Intervention mit hervorragenden Erfolgsbedingungen auf einer 10er Skala zu markieren. Es zeigt sich, dass:

- bedarfsorientierte Herangehensweisen nur in geringem Maße vorkommen, die wenn überhaupt auch nur die gesundheitsfördernde Seite berücksichtigen und nicht den Bereich der Therapie,
- der sozialepidemiologische Kenntnisstand zur Interventionsfähigkeit als noch relativ gering bezeichnet werden muss,
- die prinzipiellen Interventionsmöglichkeiten etwas optimistischer eingeschätzt werden können, wobei diese Bewertung auf der Einschätzung einer Wirksamkeit gerade unspezifischer Maßnahmen der Gesundheitsförderung basiert,
- bedarfsorientierte Maßnahmen recht selten sind, gezielte Maßnahmen (wie z.B. Stressreduktionsprogramme) aber durchaus nicht selten vorkommen,
- der Erfahrungsvorlauf entsprechender Interventionen als recht gering einzuschätzen ist und
- entsprechend die Evidenz in der Evaluationsforschung recht gering ist und sich metaanalytisch gesicherte Wirksamkeitsnachweise in diesem Feld nicht finden lassen,
- die Implementations- und Durchführungsbedingungen der Projekte sich jeweils unterscheiden, im Mittel aber auch als nur durchschnittlich zu bezeichnen sind,
- aus der insgesamt unzureichenden Ergebnisevaluation auch auf Evaluationsmängel in der Produkt- und Prozessevaluation geschlossen werden kann,
- die Wahrscheinlichkeit externer Störgrößen als durchschnittlich einzuschätzen ist,
- die Evaluationskonzepte und die Evaluationsstandards nur unterdurchschnittlich, im Einzelfall aber auch höchst defizitär sind,
- die Finanzausstattung recht unterschiedlich ist, insgesamt aber sicher als durchschnittlich bezeichnet werden kann,
- Dokumentationen und Publikationen defizitär sind.

Insgesamt sind damit die Erfolgsbedingungen und möglichen Erfolge von gesundheitlichen Interventionen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen beim bisherigen Niveau von Intervention und Evaluation also eher kritisch einzuschätzen.

Es muss deshalb darauf ankommen:

1. die in den einzelnen Feldern erkannten offenen Fragen, Schwachstellen und Probleme zu lösen bzw. einer Lösung näher zu bringen,
2. die Qualität von bereits laufender und geplanter Intervention und Evaluation zügig zu verbessern,
3. bei verbesserten, stärker bedarfsorientierten Interventionen sowie einer zu erreichenden höheren Qualität von Intervention und Evaluation in der Implementation und Durchführung komplexe „settings“ eher zu meiden, die die damit prinzipiell erreichbaren Interventionserfolge wieder in Frage stellen können. Zumindest muss es

dann zu einer multizentrischen Durchführung von Interventionen kommen, um die kontextbedingten Einflüsse auf die jeweiligen Wirkungen abschätzen zu können.

Mit dem genannten dritten Punkt ist die Frage nach der möglichen gesundheitsfördernden Kooperation der Krankenkassen bzw. der BKK mit den „Job-Centern“ also nicht nur eine politisch-strategische Frage, sie berührt die Erfolgsbedingungen von Interventionen auf diesem Feld.

Aus Allem dürfte deutlich geworden sein, dass eine stärkere Ausrichtung schon der Gesundheitsförderung auf die Zielgruppe der Arbeitslosen die Lösung einer ganzen Vielzahl inhaltlicher, methodischer und konzeptioneller Probleme erfordert. Dies gilt in noch stärkerem Maße für gesundheitliche Interventionen, die den rein gesundheitsfördernden Bereich überschreiten und therapeutische und rehabilitative Maßnahmen in Ergänzung oder als Voraussetzung mit umfassen.

Ein Ingangsetzen derartiger Maßnahmen erfordert schließlich auch eine angemessene Revision des „Evidenzpostulats“ mit dem Ziel, die Projektförderungsmöglichkeiten von einer ex-ante Einschätzung einer hohen Plausibilität von positiver Programmwirkung abhängig zu machen und entsprechende Hypothesen in einer fundierten Evaluation zu testen und nachzuweisen.¹⁰³ Dies wird zweifellos ein auch international besetztes Gutachtergremium mit hohen Erfahrungen in Intervention und Evaluation erforderlich machen.

Auch Rosenbrock problematisiert in einer aktuellen Publikation [Rosenbrock 2003] erneut die vorschnelle Übertragung von EBM-Kriterien auf die Prävention und Gesundheitsförderung und spricht sich v.a. für eine stärkere Qualitätssicherung der Projekte aus. So sehr wir diese Kritik am Evidenzpostulat teilen, so notwendig erscheint uns nochmals der Verweis auf die Plausibilität/Nichtplausibilität von Wirkungen als zukünftig wichtigstes Förderungskriterium bei gleichzeitiger Verpflichtung auf rigorose Evaluation.

Sollte angesichts dieser Problemfülle das Interesse der Krankenkassen bzw. des BKK Bundesverbandes an diesem Handlungsfeld doch eher nachlassen, so sprechen zumindest zwei Gründe dafür, diesen Bereich durchaus schnell, zügig und in gleichwohl realistischen Schritten anzugehen:

1. Mit der Notwendigkeit zur schrittweisen Erhöhung der Lebensarbeitszeit werden gesundheitliche Interventionen gerade auch für ältere Menschen zu einer Grundvoraussetzung. Unter Berücksichtigung auch des demographischen Wandels ist auch

¹⁰³ Um gesundheitspolitische Grundsatzdiskussionen über die unterschiedliche Anwendung von EBM-Kriterien in der Kuration und Prävention zu vermeiden, sei darauf hingewiesen, dass die Mehrzahl der kurativen Maßnahmen keinesfalls hohe Maße an Evidenz aufweisen. Zum Anderen gibt es ohne die notwendige Anpassung der Durchführungsvoraussetzungen an den derzeitigen interventiven und evaluativen Kenntnisstand keine Entwicklungsmöglichkeiten auf diesem Feld. So hätten z.B. die Mehrzahl der vom Fonds Gesundes Österreich geförderten Projekte bei rigoroser Anwendung des Evidenzpostulats gar nicht durchgeführt werden können [Kirschner, Elkeles, Kirschner 2003].

nicht auszuschließen, vielmehr sogar davon auszugehen, dass bereits in wenigen Jahren – zumindest auf bestimmten Teilarbeitsmärkten – Engpässe auftreten können, die berufliche Wiedereingliederung von gesundheitlich beeinträchtigten Arbeitslosen und Langzeitarbeitslosen erforderlich machen können.

2. Bei allen noch bestehenden Unklarheiten über den derzeit diskutierten Präventionsfonds besteht – neben den damit auch wieder zu befürchtenden weiteren zeitlichen Verzögerungen des Angehens der erforderlichen Maßnahmen – die große Gefahr, dass es zu einer bloßen Ausweitung von Programmen auf der Grundlage nach wie vor häufig unzureichender Interventions- und Evaluationsstandards kommt.

7.3 Empfehlungen

Den i.f. abzuleitenden Empfehlungen sind folgende Fragestellungen unterlegt:

1. Sollten gesundheitliche Interventionen bei Arbeitslosen und Langzeitarbeitslosen verstärkt werden?
2. Wer sollte diese Interventionen durchführen? Was spricht für Krankenkassen und was insbesondere dabei für die Betriebskrankenkassen?
3. Welche Interventionen sollten durchgeführt werden?
4. Mit wem und wo sollten gesundheitliche Interventionen durchgeführt werden?
5. Mit welchen generellen Zielstellungen an die Qualität sollten diese gesundheitliche Interventionen durchgeführt werden?
6. Welche konkreten Maßnahmen und Vorhaben leiten sich insgesamt daraus ab?

7.3.1 Sollten gesundheitliche Interventionen bei Arbeitslosen und Langzeitarbeitslosen verstärkt werden?

Hält man trotz der gegenwärtigen sozialpolitischen Entwicklungen an den Prinzipien des Sozialstaatspostulats des Grundgesetzes fest, so ist hier in jedem Fall Handlungsbedarf angezeigt, da die Ursachen der Arbeitslosigkeit auch in staatlichen Politikdefiziten zu suchen sind, die gesundheitlichen Folgen der Arbeitslosigkeit also zurechenbar sind. Die enorme Morbiditätslast der Arbeits- und Langzeitarbeitslosen und ihre hohe Exposition mit Gesundheitsrisiken begründet damit prinzipiellen gesundheitspolitischen Handlungsbedarf, der bisher in Deutschland allerdings wegen nach wie vor fehlender Zielorientierung der Gesundheitspolitik kaum formuliert und noch weniger umgesetzt wird.

7.3.2 Wer sollte diese Interventionen durchführen? Was spricht für Krankenkassen und was insbesondere für die BKK?

Die Delegation primär staatlicher Aufgaben an Dritte ist ein Charakteristikum gerade der Gesundheitspolitik in Deutschland, wie es auch bei der Aufgabenzuweisung von Prävention und Gesundheitsförderung mit dem § 20 SGB V geschah.

Auch wenn auf der Grundlage des § 20 SGB V und seiner recht geringen finanziellen Unterfütterung die „präventive Wende“ in Deutschland keinesfalls allein hergestellt werden kann, sollte gerade mit der Forderung nach einer sozialkompensatorisch ausgerichteten Gesundheitsförderung die Gruppe der Arbeitslosen und Langzeitarbeitslosen stärker in den Mittelpunkt rücken.

Eine stärkere Ausrichtung der Gesundheitsförderung, wenn nicht sogar Priorisierung auf diese Zielgruppe ist darin begründet, dass sie unter gesundheitlichen Gesichtspunkten über keine Lobby und Interessenvertretung verfügt. Diese wird aber gerade dann zunehmend wichtiger, wenn – wie bereits in Ansätzen sichtbar – Gesundheit zum Handlungsfeld von Sozial- und Arbeitsämtern wird. Zudem können bei einer nicht auszuschließenden Intensivierung der „gesundheitlichen Arbeit“ in diesen Kontexten ggf. Leistungsausweitungen mit Kostenwirkungen zu Lasten der Krankenkassen verbunden sein, so dass es schon aus diesen Gründen sinnvoll ist, an entsprechenden Maßnahmen und Regelungen steuernd beteiligt zu sein.

Schließlich kann das Engagement in dieser Sache durch Krankenkassen zumindest längerfristig die weitgehende Tabuisierung des Themas Arbeitslosigkeit hinsichtlich ihrer Ursachen und Folgen durchbrechen.

Und letztlich verfügen die Krankenkassen einmal über hinreichende Interventionserfahrungen, zum zweiten über Management- und Handlungsstrukturen, die es erlauben, den zweifellos schwierigen Weg des Aufbaus einer entsprechenden, erfolgreichen Gesundheitsförderungslandschaft schneller und erfolgreicher zu gehen als erst noch zu schaffende Institutionen, von denen heute kaum mehr bekannt ist als ihre Finanzierungsart.

Gilt dies für alle Kassen, so spricht gerade für die Betriebskrankenkassen, dass sie sich bereits auf dem Feld der betrieblichen Gesundheitsförderung einen Namen gemacht haben, an deren Erfolge in vielfältiger Weise angeknüpft werden könnte (vgl. i.e. Kap. 7.3.6). Und aufgrund der Betriebsnähe können BKK'en schneller auf einen möglichen Verlust eines Arbeitsplatzes eingehen und u.a. Outplacement-Beratungen anbieten.

7.3.3 Welche gesundheitlichen Interventionen sollten durchgeführt werden?

Wir haben bereits mehrfach darauf hingewiesen, dass bei der hohen Ausprägung von gesundheitlichen Risiken und gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Arbeits- und Langzeitarbeitslosen allein gesundheitsfördernde Strategien auf der Grundlage des § 20 SGB V unzureichend sein werden, weil:

- bei bis zu 60% der Langzeitarbeitslosen (z.B. eines Arbeitslosenzentrums) erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen bestehen, die ggf. prioritärer diagnostischer, therapeutischer und ggf. auch rehabilitativer Versorgung bedürfen,
- zumindest bei dieser Gruppe die direkte Verbesserung des Gesundheitszustandes durch derartige Maßnahmen vordringlicher und auch effektiver ist, wie auch die Akzeptanz von Maßnahmen der Gesundheitsförderung allein hier als deutlich geringer einzuschätzen ist,

- bestimmte Maßnahmen der Gesundheitsförderung in der Gruppe der gesundheitlich Beeinträchtigten auch auf Kontraindikationen zu überprüfen sind.

Wie auf der folgenden Abbildung zu erkennen, lassen sich gesundheitliche Interventionen zunächst dahingehend unterscheiden, ob sie nur auf Maßnahmen nach § 20 SGB V begrenzt sind oder ob sie Gesundheit umfassend fördern wollen und therapeutische und ggf. rehabilitative Maßnahmen notwendigerweise mit umfassen. Sind Letztere per se bedarfsorientiert, lassen sich bei den „einfachen“ Maßnahmen der Gesundheitsförderung noch angebots-/nachfrageorientierte und bedarfsorientierte Strategien unterscheiden.

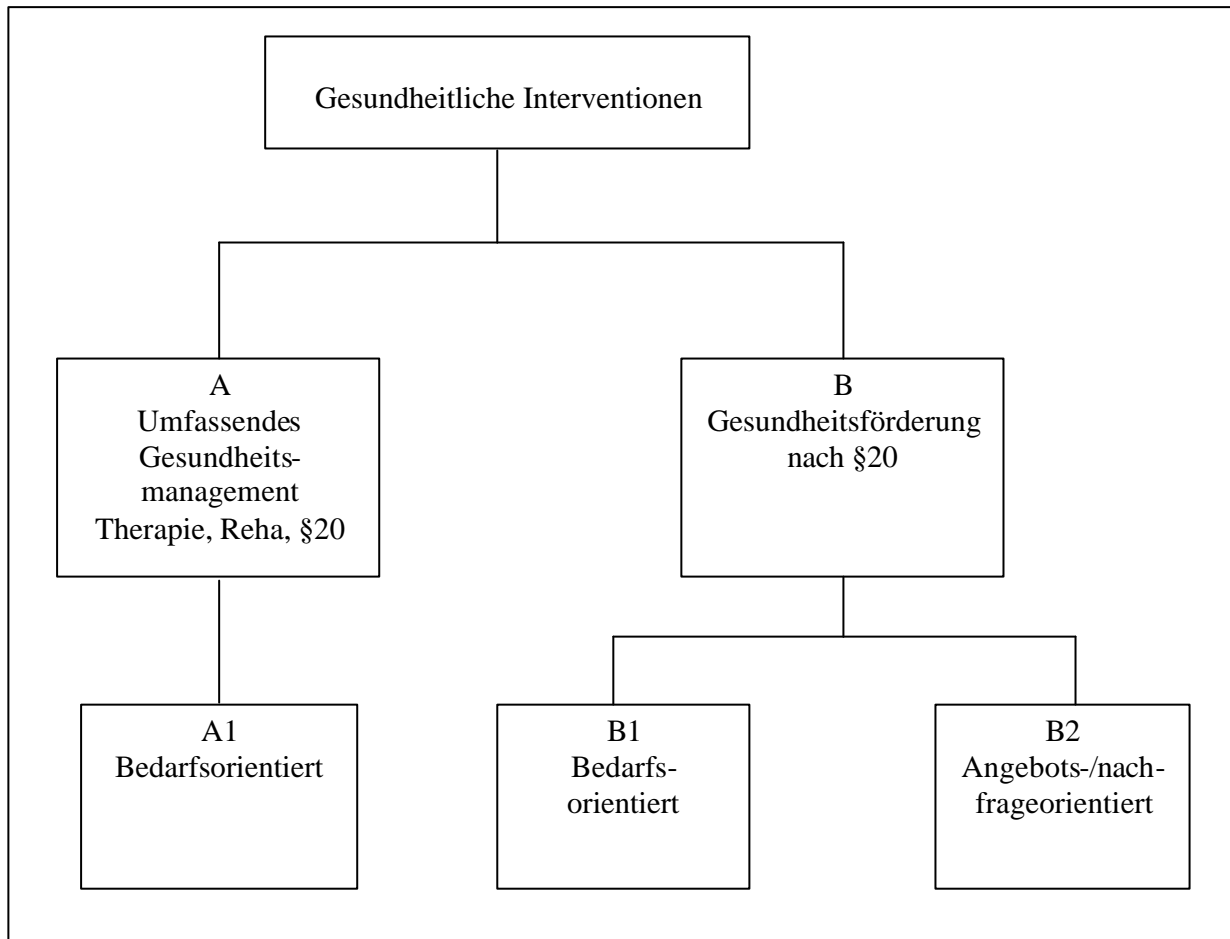
B2-Strategien dürften den sozialkompensatorischen Anspruch gerade nicht einlösen können, da die Inanspruchnahme von Arbeitslosen wahrscheinlich quer zum sozialepidemiologischen Bedarf liegen wird. B1-Strategien sind schon komplexer. Sie setzen aber zunächst die Bestimmung der prinzipiellen gesundheitsfördernden Bedarfe in empirischen Untersuchungen, die Ableitung gezielter Interventionskonzepte und die Entwicklung bzw. Weiterentwicklung von Instrumenten zum Assessment in der späteren Intervention voraus.

Noch komplexer sind A-Strategien, da sie nicht nur spezifisch gesundheitsfördernde Bedarfe, sondern auch therapeutische und ggf. rehabilitative Bedarfe zu bestimmen haben. Nach den – allerdings begrenzten – Informationen aus den vorliegenden Projektstudien kann dabei davon ausgegangen werden, dass diagnostische und ggf. therapeutische Maßnahmen bei ca. der Hälfte der Arbeitslosen erforderlich werden, die gesundheitliche Einschränkungen aufweisen (vgl. Projekt 19,20). Damit weitet sich das Untersuchungs- und Abklärungsfeld auf Beschwerden, Krankheiten und die Häufigkeit und Art der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen aus.

A-Strategien sind nicht nur instrumentell hoch komplex, sie erfordern schon innerhalb einer Krankenkasse die Kooperation unterschiedlicher Ressorts und in der Vorbereitung und Intervention die weitere Kooperation mit BfA, LVA und niedergelassenen Ärzten sowie Rehabilitationseinrichtungen und weiteren Akteuren.

Angesichts der Morbiditätslast von Arbeits- und Langzeitarbeitslosen erscheinen A-Strategien prinzipiell erfolgreicher als B-Strategien, wenngleich diese Annahme durch (auch) vergleichende Interventionen und Evaluationen erst noch zu prüfen bzw. zu plausibilisieren ist.

Abb. 70 Art gesundheitlicher Interventionsstrategien



Beide Strategien umfassen zunächst nur univariate Interventionen im Feld Gesundheit, die sich allerdings – nach den zu bestimmenden prioritären Bedarfen – in multiple Gesundheitsinterventionen auffächern werden.

Will man nun Beschäftigungsförderung und Gesundheitsförderung kombinieren, so ergeben sich insgesamt sechs Interventionsformen.

Abb. 71 Prinzipielle Interventionsformen der Gesundheits- und Beschäftigungsförderung

Gesundheitliche Interventionsstrategien				
		B 2	B 1	A
Ohne Beschäftigungsförderung	1	B 21	B 11	A 1
Mit Beschäftigungsförderung	2	B 22	B 12	A 2

Bei den kombinierten Strategien wird damit die Komplexität noch einmal deutlich höher, da hier eine zusätzliche Kooperation mit den Arbeits- und Sozialämtern (bzw. Job-Centern) erforderlich ist. Den höchsten Komplexitätsgrad weist damit zweifellos die A2-Strategie auf.

7.3.4 Mit wem und wo sollten gesundheitliche Interventionen durchgeführt werden?

Im Rahmen von Strategien ohne gleichzeitige Beschäftigungsförderung fällt die Anbindung entsprechender Angebote in die Zuständigkeit der Krankenkassen. Bei den kombinierten Strategien sind die jeweils erforderlichen Kooperationspartner bereits benannt worden. Hinsichtlich der institutionellen Anbindung der jeweiligen Interventionen kommen drei Möglichkeiten in Betracht:

1. getrennte institutionelle Interventionen (Gesundheit in Anbindung an die Kasse, Beschäftigungsförderung in Anbindung an das Arbeits- bzw. Sozialamt bzw. an entsprechende Gesellschaften),
2. gemeinsame Anbindung an die Kasse,
3. gemeinsame Anbindung an das Arbeits- bzw. Sozialamt bzw. die Beschäftigungsgesellschaften.

Sind die Vor- und Nachteile dieser Anbindungsformen erst noch zu bestimmen, so spricht – vor dem Hintergrund des vielfach schlechten Rufes dieser Gesellschaften – u.E. Einiges gegen die dritte Möglichkeit. Und einen Imageschaden werden die Krankenkassen – nicht nur bei diesem Punkt – sicher zu vermeiden suchen.

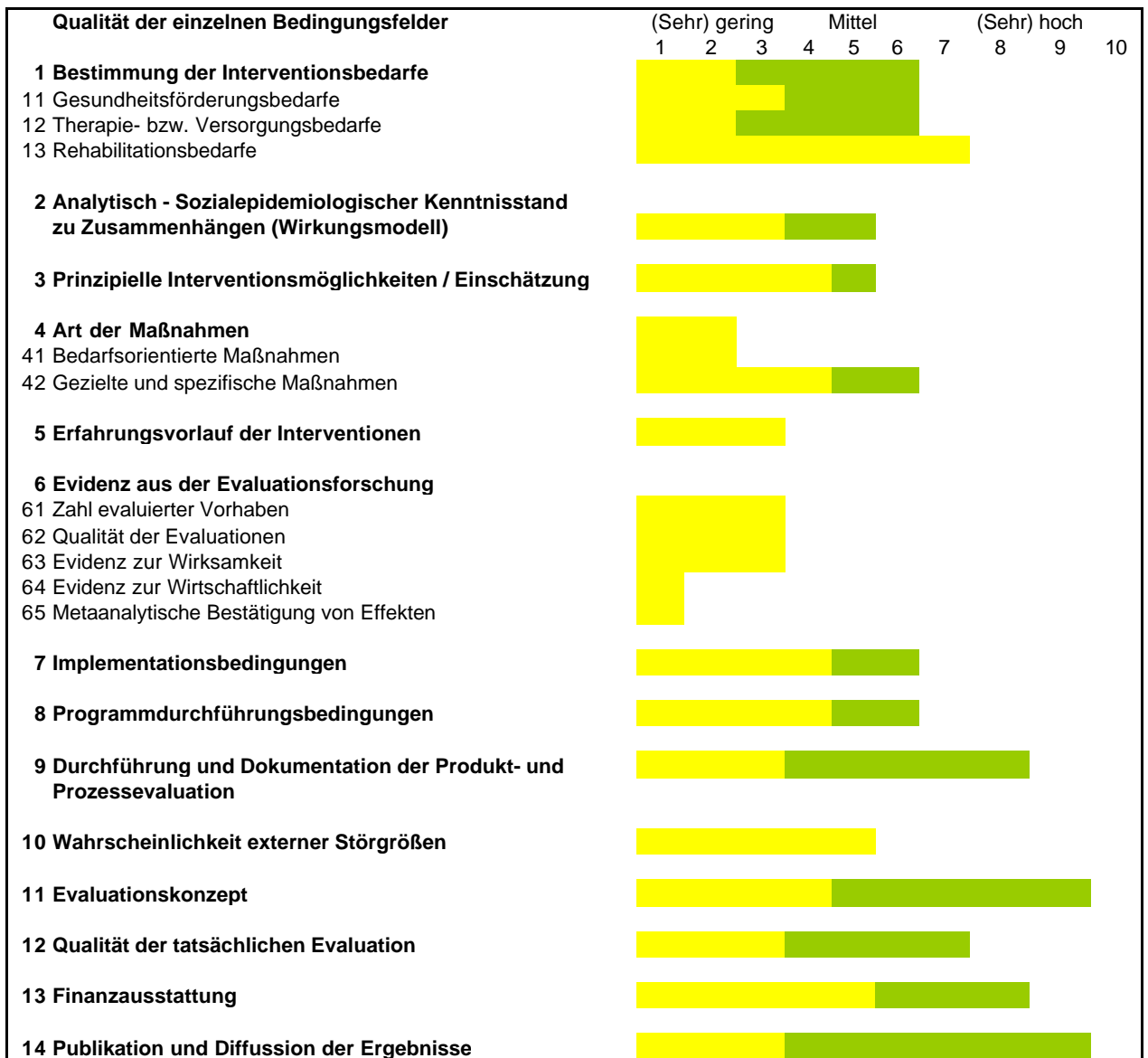
7.3.5 Mit welchen generellen Zielstellungen an die Qualität sollten diese gesundheitliche Interventionen durchgeführt werden?

Angesichts der Befunde zur Qualität von Interventionskonzepten, Interventionen und Evaluationen muss eine – nach welcher Strategie auch immer vorzunehmende – Verstärkung gesundheitlicher Interventionen bei Arbeitslosen begleitet sein von einer deutlichen Qualitätsverbesserung der Interventions- und Evaluationsstandards in allen Bereichen, die die Krankenkassen steuern können.

Wie in der folgenden Abbildung gezeigt, geht es darum, die bisher eher durchschnittlichen, z.T. sehr unterdurchschnittlichen Qualitäten durch geeignete Maßnahmen (vgl. Kap. 7.3.6.4) mehrheitlich zumindest in einen Bereich mittlerer Durchführungsqualitäten zu „verschieben“. Bei Einigen wird man aber bereits überdurchschnittliche und hohe Qualitätsanforderungen stellen können und müssen (z.B. Dokumentation, Evaluationskonzepte).

Insgesamt muss es das Ziel sein, die diesbezügliche Evidenz in der Evaluationsforschung in einem überschaubaren Zeitrahmen entscheidend zu verbessern.

Abb. 72 Anhebung der Interventions- und Evaluationsqualitäten (Ist- und Soll)



7.3.6 Welche konkreten Maßnahmen und Vorhaben leiten sich daraus ab?

Will man für diese Empfehlungen und Empfehlungsalternativen abschließend konkrete, kurz- und mittelfristige Maßnahmen und Vorhaben zur jeweiligen Umsetzung ableiten, so ist eine Unterscheidung nach den Strategiearten mit jeweils steigendem Grad an Komplexität sinnvoll bzw. erforderlich. Dabei sind sie als Ergänzung bzw. Erweiterung der von den Betriebskrankenkassen aktuell vorgenommenen Maßnahmen und Analysen zu verstehen.

7.3.6.1 Angebots-/nachfrageorientierte Strategien der Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V

Die einfachste, aber auch als wahrscheinlich wenig effektiv einzuschätzende Strategie impliziert den geringsten vorbereitenden und konzeptionellen Aufwand. Erforderlich sind:

1. Eine Zusammenstellung möglicher (auch kombinierter) Angebotsarten (Stressbewältigung, Ernährung, Sport etc.) in der Art der den Kassen bekannten Angebote,
2. Die ex-ante-Einschätzung der Wirksamkeit insgesamt und bei der Zielgruppe der Arbeitslosen,
3. Die Klärung der prinzipiellen Akzeptanz und Teilnahmebereitschaft durch eine (repräsentative) Befragung der unterschiedlichen Gruppen der von Erwerbslosigkeit Betroffenen,
4. Die Klärung technischer, organisatorischer Maßnahmen und der Kosten.

Allenfalls die zweite Aufgabe stellt hier höhere Anforderungen.

7.3.6.2 Bedarfsorientierte Strategien der Gesundheitsförderung und des Gesundheitsmanagements

Bedarfsorientiertes Vorgehen heißt, dass man zunächst die wichtigsten Interventionsbedarfe (gerade auch in möglichen Kombinationen) kennen muss. Dies macht u.E. zunächst die Durchführung einer repräsentativen Befragung von Arbeitslosen erforderlich, die sich bei B-Strategien auf die Erfassung der Ausprägung von Gesundheitsrisiken und -ressourcen und die Klärung der prinzipiellen Akzeptanz und Teilnahmebereitschaft beschränken kann, bei Gesundheitsmanagementstrategien u.E. quasi die Durchführung eines Gesundheitssurveys erfordert. In einer typologischen Auswertung der Daten (vgl. Kap. 3) können so spezifische Zielgruppen und Bedarfe detailliert herausgearbeitet werden und entsprechende Maßnahmen und Maßnahmenbündel konzipiert werden.

Forderungen und Empfehlungen nach der Schaffung primärstatistischer Datengrundlagen durch Surveys stoßen häufig auf nur geringe Akzeptanz und werden gerne mit dem Argument zurückgewiesen, dass es hierzu bereits „genügend“ Daten gäbe. Dieses Argument ist zu widerlegen: ein Datensatz, der die erforderlichen Variablen zu Gesundheitszuständen, -risiken und -ressourcen, der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, zur sozialen und beruflichen Situation, zur Zukunftsorientierung und zur Akzeptanz und potentiellen Inanspruchnahme von Maßnahmen (um nur die Wichtigsten zu nennen) für die Gruppe der Arbeitslosen und Sozialhilfeempfänger enthält, existiert nicht. Empfohlen wird deshalb die Erstellung eines Gutachtens zum Thema: „Umfang und Qualität vorliegender integrierter bzw. integrierbarer gesundheitlicher und sozialer Daten von Arbeitslosen und Sozialhilfeempfängern“. Mit einem solchen Gutachten sollte u.E. die derzeitige Datenlage quantitativ und qualitativ bewertet werden und

Schlussfolgerungen für die Möglichkeiten und Instrumente einer systematischen Bedarfsbestimmung abgeleitet werden.¹⁰⁴

Neben einem möglichen „Eingangssurvey“ sollte u.E. bei der A-Strategie der Frage nach dem Bedarf und der Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen durch Arbeitslose in einem weiteren Gutachten nachgegangen werden.

Darüber hinaus ist ein zu schaffender empirischer Datensatz aber auch schon zur Möglichkeit der Prüfung von Selektionen der späteren Inanspruchnahmepopulationen in der Intervention gegenüber der Grundgesamtheit unerlässlich. Diese Selektionsprüfung ist zur Verbesserung der Evaluationsstandards grundlegend erforderlich.

7.3.6.3 Kombinierte Strategien des Gesundheitsmanagements und der Beschäftigungsförderung

Die mögliche Ambivalenz kombinierter Strategien macht u.E. zunächst eine nähere Untersuchung dazu erforderlich, ob und wenn ja im Rahmen der MoZArt Projekte und anderer vergleichbarer Vorhaben (z.B. Sozialagenturen) durch Maßnahmen einer erfolgreichen Wiederbeschäftigung oder auch durch vorgenommene Sanktionen ggf. negative soziale, ökonomische und ggf. auch gesundheitliche Wirkungen aufgetreten sind. Methodisch ist diese Untersuchung aber nicht einfach. Wir schlagen vor, hier zunächst eine kritische Re- und Metaanalyse der Evaluationen und Publikationen zu MoZArt und den Sozialagenturen vorzunehmen.

Erforderlich wären auch hier zunächst die oben genannten Vorarbeiten, wobei in der repräsentativen Befragung zusätzlich der Komplex „Bedingungen für Wege aus der „Erwerbslosigkeit“ berücksichtigt werden muss.

Weiter sind dann zu klären:

1. das Interesse, die Akzeptanz und die jeweilige (prinzipielle) Kostenträgerschaft zunächst auf der Ebene der „Hauptverwaltungen“, d.h. dem BKK BV und ggf. anderer Kassen, der BA, dem Deutschen Städte- und Landkreistag, dem VDR, der BfA, den LVAen, KBV, BDA, sowie dem DGB.
2. bei positivem Ausgang wären dann im regionalen Raum (z.B. per Ausschreibung) Kooperationspartner zu suchen, bei denen unter allen Akteuren ein durchgängig hohes Interesse besteht, das eine ausreichende Qualität in der Programmimplementation und -durchführung sichert.

¹⁰⁴ Auf die Notwendigkeit einer derartigen typologischen Bedarfsbestimmung durch „mapping“ weist auch Brigitte Ruckstuhl (leitende Mitarbeiterin der Schweizer Stiftung für Gesundheitsförderung, zuständig für Evaluation und Qualitätssicherung) in unserem Expertengespräch vom 23.09.03 hin

Führt eine grundsätzliche Klärung unter 1) zu einem positiven Ergebnis, kann auf der Grundlage des „Eingangssurveys“ unmittelbar mit der konzeptionellen Arbeit zur Entwicklung der Interventionsmaßnahmen begonnen werden.

Im Rahmen des zweiten Arbeitsschritts (regionale Umsetzung) wäre v.a. die institutionelle Anbindung der Intervention zu klären (vgl. Abb. 73).

Abb. 73 Kooperationsformen einer integrierten, umfassenden Gesundheits- und Beschäftigungsförderung (A-Strategien)

Bundesanstalt für Arbeit	BfA	LVA
Deutscher Städtetag	BKK Bundesverband	Landesarbeitsämter
Deutscher Landkreistag	BDA / Gewerkschaften	KBV / VDR
Arbeitsamt	Rehazentren	Gesundheitszentren
Sozialamt	Einzelne BKK	Interventoren
ÖGD	Evaluatoren	Niedergelassene Ärzte

In der praktischen Erprobung dieses Modells muss v.a. auch die optimale institutionelle Anbindung dieser Strategie geklärt werden, so dass diese in zwei, wenn nicht – mit Blick auf unterschiedliche Arbeitsmarktkonstellationen – in mindestens vier Modellregionen überprüft werden sollten.

7.3.6.4 Empfehlungen zur Konzeption, Implementation, Durchführung und Evaluation von Programmen

Die im Kap. 7.3.5 formulierten Ziele zur Qualitätsverbesserung von Interventionen und Evaluationen können erreicht werden, wenn:

- die Erarbeitung von Wirkungsmodellen im Rahmen von Anträgen zur Auflage gemacht wird,
- das Verfahren der ex-ante-Wirksamkeitseinschätzung vorgeschlagener Interventionen intensiviert, verbessert und v.a. an externe Experten vergeben wird und nicht mehr allein durch die Antragsteller erfolgt,
- die ex-ante-Einschätzung möglicher Schwierigkeiten in der Implementation und Programmdurchführung verstärkt und verbessert wird, auch hier zusätzlich durch externe Gutachter,
- die Qualität der Projektdokumentation verbessert wird,

- die Anforderungen an die Produkt-, Prozess- und Ergebnisevaluation entscheidend erhöht werden,
- die Produkt- und Prozessevaluation intern und die Ergebnisevaluation regelmäßig extern durchgeführt wird,
- potentielle Projektnehmer verpflichtet werden, Basisqualifikationen in der Evaluation (v.a. der Produkt- und Prozessevaluation) nachzuweisen,¹⁰⁵
- auf eine ausreichende Finanzausstattung der Evaluation geachtet wird, um die Evaluationsqualitäten nicht hier wieder zu beschneiden,
- in einer Schriften- und Buchreihe die Projekte in ihren verschiedenen Phasen dargestellt werden, um auch das Maß an grauer Literatur zu verringern. Damit kann auch der publication-bias zumindest reduziert werden,
- ein „offenes Hypothesentesten“ in stärkerem Maße möglich wird und die Einsicht greift, dass auch aus leider offensichtlich nicht wirksamen Programmen regelmäßig viel gelernt werden kann.

7.3.7 Zusammenfassung der Empfehlungen

Die sozialepidemiologische Datenlage legt es nahe, gesundheitliche Interventionen bei Arbeits- und Langzeitarbeitslosen entscheidend zu verstärken, auch wenn die Evidenz zur prinzipiellen Wirksamkeit spezifisch gesundheitlicher Interventionen derzeit insgesamt als noch eher gering bezeichnet werden muss. Die Krankenkassen (bzw. die Betriebskrankenkassen) kommen hier nicht nur wegen Ihrer Zuständigkeiten und Erfahrungen im Rahmen von § 20 SGB V prioritär in Frage.

Prinzipiell sind sechs verschiedene Interventionsstrategien möglich, die von noch recht einfachen angebots-/nachfrageorientierten Angeboten der bloßen Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V bis zu hochkomplexen Interventionen des Gesundheitsmanagements in Verbindung mit Maßnahmen der Beschäftigungsförderung reichen, die über Maßnahmen der Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V weit hinausgehen und auf der Grundlage eines gesundheitlichen Assessments ggf. auch ergänzende therapeutische und/oder rehabilitative Maßnahmen umfassen.

Das zuletzt genannte Modell entspricht in der doppelten Zielsetzung von Beschäftigungs- und Gesundheitsförderung dem Modell der „arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung“, geht jedoch bei den gesundheitlichen Interventionen weit über Maßnahmen der Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V hinaus. Für ein diesem Modell entsprechendes Vorhaben mit dem Namen AmigA (Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung), wird derzeit unter Federführung des zuständigen Ministeriums in Brandenburg (MASGF) eine Machbarkeitsstudie durchgeführt.

¹⁰⁵ Dies kann z.B. durch die Nutzung der Internetseiten www.quintessenz.ch oder mit der Ende des Jahres im Netz verfügbaren Seite „Evaluation im Gesundheitswesen“ [Elkeles, Kirschner 2003] im Rahmen des BMBF-Projektes „Hochschulen für Gesundheit“ (Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg) geschehen.

Alle sechs Interventionsstrategien erfordern unterschiedlich komplexe Vorarbeiten, bevor mit der konzeptionellen Arbeit überhaupt begonnen werden kann. Diese sind in der folgenden Abbildung benannt.

Abb. 74 *Erforderliche Vorarbeiten (A,B) bei den unterschiedlichen Strategieansätzen und weitere Maßnahmen der Qualitätssicherung (C)*

	Angebots/nachfrage orientierte Maßnahmen der Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V	Bedarfsorientierte Maßnahmen der Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V	Bedarfsorientierte Maßnahmen des Gesundheitsmanagements (§ 20 SGB V) und therapeutisch/rehabilitative Maßnahmen
A	Ohne Beschäftigungsförderung	Ohne Beschäftigungsförderung	Ohne Beschäftigungsförderung
	1 Zusammenstellung möglicher (auch) kombinierter Angebote	1 Gutachten zur Qualität, Quantität und Integrierbarkeit von Sozial- und Gesundheitsdaten bei Arbeitslosen und Sozialhilfeempfängern	1 Gutachten zur Qualität, Quantität und Integrierbarkeit von Sozial- und Gesundheitsdaten bei Arbeitslosen und Sozialhilfeempfängern
	2 Gutachten zur ex-ante Einschätzung der Wirksamkeit entsprechender Interventionen und Aufarbeitung der akt. Evidenzlage*	2 Repr. Befragung zu gesundheitlichen Risiken und zur Akzeptanz und potentiellen Inanspruchnahme von Maßnahmen*	2 Repr. Befragung zu gesundheitlichen Risiken, zum Gesundheitszustand und zur Akzeptanz und pot. Inanspruchnahme*
	3 Repräsentative Befragung zur Akzeptanz und pot. Inanspruchnahme**	3 Typologische Bestimmung spezifischer Bedarfslagen	3 Typologische Bestimmung spezifischer Bedarfslagen
	4 Konzeptentwicklungen (vgl. C)	4 Gutachten zur ex-ante Einschätzung der Wirksamkeit entsprechender Interventionen und Aufarbeitung der akt. Evidenzlage	4 Gutachten zur ex-ante Einschätzung der Wirksamkeit entsprechender Interventionen und Aufarbeitung der akt. Evidenzlage
		5 Konzeptentwicklungen (vgl.C)	5 Gutachten zum Bedarf und der (bisherigen) Inanspruchnahme von Rehammaßnahmen
			6 Konzeptentwicklungen (vgl.C)
B	Mit Beschäftigungsförderung	Mit Beschäftigungsförderung	Mit Beschäftigungsförderung
	1 Kritische Re- und Metanalyse gesundheitlicher und sozialer Auswirkungen der MoZArt Modellvorhaben und der Sozialagenturen	2 Klärung der Akzeptanz und des Interesses bei den jeweiligen Hauptverwaltungen (Intern, BA, Städtetag, LkTag, VdR, KBV, BdA etc.)	
	3 Klärung rechtlicher und finanzieller Fragen	4 Klärung der Akzeptanz und des Interesses bei den örtlichen Umsetzungsträgern (BKK, Job-Center, Ärzte, Rehaeinrichtungen, Arbeitgeber etc)	
	4 Klärung der institutionellen "Anbindung" kombinierter Maßnahmen	5 Klärung der institutionellen "Anbindung" kombinierter Maßnahmen	
	5 Empirische Bestimmung von möglichen weiteren individuellen Hemmnissen zum Ausstieg aus der Arbeitslosigkeit bzw. Sozialhilfe (Befragung s.o.)	6 Empirische Bestimmung von möglichen weiteren individuellen Hemmnissen zum Ausstieg aus der Arbeitslosigkeit bzw. Sozialhilfe (Befragung s.o.)	
	7 Konzeptentwicklungen (vgl.C)	7 Konzeptentwicklungen (vgl.C)	
C	1 Verbesserung der ex-ante Wirksamkeitseinschätzung durch (auch) externe Gutachter	2 Klärung der Akzeptanz und des Interesses bei den jeweiligen Hauptverwaltungen (Intern, BA, Städtetag, LkTag, VdR, KBV, BdA etc.)	
	2 Verbesserung der ex-ante Einschätzung möglicher Implementations- und Umsetzungsprobleme durch (auch) externe Gutachter	3 Klärung rechtlicher und finanzieller Fragen	
	3 Schulung von Projektnehmern in der Produkt- und Prozessevaluation mit entsprechenden Nachweispflichten	4 Klärung der Akzeptanz und des Interesses bei den örtlichen Umsetzungsträgern (BKK, Job-Center, Ärzte, Rehaeinrichtungen, Arbeitgeber etc)	
	4 Interne Produkt- und Prozessevaluation und externe Ergebnisevaluation	5 Klärung der institutionellen "Anbindung" kombinierter Maßnahmen	
	5 Ausreichende Finanzausstattung für die Evaluation	6 Empirische Bestimmung von möglichen weiteren individuellen Hemmnissen zum Ausstieg aus der Arbeitslosigkeit bzw. Sozialhilfe (Befragung s.o.)	
	6 Ausreichende Ausfinanzierung der einzelnen Projekte	7 Konzeptentwicklungen (vgl.C)	
	7 Höchste Anforderungen an die Evaluationskonzepte (Gutachterliche Verfahren)	8 Einrichtung einer Schriften- und Buchreihe zur regelmäßigen Publikation (Reduktion grauer Literatur)	
	8 Einrichtung einer Schriften- und Buchreihe zur regelmäßigen Publikation (Reduktion grauer Literatur)	9 Weitere Problematisierung des Evidenzpostulats nach § 20 SGB V	
	9 Weitere Problematisierung des Evidenzpostulats nach § 20 SGB V		

* Dabei wird in der Regel eine zusammenfassende Bewertung vorliegender Interventionsergebnisse und vorhandener Metaanalysen genügen.
 ** Die repr. Befragungen enthalten natürlich auch Fragen zur beruflichen und sozialen Lage vor und in der Arbeitslosigkeit.

Insgesamt zeigt sich, dass die Verstärkung der sozialkompensatorischen Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen hohe und bei komplexen Strategien sehr hohe wissenschaftliche und auch organisatorische Herausforderungen stellt. Gleichwohl ist davon auszugehen, dass, wenn man sich entschließt, diesen Weg – den Empfehlungen folgend – zu gehen, in einem überschaubaren Zeitraum eine deutlich bessere Evidenz zu den Möglichkeiten und Wirkungen gesundheitlicher Interventionen bei Arbeitslosen vorhanden sein wird.

Diese Perspektive kann bei den zweifellos großen Herausforderungen den erforderlichen Optimismus eher schaffen als der Blick auf die nächsten fünf bis zehn Jahre, der wieder mit Grundsatzdiskussion und zaghaften Experimenten verstreicht.

Wenn wir einleitend für eine rasche, aber auch realistische Weiterentwicklung der „Gesundheitsförderung“ bei Arbeitslosen plädierten, so bedeutet dies vor dem Hintergrund der vorgenommenen Empfehlungen bzw. Empfehlungsalternativen letztlich, dass u.E. schwerpunktmäßig mit den vorbereitenden und konzeptionellen Arbeiten im Rahmen der umfassenden bedarfsorientierten Gesundheitsmanagementstrategie (A1) begonnen werden sollte.

Eine kombinierte beschäftigungsfördernde und gesundheitliche Strategie (A2) sollte als Oberziel formuliert werden, das aber erst praktisch angegangen werden sollte, wenn:

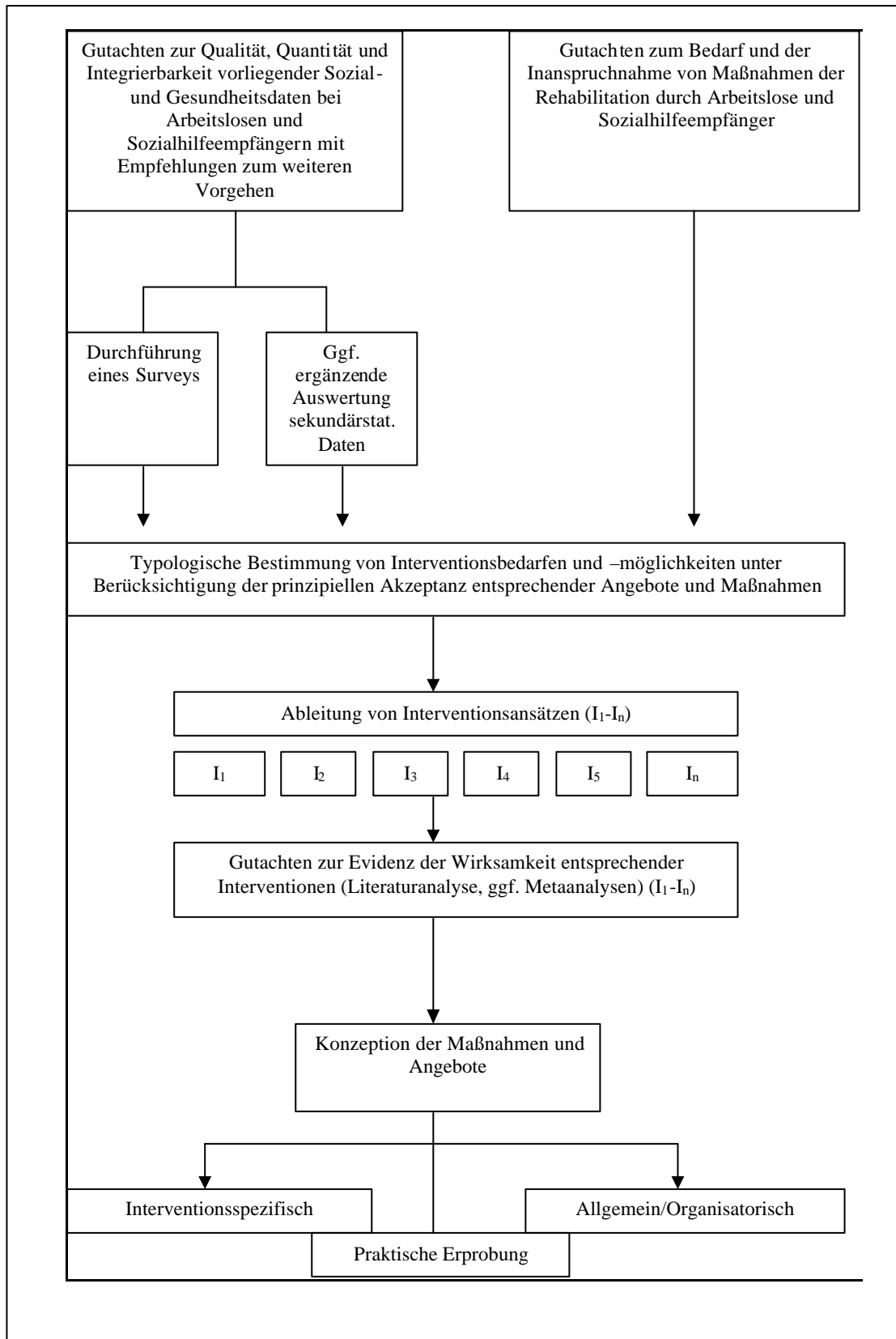
- der gesundheitsbezogene Interventionsteil (weitgehend) steht,
- die rechtlichen und institutionellen Grundlagen der zukünftigen Job-Center klar sind
- und sich dort stabile Handlungsrouninen entwickelt haben.

Gleichzeitig könnte zunächst das Ergebnis der Machbarkeitsstudie in Brandenburg abgewartet werden. Dies schließt natürlich nicht aus, dass auf leitender Ebene der Akteure auch schon heute orientierende Gespräche über dieses Hauptziel unmittelbar geführt werden. In einer Phase, in denen die Konzepte und Instrumente der Interventionen des Gesundheitsmanagements noch fehlen und auch noch weitgehend unklar sind, sich in ein fragiles Interventionsfeld multipler Zuständigkeiten und Trägerschaften zu begeben, führt gerade nicht zur Verbesserung der Interventions- und Evaluationsstandards, sondern zur Perpetuierung ihrer Misere.

Insgesamt wird also vorgeschlagen, den Entwicklungs- und Erprobungsprozess für eine umfassende Strategie des Gesundheitsmanagements einzuleiten, der die in der Abb. 75 benannten Aufgaben und Arbeitsschritte erforderlich macht. Der Zeitbedarf bis zur Konzeption der ersten Angebote wird auf 12 Monate geschätzt. (Gutachten und Survey neun Monate, Ableitung von Interventionen und Gutachten zur jeweiligen Evidenzlage drei Monate).

Will man den Weg der kombinierten Gesundheits- und Beschäftigungsförderung im Sinne eines mittelfristigen Ziels gehen, so muss abschließend auf ein hierbei wohl unauflösbares Grundproblem hingewiesen werden. Diese Strategien sind nur in einer – wie auch immer gearteten – Kooperation mit dem Arbeits- bzw. Sozialamt möglich. Damit dürften entsprechend den langjährigen Denk- und Handlungsmustern dieser Behörden die Wiedereingliederungsraten auf den Arbeitsmärkten zum prioritären Effektivitätskriterium werden. Kann man auf Seiten der Betriebskrankenkassen hier noch zumindest auf einer gleichgewichtigen Berücksichtigung auch der gesundheitlichen Effekte bestehen, so ist die Maximierung der Wiedereingliederungsquoten in der Praxis der Intervention allerdings unauflösbar mit einer bevorzugten Berücksichtigung von leichter vermittelbaren Arbeitslosen mit nur geringen gesundheitlichen Einschränkungen und auch deutlich geringerer Interventionsintensität verbunden.

Abb. 75 *Arbeitschritte zur Entwicklung und Erprobung einer umfassenden Strategie des Gesundheitsmanagements bei erwerbsfähigen Erwerbslosen*



Dies liegt nicht nur quer zum sozioepidemiologischen Bedarf, es führt zu einer Zementierung der gesundheitlichen Ungleichheit zwischen unterschiedlichen Arbeitslosen-Gruppen. Dem kann nur durch eine gleichgewichtige Berücksichtigung aller Bedarfsgruppen durch die Krankenkassen vorgebeugt werden.

Schließlich und letztlich sind bei Interventionen auch immer nicht nur die möglichen und zu erzielenden Hauptwirkungen zu berücksichtigen, sondern auch mögliche Nebenwirkungen. Auch wenn diese z.Zt. nicht unmittelbar ersichtlich sind, so müssen sie spätestens im Rahmen der Konzeptentwicklungen stärkere Berücksichtigung finden.

8 Literaturverzeichnis

Abgeordnetenhaus Berlin (Hrsg.). Zukunftfähiges Berlin – Bericht der Enquetekommission des Abgeordnetenhauses, 13. Wahlperiode. Berlin 1999

Abholz HH u.a. (Hrsg.). Risikofaktorenmedizin – Konzepte und Kontroverse. Berlin, New York: de Gruyter. 1982

Acheson D. Independent Inquiry into Inequalities in Health. Report of the Scientific Advisory Group. The Stationery Office. London: 1998

Albee GW., Gulotta PT. (Ed.). Primary Prevention Works. Thousand Oaks, London, New Dehli: Sage publications. 1997

Altgeld T. Diskussionsbeitrag zu §20 SGB V - Workshop Gesundheitsförderung § 20 SGB V – Anspruch und Umsetzung einer sozialkompensatorischen Prävention. Veranstalter von Gesundheit Berlin e.V., der AG Public Health des Wissenschaftszentrums und dem Berliner Zentrums Public Health Mittwoch, 19. September 2001 10:00 – 17:00 Uhr im Wissenschaftszentrum Berlin
http://www.gesundheitberlin.de/content/aktivitaeten/a_g/materialien/altgeld.pdf

Andreß HJ. Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit. In: Behrens J, Voges W (Hrsg.). Kritische Übergänge. Statuspassagen und sozialpolitische Institutionalisierung. Frankfurt: Campus. 1996; 227 - 273

Antonovsky A. Unravelling the mystery of health. How People manage Stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass. 1987

AOK (Hrsg.). Prävention für sozial Schwache – Dauerbrenner oder Strohfeuer im Kas- senwettbewerb. Dokumentation des Expertenhearings in Köln am 19.10.2001

Arbeitsamt Pforzheim. Arbeitsmarktprogramm Arbeitsamt Pforzheim 2003. http://www.arbeitsamt.de/pforzheim/aktuelles/amp_2003.pdf

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände. Dokumentation 2001 – Leistungen der Primärprävention und der

betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Absatz 1 und Absatz 2 SGB V. 2003 (Präventionsbericht)

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs.1 und 2. 21. Juni 2000

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §20 Abs.1 und 2. 27.Juni 2001

Arbeitslosenverband Deutschland - LV Brandenburg. Arbeitslosenservice Einrichtung, Sachstandsberichte vom 17.01.2001 und 31.01.2003

Arbeitslosenzentrum Düsseldorf. Jahresbericht 2002. Düsseldorf 2003

Arbeitslosenzentrum Düsseldorf. Projekt LOS (Langzeitarbeitslose orientieren sich). Jahresbericht für den Zeitraum 01.01.2002 bis 31.12.2002. Düsseldorf 2002

Arblaster L. et al. A systematic review of the effectiveness of health service interventions aimed at reducing inequalities in health. *J Health Serv Res Policy*, Vol.1, Number 2, April 1996; 93-103

Arnetz B. et al. Neuroendocrine and immunologic effects of unemployment and job security. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1991; 55; 76-80

Bamberg E, Busch C. Betriebliche Gesundheitsförderung durch Stressmanagementtraining: Eine Metaanalyse (quasi-)experimenteller Studien. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie* 40, 1996; 127-137

Banks M, Ullah P. Youth unemployment in the 1980s: Its Psychological Effects. London: Croom Helm. 1988

Behrens J, Dreyer-Tümmel A. Abstiegskarrieren und Auffangpositionen. Zur Abbildung des sozialen Schicksals von vorübergehend Arbeitsunfähigen in GKV-Daten. In: Behrens J, Voges W (Hrsg.). *Kritische Übergänge. Statuspassagen und sozialpolitische Institutionalisierung*. Frankfurt: Campus. 1996. 188-226

Bengel J et al. Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. *Schriftenreihe der BZgA: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung* Bd. 6, Köln 2001: BZgA 1999

Bergmann KE. et al. (Hrsg.). *Gesundheitsziele für Berlin*. Berlin, New York: de Gruyter. 1996

BMA. Einzelübersicht über die MoZart Modellvorhaben.http://www.bma-mozart.de/index_ie.html

BMAS (Hrsg.). Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen. Forschungsbericht Reihe Gesundheitsforschung Nr. 55. Bonn 1983

BMBF. http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/das_gfp/handlungsfelder/forschung/PublicHealth

BMGS. Bundesrepublik Deutschland – Nationaler Aktionsplan zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung. Berlin: o.J.

BMGS. Presserklärung zum Nationalen Aktionsplan zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung http://www.bma.de/bmgs3_3531.cfm

Bormann C, Kneip H. Arbeitslosigkeit und Gesundheit bei Frauen im Vergleich der alten und neuen Länder der Bundesrepublik Deutschland. Problemaufriss und Präventionsmöglichkeiten. In: Trojan A, Döhner H (Hrsg.). Gesellschaft, Gesundheit, Medizin – Erkundungen, Analysen und Ergebnisse. Frankfurt: Mabuse Verlag. 2002; 115-124

Bormann C. Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Sozialer Fortschritt 1992; 41, 3; 63-71

Bosch G, Knuth M. Das deutsche Beschäftigungssystem im 13. Jahr nach der Vereinigung. WSI-Mitteilungen 56, 2003; 5; 275-282

Bosch G. Konturen eines neuen NAV. WSI-Mitteilungen 54, 5. 2001; 219-230

Brenner MH. Estimating the effects of economic change on national health and social well-being. A study for the Subcommittee on Goals and Intergovernmental Policy of the Joint Economic Committee of Congress. Washington DC: U.S: Government Printing Office. 1984

Brenner SO, Petterson IL, Arnetz BLL. Stress reactions to unemployment among Swedish blue collar workers. In: Starrin, Bengt S, Per G, Wintersberger H (Hrsg.). Unemployment, Poverty and Quality of Working Life – Some European Experiences. Berlin: edition sigma. Rainer Bohn Verlag. 1989. 101-114.

Brinkmann C, Potthoff P. Gesundheitliche Probleme in der Eingangsphase der Arbeitslosigkeit. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 1983; 16, 4; 378-389

Brinkmann C, Wießner F. (Hrsg.). Innovationen in der Arbeitsmarktpolitik durch Freie Förderung. Begleitforschung zu Modellversuchen. Nürnberg, Reihe/Serie: Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung Nr. 260 Nürnberg 2002

Brinkmann C. Die individuellen Folgen langfristiger Arbeitslosigkeit. Ergebnisse einer repräsentativen Längsschnittuntersuchung. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt – und Berufsforschung 17, 4. 1984; 454-473

Büchtemann CF, Infratest Sozialforschung. Die Bewältigung von Arbeitslosigkeit im zeitlichen Verlauf. Repräsentative Längsschnittuntersuchung bei Arbeitslosen, Abgängen aus Arbeitslosigkeit und beschäftigten Arbeitnehmern 1978-1982. Bd. 85 der Reihe

Forschungsberichte des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung. Bonn: Eigenverlag 1983

Bundesanstalt für Arbeit. Der ärztliche Dienst der Bundesanstalt für Arbeit. Arbeitsamt-online, o.J.

Bundesanstalt für Arbeit. Statistiken der Bundesanstalt für Arbeit.
<http://www.arbeitsamt.de>

Bundesgesundheitsamt (Hrsg.). 100 Jahre Bundesgesundheitsamt. 1983

Bündnis 90/Die Grünen: Leitantrag für die Sonderbundesdelegiertenkonferenz am 14./15.06.2003 in Cottbus. http://www.gruene-partei.de/rsvgn/rs_dok/0,37707,00.htm

Büssing A. Arbeitslosigkeit – Differentielle Folgen aus psychologischer Sicht. Arbeit, Heft 1, Jg.2. 1993; 5-19

BZgA (Hrsg.). Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention, BZgA Fachheftreihe Band 15. 2001

BZgA. Bestandsaufnahme von Projekten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in der Bundesrepublik Deutschland <http://www.bzga.de/entry.php3?id=seite1068>"

Caplan RD. et al. Job seeking, reemployment, and „mental health“: A randomized field experiment in coping with job loss. *Journal of Applied Psychology*, 74 (5). 1989; 759-769

Caritas. Hilfe in besonderen Lebenslagen. <http://www.caritas.de/2098.html>

CDU/CSU. Offensive für einen zukunftsfähigen Sozialstaat der CDU/CSU. <http://www.cdu.de/presse/archiv-2002/seehofer.pdf>

Chauvin P. et al. (Ed.). Prevention and health promotion for the excluded and the destitute in Europe. Amsterdam, IOS Press, 2002, Biomedical and Health Research.

Cramer R. et al. Suchintensität und Einstellungen Arbeitsloser. Nürnberg: BeitrAB 261; 2002.

Dähne J. Prävention auch bei Arbeitslosen verbessern, *Arbeit & Ökologie*. 7, 2003; 25-26

DGB Bundeskongress 2002. Antrag: Modernisierung für Gesundheit, Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
http://dgb-nrw.meder.de/themen/themen_a_z/abisz_doks/g/medium173/file_view_raw

DGB Bundeskongress 2002. Antragsblock 3 – Wirtschafts- und Strukturpolitik, Beschäftigungs- und Arbeitsmarktpolitik, Tarifpolitik:
http://www.dgb.de/dgb/dgb_kongress/dgb/dgb_kongress/beschluesse/

Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg. Stellungnahme des Diakonischen Werks Berlin-Brandenburg zu den Auswirkungen der Arbeitsmarktreform der Bundesregierung auf Ostdeutschland: vom 30.05.2003

Difu Projektgruppe Soziale Stadt. Soziale Stadt: Schwerpunkt: Gesundheitsförderung – Schlüsselthema integrierter Stadtentwicklung. Soziale Stadt; Info 11, März 2003.

Elkeles T. Arbeitslosigkeit, Langzeitarbeitslosigkeit und Gesundheit. Sozialer Fortschritt 1999; 48, 6: 150-155

Elkeles, T. Arbeitslosigkeit und Gesundheitszustand. In: Mielck, A, Bloomfield, K (Hg.) Sozialepidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim und München: Juventa, Reihe Gesundheitsforschung. 2001. 71 - 82

Elkeles, T. Arbeitende und Arbeitslose. In: Schwartz FW, Badura B, Busse R, Leidl R, Raspe H, Siegrist J, Walter U (Hg.) Das Public Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2., völlig neu bearbeitete und erweiterte. Aufl., München/Jena: Urban & Fischer. 2003. 653-659

Elkeles T. Arbeit/Arbeitslosigkeit und Gesundheit. In: Pschyrembel Wörterbuch Gesundheitswesen. Berlin: de Gruyter (im Erscheinen)

Elkeles T, Borchardt G. Forum Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung. Zusammenfassung und Forderungen. In: Geene, Raimund, Gold, Carola, Hans, Christian (Hg.). Armut und Gesundheit. Gesundheitsziele gegen Armut: Netzwerke für Menschen in schwierigen Lebensverhältnissen. Bd. 11 der Reihe Materialien für Gesundheitsziele. Berlin: b_books, 2002: 88 – 89

Elkeles T, Bormann C. Arbeitslose. In: Bundesvereinigung Gesundheit e.V. (Hg.): Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder. Neuwied: Luchterhand Verlag, 1999, II 6: 1-20.

Elkeles T, Bormann C. Arbeitslose. In: Homfeldt HG, Laaser U, Prümel-Philippsen U, Robertz-Großmann B (Hg.) Gesundheit: Soziale Differenz - Strategien - Wissenschaftliche Disziplinen. Neuwied: Luchterhand, Kriftel 2002: 11 - 28

Elkeles T, Georg A. Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen. Evaluation eines Modellprogramms. Weinheim/München: Juventa, 2002

Elkeles T, Georg A. Evaluation von Modellprogrammen – Zur Evaluationsmethodik bei komplexen staatlichen Förderprogrammen. In: Katenkamp O, Kopp R, Schröder A (Hg.): Praxishandbuch: Empirische Sozialforschung. Band 44 der Reihe Dortmunder

Beiträge zur Sozial- und Gesellschaftspolitik. Münster, Hamburg, London: LIT Verlag 2003: 286 – 306

Elkeles T, Kirschner W. Evaluation im Gesundheitswesen. Internetlernereinheit. Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg. Hamburg 2003. www.elearning.rzbd.haw-hamburg.de

Elkeles T, Mielck A. Soziale und gesundheitliche Ungleichheit - Theoretische Ansätze zur Erklärung sozioökonomischer Unterschiede bei Morbidität und Mortalität. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Nr. P 93 – 208. Berlin. 1993

Elkeles T, Mielck A. Entwicklung eines Modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit In: Das Gesundheitswesen, 1997a, 59, 3: 137-143

Elkeles T, Mielck A. Ansätze zur Erklärung und Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit In: Jahrbuch für Kritische Medizin 26 "Soziale Medizin". Hamburg: Argument-Verlag, 1997b: 23 - 44

Elkeles, T, Niehoff JU, Schneider F, Rosenbrock R (Hg.) Prävention und Prophylaxe. Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949-1990. Berlin. edition sigma - Rainer Bohn Verlag. 1991

Elkeles T, Seifert W. Arbeitslose und ihre Gesundheit – Langzeitanalysen mit dem Sozio-ökonomischen Panel. Soziale Welt. 1992; 43, 3: 278–300

Elkeles T, Seifert W. Arbeitslose und ihre Gesundheit - Langzeitanalysen für die Bundesrepublik Deutschland. In: Sozial- und Präventivmedizin. 1993a, 38, 2: 148-155.

Elkeles T, Seifert W. Unemployment and Health-Impairments: Longitudinal Analyses from the Federal Republic of Germany. In: European Journal of Public Health. 1993b, 3, 1: 28-37

Elkeles T, Seifert W. Migration und Gesundheit. Arbeitslosigkeits- und Gesundheitsrisiken ausländischer Arbeitsmigranten in der Bundesrepublik Deutschland. In: Sozialer Fortschritt. 1993c. 42, 10: 235-241

Elkeles T, Seifert W. Immigrants and Health. Unemployment- and Health – Risks of Labour Migrants in the Federal Republic of Germany, 1984 – 1992. Social Science & Medicine, 43, 7. 1996; 1035-1047

Elkeles T, Schulz D, Kolleck B, Behrens J. Erwerbsverläufe und gesundheitsbezogene Statuspassagen – empirische Beiträge zum Konzept der begrenzten Tätigkeitsdauer. Arbeit 9, 4. 2000; 306-320

Empter S, Frick F. (Hrsg.). Beschäftigungsorientierte Sozialpolitik in Kommunen. Bertelsmann-Stiftung 2000.

EQUAL. Neue Wege der Bekämpfung von Diskriminierung und Ungleichheiten im Zusammenhang mit dem Arbeitsmarkt. <http://www.equal-de.de/>

EU (Hrsg.). Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Gesundheitsförderung, -aufklärung, -erziehung und -ausbildung, Entwurf des Arbeitsprogramms 1999.

EU. Bericht über die soziale Eingliederung.
http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/soc-incl/index_de.htm

EU. Beschäftigungsobservatorium: Früherkennung („profiling“) von Langzeitarbeitslosen und ihre Überweisung in Arbeitsmarktmaßnahmen: Erfahrungen und Lehren aus mehreren Ländern
http://www.eu-employment-observatory.net/ersep/imi60_d/00140002.asp

EU. Health promotion and evaluation: Recommendations for policy makers, Report of the WHO European Working group on Health Promotion Evaluation, EUR/ICP/IVST/050103. 1998

EU. Vorbereitende Projekte des Programms zur Bekämpfung der Armut und sozialen Ausgrenzung
http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/soc-incl/prepmeasures/prepmeasures_de.pdf

EU. Megapoles. http://www.megapoles.com/index_de.html

EU. Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008) – Arbeitsplan 2003 http://europa.eu.int/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexapi!prod!CELEXnumdoc&lg=DE&numdoc=32002D1786&model=guichett

EU. Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Gesundheitsförderung (1996 – 2002)
<http://europa.eu.int/scadplus/printversion/de/cha/c11503.htm>

EU. Projektliste EQUAL. www.equal-de.de/download/EP_Adressen.xls

Figgen P. Das Kölner Job Center: MoZArt-Erfolgsmodell mit Zukunft. MoZArt Newsletter. 3/2003; 3-5

Freidinger G. Große Herausforderungen. Der Gemeinderat. 2/2003; 10-12

Frese M, Mohr G. Die psychopathologischen Folgen des Entzugs von Arbeit: der Fall Arbeitslosigkeit. In: Frese, M, Greif S, Semmer N (Hrsg.). Industrielle Psychopathologie. Stuttgart: Huber. 1978; 282-320

Friedrich U. Die Vorschläge der sog. Hartz-Kommission aus kommunaler Sicht. Anlage zum DLT-RS Nr. 357/2002 unter:
<http://www.kreise.de/landkreistag/dlt-aktuell/alhi-sozhi/357-A.pdf>

Friedrich W. et al. Evaluierung der Gemeinschaftsinitiative ADAPT in Deutschland. Köln: ISG. 2001

Friedrichs J. Methoden der empirischen Sozialforschung. Opladen: 1985

Friese K, Dudenhausen JW, Kirschner W, Schäfer A, Elkeles T. Risikofaktoren der Frühgeburt und ihre Bedeutung für Prävention und Gesundheitsförderung – eine Analyse auf der Grundlage des BabyCare Programms. Gesundheitswesen 65, 8/9. 2003; 477-485

Fryer, D. For better or for worse? Interventions and mental health consequences of unemployment. In Arch Occup Environ Health 1999; 72, 34-37

Füllgraff G. Public Health – gestern, heute, morgen – Vortrag auf der 10-Jahresfeier des BZPH. 8. November 2002. http://www.tu-berlin.de/bzph/EinzelneSeiten/Deutsche%20Version/UnterSeiten/Veranstaltungen/Veranstaltungen_2002/10%20Jahre%20BZPH/fuellgraff.htm

Gallo W, Kasl T, Stanislav V. The effect of job displacement on subsequent health. Proceedings of the 2000 Fourth International Conference of German Socio-Economic Panel Study Users (GSOEP). Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung 70. 2001; 1; 159-165

Geene R, Gold C, Hans C. (Hrsg.). Armut und Gesundheit. Gesundheitsziele gegen Armut: Netzwerk für Menschen in schwierigen Lebenslagen. Materialien für Gesundheitsförderung Band 10. Berlin: 2002

Gegenstimmen - attac lädt ein. Memorandum anlässlich der Veranstaltung in Berlin, 9.05.03

Geiger A, Kreuter H. (Hrsg.) European Health Foundation. Internationale Konferenz: Neue Partner für Gesundheit – Gesundheit auf dem Weg ins 21. Jahrhundert. G. Conrad, Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg, Schriftenreihe 2000; Band 4

Geißler H. Die neue soziale Frage. Analysen und Dokumente. Freiburg; 1976

Geißler R. Die Sozialstruktur Deutschlands. Die gesellschaftliche Entwicklung vor und nach der Vereinigung. Wiesbaden: 3. Aufl. Westdeutscher Verlag: 2002

Gepkens A, Gunning-Schepers L.J. Interventions to reduce socioeconomic health differences. European Journal of Public Health, 6. 1996; 218-226

Gerlinger T. Rot-grüne Gesundheitspolitik – eine Zwischenbilanz. Berlin: 2002; WZB P02-205

Geyer S, Peter R. Hospital admissions after transition into unemployment. Sozial- und Präventivmedizin. 2003; 48, 2; 105–114

Grobe T, Dörning H, Schwartz FW: GEK-Gesundheitsreport 1999: Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 12. Sankt Augustin, Aasgard -Verlag:1999

Grehl-Schmitt N. Alles EQUAL – oder ? Beschreibung des Projektes SPUK unter: <http://www.spuk.info/Material/AllesEQUAL.pdf>

Grobe T, Schwartz FW. Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Reihe „Gesundheitsberichterstattung des Bundes“, Heft 13 (Hrsg.). Robert-Koch-Institut. 2003

Haecker G, Kirschner W, Meinschmidt G. Zur Lebenssituation von Sozialhilfeempfängern in Berlin (West). Senatsverwaltung für Gesundheit, Diskussionsbeiträge zur Gesundheitsforschung, Nr. 14. 1990.

Haensch W. et al. Armut und Ungleichheit in Deutschland. Der neue Armutsbericht der Hans-Böckler-Stiftung, des DGB und des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes. Reinbek: 2000

Hamburger Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung. HAG Aktionsprogramm Gesunde Zukunft für Hamburg. Hamburg: 2003

Harvey, JH. (Ed.). Perspectives on Loss: A Sourcebook. Philadelphia: Brunner/Mazel, Taylor and Francis Group. 1998

Heinze RG, Bauerdick J. Arbeitslosigkeit. In: Albrecht G, Groenemeyer A, Stallberg FW. Handbuch Soziale Probleme. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag. 1999; 255–269

Henkel D. Arbeitslosigkeit und Alkoholismus. Epidemiologische, ätiologische und diagnostische Zusammenhänge. Weinheim: Deutscher Studien-Verlag. 1992

Hoefert HW. Arbeitslosigkeit und Gesundheit – eine kritische Zwischenbilanz. Psychomed 9. 1997; 1; 4-11

Hoeltz J, Bormann C, Schroeder E. Subjektive Morbidität, Gesundheitsrisiken, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Gesundheitsberichterstattung auf der Basis des 1. Nationalen Gesundheitssurvey der Deutschen Herz-/Kreislauf-Präventionsstudie, 2 Bände. Schriftenreihe Infratest Gesundheitsforschung. München: 1990

Hollederer A. Der Gesundheitszustand von Arbeitslosen in der deutschen Arbeitslosenstatistik. Manuskript. Angenommen für IAB Labour Market Research Topics 2003

Hollederer A. Arbeitslosenuntersuchungen – Arbeitslos – Gesundheit los – chancenlos? IAB Kurzbericht, Ausgabe Nr. 4.; 21.3.2003

Hollederer A. Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Ein Überblick über empirische Befunde und die Arbeitslosen- und Krankenkassenstatistik. MittAB. 3/2002; 411-428

Holling H. Evaluation eines Stressbewältigungstrainings. In: Holling H, Gediga G (Hrsg.). Evaluationsforschung. Göttingen: Hogrefe. 1999; 35-57

Hurrelmann K. Gesundheitssoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim: Juventa. 2000

Infas. MoZArt – Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung; Februar 2003

Jacobs K, Reschke P. Risikostrukturanalyse in der Krankenversicherung – Empirische Untersuchungen zur Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung. edition sigma. Berlin: Rainer Bohn Verlag, edition sigma. 1991

Jahoda M, Lazarsfeld PF, Zeisel H. Die Arbeitslosen von Marienthal. Leipzig: Verlag Hirzel. 1933

Jahoda M. Wieviel Arbeit braucht der Mensch? Weinheim/Basel: Beltz. 1983

Kaden K. Kunden- und Mitarbeiterbefragungen im QM-System der Bundesanstalt für Arbeit. Unter:<http://arbeitsamt.hdm-stuttgart.de/inhalt/nonprofit/kaden/text.htm>

Kahl H. et al. Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Gesundheitswesen 61 / Sonderheft 2. 1999; S162-168

Karasek R, Theorell T. Healthy Work, Basic Books. New York: 1990

Karr W. Kann der harte Kern der Arbeitslosigkeit durch einen Niedriglohnsektor aufgelöst werden? In: IAB Kurzbericht Nr.3/7.5.1999
<http://www.iab.de/ftp/root/kb0399.pdf>

Kasper W. Arbeitslosigkeit ist kein unabwendbares Schicksal. Vortrag auf dem Tag der Verbände. Stuttgart-Hohenheim; 16.01.1998
<http://www.kirchen.de/dioezesen/drs/bischof/verbaend.htm>

Kastner, M. (Hrsg.). Gesundheit und Sicherheit in neuen Arbeits- und Organisationsformen. Tagungsband zum 1. gesina Workshop. Dortmund: Maori –Verlag. 1999

Katz S. Der Modellversuch JobPlan in Hamburg. quer. August 2002

Kaupen-Haas H, Rothmaler Ch. (Hrsg.). Sozialhygiene und Public Health (Bd. 3), Doppelcharakter der Prävention. Frankfurt: Mabuse Verlag. 1995; 115-134

Kieselbach T. Arbeitslosigkeit. In: Asanger R, Wenninger G. (Hrsg.). Handwörterbuch der Psychologie. (4.Aufl.). München: Psychologie Verlags Union. 1988; 42-51.

Kieselbach T. Arbeitslosigkeit, Selbsteröffnung und Hilfesuchverhalten. In: Keupp H, Kleiber D, Scholten B (Hrsg.). Im Schatten der Wende. Helferkrise – Arbeitslosigkeit – Berufliche Rehabilitation. Tübingen: DGVT – Verlag. 1985; 122–137

Kieselbach, T. (Hrsg.) Youth unemployment and health. A comparison of six European countries. Opladen: Leske & Budrich. 2000

Kieselbach, T. Sozialer Konvoi und nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit: Perspektiven eines zukünftigen Umgangs mit beruflichen Transitionen. In J. Zempel, J. Bacher & K. Moser (Hrsg.), Erwerbslosigkeit. Ursachen, Auswirkungen und Interventionen (Bd. 12: Psychologie sozialer Ungleichheit, S. 381-396). Opladen: Leske & Budrich. 2001

Kirschner R, Elkeles T, Kirschner W., Borgmeyer, S. Evaluation der Tätigkeit des Fonds Gesundes Österreich. Wien: Fonds Gesundes Österreich. 2003

Kirschner W, Kunert M, Grünbeck P et al. Umfang und Struktur der Population i.v. Drogenabhängiger in Berlin. Zusammenfassung der Ergebnisse alternativer epidemiologischer Untersuchungsansätze. AZ-Hefte 22/1994

Kirschner, W., Radoschewski, M. Gesundheits- und Sozialsurvey Berlin. Diskussionsbeiträge zur Gesundheitsforschung 17, 1993

Kirschner W, Radoschewski M, Kirschner R. § 20 SGB V – Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen. Asgard-Verlag. St. Augustin: 1995

Kirschner W. Zur Epidemiologie von AIDS. Analyse der epidemiologischen Berichterstattung zu AIDS und zur HIV-Infektion. Infratest Gesundheitsforschung 1987, BZgA Schriftenreihe

Kirschner W. Biographie, Lebenssituation und gesundheitliche Lage von Sozialhilfeempfängern in Berlin (W.). Vortrag auf dem Kongress Armut und Gesundheit. Berlin 1996 – Manuskript (im Anlagenband)

Klein, G., Strasser H. Schwer vermittelbar. Zur Theorie und Empirie der Langzeitarbeitslosigkeit. Westdeutscher Verlag. Opladen: 1997

Klink F. Hilfesuchverhalten erwerbsloser Frauen. In: Mohr G (Hrsg.). Ausgezählt – Theoretische und empirische Beiträge zur Psychologie der Frauenerwerbslosigkeit. Weinheim: Deutscher Studien Verlag. 1993; 205 ff.

Knab H. MoZArt -Vorhaben in Rottweil zieht erste Bilanz. MoZArt Newsletter. 3/2003; 5-7

Kommunalwissenschaftliches Institut der Universität Potsdam. KWI Info Heft 6 – Arbeits- und Sozialverwaltung. 2003

Kreuter H, Klaes L, Hoffmeister H. Prävention von Herz-Kreislaufkrankheiten – Ergebnisse der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie. Weinheim, München: 1995

Kuhnert P, Kastner M. Neue Wege in Beschäftigung – Gesundheitsförderung bei Arbeitslosigkeit. In: Geene R, Gold C, Hans C. (Hrsg.). Armut und Gesundheit. Gesundheitsziele gegen Armut: Netzwerk für Menschen in schwierigen Lebenslagen. Materialien für Gesundheitsförderung Band 10. Berlin 2002; 336-364

Kuhnert P. Bewältigungskompetenzen und Beratung von Langzeitarbeitslosen. Dissertation. Universität Dortmund 1999

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. Gesundheit für alle statt Privatisierung von Krankheitsrisiken. Celler Erklärung zur Gesundheitsförderung. In: Impulse 3, 1996

Laubach W, Mundt A, Brähler E. Selbstkonzept, Körperbeschwerden und Gesundheitseinstellung nach Verlust von Arbeit – ein Vergleich zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten anhand einer repräsentativen Untersuchung der deutschen Bevölkerung. In: Hessel A, Geyer M, Brähler E (Hrsg.). Gewinne und Verluste sozialen Wandels. Globalisierung und deutsche Wiedervereinigung aus psychosozialer Sicht. Opladen: Westdeutscher Verlag. 1999; 75-92.

Lauterbach W, Sacher, M. Erwerbseinstieg und erste Erwerbsjahre. Ein Vergleich von vier Geburtskohorten. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 53, 2; 258-282

Lembcke C. Gesundheitsförderung für langzeitarbeitslose Frauen. Diplomarbeit. Technische Universität Dresden 2003

Lindecke C, Lüke M. Individuell und flexibel – INTEGRA Projekte in NRW. Ein Bericht für das Ministerium für Arbeit, Soziales, Qualifikation und Technologie des Landes Nordrhein-Westfalen, o.J. unter:

http://www.gib.nrw.de/download/INTEGRA_Projekte.pdf

Luber E. Alle Jahre wieder – Was bringen Armutskongresse für die Armen? In Geene R et al. 2002; 158-160

Lütge G. Sperrstunde in Deutschland. Die ZEIT 33. 2003, 19

MASG Sachsen-Anhalt. 1. Landesgesundheitskonferenz. Magdeburg 1999

MASQT- NRW. initiativ in NRW – Sozialagenturen. Hilfe aus einer Hand. Essen 2002

Matthiasson JL, Nilsson F, Theorell JA. Threat of unemployment and cardiovascular risk factors: Longitudinal study of quality on sleep and serum cholesterol concentrations in men threatened with redundancy. British Medical Journal.1990; 301; 461-466

Metz AM, Kalytta T. Modellprojekt Arbeits- und Gesundheitsförderung in der Prignitz, Evaluation der Servicestelle Arbeit und Gesundheit. März 2001

Meunier W. Der Lebensmut muss erhalten bleiben. *Der Hausarzt*. 18/2002; 12-14

MFJFG – NRW (Hrsg.). Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW: gesundheitspolitisches Konzept. Grundlagen für die nordrhein-westfälische Gesundheitspolitik. Düsseldorf 2001

Mielck A. Krankheit und soziale Ungleichheit. Opladen: Leske & Budrich. 1994

Mielck A. Soziale Ungleichheit und Gesundheit - Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern, Göttingen, Toronto: Verlag Hans Huber. 2000

Mielck A. Bericht der WHO – Tagung Evaluation von Kosteneffektivität in der Gesundheitsversorgung, Celle, 9.-12.12.1996 WHO, Regionalbüro für Europa, Kopenhagen, EUR/ICP NHP 021VD 96,POLC020103; 9

Mielck A. Die Bundesrepublik auf dem Weg der Erkenntnis zum Handeln gegen gesundheitliche Ungleichheit – eine Standortbeschreibung. In: Geene R et al. 2002; 164-172

Morris JK, Cook DG, Shaper AG. Loss of employment and mortality. *British Medical Journal* 1994, 308; 1135-1139

Muller J. The effects of personal development training on the psychological state of long-term unemployed women. *Australian Psychologist* 1992, 27, 3; 176-180

Müntnich M, Wießner F. Begleitforschung zur Freien Förderung nach §10 SGB III – Einige Reflexionen zu sozialen Experimenten und der Evaluation von Modellversuchen. In: Brinkmann, C, Wießner, F. Innovationen in der Arbeitsmarktpolitik durch Freie Förderung. Begleitforschung zu Modellversuchen. Nürnberg, Reihe/Serie: Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung Nr. 260 Nürnberg 2002; 219-238

Mutz G, Mayerhofer L, Koenen W, Elmar J, Eder K, Bonß W. Diskontinuierliche Erwerbsverläufe. Analysen zur postindustriellen Arbeitslosigkeit. Opladen: Leske & Budrich. 1995

Naschold F. et al. Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen. Forschungsbericht des BMAuS. Bonn 1981

Niemeyer G, Feige L, Kuhlmeier, A. Bauhof-Zentrum für aktive Gesundheitsförderung - Evaluation. Wolfsburg: I.-III. Teilbericht. 1999, 2000, 2001

Orwat D, Kirschner W, Meinschmidt G. Zur Notwendigkeit der Etablierung eines zielgruppenspezifischen Präventionsprogramms in Berlin. Berlin: Arbeits- und Sozialpolitik. 7-8/96; 14-33

Oschmiansky F, Kull S, Schmid G. Faule Arbeitslose? Politische Konjunkturen einer Debatte. Berlin 2001; WZB FS I 01-206

Otto S. Gratis - Service der Arbeitsloseninitiativen. Markt, WDR Wirtschaftsmagazin, 2.12.2002 http://www.wdr.de/tv/markt/20021202/b_1.phtml

Paul K, Moser K. Negatives psychisches Befinden als Wirkung und als Ursache von Arbeitslosigkeit. In: Zempel J et al. (Hrsg.) Erwerbslosigkeit Ursachen, Auswirkungen und Interventionen. Opladen: 2001;83-110

PDS. Wahlprogramm Berlin 1999.<http://www.pds-berlin.de/wahlbuero/wahlp3.htm>

Pigusch C. Mit MoZArt üben Behörden den Gleichklang, STZ vom 1.10.2002

Porter S. Reducing the pressure, Health Care for the unemployed. The Ohio State Medical Journal. November 1983; 833-836

Pritzel J. Das MoZArt Programm – Kontextualisierung, begleitende Beobachtung und Auswertung, Zwischenbericht 2002.

Unter: <http://www.memo.uni-bremen.de/docs/mozart.pdf>

Pröll U. Flexible Arbeit und Gesundheit. Intensivierungsrisiken und Ansatzpunkte nachhaltiger Gestaltung. Jahrbuch für Kritische Medizin 39 ("Arbeit und Gesundheit"). Hamburg: Argument-Verlag. 2003. 31-52

Proudfoot J. et al. Effect of cognitive behavioural training on job finding among long-term unemployed people. The Lancet 1997; 350 (9071); 96-100

Rabe B. Wirkungen aktiver Arbeitsmarktpolitik. Evaluierungsergebnisse für Deutschland, Schweden, Dänemark und die Niederlande. WZB Discussion paper. FS I 00-208, 2000

Radoschewski M, Kirschner W, Kirschner R, Heydt C. Entwicklung eines Präventionskonzeptes für das Land Berlin. In: Senatsverwaltung für Gesundheit Berlin (Hg.): Diskussionsbeiträge zur Gesundheitsforschung 21, Berlin 1994

Reis C, v. Freyberg T, Kinstler, HJ. Integrierte Hilfe zur Arbeit – Bericht der wissenschaftlichen Begleitung. MASQT 2002

Reister H. et al. Gesellschaftliche Organisationen und Erwerbslose. Berlin: dietz verlag. 2000

Rühmkorf D. Prävention – Gesamtgesellschaftliche Aufgabe, Deutsches Ärzteblatt, Jg.100, Heft 23. 6.Juni 2003, A 1580

Röhrle, B., Sommer, G. (Hrsg.). Prävention und Gesundheitsförderung. Münster: Dgvt-Verlag. 1999

- Röhrle, B. Zur Effizienz von Prävention: Eine Meta-Analyse. In: Röhrle, B., Sommer, G. (Hrsg.). Prävention und Gesundheitsförderung. Dgvt-Verlag, Münster, 1999
- Rosenbrock, R. Die Umsetzung der Ottawa Charta in Deutschland – Prävention und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit. WZB P 98-201, 1998
- Rosenbrock R. Probleme der Umsetzung des § 20 SGB V nach der Gesundheitsreform 2000: Komparse oder Hauptdarsteller. Erwartungen an die gesetzliche Krankenversicherung. In: AOK (Hrsg.). Prävention für sozial Schwache – Dauerbrenner oder Strohfeuer im Kassenwettbewerb? Expertenhearing. Köln 2001
- Rosenbrock R. Der neue § 20 SGB V als Gestaltungsaufgabe für die Selbstverwaltung der GKV. In: Die Betriebskrankenkasse 2001, H 1. 89; 22-27
- Rosenbrock, R. Qualitätssicherung und Evidenzbasierung – Herausforderung und Chancen für die Gesundheitsförderung. Info-Dienst, Gesundheit Berlin e.V. 3, 2003, 5
- Sammet M. Die gesundheitliche Belastung von Arbeitslosen – Empirische Belege auf der Basis von Auswertungen von Krankenkassendaten. http://www.gesundheitberlin.de/content/aktivitaeten/a_g/soziales/sammet.pdf
- Satow L, Schwarzer R. Sozial-kognitive Prädiktoren einer gesunden Ernährungsweise: Eine Längsschnittstudie. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie. 1997, 5; 243-25
- Schach E, Rister-Mende S, Schach S, Glimm E, Wille L. Die Gesundheit von Arbeitslosen und Erwerbstätigen im Vergleich. Eine Analyse anhand von AOK- und Befragungsdaten. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz – Fb 708. Dortmund 1994
- Schäffgen K. Die Verdopplung der Ungleichheit. Sozialstruktur und Geschlechterverhältnisse in der Bundesrepublik und in der DDR. Dissertation HU-Berlin. 1998
- Scharf G, Kieselbach T, Naegele G. Wege in die Wiederbeschäftigung – Empirische Ergebnisse über eine Reintegrationsmaßnahme für Langzeitarbeitslose. WSI Mitteilungen. 12/1995; 785-791
- Schiffer J. Gesundheitsförderung bei Erwerbslosen. Panorama 1,1999, 36-38
- Schmidt CM. Arbeitsmarktpolitische Maßnahmen und ihre Evaluierung: Eine Bestandsaufnahme. Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung, 69. Jahrgang. Heft 3/2000; 425-437
- Schwartz, F.W. Erwartungen an ein Qualitätsmanagement der Prävention durch die Gesetzliche Krankenversicherung. http://www.dgvt.de/politik/qualitätssicherung/erwartungen_qualitätsmanagement.html

Schwarzer R. Themenheft Selbstwirksamkeit. Unterrichtswissenschaft 26, H. 2. 1998; 98-172

Secretary of State for Health UK. Saving Lives: Our Healthier Nation. London 1999

Seewald O, Leube K. Expertise Präventionsregelungen. Passau: November 2002

Servicestelle Arbeit und Gesundheit Prignitz. Selbstbeschreibung. Wittenberge 1999

Siegrist J, Joksimovic M. Tackling Inequalities in Health – ein Projekt des European Network of Health promotion Agencies zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, Abschlußbericht für das deutsche Teilprojekt, o.O., o.J.

Siegrist J. Berufliche Gratifikationskrisen und Herz-Kreislaufisiko – ein medizinsoziologischer Erklärungsansatz sozial differentieller Morbidität. In: Mielck A (Hrsg.). Krankheit und soziale Ungleichheit. Opladen: Leske & Budrich. 1994, 411-423

Simon W. Arbeitslosigkeit und psychische Gesundheit - Eine Recherche nach evaluierten Gesundheitsförderungsprojekten für Arbeitslose. Bachelorarbeit. FH Neubrandenburg 2003

Smith GD et al. Editorials: The independent inquiry into inequalities in health. BMJ 1998; 317;1465-1466

SPD Bezirksparteitag Hessen Süd: Beschlüsse, Langen Mai 2002: <http://www.spd-hessensued.de/material/beschluesse2002.pdf>

Statistisches Bundesamt 2002a. Statistisches Jahrbuch 2002

Statistisches Bundesamt (Hrsg.). 2002b. Datenreport 2002. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. Bundeszentrale für politische Bildung Bonn

Stellmach P. Arbeitslosigkeit: Die halbe Wahrheit über die Beschäftigungslücke. Gesundheits- und Sozialpolitik 2003; 1-2; 30-35 <http://www.diakonie-portal.de/Members/Kotnik/Hartz-DWBB-bvaa/Hartz/view>

Stone DA. Das Erkrankungsrisiko als modernes Kriterium zur administrativen Ausgrenzung sozialer Problemträger. In: Kaupen-Haas H, Rothmaler C (Hrsg.). Doppelcharakter der Prävention. Frankfurt/M: Mabuse Verlag. 1995, 21-42

SVR (Hrsg.). Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit – Gutachten des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. 2000/2001

Trojan A. Zukunftsmodelle der Prävention: Prädiktive Medizin versus Gesundheitsförderung. In: Kaupen-Haas H, Rothmaler Ch. (Hrsg.). Sozialhygiene und Public Health (Bd. 3), Doppelcharakter der Prävention. Frankfurt/M: Mabuse Verlag. 1995; 115-133

Trube A, Wohlfahrt N. Prämissen und Folgen des Harzt-Konzeptes.2003,
<http://www.kagw.de/>

Trube A, Luschei F. Entwicklungs- und Vermittlungs- Assistenz (EVA) – Ein Instru-
 ment zur Wiedereingliederung Arbeitsloser, Abschlußbericht. Siegen 2000

Trube A, Luschei F. Entwicklungs- und Vermittlungs- Assistenz (EVA): Teilnehmer-
 verbleib und Nachhaltigkeit von arbeitsmarktlichen Integrationseffekten (EVA II).
 Siegen 2001

Vagerö D, Lundberg O. Socio-economic mortality differentials among adults in Sweden
 in Adult mortality in developed countries: from description to explanation, Lopez AD,
 Caselli G, Valkonen T. Oxford, Clarendon Press. 1995; 223-242

Vinokur, DA. Et al. Long-Term Follow-Up and Benefit-Cost Analysis of the Jobs Pro-
 gram: A Preventive Intervention for the Unemployed. Journal of Applied Psychology,
 1991; 76, 2; 213-219

Virchow R. Der Armenarzt – Die medicinische Reform 1848. Nr. 18, 1848; 125-127

von Braunmühl C. Integrierte Arbeits- und Gesundheitsförderung – am Beispiel der
 Modellregion Prignitz. Arbeitskammer des Saarlandes, AK-Beiträge, Nr.2. Juli 1997;
 40-54

von Braunmühl C. Modellvorhaben des Landes Brandenburg zu Arbeitslosigkeit und
 Gesundheit. Sozialer Fortschritt, 1999,48,5,123-130

von Zerssen D. Die Beschwerdenliste. Weinheim: Manual. 1976

Vuori J. et al. The Työhön Job Search Program in Finland: Benefits for the unemployed
 With Risk of Depression or Disencouragement. Journal of Occupational Health Psy-
 chology. 2002; 7,1; 5-19

Walter U. Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Bestimmungen zur Prävention in
 Deutschland – Expertise aus sozialmedizinischer Sicht. Hannover: November 2002

Warr P, Jackson P, Banks, M. Unemployment and Mental Health: Some British Studies.
 Journal of Social Issues, 44. 1988, 4; 47-68.

Westcott G. (Ed.): Health policy implications of unemployment, WHO, Regional Office
 for Europe, Copenhagen. 1985

WHO (Ed.). Health promotion and evaluation: Recommendations for policy makers,
 Report of the WHO European Working group on Health Promotion Evaluation,
 EUR/ICP/IVST/ 050103. 1998

Wirtgen K. Arbeitgeber wollen PSA abbauen. Berliner Zeitung. 05.08.2003; 23

Zempel J, Bacher J, Moser K (Hrsg.). Erwerbslosigkeit. Ursachen, Auswirkungen und Interventionen. Opladen: Leske & Budrich. 2001

Zentralvorstand des Deutschen Caritasverbandes. Arbeitsmarktpolitik für Benachteiligte – Für eine aktivierende und zielgruppenspezifische Arbeitsmarktpolitik. Juni 2002

Zoike E. Frauen werden weniger oft krank als Männer – leiden aber häufiger unter psychischen Störungen. Die Betriebskrankenkasse 2003, 1; 34-37

Anlage**Liste der Gesprächspartner**

Dennis Beck	Fonds Gesundes Österreich, Wien
Alfons Hollederer	Iögd Nordrhein-Westfalen, Bielefeld
Norbert Koch-Malunat	Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Berlin
Christa Lemcke	Dresden
Waltraud Perkams	AOK Berlin
Dr. Brigitte Ruckstuhl	Schweizer Stiftung für Gesundheitsförderung, Bern
Dr. Klaus Ropin	Fonds Gesundes Österreich
Jürgen Schiffer	seco (vormals), Bern
Frau Scheunemann	Sozialamt der Stadt Köln
Dr. Helmut Schröder	Infas
Dr. med. Ingrid Toumi	LAA Baden-Württemberg
v. Braunmühl, CarlChristian	Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Frauen des Landes Brandenburg

Dateiname:

in Verzeichnis:

D:\Eigene Dateien\FB+E\Projekte\031BY\003_bkk_GUTACHTEN\Bericht

auf PC:

Begonnen am: 12.09.2003 14:20

Gedruckt am: \@ "tt.MM.jj HH:mm"

Zuletzt gespeichert:

Anzahl Seiten:

Anzahl Wörter ca.:

Titel:

Thema:

Kommentar:

Schlüsselwörter:

Autor: