

Büttner, Renate; Schweer, Oliver

Research Report

Gesundheitliche Orientierung in der Arbeitsmarktpolitik:
Aktuelle Entwicklungen und Praxisbeispiele im Rahmen einer
arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung

IAQ-Report, No. 2011-01

Provided in Cooperation with:

Institut Arbeit und Qualifikation (IAQ), Universität Duisburg-Essen

Suggested Citation: Büttner, Renate; Schweer, Oliver (2011) : Gesundheitliche Orientierung in der Arbeitsmarktpolitik: Aktuelle Entwicklungen und Praxisbeispiele im Rahmen einer arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung, IAQ-Report, No. 2011-01, Universität Duisburg-Essen, Institut Arbeit und Qualifikation (IAQ), Duisburg, <https://doi.org/10.17185/dupublico/45672>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/301497>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Gesundheitliche Orientierung in der Arbeitsmarktpolitik

Büttner, Renate; Schweer, Oliver

In: IAQ-Report / 2011-01

Dieser Text wird über DuEPublico, dem Dokumenten- und Publikationsserver der Universität Duisburg-Essen, zur Verfügung gestellt.

Die hier veröffentlichte Version der E-Publikation kann von einer eventuell ebenfalls veröffentlichten Verlagsversion abweichen.

DOI: <https://doi.org/10.17185/duepublico/45672>

URN: <urn:nbn:de:hbz:464-20180315-142810-6>

Link: <http://duepublico.uni-duisburg-essen.de/servlets/DocumentServlet?id=45672>

Renate Büttner, Oliver Schweer

Gesundheitliche Orientierung in der Arbeitsmarktpolitik

Aktuelle Entwicklungen und Praxisbeispiele im Rahmen einer arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung

Auf den Punkt...

- **Gesundheitliche Einschränkungen sind für Arbeitslose ein wesentliches Hemmnis bei der Arbeitssuche und Arbeitsvermittlung. Mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit verschlechtert sich zudem der Gesundheitszustand.**
- **Um die Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen zu erhöhen, ist eine Verknüpfung von arbeitsfördernden Maßnahmen mit gesundheitsbezogenen Ansätzen im Rahmen einer ressourcenorientierten und ganzheitlich ausgerichteten Integrationsstrategie erforderlich.**
- **Auf Seiten der Bundesagentur für Arbeit ist eine wachsende Sensibilität für die Notwendigkeit einer arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung zu beobachten. Entsprechende in den Strukturen und Prozessen der Arbeitsförderung steckende Potenziale müssen verstetigt und ausgebaut werden.**
- **Einzelne Regelinstrumente lassen eine Kombination aus Arbeits- und Gesundheitsförderung zu, eine explizite gesundheitsbezogene Förderung enthält das für die Arbeitsförderung relevante SGB III jedoch nicht. Insofern bedarf es einer expliziten rechtlichen Verortung dieser Förderoption.**
- **Integrierte Ansätze wurden bislang vor allem im Rahmen von Modellprojekten und Sonderprogrammen sowie im Rechtskreis des SGB II umgesetzt. Aus präventiver Sicht müsste der Zugang zu gesundheitsbezogenen Maßnahmen auch auf den SGB III-Bereich ausgedehnt werden.**
- **Um das Thema „Gesundheitsorientierung“ nachhaltig zu verankern, bedarf es zudem einer ressortübergreifenden Vernetzung. Der diesbezüglich auf zentraler Ebene initiierte Prozess zwischen Akteuren der Arbeitsförderung und des Gesundheitswesens muss verstetigt und auf lokaler Ebene fortgeführt werden.**

Problemaufriss

Nach Auswertungen von Daten verschiedener Krankenkassen sind Arbeitslose gegenüber anderen Versichertengruppen länger arbeitsunfähig,¹ beziehen demzufolge auch länger Krankengeld, erhalten häufiger Arzneimittelverordnungen und befinden sich häufiger und länger in stationärer Behandlung (siehe dazu Holleder 2009:18). Krankheitsursachen sind – im Zeitverlauf betrachtet – zunehmend psychische Störungen, die bei Beziehern und Bezieherinnen von Arbeitslosen-

¹ Die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit von Alg I-Empfängern und Empfängerinnen war im Jahr 2007 mit fast 35 Tagen mehr als dreimal so hoch wie bei pflichtversicherten Angestellten und zweieinhalbmal höher als bei Arbeitern (BKK 2008:37).

geld I (Alg I) mit 21,5 Prozent einen relativ hohen Anteil an allen Krankheitsursachen ausmachen (Angestellte 12,9 Prozent, Arbeiter 6,3 Prozent und freiwillig Versicherte 9,2 Prozent; BKK 2008:40). Arbeitslose sind zudem überproportional von Suchterkrankungen betroffen und weisen nach Untersuchungen von Grobe (2006) ein signifikant höheres und mit Dauer der Arbeitslosigkeit steigendes vorzeitiges Mortalitätsrisiko auf.

Zahlreiche nationale und internationale Studien belegen zudem ein wechselseitiges Wirkungsverhältnis zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit (siehe dazu die Metaanalysen von Murphy und Athanasou 1999; McKee-Ryan et al. 2005; Paul / Moser 2009a): Nach der Selektionshypothese erhöhen gesundheitliche Einschränkungen einerseits das Risiko, arbeitslos zu werden; andererseits erschweren sie die Arbeitsplatzsuche und Arbeitsmarktintegration („Doppelte Selektion“). Der Gesundheitszustand erweist sich als einer der wichtigsten Faktoren für eine erfolgreiche Rückkehr in den Arbeitsmarkt (Brussig / Knuth 2009; 2010). Die Kausalhypothese geht hingegen davon aus, dass sich Arbeitslosigkeit selbst negativ auf den Gesundheitszustand von Erwerbslosen auswirkt. Auch wenn Uneinigkeit über die Stärke der jeweiligen Wirkungsrichtung besteht, konnten mehrere Untersuchungen nicht nur nachweisen, dass das Morbiditätsrisiko von Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen deutlich höher ist (Überblick dazu Holleederer 2009:17ff.), sondern auch dass Erkrankungen, insbesondere psychische Erkrankungen, als Effekte der Arbeitslosigkeit zu betrachten sind (McKee-Ryan et al. 2005; Paul / Moser 2009b).

Die Gesundheitsförderung und –prävention ist im Institut Arbeit und Qualifikation (IAQ) inzwischen ein Querschnittsthema der Forschungsarbeit, insbesondere in den Bereichen „Demografischer Wandel und betriebliche Personalpolitik“ (Gerlmaier 2009; Gerlmaier / Latniak 2011), „Alterserwerbsbeteiligung“ (Brussig 2010; Knuth 2008), „Beschäftigentransfer“ (Kirsch / Mühge 2010; Mühge et. al 2009) und „SGB II-Forschung“ (Brussig / Knuth 2009; 2010). Ergebnisse aus der vom IAQ u.a. durchgeführten Evaluation des Bundesprogrammes „Perspektive 50plus – Beschäftigungspakte für Ältere in den Regionen“ zeigen, dass gesundheitliche Einschränkungen nicht nur eine große Belastung für Erwerbslose, sondern auch ein wesentliches Hemmnis bei der Arbeitssuche und Arbeitsvermittlung insbesondere von älteren Langzeitarbeitslosen darstellen, zumal im Alter schwerwiegende und chronische Erkrankungen zunehmen. Um die Arbeitsmarktchancen von Erwerbslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen und dadurch ihre Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu erhöhen, müssen Strategien zur Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit auch das gesundheitliche Befinden von Arbeitslosen einbeziehen. Insofern müsste der Gesundheitsaspekt im Bereich der Arbeitsförderung grundsätzlich Berücksichtigung finden. Die Genese einer gesundheitlich orientierten Arbeitsförderung sowie entsprechende Beispiele aus der Praxis sind daher Schwerpunkte dieses IAQ-Reports.

Rechtliche Verortung gesundheitsbezogener Strukturen und Elemente innerhalb der Arbeitsmarktpolitik

Nach § 20 SGB V sind die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet, auch für sozial benachteiligte Personen mit ungünstigen Gesundheitsaussichten gesundheitsförderliche Leistungen im Bereich der Primärprävention anzubieten. Entsprechende Kursangebote werden von den Versicherten jedoch sehr selektiv wahrgenommen. Während der Anteil von Personen, die an Gesundheitsmaßnahmen im Sinne des § 20 SGB V teilnehmen, in der Bevölkerung 10 Prozent beträgt, liegt die Inanspruchnahme entsprechender Angebote durch Arbeitslose weit darunter: Von 1.000 Versicherten nehmen nur 1,6 arbeitslose Männer und 6,5 arbeitslose Frauen an Präventionskursen teil (RKI 2006:131). Die Teilnahme von Langzeitarbeitslosen an Präventionsmaßnahmen dürfte noch deutlich geringer sein, zumal eine solche eine finanzielle Vorleistung voraussetzt, die erst

nach Kursende und Vorlage eines Teilnahmenachweises und dann auch nur zum Teil durch die Krankenkasse zurückerstattet wird. Eine Vorauszahlung sowie einen Eigenanteil an den Kurskosten können sich Hartz IV-Empfänger/innen in der Regel jedoch nicht leisten. Soziale Isolation als häufige Folge einer über mehrere Jahre andauernden Erwerbslosigkeit steht einer Kursteilnahme zusätzlich entgegen. Von Rosenbrock und Grimmeisen (2009) wird deshalb bemängelt, dass der für Krankenkassen bestehende allgemeine Präventionsauftrag für die Bundesagentur für Arbeit nicht explizit formuliert wurde.

Es wurden bislang noch keine entsprechenden Paragraphen in die für die Arbeitsförderung relevanten Gesetzesbücher implementiert, die den gesundheitsbezogenen Erfordernissen in der Arbeitsförderung gerecht werden könnten. Gleichwohl sind aber innerhalb der Arbeitsförderung einzelne gesundheitsbezogene Strukturen und Elemente auszumachen. Dazu gehören einerseits die ärztlichen und psychologischen Dienste der Arbeitsagenturen. Zum anderen stecken in einigen arbeitsmarktpolitischen Instrumenten des Zweiten Sozialgesetzbuches (SGB II, Grundsicherung für Arbeitsuchende) und des Dritten Sozialgesetzbuches (SGB III, Arbeitsförderung) implizit gesundheitsorientierte Potenziale.

Die ärztlichen und psychologischen Fachdienste der Bundesagentur für Arbeit

Der Ärztliche Dienst (ÄD) ist ein interner, beratender Fachdienst der Bundesagentur für Arbeit, dem etwa 350 Ärzt/innen sowie etwa 650 medizinische Assistenzkräfte angehören, die vor allem in den bundesweit insgesamt 178 Agenturen für Arbeit auf Grundlage von § 32 SGB III ihre Tätigkeiten ausüben.² Dieser in Bezug auf die Arbeitsverwaltung weltweit einzigartige Fachdienst hat die Aufgabe, im Rahmen einer sozialmedizinischen Begutachtung die gesundheitliche „Eignung“ und „Leistungsfähigkeit“ von Kund/innen der Agenturen für Arbeit festzustellen – das Einverständnis der Kund/innen vorausgesetzt. Auf Grundlage des SGB II wird der ÄD bei entsprechender Beauftragung auch für die gemeinsamen Einrichtungen mit den Kommunen (Jobcenter) tätig.³ Der Bedarf für diese Dienstleistung des ÄD steigt jährlich: waren es im Jahr 2001 beispielsweise nur etwa 392.000 ärztliche Gutachten (Hollederer 2003:2), wurden 2009 bundesweit etwa 600.000 Aufträge an den Ärztlichen Dienst gestellt, was als Indiz für einen zunehmend schlechten Gesundheitszustand von Arbeitslosen gewertet werden kann.⁴

Im Psychologischen Dienst der Bundesagentur für Arbeit gibt es derzeit rund 430 Stellen für Psychologinnen und Psychologen, die in den lokalen Agenturen für Arbeit, in den Regionaldirektionen und in der Zentrale der BA arbeiten. Der Psychologische Dienst wird pro Jahr in etwa rund 250.000 Fällen tätig. Die Einschaltung dieses Fachdienstes setzt ebenfalls das Einverständnis des Kunden bzw. der Kundin voraus. Zu den Aufgaben des Psychologischen Dienstes gehören vor allem psychologische Beratungen und Begutachtungen, Fallbesprechungen und Eig-

² Siehe http://www.arbeitsagentur.de/nn_26754/zentraler-Content/A10-Fachdienste/A101-AED/Allgemein/Aerztlicher-Dienst-Organisation.html [19.01.2011].

³ Hervorhebungen im vorherigen Satz im Original, siehe http://www.arbeitsagentur.de/nn_176946/Navigation/zentral/Unternehmen/Arbeitskraeftebedarf/Gesundheit/Aerztlicher-Dienst/Aerztlicher-Dienst-Nav.html [09.02.2011].

⁴ Da es in Deutschland vergleichsweise strenge Zugangsvoraussetzungen zur Erwerbsminderungsrente gibt, befinden sich in Deutschland relativ viele Personen im Alg I- und vermutlich noch mehr im Alg II-Bezug, die einen schlechten Gesundheitszustand aufweisen. Der zwischen 2001 und 2009 zu verzeichnende Anstieg der Prüfungen durch den Ärztlichen Dienst, der auch Arbeitslose im Hinblick auf ihre generelle Erwerbsfähigkeit untersucht, könnte also auch ein Indiz dafür sein, dass im Rechtskreis des SGB II immer mehr Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen auflaufen. Zumindest bis vor wenigen Jahren waren in Ländern wie Großbritannien oder den Niederlanden vergleichsweise mehr Personen als in Deutschland in Leistungssystemen untergebracht, die unserer Erwerbsminderungsrente entsprechen (Knuth et al. 2004: 75f.).

nungsuntersuchungen. Die Beratungsgespräche mit Kund/innen dienen u.a. dazu, Ursachen von ständigen Bewerbungsabsagen zu identifizieren oder einen besseren Umgang mit Gefühlen der Nutzlosigkeit und Niedergeschlagenheit zu vermitteln,⁵ von denen insbesondere Langzeitarbeitslose betroffen sind.

Sowohl der Ärztliche als auch der Psychologische Dienst wurden von den Arbeitsagenturen (SGB III) und Jobcentern (SGB II) bislang vor allem im Rahmen leistungs- oder gesundheitsbezogener Fragen herangezogen. Im Fokus stand vor allem die Prüfung der Vermittelbarkeit, Berufseignung oder Eignung für eine Fördermaßnahme, jedoch nicht die Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen von Erwerbslosen.

Arbeitsmarktpolitische Instrumente mit impliziter Gesundheitsorientierung

In dem für die Arbeitsförderung relevanten Gesetzbuch des SGB III sind keine expliziten Hinweise auf gesundheitsorientierte oder gesundheitspräventive Förderelemente zu finden. Schon Elkeles und Kirschner weisen in ihrer Studie zum Thema „Arbeitslosigkeit und Gesundheit“ aus dem Jahre 2003 darauf hin, dass die damalige aktive Arbeitsmarktpolitik Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention zwar nicht prinzipiell ausgeschlossen, diese Möglichkeit im Gesetz aber auch nicht konkretisiert hat.⁶ Seinerzeit handelte es sich um Ermessensleistungen der noch unter der Bezeichnung „Arbeitsämter“ firmierenden Arbeitsagenturen mit dem Ziel, Arbeitslosigkeit und vor allem Langzeitarbeitslosigkeit zu vermeiden (§§ 5 und 6 SGB III in der damaligen Fassung). Insbesondere der § 6 SGB III forderte eine Eignungsfeststellung bzw. eine Feststellung der möglichen Ursachen der Nichteignung. Dazu zählten nach dem alten § 35 SGB III auch bestehende Gesundheitsrisiken, vorliegende Erkrankungen und der Gesundheitszustand von Arbeitslosen (Elkeles und Kirschner 2003:65). Mit Maßnahmen zur Eignungsfeststellung bzw. mit Trainingsmaßnahmen nach § 48 SGB III stand seinerzeit bereits ein Instrument für eine gesundheitsbezogene Arbeitsförderung zur Verfügung, das in dieser Weise jedoch selten bis gar nicht genutzt wurde. Im Rahmen der freien Förderung nach § 10 SGB III gab es ebenfalls die Möglichkeit, Gesundheitsmodule mit arbeitsfördernden Maßnahmen zu kombinieren. Es liegen jedoch kaum systematische Auswertungen hinsichtlich der Nutzung dieser Förderoption vor.

Im Zuge der Neuausrichtung der arbeitsmarktpolitischen Instrumente im Jahr 2009 besteht nunmehr die Möglichkeit, auf Grundlage des SGB III Elemente der Gesundheitsorientierung in arbeitsfördernde Maßnahmen einzubauen.⁷ Doch finden sich weder im Gesetzestext noch bislang in Informationsmaterialien des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) zum Thema „Gesundheitsorientierung/–förderung“ explizite Hinweise. In einer Informationsbroschüre des BMAS zur Neuausrichtung der arbeitsmarktpolitischen Instrumente lässt lediglich die Erwähnung „alternative(r) und intensivere(r) Unterstützungsangebote ... zur Aktivierung und be-

⁵ Weitere Beispiele finden sich unter: http://www.arbeitsagentur.de/nn_178228/zentraler-Content/A10-Fachdienste/A102-PD/Allgemein/PD-FAQ.renderVersion=renderFull.html#faq192314 [09.02.2011].

⁶ Zu diesem Ergebnis kamen auch zwei für das damalige Bundesgesundheitsministerium Ende 2002 erstellte Gutachten (Walter 2002 und Seewald und Leube 2002, nach Elkeles und Kirschner 2003: 67).

⁷ Am 1. Januar 2009 ist das „Gesetz zur Neuausrichtung der arbeitsmarktpolitischen Instrumente“ in Kraft getreten. Mit Hilfe dieses Gesetzes sollte die Reform der Arbeitsförderung weiterentwickelt werden, um Arbeitssuchende schneller in den Arbeitsmarkt zu bringen. Hierzu wurden Änderungen sowohl innerhalb des SGB III als auch des SGB II vorgenommen. Die Neuausrichtung zielte schwerpunktmäßig auf die Stärkung der Arbeitsvermittlung, die Weiterentwicklung wirksamer und die Abschaffung ineffizienter SGB III-Förderinstrumente ab. Zudem wurden Leistungen zur Eingliederung nach SGB II neu geordnet und modifiziert (Gesetz zur Neuausrichtung der arbeitsmarktpolitischen Instrumente. In: Bundesgesetzblatt I Nr. 64 vom 29.12.2008).

ruflichen Eingliederung“ (der spätere § 46 SGB III) auf neue und besondere Maßnahmeinhalte schließen (BMAS 2008). Erst eine gemeinsame Erklärung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und der für die Grundsicherung für Arbeitsuchende zuständigen Ministerien der Länder im Juni 2009 enthält konkrete gesundheitsbezogene Erläuterungen in Bezug auf § 46 SGB III: „Die Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung sollen die berufliche Eingliederung unterstützen und dabei die in § 16 SGB II i. V. m. § 46 Abs. 1 Satz 1 Nummern 1 bis 5 SGB III genannten Zielsetzungen verfolgen. Unter Beachtung der vorrangigen Leistungsträgerschaft (§ 5 und § 15 Abs. 1 Nr. 3 SGB II) können Maßnahmen zur Beseitigung bestimmter Vermittlungshemmnisse so ausgestaltet sein, dass sie andere als primär der Arbeitsförderung zuzurechnende Elemente enthalten (z.B. Ernährungsberatung, Gesundheitsprävention). Der Umfang dieser Elemente richtet sich nach den mit der Maßnahme verfolgten Zielen. Sie dürfen nicht alleiniger Inhalt der Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung sein.“⁸

Mit dem 2009 neu eingeführten § 46 SGB III, der nunmehr förderbare Maßnahmen u. a. nach § 37 und § 48 SGB III (siehe oben) ersetzt, können beispielsweise Aktivierungsmodule zur Stressbewältigung, Bewegung, Ernährung oder zum Umgang mit Suchtproblemen bis zu einem Fünftel der vorgesehenen Maßnahmedauer umfassen. Entsprechende Hinweise dazu sind lediglich in den Verdingungsunterlagen zu Öffentlichen Ausschreibungen der Regionalen Einkaufszentren der BA zu finden.⁹ Neu an diesem Instrument ist zudem der von der BA vollzogene Paradigmenwechsel weg von einer Normierung bestimmter Maßnahmetypen hin zur Definition von Maßnahmezielen. Gemeinsam mit arbeitsmarktpolitischen Trägern haben die Regionalen Einkaufszentren der BA Produkte, z. B. Maßnahmekombinationen, entwickelt, die an regionale Anforderungen und gruppenspezifische Bedarfe angepasst werden können. Die Umsetzung von Maßnahmen und gesundheitsfördernden Elementen liegt in der Gestaltungsfreiheit der Träger. Die Einbindung gesundheitsorientierter Elemente in Maßnahmen nach § 46 SGB III wurde bislang jedoch nur für den SGB II-Bereich (über § 16 SGB II), nicht jedoch für SGB III-Kund/innen im Rahmen einer präventiven Arbeitsförderung genutzt.

Hinsichtlich einer gesundheitsbezogenen Orientierung ist aus historischer Sicht auch das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) relevant, und zwar in der bis zum 31.12.2004 geltenden Fassung.¹⁰ Die kommunalen Sozialämter waren im Vergleich zu den damaligen Arbeitsämtern in viel stärkerem Maße mit gesundheitlichen Problemen ihrer Klientel befasst. Hinsichtlich gesundheitsbezogener Unterstützungsmaßnahmen ist vor allem der § 17 (Beratung und Unterstützung) anzu-

⁸ „Gemeinsame Erklärung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und der für die Grundsicherung für Arbeitsuchende zuständigen Ministerien der Länder als aufsichtführende Stellen nach § 47 SGB II zu den Leistungen zur Eingliederung in Arbeit nach § 16 SGB II i. V. m. §§ 45, 46 SGB III und nach § 16f SGB II (Vermittlungsbudget, Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung und Freie Förderung)“, zitiert aus Seite 11 der zweiten aktualisierten Fassung vom Juli 2010: <http://www.arbeitsagentur.de/zentraler-Content/HEGA-Internet/A04-Vermittlung/Publikation/Gemeinsame-Erklärung-2-aktualisierte-Fassung-Juli-2010.pdf> [14.02.2011].

⁹ In Anlehnung an Hordt (2010) finden sich lediglich dort entsprechende Hinweise zu Maßnahmen nach § 16 SGB II i. V. m. § 46 SGB III. Siehe z. B. unter http://www.arbeitsagentur.de/nm_26260/zentraler-Content/Ausschreibungen-NEU/REZ-BB-SAT/Massnahmen-p46-SGB-3/Massnahmen-p46-SGB-3.html#d1.1 die Vergabeunterlagen zur Ausschreibung mit der Vergabenummer 901-11-52010, S. 20) [09.02.2011]. Siehe hierzu auch Elvenkemper (2010).

¹⁰ Das BSHG wurde am 1.1.2005 hinsichtlich der Zuständigkeit für erwerbsfähige Hilfebedürftige und die mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen durch das SGB II sowie durch das SGB XII (Sozialhilfe) ersetzt, das insbesondere für diejenigen Personen zuständig ist, die die Altersgrenze zum Bezug von Arbeitslosengeld II nach § 7a SGB II erreicht haben (Grundsicherung im Alter) oder dauerhaft voll erwerbsgemindert sind.

führen. Dieser benannte die heute in § 16a SGB II zu findenden kommunalen Eingliederungsleistungen als Unterstützungsleistungen (kommunale Eingliederungsleistungen; bis 2008 § 16 Abs. 2 Satz 1 bis 4), zu denen psychosoziale Leistungen sowie die Schulden- und Drogenberatung gehören. Möglichkeiten zur Verknüpfung gesundheitlich orientierter Elemente mit der Arbeitsförderung bieten die §§ 16d SGB II (Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung, kurz: Agh) und 16f SGB II (freie Förderung; ebenfalls eingeführt im Rahmen der Neuausrichtung der arbeitsmarktpolitischen Instrumente, siehe oben), wobei vermutlich nur ein sehr geringer Teil der in der Arbeitsförderung eingesetzten Agh auch Elemente der Gesundheitsorientierung vorsieht. Zudem ist kaum evaluiert, welche der nach § 16f SGB II bislang geförderten Maßnahmen tatsächlich gesundheitsorientierte Elemente enthalten. Limitierend in der Umsetzung von § 16f SGB II wirkte vor allem das Bestreben der BA, beim Einsatz dieses Instruments nicht in die Kompetenzen der Gesetzlichen Krankenversicherungen und Kommunen einzugreifen bzw. die eigenen Mittel durch eine strikte Beachtung des Nachrangigkeitsprinzips des SGB II zu schonen. Denn nach § 16f SGB II dürfen keine Maßnahmen gefördert werden, die nach § 20 SGB V förderbar wären.¹¹

Im Hinblick auf eine Verknüpfung von Arbeits- und Gesundheitsförderung sind die in einigen Bundesländern erprobten und nachfolgend skizzierten Modellprojekte sehr erfolgversprechend. Auch das von uns evaluierte Bundesprogramm „Perspektive 50plus“ ist in diesem Kontext zu nennen. Im Jahr 2009 wurde innerhalb von „Perspektive 50plus“ die Gesundheitsförderung als ein eigener Programmschwerpunkt eingeführt, auf den wir im Folgenden ausführlicher eingehen werden.

Modellprojekte und Praxisbeispiele im Rahmen einer gesundheitlich orientierten Arbeitsmarktförderung

Modellprojekte „JobFit“, „AmigA“ und „AktivA“

„JobFit Regional“ gilt als erstes Modellprojekt zur Erprobung einer arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung, das von November 2004 bis Juni 2006 im Bundesland Nordrhein-Westfalen von neun Beschäftigungs-, Bildungs- und Qualifizierungsträgern in sieben Städten erprobt wurde. Im Rahmen dieser auf Kooperation zwischen dem nordrhein-westfälischen Arbeitsministerium und BKK-Bundesvorstand fußenden Landesinitiative wurde erstmalig die Gesundheitsförderung mit der Arbeitsmarktpolitik verknüpft, um den Gesundheitszustand von Arbeitssuchenden zu verbessern und damit ihre Beschäftigungsfähigkeit und Wiedereingliederungschancen zu erhöhen. Hintergrund dafür war, dass klassische Wege der Arbeitsförderung bei Arbeitslosen – insbesondere bei Langzeitarbeitslosen – häufig nicht wirkungsvoll waren. Insofern sollten arbeitsfördernde Maßnahmen stärker in der Lebenswelt der Arbeitslosigkeit ansetzen. Zu den Kernelementen von „JobFit Regional“ gehörte eine zertifizierte Fortbildung von Fach- bzw. Betreuungskräften, die zur Durchführung von individuellen motivierenden Gesundheitsberatungen befähigen sollte. Diese zielten darauf ab, zusammen mit Arbeitslosen deren Gesundheitsverhalten zu reflektieren und ihnen Wege zu einer gesundheitsorientierten Lebensweise aufzuzeigen. Ergänzend dazu und flankierend zu arbeitsfördernden Maßnahmen sollten im Rahmen von gruppenspezifischen Präventionskursen in den Bereichen Sport, Fitness, Abbau von Stress und psychosomatischen Beschwerden ein selbstverantwortliches Gesundheitsverhalten sowie die Bewältigung von aus der Arbeitslosigkeit resultierenden Problemen erlernt werden

¹¹ Siehe dazu die auf Seite 5 erwähnte gemeinsame Erklärung: 19. Siehe auch Bundesagentur für Arbeit 2009: 9.

(JobFit-Leitfaden, BKK 2010).¹² Zur Zielgruppe von „JobFit Regional“ gehörten Arbeitslose und von Arbeitslosigkeit bedrohte BKK-Versicherte – insbesondere Ältere und Erwerbslose mit psychischen Problemlagen. Nach zu unterschiedlichen Zeitpunkten durchgeführten Teilnehmerbefragungen hat die Teilnahme am Modellprojekt zu einer Zunahme von sportlichen Aktivitäten, einer ausgewogeneren Ernährung, einem verbesserten Gesundheitszustand, einer Reduktion von psychosozialen Beschwerden, einem besseren Umgang mit Stressbelastung und zu einer Zunahme von sozialen Aktivitäten geführt. Neben der Erhöhung der Beschäftigungsfähigkeit waren zudem weniger Maßnahmeabbrüche und Krankmeldungen zu verzeichnen. Nach einem in einer Modellregion durchgeführten Kontrollgruppenvergleich gab es unter den Teilnehmer/innen von „JobFit Regional“ zudem signifikant mehr Arbeitsaufnahmen als unter Nichtteilnehmer/innen.¹³ Aufgrund der Erfolge des Modellprojekts wurde „JobFit NRW“ landesweit aufgelegt, das inzwischen auch in vielen anderen Bundesländern im Bereich Arbeitsförderung Eingang gefunden hat. „AmigA“ steht für „Arbeitsförderung mit gesundheitlicher Ausrichtung“ und verfolgt ebenso das Ziel, die Integrationsfähigkeit von Arbeitslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen auf dem Arbeitsmarkt zu verbessern. Für Beschäftigte, deren Arbeitsplatz aus gesundheitlichen Gründen gefährdet oder deren Gesundheit in Folge von bevorstehender Arbeitslosigkeit bedroht ist, sind zudem arbeitsplatzerhaltende bzw. Outplacement-Maßnahmen förderbar. Im Rahmen dieses ursprünglich im Bundesland Brandenburg von der Mittelmärkischen Arbeitsgemeinschaft zur Integration in Arbeit (MAIA) zwischen August 2005 und Februar 2008 umgesetzten Modellprojekts erfolgt ebenfalls eine ressortübergreifende Kooperation, an der das Land Brandenburg, die Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg, verschiedene Krankenkassen sowie die Regionaldirektion Berlin-Brandenburg der Bundesagentur für Arbeit beteiligt sind. Im Mittelpunkt dieses integrierten Ansatzes steht ein beschäftigungsorientiertes und zugleich gesundheitlich ausgerichtetes Fallmanagement, in das – im Unterschied zu „JobFit“ – Sozialmediziner und Psychotherapeuten integriert sind. Auf der Basis einer umfassenden Eingangsdiagnostik und einer individuellen Integrationsplanung durch ein interdisziplinäres Team werden arbeitsfördernde Elemente mit gesundheitlichen Maßnahmen bedarfsgerecht verzahnt. Auch Hausärzte, medizinische und psychosoziale Kliniken, Suchtberatungsstellen oder Angebote der Krankenkassen werden in den „AmigA“-Prozess einbezogen (AmigA-Leitfaden, MASF 2008). Eine Teilnahme an diesem Modellprojekt hat ähnliche positive Effekte wie „JobFit Regional“ bewirkt (siehe dazu MASF 2008:10f.). Nach Beendigung des Modellprojekts wird „AmigA“ nunmehr auch in anderen Grundsicherungsstellen auch außerhalb von Brandenburg umgesetzt.

Im Rahmen des von der Technischen Universität Dresden entwickelten und seit 2006 im Rahmen des sächsischen Gesundheitsziels „Gesundheitsförderung für Arbeitslose“ geförderten Programms „AktivA“ werden Praktiker mit vorwiegend sozialpädagogischem Hintergrund zu Multiplikatoren des „AktivA“-Trainings ausgebildet. Kernelemente sind hier psychologische Trainingsbausteine in den Bereichen Zeitmanagement, soziale Kompetenzen und Techniken zur Problemlösung und Stressbewältigung. Dazu werden bewährte psychosoziale Interventionsansätze auf die Lebenssituation von Erwerbslosen übertragen.¹⁴ Im Rahmen des im Bundesland Sachsen aufgelegten Modellprojekts stehen wegen der geringen Aufnahmefähigkeit des regionalen bzw. ostdeutschen Arbeitsmarktes keine unmittelbaren Vermittlungseffekte im Vordergrund, vielmehr sollen im Rahmen der Trainingsangebote wiederholte Erfahrungen von Misserfolgen

¹² Zu den Kernelementen von „JobFit“ siehe auch <http://www.gib.nrw.de/service/specials/JobFit/jobfitansatz>

¹³ Siehe dazu http://www.gib.nrw.de/site/homepage/service/downloads/JobFitRegional_Zus_20060926.pdf

¹⁴ Zu den Kernelementen von „AktivA“ siehe <http://aktiva.tu-dresden.de/>

und sozialer Exklusion konstruktiv verarbeitet werden und sich dadurch die Lebensqualität in der Arbeitslosigkeit durch eigenes Handeln verbessern. Gesundheit wird hier somit zur eigenständigen Zielvariablen. Durch die Teilnahme an „Aktiva“ konnte sowohl der psychische als auch physische Gesundheitszustand von Arbeitslosen deutlich verbessert werden.¹⁵

Gesundheitliche Ausrichtung des Bundesprogramms „Perspektive 50plus – Beschäftigungspakte für Ältere in den Regionen“

Im Rahmen des vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) finanzierten Programms „Perspektive 50plus“, das das IAQ wissenschaftlich begleitet, werden bundesweit sogenannte regionale Beschäftigungspakte mit dem Ziel gefördert, ältere Langzeitarbeitslose in den ersten Arbeitsmarkt zu reintegrieren und ihre Hilfebedürftigkeit zu verringern. Primäre Zielgruppe des Bundesprogramms sind arbeitslos gemeldete Bezieher/innen von Arbeitslosengeld II ab Vollendung des 50. Lebensjahres sowie Personen, die während der Programmlaufzeit das 50. Lebensjahr erreichen. Umsetzer des Bundesprogramms waren zunächst solche Grundsicherungsstellen, die sich im Jahr 2005 in einem vom BMAS ausgeschriebenen Ideenwettbewerb erfolgreich behauptet und innovative Aktivierungs- und Integrationsansätze für ältere Langzeitarbeitslose entwickelt hatten. In der zweiten Phase (2008 - 2010) wurden die am Bundesprogramm insgesamt beteiligten 62 Beschäftigungspakte um weitere Grundsicherungsstellen erweitert mit der Zielsetzung, „Perspektive 50plus“ mittelfristig bundesweit zu implementieren.

Eine der Besonderheiten des Bundesprogramms ist, dass hier die vertikale Steuerung auf ein Minimum beschränkt, die Zielvereinbarungen mit zweckgebundenen Mittelzuweisungen verbunden und unter der Regie eines privaten Dienstleisters starke dialogische Elemente auf horizontaler Ebene implementiert wurden. Regelmäßige regionale sowie überregionale Konferenzen und Fachtagungen haben einen Ideen- und Erfahrungsaustausch zwischen Grundsicherungsstellen mit unterschiedlicher Form der Aufgabenwahrnehmung sowie zwischen Auftraggebern und Auftragnehmern, Führungskräften und Ausführenden forciert. Dieser Wissenstransfer auf „gleicher Augenhöhe“ hat arbeitsmarktpolitische Akteure und Fachkräfte zusammengeführt, die eine gemeinsame fachliche Herausforderung zu bewältigen haben. Der professionelle Ehrgeiz und die Freude am Entdecken von zielführenden Handlungsmöglichkeiten werden damit zu einem eigenständigen Medium der Steuerung, das die Steuerung über Anreize und Vorschriften wesentlich ergänzt und den besonderen Geist des Programms ausmacht.

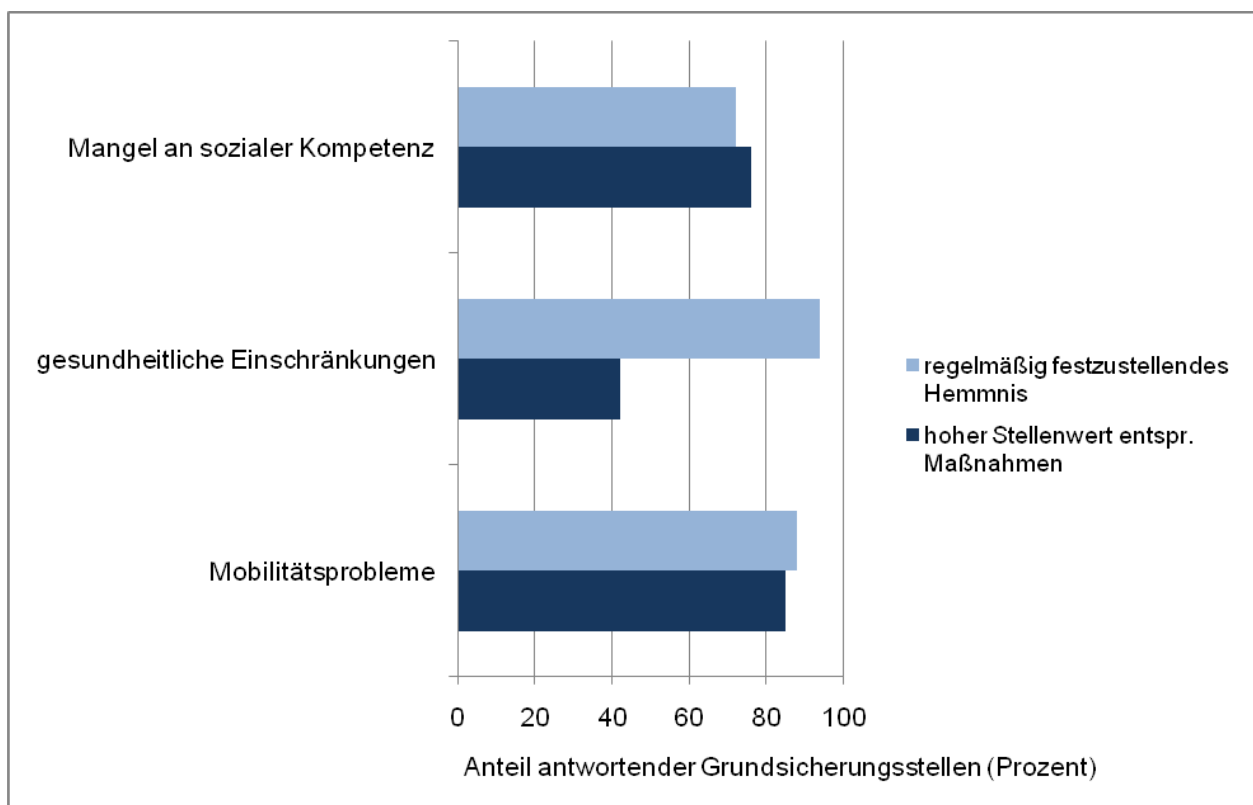
Dadurch hat sich „Perspektive 50plus“ zu einem kreativen und lernenden Programm entwickelt, das eine Pionierfunktion im Bereich der Arbeitsförderung ausübt. Denn es ermöglicht den beteiligten SGB II-Trägern bzw. den von diesen beauftragten Dienstleistern, sich eingehender auf eine Zielgruppe einzulassen als es im Regelbetrieb bisher durchführbar war. Dadurch ist stärker in den Blick gekommen, woran die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt nicht nur, aber gerade bei älteren Langzeitarbeitslosen oftmals scheitert. Anders als in der Regelförderung folgen die ressourcenorientierten Förderangebote der Beschäftigungspakte den spezifischen Bedarfen der Zielgruppe. Diese „von unten“ angestoßenen und von den Programmverantwortlichen aufgegriffenen Lernprozesse werden im Folgenden am Beispiel der seit 2009 erfolgten stärkeren gesundheitlichen Ausrichtung des Bundesprogramms expliziert.¹⁶

¹⁵ Siehe dazu <http://poolux.psychopool.tu-dresden.de/aktiva/index.php?page=umsetzung>

¹⁶ Weitere Schwerpunkte, die aus den Bedarfen der Zielgruppe heraus entwickelt und bundesweit implementiert wurden, sind die Förderung der Mobilität sowie die Förderung der fachlichen und sozialen Kompetenzen. Seit 2010 werden zudem arbeitsmarktferne Personen aus der Zielgruppe mit multiplen Vermittlungshemmnissen und relativ langen Arbeitslosigkeitsdauern im Rahmen des Bundesprogramms speziell gefördert.

Im Rahmen der Evaluation erfolgte im Jahr 2008 eine standardisierte Befragung der an „Perspektive 50plus“ beteiligten Grundsicherungsstellen, die das Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung (IAW) im Auftrag des IAQ durchgeführt hat. Die daran beteiligten SGB II-Träger gaben als zielgruppenspezifische Vermittlungshemmnisse – neben einem Mangel an sozialen Kompetenzen und Mobilitätsproblemen – zumeist gesundheitliche Einschränkungen an (siehe Abbildung 1). Wie die Befragung aber zugleich zeigte, hatten zum damaligen Befragungszeitpunkt insbesondere gesundheitsfördernde Maßnahmen in den meisten Grundsicherungsstellen (noch) keinen hohen Stellenwert innerhalb der für ältere Langzeitarbeitslose jeweils umgesetzten Aktivierungs- und Integrationsstrategien (siehe ebenda).

Abbildung 1: Befragung von Grundsicherungsstellen in 2008



Quelle: IAW-Befragung; eigene Auswertungen

Unsere Analysen von Teilnehmerdaten in der ersten Programmphase haben jedoch gezeigt, dass vor allem das Vorliegen multipler Vermittlungshemmnisse den Einstieg älterer Langzeitarbeitsloser in den ersten Arbeitsmarkt behindert. Zu den wesentlichen, die Zielgruppe von „Perspektive 50plus“ prägenden Vermittlungshemmnissen gehörten gesundheitliche Einschränkungen, die bei 36 Prozent der Programtteilnehmer/innen vorlagen. Bei fast einem Drittel dieser Fälle waren die gesundheitlichen Beeinträchtigungen schwerer Art.

Während in der ersten Programmphase nur einzelne Grundsicherungsstellen gesundheitsfördernde und an Modellprojekten, wie „JobFit“, orientierte Maßnahmen für ältere Langzeitarbeitslose entwickelt und aufgelegt hatten, rückte die Gesundheitsförderung mit dem von den Programmverantwortlichen aufgelegten Kampagnenjahr 2009 bundesweit in den Fokus von „Perspektive 50plus“.

Die Umsetzung des seinerzeit u.a. neu eingeführten Schwerpunkts „Förderung der Gesundheit“ sollte nach den Programmdokumenten des BMAS „älteren Langzeitarbeitslosen ermöglichen, körperlich und geistig fit ins Berufsleben zurückzufinden, indem die physische und psychische

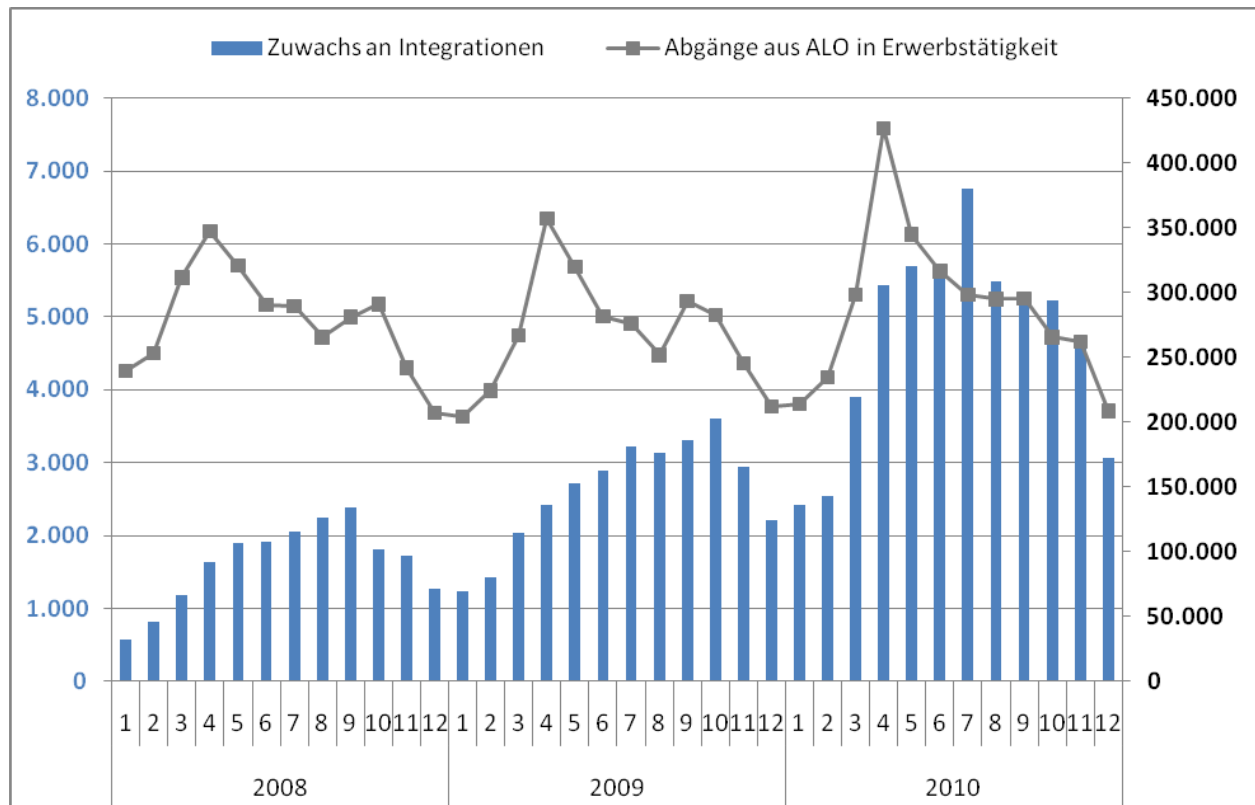
Eigenverantwortung arbeitsloser Frauen und Männer gestärkt wird. (...) Ziel der gesundheitlichen Förderung ist es, eine Bewusstseinsveränderung bei Langzeitarbeitslosen gegenüber ihrer eigenen Gesundheit herbeizuführen“ (BMAS 2009). Ebenso wie die oben dargestellten Modellprojekte hatte somit auch das Bundesprogramm „Perspektive 50plus“ die Zielsetzung, den Kreislauf aus Krankheit und Arbeitslosigkeit zu durchbrechen.

Wie unsere im Jahr 2009 in zehn ausgewählten Beschäftigungspakten durchgeführten Fallstudien gezeigt haben, wurden in allen Fällen gesundheitspräventive und/oder gesundheitsfördernde Maßnahmen angeboten bzw. deren Implementierung stand zum Zeitpunkt der Befragung unmittelbar bevor. Die Angebote reichten über Wirbelsäulengymnastik, Nordic-Walking, Fahrradtouren, Gesundheits- und Ernährungsberatung bis hin zu Entspannungstraining, Stressabbau und Beratung von Frauen zum Thema „Wechseljahre“. Die Teilnahme an gesundheitlich orientierten Förderangeboten war grundsätzlich freiwillig, da nur über Eigenmotivation eine nachhaltige körperliche und geistige Fitness erzielt werden kann, was wiederum Voraussetzung für eine möglichst nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit ist. Die 50plus-Gesundheitsangebote sowie die damit verbundenen Fahrtkosten sind für die Teilnehmenden zudem kostenlos. Im Rahmen unserer im Jahr 2010 durchgeführten elf Fallstudien fanden wir eine Verstärkung und konzeptionelle Weiterentwicklung von bereits implementierten gesundheitsorientierten Ansätzen und Maßnahmen in allen Fällen vor. Unsere Untersuchungen haben aber auch gezeigt, dass nachhaltige Aktivierungseffekte bei älteren Langzeitarbeitslosen nicht durch isolierte Gesundheitsangebote zu erzielen sind, sondern nur durch eine in das Integrationsmanagement integrierte gesundheitsfördernde Beratung und Aktivierung.

Im Rahmen beider Fallstudienwellen sind wir zudem auf einige Beschäftigungspakte gestoßen, die Sozialversicherungsträger – insbesondere gesetzliche Krankenkassen – in die Durchführung und Refinanzierung von Gesundheitsangeboten für ältere Langzeitarbeitslose einbeziehen. Dies ist vermutlich auf die auch auf Bundesebene zu beobachtende zunehmende Vernetzung und Kooperation zwischen arbeitsmarkt- und gesundheitspolitischen Akteuren zurückzuführen (siehe unten). Kooperationen finden aber nicht nur mit Krankenkassen, sondern auch mit Sportvereinen, Kliniken, Ärzten und Psychologen statt.

Trotz der zum Teil erheblichen Vermittlungshemmnisse innerhalb der Zielgruppe (s.o.) verzeichnete das Bundesprogramm „Perspektive 50plus“ nach den von den Beschäftigungspakten bis Ende 2010 gemeldeten Integrationszahlen kontinuierliche Integrationserfolge und erwies sich zudem als bemerkenswert krisenfest. In Abbildung 2 zeigt sich der Trend zur Zunahme der Integrationen im Bundesprogramm „Perspektive 50plus“ erstaunlich unbeeinflusst von der sich seit Herbst 2008 auf dem deutschen Arbeitsmarkt abzeichnenden Finanz- und Wirtschaftskrise. Der sowohl passgenaue als auch ganzheitliche Förderansatz in Kombination mit verbesserten Beratungsrelationen ist das Erfolgsrezept von „Perspektive 50plus“. Im weiteren Verlauf der Evaluation wird noch zu untersuchen sein, ob und inwieweit spezifische Förderangebote – u.a. gesundheitsfördernde Maßnahmen bzw. Maßnahmemodule – die Integrationswahrscheinlichkeit von älteren Langzeitarbeitslosen erhöhen.

Abbildung 2: Monatliche Zuwächse an Integrationen in der zweiten Programmphase von „Perspektive 50plus“ im Vergleich zu den bundesweiten Abgängen aus Arbeitslosigkeit in Erwerbstätigkeit, Stand 31.12.2010.



Quellen: Monitoringdaten der gsub und Daten der Bundesagentur für Arbeit.¹⁷

Aktuelle Initiativen der BA und der Krankenkassen

Dachkampagne „Initiative Gesundheitsorientierung zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit“ der BA

Seit Ende 2009 widmet sich die Bundesagentur für Arbeit verstärkt dem Thema „Gesundheit“. Dabei liegt der Fokus nicht auf „Gesundheitsförderung“, sondern auf „Gesundheitsorientierung“. Es sollen aus Gründen der Wirtschaftlichkeit und Effizienz nicht Leistungen von der BA übernommen werden, die eigentlich im Zuständigkeitsbereich des öffentlichen Gesundheitssystems liegen. Im Oktober 2009 ist die Bundesagentur dem Kooperationsverbund „Gesundheitsorientierung bei sozial Benachteiligten“ beigetreten, der von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) initiiert und von dieser maßgeblich mitgetragen wird. Die BA selbst startete die Dachkampagne „Gesundheitsorientierung zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit“ und veranstaltete dazu Mitte 2010 einen Fachkongress in Berlin, der inhaltlich vor allem auf den SGB II-Bereich abzielte.¹⁸

¹⁷ Die Integrationszuwächse innerhalb des Bundesprogramms enthalten ab 2010 auch Vermittlungen über die in demselben Jahr implementierte Förderschiene „Impuls 50plus“, über die ältere Langzeitarbeitslose mit multiplen Vermittlungshemmnissen und fehlender Integrationswahrscheinlichkeit in die Aktivierungs- und Vermittlungsbemühungen einbezogen werden sollen. Die Zeitreihen-Daten der Bundesagentur für Arbeit enthalten auch Abgänge aus Arbeitslosigkeit in Erwerbstätigkeit innerhalb des zweiten Arbeitsmarktes. Innerhalb von „Perspektive 50plus“ werden nur Integrationen in den ersten Arbeitsmarkt gezählt.

¹⁸ Siehe <http://www.fachkongress-sgb2.de/> [26.01.2011].

Diese Dachkampagne beruht im Wesentlichen auf den drei Säulen „*Prozesse und Produkte*“, „*Kooperationen*“ und „*Wissensmanagement*“. Neben den bereits oben beschriebenen *Produkten* bzw. arbeitsmarktpolitischen Instrumenten mit Gesundheitsorientierung zählt zur ersten Teilsäule auch die Integration des gesundheitsorientierten Handelns in den Beratungs- sowie Vermittlungsprozess. Für das Erkennen gesundheitlicher Hemmnisse der Kund/innen werden die ersten internen Fachkräfte bereits sensibilisiert und entsprechend qualifiziert. Im Rahmen des 4-Phasen-Modelles¹⁹ sollen zudem in der BA-Fachanwendung VerBIS gesundheitliche Elemente bzw. Kriterien eingebaut und damit den Vermittlungsfachkräften Handlungsoptionen und Produkte an die Hand gegeben werden für den Fall, dass im Rahmen des Profilings gesundheitliche Probleme vom Kunden selbst angesprochen werden oder die Fachkräfte selbst auf gesundheitliche Hemmnisse aufmerksam werden.

Im Rahmen der Säule „*Wissensmanagement*“ will man zum Thema „Gesundheitsorientierung“ BA-interne Informationsquellen, z. B. das Intranet der BA, mit externen Informationsquellen, wie dem Internetangebot der BZgA, verknüpfen und damit den Fachkräften der BA beide Quellen zugänglich machen. In einem weiteren Schritt soll für die Arbeit der Fachkräfte ein sogenannter Praxiskompass „Gesundheitsorientierung“ entwickelt werden.

Wichtige Zielsetzung im Rahmen der Dachkampagne ist zudem eine ressort- und akteursübergreifende Vernetzung zum Thema Gesundheit. Neben der schon erfolgten Beteiligung im Arbeitskreis „Gesundheitsorientierung bei sozial Benachteiligten“ (siehe oben) strebt die BA auf zentraler Ebene entsprechende *Kooperationen* bzw. Partnerschaften mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), dem Bundesgesundheitsministerium (BMG), der Initiative „Gesundheit und Arbeit“, dem Deutschen Olympischen Sportbund und dem Deutschen Fußball-Bund an. Durch eine breite Vernetzung sollen weitere strategische Handlungsschwerpunkte identifiziert und Vorschläge für gemeinsame Initiativen entwickelt werden, die wiederum dazu beitragen sollen, das Aufgabengebiet der BA systematisch weiterzuentwickeln.²⁰ Um auch auf lokaler Ebene die Gesundheitsorientierung im Rahmen eines koordinierten und kooperativen Vorgehens effektiv zu verzahnen, sollen hier ebenfalls Kooperationen mit Dritten, wie Ärzten, Krankenkassen und Maßnahmeträgern, eingegangen werden.

Der neue Leitfaden „Prävention“ des GKV-Spitzenverbandes

Im August 2010 hat der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes mit Unterstützung einer „Beratenden Kommission“ den überarbeiteten Leitfaden „Prävention“ beschlossen,²¹ der die inhaltlichen

¹⁹ Bei dem für die Integrationsarbeit der Arbeitsverwaltung entwickelten 4-Phasen-Modell handelt es sich um das seit 2009 geltende neue, rechtskreisübergreifende Integrations- und Vermittlungsprozessmodell der BA. Zu den vier Phasen zählen die Durchführung eines Profilings (1. Phase), die Festlegung von Zielen (2. Phase), die Festlegung einer Strategie bzw. eines Strategiebündels (3. Phase) sowie deren Umsetzung und Nachhaltigkeit (4. Phase). Siehe <http://www.arbeitsagentur.de/zentraler-Content/HEGA-Internet/A04-Vermittlung/Publikation/HEGA-02-2010-Vier-Phasen-Modell-Anlage-1.pdf>

²⁰ Die Informationen zur Dachkampagne beziehen sich vor allem auf Kostka (2010).

²¹ Der GKV-Spitzenverband, der im Zuge der Gesundheitsreform 2007 gegründet wurde, ist gemäß § 217a SGB V der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, in dem die Spitzenverbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen zusammengeschlossen sind. In der „Beratenden Kommission“ sind der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung, die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin und die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung vertreten. Zu den ständigen Gästen gehören Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit sowie der Gesundheitsministerkonferenz der Länder. Zu spezifischen Themen werden auch andere Akteure, wie beispielsweise die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände und der Deutsche Gewerkschaftsbund zum Thema betriebliche Gesundheitsförderung, in die Beratungen einbezogen.

Handlungsfelder und qualitativen Vorgaben zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V auf Bundesebene definiert. Dieser Leitfaden gibt damit allen gesetzlichen Krankenkassen einen verbindlichen Rahmen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung vor. Entsprechende Angebote sollen die Versicherten dabei unterstützen, Krankheitsrisiken möglichst frühzeitig vorzubeugen und ihre gesundheitlichen Potenziale und Ressourcen zu stärken (GKV 2010:5).

Nach § 20 Abs. 1 SGB V zielen präventive Leistungen der Krankenkassen nicht nur auf eine Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes ihrer Mitglieder ab, sondern sie sollen auch zu einer Verminderung der aus einem sozialen Status resultierenden Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen. Letzteres setzt somit voraus, dass die Zugänge zu präventiven Gesundheitsangeboten für sozial benachteiligte Zielgruppen erleichtert werden, da diese die Präventionsangebote unterdurchschnittlich nutzen (s.o.). Im Rahmen des überarbeiteten Leitfadens wurden deshalb die Zugangskriterien für eine Inanspruchnahme von Präventionsleistungen für sozial benachteiligte Personen erleichtert. Die Krankenkassen wurden darin angehalten, die Kosten für Präventionsmaßnahmen für diesen Personenkreis – insbesondere für Empfänger/innen von Sozialhilfe, Arbeitslosengeld I und II – ganz oder teilweise direkt zu übernehmen und auf einen ansonsten von den Versicherten zu leistenden Eigenanteil und / oder eine finanzielle Vorleistung zu verzichten. Hierzu sind *„regionale und / oder landesweite Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und geeigneten Trägern (z. B. Träger der Grundsicherung / der Einrichtung) möglichst Kassenarten übergreifend notwendig. In diesen Vereinbarungen sind auch die Modalitäten der Kostenübernahme zu regeln“* (GKV 2010:38).

Ausblick

Im Rahmen des neuen Leitfadens „Prävention“ wurden somit erstmalig bzw. offiziell Kooperationen mit Trägern der Arbeitsförderung (z.B. SGB II-Trägern) zugelassen und die Krankenkassen aufgerufen, Maßnahmen zur Förderung der Arbeitsmarktintegration zu unterstützen. Der neue Leitfaden führte bereits zu ersten regionalen Rahmen- bzw. Kooperationsvereinbarungen zwischen Grundsicherungsstellen und Krankenkassen, beispielsweise im Jobcenter Hannover im Zusammenhang mit der Implementation von „JobFit“. Ob es auf dezentraler Ebene flächendeckend gelingt, sowohl Ressorts als auch Krankenkassen übergreifende Kooperationen zu implementieren sowie Vereinbarungen zur Finanzierung von Präventionsmaßnahmen für sozial Benachteiligte abzuschließen, bleibt abzuwarten.

Wie Initiativen zum Thema „Gesundheitsorientierung“ sowie Vernetzungen auf zentraler Ebene deutlich werden lassen, ist auch auf Seiten der BA eine wachsende Sensibilität für die Notwendigkeit einer arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung zu beobachten. Wie gezeigt werden konnte, stecken in den bestehenden Strukturen, Prozessen und Produkten der Arbeitsförderung bereits Potenziale für eine arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung. Diese gilt es zu verstetigen, auszubauen und zu vernetzen und im Sinne eines kontinuierlichen, präventiven und fördernden Gesundheitsansatzes zu nutzen:

- Auf ein entsprechendes Entwicklungspotenzial der beiden Fachdienste der BA, die bislang im Sinne eines Prüfdienstes mit entsprechendem behördlichem Zwangscharakter zur Überprüfung der Erwerbsfähigkeit und des Leistungsanspruchs von Arbeitslosen eingeschaltet wurden, wurde schon in der Vergangenheit hingewiesen.²²

²² Siehe z. B. Holleder 2002: 426 und auch Holleder 2003: 7.

- Notwendig ist darüber hinaus, die Vermittlungsfachkräfte (Fallmanager, Arbeitsvermittler) in der öffentlichen Arbeitsverwaltung nicht nur im Hinblick auf eine Identifizierung gesundheitlicher, insbesondere psychischer Erkrankungen stärker zu professionalisieren und zu sensibilisieren, sondern sie auch dazu zu befähigen, gesundheitliche Hemmnisse zu erkennen. Vermittlungsfachkräfte und Fallmanager sollten somit ihre Rolle als „Lotsen“ im System der flankierenden Maßnahmen stärker wahrnehmen, Hilfen aufzeigen und mit den Kundinnen und Kunden in einem kooperativen Prozess verbindliche Schritte der individuellen, beschäftigungsorientierten Gesundheitsförderung vereinbaren und diese dann auch nachhalten. Sie sollten zudem unterstützend zur Seite stehen, falls bei ersten Interventionsschritten eine Begleitung notwendig erscheint. Auch sollten enge Beziehungen zu den Trägern der kommunalen Eingliederungsleistungen aufgebaut werden (Netzwerk), so dass Transparenz über den jeweiligen „Standort“ derjenigen Kund/innen besteht, die sich innerhalb eines integrierten gesundheits- und beschäftigungsorientierten Prozessgefüges befinden.
- Aus präventiver Sicht müssten gesundheitsbezogene Förderangebote – wie sämtliche weitere Bemühungen im Bereich Prävention auch – Empfänger/innen von Arbeitslosengeld I ebenfalls zugänglich gemacht werden.²³
- Bei unseren Recherchen sind wir, was öffentlich zugängliche amtliche Dokumente betrifft, lediglich auf Ausschreibungsunterlagen gestoßen, die explizit auf das gesundheitliche Förderpotenzial des § 46 SGB III hinweisen. Eine diesbezügliche zentrale Geschäftsanweisung der BA gibt es unseres Wissens nach jedoch nicht. Die gemeinsame Erklärung des BMAS und der für die Grundsicherung für Arbeitsuchende zuständigen Ministerien der Länder, die den Gesundheitsaspekt lediglich in Klammern führt (siehe Seite 5), ist unzureichend. Die Förderpotenziale des § 46 SGB III müssten innerhalb der Strukturen der BA nicht nur stärker kommuniziert, sondern die Möglichkeit einer arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung im Gesetzestext als solche auch explizit benannt werden.
- Zur expliziten Zielsetzung des bis Ende 2015 dauernden Bundesprogramms „Perspektive 50plus“ gehört es, erfolgreiche Elemente in die Regelförderung zu transferieren. Folglich müsste der im Rahmen dieses Programms praktizierte ressourcenorientierte Ansatz, der auch den Gesundheitszustand von Langzeitarbeitslosen einbezieht, Eingang in die Regelförderung finden. Das Bundesprogramm hat gezeigt, dass sich Förderangebote stärker an zielgruppenspezifischen Bedarfen orientieren müssen. Für die Zukunft bleibt abzuwarten, ob und inwieweit es gelingt, erprobte und erfolgreiche konzeptionelle Ansätze und Erkenntnisse des Bundesprogramms ins Regelgeschäft der Arbeitsförderung des SGB II zu überführen. Ein Transfer auf andere zielgruppenspezifische Sonderprogramme bietet sich jedenfalls an, die nach vergleichbaren Grundsätzen strukturiert sein könnten wie „Perspektive 50plus“. Im Rahmen des Evaluationsberichts zu Wirkungen des SGB II auf Personen mit Migrationshintergrund wurde ein ähnliches Vorgehen für diese Zielgruppe vorgeschlagen, zumal Einschränkungen der täglichen Arbeitsfähigkeit aufgrund der gesundheitlichen Situation innerhalb dieser Gruppe besonders verbreitet sind (Knuth 2010).
- Um eine arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung in der Arbeitsmarktpolitik flächendeckend zu verankern, sind zudem ressortübergreifende Lösungen auf Bundesebene notwendig. Die von der Bundesagentur für Arbeit ausgehende Dachkampagne „Initiative Gesundheitsorientierung zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit“, in deren Rahmen Netzwerkpartnerschaften mit Krankenkassen, kommunalen Gesundheitsdiensten und Umsetzern von Gesund-

²³ Siehe hierzu auch DGB 2010: 19.

heitsmaßnahmen angestrebt werden, ist hier ein erster Schritt (Stichwort „Kooperationen“). Die Verstetigung dieser Netzwerke auf zentraler Ebene ist ein weiterer Schritt. Darüber hinaus müssen – wie von der BA intendiert (siehe Seite 12f.) – über die Arbeitsagenturen und gemeinsamen Einrichtungen entsprechende Netzwerke auch auf lokaler Ebene implementiert und stabilisiert werden.

Literatur

- BKK Bundesverband, 2008:** Gesundheitsreport 2008. Seelische Krankheiten prägen das Krankheitsgeschehen. Essen [Volltext](#)
- BKK Bundesverband, 2010:** JobFit-Leitfaden. Verknüpfung von Gesundheits- und Arbeitsmarktförderung. 2. Auflage August 2010. Essen [Volltext](#)
- Brussig, Martin, 2010:** Künftig mehr Zugänge in Altersrenten absehbar: gegenwärtig kein Ausweichen in die Erwerbsminderungsrente zu beobachten. Internet-Dokument. Duisburg, Düsseldorf: Inst. Arbeit und Qualifikation, Hans-Böckler-Stiftung. Altersübergangs-Report, Nr. 2010-02 [Volltext](#)
- Brussig, Martin / Knuth, Matthias, 2009:** Individuelle Beschäftigungsfähigkeit: Konzept, Operationalisierung und erste Ergebnisse, In: WSI-Mitteilungen 62, S. 287-294
- Brussig, Martin / Knuth, Matthias, 2010:** Rise up and work! Workless people with impaired health under Germany's new activation regime. In: Social Policy and Society 9 (3), pp. 311–323
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2008:** Auf einen Blick: Die Neuausrichtung der arbeitsmarktpolitischen Instrumente, Material zur Information, 7 Oktober 2008. Berlin: BMAS [Volltext](#)
- Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, 2009:** Gesund (zurück) ins Berufsleben – mit Perspektive 50plus. Bundesprogramm des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) verbessert Beschäftigungsfähigkeiten und -chancen bei über 50-Jährigen. Programmdokument. Berlin: BMAS [Volltext](#)
- Bundesagentur für Arbeit, 2009:** SGB II – Arbeitshilfe: § 16f SGB II - Freie Förderung (FF SGB II). SGB II - Anlage zur Geschäftsanweisung 19/2009. Freie Förderung nach § 16f SGB II, Stand Juli 2009 [Volltext](#)
- Deutscher Gewerkschaftsbund, 2010:** Gesundheitsrisiko Arbeitslosigkeit - Wissensstand, Praxis und Anforderungen an eine arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung. DGB Bereich Arbeitsmarktpolitik. arbeitsmarkt aktuell, Nr. 9 [Volltext](#)
- Elkeles, Thomas / Kirschner, Wolf, 2003:** Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Interventionen durch Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement. Befunde und Strategien. Gutachten für den BKK-Bundesverband. Ergebnisbericht. Fachhochschule Neubrandenburg Forschung Beratung + Evaluation Berlin (F B + E), Neubrandenburg und Berlin [Volltext](#)
- Elvenkemper, Matthias, 2010:** Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. Gesundheitsorientierung in Arbeitsmarktdienstleistungen. Vortrag vom 20. September 2010 anlässlich von „Fit for Work“, 7. Tagung des DNBGF-Forums „Arbeitsmarktintegration und Gesundheitsförderung“ beim BKK-Bundesverband, Essen [Volltext](#)
- Gerlmaier, Anja, 2009:** Wandel der Arbeit: Stress und psychische Belastung. In: Pape, Klaus (Hrsg.): Wandel der Arbeit und betriebliche Gesundheitsförderung. Hannover: Offizin Verl., S. 13-35.
- Gerlmaier, Anja / Latniak, Erich, 2011:** Gesund arbeiten in jeder Lebensphase – Ansatzpunkte eines integrativen, alternsgerechten Präventionsmanagements. In: Gerlmaier, Anja / Latniak, Erich (Hrsg.), 2011: Burnout in der IT-Branche: Ursachen und betriebliche Prävention. Kröning: Asanger, S. 183-223.

- GKV-Spitzenverband, 2010:** Leitfaden Prävention 2010. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010. Berlin [Volltext](#)
- Grobe, Thomas G., 2006:** Sterben Arbeitslose früher? In: Holleder, Alfons / Brand, Helmut (Hrsg.): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber, Seite 75-83
- Holleder, Alfons, 2002:** Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Ein Überblick über empirische Befunde und die Arbeitslosen- und Krankenkassenstatistik. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 35, H. 3, S. 411 – 428 [Volltext](#)
- Holleder, Alfons, 2003:** Arbeitslos - Gesundheit los - chancenlos? Arbeitslosenuntersuchungen. IAB-Kurzbericht 04/2003 [Volltext](#)
- Holleder, Alfons, 2009:** Gesundheit und Krankheit von Arbeitslosen sowie Chancen und Grenzen arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung In: Holleder, Alfons (Hrsg.): Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Nachdr. Frankfurt / Main: Fachhochschulverl. ; 22, S. 12-38.
- Hordt, Barbara, 2010:** Gesundheitsorientierung in der Grundsicherung –Der JobFit Ansatz in der Arbeitsförderung. Vortrag innerhalb des Workshops 12 anlässlich der 4. DNBGF-Konferenz am 15.-16. Juni 2010, Bonn [Volltext](#)
- Kirsch, Johannes / Mühge, Gernot, 2010:** Die Organisation der Arbeitsvermittlung auf internen Arbeitsmärkten. Modelle – Praxis – Gestaltungsempfehlungen. Düsseldorf: Hans Böckler Stiftung. Edition Nr. 256 [Abstract](#)
- Kostka, Beate, 2010:** Gesundheitsorientierung in der Grundsicherung. Vortrag vom 20. September 2010 anlässlich von „Fit for Work“, 7. Tagung des DNBGF-Forums „Arbeitsmarktintegration und Gesundheitsförderung“ beim BKK-Bundesverband, Essen [Volltext](#)
- Knuth, Matthias / Schweer, Oliver / Siemes, Sabine, 2004:** Drei Menüs - und kein Rezept? Dienstleistungen am Arbeitsmarkt in Großbritannien, in den Niederlanden und in Dänemark. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung [Volltext](#)
- Knuth, Matthias, 2008:** Zu jung und gesund für die Rente, zu alt und krank für den Arbeitsmarkt? Datenpuzzle und Denkanstoß. In: Hien, Wolfgang / Bödeker, Wolfgang (Hrsg.): Frühberentung als Folge gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen? Beiträge zum Stand der wissenschaftlichen Diskussion, hrsg. vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag N.W. Verl. für neue Wissenschaft, S. 43-60.
- Knuth, Matthias (Hrsg.), 2010:** Arbeitsmarktintegration und Integrationspolitik. Zur notwendigen Verknüpfung zweier Politikfelder. Eine Untersuchung über SGB II-Leistungsbeziehende mit Migrationshintergrund. Baden-Baden: Nomos.
- Mckee-Ryan, Frances M. / Song, Zhaoli / Wanberg, Connie R. / Kinicki, Angelo J., 2005:** Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study. Journal of Applied Psychology, 90 (1), S. 53-76
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg, 2008:** AmigA - Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung. Leitfaden für die praktische Umsetzung. Potsdam: MASF [Volltext](#)
- Mühge, Gernot / Jeske, Dora / Kieselbach, Thomas / Knuth, Matthias, 2009:** Beschäftigtertransfer und Gesundheitsförderung: Schalker Verein, Gelsenkirchen, in: Kieselbach, Thomas et al.: Innovative Restrukturierung von Unternehmen: Fallstudien und Analysen. München [u.a.]: Hampp, S. 147-172
- Murphy, Gregory C. / Athanassou, James A., 1999:** The effect of unemployment on mental health. Journal of Occupational and Organizational Psychology 72 (1), S. 83-99

- Paul, Karsten I. / Moser, Klaus, 2009a:** Metaanalytische Moderatoranalysen zu den psychischen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit - Ein Überblick. In: Holleder, Alfons (Hrsg.): Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis, Frankfurt / Main: Fachhochschulverl., S. 39–61.
- Paul, Karsten I. / Moser, Klaus, 2009b:** Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. Journal of Vocational Behavior 74 (3), S. 274-282.
- Robert Koch-Institut, 2006:** Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsbericht des Bundes. Berlin: RKI [Volltext](#)
- Rosenbrock, Rolf / Grimmeisen, Simone, 2009:** Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen – Herausforderungen und Qualitätskriterien. In Holleder, Alfons (Hrsg.): Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt / Main: Fachhochschulverl., S. 83-95
- Seewald Otfried / Leube, Konrad, 2002:** Expertise Präventionsregelungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Endbericht April 2002 [Volltext](#)
- Walter Ulla, 2003:** Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Bestimmungen zur Prävention in Deutschland – Expertise aus sozialmedizinischer Sicht. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung [Volltext](#)

Renate Büttner ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Forschungsabteilung „Arbeitsmarkt – Integration – Mobilität“
Kontakt: renate.buettner@uni-due.de

Oliver Schweer ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Forschungsabteilung „Arbeitsmarkt – Integration – Mobilität“
Kontakt: oliver.schweer@uni-due.de

IAQ-Report 2011-01		Redaktionsschluss: 08.03.2011
Institut Arbeit und Qualifikation Fakultät für Gesellschaftswissenschaften Universität Duisburg-Essen 47048 Duisburg		
Redaktion	IAQ im Internet	
Claudia Braczko claudia.braczko@uni-due.de	Homepage: http://www.iaq.uni-due.de	
Thomas Haipeter thomas.haipeter@uni-due.de	IAQ-Reports: http://www.iaq.uni-due.de/iaq-report/	
Über das Erscheinen des IAQ-Reports informieren wir über eine Mailingliste: http://www.iaq.uni-due.de/aktuell/newsletter.php		
Der IAQ-Report (ISSN 1864-0486) erscheint seit 2007 in unregelmäßiger Folge als ausschließlich elektronische Publikation. Der Bezug ist kostenlos.		