

# Ansätze der Primärprävention bei Arbeitslosen

Simone Grimmeisen und Rolf Rosenbrock

**Arbeitslose weisen regelmäßig einen schlechteren Gesundheitszustand, geringere Gesundheitsressourcen und größere gesundheitliche Probleme auf als Erwerbstätige. Gleichmaßen nehmen sie die bestehenden Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote seltener in Anspruch. Dies verdeutlicht den Bedarf an spezifischen Angeboten der Primärprävention für Arbeitslose. Dabei ist zu beachten, dass Konzeption bzw. Umsetzung solcher Angebote einigen zentralen Herausforderungen unterworfen sind. Hierzu gehören unter anderem die mehrschichtige, gesundheits- sowie arbeitsmarktpolitische Zieldefinition der präventiven Ansätze sowie die Ansprache einer wenig homogenen, schwer erreichbaren Zielgruppe, die jenseits der Primärprävention oftmals auch Maßnahmen der sekundären und tertiären Prävention bedarf. Wie diese Herausforderungen erfolgreich in Präventionsprogramme umgesetzt werden können, zeigen einige ausgewählte Projekte, anhand derer Elemente guter Praxis bei der Gesundheitsförderung und Prävention bei Arbeitslosen identifiziert werden können.**

**Schlagworte:** Arbeitslosigkeit, Prävention, Gesundheitsförderung, Setting

Arbeitslosigkeit geht häufig mit einem schlechten Gesundheitszustand bzw. mit gesundheitlichen Problemen einher. Dies ist aufgrund der verfügbaren sozialepidemiologischen Befunde unstrittig: Personen, die arbeitslos werden, sind mit erhöhter Wahrscheinlichkeit körperlich bzw. seelisch weniger gesund als Beschäftigte im Allgemeinen, und die gesundheitlichen Einschränkungen wirken sich als eigenständiger, die Vermittlung hemmender Faktor aus (Brenner 2006; Cramer et al. 2002). Genauso liefern die Studien aber auch überzeugende Belege dafür, dass Arbeitslosigkeit und insbesondere Langzeitarbeitslosigkeit die Wahrscheinlichkeit von Krankheit, die Progredienz bestehender Krankheit sowie die Inzidenz oder Verstärkung und Kumulation gesundheitlicher Risiken erhöht (Kirschner/Elkeles 2006). Jenseits der Diskussion um die Frage, ob Arbeitslosigkeit negative psychische und physische Folgen zeitigt (Kausalitätshypothese) oder ob Arbeitslosigkeit - wie die Vertreter der Selektionshypothese argumentieren - vielmehr die Folge eines schlechten Gesundheitszustandes ist, legen insbesondere Längsschnittstudien den Schluss nahe, dass eine komplexe Verursachungskette bzw. eine wechselseitige Verstär-

kung von Arbeitslosigkeit und beeinträchtigter Gesundheit besteht (Berth et al. 2006; Dooley et al. 1996; Holleeder 2003; Kieselbach/Beelmann 2006; Lampert/Ziese 2005).

Wie die Ausführungen von Holleeder in diesem Heft zeigen, sind Arbeitslose in der Regel tatsächlich häufiger und schwerer krank als Erwerbstätige bzw. die Gesamtbevölkerung. Außerdem weisen sie eine höhere Sterblichkeit auf als Vergleichsgruppen. Dabei gibt es allerdings keine typische Arbeitslosigkeitskrankheit. Vielmehr ist Arbeitslosigkeit geprägt von einer Kumulation physischer und psychischer Morbiditäten, die insbesondere bei Langzeitarbeitslosen häufig mit massiven Gesundheitsproblemen einhergehen. Insgesamt sind, wie die

epidemiologischen Befunde deutlich machen, bei Arbeitslosen typische Krankheitsmuster vor allem im psychosomatischen und psychiatrischen Bereich erkennbar.

## 1. Maßnahmen der Primärprävention bei Arbeitslosen: Handlungsbedarf und Herausforderungen

Der Bedarf für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen manifestiert sich im Wesentlichen anhand von vier Befunden (Holleeder 2005): Erstens durch die im Durchschnitt deutlich schlechtere Gesundheit von Arbeitslosen, zweitens durch die stärker ausgeprägten Belastungsfaktoren und in einem geringeren Maße vorhandenen Gesundheitsressourcen von Arbeitslosen im Vergleich zu Beschäftigten bzw. das im Durchschnitt riskantere Gesundheitsverhalten sowie drittens durch die wechselseitige Verbindung von Arbeitslosigkeit und Gesundheit, die eine Wiedereingliederung von Arbeitslosen auf dem Arbeitsmarkt be- oder sogar verhindern kann. Viertens macht auch die unterdurchschnittliche Inanspruchnahme von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten durch Arbeitslose deutlich, dass hier ein Bedarf an spezifischen Angeboten besteht.

Trotz des virulenten Bedarfs für die Entwicklung und Durchführung von präventiven und gesundheitsfördernden Strategien für Arbeitslose (DNBGF 2004) sind sowohl die Konzeption als auch die Umsetzung solcher Strategien jedoch mit einer Vielzahl spezifischer Herausforderungen und Probleme verbunden.

Zunächst stellt sich bei Präventionsangeboten für Arbeitslose immer die Schwierigkeit, dass sie immer nur an den mittelbaren Ursachen bzw. an den Moderatorvariablen ansetzen können, während die unmittelbare Ursache der schlechten bzw. der sich verschlechternden Gesundheit von Arbeitslosen, also die Arbeitslosigkeit selbst und die dahinter stehende Arbeitsmarktsituation, von ihnen meist nicht beeinflusst werden kann. In diesem Sinne vermögen die Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in den meisten Fällen zunächst nur kompensatorisch zu wirken.

Unter Beachtung dieser grundsätzlichen Problematik besteht die *erste zentrale Herausforderung* an Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen deshalb darin, dass diese eng mit Maßnahmen der Arbeitsförderung verzahnt werden. Dies führt zwangsläufig zu einer Mehrschichtigkeit

## Zur Person



### Simone Grimmeisen

Diplom-Verwaltungswissenschaftlerin, MSc in Europ. Social Policy Analysis

Geb. 1976, zwischen 2003 und 2005 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt „Wandel der Staatlichkeit in den Gesundheitssystemen der OECD-Staaten“ am Sonderforschungsbereich „Staatlichkeit im Wandel“ der Universität Bremen, danach von 2005 bis 2007 wissenschaftliche Referentin für den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, seit Mitte 2007 Referentin im Bundesministerium für Gesundheit, Referat „Verbindung zwischen Bund und Ländern und zu den Verbänden, Koordinierung“.

in der Zieldefinition der Präventionsstrategien für Erwerbslose: Während Prävention im Allgemeinen auf die Senkung von Erkrankungswahrscheinlichkeiten durch Verminderung von Belastungen sowie die Stärkung der individuellen und kollektiven Gesundheitsressourcen zielt (Rosenbrock 2004a), spielt bei präventiven Strategien für die Gruppe der Arbeitslosen regelmäßig auch das Ziel der Wiederherstellung bzw. der Erhaltung von Beschäftigungsfähigkeit eine zentrale Rolle.

*Die zweite Herausforderung* bei der Konzeption, aber auch bei der Umsetzung von präventiven Strategien bei Arbeitslosen liegt in der häufig notwendigen Verknüpfung von Maßnahmen der primären Prävention mit diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen der sekundären und tertiären Prävention. Die Instrumente der Gesundheitsförderung, die nach § 20 SGB V üblicherweise eingesetzt werden, sind für eine solche komplexe Präventionsstrategie regelmäßig nicht ausreichend (Kirschner/Elkeles 2006).

*Eine dritte Herausforderung* für bedarfsgerechte Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen besteht schließlich darin, dass Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen keine homogene Zielgruppe darstellen. Vielmehr bestehen wichtige Unterschiede im Hinblick auf den Gesundheitszustand zu Beginn der Arbeitslosigkeit, das individuelle Gesundheitsverhalten sowie im Hinblick auf die in unterschiedlichem Ausmaß vorhandenen Bewältigungsressourcen und beruflichen Qualifikationsniveaus. Aus diesem Grund kann keine allgemeine Präventionsstrategie konzipiert werden. Vielmehr müssen mehrere, je zielgruppenspezifische Ansätze erarbeitet werden (Elkeles/Kirschner 2004).

*Eine vierte Herausforderung* im Bereich der Konzeption von einschlägigen Präventionsmaßnahmen liegt schließlich in der lückenhaften Datenlage zur Wirksamkeit der bestehenden bzw. der bereits ausgelaufenen Programme im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention bei Arbeitslosen. Von den wenigen, explizit auf die Gruppe der Arbeitslosen fokussierenden Maßnahmen, die insgesamt nur ca. 5% aller Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention ausmachen (Elkeles/Kirschner 2004), gibt es bislang wenige dem wissenschaftlichen Standard genügende Evaluationen, die die Wirkungen präventiver Maßnahmen auf den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten bzw. die Gesundheitsressourcen der Arbeitslosen umfassend dokumentieren bzw. aus- und bewerten.

*Weitere Herausforderungen* an Präventionsprogrammen für Arbeitslose bzw. für von Arbeitslosigkeit bedrohte Personen sind außerdem die schlechte Erreichbarkeit der Zielgruppen

## Zur Person



**Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock**

Jg. 1945, Wirtschafts-, Sozial- und Gesundheitswissenschaftler, ist Leiter der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und lehrt Gesundheitspolitik u. a. an der Berlin School of Public Health in der Charité Berlin. Seine wichtigsten Themen sind die sozial bedingten Ungleichheiten von Gesundheitschancen, Präventionspolitik, Betriebliche Gesundheitsförderung sowie Steuerung und Finanzierung der Krankenversorgung. Er betreibt seit den 70er Jahren Gesundheitsforschung und Politikberatung und ist u. a. Mitglied im Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR – G), Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Mitglied des Nationalen Aids-Beirates (NAB), 1. Vorsitzender der Landesvereinigung Gesundheit Berlin e.V. sowie Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Public Health (DGPH) etc.

sowie die schlechte Annahme bzw. Akzeptanz von Präventionsprogrammen in den betreffenden Gruppen. Diese beiden Punkte sind eng miteinander verbunden und werden maßgeblich dadurch beeinflusst, dass Arbeitslose aufgrund ihrer sehr unterschiedlichen Lebenssituationen oftmals nicht in ein klassisches, aus Sicht der Prävention gut geeignetes Setting eingebunden sind. Somit fehlt bei ihnen häufig der bevorzugte und bewährte Zugangsweg der Prävention (BZgA 2005; Rosenbrock/Gerlinger 2006). Neben dem Problem der Erreichbarkeit weisen Arbeitslose regelmäßig auch eine geringere Aufgeschlossenheit bzw. ein geringeres Interesse gegenüber präventiven bzw. gesundheitsförderlichen Angeboten auf als Beschäftigte.

## 2. Elemente guter Praxis bei der Prävention der Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit

Trotz der oben spezifizierten Herausforderungen und Probleme bei Konzeption und Umsetzung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen haben in jüngster Zeit mehrere Modellprojekte auf den objektiv bestehenden Bedarf in diesem Bereich reagiert. Beispiele hierfür sind unter anderem die im Rahmen der Initiative „Mehr Gesundheit für alle“ vom BKK Bundesverband initiierten Projekte zum Thema „Arbeit(s)losigkeit und Gesundheit“. Hierzu zählen unter anderem die *motivierenden Gesundheitsgespräche*, das Projekt *BEAM* (Berufliche Eingliederungs- und Arbeitsmaßnahme) und das Projekt *Job Fit Regional* (Gene/Philippi 2004). Auch das vom brandenburgischen Arbeits- und Gesundheitsministerium initiierte Projekt *Amiga* (Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung) unter Trägerschaft der Mittelmärkischen Arbeitsgemeinschaft zur Integration in Arbeit (MAIA), das Gesundheitsmanagement und Arbeitsvermittlung miteinander verbindet, kann als Beispiel genannt werden (v. Braunmühl/Toumi 2006). Andere Beispiele für Präventionsprojekte mit Bezug auf die genannte Zielgruppe sind in dem vom Lehrstuhl für Organisationspsychologie an der Universität Dortmund koordinierten, inzwischen jedoch ausgelaufenen Projekt *Netzwerk Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung* (N.A.G.) (Kastner et al. 2005) oder aber in der Projektdatenbank der BZgA ([www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)) unter dem Stichwort „Arbeitslose“ zu finden. Projektbeispiele mit Modellcharakter finden sich außerdem auch in einer Expertise für den BKK Bundesverband, die eine Vielzahl von Projekten dokumentiert und bewertet, die explizit die Gesundheit von Arbeitslosen in den Fokus nehmen (Elkeles/Kirschner 2004).

Aufgrund der oftmals lückenhaften Dokumentations- und Evaluationspraxis der genannten Projekte, aber auch aufgrund der Diversität der von ihnen verfolgten Ansätze ist es nicht möglich, unter den Modellprojekten Best Practice, also das beste Modell zur Prävention und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosigkeit, zu identifizieren. Gleichwohl können anhand einiger gut dokumentierter Projekte zumindest einige Elemente guter Praxis (Good Practice) im Umgang mit den oben beschriebenen Problemen und Herausforderungen der präventiven Maßnahmen bei Arbeitslosen identifiziert werden:

- *Fokussierung der Präventionsmaßnahmen und frühzeitige Intervention*

Ein erstes Element erfolgversprechender Präventionsmodelle ist die Konzentration präventiver Maßnahmen auf die Arbeitslosen, die bereits bei Eintritt der Arbeitslosigkeit einen schlechten Gesundheitszustand zeigen bzw.

deren Gesundheitsverhalten darauf hinweist, dass im Laufe der andauernden Arbeitslosigkeit mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu rechnen ist. Eine solche Eingrenzung der Zielgruppe bietet sich ebenso an wie die Strategie, den Arbeitslosen bereits zu einem möglichst frühen Zeitpunkt ihrer Arbeitslosenkariere Präventionsangebote nahe zu bringen. Zu diesem Zeitpunkt kann noch verhindert werden, dass sich ein problematisches Gesundheitsverhalten festsetzt bzw. sich weiter verstärkt.

#### • *Ansprache im „Setting“ Arbeitsförderung*

Wie oben dargestellt, liegt ein wesentliches Problem der Prävention und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen in der erschwerten Erreichbarkeit der Personengruppe. Ein sozialräumliches Setting für Arbeitslose existiert nicht. Diesem Problem begegnen nahezu alle der genannten Projekte, indem sie die Arbeitslosen direkt bei den bzw. über die Träger der Aus- und Weiterbildung sowie der Arbeitslosenhilfe ansprechen, die über die notwendigen strukturellen und institutionellen Verhältnisse verfügen. Beispiele für ein solches Vorgehen liefern das unten näher erläuterte Projekt AmigA sowie das Projekt Job Fit Regional, in deren Rahmen die präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen für Arbeitslose bzw. von Arbeitslosigkeit bedrohte Menschen ausschließlich von erfahrenen Bildungs- und Beschäftigungsträgern angeboten werden. Dieses organisatorische Arrangement erleichtert nicht nur die Ansprache und damit auch die Erreichbarkeit der Arbeitslosen, sondern dient, wie die meisten der hier vorgestellten Good Practice-Beispiele, auch dem Ziel, Arbeitsförderung mit Prävention und Gesundheitsförderung zu verbinden.

#### • *Enge Verzahnung von Prävention und Arbeitsförderung*

Ein weiteres Element guter Praxis ist die Verzahnung von Prävention und Arbeitsförderung im Rahmen derselben Maßnahme. Eine zentrale Rolle kommt in diesem Zusammenhang den neuen Strukturen der Arbeitsmarktpolitik zu, die das Fallmanagement als zentrales Instrument der Arbeitsmarktintegration etabliert haben. Dabei zielen das Fallmanagement und das ihm vorgelagerte „profiling“ darauf ab, in der Interaktion zwischen Erwerbslosen und Fallmanagern die individuellen Förder-, Unterstützungs-, und Qualifizierungsbedarfe des Arbeitssuchenden zu erheben und andererseits professionelle Hilfsangebote zu planen, zu implementieren und zu koordinieren (Deutscher Verein 2005). In diesem Kontext bietet der Prozess des Fallmanagements auch die Möglichkeit, die Gesundheitsproblematiken zu erörtern und anzugehen, die einer Arbeitsaufnahme entgegenstehen.

Ein Beispiel für eine gelungene Verzahnung von Prävention und Arbeitsförderung liefert

das Projekt AmigA. Ziel von AmigA ist es, die Beschäftigungsfähigkeit und die Gesundheit sowie die Eingliederungsrate von Arbeitssuchenden in den Arbeitsmarkt zu erhöhen. Dazu kooperiert der Projektträger, die Mittelmärkische Arbeitsgemeinschaft zur Integration in Arbeit (MAIA), mit der AOK, der DAK, der IKK sowie mit der Regionaldirektion der Bundesagentur für Arbeit und der Landesversicherungsanstalt. Zentrales Instrument des Modellprojekts ist das beruflich-soziale Fallmanagement. Dabei werden die von den kooperierenden Trägern dem AmigA-Team zugewiesenen Arbeitssuchenden von diesem nach einer Eingangsdagnostik mit umfassender medizinischer Sachverhaltsaufklärung zunächst differenziert kategorisiert und dann in ein auf die jeweilige Fallkonstellation abgestimmtes Fallmanagement aufgenommen. Dieses findet im Rahmen des AmigA-Teams statt, dem neben dem Fallmanager und einem Sozialmediziner auch ein Sozialarbeiter sowie ein Reha-Berater angehören. In dieser Zusammensetzung erstellt das Team dann einen Integrationsplan. Dabei sollen die psychosozialen, beruflichen und gesundheitsbezogenen Leistungsmodul des Plans vom Fallmanager bedarfsgerecht kombiniert werden, wobei die Präventionsleistungen von regionalen bzw. lokalen Anbietern erbracht werden, die mit dem Team in enger Verbindung stehen. Hierzu zählen auch Arztpraxen. Diese werden, beispielsweise bei der Einleitung von medizinischen Reha-Maßnahmen, in das Fallmanagement einbezogen. Damit ist AmigA auch ein Beispiel dafür, wie Maßnahmen der primären Prävention mit diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen der sekundären und tertiären Prävention verzahnt werden können.

#### • *Freiwilligkeit der Angebote*

Neben der Erreichbarkeit bestehen Probleme auch im Bereich der Akzeptanz von präventiven Programmen durch die Arbeitssuchenden. Eine notwendige Bedingung im Umgang mit der Akzeptanzproblematik ist dabei die Freiwilligkeit der Maßnahmen – auch weil sich Gesundheitsförderung auf diese Weise klar von den verpflichtenden Maßnahmen der Arbeitsmarktpolitik abhebt. Wie beispielsweise das Projekt BEAM zeigt, kann auch die Möglichkeit zur aktiven inhaltlichen Partizipation an der Gestaltung des Gesundheitsmoduls zu einer Erhöhung der Motivation und Akzeptanz unter den Arbeitslosen beitragen (BZgA 2005). Ein weiterer Schlüssel im Umgang mit dem Akzeptanzproblem liegt in der Trägerstruktur: Freie Träger schaffen offenbar in der Regel eine bessere Basis für die Akzeptanz von Maßnahmen, weil sie das Vertrauen der Arbeitslosen deutlich stärker binden, als Träger, die gleichermaßen Hilfe gewährende und kontrollierende Organisationen der Arbeitsförderung sind (Kuhnert/Kastner 2006). Gegenüber letzteren neigen Arbeitssuchende ggf. vermehrt dazu, gesundheitliche Probleme zu verbergen

– auch um die materielle Unterstützung nicht zu gefährden. Auch aus diesem Grund ist es also sinnvoll, freie Träger in Projekte der Prävention und Gesundheitsförderung Erwerbsloser einzubinden (Elkeles 2003). Dies bedeutet, wie z. B. das Projekt AmigA zeigt, jedoch keineswegs, dass Träger der Arbeitslosenhilfe unvermeidlich Akzeptanzprobleme aufwerfen und daher als Träger präventiver bzw. gesundheitsbezogener Maßnahmen grundsätzlich nicht geeignet wären.

Insgesamt zeigen die Praxisbeispiele viel versprechende Ansätze für den präventiven Umgang mit den zum Teil gravierenden Gesundheitsfolgen der Arbeitslosigkeit. Diese bestätigen sich in den Evaluationen von Job Fit Regional, BEAM und AmigA. Aus diesem Grund können die genannten Modellprojekte als Exempel für weitere Projekte gelten. Dennoch sollte an dieser Stelle auch darauf hingewiesen werden, dass der langfristige Erfolg von Präventionsmaßnahmen, die wie die meisten der hier vorgestellten Projekte auf der individuellen Ebene ansetzen und in der Regel zeitlich eng begrenzt sind, auch deshalb unsicher ist, weil diese den Versuch unternehmen, durch die sozialökonomische Lage bedingte, oft über die Jahre verfestigte Lebensgewohnheiten und Problemlagen im Rahmen einer relativ kurzfristigen Interventionsmaßnahme zu verändern. Dabei kann der langfristige Erfolg aber nur durch die Umsetzung des Gelernten in den Alltag der Arbeitslosen gesichert werden – wobei gerade Menschen mit geringer Bildung, aus beengten Lebenslagen größere Probleme haben, das Gelernte in den – nach Ende der Intervention meist unverändert gebliebenen - Alltag zu integrieren (Rosenbrock 2004b).

### 3. Fazit und Empfehlungen/Perspektive

In der gesundheitlichen Situation der Arbeitslosen liegt ein großes Potenzial für die Prävention und Gesundheitsförderung. Als Ansatzpunkte für die Prävention der vom Arbeitsmarkt induzierten Gesundheitsprobleme kommen die zum Teil sehr erheblichen Gesundheitsbelastungen und die weniger ausgeprägten Gesundheitsressourcen der Arbeitssuchenden in Frage. Als Präventionsstrategien sind insbesondere Maßnahmen geeignet, die diese beiden Ansatzpunkte verknüpfen und die ggf. diagnostische, therapeutische und rehabilitative Maßnahmen der sekundären und tertiären Prävention einschließen. Dabei sollten die Angebote gesundheitsbezogener Prävention jeweils insbesondere den von gesundheitlichen Problemen besonders stark betroffenen Teilgruppen der Arbeitslosen nahegebracht werden.

Eine Besonderheit des Themenbereichs Prävention und Gesundheitsförderung bei Erwerbslosen ist seine Position an der Schnittstelle von Arbeitsmarkt- und Gesundheitspolitik.



Dabei führt die unterschiedliche institutionelle Ausgestaltung dieser beiden Politikfelder unter anderem zu Inkongruenzen in der Zuständigkeit sowie in der Finanzierungsverantwortung. Diese treten insbesondere bei den beiden zentralen Präventionsakteuren im diesem Bereich, den Krankenkassen und der Bundesagentur für Arbeit zutage: Während die Kassen einen allgemeinen Präventionsauftrag haben, in dessen Rahmen sie Ressourcen für die Finanzierung von Primärprävention zur Verfügung stellen, hat die Bundesagentur, obwohl sie sehr ähnliche Anreize zum Engagement im Bereich Prävention aufweist wie die Kassen, keinen expliziten Präventionsauftrag. Ebenfalls steht die Bundesagentur nicht in der Finanzierungsverantwortung für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. Da jedoch der potenzielle Nutzen von Präventionsmaßnahmen bei Arbeitslosen, d. h. die verringerte Inanspruchnahme ambulanter oder stationärer Leistungen, aber auch die Verbesserung der Wiedereingliederungschancen auf dem Arbeitsmarkt, nicht ausschließlich den Krankenkassen zugute kommen würde, erscheint es sinnvoll, die Finanzierungsverantwortung für diesen Bereich – z. B. im geplanten Präventionsgesetz – auch auf die Bundesagentur für Arbeit und damit auf einen weiteren Sozialversicherungszweig auszuweiten. Dies sollte durch eine explizite Verankerung des Präventionsgedankens in SGB II und SGB III ergänzt werden. Durch beide Maßnahmen könnten komplexe Projektstrukturen vereinfacht sowie eine nachhaltige und flächendeckende Finanzierung der Projekte gewährleistet werden.

Weiteres Potenzial findet sich im Bereich des Ärztlichen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit bzw. im Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Der Ärztliche Dienst der Bundesagentur für Arbeit verfügt mit seinen bundesweit rund 300 ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern über umfassende Erfahrungen und Kenntnisse im Bereich Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Aus diesem Grund ist insbesondere im Bereich des SGB II eine Erweiterung und Neuorientierung der Aufgaben des Ärztlichen Dienstes über die rein gutachterliche Tätigkeit im Zuge der Beurteilung der Leistungsfähigkeit von Arbeitslosen hinaus erstrebenswert. Im Rahmen einer mehrstufigen Präventionsstrategie bei der Zielgruppe der Arbeitssuchenden würde dabei insbesondere die aktive Mitwirkung des Ärztlichen Dienstes bei der Klärung des Präventionsbedarfs, aber auch bei der konkreten Ausgestaltung und Koordination von Maßnahmen der sekundären und tertiären Prävention auf individueller Ebene in Betracht kommen. So könnten der Ärztliche Dienst bzw. der Öffentliche Gesundheitsdienst zukünftig die Rolle eines Lotsen einnehmen, der Erwerbslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen durch das komplexe Hilfesystem der Prävention und Gesundheits-

förderung leitet, und zusammen mit Mitarbeitern der Arbeitsförderung sowie den externen Beratungsstellen und den behandelnden Ärzten Leistungen koordiniert und aufeinander abstimmt. Von zentraler Bedeutung ist dabei allerdings, dass der Einsatz des Ärztlichen Dienstes und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Rahmen des SGB II vor Ort gut abgestimmt wird (Hollederer 2006).

Generell bietet das neu geordnete System der Arbeitsförderung eine verbesserte Ausgangslage für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention bei Erwerbslosen. Dennoch könnte die Verankerung der Präventionsthematik im Rahmen des neuen Systems zusätzlich gestärkt werden. Zum einen kann dies dadurch erreicht werden, dass alle Erwerbslosen mit schwerwiegenden, d. h. mit vermittlungsrelevanten Gesundheitsproblemen direkt in das Fallmanagement aufgenommen werden und somit einen besseren Zugang zu den gesundheitsbezogenen Maßnahmen erhalten. Dies setzt allerdings auch voraus, dass die Fallmanager über (sozial)medizinische Kenntnisse verfügen bzw. dass sie in einem interdisziplinären Team tätig sind, welches wiederum über die notwendige (sozial)medizinische Kompetenz verfügt. Darüber hinaus kann die gesundheitsbezogene Prävention in der Arbeitsförderung auch dadurch gestärkt werden, dass die Agenturen die Mittel, die ihnen nach § 10 SGB III für Ermessensleistungen zur Verfügung stehen, unter stärkerer Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte verwenden. Ein ähnliches Potenzial bietet § 16 Abs. 2 SGB II, der soziale Eingliederungshilfen (Schuldnerberatung, psychosoziale Betreuung oder Suchtberatung) festlegt, die dem Empfänger von Arbeitslosengeld II zur Verfügung gestellt werden können. Auch an dieser Stelle wäre die konkrete Verankerung von Maßnahmen zur Prävention bzw. Gesundheitsförderung sinnvoll und wünschenswert. Sie würde einen weiteren Baustein zur Stärkung der Gesundheitsthematik im System der Arbeitsförderung darstellen.

#### Literatur

Berth, H., Förster, P.; Ströbel-Richter, Y.; Black, F.; Brähler, E. (2006): Arbeitslosigkeit und psychische Belastung. Ergebnisse einer Längsschnittstudie 1991 bis 2004. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*. 15(3). S. 111-116.

Brenner, H. (2006): Arbeitslosigkeit, S. 163-189. In: Stoppe, G.; Bramesfeld, A.; Schwartz, F.-W. (Hrsg.): *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektive*. Wissenschaftliche Reihe der GEK, Heidelberg.

BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2005): *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, Ansätze – Beispiele – Weiterführende Informationen*. Köln.

Cramer, R.; Gilberg, R.; Hess, D.; Marwinski, K.; Schröder, H.; Smid, M. (2002): Suchintensität und Einstellungen Arbeitsloser. *Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, 261. Nürnberg.

Deutscher Verein (2004): *Empfehlungen des Deutschen Vereins zu Qualitätsstandards für das Fallmanagement*. Berlin.

DNBGF (Deutsches Netzwerk für die betriebliche Gesundheitsförderung) (2004): *DNBGF-Forum „Arbeitsmarktintegration und Gesundheitsförderung“ – Plattformbeschreibung*.

Dooley, D.; Fielding, J.; Levi, L. (1996): *Health and unemployment. Annual Review of Public Health*. 17. S. 449-465.

Elkeles, T. (2003): Arbeitende und Arbeitslose. S. 653-660. In: Schwartz F.W.; Busse R.; Badura B.; Leidl R.;

Raspe H.; Siegrist J.; Walter U. (Hrsg.): *Das Public Health Buch, Gesundheit und Gesundheitswesen*. München: Urban & Fischer.

Elkeles, T.; Kirschnner, W. (2004): *Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Interventionen durch Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement – Befunde und Strategien*. Essen.

Geene, R.; Philippi, T. (Hrsg.) (2004): *Mehr Gesundheit für alle*. Essen.

Hollederer, A. (2003): *Arbeitslos – Gesundheit los – Chancen?* IAB Kurzbericht 4. Nürnberg.

Hollederer, A. (2005): *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und ungenutzte Potenziale von Prävention*. S. 219-239. In: Badura, B.; Schellschmidt, H.; Vetter, C. (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2005*. Berlin: Springer.

Hollederer, A. (2006): *Fallmanagement für Arbeitslose mit vermittlungsrelevanten gesundheitlichen Einschränkungen*. S. 181-197. In: Holleder, A.; Brand, H. (Hrsg.): *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Hans Huber.

Kastner, M.; Hagemann, T.; Kliesch, G. (2005): *Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung*. Lengerich: Pabst.

Kieselbach, T.; Beelmann, G. (2006): *Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Stand der Forschung*. S. 13-31. In: Holleder, A.; Brand, H. (Hrsg.): *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Hans Huber.

Kirschnner, W.; Elkeles, T. (2006): *Eine aktuelle Bestandsaufnahme von deutschen Projekten zur Gesundheitsförderung von Arbeitslosen – Probleme, Forschungs- und Entwicklungsbedarfe*. S. 97-112. In: Holleder, A.; Brand, H. (Hrsg.): *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Hans Huber.

Kuhnert, P.; Kastner, M. (2006): *Chancen und Grenzen arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung am Beispiel der Job-Fit-Evaluationsstudie*. S. 123-135. In: Holleder, A.; Brand, H. (Hrsg.): *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Hans Huber.

Lampert, T.; Ziese, T. (2005): *Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. Berlin.

Rosenbrock, R.; Gerlinger, T. (2006): *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*. Bern: Hans Huber.

Rosenbrock, R. (2004a): *Prävention und Gesundheitsförderung*. S. 242-252. In: Brennecke, R. (Hrsg.): *Lehrbuch Sozialmedizin*, Bern: Hans Huber.

Rosenbrock, R. (2004b): *Prävention und Gesundheitsförderung – gesundheitswissenschaftliche Grundlagen für die Politik*. Gesundheitswesen. 66. S. 146-152.

von Braunmühl, C.; Toumi, I. (2006): *Arbeitsmarktförderung mit integriertem Gesundheitsmanagement*. S. 215-222. In: Holleder, A.; Brand, H. (Hrsg.): *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Hans Huber.