

3. bremer
armut^s
konferenz

Workshop D:

Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Arbeitslos sein geht auf die Knochen und unter die Haut

Wie kann dem Kreislauf von Arbeitslosigkeit, gesundheitlichen Belastungen und Krankheit entgegengewirkt werden?

Der Hintergrund

„Armut und Arbeitslosigkeit machen krank“, so war schon im Jahr 2005 ein Beschluss des Deutschen Ärztetages überschrieben. Dass Arbeitslose eine schlechtere Gesundheit haben, zeigen eine Vielzahl von Untersuchungen beispielsweise des Robert Koch Instituts, zeigen der nationale Gesundheitssurvey und Analysen der Krankenkassen. Sie alle stellen erhöhte Krankheitsrisiken von Arbeitslosen in einem weiten Krankheitsspektrum fest, darunter auch viele psychische Erkrankungen. Auch die erhöhte Mortalitätsrate Arbeitsloser ist nachgewiesen - Arbeitslose sterben früher als Erwerbstätige. Sie verhalten sich aber auch gesundheits-riskanter: Bewegungsmangel, Rauchen, ungesunde Ernährung ist bei ihnen häufiger anzutreffen.

Daraus könnte man jetzt schnell schlussfolgern: Also selber schuld!

Aber so einfach ist es nicht. Denn es ist eben nicht nur das individuelle Verhalten, sondern es sind vor allem die gesellschaftlichen Verhältnisse, die Gesundheit und Krankheit beeinflussen.

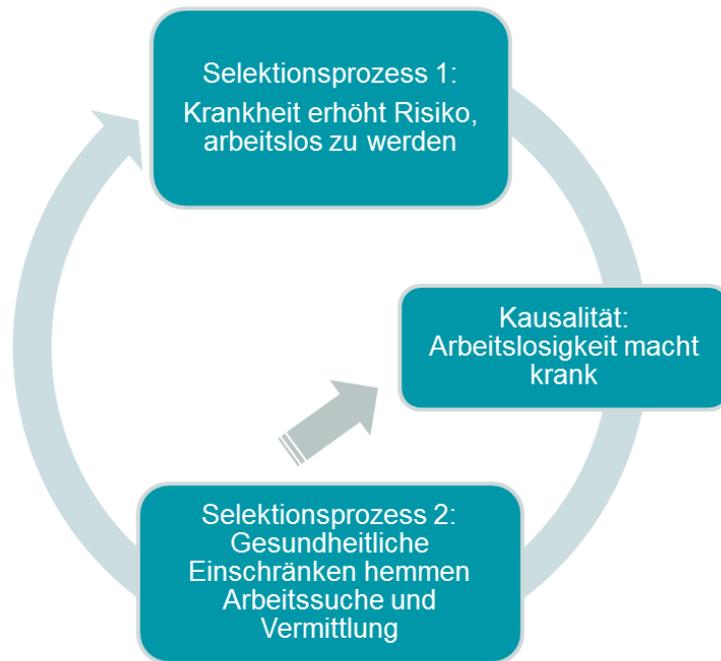
Was heißt das für die Arbeitslosigkeit?

Es gibt zwei große Theoriestränge, die versuchen, den Konnex zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit zu erklären:

1. Es gibt die Selektionshypothese, wonach Arbeitslosigkeit eine Folge von Gesundheitsproblemen ist: Gesundheitlich eingeschränkte Beschäftigte werden eher arbeitslos, und Arbeitslose mit Gesundheitsproblemen haben schlechtere Chancen, wieder eine Arbeitsstelle zu finden. Deshalb sind in der Gruppe der Arbeitslosen gehäuft Gesundheitsrisiken zu finden.
2. Es gibt die Kausalitätshypothese, nach der Arbeitslosigkeit eine Ursache für Gesundheitsprobleme sein kann.
 - Dabei gehen manche gehen manche Forscher von der Annahme aus, dass die in Arbeitslosigkeit einsetzenden reduzierten Handlungsspielräume dafür verantwortlich sind. Der Verlust von Selbstwirksamkeit und Autonomie sind krank machende Faktoren.
 - Auch Stresstheorien werden diskutiert. Demnach verbindet sich die Erfahrung der Arbeitslosigkeit mit negativen Gefühlen, Erfahrungen und Zuschreibungen, die als Stressoren wirken und soamtisch nachweisebare Stresssymptome auslösen.ation.
 - Wieder ein anderer Erklärungsansatz (Deprivationstheorie) betrachtet den Wegfall wichtiger latenter Funktionen von Arbeit als ursächlich, also das Herausfallen aus soziale Beziehungen, aus der mit anderen geteilten Zeitstruktur, aus dem gemeinsam Tätig sein,

aus Anerkennung, Identifikation und Sinnstiftung.

Auch wenn die Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge noch nicht vollständig erforscht sind, herrscht in der Forschung der Konsens vor, dass Arbeitslosigkeit Gesundheitsbelastungen unmittelbar verursacht und dass diese Kausalitätsmechanismen in Wechselwirkung mit den Selektionsmechanismen stehen und sich beide gegenseitig verstärken.



Arbeitslose im Vergleich zu Beschäftigten:

- ▶ Höhere Krankheitsrisiken, höheres Sterblichkeitsrisiko
- ▶ Häufigere Krankenhausaufenthalte, Arztbesuche, Verschreibungen
- ▶ Schlechterer subjektiver Gesundheitszustand
- ▶ Häufiger subjektiv empfundene psychische Belastungen

Nach: Holleder, A. (2014). Die Gesundheit von Arbeitslosen und ihre Förderung. In: Gostomzyk, J. (Hg.). Angewandte Sozialmedizin.

Das heißt: Wer krank ist, wird unter den Bedingungen von Arbeitslosigkeit nicht unbedingt gesund, und wer bisher gesund war, für den oder die steigt das Risiko einer Erkrankung.

Bei vielen Arbeitslosen verschlechtert sich die mentale und physische Verfassung mit der Dauer der Arbeitslosigkeit. Zu erinnern ist in diesem Zusammenhang auch daran, dass die Privatisierung von Gesundheitskosten in unserem Gesundheitssystem - Stichworte sind Kosten für Zuzahlungen bei Medikamenten und Zuzahlungspflichtige Behandlungen oder Zahnersatz, keine Kostenübernahme für Brillen – den Zugang zu medizinischer Versorgung für Menschen mit wenig Geld erschwert. Gerade Menschen, die lange Zeit das Arbeitslosengeld 2 nach dem SGB II beziehen, sind davon betroffen.

Ein paar Fakten

Ergebnisse einer vergleichenden Untersuchung des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung zu SGB II Leistungsempfängerinnen und Erwerbstätigen¹ stützen die Thesen von Selektion und Kausalität

¹ Johannes Eggs, Mark Trappmann und Stefanie Unger (2014): Grundsicherungsempfänger und Erwerbstätige im Vergleich: ALG -II-Bezieher schätzen ihre Gesundheit schlechter ein: IAB Kurzbericht 23/2014

und zeigen:

- Je ungünstiger der subjektive Gesundheitszustand ist, desto höher ist im Folgejahr bei Beschäftigten das Arbeitslosigkeitsrisiko und umso geringer sind die Reintegrationschancen von Arbeitslosen.
- Bei Arbeitslosen ist der Anteil von Personen mit einer amtlich anerkannten Behinderung und sonstigen schwerwiegenden Gesundheitseinschränkungen erhöht.
- Arbeitslose berichten zu einem wesentlich größeren Teil von mindestens einem Krankenhausaufenthalt in den vergangenen 12 Monaten (arbeitslose Männer: 16,3% vs. beschäftigte Männer: 9,9%; arbeitslose Frauen: 19,6 % vs. beschäftigte Frauen: 12,2 %) und haben mehr Arztkontakte als Beschäftigte.
- Nach eigener Einschätzung weisen insgesamt mehr als 40 Prozent schwerwiegende gesundheitliche Einschränkungen auf.
- Sie berichten häufiger, dass sie durch seelische Probleme ziemlich oder sehr beeinträchtigt sind (arbeitslose Männer: 21,9% vs. beschäftigte Männer: 7,2 %; arbeitslose Frauen: 20,4 % vs. beschäftigte Frauen: 15,8%).
- Mehr als ein Drittel der erwerbsfähigen Leistungsberechtigten erkrankt im Laufe eines Jahres an einer diagnostizierten psychischen Störung².

Als der eingangs zitierte Deutschen Ärztetag 2005 unter der Überschrift „Armut und Arbeitslosigkeit machen krank“ Stellung zum Thema bezog, da geschah das im Geburtsjahr des SGB II. Die Diagnose lautete damals: „Arbeitslosigkeit und Armut lassen Menschen früher altern, rascher krank werden, sie rauben die Initiative zur eigenen Gesundheitsförderung, zerstören die Motivation zur Prävention, mindern gesundheitliche Potenziale und fördern gesundheitsbelastende Verhaltensweisen. Arbeitslosigkeit macht arm, und Armut und Arbeitslosigkeit machen krank, und dies bis in die nachfolgende Generation hinein.“ Seit dieser Diagnose ist mehr als ein Jahrzehnt vergangen. Und am Befund hat sich nichts geändert. Im Gegenteil. Denn gerade im SGB II verfestigen sich Arbeitslosigkeit und Leistungsbezug bei vielen, und je länger beides dauert, desto mehr zehrt dies an den Menschen: Es geht auf die Knochen und unter die Haut.

Zu den Gesundheitsdaten der Arbeitslosen in Bremen liegen keine spezifischen Daten vor. Aber aus den Größenordnungen der Leistungsbeziehenden im SGB II lassen sich zumindest Rückschlüsse auf die Dimensionen des Problems ableiten. Denn sie machen deutlich, wie viele Menschen ohne Arbeit potenziell von schlechter Gesundheit und Krankheit betroffen sind und setzt die Frage auf die Tagesordnung, ob die Jobcenter eine Rolle in der Gesundheitsförderung

Analyse aus dem Panel Arbeitsmarkt und soziale Sicherung (PASS), das sich aus Leistungsempfängern der Bundesagentur für Arbeit und ihren Haushaltsmitgliedern sowie einer haushaltsbasierten Bevölkerungsstichprobe zusammensetzt
² Schubert, Michael; Parthier, Katrin; Kupka Peter; Krüger, Ulrich; Holke, Jörg; Fuchs, Philipp (2013): Menschen mit psychischen Störungen im SGB II. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (Hrsg), IAB-Forschungsbericht, 12/2013, Nürnberg

spielen können und wenn ja, welche.

Regelleistungen von den beiden Jobcentern im Land Bremen bekommen 101.400 Menschen



Obwohl alle Auswertungen erhebliche Gesundheitsunterschiede zu Ungunsten von Arbeitslosen zeigen, steht dennoch die Frage der Gesundheit und ihrer Förderung noch immer nicht im politischen Fokus des SGB II, fehlt es dennoch bisher an einer umfassenden Gesundheitsvorsorge für Menschen ohne Arbeit, auch in Bremen.

Dabei herrscht nicht nur Forschungskonsens, dass Arbeitslosigkeit und Gesundheit in Wechselwirkung zueinander stehen. Als sicher gilt auch, dass es beeinflussbare Faktoren gibt, die die Wirkung von Arbeitslosigkeit auf den individuellen Gesundheitszustand abmildern oder verstärken können.

Jobcenter, Kommunen, aber auch Krankenkassen müssen gemeinsam nachhaltige Strategien entwickeln, um die gesundheitliche Situation arbeitsloser Menschen zu verbessern. In der Umsetzung wäre die systematische Kooperation zwischen Jobcentern und dem ärztlichen bzw. psychosozialen Versorgungssystem nötig.

Mögliche Handlungsfelder, um etwas zu bewegen

Jobcenter:

- Gesundheitsförderung als Wert an sich im Zielsystem und in den Organisationsstrukturen verankern
- Gesundheitsförderung in den Beratungsprozess integrieren (wertschätzende Grundhaltung, Stärken fördern, Transparenz)

- Gesundheits- mit Arbeitsförderung verzahnen
- Versorgungsstrukturen ins Jobcenter holen

Kommune:

- Gesundheitsförderung in den Lebenswelten verankern
- Das Jobcenter als eine der Lebenswelten begreifen
- Integrative Gesundheitsförderung in den Stadtteilen

Gelingensbedingungen

- Das gemeinsame Ziel: Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Arbeitslosen und Leistungsbeziehenden
- Integrierte Gesundheits- und Arbeitsförderung wird von Politik und den unterschiedlichen Verwaltungsakteuren als gemeinsame Aufgabe verstanden, zu der alle nach seinen Möglichkeiten einen Beitrag leisten.
- Gegenseitiges fachliches Interesse an der Kooperation der Institutionen und persönliches Engagement der handelnden Personen.
- Bereitschaft aller Kooperationspartner, die jeweils vorhandenen Spielräume und Möglichkeiten zu nutzen und auszureizen.

Input Murrelgruppe 1: Gesundheitsförderung im Jobcenter- geht das überhaupt?

Die Jobcenter sind die „Lebenswelt“ im Sinne eines gemeinsamen Status und Ortes, die Arbeitslose als Gruppe mit besonderen Gesundheitsrisiken miteinander teilen, sind die Institution, die nach ihrem gesetzlichen Auftrag ganzheitliche Hilfe und Unterstützung bieten sollen. Deshalb könnte man annehmen, sie seien eine geeignete Anlaufstelle, von der die umfassende Gesundheitsförderung für Leistungsbeziehende ausgehen müsste.

Allerdings ist der Leitsatz des SGB II das „Fördern und Fordern“. Als institutionelles Handlungsmuster müssen die JC deshalb einem Doppelauftrag von Beratung und Unterstützung auf der einen und Kontrolle und Sanktion auf der anderen Seite gerecht werden. Im Beratungsprozess schlägt sich das als „doppeltes Mandat“ nieder. Und: Die JC haben keine Kompetenz in gesundheitlichen Fragen. Ärztinnen und Ärzte oder sozialmedizinische Qualifikationen fehlen im Personaltaleau.

Und trotzdem gibt es Handlungsspielräume, wie Beispiele aus anderen Jobcentern zeigen, die Gesundheitsförderung in ihre Strukturen, ihre Beratungsprozesse und ihre Förderangebote integriert haben. Es gibt Jobcenter, die mit Kliniken und niedergelassenen Ärzt/innen kooperieren, die wiederum ambulante Sprechstunden direkt im Jobcenter anbieten. Der Zugang zu medizinischer Versorgung wird dadurch niedrigschwellig, und Therapie und sie unterstützende Arbeitsförderung können systematisch miteinander verknüpft werden.

Auch gab es in der Vergangenheit immer wieder Programme, die die Gesundheitsförderung zu einem Schwerpunkt gemacht und sie mit arbeitsmarktpolitischen Förderinstrumenten verknüpft haben. Insbesondere mit öffentlich geförderter Beschäftigung gibt es vielfältige positive Erfahrungen in Verbindung mit Gesundheitsförderung. Genutzt wird auch die freie Förderung (§ 16f SGB II).

Für das Jobcenter Bremen ist die Gesundheitsförderung noch Neuland. Erste Schritte ermöglicht das Präventionsgesetz mit einem für zwei Jahre geförderten Modellprojekt im Jobcenter Bremen Ost II. Dabei geht es aber eher um das Schließen der Lücke bei den Präventionsangeboten der Krankenkassen, in deren Genuss Arbeitslose relativ selten kommen, weil sie sich den finanziellen Eigenbetrag für die Kurskosten nicht leisten können. Aber: Gesundheitscoaches und Joggen im Bürgerpark für Langzeitarbeitslose dürften noch nicht der Weisheit letzter Schluss sein.

Input Murmelgruppe 2: Gesunde Stadt trotz hoher Arbeitslosigkeit - welche Verantwortung trägt die Kommune?

Das Grundgesetz (Art. 28 GG) bestimmt die generelle Zuständigkeit der Kommune für die Gestaltung örtlicher Lebensverhältnisse. Dazu gehört auch die Sicherung gesunder Lebensverhältnisse. Gerade die öffentlichen Gesundheitsdienste sollten in diesem Sinne zielgruppenspezifische Angebote entwickeln und Zugangsbarrieren abbauen.

Im SGB II hat der Gesetzgeber außerdem die kommunalen Eingliederungsleistungen verankert (§ 16a SGB II), die der Kommune bei Sucht Beratungsverpflichtungen auferlegt und mit der psychosozialen Betreuung auch ein gesundheitspolitisches Handlungsfeld eröffnet, gerade weil diese Leistung gesetzlich nicht weiter vordefiniert ist.

Die angesichts der Größenordnungen der Menschen im Leistungsbezug überraschend niedrigen Fallzahlen (Stand 2017) zeigen aber, dass das offenbar nicht gut funktioniert:

Suchtberatung	328 Zugänge
Psychosoziale Betreuung	111 Zugänge

Es fehlt eine kommunale Gesundheitsstrategie und es fehlen integrierte kommunale Handlungskonzepte, deren Ziel in allererster Linie die gute und gemeinsame Unterstützung der Betroffenen ist.

„Ich mache nun so lange Sozialarbeit und wir reden immer von diesen blöden Rechtskreisen, die, wir verschwenden so unendlich viel Mittel und Zeit damit, dass wir uns voneinander abgrenzen, anstatt mal zu sagen, was kann denn jeder in den Hut schmeißen? Und sobald einer sagt, ich kann aber ein bisschen weniger, sagt der andere, dann mache ich auch nichts. So, das ist eigentlich die Realität. Also wir bräuchten Maßnahmen, wo tatsächlich aus dem Gesundheitssystem jemand kommt, aus dem System Bildung jemand kommt, aus dem System Sozialwesen jemand kommt und die müssten zusammen eine Maßnahme entwickeln. (...) Also einfach sich zusammensetzen und sagen, Rechtskreise im Kopf mal auflösen, ich gebe das, du gibst das und du gibst das. Passiert aber nicht. Also das wäre so mein Wunsch.“ [03 02 Fallmanager]³

³ Forschungsbericht des IAB 2017: Psychisch Kranke im SGB II - Situation und Betreuung