

Antwort der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Brigitte Pothmer, Markus Kurth, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 17/9491 –

Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen

Vorbemerkung der Fragesteller

Im Jahresmittel 2011 waren nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit (BA) insgesamt 2 976 000 Menschen arbeitslos gemeldet, die Arbeitslosenquote betrug 7,1 Prozent. Im Jahresdurchschnitt 2011 waren nahezu eine Million Menschen länger als zwölf Monate arbeitslos. Der Anteil Langzeitarbeitsloser an allen Arbeitslosen ist im Konjunkturaufschwung angestiegen: es bleiben diejenigen zurück, bei denen multiple Problemlagen eine Arbeitsmarktintegration erschweren. In Deutschland ist der Anteil Langzeiterwerbsloser an den Erwerbslosen mit 47,3 Prozent besonders hoch und liegt weit über dem EU-Durchschnitt von 42 Prozent. In Schweden sowie Dänemark liegt ihr Anteil nur bei 19,3 bzw. 23 Prozent. Erkrankungen und gesundheitliche Einschränkungen können sowohl Ursache als auch Folge der Arbeitslosigkeit sein und ein ernsthaftes Vermittlungshindernis darstellen. Nach der offiziellen Arbeitslosenstatistik hatten 2010 nahezu 542 000 Arbeitslose vermittlungsrelevante gesundheitliche Einschränkungen. Die mit der Langzeitarbeitslosigkeit verbundenen psychischen und sozialen Belastungen können zu Ängsten, Stress und physischen Beschwerden führen, die chronifizieren können. Der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ legte zum 17. Kongress Armut und Gesundheit am 9./10. März 2012 ein Eckpunktepapier vor, das vor allem auf die Notwendigkeit der engeren Kooperation aller wichtigen Institutionen im kommunalen Rahmen hinweist und Möglichkeiten einer besseren Verzahnung von Gesundheitsförderung und Beschäftigungsförderung aufzeigt. Im Präventionsbericht 2011 des GKV-Spitzenverbandes (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) zum Berichtsjahr 2010 wurde erstmals nach der Zielgruppe der Arbeitslosen gefragt. Insgesamt 4 Prozent der Setting-Angebote der Krankenkassen wendeten sich an die Zielgruppe der Arbeitslosen. Die Bundesregierung hat seit Langem eine Präventionsstrategie angekündigt. Initiativen zur Stärkung der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen hat sie bisher jedoch weder angekündigt noch vorgelegt.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Bundesregierung unterstützt eine Reihe von Initiativen und Ansätzen zur Stärkung der Gesundheitsförderung insbesondere auch bei Arbeitslosen. Nach Auffassung der Bundesregierung sind diese Initiativen und Ansätze zu Recht

bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, den Sozialleistungsträgern und ihren Verbänden angesiedelt. Das Ziel besteht in konkreten Empfehlungen und Handlungsschritten für die Praxis.

Das Bundesministerium für Gesundheit erarbeitet derzeit eine Präventionsstrategie, deren wesentliches Anliegen es sein soll, alle Versicherten und Altersgruppen – vom Kindes- über das Erwachsenenalter bis ins hohe Alter – zu erreichen. Im Rahmen dieser Präventionsstrategie sollen Aspekte der Zielgruppengerechtigkeit in allen Bereichen und damit auch bei der Zielgruppe der Arbeitslosen oder der von Arbeitslosigkeit Bedrohten berücksichtigt werden. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat bereits seit 2001 den Schwerpunkt „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ aufgebaut und einen Kooperationsverbund zur Lösung dieses Gesundheitsproblems initiiert (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de). Im Rahmen dieses Kooperationsverbundes, dem auch die Bundesagentur für Arbeit angehört, wurden die Eckpunkte „Gemeinsames Handeln: Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen“ abgestimmt und im Rahmen des Kongresses „Armut und Gesundheit“ im März 2012 veröffentlicht. Diese Eckpunkte sind eine wichtige Voraussetzung, um die Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen weiterzuentwickeln. Ergänzend ist auf die Empfehlung zur Zusammenarbeit zwischen der Bundesagentur für Arbeit und der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aus Februar 2012 hinzuweisen (vgl. Arbeitsagentur 2012: Presse Info 014 von 5. April 2012). Hierin sprechen sich die Partner – GKV-Spitzenverband, Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene sowie Bundesagentur für Arbeit – für eine verstärkte Zusammenarbeit insbesondere in den Handlungsfeldern „Austausch und Zusammenarbeit bei Gesundheitsleistungen für erwerbsfähige Leistungsberechtigte“, „Arbeitslose und von Arbeitslosigkeit bedrohte Beschäftigte (Schaffung von wechselseitiger Transparenz)“, „Aufbau und Weiterentwicklung von Kooperationen“, „(Weiter-)Entwicklung von Programmen und Leistungserbringung“ sowie „Qualitätsmanagement“ aus. Zur Ausgestaltung der Handlungsfelder haben die Partner bereits erste Überlegungen formuliert. Sie streben an, hierzu nähere Absprachen und Vereinbarungen zu treffen.

1. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung zu den Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf folgende gesundheitliche Beschwerden:
 - a) Chronifizierung von Krankheiten, wie z. B. Herzkrankungen und Bluthochdruck,
 - b) Zunahme von psychischen Belastungen und Erkrankungen, wie Schlafstörungen, Angstzustände, Depressionen sowie
 - c) Zunahme von Suchterkrankungen,und welche Schlussfolgerungen zieht sie daraus?

Ergebnisse auf der Basis von Daten der gesetzlichen Krankenkassen und des repräsentativen Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts (RKI) deuten darauf hin, dass chronische Erkrankungen und Gesundheitsstörungen bei Arbeitslosen häufiger als bei Erwerbstätigen auftreten. Aus Analysen auf Basis repräsentativen Gesundheitssurveys des RKI und den Daten des sozioökonomischen Panels des DIW ist bekannt, dass Arbeitslose im Vergleich zu Erwerbstätigen häufiger von Depressionen und Schlafproblemen betroffen sind, ein verringertes psychisches Wohlbefinden haben und sich häufiger Sorgen um die eigene wirtschaftliche Lage machen. Die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene veröffentlichen Auswertungen zur Arbeitsunfähigkeit und Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung nach dem Versichertenstatus. Darin wird das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (Fälle, Tage, Diagnosen) sowie die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen der arbeitslosen Versicherten mit denen der Pflichtversicherten und der freiwillig Versicherten verglichen (Ge-

sundheitsreport 2011, hrsg. vom BKK-Bundesverband, insbes. S. 47 bis 50 sowie S. 66 bis 70; siehe im Internet: http://bkk.de/fileadmin/user_upload/PDF/Arbeitgeber/gesundheitsreport/Gesundheitsreport_2011.pdf).

Arbeitslose haben im Vergleich zu Erwerbstätigen ein signifikant erhöhtes Morbiditätsrisiko in einem breiten Krankheitsspektrum. Zudem sind sie mit durchschnittlich 20,9 Krankheitstagen pro Jahr deutlich länger arbeitsunfähig als alle anderen Versichertengruppen der gesetzlichen Krankenversicherung. Arbeitslose Frauen sind mit 22,8 Tagen deutlich häufiger arbeitsunfähig als weibliche Angestellte (12,4 Tage). Dies gilt ebenso für arbeitslose Männer. Hier betragen die Werte 19,5 und 9,7 Tage. Der Erkrankungsschwerpunkt liegt bei Arbeitslosen bei den Muskel- und Skeletterkrankungen. 30,2 Prozent der AU-Tage (AU = Arbeitsunfähigkeit) entfallen allein auf diese Erkrankungen. Jeder vierte AU-Tag (25 Prozent) wird inzwischen durch psychische Störungen verursacht. 2007 lag der Anteil der AU-Tage bei psychischen Erkrankungen noch bei 21 Prozent. Krankheiten des Kreislaufsystems verursachen insgesamt nur 5 Prozent der Arbeitsunfähigkeitstage, wobei ab einem Lebensalter von 45 Jahren ein deutlicher Anstieg zu beobachten ist, der erst bei den über 60-Jährigen wieder spürbar sinkt (BKK-Bundesverband, Gesundheitsbericht 2010). Insgesamt nehmen Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit und des seelischen Befindens mit Dauer der Arbeitslosigkeit sukzessive zu (Robert Koch-Institut, GEDA Studie 2010). Aus diesen Erkenntnissen leitet sich die Schlussfolgerung ab, dass neben der Behandlung bereits Erkrankter eine deutlich erhöhte Priorität auf die Prävention gesetzt werden muss. Im Rahmen der Präventionsstrategie soll deshalb die Frage der Zielgruppengerechtigkeit von Präventionsmaßnahmen eine besondere Rolle spielen.

Die Wechselwirkungen zwischen Arbeitslosigkeit und Suchterkrankungen werden seit langer Zeit erforscht und diskutiert. Der 2011 veröffentlichten Untersuchung von Dieter Henkel („Unemployment and Substance Use: A Review of the Literature (1990–2010) in: Current Drug Abuse Reviews, 2011, 4, 4–27“) zufolge, in der über 130 einschlägige Studien ausgewertet wurden, liegen keine eindeutigen wissenschaftlichen Ergebnisse vor, die belegen, dass die Zahl von Arbeitslosen mit der Zahl von Suchterkrankungen positiv korreliert. Andere Befunde zum Gesundheitsverhalten von Arbeitslosen deuten – trotz ihrer ökonomisch schlechteren Lage – auf einen erhöhten Substanzkonsum hin. Beispielsweise ist das Risiko zu rauchen bei kurzzeitig arbeitslosen und langzeitarbeitslosen Frauen jeweils 1,7-fach und bei Männern in den entsprechenden Gruppen 2,3-fach bzw. 2,1-fach gegenüber Menschen mit sicherer Beschäftigung erhöht.

2. Wie viele spezifische Maßnahmen und Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention werden nach Kenntnis der Bundesregierung angeboten für
 - a) von Arbeitslosigkeit bedrohte Menschen,
 - b) Menschen, die weniger als 12 Monate arbeitslos sind,
 - c) Langzeitarbeitslose,
 - d) junge Langzeitarbeitslose unter 25 Jahren,
 - e) ältere Langzeitarbeitslose ab 50 Jahren,
 - f) Arbeitslose mit Migrationshintergrund sowie
 - g) Berufsrückkehrer und Berufsrückkehrerinnen?

Auf Basis des Präventionsberichts 2011 der gesetzlichen Krankenkassen ist eine Angabe, wie viele Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention speziell für die unter den Fragen 2a bis 2g genannten verschiedenen Gruppen

der Arbeitslosen und von Arbeitslosigkeit bedrohten Frauen und Männer angeboten werden, nicht möglich. Eine entsprechende Differenzierung der Daten erfolgt dort nicht. Allerdings wird in der freiwilligen GKV-Dokumentation der Leistungen der Krankenkassen in Primärprävention und betrieblicher Gesundheitsförderung seit 2010 bei den durchgeführten Setting-Projekten auch das Merkmal „Arbeitslose als Zielgruppe“ erfragt. Laut dem Präventionsbericht 2011 des GKV-Spitzenverbandes und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) e. V. haben im Jahr 2010 insgesamt 31 Projekte der Krankenkassen in nichtbetrieblichen Settings Arbeitslose als spezielle Zielgruppe adressiert. Die diesbezüglichen Aktivitäten finden sich meist in Gesundheitsförderungsprojekten auf kommunaler Ebene. Auch im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung wird einer rechtzeitigen Vorbereitung auf drohenden Arbeitsverlust und den hiervon ausgehenden psychischen Belastungen zunehmend Beachtung geschenkt. Ein Beispiel hierfür ist das Projekt der AOK Nordost „Gesunderhaltung der von Arbeitslosigkeit bedrohten Mitarbeiter“ (siehe Kompendium des Bundesministeriums für Gesundheit zur Betrieblichen Gesundheitsförderung „Unternehmen unternehmen Gesundheit“).

Eine bundesweite Übersicht über Angebote und Maßnahmen der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung liefert die Praxisdatenbank des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de), der maßgeblich von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) getragen wird. Die Praxisdatenbank weist zum Thema „Arbeitslosigkeit“ 187 Projekte und Maßnahmen aus (Stand: 7. Mai 2012). Sie stellt damit die bundesweit umfangreichste Sammlung dar (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank). Allein zur Zielgruppe „Langzeitarbeitslose“ führt die Praxisdatenbank 109 Projekte und Maßnahmen an.

Auch wenn keine quantifizierbaren Aussagen über einzelne Angebote getroffen werden können, gibt es eine Reihe von Bundesprogrammen, die in unterschiedlichem Umfang auch die Förderung der Gesundheit von Arbeitslosen zum Gegenstand haben (z. B. Perspektive 50plus – Beschäftigungspakte für Ältere in den Regionen, das Europäische Sozialfonds (ESF)-Bundesprogramm „Bildung, Wirtschaft, Arbeit im Quartier“ (BIWAQ), ESF-Bundesprogramm „Gute Arbeit für Alleinerziehende“).

Die Gesundheitsorientierung kann, soweit sie nicht spezifische Maßnahmen der Gesundheitsförderung nach § 20 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) betrifft, auch Bestandteil von Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 16 Absatz 1 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch (SGB II) i. V. m. § 45 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch (SGB III) sein.

Ob und in welchem Umfang Maßnahmen Elemente der Gesundheitsorientierung enthalten, können die Jobcenter im Rahmen ihrer dezentralen Entscheidungskompetenz selbst festlegen. Neben den standardisierten Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung können die Jobcenter individuelle Maßnahmen entwickeln, in denen Elemente der Gesundheitsorientierung enthalten sind.

Gesundheitsthemen können auch in ganzheitlichen Maßnahmen, denen die Kunden aufgrund ihrer längerfristigen Unterstützungsbedarfe für eine mindestens 3-monatige Dauer zugewiesen werden und bei denen die Maßnahmengestaltung weitgehend in der Konzeptionsfreiheit der Träger liegt, behandelt werden. Eingesetzt werden hier Vorträge von Krankenkassen, Ernährungsberatung, Informationen über Fitness im Alltag, Informationstage von Suchtberatungsstellen, aber auch die Hinweisberatung im Einzelfall auf Institutionen und Selbsthilfegruppen oder lokale Vereine.

3. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung bezüglich der Inanspruchnahme von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention der Krankenkassen nach § 20 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) durch Arbeitslose?

Unter § 20 SGB V sind Leistungen zur primären Prävention gesetzlich festgeschrieben, die den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen sollen. Diese werden über den GKV-Leitfaden Prävention umgesetzt. Damit sind Arbeitslose und von Arbeitslosigkeit bedrohte Menschen eine Zielgruppe der Angebote nach § 20 SGB V.

Im Präventionsbericht 2011 der gesetzlichen Krankenkassen (Hrsg.: MDS, GKV-Spitzenverband) zum individuellen Ansatz werden die Angaben zur Inanspruchnahme von Angeboten nach Alter, Geschlecht, Handlungsfeld und Leistungsanbieter unterschieden. Eine Differenzierung nach Zielgruppen erfolgt nicht. Für den Individualansatz (1,98 Mio. direkt erreichte Personen) ist nicht dokumentiert, zu welchem Anteil die Maßnahmen von Arbeitslosen in Anspruch genommen wurden.

Der Präventionsbericht 2011 über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung gibt für das Berichtsjahr 2010 an, dass von Maßnahmen nach dem Settingansatz 2,44 Millionen Personen direkt erreicht wurden. Vier Prozent dieser Maßnahmen (31 Angebote) gaben als Zielgruppe auch Arbeitslose an. Wie groß die Anzahl Arbeitsloser ist, die von den Maßnahmen konkret erreicht wurden, ist nicht angegeben.

Kassenartspezifische Auswertungen zur Inanspruchnahme von unterschiedlichen Gruppen von Versicherten – u. a. Arbeitslose – kommen zu dem Ergebnis, dass die Inanspruchnahme der primärpräventiven Kursangebote durch Arbeitslose im Vergleich zu beschäftigten Versicherten unterdurchschnittlich ist (vgl. Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt (Hrsg.): Gesundheit in Deutschland, Berlin, Juli 2006, S. 129 ff.). Zu den Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten in Settings wird auf die Antwort zu Frage 2 verwiesen.

4. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung zu Setting-Angeboten der Krankenkassen, die speziell auf die Zielgruppe der Arbeitslosen zugeschnitten sind, und wie viele Arbeitslose werden durch diese zielgruppenspezifischen Maßnahmen erreicht?

Die Setting-Angebote der gesetzlichen Krankenkassen wenden sich zu 69 Prozent an spezifische Zielgruppen, 4 Prozent davon an die Zielgruppe der Arbeitslosen. Der Präventionsbericht 2011 gibt an, dass die gesetzlichen Krankenkassen Arbeitslose hauptsächlich über das Setting Stadtteil/Ort erreichen; 8 von 57 Angeboten im Setting Stadtteil/Ort benennen Arbeitslose als eine ihrer Zielgruppen (14 Prozent). Im Übrigen wird auf die Antworten zu den Fragen 2 und 3 verwiesen.

5. Wie will die Bundesregierung darauf hinwirken, dass die Krankenkassen Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention für die Zielgruppe der Arbeitslosen verstärkt fördern?

Die Bundesregierung unterstützt und begrüßt die aktuellen Entwicklungen zur Stärkung der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen, an denen die Krankenkassen, die Bundesagentur für Arbeit und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung maßgeblich beteiligt sind (vgl. die Empfehlungen von Bundesagentur für Arbeit und GKV, sowie die Eckpunkte des Kooperationsverbundes zur

Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten zur Gesundheitsförderung bei Arbeitslosigkeit). Im Übrigen wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

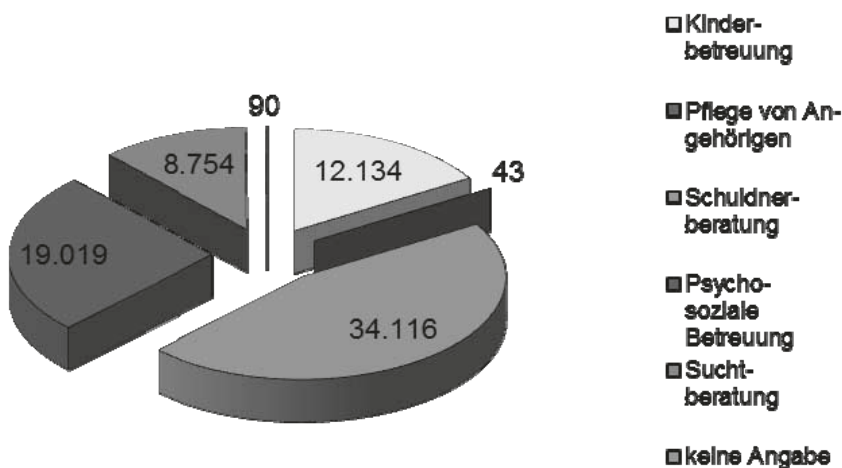
6. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Integration von Aktivitäten der Stressbewältigung, Bewegung, Ernährung oder Suchtprävention in Aktivierungsmaßnahmen nach § 16 Absatz 1 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch (SGB II) in Verbindung mit § 45 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch (SGB III), die einen Anteil von bis zu 20 Prozent umfassen können, und wie viele Arbeitslose werden durchschnittlich pro Jahr hiervon erreicht?

Von den in der Antwort zu Frage 2 genannten Maßnahmen im Rahmen von § 16 Absatz 1 SGB II i. V. m. § 45 SGB III, in denen Anteile von Gesundheitsorientierung optional enthalten waren, wurden von den gemeinsamen Einrichtungen im Jahr 2011 ca. 9 500 Teilnehmer-Plätze (Datenstand Oktober 2011) belegt. Kenntnisse über den Umfang solcher Maßnahmen bei den zugelassenen kommunalen Trägern hat die Bundesregierung nicht. Erkenntnisse zu individuellen Maßnahmen der Jobcenter mit gesundheitsorientierenden Elementen liegen über die in der Antwort zu Frage 2 benannten Erkenntnisquellen aus den Praxisdatenbanken hinaus nicht vor.

7. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung bezüglich des Einsatzes von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention durch die Jobcenter:
- im Rahmen der Leistungen nach § 16a SGB II (psychosoziale Betreuung, Schuldnerberatung oder Suchtberatung);
 - im Rahmen von Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung nach § 16d SGB II;
 - im Rahmen der Freien Förderung nach § 16f SGB II?
 - Wie viele Arbeitslose werden durch diese Maßnahmen durchschnittlich pro Jahr erreicht?

Elemente der Gesundheitsförderung können in allen in der Frage genannten Maßnahmen enthalten sein.

Der Umfang der Inanspruchnahme von kommunalen Eingliederungsleistungen nach § 16a SGB II (differenziert nach den Leistungsarten des § 16a Nummer 1 bis 4 SGB II) ergibt sich aus nachstehender Grafik.



Weitergehende Informationen ergeben sich aus der im Internetangebot der Statistik der Bundesagentur für Arbeit eingestellten Veröffentlichung „Kommunale Eingliederungsleistungen nach § 16a SGB II“.

Die Leistung Suchtberatung nach § 16a SGB II beinhaltet gesundheitliche und präventive Aspekte. Zur Unterstützung der Umsetzung von Suchtberatung im Rahmen des § 16a SGB II hat das Bundesministerium für Gesundheit zwei Bundesmodellprojekte gefördert: Gemeinsam mit dem Land Rheinland-Pfalz „FAIRE“ – Fachstelle für Arbeitsmarktintegration und Reintegration Suchtkranker (2006 bis 2009), darüber hinaus mit Unterstützung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales sowie der Kommunalen Spitzenverbände die „Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II“ (2008–2009). Die Ergebnisse beider Modellprojekte machen deutlich, dass bundesweit betrachtet Jobcenter und Suchtberatungsstellen hinsichtlich der Inanspruchnahme der Leistung Suchtberatung unterschiedlich eng kooperieren. Die oben genannte Erhebung zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben hat zudem ergeben, dass keine vergleichbaren Daten der Grundversicherungsstellen zur Inanspruchnahme von Suchtberatung im Rahmen des § 16a SGB II auf Bundesebene vorliegen.

Bis zum 31. März 2012 konnten Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung (AGH MAE) auch Angebote zur Gesundheitsförderung beinhalten. Statistische Angaben über entsprechende Angebote liegen nicht vor. Diese speziellen Beschäftigungsprojekte enthielten – wie die Suchtberatung nach § 16a SGB II – gesundheitsförderliche und präventive Aspekte. Durch die Gesetzesänderung ab 1. April 2012 in § 16d SGB II sind Arbeitsgelegenheiten auf die Durchführung von zusätzlichen, im öffentlichen Interesse liegenden und wettbewerbsneutralen Arbeiten begrenzt und die Durchführung von gesundheitsfördernden Teilen innerhalb der Maßnahmen ausgeschlossen. Diese könnten aber gekoppelt mit dem in der Antwort zu Frage 2 beschriebenen Maßnahmenangebot nach § 45 SGB III angeboten werden.

Die Ausgestaltung von Maßnahmen der Freien Förderung nach § 16f SGB II obliegt der Entscheidungsverantwortung des jeweiligen Jobcenters. Maßnahmen können auch gesundheitsfördernde Elemente enthalten, soweit die Zuständigkeit der Krankenversicherungsträger nach dem SGB V bzw. der kommunalen Träger im Rahmen der Leistungen nach § 16a SGB II beachtet wird. Statistische Angaben über entsprechende Angebote liegen mangels Erfassung nicht vor. Entsprechend kann auch nicht angegeben werden, wie viele Arbeitslose von Maßnahmen der Gesundheitsförderung insgesamt in den vorstehend benannten Maßnahmen erreicht werden.

8. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung zur Evaluation der Modellprojekte zur Verzahnung von Arbeitsmarkt- und Gesundheitsförderung JobFit und AmigA (Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung), und welche Schlussfolgerungen zieht sie aus den Evaluationsergebnissen?

Die Modellprojekte AmigA und JobFit sind von Wolf Kirschner (2009) und I. Toumi/C. von Braunmühl (2009) wissenschaftlich evaluiert worden (vgl. Wolf Kirschner in: A. Holleder (Hg.): Gesundheit von Arbeitslosen fördern, 2009, S. 96/107 ff. und ebenda I. Toumi/C. von Braunmühl, S. 261 ff.).

Das Modellprojekt AmigA hat die Bundesregierung aktiv begleitet und unterstützt. Die Evaluation zeigt im Hinblick auf die Teilnehmenden:

- deutliche und signifikante Interventionseffekte v. a. im Bereich der sportlichen Aktivität und der Ernährung;
- eine signifikante Verbesserung des subjektiven Gesundheitszustandes;

- der Anteil der Befragten mit weniger gutem oder schlechtem Gesundheitszustand ging von 56 Prozent auf 41 Prozent signifikant zurück;
- von den 180 Teilnehmenden haben 15 Prozent eine Beschäftigung gefunden.

Unter Berücksichtigung der Dauer der Arbeitslosigkeit sowie des schlechten Gesundheitszustandes der Teilnehmerinnen und Teilnehmer am AmigA-Projekt wertet die Bundesregierung die erzielte Eingliederungsquote als Erfolg.

Die Evaluationsergebnisse von Job-Fit Regional zeigen vergleichbar positive Wirkungen wie bei AmigA, bei einem allerdings deutlich besseren Gesundheitszustand der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Das Projekt JobFit Regional zeigt aus Sicht der Bundesregierung, dass gesundheitsorientierende Elemente sinnvoll in arbeitsmarktliche Förderungen implementiert bzw. mit diesen verzahnt werden können, um die Erfolgswahrscheinlichkeit von Förderleistungen zu erhöhen. Diese Verzahnung kann auf drei Arten umgesetzt werden:

- Implementierung von gesundheitsorientierenden Elementen in Förderleistungen, z. B. im Rahmen von § 16 Absatz 1 SGB II i. V. m. § 45 SGB III;
- Gemeinsame Finanzierung und Konzeptionierung einer Maßnahme durch Bundesagentur für Arbeit und Krankenversicherungsträger;
- Verzahnung bestehender arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen mit gesundheitsorientierenden Angeboten von Krankenversicherungsträgern oder kommunalen Leistungen nach § 16a SGB II.

Insgesamt zeigt sich aus der Evaluation von AmigA und JobFit Regional, dass durch Gesundheitsförderung in den Bereichen Stressreduktion, Entspannung, Ernährung und sportliche Aktivität der Gesundheitszustand von Arbeitslosen und Langzeitarbeitslosen verbessert und stabilisiert werden kann.

9. Welchen weiteren Regelungsbedarf sieht die Bundesregierung im Bereich der Vernetzung von Arbeitsförderung und Gesundheitsförderung, und welche Maßnahmen und Projekte wird sie in diesem Bereich fördern?

Die Bundesregierung sieht die bestehenden gesetzlichen Regelungen für ausreichend an, um eine Vernetzung von Arbeitsförderung und Gesundheitsförderung zu ermöglichen.

Angesichts der demografischen Entwicklung erwartet die Bundesregierung einen Anstieg des Durchschnittsalters der Belegschaften und geht deshalb davon aus, dass die Betriebe verstärkt auf ältere Beschäftigte angewiesen sein werden. In der Vermeidung von Arbeitslosigkeit liegt entsprechend ein Schwerpunkt. Präventive Maßnahmen am Arbeitsplatz können helfen, die Arbeitsbedingungen so zu verbessern, dass die Gefahr der Leistungsminderung verringert wird und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter länger im Erwerbsleben verbleiben können.

Die Bundesagentur für Arbeit wird im Rahmen der Erprobung innovativer Ansätze nach § 135 SGB III im Jahr 2012 ein Modellprojekt zur Gestaltung altersgerechter Arbeitsplätze im Großhandel einrichten. Dabei geht es darum, Lösungsansätze für die Fragen nach dem Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit der älteren Belegschaft, der möglichst altersgerechten Organisation der Arbeitsabläufe und betrieblichen Strukturen sowie der Nutzung der Potenziale älterer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu finden.

Die Sensibilisierung von Arbeitgebern für den demografischen Wandel und den damit einhergehenden Fachkräftebedarf ist bereits Gegenstand der vertriebsorientierten und präventiven Arbeitsmarktberatung durch die Bundesagentur für Arbeit (beispielsweise im Rahmen der Qualifizierungsberatung oder Netzwerkveranstaltungen).

Zudem hat sich die Bundesagentur für Arbeit als Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende und der Arbeitsförderung mit dem GKV-Spitzenverband und den Verbänden der Krankenkassen im April 2012 mit dem Ziel einer verbesserten Integrationsarbeit auf eine „Empfehlung zur Zusammenarbeit beim Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit“ verständigt. Gemeinsames Ziel ist es, die gesundheitliche Leistungsfähigkeit und Beschäftigungsfähigkeit von erwerbsfähigen Leistungsberechtigten (SGB II), Arbeitslosen und von Arbeitslosigkeit Bedrohten (SGB III) zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Dazu wurden die relevanten Handlungsfelder identifiziert. Die Zusammenarbeit zwischen Bundesagentur für Arbeit und Gesetzlicher Krankenversicherung umfasst verschiedene Ebenen: Zunächst soll eine strategische Kooperation auf Bundesebene über eine trägerübergreifende Lenkungsgruppe hergestellt werden. Darüber hinaus dient die Empfehlung als Orientierungsrahmen für lokale und regionale Kooperationen, die im Rahmen der Handlungsfelder initiiert, fortgeführt und vertieft werden können. In Anknüpfung an die im 4-Phasen-Modell der Integrationsarbeit enthaltene Prozessunterstützung sollen regionale und überregionale Ansätze zur Verbesserung der Integrationsarbeit bei Kunden mit gesundheitlichen Einschränkungen identifiziert werden. Hierbei können die Agenturen für Arbeit und die Jobcenter auch auf das Informationsangebot zur Gesundheitsorientierung im Intranet der Bundesagentur für Arbeit zurückgreifen und die entsprechenden Handlungsstrategien entsprechend der lokalen und regionalen Kooperationen dezentral ausgestalten.

10. Wie will die Bundesregierung die Eckpunkte des Kooperationsverbundes aufgreifen?

In den Eckpunkten zum Vorgehen im kommunalen Rahmen zur Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen werden aus Sicht der Bundesregierung einige wichtige Impulse und Anregungen gegeben. Im Einzelnen wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung sowie auf die Antworten zu den Fragen 2, 3, 9 sowie 11 bis 14 verwiesen.

11. Wie will die Bundesregierung im Rahmen der Beschäftigungsförderung, bei Beratungs- und Qualifizierungsmaßnahmen bereits erprobte niedrigschwellige Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention bei Arbeitslosen verstetigen?

Es wird auf die Antwort zu Frage 2 verwiesen.

12. Plant die Bundesregierung Maßnahmen zur Sensibilisierung, Qualifizierung und Fortbildung der Akteure in Jobcentern, Beschäftigungs- und Beratungsträgern zu fördern, und wenn ja, wie sehen diese aus?

Wenn nein, warum nicht?

Die Bundesregierung begleitet und unterstützt eine Reihe von Maßnahmen zur Sensibilisierung im Themenbereich der Gesundheitsförderung für Arbeitslose. Zu diesen zählt die im Jahr 2010 von der Bundesagentur für Arbeit initiierte Dachkampagne „Gesundheitsorientierung zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit“. Die Dachkampagne umfasst Gesundheitsorientierung im Wissensmanagement, in der Ausrichtung von Prozessen und Produkten sowie im Ausbau von strategischen Kooperationen. Die Gesundheitsorientierung ist in den Regelprozessen der Bundesagentur für Arbeit bereits fest verankert: Die Klärung vermittlungsrelevanter gesundheitlicher Einschränkungen ist ein wesentliches Element im 4-Phasen-Modell der Integrationsarbeit, das die tägliche

Arbeit der Integrationsfachkräfte maßgeblich bestimmt. Den verschiedenen gesundheitsbezogenen Handlungsbedarfen sind besondere Handlungsstrategien wie „gesundheitliche Leistungsfähigkeit feststellen“, „Leistungsfähigkeit fördern“ und „gesundheitlich angemessene Beschäftigung realisieren“ zugewiesen. Soweit erforderlich, nehmen die Integrationsfachkräfte zur Klärung der gesundheitlichen Leistungsfähigkeit von Kunden auch interne ärztliche Dienstleistungen in Anspruch (z. B. Erstellung von Arztgutachten). Diese Regelprozesse sind auch Element der BA-internen Qualifizierung. Besondere Qualifizierungsmaßnahmen existieren darüber hinaus für die Gesundheitsorientierung im Fallmanagement der Jobcenter. In diesem Kontext sensibilisiert die Bundesagentur für Arbeit seither zusätzlich durch ein spezielles Wissensmanagement für Themen der Gesundheitsorientierung und schafft im BA-Intranet durch ein besonderes Informationsangebot Transparenz über Netzwerkpartner, Arbeitshilfen, Initiativen, Modellprojekte, Studien, Kooperationen etc.

Werden für Arbeitslose Maßnahmen der Arbeitsförderung dezentral mit Elementen der Gesundheitsorientierung angereichert, werden diese im Wege der Ausschreibung vergeben. Hier muss der Anbieter (z. B. Beschäftigungs- oder Beratungsträger) die Gewähr dafür bieten, dass im Rahmen der gesundheitsorientierenden Maßnahmenelemente qualifiziertes Personal eingesetzt wird.

Die Bundesagentur für Arbeit hat schließlich im Februar 2012 mit der gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich der Gesundheitsorientierung eine strategische Kooperation für das Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit vereinbart. Ziel ist es, den Kreislauf von Arbeitslosigkeit und gesundheitlicher Beeinträchtigung zu durchbrechen, z. B. durch stärkere Nutzung von Präventionsangeboten der Krankenkassen durch Arbeitslose oder durch eine Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung.

13. Wie will die Bundesregierung unterstützende Angebote bereits bei drohendem Arbeitsplatzverlust und beim beruflichen Wiedereinstieg fördern?
 - a) Wie will die Bundesregierung die so genannten Outplacement-Programme (Unterstützung für ausscheidende Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen) bekannter machen und deren Einsatz forcieren?
 - b) Wie will die Bundesregierung Berufsrückkehrer und Berufsrückkehrerinnen beim Wiedereinstieg ins Berufsleben verstärkt durch Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention unterstützen?

Gemäß § 20 Absatz 1 SGB V sollen die Krankenkassen in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Die Ausgaben der Krankenkassen für Leistungen der primären Prävention, der betrieblichen Gesundheitsförderung (§ 20a SGB V) sowie der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (§ 20b SGB V) sollen im Jahr 2012 pro Versicherten 2,93 Euro betragen (§ 20 Absatz 2 SGB V). Auf der Basis dieser Vorgaben entscheiden die einzelnen Krankenkassen in eigener Verantwortung, welche Leistungen der primären Prävention, der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren von ihnen gefördert werden. An dem Grundsatz der eigenverantwortlichen Aufgabenwahrnehmung der Krankenkassen soll auch künftig festgehalten werden. Im Rahmen der Präventionsstrategie, die das Bundesministerium für Gesundheit derzeit erarbeitet, soll die betriebliche Gesundheitsförderung einen besonderen Schwerpunkt einnehmen, um die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten zu fördern. Davon werden auch Berufsrückkehrerinnen und Berufsrückkehrer profitieren.

Im Rahmen der Verpflichtung zur frühzeitigen Arbeitsuche nach § 38 Absatz 1 SGB III werden Personen, deren Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis endet, frühzeitig in die Integrationsbemühungen der Agentur für Arbeit einbezogen. Nach einer persönlichen Arbeitsuchendmeldung bzw. nach Anzeige einer Arbeitsuchendmeldung entsprechend § 38 Absatz 1 SGB III, ist der schnellstmögliche terminierte Zugang zur Vermittlungsfachkraft noch vor Eintritt der Arbeitslosigkeit sicherzustellen. Die Kunden werden ab diesem Zeitpunkt in das arbeitnehmerorientierte Integrationskonzept der Bundesagentur für Arbeit (SGB II und SGB III) einbezogen, wobei bereits vor Eintritt der Arbeitslosigkeit ein stärken- und potenzialorientiertes Profiling angestrebt wird.

Hinsichtlich der sogenannten Outplacement-Programme (Unterstützung für ausscheidende Arbeitnehmer/-innen) bestehen für deren Forcierung seitens der Bundesregierung keine Pläne.

Die Bundesregierung unterstützt im Rahmen des ESF-Modellprogramms „Perspektive Wiedereinstieg“ Frauen beim beruflichen Wiedereinstieg nach einer familienbedingten Erwerbsunterbrechung. Die aus dem Projekt entwickelten Maßnahmen können alle Aktivitäten umfassen, mit denen ein Wiedereinstieg der Teilnehmerinnen in ein ausbildungsadäquates versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis erreicht werden kann, das auf eine dauerhafte berufliche Eingliederung ausgerichtet ist.

Im Übrigen wird auf die Antworten zu den Fragen 2, 3 und 9 verwiesen.

14. Wie will die Bundesregierung auf die Weiterentwicklung von Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention für arbeitslose Zielgruppen mit folgenden besonderen Bedarfslagen jeweils unter Berücksichtigung der geschlechtsspezifischen Unterschiede
 - a) junge Arbeitslose und ältere Arbeitslose,
 - b) Arbeitslose mit Migrationshintergrund,
 - c) Arbeitslose ohne Berufsausbildung,
 - d) Arbeitslose mit Behinderung und
 - e) alleinerziehende Arbeitslosehinwirken?

Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass die Eingliederung in Arbeit nicht an Zielgruppen, sondern an den individuellen Bedarfen und Profillagen der Kundinnen und Kunden auszurichten ist. Entsprechend ist die Feststellung vermittlungsrelevanter gesundheitlicher Einschränkungen im arbeitnehmerorientierten Integrationskonzept der Bundesagentur für Arbeit (SGB II und SGB III) unabhängig von den in der Fragestellung genannten Zielgruppen verankert. Im Rahmen des Integrationskonzepts wird mit allen Kunden ein stärken- und potenzialorientiertes Profiling durchgeführt. Ergeben sich daraus Hinweise auf vermittlungsrelevante gesundheitliche Einschränkungen, sind diese im Rahmen der Handlungsstrategien zu bearbeiten. Soweit zum Beispiel eine berufliche Weiterbildungsmaßnahme überwiegend berufliche Inhalte aufweist und Elemente der Gesundheitsförderung für das Erreichen des Maßnahmeziels oder eine berufliche Eingliederung notwendig sind, können Arbeitslose bei Vorliegen der allgemeinen Fördervoraussetzungen eine mit Gesundheitsförderungselementen kombinierte berufliche Weiterbildungsförderung von Arbeitsagenturen oder Jobcentern erhalten.

Zur Beurteilung der vermittlungsrelevanten Handlungsbedarfe können bei Bedarf Dritte, insbesondere die Fachdienste bei den Agenturen für Arbeit (Psychologischer Dienst und/oder Ärztlicher Dienst), eingeschaltet werden.

Menschen mit Behinderungen können abhängig vom individuellen Förderbedarf allgemeine und besondere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten, die nach Art oder Schwere der Behinderung auch Elemente der Gesundheitsförderung und unterstützende medizinische, psychologische und soziale Dienste umfassen können.