



Bayerisches Landesamt für
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit



LGL

**Bestandsanalyse der Gesundheitsförderung für Arbeitslose
nach dem Setting-Ansatz: Anspruch und Wirklichkeit**

PD Dr. Alfons Holleder
Kongress Armut und Gesundheit
am 13.3.2014 in Berlin

Arbeitslosigkeit und Gesundheit im Jahr 1894

„Das Erste, was heute in unserer Welt geschehen muß, ist die Verbreitung der Einsicht und Erfahrung, daß zweckmäßige Arbeit notwendig zur Erhaltung der körperlichen und geistigen Gesundheit aller Menschen, ohne Ausnahme, und infolge dessen zu ihrem Glück sei.“

(Prof. Dr. Karl Hilty, 1894)

„Closing the gap“ durch arbeitsmarkt-integrative Gesundheitsförderung?



Arbeitslose kommen relativ selten in den Genuss von (freiwilligen) Präventionsmaßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 20 SGB V, weil:

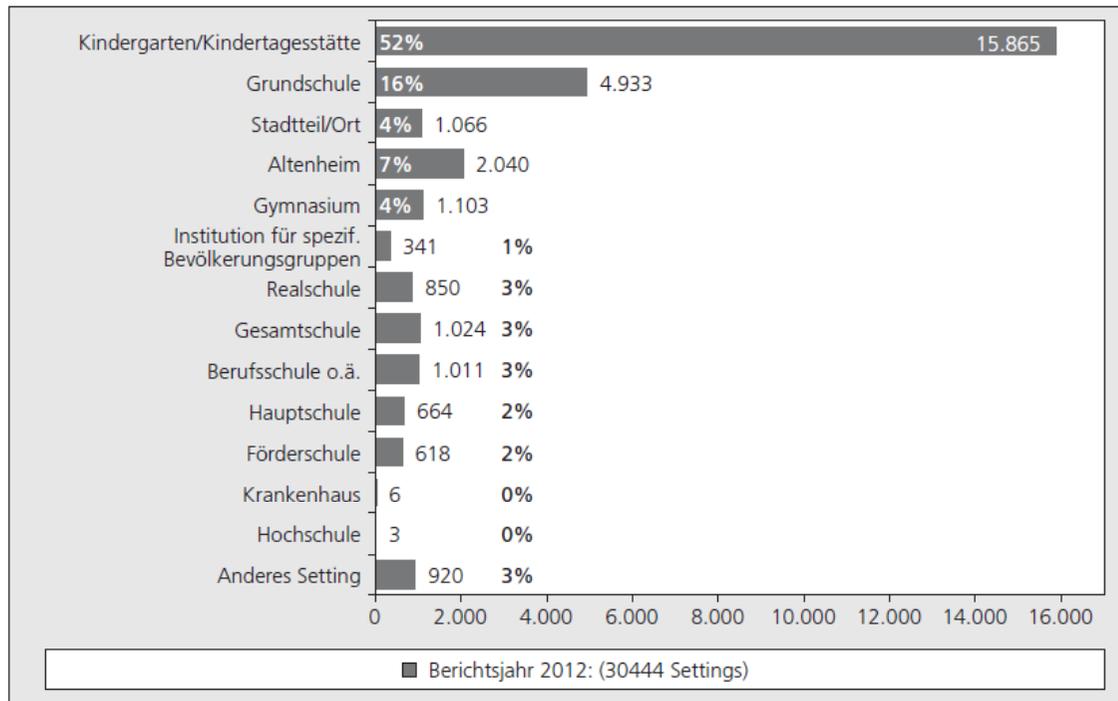
1. Arbeitslose **keine bevorzugte Zielgruppe** der Marketingstrategien von Krankenkassen unter Wettbewerbsbedingungen darstellen
2. **Konventionelle „Setting“-Ansätze** auf „Lebenswelten“ abzielen, in denen sich Arbeitslose wenig aufhalten (Betrieb, Schule, Kindergarten, Universitäten)
3. **Finanzieller Eigenbetrag** und Vorauslage der Kurskosten Arbeitslose häufig vor der Teilnahme abschrecken
4. Zugang, Ansprache und Inhalte oft **nicht zielgruppengerecht** konzipiert sind
5. (Private Krankenkassen bieten **keine** Gesundheitsförderung an, was zunehmend wichtig für ehemalige Ich-AGs und kleine Selbstständige werden kann)

Setting-Ansatz der GKV nach § 20 SGB V

In den Dokumentationsbögen wurden für das Berichtsjahr 2012 Aktivitäten in über 30.000 Settings beschrieben. Gut die Hälfte der Aktivitäten werden in Kindergärten und Kitas durchgeführt. Mit 52% sind diese Settings am häufigsten die Orte

der Präventionsaktivitäten der Krankenkassen, in weitem Abstand gefolgt von den Grundschulen. In diesen Settings profitieren Kinder aus allen sozialen Schichten von den Präventionsmaßnahmen.

Abb. 17: Anzahl der Settings



	Anteil Einrichtungen in „soz. Brennpunkten“
Grundschule	45%
Förderschule	28%
Hauptschule	27%
Realschule	26%
Gymnasium	21%
Gesamtschule	29%
Berufsschule o.ä.	48%
Hochschule	-
Kindergarten/Kindertagesstätte	26%
Stadtteil/Ort	43%
Inst. für spez. Bevölkerungsgruppen	92%
Altenheim	12%
Krankenhaus	-
Anderes Setting	16%
Gesamt	30%

Direkt erreichte Personen in der Gesundheitsförderung der GKV nach § 20 SGB V



In Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene
 AOK-Bundesverband, Berlin
 BKK-Bundesverband, Essen
 BfA e. V., Berlin
 Bundesvereinigung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel
 Knappschaft, Bochum
 Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin

Tabelle 2: Direkt erreichte Personen nach Geschlecht

	Setting-Ansatz (Schätzzahlen*)		Individueller Ansatz		Betriebl. Gesundheitsf. (Schätzzahlen*)		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Weibliche Pers.	1.336.933	53%	1.074.245	80%	339.314	38%	2.750.493	58%
Männliche Pers.	1.185.583	47%	267.377	20%	552.038	62%	2.004.997	42%
Summe	2.522.516	100%	1.341.622	100%	891.352	100%	4.755.490	100%

* Die Krankenkassenmitarbeiter schätzen die Zahl der erreichten Personen ab.

Hinweis: 53,5 % der Arbeitslosen waren im Jahresdurchschnitt 2012 Männer (BA, 2013)

Arbeitsmarktnahe Settings für die Gesundheitsförderung von Arbeitslosen



Potenzielle arbeitsmarktnahe Settings für die Gesundheitsförderung von Arbeitslosen wären vor allem

- **„Gesundheitsförderliche Jobcenter“ und Arbeitsagentur („utopisch!“)**
- **Qualifizierungs- und Beschäftigungsträger**
(z.B. Integration von Gesundheitsmodulen in Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 16 Absatz 1 SGB II)
- **Arbeitslosenzentrum**

Sie bergen Chancen, aber auch besondere Risiken!

(Stichworte: „Gesundheit fordern - statt fördern“, „Krankmeldungen statt Krankheiten bekämpfen“, Creaming-Effekte, Beteiligung von Gesundheitsberufen, Maßnahmen- und Kursleiterqualität etc.)

Fazit: Bestandsanalyse der Gesundheitsförderung für Arbeitslose nach dem Setting-Ansatz



1. **Zugang und Finanzierung** sind besondere Herausforderungen in der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen.
2. Vorhandene Angebotsstrukturen erschöpfen sich meist in sporadische **verhaltensorientierte Einzelmaßnahmen**.
3. Bei konventionellen Setting-Ansätzen bestehen bei Arbeitslosen kaum Möglichkeiten der **Verhältnisprävention**.
4. **Evidenzbasierte** Gesundheitsförderungsansätze für arbeitsmarktnahe Settings sind eher selten.
5. Die in der Ottawa-Charta propagierten Prinzipien von **Partizipation und Empowerment** werden wenig umgesetzt.
6. In der Gesundheitsförderung für Arbeitslose besteht ein **Vollzugsdefizit** gemäß § 20 SGB V („...insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen.“)
7. Entwicklung einer **gesundheitsfördernden Gesamtpolitik** steht noch aus.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



PD Dr. Alfons Holleder
Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)
Leiter des Sachgebiets Versorgungsqualität, Gesundheitsökonomie,
Gesundheitssystemanalyse (GE 6)
Schweinauer Hauptstraße 80
D-90441 Nürnberg
Tel.: 09131 / 6808-2910
E-Mail: Alfons.Holleder@lgl.bayern.de