



Arbeitslosigkeit, Krankheit und Gesundheitsförderung

Konferenz „Gesundheit fördert Beschäftigung: Beschäftigung fördert Gesundheit“ am 24. März 2009 im Rathaus Wien

Vortragender Dr. Alfons Holleder



Die Arbeitslosen von Marienthal

„Wer weiß, mit welcher Zähigkeit die Arbeiterschaft seit den Anfängen ihrer Organisation um die Verlängerung der Freizeit kämpft, der könnte meinen, dass in allem Elend der Arbeitslosigkeit die unbegrenzte freie Zeit für den Menschen doch ein Gewinn sei.

Aber bei näherem Zusehen erweist sich diese Freiheit als tragisches Geschenk.

Losgelöst von ihrer Arbeit und ohne Kontakt mit der Außenwelt, haben die Arbeiter die materiellen und moralischen Möglichkeiten eingebüßt, die Zeit zu verwenden. Sie, die sich nicht mehr beeilen müssen, beginnen auch nichts mehr und gleiten allmählich ab aus einer geregelten Existenz ins Ungebundene und Leere“

(Jahoda, Lazarsfeld und Zeisel, 1933).





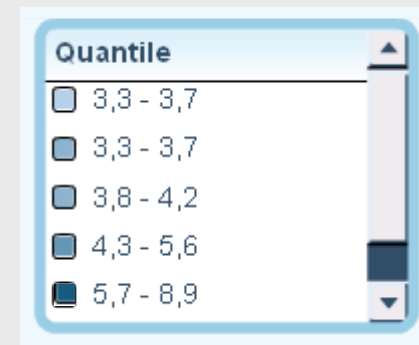
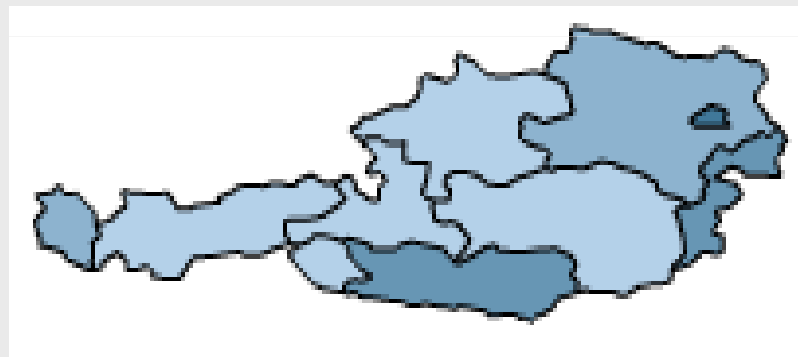
Arbeitslosigkeit, Krankheit und Gesundheitsförderung

Gliederung

1. Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Mortalität
2. Gesundheitsunterschiede zwischen Beschäftigten und Arbeitslosen
3. Ergebnisse internationaler Meta-Analysen
4. Kausalität und Selektion: Macht Arbeitslosigkeit krank oder Krankheit arbeitslos?
5. Ansätze arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung



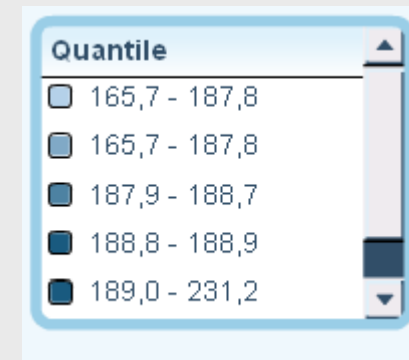
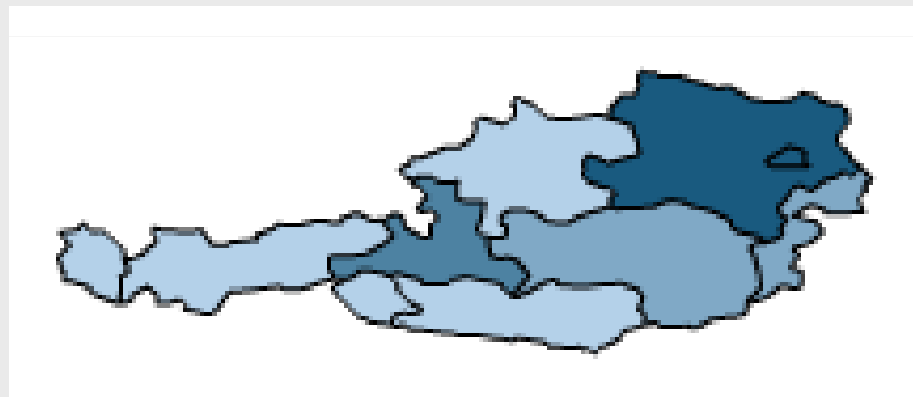
Arbeitslosenquoten in Österreich auf NUTS Level 2 (Bundesländer) im Jahr 2004



Datenquelle: Eurostat,
Regionale Gesundheits-
statistiken, Eig. Darst.



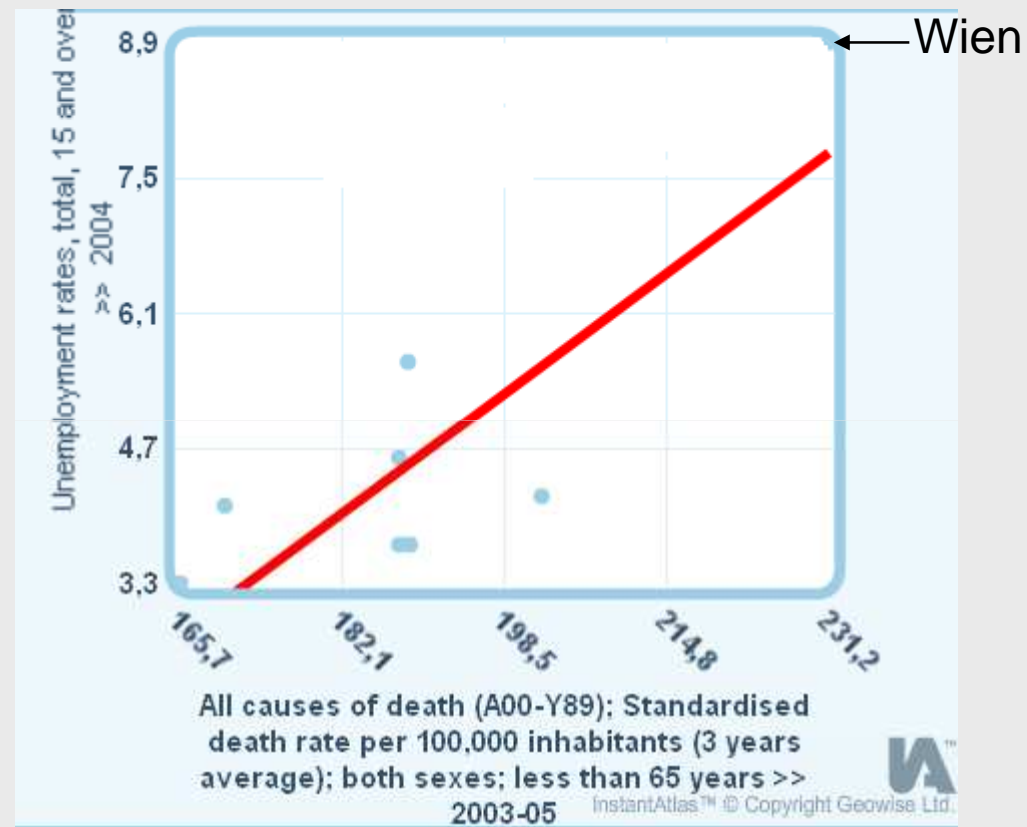
Standardisierte Mortalitätsrate per 100.000 Einwohner unter 65 Jahren in Österreich auf NUTS Level 2 (Dreijahresdurchschnitt 2003-2005)



Datenquelle: Eurostat,
Regionale Gesundheits-
statistiken, Eig. Darst.



Zusammenhang Arbeitslosigkeit und Mortalität in Österreich auf NUTS Level 2



Datenquelle: Eurostat,
Regionale Gesundheits-
statistiken, Eig. Darst.



Arbeitslosigkeit, Krankheit und Gesundheitsförderung

Gliederung

1. Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Mortalität
2. Gesundheitsunterschiede zwischen Beschäftigten und Arbeitslosen
3. Ergebnisse internationaler Meta-Analysen
4. Kausalität und Selektion: Macht Arbeitslosigkeit krank oder Krankheit arbeitslos?
5. Ansätze arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung



Vergleich Arbeitslose mit Beschäftigten in Deutschland (im Durchschnitt):

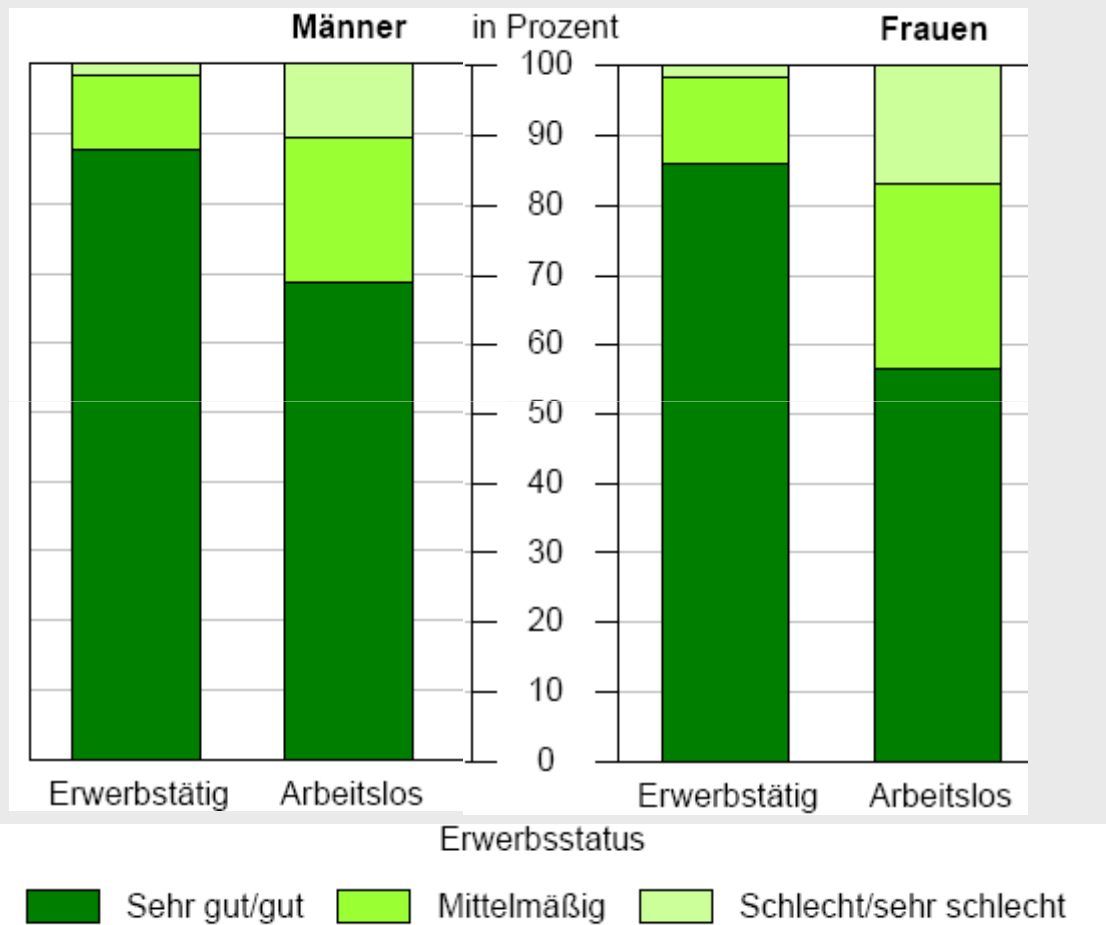
- schlechterer **subjektiver Gesundheitszustand**
- ein signifikant erhöhtes **Morbiditätsrisiko** in breiten Krankheitsspektrum
- ein erhöhtes **Risiko für vorzeitige Sterblichkeit**
- ungünstigeres **Gesundheits- und Suchtverhalten**
- eine stärkere **Inanspruchnahme** gesundheitlicher Leistungen
- mehr **Krankenhausfälle** und stationäre Behandlungstage
- häufigere **Arzneimittelverordnungen**, z.B. Anti-Depressiva-Verordnungen

Datenquellen: Internationale Meta-Analysen; Bundesgesundheitsurvey 1998, 2003; Mikrozensus 1995, 1999, 2003, 2005; Sozioökonomisches Panel; Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie; Arbeitslosenstatistik der BA; Statistiken der Suchtkrankenhilfe und VDR; GKV-Statistik im Bund; Gesundheitsberichte der BKK, GEK und TK

(Überblick: Hollederer, A.; Brand, H. (2006) (Hg.). Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Handbuch. Gesundheitswissenschaften. H. Huber Verlag Bern.)



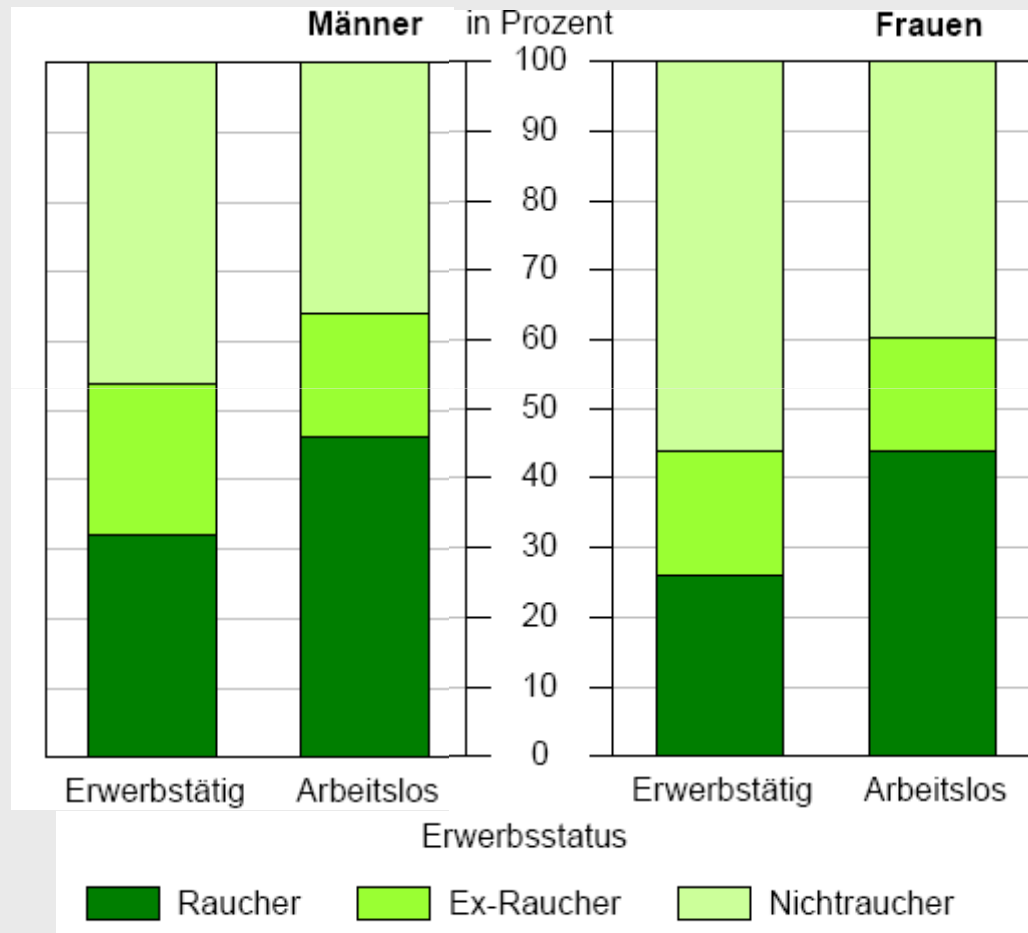
Vergleich Arbeitslose mit Beschäftigten in Österreich (im Durchschnitt): Subjektiver Gesundheitszustand



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.



Vergleich Arbeitslose mit Beschäftigten in Österreich (im Durchschnitt): Raucherstatus

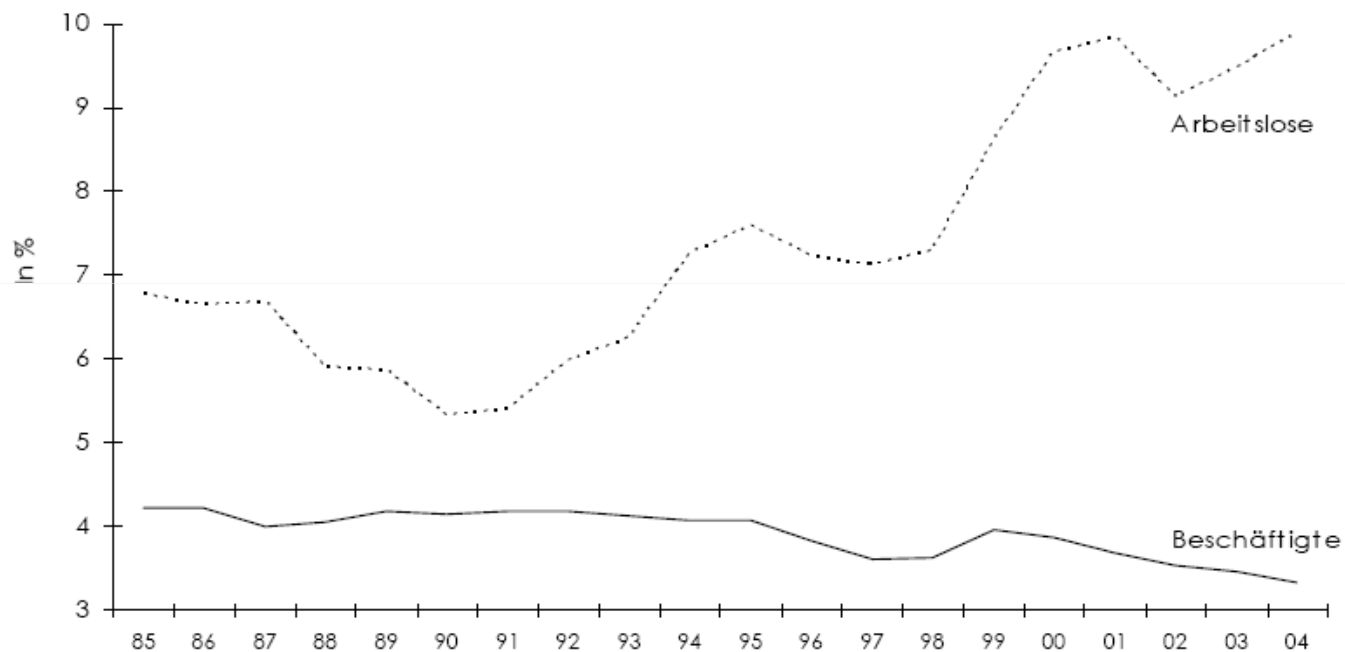


Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.



Vergleich Arbeitslose mit Beschäftigten in Österreich: Krankenstand je 100 Mitglieder im Jahresdurchschnitt

Abbildung 4.4: Krankenstandsquoten der unselbständig Beschäftigten und Arbeitslosen



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktservice, WIFO-Berechnungen.

Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (2008). Fehlzeitenreport 2007: Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. Wien.



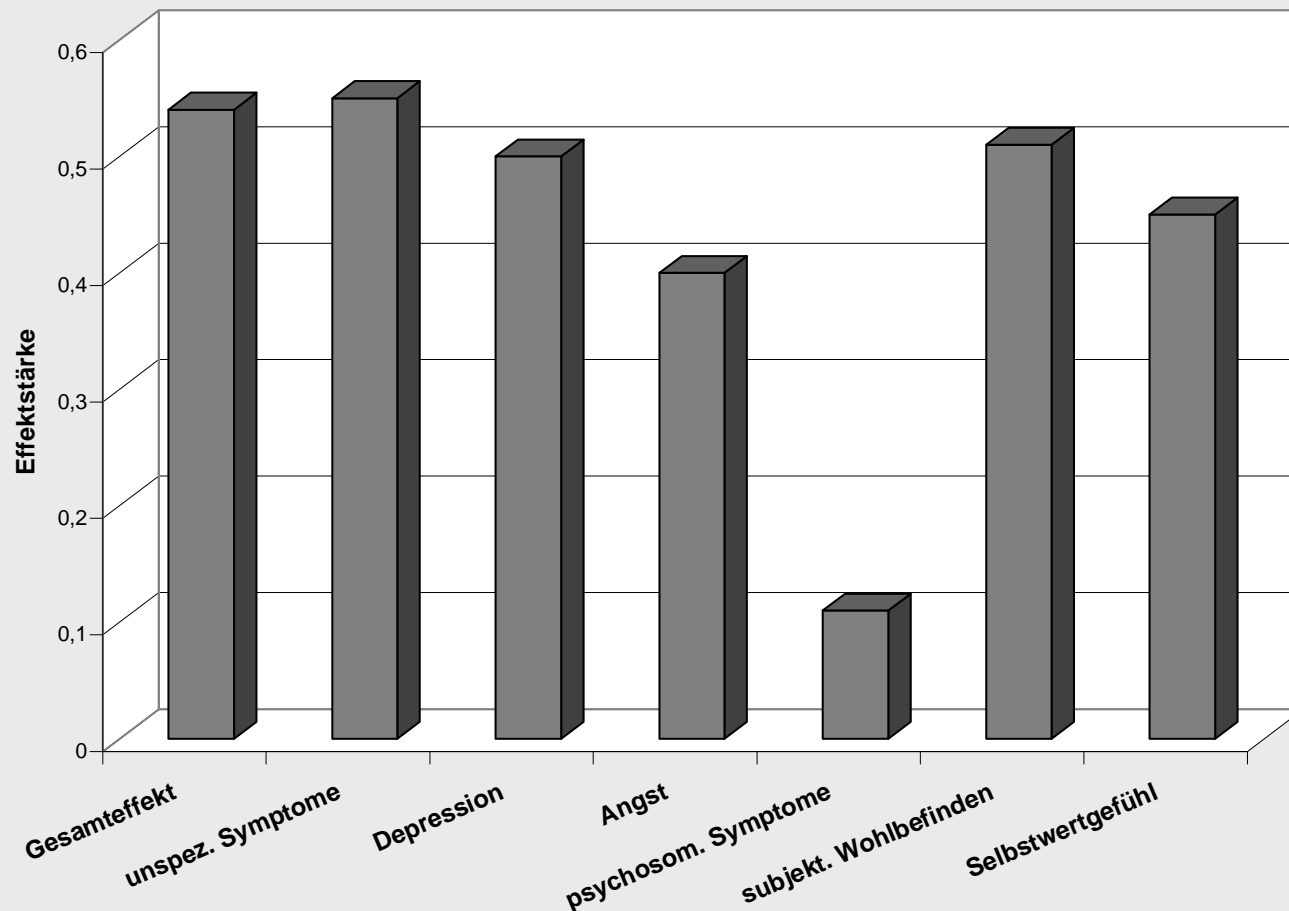
Arbeitslosigkeit, Krankheit und Gesundheitsförderung

Gliederung

1. Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Mortalität
2. Gesundheitsunterschiede zwischen Beschäftigten und Arbeitslosen
3. Ergebnisse internationaler Meta-Analysen
4. Kausalität und Selektion: Macht Arbeitslosigkeit krank oder Krankheit arbeitslos?
5. Ansätze arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung



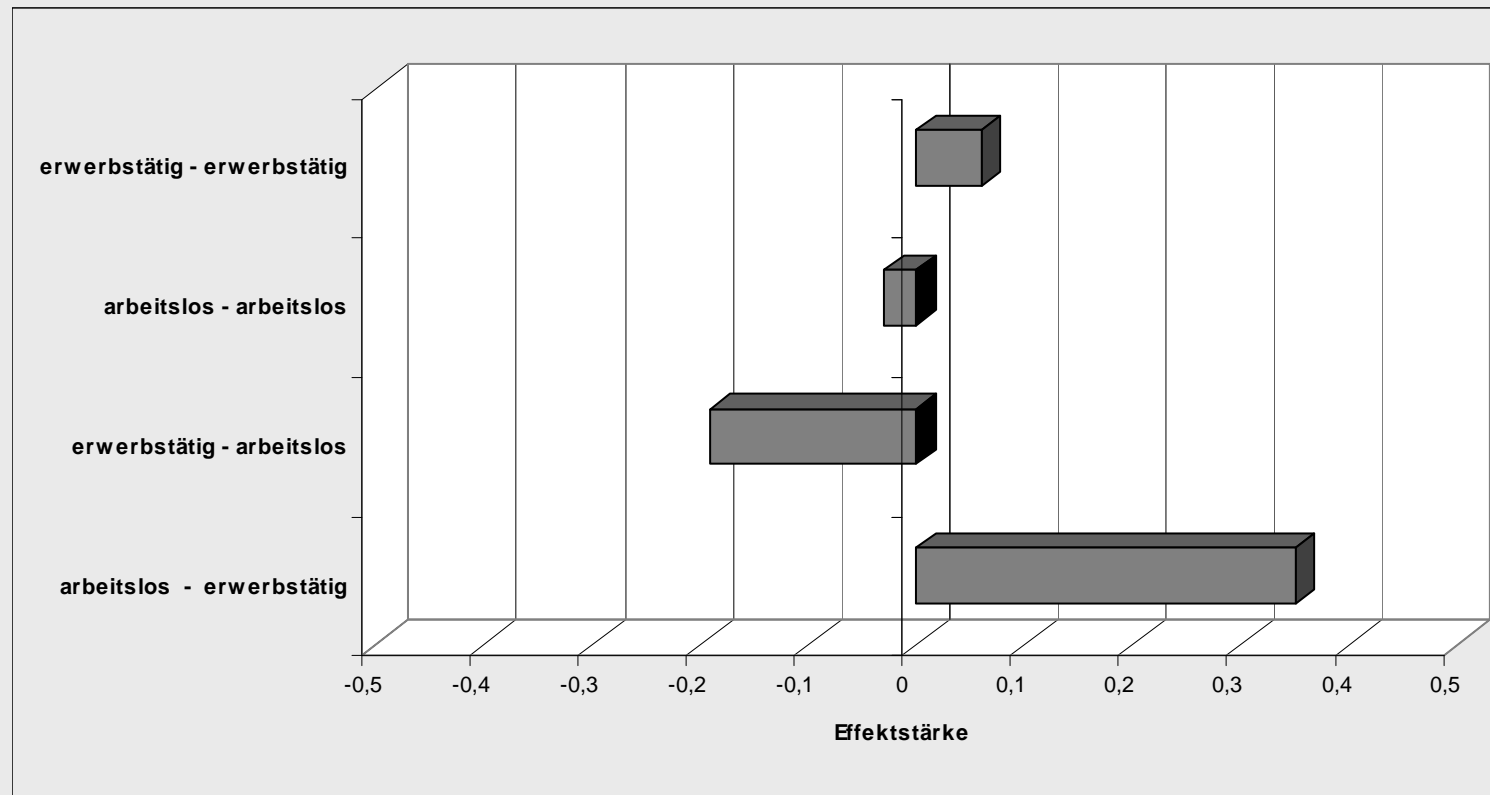
Vergleich Arbeitslose mit Erwerbstätigen für psychische Gesundheit



(Quelle: Paul K. I., Hassel A, Moser K. Die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit: Befunde einer quantitativen Forschungsintegration. In: Holleederer A, Brand H (Hrsg.). Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber Verlag, 2006: 35–51. (Meta-Analyse 237 Quer- u. 87 Längsschnittstudien)



Meta-Analytische Längsschnittvergleiche zur Veränderung der psychischen Gesundheit



(Quelle: Paul K. I., Hassel A, Moser K. Die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit: Befunde einer quantitativen Forschungsintegration. In: Holleder A, Brand H (Hrsg.). Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber Verlag, 2006: 35–51. (Meta-Analyse 237 Quer- u. 87 Längsschnittstudien)



Moderierende Variablen der Bewältigung von Arbeitslosigkeit in Bezug auf psychische Gesundheit in internationalen Meta-Analysen

	McKee-Ryan, Song, Wanberg & Kinicki 2005	Paul, Hassel, Moser (2006); Paul u. Moser (2006)
<u>A) Soziodemografische Merkmale</u>		
Alter		χ ^{n.s.}
Geschlecht		X ^{s.}
Nationalität/Ethnische Zugehörigkeit		χ ^{n.s.}
Sozioökonomischer Status/ Soziale Klasse/ Arbeiter-Angestellte		X ^{s.}
Qualifikationsniveau		χ ^{n.s.}
<u>B) Erwerbsbiografische Variablen</u>		
Dauer der Arbeitslosigkeit	X ^{s.}	X ^s
Studien-Sample-Typ (Schulabgänger oder Erwachsener)	X ^{s.}	
<u>C) Kognitive Einstellungen</u>		
Arbeits- u. Berufsorientierung, „Employment commitment“ u.ä.		X ^s
<u>D) Makroökonomische Faktoren</u>		
Höhe der Arbeitslosenquote	χ ^{n.s.}	χ ^{n.s.}
Soziales Sicherungssystem für Arbeitslosigkeit	χ ^{n.s.}	X ^s
Niveau der wirtschaftlichen Entwicklung		X ^s
Einkommensungleichheit		X ^s



Arbeitslosigkeit, Krankheit und Gesundheitsförderung

Gliederung

1. Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Mortalität
2. Gesundheitsunterschiede zwischen Beschäftigten und Arbeitslosen
3. Ergebnisse internationaler Meta-Analysen
4. Kausalität und Selektion: Macht Arbeitslosigkeit krank oder Krankheit arbeitslos?
5. Ansätze arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung

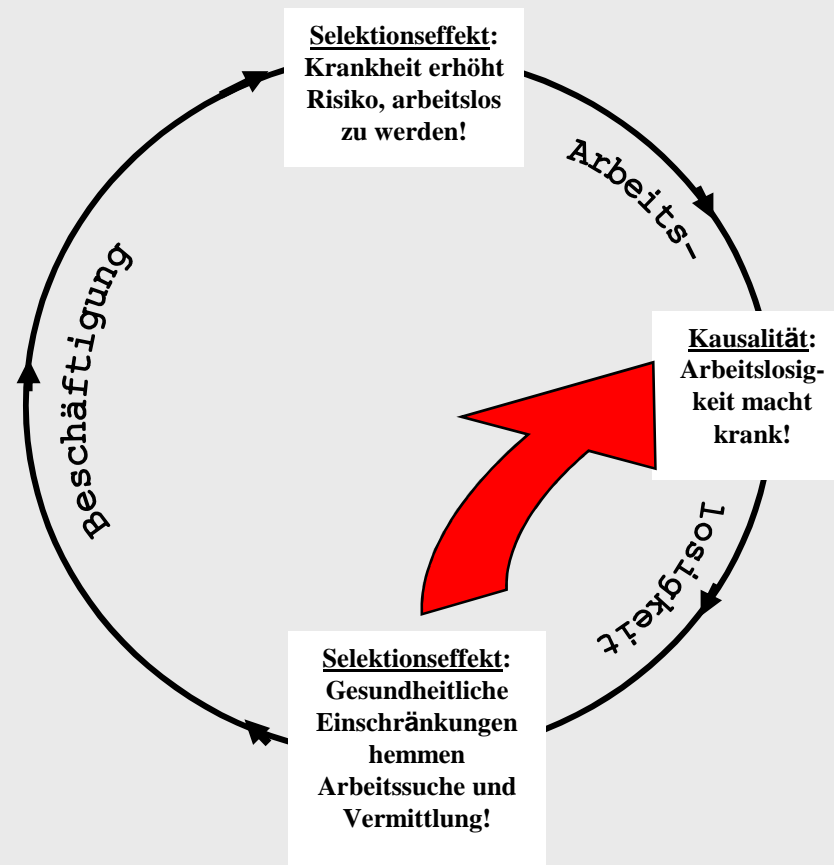


Theorien über die Wirkung von Arbeitslosigkeit auf Gesundheit

1. „**Psychische Deprivation**“ aufgrund des Wegfalls der manifesten und latenten Funktionen der Arbeit (Jahoda, 1983). Latente Funktionen:
 - Sinnstiftung
 - Zeitstrukturierung
 - Soziale Kontakte
 - Übergeordnete Ziele
 - Identitätsbildung
2. eine „**finanzielle Deprivation**“ und Handlungsrestriktionen durch Belastungen und Verarmungsprozesse in Arbeitslosigkeit (nach Fryer, 1986)
3. **Stresskonzepte** mit Arbeitsplatzverlust als stresshaftes Lebensereignis bzw. –phase (Lazarus, 1966) u.a.
4. mit Arbeitslosigkeit verbundene soziale **Stigmatisierung** (Goffman, 1967)

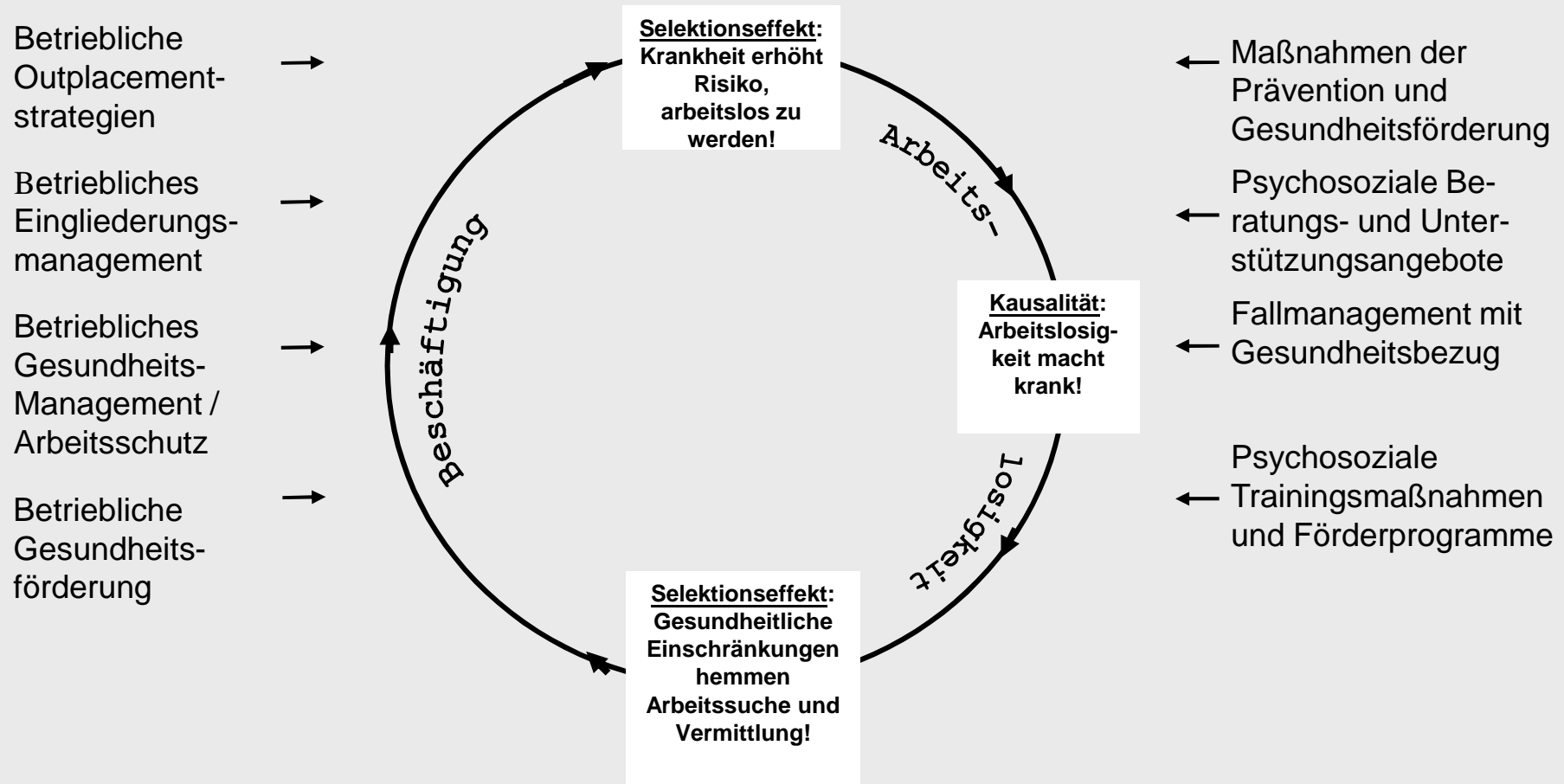


„Circulus vitiosus“ von Arbeitslosigkeit und Gesundheit





„Circulus vitiosus“ von Arbeitslosigkeit und Gesundheit mit Maßnahmenarten arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung





Arbeitslosigkeit, Krankheit und Gesundheitsförderung

Gliederung

1. Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Mortalität
2. Gesundheitsunterschiede zwischen Beschäftigten und Arbeitslosen
3. Ergebnisse internationaler Meta-Analysen
4. Kausalität und Selektion: Macht Arbeitslosigkeit krank oder Krankheit arbeitslos?
5. Ansätze arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung



Beispielgebende Modellprojekte zur Förderung der psychosozialen Gesundheit sowie zum Fallmanagement mit Gesundheitsbezug

- JobFit Nordrhein-Westfalen (BKK Bundesverband/Land Nordrhein-Westfalen)
- Projekt AMIGA: Fallmanagement in der Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung (Land Brandenburg)
- Projekt AktivA: Training psycho-sozialer Kompetenzen in Bildungs- und Beschäftigungsmaßnahmen (TU Dresden/Land Sachsen)
- Projekt Arbeitsmarktintegration durch Gesundheitsförderung: kommunales Netzwerkprojekt (Werkstatt Frankfurt)
- Das Konzept der Stabilisierenden Gruppen (Uni Dortmund)
- Projekt JobPromote Köln: Arbeitsmarktintegration für gesundheitlich Beeinträchtigte im SGB II (ARGE Köln)
- Projekt „Support 25“: Jugendarbeitslosigkeit und seelische Gesundheit (Jobcenter Essen/Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Essen)
- „Integrationskette“ Projekte GLEISE, BEAM, Alfa, TOP JOB (Ennepe-Ruhr-Kr.)
- Fifty Fit (PLUS): Beschäftigungspakt Perspektive 50+ (Ennepe-Ruhr-Kreis)

(Praxisberichte in Holleder, A. (Hrsg) (2009): Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Fachhochschulverlag, Frankfurt a.M. (im Erscheinen))



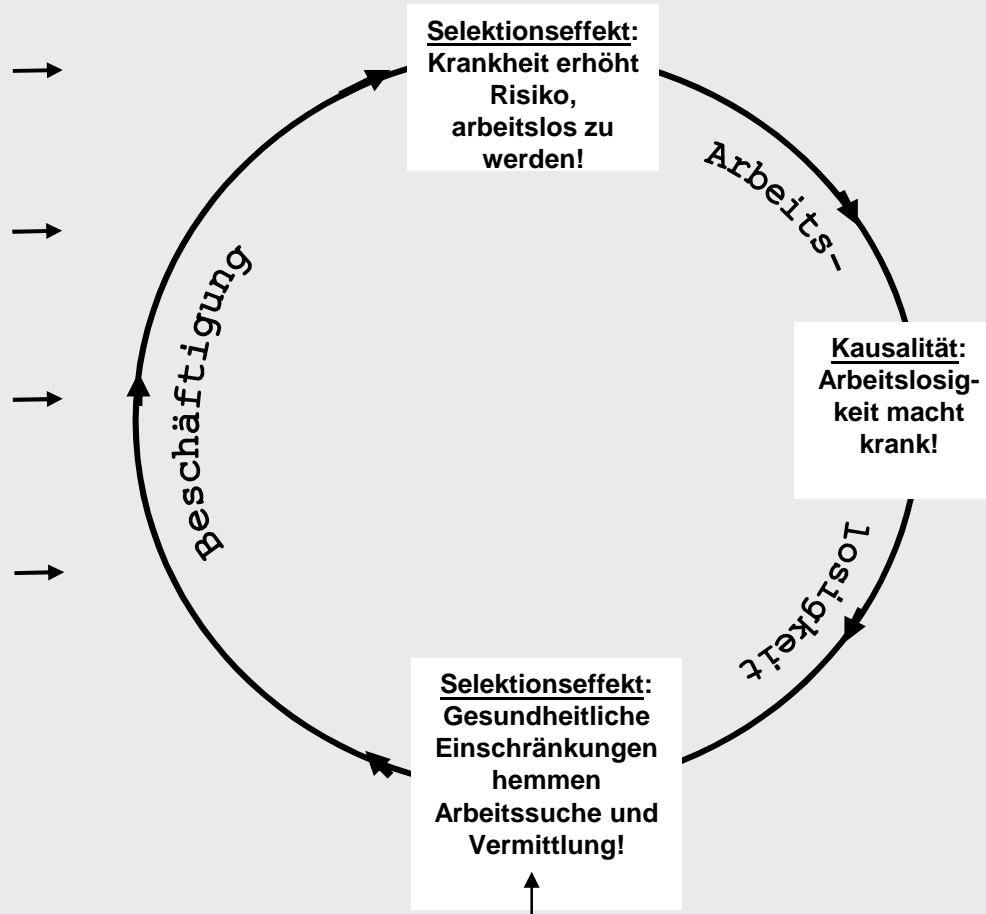
„Circulus vitiosus“ von Arbeitslosigkeit und Gesundheit mit Maßnahmenarten arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung

Betriebliche
Outplacement-
strategien →

Betriebliches
Eingliederungs-
management →

Betriebliches
Gesundheits-
Management /
Arbeitsschutz →

Betriebliche
Gesundheits-
förderung →



← Maßnahmen der
Prävention und
Gesundheitsförderung
z.B. **Projekt Job Fit NRW**

← Psychosoziale Be-
ratungs- und Unter-
stützungsangebote
← „**Stabilisierende
Gruppen**“

← Fallmanagement mit
Gesundheitsbezug
z.B. **Projekt AmigA**

← Psychosoziale
Trainingsmaßnahmen
und Förderprogramme
z.B. **Projekt AktivA**

Fifty Fit (PLUS): Beschäftigungspakt Perspektive 50+



Online-Datenbank

Transparenz über Praxis
schaffen

Internet-Plattform

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Öffentlichkeit informieren

GESUNDHEITSFÖRDERUNG
BEI SOZIAL BENACHTEILIGTEN
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Good Practice

Qualitätsentwicklung
unterstützen

Regionale Knoten

Praxis
in den Bundesländern



GOOD PRACTICE ■

Qualitätskriterien für Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

1. Gesundheitsbezug	7. Befähigung der Zielgruppe (Empowerment)
2. Klarer Zielgruppenbezug	8. Gestaltung der Lebenswelt (Setting-Ansatz)
3. Innovation und Nachhaltigkeit	9. Integriertes Handlungskonzept /Vernetzung
4. Multiplikatorenkonzept	10. Qualitätsmanagement/-entwicklung
5. Niedrigschwellige Arbeitsweise	11. Dokumentation / Evaluation
6. Beteiligung der Zielgruppe (Partizipation)	12. Kosten-Nutzen-Verhältnis



Sachverständigenrat im Gesundheitswesen im Gutachten 2007

„Besondere Herausforderungen“ für präventive Strategien u.a.:

1. Verzahnung von Prävention und Gesundheitsförderung mit Maßnahmen der Arbeitsförderung,
2. Verknüpfung von Maßnahmen der Primärprävention mit der Sekundär- und Tertiärprävention,
3. Bedarfsgerechte Ausdifferenzierung der Präventionsangebote auf die unterschiedliche Arbeitslosengruppen,
4. Schlechte Erreichbarkeit der Zielgruppen sowie deren schlechte Annahme und Akzeptanz der Präventionsangebote.



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. Alfons Holleder
Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW
- Zentrum für Öffentliche Gesundheit -
Dienstgebäude:
Westerfeldstraße 35-37 in 33611 Bielefeld
Tel.: +49 521 8007-266
alfons.holleder@liga.nrw.de
www.liga.nrw.de