

Empfehlungen des Deutschen Vereins zur gesundheitsbezogenen Ausrichtung der Integration in Arbeit

Die Empfehlungen (DV 27/16) wurden am 14. Dezember 2016 vom Präsidium des Deutschen Vereins verabschiedet.



Inhalt

I. Gesundheitsorientierung bei der Integration in Arbeit – Warum?	3
1. Zielsetzung der Empfehlungen des Deutschen Vereins	3
2. Die gesundheitliche Situation arbeitsloser Menschen	5
3. Aufgaben und Ziele der Grundsicherung für Arbeitsuchende	6
4. „Vorbeugen ist besser als heilen“ – Verschiedene Ansatzpunkte der Intervention	7
5. Das Präventionsgesetz	9
II. Verzahnung der Themen Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Die Empfehlungen im Überblick	10
1. Gesundheit zu einem wichtigen Handlungsfeld des Integrationsprozesses machen	10
2. Trägerübergreifend gemeinsame Ziele vereinbaren	10
3. Einbindung in Netzwerke	11
4. Entwicklung eines auf Gesundheitsorientierung zielenden Handlungsansatzes im Jobcenter	11
5. Zugangswege erschließen	11
6. Freiwilligkeit und Partizipation als handlungsleitende Grundsätze	11
7. Auswertung der Erfahrungen und Weiterentwicklung der Angebote	11
III. Praxishinweise im Detail	12
1. Gesundheit zu einem wichtigen Handlungsfeld des Integrationsprozesses machen	12
2. Trägerübergreifend gemeinsame Ziele vereinbaren	13
3. Einbindung in Netzwerke	13
4. Entwicklung eines auf Gesundheitsorientierung zielenden Handlungsansatzes im Jobcenter	15
5. Zugangswege erschließen	19
6. Freiwilligkeit und Partizipation als handlungsleitende Grundsätze	20
7. Auswertung der Erfahrungen und Weiterentwicklung der Angebote	20

I. Gesundheitsorientierung bei der Integration in Arbeit – Warum?

1. Zielsetzung der Empfehlungen des Deutschen Vereins

Schnittstellen zum Gesundheitssystem sind für Jobcenter und Agenturen für Arbeit kein neues Thema. Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen jeglicher Art (somatische und psychische Erkrankungen, einschließlich Abhängigkeitserkrankungen) nehmen die Beratungs- und Vermittlungsangebote der Arbeitsförderung¹ in Anspruch. Der aktuelle Gesundheitszustand erwerbsfähiger Leistungsberechtigter kann den Integrationsprozess nachhaltig beeinträchtigen.

Arbeitslose Menschen, die aufgrund einer gesundheitlichen Einschränkung ihren erlernten Beruf nicht mehr ausüben können oder bei denen zunächst medizinische Maßnahmen angezeigt sind, werden an den zuständigen Rehabilitationsträger verwiesen. Die notwendigen Rehabilitationsmaßnahmen unterstützen den Integrationsprozess. Gesunde Leistungsberechtigte und Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen, bei denen kein Reha-Verfahren angezeigt ist, wären im Sinne von Gesundheitsorientierung in den Blick zu nehmen. Der aktuelle Gesundheitszustand sollte stärker als Teil einer Strategie berücksichtigt werden, um die für die Arbeitsmarktintegration notwendigen individuellen Gesundheitsressourcen und die psychische Widerstandskraft zur Bewältigung schwieriger Lebenssituationen (Resilienz) zu stützen und zu stärken.

Dabei haben in erster Linie die gesetzlichen Krankenkassen den Auftrag, mit Präventions- und Gesundheitsförderangeboten das Gesundheitsverhalten arbeitsloser Menschen zu unterstützen und der Entstehung bzw. Chronifizierung von Krankheit vorzubeugen. Grundsätzlich sind die Krankenkassen als Träger der Gesundheitsförderung gehalten, ein zielgruppenspezifisches attraktives Leistungsangebot zu schaffen. In der bisherigen Praxis richten sich jedoch nur wenige Gesundheitsförderangebote gezielt an Arbeitslose.² Krankenkassen fehlt es häufig an speziellen Zugangs- und Ansprachemöglichkeiten für die Zielgruppe der arbeitslosen Menschen. Auch scheitert die Inanspruchnahme der Angebote oft an verschiedenen Zugangshürden, wie fehlende Informationen, ergänzende Motivation, Eigenanteilleistungen und Vorleistungsverpflichtungen, die Arbeitslose selbst nicht erbringen können. Jobcenter und Agenturen für Arbeit können Leistungsberechtigte dabei unterstützen, Zugangshemmnisse zum Gesundheitssystem zu überwinden. Das im Juli 2015 in Kraft getretene Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)³ hat hierfür neue strukturelle Rahmenbedingungen geschaf-

Ihre Ansprechpartnerin
im Deutschen Verein:
Bojana Marković.

1 Arbeitsförderung meint im Folgenden Maßnahmen und Leistungen der Jobcenter und Agenturen für Arbeit, die der Vermeidung und Beendigung von Arbeitslosigkeit dienen. Individuelle Förderleistungen zur Eingliederung in den Arbeitsmarkt sind im Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II – Grundsicherung für Arbeitsuchende) und im Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III – Arbeitsförderung) verankert.

2 Vgl. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V./GKV-Spitzenverband (Hrsg.), Präventionsbericht 2015 – Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung, Berichtsjahr 2014, S. 53: Nur 4 % der Programme, die ihre Aktivitäten auf bestimmte Zielgruppen fokussieren, richten sich an arbeitslose Menschen.

3 Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) vom 17. Juli 2015, BGBl. I S. 1368.



fen, die eine Kooperation der Jobcenter mit den örtlichen Krankenkassen erleichtern.

Der Deutsche Verein möchte mit diesen Empfehlungen Impulse für eine Gesundheitsorientierung in der Arbeitsförderung geben. Die gesundheitliche Situation arbeitsloser Menschen hat – neben anderen Faktoren – entscheidende Auswirkungen auf den Erfolg von Integrationsbemühungen. Aus der Perspektive der Arbeitsförderung besteht ein großes Interesse daran, dass erwerbsfähige Leistungsberechtigte möglichst gesund werden und gesund bleiben. Der Erhalt bzw. die Wiederherstellung von Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit sind grundlegende Voraussetzungen, um durch nachhaltige Integration in Arbeit Bedürftigkeit zu vermeiden oder zu verringern und Teilhabe zu erlangen. Die Empfehlungen des Deutschen Vereins verstehen den Aspekt „Gesundheit“ als einen Teil des Integrationsprozesses. Sie geben den Akteuren der Arbeitsförderung Anregungen, die Gesundheitsbelastung von Leistungsberechtigten in den Integrationsprozess einzubeziehen, um durch geeignete Strukturen und Maßnahmen den negativen Folgen von Arbeitslosigkeit und dem Entstehen von Krankheit entgegenzuwirken. Allerdings müssen für eine erfolgreiche Umsetzung auch die Rahmenbedingungen stimmen: Jobcenter benötigen hierfür eine gute Personal- und Finanzausstattung.

Die Förderung der individuellen Beschäftigungsfähigkeit ist Aufgabe sowohl der Leistungen der Arbeitsförderung nach dem SGB III als auch der Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II. In den Agenturen für Arbeit ist der erste Ansatzpunkt für die Förderung von Gesundheitskompetenzen im Kontext von Arbeitslosigkeit. Gesundheitsorientierung kann hier präventiv wirken, insbesondere wenn sie bereits im Rahmen der Berufsorientierung junger Menschen ansetzt.

Der Deutsche Verein fokussiert sich in seinen Empfehlungen inhaltlich auf den Bereich der Grundsicherung für Arbeitsuchende. Die Empfehlungen können jedoch als Anregung herangezogen werden, um arbeitsfördernde Maßnahmen der Agenturen für Arbeit mit gesundheitsbezogenen Aspekten zu verknüpfen. Fragen der psychosozialen Betreuung nach § 16a SGB II werden in diesem Papier nicht behandelt.⁴

Erfahrungen aus der Praxis der Integrationsfachkräfte im Jobcenter zeigen, dass gesundheitliche Belastungen von Leistungsberechtigten (vgl. Abschnitt I.2.) spezifische Herausforderungen bei der Integration in Arbeit und Ausbildung schaffen, für deren Bewältigung es besonderer Handlungsstrategien bedarf. Die Erkenntnisse aus der Beratungsrealität und der mit dem Präventionsgesetz geschaffene Handlungsrahmen (vgl. Abschnitt I.5.) geben Anlass, die Gesundheitsorientierung im Jobcenter gezielt mit Empfehlungen des Deutschen Vereins zu unterstützen.

Aus verschiedenen evaluierten Modellprojekten⁵ lassen sich Erkenntnisse ziehen, wie die Gesundheitsorientierung effektiv in die Arbeit der Jobcenter einge-

4 Siehe hierzu die [Empfehlungen des Deutschen Vereins zu den kommunalen Eingliederungsleistungen](#) nach § 16a SGB II, in: NDV 2014, 456–461 und 489–493.

5 Hierzu zählen zum Beispiel [AmigA](#) – ein Konzept zur Arbeitsmarktförderung mit gesundheitlicher Ausrichtung im Land Brandenburg, das Programm [Jobfit](#) des Landes Nordrhein-Westfalen oder auch [AktivA](#) – ein an der Technischen Universität Dresden entwickeltes psychosoziales Training zur aktiven Bewältigung von Arbeitslosigkeit. Zudem haben die Bun-

bettet werden kann. Die Projekte sind heterogen und auf die jeweiligen Bedürfnisse und Gegebenheiten vor Ort zugeschnitten. Gleichwohl lassen sich Gelingensbedingungen und Erfolgsfaktoren aus den regionalen Modellprojekten herausfiltern. Der Deutsche Verein leitet vor dem Hintergrund dieser Praxis Empfehlungen ab, um Jobcenter bei der gesundheitsbezogenen Ausrichtung ihrer Strategien zur Integration in Arbeit und Ausbildung zu unterstützen.

Die Empfehlungen beziehen sich auf die Gestaltung von Prozessen im Jobcenter, auf die regionale Vernetzung, die Weiterentwicklung von Kooperationen, das Schnittstellenmanagement und die Strukturen. Sie richten sich in erster Linie an die Leitungsebene der für die Arbeitsmarktintegration verantwortlichen Jobcenter. Gleichwohl lässt sich das Handlungsfeld der Gesundheitsförderung bei arbeitslosen Menschen nur durch eine regionale Vernetzung und systematische Kooperation verschiedener Akteurinnen und Akteure erfolgreich bewältigen. Deshalb haben die Empfehlungen als Adressaten auch Krankenkassen, Ärztekammern, Sozialdienste der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen, Qualifizierungs- und Beschäftigungsträger, Wohlfahrtsverbände und Freie Träger, Arbeitslosenzentren und Selbsthilfeinitiativen, Sportvereine und -verbände sowie Kommunen mit ihren sozialen Beratungsstellen, Gesundheitsämtern, Familienzentren und dem Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) im Blick. Alle relevanten Akteure sollen motiviert werden, sich in ihrem jeweiligen Verantwortungsbereich für das übergeordnete Ziel einzusetzen. Aus der Perspektive des Gesundheitswesens stellt die (Wieder-)Eingliederung in ein stabiles Beschäftigungsverhältnis die effektivste Maßnahme zur Förderung und Stabilisierung der gesundheitlichen Situation arbeitsloser Menschen dar. Eine bereichsübergreifende Zusammenarbeit und die Entwicklung gemeinsamer Konzepte sind daher notwendig und sinnvoll.

2. Die gesundheitliche Situation arbeitsloser Menschen

Die Wechselwirkung zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit wird durch eine Vielzahl von Studien⁶ belegt, die sich in zwei Kernaussagen zusammenfassen lassen:

- Der Gesundheitszustand vieler arbeitsloser Menschen ist wesentlich schlechter als der von Erwerbstätigen.
- Länger andauernde Arbeitslosigkeit führt bei vielen Menschen zu einer kontinuierlichen Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes.

desagentur für Arbeit und der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung auf der Basis ihrer Kooperationsempfehlungen aus dem Jahr 2012 in einem gemeinsamen „Modellprojekt zur Verknüpfung von Arbeits- und Gesundheitsförderung im Setting“ von Juni 2014 bis Juni 2015 erprobt, wie Arbeits- und Gesundheitsförderung sinnvoll miteinander verzahnt und unter Einbeziehung weiterer Akteure nachhaltig wirksam werden können.

Gesundheitsförderung ist auch ein wesentlicher Baustein des zum 31. Dezember 2015 ausgelaufenen Bundesprogramms „Perspektive 50plus – Beschäftigungspakte für Ältere in den Regionen“ gewesen. Die aus dem Bundesprogramm gewonnenen Erfahrungen gilt es nun in die „Netzwerke für Aktivierung, Beratung und Chancen“ (sog. [ABC-Netzwerke](#)) zur Betreuung und Aktivierung Langzeitleistungsbeziehender und Langzeitarbeitsloser zu überführen.

6 Vgl. exemplarisch Schubert, M./Parthier, K./Kupka, P./Krüger, U./Holke, J./Fuchs, P.: Menschen mit psychischen Störungen im SGB II. [IAB Forschungsbericht 12/2013](#) – aktualisierte Fassung vom 4. November 2013, m.w.N. Dezidierte Aussagen zu Krankenständen von Arbeitslosengeld I-Empfängern im Vergleich zu Erwerbstätigen sind dem jährlichen Gesundheitsreport des BKK Bundesverbands zu entnehmen. Vgl. Knieps, F./Pfaff, H. (Hrsg.): BKK [Gesundheitsreport 2015](#) – Langzeiterkrankungen, S. 175, wonach Arbeitslosengeld I-Empfänger im Durchschnitt 2,7-mal so viele Arbeitsunfähigkeitstage sowie eine mehr als dreimal so lange Falldauer haben im Vergleich zu den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern der Krankenversicherung.

Die Ergebnisse aus Befragungen bei verschiedenen SGB II-Trägern lassen den Schluss zu, dass mindestens ein Drittel aller erwerbsfähigen hilfebedürftigen Menschen an (mindestens) einer gesundheitlichen Einschränkung bzw. einer manifesten Erkrankung leidet, die eine Wiedereingliederung erschwert.⁷ Haushaltsbefragungen im Rahmen des Panels „Arbeitsmarkt und soziale Sicherung“ führten zu der Erkenntnis, dass erwerbsfähige Leistungsberechtigte im SGB II ihren Gesundheitszustand deutlich schlechter einschätzen als Erwerbstätige ohne Leistungsbezug.⁸ Demnach ist ein erheblich großer Anteil, aber keineswegs die Mehrheit der Leistungsberechtigten von gesundheitlichen Belastungen betroffen.

Für Leistungsberechtigte mit schwerwiegenden gesundheitlichen Einschränkungen oder anerkannten Behinderungen verringert sich die Chance, ihre Hilfebedürftigkeit durch Aufnahme einer Erwerbstätigkeit zu beenden, um mindestens die Hälfte im Vergleich zu Personen ohne gesundheitliche Einschränkungen.⁹ Die zuvor dargestellte erhöhte Betroffenheit von gesundheitlichen Einschränkungen bei erwerbsfähigen Leistungsberechtigten im Vergleich zu Erwerbstätigen ohne Leistungsbezug verdeutlicht einen bestehenden Handlungsbedarf in der Grundsicherung für Arbeitsuchende: Gesundheitliche Belastungen verringern die Beschäftigungsfähigkeit arbeitsloser Menschen und damit ihre Chancen auf Wiedereingliederung in das Erwerbsleben. Können gesundheitliche Einschränkungen abgebaut werden, verbessern sich die Chancen auf Aufnahme einer bedarfsdeckenden Beschäftigung im Jahr des Abbaus erheblich.¹⁰ Es gilt also, die gesundheitlichen Ressourcen der Leistungsberechtigten nach Möglichkeit zu stärken und im Rahmen einer Integrationsstrategie die Verbesserung ihres Gesundheitszustandes mit in den Blick zu nehmen. Hierfür bedarf es eines gemeinsamen Handelns mit den für Prävention und Gesundheitsförderung zuständigen Akteuren des Gesundheitswesens.

3. Aufgaben und Ziele der Grundsicherung für Arbeitsuchende

In der programmatischen Norm des § 1 SGB II hat der Gesetzgeber Aufgaben und Ziele der Grundsicherung für Arbeitsuchende festgelegt und in Abs. 2 Satz 4 einige grundsätzliche Orientierungen benannt, die bei der Gestaltung der Leistungen durchgängig zu berücksichtigen sind. Zu den zentralen Aufgaben des SGB II gehört es demnach auch, die Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende darauf auszurichten, dass die Erwerbsfähigkeit einer leistungsberechtigten Person erhalten, verbessert oder wieder hergestellt wird (§ 1 Abs. 2 Satz 4 Nr. 2 SGB II). Das SGB II verfolgt einen arbeitsmarktbezogenen Ansatz. Aufgabe der Integrationsfachkräfte im Jobcenter ist es, erwerbsfähige Leistungsberechtigte bei der Integration in den Arbeitsmarkt zu unterstützen.

7 Schubert, M.: Berufliche Rehabilitation für Menschen mit Behinderung: Wer bekommt sie, wer nicht? Strukturen und Prozesse des Zugangs zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für erwerbsfähige hilfebedürftige Menschen, Halle (Saale), Univ., Med. Fak., *Dissertation 2010*, S. 33.

8 Vgl. Eggs, J./Trappmann, M./Unger, S.: ALG-II-Bezieher schätzen ihre Gesundheit schlechter ein, *IAB-Kurzbericht 23/2014*, S. 3: „Nimmt man alle Personen zusammen, die eine amtlich anerkannte Behinderung vorweisen, einen Antrag auf Anerkennung gestellt haben oder von einer sonstigen schwerwiegenden gesundheitlichen Einschränkung berichten, sind 45 Prozent der Männer und 38 Prozent der Frauen in der Grundsicherung betroffen.“

9 Vgl. Beste, J./Trappmann, M.: Der Abbau von Hemmnissen macht's möglich – Erwerbsbedingte Abgänge aus der Grundsicherung, *IAB-Kurzbericht 21/2016*, S. 3.

10 Vgl. Beste/Trappmann (Fußn. 9), S. 1.

Allerdings bleibt festzustellen, dass ohne Prävention, eine gute kurative Versorgung, medizinische Rehabilitation und Gesundheitsorientierung eine Integration in Beschäftigung für viele Arbeitslose nicht erreichbar ist. Der Aspekt „Gesundheit“ ist damit ein wichtiger Baustein im Integrationsprozess. In der Praxis der Jobcenter findet diese Erkenntnis noch nicht überall Berücksichtigung. Notwendig ist es, flächendeckend die Erkenntnis voranzubringen, dass das Thema Gesundheit im Jobcenter mehr in den Mittelpunkt gerückt werden muss.

Das Präventionsgesetz¹¹ hat ein Gebot zur Zusammenarbeit der Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit und mit den kommunalen Trägern der Grundversicherung für Arbeitsuchende unmittelbar in § 20a Abs. 1 SGB V verankert.

Auch die Neufassung des § 18 SGB II¹² trägt der gestiegenen Bedeutung der Zusammenarbeit der Jobcenter mit den verschiedenen Akteuren des Arbeitsmarktes, anderen Leistungsträgern und Dritten Rechnung. Hierzu zählt unter anderem auch die Zusammenarbeit mit den Einrichtungen und Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und sonstigen Einrichtungen und Diensten des Gesundheitswesens (§ 18 Abs. 1 Nr. 6 SGB II).

4. „Vorbeugen ist besser als heilen“ – Verschiedene Ansatzpunkte der Intervention

Um für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen die Arbeitsmarktchancen und damit auch ihre Möglichkeit zur Teilhabe am sozialen Leben zu erhöhen, bedarf es einer gesundheitlich orientierten Arbeitsförderung. Durch die Einbeziehung von Gesundheitsorientierung in das Beratungsangebot der Jobcenter erhalten Leistungsberechtigte einen besseren Zugang zu den im Verantwortungsbereich des öffentlichen Gesundheitssystems liegenden Maßnahmen der Gesundheitsförderung (vgl. Abschnitt I.4.a) und Prävention (vgl. Abschnitt I.4.b).

Beide Begriffe beschreiben zwei unterschiedliche Formen der Intervention mit der gemeinsamen Zielsetzung, eine sich abzeichnende oder bereits eingetretene Verschlechterung der Gesundheit positiv zu beeinflussen. Beide Interventionsformen streben einen Gesundheitsgewinn an und können sich gegenseitig ergänzen. Sie unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Theorieansätze und Wirkungsprinzipien. Beide Interventionsformen können über zwei verschiedene Zugangswege verfügbar gemacht werden:

Beim individuellen Ansatz richten sich die Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung an den einzelnen Menschen. Er soll durch entsprechende Interventionen dazu angeregt und befähigt werden, Möglichkeiten einer gesunden, Störungen und Erkrankungen vorbeugenden Lebensführung auszuschöpfen.

Einen anderen Zugang beschreibt der Lebenswelt-Ansatz. Hier knüpfen die Interventionen an den Sozialzusammenhang an, in dem sich Menschen in ihrem

11 Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) vom 17. Juli 2015, BGBl. I S. 1368.

12 § 18 SGB II in der Fassung des Neunten Gesetzes zur Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch – Rechtsvereinfachung – sowie zur vorübergehenden Aussetzung der Insolvenzantragspflicht vom 26. Juli 2016, BGBl. I S. 1824.

Alltag aufhalten und der Einfluss auf ihre Gesundheit hat. Grundsätzliches Anliegen dieses Ansatzes ist es, gesundheitsförderliche Lebenswelten zu schaffen. Die Lebenswelt wird auch als „Setting“ bezeichnet, das durch Gesundheitsförderung und Prävention gestaltet werden soll. Die Erreichbarkeit von Zielgruppen im Setting wird genutzt, um vor Ort Angebote der verhaltensbezogenen Prävention zu platzieren (z.B. indem für arbeitslose Menschen in Arbeitslosenzentren oder bei Qualifizierungs- und Beschäftigungsträgern Informationen über Zugänge zu Gesundheitsprogrammen und -maßnahmen ausgelegt werden).

a) *Gesundheitsförderung*

Das Konzept der Gesundheitsförderung stellt auf die Befähigung der Menschen zur Verbesserung ihrer Gesundheitsressourcen ab. Die Gesundheitsförderung legt den Fokus auf gesunderhaltende Schutzfaktoren und erörtert die Frage der Gesundheitsentstehung (Salutogenese). Menschen sollen darin gestärkt werden, ihre Kontrolle über die gesundheitsbeeinflussenden Faktoren zu erhöhen und dadurch ihre Gesundheit zu verbessern. Der Ansatz umfasst die Verbesserung sowohl gesundheitsrelevanter Lebensweisen als auch gesundheitsrelevanter Lebensbedingungen.

b) *Prävention*

Das Konzept der Prävention umfasst alle Aktivitäten, die der Vermeidung des Auftretens oder des Ausbreitens einer Krankheit dienen. Die Prävention richtet den Blick auf Risikofaktoren für Krankheit und erörtert die mögliche Krankheitsentstehung (Pathogenese). Durch Präventionsmaßnahmen sollen Menschen in ihrer Eigenverantwortung gestärkt und zur Selbsthilfe angeregt werden. Sie werden danach eingeteilt, inwiefern sie auf das Individuum oder seine Lebensumwelt abzielen. Die Verhaltensprävention setzt auf der individuellen Ebene an und nimmt z.B. durch Beratung, Information, Aufklärung motivierenden Einfluss auf das individuelle Gesundheitsverhalten. Die Verhältnisprävention strebt Veränderungen der Lebensbedingungen von Menschen an, um durch eine gesunde Lebens- und Arbeitswelt Einfluss auf Gesundheit bzw. Krankheit zu nehmen. Über den Setting-Ansatz (s.o., Abschnitt I.4.a) lassen sich die Elemente der Verhaltens- und Verhältnisprävention miteinander verknüpfen.

Darüber hinaus werden je nach Zeitpunkt der Intervention die Begriffe Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden: Primäre Prävention zielt darauf ab, Erkrankungen von vornherein zu verhindern. Sie versucht, auf bekannte Auslöser oder Ursachen Einfluss zu nehmen, damit gesundheitliche Beeinträchtigungen gar nicht erst entstehen.

Maßnahmen, die der Früherkennung und damit der Möglichkeit einer rechtzeitigen Behandlung von Krankheiten dienen, werden als sekundäre Prävention bezeichnet. Hier geht es insbesondere darum, bei Vorliegen gesundheitlicher Risikofaktoren die Entstehung von Krankheit zu verhindern.

Die tertiäre Prävention hat das Ziel, bei bereits manifester Krankheit eine Verschlimmerung zu verhindern, Krankheitsfolgen zu mildern und einen Rück-

fall zu verhüten. Es soll eine Stabilisierung im Rahmen der Möglichkeiten erreicht werden. Dabei gibt es Überschneidungen zur medizinischen Rehabilitation.

5. Das Präventionsgesetz

Mit dem im Jahr 2015 verabschiedeten Präventionsgesetz hat der Gesetzgeber strukturelle Voraussetzungen im Fünften Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) geschaffen, um in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Menschen jeglichen Alters in ihren täglichen Lebenszusammenhängen dabei zu unterstützen, gesundheitsförderliche Lebensweisen zu entwickeln und im Alltag umzusetzen.

Die gesetzlichen Krankenkassen sind durch § 20 Abs. 1 Satz 1 SGB V dazu verpflichtet, Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vorzusehen. Gemäß Satz 2 sollen ihre Leistungen zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen. Soziale Benachteiligungen können insbesondere auch durch Erwerbslosigkeit entstehen.

Krankenkassen erbringen unterschiedliche Arten von Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung. Neben den Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention des einzelnen Versicherten nach § 20 Abs. 5 SGB V sieht das Gesetz Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten vor (§ 20a SGB V). Ergänzend zu den auf das Gesundheitsverhalten des Einzelnen ausgerichteten Angeboten sollen verstärkt auch Aktivitäten und Maßnahmen gefördert werden, die ein gesundheitsförderndes Lebensumfeld unterstützen und die Menschen dort erreichen, wo sie sich überwiegend aufhalten. Das SGB V definiert den Begriff der Lebenswelten als für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme (§ 20a Abs. 1 Satz 1 SGB V). Für die Lebenswelt „Arbeit“ tragen im Wesentlichen die Arbeitgeber Verantwortung. Außerhalb der betrieblichen Lebenswelt sind die Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende und die Bundesagentur für Arbeit im Bereich der Arbeitsförderung in die Verantwortung einzubeziehen. Mit den Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sollen auch arbeitslose Menschen erreicht werden, deren berufliche Eingliederung aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen besonders erschwert ist.

Der Gesetzgeber hat im Präventionsgesetz konkrete Erwartungen an die Krankenkassen formuliert, in Zusammenarbeit mit der Bundesagentur für Arbeit und den Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende die gesundheitliche Situation arbeitsloser Menschen zu verbessern. Hierzu regelt das Gesetz ein Budget für Präventions- und Gesundheitsförderleistungen, einen Handlungsauftrag zur Zusammenarbeit in der Gesundheitsförderung von Arbeitslosen (siehe § 20a Abs. 1 Satz 5 SGB V) und die Entwicklung einer Nationalen Präventionsstrategie unter Beteiligung der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und der Pflegekassen. Das hierfür berufene Gremium, die Nationale Präventionskonferenz, hat nach Maßgabe des § 20d Abs. 3 SGB V am

19. Februar 2016 erstmalig eine Nationale Präventionsstrategie in Form von Bundesrahmenempfehlungen trägerübergreifend verabschiedet. Unter dem Ziel „Gesund leben und arbeiten“ wurden u.a. für die Zielgruppe „Arbeitslose Menschen“ konkrete trägerübergreifende Ziele abgestimmt.¹³ Sie sollen auf Landesebene durch Landesrahmenvereinbarungen umgesetzt und ausgestaltet werden. So können länderspezifische Strategien festgelegt und durch Kooperationen mit weiteren Partnern die Reichweite und Wirkung von Projekten erhöht werden. Durch diesen Rahmen gewinnt die trägerübergreifende Zusammenarbeit in der Gesundheitsförderung an Effizienz und Nachhaltigkeit.

II. Verzahnung der Themen Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Die Empfehlungen im Überblick

Die Zuständigkeit und Finanzierungsverantwortung in Bezug auf Gesundheitsleistungen für arbeitslose Menschen liegt vor allem¹⁴ bei der gesetzlichen Krankenversicherung. Ihr obliegt es auch, den Rahmen zu schaffen für eine erleichterte Inanspruchnahme der Leistungen durch arbeitslose Menschen. Gleichwohl können Jobcenter durch die Gestaltung ihrer Geschäftspolitik einen Beitrag zur Verbesserung der Beschäftigungschancen gesundheitlich eingeschränkter Menschen und mittelbar zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation Erwerbsloser leisten. Sie können durch Einbeziehung von Aspekten und Zielen der Prävention und Gesundheitsförderung den Erfolg ihrer Integrationsbemühungen steigern und Ausgaben für Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts und zur Eingliederung in Arbeit verringern. Die nachfolgenden Empfehlungen sind förderlich für ein gutes Gelingen:

1. Gesundheit zu einem wichtigen Handlungsfeld des Integrationsprozesses machen

Der Deutsche Verein empfiehlt, die systematische Verknüpfung der Themen Arbeitslosigkeit und Gesundheit zum Gegenstand einer Organisationsentwicklungsentscheidung auf Leitungsebene und der lenkenden Jobcenter-Gremien zu machen. Der grundsätzlichen Entscheidung sollte ggf. ein Organisationsentwicklungsprozess im Jobcenter folgen.

2. Trägerübergreifend gemeinsame Ziele vereinbaren

Mit Blick auf die Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit arbeitsloser Menschen haben die gesetzliche Krankenversicherung wie auch die Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende ein gleichgerichtetes Interesse. Eine trägerübergreifende gemeinsame Zielsetzung für eine bessere Verzahnung der Themen Arbeitslosigkeit und Gesundheit schafft Synergieeffekte für die Aufgabenerfüllung im jeweils eigenen Verantwortungsbereich.

¹³ Vgl. [Bundesrahmenempfehlungen](#) der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs.3 SGB V (verabschiedet am 19. Februar 2016), S. 22 f.

¹⁴ Ambulante und stationäre Vorsorgeleistungen sind in der Regel Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung. Bei Vorliegen der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen können Arbeitslose aber auch Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung in Anspruch nehmen.

3. Einbindung in Netzwerke

Für eine gesundheitsbezogene Ausrichtung der Integration in Arbeit sind gute Kooperationsbeziehungen zum Gesundheitsbereich erforderlich. Der Deutsche Verein empfiehlt, die Möglichkeit zur Einbindung in Gesundheitsnetzwerke zu nutzen. Für ein gutes Schnittstellenmanagement kommt es auf die Beförderung gegenseitiger Transparenz und den Abbau von Barrieren an.

4. Entwicklung eines auf Gesundheitsorientierung zielenden Handlungsansatzes im Jobcenter

Um in Zusammenarbeit mit den Akteuren des Gesundheitswesens sowohl Arbeitsmarkt- als auch Gesundheitsziele verwirklichen zu können, sollten geeignete Rahmenbedingungen im Jobcenter geschaffen und spezifische Angebote an die Zielgruppe gerichtet werden. Der Deutsche Verein empfiehlt einen bedarfsorientierten Ansatz bei der Konzeptentwicklung und eine gezielte Qualifizierung der mit Gesundheitsfragen befassten Fachkräfte im Jobcenter.

5. Zugangswege erschließen

Gesundheitsbezogene Themenstellungen und deren Auswirkungen auf die Eingliederungschancen sind als integraler Bestandteil der Beratungsdienstleistung im Jobcenter anzusehen. Hintergrund hierfür ist das Wissen, dass jede Arbeitsmarktintegration unter den Bedingungen des Arbeitsmarktes insbesondere von der Qualifikation der/des Arbeitsuchenden, aber auch von ihrer/seiner gesundheitlichen Verfassung abhängig ist. Jobcenter können eine Lotsenfunktion wahrnehmen, indem sie Leistungsberechtigten, die eine Motivation für das Thema aufweisen, den Zugang zu gesundheitsfördernden bzw. gesundheitserhaltenden Angeboten erschließen.

6. Freiwilligkeit und Partizipation als handlungsleitende Grundsätze

Das Ansprechen gesundheitlicher Fragestellungen im Rahmen der Integrationsarbeit erfordert eine hohe Sensitivität der Fachkräfte im Jobcenter. Die Wahrnehmung von Beratungsangeboten und die Teilnahme an Gesundheitsförderangeboten unterliegen dem Prinzip der Freiwilligkeit. Leistungsberechtigte sollten aber aktiv an der Mitgestaltung von Angeboten und des eigenen Lebensumfeldes beteiligt werden. Die Partizipation stärkt wichtige Gesundheitsressourcen arbeitsloser Menschen.

7. Auswertung der Erfahrungen und Weiterentwicklung der Angebote

Der Deutsche Verein empfiehlt die Erfahrungen mit den neuen Strukturen und Prozessen zur Gesundheitsorientierung im Jobcenter regelmäßig und systematisch auszuwerten. Anhand der Auswertung sind die Handlungsfelder für eine Weiterentwicklung des Konzepts sowie der Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention gemeinsam mit den Akteuren des Gesundheitswesens weiterzuentwickeln.

III. Praxishinweise im Detail

Nachfolgend werden die Empfehlungen zur gesundheitsorientierten Ausrichtung der Arbeitsförderung (vgl. Abschnitt II.) vertieft und operationalisiert. Durch das Aufzeigen von Erfolgsfaktoren und Gelingensbedingungen erhalten Jobcenter eine Unterstützung bei der Verzahnung der Themen Arbeitslosigkeit und Gesundheit.

1. Gesundheit zu einem wichtigen Handlungsfeld des Integrationsprozesses machen

Der erste Schritt für eine bessere Verzahnung der Themen Arbeitslosigkeit und Gesundheit ist eine bewusste Entscheidung auf Leitungsebene und der damit verbundenen Gremienstrukturen (Beirat und Trägerversammlung), die Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit und Stärkung der individuellen Gesundheitsressourcen der Leistungsberechtigten zu einem wichtigen Handlungsfeld im Jobcenter zu machen. Es handelt sich dabei um eine Frage der Organisationsentwicklung. Eine Gesundheitsorientierung wirkt sich auf den verschiedenen Ebenen der Zielerreichung im Jobcenter aus. Es wird empfohlen, den Zusammenhang der Gesundheitsorientierung zu bislang höher priorisierten Themen der Zielvereinbarung (z.B. dem Ziel der Vermeidung von langfristigem Leistungsbezug) gezielt zu erkennen. Gesundheitsorientierung sollte als ein Querschnittsthema gesehen werden, das insbesondere im Kontext gruppenspezifischer Schwerpunktsetzung im Jobcenter (z.B. für Jugendliche, Alleinerziehende, Menschen mit Fluchterfahrung und Migrationshintergrund, etc.) bedeutsam ist.

Erst eine bewusste Leitungsentscheidung, die Themen Arbeitslosigkeit und Gesundheit miteinander zu verknüpfen und im Jobcenter zentral in den Blick zu nehmen, schafft den Rahmen, um Gesundheitsorientierung systematisch in die Beratungs- und Vermittlungsprozesse zu integrieren. Das Ziel, Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten, Krankheiten zu vermeiden und die Gesundheitsressourcen der Leistungsberechtigten im SGB II zu stärken, kann nur in enger Kooperation mit verschiedenen Feldern und Akteuren der Gesundheitsförderung erfolgen. Bestandteil der Leitungsentscheidung muss daher auch sein, ein geeignetes Schnittstellenmanagement zu entwickeln.

Die künftige Gestaltung der Geschäftspolitik muss innerhalb des Jobcenters kommuniziert werden. Häufig erfolgt eine Annäherung an das Thema Gesundheit im Rahmen der Arbeitsförderung über die Entwicklung eines innovativen gesundheitsfördernden Projektes mit einer bestimmten Zielstellung. Dabei sollte die Regelstruktur des Jobcenters von Beginn an stark in die Projektumsetzung eingebunden werden. Ziel sollte es sein, den Projektansatz bei Erfolg in die Regelstruktur des Jobcenters zu überführen.¹⁵

Voraussetzung für den Erfolg einer gesundheitsorientierten Geschäftspolitik ist das fachliche Interesse an einer Kooperation mit dem Gesundheitsbereich und

¹⁵ Die Bundesagentur für Arbeit (BA) und der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben einen trägerübergreifenden Modellansatz zur Verknüpfung von Arbeits- und Gesundheitsförderung im Setting entwickelt, das ab 2014 zunächst an sechs ausgewählten Modellstandorten erprobt und evaluiert wurde (vgl. [Gesamtbericht zur Evaluation](#), Mai 2016). Das gemeinsame Modellprojekt BA/GKV soll ab der zweiten Jahreshälfte 2016 auf weitere Jobcenter-Standorte ausgedehnt werden.

die Bereitschaft, hierfür die notwendigen Ressourcen und Handlungsspielräume des Jobcenters einzubringen. Dabei sollte auch der Frage des gesundheitsförderlichen Arbeitens im Jobcenter nachgegangen werden.

2. Trägerübergreifend gemeinsame Ziele vereinbaren

Es ist Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung, die Gesundheit ihrer Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Hierzu zählt auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten. Gemäß § 1 SGB V wirken Krankenkassen auch auf gesunde Lebensverhältnisse hin und sollen nach § 20 Abs. 1 SGB V Satzungsleistungen zur Primärprävention vorsehen.

Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit sind wichtige Voraussetzungen, um durch Eingliederung in Arbeit die Hilfebedürftigkeit erwerbsfähiger Leistungsberechtigter im SGB II zu beenden oder zu verringern. Jobcenter beziehen die Gesundheitsförderung im Rahmen ihrer Möglichkeiten in ihre Strategie zur Integration in Arbeit und Ausbildung ein, soweit dadurch die Ziele des SGB II erfüllt werden (vgl. Abschnitt I.3.). Nach dem Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“ können Leistungsberechtigte für ihre eigene Gesundheit sensibilisiert und dazu motiviert werden, aktiv am Erhalt ihrer Gesundheit und damit der Integrationsfähigkeit mitzuwirken.

Dies macht deutlich, dass die gesetzliche Krankenversicherung wie auch die Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit Blick auf die Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit arbeitsloser Menschen ein gleichgerichtetes Interesse haben. Mit einer Verzahnung der Themen Arbeitslosigkeit und Gesundheit können sowohl die für die Jobcenter vorrangigen Arbeitsmarktziele als auch die Gesundheitsziele der Krankenkassen verfolgt werden.

Alle beteiligten Kooperationspartner verfolgen jeweils ihre eigenen Aufgaben und Zuständigkeiten. Dabei kommt es darauf an, bei der Aufgabenerfüllung die Ziele so zu bestimmen, dass sie einen gemeinsamen Nutzen und Synergieeffekte entfalten.

Während Ziele der Primärprävention nach § 20 SGB V über die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen verfolgt werden können (vgl. Abschnitt I.5.), müssen breiter angelegte Ziele sekundär- und tertiärpräventiver Gesundheitsfördermaßnahmen (vgl. Abschnitt I.4.b) auf der Grundlage anderer Konzepte erschlossen werden.

3. Einbindung in Netzwerke

Es empfiehlt sich für Jobcenter Kooperationsbeziehungen sowohl intern als auch extern aufzubauen und zu stärken.

Intern kommt es auf eine gute Zusammenarbeit der Vermittlungsfachkräfte mit Sozialmedizinerinnen und Psychologen der Fachdienste der Bundesagentur für Arbeit und der Gesundheitsämter an. Extern ist die besondere Bedeutung der Zusammenarbeit mit Krankenkassen bereits durch das Präventionsgesetz her-

vorgehoben. Das Präventionsgesetz hat die Krankenkassen durch Auferlegung eines Zusammenarbeitsgebots in die Pflicht genommen und konkrete Erwartungen formuliert, in Zusammenarbeit mit den Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende ein zielgruppenspezifisches, attraktives Angebot für erwerbsfähige Leistungsberechtigte zu schaffen. Darüber hinaus kann die Zusammenarbeit mit den lokalen Zusammenschlüssen der Ärztevertretungen, Kommunen, Sozialdiensten der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen, Qualifizierungs- und Beschäftigungsträgern, Beratungsstellen, Wohlfahrtsverbänden, freien Trägern, Selbsthilfe- und Betroffeneninitiativen, aber auch mit Sportvereinen und -verbänden wichtige Impulse geben für die gesundheitsbezogene Ausrichtung der Integration in Arbeit.

Soweit regional vorhanden¹⁶, bieten kommunale Gesundheitskonferenzen eine Netzwerkstruktur, an die Jobcenter anknüpfen können, um die Themen Arbeitslosigkeit und Gesundheit miteinander zu verzahnen. Allerdings sind strukturierte und langfristig angelegte Gesundheitskonferenzen in Deutschland derzeit nicht flächendeckend implementiert, sodass Netzwerke häufig erst auf- bzw. ausgebaut werden müssen. Die Bundesagentur für Arbeit geht im Modellprojekt mit den Kommunalen Spitzenverbänden und dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen einen anderen Weg: Wie in den Bundesrahmenempfehlungen verankert, sollen örtliche Steuerungsgruppen, die an den Zuständigkeitsbereichen der Jobcenter und Agenturen für Arbeit orientiert sind, mit den Krankenkassen gebildet und schrittweise um weitere Akteure erweitert werden.

Es empfiehlt sich, Aufgaben und Grenzen der Jobcenter beim Thema Gesundheitsorientierung für die anderen Netzwerkpartner transparent zu machen und stets eine Sensibilität für die Bedarfe und Bedürfnisse arbeitsloser Menschen zu fördern. Gelingensbedingungen für den Aufbau tragfähiger Kooperationen und ein gutes Schnittstellenmanagement im Netzwerk sind die Beförderung gegenseitiger Transparenz und der Abbau von Barrieren. Es sollte ein allgemeines Verständnis für das Anliegen der jeweiligen Kooperationspartner gegeben sein, um zu verstehen, wer welche Expertise und welche Mittlerfunktion in das Netzwerk einbringt, um Zugangswege zu Gesundheitsleistung zu eröffnen. Bei allen Netzwerkpartnern sollte die Bereitschaft vorhanden sein, die jeweiligen Spielräume und Möglichkeiten für eine Kooperation zu nutzen.

Die Einbindung von Haus- und Fachärzten in den Prozess der Gesundheitsorientierung kann nur erfolgen, wenn die Leistungsberechtigten hierzu ihr Einverständnis gegeben haben. Sobald es um den Austausch personenbezogener Daten geht, ist der Datenschutz zu beachten. Ein sensibler und datenschutzkonformer Umgang mit persönlichen Gesundheitsdaten ist zwingend erforderlich. Auch mit Einwilligung der Betroffenen darf nichts erhoben bzw. dokumentiert werden, was zur Aufgabenerledigung im Jobcenter nicht erforderlich ist (z.B. sonstige ärztliche Diagnosen und Krankheiten etc.).

16 Zum Verbreitungsgrad der Gesundheitskonferenzen in Deutschland im Jahr 2013 siehe Landkarte, Seite 7 des Folienvortrags von PD Dr. Alfons Holleder: „Die Entwicklung der Gesundheitskonferenzen in Deutschland“ am 20. September 2013 in Marburg, online: https://www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsversorgung/gesundheitskonferenzen/doc/entwicklung_gesundheitskonferenzen.pdf

4. Entwicklung eines auf Gesundheitsorientierung zielenden Handlungsansatzes im Jobcenter

Nach der grundsätzlichen Entscheidung für das Thema Gesundheit kommt es darauf an, gemeinsam mit den geeigneten Netzwerkpartnern einen an der maßgeblichen Zielsetzung ausgerichteten Handlungsansatz für das Jobcenter zu entwickeln.

a) Zielgruppenbestimmung

Jobcenter, die Gesundheitsorientierung als zentrale Bausteine in ihre Beratungs- und Vermittlungsprozesse integrieren und systematische Kooperationsnetzwerke schaffen, erschließen den Leistungsberechtigten in der Grundsicherung für Arbeitsuchende adäquate Zugänge zu den Angeboten und Leistungen der gesundheitlichen Versorgung. Hierbei ist es wichtig, nicht nur arbeitslose Personen mit bereits vorhandenen gesundheitlichen Einschränkungen in den Blick zu nehmen, sondern die Zugänge für alle Bezieherinnen und Bezieher von SGB II-Leistungen zu erleichtern, um im Sinne umfassender Prävention bereits die Entstehung gesundheitlicher Beeinträchtigungen einzudämmen.

Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung sollten möglichst genau den Bedarfen der Zielgruppe angepasst sein. Die Zielgruppe der Bezieherinnen und Bezieher von SGB II-Leistungen ist sehr heterogen. Deshalb ist es schwierig, eine für alle Leistungsberechtigten gleichermaßen geltende und wirksame Präventionsstrategie zu entwickeln. Es bietet sich an, das Thema Gesundheit zunächst auf eine begrenzte Zielgruppe zu beschränken und zu einem späteren Zeitpunkt, nach erfolgreicher Erprobung, auf weitere Zielgruppen auszuweiten.

Die Zielgruppenauswahl sollte im Einvernehmen mit den Netzwerkpartnern auf Basis einer Bedarfsanalyse erfolgen. Um die Kostenträger für eine gemeinsame Kooperation zu gewinnen, kann es als Einstieg daher sinnvoll sein, sich auf arbeitsmarktrelevante Zielgruppen zu fokussieren und gemeinsam mit den Netzwerkpartnern Gesundheitsförderangebote beispielsweise für Migrantinnen und Migranten, Jugendliche, ältere Menschen oder Alleinerziehende zu entwickeln. Eine positive Wirkung der Kooperation ermöglicht es, in der Folge auch Zielgruppen einzubeziehen, bei denen ein Erfolg der Maßnahmen nur auf lange Sicht zu erwarten ist.

b) Konzeptentwicklung

Ausgehend von der Zielsetzung sollte ein Konzept für eine bessere Gesundheitsförderung und -prävention erarbeitet werden. Dabei sind sowohl beginnende gesundheitliche Beeinträchtigungen als auch psychische und somatische Erkrankungen der Leistungsberechtigten in den Blick zu nehmen. Zu beachten ist allerdings, dass es Wechselwirkungen zwischen beiden Bereichen gibt und eine scharfe Trennung nicht immer möglich ist. Wünschenswert wäre ein möglichst umfassend ausgerichtetes Konzept. Die Entwicklung konkreter Interventionsangebote obliegt den gesetzlichen Krankenkassen auf der Grundlage einer gemeinsamen Bedarfserhebung, Zielgruppenfestlegung und Maßnahmeplanung.

Im Rahmen des Konzepts sind auch Entscheidungen zu treffen hinsichtlich der Methoden und Instrumente zur Gesundheitsorientierung im Jobcenter. Um die individuelle Arbeits-, Lebens- und Gesundheitssituation der Leistungsberechtigten richtig einschätzen zu können, bedarf es interdisziplinärer Zusammenarbeit. Auch ist festzulegen, was zu den Aufgaben aller Integrationsfachkräfte gehört und wofür Spezialistinnen und Spezialisten benötigt werden. Gesundheitliche Fragestellungen dürfen im Jobcenter nur soweit angesprochen werden, als es einen Bezug zur Eingliederung gibt und es um Sachverhalte geht, die zum Erkennen von Risikofaktoren und Belastungen erforderlich sind und auf Dauer die Erwerbsfähigkeit mindern können.

Ein Konzept zur Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung sollte das Angebot gesundheitsorientierter Beratungsgespräche beinhalten. Als Individualangebot dienen sie dem Ziel, bei den Leistungsberechtigten ein Gesundheitsbewusstsein zu wecken und sie zu Gesundheitsaktivitäten zu motivieren. Gespräche sind der maßgebliche Einstieg in den Prozess der Gesundheitsorientierung und sollten von speziell hierfür geschulten Fachkräften geführt werden. Diese können im Jobcenter oder durch Dritte angeboten werden (vgl. Abschnitt III.5.).

Darüber hinaus gibt es viele Möglichkeiten zur Ausgestaltung des Konzepts. Es können Standardprogramme verändert oder Modellprojekte und neue Maßnahmen entwickelt werden.

Aus Jobcenterperspektive gilt es, Ressourcen und Kompetenzen anderer Akteure aus dem Gesundheitsbereich für die eigene Arbeit und die Leistungsberechtigten im SGB II zu erschließen. Hierzu gehört es beispielsweise auch, den Leistungsberechtigten im SGB II durch eine trägerübergreifende Kooperation mit den Krankenkassen einen adäquaten Zugang zu den gesundheitsfördernden Angeboten der Primärprävention nach § 20 SGB V zu erschließen (vgl. Abschnitt I.5.). Von den Krankenkassen bezuschusste Präventionskurse (auch Gesundheitskurse genannt) werden nach § 20 SGB V für Gruppen zu den Handlungsfeldern Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum erbracht. Nach dem Individualansatz angebotene Kurse berücksichtigen häufig nicht die spezifischen Belastungen und Bedarfe arbeitsloser Menschen. Oft sind Arbeitslose durch das Verfahren zur Abrechnung der Kursgebühren (Vorleistungspflicht der Kursteilnehmer/innen mit anschließender Erstattung der Kursgebühr durch die Krankenkasse bei Vorlage der Teilnahmebescheinigung) administrativ und finanziell überfordert. Hier musste in der Vergangenheit mit den Krankenkassen und Kursanbietern eine Finanzierungsvereinbarung getroffen werden, die den Möglichkeiten arbeitsloser Menschen gerecht wird. Mit dem Präventionsgesetz hat der Gesetzgeber veränderte Rahmenbedingungen geschaffen mit dem Ziel, Barrieren abzubauen und Gesundheitsförderung direkt im Lebensumfeld der Betroffenen zu verbessern (vgl. Abschnitt I.5.). Das Präventionsgesetz hat den Lebensweltansatz der Gesundheitsförderung gestärkt. Hierbei agieren die Kassen als Gemeinschaft mit festem Ausgabebudget nach Marktanteil. Angebote der Primärprävention, die im Rahmen dieses Settingansatzes von den Kassen entwickelt und angeboten wer-

den, sind stets eigenanteils- und vorleistungsfrei, sodass es keiner gesonderten Finanzierungsvereinbarung mit den Krankenkassen bedarf.¹⁷

Für die Entwicklung eines auf Gesundheitsorientierung zielenden Handlungsansatzes sollte zunächst geprüft werden, ob es auf der Grundlage der Rahmenempfehlungen zur intensiveren Zusammenarbeit zwischen der Bundesagentur für Arbeit und der Gesetzlichen Krankenversicherung¹⁸ sowie einer analogen Kooperationsvereinbarung der Kommunalen Spitzenverbände mit der Gesetzlichen Krankenversicherung¹⁹ bereits regionale Strukturen gibt, an die angeknüpft werden kann. Kann auf solche Strukturen nicht zurückgegriffen werden, sollte das Jobcenter mit den Kassen der Gesetzlichen Krankenversicherung vor Ort eine Rahmenvereinbarung für eine trägerübergreifende Kooperation schließen. Sinnvoll ist es, hierfür eine mit den relevanten Akteuren beider Träger besetzte örtliche Steuerungsgruppe zu implementieren, in der der Förderrahmen zur Teilnahme von erwerbsfähigen Leistungsberechtigten an spezifischen Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten nach § 20 Abs. 1 SGB V festgelegt wird (vgl. Bundesrahmenempfehlungen).

c) *Mitarbeiterqualifizierung*

Um die Gesundheit der Leistungsberechtigten in der fachlichen Arbeit angemessen berücksichtigen zu können, müssen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jobcenters auf verschiedenen Ebenen gezielt qualifiziert werden. Dabei kommt es vor allem darauf an, Grundkenntnisse über Krankheitsbilder zu erwerben, Gesprächsführungskompetenzen zu entwickeln und den Umgang mit bestimmten Verhaltensweisen im Beratungsgespräch zu erlernen, um mögliche Handlungsbedarfe identifizieren zu können.

Den ersten Zugang zu Leistungsberechtigten, bei denen eine Motivation für das Thema Gesundheit besteht oder herstellbar ist, haben die Integrationsfachkräfte im Jobcenter. Ihre Aufgabe ist es zunächst, Personen zu identifizieren, die für eine weitergehende Beratung und Motivation zur Gesundheitsförderung potenziell geeignet sind. Unabhängig davon, ob sie anschließend selbst gesundheitsorientierte Beratungsgespräche durchführen oder lediglich eine Lotsenfunktion zur Weitervermittlung an Fachdienste oder beauftragte Träger übernehmen, benötigen die Fachkräfte gezielte Schulungen für eine Erstsprache der Leistungsberechtigten zu dem sensiblen Thema Gesundheit. Sie müssen mit den Dienstleistungsangeboten der Jobcenter-Fachdienste, d.h. dem Ärztlichen Dienst (ÄD) und dem Berufspsychologischen Service (BPS), sowie den im Jobcenter vorhandenen Angeboten der kommunalen Eingliederungsleistungen nach § 16a SGB II vertraut sein. Zur umfassenden Schulung gehört aber auch, die Fachkräfte verstärkt dafür zu sensibilisieren, dass Arbeitslosigkeit ein meist belastender Zustand ist. Ihr Bewusstsein für die Lebenslagen arbeitsloser Men-

17 Das gemeinsame Modellprojekt BA/GKV zur Verknüpfung von Arbeits- und Gesundheitsförderung im Setting wurde zur Umsetzung der neuen Rahmenbedingungen des am 25. Juli 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetzes entwickelt und verfolgt das Ziel, diesen Ansatz Schritt für Schritt in die Fläche zu bringen.

18 Empfehlungen zur Zusammenarbeit zwischen der Bundesagentur für Arbeit (BA) und der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit, Februar 2012.

19 Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune, Mai 2013.

schen, der daraus resultierenden Gesundheitsbelastung und Konsequenzen, sowie ihre Empathiefähigkeit sind eine wichtige Basis, um das Thema Gesundheit erfolgreich ansprechen zu können.

Sollen gesundheitsorientierte Beratungsgespräche mit den dafür identifizierten Leistungsberechtigten von eigenen Fachkräften im Jobcenter durchgeführt werden, bedarf es einer Spezialisierung geeigneter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Sie müssen in speziellen Gesprächstechniken zur Entwicklung und Steigerung von Gesundheitsmotivation fortgebildet werden. Dabei geht es zum einen darum, bestimmte Methoden und Modelle als Grundlagen der Gesprächsführung zu kennen. Zum anderen bedarf es aber auch Kenntnisse über die Grundlagen zur Verhaltensänderung und die Fähigkeit, Gesundheitsziele mit Bezug zum Integrationsprozess (einschließlich der erforderlichen Strategien und Maßnahmen) als methodisches Element zur Erreichung gesundheitsbezogener Ergebnisse einzusetzen. Ein Basiswissen zu den klassischen Gesundheitsthemen Bewegung, Ernährung, Stressmanagement, Sucht und psychische Erkrankungen ist ebenfalls erforderlich für die Durchführung motivierender Gesundheitsgespräche.

d) Zusammenstellung und Verknüpfung gesundheits- und arbeitsfördernder Angebote

Für die Verknüpfung gesundheits- und arbeitsfördernder Angebote gibt es verschiedene Ansatzpunkte, von denen im Folgenden einige beispielhaft skizziert werden:

Eine Verzahnung der Arbeitsförderung mit Angeboten der gesetzlichen Krankenkassen bewirkt, dass Zuständigkeit und Verantwortlichkeit für krankheitspräventive und gesundheitsfördernde Leistungen im Kassensystem ausgeübt werden, aber Leistungsberechtigten im SGB II über die Beratung und Gesundheitsorientierung im Jobcenter möglichst niedrigschwellige und bedarfsgerechte Zugänge zu diesen Leistungen erhalten. Über die Grundsicherung für Arbeitssuchende kann eine alleinige Förderung von Leistungen, für die die gesetzliche Krankenversicherung dem Grunde nach zuständig ist (z.B. Maßnahmen der Prävention nach § 20 SGB V), nicht erfolgen.

Die Regelung des § 45 SGB III ermöglicht es Personen, deren berufliche Eingliederung durch schwerwiegende Vermittlungshemmnisse besonders erschwert ist, durch Maßnahmen zu fördern, die nach inhaltlicher Ausgestaltung und Dauer den erhöhten Stabilisierungs- und Unterstützungsbedarf berücksichtigen. Jobcenter haben daher die Möglichkeit, in Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 16 SGB II i.V.m. § 45 Abs. 1 Nr. 2 SGB III Elemente der Gesundheitsorientierung, Maßnahmen zur gesundheitlichen Prävention oder „Gesundheitscoaching“ zu integrieren und in diesem Rahmen zu fördern. Voraussetzung ist allerdings, dass die gesundheitsbezogenen Elemente nicht alleinige Bestandteile der Maßnahmen sind und der Maßnahmeanteil zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung überwiegt. Auch hier wird eine Leistungsverzahnung mit adäquaten Angeboten der Krankenkassen angestrebt.

Sofern darüber hinaus noch Bedarf besteht, können Maßnahmen mit Gesundheitsbezug grundsätzlich auch über die Freie Förderung nach § 16f SGB II finanziert werden. Die Freie Förderung in der Grundsicherung für Arbeitsuchende eröffnet Gestaltungsspielräume, um individuelle Maßnahmen zu entwickeln, die unter Beachtung des Umgehungs- und Aufstockungsverbots, auf besondere Weise der Aktivierung und Stabilisierung dienen können. Ist für die Leistungserbringung jedoch die gesetzliche Krankenversicherung zuständig (s.o.), scheidet die Freie Förderung aus.

Ein spezielles Maßnahmeangebot, um arbeitsmarktferne langzeitarbeitslose Menschen durch Gesundheitsförderung für berufliche (Neu-) Orientierungen zu motivieren, könnte beispielsweise so konzipiert werden, dass es neben der beruflichen Orientierung (zeitlicher Hauptanteil) eine gewisse Stundenanzahl an Präventionskursen enthält, die von den Krankenkassen bezahlt werden, sowie einen Anteil individueller Gesundheitsberatung, den das Jobcenter über § 16 SGB II i.V.m. § 45 Abs. 1, Satz 1 Nr. 2 SGB III finanziert („verzahnte Trägermaßnahme“).

5. Zugangswege erschließen

Die Frage des Zugangsweges ist aus zwei Perspektiven zu beleuchten: Zum einen gilt es, bei den arbeitslosen Menschen einen geeigneten Zugang für die Gesundheitsförderung zu finden. Zum anderen soll denjenigen Leistungsberechtigten nach dem SGB II, die eine Motivation für das Thema aufweisen, der Zugang zu gesundheitsfördernden bzw. gesundheitserhaltenden Angeboten erschlossen werden. Dies ist eine vorrangige Aufgabe der Krankenkassen. Allerdings haben Jobcenter bessere Möglichkeiten, Leistungsberechtigte im SGB II zu erreichen. Die Ansprache kann intern im Jobcenter erfolgen. Im Einvernehmen mit dem Jobcenter können Leistungsberechtigte auch über externe Partner oder beauftragte Dritte für das Thema Gesundheit sensibilisiert und auf die Bereitstellung präventiver Angebote aufmerksam gemacht werden. Die Ansprache von Leistungsberechtigten mit Migrationshintergrund stellt eine besondere Herausforderung dar. Materialien und Informationen sollten adressatengerecht gestaltet sein.

Für gesundheitsorientierte Beratungsgespräche und die Unterbreitung von Präventionsangeboten können unterschiedliche Zugangswege genutzt werden. Hierfür kann sich das Beratungsgespräch mit der Integrationsfachkraft im Jobcenter anbieten. Als Zugangswege können aber auch der Fachdienst der Bundesagentur für Arbeit oder der kommunale Fachdienst Gesundheit implementiert werden. Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung bei einem Träger (kurz: MAT) nach § 16 Abs. 1 Nr. 2 SGB II i.V.m. § 45 SGB III können so ausgestaltet werden, dass sie neben den Elementen der Arbeitsförderung auch motivierende Gesundheitsgespräche für die Teilnehmenden umfassen. Beauftragte Bildungsträger können über die Zuweisung von SGB II-Leistungsberechtigten zur MAT ein weiterer Zugangsweg sein. Eine Entscheidung über die Implementierung von Zugangswegen sollte jeweils unter Berücksichtigung der individuellen Rahmenbedingungen vor Ort getroffen werden. Auf-

grund der besonderen Sensibilität des Themas Gesundheit und der damit in Zusammenhang stehenden individuellen Persönlichkeitsrechte empfiehlt es sich, die entsprechenden Beratungen von speziell dafür geschulten Mitarbeitern durchführen zu lassen.

6. Freiwilligkeit und Partizipation als handlungsleitende Grundsätze

Die Teilnahme an motivierenden Gesundheitsgesprächen, die gemeinschaftliche Erarbeitung eines „Gesundheitsfahrplans“ und die Teilnahme an Maßnahmen mit gesundheitsbezogener Ausrichtung müssen für die Leistungsberechtigten stets freiwillig sein. Die Freiwilligkeit der Teilnahme an Gesundheitsangeboten ist Voraussetzung für den Aufbau und die Stärkung eines Vertrauensverhältnisses zwischen den Leistungsberechtigten und der im Hinblick auf die Gesundheitsorientierung beratenden Fachkraft im Jobcenter.

Soweit Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention in einer Maßnahme zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung bei einem Träger (MAT) integriert sind, müssen den Leistungsberechtigten die unterschiedlichen Rahmenbedingungen verständlich dargelegt werden. Die Teilnahme an einer MAT nach § 16 SGB II i.V.m. § 45 SGB III bleibt in diesem Fall verbindlich; lediglich die Inanspruchnahme des Gesundheitsangebots unterliegt der Freiwilligkeit.

Den Leistungsberechtigten im SGB II sind Angebote und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung nicht lediglich zu unterbreiten, vielmehr müssen sie in die Planung und Durchführung einer Gesundheitsintervention partizipativ eingebunden werden. Die Partizipation ist für den längerfristigen Erhalt der Motivation und eine nachhaltige Verhaltensänderung von großer Bedeutung. Die Mitgestaltung von Angeboten oder auch des eigenen Lebensumfeldes ermöglicht arbeitslosen Personen Teilhabe, Engagement und die Entwicklung neuer Perspektiven. Hierdurch werden wichtige Gesundheitsressourcen gestärkt.

7. Auswertung der Erfahrungen und Weiterentwicklung der Angebote

Der Deutsche Verein empfiehlt, die Erfahrungen systematisch auszuwerten. Erfolge und Misserfolge in der gesundheitsbezogenen Ausrichtung der Arbeit im Jobcenter sollten in regelmäßigen Abständen dokumentiert und ausgewertet werden. Welche Stolpersteine gibt es im Jobcenter, auf Seiten der teilnehmenden Leistungsberechtigten oder in der Kooperation mit den Netzwerkpartnern? Wie lassen sich die Hindernisse ausräumen? Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse sollten die Praxis verbessert und bestehende Angebote weiterentwickelt werden.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. – seit über 130 Jahren das Forum des Sozialen

Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. ist das gemeinsame Forum von Kommunen und Wohlfahrtsorganisationen sowie ihrer Einrichtungen, der Bundesländer und von den Vertretern der Wissenschaft für alle Bereiche der sozialen Arbeit und der Sozialpolitik. Er begleitet und gestaltet durch seine Expertise und Erfahrung die Entwicklungen u.a. der Kinder-, Jugend- und Familienpolitik, der Sozial- und Altenhilfe, der Grundsicherungssysteme, der Pflege und Rehabilitation.

Der Deutsche Verein wird gefördert aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Impressum

Herausgeber:

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.

Michael Löher, Vorstand

Michaelkirchstr. 17/18

10179 Berlin

www.deutscher-verein.de

E-Mail info@deutscher-verein.de