

Kommunale Gesundheitsberichterstattung Band IV 2017 zum Thema

# **„Gesundheitsaspekte bei Arbeitslosigkeit im Landkreis Bad Kreuznach“**

**Ergebnisse von 1433 ärztlichen Untersuchungen des Gesundheitsamtes Bad  
Kreuznach für das Jobcenter von August 2010 bis einschließlich Dezember  
2016 sowie Darstellung der präventionsbezogenen Schlussfolgerungen**

**Bad Kreuznach, den 28.02.2017**

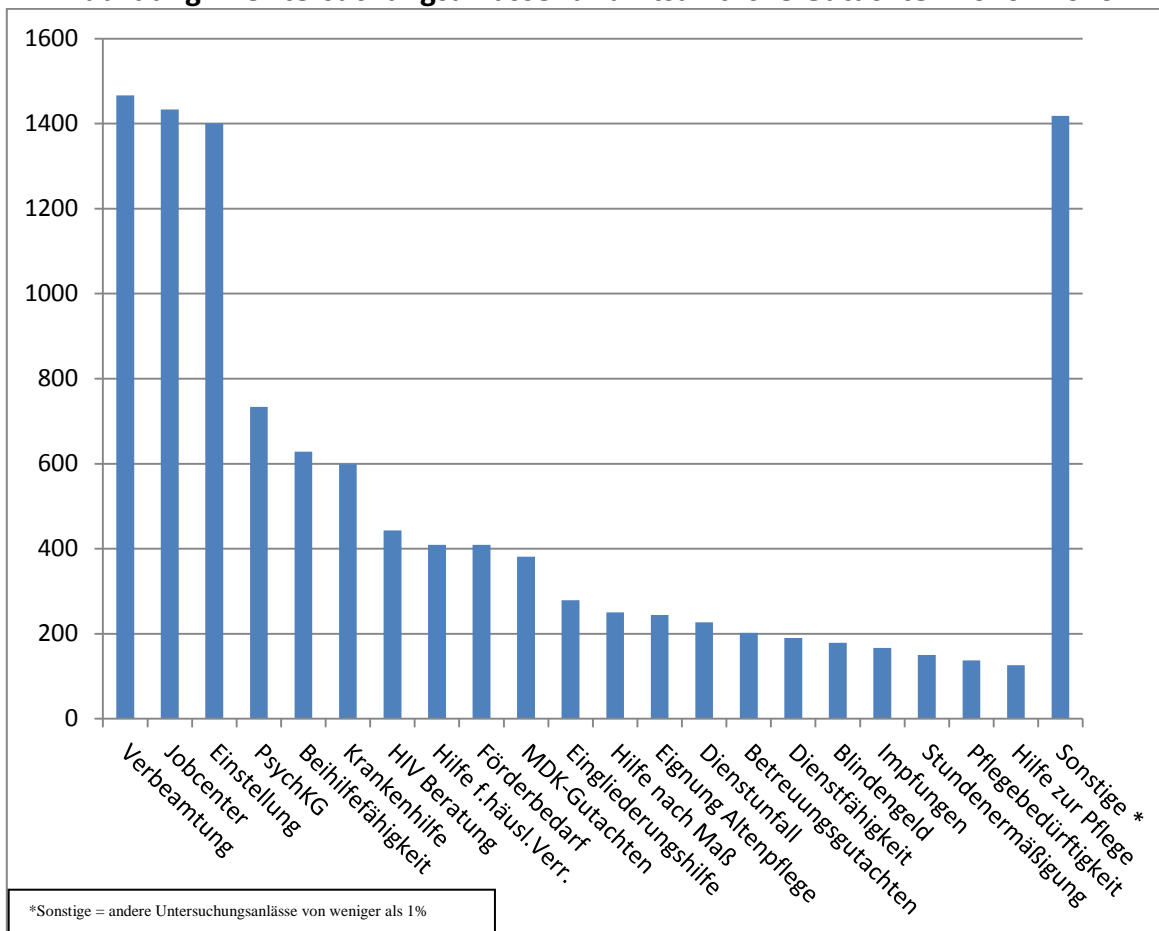


## Vorwort

Ich bedanke mich bei Frau Medizinaldirektorin Dr. med. Anja Koch, Stellvertretende Amtsärztin sowie Frau Medizinalrätin Dr. med. Anja Brilmayer aus dem Hause für die kritische Durchsicht dieses Berichtes. Er soll Evidenz-basierte Grundlage für nicht nur kommunale Präventionsanstrengungen sein. Thema ist vor diesem Hintergrund weniger das Schicksal Einzelner, als vielmehr bevölkerungsbezogene Fragestellungen, z. B. die: An welchen Stellen im Kreis Bad Kreuznach kann Gesundheit durch gezielte Evidenz-basierte Präventionsmaßnahmen nachhaltig verbessert werden?

Es handelt sich bei dieser Arbeit um eine Teamarbeit des Gesundheitsamtes, zu der viele Mitarbeiter Erfahrung und Sachverstand beitragen. Ihnen gilt daher an dieser Stelle mein besonderer Dank. Sie verfügen für spezielle Erkrankungen über arbeitstäglich routinierte Begutachtungspraxis und über spezialisierte medizinische Kenntnisse, die sich insbesondere aus den Querschnittsaufgaben des Gesundheitsamtes ergeben. Dazu zählt im amtsärztlichen Dienst die Erstellung von ca. 2.000 Gutachten mit persönlicher Untersuchung jährlich.

**Abbildung 1: Untersuchungsanlässe für amtsärztliche Gutachten 2010 - 2016**



**Das Gesundheitsamt Bad Kreuznach hat sehr vielfältige Begutachtungsaufgaben**



Zu denken ist hierbei z. B. an Erfahrungen aus dem sozialpsychiatrischen Bereich innerhalb der Kommune. So wurden im Zeitraum 2010 bis 2016 im Schnitt 200 Krisendienst-einsätze jährlich anlässlich sozialpsychiatrischer Notfälle vom Gesundheitsamt nach dem Landesgesetz für psychisch Kranke durchgeführt und elektronisch ausgewertet, zuletzt mit stark steigender Tendenz (2016: 240). Diese Krisendienst-einsätze werden von allen gutachterlich tätigen Ärzten des Gesundheitsamtes Bad Kreuznach wahrgenommen und auch systematisch ausgewertet. Solche Tätigkeiten führen zu besonderen ärztlichen Kenntnissen und Erfahrungen beispielsweise in der Frage: Was ist Alkoholismus und wie äußert er sich? Diese spezielle Sachkompetenz aus dem Hause wird daher als eine besondere Stärke in dieser Arbeit angesehen. Diagnostische Aussagen unterliegen einer Qualitätskontrolle und dürfen zu Recht als vergleichsweise sicher angesehen werden.

Darüber hinaus besteht bei uns große Routine, da in dem Zeitraum insgesamt mehr als 11.500 dokumentierte Begutachtungen durchgeführt wurden. Sie sind Teil einer hochspezialisierten ärztlichen Tätigkeit, deren ordnungsgemäße Abwicklung und Überwachung dem Autor obliegt. Es ist der Wunsch des Gesundheitsamtes, auf diesem Gebiet qualifiziert zu berichten und ohnehin erhobene Informationen in komplexe nicht nur kommunale Steuerungsaufgaben einzubringen, z. B. in der Prävention.

Den Autor leitete 2010 bei der Einführung des EDV-gestützten Ergebnis-Dokumentationssystems (siehe unter Methodik) auch die Frage, wie können gesundheitsbedingte Unterschiede der im Amt zur Untersuchung erscheinenden Probandengruppen sichtbar gemacht werden?

Ich hoffe auf interessierte Leser/innen im Bereich der Kommunal- sowie der Gesundheitspolitik und würde mich sehr freuen, eine wissenschaftliche, sozialmedizinische Forschung zur Bearbeitung weiterführender Fragen anregen zu können.

In diesem Sinne wünsche ich, den interessierten Lesern/innen einen informativen Bericht liefern zu können und stehe selbstverständlich für Rückfragen zur Verfügung.

**Dr. Lichtenberg, Amtsarzt**  
**Kreisverwaltung Bad Kreuznach**

Gesundheitsamt im Februar 2017

Ringstr. 4

55543 Bad Kreuznach

Tel. 0671/803-1700

Fax: 0671/803-2700

ernst-dieter.lichtenberg@kreis-badkreuznach.de



## Inhaltsübersicht

<b>1. Einleitung und Fragestellung:</b>	Seite 5
<b>2. Begriffsdefinitionen</b>	Seite 6
<b>3. Grundsätzliches zu den arbeitslosen Mitbürgern:</b>	Seite 6
Wann wird wer zur Untersuchung im Amt vorgestellt?	
Über den Wert von Arbeit für das Individuum.	
Medizinsoziologische Erkenntnisse zur Gesundheit von Arbeitslosen.	
Arbeitsunfähigkeit und Migrationshintergrund.	
<b>4. Methodik:</b>	Seite 10
4.1 Anzahl Untersucher für das Jobcenter und Beschreibung des Datensatzes.	
4.2 Zeitraum der Erhebung der Daten und Auswertung.	
4.3 Datenschutz.	
4.4 Altersverteilung.	
4.5 Arbeitsunfähigkeit nach Altersgruppen.	
4.6 Geschlechterverteilung.	
<b>5. Vorstellung ausgewählter Ergebnisse:</b>	Seite 15
5.1 Über die Krankheitslast und Arbeitsfähigkeit bei Probanden des Jobcenters.	
5.2 Die häufigsten neun Leitdiagnosen.	
5.3 Wohnortanalysen.	
5.4 Zur Krankheitslast bei psychischen Erkrankungen.	
5.5 Zur Krankheitslast bei Alkoholerkrankung.	
5.6 Zur Krankheitslast bei Rückenschmerzen und Adipositas.	
<b>6. Diskussion</b>	Seite 21
<b>7. Zusammenfassung</b>	Seite 23
<b>8. Anhang:</b>	
Quellennachweis:	Seite 24
Kurzinformation über den Autor:	Seite 25



## 1. Einleitung und Fragestellung

Erfahrungsgemäß ist jede kommunale Gebietskörperschaft sehr daran interessiert, über die Ursachen der Inanspruchnahme von Leistungen der Transfer- und Solidarsysteme (vor allem der Sozialhilfe) regional gut informiert zu sein. Gleiches gilt für die Träger des Jobcenters, welches bei uns aus der Bundesagentur für Arbeit und dem Landkreis Bad Kreuznach gebildet wird. Es ist das ureigene Interesse des Landkreises ebenso wie das der Bundesagentur für Arbeit, sich nachhaltig dafür einzusetzen, die Anzahl der Personen zu begrenzen, die auf Transferleistungen (Arbeitslosengeld I und II, Grundsicherung) angewiesen sind.

Regelmäßig werden seit 2010 im Rahmen von gemeinsamen Besprechungen mit Weiterbildungscharakter die Fallmanager des Jobcenters durch das Gesundheitsamt über Häufigkeiten und Symptome von Erkrankungen bei Arbeitslosen informiert und geschult. Dies geschieht mit Hilfe einer Präsentation der statistisch aufbereiteten Daten der Ergebnisse der ärztlichen Begutachtungen durch die Ärzte des Gesundheitsamtes und durch den Autor. Eine weitere Stärke des jetzt vorliegenden Berichtes ist die recht hohe Zahl an Untersuchten, die statistische Aussagen über die sieben Berichtsjahre vergleichsweise sicher macht.

Insgesamt wurden im Gesundheitsamt im Zeitraum 2010 bis 2016 mehr als 11.500 Personen untersucht. Darunter 1.433 Probanden für das Jobcenter, 1.400 Einstellungen, 1.466 Verbeamtungen, um nur ein paar weitere in der Größenordnung vergleichbare Untersuchungsanlässe zu nennen.

Aus fachlicher Sicht ergeben sich Fragen zu den untersuchten arbeitssuchenden Mitbürgern:

- Welche Diagnosen kommen am häufigsten vor?
- Welche Diagnosen führen zu den deutlichsten gesundheitlichen Beeinträchtigungen?
- Welche Diagnosen begründen am häufigsten dauernde Erwerbsunfähigkeit?
- Welchen Einfluss hat das zunehmende Lebensalter auf die Erwerbsfähigkeit?
- Wie wahrscheinlich ist es, dass ein 60jähriger Arbeitsloser gesundheitlich den Anforderungen des Arbeitsmarktes noch gewachsen ist?
- Wie können gesundheitsbedingte Unterschiede der im Gesundheitsamt zur Untersuchung erscheinenden Probandengruppen sichtbar gemacht werden?

Hierzu sachliche Informationen zu präsentieren, ist Ziel dieses Berichtes.

Im Gesundheitsamt Bad Kreuznach wird seit August 2010 jede ärztliche Begutachtung dokumentiert. Seither werden auch die Ergebnisse EDV-gestützt ausgewertet. Diese Daten eignen sich aus sozialmedizinischer Sicht vorzüglich zur Beschreibung von Krankheitslasten der untersuchten Mitbürger. Sie ermöglichen durch eine spezielle Software für Gesundheitsämter (Epi-Info mit Statistik Modul SPSS) vergleichende Analysen zu verschiedenen Begutachtungsanlässen. Diese Methode erlaubt die Klassifizierung von Probanden nach Personen mit keiner, mehr oder weniger Krankheitslast.



## 2. Begriffsdefinitionen

Im Folgenden wird mehrfach von „**Krankheitslast**“ die Rede sein. Ich benutze diesen Begriff zur Beschreibung von unterschiedlichen Gesundheitszuständen von Personengruppen. Indikatoren dieses Instrumentes sind:

1. Die Anzahl und die Reihenfolge relevanter Diagnosen. Ein weiterer Indikator für die Krankheitslast ist, ob mehr als 3 Diagnosen erfasst wurden. Es geht dabei um die Frage, wie viele Erkrankungen die Arbeitsfähigkeit nachteilig beeinträchtigen. Ein Beispiel soll das praktisch verdeutlichen: Stellen Sie sich vor, Sie untersuchen als Ärztin oder Arzt einige Mitbürger auf Anforderung des Jobcenters. Der Erste hat einen Herzinfarkt, der Zweite einen Schlaganfall und der Dritte hat verschiedene Erkrankungen, darunter 1. Herzinfarkt, 2. Schlaganfall, 3. Diabetes und 4. Bluthochdruck. Einem Menschen mit mehr als drei Diagnosen fällt naturgemäß die Überwindung der Krankheiten deutlich schwerer als Jemandem mit nur einer Diagnose. Eine Integration in den ersten Arbeitsmarkt ist im letzteren Fall ungleich schwieriger, wenn nicht unmöglich.
2. Die ärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den Gutachter.

Zum Begriff der „**Leitdiagnose**“: Die vom ärztlichen Gutachter festgesetzte erste Diagnose wird von mir als Leitdiagnose bezeichnet. Im Unterschied zu den Diagnosen 2 und 3.

Das „**Jobcenter**“ Bad Kreuznach ist eine Behörde in gemeinschaftlicher Trägerschaft von Kreis und Agentur für Arbeit. Die notwendigen ärztlichen Untersuchungen werden zwischen der Agentur für Arbeit und dem Gesundheitsamt hälftig aufgeteilt. Die Untersuchungen im Gesundheitsamt erfolgen zwischen April und September jedes Kalenderjahres.

### 3. Grundsätzliches zur Gesundheitsproblematik bei den arbeitslosen Mitbürgern:

Üblicherweise werden dem Gesundheitsamt Bad Kreuznach arbeitslose Mitbürger durch das Jobcenter nicht sofort zur gesundheitlichen Überprüfung geschickt. Die hier untersuchten Personen haben in der Regel eine jahrelange Arbeitslosigkeit hinter sich. Die spezifischen Hinderungsgründe, die einer beruflichen Tätigkeit im Wege stehen, können sehr unterschiedlich sein.

Arbeit ist deutlich mehr als vom Chef erzwungene Zeitverschwendung. Sie ist optimalerweise u.a. Quelle:

- der sozialen Anerkennung (nicht nur aber besonders für Männer)
- der Selbstbestätigung
- der Tagesstrukturierung
- eines geregelten Einkommens



Dieser Bericht beschäftigt sich ausschließlich mit den gesundheitlichen und präventiven Aspekten und eignet sich nicht zur Übertragung auf individuelle Arbeitslose. Aus der verinnerlichten kommunalen Sichtweise des Facharztes für Öffentliches Gesundheitswesen ist jeder Arbeitslose in erster Linie ein Mensch, oft in einer persönlichen Notlage. Bei einer Arbeitslosenquote im Berichtszeitraum zwischen 5 % bis 7 % ist das erklärte Ziel der Kommunalpolitik, Menschen im erwerbsfähigen Alter die Teilhabe an der Arbeitswelt zu ermöglichen.

Aus der medizinischen Fachliteratur zum Thema ist bekannt, dass Arbeitslosigkeit häufig mit vermehrten Erkrankungen kombiniert ist [6]. So haben Medizinsoziologen in den vergangenen 80 Jahren nachgewiesen, dass Arbeitslose

- häufiger psychisch krank sind,
- häufiger an Suchterkrankungen leiden,
- Männer zehnmal häufiger wegen Alkoholvergiftung stationär behandelt werden müssen als Erwerbstätige
- häufiger an einem chronischen Schmerzsyndrom leiden,
- schlechteren Zugang zur medizinischen Versorgung haben, da z. B. die Arzt/Patienten-Kommunikation schlechter funktioniert als bei anderen Patientengruppen,
- häufig Personen mit Migrationshintergrund sind, die sich in der Versorgungslandschaft in der Bundesrepublik nur unzureichend oder gar nicht auskennen und stark mit sprachlichen kommunikativen Einschränkungen belastet sind,
- ein deutlich schlechteres Gesundheitsbewusstsein und damit eine schwächere Triebfeder für gesundheitsbewusstes Verhalten haben als der Durchschnitt der Mitbürger,
- häufiger nicht sesshaft sind als der Durchschnitt der Mitbürger,
- häufiger nicht lesen und schreiben können als der Bundesdurchschnitt.

Auch wenn Arbeitslosigkeit prinzipiell jeden Menschen betreffen kann, so werden dem Gesundheitsamt vom Jobcenter doch in der Regel Personen erst dann vorgestellt, wenn eine mehr als sechsmonatige Vermittlungsperiode erfolglos war oder Zweifel an der Leistungsfähigkeit des Probanden bestehen. Oft stellt sich auch die Frage, ob der betreffende Mitbürger überhaupt in der Lage ist, seine Arbeitskraft am Arbeitsmarkt gewinnbringend zu verwerten.

Daneben bestehen auch Interessen der unterschiedlichen Kostenträger, beispielsweise der Bundesagentur für Arbeit in Konkurrenz zur Sozialhilfe, wer denn bei einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit zahlungspflichtig ist. Auch dieser Klärung soll ein ärztliches Gutachten abschließend dienen. Dann geht es um die Frage, ob jemand aus gesundheitlichen Gründen an einer Erkrankung im Sinne einer dauerhaften Erwerbsunfähigkeit entsprechend den Kriterien der Deutschen Rentenversicherung leidet.

Nicht untersucht wurde vom Gesundheitsamt die Motivationslage der Probanden, ihren Zustand zu verbessern. Dies hat mehrere Gründe: Die Motivationslage zur Überwindung von Krankheiten ist nicht immer von Außen beurteilbar. Dazu müsste eine gezielte Untersuchung, Fragebogen-gestützt durchgeführt werden. Sie hätte vor allem die Sicht der Probanden in den Fokus zu nehmen, ganz anders, als dies nach dem hier vorliegenden Ansatz möglich ist. Teleologisch besteht der Eindruck, dass sich manche Menschen mit



ihren Erkrankungen arrangiert haben und wenig geneigt sind, Veränderungen vorzunehmen. Anlässlich der Tatsache, dass unser Gehirn schon 20 %ige Wahrscheinlichkeiten mit regelhaften hochwahrscheinlichen Tatbeständen verwechselt, ist diese Aussage jedoch mit Vorsicht zu genießen.

Für den ungeübten Untersucher entsteht möglicherweise der Eindruck, die arbeitslosen Mitbürger seien lethargisch. Ihnen fehle notwendiger Ehrgeiz und der Wille, sich weiterzuentwickeln. Sie müssten sich nur zusammenreißen. Diese Einschätzung könnte darauf basieren, dass mehr als 30 % der Probanden mit psychischen Einschränkungen leben müssen, die ihre Arbeitsfähigkeit nachhaltig beeinträchtigen und häufig die Entfaltung ihrer beruflichen Möglichkeiten blockieren. Bei unserer Untersuchung fanden wir in der Gruppe der arbeitsunfähigen Probanden des Jobcenters diesen Anteil psychisch Kranker auf über 50 % erhöht.

Bei intensiver Betrachtung der Vorbehandlung im Einzelfall werden dann häufig spezifische medizinische Defizite deutlich:

- Die Risiken einer unzureichenden medizinischen Behandlung wurden im Arzt/Patientengespräch nicht erschöpfend thematisiert.
- Die medizinische Aufklärung zur Beseitigung der Krankheiten und ihrer Folgen war unzureichend.
- Oft erfolgt keine therapeutische Nutzen/Risikoabwägung gemeinsam mit dem Hausarzt und oder dem behandelnden Arzt.

Ein besonderes Augenmerk liegt in diesem Zusammenhang auf den Probanden mit Migrationshintergrund. Sie sind zweifellos besonders anfällig für die oben aufgeführte Patienten/Arzt-Kommunikationsstörung. So erklärt sich nach Auffassung des Autors die nachfolgende Abbildung 2 auf Seite 9.

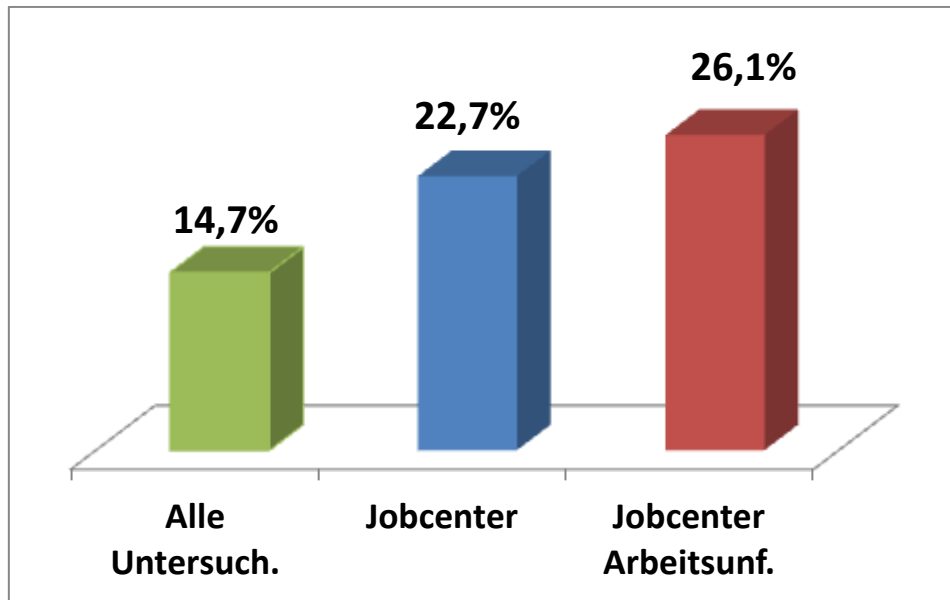
Hier könnte aus Sicht des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ein landesweiter Online-Dolmetscherdienst sowohl für die Kassenärzte als auch für die Gesundheitsämter mit überschaubaren Kosten Abhilfe schaffen. Hamburg hat bereits so ein System für die dortigen Gesundheitsämter. Der Nutzen wäre abzuschätzen und ein solches Projekt würde sich vermutlich sehr schnell bezahlt machen.





**Abbildung 2: Anteil an Personen mit Migrationshintergrund 2010 - 2016**

- a) aller Untersuchten des Amtes (n=11.576)  
 b) der Klienten des Jobcenters (n=1433) und  
 c) der arbeitsunfähigen Klienten des Jobcenters (n=568)



**Mitbürger mit Migrationshintergrund haben in Bad Kreuznach ein erhöhtes Risiko, arbeitsunfähig zu sein.**

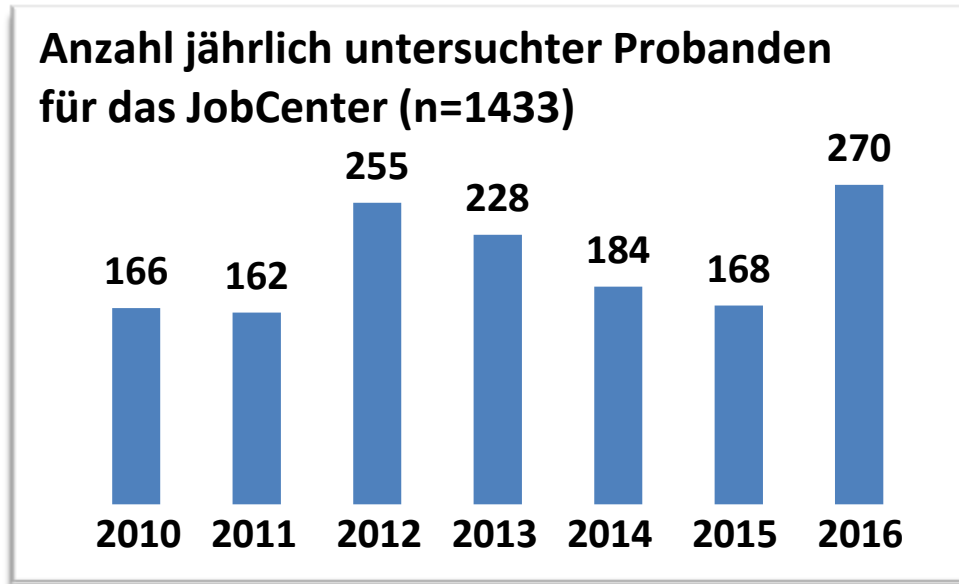
Relativ häufig erscheinen im Gesundheitsamt zur Untersuchung Mitbürger, die über Jahrzehnte von chronischen Schmerzen oder Suchterkrankungen beeinträchtigt wurden. Aus anderen sozialmedizinischen Untersuchungen zu diesen Krankheitsbildern ist bekannt: Diese Probanden sind fast immer auch in ihrem Lebensgefühl bis hin zur Depression deutlich eingeschränkt. Offenbar gelingt es diesem Personenkreis nicht, das medizinische Versorgungssystem unseres Landes zielführend für sich in Anspruch zu nehmen und für die erforderliche gesundheitliche Stabilisierung zu sorgen. Sehr oft erscheint in diesen Fällen die Kommunikation zwischen dem Patienten und dem Arzt nicht belastbar oder gestört. Dies betrifft Migranten, die oft Ihre Kinder oder Enkel als Dolmetscher zur Untersuchung mitbringen, um überhaupt den Untersuchungsgang zu verstehen. Es ist dabei auch an Mitbürger zu denken, die sehr einfach strukturiert sind, nicht lesen oder schreiben können. In beiden Fällen gestaltet sich die ärztliche Anamneseerhebung der Krankenvorgeschichte oft sehr zeitaufwändig. Dieser ärztliche Mehraufwand ist im gegenwärtigen kassenärztlichen Vergütungsverzeichnis, dem „Einheitlichen Bewertungsmaßstab“ EBM nach Auffassung des Autors nicht adäquat abgebildet. Er kann mangels Kapazitäten erst recht nicht vom Öffentlichen Gesundheitsdienst ersatzweise übernommen werden. Somit entfällt z. Zt. nach hiesiger Beobachtung häufig diese dringend notwendige ärztliche Integrationsleistung im Interesse der Gesundheit einer gesellschaftlich benachteiligten Gruppe.



#### 4. Methodik der vorliegenden Auswertung:

Zwischen August 2010 und Dezember 2016 wurden während eines Zeitraums von 6 Jahren und 4 Monaten 1.433 Personen für das Jobcenter Bad Kreuznach untersucht.

**Abbildung 3: Jährliche Anzahl der Untersuchten für das Jobcenter**



**Die Auswertung erfasst eine ausreichend große Stichprobe.  
Sie wird jährlich fortgeschrieben.**

Die Gründe, warum das Jobcenter eine Untersuchung veranlasst, sind vielfältig:

- Krankmeldung des Betroffenen bei Weiterbildungsmaßnahmen oder Jobangeboten.
- Ständig wiederkehrende Krankmeldungen ohne Verbesserung des Gesamtzustandes.
- Hinweise auf körperliche Einschränkungen.
- Hinweise auf psychische Beeinträchtigungen, die beim Jobcenter vorliegen.

Die Ärzte des Gesundheitsamtes verfügen traditionell über besondere Erfahrungen zur Frage der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, da bereits vor Jahrzehnten mit Einführung des Bundessozialhilfegesetzes entsprechende Untersuchungen zu dieser Frage bei Sozialhilfeempfängern in den Ämtern durchgeführt wurden. Es werden auch medizinische Daten über die Untersuchungen bei der Bundesagentur für Arbeit erhoben, die jedoch nach Angaben des Jobcenters selbst zur internen Auswertung für die Mitarbeiter der Bundesagentur für Arbeit nicht zugänglich sind.

Im August 2010 wurde im Gesundheitsamt Bad Kreuznach auf Betreiben des Autors eine EDV-gestützte Dokumentation der Untersuchungsergebnisse eingeführt. Der Zweck dieser Einführung war einerseits die Schaffung eines Qualitätssicherungsinstruments. Andererseits wurde es von vornherein so angelegt, dass auch Aussagen bezüglich des Gesundheitszustandes der untersuchten Personen möglich sind. Dieser Dokumentationsbogen wurde seit dieser Zeit bis zum 01.01.2017 insgesamt 11.576-mal ausgefüllt, darunter 1.433-mal für das Jobcenter.



Es ist wichtig für die Leser/innen, sich klar zu machen, dass von allen Arbeitssuchenden im Landkreis laut Bundesagentur für nur ein Sechstel hier im Gesundheitsamt untersucht und dementsprechend durch diese Statistik erfasst wird. Von allen im Landkreis gemeldeten Arbeitslosen wird nur ein Teil im Jobcenter betreut (etwa 2 Drittel); davon wird wiederum nur ein Teil einer amtsärztlichen Untersuchung zugeführt und davon wiederum maximal die Hälfte zum Gesundheitsamt im jährlichen Zeitraum von April bis September.

Sofern numerische Angaben gemacht werden, wurden die hier gefundenen Zahlen demnach vor diesem Hintergrund mit 2 multipliziert. Es handelt sich um sehr zurückhaltende Einschätzung, die davon ausgeht, dass gravierend erkrankte Arbeitssuchende entweder im Gesundheitsamt oder im medizinischen Dienst der Bundesagentur der ärztlichen Untersuchung zugeführt werden. Die in dieser Arbeit vorgestellten Prozentzahlen sind Daten der tatsächlich hier erfolgten im Amt vorgenommenen Untersuchungen. Jedoch konnten nicht alle Daten immer lückenlos erfasst werden. Z. B. erschienen manche Probanden nicht zur Untersuchung oder stimmten der Untersuchung nicht zu. Daher fehlen gelegentlich einige Prozent zur Summe 100 % bei den prozentualen Angaben.

Das Dokumentationssystem wurde schon in der Planung darauf ausgelegt, später auch Aussagen über die Krankheitslast eines Probanden oder einer Probandengruppe treffen zu können.

1. So werden seit August 2010 alle amtsärztlichen Untersuchungen im Amt (und damit auch die für das Jobcenter) einheitlich mit Diagnosen abgeschlossen, die nach der International Classification of Diseases (ICD 10) nach international anerkannten Regeln vergeben werden [7].
2. Für den ärztlichen Gutachter besteht die Möglichkeit, bis zu drei Diagnosen in der Reihenfolge der Bedeutung für die Frage der Erwerbsfähigkeit anzugeben.
3. Zusätzlich wird erhoben, ob mehr als 3 Diagnosen vorliegen mit Ja oder Nein.
4. Es wird eine ärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit für alle Untersuchungen (auch für das Jobcenter) nach den folgenden Kriterien erhoben:
  - arbeitsfähig,
  - leicht eingeschränkt arbeitsfähig,
  - deutlich eingeschränkt arbeitsfähig,
  - nicht arbeitsfähig.

Diese Kriterien erlauben den Gutachtern die Klassifizierung von Probanden nach Personen mit keiner, mehr oder weniger Krankheitslast. Des Weiteren werden noch andere Informationen erfasst und ausgewertet: z B.

- Jahr der Untersuchung,
- Alter und Geschlecht der Probanden,
- Wohnortkommune der Probanden,
- Migrationshintergrund Ja/Nein.



Nach der Eingabe der Daten erfolgt eine Plausibilitätskontrolle. So werden beispielsweise Personen, die deutlich über 100 Jahre alt sind (z. B. 800 Jahre) aufgelistet und die entsprechenden Angaben können anhand der Akten korrigiert werden. Die Dateneingabe erfolgt durch die Verwaltung des Gesundheitsamtes, hier besonderer Dank an Frau Frank. Seitens der EDV-Abteilung des Landkreises wurde die Software an verschiedenen Arbeitsplätzen installiert und die notwendige Hardware im Gesundheitsamt beschafft und eingerichtet.

Das Projekt wurde 2010 mit dem damaligen Datenschutzbeauftragten des Landkreises, Herrn Korda abgesprochen und für unbedenklich befunden. Die Auswertung der anonymisierten Daten geschieht im Gesundheitsamt. Sie wird vom Autor durchgeführt. Hierfür wird ein von der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen den Gesundheitsämtern unentgeltlich bereit gestelltes Programm Epi-Info, ein Datenprogramm auf SPSS-Basis mit erweiterten Statistik-Funktionen, genutzt. Die Datenbasis wächst kontinuierlich durch weitere Untersuchungen an.

Bei der Auswertung der Untersuchungen für das Jobcenter wurden vom Autor drei annähernd gleich große Altersgruppen zu Vergleichszwecken gebildet. Die erste Gruppe umfasst die Personen von 18 - 42 Jahren, die zweite die Personengruppe von 43 - 52 Jahren und die letzte die Gruppe von 53 - 65 Jahren.

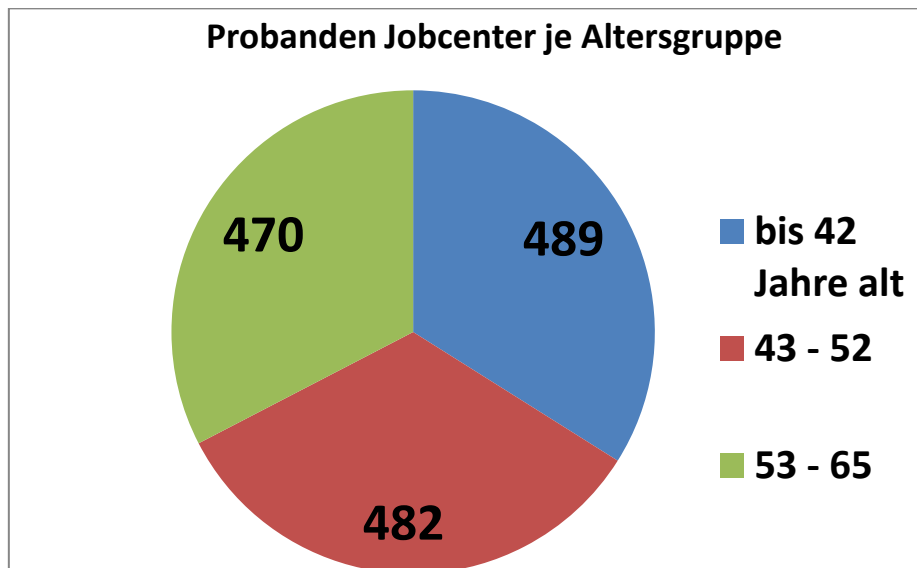
Auf eine formal wissenschaftliche Beschreibung der Daten wird hier zugunsten der Lesbarkeit des Berichtes bewusst verzichtet. Die SPSS-Datenbank bietet den Vorteil, die Möglichkeit einer mehrdimensionalen Analyse zu eröffnen. So gelingt es, unterschiedlich erhobene Daten (z. B. die Schwere der Erkrankung) mit anderen Parametern (z. B. den Diagnosen) in Form von Kreuztabellen mit unterschiedlichen Variablen zu kombinieren und auf diesem Wege statistisch abgesicherte Aussagen zu erhalten.

Zur räumlichen Verteilung der Fälle im Kreisgebiet wurde der Wohnort erfasst. Die kürzlich vollzogene Vereinigung von Bad Münster am Stein und Bad Kreuznach war 2010 nicht vorhersehbar. Vor diesem Hintergrund war das EDV-Erfassungs-Programm im Nachgang nicht mehr ohne Datenverluste zu korrigieren. Dieser systematische Fehler betrifft von sechs Untersuchungsjahren nur zwei Jahre und 6 Monate. In dieser Zeit hat die Zahl der Einwohner in Bad Kreuznach durch Eingliederung von Bad Münster um weniger als 10 % zugenommen. Der systematische Fehler liegt damit im untersuchten Zeitraum deutlich unter 5 %.

Zum Schluss noch ein mathematisch statistischer Hinweis: Die in der Literatur gefundenen Zahlen (beispielsweise zu suchtkranken Eltern) für die Bundesrepublik lassen sich praktischerweise wie folgt schnell auf die Kreisebene umrechnen. Von 80 Millionen Deutschen leben 2 von 1000 im Landkreis Bad Kreuznach. Man teilt also die Bundeszahl durch 1000 und multipliziert das Ergebnis mit 2.

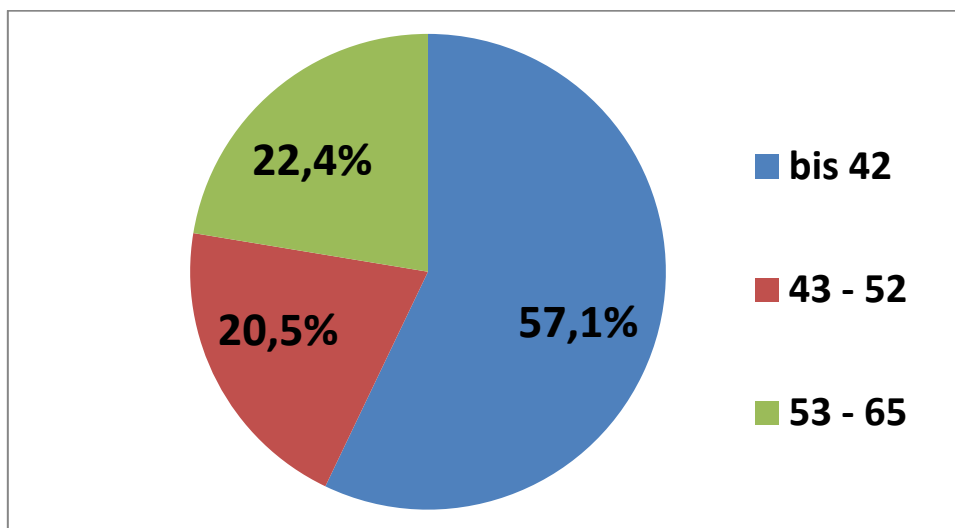


**Abbildung 4: Altersgruppen der Klientel des Jobcenters (n=1433)**



Es gelang eine annähernd gleiche Verteilung auf drei Altersgruppen je 33%

**Abbildung 3: Vergleich der selben Altersgruppen mit allen Personen, die im erwerbsfähigen Alter 2010-2016 im Gesundheitsamt Bad Kreuznach untersucht wurden (n=7933)**

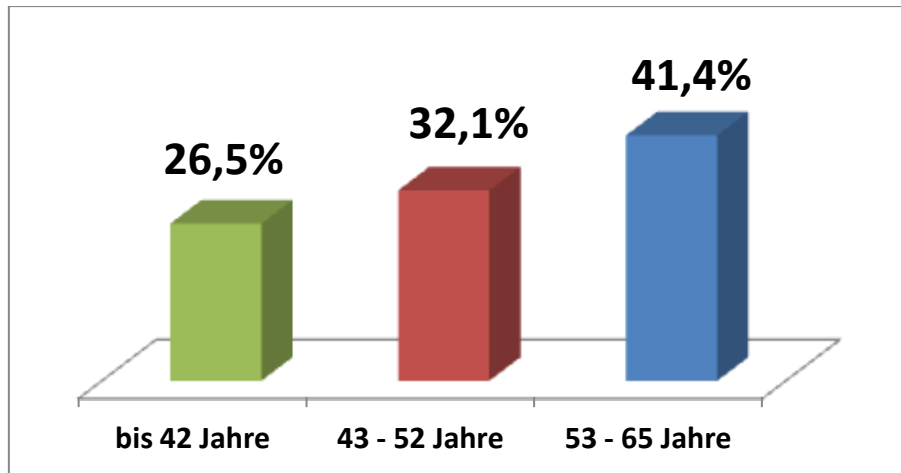


**Die Klientel des Amtes im erwerbsfähigen Alter ist deutlich jünger als der Durchschnitt der untersuchten Probanden des Jobcenters (Abb.3).**

Die Klienten des Jobcenters sind im Vergleich zu anderen Probanden des Amtes im erwerbsfähigen Alter deutlich älter. Diese Tatsache ist aus sozialmedizinischer Sicht ein starkes Vermittlungshindernis. Ein Beispiel mag das verdeutlichen: Der heutige Berufsanfänger bedient sich bei der Arbeitssuche vollkommen selbstverständlich der Internetbasierten Recherche. Mit dem Beherrschen dieser Technologie können 55 – 63-jährige Wiedereinsteiger je nach individuellen/ intellektuellen Fähigkeiten nicht immer aufwarten. Ältere Arbeitssuchende sind daher oft für das Jobcenter eine betreuungsintensive Herausforderung.



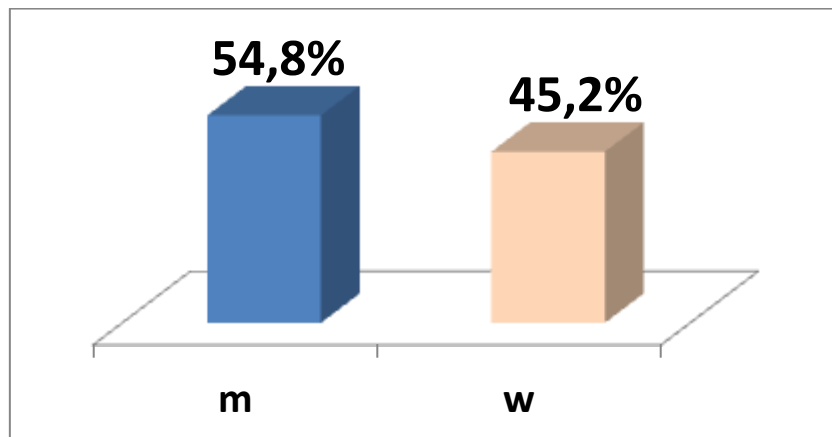
**Abbildung 5: Arbeitsunfähige nach Altersgruppen der Jobcenter Klienten (n=568):  
Anteil in % Arbeitsunfähiger in den drei Altersgruppen**



**Das Risiko der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Altersgruppe steigt von der ersten zur dritten Altersgruppe deutlich.**

Die gesundheitlichen Einschränkungen sind fraglos altersabhängig. Das Alter eines Klienten des Jobcenters ist unabhängig davon ein weiterer prädiktiver Wert für die Frage, ob eine berufliche Eingliederung überhaupt erfolversprechend ist. Je näher vor allem Mitbürger nach jahrelanger Arbeitslosigkeit dem Rentenalter kommen, umso weniger von ihnen können erfolgreich in den Arbeitsmarkt integriert werden.

**Abbildung 6: Übersicht Geschlechterverteilung (n=1433)**



**Es wurden deutlich mehr Männer als Frauen für das Jobcenter untersucht.**

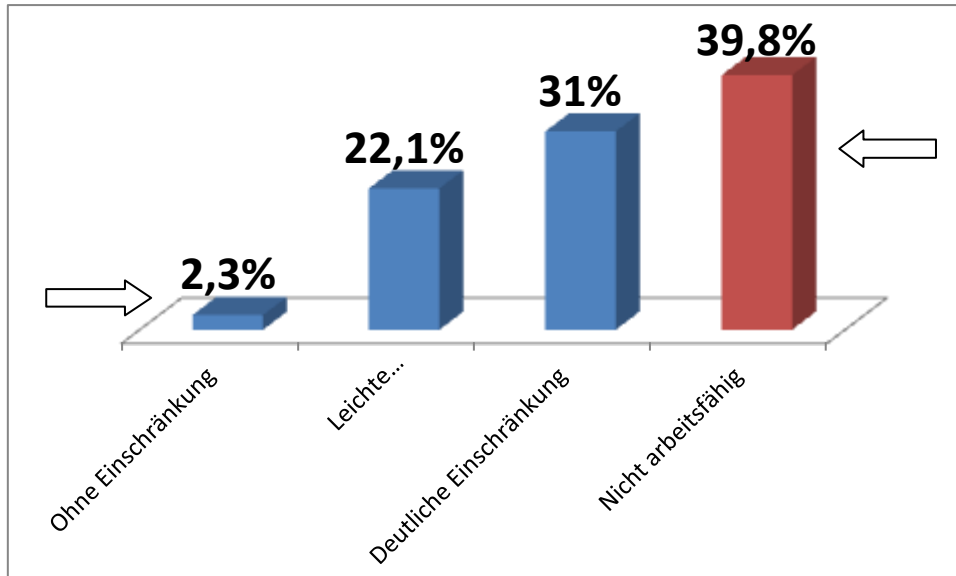
Bei der Auswertung zeigten sich teils beträchtliche geschlechtsbezogene Unterschiede. So sind beispielsweise die häufigsten Leitdiagnosen bei Männern und Frauen verschieden. Unsere Untersuchung zeigt: Drei von vier alkoholkranken Probanden des Jobcenters sind Männer. Bei den Frauen ist diese Diagnose in unserem Patientengut deutlich seltener.



## 5. Vorstellung ausgewählter Ergebnisse

### 5.1 Zur Krankheitslast

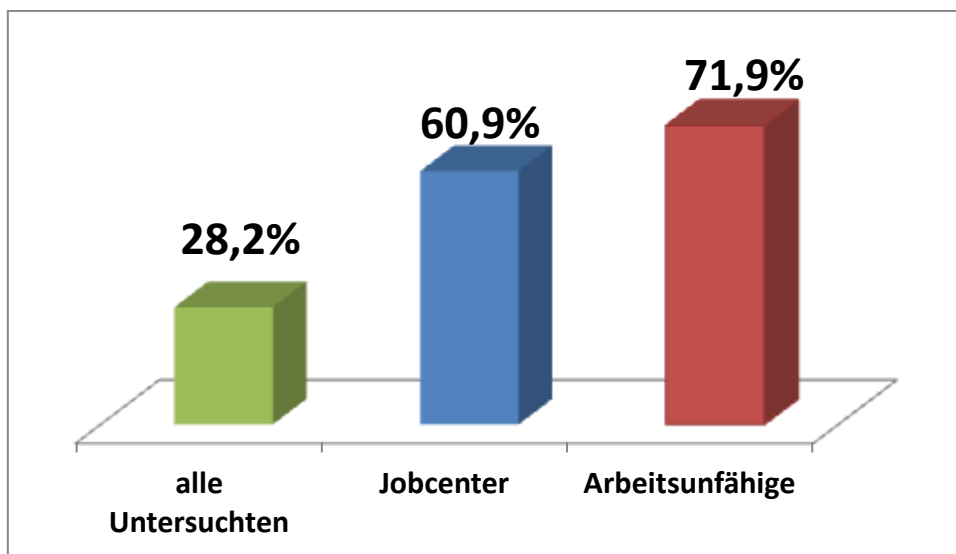
Abbildung 7: Über die Krankheitslast bei den Probanden für das Jobcenter (n=1433).



**Knapp 40% der Probanden des Jobcenters sind nicht arbeitsfähig, weitere 31% haben deutliche gesundheitliche Einschränkungen.**

In der Gruppe des Jobcenters (siehe Abb. 5) finden sich 94,5 % weniger Probanden „ohne Einschränkungen“ und spiegelbildlich 68,6 % (beide mit Pfeil markiert) mehr Probanden „nicht arbeitsfähig“ im Vergleich zu allen anderen im Gesundheitsamt Bad Kreuznach untersuchten Probanden 2010 - 2016. Damit ist eine wesentlich erhöhte Krankheitslast für die arbeitssuchenden Mitbürger des Jobcenters zweifelsfrei nachgewiesen.

Abbildung 8: Anteil an Personen mit mehr als 3 Diagnosen.



**Den höchsten Anteil an Probanden mit mehr als 3 Diagnosen haben die Arbeitsunfähigen Probanden des Jobcenters.**

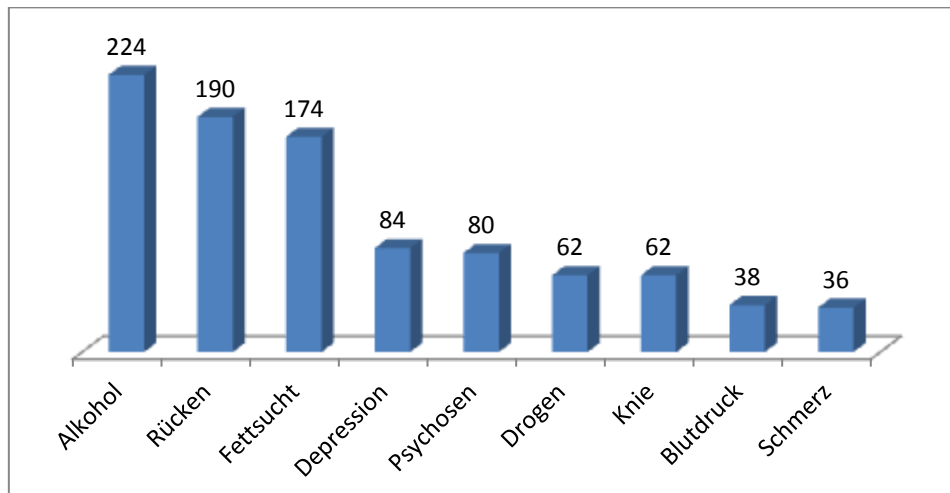


Es kann darüber hinaus gezeigt werden, dass dieses Instrument „Anzahl der relevanten Diagnosen“ sehr gut mit der ärztlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit korreliert. Von 1.433 untersuchten Mitbürgern, die auf Veranlassung des Jobcenters hier vorgestellt wurden, sind 568 arbeitsunfähig.

## 5.2: Die häufigsten neun Leitdiagnosen

Im folgenden Abschnitt wird die wichtigste, für die Arbeitsfähigkeit maßgebliche Diagnose untersucht. Ich bezeichne sie zur Unterscheidung der Gesamtdiagnosen (inklusive der Diagnosen 2 und 3 als Nebendiagnosen) als Leitdiagnose. Da die ärztlichen Untersuchungsergebnisse nach International Classification of Diseases 10 (ICD 10) kodiert werden, verteilen sich die Diagnosen entsprechend einem hochdifferenzierten Schlüssel. Das dem Autor vorliegende Handbuch mit mehr als 1.000 gedruckten Seiten enthält schätzungsweise 30.000 – 50.000 Codierungen von unterscheidbaren Erkrankungen [7]. Bei 1.433 Fällen sind Häufungen von Einzeldiagnosen mathematisch statistisch unwahrscheinlich. Vor diesem Hintergrund umso erstaunlicher die unten aufgeführten Ergebnisse.

**Abbildung 9: Die häufigsten 9 Leitdiagnosen und die errechnete Anzahl (siehe Seite 11) der Betroffenen aus dem Klientel des Jobcenters 2010-2016 (n=1433).**



**Die ersten drei Leitdiagnosen betreffen 62,4% der wichtigsten 9 Erkrankungen.**

Von allen Leitdiagnosen ist die häufigste mit 12,5 % die Alkoholerkrankung. Betrachtet man nur die Männer aus der Gruppe der Probanden des Jobcenters, so steigt dieser Anteil auf über 19 %. Die Gesamtzahl der von Alkoholerkrankung betroffenen Arbeitssuchenden liegt noch höher, sofern man nicht nur die Leitdiagnose berücksichtigt, sondern auch die dokumentierten Diagnosen 2 und 3 einbezieht. Die Größenordnung dieses Zuwachses liegt bei ca. + 15 %. Die Ergebnisse sind gut vereinbar mit der „Gesundheitsberichterstattung der Bundes, Heft 13: Arbeitslosigkeit und Gesundheit.“[6] Es können jedoch auch andere Erkrankungsgruppen zu Auswertungszwecken gebildet werden, beispielsweise Erkrankungen des Skelett- und Stützsystems oder psychische Erkrankungen.

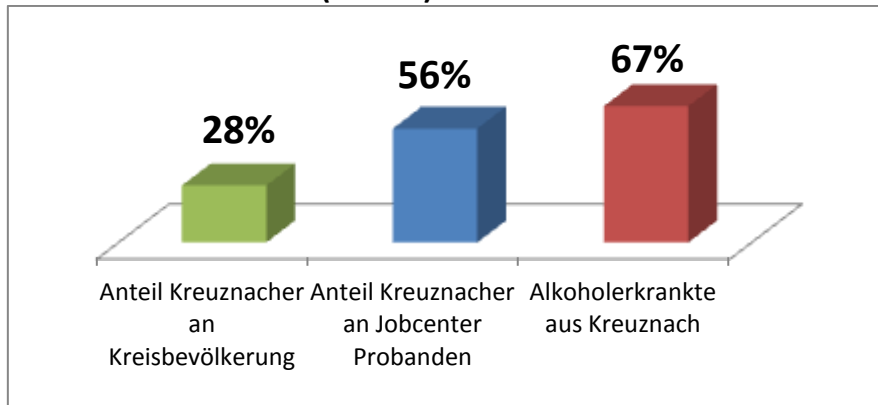




## 5.2 Zur räumlichen Verteilung im Kreisgebiet

**Abbildung 10 : Wohnorte der Jobcenter Klienten 2010 - 2016**

- a) Anteil in % der Bad Kreuznacher Bürger an der Kreisbevölkerung (n=156.600)
- b) Anteil in % der Jobcenter-Probanden mit Wohnort in Bad Kreuznach (n=1433)
- c) Anteil in % der Jobcenter-Probanden mit Leitdiagnose Alkoholerkrankung mit Wohnort in Bad Kreuznach (n= 122)



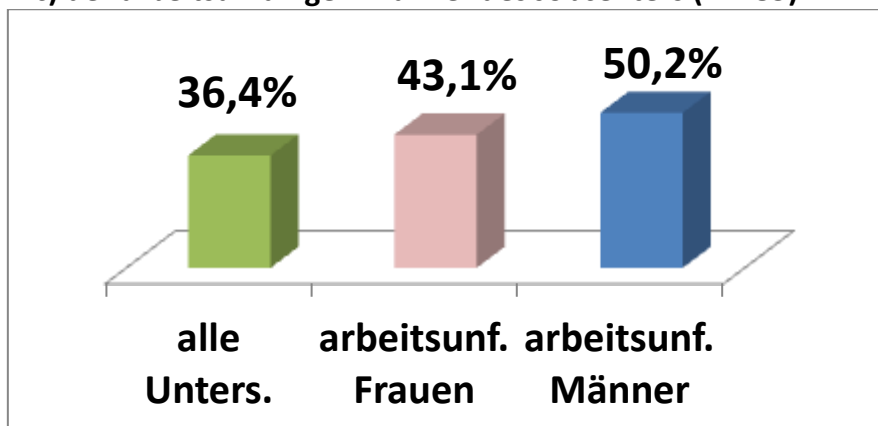
**Bad Kreuznach ist als Wohnort sowohl der Jobcenter-Klientel (Faktor 2) als auch besonders bei der Gruppe mit der Leitdiagnose Alkoholerkrankung (Faktor 2,3) im Verhältnis zu den Einwohnern deutlich überrepräsentiert.**

Die Frage, wo im Kreisgebiet jetzt Interventionen zweckmäßig sind, kann eindeutig beantwortet werden. Bad Kreuznach ist prädestiniert für Präventionsmaßnahmen, da hier eine weit überdurchschnittliche Krankheitslast in Bezug auf Alkohol erkennbar ist. Auch alle anderen Datenbanken des Gesundheitsamtes (Krisendienst des Sozialpsychiatrischen Dienstes, Todesursachen Statistik) zeigen die gleichen räumlichen Verteilungsmuster in Bezug auf die Alkoholerkrankung.

## 5.4 Zur Krankheitslast bei psychischen Erkrankungen

**Abbildung 11: Anteil an Probanden mit psychischer Leitdiagnose :**

- a) aller im Amt untersuchten Personen (n=11576)
- b) der arbeitsunfähigen Frauen des Jobcenters (n=285) und
- c) der arbeitsunfähigen Männer des Jobcenters (n=285)



**Die Probanden des Jobcenters leiden überproportional an psychischen Erkrankungen. Bei Männern ist dieser Effekt ausgeprägter als bei Frauen.**



Erklärbar ist dieser Unterschied durch die deutlich häufigeren Suchterkrankungen bei den männlichen Probanden des Jobcenters.

### **5.5 Zur Krankheitslast bei der wichtigsten beobachteten Diagnose: Alkoholkrankung:**

Laut Weltgesundheitsorganisation beginnt der schädliche Alkoholkonsum für Frauen bei einer tagtäglichen Alkoholmenge von 18 g reinem Alkohol, bei Männern bei 22 g. Wie dargestellt ist Alkoholkonsum das häufigste gesundheitliche Vermittlungshindernis der im Gesundheitsamt untersuchten Gruppen von Arbeitslosen. Dies hat verschiedene Gründe, von denen hier nur einige wesentliche aufgezählt werden können.

Innerhalb der letzten 30 Jahre haben sich die Anforderungen an die Arbeitnehmer auf dem Arbeitsmarkt tiefgreifend verändert. In den heutigen Arbeitsprozessen sind auch bei sogenannten „einfachen Tätigkeiten“ zunehmend soziale Kompetenzen erforderlich, um erfolgreich im Team zu schaffen. Dazu gehören z. B.:

- Hohe Zuverlässigkeit (keine oder geringe Fehlzeiten von weniger als 5 Tagen pro Jahr).
- Angemessene Reaktionen auf Konflikte am Arbeitsplatz (ohne emotional zu entgleisen).
- Absprachefähigkeit (im Krankheitsfall nicht einfach zu Haus bleiben, sondern Chef informieren. Mit Kollegen oder Chef besprochenes Vorgehen wie vereinbart umsetzen).
- Ehrgeiz, Engagement und der Wille, persönliche Kompetenzen zu entwickeln.
- Flexibilität (die Fähigkeit, sich auf geänderte Rahmenbedingungen einzustellen).
- Konstruktive Kritikfähigkeit (Verbesserungsvorschläge annehmen und umsetzen).
- Kommunikationsfähigkeit (einschließlich der Fähigkeit zuzuhören)
- Konzentrationsfähigkeit (auch unangenehme Dinge müssen bearbeitet werden).
- Ausreichende Lern- und Merkfähigkeit, um die Arbeitsabläufe zu verinnerlichen und auch komplexe Vorgänge zu überblicken.

[6] Besonders in diesen sozialen Fähigkeiten zeigen alkoholranke Mitbürger nach eigenen Beobachtungen oft auch für Laien erkennbare deutliche Defizite. Manchen Suchtkranken erscheint Zuverlässigkeit nicht wichtig. Andere vermeiden bis zur Selbstaufgabe jeden Konflikt. Sie sind häufiger unerwartet krank als vergleichbare Arbeitnehmer gleichen Alters. Absprachen über Arbeitsabläufe werden von ihnen nicht immer eingehalten, was die Kollegen erzürnen kann. Es entstehen aus Sicht des Arbeitgebers unnötige Konflikte. Alkoholiker wirken Mitarbeitern (oder den Vermittlern des Jobcenters) gegenüber oft schroff und abweisend. Bei Pannen können sie eigene Fehler weder erkennen noch einsehen. Die Konzentrationsfähigkeit ist deutlich geringer, als es der Arbeitsprozess erfordert. Die Lern- und Merkfähigkeit sind sehr schwankend; eine Problematik, die der Chef und die Kollegen oft nicht einordnen können und dort zusätzliche Irritationen auslösen kann. Inadäquates Verhalten (z. B. Beschimpfung) gegenüber Vorgesetzten oder Kollegen oder vernachlässigte äußere Erscheinung führen oft schon in der Probezeit zu Kündigungen und erneuter Arbeitslosigkeit. Nicht angepasstes soziales Verhalten und im fortgeschrittenen Stadium auch körperliche Vernachlässigung sind geradezu Kennzeichen der akuten Alkoholkrankheit.



Neben diesen individuellen Folgen hat Alkoholismus auch gravierende gesellschaftliche Folgen. Die Solidarsysteme (Steuerzahler, Krankenversicherung, Arbeitslosenversicherung, Rentenversicherung) werden belastet. Die Drogenbeauftragte der Bundesrepublik, Frau Marlene Mortler bezifferte 2015 den jährlichen bundesweiten volkswirtschaftlichen Gesamtschaden auf 26,7 Milliarden Euro, somit mehr als 330 Euro je Einwohner [2]. Zur Verdeutlichung der Größenordnung des Problems: Bei 160.000 Einwohnern im Landkreis Bad Kreuznach ergäbe sich rechnerisch ein Einsparpotential von knapp 54 Millionen Euro jährlich. Wenn dieses Geld dem Kreiskämmerer zur Verfügung stünde, wäre der Kreis nach 6 Jahren schuldenfrei. Naturgemäß wäre das reale Einsparpotential für den Kreis deutlich kleiner, da die Kosten nicht nur im Kreis, sondern auch bei allen drei staatlichen Ebenen (Kommune, Land, Bund) sowie den Solidarsystemen (z. B. Steuern, Krankenversicherung, Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung) anfallen.

Nur um die Dimension des Problems mit Blick auf die Gesundheitspolitik in Rheinland-Pfalz zu verdeutlichen: Das theoretische landesweite Gesamteinsparpotential bei 4 Millionen Einwohnern in Rheinland-Pfalz beliefe sich danach auf ca. 1,348 Milliarden Euro jährlich und somit ca. 16 % des derzeit geplanten Doppelhaushaltes 2017/18 des Landes. Es geht also nicht um „Peanuts“, sondern um die Minimierung eines sehr hohen nicht nur materiellen gesamtgesellschaftlichen Schadens.

Wichtiger als der materielle Schaden erscheint mir im Zeitalter des demografischen Wandels ein weiterer, in diesem Zusammenhang oft unbeleuchteter Aspekt: Statistisch gesehen leben im Kreisgebiet 5.300 Kinder in suchtblasteten Familien, davon mehr als 4.200 bei mindestens einem alkoholkranken Elternteil [3]. Diesen Kindern entsteht ein zusätzlicher psychischer Schaden. Süchtige Eltern können ihre Kinder nicht immer adäquat versorgen. Innerhalb der Familie bedeutet ein suchtblastetes Mitglied der Eltern- generation oft den Zusammenbruch des Versorgungssystems für Kinder und Großeltern gleichermaßen. Die Mitglieder derart suchtblasteter Familien sind in der Regel politisch passiv und engagieren sich seltener in Ehrenämtern. Die Folgen dieser ungesunden Entwicklung sind nicht absehbar. Sie bedrohen objektiv schon wegen der hohen Anzahl der Betroffenen die Grundlagen des Staates und nicht nur der kommunalen der Gemeinschaft. Diese reale Bedrohung des Fundamentes der Gesellschaft ist zahlenmäßig viel stärker als die gefühlte Bedrohung durch eine vergleichsweise deutlich geringere Anzahl von Migranten. Auch dieser Aspekt spricht für eine Thematisierung der Alkoholerkrankung als wichtiges Gesundheitsziel in Rheinland- Pfalz.

Abschließend noch ein weiterer gesundheitlicher Grund, sich der Problematik intensiver anzunehmen: Aus Untersuchungen der Weltgesundheitsorganisation wissen wir, dass gesteigerter Alkoholkonsum mit erhöhten Krebsraten verbunden ist. Die Sicherheit dieser Aussage wurde methodisch an mehr als einer Milliarde Menschen überprüft. Mittlerweile versterben auch im Landkreis mehr als 30 % der Bewohner an Krebserkrankungen mit steigender Tendenz. Wäre es dann nicht auch jetzt an der Zeit, erkannte Ursachen wie den übermäßigen Alkoholkonsum systematisch zu reduzieren?



Wie ungesund Alkoholiker im Landkreis Bad Kreuznach leben, zeigt auch ein Blick in die EDV-gestützte Auswertung des Gesundheitsamtes bezüglich der Todesursachen: Sie sterben im Schnitt 18 Jahre früher als der Gesamtdurchschnitt. Mehr als 3.000 Lebensjahre gehen im Kreisgebiet im Beobachtungszeitraum alkoholbedingt vorzeitig verloren. Im Unterschied zu vielen anderen Krankheiten wäre die Alkoholerkrankung grundsätzlich durch eine Verhaltensänderung (Konsumverzicht) vermeidbar. Es lohnt sich daher aus Sicht des Öffentlichen Gesundheitsdienstes besonders, hier gesamtgesellschaftlich präventiv tätig zu werden.

Im Landkreis Bad Kreuznach wird aus diesem Grund seit 2006 das Projekt „Kein Alkohol in Kinderhände“ vom Gesundheitsamt maßgeblich betrieben. Es handelt sich um ein hochwirksames, evaluiertes Projekt, das punktuell eingesetzt wird, um den Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen nicht nur während des Karnevals zu reduzieren.

### **5.6 Zur Krankheitslast bei Rückenschmerzen und Adipositas**

Etwas komplexer ist die fachliche Betrachtung zu Rückenschmerzen. Ein praktisches Beispiel mag das verdeutlichen: Bei Ihnen erscheinen zur Begutachtung nacheinander drei arbeitsuchende Mitbürger, zwei davon mit Rückenschmerzen. Nehmen wir an, bei allen wurde am Vortag eine Magnetresonanztomographie (im folgenden MRT genannt) der Wirbelsäule durchgeführt und dieser Befund wird Ihnen vorgelegt:

- Der Erste sehr schmerzempfindliche, stark übergewichtige Proband kann wegen der Schmerzen kaum gehen und klagt über typische Bandscheibenbeschwerden mit Nervenausfällen im Bereich eines Beines. Überraschung für Sie im MRT-Befundbericht: Dort nur Nachweis altersentsprechender Minimalveränderungen, welche die Beschwerden nicht erklären. Es finden sich im Verlauf der Untersuchung Hinweise auf eine psychische Veränderung durch eine Belastungsreaktion wegen chronischer Schmerzen in beiden Kniegelenken.
- Der Zweite ist unempfindlich und erklärt Ihnen: „Herr Doktor, ich habe das schon öfter gehabt. Wie sonst auch, habe ich mir über Nacht das Kopfkissen unter die Beine gelegt und bin seit heute Morgen wieder gesund.“ Erneut Überraschung für Sie im MRT-Befundbericht: Dort Nachweis von massiven Bandscheibenvorfällen, die Beschwerdefreiheit fast unmöglich erscheinen lassen.
- Der Dritte Proband kann ebenfalls kaum gehen und klagt über typische Bandscheibenbeschwerden mit Nervenausfällen im Bereich eines Beines. Diesmal keine Überraschung im MRT-Befundbericht: Dort Nachweis von massiven Bandscheibenvorfällen.

Der erfahrene, geschulte ärztliche Gutachter weiß: Rückenschmerzen werden von den Mitmenschen subjektiv erlebt und individuell unterschiedlich verarbeitet. Sie können auch psychische Ursachen haben oder durch vorzeitigen Verschleiß des Skelett- und Stützsystems entstehen (z. B. bei Adipositas oder durch harte körperliche Arbeit in der Vergangenheit ohne Rücksicht auf die Gesundheit).



Bei dieser Gruppe lohnt sich der Blick auf die Nebendiagnosen. Danach leidet ein Drittel der Probanden an Übergewicht, ein weiteres Drittel ist psychisch beeinträchtigt. Präventionsstrategien müssen daher Übergewicht und psychische Erkrankungen bei diesem Krankheitsbild diagnostisch trennscharf erfassen und differenzierte medizinische Interventionen auch für diese zwei sehr unterschiedlichen Begleiterkrankungen enthalten, um überhaupt wirksam zu werden.

Eine fortlaufende sozialmedizinisch wissenschaftliche Begleitung eines solchen multimodalen Präventionsansatzes wäre dringend geboten. Zu erwarten wären jährlich ca. 30 Betroffene aus dem Kreisgebiet. Landesweit ginge es um ca. 700 Arbeitssuchende jährlich, sofern unsere Kreuzbacher Zahlen repräsentativ sind. Die strukturellen Voraussetzungen für ein gegebenenfalls landesweites Forschungsvorhaben in Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst wären in Bad Kreuznach durch das Reha-Kompetenzzentrum vor Ort so günstig wie an keinem anderen Standort in Rheinland-Pfalz.

Von 174 Probanden des Jobcenters mit Leitdiagnose Übergewicht oder Fettsucht findet sich bei 32,2 % als erste Nebendiagnose ein vorzeitiger Verschleiß des Skelett- und Stützsystems insbesondere des Rückens oder der Knie. Ein gutes weiteres Drittel dieser Gruppe (35,7 %) leidet gleichzeitig an psychischen Beeinträchtigungen. Auch hier wäre ähnlich wie bei Rückenbeschwerden präventiv ein multimodaler Ansatz erforderlich. Die Zahlen wären nur geringfügig niedriger als bei Rückenbeschwerden.

## 6. Diskussion

Nach Auffassung des Unterzeichners ist Arbeitslosigkeit bei der hier untersuchten Klientel sehr oft wesentlich krankheitsbedingt und für viele Menschen ein schwerer persönlicher Einschnitt. Hinter jedem Einzelschicksal stecken oft jahrelange medizinische Vorgeschichten, die oft bis zum Untersuchungszeitpunkt ohne effiziente Behandlung verstreichen. Es handelt sich bei den Betroffenen eindeutig um eine gesundheitlich benachteiligte Gruppe von Mitbürgern. An dieser Stelle präventiv im Bereich der vermeidbaren Erkrankungen tätig zu werden, ist somit eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, der sich auch das Gesundheitsamt Bad Kreuznach stellt. Typischer Proband für diese Untersuchungen im Gesundheitsamt wäre ein 48-jähriger, seit mindestens einem Jahr arbeitsloser Mann mit deutlichen gesundheitlichen Einschränkungen.

An welchen Stellen im Kreis Bad Kreuznach kann Gesundheit durch gezielte Evidenzbasierte Präventionsmaßnahmen nachhaltig verbessert werden? Regional schultert die Stadt Bad Kreuznach weit überdurchschnittlich hohe Gesundheitslasten und hat somit auch den höchsten Präventionsbedarf im Kreisgebiet. Dies gilt besonders für

1. psychisch kranke Mitbürger allgemein,
2. suchtkranke Mitbürger,
3. Erkrankungen des Bewegungsapparates und
4. Übergewicht.



Die Zahlen dieser Auswertung sprechen für sich. Eine deutliche Senkung der vermeidbaren Krankheitslast der Probanden des Jobcenters wäre möglich, sofern

- erfolgreiche Alkoholprävention,
- erfolgreiche Stärkung der Skelettmuskulatur,
- erfolgreiche Bekämpfung des Übergewichtes

vor allem in der Stadt Bad Kreuznach stattfinden würden. Diese drei Krankheitsgruppen machen knapp 2/3 der Fälle der 9 häufigsten Diagnosen aus.

In dieser Reihenfolge ergeben sich damit die wichtigsten Präventionsziele der Regionalen Gesundheitskonferenz Bad Kreuznach der nächsten 5 Jahre. Da nicht anzunehmen ist, dass die Probleme in den Nachbarkreisen grundsätzlich anders gelagert sind, wären dies nach Auffassung des Autors auch sehr interessante Ziele für die Landespräventionskonferenz Rheinland Pfalz.

Zu fordern wäre ein Maßnahmenplan zur Überwindung des Alkoholproblems in der Stadt Bad Kreuznach.

- Mit Blick auf die Leitdiagnose Alkoholkrankung ist aus Sicht des Gesundheitsamtes eine vorbehaltlose, strikte Umsetzung des Jugendschutzgesetzes auch in der Stadt Bad Kreuznach unabweisbar. Dies wird effektiv bereits im Wirkungsbereich des Kreisjugendamtes durchgeführt. Hingegen besteht nach Auffassung des Arbeitskreises Gesundheitsberichterstattung und Prävention der Regionalen Gesundheitskonferenz ein Personalmangel-bedingtes Umsetzungsdefizit von Jugendschutzkontrollen bei der Polizei und dem städtischen Jugendamt.
- Auch die diesbezüglichen präventiven Anstrengungen der Schulen (Sekundarstufe 1) sind nach hiesiger Beobachtung steigerungsfähig. Es bedarf jedoch eines gesellschaftlichen, politisch legitimierten Auftrags, hier nachhaltig zu wirken.

Zu fordern wäre weiterhin ein Masterplan gegen Adipositas. Auch auf diesem Gesundheitssektor sind Gesundheitsebenen-übergreifende Aktionen sinnvoll. Beispielsweise

- eine gemäß den Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation konforme Ausgestaltung des Sportunterrichts in der Sekundarstufe 1 (1 x 60 Minuten Sport pro Tag ggf. unter Einbeziehung des Breitensports vor Ort). Notwendig wäre dazu eine Änderung der Lehrpläne durch das Kultusministerium (Landesaufgabe).

Wir leben in gesundheitspolitisch spannenden Zeiten. Auch wenn das Präventionsgesetz die Gesundheitsämter nicht einbezieht, so eröffnet es auf Landesebene neue Möglichkeiten bei der Steuerung der präventiven Anstrengungen. Da die Krankenkassen als Kostenträger in der Landespräventionskonferenz weitgehende Entscheidungsrechte haben, erscheint der Zeitpunkt 2017 besonders günstig, eine gesundheitspolitische Win-win-Situation herbeizuführen. So muss es einerseits im finanziellen Interesse der Krankenkassen sein, hohe Ausgaben für Alkoholkrankungen deutlich zu reduzieren, andererseits liegt es im gesamtgesellschaftlichen Interesse des Landes, das Problem zu minimieren.



Die in Bad Kreuznach gemachten guten Erfahrungen mit dem Projekt „Kein Alkohol in Kinderhände“ in Bezug auf die öffentliche Meinung zeigen, dass der Bürger gerade auf diesem gesundheitspolitischen Sektor staatliche Interventionen geradezu erwartet. Untätigkeit wird als Staatsversagen wahrgenommen und treibt die Wähler zu populistischen Wahlgruppierungen.

## 7 .Zusammenfassung

Die Auswertung der 1.433 Untersuchungen der Probanden des Jobcenters zeigt:

- Es gibt massive gesundheitliche Beeinträchtigungen bei den Untersuchten des Jobcenters.
  - Die Krankheitslast ist objektivierbar weit überdurchschnittlich. 568 Probanden sind nicht arbeitsfähig.
  - Der Anteil älterer Probanden ist deutlich höher als bei dem sonstigen Klientel des Gesundheitsamtes.
- Die wichtigsten Erkrankungen bei den Untersuchten sind Alkoholerkrankung, Rückenschmerzen, Adipositas. Sie alle sind durch Verhaltensänderung grundsätzlich vermeidbar und damit präventabel.
  - Der gesellschaftliche und finanzielle Schaden durch Alkoholerkrankungen ist immens.
  - Psychische Erkrankungen sind suchtbedingt bei den arbeitsunfähigen Männern weit überrepräsentiert. Die häufigste Erkrankung in dieser Personengruppe ist die Alkoholerkrankung. Sie tritt räumlich weit überproportional in der Stadt Bad Kreuznach auf. Dort sind auch gezielte Präventionsprogramme zu verorten.
- Personen mit Migrationshintergrund sind in der Gruppe der Untersuchten überrepräsentiert.
  - Ihr Anteil steigt noch weiter bei den Arbeitsunfähigen aus dieser Gruppe. Sie sind offenbar nicht in der Lage, das deutsche Gesundheitssystem zielführend für sich zu nutzen.
  - Vorschläge:
    - Anpassung des kassenärztlichen Gebührenverzeichnisses an die gestiegenen Integrationsanforderungen.
    - Installation eines landesweit nutzbaren Online-Dolmetscher-Dienstes auch aber nicht nur für die Gesundheitsämter.
- Es besteht weiterhin erheblicher Bedarf an der Förderung von Präventionsmaßnahmen in Stadt und Kreis Bad Kreuznach.
  - Vorschläge:
    - Flankierende Festlegung folgender Gesundheitsziele in der Landespräventionskonferenz:
      - Reduktion des Alkoholkonsums
      - Vermeidung von Übergewicht
      - WHO konforme Ausgestaltung des Sportunterrichts



- Landesweite systematische, wissenschaftliche Erforschung der „Rückenbeschwerden“ in einem multimodalen Ansatz unter Einbeziehung der pädiatrischen, psychiatrischen, orthopädischen und internistischen Rehabilitationseinrichtungen im Landkreis Bad Kreuznach, der Universitätsmedizin Mainz, des Adipositasnetzwerkes und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

## 8 .Anhang

Weitere vorliegende Gesundheitsberichte des Gesundheitsamtes Bad Kreuznach vom

Autor:

„Ergebnisse der Untersuchungen von Asylbewerbern“ Band I (Juni 2016)

„Zur Trinkwasserversorgung in Schwarzerden“ Band II (August 2016)

Geplante weitere Gesundheitsberichte 2017:

Zum Ärztemangel im Kreis Bad Kreuznach 2017 Band III

Zur Legionellen Problematik im Kreis Bad Kreuznach 2017 Band V

## Quellennachweis und weiterführende Literatur

1. **Kursbuch der Sozialmedizin**, R. Diehl, E. Gebauer, A. Groner, Deutscher Ärzteverlag 2016
2. **Drogenbericht der Bundesdrogenbeauftragten** Mortler 2015
3. **„Kinder aus suchtbelasteten Familien benötigen besondere Unterstützung“**, Artikel des Deutschen Ärzteblattes von Mittwoch, den 15.02.2017
4. **Suchtmedizinische Reihe Band 1**, Frühjahr 2013, Dr. Heribert Fleischmann, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
5. **Basisinformationen Alkohol**, Dr. Gallus Bischof, Dr. Christine Hutterer, 12. aktualisierte Auflage 2015, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
6. **Gesundheitsberichterstattung der Bundes, Heft 13: Arbeitslosigkeit und Gesundheit**, Dr. Thomas Grobe, Prof. Dr. Friederich W Schwartz, 2003 Robert-Koch-Institut Berlin
7. **ICD-10-GM Version 2006, Systematisches Verzeichnis** Herausgeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, ISBN 3-87360-038-2





### Kurzinformation über den Autor:

- Jahrgang 1958.
- Ab 1978 – 1985 Studium der Humanmedizin in der Medizinischen Hochschule Hannover.
- 1981 - 1986 Promotion im Fachbereich Medizinsoziologie zum Thema „Säuglingssterblichkeit im Landkreis Schaumburg“. Dabei Erwerb vertiefter medizinsoziologischer Kenntnisse.
- Seit 1986 zunächst im Öffentlichen Dienst, seit 1989 durchgängig in Gesundheitsämtern als Arzt tätig.
- Seit 1992 Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen, führt die Zusatzbezeichnung Sozialmedizin seit 1996 (für Nicht-ärzte: dies ist eine zusätzliche Qualifikation für ärztliche Gutachter)
- Seit 1996 Landesdelegierter des Berufsverbandes der Ärztinnen und Ärzte im Arbeitskreis Prävention und Gesundheitsberichterstattung im Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, zunächst für Niedersachsen, später für Rheinland- Pfalz
- Im Verlauf der 30-jährigen beruflichen Tätigkeit verantwortlich für mehr als 10.000 Gutachten zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit
- Der Autor leitet seit 2002 das Gesundheitsamt Bad Kreuznach, ein multiprofessionelles Dienstleistungszentrum mit zur Zeit (2017) 8 Ärzten im Landkreis Bad Kreuznach
- Erteilung der vollständigen 12-monatigen Weiterbildungsbefugnis für die Zusatzbezeichnung Sozialmedizin durch die Ärztekammer Koblenz 2002
- Seit 2012 Gründer und später Sprecher des Arbeitskreises Prävention und Gesundheitsberichterstattung des Verbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes Rheinland- Pfalz e.V. Seit 2016 Stellvertretender Vorsitzender dieses Verbandes
- Kurator des Reha Forschungspreises und des Reha-Forschungsstipendiums seit 2012

Stand: 08.08.17

### Impressum:

Verantwortlich im Sinne des Presserechtes:

Dr. Lichtenberg

Gesundheitsamt Bad Kreuznach

Ringstraße 4

55543 Bad Kreuznach

Kontakt: [ernst-dieter.Lichtenberg@kreis-badkreuznach.de](mailto:ernst-dieter.Lichtenberg@kreis-badkreuznach.de)

Tel: 0671- 803 1700 oder 1701

