

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Pascal Kober, Michael Theurer, Jens Beeck, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP
– Drucksache 19/28716 –**

Gesundheitschancen von Langzeitarbeitslosen

Vorbemerkung der Fragesteller

Bereits seit vielen Jahren beschäftigt sich die Forschung mit dem Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Dabei konnte vielfach belegt werden, dass chronisch erkrankte Personen ein erhöhtes Risiko haben, arbeitslos zu werden. Jedoch geht der Effekt auch in die andere Richtung: Arbeitslosigkeit wird zur Ursache von Erkrankungen (vgl. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/140497/Gesundheitliche-Situation-von-langzeitarbeitslosen-Menschen#:~:text=Ergebnisse%3A%20Gro%C3%9Ffe%20Metaanalysen%20und%20systematische,1%2C6%2Dfache%20erh%C3%B6ht.>).

Dabei zeigt sich, dass vor allem Langzeitarbeitslose betroffen sind. Je länger die Arbeitslosigkeit anhält, desto schlechter der gesundheitliche Zustand (vgl. <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-bei-arbeitslosen/hintergruende-daten-und-materialien/daten-handlungsbedarfe/>). Im vergangenen Jahr wertete die AOK Rheinland/Hamburg knapp 1,3 Millionen Daten von Versicherten aus und kam zu dem Ergebnis, dass Langzeitarbeitslose gegenüber Erwerbstätigen ein um 84 Prozent erhöhtes Risiko tragen, schwer an COVID-19 zu erkranken (vgl. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-021-03280-6>). Demnach ist zu befürchten, dass die Corona-Pandemie die Gesundheitschancen von Langzeitarbeitslosen weiter verschlechtert.

Die Fragenstellenden möchten sich mit dieser Kleinen Anfrage einen Überblick über die gesundheitliche Situation der Langzeitarbeitslosen und dem besonderen Risiko durch die Corona-Pandemie verschaffen.

1. Welche Studien und empirischen Befunde über die Ursachen unterschiedlicher Gesundheitschancen von Langzeitarbeitslosen in Deutschland nutzt die Bundesregierung als Grundlage ihrer gesundheits- und sozialpolitischen Entscheidungen?
2. Führt die Bundesregierung Erhebungen durch, um Unterschiede der Gesundheitschancen von Langzeitarbeitslosen in Deutschland empirisch zu erfassen und Gründe für unterschiedliche Gesundheitschancen zu untersuchen?

Wenn ja, welche?

Aufgrund des Sachzusammenhanges werden die Fragen 1 und 2 gemeinsam beantwortet.

Das Robert Koch-Institut (RKI) erhebt im Rahmen des Gesundheitsmonitorings Daten zum Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit in den Surveys DEGS (Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland), und GEDA (Gesundheit in Deutschland aktuell). Die Angabe beruht dabei auf Selbstauskünften zur Arbeitslosigkeit der Befragten. Die Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus den Studien des Gesundheitsmonitorings fließen regelmäßig in wissenschaftliche Veröffentlichungen sowie in die Gesundheitsberichterstattung des Bundes ein (Lange & Lampert 2005; Kroll & Lampert 2011, 2012; Kroll et al 2016; Müters et al 2020). Zudem sind diese Ergebnisse regelmäßig Bestandteil im Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung und im Datenreport der Bundeszentrale für politische Bildung.

Neben den Befunden des RKI-Gesundheitsmonitorings liegen zur Einschätzung der Wechselwirkungen zwischen (Langzeit-)Arbeitslosigkeit und Gesundheit zahlreiche Studien sowie Reviews und Metaanalysen vor. Auch die empirische Forschung des Institutes für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) befasst sich mit dem Themenfeld „Langzeitarbeitslosigkeit und Gesundheit“.

Zu exemplarischen Befunden siehe Antwort auf Frage 4 (Einfluss des Erwerbsstatus auf die Gesundheit).

3. Hat die Bundesregierung Studien in Auftrag gegeben, um Unterschiede der Gesundheitschancen von Langzeitarbeitslosen in Deutschland empirisch zu erfassen und Gründe für unterschiedliche Gesundheitschancen zu untersuchen?

Wenn ja, welche?

Wann ist mit Ergebnissen zu rechnen?

Die Bundesregierung hat zu den genannten Aspekten aktuell keine Studien in Auftrag gegeben.

Arbeitslosigkeit und Gesundheit werden weiterhin kontinuierlich im oben beschriebenen Rahmen erhoben und untersucht.

4. Welchen Einfluss haben nach Kenntnis der Bundesregierung Bildungsstand und Erwerbsstatus auf die Gesundheit?

Hinsichtlich der körperlichen Gesundheit zeigen vorliegende Daten für Deutschland, dass körperliche sowie noch deutlicher psychische Beschwerden und Einschränkungen bei Arbeitslosen häufiger vorkommen als bei Erwerbstätigen (Lange & Lampert 2005; Kroll & Lampert 2011, 2012; Eggs et al 2014; Hollederer & Voigtländer 2016). Eine vergleichsweise schlechtere mentale Ge-

sundheit sowie häufigere psychische Beeinträchtigungen bei ALG-II-Bezieher/-innen als bei Erwerbstätigen gehen auch aus den Daten des Panels „Arbeitsmarkt und soziale Sicherung“ (PASS), das vom Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) durchgeführt wird, hervor (Eggs et al 2014; Unger et al 2018).

Auf welche Ursachen genau die schlechtere Gesundheit von (Langzeit-) Arbeitslosen zurückgeht, ist allerdings umstritten und die Forschung kommt zum Teil zu gegensätzlichen Ergebnissen (Krug, Eberl 2018; Krug, Prechsl 2020; Paul, Zechmann 2019). Das Zusammenwirken von Arbeitslosigkeit und Gesundheit ist zudem komplex. Gesundheitliche Beeinträchtigungen treten nicht nur als Folge, sondern auch als Ursache von Arbeitslosigkeit auf.

Auch in Bezug auf den Bildungsstand liegen eine Vielzahl von Befunden der Daten des RKI- Gesundheitsmonitorings vor, die zeigen, dass eine geringere Bildung mit schlechteren Gesundheitschancen assoziiert ist. Männer und Frauen mit geringerer Bildung haben einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand, sind häufiger von chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Koronarer Herzkrankheit, Depressionen und Risikofaktoren wie Bluthochdruck oder Adipositas betroffen als Personen mit höherer Bildung (Lampert et al 2017; Kuntz et al 2019). Die Assoziation zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit besteht aber auch unabhängig von der Bildung (Müters et al 2020).

5. Welchen Einfluss hat nach Kenntnis der Bundesregierung die Dauer der (Langzeit-)Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit?

Studien, die die Dauer der Arbeitslosigkeit einbeziehen, zeigen überwiegend, dass Langzeitarbeitslose schlechtere Gesundheitschancen haben als Erwerbstätige oder Arbeitslose, die weniger als 12 Monate arbeitslos sind (z. B. Herbig et al 2013; Paul & Moser 2009, Kroll et al 2016).

6. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung hinsichtlich möglicher Unterschiede in den Gesundheitschancen von langzeitarbeitslosen Männern und Frauen vor?

Für Männer werden bezüglich des Zusammenhangs zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit überwiegend stärkere Zusammenhänge berichtet als für Frauen (Kroll & Lampert 2011; Paul & Moser 2009, Kroll et al 2016). Allerdings beziehen sich die Ergebnisse zu Unterschieden zwischen Männern und Frauen für den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit meist nicht explizit auf Langzeitarbeitslosigkeit. Für ALG-II-Beziehende berichten Eggs et al. (2014) vor allem Unterschiede im Bereich der mentalen Gesundheit. Als Ursache diese Unterschiede wird in der Forschung meist die höhere Bedeutung von Erwerbstätigkeit für die soziale Anerkennung von Männern in der Gesellschaft angeführt (van der Meer 2014).

7. Wie hat sich die Nutzung medizinischer Versorgungsleistungen durch Langzeitarbeitslose und Erwerbstätige nach Kenntnis der Bundesregierung seit 2000 verändert (bitte getrennte Analysen für Langzeitarbeitslose und Erwerbstätige sowie die Entwicklung seit 2000 angeben)?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Daten vor.

8. Bei welchen medizinischen Versorgungsleistungen ist die Differenz bei der Inanspruchnahme zwischen Erwerbstätigen und Langzeitarbeitslosen nach Kenntnis der Bundesregierung am höchsten (bitte die 20 Versorgungsleistungen mit den höchsten Differenzen auflisten)?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Daten vor.

9. Wie häufig nutzen nach Kenntnis der Bundesregierung jeweils Frauen und Männer, die langzeitarbeitslos sind, medizinische Versorgungsleistungen?

Ergebnisse der Studie GEDA 2010 zeigen für Männer mit Arbeitslosigkeitserfahrungen von mehr als 12 Monaten innerhalb der letzten 5 Jahre einen höheren Anteil von Arztbesuchen sowie Krankenhausaufenthalten im Vergleich zu Erwerbstätigen ohne Arbeitslosigkeitserfahrungen im selben Zeitraum. Altersadjustiert gaben knapp 9 % der Männer mit längeren Arbeitslosigkeitserfahrungen mehr als 6 Arztbesuche in den vergangenen 12 Monaten an, 6 % waren in diesem Zeitraum mindestens eine Nacht im Krankenhaus. Bei Männern ohne Arbeitslosigkeitserfahrungen waren es 5,2 % bzw. 4,3 %. Bei Frauen sind diese Unterschiede geringer, 8,4 % der Frauen mit Arbeitslosigkeitserfahrungen von mehr als 12 Monaten innerhalb der letzten 5 Jahre geben einen Krankenhausaufenthalt an, bei Frauen ohne Arbeitslosigkeitserfahrungen sind es 6,6 %. In Bezug auf die ärztliche Inanspruchnahme zeigten sich für den Vergleich von Frauen mit und ohne Arbeitslosigkeitserfahrungen keine Unterschiede (Kroll et al 2016).

10. Wie häufig nutzen nach Kenntnis der Bundesregierung jeweils Personen, die bis zu zwei Jahre, zwei bis sechs Jahre und seit mehr als sechs Jahren arbeitslos sind, medizinische Versorgungsleistungen?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Daten vor.

11. Wie hat sich die Nutzung medizinischer Versorgungsleistungen durch minderjährige Kinder von Langzeitarbeitslosen und minderjährige Kinder von Erwerbstätigen nach Kenntnis der Bundesregierung seit 2000 verändert (bitte getrennte Analysen für beide Gruppen sowie die Entwicklung seit 2000 angeben)?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Daten vor. Bei der Inanspruchnahme von medizinischen Versorgungsleistungen wird der Erwerbsstatus der Eltern nicht erhoben.

12. Bei welchen medizinischen Versorgungsleistungen ist die Differenz bei der Inanspruchnahme zwischen minderjährigen Kindern von Langzeitarbeitslosen und minderjährigen Kindern von Erwerbstätigen nach Kenntnis der Bundesregierung am höchsten (bitte die 20 Versorgungsleistungen mit den höchsten Differenzen auflisten)?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Daten vor.

13. Wie hat sich die Nutzung von Präventionsangeboten der gesetzlichen Krankenkassen durch Langzeitarbeitslose und Erwerbstätige nach Kenntnis der Bundesregierung seit 2000 verändert (bitte getrennte Analysen für Langzeitarbeitslose und Erwerbstätige sowie jeweils die Entwicklung seit 2000 angeben)?

Die Krankenkassen erbringen Leistungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention in Form von Kursen in den Handlungsfeldern Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stress- und Ressourcenmanagement sowie Suchtmittelkonsum. Eine Auswertung der Nutzungszahlen ist nur nach Alter und Geschlecht möglich. Seit der erstmaligen Erhebung im Jahr 2002 hat sich die Nutzung der primärpräventiven Kurse von 352 961 auf 1 805 889 Kursteilnahmen in 2019 (letzter verfügbarer Stand) gesteigert.

Neben den als individuelle Leistungen an die einzelnen Versicherten adressierten primärpräventiven Kursen unterstützen die Krankenkassen die für die Lebenswelten Verantwortlichen wie insbesondere Kitas, Schulen, Kommunen und Betriebe dabei, die Rahmenbedingungen gesundheitsförderlich weiterzuentwickeln und niedrigschwellige Gesundheitsförderungsangebote für die Menschen in der Lebenswelt anzubieten. Bereits in den 2000er Jahren gab es einzelne Kooperationsprojekte von Krankenkassen und Jobcentern für die Zielgruppe arbeitslose Menschen. Im Jahr 2012 haben die Bundesagentur für Arbeit (BA) und die Verbände der Krankenkassen die Empfehlungsvereinbarung zum Thema „Arbeitslosigkeit und Gesundheit“ geschlossen, in der u. a. die „... Verbesserung der Information und Motivation Arbeitsloser zur Teilnahme an von der GKV geförderten Präventionsmaßnahmen durch geeignete Beratungen im Rahmen von Maßnahmen der Gesundheitsorientierung der BA“ sowie die „... Integration von Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Arbeitsmarktmaßnahmen“ als relevante Handlungsfelder hervorgehoben werden.

Auf Grundlage dieser Empfehlungsvereinbarung und der Erfahrungen aus den ersten Kooperationsprojekten konkretisierte und erweiterte der GKV-Spitzenverband den Leitfaden Prävention 2014 um einen Abschnitt „Arbeitslose Menschen im Setting Kommune“ und erprobte 2014-2015 gemeinsam mit der BA die Zusammenarbeit nach dem Ansatz der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung an sechs Modellstandorten (Ergebnisbericht: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praevention_evaluation/160802_Gesamtbericht_Modellprojekt_BGF_barrierefrei.pdf).

Das in Folge des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention vom 17. Juli 2015 von den Krankenkassen gegründete „GKV-Bündnis für Gesundheit“, das mit Hilfe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unter anderem durch Strukturaufbau und Vernetzungsprozesse die Entwicklung und Erprobung gesundheitsfördernder Konzepte, insbesondere für sozial und gesundheitlich benachteiligte Zielgruppen fördert, hat 2016 unter Nutzung der Erkenntnisse aus der Modellerprobung das Kooperationsprojekt „Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“ eingeführt. Kooperationspartner sind die Bundesagentur für Arbeit, der GKV Spitzenverband, der Deutsche Städtetag und der Deutsche Landkreistag. Nach knapp 200 Standorten im Jahr 2019 arbeiten Krankenkassen und Jobcenter inzwischen an 227 Standorten gemeinsam daran, die gesundheitliche Lage von arbeitslosen Menschen zu verbessern und dadurch deren Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt zu erleichtern. Im Jahr 2019 wurden allein an 161 Standorten 22 135 Personen erreicht (https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokument_e/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/-praevention/praeventionsbericht/2020_GKV_MDS_Praeventionsbericht.pdf).

14. Bei welchen Präventionsangeboten der gesetzlichen Krankenkassen ist die Differenz bei der Inanspruchnahme zwischen Erwerbstätigen und Langzeitarbeitslosen nach Kenntnis der Bundesregierung am höchsten (bitte die zehn Präventionsangebote mit den höchsten Differenzen auflisten)?
15. Wie häufig nutzen nach Kenntnis der Bundesregierung jeweils Frauen und Männer, die langzeitarbeitslos sind, Präventionsangebote der gesetzlichen Krankenkassen?
16. Wie häufig nutzen nach Kenntnis der Bundesregierung jeweils Personen, die bis zu zwei Jahre, zwei bis sechs Jahre und seit mehr als sechs Jahren arbeitslos sind, Präventionsangebote der gesetzlichen Krankenkassen?
17. Wie hat sich die Nutzung von Präventionsangeboten der gesetzlichen Krankenkassen durch minderjährige Kinder von Langzeitarbeitslosen und minderjährige Kinder von Erwerbstätigen nach Kenntnis der Bundesregierung seit 2000 verändert (bitte getrennte Analysen für beide Gruppen sowie jeweils die Entwicklung seit 2000 angeben)?
18. Bei welchen Präventionsangeboten der gesetzlichen Krankenkassen ist die Differenz bei der Inanspruchnahme zwischen minderjährigen Kindern von Langzeitarbeitslosen und minderjährigen Kindern von Erwerbstätigen nach Kenntnis der Bundesregierung am höchsten (bitte die zehn Präventionsangebote mit den höchsten Differenzen auflisten)?

Zu den Fragen 14 bis 18 liegen der Bundesregierung keine spezifischen statistischen Angaben vor.

19. Wie häufig nehmen nach Kenntnis der Bundesregierung Langzeitarbeitslose und Erwerbstätige Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch (bitte getrennte Analysen für Langzeitarbeitslose und Erwerbstätige sowie jeweils die Entwicklung seit 2000 angeben)?
20. Bei welchen Früherkennungsuntersuchungen ist die Differenz bei der Inanspruchnahme zwischen Erwerbstätigen und Langzeitarbeitslosen am höchsten (bitte die zehn Präventionsangebote mit den höchsten Differenzen auflisten)?
21. Wie häufig nehmen nach Kenntnis der Bundesregierung jeweils Frauen und Männer, die langzeitarbeitslos sind, Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch?

Die Fragen 19 bis 21 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Ergebnissen der Studie GEDA 2010 zufolge haben von Frauen und Männern ohne Arbeitslosigkeitserfahrungen in den letzten 5 Jahren jeweils etwa 18 Prozent jemals einen Gesundheits-Check-Up in Anspruch genommen. Bei Frauen und Männern mit Arbeitslosigkeitserfahrungen von mehr als 12 Monaten innerhalb der letzten 5 Jahre betrug dieser Anteil jeweils etwa 15 Prozent. Etwa 30 Prozent der Frauen und etwa 16 Prozent der Männer ohne Arbeitslosigkeitserfahrungen in den letzten 5 Jahren haben jemals eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung in Anspruch genommen. Bei Frauen mit Arbeitslosigkeitserfahrungen von mehr als 12 Monaten innerhalb der letzten 5 Jahre betrug dieser Anteil etwa 26 Prozent, bei Männern mit solchen Arbeitslosigkeitserfahrungen etwa 12 Prozent. Etwa 29 Prozent der Frauen und etwa 25 Prozent der Männer ohne Arbeitslosigkeitserfahrungen in den letzten 5 Jahren haben in den letzten 12 Monaten eine Zahnvorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen. Bei

Frauen mit Arbeitslosigkeitserfahrungen von mehr als 12 Monaten innerhalb der letzten 5 Jahre betrug dieser Anteil etwa 25 Prozent, bei Männern mit solchen Arbeitslosigkeitserfahrungen etwa 20 Prozent (Kroll et al 2016).

22. Wie häufig nehmen nach Kenntnis der Bundesregierung jeweils Personen, die bis zu zwei Jahre arbeitslos sind, zwei bis sechs Jahre arbeitslos sind und seit mehr als sechs Jahren arbeitslos sind, Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Daten vor.

23. Wo sieht die Bundesregierung Lücken und Handlungsbedarf in der Bereitstellung von Leistungen zur Förderung von besseren Gesundheitschancen für gesundheitlich benachteiligte Langzeitarbeitslose?

Studien des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) zeigen, dass sich mit der Beschäftigungsaufnahme auch die Gesundheit der Arbeitslosen wieder verbessert (Gebel, Voßmer 2014; Unger et al. 2018). Daher kann von Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik grundsätzlich auch ein positiver Gesundheitseffekt ausgehen, sofern dadurch oder im Anschluss daran eine Vermittlung in Beschäftigung gelingt. Je stärker die gesundheitlichen Einschränkungen sind, desto eher werden zur Herstellung von Beschäftigungsfähigkeit Maßnahmen, die ausschließlich der aktiven Arbeitsmarktpolitik dienen, jedoch an ihre Grenzen stoßen. Vorrangig dürfte hier eine gezielte Gesundheitsförderung nötig sein. In diesem Kontext gibt es bereits ein breites Angebot.

Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V liegen im Verantwortungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Psychosoziale Betreuung und Suchtberatung werden für Langzeitarbeitslose, die Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) erhalten, gemäß § 16a SGB II von kommunaler Seite erbracht. § 18 Abs. 1 Nr. 6 SGB II enthält ein Gebot zur Zusammenarbeit der Träger der Grundsicherung mit Einrichtungen und Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und sonstigen Einrichtungen und Diensten des Gesundheitswesens.

Um der Bedeutung gesundheitlicher Leistungsfähigkeit im Rahmen arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen gerecht zu werden, besteht bei Maßnahmen der Aktivierung und beruflichen Eingliederung bei einem Träger (§ 16 Abs. 1 SGB II i. V. m. § 45 Abs. 1 S. 1 SGB III) die Möglichkeit, gesundheitsfördernde Elemente als flankierenden Bestandteil einzusetzen. Bei der Gesamtkonzeption der Maßnahme muss der Arbeitsmarktbezug jedoch überwiegen.

Darüber hinaus werden seit 2014 mit dem Modellprojekt „Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“ trägerübergreifend präventive und gesundheitsförderliche Aktivitäten (Stress, Bewegung, Ernährung, Umgang mit Suchtmitteln) zur Stärkung der Beschäftigungsfähigkeit für die Zielgruppe „Arbeitslose“ angeboten und entwickelt (vgl. Antwort auf Frage 13).

24. Welche regionalen Varianzen gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung hinsichtlich der Unterschiede von Gesundheitschancen von Langzeitarbeitslosen?

Wie groß sind die jeweiligen Unterschiede der Gesundheitschancen von Langzeitarbeitslosen in den einzelnen Bundesländern nach Kenntnis der Bundesregierung?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Daten vor.

25. Was sind nach Auffassung der Bundesregierung die Ursachen von möglichen regionalen Unterschieden der Gesundheitschancen von Langzeitarbeitslosen?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

26. Wie beurteilt die Bundesregierung das Risiko von Langzeitarbeitslosen, sich mit dem Coronavirus zu infizieren und im Falle einer Infektion einen schweren COVID-19-Verlauf zu erleiden?

Eine Analyse von Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg weist in dieser Population gesetzlich Krankenversicherter auf Unterschiede im COVID-19-Geschehen zwischen Langzeitarbeitslosen und regulär Erwerbstätigen hin. So lag das Risiko für einen COVID-19-bedingten Krankenhausaufenthalt bis Mitte Juni 2020 bei Langzeitarbeitslosen knapp doppelt so hoch wie bei gleichaltrigen Versicherten, die regulär erwerbstätig waren. Inwieweit dies auf ein erhöhtes Infektionsrisiko und/oder auf ein erhöhtes Risiko für einen schweren COVID-19- Krankheitsverlauf im Falle einer Infektion zurückgeht, lässt sich anhand der Studie nicht eindeutig beurteilen. Die Autorinnen und Autoren führen ihren Befund vor allem auf eine höhere Prävalenz von chronischen Vorerkrankungen unter Arbeitslosen zurück, die das Risiko für schwere COVID-19-Verläufe erhöhen können. Darüber hinaus vermuten die Autorinnen und Autoren, dass Langzeitarbeitslosigkeit mit einer starken psychosozialen Stressbelastung einhergeht, welche die Infektionsanfälligkeit der Betroffenen erhöhen könnte (Wahrendorf et al 2021).

27. Ist der Bundesregierung die Analyse der AOK Rheinland/Hamburg und des Düsseldorfer Universitätsklinikums, die ein um 84 Prozent erhöhtes Risiko für einen COVID-19-bedingten Krankenhausaufenthalt für Langzeitarbeitslose gegenüber Erwerbstätigen feststellt, bekannt?

Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung daraus?

Die Analyse des Instituts für medizinische Soziologie des Düsseldorfer Universitätsklinikums in Zusammenarbeit mit der AOK Rheinland/Hamburg ist der Bundesregierung bekannt. Das RKI ist dazu mit den Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern des Düsseldorfer Universitätsklinikums im fachlichen Austausch und hat die ersten Ergebnisse dieser Studie im September 2020 in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes berücksichtigt (https://edoc.rki.de/bits/tream/-handle/176904/6965/JoHM_S7_2020_Ungleichheit_COVID_19_Review.pdf?sequence=1&is-Allowed=y). Eine Einordnung der Ergebnisse ist der Antwort auf Frage Nr. 26 zu entnehmen.

Neben der Primärprävention ist die COVID-19 Impfung ein wesentlicher Baustein, vor COVID-19 Erkrankungen zu schützen. Durch Impfung soll eine relevante Bevölkerungsimmunität ausgebildet und somit die weitere Ausbreitung des Virus verhindert oder zumindest begrenzt werden. Derzeit steht aufgrund

der begrenzten Kapazitäten noch nicht ausreichend Impfstoff zur Verfügung, um jeder Bürgerin und jedem Bürger ein Impfangebot unterbreiten zu können. Die Reihenfolge der Impfungen ist in der Coronavirus-Impfverordnung festgelegt, die im Wesentlichen auf der Impfempfehlung der Ständigen Impfkommision (STIKO) beim RKI aufbaut. Ein Anspruch auf eine COVID-19 Impfung besteht prioritär für Personen, die aufgrund ihres Alters oder Gesundheitszustandes ein signifikant erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf haben, sowie für Personen, die solche Personen behandeln, betreuen oder pflegen. Zudem sind Einzelfallentscheidungen möglich, bei denen nach individueller ärztlicher Beurteilung aufgrund besonderer Umstände wie z. B. bei Vorliegen bestimmter chronischer Vorerkrankungen ein sehr hohes oder hohes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV2 besteht.

28. Hält die Bundesregierung es für notwendig, Gruppen, die ein höheres Risiko für einen schweren COVID-19-Verlauf haben und nicht priorisiert geimpft werden, gezielt über die Vorteile einer Corona-Schutzimpfung zu informieren?

Was unternimmt die Bundesregierung diesbezüglich mit Blick auf Langzeitarbeitslose?

Auf der Internetseite www.corona-schutzimpfung.de werden zur COVID-19 Impfung umfangreiche Informationen und Materialien zur Verfügung gestellt. Die Inhalte richten sich vor allem an medizinische Laien. Neben einem umfangreichen Angebot an allgemeinen Informationen zur COVID-19-Impfung gibt es unter anderem Informationsangebote, die auf Personengruppen abgestimmt sind, die ein erhöhtes Risiko haben, schwer zu erkranken. Die Ansprache der Allgemeinbevölkerung sowie die gezielte Ansprache vulnerabler Gruppen schließt alle Menschen ein, für die diese Informationen relevant sind, unabhängig von ihrer beruflichen Situation. Eine spezifische Ansprache von Langzeitarbeitslosen findet nicht statt, da dies eine heterogene Personengruppe ist, die sich in den anderen Zielgruppen wiederfindet.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.