



**Donau-Universität Krems**

Department für Migration und Globalisierung

## **Rehabilitation und Migration**

Lebens- und Arbeitsperspektiven  
älterer Menschen mit  
gesundheitlichen Einschränkungen  
unter Berücksichtigung des  
Migrationshintergrundes

Gudrun Biffel, Anna Faustmann, Astrid Lehner, Lydia Rössl

Endbericht  
Krems: Dezember 2017

Studie im Auftrag der Pensionsversicherungsanstalt, der  
Bundesgeschäftsstelle des Arbeitsmarktservice und des Beruflichen  
Bildungs- und Rehabilitationszentrums



PENSIONSVERSICHERUNGSANSTALT



# Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	6
Tabellenverzeichnis.....	8
<b>1 Management Summary .....</b>	<b>9</b>
1.1 Demografischer Hintergrund, Arbeit und Gesundheit .....	9
1.2 Experten/innen zu den strukturellen Rahmenbedingungen .....	10
1.3 Ergebnisse qualitativer Einzelinterviews von Betroffenen .....	12
1.4 Erkenntnisse aus Betriebsbefragungen .....	15
1.5 Zusammenfassende handlungspolitische Schlussfolgerungen.....	18
<b>2 Einleitung .....</b>	<b>21</b>
2.1 Problemstellung und Hintergrund.....	25
2.2 Methodische Vorgehensweise .....	25
2.2.1 Einzelinterviews und Fokusgruppen mit ExpertInnen – explorative Phase.....	27
2.2.2 Sekundärstatistische Analysen: Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung Sondermodul 2011.....	27
2.2.3 Qualitative Einzelinterviews mit 101 Betroffenen .....	27
2.2.4 Fokusgruppe mit UnternehmensvertreterInnen.....	28
2.2.5 Fokusgruppe mit ExpertInnen –Ergebnisvalidierung.....	28
<b>3 Demografische Entwicklungen in Österreich – ein Überblick .....</b>	<b>29</b>
3.1 Migrationen und ihr Einfluss auf die Bevölkerungsstruktur .....	31
3.2 Veränderungen in der Arbeitswelt .....	34
<b>4 Altern und Arbeit im Kontext von Gesellschaft und Kultur .....</b>	<b>37</b>
4.1 Gesundheit und Funktionsfähigkeit.....	37
4.2 Materielle Sicherheit .....	38
4.3 Familie und Verwandtschaft.....	39
4.4 Vergesellschaftung .....	39
4.5 Migration und Alter .....	40
<b>5 Gesundheitliche Ungleichheit als Folge sozialer Ungleichheit – Komplexes Zusammenspiel von Gesundheit, Arbeit und Migration .....</b>	<b>45</b>
5.1 Migration als Einflussfaktor auf Gesundheit .....	46
5.2 Gesundheitsverhalten im Spannungsfeld sozialer Verhältnisse und kultureller Prägung .....	47
<b>6 Alter, Arbeit, Gesundheit und Migration – empirische Evidenz.....</b>	<b>50</b>
6.1 Erwerbsverläufe im Kontext von Alter und Bildung .....	53
6.2 Gesundheitlich beeinträchtigte ältere Arbeitskräfte in Österreich .....	58
6.3 Gesundheitliche Beeinträchtigung Älterer nach Herkunft .....	59
6.4 Gesundheitliche Beeinträchtigung Älterer nach Bildung .....	61
6.5 Arbeitsbedingte Einflussfaktoren auf die gesundheitliche Situation .....	65
6.6 Einflussfaktoren auf Erwerbstätigkeit .....	72
<b>7 Arbeitsmarktaustritt und Pension im internationalen Vergleich .....</b>	<b>79</b>

<b>8</b>	<b>Rehabilitation in Österreich und die Rolle der Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension.....</b>	<b>87</b>
8.1	Pensionsarten im Überblick.....	88
8.2	Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension und die Reform 2014 .....	91
8.3	Stand der Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspensionen in Österreich .....	95
8.4	Stand der medizinischen und beruflichen Rehabilitation.....	102
8.5	Berufsschutz und die Rolle des Migrationshintergrunds.....	103
8.6	Unterstützungsangebote zur gesundheitlichen und beruflichen Rehabilitation – Erfahrungen aus der Praxis	104
<b>9</b>	<b>Strukturelle Rahmenbedingungen im System der Rehabilitation bzw. Invaliditäts- und Berufsunfähigkeit aus der Sicht von Expertinnen und Experten .....</b>	<b>109</b>
9.1	Methodisches Vorgehen und Zusammensetzung der befragten ExpertInnen.....	109
9.2	Herausforderungen und Problembeschreibungen aus ExpertInnen-Sicht.....	112
9.2.1	Veränderungen durch die Reform der Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension.....	112
9.2.2	Verfügbarkeit von Plätzen der medizinischen Rehabilitation .....	114
9.2.3	Berufliche Rehabilitation und Berufsschutz .....	115
9.2.4	Pflicht- oder freiwillige Rehabilitation: „Zwang zum Pensionsantrag“? .....	116
9.2.5	Schnittstellenmanagement und Kooperationen .....	117
9.2.6	Zusammenarbeit mit den Betrieben .....	120
9.3	Potenziale aus Sicht der Expertinnen und Experten.....	123
9.3.1	Gesellschaftliche Werthaltungen und strukturelle Rahmenbedingungen .....	123
9.3.2	Zusammenführung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation .....	124
9.3.3	Schnittstellenmanagement .....	127
9.3.4	Zusammenarbeit mit den Betrieben .....	127
9.4	Spezifikum Migrationshintergrund.....	128
<b>10</b>	<b>Lebens- und Arbeitsperspektiven älterer ArbeitnehmerInnen unter besonderer Berücksichtigung des Migrationshintergrunds – qualitative Ergebnisse.....</b>	<b>132</b>
10.1	Methodische Vorgehensweise und Beschreibung der Stichprobe.....	133
10.1.1	Konzeption und Durchführung der Interviews .....	133
10.1.2	Analyse der Interviews .....	135
10.1.3	Zusammensetzung der InterviewpartnerInnen.....	135
10.2	Ausbildung, Beruf und Berufsschutz und die Rolle des Migrationshintergrunds.....	141
10.2.1	Umgang mit im Ausland erworbenen Qualifikationen und Nostrifizierung .....	141
10.2.2	Berufsschutz und die Rolle der Dequalifizierung.....	144
10.3	Arbeitsbedingungen und die Frage der Vereinbarkeit von Beruf und Familie .....	147
10.3.1	Hohes Ausmaß an Überstunden als Belastungsfaktor.....	147
10.3.2	Vereinbarkeit von Beruf und Familie als Herausforderung .....	149
10.4	Bisherige Erwerbskarrieren .....	150
10.4.1	Zur Rolle von Arbeitsplatzwechseln und Arbeitslosigkeitsepisoden .....	150
10.4.2	Veraltete Qualifikationen als Herausforderung bei der Arbeitssuche.....	153
10.4.3	Dauer der bisherigen Erwerbstätigkeit.....	153

10.5	Gesundheitliche Einschränkungen und deren Ursprung .....	155
10.5.1	Formen der gesundheitlichen Einschränkungen .....	157
10.5.2	Dauer der gesundheitlichen Einschränkungen .....	160
10.5.3	Ursachen von gesundheitlichen Einschränkungen und ihr Zusammenwirken .....	162
10.6	Einfluss der gesundheitlichen Situation auf das alltägliche Leben und die Rolle eigenverantwortlichen Handelns .....	164
10.6.1	Formen der gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag .....	164
10.6.2	Erwerbstätigkeit trotz Gesundheitsproblemen .....	165
10.6.3	Hohe Arbeitsmotivation trotz gesundheitlicher Einschränkungen .....	168
10.7	Krankenstand und der Antrag auf Rehabilitation .....	169
10.7.1	Krankenstand und Wartezeiten auf Maßnahmen des Gesundheitssystems .....	170
10.7.2	Unterstützung und Beratung während des Krankenstandes .....	171
10.7.3	Antrag auf Rehabilitation oder Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension .....	172
10.7.4	Entscheidungen über Rehabilitation und Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension .....	177
10.7.5	Ablehnung der Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension bzw. Rehabilitation .....	178
10.8	Ende des Dienstverhältnisses .....	179
10.9	Feststellung der Arbeits-/Berufsfähigkeit .....	183
10.10	Rehabilitation .....	187
10.10.1	Medizinische Rehabilitation und andere Therapieformen .....	187
10.10.2	Berufliche Rehabilitation .....	192
10.11	Informationsdefizit als Hindernis der medizinischen und beruflichen Rehabilitation .....	211
10.12	Verbesserungsvorschläge der InterviewpartnerInnen .....	214
10.12.1	Staatliche Unterstützung in Form von Geld- und Sachleistungen .....	215
10.12.2	Handlungsspielraum der Betriebe .....	217
10.12.3	Umsetzung der beruflichen Rehabilitation .....	218
10.13	Zukunftsperspektiven .....	220
10.13.1	Arbeit oder Pension .....	220
10.13.2	Österreich oder Rückkehr ins Herkunftsland? .....	224
11	<b>Chancen und Herausforderungen bei der Beschäftigung gesundheitlich eingeschränkter Arbeitskräfte aus Sicht von Betrieben .....</b>	<b>227</b>
11.1	Diversität und Betriebszugehörigkeit .....	228
11.2	Unterschiede und Gemeinsamkeiten bei MitarbeiterInnen mit und ohne Migrationshintergrund ..	230
11.3	Unterschiede und Gemeinsamkeiten innerhalb der Generationen in der Belegschaft .....	231
11.4	Ältere BewerberInnen im Bewerbungsprozess .....	233
11.5	Betriebliche Gesundheitsförderung und dessen Auswirkungen .....	234
11.6	Rolle der Unternehmenskultur .....	237
11.7	(Alters-)Teilzeit .....	240
11.8	Förderungen und gesetzliche Rahmenbedingungen .....	242
11.9	Selbstverpflichtung der Unternehmen .....	249
11.10	Berufliche Rehabilitation und Umschulungen für gesundheitlich eingeschränkte ältere ArbeitnehmerInnen .....	250

12	Zusammenfassende handlungspolitische Schlussfolgerungen .....	252
12.1	Teil-Erwerbsminderung bzw. Teil-Arbeitsfähigkeit und Flexibilität von Zuverdienstgrenzen .....	253
12.2	Koordination eines Wiedereingliederungsmanagements auf betrieblicher wie auch auf struktureller Ebene	254
12.3	Informationskompetenz, Maßnahmenbündelung und Beratungsleistungen .....	254
12.4	Wartezeiten auf Maßnahmen der medizinischen und/oder beruflichen Rehabilitation .....	255
12.5	Innerbetriebliche Rehabilitationsformen .....	255
12.6	Verschränkung von Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation .....	256
12.7	Besonderer Fokus auf Rehabilitationsmöglichkeiten bei psychischen Erkrankungen .....	256
12.8	Mehrsprachige Angebote und Berücksichtigung der transkulturellen Kompetenz .....	256
12.9	Aufweichung der Bedeutung des Berufsschutzes .....	257
	Literaturverzeichnis .....	258

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Beschäftigungsquoten der 50 bis 64-jährigen und BIP/Kopf in KKS in der EU, 2016.....	23
Abbildung 2: Beschäftigungsquoten der 50 bis 64-jährigen in- und ausländischen StaatsbürgerInnen in der EU: 2016 .....	24
Abbildung 3: Darstellung des Forschungsablaufs und der methodischen Vorgehensweise .....	26
Abbildung 4: Bevölkerung zwischen 45 und 64 Jahre in Einzeljahren nach Geschlecht 1.1.2017 .....	29
Abbildung 5: Durchschnittsalter der Bevölkerung nach Bundesländern 2015 .....	30
Abbildung 6: Anteil der ausländischen Staatsangehörigen an der Gesamtbevölkerung in %, 1961 bis 2016 .....	31
Abbildung 7: Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach Geschlecht, Staatsbürgerschaft und Geburtsland (Privathaushalte) 2014 .....	32
Abbildung 8: Beschäftigungsentwicklung, Ausländeranteil und Arbeitslosenquote 1975-2016 .....	41
Abbildung 9: Arbeitsmarktstatus nach Beendigung einer unselbstständigen Beschäftigung unter 50- bis 64-Jährigen sowie gesamt, nach Geschlecht, 2015 .....	54
Abbildung 10: Arbeitsmarktstatus nach Beendigung einer unselbstständigen Beschäftigung nach höchster abgeschlossener Ausbildung und Geschlecht, 2015 .....	55
Abbildung 11: Arbeitsmarktstatus nach Beendigung einer unselbstständigen Beschäftigung nach Dauer des Beschäftigungsverhältnisses, 2015 .....	56
Abbildung 12: Arbeitsmarktstatus nach Beendigung einer unselbstständigen Beschäftigung nach Bundesland des Wohnorts, 2015 .....	57
Abbildung 13: Gesundheitliche Beeinträchtigung der Bevölkerung nach Altersgruppen (2011) .....	59
Abbildung 14: Gesundheitliche Belastungsquote der 45- bis 64-Jährigen nach Herkunftsregionen, 2011 .....	60
Abbildung 15: Beschäftigungsquoten der 45- bis 64-Jährigen mit und ohne gesundheitliche Beeinträchtigung nach Herkunftsregion (45- bis 64-Jährige), 2011 .....	61
Abbildung 16: Gesundheitliche Belastungsquote der 45- bis 64-Jährigen nach Bildung, 2011 .....	62
Abbildung 17: Beschäftigungsquoten der 45- bis 64-Jährigen mit und ohne gesundheitliche Beeinträchtigung nach Bildung, 2011 .....	63
Abbildung 18: Gesundheitliche Belastungsquote der 45- bis 64-Jährigen nach Wirtschaftsbereich, 2011 .....	64
Abbildung 19: Beschäftigungsquoten der 45- bis 64-Jährigen mit und ohne gesundheitliche Beeinträchtigung nach Wirtschaftsbereich, 2011 .....	64
Abbildung 20: Bevölkerung nach höchster abgeschlossener Ausbildung und Migrationshintergrund, 2015 .....	72
Abbildung 21: Durchschnittliches Alter bei Arbeitsmarktaustritt (Durchschnittszeitraum 2009-2014) und gesetzliches Pensionsantrittsalter (2014).....	79
Abbildung 22: (Geschätzter) Arbeitsmarkteintritt und effektives Pensionsantrittsalter (2014) nach Geschlecht in EU-Ländern .....	81
Abbildung 23: Erwartete Jahre in Pension und effektives Pensionsantrittsalter 2014 nach Geschlecht in OECD-Ländern .....	82
Abbildung 24: Gründe für den Erwerbsaustritt unter 55- bis 64-Jährigen nach Geschlecht in ausgewählten EU-Ländern .....	83
Abbildung 25: Netto-Ersatzraten von Durchschnitts-, Niedrig- und Hochverdienern in europäischen Ländern und im OECD- Schnitt 2015 .....	84
Abbildung 26: Verfügbares mittleres Jahreseinkommen der 51- bis 65-Jährigen in Ländern der Euro-Zone 2013 .....	85
Abbildung 27: Einkommensquellen älterer Menschen in OECD-Ländern, 2012 (oder aktuellst verfügbar) .....	86
Abbildung 28: Pensionsversicherte nach Versicherungsträger und Geschlecht, Jahresdurchschnitt 2016 .....	89
Abbildung 29: Pensionsarten in Österreich (Pensionsleistungen Stand Dezember 2015) .....	90
Abbildung 30: Pensionsleistungen nach Pensionsart und Geschlecht, Dezember 2016 .....	91
Abbildung 31: Zugangsalter in Alters- und Invaliditätspension nach Geschlecht, 2000 bis 2016.....	94
Abbildung 32: Anträge auf Invaliditätspensionen und Zuerkennungsquoten zwischen 2000 und 2016 nach Geschlecht .....	96
Abbildung 33: Zuerkennungen von Invaliditätspensionen zwischen 2000 und 2016 nach Geschlecht .....	97
Abbildung 34: Neuzugänge zu Invaliditätspensionen zwischen 2000 und 2016 nach Krankheitsgruppen .....	98

Abbildung 35: Übertritte in Invaliditäts- bzw. Alterspensionen bei Neuzugängen nach Versicherungsart, 2015 .....	99
Abbildung 36: Übertritte in Invaliditäts- bzw. Alterspensionen bei Neuzugängen für Angestellte und Arbeiter, 2015 .....	100
Abbildung 37: Erstmalige Pensionszuerkennungen von Invaliditäts- und Alterspensionen nach Versicherungsbereichen beim Übertritt, 2016 .....	101
Abbildung 38: Durchschnittspension in Euro nach Pensionsart und Geschlecht, Pensionshöhe gesamt und Pensionshöhe Wohnsitz im Inland ohne zwischenstaatliche Fälle, Dezember 2016.....	102
Abbildung 39: Rehabilitations-/Erwerbsstatus der InterviewpartnerInnen nach Migrationshintergrund .....	138
Abbildung 40: Beruf der InterviewpartnerInnen nach Migrationshintergrund (MH) im Vergleich zur Verteilung für Gesamt-Österreich (MZ-AKE 2016).....	141
Abbildung 41: Ausbildungsadäquate Beschäftigung nach Migrationshintergrund .....	145
Abbildung 42: Arbeitsausmaß nach Geschlecht .....	148
Abbildung 43: Arbeitsplatzwechsel nach Beruf .....	151
Abbildung 44: Dauer der Erwerbstätigkeit in Jahren nach Berufszugehörigkeit .....	155
Abbildung 45: Anzahl der gesundheitlichen Einschränkungen bzw. Krankheiten nach Altersgruppen .....	156
Abbildung 46: Formen gesundheitlicher Einschränkungen nach ICD-10.....	157
Abbildung 47: Formen gesundheitlicher Einschränkungen nach Geschlecht .....	158
Abbildung 48: Formen gesundheitlicher Einschränkungen nach Beruf.....	159
Abbildung 49: Dauer der gesundheitlichen Einschränkungen nach Altersgruppen .....	160
Abbildung 50: Dauer der gesundheitlichen Einschränkungen nach Beruf .....	161
Abbildung 51: Gründe für den Verlust des Arbeitsplatzes nach Alter .....	180
Abbildung 52: Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit nach Alter.....	184
Abbildung 53: Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit nach Beruf.....	185
Abbildung 54: Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit nach Migrationshintergrund .....	186
Abbildung 55: Die vier Kostenträger und ihre Rehabilitationsmaßnahmen .....	193
Abbildung 56: Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation vom und/oder im BBRZ.....	204

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Arbeitsbedingte Einflussfaktoren auf die gesundheitliche Situation (logistisches Regressionsmodell).....	66
Tabelle 2: Einflussfaktoren auf die Erwerbstätigkeit (logistisches Regressionsmodell) .....	75
Tabelle 3: Zusammensetzung der befragten ExpertInnen.....	109
Tabelle 4: TeilnehmerInnen an der Fokusgruppe vom 28.09.2015 mit ExpertInnen .....	110
Tabelle 5: TeilnehmerInnen an der Fokusgruppe vom 04. September 2017 mit 14 ExpertInnen.....	111
Tabelle 6: Zusammensetzung der InterviewpartnerInnen nach Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund, Sprache und Staatsbürgerschaft .....	136
Tabelle 7: Zusammensetzung der InterviewpartnerInnen nach Familienstand und Wohnort.....	137
Tabelle 8: Höchste abgeschlossene Ausbildung der InterviewpartnerInnen nach Migrationshintergrund (MH) .....	139
Tabelle 9: Zusammensetzung der befragten Betriebe in Einzelinterviews oder innerhalb der Fokusgruppe .....	227



# 1 Management Summary

Die Studie geht der Frage nach, welche Faktoren eine Weiter-Beschäftigung von gesundheitlich eingeschränkten älteren Personen nach der gesundheitlichen und beruflichen Rehabilitation begünstigen, welche Barrieren bzw. Hindernisse sich auftun und ob ein Migrationshintergrund besondere Herausforderungen für den Einzelnen, die öffentliche Verwaltung und Versorgung, die Betriebe und die Gesellschaft mit sich bringt.

Antworten auf die obigen Fragen erleichtern einen gezielten Einsatz sowie die Weiterentwicklung von Unterstützungsstrukturen zum Wohle der Betroffenen, der involvierten institutionellen Akteure/innen im Rehabilitationsprozess, und der Betriebe. Erst im Zusammenwirken aller Akteure/innen können die Herausforderungen einer Verlängerung der Erwerbsintegration von gesundheitlich eingeschränkten älteren Personen in einer zunehmend digitalisierten Arbeitswelt gemeistert werden.

Um die komplexen Fragestellungen im Zusammenhang mit Migration, Arbeit, Gesundheit und Alter zu beantworten, kam ein komplexes Forschungsinstrumentarium zur Anwendung (Literaturanalyse, sekundärstatistische Analysen, Fokusgruppen mit Experten/innen, qualitative Einzelinterviews mit Experten/innen, qualitative Einzelinterviews mit gesundheitlich eingeschränkten Älteren mit und ohne Migrationshintergrund, Fokusgruppen mit Vertreter/innen von Betrieben, Fokusgruppe mit Experten/innen zur Ergebnisvalidierung). Diese Vorgangsweise erlaubt uns, handlungspolitisch relevante Schlussfolgerungen zu entwerfen.

## 1.1 Demografischer Hintergrund, Arbeit und Gesundheit

Die österreichische Erwerbsbevölkerung wird älter. Gleichzeitig haben der revolutionäre technologische Wandel, der verschärfte internationale Wettbewerb und neue Management-Formen Veränderungen in der Arbeitswelt ausgelöst, die ältere Arbeitskräfte besonders häufig gesundheitlich belasten, nicht zuletzt weil weitgehend verabsäumt wurde, ihre Qualifikationen an die neuen Gegebenheiten anzupassen.

Besonders hervorzuheben sind die besonderen Arbeitsbelastungen der ehemaligen Gastarbeiter/innen, ihr geringer Bildungsgrad (drei Viertel der älteren Migranten/innen sind Hilfsarbeiter/innen), der damit verbundene niedrige sozio-ökonomische Status, die starke Armutsgefährdung und ein hohes Maß an gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Aufgrund einer Kombination von Faktoren leiden Migranten/innen auch stärker unter psychischen Erkrankungen, etwa chronischen Angstzuständen oder Depressionen. Nicht zuletzt erschweren mangelnde Deutschkenntnisse und die an der Mehrheitsbevölkerung ausgerichtete Gesundheitsversorgung eine optimale Betreuung.

Die Erwerbschancen der älteren Arbeitskräfte sinken bei gesundheitlichen Einschränkungen rasant. Die Wieder-Eingliederung der gesundheitlich beeinträchtigten älteren Personen in den Arbeitsmarkt ist aber auch wegen dem bisherigen soziokulturellen Umgang mit Gesundheitsproblemen im Alter, die einen z.T. befristeten Früh-Austritt aus dem

Erwerbsleben begünstigten, eine besondere Herausforderung. Da es seit 1.1.2014 keine befristeten Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspensionen für Personen, die ab dem 1.1.1964 geboren wurden, gibt, steigt in diesem Alterssegment die Zahl der Arbeitslosen überdurchschnittlich stark an. Die veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen implizieren nicht nur ein institutionelles sondern auch ein gesellschaftliches Umdenken.

Die befristete Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspension wird durch ein System der medizinischen und beruflichen Rehabilitation ersetzt, wobei seit 1.1.2014 ein Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation besteht. Die wichtigsten Ursachen für eine medizinische Rehabilitation sind psychiatrische Erkrankungen (Frauen 62%, Männer 57% der Neuzugänge zur Rehabilitation), gefolgt von Krebserkrankungen (Frauen: 11,4%, Männer 6,8%), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Männer 8,8%, Frauen 3,8%) und Erkrankungen des Bewegungsapparats (Frauen 8,9%, Männer 9,9%).

Wer den erlernten Beruf aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben kann, jedoch in einem anderen Beruf arbeitsfähig wäre, kann eine Umschulung erhalten, die die gesundheitliche Situation berücksichtigt. Nur bei dauerhafter Invalidität oder Berufsunfähigkeit oder auch wenn eine berufliche Umschulung nicht zweckmäßig<sup>1</sup> und zumutbar<sup>2</sup> ist, wird eine Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension gewährt.

## **1.2 Experten/innen zu den strukturellen Rahmenbedingungen**

Die gesetzlichen Änderungen hatten Anpassungen in den Organisationsstrukturen und Funktionsweisen des Systems der Rehabilitation zur Folge. Mit dem Wegfall der befristeten Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension, damit verbunden auch dem Wegfall des Pensionsvorschusses, können sich Personen nicht mehr „durch eine Kette an Anträgen“ oder Klagen in der „Vor-Pension halten“.

Die gesundheitlich eingeschränkten Personen fallen nach einer medizinischen und beruflichen Rehabilitation wieder in die Zuständigkeit des Arbeitsmarktservice (AMS) zurück, was die Heterogenität der Arbeitslosen erhöhte. Vor allem der Anteil der besonders schwer vermittelbaren älteren Arbeitslosen stieg an, was eine Anhebung der Zahl der Reha-Berater/innen beim AMS auslöste.

Der Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation erweiterte den Handlungsspielraum der gesundheitlich eingeschränkten Personen, indem sie selbst einen Antrag auf freiwillige Rehabilitation stellen können. Jedoch gibt es trotz starker Ausweitung der Rehabilitationszentren und -betten oft längere Wartezeiten, insbesondere bei der Rehabilitation im psychischen Bereich.

---

<sup>1</sup> Die Umschulung muss den Zweck der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt erfüllen.

<sup>2</sup> Die Umschulung auf einen bestimmten Beruf muss den physischen und psychischen Neigungen und Eignungen, dem Gesundheitszustand und dem bisherigen Ausbildungsniveau der Person entsprechen.

Eine Verschränkung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation wäre sinnvoll, da eine lange Dauer der Abwesenheit vom Arbeitsmarkt eine spätere Wieder-Eingliederung erschwert. Eine größere räumliche Verfügbarkeit von ambulanten Rehabilitationszentren könnte die Kombination der beruflichen und medizinischen Rehabilitation erleichtern, ebenso die Vereinbarkeit mit privaten Verpflichtungen.

Die Qualität der medizinischen Rehabilitation ist in Österreich sehr hoch, jedoch sollten Maßnahmen der Arbeitsmarktintegration, etwa berufliche Beratungen, bereits während der medizinischen Rehabilitation einsetzen und individuelle Arbeitsmarkt-(Re)integrationsmaßnahmen berücksichtigen. Dies würde die Unterscheidung zwischen Umschulungsgeld und Rehabilitationsgeld zum Teil auflösen. Einige Einrichtungen setzen in diese Richtung bereits erste Schritte.

Da Hilfs- und Anlernkräfte keinen Berufsschutz haben gibt es für sie keinen (oder nur einen erschwerten) Zugang zur beruflichen Rehabilitation. Angesichts ihres im Schnitt geringen Bildungsgrades trifft dies vor allem Migranten/innen. Ihre Wiedereingliederung ins Erwerbsleben ist angesichts der schrumpfenden Nachfrage nach Hilfs- und Anlernarbeit kaum möglich. Aber auch Personen, die eine berufliche Rehabilitation durchlaufen, finden in dem neu erlernten Beruf nicht immer eine Arbeit. Die Wahrscheinlichkeit der Wiederbeschäftigung erhöht sich erst, wenn der neu erlernte Beruf im (regionalen) Arbeitsmarkt knapp ist (regionale Mangelberufe). Maßgeschneiderte Arbeitsplatznahe Ausbildungen (MAAB), die u.a. vom Beruflichen Bildungs- und Rehabilitationszentrum (BBRZ) angeboten werden, erhöhen die Chance auf Wieder-Eingliederung ins Erwerbsleben.

Das Sozialrechtsänderungsgesetz (SRÄG) 2012 regelt die institutionellen Zuständigkeiten; eine Zusammenarbeit an den Schnittstellen, insbesondere zwischen den Krankenversicherungsträgern, der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) und dem AMS, ist allerdings erforderlich. Darüber hinaus ist die Vernetzung mit den diversen Fachärzten/innen, Krankenhäusern, der PVA und auch den Trägereinrichtungen (wie z.B. pro mente) von Bedeutung. Das Schnittstellenmanagement ist also komplex und verläuft nicht immer reibungslos.

Besonders schwierig gestaltet sich die Zusammenarbeit mit den Betrieben, da sie zeitintensiv ist, und die Trägereinrichtungen mit den vorhandenen Ressourcen die Zeit oft nicht aufbringen können. Auch wenn Unternehmen bereit wären, Mitarbeiter/innen nach dem Krankenstand wieder in den Betrieb einzugliedern, verringert der mangelnde Informationsfluss zwischen Betreuung und Betrieben, insbesondere was die zu erwartende Dauer des Krankenstandes und das mögliche Arbeitsprofil im Anschluss daran betrifft, die Chance auf eine Wieder-Eingliederung. Häufig werden diesbezügliche Anfragen des Arbeitgebers als Kontrolle missverstanden.

Hier könnte die in Deutschland übliche Vorgangsweise Abhilfe schaffen, der zufolge Informationen über die zu erwartende Dauer und eventuelle vorübergehende oder dauerhafte Einschränkungen an den Betriebsarzt übermittelt werden. Damit kann das Unternehmen bereits vor der Wiederkehr der betreffenden Mitarbeiter/innen etwaige

notwendige Vorkehrungen treffen, die die Wiedereingliederung erleichtern. Zwar kann in Österreich die Kommunikation zwischen Arbeitnehmer/innen und Unternehmen von fit2work übernommen werden, was allerdings den Unternehmen oft nicht bewusst ist.

Eine weitere Handlungsoption ist die Einbindung des Hausarztes/der Hausärztin als Schnittstelle zwischen Unternehmen, Institutionen und Betroffenen. Dabei können den Hausärzten/innen mehrere Funktionen zukommen. Einerseits können sie die ersten Ansprechpartner/innen in medizinischen Angelegenheiten sein, andererseits können sie die Informationsquelle für weiterführende Maßnahmen sein. Das bedeutet allerdings, dass Hausärzte/innen stärker in das System der Rehabilitation eingebunden sind - etwa über eine stärkere Kooperation mit fit2work, und dass sie einen besseren Einblick in die Berufswelt und die damit verbundenen Anforderungen erhalten (Weiterbildungsbedarf).

Die Wieder-Eingliederung von gesundheitlich eingeschränkten älteren Arbeitskräften ins Erwerbsleben wird aber wohl nicht ohne ein Aufweichen des Modells der Vollzeit-Beschäftigung gehen, da die Leistungs- und Beschäftigungsfähigkeit auch nach der Rehabilitation meist nicht mehr im vollen Umfang gegeben ist. Daher ist den verschiedenen Formen von Teilzeitarbeit verbunden mit einer Transferleistung zum Erhalt der Lebensfähigkeit näher zu treten. Insbesondere für Personen mit chronischen gesundheitlichen Einschränkungen sind Kombilohnmodelle oder dauerhafte Förderungen ins Auge zu fassen, wenn man eine dauerhafte Wieder-Eingliederung ins Erwerbsleben anstrebt. Das macht Änderungen in den strukturellen Rahmenbedingungen erforderlich, nicht zuletzt auch eine Ausweitung der Beschäftigung im 2. oder einem zu entwickelnden 3. Arbeitsmarkt für die Zeit nach der Rehabilitation, teilweise auch bis zur Pension.

### **Herausforderung Migrationshintergrund**

Da Migranten/innen infolge ihres im Schnitt geringen Bildungsgrades bzw. der Beschäftigung unter dem im Ausland erworbenen Qualifikationsgrad nur selten Berufsschutz haben, können sie im Rahmen des Rehabilitationsverfahrens kaum eine berufliche Rehabilitation in Anspruch nehmen. Aber auch wenn sie einen Beruf mit Berufsschutz ausüben aber der deutschen Sprache nur rudimentär fähig sind, ist eine Umschulung selten möglich – nicht zuletzt weil geographisch leicht erreichbare Rehabilitationszentren oft nur deutschsprachige Angebote haben. Auch wenn eine berufliche Rehabilitation für höhere Kompetenzstufen in größeren Ballungszentren, ergänzt um spezifische Deutschkurse, genehmigt wird, sind die Aufwendungen für die Anreise oft zu hoch.

Personen mit Migrationshintergrund haben im Schnitt eine sehr hohe Arbeitsmotivation, zum Teil höher als Personen ohne Migrationshintergrund. Ihr Verständnis für die rechtlichen und institutionellen Rahmenbedingungen ist allerdings nicht immer vorhanden.

### **1.3 Ergebnisse qualitativer Einzelinterviews von Betroffenen**

Die Befragung von gesundheitlich eingeschränkten Personen im höheren Erwerbsalter stellt den Kern der Forschungsarbeit dar, wobei etwaigen Unterschieden zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund besonderes Augenmerk geschenkt wird. Im Zentrum der

Erhebung stehen die individuellen Perspektiven auf das weitere Leben sowie die Bedeutung und die Möglichkeit von Erwerbsarbeit. Insgesamt wurden 101 Personen (46 Frauen und 55 Männer) zwischen Juli 2016 und Februar 2017 interviewt. Davon waren 50 Personen Migranten/innen: 46 Personen Migranten/innen der ersten Generation, und zwar aus Regionen des früheren Jugoslawien und der Türkei (Gastarbeitergeneration), ebenso wie aus mittel-osteuropäischen Ländern, Afrika, Asien und Südamerika. Weitere vier Personen waren Migranten/innen der zweiten Generation.

Von den 101 Interviewpartner/innen haben 55 Personen ihre gesamte Ausbildung in Österreich absolviert, im Wesentlichen Personen ohne Migrationshintergrund. Die Bildungsstruktur entsprach der allgemeinen österreichischen Verteilung: Hilfsarbeitskräfte waren überdurchschnittlich häufig Migranten/innen, Personen in Handwerks- und verwandten Berufe überdurchschnittlich oft ohne Migrationshintergrund.

### **Ausbildung, Berufsschutz, Erwerbskarriere, Krankheit**

Obschon der Anteil der gering qualifizierten Arbeitskräfte unter Migranten/innen höher ist als unter Einheimischen, gibt es doch keine geringe Zahl, die unter dem im Ausland erworbenen Qualifikationsniveau in Österreich arbeitet. Damit hat auch diese Gruppe keinen Berufsschutz, und in der Folge keinen Anspruch auf berufliche Rehabilitation. Aber auch instabile Erwerbskarrieren mit häufigen Arbeitsplatzwechseln und Arbeitslosigkeitsepisoden können für die Zuerkennung eines Berufsschutzes ein Problem darstellen.

Ähnlich wie in der Gesamtwirtschaft hatte ein relativ hoher Anteil der Befragten (17% gegenüber 19% in der Gesamtwirtschaft) unregelmäßige Arbeitszeiten und ein hohes Maß an Überstunden. Diese Kombination kann, wenn über eine längere Zeit ausgeübt, zu psychischen und körperlichen Belastungen führen, die auch das Privatleben beeinträchtigen. Hilfsarbeitskräfte und Dienstleistungsberufe sind besonders stark betroffen.

Ein Großteil der Befragten hatte Mehrfacherkrankungen, die mit dem Alter an Bedeutung gewannen. Die meisten Krankheitsnennungen entfielen auf den Muskel-Skelett-Bereich, gefolgt von psychischen Erkrankungen. Migranten/innen hatten häufiger psychische und Verhaltensstörungen und weniger oft Krankheiten des Kreislaufsystems. Bediener/innen von Anlagen und Maschinen sowie Personen in Montageberufen hatten am häufigsten Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, dicht gefolgt von Personen in Dienstleistungsberufen und Verkäufer/innen; während Führungskräfte und Personen in akademischen Berufen überproportional stark unter psychischen und Verhaltensstörungen leiden. Innerhalb der Stichprobe sind vor allem Hilfsarbeitskräfte von längerfristigen Erkrankungen betroffen. Chronische Erkrankungen wie Bluthochdruck oder Diabetes treten bei höherem Bildungsniveau seltener auf.

Ein Großteil der befragten Personen nannte als Ursache für die gesundheitlichen Einschränkungen langfristige Belastungen in der Arbeit (62,6% aller Nennungen). Aber auch Arbeits- und Freizeitunfälle sowie familiäre Belastungen (Scheidung; Todesfälle in der Familie) konnten krankheitsauslösend sein. Traumatisierungen und damit verbundene (Folge-)Krankheiten betrafen im Wesentlichen Migranten/innen.

Oftmals wird den Interviewpartnern/innen erst im Laufe der medizinischen Rehabilitation oder während des Krankenstands bewusst, dass sie den bisherigen Beruf nicht mehr ausüben werden können. Die Arbeitsmotivation bleibt aber weiterhin sehr hoch, zum Teil aus finanziellen Gründen, zum Teil weil die Arbeit ein wichtiges soziales Umfeld darstellt und mit Status verbunden ist.

Wartezeiten auf Termine bei Fachärzten/innen oder für Operationen sind oft lang und können Folgeerkrankungen, zumindest aber psychische Belastungen bewirken. Auch können kontrollärztliche Untersuchungen bei langer Dauer der Krankheit als Unterstützung gesehen werden oder als bürokratische Hürde empfunden werden. Letzteres vor allem dann, wenn die Befunde der Fach- bzw. Hausärzte/innen nicht berücksichtigt werden.

Eine verzögerte Auszahlung von Geldleistungen führt nicht nur zu finanziellen Belastungen, da es zu einem Zahlungsverzug bei gleichbleibenden Lebenshaltungskosten kommen kann, sondern auch zu psychischen Belastungen. Diese werden durch zum Teil widersprüchliche Informationen der verschiedenen Institutionen verstärkt und ein Gefühl des ‚Herumgereicht-werdens‘ macht sich breit. Besonders problematisch wird die Lage, wenn nach 52 Wochen der Anspruch auf Krankengeld ausgeschöpft und die betreffenden Personen ausgesteuert werden<sup>3</sup>. Die Maximaldauer des Bezugs von Krankengeld reicht oft für eine Genesung nicht aus, insbesondere im Fall von psychischen Erkrankungen. Häufig wird hier ein frühzeitiger Antrag auf Rehabilitation oder Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension von der Krankenkasse empfohlen.

Vor allem bei Personen mit Migrationshintergrund kommt es im Zuge der Beurteilung des Berufsschutzes immer wieder zu Komplikationen und langwierigen Prozessen. Wird der Antrag auf Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension oder der Antrag auf Rehabilitation abgelehnt oder der Antrag nicht gestellt und der Anspruch auf Krankengeld ist ausgeschöpft, gilt die Person als ‚arbeitsfähig‘ und fällt in die Zuständigkeit des AMS – ohne viel Hoffnung auf eine mögliche Beschäftigung.

Die besondere Vulnerabilität gesundheitlich eingeschränkter älterer Erwerbspersonen wird daraus ersichtlich, dass lediglich neun der 101 interviewten Personen (noch) in einem aufrechten Dienstverhältnis standen. Migranten/innen sind besonders häufig ohne Job und ohne Jobaussicht.

Die Selbsteinschätzung bezüglich einer möglichen Beschäftigungsfähigkeit ist sehr hoch: Rund 71% aller Interviewpartner/innen schätzen sich als arbeitsfähig ein, wenn sie ihr Beschäftigungsmaß reduzieren könnten und/oder in einem anderen Arbeits-/Berufsfeld tätig sein könnten. Große Sorge bereiten den Personen allerdings die mit einer Teilzeitarbeit verbundenen finanziellen Konsequenzen.

---

<sup>3</sup> „Aussteuerung“ = Wenn die Dauer des Krankengeldbezugs das Höchstmaß erreicht hat. Hier endet meist auch die Krankenversicherung  
(<https://www.noegkk.at/portal27/noegkkportal/content?contentid=10007.702563&viewmode=content>)

Der stationäre Aufenthalt in einem Rehabilitationszentrum wurde durchwegs positiv bewertet (physische Rehabilitation: 63 Nennungen; psychische Rehabilitation: 30 Nennungen; Kur: 4 Nennungen), ebenso andere Therapieformen (Schmerztherapien, Chemotherapien, physikalische Therapien und/oder die Teilnahme an Selbsthilfegruppen), die oft zeitgleich und in Abstimmung zueinander durchlaufen wurden.

Die befragten Migranten/innen haben häufiger eine medizinische Rehabilitation aufgrund von physischen Einschränkungen durchlaufen im Gegensatz zu Einheimischen, die eher psychische bzw. psychiatrische Rehabilitationen in Anspruch genommen haben.

Die Wartezeit auf den Bescheid, ob ein Arbeitstraining, eine Umschulung oder eine andere Maßnahme der beruflichen Umschulung gewährt wird, ist unterschiedlich lang. Jedoch wird das Ansuchen um berufliche Rehabilitation generell als schwierig empfunden, da meist nur eine Erkrankung bzw. gesundheitliche Einschränkung wesentlich für die Antragstellung ist, obschon die meisten mehrere gesundheitliche Einschränkungen vorzuweisen hatten. Teilweise wird mit der Berufsfindungsphase bereits begonnen, bevor der Bescheid über die Finanzierung der Rehabilitation von der PVA eingegangen ist. Zwar springt bei Nichtfinanzierung durch die PVA das AMS ein, allerdings zu geringeren Bezügen für die Betroffenen.

Viele Interviewpartner/innen wünschen sich einen Beruf, der mit dem ursprünglich erlernten verwandt ist, was allerdings meist nicht möglich ist. Häufig steht am Beginn der Umschulung ein Arbeitstraining. In den Arbeitstrainingszentren werden unterschiedliche Berufsfelder angesprochen, um das Möglichkeitsspektrum abzutasten. Trotz (vorangegangener) medizinischer Rehabilitation spielen gesundheitliche Einschränkungen auch während der beruflichen Rehabilitation eine Rolle. Bei Migranten/innen kommen oftmals auch sprachliche Probleme hinzu. Mangelnde Deutschkenntnisse und/oder gesundheitliche Einschränkungen können daher Ursache für Ausbildungsabbrüche sein.

Ein Verbesserungsbedarf wird einerseits bei arbeitsmarktpolitischen Unterstützungsstrukturen gesehen, andererseits bei Betrieben und ihrer Firmenpolitik. Die Betroffenen erkennen, dass das größte Problem in der geringen Bereitschaft der Betriebe zur Wieder-Eingliederung liegt und in der Unterschätzung der weiterhin vorhandenen Fähigkeiten und Erfahrungen der älteren gesundheitlich eingeschränkten Arbeitskräfte. Die befragten Personen haben während der beruflichen Rehabilitation überwiegend positiv in die Zukunft geblickt, konnten aber nach Abschluss der Rehabilitation meist keinen Job finden, was sie sehr belastete.

#### **1.4 Erkenntnisse aus Betriebsbefragungen**

Zwischen Juli und September 2017 wurden 17 Unternehmensvertretungen im Rahmen von Einzelinterviews und einer Fokusgruppe befragt. Dabei wurde auf die unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen bei der Beschäftigung nach Alter, Geschlecht und interkulturellem Mix geachtet. Aber auch der Betriebsstandort war ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal. Während Betriebe berichteten, dass sie aufgrund des Standorts kaum Migranten/innen als

Arbeitskräfte erreichten, hatten andere einen überproportionalen Anteil an Migranten/innen.

Betriebe schätzten ältere Mitarbeiter/innen aufgrund des hohen betriebspezifischen Wissens, verwiesen allerdings auch auf eine Verringerung der Leistungsfähigkeit im Alter. Manche Betriebe setzen ältere Arbeitnehmer/innen als Mentoren/innen für Neueinstellungen von Mitarbeiter/innen ein. Großteils ist eine lange Beschäftigungsdauer der Mitarbeiter/innen erwünscht und damit eine geringe Fluktuation.

Eine kulturelle Diversität wird nicht immer als positiv bewertet, da damit spezifische Herausforderungen Hand in Hand gehen, denen nicht ohne bestimmte Ressourcen zu begegnen ist. Die Herausforderungen werden einerseits in der religiösen Zugehörigkeit gesehen, andererseits in der Kommunikationsfähigkeit, die sprachliche und kulturelle Dimensionen hat. Bezüglich der Religion beeinträchtigt die Fastenzeit im Ramadan die körperliche Fitness, was eine gegenseitige Rücksichtnahme erforderlich macht. Wenn die gegeben ist, kann es eine besonders hohe Loyalität der Migranten/innen bewirken. Während die Herkunft und Religion unter bestimmten Bedingungen kaum als Hindernis für eine Beschäftigung angeführt wurden, war es die Nicht-Beherrschung der deutschen Sprache sehr wohl. Kenntnisse der deutschen Sprache waren für alle befragten Betriebe wichtig. Wie hoch die Sprachkompetenz sein sollte, hing allerdings von der jeweiligen Branche und Arbeitstätigkeit ab. Dabei standen einerseits die Kommunikation mit den Mitarbeitern/innen und Kunden/innen im Vordergrund, andererseits die Arbeitssicherheit.

Geschätzt wird an älteren Arbeitskräften vor allem ihre Arbeitsmotivation. Da ältere Arbeitskräfte bei einer Erkrankung längere Erholungsphasen benötigen, ist eine betriebliche Gesundheitsvorsorge/-förderung (BGF) vor allem für Ältere allerdings von großer Bedeutung.

Im Zusammenwirken mehrerer Faktoren sind die Chancen für die Wieder-Beschäftigung älterer Arbeitskräfte gering (eingeschränkte Leistungsfähigkeit, Höhe der Gehälter aufgrund von Senioritätsregelungen im Fall von Fachkräften, gesundheitliche Einschränkungen). Während eine höhere Qualifikation eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit kompensieren kann, gilt das für Hilfsarbeits-Tätigkeiten nicht. Daher waren die befragten Betriebe bei Facharbeitern/innen eher geneigt, aufgrund von Qualifikationen und Erfahrungen über gesundheitliche Einschränkungen hinwegzusehen – vor allem wenn ein Fachkräftemangel in der jeweiligen Branche gegeben ist. Jedoch könnten gesundheitliche Einschränkungen und fehlende Qualifikationen durch ein hohes Maß an Flexibilität und Arbeitsmotivation kompensiert werden, so die Meinung der Betriebe. Offensichtlich ist, dass Betrieben aus der Beschäftigung älterer, gesundheitlich eingeschränkter Arbeitskräfte keine hohen Zusatzbelastungen im Vergleich zu jungen Arbeitskräften entstehen dürfen.

Die befragten Unternehmen sahen in den unterschiedlichen Maßnahmen der BGF einen wichtigen Beitrag zur Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit und der Mitarbeiterzufriedenheit, obschon die Bereitschaft der Mitarbeiter/innen bei der Inanspruchnahme der Angebote gering war. Dafür wurden Deutschkurse von



Migranten/innen gerne und gut besucht. So gesehen können Projekte und Veranstaltungen, die sich indirekt positiv auf die Gesundheit auswirken, oft bessere Erfolge erzielen als spezifische Gesundheitsförderungsprogramme.

Um die Chance der Wieder-Beschäftigung älterer Arbeitskräfte nach einer längerfristigen krankheitsbedingten Absenz zu erhöhen, spielen eine wechselseitige Kommunikation während des Krankenstandes eine Schlüsselrolle. Im Krankenstand wünschen sich die Unternehmen Informationen, die sich weniger auf die Art der Krankheit, sondern vielmehr auf Informationen zur Dauer des Krankenstandes und die Wiedereinstiegsperspektiven zur besseren Planbarkeit beziehen. Dabei spielt das Alter eine wichtige Rolle, und damit im Zusammenhang die tatsächliche Leistungsfähigkeit und die Gehaltsansprüche. Dabei sind Teilzeit-Beschäftigungen denkbar, allerdings nicht in allen Branchen (etwa nicht in der Baubranche mit wechselnden Arbeitsorten). Auch in Schichtbetrieben sind Teilzeitmodelle schwierig umzusetzen. Ansonsten haben Unternehmen keine Bedenken gegenüber Teilzeitbeschäftigungsmodellen, so dass die Leistungsfähigkeit der Betroffenen nahelegt.

Auch Förderungen wie die Eingliederungsbeihilfe können die Beschäftigungschancen von gesundheitlich eingeschränkten älteren Arbeitskräften begünstigen. Dennoch wiesen die Betriebe darauf hin, dass Förderungen allein für die Entscheidung nicht ausschlaggebend sind. Unterschiedliche andere Faktoren spielen oft eine viel wichtigere Rolle, so etwa die voraussichtliche Dauer bis zum Pensionsantritt, die Einschulungsdauer, die Qualifikationen, die ältere Arbeitnehmer/innen mitbringen sowie die Gehaltsvorstellungen. Da die Dienstjahre von älteren Arbeitnehmer/innen – kollektivvertraglich – anzurechnen sind, entscheiden sich Unternehmen oft gegen ältere Arbeitskräfte, insbesondere wenn sie gesundheitlich eingeschränkt sind.

Die meisten befragten Betriebe sehen einen großen Informationsbedarf bei Förderungen und gesetzlichen Rahmenbedingungen. Derzeit sei ein zu hoher Aufwand mit der Beantragung und/oder Informationsbeschaffung verbunden, sodass die Bereitschaft der Unternehmen zur Inanspruchnahme von Förderungen gering ist.

Unternehmen, die bereits seit mehreren Jahren im Rahmen der beruflichen Rehabilitation Teilnehmer/innen als Praktikant/innen aufnahmen und nach der Ausbildung in reguläre Arbeitsverhältnisse übernahmen, kritisierten das schmale Spektrum der Berufswahlmöglichkeiten der beruflichen Rehabilitation. Das wäre ein wesentlicher Grund für die geringen Weiter-Beschäftigungsmöglichkeiten nach einer durchlaufenen Rehabilitation. Sie sahen aber auch eine Bringschuld der Unternehmen, die ihren Bedarf an Berufen und Qualifikationen mitteilen sollten und gezielt, etwa über Praktika, die Umschulungen unterstützen sollten. Die Betriebe sahen in der langen Kennenlernphase, die Praktika ermöglichen, eine große Chance für eine adäquate und nachhaltige Beschäftigung im eigenen Unternehmen nach der beruflichen Rehabilitation.

Die hohe Arbeitsmotivation älterer Arbeitnehmer/innen mit gesundheitlichen Einschränkungen, die eine Umschulung besuchen, konnte in der Betriebsbefragung bestätigt werden.

## **1.5 Zusammenfassende handlungspolitische Schlussfolgerungen**

Die Förderung der Beschäftigung gesundheitlich eingeschränkter (älterer) Personen (mit Migrationshintergrund) muss auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen:

1. gesellschaftspolitische Kommunikationsstrategien zur Wertschätzung älterer Arbeitskräfte, insbesondere auch wenn sie gesundheitlich eingeschränkt sind;
2. Aktivierungsmaßnahmen, die zum Regelinstrumentarium des Arbeitsmarktes gehören.

Aspekte wie Geschlecht, Migrationshintergrund oder regionale Arbeitsmarktcharakteristika wirken oftmals verstärkend, d.h. Problemlagen sind stark intersektionell geprägt. Daher sind zielgruppenspezifische Maßnahmen in unterschiedlichen Kombinationen vorzusehen, nicht zuletzt weil Arbeitsunfähigkeit kein absolutes sondern ein relatives Phänomen ist. Der Grad der Arbeitsunfähigkeit hängt immer auch von den konkreten Arbeitsanforderungen ab. Das bedeutet, dass Arbeitskräfte mit gesundheitlichen Einschränkungen stets auch teilweise arbeitsfähig sind. Der Fokus ist daher im Sinne der Resilienzforschung auf die verbleibende Arbeitsfähigkeit und nicht die bestehende Arbeitsunfähigkeit zu richten.

### **Teil-Erwerbsminderung/ Teil-Arbeitsfähigkeit und Flexibilität von Zuverdienstgrenzen**

Die Ergebnisse verdeutlichen, wie wichtig die Anerkennung von teilweiser Erwerbsminderungen bzw. teilweiser Arbeitsfähigkeit ist. Dies bedeutet, dass es verschiedene Kombinationsmöglichkeiten von Ausgleichszahlungen für eingeschränkte Erwerbsfähigkeit und eigenständigem Erwerbseinkommen geben muss. Angesichts der Vielfalt der Erwerbsbiografien können Anreiz- und Motivationsmechanismen in ihrer Wirkung und Akzeptanz unterschiedlich sein. Um den individuellen Problem- und Motivationslagen Rechnung zu tragen, ist ein hohes Maß an Flexibilität im Umgang mit gesundheitlichen Einschränkungen älterer Arbeitskräfte und ihrer Wieder-Beschäftigung angebracht. Diese kann durch unterschiedliche Kombinationsmöglichkeiten von Ersatz- und Unterstützungsleistungen bei (teilweise) eingeschränkter Erwerbsfähigkeit und (Teilzeit-) Beschäftigung realisiert werden. So können verschiedene Teil(zeit)-Beschäftigungsmodelle, in denen das Erwerbseinkommen um Teiltransferzahlungen (Leistung aus der Sozial-, Arbeitslosen- oder Krankenversicherung) bis zu einer bestimmten Höchsteinkommengrenze ergänzt wird, eingesetzt werden; ebenso können verschiedene Formen der Lohnsubvention, die der geringeren Arbeitsproduktivität dieser Personengruppe Rechnung tragen, implementiert bzw. ausgebaut werden. Sie erlauben eine stufenweise Wiedereingliederung ins Erwerbsleben, die sich an den Fähigkeiten und Bedürfnissen der älteren gesundheitlich eingeschränkten Personen orientiert.

## **Koordination eines Wiedereingliederungsmanagements auf betrieblicher und struktureller Ebene**

Im Umgang mit gesundheitlich beeinträchtigten Arbeitskräften ist, dem Gedanken des "Disability Managements" folgend, auch den Arbeitsplätzen besonderes Augenmerk zu schenken. Erfolgreiches Eingliederungsmanagement bedarf einer Drehscheibe bzw. Koordinationsstelle, die den Wiedereingliederungsprozess von gesundheitlich eingeschränkten älteren Personen ins Erwerbsleben koordiniert, insbesondere die Zusammenarbeit zwischen den Stakeholdern, in der Regel der Pensions- und Krankenversicherung, des AMS und der Gesundheitsdienstleister, mit den Betroffenen. Gleichzeitig ist es aber auch auf betrieblicher Ebene wichtig, Wiedereingliederungs- oder Disability Management strukturell zu verankern und koordiniert umzusetzen. Hier sind konkrete Anreize für die Betriebe zu setzen, wobei aber Qualitäts- und Prozessvorgaben eine Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung darstellen.

## **Informationskompetenz, Maßnahmenbündelung, Beratungsleistungen**

Österreich hat eine Vielzahl von Unterstützungsmaßnahmen für gesundheitlich eingeschränkte (ältere) Arbeitskräfte. Diese reichen von unterschiedlichen finanziellen Anreiz- und Unterstützungsangeboten (sowohl für Betroffene, wie auch Betriebe), über Qualifizierungs- und Weiterbildungsangebote oder psychosoziale Angebote bis hin zu stationären Rehabilitationsmöglichkeiten. Die Breite und Tiefe der Angebotslandschaft kann jedoch von einzelnen Institutionen bzw. Beratungseinrichtungen nicht überblickt werden. Daher ist es von zentraler Bedeutung, Informationen über die unterschiedlichen Maßnahmen für verschiedene Zielgruppen zu bündeln und über Plattformen sichtbar zu machen. Dies ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass Beratungsleistungen für Betroffene ebenso wie für Betriebe angenommen und umgesetzt werden.

## **Innerbetriebliche Rehabilitationsformen**

Als wesentliches Erfolgskriterium der beruflichen Rehabilitation hat sich eine enge unternehmens- bzw. betriebsnahe Ausbildung erwiesen. Derzeit erfolgt die Anbindung der beruflichen Rehabilitation an Unternehmen bzw. Betriebe im Rahmen von Praktika. Der so aufgebaute Kontakt zum Betrieb stellt in vielen Fällen die Grundlage für eine spätere Übernahme dar. Eine mögliche Weiterentwicklung des Konzepts können Formen der innerbetrieblichen beruflichen Rehabilitation darstellen, in denen die berufliche Rehabilitation als eine Art Lehre organisiert wird und die Aus- bzw. Weiterbildungen im Betrieb erfolgen. Dies hätte den Vorteil, dass der Betrieb auf die jeweiligen spezifischen Anforderungen maßgeschneidert ausbilden kann.

Diese Überlegungen können auch als präventive Maßnahmen eingesetzt werden, damit eine reduzierte Arbeitsfähigkeit infolge von Krankheit nicht zum Jobverlust führt. Auch eine Kombination aus Bildungskarenz und beruflicher Rehabilitation wäre ein mögliches Modell.

### **Verschränkung von Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation**

Eine Verschränkung von Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation begünstigt nicht nur den Genesungsprozess sondern auch die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben. Dies bedeutet, dass unterschiedliche – auch niederschwellige – Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation bzw. Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt bereits sehr früh im Genesungsprozess eingeplant werden. Damit sollen möglichst frühzeitig berufliche Betätigungsfelder, die trotz der gesundheitlichen Problematik ausgeübt werden können, aufgezeigt und rasch verfolgt werden. Umgekehrt wirkt eine frühzeitige Auseinandersetzung mit Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation stabilisierend und kann so den Genesungsprozess beschleunigen, was wiederum vor allem bei psychischen Erkrankungen von Bedeutung ist. Unterschiedliche Möglichkeiten der Verschränkung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation befinden sich derzeit in Diskussion und Pilotierung.

### **Mehrsprachige Angebote und Berücksichtigung der transkulturellen Kompetenz**

Im Kontext zielgruppenspezifischer Maßnahmen spielen mehrsprachige sowie transkulturelle Angebote eine besondere Rolle, denn die wechselseitige Verständigung ist eine zentrale Voraussetzung für den Erfolg sowohl medizinischer als auch beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen. Dabei spielen spezifische Deutschkurse (Fachvokabular als Vorbereitung für eine berufliche Rehabilitation) eine besondere Rolle. Wichtig ist, dass nicht nur sprachliche Aspekte berücksichtigt werden, sondern auch transkulturelle, da durch den Einsatz transkultureller Ansätze auch kulturspezifischen Besonderheiten in Bezug auf die Erklärungszusammenhänge von Gesundheit und Krankheit Rechnung getragen werden kann.

### **Aufweichung der Bedeutung des Berufsschutzes**

Die Ergebnisse haben gezeigt, dass die Voraussetzung des Berufsschutzes für Migranten/innen eine Hürde beim Zugang zu Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation darstellt. Migranten/innen, die nicht die nötigen Beschäftigungszeiten in Österreich nachweisen können oder (dequalifiziert) in Hilfsarbeitstätigkeiten beschäftigt waren, sind aufgrund des Fehlens eines Berufsschutzes von bestimmten Leistungen des Rehabilitationssystems ausgeschlossen. Eine Aufweichung der Regelungen zum Berufsschutz würde für Migranten/innen eine wesentliche Erleichterung darstellen. Aber nicht nur Migranten/innen sondern alle Personengruppen, die aus verschiedenen Gründen keine „normale“ Erwerbsbiografie aufweisen, könnten von einer derartigen Aufweichung profitieren.

## 2 Einleitung

Die optimale gesundheitliche Versorgung und Betreuung einer alternden Gesellschaft wird zunehmend zu einer Herausforderung für die Wirtschaft und die staatlichen Versorgungseinrichtungen. Ein Grund dafür liegt in der Verringerung der Produktivkraft der älteren Arbeitskräfte, insbesondere der gering qualifizierten in körperlich anspruchsvollen Tätigkeiten (OECD 2005, 2010), ein anderer in der Steigerung der Kosten, die einerseits aus der Alterung der Bevölkerung resultiert (quantitativer Effekt), andererseits aus der zunehmenden Vielfalt der Bevölkerung (qualitativer Effekt). Insbesondere aus letzterem Grund wird eine am Individuum ausgerichtete Versorgung immer schwieriger, da gesundheitliche Aspekte auch aus dem sozio-ökonomischen und ethnisch-kulturellen Hintergrund des Einzelnen zu beleuchten, zu verstehen und in der Folge zu berücksichtigen sind.

Eine der Herausforderungen in dem Zusammenhang ist die Weiterbeschäftigung von älteren Arbeitskräften, die infolge von gesundheitlichen Problemen eine eingeschränkte Erwerbsfähigkeit haben. Daher hat Österreich bereits flächendeckende Maßnahmen gesetzt, die das Ziel verfolgen, die Beschäftigungsfähigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen zu erhöhen. So wurde etwa in Österreich im Jahr 2009, zunächst als Pilotprojekt und in der Folge ab 2010 als Regelinstrument, die Gesundheitsstraße in Kooperation zwischen Pensionsversicherungsanstalt (PVA) und Arbeitsmarktservice (AMS) als Diagnoseinstrument eingeführt, mit dem Ziel, die Arbeitsunfähigkeit von älteren Arbeitskräften abzuklären. (Hausegger et al. 2012) Ab 2011 wurden Beratungsstellen unter dem Titel *fit2work* eröffnet, die die Weiterbeschäftigungschancen der Menschen mit gesundheitlichen Problemen auf dem Arbeitsplatz fördern sollen<sup>4</sup>. *fit2work* wendet sich mit Unterstützungsangeboten an ArbeiterInnen und Angestellte, die gesundheitliche Probleme haben, ebenso wie an Betriebe, die im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung aktiv werden wollen. Im Jahr 2013 wurde das Programm „Reife Leistung (Come-Back-Plus)“ eingeführt, das über Eingliederungsbeihilfen älteren Arbeitslosen und gesundheitlich eingeschränkten Menschen den Weg in die Beschäftigung erleichtern soll<sup>5</sup>. Darüber hinaus wird arbeitslosen und gesundheitlich eingeschränkten Personen, ab 45 bei Frauen und 50 bei Männern, im Rahmen des Programms „Reife Leistung“ ein Arbeitsplatz-Coach zugeteilt, der zur Sicherung einer nachhaltigen Beschäftigung beitragen soll. Für die Beschäftigung dieser Personengruppe werden Unternehmen vom AMS bis zu einem Jahr lang die Hälfte der Lohnkosten und Lohnnebenkosten ersetzt, Non-Profit-Unternehmen erhalten zwei Drittel. Darüber hinaus wird im Regierungsprogramm 2013 der Beschäftigungssicherung älterer Arbeitskräfte besonderes Augenmerk geschenkt (BKA 2013: S. 11).

---

<sup>4</sup> Mehr dazu auf der website <http://www.fit2work.at/home/> und bei Egger-Subotitsch und Stark (2013), Egger-Subotitsch et al (2012).

<sup>5</sup> Mehr dazu auf der website: [http://www.ams.at/ueber\\_ams/14169\\_27852.html](http://www.ams.at/ueber_ams/14169_27852.html)

Diese Maßnahmen sind erste Schritte in die richtige Richtung, sie reichen aber nicht aus, um den bevorstehenden Herausforderungen gerecht zu werden, denn gleichzeitig soll die im internationalen Vergleich niedrige Erwerbsbeteiligung älterer Arbeitskräfte in Österreich kontinuierlich angehoben werden. Vor diesem Hintergrund wurde das Sozialrechts-Änderungsgesetz 2012 (78. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz und Änderung des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977) (SRÄG 2012) eingeführt, das mit 1.1.2014 in Kraft getreten ist. Durch dieses Gesetz wird die Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspension für Personen, die nach dem 1.1.1964 geboren wurden (also Personen, die im Jahr 2017 53 Jahre oder jünger sind), neu geregelt. Eine befristete Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension wird für diese Altersgruppe abgeschafft. Als Ersatz dafür wurde in der Krankenversicherung das Rehabilitationsgeld, das während einer medizinischen Rehabilitation gewährt wird, eingeführt und in der Arbeitslosenversicherung das Umschulungsgeld, das während einer beruflichen Rehabilitation ausbezahlt wird. Außerdem wurde ein Rechtsanspruch auf Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation geschaffen. Das bedeutet, ein Pensionsanspruch soll in Zukunft nur dann bestehen, wenn Versicherte nicht medizinisch oder beruflich rehabilitiert werden können. (PVA 2017<sup>6</sup>)

In der Reform der Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension wird von dem bisherigen Berufsschutzkonzept abgegangen und auf eine berufliche Rehabilitation (gesundheitliche Rehabilitation verbunden mit beruflicher Umschulung) und damit auf einen Qualifikationsschutz umgestiegen. (BKA 2013) Diese Reform war nicht zuletzt auch eine Folge der ungebrochen hohen Zahlen an Erwerbsunfähigkeits- und Invaliditätspensionen in Österreich. Diese Entwicklung steht in krassem Gegensatz zu anderen EU-Ländern, die die Erwerbsbeteiligung älterer Arbeitskräfte, meist ausgehend von einem höheren Niveau als in Österreich, weiter kontinuierlich anheben konnten. (OECD 2015a) Zwar kann man auch in Österreich seit dem Wirksamwerden der Reform eine Verringerung der Erstanträge auf Berufsunfähigkeitspensionen (für Angestellte gem. § 271 ASVG) und Invaliditätspensionen (für ArbeiterInnen gem. § 254 ASVG) verzeichnen (von 56.900 2013 auf 47.100 2014, -9.800 oder -17%), jedoch steigt auch die Zahl der arbeitslosen älteren gesundheitlich eingeschränkten Arbeitskräfte seither merklich an. Damit erhöht sich zwar die Erwerbsquote, jedoch sind die finanziellen Belastungen für die Wirtschaft infolge der hohen Lohnnebenkosten, aus denen die Arbeitslosenunterstützung finanziert wird, gestiegen.

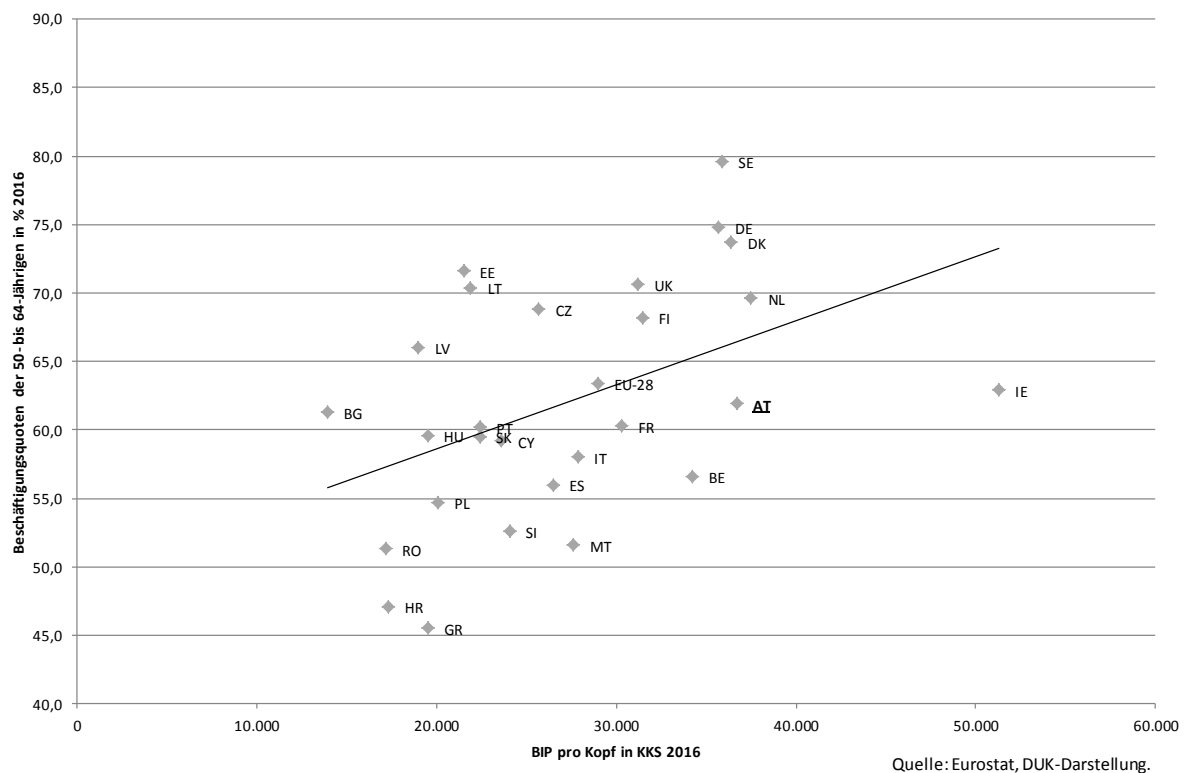
Trotz aller Bemühungen sind die Beschäftigungsquoten der 50 bis 64-Jährigen in Österreich im Vergleich zur EU weiterhin unterdurchschnittlich, wie aus nachfolgender Abbildung 1 und Abbildung 2 ersichtlich ist. In Abbildung 1 wird die Wirtschaftsleistung, kaufkraftbereinigt (BIP pro Kopf, KKS), der Beschäftigungsquote der 50- bis 64-Jährigen gegenübergestellt. Es zeigt sich, dass die Beschäftigungsquoten der Älteren tendenziell mit der Wirtschaftskraft eines Landes steigen. Österreich liegt was die kaufkraftbereinigte Wertschöpfung pro Kopf

---

<sup>6</sup> <http://www.pensionsversicherung.at/portal27/pvportal/content?contentid=10007.707563&viewmode=content>, zuletzt abgerufen am 11.7.2017.

anbelangt in der Europäischen Union hinter Luxemburg, Irland und den Niederlanden an vierter Stelle, direkt gefolgt von Dänemark, Schweden und Deutschland. Die Erwerbstätigenquote der 50- bis 64-Jährigen ist allerdings mit 61,9% deutlich niedriger als in Schweden (79,6%), Deutschland (74,8%) Dänemark (73,7%) sowie den Niederlanden (69,6%) und leicht unter dem irischen Wert von 62,9%. Die Beschäftigungsquote der 50- bis 64-jährigen Bevölkerung liegt in Österreich unter dem Schnitt der EU-28 (63,4%). Merklich geringer ist die Erwerbseinbindung älterer Personen nur in den süd- und osteuropäischen EU-Mitgliedstaaten sowie Belgien und Luxemburg.

**Abbildung 1: Beschäftigungsquoten der 50 bis 64-jährigen und BIP/Kopf in KKS in der EU, 2016<sup>7</sup>**

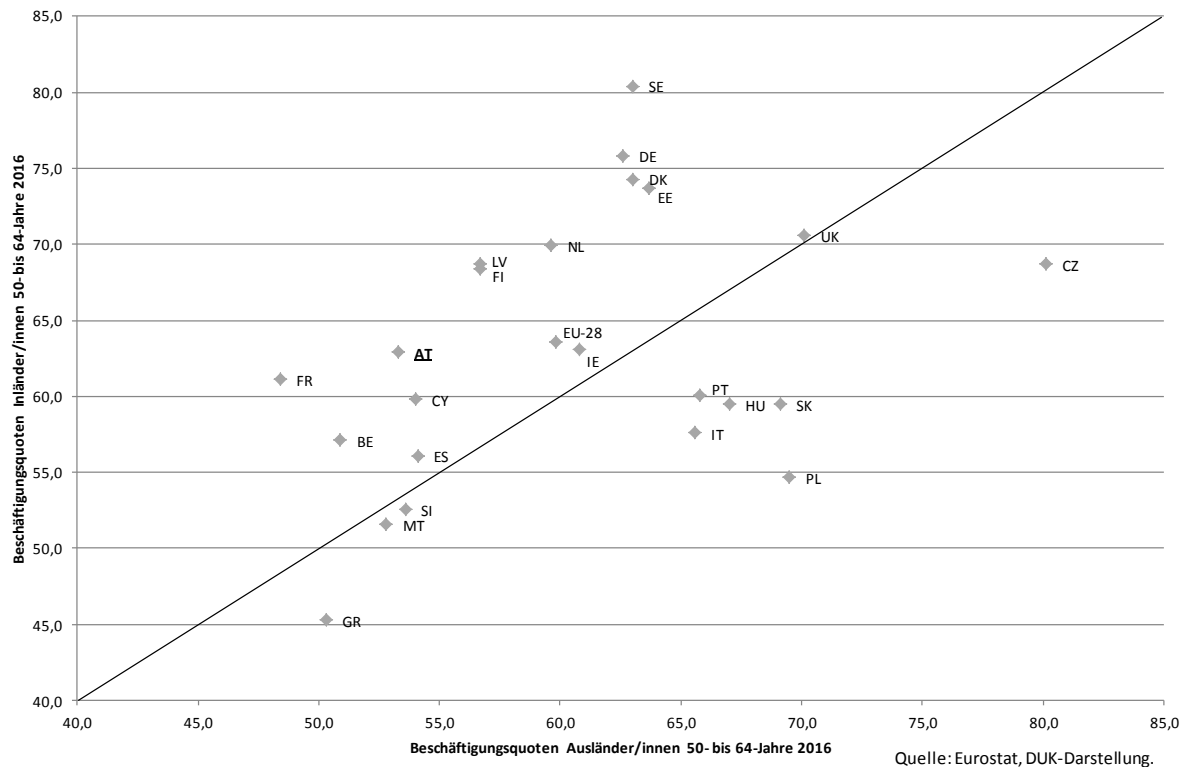


Quelle: Eurostat, DUK-Darstellung.

Die Beschäftigungsquoten unterscheiden sich zwischen älteren In- und AusländernInnen in den meisten Europäischen Ländern stark, wobei InländerInnen meist eine höhere Erwerbseinbindung aufweisen. Eine Ausnahme ist Großbritannien, wo es kaum einen Unterschied gibt. (Abbildung 2) In nur wenigen EU-Mitgliedstaaten ist die Beschäftigungsquote der älteren AusländerInnen höher als die der InländerInnen, so etwa in einigen südeuropäischen (Italien, Griechenland, Portugal, Malta) und osteuropäischen Ländern (Slowenien, Ungarn, Slowakei, Polen und Tschechien) sowie in Luxemburg. Ansonsten ist die Beschäftigungseinbindung der ausländischen älteren Staatsangehörigen zum Teil deutlich geringer als die der InländerInnen.

<sup>7</sup> Ohne Luxemburg: BIP pro Kopf in KKS 77.400, Beschäftigungsquote der 50- bis 64-Jährigen 54,8%. Luxemburg stellt somit einen Ausreißer dar. Die Wirtschaftsleistung ist zwar besonders hoch, die Beschäftigungsquote älterer Arbeitskräfte jedoch besonders niedrig.

**Abbildung 2: Beschäftigungsquoten der 50 bis 64-jährigen in- und ausländischen StaatsbürgerInnen in der EU: 2016<sup>8</sup>**



Quelle: Eurostat, DUK-Darstellung.

Was die Differenz zwischen inländischen und ausländischen älteren Arbeitskräften in Österreich anbelangt, so ist sie mit 9,6 Prozentpunkten deutlich höher als im Schnitt der EU-28 (3,8 Prozent-Punkte). Am höchsten ist die Diskrepanz allerdings in Schweden (17,4 Prozentpunkte), gefolgt von Deutschland und Frankreich (13,2 bzw. 12,7 Prozentpunkten). Daraus ergeben sich für die Beschäftigungs- und Gesundheitspolitik in Bezug auf ältere Arbeitskräfte mit Migrationshintergrund besondere Herausforderungen, insbesondere unter dem Gesichtspunkt, dass ältere ausländische Arbeitskräfte im Schnitt größeren gesundheitlichen Belastungen in der Arbeit ausgesetzt sind als Einheimische. (Biffi et al 2011 und 2012, sowie Biffi/Altenburg 2012, Biffi 2003).

Angesichts der Tatsache, dass sich MigrantInnen in Österreich zunehmend niederlassen (Perchinig 2010, Reinprecht 2006), also nicht mehr vorhaben, nach ihrer Erwerbsphase in Österreich in das Ursprungsland zurückzukehren, nicht zuletzt weil ihre Kinder und Enkelkinder in Österreich leben und die Gesundheitsversorgung in Österreich gut ist, muss man sich mit den Implikationen des Älterwerdens einer Erwerbsgesellschaft mit ethnischer Vielfalt auseinandersetzen. (Kytir 2013)

<sup>8</sup> Bei Punkten auf der Halbierungslinie stimmt die Beschäftigungsquote von In- und AusländerInnen überein. Daten nicht verfügbar für Bulgarien, Kroatien, Litauen, Rumänien und Slowakei. In diesen Ländern gibt sehr wenige formal beschäftigte ausländische Arbeitskräfte.



## 2.1 Problemstellung und Hintergrund

Vor dem Hintergrund einer rasch alternden Erwerbsgesellschaft mit einem hohen Grad an ethnisch-kultureller Vielfalt auch in einem höheren Erwerbsalter ist es notwendig, mehr über die sozialen, beruflichen und kulturellen Einflussfaktoren zu erfahren, die einen Einfluss auf die Wiedereingliederungschancen von älteren gesundheitlich eingeschränkten Arbeitskräften haben. Eine gut abgesicherte Informationsbasis ist die Voraussetzung dafür, gezielt Unterstützungsstrukturen einsetzen bzw. weiterentwickeln zu können, mit dem Ziel der Verbesserung der Wohlfahrt der Betroffenen einerseits und der Sicherung des Arbeitskräftebedarfs andererseits. Zu den wesentlichen Fragen, die auf eine Antwort warten, zählen:

- Gibt es einen Unterschied in den Erwartungen und Einstellungen zur Invaliditätspension bzw. der medizinischen und beruflichen Rehabilitation von älteren gesundheitlich eingeschränkten Personen mit und ohne Migrationshintergrund?
- Kommt es im Laufe der Rehabilitation zu einer Änderung der Einstellung zur beruflichen Wiedereingliederung?
- Unter welchen Bedingungen sind beruflich rehabilitierte ältere gesundheitlich eingeschränkte Personen bereit bzw. in der Lage, wieder eine Arbeit aufzunehmen?
- Gibt es Unterschiede im Verhalten/den Erwartungen zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund?
- Gibt es Unterschiede zwischen den Erwartungen und Möglichkeiten der österreichischen Stakeholder und der älteren gesundheitlich eingeschränkten Personen?
- Welche Implikationen resultieren aus unterschiedlichen Zielvorstellungen von betroffenen Personen und Institutionen (Handlungsoptionen)?

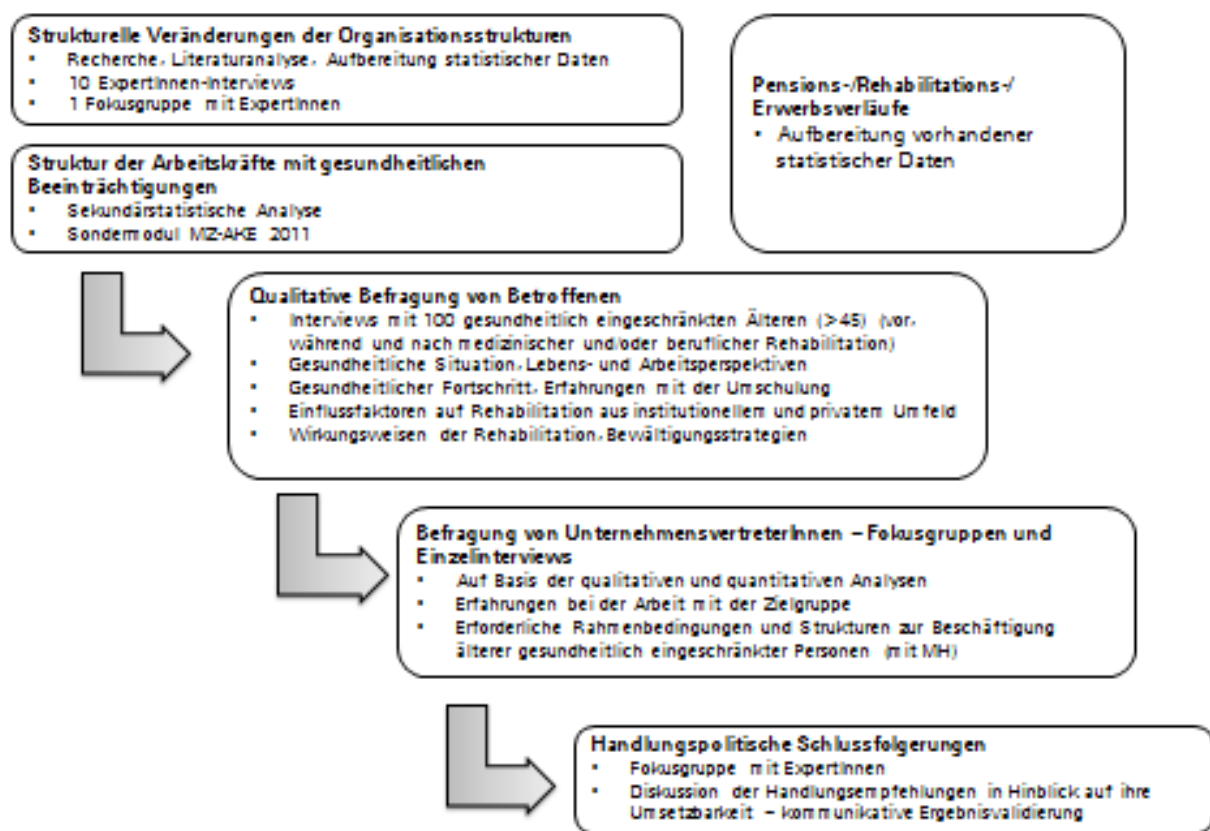
Eine Beantwortung dieser Fragen soll einerseits einen Einblick in die individuellen Lebensperspektiven und Wünsche von älteren gesundheitlich eingeschränkten Personen mit und ohne Migrationshintergrund gewähren, andererseits den Aktionsrahmen der Stakeholdereinrichtungen ausloten. Darüber hinaus wird der Frage nachgegangen, ob die berufliche Neuorientierung mit den Beschäftigungsmöglichkeiten am 1. und 2. Arbeitsmarkt konform geht. Weiters wird erarbeitet, welche Faktoren einen entscheidenden Einfluss auf die erfolgreiche Wiedereingliederung ins Erwerbsleben nach der Rehabilitation haben und ob es Unterschiede nach Herkunft, Geschlecht oder Berufsgruppen gibt. Ziel ist, dass es über die Akzeptanz der beruflichen Rehabilitation zu einer Verlängerung der Erwerbstätigkeit kommt, was einerseits einen positiven Einfluss auf das Selbstwertgefühl der Betroffenen haben kann, andererseits die nachhaltige Finanzierung des Pensionssystems unterstützen und der Arbeitskräfteknappheit in einer alternden Gesellschaft entgegenwirken kann.

## 2.2 Methodische Vorgehensweise

Um die komplexen Fragestellungen im Zusammenhang mit Migration, Arbeit, Gesundheit und Alter beantworten zu können, ist es notwendig, ein ebenso komplexes und

differenziertes Vorgehen bei der Erhebung und Analyse von Daten zu verfolgen. Die im Rahmen des vor-liegenden Forschungsprojekts umgesetzte sozialwissenschaftliche Methodik umfasst eine fundierte Literaturanalyse, sekundärstatistische Analysen (Daten des Mikrozensus-Sondermoduls 2011), Fokusgruppen mit ExpertInnen, qualitative Einzelinterviews mit ExpertInnen, qualitative Einzelinterviews mit Betroffenen (also gesundheitlich eingeschränkten Älteren mit und ohne Migrationshintergrund) sowie Fokusgruppen mit VertreterInnen von Betrieben. Nachfolgende Abbildung 3 zeigt den sequentiellen Ablauf der methodischen Vorgehensweise.

**Abbildung 3: Darstellung des Forschungsablaufs und der methodischen Vorgehensweise**



Quelle: DUK-Darstellung.

Der methodische Zugang erfolgt auf Basis einer „Sequential Explanatory Strategy“: Literatur- und Gesetzesanalysen in Kombination mit sekundärstatistischen Analysen liefern die Basis für die Durchführung von Einzelinterviews und Fokusgruppen mit ExpertInnen. Aufbauend auf dieser Wissensgrundlage wird eine umfassende Interview-Studie in Form von Einzelinterviews mit Betroffenen durchgeführt. Dieser Erhebungsschritt stellt den Kern des Projekts dar. Auf die qualitative Erhebungsphase folgt die Analyse. Die Ergebnisse der Analyse wiederum sind die Grundlage für die Fokusgruppe mit UnternehmensvertreterInnen.

Die Analyse des gesamten Datenmaterials und die Zusammenschau der verschiedenen Ergebnisse bilden die Basis für weitere Interpretationen und erlauben es, handlungspolitisch

relevante Schlussfolgerungen abzuleiten. Diese Schlussfolgerungen werden in einem finalen Schritt im Rahmen einer Fokusgruppe mit ExpertInnen und mit dem Zweck der Ergebnisvalidierung überprüft.

### **2.2.1 Einzelinterviews und Fokusgruppen mit ExpertInnen – explorative Phase**

In einem ersten, explorativen Schritt des Forschungsprozesses wurden eine Fokusgruppe (September 2015) sowie Einzelinterviews (Dezember 2015 bis Februar 2016) mit ExpertInnen geführt. Im Fokus dieser qualitativen Befragungen standen strukturelle Veränderungen der Organisationsstrukturen in Zusammenhang mit der Reform des Rehabilitationssystems. Insgesamt wurden zehn ExpertInnen im Rahmen von qualitativen leitfadengestützten Einzelinterviews befragt und weitere zehn ExpertInnen in Form einer Fokusgruppe. Grundlage für diese Befragungen waren erste Literaturrecherchen und -analysen, die allerdings über die gesamte Projektlaufzeit hinweg fortgesetzt wurden. Die Interviewergebnisse wurden transkribiert und inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet. Detailinformationen zu diesem Forschungsschritt finden sich in Kapitel 8.1.

### **2.2.2 Sekundärstatistische Analysen: Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung Sondermodul 2011**

Ebenfalls der Analyse von grundlegenden Wirkungszusammenhängen und somit der Ausgangssituation dienten die sekundärstatistischen Analysen der Daten aus des Sondermoduls der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung (Labour-Force-Survey) Thema „Beschäftigung von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen“. Bei dieser Befragung handelt es sich um eine Repräsentativerhebung unter Personen im erwerbsfähigen Alter (15 bis 64 Jahre) zu ihrer beruflichen sowie gesundheitlichen Situation. Befragt wurden knapp 20.000 Personen zwischen 15 und 64 Jahren in Gesamt-Österreich. Analysiert wurden in weiterer Folge jedoch lediglich Personen zwischen 45 und 64 Jahren, differenziert nach unterschiedlichsten soziodemografischen und sozio-ökonomischen Merkmalen. Zur Anwendung kamen sowohl deskriptive wie auch multivariate statistische Analysen. Detailinformationen zur methodischen Vorgehensweise finden sich an den entsprechenden Stellen in Kapitel 5.

### **2.2.3 Qualitative Einzelinterviews mit 101 Betroffenen**

Einen wesentlichen Kern des vorliegenden Forschungsprojekts stellt die qualitative Erhebung unter Betroffenen dar. Im Zeitraum von Juli 2016 bis Februar 2017 wurden insgesamt 101 Personen über 45 Jahre mit gesundheitlichen Einschränkungen in Oberösterreich und Niederösterreich anhand qualitativer leitfadengestützter Einzelinterviews befragt. Das umfangreiche und äußerst tiefreichende Datenmaterial wurde transkribiert und mittels inhaltsanalytischer Auswertungsmethoden nach Mayring analysiert. Die Detailinformationen zu diesem Erhebungsschritt finden sich in Kapitel 9.1.

#### **2.2.4 Fokusgruppe mit UnternehmensvertreterInnen**

Neben der Perspektive der ExpertInnen sowie der Betroffenen ist jedoch auch die Perspektive von UnternehmensvertreterInnen zentral. Um die Sichtweise von Betrieben bzw. Arbeitgebern erfassen zu können, wurden anhand einer qualitativen Vorgehensweise im Juli und August 2017 acht leitfadengestützte Einzelinterviews sowie eine Fokusgruppe mit neun BetriebsvertreterInnen durchgeführt. Die Ergebnisse wurden wiederum transkribiert und inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet. Ausführlichere Informationen zur Vorgehensweise und Datenbasis sind Kapitel 10 zu entnehmen.

#### **2.2.5 Fokusgruppe mit ExpertInnen –Ergebnisvalidierung**

In einem abschließenden Schritt wurde eine weitere Fokusgruppe mit 14 ExpertInnen (September 2017) durchgeführt. Dieser Forschungsschritt hatte zum vorrangigen Ziel, die Ergebnisse in Hinblick auf ihre Umsetzbarkeit und Praxisrelevanz hin zu validieren. Auch hier wurden die Ergebnisse transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Weitere Informationen zur Zusammensetzung der TeilnehmerInnen und der methodischen Vorgehensweise sind Kapitel 8.1 zu entnehmen.

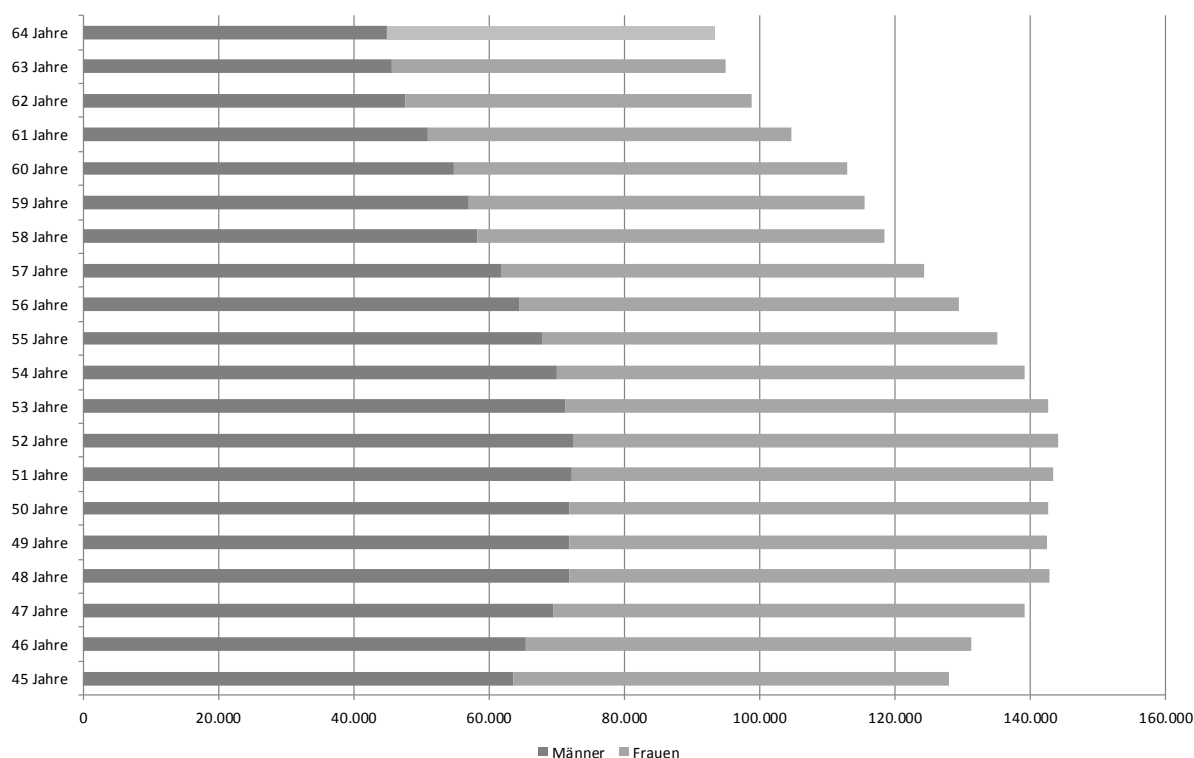
### 3 Demografische Entwicklungen in Österreich – ein Überblick

Die Analyse der Lebens- und Arbeitsperspektiven älterer Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen ist vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklungen einerseits und den Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt andererseits zu beurteilen.

Derzeit (1.1.2017) leben in Österreich 8,77 Millionen EinwohnerInnen, davon 1,34 Millionen bzw. 15,3% ausländische Staatsangehörige. 2,52 Millionen EinwohnerInnen sind zwischen 45 und 64 Jahre alt, das sind knapp 28,8% aller EinwohnerInnen. Unter den ausländischen Staatsangehörigen liegt der Anteil der 45-65-jährigen Bevölkerung bei 22,0%, während er bei den österreichischen StaatsbürgerInnen mit knapp 30,0% deutlich höher ist. (Statistik Austria 2017, Statistik des Bevölkerungsstandes)

Aus Abbildung 4 ist ersichtlich, dass die Bevölkerungszahl ab der Gruppe der derzeit 47-Jährigen relativ stark ansteigt, eine Folge der Alterung der geburtenstarken Jahrgänge der 1960er Jahre. Am stärksten ist die Kohortenbesetzung der derzeit 52-Jährigen mit 144.165 Personen; die Schwankungsbreite der Kohortenbesetzung zwischen dem 47. und dem 54. Lebensjahr ist vergleichsweise gering. Erst ab dem 62. Lebensjahr verringert sich die Zahl der EinwohnerInnen wieder deutlich (104.803 Personen, -45.341 oder -31% gegenüber den 52-Jährigen). Diese Zahlen verdeutlichen, wie groß der Andrang bzw. Druck auf das medizinisch-berufliche Unterstützungsinstrumentarium für gesundheitlich eingeschränkte ältere Arbeitskräfte ist.

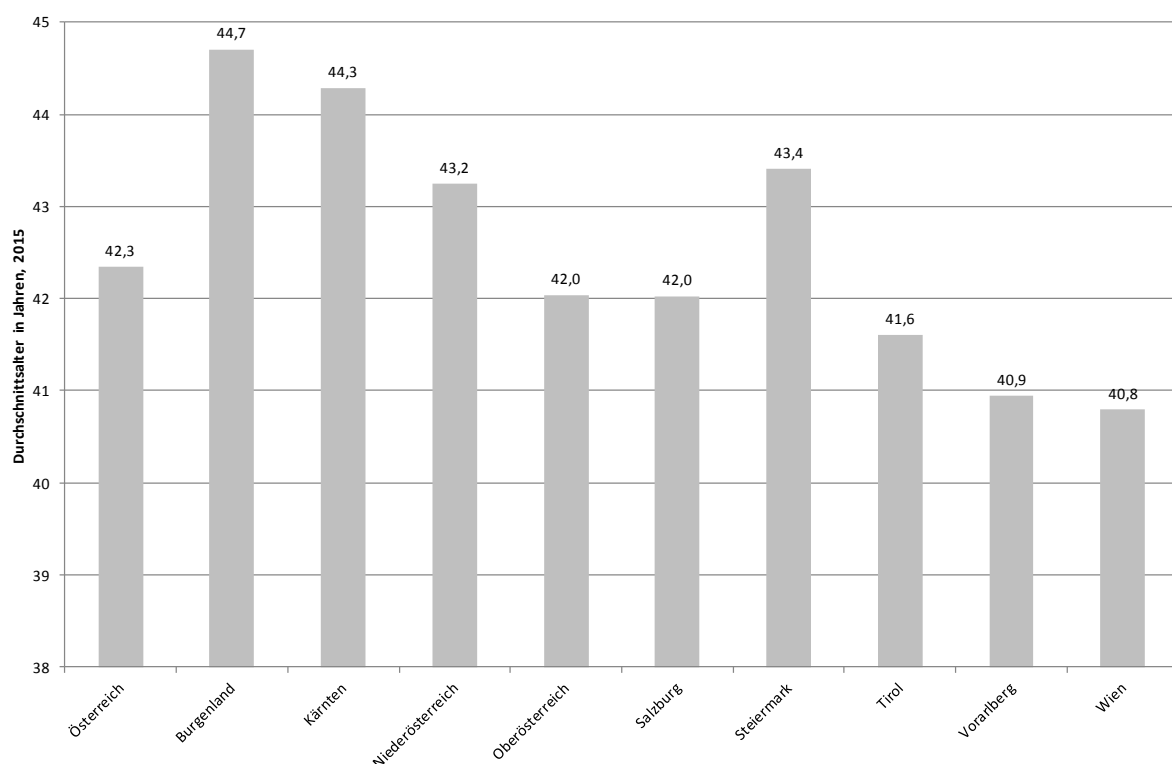
**Abbildung 4: Bevölkerung zwischen 45 und 64 Jahre in Einzeljahren nach Geschlecht 1.1.2017**



Quelle: Statistik Austria 2017, Statistik des Bevölkerungsstandes.

Das Durchschnittsalter der österreichischen Bevölkerung steigt angesichts der geringen Geburtenrate und des kontinuierlichen Anstiegs der Lebenserwartung. Das Durchschnittsalter betrug im Jahr 1980 noch 37 Jahre und erreichte 42,5 Jahre für das Jahr 2017. (Statistik Austria, Statistik des Bevölkerungsstandes) Die Alterung ist nicht in allen Bundesländern gleich stark ausgeprägt (Abbildung 5). Unter den österreichischen Bundesländern ist das Burgenland mit einem Durchschnittsalter von 44,7 Jahren zu Jahresende 2015 am „ältesten“, gefolgt von Kärnten mit 44,3 Jahren, Steiermark mit 43,4 Jahren und Niederösterreich mit 43,2 Jahren. Wien ist mit 40,8 Jahren, gefolgt von Vorarlberg mit 40,9 Jahren und Tirol mit 41,6 Jahren, am „jüngsten“. Oberösterreich und Salzburg liegen mit jeweils 42,0 Jahren ziemlich genau im Österreich-Schnitt.

**Abbildung 5: Durchschnittsalter der Bevölkerung nach Bundesländern 2015**



Quelle: Statistik Austria. Demographische Indikatoren.

Zwischen den politischen Bezirken in Österreich gibt es aber sehr große Unterschiede. So ist etwa der 15. Wiener Gemeindebezirk, Rudolfsheim-Fünfhaus, mit einem Durchschnittsalter von 39,0 Jahren der „jüngste“ Bezirk, gefolgt von zwei anderen Wiener Bezirken, 11. Simmering (39,4) und 2. Leopoldstadt (39,5) – nicht zuletzt eine Folge der räumlichen Konzentration von MigrantInnen auf bestimmte Bezirke Wiens. Demgegenüber stellt Wien mit dem 1. Bezirk, Innere Stadt, mit 46,8 Jahren auch den „ältesten“ Bezirk Österreichs. Fast ebenso hoch ist das Durchschnittsalter in den Bezirken Güssing (Burgenland) mit 46,6 Jahren und Leoben (Steiermark) mit einem Durchschnittsalter von 46,4 Jahren.

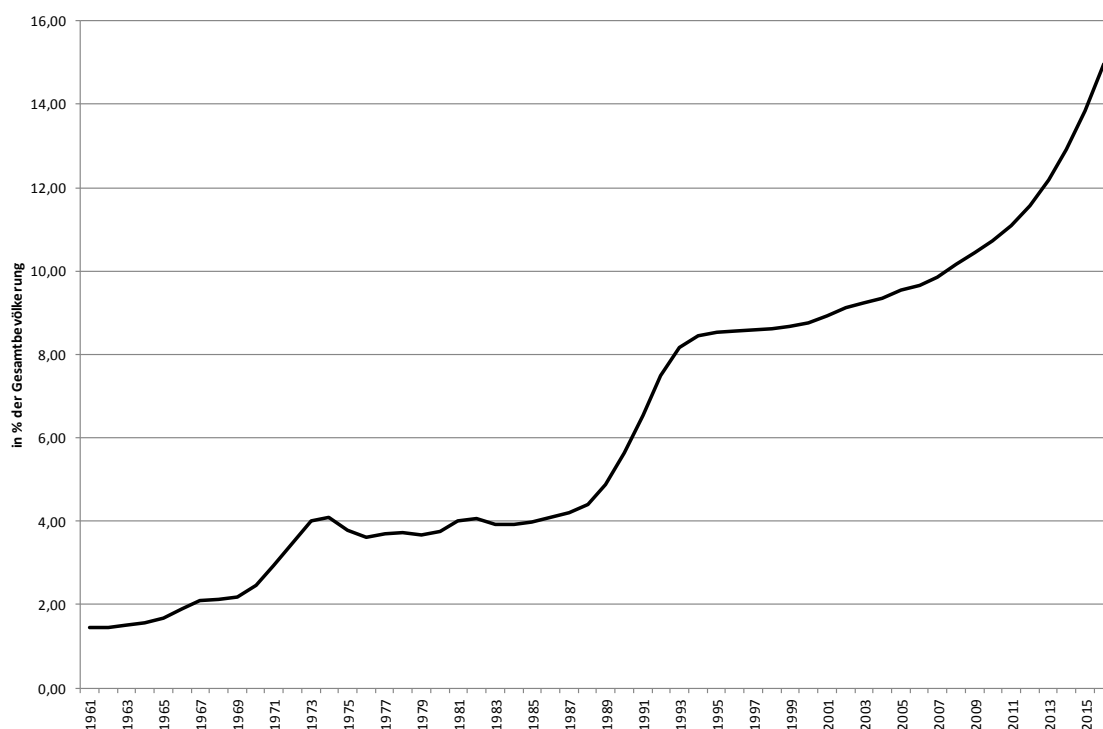
Ausländische Staatsangehörige sind laut Statistik Austria (2016: S. 29) mit einem Durchschnittsalter (1.1.2016) von 34,7 Jahren deutlich jünger als InländerInnen (43,7 Jahre). Unter den AusländerInnen ist die Altersstruktur jedoch sehr unterschiedlich. Während

Personen aus der Serbien, Deutschland, Bosnien und Herzegowina, Kroatien, Italien und Polen tendenziell älter sind (aber immer noch deutlich jünger als ÖsterreicherInnen), ist das Durchschnittsalter von Zugewanderten aus Afghanistan (22,9 Jahre), Syrien (24,8 Jahre), Irak (26,6 Jahre), Kosovo (28.3 Jahre) sowie der Russischen Föderation (28,7 Jahre) besonders niedrig.

### 3.1 Migrationen und ihr Einfluss auf die Bevölkerungsstruktur

Was die Zuwanderung nach Österreich anbelangt, so erfolgte diese seit den 1960er Jahren in drei Einwanderungswellen, wie auch aus nachfolgender Abbildung 6 hervorgeht. Die erste Zuwanderungswelle erfolgte im Rahmen der Gastarbeitermigration, die bis 1973 dauerte. Die zweite Phase der Zuwanderung setzte mit dem wirtschaftlichen Aufschwung Mitte der 1980er Jahre ein und erlebte einen abrupten Anstieg Ende der 1980er Jahre und zu Beginn der 1990er Jahre als Folge des Falls des Eisernen Vorhangs und des Zerfalls des früheren Jugoslawien. Als Reaktion darauf wurde die Ausländergesetzgebung reformiert, um den Zustrom nach Österreich einzudämmen. Dieses Vorgehen war einige Jahre erfolgreich, jedoch setzte mit der Osterweiterung der EU eine neuerliche Steigerung der Zuwanderung ein, die mit dem Ende der Übergangsregelungen 2011 und 2013 einen zusätzlichen Schub erhielt. In den letzten Jahren, insbesondere aber im Jahr 2015, brachte die Flüchtlingswelle einen erneuten starken Anstieg des Ausländeranteils an der Bevölkerung. (Bauer 2008, Biffi 2016) Als Folge der unterschiedlichen Hintergründe und Organisationsstrukturen für die Zuwanderungswellen unterscheidet sich die demographische, sozio-ökonomische und ethnisch-kulturelle Zusammensetzung der MigrantInnen ebenso wie deren Rechtsstatus stark.

**Abbildung 6: Anteil der ausländischen Staatsangehörigen an der Gesamtbevölkerung in %, 1961 bis 2016**

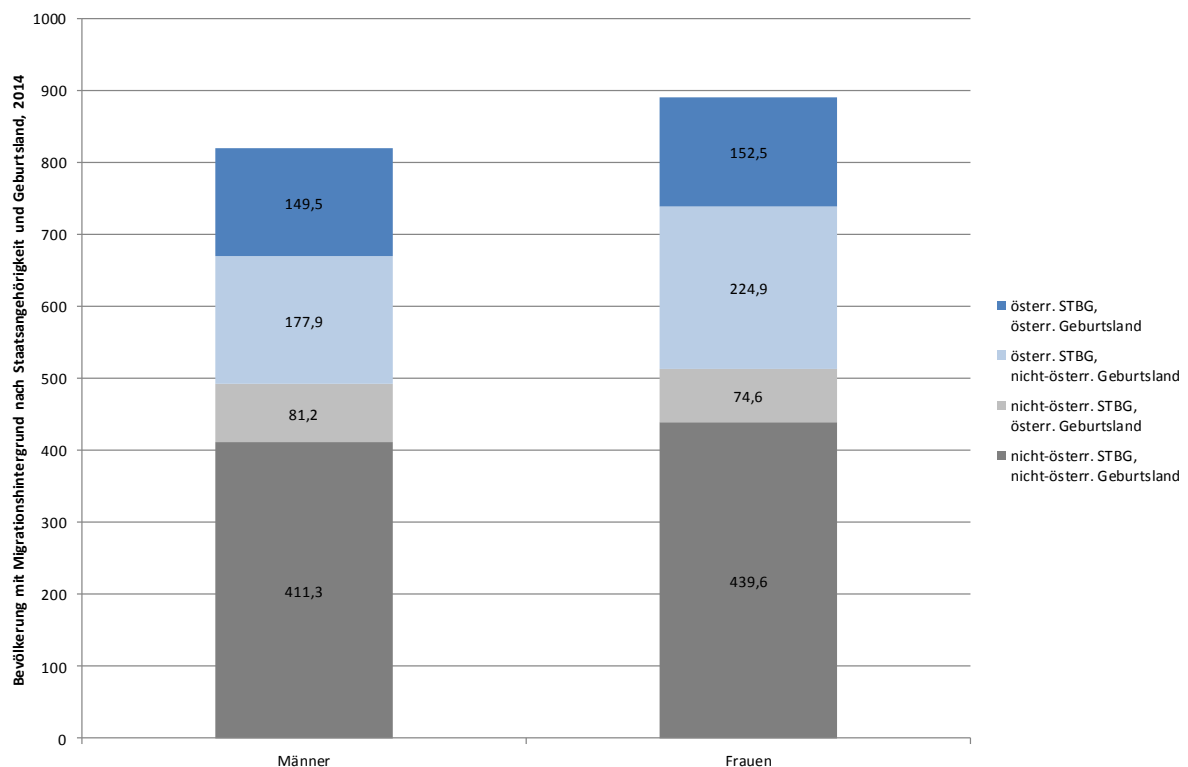


Quelle: Statistik Austria.

Auffallend ist, dass die Zahl der österreichischen StaatsbürgerInnen im Zeitraum von 1991 bis 2007 stetig gestiegen ist – nicht zuletzt eine Folge einer deutlichen Einbürgerungswelle. Seitdem nimmt diese jährlich ab, während die Zahl der ausländischen Bevölkerung kontinuierlich zunimmt, wenn auch mit sehr großen Schwankungen – zuletzt von 2013 auf 2014 um insgesamt etwa 66.700 und von 2014 auf 2015 um 85.600 Personen. Dies liegt zum einen an der zunehmenden Neuzuwanderung aus dem Ausland, zum anderen aber auch an dem steigenden Anteil der in Österreich geborenen Kinder, die keine österreichische Staatsbürgerschaft haben (2. Generation). Im Jahr 2015 betrug der Anteil der ausländischen Kinder, die in Österreich zur Welt kamen, 20% an allen Geburten, während dieser Wert in den 1980er Jahren zwischen 4,9% und 7,4% lag. Anzumerken ist auch, dass seit 2005 der Wanderungssaldo, also die Differenz zwischen Zuzügen aus dem Ausland und Wegzügen ins Ausland, für Drittstaatenangehörige stets geringer war als für Bürgerinnen und Bürger aus EU/EWR und assoziierten Kleinststaaten.

Wird neben der Staatsbürgerschaft das Merkmal des Migrationshintergrunds (gemäß Statistik Austria definiert als „in Österreich lebend und selbst oder beide Elternteile nicht in Österreich geboren“) berücksichtigt, so ist ersichtlich, dass im Jahresdurchschnitt 2016 insgesamt 22,1% der österreichischen Bevölkerung oder 1.898.000 Personen Migrationshintergrund hatten. In der Gruppe der 45- bis 59-Jährigen liegt der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund bei 18,8% (376.000 Personen), bei den Personen im Alter von 60 oder mehr bei 13,2% (267.500). Der Großteil ist selbst im Ausland geboren und nach Österreich zugewandert, stammt also aus erster Migrationsgeneration.

**Abbildung 7: Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach Geschlecht, Staatsbürgerschaft und Geburtsland (Privathaushalte) 2014**



Quelle: Statistik Austria (2015), MZ-AKE 2014.



Aus obiger Abbildung 7 ist ersichtlich, wie komplex die Zusammensetzung der Migrationsbevölkerung nach Geschlecht und Staatsbürgerschaft bzw. Geburtsland ist. Es ist daher nicht verwunderlich, dass in unterschiedlichen Datengrundlagen unterschiedliche Abgrenzungen des „Migrationsbegriffs“ zur Anwendung kommen.

Der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung aus dem Jahr 2014 (Sondermodul „Arbeitsmarktsituation von Migrantinnen und Migranten“) zufolge sind rund ein Viertel der im Ausland geborenen Wohnbevölkerung (25,7% bzw. 349.500) bereits in den Jahren vor 1989 nach Österreich eingewandert. Die Mehrheit dieser Gruppe (51,3% bzw. 179.300) ist in anderen EU-Staaten geboren, jeweils etwa die Hälfte davon in den ab 2004 beigetretenen Staaten bzw. in den EU-15.

Auch die sogenannten „Gastarbeiter“, die Ende der 1960er und zu Beginn der 1970er-Jahre ursprünglich nur für einen begrenzten Zeitraum nach Österreich kamen, gehören zu dieser Gruppe : 21,9% der vor 1989 Zugewanderten (76.600 Personen) stammen aus den nicht zur EU zählenden ehemaligen jugoslawischen Teilstaaten und 14,9% (52.200 Personen) aus der Türkei.

1989 bis 1994 lösten der Fall des Eisernen Vorhanges und die Jugoslawienkriege eine Einwanderungswelle aus. Insgesamt kamen 20,5% der heute in Österreich lebenden und im Ausland geborenen Personen (279.000) in dieser Zeit nach Österreich. Knapp die Hälfte davon (48,5%) ist im ehemaligen Jugoslawien (ohne die EU-Länder Slowenien und Kroatien) geboren. 20,1% der in der ersten Hälfte der 1990er-Jahre Zugezogenen sind jedoch in den seit 2004 beigetretenen EU-Staaten geboren. Demgegenüber spielte die Zuwanderung von in den EU-15-Staaten Geborenen zu dieser Zeit nur eine untergeordnete Rolle (7,8%).

1995 bis 2003 wanderten insgesamt 18,3% (248.000 Personen) der 2014 in Österreich wohnhaften, im Ausland geborenen Bevölkerung zu, vor allem aus dem ehemaligen Jugoslawien (ohne Slowenien und Kroatien), insbesondere aus Serbien und Kosovo, sowie aus außereuropäischen Staaten (vor allem Tschetschenien und Afghanistan).

Zwischen 2004 bis 2010 kamen 282.800 Personen nach Österreich, das entspricht 20,8% aller im Ausland geborenen Personen. 77.000 (27,2%) davon stammten aus den seit 2004 beigetretenen EU-Staaten, 69.000 (24,4%) aus EU-15-Staaten. Weitere 23,7% kamen aus außereuropäischen Staaten.

Auch in den Jahren zwischen 2011 bis 2014 kamen überwiegend (zu 60,4%) Personen aus EU-Staaten nach Österreich. 67.900 (34,2%) stammten aus den ab 2004 beigetretenen EU-Staaten; 51.800 (26,1%) aus den EU-15, davon 32.500 (16,4%) aus Deutschland). Die Zuwanderung aus der Türkei oder dem ehemaligen -Jugoslawien spielte in dieser Zeit nur eine sehr untergeordnete Rolle. (vgl. Statistik Austria 2015)

Neben dieser Darstellung des Migrationshintergrunds (Haushaltsstichprobenerhebung, Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung der Statistik Austria) kann auch eine andere Abgrenzung herangezogen werden, die auf dem amtlichen Meldewesen beruht (Zentrales Melderegister der Statistik Austria). Hier werden „Personen ausländischer Herkunft“ erfasst, d.h. Personen, die entweder ausländische StaatsbürgerInnen sind oder die zwar österreichische

StaatsbürgerInnen sind, die aber im Ausland geboren wurden. Laut dieser Definition hatten am 1.1.2016 1.341.930 Personen eine ausländische Staatsbürgerschaft, davon waren 1.148.033 Personen (85,5%) im Ausland und 193.897 Personen (14,5%) in Österreich geboren. Weitere 508.233 Personen hatten zwar eine österreichische Staatsbürgerschaft, wurden aber im Ausland geboren. Dies ergibt eine Gesamtzahl von 1.850.163 Personen mit ausländischer Herkunft oder 21,1% der Gesamtbevölkerung.

Unter den Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit stellt Deutschland die bei weitem stärkste Gruppe dar (176.500), gefolgt von 116.600 serbischen und 116.000 türkischen Staatsangehörigen. Auf den Plätzen vier und fünf liegen Bosnien und Herzegowina (94.000) und Rumänien (82.900). (Statistik Austria 2016)

Zu berücksichtigen ist, dass die Zuwanderung nach Österreich oft nur ein vorübergehendes Ereignis ist. So wanderte von den ausländischen Staatsangehörigen, die zwischen 2006 und 2010 nach Österreich gekommen sind, fast die Hälfte (45%) innerhalb von fünf Jahren wieder weg. Demnach blieben nur 55% der Zuwanderer fünf Jahre oder länger in Österreich. Die niedrigsten Verbleibsdaten haben Personen aus dem Iran und den USA (ca. 20%), die längsten hingegen Personen aus Afghanistan (83%) und der Türkei (70%).

### **3.2 Veränderungen in der Arbeitswelt**

Neben demografischen und sozio-kulturellen Veränderungen ist Österreich, wie alle anderen westlichen postindustriellen Gesellschaften, von Veränderungen der Lebens- und Arbeitsbedingungen betroffen. Belabed (2015: 50ff.) identifiziert eine kontinuierliche Verschlechterung der Lebens- und Arbeitsbedingungen weltweit, die er auf steigende Arbeitslosenquoten und eine existenzielle Bedrohung in einer Krise des herrschenden Wirtschafts- und Entwicklungsmodells zurückführt. Die Krise ist zum Teil eine Folge von Globalisierungsprozessen, zum Teil eine Konsequenz der heutigen industriellen Revolution, die in den 1970er Jahren konkrete Formen annahm. (Biffli 2015) Sie wird von der Mikroelektronik und Informatisierung der Produktion von Gütern, zunehmend auch von Dienstleistungen, getragen. Das Besondere an dieser industriellen Revolution ist, dass quasi alle Berufe und Tätigkeitsfelder davon betroffen sind. Im Besonderen verändert sich nicht nur die industrielle Produktion, sondern auch die damit verbundene Organisation und Verwaltung. Produktionsprozesse können sich im Zeitalter von Industrie 4.0 ohne menschliches Eingreifen selbst organisieren („Smart factory“). Die mit Industrie 4.0 einhergehende Integration der Informationstechnologie in den Produktionsprozess impliziert substantielle Änderungen der Arbeitsprozesse und Arbeitsinhalte. Die neuen Technologien verändern aber auch unseren Alltag im Zusammenhang mit dem Internet der Dinge. Dabei werden miniaturisierte Computer (Wearables), die in Gegenständen unserer Umwelt eingearbeitet sind (Smartphones, Waschmaschine, Heizung, Rasenmäher, etc.) über eine Internet-ähnliche Struktur miteinander verknüpft, mit dem Ziel, unser Leben zu vereinfachen (intelligentes Wohnen oder „smart home“), Routinen zu übernehmen und uns bei unserer Arbeit zu unterstützen. Menschen und Dinge werden verknüpft. In der Folge verringert sich der Bedarf an Arbeitskräften, die Routinejobs ausüben. So wird etwa in der Logistik die

menschliche Arbeitskraft schon derzeit abgelöst von ‚intelligenten Robotern‘, die Pakete, die mit RFID-Chips (radio-frequency identification) ausgestattet sind, an den markierten Zielort bringen. (Rifkin 2014)

Der technologische Wandel in Verbindung mit einer Beschleunigung der Globalisierung hat zu einer merklichen Verschärfung des Wettbewerbs zwischen Betrieben im In- und Ausland geführt. In der Folge hat sich die Arbeitswelt in den letzten Jahrzehnten grundlegend verändert, mit starken Wirkungen auf die Arbeitsbedingungen. Die Zunahme der Beschäftigung im Dienstleistungssektor, mehr laterale Vernetzung und Abbau von vertikalen Hierarchien, mehr Eigenverantwortung bei gleichzeitiger Zunahme von Teamarbeit, Zunahme von alternativen Beschäftigungs- und Entlohnungsformen, verstärkte Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologien, neue Management-Formen wie Just-in-time-Lieferungen und schlanke Organisationen mit einem hohen Maß an Flexibilität haben einen Einfluss auf die Arbeitsintensität und sind oft mit steigendem Stress und damit psychischer Belastung verbunden (Cox/Rial-González 2002: 5; WHO 2006: 57). Laut Heike Jacobsen (2010: 222) kann die Tertiarisierung per se als Ausdruck von gesellschaftlichen und technischen Innovationsprozessen verstanden werden. Arbeit ist nämlich heutzutage stärker als in der Industriegesellschaft an den Schnittstellen von Technik und sozialem Kontext angesiedelt. Auch ist der Strukturwandel in Richtung wissensintensiver Dienstleistungsberufe oft mit einem erhöhten Zeitdruck und steigender Verantwortung verbunden sowie mit einer höheren Komplexität der Arbeitsinhalte (Bertelsmann Stiftung/Hans Böckler Stiftung 2002: 6).

Die zunehmende Flexibilität, die Unternehmen aufbringen müssen, um wettbewerbsfähig zu bleiben, führt zu Outsourcing und neuen Formen der flexiblen Arbeitsarrangements wie Teilzeitarbeit, Gelegenheitsarbeit, Telearbeit oder Arbeit auf Abruf. Derartige Arbeitsformen sind einerseits oft verbunden mit unsicheren Arbeitsverhältnissen, da sie häufig nur geringe Einkommen, geringe Sozialsicherung, befristete Dienstverhältnisse oder geringen Kontrollspielraum mit sich bringen. Andererseits aber sind sie oft auch durch erhöhten arbeitsbedingten Stress gekennzeichnet. In Summe führen diese Merkmale zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen (EU-OSHA 2007: 92).

Laut einer OECD-Studie leidet jeder fünfte Arbeitnehmer unter psychischen Erkrankungen, welche wiederum die Produktivität und das Arbeitsklima beeinträchtigen. (OECD 2015b) Eine Trendwende sei von alleine nicht zu erwarten, so Belabed (2015: 61), sondern müsse nach einer kritischen Analyse der Logik und der Mechanismen des vorherrschenden Systems „demokratisch erarbeitet und gestaltet werden, unter Beteiligung aller“.

Ältere ArbeitnehmerInnen stellen laut EU-OSHA (2007: 92) eine besondere Gruppe dar: Ihre physische und psychische emotionale Beanspruchung ist besonders hoch, da weitgehend verabsäumt wurde, ihre Qualifikationen an die neuen Gegebenheiten anzupassen, ihnen lebenslangen Lernens anzubieten. Befragungen des ‚Finnish Institute of Occupational Health‘ in den 1990er Jahren zufolge sind die Angst vor oder der tatsächliche Verlust der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit die wichtigsten Gründe für einen vorzeitigen Ruhestand. Dem konnte durch folgende Maßnahmen entgegen gewirkt werden: Verminderung des Ausmaßes und

des Zeitdrucks bei der Arbeit, Möglichkeiten für Rehabilitationsmaßnahmen, Verbesserung im Bereich der Arbeitsumgebung, flexiblere Arbeitszeitregelungen, Verbesserung der Arbeitszufriedenheit, bessere betriebliche Gesundheitsförderung und Verbesserung des Führungsverhaltens (Ilmarinen/Tempel 2002: 186). Die Beschäftigungssituation älterer gesundheitlich eingeschränkter Arbeitskräfte wird wesentlich geprägt von den skizzierten demografischen und sozio-demografischen Veränderungen sowie den Veränderungen in der Arbeitswelt. Vor diesem Hintergrund müssen daher auch die jeweiligen beruflichen und gesundheitlichen Situationen sowie Zukunftsperspektiven in Bezug auf Gestaltung von Lebens- und Arbeitswelt betrachtet werden.

## **4 Altern und Arbeit im Kontext von Gesellschaft und Kultur**

Vorstellungen vom Altern und dem Leben als „alter Mensch/Senior/Pensionist“ können sich mitunter stark unterscheiden und müssen durchaus nicht immer mit den Gegebenheiten des Gesellschaftssystems übereinstimmen. „Kultur“ ist dabei nur ein Aspekt einer multifaktoriellen Zusammensetzung der Einflussfaktoren auf die Perspektiven für die Lebensphase Alter. Die Herkunft kann hierbei eine Rolle spielen, allerdings ist die Herkunftskultur nie einzeln zu betrachten, sondern in Zusammenhang mit der jeweiligen Migrations- und Integrationsgeschichte, sowie mit den gesellschaftlichen Kontextfaktoren und Rahmenbedingungen des Sozialsystems im Aufnahmeland. Vor diesem Hintergrund ergibt sich eine Vielfalt an Perspektiven, die sich einerseits aus individuellen Erlebnissen, und andererseits aus systemischen und strukturellen Gegebenheiten zusammensetzen. Die Mikro- sowie die Makroebene sind daher in einen historischen, gesellschaftlichen und kulturellen Kontext zu setzen, deren Wechselwirkungen berücksichtigt werden müssen.

Bei der Frage nach der Bedeutung des „Guten Alterns“ und den dominanten Vorstellungen darüber zeigen sich weltweit einige Parallelen und gemeinsame Bedürfnisse. In der sogenannten „Cross-Cultural“-Forschung gibt es einige wenige Beispiele, die die Erfahrung, älter zu werden abbilden und zeigen, wie sich die Wege zum Wohlbefinden im Alter im jeweiligen spezifischen Kontext gestalten, sowie was unter „gutem Altern“ verstanden wird. Die Langzeitforschung von Christine Fry et al. (1997) vergleicht sieben unterschiedliche Gemeinschaften in Nordamerika, Hong Kong, Irland und Botswana und identifiziert so einige gemeinsame und übergeordnete positive oder negative Einflussfaktoren. Dazu gehören:

1. Physische Gesundheit und Funktionsfähigkeit
2. Materielle Sicherheit
3. Familie und Verwandtschaft
4. Vergesellschaftung

Aber auch wenn diese vier Aspekte in allen untersuchten Gemeinschaften genannt wurden, gab es deutliche Unterschiede in deren Gewichtung, sowie den Implikationen und Manifestationen für ein schwieriges oder gutes Altern, die sich daraus ergeben. Zudem sind klare Zusammenhänge zwischen dem sozialen, ökonomischen und politischen Kontext jeder Gemeinschaft erkennbar (Fry et al. 1997: 102). Die einzelnen Einflussfaktoren werden nachfolgend näher ausgeführt.

### **4.1 Gesundheit und Funktionsfähigkeit**

Gesundheit wird laut den Ergebnissen von Fry et al. (1997) als wesentlicher positiver Einflussfaktor für Gutes Altern betrachtet, insbesondere in Zusammenhang mit einem aktiven Lebensstil und einem ausreichend hohen Energielevel, um an Aktivitäten teilnehmen und Interessen nachgehen zu können. Von höherer Bedeutung zeigen sich allerdings negative Implikationen bei gesundheitlichen Schwierigkeiten, die mit einer starken Einschränkung der Lebensqualität, sozialer Isolierung, beschränkter oder keiner Arbeitsfähigkeit und der Abhängigkeit von anderen einhergehen können. In sechs der sieben

Forschungssettings zeigt sich dies als primär genannte Begründung für negative Erfahrungen des Alterns. Besonders auffällige Unterschiede in der empfundenen altersbedingten Bedrohung des Status und den möglichen damit einhergehenden Konsequenzen zeigen sich hierbei zwischen den untersuchten afrikanischen Gemeinschaften in Botswana und jenen in Industrieländern. In den beiden untersuchten Gemeinschaften in Botswana (Buschvolk Ju'/Hoansi und Hirtenvolk Herero) kristallisiert sich heraus, dass physische Gebrechen in diesem spezifischen Kontext und Lebensalltag eine Bedrohung für das tatsächliche Überleben einer Person darstellen, wobei eine hohe Abhängigkeit von Verwandten und dem sozialen Umfeld entsteht. Demgegenüber sind die körperlichen Anforderungen an das Leben (z.B. bei der Beschaffung von Lebensmitteln und Wasser, Mobilität oder Elektrizität) in den Industrieländern, wie den USA oder Irland, wesentlich geringer und moderne Technologien und eine funktionierende Infrastruktur stehen erleichternd zur Verfügung. Hinzu kommt, dass der Druck in höherem Alter zu arbeiten aufgrund eines funktionierenden Pensionssystems geringer ist und körperliche Krankheiten und Defizite durch gute medizinische Versorgung ausgeglichen und die Lebensqualität gesteigert werden können. (Fry et al. 1997: 103-106)

## **4.2 Materielle Sicherheit**

Materielle Sicherheit und Gesundheit stellen im Zusammenwirken die wichtigsten Dimensionen für ein „gutes Altern“ dar. Die Bedeutung materieller Sicherheit kann sich allerdings je nach Herkunft und kulturellem Hintergrund einer Person stark unterscheiden. In der „Cross-Cultural“-Studie von Fry et al. (1997) wird dieser Umstand berücksichtigt und eine breite Definition materieller Sicherheit herangezogen, die zusätzlich zur Akkumulation von Besitz und dem Zugang zu Ressourcen und Gütern auch Subsistenzwirtschaft, Nahrungssicherheit, sowie Zufriedenheit mit der Abdeckung zentraler physischer Bedürfnisse (wie z.B. Unterkunft, die Schutz vor Umweltbedingungen bietet) beinhaltet. (Fry et al. 1997: 107)

In den untersuchten afrikanischen Gemeinschaften zeigt sich Nahrungssicherheit als primärer Bestimmungsfaktor für materielle Sicherheit. In Hong Kong hingegen besteht ein hohes Bewusstsein für die Zusammenhänge von materiellen Effekten, Arbeit und sozialer Stratifikation, während in Irland materielle Sicherheit infolge von finanziellen (Pensions-)Leistungen als gegeben angenommen werden kann. Das gilt auch für die untersuchten US-amerikanischen Gemeinschaften, bei denen eine finanzielle Pensionsleistung ebenso wie materieller Besitz Kriterien für materielle Sicherheit sind. (Fry et al. 1997: 107-108) Werden die unterschiedlichen Perspektiven verglichen, so wird der Fokus auf finanzielle Mittel und Einkommen für materielle Sicherheit deutlich, die entweder durch ein staatliches Pensionssystem oder private Pensionen sowie Ersparnisse gewährleistet sind. Auch in Hong Kong bedeutet materielle Unsicherheit einen Mangel an Geld, allerdings fehlt hier die Absicherung durch ein staatliches Pensionssystem. Materielle Sicherheit ist daher nur durch anhaltende Arbeit, die Unterstützung durch die Familie und, nur im Notfall, staatliche Sozialhilfe gegeben. (Fry et al. 1997: 109)

### **4.3 Familie und Verwandtschaft**

Der Einfluss von Familie und Verwandtschaft auf „Gutes Altern“ unterscheidet sich stark zwischen den unterschiedlichen von Fry et al. (1997) untersuchten Gemeinschaften. Insbesondere die Strukturierung von Haushalten und die Bedeutung der bekannten (familienbasierten) Unterstützungsmechanismen können auch nach einer Migration in ein anderes Land mit anderen systemischen Gegebenheiten als Bezugsrahmen aufrechterhalten werden, so etwa die Erwartungshaltung, dass sich jüngere Familienmitglieder der Älteren annehmen. In Hong Kong wird beispielsweise ein Sohn mit der Überzeugung großgezogen, dass er und seine zukünftige Ehefrau sich um die Eltern im Alter kümmern werden. Ohne die Sicherheit einer staatlichen oder privaten Pension sind Familie, Verwandtschaft oder auch andere soziale Gefüge essentiell für die physische und materielle Unterstützung im Alter und somit zentral für ein „gutes Altern“ verantwortlich. In Irland oder auch den USA spielen Familie und Verwandtschaft eine geringere Rolle für die materielle Versorgung der älteren Familienmitglieder. „Schwieriges Altern“ wird jedoch in allen Ländern mit dem Fehlen von Familie oder innerfamiliären Konflikten und Problemen in Verbindung gebracht. Familie, Verwandtschaft und die Rollen der involvierten Personen sind dabei jedoch kulturell definiert und in einen größeren Zusammenhang mit den staatlichen Sicherheiten und Sozialsystemen zu setzen. Auch wenn Kinder in den USA oder Irland ihre alternden Eltern finanziell unterstützen, leben sie meist nicht in einem gemeinsamen Haushalt, denn diese Art der Beziehung ist nicht Teil einer kulturell definierten Rollenerwartung. (Fry et al. 1997: 110-114)

### **4.4 Vergesellschaftung**

Inwiefern Sozialität und Sozialleben Qualitäten des „guten Alterns“ darstellen, unterscheidet sich zwischen den untersuchten Gemeinschaften stark. Sozialität wird hierbei als jene Kombination von Faktoren definiert, die soziale Beziehungen positiv oder negativ beeinflussen können. In Irland wird „Altern“ als ein bestimmter Lebensabschnitt gesehen, der auch mit speziellen Lebensbedingungen einhergeht, während Befragte der anderen Länder sich auf reale Personen beziehen. Wird „das Alter“ als Lebensabschnitt betrachtet, können damit einhergehende (gewünschte) Attribute auch stärker generalisiert werden. Als sozial positiv wirken sich dementsprechend allgemeine Zustände und Emotionen dieses Lebensabschnittes aus, wie etwa die Möglichkeit, auf Erfolg zurück blicken zu können oder nicht mehr unsicher in die Zukunft blicken zu müssen. (Fry et al. 1997: 114) In den USA und Hong Kong werden hingegen konkrete Personen genannt, mit denen Aktivitäten umgesetzt werden, also ein „aktives“ Leben im Alter geführt werden kann. (Fry et al. 1997: 115-116) Auffällig ist, dass die Dimensionen der Sozialität in den untersuchten Gemeinschaften in Botswana keine Rolle spielen. Obwohl – wie bereits zuvor festgestellt – Familie, Verwandtschaft und (kleine) Gemeinschaften in diesen afrikanischen Gesellschaften eine sehr große Rolle spielen, begrenzen sich das soziale Leben und die soziale Beziehungen eben auf dieses bestimmte Umfeld. Beziehungen darüber hinaus haben eine untergeordnete Bedeutung. (Fry et al. 1997: 117)

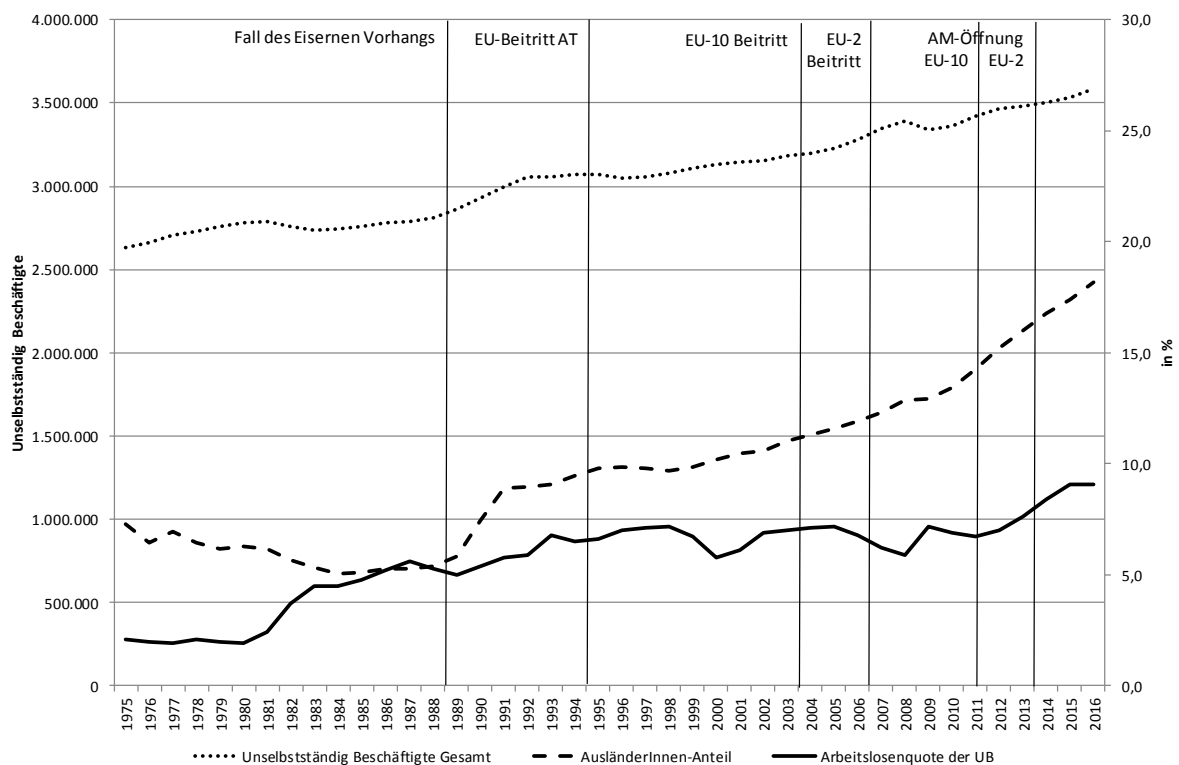
## 4.5 Migration und Alter

Zu Fragen in Zusammenhang mit Migration und Alter gibt es große Forschungslücken und damit verbunden eine schlechte Datenlage. Die Zusammenhänge zwischen Migration und Alter erlangen aber zunehmend an Bedeutung. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass die Generation der ehemaligen „GastarbeiterInnen“ ins Pensionsalter rückt. Die Gruppe der älteren MigrantInnen besteht jedoch nicht nur aus ehemaligen GastarbeiterInnen, sondern ist eine sehr heterogene Population. Sie setzt sich zusammen aus Personen, die im Rahmen des Familiennachzugs nach Österreich gekommen sind sowie aus Personen, die von ihren (Enkel-)Kindern wegen Hilfs- und Pflegebedürftigkeit nach Österreich geholt worden sind. Ebenso vielschichtig wie die Gruppe der älteren MigrantInnen sind auch ihre Lebensrealitäten: der soziale Status älterer MigrantInnen ist definiert über die Dauer ihres Aufenthalts (Aufenthaltsverfestigungen), ihren beruflichen Status sowie die spezifischen Merkmale ihrer Migrationsgeschichte. Nichtsdestotrotz werden ehemalige GastarbeiterInnen oftmals als eine einheitliche Gruppe angesehen, da sie ähnliche biografische Erfahrungen gemacht haben und sich in vergleichbaren „typischen“ Lebenslagen befinden (unabhängig von ihrer Staatsbürgerschaft). (vgl. Reinprecht 2006; Baykara-Krumme et al. 2012)

Eine erste Phase der Gastarbeiterzuwanderung nach Österreich konzentriert sich auf die 1960er und frühen 1970er Jahre. Diese erste Phase der Gastarbeiterzuwanderung ist mit einem kontinuierlichen Wirtschaftswachstum, fortschreitender Industrialisierung und schrumpfenden Arbeitskraftreserven in Österreich verbunden. Letztere war eine Folge der Abwanderung ins Ausland, eine Verbesserung und Ausweitung der Pensionsvorsorge, eine Verlängerung der Schulpflicht und einer stagnierenden Frauenerwerbsquote. (Biffli 2011) Während dieser Phase kamen an die 200.000 GastarbeiterInnen vor allem aus dem damaligen Jugoslawien und der Türkei nach Österreich. Sie kamen als Arbeitskräfte, kaum als Familien mit Kindern, nicht zuletzt weil ja die Kinderbeihilfe in voller Höhe im Ursprungsland ausbezahlt wurde und die Wohnverhältnisse in Österreich prekär waren. 1974 kam es infolge des Konjunkturerinbruchs in Zusammenhang mit der Ölkrise zu einem veritablen Beschäftigungseinbruch, der AusländerInnen mit einer Beschäftigungsbewilligung besonders stark traf, galt doch die gesetzliche Regelung, dass ausländische Arbeitskräfte vor inländischen zu kündigen waren. Da mit der Beschäftigungsbewilligung auch der legale Aufenthalt in Österreich verbunden war, wurde Arbeitslosigkeit im echten Sinne des Wortes „exportiert“. (Rothschild 1977) Darüber hinaus wurde das Ausländerbeschäftigungsgesetz 1975 eingeführt, das eine Erschwernis der Zuwanderung beinhaltete. Die Beschäftigungsentwicklung, der Ausländeranteil sowie die Arbeitslosenquoten der Unselbstständig Beschäftigten sind in nachfolgender Abbildung 8 zwischen 1975 und 2016 zur Verdeutlichung dargestellt.



**Abbildung 8: Beschäftigungsentwicklung, Ausländeranteil und Arbeitslosenquote 1975-2016**



Quelle: BALIweb, HVS, AMS. DUK-Darstellung.

Aus obiger Abbildung 8 geht hervor, dass nach dem Rückgang der Zuwanderung infolge des Konjunkturerinbruchs Mitte der 1970er Jahre die Zuwanderung nach Österreich erst wieder mit der Flüchtlingswelle in den 1980er Jahren (Solidarnosz) an Dynamik gewann. Der große Schub erfolgte, wie in Kapitel 3 bereits dargestellt, erst mit dem Fall des ‚Eisernen Vorhangs‘ Ende der 1980er Jahre und den Kriegswirren in Jugoslawien zu Beginn der 1990er Jahre. Die Menschen, die im Rahmen dieser Zuwanderungswelle nach dem Zweiten Weltkrieg nach Österreich gekommen sind, rücken mittlerweile in unterschiedliche Phasen des Alters auf, wobei diese von noch berufstätigen SeniorInnen (50+), über das gesunde Rentenalter (Drittes Lebensalter) bis hin zum Lebensalter verstärkter Fragilisierung (Viertes Lebensalter) reichen. (Höpflinger 2009: 58ff.)

Reinprecht (2006) skizziert einen „Strukturwandel des Alters“, innerhalb dessen MigrantInnen eine Sonderstellung einnehmen. (1) Die Gruppe der Älteren innerhalb der Bevölkerung wächst kontinuierlich, insbesondere die Gruppe der Hochbetagten. Dabei wächst auch die Gruppe der älteren MigrantInnen, jedoch vor allem in den jüngeren Altersphasen. Die ehemaligen „GastarbeiterInnen“ rücken zunehmend ins ältere Erwerbsalter und Pensionsalter auf. Es gibt aber auch unter MigrantInnen eine gewisse Anzahl an Hochbetagten. (2) Im Alter kommt es zu einer Feminisierung, d.h. der Anteil der Frauen ist im Alter höher. Bei MigrantInnen gibt es hingegen einen hohen Anteil an Männern mit Ausnahme von Hochbetagten, da zusätzlich zur höheren Lebenserwartung der Frauen Männer auch öfter in die ursprüngliche Heimat zurückkehren. (3) Das Alter ist zudem von Singularisierung gekennzeichnet. Bei MigrantInnen wird jedoch nur ein geringer Anteil von Alleinstehenden verzeichnet, da die Scheidungsquote vergleichsweise gering ist. (4) Die

Phase des Alters ist geprägt von „Entberuflichung“ aufgrund von Frühpensionierung und steigender Lebenserwartung. MigrantInnen hingegen verzeichnen hohe Erwerbsquoten auch im Alter, was auf existenzielle Gründe, ungenügende Versicherungszeiten oder geringe oder keine Pensionsansprüche zurückzuführen ist. (5) Auch eine Pluralisierung von Lebenslagen charakterisiert das Alter. Bei MigrantInnen gibt es ebenfalls große soziale und ökonomische Unterschiede, zum Teil auf Grund der Heterogenität der Herkunftsländer.

Die Lebenslagen der ehemaligen GastarbeiterInnen im Alter können folgendermaßen charakterisiert werden: Etwa drei Viertel der älteren MigrantInnen sind ArbeiterInnen und etwa genauso viele haben nur Pflichtschulabschluss. Demzufolge verfügen ältere MigrantInnen häufiger über einen niedrigeren sozio-ökonomischen Status. Infolgedessen kommt es in höherem Ausmaß zu Einkommensarmut, knappen Wohnraumressourcen, gesundheitlichen Beeinträchtigung und geringerem Bildungskapital (vor allem auch in Form von fehlenden Sprachkenntnissen). Arbeit wird in diesem Zusammenhang als „ungleichheitsbegründendes Kräftefeld“ bezeichnet: Die Eingliederung in die Gesellschaft erfolgt bei ehemaligen GastarbeiterInnen häufig durch sogenannte „Unterschichtung“, welche sich bei Arbeitslosigkeit und im Alter weiter fortsetzt. Dennoch kann eine positive subjektive Gesamteinschätzung ihrer Lebenslage seitens ehemaliger GastarbeiterInnen verzeichnet werden.

Ältere MigrantInnen haben oftmals einen zum Teil unbefriedigten Bedarf an Hilfe und Unterstützung in der Alltagsbewältigung – insbesondere bei Krankheit und Pflege –, einerseits aufgrund von fehlendem Zugang zu Informationen, andererseits infolge mangelnder finanzieller Ressourcen, soziale Dienste in Anspruch zu nehmen. Der Hilfs- und Unterstützungsbedarf wird vor allem durch informelle Netzwerke abgedeckt, die vorwiegend familienzentriert sind, aber auch nachbarschaftlich oder „ethnisch“. Insgesamt gibt es eine stärkere Familienverpflichtung unter älteren MigrantInnen, was wiederum eine wichtige soziale Ressource darstellt und die Binnenintegration fördert. Insgesamt zeigt sich eine starke Bindung an das Herkunftsland unter älteren MigrantInnen, trotzdem bleibt aber der Lebensmittelpunkt im Aufnahmeland (auch nach Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt). (Reinprecht 2006; Burkert et al. 2012; Tucci/Yildiz 2012; Zimmermann 2012)

Altern kann laut Reinprecht (2006) als „Kulminationspunkt von komplexer Unsicherheit“ bezeichnet werden: Migration bedeutet Unsicherheit aufgrund des Verlassens des Herkunftslandes, aber auch Unsicherheit im Aufnahmeland. Es kommt häufig zu Marginalisierung, Isolation, kultureller Desorientierung und Verhaltensunsicherheit. Auch der Übertritt in die Pension bedeutet Unsicherheit, da damit oft auch ein Statusverlust und die Übernahme neuer Rollen und Aufgaben (unabhängig von der Erwerbsarbeit) verbunden sind. Es kommt also zu einer Gleichzeitigkeit von Ungesicherheit (rechtliche, materielle und soziale Unsicherheit), Ungewissheit (geringer Vorhersagbarkeit, ob die Erwartungen erfüllt werden) und Ungeschützttheit (Ausgesetztheit gegenüber sozialen Gefahren wie z.B. Diskriminierung).

Die Möglichkeiten der nachberuflichen Lebensführung sind auch für MigrantInnen vielfältig. Die Migrationsentscheidung von ehemaligen GastarbeiterInnen war geprägt von zeitlicher

Befristung und Re-Migrationswünschen. Demnach ist die Pensionsschwelle für GastarbeiterInnen ein entscheidender Wendepunkt, der mit Widersprüchen und Ambivalenzen verbunden ist: Auf der einen Seite gibt es einen Rückkehrwunsch und eine Herkunftsorientierung, auf der anderen Seite jedoch auch eine Bleiberealität und eine Ziellandbindung. Dadurch erhält die Identitäts- und Optionenvielfalt einen ambivalenten und offenen Charakter und es ergeben sich mehrere Möglichkeiten, mit diesem Spannungsfeld umzugehen:

(1) „Entweder-oder“: Es kommt hier zu einer „gespaltenen“ Gefühlswelt aufgrund des Hin- und Hergerissen-Seins.

(2) „Sowohl-als-auch“: Bleiben und Zurückkehren wird durch Pendeln erreicht und es kommt zu zirkulärer, transnationaler Mobilität. Leben in und zwischen zwei Welten wird dabei als Ressource anerkannt und eine endgültige Entscheidung vermieden („fortwährende Rückkehr“).

(3) „Weder-noch“: In diesem Fall wird ein dritter Ort (ein hybrider Raum) gewählt oder es kommt zur doppelten Abwesenheit verbunden mit sozialer Entbundenheit, Desintegration oder Anomie. Bleiben und Zurückkehren stellen beides nur Scheinoptionen dar. (Reinprecht 2006)

Die Bleibe- bzw. Rückkehrorientierung wird laut Reinprecht (2006) besonders stark vom sogenannten „Integrationserfolg“ beeinflusst. Die Bleibeorientierung ist ausgeprägter bei einer Ablösung von Herkunftsland und Herkunftskultur, guten Deutschkenntnissen, langer Aufenthaltsdauer und Einbürgerungsstatus, sowie einer emotionalen Bindung an die neue Heimat, Assimilationsorientierung, Fehlen von Diskriminierung, subjektiv wahrgenommenem niedrigem Segregationsgrad und höherem Berufsstatus (z.B. Facharbeiter) bzw. der Möglichkeit, die gesellschaftliche Position zu verfestigen. In Bezug auf die Rückkehrorientierung verhalten sich die Zusammenhänge genau spiegelverkehrt und sind besonders ausgeprägt in ethnisch segregierten Milieus mit traditionellen Werten und Ressourcenmängeln.

Diese Möglichkeiten, das Spannungsfeld bezüglich des Umgangs mit Rückkehrwünschen und Bleiberealitäten zu überwinden, gehen einher mit empirisch ermittelten Zukunftspräferenzen von älteren MigrantInnen: MigrantInnen, die eine assimilatorische Zugehörigkeit verzeichnen, geben zu einem sehr hohen Anteil an, auch in Zukunft in Österreich bleiben zu wollen. Demgegenüber berichten MigrantInnen mit doppeltem Zugehörigkeitsgefühl über den Wunsch, in Zukunft zwischen Österreich und dem Herkunftsland pendeln zu wollen. Bei Personen mit herkunftsbezogener Zugehörigkeit gibt der größte Teil an, ins Herkunftsland zurückkehren zu wollen. (Reinprecht 2006: 134)

Mobilität älterer MigrantInnen und ihre Präferenz für Pendelbewegungen zwischen Österreich und dem Herkunftsland können keiner eindeutigen Lebenslage zugeordnet werden. Es gibt eine Reihe von Motiven für transnationale Mobilität älterer MigrantInnen: (1) Es kommt zu Mobilität im Alter, weil die erste Generation eine besonders mobilitätsbereite Gruppe ist. (2) Das Leben im Aufnahmeland ist geprägt von Unsicherheit,

Ungewissheit und prekärer Versorgung. (3) Es gibt Erfahrungen von sozialer Missachtung, Ausgrenzung und Diskriminierung. Die beiden letzten Motive können als unfreiwillig bezeichnet werden, da sie einen Grund für Mobilitätsentscheidungen liefern, der eher erzwungen ist als freiwillig. Pendeln ermöglicht Interaktion und Transfers zwischen zwei oder mehr Orten. Es kommt zu einer transnationalen Lebensführung, was aber nicht zwingend mit physischer Mobilität einhergehen muss.

Folgende Ressourcen sind mit einer transnationalen Lebensführung verbunden:

- die Chance, Lebenskontexte zu verbinden
- unangemessene Lebensverhältnisse zu verändern
- erfahrene Benachteiligungen zu bewältigen
- Entwicklung eines eigenen spezifischen Wohlfahrtsmix (Inanspruchnahme der Leistungen mehrerer Länder)

Dem stehen jedoch auch Herausforderungen gegenüber: Verlust von Leistungen aus dem sozialen Sicherungssystem und eingeschränkter Zugang zu institutionellen Hilfsressourcen. (Reinprecht 2006; Laubenthal/Pries 2012; Strumpfen 2012)

Auch im Alter ist laut Reinprecht (2006) eine Reihe von Faktoren ausschlaggebend für die Migrationsentscheidung:

- Strukturelle Makrofaktoren: (sozial-)rechtliche, politische und ökonomische Faktoren
- Relationale Mesofaktoren: soziale (familiäre, ethnische) Netzwerke, Vereine, Organisationen
- Individuelle Mikrofaktoren: individuelle Präferenzen und Ressourcen

## **5 Gesundheitliche Ungleichheit als Folge sozialer Ungleichheit – Komplexes Zusammenspiel von Gesundheit, Arbeit und Migration**

Das individuelle Wohlbefinden wird zentral geprägt von psychischer und physischer Gesundheit, die wiederum maßgeblich die Beschäftigungsfähigkeit bestimmen. Körperliche und seelische Gesundheit sind eine Notwendigkeit, um am gesellschaftlichen Leben mit allen Anerkennungsmöglichkeiten teilhaben zu können. Allerdings zeigt sich, dass soziale Ungleichheiten in den Lebensverhältnissen auch zu Ungleichheiten in Bezug auf den Gesundheitszustand führen können. Gesundheit bedeutet dabei aber nicht nur das Freisein von Krankheit, sondern bezieht sich laut der Definition der WHO<sup>9</sup> auf ganzheitliches psychisches, physisches und soziales Wohlbefinden, das ein Grundrecht jedes Menschen darstellen sollte.

Neben individuellen Veranlagungen beeinflussen sozioökonomische Faktoren den Gesundheitszustand: Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen – darunter Personen mit niedrigem Ausbildungs- und/oder Einkommensniveau, Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdete sowie Erwerbslose – beurteilen ihren Gesundheitszustand deutlich häufiger als schlecht oder sehr schlecht und sind häufiger von chronischen Erkrankungen betroffen. (Statistik Austria 2015b: 53ff.; Statistik Austria 2015c: 60ff., Eurostat 2016) Es liegt daher nahe und wird von empirischen Untersuchungen belegt, dass Personen mit Migrationshintergrund aufgrund häufiger ungünstiger Lebens- und Arbeitsbedingungen auch in höherem Ausmaß gesundheitlich benachteiligt sind als Personen ohne Migrationshintergrund. Insbesondere Personen mit Herkunft aus dem ehemaligen Jugoslawien oder der Türkei schätzen ihren Gesundheitszustand häufiger als schlecht oder sehr schlecht ein und weisen häufiger Einschränkungen bei Alltagstätigkeiten aufgrund gesundheitlicher Probleme aus. Diese Gruppe leidet überdurchschnittlich oft an Erkrankungen des Muskel- und Skelettsapparats, aber auch an Bluthochdruck, chronischen Kopfschmerzen oder chronischen Angstzuständen oder Depressionen. (Statistik Austria 2011: 66f.) Dies ist einerseits darauf zurückzuführen, dass es sich hier vielfach um Personen handelt, die als GastarbeiterInnen nach Österreich gekommen sind und daher häufig in Berufen tätig sind, die mit schweren körperlichen sowie psychischen Arbeitsbelastungen etwa durch Schichtarbeit verbunden sind. Andererseits handelt es sich im Fall von Personen aus dem früheren Jugoslawien häufig auch um Kriegsflüchtlinge aus dem zerfallenden Jugoslawien, und damit um Personen, die außergewöhnlichen psychischen und physischen Belastungen ausgesetzt waren.

---

<sup>9</sup> WHO (1948): Constitution of the World Health Organization.

## 5.1 Migration als Einflussfaktor auf Gesundheit

Das Zusammenspiel von Migration und Gesundheit gestaltet sich jedoch weitaus komplexer. Das lebenslauforientierte Modell von Migration und Gesundheit nach Spallek und Razum (2008: 283) beschreibt diese Zusammenhänge recht anschaulich und betont migrationspezifische Faktoren, die zwar aufgrund psychischer Belastungen durch Migration und Eingliederung in die Aufnahmegesellschaft sowie soziale Benachteiligungen zu Gesundheitsbelastungen führen können, aber nicht müssen. An dieser Stelle sei auf den sogenannten „Healthy-Migrant-Effekt“ hingewiesen, der einen häufig beobachteten Gesundheitsvorteil von MigrantInnen durch eine positive Selbstselektion der Migrierenden sowie einer selektiven Anwerbepolitik begründet. In anderen Worten: Nur besonders gesunde und risikobereite Menschen – im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung im Herkunftsland – nehmen das Wagnis einer Migration auf sich. (Borjas 1987; Spallek/Razum 2008: 277; Razum 2009: 268ff., Biffi 2005) Neben Unterschieden in körperlicher und auch psychischer Veranlagung wirkt die Situation im Herkunftsland auf die individuelle Gesundheit von MigrantInnen ein. Dazu zählen Faktoren wie z.B. klimatische und hygienische Verhältnisse, der Versorgungsgrad im Gesundheitssystem, gesundheitsspezifische Verhaltensweisen etwa in Bezug auf Ernährung und Bewegung oder auch Erfahrungen von Krieg oder Verfolgung.

Der Migrationsprozess an sich stellt ein kritisches Ereignis im Leben eines Menschen dar. Damit verbunden sind etwa der Verlust des sozialen Umfelds, eine hohe Anpassungsleistung während des Wanderungserlebnisses, traumatische Erfahrungen, z.B. bei einer Flucht, oder auch Verständigungsprobleme aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse. Folglich beeinflusst auch die eigentliche Migrationserfahrung den Gesundheitszustand.

Schließlich im Zielland angekommen, finden sich auch hier Verhältnisse vor, die auf die individuelle Gesundheit wirken. Dazu zählen bereits genannte schichtspezifische Faktoren: finden sich MigrantInnen, insbesondere NeuzuwanderInnen, in nachteiligeren sozialen Positionen wieder, kann dies negativ auf die Gesundheit wirken. Hinzu kommen Faktoren, die als ‚Akkulturationsstress‘ bezeichnet werden können, wie z.B. veränderte Lebensgewohnheiten oder Konflikte aufgrund anderer Wertvorstellungen. Ebenfalls kann auch die rechtliche Lage im Zielland den Zugang zum Gesundheitswesen und damit die Gesundheit insgesamt beeinflussen. Weitere Barrieren im Gesundheitswesen sind beispielsweise mangelnde Sprachkenntnisse, eine ausschließliche Ausrichtung auf die Mehrheitsbevölkerung, aber auch Diskriminierungserfahrungen. Demgegenüber kann ein Migrationserlebnis auch zu einer Verbesserung des Gesundheitszustands der MigrantInnen führen, da im Zielland Österreich in den meisten Fällen ein höherer Versorgungsgrad im Gesundheitssystem existiert, die hygienischen Bedingungen besser sind sowie die persönliche Sicherheit deutlich höher ist.

Gesundheitsvorteile von MigrantInnen – nicht zuletzt aufgrund des oben erwähnten ‚Healthy-Migrant-Effekts‘ – lassen sich auch in Österreich erkennen. Mit Ausnahme der MigrantInnen mit Herkunft aus dem ehemaligen Jugoslawien oder der Türkei sind

MigrantInnen im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund in Österreich seltener von chronischen körperlichen Erkrankungen betroffen. Dies gilt jedoch nicht für psychische Erkrankungen wie chronische Angstzustände oder Depressionen, von denen Personen mit Migrationshintergrund unabhängig von ihrer Herkunft deutlich häufiger betroffen sind als jene ohne Wanderungserlebnis. Dies deutet wiederum auf eine hohe Belastung aufgrund von Migrations- und Akkulturationsstress hin.

## **5.2 Gesundheitsverhalten im Spannungsfeld sozialer Verhältnisse und kultureller Prägung**

Schicht- und migrationsspezifische Einflussfaktoren wirken jedoch nicht nur auf den Gesundheitszustand, sondern auch auf das Gesundheitsverhalten. Hier zeigt sich bei Personen mit Migrationshintergrund ein eindeutiges Bild: Personen mit ausländischer Herkunft nehmen deutlich seltener Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch, verfügen seltener über einen aufrechten Impfschutz und gehen häufiger trotz eines Gesundheitsproblems nicht zum (Zahn-)Arzt. (Statistik Austria 2012: 68f.; Statistik Austria 2015a: 68f) Ein wesentlicher Erklärungsfaktor dafür liegt in mangelndem Wissen über das österreichische Gesundheitssystem und seine Leistungen. Hinzu kommen die bereits beschriebenen Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem wie mangelnde Sprachkenntnisse, denen MigrantInnen häufig gegenüber stehen.

Leoni (2015: 649ff.) geht der Frage nach, inwiefern soziale Ungleichheiten mit einem ungleichen Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitsleistungen (Zugang zur Gesundheitsversorgung) in Österreich zusammenhängen. Die Untersuchung stützt sich auf Daten der vierten Erhebungswelle des *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE) aus dem Jahr 2011, wobei die Zielgruppe der SHARE-Studie über 50-Jährige sind. Für Österreich umfasste die Stichprobe knapp 4.700 Fälle. In der Untersuchung kommt der synthetische Gesundheitsindex nach Jürgens (2007) zur Anwendung, bei dem subjektive Gesundheitseinschätzungen mit objektiven Informationen verknüpft werden. Österreich befindet sich dabei mit einem Wert von 0,78 – wobei 0 todkrank und 1 vollständig gesund bedeutet – im europäischen Vergleich im oberen Mittelfeld. Zwar ist auch in Österreich ein deutlicher Einkommensgradient zu beobachten – der durchschnittliche Gesundheitsindex steigt mit zunehmendem Haushaltseinkommen –, dieser ist jedoch im europäischen Vergleich unterdurchschnittlich bis mittelmäßig ausgeprägt. Ein weiterer Index, der in der Untersuchung abgebildet wird, ist der Gesundheitsungleichheitsindex. Dieser stellt die Verteilung der tatsächlichen Inanspruchnahme sowie die Verteilung der auf Basis des Bedarfs (ermittelt nach Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand) zu erwartenden Inanspruchnahme dar. Leoni (2015: 659f.) kommt zu dem Ergebnis, dass in Österreich die Verteilung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen je nach Form der Leistung variiert. Während primäre (Hausärzte) und stationäre Gesundheitsangebote einen Gesundheitsungleichheitsindex nahe 0 aufweisen – es gibt also keine Unterschiede in der Inanspruchnahme nach Einkommen –, so liegt dieser bei der Inanspruchnahme von Fachärzten bei 0,129, wonach in Österreich 10% aller Facharztbesuche stärker umverteilt

werden müssten. Mögliche Erklärungsansätze für die vergleichsweise hohe Ungleichverteilung der Facharztbesuche findet Leoni (2015: 660) in stärker ausgeprägtem Gesundheitsbewusstsein höherer sozialer Schichten, „kulturellem Kapital“ und sozialen Netzwerken, unterschiedlicher Behandlung durch die Ärzte sowie privilegierten Zugang zum Gesundheitssystem durch private bzw. Zusatzversicherungen.<sup>10</sup> Mögliche Folgen einer geringeren Nutzung von (Fach-) Arztbesuchen durch sozial schwächere Gruppen liegen in weniger ausgeprägtem Präventionsverhalten, was wiederum vermeidbare Erkrankungen und Gesundheitskosten nach sich zieht. (Leoni 2015: 660)

Ein weiteres zentrales Element gesundheitsrelevanten Verhaltens sind Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten. Auch hier kann ein sozialer Gradient festgestellt werden: Soziale Benachteiligungen gehen sehr häufig einher mit ungesundem Ernährungsverhalten und körperlicher Inaktivität, was wiederum negativ auf den Gesundheitszustand wirkt. Die Erklärungen dafür sind multifaktoriell: Bildung geht mit Teilhabe am kulturellen Kapital einschließlich gemeinsamer Normen, Einstellungen und Formen der Daseinsbewältigung bestimmter gesellschaftlicher Gruppen einher. Damit verbunden sind auch bestimmte Zukunftsorientierungen und Einstellungen zum eigenen Körper. Nicht zu vernachlässigen sind darüber hinaus motivationale Komponenten schichtspezifischer Erziehungsstile. Merkmale der Berufstätigkeit, die vom Bildungshintergrund geprägt wird, sind ebenfalls mit dem Lebensstil verbunden, da die Bewältigung von Stress und psychosozialen Belastungen in direktem Zusammenhang mit Gesundheitsverhalten steht. Nicht zuletzt aber eröffnen der Beruf und das damit verbundene Einkommen finanzielle Ressourcen, die eine Voraussetzung für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil einschließlich des Kaufs frischer und hochwertiger Lebensmittel oder der Mitgliedschaft und Erreichbarkeit von Sportvereinen sind. Die Erkenntnis, dass gesundheitsrelevante Verhaltensweisen wie Ernährungsmuster oder Sport vom ökonomischen und kulturellen Kapital geprägt sind, geht bereits auf den Soziologen Pierre Bourdieu zurück. Aber auch Gruppenzugehörigkeiten und soziale Beziehungen beeinflussen das Gesundheitsverhalten: Es konnte empirisch nachgewiesen werden, dass soziale Isolation nicht nur mit häufigerem Nikotinkonsum, sondern auch mit ungesünderer Ernährung und körperlicher Inaktivität einhergehen. (Meyers 2008: 257ff.)

All diese Erkenntnisse sind besonders relevant, wenn es um die Erklärung von Unterschieden im Gesundheitsverhalten von MigrantInnen geht: Zu häufigeren sozialen Benachteiligungen kommen der Verlust der sozialen Einbettung in die Herkunftsgesellschaft sowie oftmals gesellschaftliche Ausgrenzungserfahrungen im Zielland. Darüber hinaus ist gesundheitsrelevantes Verhalten auch stark kulturell geprägt. Während in westlichen Gesellschaften Krankheit auf einem biologisch-technischen Konzept beruht und Krankheit ausschließlich im Körper lokalisiert wird, steht in anderen Gesellschaften nicht primär das Subjekt im Fokus. Vielmehr geht es um „soziale Körper“, die nicht abgetrennt vom

---

<sup>10</sup> Leoni (2015: 660) weist darauf hin, dass eine schwächere Inanspruchnahme nicht mit Unterversorgung oder sozialer Ungleichheit im Zugang gleichgesetzt werden kann.



kollektiven Wertesystem betrachtet werden können. Die Krankheitsursache liegt dann nicht mehr innerhalb des Individuums sondern außerhalb, etwa bei der Störung der sozialen Ordnung aufgrund von Neid, Eifersucht, Missachtung von Gastfreundschaft oder Respektlosigkeit gegenüber Ahnen. (Binder-Fritz 2009: 29ff.) Auch die Ernährungsweisen sind kulturspezifisch geprägt und werden häufig von religiösen Nahrungstabus sowie Bräuchen und Ritualen beeinflusst. (Adam/Stülb 2009: 89f.) Dies legt nahe, dass sich die Körperwahrnehmung und der Umgang mit dem Körper (und der Seele) kulturspezifisch unterscheiden. Nichtsdestotrotz sei vor sogenannter Kulturalisierung gewarnt: Kultur und kulturelle Identitäten sind keine absoluten oder statischen Größen – vielmehr handeln und interagieren Menschen aufgrund ihrer Orientierungen, die sie im Laufe ihres Lebens erworben haben und die sie aufgrund ihrer Erfahrungen auch laufend adaptieren. Dieser Gedanke wird vom Konzept der transkulturellen Kompetenz aufgegriffen, das davon ausgeht, dass Menschen sich laufend Neues aneignen und dadurch auch ihre (kulturell geprägten) Deutungen und Handlungsweisen verändern. (Pfabigan 2009: 76)

## 6 Alter, Arbeit, Gesundheit und Migration – empirische Evidenz

Der Bildungshintergrund ist ein zentraler Einflussfaktor auf die Beschäftigungschancen und damit auf das Einkommen. Bildungsbenachteiligungen schreiben sich in der individuellen Erwerbsgeschichte fort. In der Folge liegen die Erwerbstätigenquoten<sup>11</sup> von Personen mit Migrationshintergrund mit Ausnahme der Personen aus den EU-15 Staaten (77%), also Ländern, die bereits vor 2004 Mitglied in der EU waren, unter jenen der Personen ohne Migrationshintergrund (73%). Die Erwerbstätigenquoten liegen dabei für Personen aus Ländern des ehemaligen Jugoslawien bei 64%, für Personen aus der Türkei bei 54% und für Personen aus sonstigen Staaten bei 52%. Personen aus Ländern, die ab 2004 der EU beigetreten sind, weisen eine Erwerbstätigenquote von 69% auf. Zwar sind die Erwerbstätigenquoten unter Frauen in allen Herkunftsgruppen niedriger als unter Männern, mit nur 42% allerdings besonders niedrig bei Frauen mit türkischer Herkunft. (Statistik Austria 2016a: 55) MigrantInnen, mit Ausnahme von Personen aus den EU-15-Ländern, sind nicht zuletzt infolge ihres im Schnitt geringeren Bildungsgrades deutlich häufiger in Arbeiterpositionen tätig als in Angestellten-, Beamten- oder Selbstständigenpositionen. Branchen, in denen MigrantInnen überdurchschnittlich häufig vertreten sind, sind das Bauwesen (bei Männern), Beherbergung und Gastronomie, Unternehmensdienstleistungen sowie Haushaltspersonal (bei Frauen). MigrantInnen verzeichnen weiters deutlich höhere Arbeitslosenquoten<sup>12</sup> im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund<sup>13</sup>, wobei dies wiederum nicht für Personen aus den EU-15-Ländern gilt, deren Arbeitslosenquoten jenen der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund entsprechen. (Statistik Austria 2016: 55ff.)

Die nachteiligere Arbeitsmarktsituation von MigrantInnen führt in weiterer Folge auch zu niedrigeren Einkommen. Während das mittlere Netto-Jahreseinkommen der österreichischen StaatsbürgerInnen bei den unselbstständig Erwerbstätigen im Jahr 2014 bei gut 24.000 Euro lag, betrug jenes der Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft nur etwas über 19.000 Euro. (Statistik Austria 2016: 67) 27% der im Ausland geborenen Personen waren 2014 im Niedriglohnsektor<sup>14</sup> tätig. Bei den in Österreich Geborenen lag dieser Anteil nur bei 11%. Dementsprechend sind unter Personen mit ausländischem Geburtsort auch die Armutsgefährdungsquote sowie die Betroffenheit von manifester Armut knapp dreimal so hoch wie bei Personen, die in Österreich geboren wurden. (Statistik Austria 2016: 67)

Die gesundheitliche Situation ist ein wesentlicher Faktor, der die Erwerbssituation beeinflusst. Gesundheitliche Einschränkungen stellen einen Risikofaktor für die Erwerbsintegration und damit eine eigenständige soziale Absicherung dar. Im Jahr 2011

---

<sup>11</sup> auch: Beschäftigtenquote. Anteil der Erwerbstätigen an der Gesamtbevölkerung.

<sup>12</sup> Die Arbeitslosenquoten der ausländischen StaatsbürgerInnen betragen im Jahr 2014 12,1%.

<sup>13</sup> Unter österreichischen StaatsbürgerInnen betragen die Arbeitslosenquoten im Jahr 2014 7,6%.

<sup>14</sup> Niedriglohnsektor: Stundenlohn der unselbstständig Beschäftigten (mind. 12 Wochenstunden) unter 66,7% des Medians.

wurde die EU-weite Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung (Labour-Force-Survey) um ein Sondermodul zum Thema „Beschäftigung von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen“ ergänzt. Im Rahmen dieser Erhebung wurden Personen im erwerbsfähigen Alter (15 bis 64 Jahre) zu ihrer beruflichen sowie gesundheitlichen Situation befragt. Laut den Ergebnissen dieser Befragung (Statistik Austria 2013b) hatten im Jahr 2011 2,7 Millionen Menschen oder 46,8% der Personen im Erwerbsalter eine gesundheitliche Beeinträchtigung. Gesundheitlich beeinträchtigt zu sein bedeutet dabei, entweder zumindest an einer dauerhaften Gesundheitsbeschwerde zu leiden oder zumindest eine Einschränkung bei alltäglichen Tätigkeiten zu haben oder beides. Am häufigsten treten Rückenprobleme, Probleme mit Beinen/Füßen oder Armen/Händen sowie Herz-Kreislauf-Probleme als dauerhafte Gesundheitsbeschwerden in Erscheinung. Was die Einschränkungen bei alltäglichen Arbeiten betrifft, so geben 10,7% der Personen im Erwerbsalter an, Probleme beim Heben oder Tragen zu haben, 8,1% berichten über Schwierigkeiten beim Bücken und 6,0% klagen über Probleme beim Gehen und Treppensteigen. Besonders betroffen sind davon Landwirte und Hilfsarbeitskräfte.

Wie bereits erwähnt können Gesundheitsprobleme die Erwerbssituation negativ beeinflussen. So etwa zeigen auch die Ergebnisse des Sondermoduls der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung, dass die Erwerbstätigenquote von gesundheitlich Beeinträchtigten mit 67,2% deutlich unter jener der Personen ohne gesundheitlicher Einschränkung (75,8%) liegt. Hier ist allerdings der Altersaspekt zu berücksichtigen, da gesundheitliche Beeinträchtigungen mit dem Alter an Bedeutung gewinnen.

Besonders ausgeprägt sind die Unterschiede in der Erwerbsbeteiligung zwischen gesundheitlich beeinträchtigten und gesundheitlich nicht beeinträchtigten Personen in Berufen mit manuellen Tätigkeiten. (Statistik Austria 2013b: 27) Personen in manuellen Berufen scheiden oftmals aus dem Erwerbsleben aus, wenn sie ein Gesundheitsproblem haben, während Personen in nicht-manuellen Berufen häufig trotz gesundheitlicher Einschränkung weiterhin am Arbeitsmarkt partizipieren können. Dies zeigt sich auch an dem Anteil an gesundheitlich Beeinträchtigten an allen Erwerbstätigen, differenziert nach Berufsgruppen: Während der Anteil an gesundheitlich Beeinträchtigten unter Hilfsarbeitskräften mit 62,6% am geringsten ist, liegt er bei akademischen und vergleichbaren Berufen mit 89,4% am höchsten. (Statistik Austria 2013b: 28)

Auch im Bereich der Arbeitslosigkeit haben gesundheitlich Beeinträchtigte schlechtere Werte: Während 3,6% aller gesundheitlich beeinträchtigten Personen zum Befragungszeitpunkt 2011 arbeitslos waren, waren dies nur 2,7% der gesunden Personen. Zudem sind Personen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung häufiger von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen (43% der Arbeitslosen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung, aber nur 15% der Arbeitslosen ohne Gesundheitsproblem).

19,7% der Erwerbstätigen geben an, an einer gesundheitsbedingten Einschränkung im Arbeitsleben zu leiden, die sich entweder auf die Art der Arbeit, die Anzahl der Arbeitsstunden oder den Weg von und zur Arbeit bezieht. Bei den Nicht-Erwerbstätigen sind es 33%, die angeben, sie würden an einer derartigen Einschränkung leiden, würden sie

einem Beruf nachgehen. Auch hier sind Landwirte, Hauswarte, Reinigungskräfte und Hilfskräfte besonders stark betroffen. Besonders deutlich wird die Betroffenheit von Einschränkungen im Arbeitsleben aus gesundheitlichen Gründen bei älteren Menschen: 40% der pensionierten Personen zwischen 55 und 64 Jahren berichten über gesundheitsbedingte Einschränkungen, die sie im Falle einer Arbeitstätigkeit hätten. Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen haben häufiger auch unter nicht gesundheitsbezogenen Problemen im Arbeitsleben zu leiden. Insbesondere pensionierten Personen im höheren Erwerbsalter fehlen häufig geeignete Möglichkeiten und Qualifikationen, was eine wesentliche Hürde bei der Erwerbstätigkeit darstellt. Hinzu kommen oftmals persönliche Gründe und familiäre Pflichten als Einschränkung. (Statistik Austria 2013b: 30ff.) Dies verdeutlicht die Komplexität der Beschäftigungsfähigkeit, die eben nicht nur auf Ebene des Gesundheitszustandes, sondern auch auf Ebene der Konkurrenzfähigkeit in Bezug auf erworbene Qualifikationen und allgemeine Lebenssituation bestimmt wird.

Auch der Beschäftigungs-, Rehabilitations- und Pensionsmonitor des Sozialministeriums (BMASK 2015) verdeutlicht die Herausforderungen, denen ältere ArbeitnehmerInnen am österreichischen Arbeitsmarkt ausgesetzt sind, insbesondere wenn ihre Beschäftigungsfähigkeit aufgrund gesundheitlicher Probleme eingeschränkt ist: Zwar sind die Beschäftigungsquoten der Personen über 50 Jahre sowohl bei Männern als auch bei Frauen angestiegen, jedoch bedarf es bei den 55- bis 59-jährigen Frauen und bei den 60- bis 64-jährigen Männern bis zur Erreichung des Regierungsziels von 62,9% bzw. 35,3% im Jahr 2018 noch einer Beschleunigung des Zuwachses. Auch wenn die Zahl der unselbständig Beschäftigten über 50 Jahren angestiegen ist, steigen die Arbeitslosenquoten nach wie vor mit zunehmendem Alter an: Die Arbeitslosenquote der über 50-jährigen Männer betrug im 1. Halbjahr 2015 11,7%, bei den Frauen 8,1%. Aufgrund der konjunkturbedingten Verringerung der Arbeitskräftenachfrage einerseits, aber auch aufgrund der sich nur langsam verändernden Grundeinstellung von Betrieben zur Aufnahme älterer ArbeitnehmerInnen, ist ein Wiedereinstieg nach einem Arbeitsplatzverlust für Personen über 50 Jahren besonders schwierig. (BMASK 2015)

Auch Titelbach et al. (2015) beschäftigen sich mit der aktuellen Arbeitsmarktsituation älterer Arbeitskräfte im Vergleich zu jüngeren ArbeitnehmerInnen. Sie gehen der Frage nach, welche Faktoren zur Erklärung der (altersspezifischen) Eintrittswahrscheinlichkeit von Arbeitslosigkeit bzw. der Wahrscheinlichkeit einer Wiederbeschäftigung nach Arbeitslosigkeit beitragen. Die Untersuchung zeigt, dass das Eintrittsrisiko in Arbeitslosigkeit mit zunehmendem Alter abnimmt (das Eintrittsrisiko in Arbeitslosigkeit der 50- bis 59-Jährigen liegt deutlich unter jenem der 25- bis 29-Jährigen), aber dass die Verweildauer in Arbeitslosigkeit mit zunehmendem Alter stark ansteigt und vor allem bei den 60- bis 64-Jährigen überproportional hoch ist. Das konnte von Biffi (1996) auch schon für die 1990er Jahre nachgewiesen werden, als die Langzeitarbeitslosigkeit stark an Bedeutung gewann.

Titelbach et al. zufolge münden bei Älteren nur 43% der Arbeitslosigkeitsepisoden in eine unselbständige Beschäftigung und damit um 11% weniger als bei Jüngeren. Hinzu kommt,

dass bei 61% der Wiederbeschäftigten im Alter von 50 bis 59 Jahren das Einkommen nach der Arbeitslosigkeit unter dem Niveau des Einkommens vor der Arbeitslosigkeit liegt, wobei das Ausmaß der Einkommensreduktion mit steigender Dauer der Arbeitslosigkeit zunimmt. Weiters stellen Titelbach et al. (2015: 41) fest, dass der Einfluss von Senioritätsregelungen auf die Arbeitsmarktsituation Älterer in Österreich begrenzt ist. Nichtsdestotrotz verweist etwa die OECD (2005:129) auf die überdurchschnittlich hohen Steigerungsraten der Erwerbseinkommen der Männer und Frauen im höheren Alter (über 50 Jahre) in Österreich, die zu den größten in der OECD zählen. Dafür sind die Wachstumsraten der Einkommen in jungen und mittleren Jahren, vor allem bei Frauen, im internationalen Vergleich sehr gering. Das hat mit der großen Bedeutung der Senioritätsentlohnung für Angestellte und Beamte in Österreich zu tun. Nur Personen mit einer überdurchschnittlichen Arbeitsproduktivität und passenden Qualifikationen können sich im Job halten, während Personen mit geringen oder nicht mehr passenden Qualifikationen und/oder schwacher physischer und mentaler Leistungsfähigkeit Gefahr laufen, ihren Job zu verlieren. Als Folge davon ist die Erwerbsintegration der älteren Arbeitskräfte in Österreich eine der geringsten in der OECD. Darüber hinaus ist der Lohnabschlag bei einem Wiedereintritt ins Erwerbsleben besonders hoch. (Biffi/Leoni 2006)

## **6.1 Erwerbsverläufe im Kontext von Alter und Bildung**

Die obigen Ausführungen zeigen die Herausforderungen, denen ältere ArbeitnehmerInnen in Österreich gegenüberstehen, insbesondere wenn ihre Beschäftigungs- und Konkurrenzfähigkeit aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen oder auch mangelnder Deutschkenntnisse oder Qualifikationen reduziert ist. Nachfolgend wird nicht nur eine Querschnittsperspektive der Arbeitsmarktsituation älterer ArbeitnehmerInnen dargestellt, sondern auch die Erwerbsverläufe der über 50-jährigen ArbeitnehmerInnen. Dies ermöglicht die Statistik der Registerbasierten Erwerbsverläufe (ERV), die mit Längsschnittperspektiven die Erwerbsbiographien der österreichischen Bevölkerung abbilden.<sup>15</sup> (Statistik Austria 2017) Nachfolgende Abbildung 9 zeigt den Arbeitsmarktstatus, den Frauen und Männer nach Beendigung einer unselbstständigen Beschäftigung haben, und zwar für 50-bis 64-Jährige im Vergleich zum Gesamt-Schnitt.

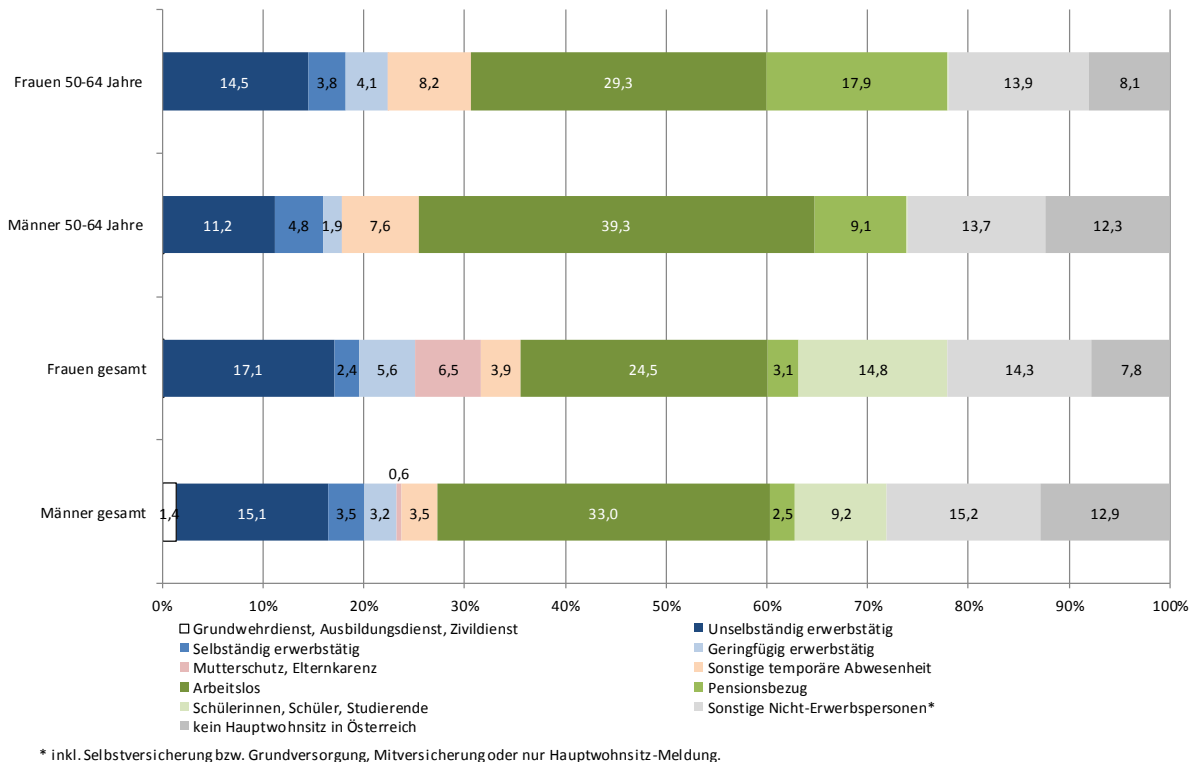
Aus nachfolgender Abbildung 9 geht hervor, dass ein Drittel der unselbstständig beschäftigten Männer und ein Viertel der unselbstständig beschäftigten Frauen nach Beendigung eines unselbstständigen Beschäftigungsverhältnisses in der Arbeitslosigkeit landen. Bei den 50- bis 64-Jährigen ist dieser Anteil sowohl bei Männern wie auch bei Frauen mit 39,3% bzw. 29,3% deutlich höher. Dabei ist unter 50- bis 64-jährigen Männern und Frauen der Anteil derjenigen, die nach Beendigung einer unselbstständigen Beschäftigung

---

<sup>15</sup> Siehe dazu auch Statistik Austria 2017: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/volkszaehlungen\\_registerzaehlungen\\_abgestimmte\\_erwerbsstatistik/registerbasierte\\_erwerbsverlaeufe/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/volkszaehlungen_registerzaehlungen_abgestimmte_erwerbsstatistik/registerbasierte_erwerbsverlaeufe/index.html), zuletzt abgerufen am 31.07.2017.

eine Pensionsleistung beziehen ebenfalls deutlich höher (bei Männern knapp viermal, bei Frauen knapp achtmal so hoch wie im Gesamt-Schnitt). Auch der Anteil derjenigen, die in eine sonstige temporäre Abwesenheit gehen, ist bei älteren Männern und Frauen etwa doppelt so hoch wie im Schnitt. Dafür ist der Anteil der älteren Personen, die von einer unselbstständigen Beschäftigung direkt in eine unselbstständige Beschäftigung bei einem anderen Dienstgeber wechseln, deutlich niedriger als im Gesamt-Schnitt.

**Abbildung 9: Arbeitsmarktstatus nach Beendigung einer unselbstständigen Beschäftigung<sup>16</sup> unter 50- bis 64-Jährigen sowie gesamt, nach Geschlecht, 2015**



Quelle: Statistik Austria, Registerbasierte Erwerbsverläufe (ERV), DUK-Darstellung.

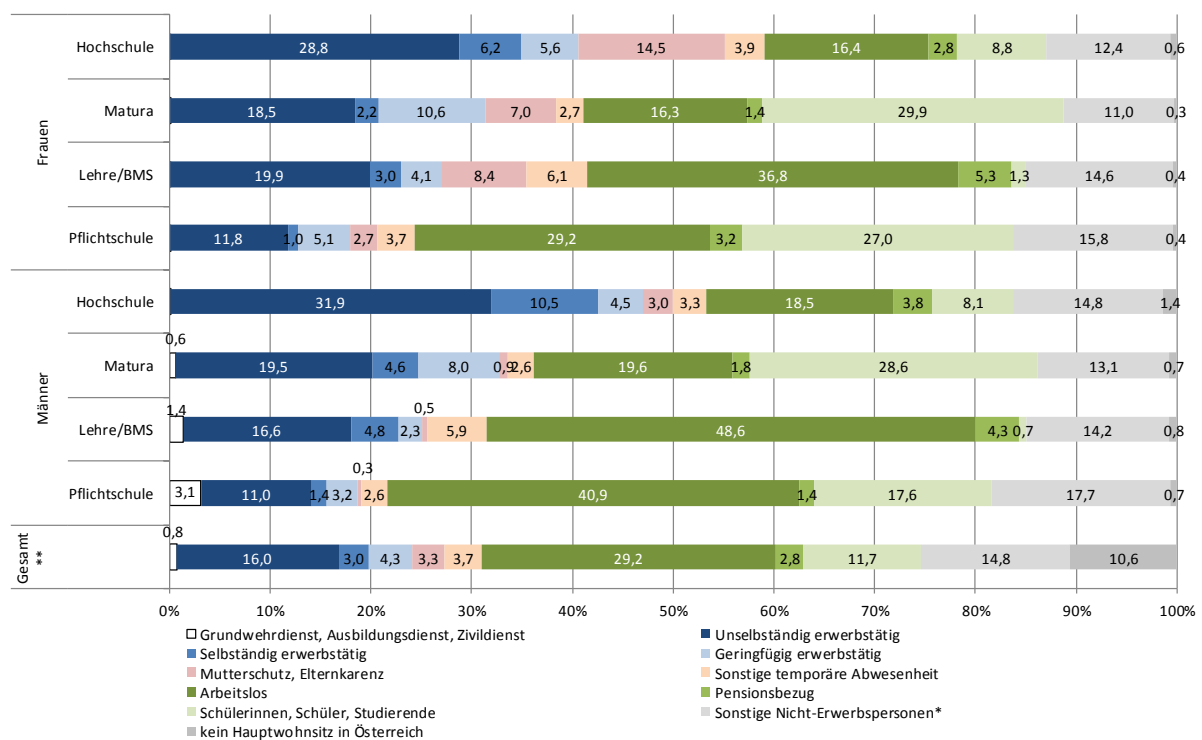
Wie schon gezeigt, spielt Bildung eine entscheidende Rolle für die Arbeitsmarktpartizipation. Dies zeigt sich auch bei der Betrachtung der Erwerbsbiographien, wie in nachfolgender Abbildung 10 dargestellt ist.

Abbildung 10 zeigt, dass der Anteil der Personen, die direkt von einem unselbstständigen Beschäftigungsverhältnis in ein anderes wechseln, mit steigender Bildung zunimmt: Während ein direkter Wechsel von einem unselbstständigen Beschäftigungsverhältnis in ein anderes nur bei etwa 11% der Personen mit Pflichtschulabschluss der Fall ist, steigt dieser Anteil bei Personen mit Lehrabschluss oder Abschluss einer berufsbildenden mittleren Schule auf 16,6% (Männer) bzw. 19,9% (Frauen) an, bei Personen mit Matura auf knapp 20% und bei Personen mit Hochschulabschluss sogar auf jeweils etwa ein Drittel. Unter Personen mit Pflichtschulabschluss, insbesondere aber auch mit Lehrabschluss oder Abschluss einer

<sup>16</sup> Exkl. geringfügige Beschäftigung und ohne Statuswechsel beim selben Dienstgeber.

berufsbildenden mittleren Schule geht der höchste Anteil unmittelbar nach Beendigung eines unselbstständigen Beschäftigungsverhältnisses in Arbeitslosigkeit. Bei Personen, die über einen Pflichtschulabschluss verfügen, ist der Anteil derjenigen, die nach Beendigung eines unselbstständigen Beschäftigungsverhältnisses in ein (Aus-)Bildungsverhältnis gehen – als SchülerIn oder Studierende/r – mit 17,6% bei Männern und 27,0% bei Frauen sehr hoch. Höher ist dieser Anteil nur bei Personen mit Matura, mit knapp einem Drittel bei Männern und Frauen.

**Abbildung 10: Arbeitsmarktstatus nach Beendigung einer unselbstständigen Beschäftigung<sup>17</sup> nach höchster abgeschlossener Ausbildung und Geschlecht, 2015**



\* inkl. Selbstversicherung bzw. Grundversorgung, Mitversicherung oder nur Hauptwohnsitz-Meldung. \*\*inkl. unbekannter Bildungsabschluss

Quelle: Statistik Austria, Registerbasierte Erwerbsverläufe (ERV), DUK-Darstellung.

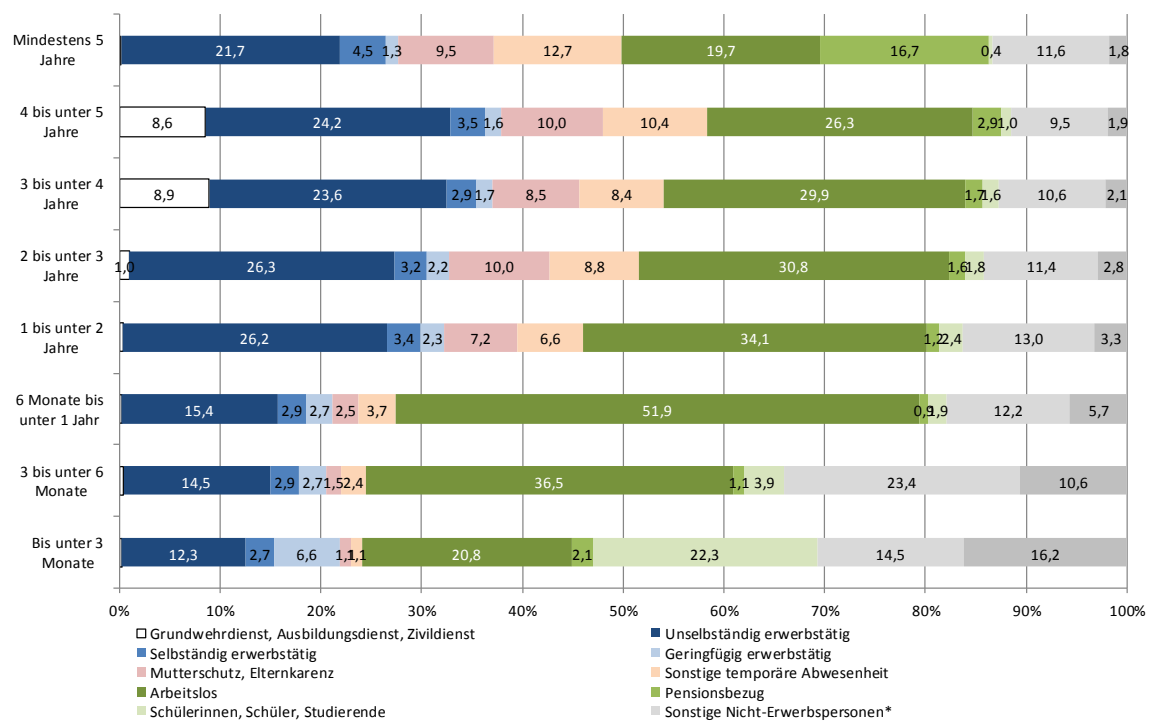
Die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses, das beendet wurde, gibt Aufschluss über die Stabilität der Beschäftigungskarrieren. Dies zeigt nachfolgende Abbildung 11.

Der Anteil der Personen, die nach Beendigung einer unselbstständigen Beschäftigung in eine andere unselbstständige Beschäftigung übergehen, variiert sehr stark nach der Dauer der vorhergehenden Beschäftigung; es kann gesagt werden, dass der Anteil der direkten Beschäftigungswechsel deutlich höher ist, wenn das vorhergehende Beschäftigungsverhältnis zumindest ein Jahr gedauert hat. Der Anteil liegt dann etwa bei einem Viertel, wohingegen dieser Anteil bei Beschäftigungsverhältnissen unter einem Jahr bei weniger als 15% liegt. Besonders auffallend sind Beschäftigungen, die zwischen sechs und zwölf Monaten dauern. Hier ist der Anteil derjenigen, die nach Ende der Beschäftigung

<sup>17</sup> Exkl. geringfügige Beschäftigung und ohne Statuswechsel beim selben Dienstgeber.

in der Arbeitslosigkeit sind, mit 51,9% besonders hoch. Hier zeigen sich also sehr instabile Beschäftigungsbiographien mit nur kurzen Beschäftigungsverhältnissen. Bei Beschäftigungsdauern von drei bis sechs Monaten ist zwar auch der Anteil derjenigen, die danach in Arbeitslosigkeit sind, mit mehr als einem Drittel sehr hoch, aber auch jener der Personen, die sich nach dem Beschäftigungsende ganz aus dem Arbeitsmarkt zurückziehen (sonstige Nicht-Erwerbspersonen). Bei Personen, die ein Beschäftigungsverhältnis nach weniger als drei Monaten beenden, ist der Anteil derjenigen, die danach eine Ausbildung absolvieren, mit 22,3% besonders hoch, aber auch derjenigen, die keinen Hauptwohnsitz in Österreich haben (16,2%). Hier spiegeln sich also beispielsweise Ferialanstellungen wider, aber auch Saisonarbeit von ausländischen Arbeitskräften. Der Anteil der Personen, die nach Beendigung einer unselbstständigen Tätigkeit eine Pensionsleistung beziehen, ist besonders hoch im Falle von Beschäftigungsdauern von mehr als fünf Jahren. Bei kürzeren Beschäftigungsdauern ist der Anteil von Pensionsbezügen nach Beschäftigungsende sehr gering (weniger als 3%).

**Abbildung 11: Arbeitsmarktstatus nach Beendigung einer unselbstständigen Beschäftigung<sup>18</sup> nach Dauer des Beschäftigungsverhältnisses, 2015**



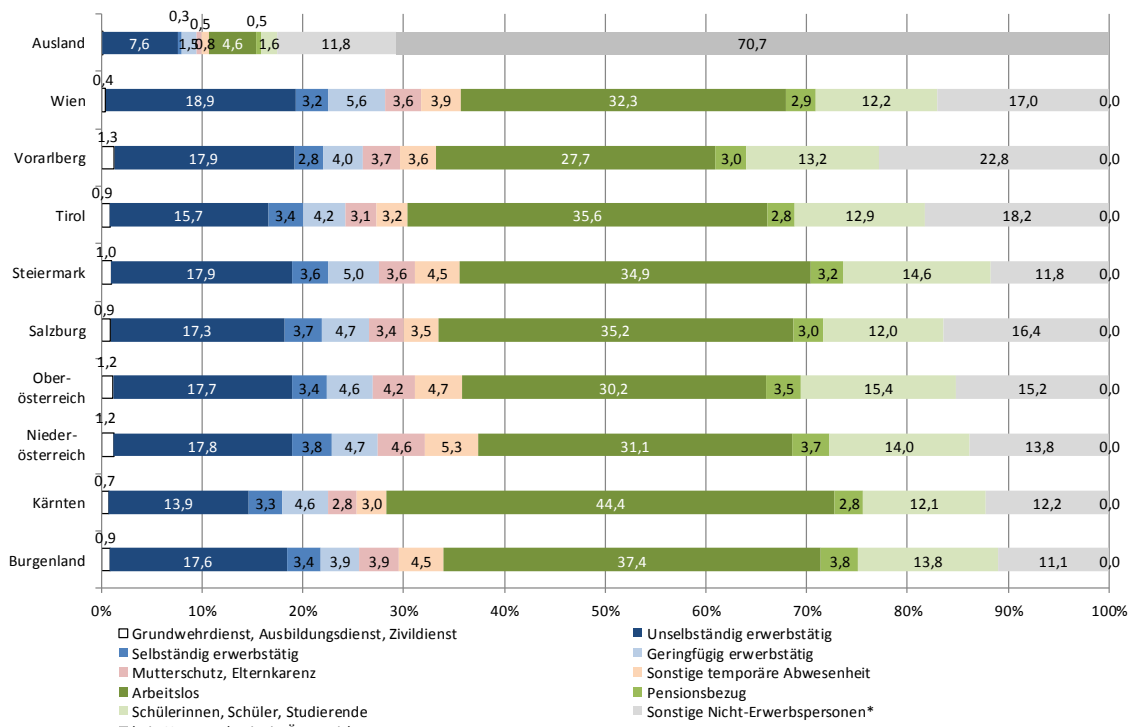
\* inkl. Selbstversicherung bzw. Grundversorgung, Mitversicherung oder nur Hauptwohnsitz-Meldung.

Quelle: Statistik Austria, Registerbasierte Erwerbsverläufe (ERV), DUK-Darstellung.

<sup>18</sup> Exkl. geringfügige Beschäftigung und ohne Statuswechsel beim selben Dienstgeber.



**Abbildung 12: Arbeitsmarktstatus nach Beendigung einer unselbstständigen Beschäftigung<sup>19</sup> nach Bundesland des Wohnorts, 2015**



\* inkl. Selbstversicherung bzw. Grundversorgung, Mitversicherung oder nur Hauptwohnsitz-Meldung.

Quelle: Statistik Austria, Registerbasierte Erwerbsverläufe (ERV), DUK-Darstellung.

Betrachtet man den Arbeitsmarktstatus nach Beschäftigungsbeendigung nach Wohnort, so zeigen sich zwar einige Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern, die sich jedoch aus regionalen Arbeitsmarktspezifika und Wirtschaftsstrukturen ergeben. So etwa ist der Anteil der Personen, die nach Beendigung eines unselbstständigen Beschäftigungsverhältnisses in Arbeitslosigkeit sind, mit 44,4% in Kärnten besonders hoch und der Anteil derjenigen, die ein anderes unselbstständiges Beschäftigungsverhältnis aufnehmen, mit 13,9% besonders niedrig. Bei den Personen, die ihren Hauptwohnsitz im Ausland haben, zeigt sich jedoch ein völlig anderes Bild. 70,7% dieser Personen verlassen nach Beendigung einer unselbstständigen Beschäftigung Österreich. Weitere 11,8% ziehen sich als sonstige Nicht-Erwerbspersonen aus dem Arbeitsmarkt zurück, lediglich 4,6% sind nach Beschäftigungsende arbeitslos und 7,6% finden direkt eine neue unselbstständige Beschäftigung. Wenn man allerdings nur jene Personen, die zwar ihren Hauptwohnsitz im Ausland haben, aber dennoch am österreichischen Arbeitsmarkt in Erscheinung treten, betrachtet, so zeigt sich folgendes Bild: 40,4% sind nach Beendigung eines unselbstständigen Beschäftigungsverhältnisses als sonstige Nicht-Erwerbspersonen klassifiziert, 25,9% gehen einer anderen unselbstständigen Erwerbstätigkeit nach und 15,8% sind arbeitslos. Damit

<sup>19</sup> Exkl. geringfügige Beschäftigung und ohne Statuswechsel beim selben Dienstgeber.

unterscheidet sich diese Gruppe deutlich von Personen, die ihren Hauptwohnsitz in Österreich haben.

## **6.2 Gesundheitlich beeinträchtigte ältere Arbeitskräfte in Österreich**

Zur Situation von gesundheitlich beeinträchtigten Personen im Arbeitsleben stehen in Österreich bislang wenige Daten zur Verfügung. Die rezenteste Erhebung stammt aus dem Jahr 2011 und ist das Resultat eines Sondermoduls der EU-weiten Arbeitskräfteerhebung (siehe dazu Anhang 1).

Als Indikator für die gesundheitliche Einschränkung wurde auf eine Kombination aus dem Vorhandensein eines oder mehrerer chronischer Gesundheitsprobleme und dem Vorhandensein einer oder mehrerer Einschränkung(en) bei alltäglichen Tätigkeiten zurückgegriffen. Als gesundheitlich eingeschränkt gilt eine Person dann, wenn sie an zumindest einer dauerhaften Gesundheitsbeschwerde bzw. chronischer Erkrankung<sup>20</sup> leidet und/oder zumindest eine dauerhafte Einschränkung bei alltäglichen Tätigkeiten<sup>21</sup> aufweist.

Zum Zeitpunkt der Erhebung waren in Österreich 5,7 Millionen Personen in Privathaushalten im erwerbsfähigen Alter (15-65). Davon waren 4,1 Millionen oder 72% erwerbstätig. Die Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter, die zumindest eine gesundheitliche dauerhafte Beeinträchtigung hatte und/oder zumindest eine Einschränkung bei alltäglichen Tätigkeiten aufwies, belief sich auf 2,7 Millionen Personen in Privathaushalten; das waren 46,8% aller 15- bis 65-Jährigen. Aus Abbildung 13 ist ersichtlich, dass der Anteil der Menschen mit gesundheitlicher Einschränkung mit dem Alter deutlich steigt, und zwar von 35% unter den 15- bis 44-Jährigen auf 75% unter den 65-Jährigen.

Die Beschäftigungsquote unter den Personen ohne gesundheitliche Einschränkungen lag bei 75,8%, und war damit um 8,6 Prozentpunkte höher als unter den Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen. Unter den Erwerbstätigen hatten 1,7 Millionen zumindest eine gesundheitliche Einschränkung von mehr als einem halben Jahr Dauer, das waren 38,5% aller Erwerbstätigen im Alter von 15 bis 64 Jahren. Der Anteil war unter den Arbeitslosen sowie den Personen, die nicht im Erwerbsleben standen, mit jeweils 49%

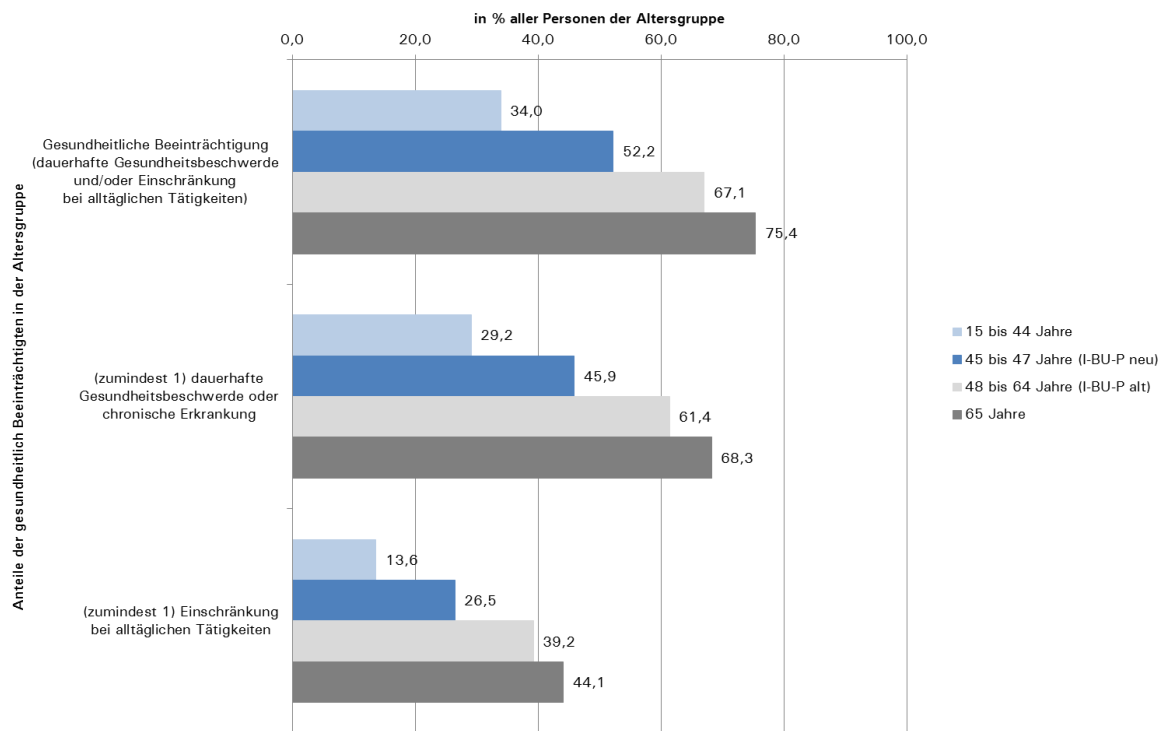
---

<sup>20</sup> Probleme mit Armen oder Händen (einschließlich Arthritis oder Rheuma), mit Beinen oder Füßen (einschließlich Arthritis oder Rheuma), mit Rücken oder Nacken (einschließlich Arthritis oder Rheuma), Hauterkrankungen einschließlich allergischer Reaktionen und schwerer Entstellungen, Probleme mit Herz, Blutdruck oder Kreislauf, mit Brustkorb oder Atmung (einschließlich Asthma und Bronchitis), mit Magen, Leber, Nieren oder Verdauung, Diabetes (Zuckerkrankheit), Krebs, Epilepsie (einschließlich epileptischer Anfälle), Schwere Kopfschmerzen wie z.B. Migräne, Lernschwäche beim Lesen, Schreiben oder Rechnen, Chronische Angststörungen (z.B. Panikattacken), Depressionen, andere nervliche oder psychische Probleme (z.B. Schizophrenie, affektive Störungen, Magersucht, Burn out), andere fortschreitende Krankheiten (einschließlich Multiple Sklerose, HIV, Alzheimer-Krankheit, Parkinson-Krankheit), andere lang andauernde Gesundheitsprobleme (einschließlich Fettleibigkeit, Alkohol- oder Drogenabhängigkeit). (vgl. Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung Sondermodul 2011)

<sup>21</sup> Sehen (auch wenn Sehhilfe wie z.B. Brille oder Kontaktlinsen getragen wird), Hören (auch wenn Hörgerät getragen wird), Gehen oder Treppen steigen, Sitzen oder Stehen, sich erinnern, sich konzentrieren, unterhalten mit anderen Personen z.B. verstehen oder verstanden werden (betrifft nicht Fremdsprache), sich strecken, um nach etwas zu greifen (z.B. um einen Gegenstand zu erreichen), etwas heben oder tragen (z.B. eine schwere Einkaufstasche), sich bücken, etwas halten, greifen oder drehen (z.B. einen Wasserhahn aufdrehen). (vgl. Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung Sondermodul 2011)

deutlich höher als unter den Erwerbstätigen. Damit bewahrheiten sich internationale Forschungsergebnisse auch für Österreich, nämlich dass Erwerbstätige gesünder sind als Nichterwerbspersonen (Healthy Worker Effekt)<sup>22</sup> bzw. dass gesundheitlich Eingeschränkte aus dem Arbeitsmarkt fallen.

**Abbildung 13: Gesundheitliche Beeinträchtigung der Bevölkerung nach Altersgruppen (2011)**



Quelle: MZ-AKE, Sondermodul 2011, DUK-Berechnung, DUK-Darstellung.

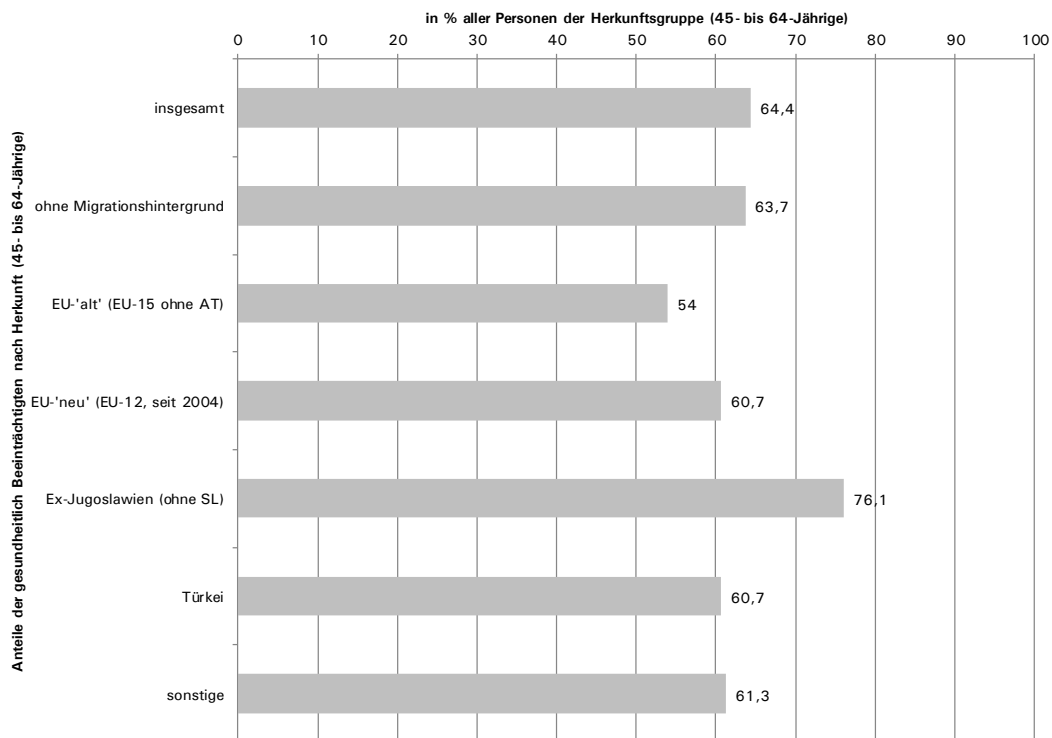
### 6.3 Gesundheitliche Beeinträchtigung Älterer nach Herkunft

Was MigrantInnen anbelangt, so sind sie in jungen und mittleren Jahren im Schnitt gesünder als autochthone ÖsterreicherInnen. Bei den älteren MigrantInnen ist dies jedoch anders, nicht zuletzt infolge des im Schnitt geringeren Bildungsgrades und der stärkeren gesundheitlichen Belastungen der Tätigkeiten, in denen MigrantInnen überdurchschnittlich häufig arbeiten bzw. arbeiteten der älteren MigrantInnen (ehemalige GastarbeiterInnen). In der Folge wird der Fokus der Untersuchung auf ältere Personen (45-64) gelegt, und zwar auf MigrantInnen im Vergleich zur autochthonen Erwerbsbevölkerung.

Von den 2,3 Millionen Personen im Alter von 45 bis 64 Jahren, das sind 41% aller 15-64-Jährigen, haben 16,7% (385.600) einen Migrationshintergrund, d.h. beide Elternteile sind im Ausland geboren. Der Großteil (39%) der MigrantInnen kommt aus der Region des vormaligen Jugoslawien, 22% aus den ‚neuen‘ EU-MS (EU-12), knapp 15% aus der EU-15 – meist aus Deutschland und 13% aus der Türkei.

<sup>22</sup> Mehr dazu bei Biffi/Isaac 2005 und 2007.

**Abbildung 14: Gesundheitliche Belastungsquote der 45- bis 64-Jährigen nach Herkunftsregionen, 2011**



Q: MZ-AKE, Sondermodul 2011, DUK-Berechnung, DUK-Darstellung. N = 8.676, Hochrechnung: 2.329.233.

Quelle: MZ-AKE, Sondermodul 2011, DUK-Berechnung, DUK-Darstellung.

Betrachtet man den Anteil der 45- bis 64-Jährigen, die zumindest eine gesundheitlichen Beeinträchtigung und/oder eine Einschränkung bei alltäglichen Tätigkeiten aufweisen, so ist dieser unter den älteren Personen aus dem vormaligen Jugoslawien mit 76% am höchsten, gefolgt von den ‚Einheimischen‘ mit 63,7%. (Abbildung 14) Am geringsten ist der Anteil unter Personen aus der EU-15 mit 54%, nicht zuletzt eine Folge des im Schnitt deutlich höheren Bildungsgrades und der Ausübung von Tätigkeiten, die weniger gesundheitlich belastend sind. Im Mittelfeld liegen Personen aus der Türkei und den EU-12 mit einer gesundheitlichen Belastungsquote von 60,7%.

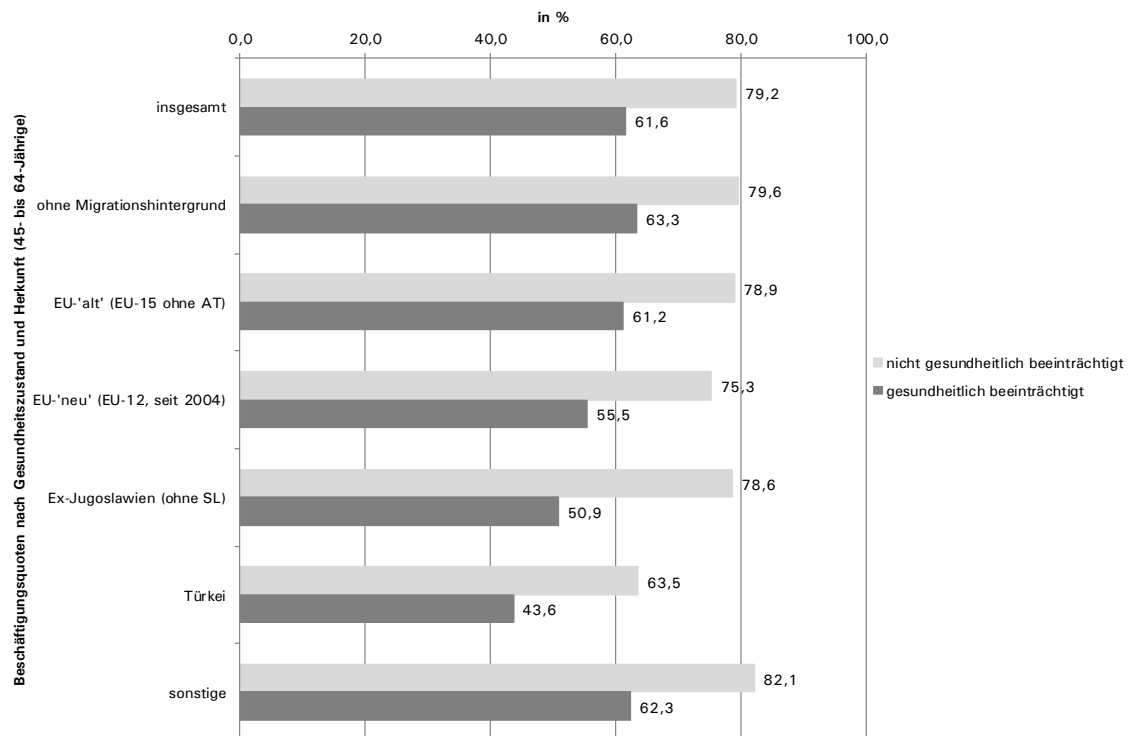
Die Beschäftigungsquoten sind unter den älteren Personen ohne jegliche gesundheitliche Beeinträchtigung in allen Herkunftsgruppen höher als unter Personen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung. Der Unterschied lag im Schnitt bei 17,6 Prozentpunkten.

Besonders groß ist der Unterschied in der Beschäftigungsquote von Personen mit und ohne gesundheitliche Beeinträchtigung unter MigrantInnen aus dem vormaligen jugoslawischen Raum mit knapp 30 Prozentpunkten, gefolgt von Personen aus den EU-12 und der Türkei mit jeweils knapp 20 Prozentpunkten. Jedoch ist die Beschäftigungsquote unter MigrantInnen aus der Türkei wegen der geringen Erwerbsbeteiligung der Frauen sowohl bei Personen mit sowie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung doch deutlich geringer als unter EU-12-BürgerInnen (bei keiner gesundheitlichen Beeinträchtigung 63,5% gegenüber 78,9%). (Abbildung 15)

Am höchsten ist die Beschäftigungsquote mit 82% unter den ‚sonstigen‘ Drittstaatsangehörigen, meist hochqualifizierte Arbeitskräfte mit ausgeprägter

internationaler Mobilität. Wenn diese Migrationsgruppe eine gesundheitliche Einschränkung aufweist, sinkt aber auch hier die Beschäftigungswahrscheinlichkeit, und zwar im selben Ausmaß wie unter türkischen und EU-12 MigrantInnen.

**Abbildung 15: Beschäftigungsquoten der 45- bis 64-Jährigen mit und ohne gesundheitliche Beeinträchtigung nach Herkunftsregion (45- bis 64-Jährige), 2011**



Q: MZ-AKE, Sondermodul 2011, DUK-Berechnung, DUK-Darstellung. N = 8.676, Hochrechnung: 2.329.233.

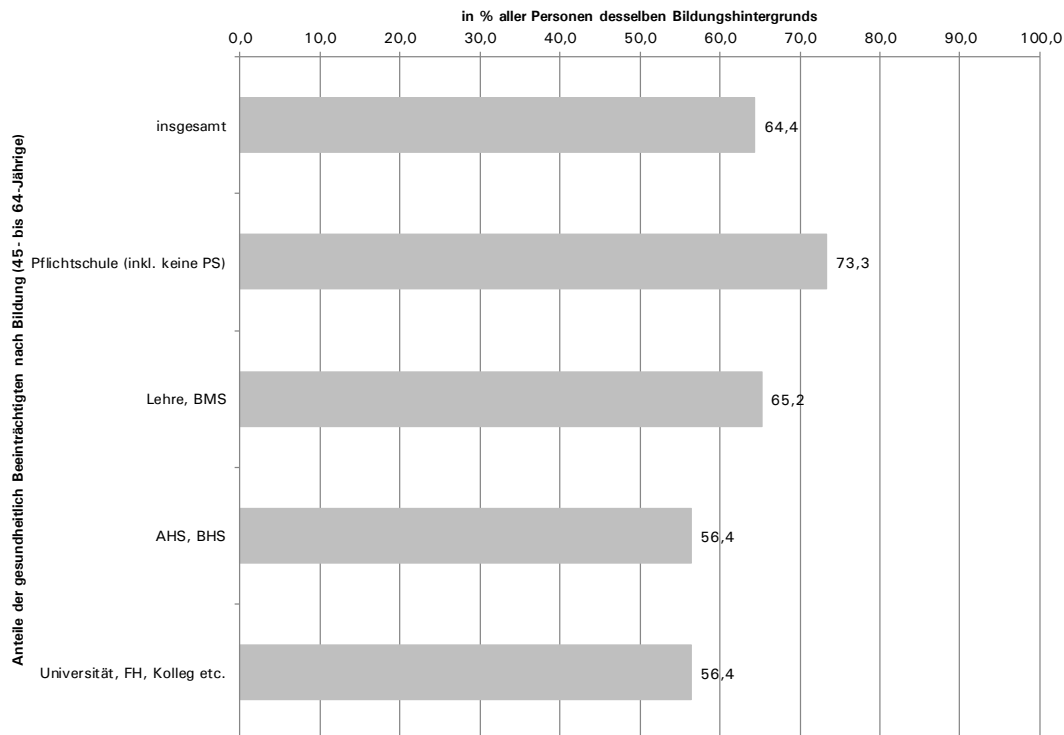
Quelle: MZ-AKE, Sondermodul 2011, DUK-Berechnung, DUK-Darstellung.

## 6.4 Gesundheitliche Beeinträchtigung Älterer nach Bildung

Während im Schnitt zwei Drittel aller 45- bis 64-Jährigen mindestens eine gesundheitliche Beeinträchtigung haben (64,4%, Abbildung 14), liegt der Prozentsatz unter Personen mit maximal Pflichtschulabschluss mit 73,3% um 9 Prozentpunkte darüber, was aus Abbildung 16 hervorgeht. Die Häufigkeit der gesundheitlichen Beeinträchtigung verringert sich mit steigendem Bildungsgrad. Die Spanne zwischen AkademikerInnen und HilfsarbeiterInnen liegt bei 11 Prozentpunkten. Demnach haben aber auch mehr als die Hälfte der AkademikerInnen im Alter von 45 bis 64 Jahren mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung, die ihre Beschäftigungsfähigkeit einschränkt, zu kämpfen.

Generell kann gesagt werden, dass die Beschäftigungsquote der Älteren mit steigendem Bildungsgrad zunimmt (Abbildung 17). Dies steht im Gegensatz zu Jugendlichen, die ja, wenn sie nur einen Pflichtschulabschluss machen, häufig direkt nach dem Schulabschluss als HilfsarbeiterInnen zu arbeiten beginnen. Je länger die Ausbildungsdauer, desto später ist auch der Eintritt ins Erwerbsleben. In der Tendenz steigt damit aber auch die Dauer der Erwerbstätigkeit im Lebenszyklus, da HilfsarbeiterInnen früher in Pension gehen.

**Abbildung 16: Gesundheitliche Belastungsquote der 45- bis 64-Jährigen nach Bildung, 2011**



Q: MZ-AKE, Sondermodul 2011, DUK-Berechnung, DUK-Darstellung, N = 8.676, Hochrechnung: 2.329.233.

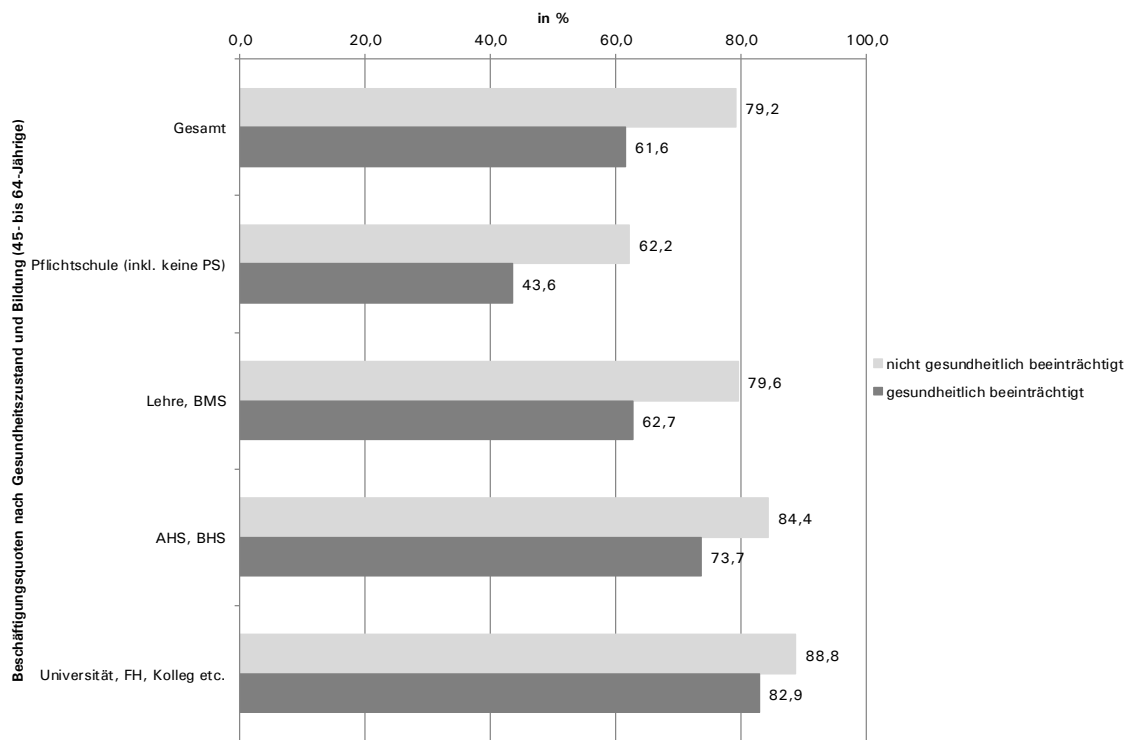
Quelle: MZ-AKE, Sondermodul 2011, DUK-Berechnung, DUK-Darstellung.

Dementsprechend unterscheidet sich die Beschäftigungsquote nicht nur in Bezug auf das (Nicht-)Vorhandensein einer gesundheitlichen Beeinträchtigung, sondern auch nach Bildungsgrad. Am höchsten ist die Erwerbstätigenquote von AkademikerInnen ohne gesundheitliche Schwächen mit knapp 89%, gefolgt von MaturantInnen (84%) und Personen mit mittlerer Qualifikation (79,6%) jeweils ohne gesundheitliche Beeinträchtigung. An dieser Rangordnung ändert sich auch nichts, wenn man die gesundheitliche Beeinträchtigung berücksichtigt. Allerdings steigt die Spanne zwischen der höchsten Beschäftigungsquote, jener der AkademikerInnen, und der geringsten, jener der PflichtschulabsolventInnen), von 26,6 Prozentpunkten auf 39,4 Prozentpunkte. Das bedeutet, dass die körperliche und psychische Beeinträchtigung bei Personen mit einfachen Qualifikationen in viel höherem Ausmaß zur Arbeitsunfähigkeit führt als bei Personen mit höheren Qualifikationen.

Es ist daher auch nicht verwunderlich, dass ein deutlich höherer Anteil von älteren Personen mit einem einfachen Bildungsgrad eine Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension in Anspruch nimmt bzw. nehmen möchte als Personen mit einem höheren Bildungsgrad. Da es seit 1.1.2014 keine befristeten Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspensionen für Personen, die ab dem 1.1.1964 geboren wurden, mehr gibt, steigt in diesem Alterssegment die Zahl der Arbeitslosen überdurchschnittlich stark an. Die Lage wird dadurch erschwert, dass Personen mit geringer Qualifikation häufig keinem Berufsschutz unterliegen und daher keinen Anspruch auf eine berufliche Rehabilitation bzw. Umschulung/Aufschulung haben. Von ihnen wird erwartet, dass sie nach einer medizinischen Rehabilitation wieder ins Erwerbsleben zurückkehren, häufig in Tätigkeiten, die gesundheitlich belastend sind. Zwar

kommt es auch vor, dass Personen mit Pflichtschulabschluss und gesundheitlicher Einschränkung in höherem Alter noch eine Weiterbildungsmaßnahme in Anspruch nehmen, jedoch ist deren Anteil sehr gering, angesichts eines 10 prozentigen Anteils der PflichtschulabsolventInnen an allen beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen. Die berufliche Rehabilitation unter PflichtschulabsolventInnen wird vorrangig vor allem von jüngeren Kohorten in Anspruch genommen. (Niederberger et al. 2014)

**Abbildung 17: Beschäftigungsquoten der 45- bis 64-Jährigen mit und ohne gesundheitliche Beeinträchtigung nach Bildung, 2011**



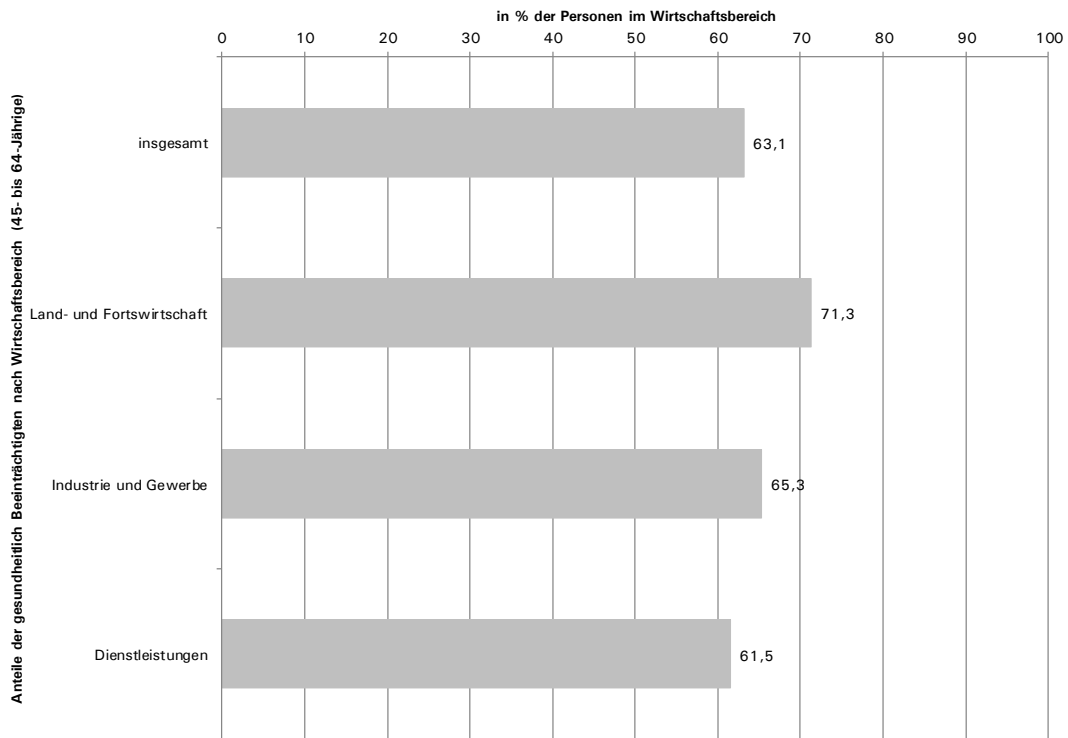
Q: MZ-AKE, Sondermodul 2011, DUK-Berechnung, DUK-Darstellung. N= 8.676, Hochrechnung: 2.329.233.

Quelle: MZ-AKE, Sondermodul 2011, DUK-Berechnung, DUK-Darstellung.

Es stellt sich daher die Frage, in welchem Maße der erste Arbeitsmarkt in der Lage ist, die große Zahl von gesundheitlich eingeschränkten älteren HilfsarbeiternInnen – im Jahr 2011 waren es 337.800, viele davon mit Migrationshintergrund – wieder einzugliedern. Um die beruflichen Eingliederungschancen besser abschätzen zu können, wird den Tätigkeitsfeldern der Personen mit gesundheitlicher Einschränkung Augenmerk geschenkt. Dabei zeigt sich, dass das Ausmaß der gesundheitlichen Beeinträchtigung Älterer in der Land- und Forstwirtschaft am höchsten ist, gefolgt von der Güterproduktion und den Dienstleistungen. (Abbildung 18)

In der Land- und Forstwirtschaft haben 71% der 45- bis 64-Jährigen eine gesundheitlich Einschränkung, im industriell-gewerblichen Bereich sind es 65% und in den Dienstleistungen mit 62% nicht viel weniger. Trotzdem sind 76,8% der gesundheitlich eingeschränkten älteren Personen in der Land- und Forstwirtschaft noch beschäftigt, ebenso 76,3% in der Güterproduktion und 73,3% in der Dienstleistungsbranche. (Abbildung 19)

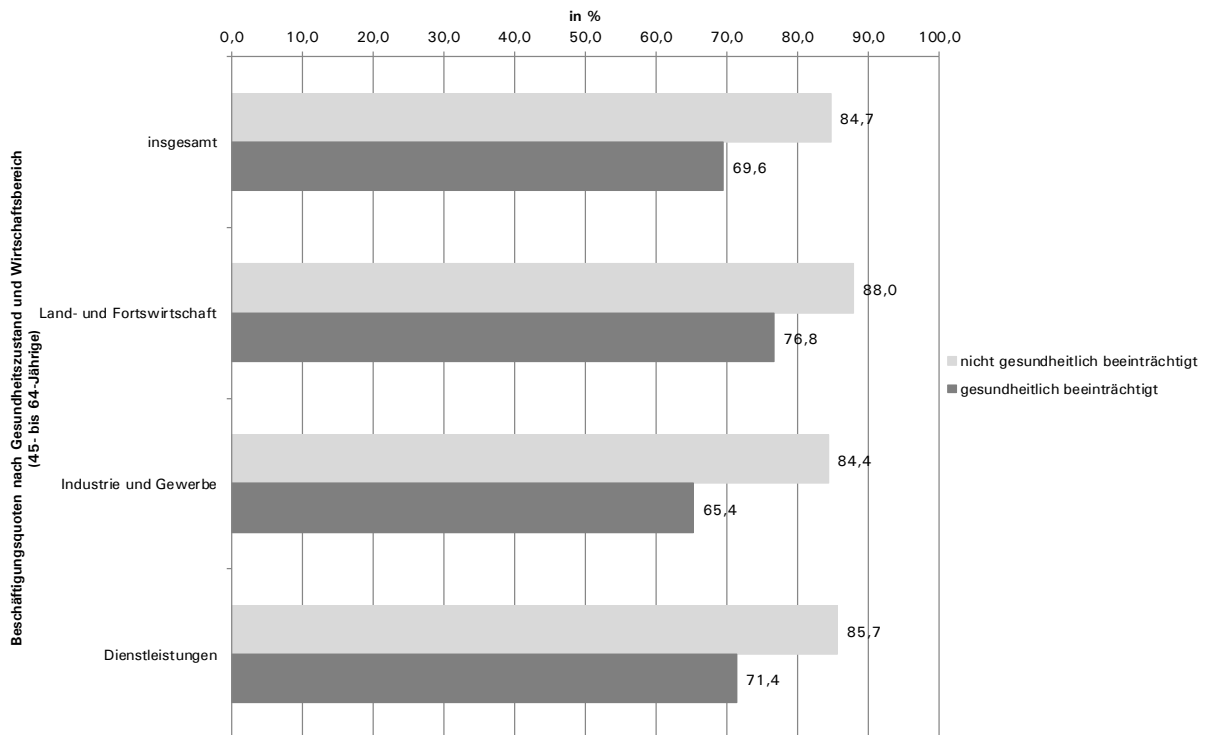
**Abbildung 18: Gesundheitliche Belastungsquote der 45- bis 64-Jährigen nach Wirtschaftsbereich, 2011**



Q: MZ-AKE, Sondermodul 2011, DUK-Berechnung, DUK-Darstellung. N = 7.725, Hochrechnung: 2.084.322.

Quelle: MZ-AKE, Sondermodul 2011, DUK-Berechnung, DUK-Darstellung.

**Abbildung 19: Beschäftigungsquoten der 45- bis 64-Jährigen mit und ohne gesundheitliche Beeinträchtigung nach Wirtschaftsbereich, 2011**



Q: MZ-AKE, Sondermodul 2011, DUK-Berechnung, DUK-Darstellung. N = 7.725, Hochrechnung: 2.084.322.

Quelle: MZ-AKE, Sondermodul 2011, DUK-Berechnung, DUK-Darstellung.



## 6.5 Arbeitsbedingte Einflussfaktoren auf die gesundheitliche Situation

In einem nächsten Schritt wird der Frage nachgegangen, welche arbeitsbedingten Faktoren die gesundheitliche Situation, unabhängig von anderen individuellen Faktoren, beeinflussen. Zu diesem Zweck wurden binär-logistische Regressionsmodelle mit ausgewählten Indikatoren berechnet. Als Datengrundlage kommt auch hier wieder das Sondermodul der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2011 zum Einsatz. Ziel dieser Regressionen ist es, den Einfluss unterschiedlicher individueller sowie arbeitsmarktspezifischer Charakteristika auf die Wahrscheinlichkeit, gesundheitlich eingeschränkt zu sein, abzubilden. So kann ermittelt werden, wie stark die einzelnen betrachteten Einflussgrößen als unabhängige Variablen jeweils die Wahrscheinlichkeit dafür beeinflussen, gesundheitlich beeinträchtigt zu sein.

Nachfolgende Tabelle 1 zeigt die isolierten Effekte von Geschlecht, Alter, Bildung, beruflicher Stellung, Erwerbsstatus, Wirtschaftsbereich, Herkunft, Dauer des Aufenthalts in Österreich, Familienstand, Haushaltsgröße und Urbanisierungsgrad auf die Wahrscheinlichkeit, gesundheitlich beeinträchtigt zu sein.

In einem weiteren Schritt wurden getrennte Regressionsmodelle für Männer und Frauen berechnet, um geschlechtsspezifische Besonderheiten in Bezug auf die Einflussgrößen sichtbar zu machen.

Genauere Aussagen über die Höhe der Einflussstärke der im Modell vertretenen Variablen auf die Eintrittswahrscheinlichkeit gesundheitlicher Belastung erlauben die sogenannten Odds Ratios, die auch als Effekt-Koeffizienten bezeichnet werden. Odds Ratios in der Höhe von 1 bedeuten gleiche hohe Wahrscheinlichkeit der Personengruppen, gesundheitlich belastet zu sein. Ein Odds Ratio über 1 zeigt eine um eben diesen Faktor vergrößerte Eintrittswahrscheinlichkeit gesundheitlicher Belastung an. Ein Odds Ratio zwischen 0 und 1 bedeutet dementsprechend eine geringere Wahrscheinlichkeit einer gesundheitlichen Einschränkung (Backhaus et al. 2003: 436). Die Regressionskoeffizienten B zeigen die Richtung des Einflusses an. Ein negativer B-Wert bedeutet also eine geringere Wahrscheinlichkeit dieser Personengruppe, gesundheitlich belastet zu sein, ein positiver eine erhöhte Wahrscheinlichkeit.

**Tabelle 1: Arbeitsbedingte Einflussfaktoren auf die gesundheitliche Situation (logistisches Regressionsmodell)**

Abhängige Variable: Gesundheitliche Einschränkung (0...nicht gesundheitlich eingeschränkt, 1...gesundheitlich eingeschränkt) 15 bis 64 Jahre						
Gesundheitliche Einschränkung: zumindest eine dauerhafte Gesundheitsbeschwerde und/oder zumindest eine Einschränkung bei alltäglichen Tätigkeiten						
	Gesamt		Männer		Frauen	
N	19631		9636		9995	
Nagelkerke's R <sup>2</sup>	0,173		0,19		0,167	
	Regressions- koeffizient B	Odd's Ratio	Regressions- koeffizient B	Odd's Ratio	Regressions- koeffizient B	Odd's Ratio
Frauen	-0,062~	0,939~	---	---	---	---
Alter in Jahren	0,053***	1,055***	0,058***	1,060***	0,049***	1,050***
<i>Pflichtschule (Referenz)</i>						
Lehre, BMS	-0,203***	0,816***	-0,200**	0,819**	-0,195***	0,823***
AHS, BHS	-0,481***	0,618***	-0,492***	0,611***	-0,479***	0,619***
Universität, FH, Kolleg, uni.ähnlich. Abschlüsse	-0,524***	0,592***	-0,550***	0,577***	-0,514***	0,598***
<i>Angestellte, freie DN (Referenz)</i>						
ArbeiterInnen	0,122**	1,130**	0,168**	1,183**	0,134~	1,143~
Beamte, Vertragsbedienstete	0,124*	1,1321*	0,046	1,047	0,189*	1,208*
Selbstständige, Mithelfende	-0,027	0,973	-0,128	0,880	0,104	1,110
Sonstige (Schüler/Studenten, Haushaltsführende etc.)	0,224*	1,251	0,395**	1,485**	0,146	1,157
<i>erwerbstätig (Referenz)</i>						
arbeitslos	0,452***	1,571***	0,436**	1,546**	0,448**	1,565**
nicht erwerbstätig	0,124	1,133	0,125	1,133	0,125	1,133
<i>Land- und Forstwirtschaft (Referenz)</i>						
Industrie und Gewerbe	-0,061	0,940	-0,278**	0,757**	0,083	1,086
Dienstleistungen	0,015	1,015	-0,162~	0,850~	0,078	1,081
<i>ohne Migrationshintergrund (beide Eltern in Ö geboren) (Referenz)</i>						
EU-'alt' (EU-15 ohne AT)	-0,111	0,895	-0,559**	0,572**	0,286~	1,331~
EU-'neu' (EU-12, seit 2004)	-0,098	0,907	-0,296	0,744	0,097	1,102
Ex-Jugoslawien (ohne SL)	0,015	1,015	-0,319*	0,727*	0,309*	1,362*
Türkei	0,059	1,061	-0,159	0,853	0,284~	1,328~
Sonstiges	-0,076	0,926	-0,298	0,742	0,163	1,177
<i>seit Geburt in Österreich (ohne MH) (Referenz)</i>						
seit weniger als 5 Jahren in Ö	-0,452**	0,637**	-0,087	0,916	-0,765***	0,465***
seit 5 bis 10 Jahren in Ö	-0,158	0,854	0,234	1,264	-0,497**	0,609**
seit mehr als 10 Jahren in Ö	0,155~	1,168~	0,383**	1,467**	-0,070	0,933
<i>ledig (Referenz)</i>						
verheiratet	-0,074	0,929	0,028	1,028	-0,130*	0,878*
verwitwet	-0,079	0,924	-0,294	0,745	-0,008	0,992
geschieden	0,030	1,031	-0,097	0,908	0,118	1,126
<i>Einpersonen-Haushalt (Referenz)</i>						
Mehrpersonen-Haushalt	-0,270***	0,763***	-0,192**	0,825**	-0,403***	0,668***
<i>hohe Bevölkerungsdichte (Referenz)</i>						
mittlere Bevölkerungsdichte	-0,117**	0,890**	-0,087	0,916	-0,151**	0,860**
niedrige Bevölkerungsdichte	-0,308***	0,735***	-0,282***	0,754	-0,343***	0,710***
<i>Konstante</i>	-1,659	0,190	-1,888	0,151	-1,517	0,219

Quelle: MZ-AKE, Sondermodul 2011, DUK-Berechnung.

Auch hier wurde jener Indikator für eine gesundheitliche Einschränkung verwendet, der auf einer Kombination aus dem Vorhandensein eines oder mehrerer chronischer Gesundheitsprobleme und dem Vorhandensein einer oder mehrerer Einschränkung(en) bei alltäglichen Tätigkeiten basiert. Gesundheitlich eingeschränkt ist eine Person dann, wenn sie an zumindest einer dauerhaften Gesundheitsbeschwerde bzw. chronischer Erkrankung leidet und/oder zumindest eine dauerhafte Einschränkung bei alltäglichen Tätigkeiten aufweist. (siehe dazu auch Kapitel 6.2)

Die abhängige Variable im vorliegenden Regressionsmodell ist die gesundheitliche Einschränkung, wobei differenziert wird zwischen nicht gesundheitlich eingeschränkt (0) und gesundheitlich eingeschränkt (1).

Tabelle 1 zeigt das binär-logistische Regressionsmodell, welches die arbeitsmarktspezifischen und individuellen Einflussfaktoren auf gesundheitliche Einschränkung zeigt. Betrachtet man die einzelnen Einflussfaktoren auf gesundheitliche Einschränkungen getrennt voneinander – nämlich Bildung, berufliche Stellung, Erwerbsstatus, Wirtschaftsbereich, Migrationshintergrund, Dauer des Aufenthalts in Österreich, Familienstand, Haushaltsgröße und Urbanisierungsgrad –, so zeigt sich auch hier, dass Geschlecht für sich genommen nur einen sehr geringen Einfluss hat: Frauen haben eine geringfügig niedrigere Wahrscheinlichkeit (um 6%), gesundheitlich eingeschränkt zu sein (Odd's Ratio 0,939, Sign. <0,1). Allerdings ist auch der unabhängige Einfluss des Alters auf die Wahrscheinlichkeit, gesundheitlich eingeschränkt zu sein, äußerst gering. Pro zusätzlichem Lebensjahr steigt die Wahrscheinlichkeit einer gesundheitlichen Einschränkung lediglich um 5% an. (Odd's Ratio 1,055, Sign. <0,001).

Auffallend hingegen ist der besonders hohe Einfluss des Erwerbsstatus auf die Wahrscheinlichkeit einer gesundheitlichen Einschränkung: Arbeitslose weisen eine um mehr als die Hälfte höhere Wahrscheinlichkeit auf, gesundheitlich eingeschränkt zu sein, als Erwerbstätige (Odd's Ratio 1,571, Sign. <0,001). Auch hier wird wiederum der starke Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit ersichtlich, wobei auf die Wechselwirkung zwischen Arbeitslosigkeit und Krankheit hingewiesen werden muss: Arbeitslosigkeit kann eine Folge von Krankheit sein, Krankheit kann jedoch auch durch Arbeitslosigkeit ausgelöst bzw. verstärkt werden.

Ein deutlicher Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung geht vom Bildungshintergrund aus: Je höher das Bildungsniveau, desto geringer die Wahrscheinlichkeit, gesundheitlich beeinträchtigt zu sein. Personen mit einem Lehrabschluss haben eine um knapp 20% niedrigere Wahrscheinlichkeit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung als Personen mit höchstens Pflichtschulabschluss (Odd's Ratio 0,816, Sign. <0,001), bei Personen mit Abschluss einer allgemeinbildenden oder berufsbildenden höheren Schule liegt die Wahrscheinlichkeit, gesundheitlich eingeschränkt zu sein, bereits um knapp 40% unter jener der Personen mit höchstens Pflichtschulabschluss (Odd's Ratio 0,618, Sign. <0,001) und bei Personen mit tertiärem Bildungsabschluss sogar bei knapp der Hälfte gegenüber PflichtschulabsolventInnen (Odd's Ratio 0,592, Sign. <0,001).

Auch die berufliche Stellung beeinflusst die Wahrscheinlichkeit einer gesundheitlichen Einschränkung: ArbeiterInnen haben eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, gesundheitlich beeinträchtigt zu sein als Angestellte oder freie DienstnehmerInnen (Odd's Ratio 1,130, Sign. <0,01), ebenso Beamte und Vertragsbedienstete (Odd's Ratio 1,132, Sign. <0,05). Der Wirtschaftsbereich, in dem eine Person tätig ist, hat hingegen keinen Effekt auf die Wahrscheinlichkeit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung.

Bezüglich der Herkunft einer Person – gemessen am Geburtsland der Eltern – kann kein Einfluss auf die gesundheitliche Situation festgestellt werden. Die Dauer des Aufenthalts in Österreich hingegen stellt einen Einflussfaktor dar: Personen, die erst seit weniger als fünf Jahren in Österreich leben, weisen eine um etwa ein Drittel geringere Wahrscheinlichkeit einer gesundheitlichen Einschränkung auf als Personen ohne Migrationshintergrund (Odd's Ratio 0,637, Sign. <0,01). Demgegenüber ist die Wahrscheinlichkeit, gesundheitlich belastet zu sein, bei Personen mit Migrationshintergrund, die schon länger als 10 Jahre in Österreich leben, bereits um 17% höher als bei Personen ohne Migrationshintergrund (Odd's Ratio 1,168, Sign. <0,1). Dies ist zum einen ein Hinweis auf den sogenannten Healthy-Migrant-Effekt (siehe dazu Kapitel 5.1). Das Modell des Healthy-Migrant-Effekts beschreibt den häufig beobachteten Gesundheitsvorteil von MigrantInnen nach ihrer Migration gegenüber der Bevölkerung im Aufnahmeland, der auf einer positiven Selbstselektion der Migrierenden basiert. (vgl. Spallek/Razum 2008: 277f.) Aufgrund nachteiliger Arbeits- und Lebensbedingungen und sozialer Ausgrenzung kann es im Laufe der Zeit – entsprechend dem sogenannten Healthy-Worker-Effekt, der ebenfalls von einer positiven Selbstselektion unter ArbeiterInnen in Bezug auf den Gesundheitszustand im Vergleich zu anderen Berufsgruppen ausgeht – zu einer deutlichen Verschlechterung des Gesundheitszustands kommen. Berücksichtigt werden müssen jedoch auch Kompositionseffekte der Migrationsbevölkerung: MigrantInnen, die schon länger als 10 Jahre in Österreich leben, kamen aus völlig unterschiedlichen Gründen und Herkunftsländern mit unterschiedlichen Bildungsressourcen nach Österreich als jene, die erst seit weniger als 5 Jahren in Österreich leben. Allerdings sei an dieser Stelle nochmals darauf verwiesen, dass die Herkunft allein an sich keinen direkten unabhängigen Einfluss auf den Gesundheitszustand hat.

Was den Familienstand betrifft, kann kein Einfluss auf den Gesundheitszustand festgestellt werden. Jedoch zeigt sich, dass Menschen, die in Mehrpersonenhaushalten leben, eine um etwa ein Viertel niedrigere Wahrscheinlichkeit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung verzeichnen als jene, die alleine wohnen (Odd's Ratio 0,763, Sign. <0,001). Dies deutet auf den Aspekt hin, dass Vereinsamung und Isolation einen negativen Einfluss auf die Gesundheit haben können. Da im ländlichen Raum die Vergemeinschaftung im Allgemeinen höher ist als in urbanen Regionen, ist auch das Ergebnis wenig überraschend, dass die Wahrscheinlichkeit einer gesundheitlichen Einschränkung in Gegenden mit mittlerer und niedriger Bevölkerungsdichte niedriger ist als in städtischen Gebieten (Odd's Ratio 0,890, Sign. <0,01; Odd's Ratio 0,735, Sign. <0,001).

Mit diesem Regressionsmodell können 17,3% der Varianz der gesundheitlichen Beeinträchtigung erklärt werden. Damit ist die Erklärungskraft für diese abhängige Variable relativ hoch.

Auch wenn Geschlecht keinen eigenständigen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit einer gesundheitlichen Einschränkung hat, so zeigen sich dennoch einige Unterschiede in Bezug auf arbeits-, bildungs- und familienspezifische Effekte. In Tabelle 1 sind auch die Ergebnisse der Regressionsmodelle abgebildet, die den Einfluss auf die Gesundheitssituation für Männer und Frauen getrennt darstellen.

Es können keine Unterschiede bezüglich des Einflusses von Bildung auf den Gesundheitszustand zwischen Männern und Frauen festgestellt werden. Der Effekt der beruflichen Stellung gestaltet sich jedoch unterschiedlich: Eine höhere Wahrscheinlichkeit einer gesundheitlichen Einschränkung bei Beamten und Vertragsbediensteten im Vergleich zu Angestellten kann für Frauen nachgewiesen werden (Odd's Ratio 1,208, Sign. <0,05), nicht jedoch für Männer. Die höhere Wahrscheinlichkeit einer gesundheitlichen Belastung von ArbeiterInnen im Vergleich zu Angestellten gilt sowohl für Männer als auch für Frauen, ist jedoch bei Männern etwas stärker ausgeprägt (Odd's Ratio 1,183, Sign. <0,01) als bei Frauen (Odd's Ratio 1,143, Sign. <0,1).

Während im Gesamtmodell kein Einfluss des Wirtschaftsbereichs, in dem eine Person tätig ist, festgestellt werden konnte, so zeigt sich bei der getrennten Betrachtung für Männer sehr wohl ein Effekt: Männer, die in Industrie und Gewerbe oder in der Dienstleistungsbranche tätig sind, haben eine geringere Wahrscheinlichkeit einer gesundheitlichen Belastung als Männer, die in der Land- oder Forstwirtschaft tätig sind (Odd's Ratio 0,757, Sign. <0,01; Odd's Ratio 0,850, Sign. <0,1).

Für Frauen hingegen zeigt sich ein signifikanter Einfluss des Familienstands, der bei Männern nicht existiert: Verheiratete Frauen haben eine geringere Wahrscheinlichkeit, gesundheitlich belastet zu sein, als ledige Frauen (Odd's Ratio 0,878, Sign. <0,05). Auch der im Gesamtmodell nachgewiesene Einfluss der Haushaltsgröße auf die Wahrscheinlichkeit, gesundheitlich beeinträchtigt zu sein, ist bei Frauen stärker ausgeprägt als bei Männern: Frauen, die in Mehrpersonenhaushalten leben, haben ein um ein Drittel geringeres Risiko, gesundheitlich eingeschränkt zu sein, als allein lebende Frauen (Odd's Ratio 0,668, Sign. <0,001). Bei Männern beträgt dieser Unterschied weniger als 20% (Odd's Ratio 0,825, Sign. <0,01). Auch der Einfluss des Urbanisierungsgrades kann nur für Frauen nachgewiesen werden, nicht jedoch für Männer: Frauen in Regionen mit mittlerer oder niedriger Bevölkerungsdichte weisen eine niedrigere Wahrscheinlichkeit eines Gesundheitsproblems auf als Frauen in Städten mit hoher Bevölkerungsdichte (Odd's Ratio 0,860, Sign. <0,01; Odd's Ratio 0,710, Sign. <0,001).

Was die Herkunft und die Dauer des Aufenthalts in Österreich betrifft, so zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede, während im Gesamtmodell kein Einfluss des Migrationshintergrundes auf den Gesundheitszustand festgestellt werden konnte: Auffallend ist, dass Männer aller Migrantengruppen eine niedrigere Wahrscheinlichkeit einer

gesundheitlichen Einschränkung aufweisen als Männer ohne Migrationshintergrund. Signifikant ist dieser Effekt bei Männern aus ‚alten‘ EU-Ländern, also den EU-15-Ländern ohne Österreich, bei denen die Wahrscheinlichkeit, gesundheitlich beeinträchtigt zu sein, um fast die Hälfte niedriger ist als bei Männern ohne Migrationshintergrund (Odd's Ratio 0,572, Sign. <0,01). Bei Männern aus Ex-Jugoslawien ist diese Wahrscheinlichkeit um etwa 25% niedriger als bei Männern ohne Migrationshintergrund (Odd's Ratio 0,727, Sign. <0,05). Bei Frauen zeigt sich ein gänzlich anderes Bild: Frauen mit Migrationshintergrund weisen eine höhere Wahrscheinlichkeit einer gesundheitlichen Einschränkung auf als Frauen ohne Migrationshintergrund, wobei die Effekte signifikant nachgewiesen werden können für Frauen aus ‚alten‘ EU-Ländern (EU-15 ohne Österreich) (Odd's Ratio 1,331, Sign. <0,1), aus Ex-Jugoslawien (Odd's Ratio 1,362, Sign. <0,05) und der Türkei (Odd's Ratio 1,328, Sign. <0,1).

Bei der Betrachtung der Dauer des Aufenthalts als Einflussgröße auf die gesundheitliche Situation zeigt sich ein gegensätzliches Bild für Männer und Frauen: Für Frauen kann signifikant nachgewiesen werden, dass bei jenen, die weniger als 5 Jahre oder 5 bis 10 Jahre in Österreich sind, die Wahrscheinlichkeit einer gesundheitlichen Belastung deutlich niedriger sind als bei Frauen ohne Migrationshintergrund (Odd's Ratio 0,465, Sign. <0,001; Odd's Ratio 0,609, Sign. <0,01). Bei Männern hingegen zeigt sich signifikant die höhere Wahrscheinlichkeit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung bei jenen, die bereits mehr als 10 Jahre in Österreich leben im Vergleich zu Männern ohne Migrationshintergrund (Odd's Ratio 1,467, Sign. <0,01).

Keine geschlechtsspezifischen Unterschiede im Einfluss auf den Gesundheitszustand konnten für Alter und Erwerbsstatus festgestellt werden. Für beide Geschlechter gilt, der unabhängige Einfluss des Alters auf die Wahrscheinlichkeit, gesundheitlich beeinträchtigt zu sein, ist sehr gering und Arbeitslose haben eine um etwa die Hälfte höhere Wahrscheinlichkeit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung als Erwerbstätige (Odd's Ratio 1,546, Sign. <0,01; Odd's Ratio 1,565, Sign. <0,01).

Die Erklärungskraft dieser Regressionsmodelle liegt für Männer bei 19,0%, für Frauen bei 16,7%.

Eine Analyse der Statistik Austria (2013b) beschäftigt sich mit den Einflussfaktoren auf das Vorhandensein einer gesundheitsbedingten Einschränkung im Arbeitsleben. Hier zeigt sich, dass die Gruppe der 55- bis 64-jährigen Männer ein 8-mal so hohes Risiko aufweisen wie Männer zwischen 15 und 24 Jahren, eine Gesundheitsbeschwerde zu haben, die auch ihr Arbeitsleben beeinflusst. Bei Frauen ist dieses Risiko ‚nur‘ 5-mal so hoch, obwohl sie an nahezu allen Gesundheitsbeschwerden häufiger leiden als Männer. Dies kann dadurch erklärt werden, dass Frauen früher aus dem Arbeitsleben austreten. Bei den 55- bis 64-Jährigen sind Probleme mit Rücken oder Nacken die am weitesten verbreiteten Gesundheitsprobleme. 37,7% derjenigen, die an Rücken- oder Nackenschmerzen leiden, sind trotzdem erwerbstätig, 44,1% sind pensioniert. Auch Probleme mit Herz, Blutdruck oder Kreislauf sowie mit Beinen oder Füßen und mit Armen und Händen sind weit verbreitete Gesundheitsbeschwerden.

Auch hier zeigt sich, dass Personen mit Pflichtschulabschluss ein 1,5 bis 1,7-faches Risiko im Vergleich zu Personen mit Abschluss einer höheren Schule, eine gesundheitsbedingte Einschränkung im Arbeitsleben zu haben.

In der Türkei geborene Männer weisen ein 1,7-mal so hohes Risiko auf, eine gesundheitsbedingte Einschränkung im Arbeitsleben zu haben, in Ex-Jugoslawien geborene Frauen ein 1,6-mal so hohes.

Die Berufsgruppen, die am häufigsten von dauerhaften Gesundheitsbeschwerden betroffen sind, sind LandwirtInnen, Reinigungspersonal, Hauswarte, LastkraftwagenfahrerInnen und FrachtarbeiterInnen. Besonders häufig von Problemen mit dem Bewegungsapparat betroffen sind Land- und ForstwirtInnen, (37,5% haben Rückenprobleme), Hilfsarbeitskräfte, MaschinistInnen und MonteurInnen. (Statistik Austria 2013b)

Untersucht wurde weiters, inwiefern Personen, die eine gesundheitsbedingte Einschränkung im Arbeitsleben aufweisen, spezielle Unterstützung brauchen und auf bestimmte Ressourcen zurückgreifen können. Es zeigt sich, dass rund 6% der pensionierten Personen im Alter von 55 bis 64 Jahren eine spezielle Ausstattung oder bauliche Anpassung am Arbeitsplatz bräuchten, um arbeiten zu können. Rund 20% der pensionierten Personen im Alter von 55 bis 64 Jahren bräuchten spezielle Arbeitsvereinbarungen, um weiter einer Arbeit nachgehen zu können, und rund 9% dieser Gruppe bräuchte persönliche Unterstützung.

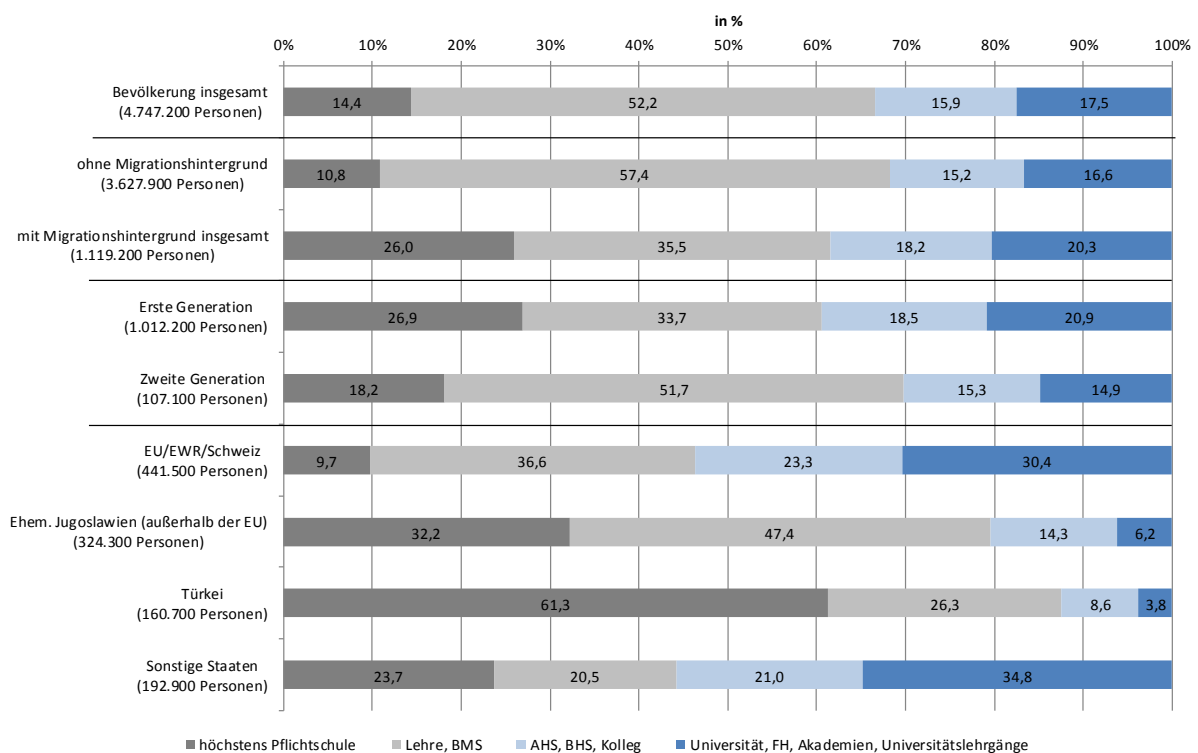
4% der Erwerbstätigen ohne Migrationshintergrund nehmen aus gesundheitlichen Gründen eine Hilfe in Anspruch, bei den Erwerbstätigen mit Migrationshintergrund sind es nur knapp 3%. 15,5% der Nicht-Erwerbstätigen ohne Migrationshintergrund geben an, mindestens eine Hilfe zu brauchen, 14,6% der Nicht-Erwerbstätigen mit Migrationshintergrund. (Statistik Austria 2013b: 72f. )

Die Zusammenhänge im komplexen Spannungsfeld von Gesundheit, Alter, Arbeit und Migration stehen insgesamt im Kontext der sozioökonomischen und gesellschaftlichen Ungleichheit. Dabei ist vor allem zu berücksichtigen, dass die Population der MigrantInnen in wesentlichen Strukturmerkmalen von jener der lang ansässigen Bevölkerung abweicht. Dazu gehört nicht nur die Zusammensetzung nach Alter oder Geschlecht, sondern auch nach Bildungsgrad, beruflicher Zusammensetzung sowie Ausmaß der Erwerbsintegration. Darüber hinaus, und das ist für den Gesundheitszustand oft wesentlich, unterscheiden sich die Personen mit Migrationshintergrund nicht nur nach ihrem Herkunftsland, sondern auch nach dem Grund der Zuwanderung. Die Migrationsentscheidungen sind vielfältig und reichen von Arbeit oder Ausbildung, über Familiennachzug, bis zur Flucht aus dem Herkunftsland. Dementsprechend unterscheiden sich MigrantInnen neben Alter, mitgebrachter Ausbildung, Sprachkenntnis und religiösem Hintergrund auch bezüglich ihres rechtlichen Aufenthaltsstatus in Österreich.

Nicht überraschend zeigen sich daher relevante Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund in Bezug auf ihre Lebensbedingungen und Lebensweisen, wie aus nachfolgender Abbildung 20 hervorgeht. Hierzu gehört beispielsweise die

Bildungsstruktur. Personen mit Herkunft aus einem Land des ehemaligen Jugoslawien (ohne die EU-Länder Slowenien und Kroatien) sowie Personen aus der Türkei weisen eine – verglichen mit der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund – deutlich schlechtere Bildungsstruktur auf. Ihre Anteile der Personen mit höchstens Pflichtschulabschluss sind stark überdurchschnittlich, die Anteile der Personen mit Abschluss einer Lehre, mittleren oder höheren oder auch akademischen Ausbildung liegen unter dem Schnitt der Gesamtbevölkerung. Anders gestaltet sich das Bild bei Personen, deren Herkunft in einem anderen EU-Land (inkl. EWR und Schweiz) liegt: Diese Gruppe verfügt über einen besonders hohen Anteil an Personen mit Matura- oder Universitätsabschluss. Hingegen ist der Anteil der LehrabsolventInnen unterdurchschnittlich, ebenso der Anteil der PflichtschulabsolventInnen. Die Bildungsstruktur von MigrantInnen aus „sonstigen Ländern“ ist eher bipolar; das bedeutet, dass sie sowohl überdurchschnittliche Anteile im niedrigen als auch im hohen Bildungssegment aufweisen und einen stark unterdurchschnittlichen Anteil an LehrabsolventInnen. (Statistik Austria (2016): 51).

**Abbildung 20: Bevölkerung nach höchster abgeschlossener Ausbildung und Migrationshintergrund, 2015**



Quelle: Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung, Statistik Austria 2016: 51, eigene Darstellung.

## 6.6 Einflussfaktoren auf Erwerbstätigkeit

Um den spezifischen Einfluss von Alter, Geschlecht, Beruf, Bildungsgrad und Gesundheit ebenso wie Aspekte des Migrationshintergrunds genauer untersuchen zu können, wurden binär-logistische Regressionsmodelle mit ausgewählten Indikatoren für Analysen herangezogen. Ziel dieser Regressionen ist es, den Einfluss unterschiedlicher individueller sowie arbeitsmarktbedingter Charakteristika auf die Erwerbswahrscheinlichkeit abzuschätzen. Mit derartigen strukturprüfenden Verfahren (Backhaus et al. 2003: 420) kann



ermittelt werden, mit welchen Gewichten die spezifischen Einflussgrößen als unabhängige Variablen die Wahrscheinlichkeit, erwerbstätig zu sein, beeinflussen.

Nachfolgende Tabelle 2 zeigt die isolierten Effekte von Geschlecht, Alter, Bildung, beruflicher Stellung, gesundheitlicher Einschränkung, Wirtschaftsbereich, Herkunft, Dauer des Aufenthalts in Österreich, Familienstand, Haushaltsgröße und Urbanisierungsgrad auf die Erwerbswahrscheinlichkeit. Da sich das Ausmaß der Erwerbsintegration von Männern und Frauen unterscheidet, wurden zusätzlich für Männer und Frauen getrennte Regressionsmodelle gerechnet.

Die Ergebnisse werden hier ebenfalls mittels Odd's Ratios, den Effekt-Koeffizienten, dargestellt und diskutiert. Odd's Ratios über 1 zeigen die erhöhte Wahrscheinlichkeit dieser Personengruppe an, erwerbstätig zu sein, Odd's Ratios unter 1 dementsprechend die geringere Wahrscheinlichkeit der Erwerbstätigkeit – und zwar unabhängig von allen anderen ins Modell aufgenommenen Variablen. Die Regressionskoeffizienten B zeigen die Richtung des Einflusses an. Ein negativer Wert bedeutet eine geringere Wahrscheinlichkeit der Personengruppe, erwerbstätig zu sein, ein positiver Regressionskoeffizient zeigt eine höhere Wahrscheinlichkeit an.

Als Indikator für die Erwerbsintegration wurde der Erwerbsstatus nach dem ILO-Konzept, d.h. dem Labour-Force-(LFK)-Konzept, herangezogen. Das Konzept der International Labour Organization (ILO) ist ein Normierungskonzept, das die internationale Vergleichbarkeit von Zahlen zur Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit und von Nicht-Erwerbspersonen gewährleisten soll. Als erwerbstätig gelten dabei jene Personen, die in der Referenzwoche zumindest eine Stunde lang entweder unselbständig, selbstständig oder mithelfend gearbeitet haben. Die abhängige Variable im vorliegenden Regressionsmodell ist der Erwerbsstatus, wobei differenziert wird zwischen erwerbstätig und nicht-erwerbstätig (inkl. arbeitslos) (0=nicht-erwerbstätig, 1=erwerbstätig).

Tabelle 2 zeigt die Resultate des binär-logistischen Regressionsmodells, welches die arbeitsmarktspezifischen und individuellen Einflussfaktoren auf die Erwerbswahrscheinlichkeit jeweils isoliert voneinander abbildet. Kontrolliert man für Bildung, berufliche Stellung, gesundheitliche Einschränkung, Wirtschaftsbereich, Migrationshintergrund, Dauer des Aufenthalts in Österreich, Familienstand, Haushaltsgröße und Urbanisierungsgrad, so zeigt sich, dass das Geschlecht keinen Einfluss aufweist. Das Alter stellt zwar eine signifikante Einflussgröße dar, jedoch eine sehr geringe: Mit zunehmendem Alter sinkt die Erwerbswahrscheinlichkeit nur sehr marginal. Einen wesentlich wichtigeren Einflussfaktor hingegen stellt die gesundheitliche Situation dar: Wenn eine gesundheitliche Einschränkung vorliegt, so sinkt die Erwerbswahrscheinlichkeit um knapp 30% (Odd's Ratio 0,777, Sign. <0,001). Das kann als Hinweis dafür gewertet werden, dass die geringeren Erwerbswahrscheinlichkeiten im Alter zu einem hohen Anteil auf gesundheitliche Einschränkungen zurückzuführen sind.

Ein weiterer wichtiger Einflussfaktor für die Erwerbswahrscheinlichkeit ist der Bildungshintergrund: Je höher das Bildungsniveau, desto höher auch die

Erwerbswahrscheinlichkeit (unabhängig von anderen arbeitsspezifischen und individuellen Faktoren). Personen mit einem Abschluss einer allgemeinbildenden oder berufsbildenden höheren Schule haben eine um etwa ein Drittel höhere Erwerbswahrscheinlichkeit als Personen mit höchstens Pflichtschulabschluss (Odd's Ratio 1,360, Sign. <0,05). Bei Personen mit einem tertiären Bildungsabschluss ist die Erwerbswahrscheinlichkeit sogar um mehr als die Hälfte höher als bei Personen mit Pflichtschulabschluss (Odd's Ratio 1,581, Sign. <0,01).

**Tabelle 2: Einflussfaktoren auf die Erwerbstätigkeit (logistisches Regressionsmodell)**

Abhängige Variable: Erwerbstätigkeit (0...nicht erwerbstätig, 1...erwerbstätig) 15 bis 64 Jahre						
	Gesamt		Männer		Frauen	
N	19631		9636		9995	
Nagelkerke's R <sup>2</sup>	0,853		0,808		0,883	
	Regressions- koeffizient B	Odd's Ratio	Regressions- koeffizient B	Odd's Ratio	Regressions- koeffizient B	Odd's Ratio
Frauen	-0,061	0,940	---	---	---	---
Alter in Jahren	-0,040***	0,961***	-0,040***	0,961***	-0,042***	0,959***
<i>Pflichtschule (Referenz)</i>						
Lehre, BMS	0,114	1,120	0,156	1,169	0,100	1,106
AHS, BHS	0,308*	1,360*	0,689**	1,991**	0,002	1,002
Universität, FH, Kolleg, uni.ähnlich. Abschlüsse	0,458**	1,581**	0,790**	2,203**	0,194	1,214
<i>Angestellte, freie DN (Referenz)</i>						
ArbeiterInnen	-0,580***	0,560***	-0,585***	0,557***	-0,558***	0,572***
Beamte, Vertragsbedienstete	0,300*	1,350*	0,192	1,211	0,466*	1,594*
Selbstständige, Mithelfende	0,653***	1,922***	0,491*	1,633*	0,905**	2,472**
Sonstige (Schüler/Studenten, Haushaltsführende etc.)	-24,185	0,000	-24,826	0,000	-23,781	0,000
<i>Gesundheitlich eingeschränkt</i>	-0,252***	0,777***	-0,251*	0,778*	-0,252*	0,777*
<i>Land- und Forstwirtschaft (Referenz)</i>						
Industrie und Gewerbe	0,105	1,111	-0,686	0,504	0,768*	2,155*
Dienstleistungen	0,053*	1,055*	-0,803-	0,448-	0,779*	2,179*
<i>ohne Migrationshintergrund (beide Eltern in Ö geboren) (Referenz)</i>						
EU-'alt' (EU-15 ohne AT)	-0,100	0,905	0,231	1,259	-0,288	0,750
EU-'neu' (EU-12, seit 2004)	-0,580*	0,560*	-0,799*	0,450*	-0,365	0,694
Ex-Jugoslawien (ohne SL)	-0,602**	0,548**	-0,619*	0,539*	-0,587-	0,556-
Türkei	-0,768**	0,464**	-0,759*	0,468*	-0,740-	0,477-
Sonstiges	-0,224	0,799	-0,376	0,686	-0,035	0,966
<i>seit Geburt in Österreich (ohne MH) (Referenz)</i>						
seit weniger als 5 Jahren in Ö	-0,573*	0,564*	-0,839*	0,432*	-0,411	0,663
seit 5 bis 10 Jahren in Ö	-0,025	0,975	0,408	1,504	-0,408	0,665
seit mehr als 10 Jahren in Ö	0,147	1,158	0,176	1,193	0,093	1,097
<i>ledig (Referenz)</i>						
verheiratet	0,804***	2,233***	0,790***	2,203***	0,847***	2,332***
verwitwet	-0,259	0,772	1,435	4,198	-0,535-	0,586-
geschieden	0,373**	1,452**	0,203	1,225	0,501**	1,651**
<i>Einpersonen-Haushalt (Referenz)</i>						
Mehrpersonen-Haushalt	-0,077	0,926	-0,128	0,880	-0,059	0,943
<i>hohe Bevölkerungsdichte (Referenz)</i>						
mittlere Bevölkerungsdichte	0,190-	1,209-	0,313*	1,368*	0,052	1,054
niedrige Bevölkerungsdichte	0,159-	1,172-	0,137	1,147	0,186	1,204
<i>Konstante</i>	4,277	72,011	4,991	147,124	3,566	35,383

Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung, Sondermodul 2011, DUK-Berechnungen.

Auch die berufliche Stellung bestimmt die Erwerbswahrscheinlichkeit: ArbeiterInnen weisen eine um knapp die Hälfte geringere Erwerbswahrscheinlichkeit auf als Angestellte oder freie DienstnehmerInnen (Odd's Ratio 0,560, Sign. <0,001), bei Beamten und Vertragsbediensteten ist die Erwerbswahrscheinlichkeit um etwa ein Drittel höher als bei Angestellten (Odd's Ratio 1,350, Sign. <0,01), bei Selbstständigen oder Mithelfenden ist die Erwerbswahrscheinlichkeit sogar fast doppelt so hoch wie bei Angestellten (Odd's Ratio 1,922, Sign. <0,001). Der Wirtschaftsbereich, in dem eine Person tätig ist, hat hingegen keinen nennenswerten Einfluss auf die Erwerbswahrscheinlichkeit.

Der Familienstand ist ein weiterer Faktor, der die Erwerbswahrscheinlichkeit bestimmt. Bei verheirateten Personen liegt die Erwerbswahrscheinlichkeit deutlich höher als bei ledigen (Odd's Ratio 2,233, Sign. <0,001), ebenso ist sie bei Geschiedenen erhöht (Odd's Ratio 1,452; Sign. <0,01). Ob eine Person in einem Ein- oder Mehrpersonenhaushalt lebt, hat allerdings keinen Einfluss auf die Erwerbswahrscheinlichkeit. Betrachtet man den Urbanisierungsgrad des Wohnortes, so zeigt sich, dass Personen, die in Regionen mit mittlerer oder niedriger Bevölkerungsdichte leben, eine um etwa 20% höhere Erwerbswahrscheinlichkeit aufweisen als Personen in Städten mit hoher Bevölkerungsdichte. (Odd's Ratio 1,209 bzw. 1,172, Sign. <0,1).

Auch der Migrationshintergrund<sup>23</sup> ist ein relevanter Einflussfaktor auf die Wahrscheinlichkeit der Erwerbsintegration. Die Erwerbswahrscheinlichkeit von Personen aus einem ‚alten‘ EU-Land (EU-15 ohne Österreich) unterscheidet sich nicht signifikant von jener der Personen ohne Migrationshintergrund. Bei Personen aus einem ‚neuen‘ EU-Mitgliedsland (EU-12, Beitritt 2004) ist die Erwerbswahrscheinlichkeit jedoch um knapp die Hälfte niedriger als bei Personen ohne Migrationshintergrund (Odd's Ratio 0,560, Sign. <0,05). Gleiches gilt für Personen aus einem Land des ehemaligen Jugoslawien (ohne Slowenien) (Odd's Ratio 0,548, Sign. <0,01). Noch niedriger, um knapp 60%, ist die Erwerbswahrscheinlichkeit bei Personen, die aus der Türkei stammen (Odd's Ratio 0,464, Sign. <0,01). Interessante Ergebnisse bringt auch die Berücksichtigung der Dauer des Aufenthalts in Österreich: Personen, die erst seit weniger als 5 Jahren in Österreich leben, haben eine um knapp die Hälfte niedrigere Erwerbswahrscheinlichkeit als Personen ohne Migrationshintergrund (Odd's Ratio 0,564, Sign. <0,05). Diese Faktoren üben unabhängig von arbeits-, bildungs- oder familienspezifischen Aspekten einen Einfluss auf die Erwerbswahrscheinlichkeit aus. Bei Personen, die länger als 5 Jahre in Österreich leben, kann kein signifikanter Unterschied der Erwerbswahrscheinlichkeit festgestellt werden.

Die erklärte Gesamtvarianz des Modells, in der das Geschlecht als Einflussfaktor aufgenommen ist, ist sehr hoch und liegt bei 85,3%. Das bedeutet, dass die aufgenommenen Faktoren zusammen etwa 85,3% der Erwerbswahrscheinlichkeit „erklären“ können.

---

<sup>23</sup> Migrationshintergrund wird hier abgebildet durch das eigene Geburtsland sowie das der Eltern. Eine Person mit Migrationshintergrund ist demnach eine Person, die selbst oder deren beide Elternteile im Ausland geboren wurden.

Es hat sich zwar gezeigt, dass Geschlecht – unabhängig von anderen arbeits-, bildungs- oder familienbedingten Aspekten – keinen nennenswerten Einfluss auf die Erwerbswahrscheinlichkeit hat. Dennoch wurde dasselbe Erklärungsmodell für Männer und Frauen getrennt berechnet. Beide sind ebenfalls in Tabelle 2 abgebildet. Einige interessante Unterschiede in Bezug auf die geschlechtsspezifischen Einflussfaktoren können festgehalten werden:

Der Einfluss des Bildungshintergrunds auf die Erwerbswahrscheinlichkeit ist für Männer und Frauen unterschiedlich: Während der Bildungshintergrund die Erwerbswahrscheinlichkeit bei Frauen nicht beeinflusst, wirkt er bei Männern besonders stark: Männer mit Abschluss einer allgemeinbildenden oder berufsbildenden höheren Schule haben eine knapp doppelt so hohe Erwerbswahrscheinlichkeit als Personen mit höchstens Pflichtschulabschluss (Odd's Ratio 1,991, Sign. <0,01), bei Männern mit tertiärem Bildungsabschluss liegt die Erwerbswahrscheinlichkeit sogar noch höher (Odd's Ratio 2,203, Sign. <0,01).

Demgegenüber haben bei Frauen die berufliche Stellung und der Wirtschaftsbereich einen höheren Einfluss auf die Erwerbswahrscheinlichkeit als bei Männern: Bei Frauen, die als Beamte oder Vertragsbedienstete tätig sind, liegt die Erwerbswahrscheinlichkeit um mehr als die Hälfte über jener von weiblichen Angestellten oder freien Dienstnehmerinnen (Odd's Ratio 1,594, Sign. <0,05), bei Männern kann hier kein signifikanter Unterschied festgestellt werden. Bei selbstständigen oder mithelfenden Frauen ist die Erwerbswahrscheinlichkeit um das zweieinhalb-fache höher als bei angestellten Frauen (Odd's Ratio 2,472, Sign. <0,01), bei selbstständigen Männern nur um etwa 60% (Odd's Ratio 1,633, Sign. <0,05).

Diese Ergebnisse liefern einen Hinweis darauf, dass bei Frauen weniger der Bildungshintergrund die Erwerbswahrscheinlichkeit bestimmt als vielmehr arbeitsspezifische Aspekte wie die berufliche Stellung und der Wirtschaftsbereich, in dem Frauen tätig sind.<sup>24</sup>

Der Einfluss der Herkunft unterscheidet sich zwischen Männern und Frauen nur sehr geringfügig. Während bei Männern aus ‚neuen‘ EU-Ländern (EU-12, Beitritt 2004) die Erwerbswahrscheinlichkeit um mehr als die Hälfte geringer ist als bei Männern ohne Migrationshintergrund (Odd's Ratio 0,450, Sign. <0,05), kann bei Frauen aus den ‚neuen‘ EU-Ländern kein signifikanter Unterschied zu Frauen ohne Migrationshintergrund festgestellt werden. Ebenso gilt der Einfluss der Dauer des Aufenthalts in Österreich nur für Männer: Männer, die seit weniger als 5 Jahren in Österreich leben, haben eine um knapp 60% niedrigere Erwerbswahrscheinlichkeit als Männer ohne Migrationshintergrund (Odd's Ratio 0,432, Sign. <0,05).

Bei Frauen hingegen wirkt der Einfluss des Familienstands stärker als bei Männern: Zwar sind bei verheirateten Frauen und Männern die Erwerbswahrscheinlichkeiten gleichermaßen stark erhöht gegenüber ledigen Personen, jedoch zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede

---

<sup>24</sup> Für einen Überblick zu den Dequalifizierungsraten nach Geschlecht und Migrationshintergrund in der EU siehe Eurostat (2011)

bei Geschiedenen und Verwitweten. Bei verwitweten und geschiedenen Männern kann kein signifikanter Unterschied zu ledigen Männern in Bezug auf ihre Erwerbswahrscheinlichkeit festgestellt werden. Bei Frauen allerdings ergibt sich eine um mehr als die Hälfte höhere Erwerbswahrscheinlichkeit von Geschiedenen gegenüber Ledigen (Odd's Ratio 1,651, Sign. <0,01), bei verwitweten Frauen ist die Erwerbswahrscheinlichkeit um knapp die Hälfte niedriger als bei ledigen Frauen (Odd's Ratio 0,586, Sign. <0,1).

Keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen können in Bezug auf den Einfluss der gesundheitlichen Situation auf die Erwerbswahrscheinlichkeit beobachtet werden: Bei beiden Geschlechtern sinkt die Erwerbswahrscheinlichkeit um etwa ein Viertel, wenn eine gesundheitliche Einschränkung vorliegt, und zwar unabhängig von anderen arbeits-, bildungs- und familienspezifischen Aspekten (Odd's Ratio 0,778 bzw. 0,777, Sign. <0,05).

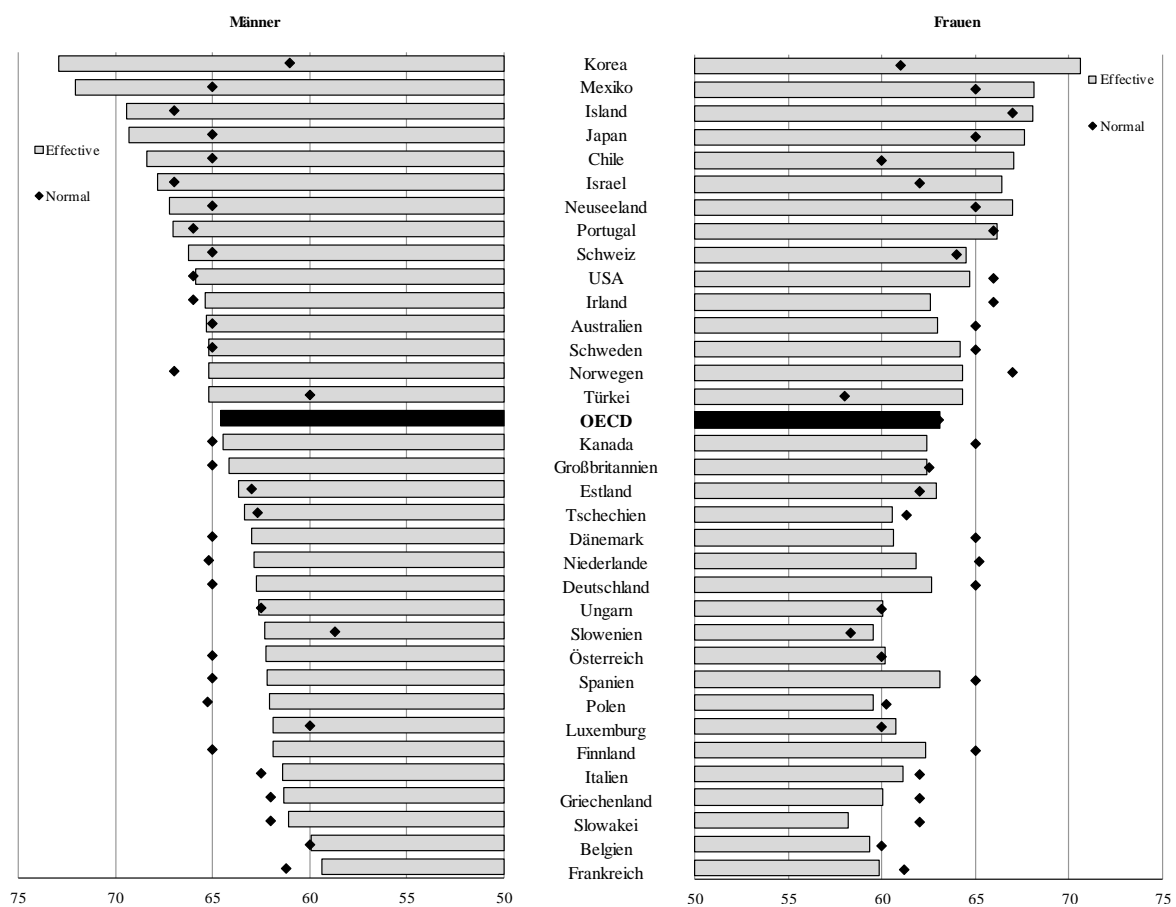
Die Erklärungskraft der beiden geschlechtsspezifischen Regressionsmodelle ist sehr hoch und liegt bei 80,8% bei den Männern und bei 88,3% bei den Frauen.

## 7 Arbeitsmarktaustritt und Pension im internationalen Vergleich

Wie der Arbeitsmarktaustritt im Alter und Pensionssysteme gestaltet sind, unterscheidet sich im internationalen Vergleich maßgeblich und hängt insbesondere von der Ausgestaltung der jeweiligen Sozialmodelle ab. Inwiefern Erwerbsarbeit auch im Alter notwendig ist, um die eigene soziale Absicherung zu gewährleisten, wird von der Rolle sozialstaatlicher aber auch innerfamiliärer Geld- und Sachleistungen beeinflusst. Daraus ergibt sich ein jedem Sozialmodell zugrunde liegendes Verhältnis zwischen den Wohlfahrtsgaranten Staat, Markt und Familie, das wiederum den Grad der De-Kommodifizierung, also der Möglichkeit des Rückzugs aus dem Arbeitsmarkt bei gleichzeitiger Existenzsicherung durch staatliche (und familiäre) Leistungen, bestimmt. (siehe dazu Esping-Andersen 1990; Lessenich/Ostner 1998; Mau/Verwiebe 2009)

Nachfolgende Abbildung 21 zeigt das durchschnittliche Alter bei Arbeitsmarktaustritt in unterschiedlichen Ländern der OECD im Durchschnittszeitraum von 2009 bis 2014. Das gesetzliche Pensionsantrittsalter im Jahr 2014 wird gegenübergestellt.

**Abbildung 21: Durchschnittliches Alter bei Arbeitsmarktaustritt (Durchschnittszeitraum 2009-2014) und gesetzliches Pensionsantrittsalter (2014)**



Quelle: OECD (2015a).

Das höchste durchschnittliche Alter bei Arbeitsmarktaustritt verzeichnet dabei Korea mit 72,9 bei Männern und 70,6 Jahren bei Frauen. Demgegenüber liegt das durchschnittliche Alter bei Arbeitsmarktaustritt in Frankreich bei 59,4 Jahren bei Männern und bei 59,8 Jahren

bei Frauen. Frankreich verzeichnet damit das niedrigste effektive Pensionsantrittsalter. Im OECD-Schnitt beträgt bei Männern das effektive Pensionsantrittsalter 64,6 Jahre und bei Frauen 63,1 Jahre. Das durchschnittliche Alter bei Arbeitsmarktaustritt liegt mit 62,2 Jahren für Männer bzw. 60,2 Jahren für Frauen somit deutlich unter dem OECD-Schnitt.

In den Ländern Korea, Mexiko, Island, Japan, Chile, Israel, Neuseeland und Türkei, aber auch den europäischen Staaten Portugal und Schweiz, liegt das durchschnittliche Alter bei Arbeitsmarktaustritt – teilweise sogar weit – über dem gesetzlichen Pensionsantrittsalter. Sowohl effektives wie auch gesetzliches Pensionsantrittsalter liegen für diese Länder über dem OECD-Schnitt. Auch in Estland, Tschechien (nur bei Männern), Slowenien und Luxemburg liegt das effektive Pensionsantrittsalter deutlich über dem gesetzlichen, jedoch auf einem deutlich niedrigeren Niveau und weiter unter dem OECD-Schnitt.

In USA, Australien, Schweden, Ungarn und Belgien sind effektives und gesetzliches Pensionsantrittsalter bei den Männern gleich hoch, bei den Frauen jedoch liegt das durchschnittliche Antrittsalter unter dem gesetzlichen. Das Pensionsantrittsalter liegt in Ungarn und Belgien dabei unter dem OECD-Schnitt.

In nahezu allen anderen Ländern liegt das effektive Pensionsantrittsalter unter dem gesetzlichen, wobei dies oftmals bei Frauen noch stärker ausgeprägt ist. Österreich ist dabei ein Land mit vergleichsweise geringen Unterschieden zwischen effektivem und gesetzlichem Pensionsantrittsalter, insbesondere bei den Frauen.

Das Alter des effektiven Pensionsantritts hängt aber auch davon ab, wie der Arbeitsmarkteintritt gestaltet ist. Nachfolgende Abbildung 22 stellt das (geschätzte) Alter bei Arbeitsmarkteintritt dem effektiven Pensionsalter im Jahr 2014 in unterschiedlichen OECD-Ländern gegenüber und differenziert weiter nach Geschlecht.

Die abgebildeten Quadranten (für Männer und Frauen unterschiedlich) zeigen jeweils, ob der Arbeitsmarkteintritt sowie der Arbeitsmarktaustritt in einem Land über- oder unterdurchschnittlich hoch sind. Es zeigt sich auf einen ersten Blick, dass der Arbeitsmarkteintritt im Schnitt bei Frauen später erfolgt als bei Männern, der Arbeitsmarktaustritt jedoch früher. Betrachtet man nun die einzelnen Länder im Vergleich zum Schnitt, so zeigt sich folgendes Bild differenziert nach Geschlecht:

Bei den Männern erfolgt der Arbeitsmarkteintritt ebenso wie der Arbeitsmarktaustritt in Frankreich, der Slowakei und in Österreich früher als im Schnitt. Auch bei den Frauen erfolgt in Österreich und Frankreich der Arbeitsmarkteintritt ebenso wie der Arbeitsmarktaustritt vergleichsweise früh. Dies ist für Frauen auch in Dänemark und Slowenien der Fall. In der Folge führt dieses Modell zu vergleichsweise langen Pensionszeiten.

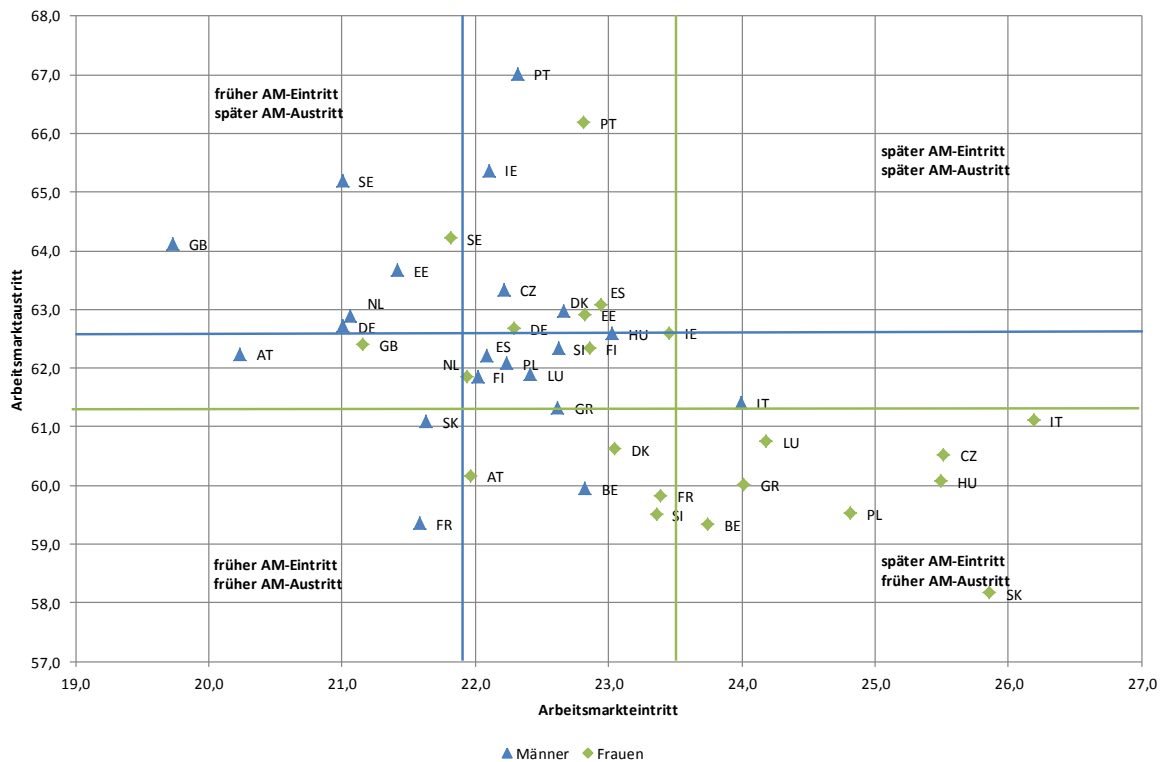
Demgegenüber treten Männer in Portugal, Irland, der Tschechischen Republik sowie Dänemark zwar später in den Arbeitsmarkt ein, aber auch später aus. Dies ist in keinem europäischen Land für Frauen der Fall.

Anders ist dies in Großbritannien, Schweden, den Niederlanden, Estland und Deutschland, wo Männer, aber auch Frauen, früher als im Schnitt in den Arbeitsmarkt eintreten, aber auch



später aus dem Arbeitsmarkt ausscheiden, was in der Folge zu längeren Zeiten von Erwerbstätigkeit führt. Bei Frauen trifft ein früher Arbeitsmarkteintritt bei gleichzeitigem spätem Arbeitsmarktaustritt ebenso auch in Portugal und Spanien, aber auch in Finnland zu.

**Abbildung 22: (Geschätzter) Arbeitsmarkteintritt<sup>25</sup> und effektives Pensionsantrittsalter (2014) nach Geschlecht in EU-Ländern**



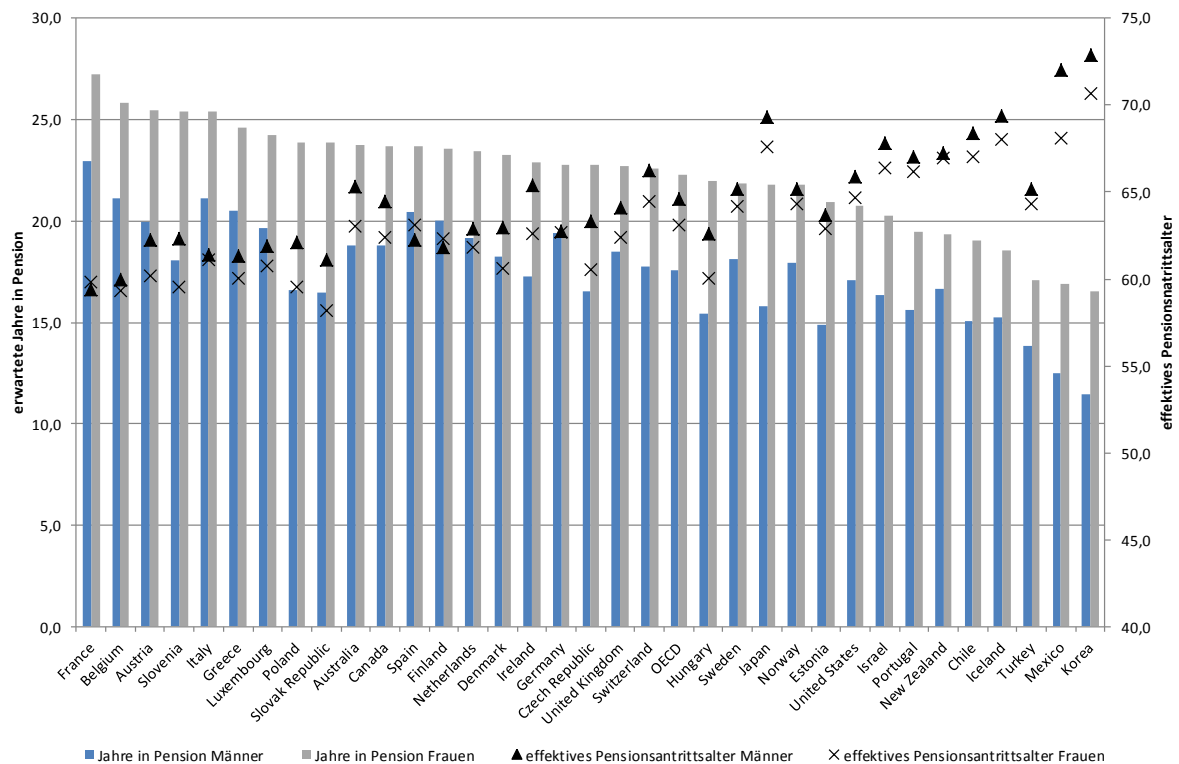
Quelle: OECD (2015a), DUK-Darstellung.

Im Gegensatz dazu resultieren in Spanien, Finnland, Polen, Luxemburg, Griechenland, Belgien und Italien kürzere Zeiten der Erwerbstätigkeit, da Männer dort später als im Schnitt in den Arbeitsmarkt eintreten, aber früher als im Schnitt austreten. Bei Frauen ist dies ebenfalls in Polen, Luxemburg, Griechenland, Belgien und Italien der Fall, zusätzlich auch in der Tschechischen Republik, Ungarn und der Slowakei.

Wie diese Betrachtung bereits zeigt, ergibt sich aus der Gestaltung des Arbeitsmarktaustritts in einem Land auch die Zahl der Jahre, die ArbeitnehmerInnen erwarteter Weise in Pension verbringen. Die Unterschiede in den erwarteten Jahren in Pension zwischen unterschiedlichen OECD-Ländern sind in nachfolgender Abbildung 23 dargestellt und reichen von 23,0 Jahren bei Männern und 27,2 Jahren bei Frauen in Frankreich bis hin zu lediglich 11,4 Jahren bei Männern und 16,6 Jahren bei Frauen in Korea. An der Spitze der erwarteten Jahre in Pension stehen bei Frauen neben Frankreich auch Belgien mit 25,8 Jahren und Österreich mit 25,4 Jahren. Bei den Männern weisen, nach Frankreich, Italien und Belgien mit jeweils 21,1 Jahren die höchsten erwarteten Jahre in Pension auf.

<sup>25</sup> Schätzungen der Ageing Working Group der Europäischen Kommission (OECD 2015a)

**Abbildung 23: Erwartete Jahre in Pension<sup>26</sup> und effektives Pensionsantrittsalter 2014 nach Geschlecht in OECD-Ländern**



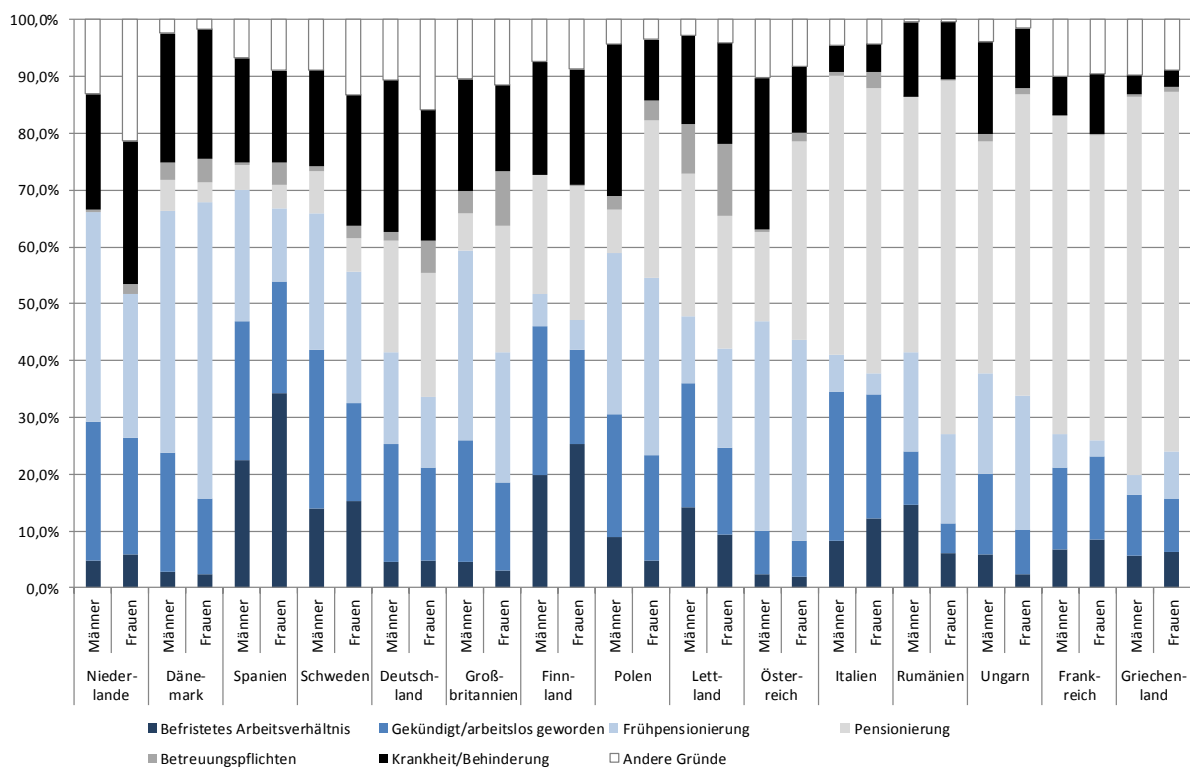
Quelle: OECD (2015a), DUK-Darstellung.

Die Austrittspfade aus dem Arbeitsmarkt unterscheiden sich nicht in Bezug auf das Alter bei Arbeitsmarktaustritt, sondern auch hinsichtlich der Gründe, die in nachfolgender Abbildung 24 dargestellt sind. Die Basis für diese Berechnung der OECD liefern die Daten Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2014. Die Betrachtung der Gründe für den Arbeitsmarktaustritt älterer Arbeitskräfte veranschaulichen verschiedene Arbeitsmarktspezifika der einzelnen Länder. So etwa ist in Spanien, aber auch in Finnland, der Anteil der 55- bis 64-Jährigen, die wegen des Auslaufens eines befristeten Arbeitsverhältnisses aus dem Arbeitsmarkt ausscheiden, besonders hoch (Spanien: Frauen: 34,2%, Männer: 22,4%; Finnland: Frauen: 25,3%, Männer: 19,9%). Der Anteil derjenigen 55- bis 64-Jährigen, die aufgrund von Kündigung arbeitslos geworden sind, ist insbesondere bei Männern aus Schweden (28,0%), Italien (26,1%), Finnland (26,1%), den Niederlanden (24,6%) und Spanien (24,6%) besonders hoch, in Italien weisen auch Frauen 21,9% hohe Anteile von Kündigungen als Grund für den Arbeitsmarktaustritt Älterer auf. Pensionierung als Grund für den Arbeitsmarktaustritt im Alter von 55 bis 64 spielt vor allem in Griechenland (Männer: 66,6%, Frauen: 63,3%), aber auch in Rumänien (Männer: 44,8%, Frauen: 62,2%) und Frankreich (Männer: 56,0%, Frauen: 53,9%) eine wichtige Rolle. All diese Länder haben besonders niedrige effektive und

<sup>26</sup> Die Zahl der erwarteten Jahre in Pension ergeben sich aus der Differenz des effektiven Pensionsantrittsalters und der geschätzten Lebenserwartung. Die Schätzungen der Lebenserwartung basieren auf UN World Populations Prospects, 2012 Revision. (OECD 2015a)

gesetzliche Pensionsantrittsalter. Frühpensionierung hingegen ist insbesondere in Dänemark ein wichtiger Grund für den Arbeitsmarktaustritt von 55- bis 64-Jährigen. Der Anteil der Frühpensionierungen als Grund für den Erwerbsaustritt liegt hier für Männer bei 42,6% und für Frauen sogar bei 52,3%. Aber auch in Österreich verlassen 37,0% der Männer zwischen 55 und 64 Jahren und 35,6% der Frauen in dieser Altersgruppe den Arbeitsmarkt aufgrund von Frühpensionierung. Ähnlich hoch sind diese Anteil in den Niederlanden für Männer (36,7%), etwas niedriger für Frauen (25,2%). In diesen Ländern liegt das effektive Pensionsantrittsalter deutlich unter dem gesetzlichen. Eine Ausnahme bilden Frauen in Österreich, wo das gesetzliche Pensionsantrittsalter im internationalen Vergleich besonders niedrig ist; hier beträgt der Anteil der Pensionierungen 34,8%.

**Abbildung 24: Gründe für den Erwerbsaustritt unter 55- bis 64-Jährigen nach Geschlecht in ausgewählten EU-Ländern**



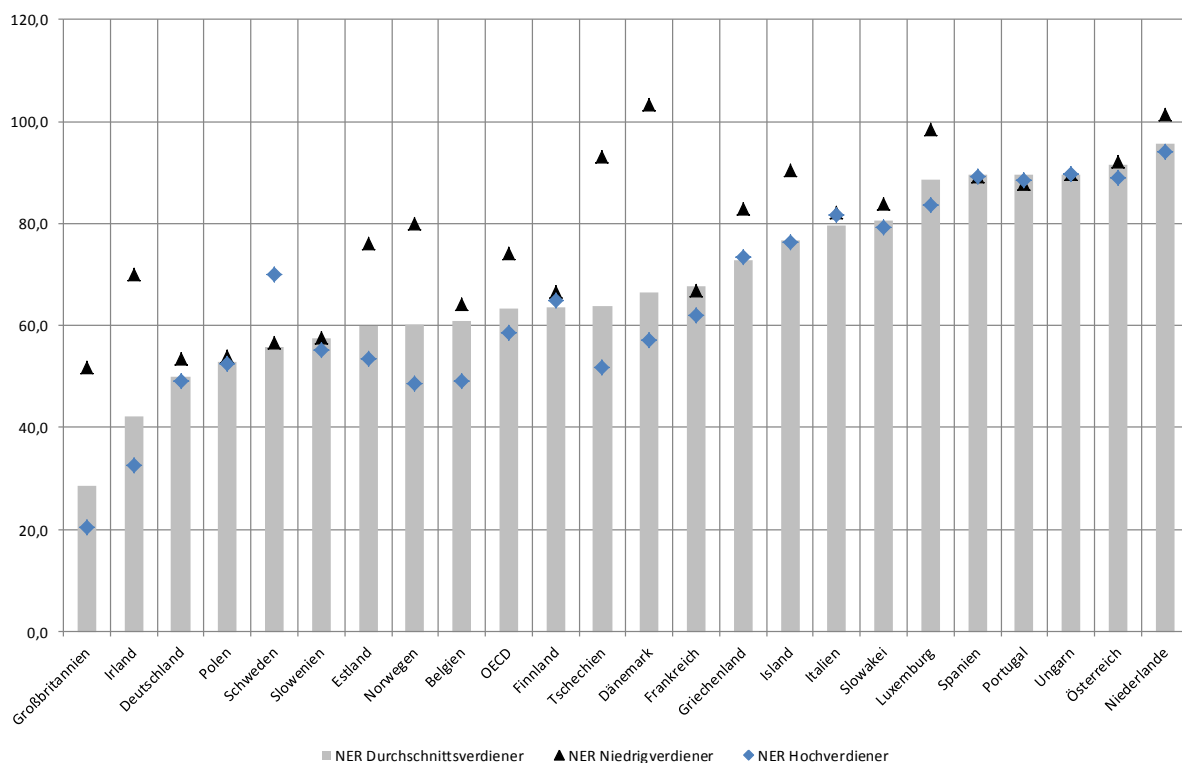
Quelle: OECD (2015a), DUK-Darstellung.

Ein in vielen Ländern sehr bedeutender Grund für das Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt im Alter von 55 bis 64 Jahren ist Krankheit oder Behinderung. In Deutschland, Österreich und Polen beträgt der Anteil an krankheitsbedingten Arbeitsmarktaustritten in dieser Altersgruppe bei den Männern jeweils mehr als 26%. Bei den Frauen hingegen sind die Anteile der krankheitsbedingten Arbeitsmarktaustritte bei 55- bis 64-Jährigen vor allem in den Niederlanden (25,1%), Schweden (23,1%) und Deutschland (23,0%). Auch in Dänemark spielen krankheitsbedingte Gründe für das Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt zwischen 55 und 64 Jahren sowohl bei Männern (22,7%) wie auch bei Frauen (22,8%) eine bedeutende Rolle. In Österreich ist dieser Anteil mit 11,7% deutlich geringer. Ein Rückzug aus dem Arbeitsmarkt aufgrund von Betreuungspflichten im Alter von 55 bis 64 Jahren spielt eine untergeordnete Rolle. Eine Ausnahme bildet hier Lettland mit Anteilen von 12,6% bei den

Frauen und 8,7% bei den Männern. Auch in Großbritannien liegt der Anteil der Frauen zwischen 55 und 64 Jahren, die aufgrund von Betreuungspflichten aus dem Arbeitsmarkt ausscheiden, bei 9,4%.

Wie schon oben dargestellt, hängt die Bedeutung der Erwerbsarbeit im Alter zentral auch von sozialstaatlichen Leistungen ab. In nachfolgender Abbildung 25 sind die Netto-Ersatzraten, also die Ersatzraten für das Netto-Einkommen vor der Pension, in verschiedenen OECD-Ländern für das Jahr 2015 abgebildet. Die höchsten Netto-Ersatzraten von Durchschnittsverdienern haben dabei die Niederlande, Österreich, Ungarn, Portugal, Spanien, Luxemburg und die Slowakei, die jeweils über 80% liegen. In den Niederlanden, Luxemburg und der Slowakei unterscheiden sich die Netto-Ersatzraten dabei zwischen unterschiedlichen Verdienstgruppen und sind höher, je niedriger das Einkommen vor der Pension war.

**Abbildung 25: Netto-Ersatzraten<sup>27</sup> von Durchschnitts-, Niedrig- und Hochverdienern in europäischen Ländern und im OECD-Schnitt 2015**



Quelle: OECD (2015a), DUK-Darstellung.

Dänemark, Tschechien, Island, Griechenland und Norwegen weisen zwar niedrigere Netto-Ersatzraten für Durchschnittsverdiener auf (60 bis 70%), die Netto-Ersatzraten für Niedrigverdiener liegen jedoch ebenfalls bei mehr als 80%, in Dänemark sogar bei mehr als 100%. Ähnlich, wenngleich auch auf etwas niedrigerem Niveau, verhält es sich in Norwegen.

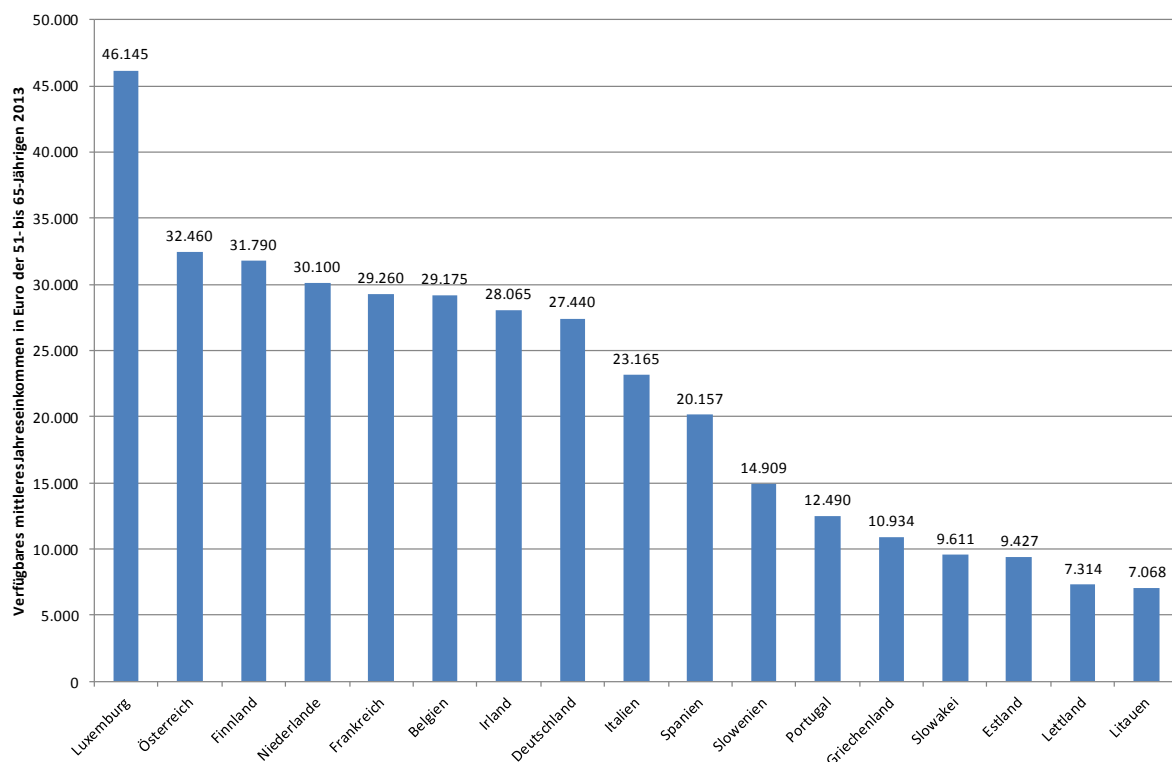
<sup>27</sup> Nettopension in Prozent des Nettoeinkommens, auf der Grundlage einer Berechnung des durchschnittlichen Einkommens über die gesamte Erwerbsbiographie (nicht Letzteinkommen vor der Pension).

In Schweden und gering ausgeprägt auch in Finnland und Italien liegen die Netto-Ersatzraten bei Niedrig- und Durchschnittsverdienern unter jenen der Hochverdiener.

Großbritannien und Irland verzeichnen die niedrigsten Netto-Ersatzraten, in beiden Ländern sind sie jedoch ebenfalls für Niedrig-Verdiener deutlich höher.

Die Netto-Ersatzraten sind jedoch vor dem Hintergrund des verfügbaren Einkommens zu sehen. Nachfolgende Abbildung 26 bildet das mittlere Jahreseinkommen der 51- bis 65-Jährigen in Ländern der Euro-Zone für das Jahr 2013 ab. Es zeigen sich hier eklatante Unterschiede.

**Abbildung 26: Verfügbares mittleres Jahreseinkommen der 51- bis 65-Jährigen in Ländern der Euro-Zone 2013**



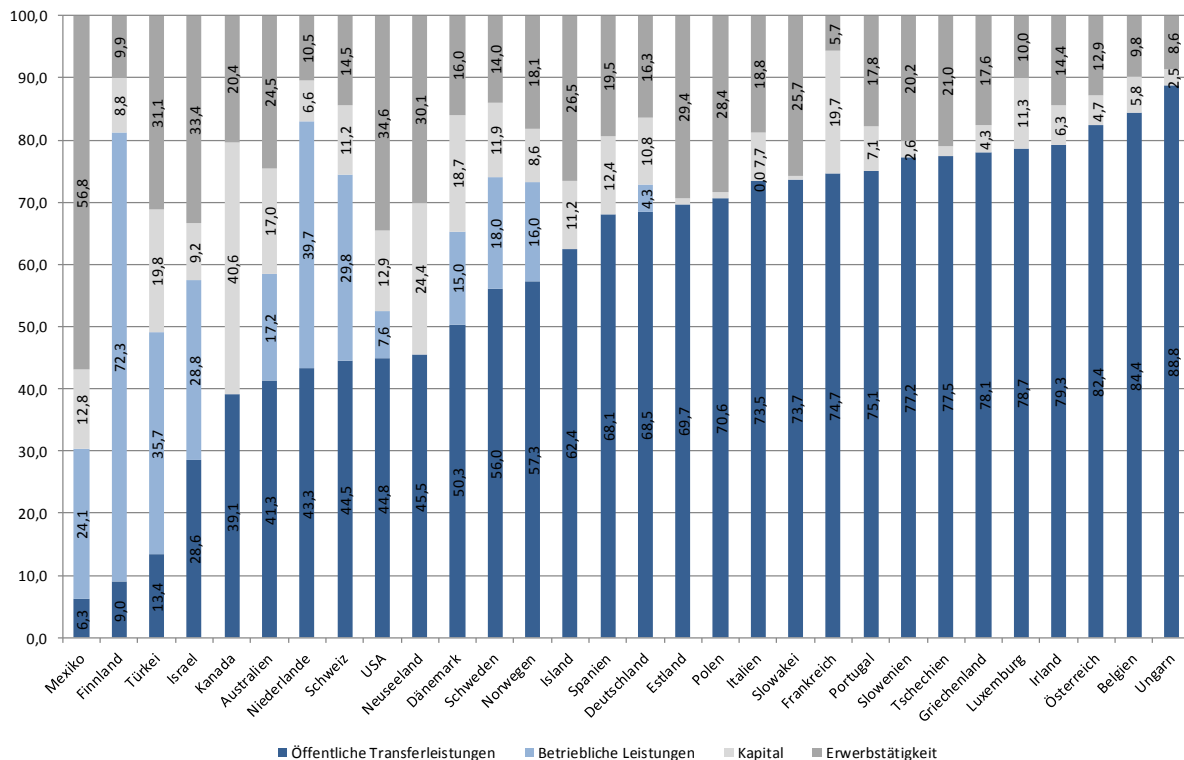
Quelle: OECD Library, DUK-Darstellung.

In Luxemburg liegt das verfügbare mittlere Jahreseinkommen der 51- bis 65-Jährigen im Schnitt bei 46.145 Euro. Deutlich darunter, aber immer noch sehr hoch, liegt das mittlere Jahreseinkommen für diese Altersgruppe in Österreich, Finnland und den Niederlanden, mit 30.000 Euro oder etwas darüber. Etwas weniger als 30.000 Euro haben 51- bis 65-Jährige im Schnitt in Frankreich, Belgien, Irland und Deutschland zur Verfügung. Demgegenüber beträgt das mittlere Jahreseinkommen der 51- bis 65-Jährigen in der Slowakei, Estland, Lettland und Litauen – zum Teil deutlich – weniger als 10.000 Euro.

Die Höhe der Einkommen in Kombination mit den Netto-Ersatzraten und anderen Faktoren des jeweiligen Pensionssystems bestimmen, ob eine Person im Alter ihre finanzielle Absicherung unabhängig von Erwerbsarbeit bestreiten kann. Im internationalen Vergleich zeigen sich auch hier große Unterschiede, wie aus nachfolgender Abbildung 27 hervorgeht. Demnach ist die Bedeutung öffentlicher Transferleistungen, wie z.B. Pensionszahlungen, in

Ungarn, Belgien und Österreich besonders hoch und stellt zu mehr als 80% die wichtigste Einkommensquelle älterer Menschen dar.

Abbildung 27: Einkommensquellen älterer Menschen in OECD-Ländern, 2012 (oder aktuellst verfügbar)



Quelle: OECD (2015a), DUK-Darstellung.

Anders gestaltet sich dies etwa in Finnland, wo der Anteil der betrieblichen Leistungen als Einkommensquelle älterer Menschen 72,3% beträgt. Auch in den Niederlanden (39,7%) und in der Türkei (35,7%) nehmen betriebliche Pensionszahlungen eine wichtige Rolle ein.

Kapital, das eine Person im Laufe des Lebens angesammelt hat, ist für ältere Menschen vor allem in Kanada eine wichtige Einkommensquelle (40,6%), aber auch in Neuseeland (39,7%). Die Rolle einer eigenen Erwerbstätigkeit als Einkommensquelle im Alter ist vor allem in Mexiko sehr wichtig und nimmt einen Anteil an allen Einkommensmöglichkeiten von 56,8% ein. Aber auch in den USA und Israel liegt der Anteil der eigenen Erwerbsarbeit als Einkommensquelle im Alter bei etwa einem Drittel.

## **8 Rehabilitation in Österreich und die Rolle der Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension**

Wie in den Kapiteln 4, 5 und 6 dargestellt, sind ältere ArbeitnehmerInnen am österreichischen Arbeitsmarkt besonderen Herausforderungen bei der Erwerbsintegration ausgesetzt, vor allem wenn sie gesundheitlich eingeschränkt sind. Insgesamt waren im Jahr 2016 32.542 Menschen über 50 Jahre in einer Beschäftigungsförderung durch das AMS, was einen Anstieg von 4,9% im Vergleich zum Vorjahr bedeutet. Davon erhielten 19.798 Personen eine Eingliederungsbeihilfe bei der Aufnahme einer Beschäftigung und 12.012 Personen waren in einem sozialökonomischen Betrieb oder einem gemeinnützigen Beschäftigungsprojekt beschäftigt.

In allen Betrieben mit 25 oder mehr DienstnehmerInnen betrug der durchschnittliche Anteil der Beschäftigten im Alter von 55 Jahren oder älter 13,2%. Den höchsten Anteil an älteren Beschäftigten wiesen mit 26,6% Entsorgungsbetriebe auf, gefolgt von Erzbergbau, Energieversorgung und öffentlicher Verwaltung. Weit unterdurchschnittlich sind die Anteile älterer Beschäftigter in der Telekommunikationsbranche (4,6%) und im Veterinärwesen (4,8%). 6,9% der Betriebe mit 25 oder mehr Beschäftigten hat keine Beschäftigten über 55 Jahren. (BMASK 2016: 8ff.)

Zwar ist die Zahl der unselbstständig Beschäftigten über 50 Jahren in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen, nichtsdestotrotz steigen aber auch die Arbeitslosenquoten mit zunehmendem Alter weiterhin an. Ein Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt nach einem Jobverlust ist für ältere Personen weiterhin schwierig, was zum einen an einer konjunkturbedingten Verringerung der Arbeitskräftenachfrage liegt, zum anderen aber auch an der sich nur langsam verändernden Haltung der Unternehmen zur Aufnahme älterer ArbeitnehmerInnen. Die demografischen Entwicklungen führen zu einer überproportionalen Zunahme der Altersgruppen ab 50 Jahren. Der Einfluss der Alterung der Gesellschaft auf das Arbeitskräfteangebot und damit auf den Arbeitsmarkt einerseits, aber auch auf die Zahl der PensionistInnen und das Pensionssystem andererseits hängen maßgeblich von den Erwerbsmöglichkeiten für Ältere ab. Der Trend zur steigenden Erwerbsbeteiligung Älterer wird langfristig anhalten, wozu nicht zuletzt auch die jüngsten Pensionsreformaßnahmen bei den (vorzeitigen) Alterspensionen beitragen. Insbesondere das betriebliche Einstellungsverhalten muss sich den demografischen Veränderungen anpassen, um höhere Beschäftigung zu gewährleisten, vor allem wenn die Arbeitskräftenachfrage konjunkturbedingt nicht ausreichend ansteigt.

Eine besondere Herausforderung liegt in der Förderung des Verbleibs bzw. des Neueinstiegs von gesundheitlich beeinträchtigten Personen in den Arbeitsmarkt. In der Vergangenheit hat die Zahl der Berufsunfähigkeits- und Invaliditätspensionen von jüngeren Personen dazu geführt, dass trotz steigender Beschäftigungsquoten Älterer das faktische Pensionsantrittsalter im Gesamtdurchschnitt kaum nach oben gegangen ist. Um dem entgegen zu wirken, wurde die befristete Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension abgeschafft und gleichzeitig das Rehabilitations- und Umschulungsgeld eingeführt (gültig für

alle Personen, die ab dem 1.1.1964 geboren wurden). (BMASK 2016) Als weitere Ursachen für das im OECD-Vergleich niedrige durchschnittliche Pensionsantrittsalter nennt Buchinger (2012: 48) den frühen Eintritt ins Erwerbsleben im Vergleich zu anderen OECD-Ländern durch die duale Berufsausbildung sowie eine spezifische Branchenstruktur mit überproportionalen Anteilen an Arbeitsplätzen in Industrie, Bau, Fremdenverkehr und anderen Branchen mit besonders belastenden Arbeitsbedingungen. Um frühzeitige Pensionierungen aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen zu minimieren, muss auch der soziokulturelle Umgang mit Gesundheitsproblemen, die im Alter naturgegeben häufiger auftreten, reformiert werden. (Buchinger 2012: 48)

## 8.1 Pensionsarten im Überblick

Das Allgemeine Pensionsgesetz (APG) stellt in Österreich die Basis für die Berechnung der Pensionen dar.<sup>28</sup> Die Vorgaben zu den Beitragsgrundlagen, die die Pensionshöhe bestimmen, liefern je nach Versichertengruppe das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG), das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz (GSVG) oder das Bäuerliche Versicherungsgesetz (BSVG). Für die Vollziehung der Pensionen sind vier unterschiedliche Pensionsversicherungsträger zuständig. Der mit Abstand größte Versicherungsträger ist jener der Unselbstständigen, die Pensionsversicherungsanstalt (PVA), die zuständig ist für Pensionen und Rehabilitationen und die den Bereich des ASVG vollzieht. Daneben gibt es die kleineren Mischträger Versicherungsanstalt für Eisenbahn und Bergbau (VAEB) – Vollziehung des Bereichs ASVG –, Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA) – Vollziehung des Bereichs GSVG – und Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB) – Vollziehung des Bereichs BSVG. Diese Mischträger sind neben Pensionen und Rehabilitationen auch für die Krankenversicherung zuständig. (BMASK 2016) Nachfolgende Abbildung 28 gibt einen Überblick über die Zahl der pensionsversicherten Männer und Frauen im Jahresdurchschnitt 2016 nach Versicherungsträger. Es zeigt sich, dass der mit Abstand größte Anteil in die Zuständigkeit der PVA für Arbeiter und Angestellte fällt.

Nachfolgende Abbildung 29 gibt einen Überblick über die verschiedenen Pensionsarten in Österreich. Die Pensionsarten in Österreich können nach Eigen-/Direkt- und Hinterbliebenenpensionen differenziert werden. Im Gegensatz zu den Eigenpensionen ergibt sich eine Hinterbliebenenpension nicht aus eigenen Versicherungsansprüchen, sondern aus dem Tod eines versicherten Ehepartners bzw. eingetragenen Partners oder Elternteils, sofern die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind (Witwen-/Witwerpension, Waisenspension, Pension für hinterbliebene eingetragene PartnerInnen). (PVA 2016a; PVA 2016b) Die Eigenpensionen wiederum können unterteilt werden in Alterspensionen, bei denen der Pensionsantritt mit dem Regelpensionsalter erfolgt, und in sogenannte „Frühpensionen“, bei

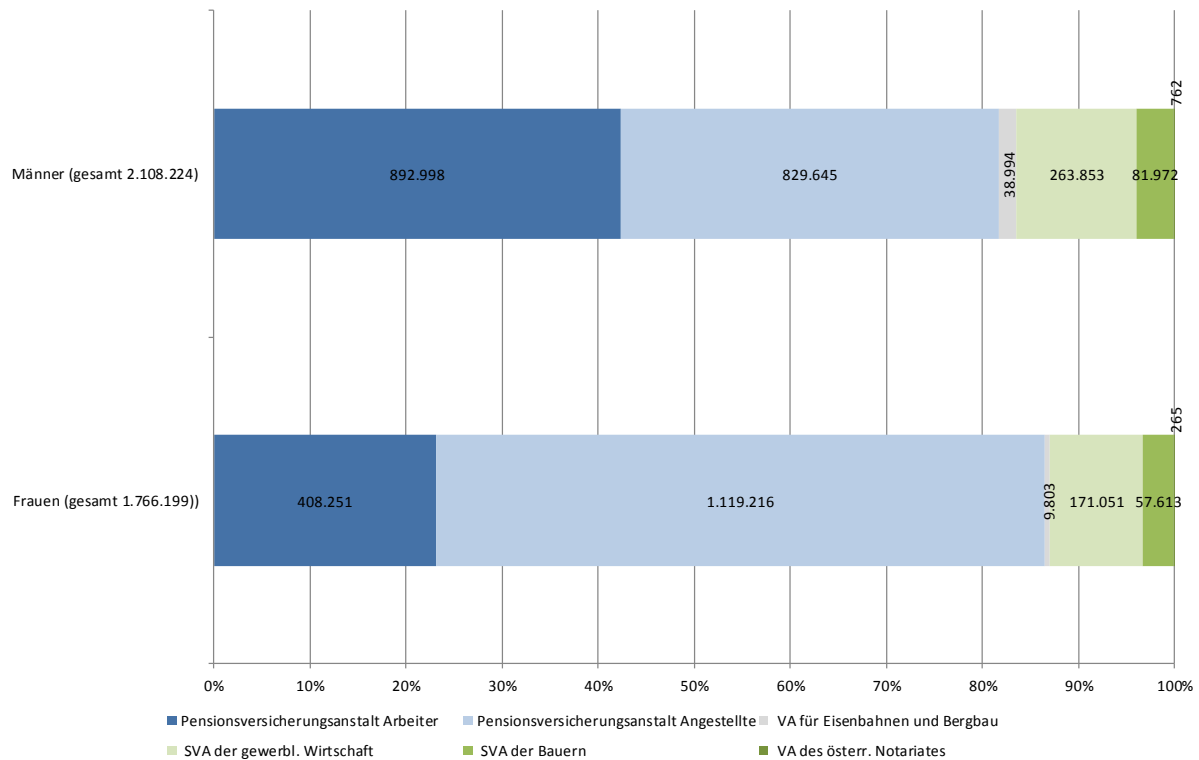
---

<sup>28</sup> Dies gilt für alle Personen, die ab 1955 geboren wurden, davor gilt jeweils das ASVG (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz), GSVG (Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz) und FSVG (Freiberufliches Sozialversicherungsgesetz) oder BSVG (Bäuerliches Sozialversicherungsgesetz). (vgl. BMASK 2015: 15)



denen eine Pension vor dem Regelpensionsalter angetreten wird. Das Regelpensionsalter liegt für Männer bei 65 Jahren, für Frauen bei 60 Jahren, wobei anzumerken ist, dass ab 2024 das Regelpensionsalter für Frauen schrittweise angehoben und jenem der Männer angeglichen wird. (PVA 2016c)

**Abbildung 28: Pensionsversicherte nach Versicherungsträger und Geschlecht, Jahresdurchschnitt 2016**



Quelle: OPIS (BMASK, HV), DUK-Darstellung.

Es gibt eine Reihe von Fällen, in denen eine Pension bereits vor Erreichen des Regelpensionsantrittsalters in Anspruch genommen werden kann:

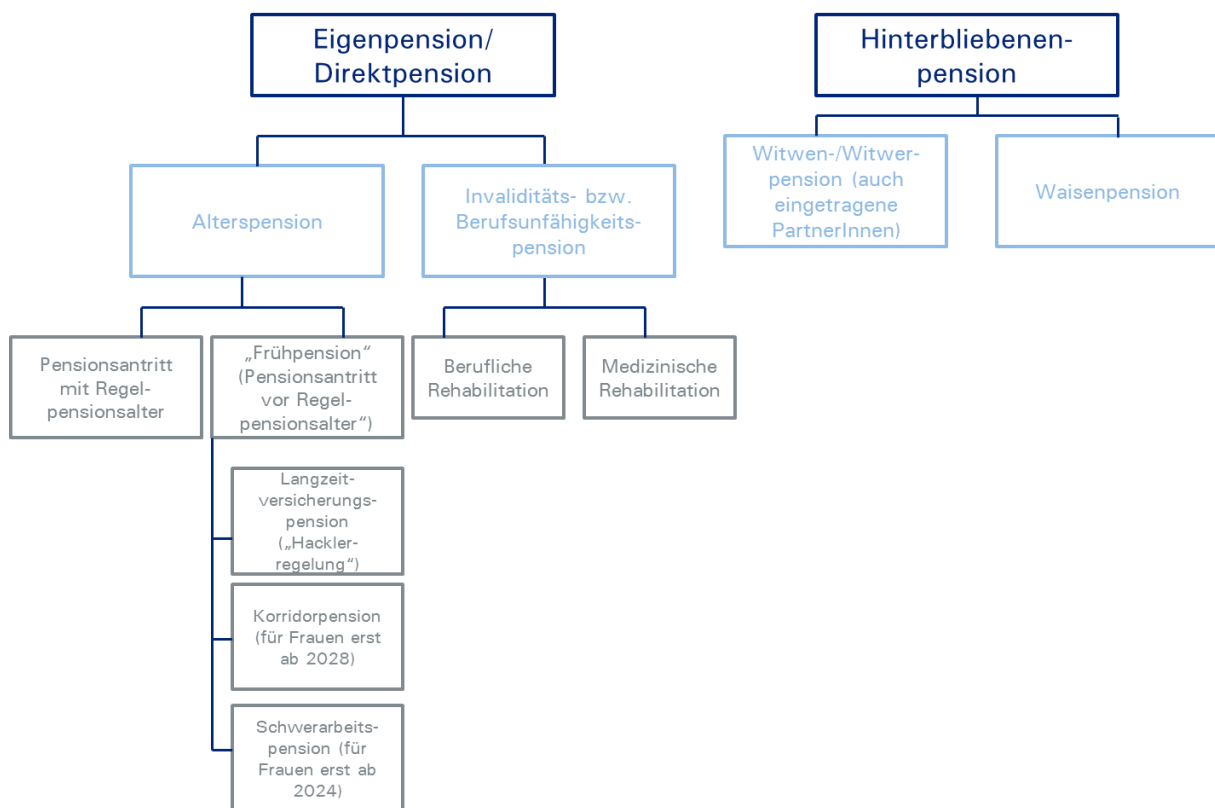
- Langzeitversicherungspension „Hacklerregelung“ (und vorzeitige Alterspension bei langer Versicherungsdauer<sup>29</sup>): Bei dieser Form der Pension muss ein Antrittsalter von 62 Jahren (bzw. 60 Jahre für Personen bis Jahrgang 1954) erreicht sein (bei Frauen wird das Pensionsalter schrittweise von derzeit 57 auf ebenfalls 62 Jahre angehoben). Die Versicherungsdauer muss zumindest 45 Jahre betragen.
- Korridorpension: Diese Form der Pension gibt es seit 2005. Es muss ein Antrittsalter von mindestens 62 Jahren erreicht und eine Versicherungsdauer von mindestens 40 Jahren erfüllt sein. Wegen dem Pensionsantritt vor dem Regelpensionsalter kommt es zu einem Abschlag in der Höhe von 5,1% pro Jahr. Bei Frauen kommt diese Pensionsform erst ab 2028 in Betracht, da für sie bereits vor Vollendung des 62.

<sup>29</sup> Die vorzeitige Alterspension bei langer Versicherungsdauer ist eine auslaufende Frühpensionsart (nur noch bis 1. Oktober 2017).

Lebensjahres die Möglichkeit besteht, eine Alterspension oder vorzeitige Alterspension bei langer Versicherungsdauer in Anspruch zu nehmen.

- Schwerarbeitspension: Hier beträgt das Pensionsantrittsalter 60 Jahre, die mindeste Versicherungsdauer 45 Jahre. Eine Schwerarbeitspension können jene Versicherten in Anspruch nehmen, die lange Zeit unter psychisch und/oder physisch besonders belastenden Bedingungen Schwerarbeit geleistet haben. Als Schwerarbeit gelten dabei Tätigkeiten in Schicht- und Nachtdienst, unter Hitze und Kälte, unter chemischen oder physikalischen Einflüssen oder mit schwerer körperlicher Arbeit sowie Tätigkeiten der berufsbedingten Pflege oder Tätigkeiten trotz Vorliegen einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (es gelten jeweils spezifische Bestimmungen). Frauen können diese Pensionsform erst ab 2024 in Anspruch nehmen, da für sie davor die Möglichkeit besteht, eine Alterspension oder vorzeitige Alterspension bei langer Versicherungsdauer in Anspruch zu nehmen. (PVA 2016d; PVA 2016e; PVA 2016f; Ziegler/Müller-Riedlhuber 2016: 109)

Abbildung 29: Pensionsarten in Österreich (Pensionsleistungen Stand Dezember 2015)

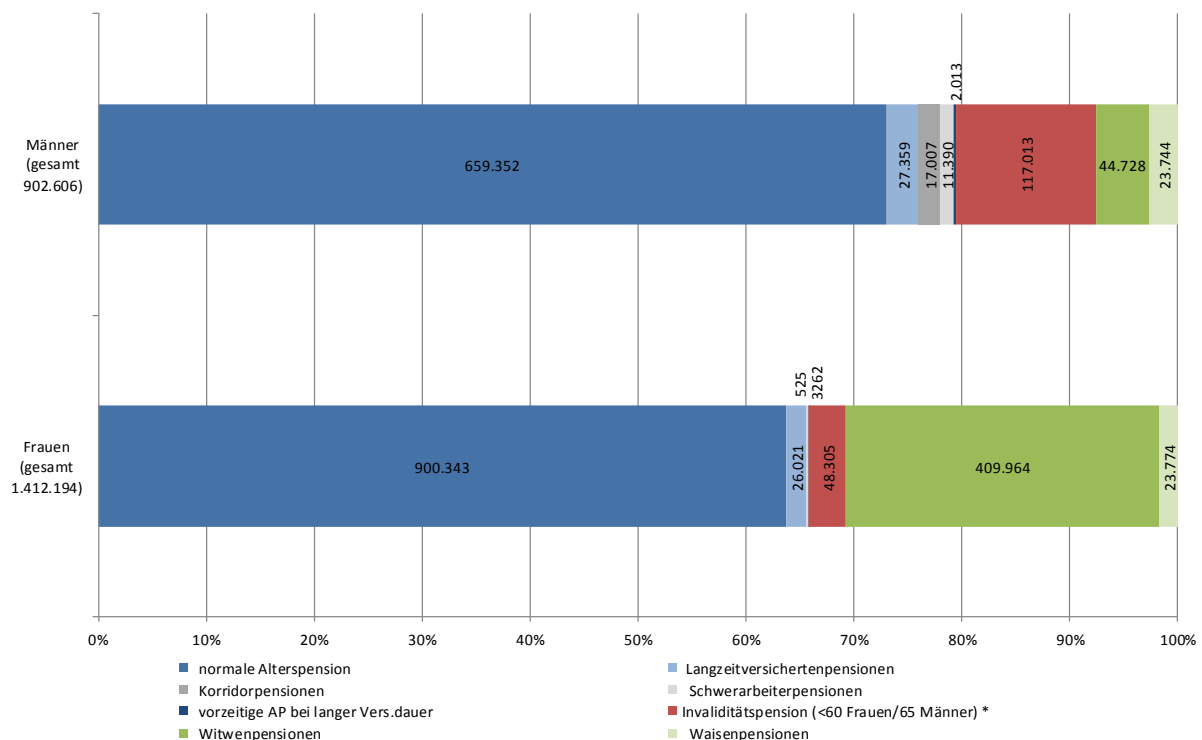


Quelle: DUK-Darstellung.

Eine weitere Möglichkeit, eine Pension bereits vor Erreichen des Regelpensionsantrittsalters in Anspruch zu nehmen, besteht für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen. Wenn ein sogenannter Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit eintritt, so wird eine Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension ausbezahlt, wobei für ArbeiterInnen der Begriff Invaliditätspension verwendet wird und für Angestellte der Begriff Berufsunfähigkeitspension. Nachfolgende Abbildung 30 zeigt die Anzahl der

Pensionsleistungen nach Pensionsart mit Stand Dezember 2015 für Frauen und Männer in Österreich.

Abbildung 30: Pensionsleistungen nach Pensionsart und Geschlecht, Dezember 2016



\* ab 2011 werden Pensionsleistungen an Personen ab 60 (Frauen) bzw. 65 (Männer) in der Statistik grundsätzlich als Alterspensionen geführt.

Quelle: OPIS (BMASK, HV), DUK-Darstellung.

In Bezug auf die Art der Pensionsleistung können zwischen Männern und Frauen deutliche Unterschiede festgestellt werden: Mehr als 60% der Frauen mit Pensionsbezug erhalten eine normale Alterspension, bei Männern liegt dieser Anteil bei mehr als 70%. Demgegenüber erhalten knapp 30% der Frauen mit Pensionsbezug eine Witwenpension, wobei nur 5% der Männer eine Witwenpension beziehen, was nicht zuletzt an der höheren Lebenserwartung von Frauen liegt (Lebenserwartung bei Geburt 2016 Frauen: 83,95 vs. Männer: 79,14<sup>30</sup>). Eine Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension erhalten lediglich 3,4% der Frauen, aber immerhin 13% der Männer. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass Pensionsleistungen an Frauen ab 60 Jahren und an Männer ab 65 Jahren in der Statistik als Alterspensionen erfasst werden. Der Bereich der Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspension wird nachfolgend näher erläutert.

## 8.2 Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension und die Reform 2014

Eine Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension kann befristet oder dauerhaft gewährt werden, wobei für letzteren Fall aufgrund des Gesundheitszustands eine dauernde

<sup>30</sup> Statistik Austria, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung. [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/gestorbene/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/gestorbene/index.html), abgerufen am 31.7.2017.

Invalidität oder Berufsunfähigkeit laut ärztlichem Gutachten, bei der die Leistungsfähigkeit des/der Antragstellten festgestellt wird, vorhanden sein muss. Ein Anspruch auf Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension besteht, wenn Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation nicht zweckmäßig oder zumutbar sind, die Wartezeit (Mindestversicherungszeit) erfüllt ist und am Stichtag noch nicht die Voraussetzungen für eine Alterspension erfüllt sind. Eine befristete Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension wird dann gewährt, wenn das ärztliche Gutachten ergibt, dass eine Invalidität oder Berufsunfähigkeit von zumindest sechs Monaten zu erwarten ist. Eine Befristung der Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension kann für höchstens zwei Jahre erfolgen.

Mit 1.1.2014 wurde eine grundlegende Reform der Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspension wirksam, die die befristete Form dieser Pension betrifft. Die rechtliche Grundlage dafür liefert das Sozialrechts-Änderungsgesetz 2012 (78. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz und Änderung des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977) (SRÄG 2012). Seit diesem Zeitpunkt gibt es die eben beschriebene befristete Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspension nur noch für diejenigen, die vor dem 1.1.1964 geboren wurden (also die mit 1.1.2014 über 50 Jahre alt waren). Die befristete Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspension wird durch ein System der medizinischen und beruflichen Rehabilitation ersetzt, wobei seit 1.1.2014 ein Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation besteht. Ziel dieser Reform ist es, die Zahl der Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspensionen zu reduzieren und die Arbeitsmarktintegration von gesundheitlich beeinträchtigten Menschen anzuheben. Dies hat nicht zuletzt volkswirtschaftliche Gründe, da bei einem späteren Pensionsantritt zum einen die Pensionskosten reduziert werden, zum anderen aber auch mehr Steuern und Sozialversicherungseinnahmen generiert werden. Auf individueller Ebene steigt die Pensionshöhe an, wenn längere Versicherungsdauern vorhanden sind.

Wenn ein/e Arbeitnehmer/in ein so schwerwiegendes Gesundheitsproblem hat, dass vorübergehend keine Tätigkeit mehr ausgeübt werden kann, dann erhält die Person eine Krankenbehandlung und Rehabilitationsgeld in der Höhe des Krankengeldes, also 60% vom Letztbezug (verlängerter Krankengeldanspruch), vom zuständigen Krankenversicherungsträger und/oder eine medizinische Rehabilitation von der Pensionsversicherung. Diese Rehabilitation soll die bisherige Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension ersetzen mit dem Ziel der Re-Integration in den Arbeitsprozess nach der Genesung bzw. Wiederherstellung der Beschäftigungsfähigkeit. Wer den erlernten Beruf aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben kann, jedoch in einem anderen Beruf arbeitsfähig wäre, erhält eine Umschulung in einen vergleichbaren Beruf sowie Umschulungsgeld in der Höhe des Arbeitslosengeldes plus 25% vom Arbeitsmarktservice und nicht mehr wie früher die befristete Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension. Die Umschulung findet in einem Bereich statt, der die gesundheitliche Situation berücksichtigt, in dem es Beschäftigungschancen gibt und der gemeinsam mit den Betroffenen ausgesucht wird. Nur bei dauerhafter Invalidität oder Berufsunfähigkeit oder auch wenn eine berufliche

Umschulung nicht zweckmäßig<sup>31</sup> und zumutbar<sup>32</sup> ist, wird eine Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension gewährt.

Zusammenfassend kann also festgehalten werden:

- Während einer medizinischen Rehabilitation wird Rehabilitationsgeld ausbezahlt. Anspruch auf Rehabilitationsgeld ist gegeben, wenn eine Invalidität oder Berufsunfähigkeit von mindestens sechs Monaten vorliegt, Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation nicht zweckmäßig oder nicht zumutbar sind, ein Bescheid vom zuständigen Pensionsversicherungsträger vorliegt und die Mitwirkungspflicht bei den Rehabilitationsmaßnahmen erfüllt wird. Das Rehabilitationsgeld wird vom zuständigen Krankenversicherungsträger ausbezahlt. Die medizinische Rehabilitation wird durch den Pensionsversicherungsträger erbracht.
- Während einer beruflichen Rehabilitation wird Umschulungsgeld ausbezahlt. Ein Anspruch auf Umschulungsgeld liegt vor, wenn eine Invalidität oder Berufsunfähigkeit von mindestens sechs Monaten vorliegt, Berufsschutz gegeben ist, Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation zweckmäßig und zumutbar sind und aktive Teilnahme an Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation und Mitwirkungspflicht gegeben sind. Die Auszahlung des Umschulungsgeldes erfolgt durch das AMS.

Berufsschutz bedeutet, dass versicherte Personen bei bisheriger erlernter oder angelernter Tätigkeit nur innerhalb der bisherigen Berufsgruppe vermittelt werden dürfen. Personen ohne Berufsschutz (bei ungelernter Tätigkeit) dürfen zu jeder anderen zumutbaren Tätigkeit verwiesen werden. Der Berufsschutz stellt einen wesentlichen Faktor für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sowie die Inanspruchnahme von bestimmten Rehabilitationsmaßnahmen versicherter Personen dar. Entsprechend dem Berufsschutz dürfen Personen, die bisher eine bestimmte (oder mehrere) gelernte Tätigkeit/en als ArbeiterIn oder Angestellte/r ausgeübt haben, für einen Zeitraum von 100 Tagen nur innerhalb dieser Berufsgruppe vermittelt werden. (PVA 2016: 4; AMS<sup>33</sup>) Falls die Person allerdings keinen erlernten/angelernten Beruf ausgeübt hat, kann er oder sie zu jeder anderen zumutbaren Tätigkeit verwiesen werden, es muss kein Bezug zum vorherigen Beruf bestehen. (vgl. PVA 2016: 6)

Zur Feststellung der Arbeitsfähigkeit wurde ein „Kompetenzzentrum Begutachtung“ eingerichtet, das eine einheitliche Begutachtungsstelle darstellt. Für Unselbstständige ist das Kompetenzzentrum Begutachtung bei der Pensionsversicherungsanstalt angesiedelt, für Selbständige (Bauern und Gewerbliche) gibt es eine eigene Begutachtungsstelle. In den Kompetenzzentren Begutachtung werden medizinische und – in Zusammenarbeit mit dem

---

<sup>31</sup> Die Umschulung muss den Zweck der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt erfüllen.

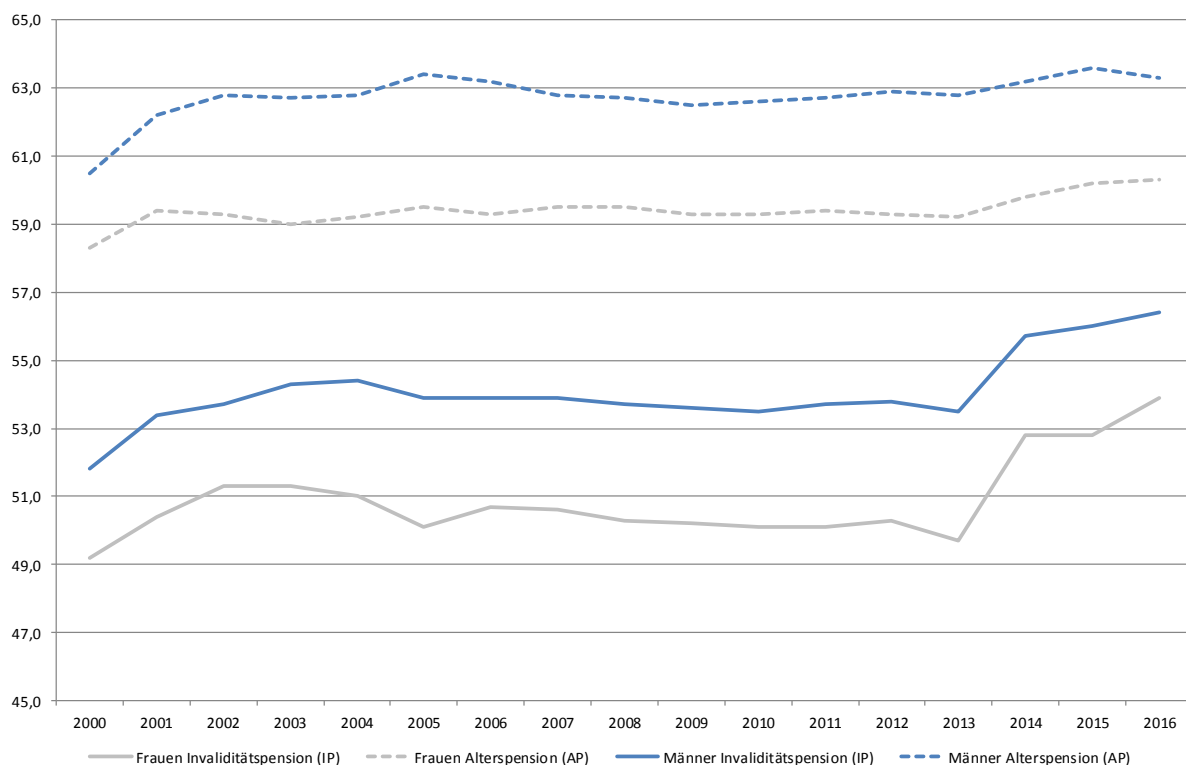
<sup>32</sup> Die Umschulung auf einen bestimmten Beruf muss den physischen und psychischen Neigungen und Eignungen, dem Gesundheitszustand und dem bisherigen Ausbildungsniveau der Person entsprechen.

<sup>33</sup> <http://www.ams.at/service-arbeitsuchende/menschen-behinderungen/gebaerdensprachvideos/leistungsbezieherinnen>, am 16.03.2016

AMS –auch berufskundliche Gutachten erstellt, die Auskunft darüber geben, welche Umschulung sinnvoll ist. (BMASK; PVA 2016g; Ziegler/Müller-Riedlhuber 2016: 109)

Laut dem Beschäftigungs-, Rehabilitations- und Pensionsmonitoring des BMASK (2016) lag das Pensionsantrittsalter für alle Direkt pensionen im Zeitraum von Jänner bis Dezember 2016 bei 61 Jahren und 7 Monaten und damit um 2 Monate über dem Pensionsantrittsalter des Vorjahres. Im Jahr 2014 lag das durchschnittliche Pensionsantrittsalter noch bei 59 Jahren und 8 Monaten, was eine Steigerung um 8,7 Monate im Vergleich zum Jahr 2016 bedeutet. Der Anstieg des faktischen Pensionsantrittsalters ist unter anderem auch auf die Einführung des Rehabilitationsgeldes zurückzuführen, da das Rehabilitationsgeld keine Pensionsleistung ist, sondern eine Leistung der Krankenversicherung (mit Kostenersatz durch die Pensionsversicherung). Vorübergehend invalide Personen ab dem Jahrgang 1964 werden nunmehr rehabilitiert mit dem Ziel der Rückkehr in den Arbeitsmarkt. Für Personen mit dauerhafter Invalidität wird weiterhin die Pension ausbezahlt. (BMASK 2016: 16)

**Abbildung 31: Zugangsalter in Alters- und Invaliditätspension nach Geschlecht, 2000 bis 2016**



Quelle: OPIS (BMASK, HV), DUK-Darstellung.

Obige Abbildung 31 zeigt die Entwicklung des Zugangsalters zu Alters- und Invaliditätspensionen nach Geschlecht im Zeitverlauf seit 2000. Das Pensionsantrittsalter liegt bei Frauen sowohl bei den Alterspensionen wie auch bei den Invaliditätspensionen deutlich unter jenem der Männer. Das Antrittsalter bei Invaliditätspensionen ist sowohl für Frauen als auch für Männer naturgemäß deutlich niedriger als bei Alterspensionen. Die Entwicklungen des Antrittsalters sind seit 2000 jedoch bei Frauen und Männern sowie auch bei Alters- und Invaliditätspensionen ähnlich: Es kann ein deutlicher Anstieg des Zugangsalters zu Alters- und Invaliditätspensionen bei Frauen und Männern bis 2003/04

beobachtet werden, danach stagniert das Zugangsalter bzw. sinkt sogar leicht. Ein Anstieg des Pensionsantrittsalters kann erst wieder ab 2013 festgestellt werden, bei den Invaliditätspensionen erfolgte dieser sogar sprunghaft, was an den gesetzlichen Änderungen im Rahmen der Reform der Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension im Rahmen des SRÄG 2012 liegt.

Betrachtet man die Altersverteilung der BezieherInnen von Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspensionen, so zeigt sich, dass etwa 50% der Frauen 55 bis 59 Jahre alt sind, die andere Hälfte ist jünger. Bei den Männern sind ca. 50% zwischen 60 und 64 Jahre alt, auch hier sind die anderen 50% jünger. (BMASK, HV, Pensionsversicherung Jahresstatistik) Dies hat mit den unterschiedlichen gesetzlichen Pensionsantrittsaltern für Männer und Frauen zu tun und Frauen früher als Männer in Alterspensionen übergehen.

### **8.3 Stand der Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspensionen in Österreich**

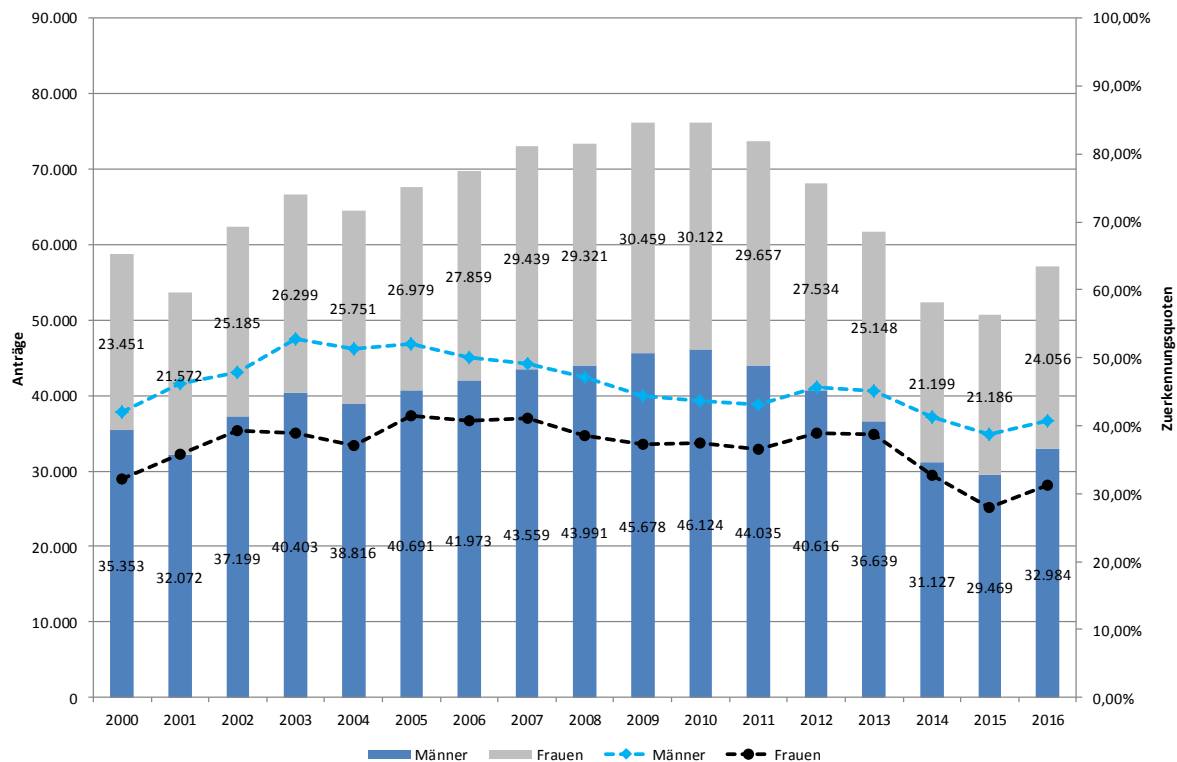
Aufgrund der Reform der Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspension mit Wirksamkeit ab 1.1.2014 sind die Zuerkennungen von Invaliditätspensionen im Jahr 2015 im Vergleich zum Jahr 2014 um 32,6% von 20.013 auf 15.132 gesunken. Grund dafür sind die geringere Anzahl der Anträge, Verschärfungen beim Tätigkeitsschutz<sup>34</sup> und die Abschaffung der befristeten Invaliditätspension für Personen, die nach dem 1.1.1964 geboren wurden. Im Jahr 2016 sind die Zuerkennungen von Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspensionen wieder um 10,9% angestiegen, was sich daraus ergibt, dass Personen bereits aus dem Rehabilitationsgeld ausscheiden und in eine unbefristete Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension gehen, da sich ihr Gesundheitszustand während der Rehabilitation nicht ausreichend verbessert hat. (BMASK 2016: 22)

Die nachfolgende Abbildung 32 zeigt die Anträge auf Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspensionen seit 2000 sowie die jährlichen Zuerkennungsquoten, differenziert für Männer und Frauen. Bis 2010 ist ein Anstieg bei den Anträgen auf Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspension zu beobachten, wobei die Zuerkennungsquoten insbesondere bei Männern ab 2003 kontinuierlich gesunken sind, bei Frauen sind die Zuerkennungsquoten ab 2014 sogar abrupt zurückgegangen. Dies äußert sich in einem kontinuierlichen Anstieg der Zuerkennungen von Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspensionen (Abbildung 33) bis 2003 und einem abrupten Anstieg 2004, wo die Zahl der Zuerkennungen mit knapp 34.000 ihren Höchststand erreichte. Danach sind die Zuerkennungen stetig gesunken und erreichten 2015 mit etwas mehr als 15.000 ihren niedrigsten Stand. Im Zeitverlauf ist die Zahl der Anträge bei Männern durchgängig deutlich höher. Ebenso sind die Zuerkennungsquoten bei Männern höher und in Folge auch die Zahl der Neuzugänge.

---

<sup>34</sup> Personen, die (ab 2017) das 60. Lebensjahr vollendet haben, gelten als invalid oder berufsunfähig, wenn sie aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in der Lage sind, jene Tätigkeit auszuüben, die sie in den letzten 15 Jahren (Rahmenzeitraum) mindestens 10 Jahre hindurch ausgeübt haben.

**Abbildung 32: Anträge auf Invaliditätspensionen und Zuerkennungsquoten<sup>35</sup> zwischen 2000 und 2016 nach Geschlecht**



Quelle: OPIS (BMASK, HV), DUK-Darstellung.

Auch die Zusammensetzung der Neuzugänge nach Krankheitsgruppen hat sich zwischen 2000 und 2016 verändert, was in nachfolgender Abbildung 34 dargestellt ist. Während im Jahr 2000 noch knapp die Hälfte aller Neuzugänge zu Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspensionen aufgrund von Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln oder des Bewegungs- und Stützapparates erfolgte, so nehmen diese Krankheiten 2016 nur mehr etwa ein Viertel aller Ursachen für Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit ein. Gegenätzlich verhält es sich mit psychiatrischen Erkrankungen: Hier ist der Anteil an allen Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspensionen von weniger als 20% im Jahr 2000 auf knapp 40% im Jahr 2016 angestiegen. Diese Entwicklungen sind eine Folge der Veränderungen in der Arbeitswelt und auf dem Arbeitsmarkt, die insbesondere mit einer Zunahme psychischer Belastungen einhergehen, wie in Kapitel 3 ausgeführt wurde.

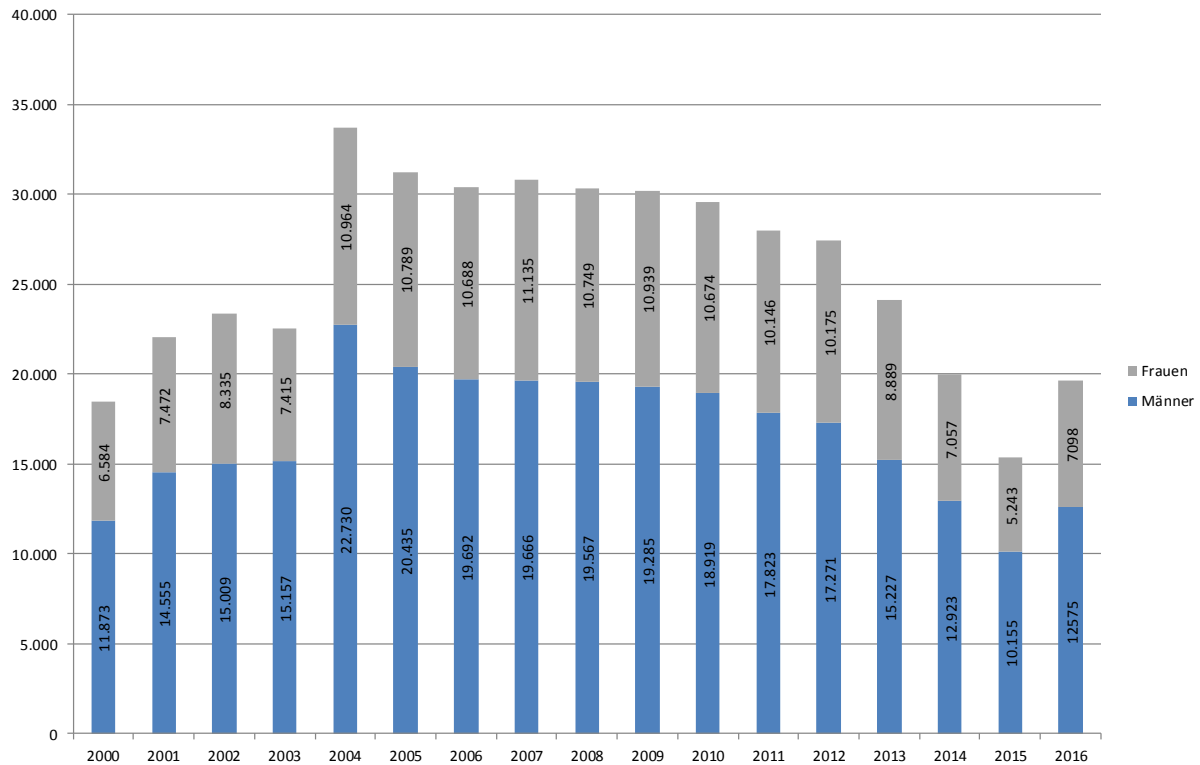
Das Pensionsantrittsalter bei Invaliditätspensionen unterscheidet sich nach den verschiedenen Krankheitsgruppen deutlich und variiert von 52,4 Jahren (Männer) bzw. 49,4 Jahren (Frauen) bei Nervenkrankheiten bis 58,6 Jahre (Männer) bzw. 56,6 Jahre (Frauen) bei Krankheiten des Skeletts oder der Muskulatur. Insgesamt ist des Pensionsantrittsalter bei Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspensionen sowohl bei Männern als auch bei Frauen

<sup>35</sup> Die Zuerkennungsquote stellt den Anteil der Zuerkennungen an der Summe aus Ablehnungen und Zuerkennungen dar. Die Zahl der Anträge weicht von dieser Summe ab, da die Erledigungen der Anträge durch Zuerkennungen bzw. Ablehnungen nicht im Jahr der Antragstellung erfolgen muss.



zwischen 2014 und 2016 um 13,4 Monate angestiegen, besonders hoch war der Anstieg bei psychiatrischen Erkrankungen (16,2 Monate bei Männern, 24,1 Monate bei Frauen). (OPIS (BMASK, HV))

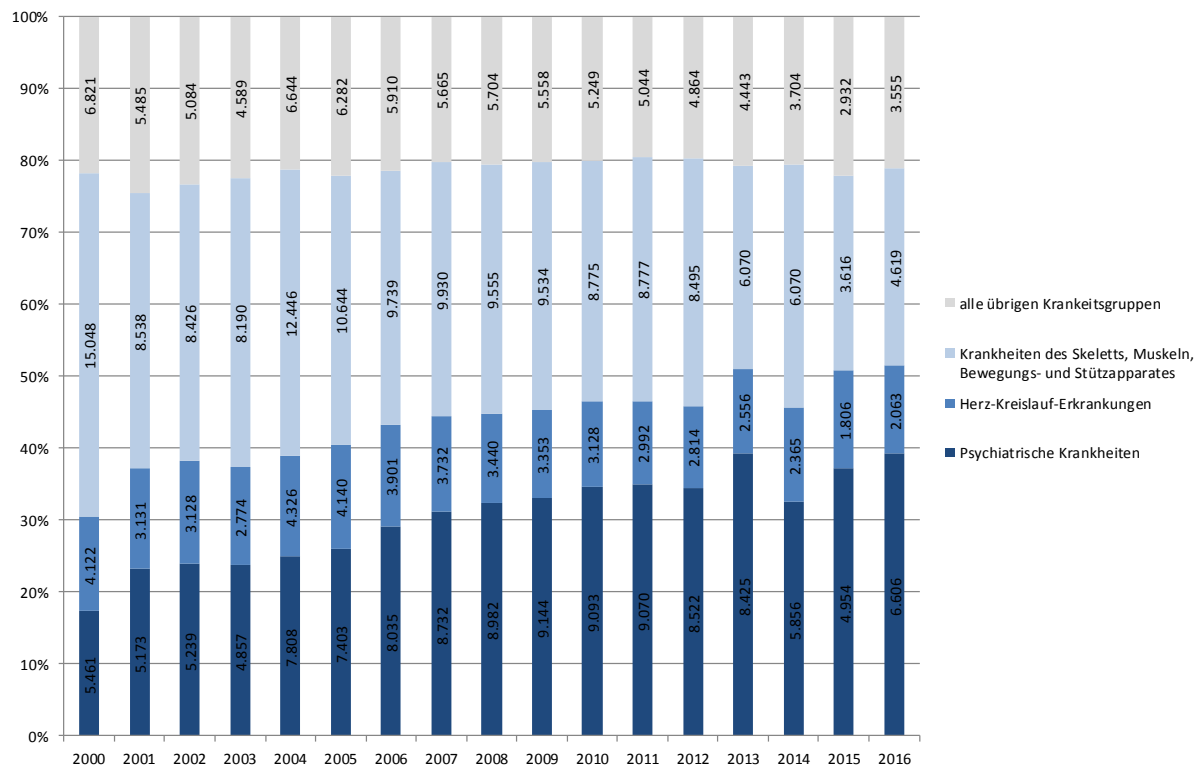
**Abbildung 33: Zuerkennungen von Invaliditätspensionen zwischen 2000 und 2016 nach Geschlecht**



Quelle: OPIS (BMASK, HV), DUK-Darstellung.

Den Arbeitsmarktstatus, den Personen hatten, bevor ihnen eine Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension 2016 zuerkannt wurde, gibt Abbildung 35 wieder. Außerdem wird dargestellt, inwiefern sich die Übertritte in Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension von den Übertritten in Alterspensionen unterscheiden. Bei den Alterspensionen kommen jeweils etwa 85% aller Neuzugänge aus einer Erwerbstätigkeit mit Pflichtversicherung, weitere knapp 10% bei den GSVG-Versicherten sowie knapp 15% bei den BSVG-Versicherten kommen aus unqualifizierten Verhältnissen in eine Alterspension. Bei den ASVG-Versicherten gestalteten sich die Übergänge in Alterspensionen etwas anders: Hier kommen etwas mehr als 60% direkt aus einer pflichtversicherten Erwerbstätigkeit in die Alterspension, mehr als 15% kommen aus Arbeitslosigkeit (Bezug von Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Pensionsvorschuss oder Übergangsgeld), aber auch Altersteilzeit und freiwillige Selbstversicherung nehmen mit jeweils etwa 5% eine sichtbare Rolle ein.

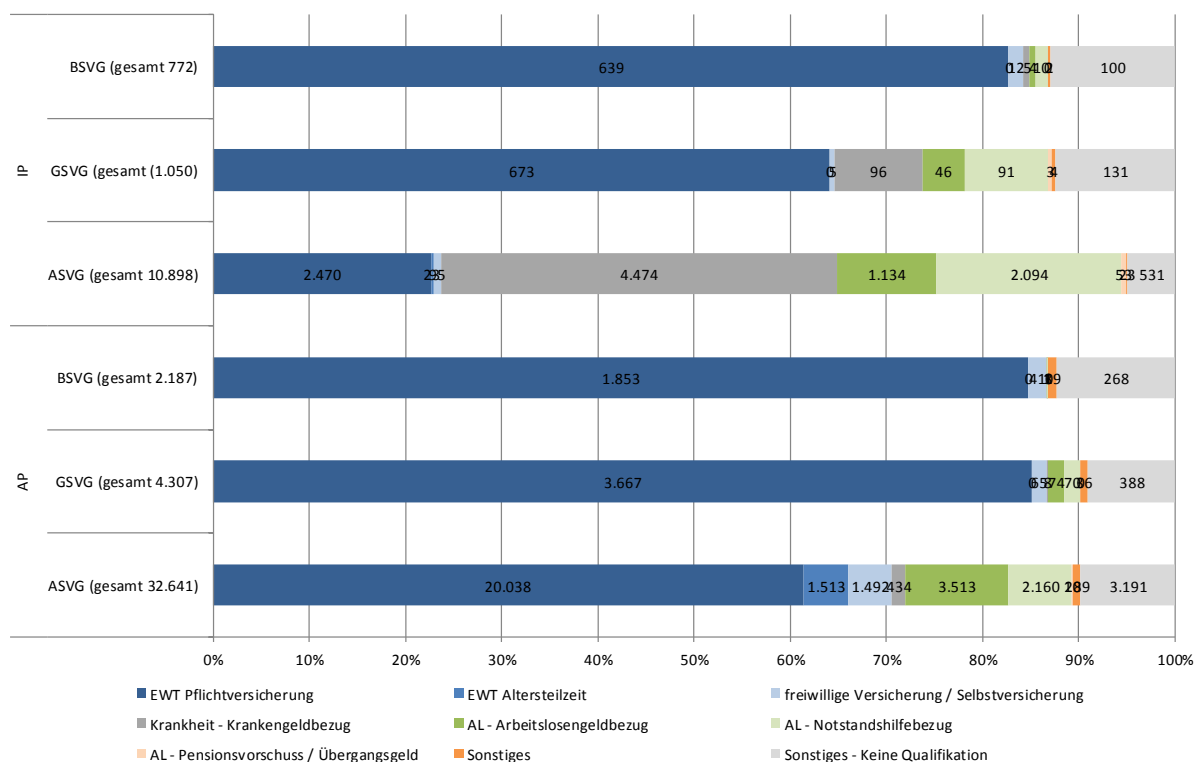
**Abbildung 34: Neuzugänge zu Invaliditätspensionen zwischen 2000 und 2016 nach Krankheitsgruppen**



Quelle: OPIS (BMASK, HV), DUK-Darstellung.

Bei den Invaliditätspensionen sind die Unterschiede bei den Übertritten nach Versicherungsträger weit stärker ausgeprägt: Bei den ASVG-Versicherten gehen etwas mehr als 20% von pflichtversicherter Erwerbstätigkeit in Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension, der weitaus größte Teil kommt hier mit etwa 40% aus einem Krankengeldbezug. Weitere etwa 30% kommen aus Arbeitslosigkeit (Bezug von Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe) in die Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension. Bei den GSVG-Versicherten beträgt der Anteil derjenigen, die aus Erwerbstätigkeit in die Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension gehen, mehr als 60%, der Übertritt aus Krankengeldbezug oder Arbeitslosigkeit spielt hier mit insgesamt etwa 20% eine deutlich geringere Rolle. Dies ist noch stärker ausgeprägt bei den BSVG-Versicherten, wo mehr als 80% direkt aus der Erwerbstätigkeit in Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension gehen, andere Übertrittsformen sind hier nachrangig. Dies hat vorrangig zu tun mit den Ansprüchen, die mit einer bestimmten Berufsform verbunden sind. So etwa ist der Zugang zu Kranken- oder Arbeitslosengeld bei Selbstständigen stark eingeschränkt.

Abbildung 35: Übertritte in Invaliditäts- bzw. Alterspensionen bei Neuzugängen nach Versicherungsart, 2015



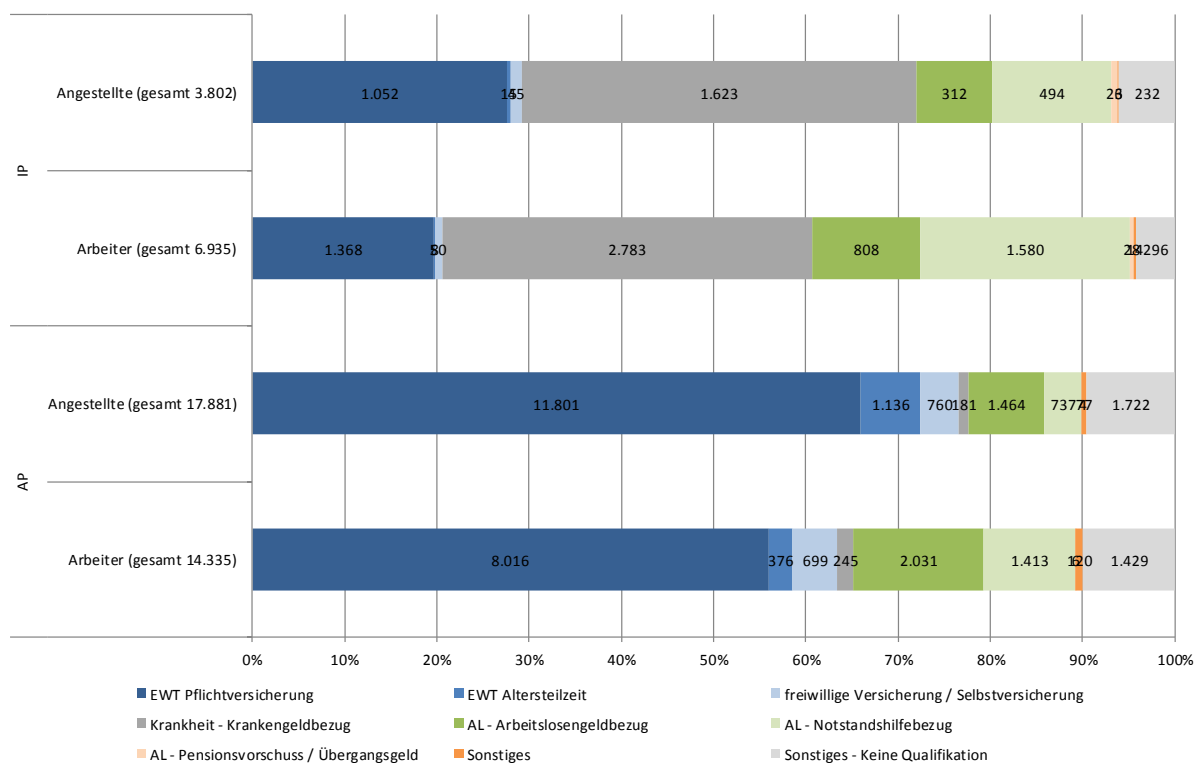
Quelle: OPIS (BMASK, HV, Pensionsversicherung Jahresstatistik), DUK-Darstellung.

Die Übertrittsstrukturen in Alterspensionen sowie in Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspensionen sind bei Männern und Frauen sehr ähnlich, jedoch zeigen sich Unterschiede zwischen ArbeiterInnen und Angestellten, wie aus nachfolgender Abbildung 36 hervorgeht. Während bei ArbeiterInnen der Zugang zu Alterspensionen aus Arbeitslosigkeit (Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe) mit knapp einem Viertel eine bedeutender Rolle einnimmt, so ist bei Angestellten der Übertritt aus Erwerbstätigkeit mit ~65% (~55% bei ArbeiterInnen) häufiger. Auch Altersteilzeit nimmt mit ~7% bei Angestellten eine zunehmende Rolle ein. Ähnlich ist das Bild bei den Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspensionen. Auch hier ist unter ArbeiterInnen der Übertritt von Erwerbstätigkeit seltener der Fall als bei Angestellten (20% vs. ~28%) und der Übertritt aus Arbeitslosigkeit (Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe) häufiger (mehr als 30% vs. knapp 20%).

Für das Jahr 2016 können die Versicherungsbereiche, aus denen Neuzugänge in Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension kommen, abgebildet werden. Hier zeigt sich bereits die Bedeutung des Zugangs aus der Rehabilitation, was nachfolgende Abbildung 37 zeigt. Der Übertritt in eine Alterspension erfolgt bei Frauen zu etwa zwei Drittel aus einer pflichtversicherten Erwerbstätigkeit oder aus Altersteilzeit, bei Männern sogar zu etwa drei Viertel. Der Übertritt aus Arbeitslosigkeit in Alterspensionen erfolgt sowohl bei Männern wie auch bei Frauen in etwa 15% der Fälle. Insbesondere bei Frauen nimmt jedoch der Anteil der Übertritte aus sonstigen Situationen, wie z.B. im Fall einer Nicht-Versicherung, mit 12% eine bedeutende Rolle ein. Die Übertritte in Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspensionen erfolgen bei Männern in gut 30% der Fälle aus Erwerbstätigkeit oder Altersteilzeit, bei

Frauen lediglich in 20% der Fälle. In knapp einem Viertel der Fälle erfolgt bei Männern und Frauen der Übertritt in Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension aus einem Krankengeldbezug. 14,4% der Männer, denen eine Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension zuerkannt wird, waren davor in Rehabilitation, bei den Frauen liegt dieser Anteil sogar bei 25,5%. Auch der Übertritt aus Arbeitslosigkeit spielt hier eine große Rolle: Bei Frauen erfolgen 20,3% der Übertritte in Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension aus Arbeitslosigkeit, bei Männern sogar 26,3%.

**Abbildung 36: Übertritte in Invaliditäts- bzw. Alterspensionen bei Neuzugängen für Angestellte und Arbeiter, 2015**

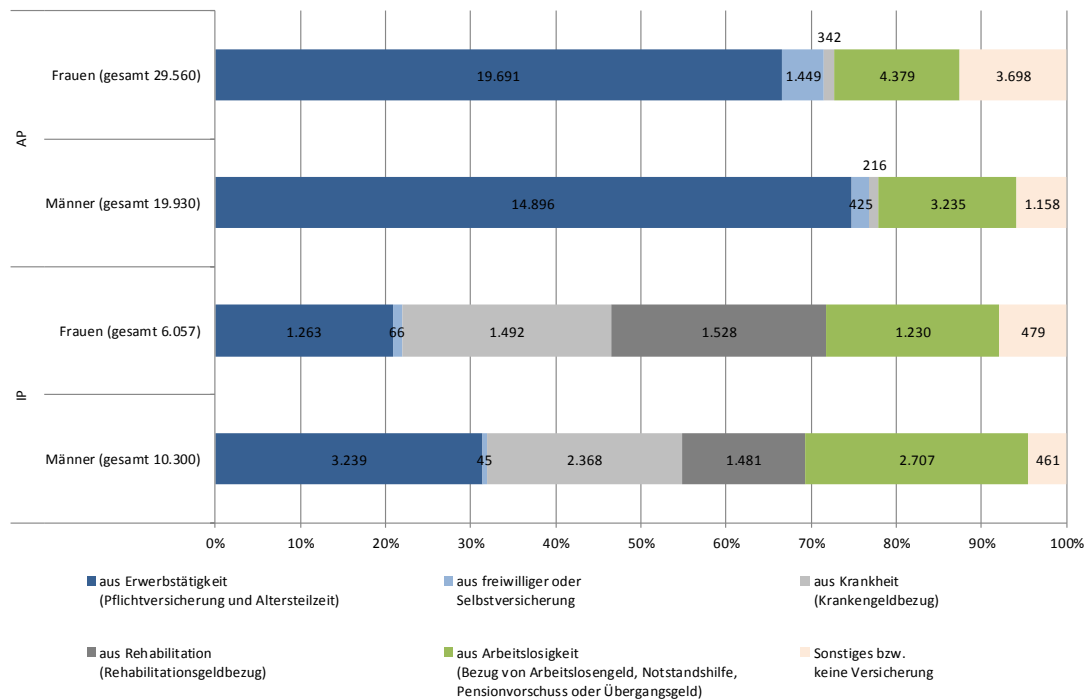


Quelle: OPIS (BMASK, HV, Pensionsversicherung Jahresstatistik), DUK-Darstellung.

Die Übertrittswege in Pensionen bestimmen nicht zuletzt auch die Höhe der Pensionszahlungen, die sich aus vorangehenden Einkommen und erworbenen Pensionsansprüchen ergeben. In nachfolgender Abbildung 38 sind die Durchschnittspensionen in Euro nach Pensionsart und Geschlecht mit Stand Dezember 2016 abgebildet. Außerdem wird die Pensionshöhe aller ausbezahlten Pensionen nach Pensionsart und Geschlecht abgebildet sowie auch für Pensionsleistungen an Personen mit Wohnsitz im Inland und ohne zwischenstaatliche Fälle. Es zeigen sich massive Unterschiede: Die höchsten Pensionsleistungen entfallen sowohl bei Männern wie auch bei Frauen auf Langzeitversichertenpensionen, wobei auch hier die geschlechtsspezifischen Unterschiede sehr hoch sind. Bei Männern liegen Langzeitversichertenpensionen im Schnitt bei 2.301 Euro, bei Frauen sind sie mit 1.504 Euro deutlich niedriger. Die normalen Alterspensionen liegen bei Männern im Schnitt bei 1.548 Euro, bei Frauen nur bei 942 Euro. Die Invaliditätspensionen betragen im Schnitt im Dezember 2016 für Männer 1.190 Euro, für Frauen 797 Euro. Bei den Witwen/rpensionen ist die Pensionshöhe für Frauen höher und

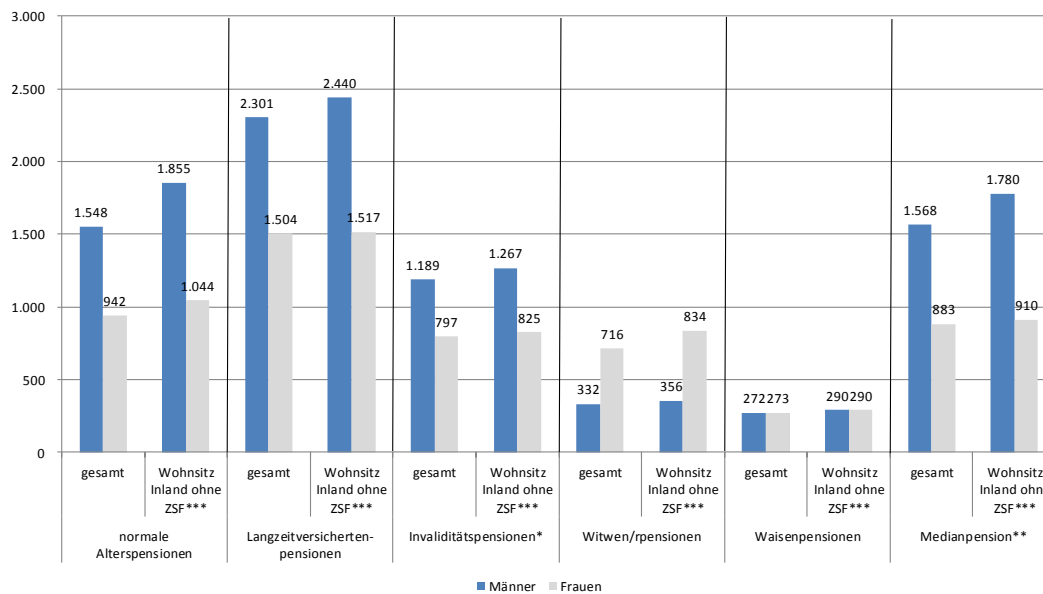
beträgt im Schnitt 716 Euro, für Männer 332 Euro. Die Waisenpensionen liegen für Männer wie auch für Frauen bei 272 Euro. Die Medianpension beträgt für Männer 1.568 Euro, für Frauen 883 Euro.

**Abbildung 37: Erstmalige Pensionszuerkennungen von Invaliditäts- und Alterspensionen nach Versicherungsbereichen beim Übertritt, 2016**



Quelle: OPIS (BMASK, HV, Pensionsversicherung Jahresstatistik), DUK-Darstellung.

**Abbildung 38: Durchschnittspension<sup>36</sup> in Euro nach Pensionsart und Geschlecht, Pensionshöhe gesamt und Pensionshöhe Wohnsitz im Inland ohne zwischenstaatliche Fälle, Dezember 2016**



\* ab 2011 werden Pensionsleistungen an Personen ab 60 (Frauen) bzw. 65 (Männer) in der Statistik grundsätzlich als Alterspensionen geführt.  
 \*\* Die Medianpension ist die "mittlere" Pension, d.h. jener Wert, unter dem 50% aller Pensionen liegen bzw. über dem 50% aller Pensionen liegen.  
 \*\*\* ZSF: Zwischenstaatliche Fälle

Quelle: OPIS (BMASK, HV), DUK-Darstellung.

Auffallend ist, dass bei allen Pensionsarten die durchschnittliche Pensionshöhe höher ist, wenn man lediglich die Leistungen an Personen betrachtet, die ihren Wohnsitz im Inland haben, und die zwischenstaatlichen Fälle nicht berücksichtigt.

## 8.4 Stand der medizinischen und beruflichen Rehabilitation

Das Beschäftigungs-, Rehabilitations- und Pensionsmonitoring des BMASK gibt nicht nur Auskunft über den Stand der Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspensionen, sondern auch darüber, wie viele Personen sich in einer medizinischen oder beruflichen Rehabilitation befinden: Im Jahr 2016 gab es laut den Versicherungsverlaufsdaten der Sozialversicherungsträger 5.329 Personenzugänge zum Rehabilitationsgeld, wobei es sich bei 5.184 um „Neuzugänge“ (ohne vorherigen Pensionsbezug) handelte und 145 Personen davor bereits BezieherInnen einer befristeten Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension waren. (BMASK 2016: 11) Dies war kurz nach Wirksamwerden der Reform der Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension mit 1.1.2014 anders. So etwa wurden im 1. Halbjahr 2015 4.886 Personenzugänge zum Rehabilitationsgeld verzeichnet, in mehr als 60% der Fälle (2.979 Fälle) ist dem Bezug von Rehabilitationsgeld eine befristete Invaliditätspension vorausgegangen. (BMASK 2015: 11)

Unter den neuzugegangenen Rehabilitationsgeldfällen (inkl. der Fälle mit vorherigem befristetem Bezug einer Invaliditätspension) waren 15,9% zuvor im Handel, Großhandel oder

<sup>36</sup> Durchschnittspension: mit Zulagen und Zuschüssen (Ausgleichszulagen und Kinderzuschüssen)

KFZ-Handel tätig, 15,1% in sonstigen Wirtschaftsdiensten, 12,6% in der Warenproduktion und jeweils 9,8% in der Gastronomie oder dem Beherbergungswesen und der öffentlichen Verwaltung. Mehr als ein Drittel entfällt auf frühere Berufe in sonstigen Bereichen. (BMASK 2016: 11) Die Verteilung der Herkunftsbranchen ist zwischen 2015 und 2016 weitgehend unverändert.

Die wichtigsten Ursachen für eine medizinische Rehabilitation sind psychiatrische Erkrankungen. Bei Frauen entfallen 62% der Neuzugänge zur Rehabilitation auf psychiatrische Krankheitsbilder, bei Männern 57%. Rehabilitation aufgrund von Krebserkrankungen ist bei Frauen mit 11,4% häufiger als bei Männern (6,8%), Rehabilitationen aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen kommt unter Männern häufiger vor (Männer 8,8%, Frauen 3,8%). Erkrankungen des Bewegungsapparats sind bei Frauen in 8,9% der Neuzuerkennungen und bei Männern in 9,9% Ursache für die Rehabilitation. (BMASK 2016: 11) Auch bei der Struktur der Ursachen für die medizinische Rehabilitation gibt es seit 2015 keine nennenswerten Veränderungen.

Im Bereich der beruflichen Rehabilitation wurden im Jahr 2016 für insgesamt 3.200 Personen Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation bewilligt, wobei sich der Großteil der Personen in freiwilliger beruflicher Rehabilitation durch die Pensionsversicherungsanstalt befindet und Übergangsgeld bezieht. Die Möglichkeit der freiwilligen beruflichen Rehabilitation gab es auch schon vor der Reform 2014. Es scheint, als würde der Großteil des Potentials für berufliche Rehabilitation mit dem Angebot der freiwilligen Rehabilitation abgedeckt, weshalb es nur in wenigen Fällen zu einer zusätzlichen Zuerkennung im Rahmen des Umschulungsgeldes kommt. In den Fällen der Pflicht-Rehabilitation kann es jedoch auch noch während des Prozesses der Umschulung dazu kommen, dass die berufliche Rehabilitation z.B. aus kognitiven Gründen als nicht zweckmäßig eingestuft wird. In einigen Fällen zeigte sich zudem, dass einer beruflichen Rehabilitation erst eine medizinische Rehabilitation zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes vorausgehen muss. (BMASK 2016: 13)

Ziel der beruflichen Rehabilitation ist es, passende Berufe zu finden und die betroffenen Personen auf solche Berufe umzuschulen, die mit den vorhandenen gesundheitlichen Einschränkungen vereinbar sind. Buchinger (2012: 49) formulierte die Bedeutung der beruflichen Rehabilitation folgendermaßen: „Je früher die Rehabilitation erfolgt, desto eher gelingt die berufliche Wiedereingliederung.“

## **8.5 Berufsschutz und die Rolle des Migrationshintergrunds**

Unter ungelernete Tätigkeiten fallen vorrangig Hilfsarbeitsstellen, in denen auch MigrantInnen sowohl aus 1. als auch 2. Migrationsgeneration überproportional vertreten sind. Dies hat zum Teil auch mit Unterschieden im Bildungsabschluss bzw. der Anerkennung der ausländischen Ausbildung zu tun. Während 2014 11% der inländischen Bevölkerung über

höchstens einen Pflichtschulabschluss verfügten, sind es 27% unter MigrantInnen, bei jenen aus Ex-Jugoslawien hatten 34% keine weitere Ausbildung absolviert, bei MigrantInnen aus der Türkei waren es sogar 60%<sup>37</sup> (Statistik Austria 2015a: 48). Auch wenn sich in der zweiten Generation das Bildungsniveau stärker angleicht, haben immer noch 19% höchstens einen Pflichtschulabschluss. Hinzu kommt, dass MigrantInnen häufiger in nicht-bildungsadäquaten Berufen beschäftigt, also dequalifiziert beschäftigt sind. (Statistik Austria 2015a: 48; Stadler/Wiedenhofer-Galik 2011: 395ff.; Kirilova et al. 2016)

Dies spiegelt sich auch in der beruflichen Stellung von MigrantInnen: 46% der Bevölkerung mit Migrationshintergrund, aber mit österreichischer Staatsbürgerschaft, und 60% mit ausländischer Staatsbürgerschaft (Nicht-EU/EFTA) sind als HilfsarbeiterInnen tätig. Unter den österreichischen StaatsbürgerInnen (inklusive eingebürgerte Personen) sind nur 17% als Hilfsarbeitskräfte tätig. (Anzenberger/Bodenwinkler/Breyer 2015: 18f.)

## **8.6 Unterstützungsangebote zur gesundheitlichen und beruflichen Rehabilitation – Erfahrungen aus der Praxis**

Seit den 1970er Jahren haben EU-Mitgliedsstaaten vor allem durch Frühpensionierungen aktiv dazu beigetragen, dass das Pensionsantrittsalter sank und es zu einer kontinuierlichen Reduktion der Erwerbsbeteiligung älterer Beschäftigter (55 bis 64 Jahre) kam. Zunehmend wurde allerdings erkannt, dass Frühpensionierungen zu erhöhten Sozialversicherungskosten führen, die eine nachhaltige Finanzierung in Frage stellen. Dies führte zu Veränderungen der politischen Ausrichtung der europäischen Union in Bezug auf Pensionen ab 1990 und spiegelt sich in der Lissabon-Strategie (2000), der Europa 2020-Strategie sowie den „Council Conclusions on Active Ageing“. (Ziegler/Müller-Riedlhuber 2016: 5f.)

Zur Unterstützung der gesundheitlichen und gegebenenfalls auch beruflichen Rehabilitation für gesundheitlich eingeschränkte (ältere) Arbeitskräfte existiert in Österreich ein breites Angebot. Folgende Darstellung gibt einen Überblick über bestehende Unterstützungsangebote, zielt jedoch nicht auf Vollständigkeit ab.

Eine Strategie zur Förderung der Beschäftigung älterer ArbeitnehmerInnen ist die Initiative 50+ – Beschäftigungsinitiative für ältere ArbeitnehmerInnen in Niederösterreich. Dabei handelt es sich um eine Zweckwidmung von Mitteln zur Deckung von Beihilfen und Maßnahmen für Personen über 50 Jahren, die länger als 180 Tage beim AMS vorgemerkt sind. (Litschelt et al. 2016: 30) So kann eine Förderung über drei Monate für die Beschäftigungsbetriebe sichergestellt und damit ein Anreiz zur Beschäftigung älterer ArbeitnehmerInnen geschaffen werden.

Das Altersteilzeitmodell verfolgt das Ziel, Ältere bei um 40 bis 60% verkürzter Arbeitszeit zu beschäftigen und den Lohnausgleich teilweise durch AMS-Zuschuss (70 bis 80% des

---

<sup>37</sup> Bezogen auf die Bevölkerung zwischen 25 und 64 Jahren.



bisherigen Einkommens) auszugleichen. Männer können das Altersteilzeitmodell ab 58 Jahren in Anspruch nehmen, Frauen ab 53 Jahren, jedenfalls jedoch vor dem gesetzlichen Pensionsantrittsalter und für längstens fünf Jahre. Neben der Verringerung der Wochenarbeitszeit gibt es auch eine Blockvariante. Altersteilzeit geht nicht mit Verlust von Ansprüchen (Pensionsbezügen, Arbeitslosen- oder Krankenkassenansprüchen) einher. Altersteilzeit kann nur mit Zustimmung des Arbeitgebers erfolgen und es gibt keinen Rechtsanspruch auf Altersteilzeit. Laut Litschel et al. (2016: 43) ist das Altersteilzeitmodell mit einem hohen administrativen Aufwand verbunden.

Seit 1.1.2016 existiert in Österreich eine Teilzeitpensionsregelung, die darauf abzielt, Beschäftigungsverhältnisse in Teilzeit bis zum Regelpensionsalter zu fördern und den Erwerbsaustritt über Korridor pensionen zu reduzieren. Bei der Teilzeitpension kommt es zu einer wöchentlichen Arbeitszeitreduktion im Ausmaß von 40 bis 60%, eine Blockvariante ist nicht möglich. Weiters wurde 2015 ein Bonus-Malus-System eingeführt, das ab 2018 einzuhalten ist. Im Rahmen dieses Bonus-Malus-Systems wurden branchenspezifische Quoten für die Beschäftigung von Personen über 55 Jahren eingeführt. Bei Nichteinhaltung wird die doppelte Auflösungsabgabe<sup>38</sup> fällig. Bei Einhaltung kommt es zu einer Senkung der Familienlastenausgleichsfonds-Beiträge um 0,1%. Litschel et al. (2016: 39) kritisieren, dass diese Förderung überwiegend männlichen Arbeitnehmern (v.a. Arbeitern) zu Gute kommt.

Ein weiteres Instrument zur Förderung älterer Arbeitskräfte ist die Eingliederungsbeihilfe, die über das AMS abgewickelt wird. Hierbei handelt es sich um eine finanzielle Förderung von Unternehmen, die ältere Arbeitslose einstellen. In Oberösterreich gibt es eine erhöhte Eingliederungsbeihilfe für ArbeitnehmerInnen über 55 Jahren. Titlbach et al. (2015: 37) stellen jedoch fest, dass bei 61% der 50- bis 59-Jährigen, die nach Arbeitslosigkeitsepisoden wiederbeschäftigt wurden, ein deutlicher Einkommensverlust im Vergleich zum früheren Einkommen zu verzeichnen war. Die Eingliederungsbeihilfe konnte diesen Einkommensverlust nicht kompensieren.

Auch der Kombilohn, ebenfalls eine finanzielle Förderung von vollversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen, wird über das AMS abgewickelt. Der Kombilohn zielt auf die Reintegration von bestimmten Personengruppen in den Arbeitsmarkt ab, darunter über 45-Jährige, WiedereinsteigerInnen, arbeitslose Personen, die Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation absolviert haben oder die Rehabilitationsgeld bezogen haben. 60% der BezieherInnen eines Kombilohns sind Frauen, die Hälfte davon ist älter als 45 Jahre. (Litschel et al. 2016: 31; 105)

Sozialökonomische Betriebe (SÖB) und Gemeinnützige Beschäftigungsprojekte (GBP) sind Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik für Langzeitarbeitslose in Form von zeitlich befristeten Transitarbeitsplätzen. Das Ziel ist dabei die (Wieder-)Heranführung an den

---

<sup>38</sup> Der Dienstgeber hat für arbeitslosenversicherungspflichtige (freie) Dienstverhältnisse, die nach dem 31.12.2012 enden, eine Auflösungsabgabe zu entrichten.

Arbeitsmarkt. Personen, die höchstens über einen Pflichtschulabschluss verfügen, sind in SÖBs und GBPs deutlich überrepräsentiert (56 bis 45%). Laut den Evaluierungsergebnissen von Litschel et al. (2016: 44f.) hat ein längerer Förderzeitraum stärkere positive Effekt auf die Integration in den ersten Arbeitsmarkt. Stärker ausgebaut werden sollten die Integration fachlicher Schulungen und die Nachbetreuung der Teilnehmenden. SÖBs sind Betriebe, die Dienstleistungen und Produkte zu Marktpreisen anbieten und 20% der anfallenden Gesamtkosten als Eigenerwirtschaftungsanteil aufweisen müssen. GBPs hingegen haben keine Vorgaben; sie stellen Produkte her oder bieten Dienstleistungen an, an denen ein öffentliches oder gemeinnütziges Interesse besteht. (Litschel et al. 2016: 44)

Des Weiteren gibt es in Österreich eine Reihe von Projekten bzw. Programmen, die insbesondere auf die Gesundheitsförderung von (älteren) ArbeitnehmerInnen fokussieren. So etwa zielt fit2work auf Gesundheitsprävention, -erhalt und -wiedererlangung ab, sowohl für Beschäftigte als auch für Arbeitslose. Beratungsstellen gibt es in allen Bundesländern, wodurch eine bundesweite Umsetzung und Erreichbarkeit gewährleistet werden kann. fit2work wurde 2008 als Pilotprojekt unter dem Titel „WorkFit“ in Niederösterreich begonnen und von der österreichischen Bundesregierung 2013 bundesweit umgesetzt. Ziel ist es, die Beschäftigungsfähigkeit von erwerbstätigen und arbeitslosen Personen jeglicher Altersstufen mittels Beratung und Unterstützung im Sinne einer Frühprävention und beim Wiedereinstieg in die Beschäftigung zu erhalten und zu verbessern. (Ziegler/Müller-Riedlhuber 2016: 120ff.) Auch die Gesundheitsstraße ist ein Vorreiterprojekt des AMS, bei dem eine zentrale arbeitsmedizinische Begutachtungsstelle eingeführt wurde, in der die Arbeitsfähigkeit von gesundheitlich beeinträchtigten Personen festgestellt wird. Weitere österreichweite Projekte zur Gesundheitsförderung von Beschäftigten sind die Flexibilitätsberatung für Betriebe (FBB) und das Service für Unternehmen (SfU); beides sind Initiativen des AMS zur Beratung von Betrieben. (Ziegler/Müller-Riedlhuber 2016: 121ff.)

Auch in den österreichischen Bundesländern oder auf regionaler Ebene werden vielzählige Maßnahmen zur Förderung der Beschäftigung älterer ArbeitnehmerInnen mit gesundheitlichen Einschränkungen umgesetzt. Exemplarisch sei hier etwa das Projekt „Early Intervention 50+“ erwähnt. Das Beratungsprojekt wird im Auftrag des AMS Wien von movement Personal- und Unternehmensberatung realisiert. Es verspricht allen Personen über 50 Jahren, die einen erhöhten Beratungs- und Aufklärungsbedarf haben, umfassende individuelle Beratung und psychologische Kompetenz- und Potentialanalyse, denen zufolge konkrete Umsetzungsschritte vorgeschlagen werden. Ziel ist es, die Vermittlungsfähigkeit der arbeitssuchenden Personen zu erhöhen. Die Beratung wird in acht verschiedenen Sprachen angeboten. (Hooshmandi-Robia 2014) Bei „Early Intervention 50+“ wird das Konzept der Arbeitsfähigkeit in den Beratungsprozess integriert. Zu Beginn des Beratungsprozesses wird mit Unterstützung ein Fragebogen ausgefüllt. Bei der Entwicklung und Implementierung des Projekts handelt es sich um einen Know-how-Transfer von Finnland nach Österreich. (Ziegler/Müller-Riedlhuber 2016: 23)

Es kann in Bezug auf die Unterstützungsinfrastruktur bei der Arbeitsmarktintegration von älteren Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen bereits auf eine breite

Erfahrungsgrundlage über Chancen und Risiken bei der Arbeitsmarktintegration zurückgegriffen werden. So evaluierten Schmatz und Wetzel (2015) zwei sozialökonomische Betriebe (SÖBs), die seit 2013 in Oberösterreich das Ziel verfolgen, die Kompetenzen von gesundheitlich beeinträchtigten Arbeitskräften in sowohl gesundheitlicher, sozialer, qualifikatorischer wie auch fachlicher Perspektive nachhaltig zu verbessern. Die beiden untersuchten SÖBs sind zum einen ‚Smartwork‘, das sich an Personen mit psychischen Beeinträchtigungen richtet und von promente Oberösterreich umgesetzt wird und zum anderen ‚Triga‘ vom Projektträger FAB, das sich an Personen über 50 Jahren mit körperlichen Beeinträchtigungen und eingeschränktem Bildungspotential wendet. Bei beiden Projekten werden befristete Transitarbeitsplätze angeboten, wobei die maximale Beschäftigungsdauer drei Jahre beträgt. Vorrangig werden zwei Handlungsfelder verfolgt:

(1) Entwicklung von Arbeitsmarktperspektiven: Auch wenn die realen Chancen auf eine erfolgreiche Arbeitsaufnahme am 1. Arbeitsmarkt skeptisch gesehen werden, gibt es hier mehrere Gelingensfaktoren, wie etwa:

- a. bedarfsorientierte sozialpädagogische Begleitung, wobei Flexibilität als wesentlich angesehen wird,
- b. lange Beschäftigungsdauern, da dies vom Druck der Jobsuche befreit, der Stabilisierung dient und die Gefahr einer gewissen Verdrängung reduziert und
- c. Outplacement Aktivitäten zur Förderung der Außenkommunikation und Praktika-Vermittlung.

(2) Gesundheitliche Stabilisierung nicht nur im Sinne einer Genesung oder Verbesserung der gesundheitlichen Situation, sondern auch in Bezug auf den Umgang mit der Einschränkung. Ziel ist dabei, die Belastbarkeitsgrenzen anzuheben, was positive Effekte insbesondere auf der psychischen Ebene nach sich zieht. Auch hier wurden mehrere Gelingensfaktoren identifiziert:

- a. Zielgruppenspezifische Schwerpunktsetzung zur Bearbeitung von Mehrfachdiagnosen/-beeinträchtigungen
- b. interdisziplinär qualifizierte Teams und Netzwerke aus SozialpädagogInnen und FachbetreuerInnen mit medizinischem Grundlagenwissen. (Schmatz/Wetzel 2015: 1ff.)

Die Evaluierung dieser beiden SÖBs ergab eine Reihe von Erfolgsfaktoren, wenn es um die Arbeitsmarktintegration von älteren mit psychischen und/oder physischen Problemen geht (Schmatz/Wetzel 2015):

- lange Projektlaufzeiten, die den TeilnehmerInnen ermöglichen, frei vom Druck der Jobsuche am ersten Arbeitsmarkt Stabilität zu erlangen
- Umsetzung von gesundheitlichen Aktivitäten in der Gruppe, die motivierend und bewusstseinsstärkend wirken
- Möglichkeit zur Unterbrechungen der Beschäftigungsverhältnisse
- finanzielle Stabilisierung bei gleichzeitiger Stabilisierung der Persönlichkeit (Stärkung des Selbstwertgefühls)

- Durch Nutzung anderer Beihilfen (insbesondere Kombilohnmodelle, Bedarfsorientierte Mindestsicherung, Kostenbeteiligung durch PVA) kann trotz Teilzeitbeschäftigung finanzielle Sicherheit gewährleistet werden.
- Tägliche Kontakte mit anderen Menschen „werden von vielen TeilnehmerInnen als wichtiger und persönlich stabilisierender Umstand der Beschäftigung wahrgenommen.“ (Schmatz/Wetzel 2015: 3)
- Klarer Fokus auf Bearbeitung von Arbeitsmarktperspektiven
- Gezielte und intensive Bemühungen in Bezug auf Outplacement-Aktivitäten (z.B. Praktika am ersten Arbeitsmarkt), überbetriebliche Kooperationen zur Ausweitung der inhaltlichen Spielräume etc.
- laufende medizinische Testungen während des Projektverlaufs
- Fokus auf Weiterbildungsfragen
- individuelles Weiterbildungsbudget
- Messung des Erfolgs eines SÖB nicht nur an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit (Anzahl der Aufträge), sondern auch an Stabilisierungserfolgen auf Seiten der TeilnehmerInnen
- Erweiterung der Zuweisungsmechanismen: umfassendes vorgeschaltetes Clearing zur Abklärung von gesundheitlichen/psychosozialen Einschränkungen und erst danach Zuweisung durch das AMS
- Orientierung der angebotenen Tätigkeiten an der Nachfrage auf dem ersten Arbeitsmarkt
- Einplanung von Dauerarbeitsplätzen, insbesondere für Personen gegen Ende des Erwerbsalters.

Laut Ziegler/Müller-Riedlhuber (2015: 134f.) kann ein Trend zu mehr Eigenverantwortung in Bezug auf die Beschäftigungsfähigkeit bei Älteren beobachtet werden. Die Verantwortung wird, was die (Wieder-)Eingliederung in den Arbeitsmarkt betrifft, zunehmend auf das Individuum übertragen. Daher ist es wichtig, Maßnahmen und begleitende Beratung und Forschung im Bereich der Klein- und Mittelbetriebe sowie aufsuchende und niederschwellige Beratung weiter zu fördern. Litschel et al. (2016: 111ff.) betonen die Heterogenität der Gruppe der über 50-Jährigen und fordern eine stärkere Differenzierung nach Geschlecht, Bildungsstatus und Herkunft. Wichtig ist, den gesamten Erwerbsprozess zu berücksichtigen und nicht nur bestimmte Zielgruppen zu beachten. Als Strategien zur Förderung der erfolgreichen Arbeitsmarktintegration der älteren (gesundheitliche eingeschränkten) ArbeitnehmerInnen werden der Ausbau der Eingliederungsbeihilfe sowie eine Neu- und Umorientierung in der Mitte des Erwerbsverlaufs zur Motivation und gesundheitlichen Prävention<sup>39</sup> empfohlen, aber auch eine stärkere Berücksichtigung der Genderaspekte und der interdisziplinären Arbeit (Litschel et al. 126ff.)

---

<sup>39</sup> Eine Umorientierung ist derzeit im Rahmen der beruflichen Rehabilitation erst möglich, wenn die Arbeitsunfähigkeit im ursprünglichen Bereich bereits vorhanden ist. (Litschel et al. 2016: 111)

## 9 Strukturelle Rahmenbedingungen im System der Rehabilitation bzw. Invaliditäts- und Berufsunfähigkeit aus der Sicht von Expertinnen und Experten

Eine Reihe von strukturellen Gegebenheiten und Organisationsstrukturen bestimmen die Funktionsweise des Systems der Rehabilitation und Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension. Hinzu kommen Veränderungen insbesondere auf organisatorischer Ebene, die mit der Reform der Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspension, wirksam seit 1.1.2014, einhergehen. Dabei sind sowohl die jeweiligen im Gesetz vorgeschriebenen Rollen der beteiligten Institutionen von Bedeutung, aber auch die dahinter liegenden Organisationsstrukturen, deren im Zuge der Reform notwendigen Adaptionen sowie die notwendigen Rahmenbedingungen, um nötige Anpassungen der Organisationsstrukturen vorzunehmen.

### 9.1 Methodisches Vorgehen und Zusammensetzung der befragten ExpertInnen

Um die Frage nach den strukturellen Gegebenheiten, die das System der Rehabilitation bzw. der Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension maßgeblich bestimmen, wurden im Zeitraum von September 2015 bis Februar 2016 20 ExpertInnen (sieben Frauen, 14 Männer) im Rahmen qualitativer Einzelinterviews sowie einer Fokusgruppe befragt. Von besonderem Interesse sind in diesem Zusammenhang die Implikationen der Reform und der Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension auf die beteiligten Einrichtungen sowie die Frage nach den Herausforderungen an den Schnittstellen der betroffenen Institutionen und den finanziellen Implikationen, die mit der Reform einhergehen. Außerdem gilt es, mögliche Spezifika, die insbesondere für Betroffene bzw. KlientInnen mit Migrationshintergrund Gültigkeit haben sowie mögliche Unterschiede zwischen Betroffene bzw. KlientInnen mit und ohne Migrationshintergrund zu erfassen. Die Zusammensetzung der ExpertInnen, die im Rahmen der qualitativen Einzelinterviews befragt wurden, ist in nachfolgender Tabelle 3 abgebildet. Ein Interview wurde gleichzeitig mit zwei ExpertInnen geführt.

**Tabelle 3: Zusammensetzung der befragten ExpertInnen**

	Institution	Sitz der Institution	Geschlecht	Interview-Datum
E1	Externer Auftragnehmer des AMS mit Fokus Arbeitsmarktintegration	Oberösterreich	Männlich	15.01.2016
E2	Diakonie	Bundesweit tätig	Männlich	16.02.2016
E3	Externer Auftragnehmer des AMS mit Fokus Arbeitsmarktintegration	Niederösterreich	Männlich	19.01.2016
E4	BBRZ	Bundesweit tätig	Männlich	20.01.2016
E5	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	Oberösterreich	Männlich	22.01.2016

E6_1	PVA Oberösterreich	Oberösterreich	Männlich	24.02.2016
E6_2	PVA Oberösterreich	Oberösterreich	Männlich	24.02.2016
E7	Fokus Arbeitsmarktintegration von MigrantInnen	Niederösterreich	Weiblich	26.01.2016
E8	AMS OÖ	Oberösterreich	Männlich	27.01.2016
E9	AMS NÖ	Niederösterreich	Männlich	16.12.2015

Quelle: DUK-Erhebung und DUK-Darstellung

Zusätzlich zu den zehn ExpertInnen-Interviews wurde am 28. September 2015 eine Fokusgruppe durchgeführt, wodurch zusätzlich die Perspektiven von weiteren zehn AkteurInnen im Bereich der Rehabilitation gesundheitlich eingeschränkter älterer Arbeitskräfte aus neun Einrichtungen (siehe Tabelle 4), darunter vier Männer und sechs Frauen, miteinbezogen wurden.

**Tabelle 4: TeilnehmerInnen an der Fokusgruppe vom 28.09.2015 mit ExpertInnen**

	Institution	Sitz der Institution	Geschlecht
PF1	AMS NÖ	Niederösterreich	Männlich
PF2	BBRZ	Bundesweit tätig	Weiblich
PF3	Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien	Wien	Weiblich
PF4	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft	Bundesweit tätig	Weiblich
PF5	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau	Bundesweit tätig	Weiblich
PF6	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau	Bundesweit tätig	Weiblich
PF7	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	Niederösterreich	Männlich
PF8	Wirtschaftskammer NÖ	Niederösterreich	Männlich
PF9	AMS OÖ	Oberösterreich	Männlich
PF10	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger	Bundesweit tätig	Weiblich

Quelle: DUK-Erhebung und DUK-Darstellung

Eine weitere Fokusgruppe wurde nach den qualitativen Befragungen von 100 Betroffenen, deren Auswertung im folgenden Kapitel erfasst ist, am 04. September 2017 durchgeführt. Hier wurde der Rahmen der ExpertInnen-Runde vergrößert, wobei auch VertreterInnen von Unternehmen, BeraterInnen sowie ein Arzt anwesend waren. Durch die Ausweitung der Fokusgruppe kam es zu einem inter-institutionellen Austausch, der eine Analyse der Einflussfaktoren auf die erfolgreiche Wiedereingliederung ins Erwerbsleben nach der Rehabilitation, Unterschiede zwischen Geschlecht, Berufsgruppen und Herkunft sowie die Auswirkungen des sozio-ökonomischen und ethnisch-kulturellen Hintergrunds auf den Umgang mit dem frühzeitigen Austritt aus dem Erwerbsleben bzw. die Haltung zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit durch Rehabilitation erlaubt. Insgesamt nahmen an der Fokusgruppe

14 ExpertInnen aus verschiedenen Einrichtungen und Unternehmen teil, darunter neun Männer und fünf Frauen. Die Zusammensetzung der TeilnehmerInnen bildet Tabelle 5 ab.

**Tabelle 5: TeilnehmerInnen an der Fokusgruppe vom 04. September 2017 mit 14 ExpertInnen**

	Institution	Sitz der Institution	Geschlecht
FG1	AMS NÖ	Niederösterreich	Männlich
FG2	AMS NÖ	Niederösterreich	Männlich
FG3	Erste Group	Wien	Weiblich
FG4	BBRZ Österreich	Oberösterreich	Weiblich
FG5	Migrare OÖ	Oberösterreich	Männlich
FG6	ROW Regionalmanagement Obersteiermark West GmbH	Steiermark	Weiblich
FG7	Industriellenvereinigung NÖ	Niederösterreich	Männlich
FG8	KASTNER Gruppe	Niederösterreich	Weiblich
FG9	NÖ Regional GmbH	Niederösterreich	Männlich
FG10	Institut für Ausbildungs- und Beschäftigungsberatung Linz	Oberösterreich	Männlich
FG11	Facharzt für Orthopädie	Niederösterreich	Männlich
FG12	SVA	Wien	Weiblich
FG13	Arbeiterkammer	Wien	Männlich
FG14	Personalverantwortlicher eines niederösterreichischen Produktionsbetriebs	Niederösterreich	Männlich

Quelle: DUK-Erhebung und DUK-Darstellung

Nach vollständiger Transkription der Interviews und Fokusgruppen wurden diese inhaltsanalytisch nach Mayring<sup>40</sup> unter Verwendung der Analysesoftware ATLAS.ti<sup>41</sup> ausgewertet. Zur Analyse der Interview- und Fokusgruppenprotokolle wurden in einem ersten Operationalisierungsschritt Kategorien gebildet, mit denen die einzelnen Textpassagen dann kodiert und klassifiziert wurden. Die Kategorienbildung erfolgte in einer Kombination aus induktivem und deduktivem Vorgehen.

In einem ersten Schritt wurden die Kategorien aus den Fragen der Interview- und Fokusgruppenleitfäden abgeleitet (deduktiv). Daraus ergab sich ein erster inhaltlicher Strukturierungsrahmen für die Analyse. Die deduktiv entwickelten Kategorien wurden zunächst auf das vorhandene Material angewandt und bei Bedarf entsprechend adaptiert,

<sup>40</sup> Mayring, Philipp (2010) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim/Basel.

<sup>41</sup> ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH, Berlin. ATLAS.ti is a registered trademark of ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH.

ergänzt und erweitert (induktiv). Die weitere Kategorienbildung erfolgte dementsprechend im Laufe des Kodierungsprozesses und auf Basis des vorliegenden Materials. Dadurch konnte die Analyse um Inhalte ergänzt werden, die im deduktiven Prozess noch nicht berücksichtigt worden sind.

Der Fokus der Analyse wurde auf die jeweiligen Kernthemen gelegt. Im Fall der ExpertInnen-Interviews wurden zusätzlich Handlungsvorschläge der InterviewpartnerInnen dokumentiert und in einen Zusammenhang mit den genannten Herausforderungen und Problemfeldern gestellt. Inhaltliche Zusammenhänge wurden anhand der Netzwerkfunktion der Software ATLAS.ti zusätzlich visualisiert und geprüft. So konnten Beziehungen zwischen den Inhalten (Kodes und kodierte Textstellen) dargestellt werden.

## **9.2 Herausforderungen und Problembeschreibungen aus ExpertInnen-Sicht**

Die interviewten ExpertInnen bezogen sich in ihren Ausführungen zu den Auswirkungen und dem Umsetzungsprozess der Reform der Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension vorrangig auf Probleme, die bereits vor der Reform bestanden haben und in der Reform aufgegriffen wurden, auf Veränderungen im Einsatz vorhandener Ressourcen, die Implikationen für die Zusammensetzung ihrem Klientel und der Betreuungs- und Beratungssituationen, das Schnittstellenmanagement sowie die Effektivität.

### **9.2.1 Veränderungen durch die Reform der Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension**

Als maßgebliche Veränderungen im Zuge der Reform der Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension und deren Implikationen für die involvierten Institutionen wurden von mehreren ExpertInnen die Begleiterscheinungen des Wegfalls der befristeten Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspensionen für ab dem 1.1.1964 Geborene angesprochen, insbesondere der Wegfall des Pensionsvorschusses ab Vorliegen des ersten fachärztlichen Gutachtens im Rahmen der Gesundheitsstraße (maximal aber drei Monate) und die zeitliche Verlängerung der Sperrfrist im Falle einer Zurückziehung einer Klage auf Zuerkennung einer Pension von 9 auf 12 Monate (PF1: 167-169; E4: 75; E5: 161; E6: 61-63, 170; E8: 50, 55; E9: 71,75). Der Pensionsvorschuss ebenso wie die befristete Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension wurden hierbei jedoch meist als problematisch geschildert, da Betroffene ohne weitere Mitwirkungspflicht oder auch Betreuung über längere Zeiträume nicht mehr im System (Arbeitsmarkt, Rehabilitation, Umschulung) involviert waren und sich dadurch eine Re-Integration in den Arbeitsmarkt erfahrungsgemäß immer schwieriger gestaltet (E6: 61-63, 170; E8: 50). Durch die genannte zeitliche Verlängerung der Sperrfrist nach einem abgelehnten Antrag auf Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension können sich Personen auch nicht mehr „durch eine Kette an Anträgen“ oder Klagen (E9: 71, 75) in der „Vor-Pension halten“ oder sich durch die befristete Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension (bei Geburtsjahrgängen ab 1964) immer stärker vom Arbeitsmarkt entfernen. Gleichzeitig handelt es sich aus ExpertInnen-Sicht hierbei um Personengruppen, die nun entweder direkt oder nach einer medizinischen oder beruflichen Rehabilitation in die Zuständigkeit des AMS kommen und sehr schwierig in den Arbeitsmarkt



zu integrieren sind. Dadurch hat sich auch die Zusammensetzung der Klientel des AMS verändert (E8: 55; E9: 111). Dies führt zu einem neuen Bedarf an Reha-BeraterInnen beim AMS:

*„Wir haben eigentlich, bevor dieser Prozess so richtig schlagend geworden ist, nur mehr in wenig regionalen Organisationen Reha-Berater gehabt. Jetzt haben wir sie wieder! Das heißt, man spezialisiert sich wieder auf diese Aufgabe, aufgrund der Komplexität gibt es eine konkrete Zuständigkeit. Man findet jetzt mittlerweile in fast in jeder Regionalstelle Ansprechpartner – genau zu dem Thema. Früher hat es halt jemand mit gemacht. Jetzt gibt es wieder Reha-Berater“ (E8: 60).*

Auch eine stärkere Kundensegmentierung und ein bewussterer, kundenspezifischer Einsatz von Ressourcen würden mit diesen Prozessen einhergehen (E8: 65). Veränderungen in der Form der Betreuung und Beratung wurden von einigen ExpertInnen hervorgehoben. Ein Interviewpartner (PVA OÖ) meinte, dass Beratungen differenzierter geworden wären und stellt dies in Zusammenhang mit Erfolgen bei der beruflichen Rehabilitation in Oberösterreich (E6\_1: 63).

Dennoch zeigten sich auch noch bei der zweiten Fokusgruppe – drei Jahre nach Inkrafttreten des SRÄG 2012 – Herausforderungen in Zusammenhang mit der institutionellen Verortung des Kompetenzzentrums Begutachtung:

*„Die Entscheidungen, die Weichenstellungen, die wirklich passieren, die laufen in dem Begutachtungs-/ Kompetenzzentrum in der Pensionsversicherung – mit einer Rolle der Arbeitsmarktpolitik, die marginalisiert wurde im politischen Prozess so zu sagen, wie das dann zum Gesetz geworden ist! Ich glaube man sollte da eher die Stelle, die die entscheidenden Weichenstellungen trifft möglichst unabhängig von den finanziellen Interessen und budgetären Interessen der beteiligten Sozialversicherungssysteme gestalten und sie nicht in eine hineingeben! Weil das wirkt dann irgendwie seltsam“ (FG13: 314).*

Positiv zu beurteilen ist die Erweiterung des Handlungsspielraum Betroffener durch den Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation: Personen können durch den Antrag auf freiwillige Rehabilitation selbst Schritte setzen, um drohende Invalidität und Einschränkungen zu verhindern und können Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation auch gerichtlich einfordern (E6\_1: 170). Das Sozialrechtsänderungsgesetz von 2012 bietet demnach vielfältige Möglichkeiten für Betroffene, die damit einhergehende Komplexität erschwert allerdings die Beratung. Aus dem Blickwinkel der Betroffenen kommt es daher laut einer Expertin zu Unverständnis und mangelnder Nachvollziehbarkeit:

*„Die Leute verstehen die Dinge nicht mehr wirklich – es ist so kompliziert. Jeder Fall beim SRÄG ist ein Spezialfall und die Leute verstehen nicht mehr, warum sie jetzt dieses oder jenes machen müssen oder warum sie beim BBRZ aus der Schulung rausgeflogen sind – weil er zu viel krank war und er müsste jetzt einen Antrag stellen, aber sein Betriebsrat hat ihm damals gesagt, er soll ja keinen Antrag bei der PV stellen und so weiter; man glaubt nicht, welche Geschichten da*

*dahinter sind. Die Leute verstehen nicht mehr, was wir da tun. Ich habe mir überlegt, was ist eigentlich da wichtig: Entweder man vereinfacht alles oder man stellt jedem einen Menschen an die Seite, der einen durch das System durchweist.“ (PF3: 160).*

Dennoch wurde aus Sicht der befragten ExpertInnen der PVA OÖ eine Sensibilisierung der Systempartner, weiterer beteiligter Institutionen und der Öffentlichkeit in Hinblick auf freiwillige berufliche Rehabilitation wahrgenommen und als Erfolg des Sozialrechts-Änderungsgesetzes 2012 gewertet. Zeitgerechte berufliche Rehabilitation wurde hierbei als wesentlicher Erfolgsfaktor genannt. Auch wenn sich dies zum Zeitpunkt der Befragung eines Interviewpartners noch nicht in den Zahlen zur Reintegration niedergeschlagen hat, habe die berufliche Rehabilitation durch die Reform einen neuen Stellenwert erhalten (E6: 172).

### **9.2.2 Verfügbarkeit von Plätzen der medizinischen Rehabilitation**

Zwar wurde mit dem SRÄG 2012 ein Recht auf medizinische Rehabilitation eingeführt, jedoch ist aus ExpertInnen-Sicht die Verfügbarkeit der Plätze nicht entsprechend gesichert. Obwohl die Anzahl der Rehabilitationszentren und –betten massiv zugenommen hat, kommt es schnell zu längeren Wartezeiten. Die Wartezeiten variieren je nach Art der medizinischen Rehabilitation und die Kapazitäten sind vor allem im psychischen Bereich stark ausgelastet:

*„50% im Rahmen der psychischen Reha haben 6 Monate Wartezeit – was passiert in den 6 Monaten? Gar nichts!“ (FG6: 191)*

Während der Wartezeit kommt es zu keinerlei Verschränkung von verschiedenen Maßnahmen der Rehabilitation. Kritisiert wird dabei, dass vor allem eine Verschränkung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation (oft) nicht möglich ist bzw. die Zeit, in der die Betroffenen nicht arbeiten, meist viel zu lange dauert (FG3: 088). Ist keine zeitnahe Rehabilitation und folglich eine baldige Arbeitsaufnahme gegeben, erhöht sich das Risiko einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes bis hin zur Invalidität/Berufsunfähigkeit. Deutlich wird die Zusammenführung der medizinischen Rehabilitation und der privaten wie beruflichen Situation bei ambulanten Rehabilitationszentren. Bestimmte Personengruppen, z.B. Alleinerziehende, seien meist nicht in der Lage, eine mehrwöchige stationäre Rehabilitation zu besuchen. Die Problematik hinter ambulanten Rehabilitationszentren ist jedoch die örtliche Erreichbarkeit, die gegeben sein muss. (FG6: 196; FG13: 238)

In Bezug auf lange Wartezeiten ergibt sich ein ähnliches Problem bei den nötigen Vor- und Nachbehandlungen im niedergelassenen Bereich, die allerdings zentral für einen positiven Effekt der Rehabilitation sein können (E6\_1: 174; E1: 81-83; E9: 143; PF7: 191). Im Bereich der Psychotherapie ergeben sich spezifische Probleme in Bezug auf MigrantInnen, deren Erstsprache nicht Deutsch ist. Es gibt in Österreich kaum mehrsprachige PsychotherapeutInnen, die diesen Bedarf decken können (E7: 112-115).

### 9.2.3 Berufliche Rehabilitation und Berufsschutz

Die berufliche Rehabilitation und vor allem der Zugang zu ihr waren in vielerlei Hinsicht im Fokus der Problembeschreibung der InterviewpartnerInnen. Ein zentrales Thema dabei war, dass Personen ohne Berufsschutz keinen (oder einen erschwerten) Zugang zur beruflichen Rehabilitation haben, gleichzeitig jedoch einen wesentlichen Anteil der Zielgruppe der Reform darstellen (E1: 157; E3: 111-113, 121). Auch in der Fokusgruppe, die im September 2017 stattfand, wurde in der Voraussetzung eines Berufsschutzes für verschiedene Leistungen eine Schwierigkeit gesehen:

*„Ich finde es ungerecht, nur weil er einen Berufsschutz hat, kriegt er eine Leistung und wenn er keinen Berufsschutz hat, kriegt er keine Leistung! Das habe ich damals schon nicht verstanden, dass man das immer verlinkt mit dem Berufsschutz!“ (FG11: 286)*

Indirekt führt also die hohe Bedeutung des Berufsschutzes für bestimmte Leistungsansprüche zu einer Schlechterstellung von Niedrigqualifizierte ehern, die jedoch in höherem Ausmaß gefördert werden müssen, damit diese sich wieder in den Arbeitsmarkt einfinden können. (FG11: 286; FG13: 314). Der starke Konkurrenzdruck ebenso wie die Art von angebotenen Arbeitsstellen in bestimmten Arbeitsmarktsegmenten (prekäre Arbeitssituationen, wenig Absicherung, Auslöser für weitere gesundheitliche Probleme) (E2: 27) sind weitere Aspekte, von denen Personen ohne Berufsschutz, aber auch Personen nach einer beruflichen Umschulung, betroffen sein können. Insbesondere die befragten ExpertInnen in Beratungs- und Betreuungstätigkeiten berichteten hier von Betroffenen, die aufgrund ihres Gesundheitszustandes und der beruflichen Möglichkeiten kaum mehr eine Chance haben, am Arbeitsmarkt Fuß zu fassen, deren Pensionsantrag aber abgelehnt wurde, was zu Frustration der betroffenen Personen führte (E3: 266; P4: 75). Auch bei einer Ausbildung im Zuge der beruflichen Rehabilitation kann es aufgrund der (teilweise) begrenzten Ausbildungsmöglichkeiten zu Unzufriedenheiten kommen:

*„Das sind Personen, die sagen [...], wenn ich ein Bürohengst wäre, wäre ich einer geworden – ich bin ein Handwerker und will kein Bürohengst werden – Alternativen dazu gibt es nicht.“ (FG2: 80).*

Personen, die eine Ausbildung im Zuge der beruflichen Rehabilitation durchlaufen, finden auch danach nicht immer Arbeit in dem neu erlernten Beruf (E1: 161; E3: 202, 206). Die Berufswahl ist ausschlaggebend für die Chancen nach der Ausbildung. Wird ein Beruf erlernt, der als Mangelberuf gilt, ist eine weit höhere Wahrscheinlichkeit gegeben, wieder in den Arbeitsmarkt eingegliedert zu werden (FG5: 250). Bei der Entscheidung des neu erlernten Berufs muss insbesondere das Angebot und die Nachfrage des (regionalen) Arbeitsmarkts berücksichtigt werden.

Die gesundheitliche Situation ist auch ausschlaggebend für den Erfolg oder Misserfolg einer beruflichen Rehabilitation. Vor allem bei SchmerzpatientInnen und Personen mit chronischen Krankheiten sinken die Chancen einer erfolgreichen Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt erheblich (FG2: 251-252). Gründe sind neben einem Überangebot an

Arbeitskräften in bestimmten Berufsfeldern auch Benachteiligungen auf individueller Ebene, wie etwa gesundheitliche Probleme, Alter und fehlende Erfahrung, sollte der neuerlernte Beruf keine Ähnlichkeiten mit dem vorherigen Beruf aufweisen (FG13: 252; FG2: 246). Demzufolge zeigt eine Expertin auf, dass maßgeschneiderte Ausbildungen, wie es das BBRZ in Form des MAAB anbietet, die besten Chancen der Unterstützung bei der Arbeitsmarktintegration aufweisen, da die TeilnehmerInnen dieser Maßnahme mehr Handlungsspielraum in der Berufswahl haben und daher eher geneigt sind, ein Arbeitsfeld zu wählen, das ihnen nicht fremd ist. Darüber hinaus verspricht dieses Modell hohe Erfolgchancen, da es hier zu einer Art innerbetrieblichen Lehre kommt:

*„[Die TeilnehmerInnen sind] pausenlos bei einem fixen Betrieb – der hat einen Namen, ein Gesicht, einen sozialen Anschluss – das ist das erfolgversprechendste Modell überhaupt und sie können individuell aufschulen, je nachdem was auch der Betrieb gerade braucht.“ (FG2: 258).*

Dennoch ist für alle Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation, vor allem aber bei Ausbildungen, das Alter ausschlaggebend. Wenn die Betroffenen nur mehr wenige Jahre (< drei Jahre) bis zum Übertritt in die Pension aufweisen kann, erfüllt eine Rehabilitation auch aus finanziellen Gründen keine Zweckmäßigkeit mehr. (FG12: 350).

Nicht zuletzt ist die Eigenmotivation wesentlich für eine Rehabilitation. Den ExpertInnen zufolge, sind hier je nach Branche und Alter große Schwankungen zu vermerken (E2: 80; E12: 338). Ein Experte des AMS NÖ bringt das Beispiel an, dass teilweise Arbeiten verrichtet werden, die „stumpfe Routinetätigkeiten“ umfassen und es daher nachvollziehbar wäre, wenn vor allem im niedrigqualifizierten Sektor die Motivation, länger zu arbeiten geringer ausgeprägt ist (FG1: 348).

Ein grundlegendes Problem der beruflichen Rehabilitation wäre jedoch der Mangel an Informationen über die Möglichkeiten der verschiedenen Maßnahmen. Es passiere laut Aussagen der ExpertInnen auch manchmal, dass Personen erst nach mehreren Kontakten mit unterschiedlichen Behörden über die Möglichkeit der beruflichen Rehabilitation informiert werden (FG4: 95; FG5: 117).

#### **9.2.4 Pflicht- oder freiwillige Rehabilitation: „Zwang zum Pensionsantrag“?**

Die bereits erwähnte Unterscheidung zwischen einer Pflicht- und einer freiwilligen Rehabilitation und die tatsächliche Wahlmöglichkeit führen aus ExpertInnen-Sicht zu einigen Problemfeldern. Insbesondere betrifft dies Personen, die vom Risiko einer Aussteuerung (Ablauf der Höchstanspruchsdauer auf Krankengeld, 26 bis 52 Wochen) und somit einer essentiell bedrohlichen Versorgungslücke bedroht sind. In einem solchen Fall muss die betroffene Person einen Antrag auf Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension stellen, um diesem Risiko zu entgehen (E6\_2: 69; E9: 87), wobei es sich dann um eine Pflichtrehabilitation handelt. Von ExpertInnen wird dabei auf unterschiedliche Problemfelder hingewiesen:

*„Wenn eine Person eingeschränkt ist und eine Rehabilitation sinnvoll ist, so habe ich zwei große Zugänge – ich stelle einen Antrag auf Rehabilitation, dann habe ich etwas anderes nicht, dann komme ich nicht in die medizinische Reha rüber oder ich stelle einen Pensionsantrag mit der Hoffnung, dass ich einen Rehabilitationsantrag habe, dann habe ich ganz andere Kriterien und dann gibt es Konstellationen, wo ich die berufliche Reha im Rahmen des Pensionsverfahrens nicht bekomme. Ich könnte eine freiwillige Reha machen, darf da dann aber nicht mehr hin.“ (PF5: 166).*

Die ExpertInnen betonen, dass ein Weg im System, sobald einmal eingeschlagen, nur sehr schwer geändert werden kann, was sich negativ auf die Rehabilitation und Wiedereingliederung der betroffenen Personen in den Arbeitsmarkt auswirken kann (PF5: 197; PF3: 189-190; FG2: 080). Wichtig dabei ist die Rolle der Reha-BeraterInnen, die verantwortlich für die Aufklärung über die verschiedenen Möglichkeiten vorab sein sollen:

*„Es ist problematisch, wenn man sie in eine Pflichtreha schickt – sie sehen diesen Eingang und wissen aber nicht, was in der Therapie passiert, dann gehen sie rein und dann dürfen sie aber nicht mehr zurück, dann stecken sie in dieser Schiene und wir haben schon so viel gelernt daraus, dass wir unseren Beratern sagen, bevor ihr sie da rein schickt’s, schau’n wir, ob er nicht vorher in eine freiwillige Reha gehen würde, da ist der Spielraum einfach ein größerer.“ (PF3: 189-190).*

Auch wenn von einigen InterviewpartnerInnen darauf hingewiesen wurde, dass in der freiwilligen Rehabilitation größere Flexibilität für die Betroffenen vorhanden ist (PF1: 166; PF9: 189; E4: 30; E6\_2: 76), stellt sich die Frage der tatsächlichen Wahlmöglichkeiten. Gleichzeitig ist die Wahrscheinlichkeit, eine Rehabilitation auf Basis von Freiwilligkeit zu erhalten, höher, denn als Kriterium gilt, dass die Invalidität in drei Jahren droht, während für eine Pflicht-Rehabilitation von einer Invalidität in den nächsten sechs Monaten ausgegangen wird und außerdem danach eine Sperrfrist für den nächsten Antrag einsetzt (E9: 71). Vorteilhaft ist es, eine Rehabilitation über den Pensionsantrag zu erhalten, wodurch eine mögliche Aussteuerung aus dem Krankengeld wegfällt und das Case-Management des Krankenversicherungsträgers zur Anwendung kommt (E9: 87). Vor diesem Hintergrund gestaltet sich entsprechend den Erfahrungen der ExpertInnen auch eine adäquate Beratung schwierig.

### **9.2.5 Schnittstellenmanagement und Kooperationen**

Durch das SRÄG 2012 werden die Zuständigkeiten der einzelnen involvierten Institutionen gesetzlich klar geregelt. Ein Interviewpartner sah dies als wesentlichen Faktor, der die Zusammenarbeit und ein Bekenntnis zu geteilten Zuständigkeiten erschwert (E4: 30, 41). Der Interviewpartner vom AMS OÖ beschreibt, dass z.B. für eine Pflicht-Rehabilitation eine klare Definition der Rollen bestünde:

*„Also ich glaube man muss schon differenzieren, die Rolle innerhalb der Pflicht-Reha ist eine sehr genau definierte. Eine spezielle Rolle, wo quasi die*

*Pensionsversicherung das leitet und die zentrale Position hat, auch die Bescheide erlasst und letztlich verteilt! Die Aufgaben zwischen AMS, beruflicher Reha und Krankenkasse – medizinische Reha und Reha-Geld oder Umschulungsgeld! Dort ist die Rolle vom AMS sehr klar definiert! Da ist es so, dass wir halt quasi eine Begutachtungsfunktion haben, das heißt wir werden mit den Fällen konfrontiert. Und das BBRZ im Auftrag der Pensionsversicherung macht diese Orientierung bzw. Planungsphase – Reha Planung und schaut einmal, was geht denn überhaupt noch bei der Person“ (E8: 34).*

Trotzdem wurde in einem Interview festgestellt, dass das SRÄG 2012 in einem stärkeren Ausmaß Schnittstellenarbeit und die Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen, insbesondere zwischen den Krankenversicherungsträgern, PVA und AMS fordert und fördert (E8: 60). Für das BBRZ besteht aufgrund der spezifischen Ausrichtung der Bedarf einer engen Zusammenarbeit mit dem AMS. Gleichzeitig ergibt sich durch den Rahmenvertrag mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, der Pensionsversicherung und dem AMS eine Gesprächsbasis mit all diesen verschiedenen AkteurInnen (E4: 30).

Ein Interviewpartner der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse betonte insbesondere die Bedeutung der Vernetzung mit den diversen Fachärzten, Krankenhäusern, der Pensionsversicherungsanstalt und auch den Trägereinrichtungen (wie z.B. promente) (E5: 70, 72, 74-78). Vor allem in Bezug auf die Zuweisung zu medizinischen Rehabilitationsmöglichkeiten, die an sich eine sehr hohe Qualität aufweisen, komme es laut einer Expertin zu Unregelmäßigkeiten. Je nach Arzt würde in stark unterschiedlichem Ausmaß zu Rehabilitationsmaßnahmen zugewiesen werden. (FG3: 235)

Auf die Zusammenarbeit mit dem BBRZ und AMS wird großen Wert gelegt. Ein Interviewpartner beschrieb Netzwerktreffen mit dem BBRZ, um die Zusammenarbeit mit Betrieben zu fördern, und Teamberatungen mit dem AMS, um die rasche Arbeitsmarktintegration der Betroffenen zu unterstützen (E6\_2: 144, 147, 149). Diese funktionierende Zusammenarbeit wurde auch vom Interviewpartner vom AMS OÖ bestätigt, der meinte, dass es in einigen Fällen auch nötig wäre, das Gutachten der PVA erklärt zu bekommen, um eine Perspektive in der weiteren Zusammenarbeit mit einer Person zu haben (E8: 86). Zudem hat das AMS OÖ den Austausch mit der Krankenkasse und der PVA im Rahmen von quartalsweisen Treffen verankert (E8: 189). Dennoch werden vor allem in der Zusammenarbeit des AMS mit dem BBRZ bzw. der PVA die klar geregelten Zuständigkeiten zu einem erheblichen Hindernis. Ein Interviewpartner vom AMS NÖ betont, dass das Arbeitsmarktservice gerne schon während der Rehabilitation unterstützende Maßnahmen anbieten würde, die jedoch erst nach der Beendigung der medizinischen und/oder beruflichen Rehabilitation möglich sind. Der Vorschlag wäre, die TeilnehmerInnen zu „begleiten und dann sukzessive beginnen, sie zu integrieren“ (PF5: 178). Auch ein anderer Interviewpartner betont, dass Überschneidungen zwischen den Tätigkeiten der einzelnen Institutionen, aber auch übergreifend zu Unternehmen ausbaubar wären (PF: 182). Insbesondere bei technischen Schnittstellen erkennt ein weiterer Interviewpartner auch Verbesserungsbedarf (E8: 193).

Die Erstellung und Anerkennung von Gutachten stellt einen weiteren Aspekt der Schnittstellenarbeit dar. Ein Interviewpartner meinte dazu:

*„Ja, Schnittstellen. Weil die PVA anerkennt das Gutachten nicht, was das BBRZ über Zukunftschance Plus gemacht hat über die Gesundheit. Oder der Amtsarzt, der für das AMS das gemacht hat, hat das herausgefunden, wird aber von denen nicht anerkannt. Ist ja ein Wahnsinn. [...] Das ist ja frustrierend für die Leute, das ist der große Frust“ (E1: 235-239).*

Hingegen beschrieb der interviewte Experte der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse, dass in Absprache mit der Pensionsversicherung Gutachten gegenseitig anerkannt werden (E5: 129-130). Die hier nötige Schnittstellenarbeit wurde als funktional beschrieben:

*„Nein, das funktioniert – das funktioniert sowieso! Wir haben sowieso von der Führungsebene, von der Rehabilitation – da haben wir einen Koordinator – also der hat ständig Kontakt mit dem AMS und mit der Pensionsversicherung. Also das funktioniert, das funktioniert!“ (E5: 170)*

Auch das AMS NÖ beschreibt an sich eine gute Zusammenarbeit mit weiteren Einrichtungen. Allerdings ergeben sich Hürden im Bereich des Rehabilitationsgeldes, denn es existieren keine Prozessschnittstellen. Die Gebietskrankenkasse hat eine alleinige Zuständigkeit beim Case Management. Nach Beendigung des Case Managements ist das AMS alleine zuständig, daher kann im Einzelfall nicht kooperiert werden. (E9: 131)

Externe Auftragnehmer des AMS beschrieben die Zusammenarbeit meist als intensiv und positiv (E1: 9-16; P7: 61, 176). Auffällig war außerdem, dass insbesondere externe Auftragnehmer zusätzlich mit einem weiteren Netzwerk an Einrichtungen verbunden waren, wie der Schuldnerberatung, Suchtberatungsstellen oder Einrichtungen, die sich auf MigrantInnen fokussieren (E1: 52-54; P3: 78).

Die TeilnehmerInnen der zweiten Fokusgruppe, die im September 2017 durchgeführt wurde, kritisieren jedoch das (fehlende) Schnittstellenmanagement erheblich. Hintergrund dafür sind finanzielle Überlegungen einer jeden Institution (FG1: 73-74; FG2: 80, 266; E5: 117). Ein Experte vom AMS NÖ meint, die Ursache der Problematik liege darin, dass das System der Rehabilitation und Wiedereingliederung in einer Zeit etabliert wurde, in der es in vielen Berufen zu einem Arbeitskräftemangel kam:

*„Ausgedacht in den Jahren, wo eine relative Arbeitskraftknappheit war [...] wo Betriebe, die nicht nur die allerbesten nehmen, die allerbesten eben nicht kriegen, auch bereit waren, die zweit- und drittbesten zu nehmen. In dem Augenblick, wo du schon mehr Allerbeste hast, als du brauchen kannst, kann man es doch nicht verlangen, außer der Staat fördert es. Nicht einmal dann, wenn ich die geschenkt bekomme quasi, tue ich es mir an als Unternehmen. [...] Ich muss den Mitarbeitern erklären, der ist halt ab und zu etwas von der Rolle, der fällt manchmal aus, weil nach 4 Stunden körperlich nicht mehr kann [...]. Dann sehen die 30 BewerberInnen, die voll fit sind und sagen: ‚Schön!‘ Das kann man schlicht und einfach nicht wegleugnen!“ (FG1: 74)*

Um jedoch eigene Kosten einzusparen, werden betroffene Personen laut ExpertInnen oftmals zu anderen Institutionen geschickt (FG1: 73-74; FG2: 80). Diese fühlen sich auch bei einer guten Zusammenarbeit zwischen den Institutionen im Kreis geschickt, da die Betroffenen oft nicht wissen wie das System funktioniert (FG5: 117; FG 5: 117). „Wir leben gerade nicht Rehabilitation vor Pension, sondern Krankenstand vor Pension [...]. Nein, wir leben in Wahrheit Arbeitslosigkeit vor Pension!“ (E2: 80), kritisiert einer der befragten Experten.

### **9.2.6 Zusammenarbeit mit den Betrieben**

Die Zusammenarbeit mit den Betrieben stellt auf unterschiedlichen Ebenen eine Herausforderung dar. Maßnahmen im Sinne einer Re-Integration älterer und gesundheitlich beeinträchtigter Personen in Unternehmen wurden hierbei von den InterviewpartnerInnen teilweise sehr unterschiedlich bewertet. Einigkeit bestand in Bezug auf die Bedeutung der Kooperation mit Betrieben, allerdings handle es sich hierbei um sehr zeitintensive Arbeit, die insbesondere für Trägereinrichtungen mit den vorhandenen Ressourcen schwierig zu vereinbaren sind (E1: 6-7; P7: 156, 160). Für das AMS ist die Zusammenarbeit mit Betrieben ein Teil ihrer Aufgabe:

*„Ich kann auch finanzielle Unterstützung geben, bei der Aufnahme einer Arbeit, einer Wiederbeschäftigung. Ich könnte auch so etwas wie eine Arbeitsassistenz noch gewähren. Das liegt jetzt in der Zuständigkeit des Sozialministeriumsservice, aber das könnte ich auch machen. [...] Aber wenn ein Unternehmen bereit ist und sagt: Ja, ich möchte so eine Person wieder eingliedern, eine kleine Unterstützung vom AMS könnte es geben für den Prozess, es könnte auch eine Unterstützung geben für die Person über eine Arbeitsassistenz, und es könnte auch eine Unterstützung über fit2work geben, für dieses betriebliche Wiedereingliederungsmanagement, also da wären schon einige Dinge im Feld. Da würde ich sagen, das könnte man einmal ausprobieren, was man mit dem zusammenbringt“ (E9: 145).*

Von Seiten der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse wurde erwähnt, dass im Rahmen ihrer Funktionen eine Zusammenarbeit mit den Betrieben kaum nötig wäre (E5: 80-82). Außerdem betonte der Interviewpartner, dass viele RehabilitationsgeldbezieherInnen nicht möchten, dass die Gebietskrankenkasse mit den ArbeitgeberInnen in Kontakt tritt, da in den meisten Fällen kein Rückkehrwunsch zum/r ursprünglichen ArbeitgeberIn besteht (E5: 180, 184).

Von Seite der Unternehmen wurde bei der Fokusgruppe im September 2017 angesprochen, dass versucht wird, MitarbeiterInnen nach dem Krankenstand wieder in den Betrieb einzugliedern. Erschwert wird dieser Vorgang jedoch aufgrund fehlender Informationen über den Verbleib der MitarbeiterInnen bzw. die zu erwartenden Dauer des Krankenstand (FG8: 157). Oft treten Problematiken diesbezüglich auf, da laut dem Experten vom AMS NÖ manche HausärztInnen Krankmeldungen wöchentlich ausstellen, auch bei Erkrankungen die voraussichtlich länger andauern. Darüber hinaus spricht der Interviewpartner an, dass



ArbeitnehmerInnen Anrufe von Unternehmen während dem Krankenstand auch als störend und als Kontrolle empfinden (können). (FG1: 175) Eine Expertin des BBRZ Österreich hingegen betonte, dass es den ArbeitnehmerInnen oft gar nicht bewusst ist, dass es für DienstgeberInnen wichtig sein kann, informiert zu werden (FG4: 165). Wichtig wäre hier jedoch nicht detaillierte Auskunft über den Gesundheitszustand, sondern viel eher eine Wiedereingliederungsempfehlung, wie sie laut einer Expertin in Deutschland üblich ist. Hier werden Informationen über die zu erwartende Dauer und eventuelle vorübergehende oder dauerhafte Einschränkungen an den Betriebsarzt übermittelt, damit etwaige Vorkehrungen von Seiten des Unternehmens bereits vor der Wiederkehr der betreffenden MitarbeiterInnen getroffen werden können (FG3: 88). Diese Kommunikation zwischen ArbeitnehmerInnen und Unternehmen wird in Österreich von fit2work übernommen:

*„Da ist sicher auch für Betriebe die fit2work Betriebsberatung, die Betriebe auch dabei unterstützt, also beim betrieblichen Eingliederungsmanagement in den Betrieb zu etablieren, wo eben genau solche Prozesse und innerbetriebliche Organisationsentwicklungsprozesse unterstützt werden. Damit eben klar ist, wie schaut die Kommunikation zum Beispiel im Krankenstand aus – gibt es Personen, die dann Mitarbeiter auch aktiv anrufen und nachfragen, wie es geht. Nachdem auch klar ist, dass das jetzt nicht ein Kontrollanruf ist, um den Mitarbeiter so zu hören und zu sagen, behalte ich den jetzt oder nicht – sondern einfach um ein Unterstützungsangebot geben zu können. Da ist die fit2work Betriebsberatung sicher auch eine gute Anlaufstelle – die auch dabei unterstützen können entsprechende Strukturen aufzubauen!“ (FG4: 161)*

Von Seiten der PVA OÖ wurde von großen Erfolgen bei der frühen Intervention auf freiwilliger Basis berichtet. Durch Gespräche mit den ArbeitgeberInnen im Zuge von fit2work und eine rechtzeitige Information über Fördermöglichkeiten, soll das Interesse und der Arbeitsplatz nach Möglichkeit erhalten werden (E6\_2: 78). In Einzelfällen konnten InterviewpartnerInnen hier von sehr positiven Erfahrungen berichten. Der Interviewpartner vom BBRZ meinte zum Beispiel, dass durch den Miteinbezug der ArbeitgeberInnen darauf aufmerksam gemacht werden konnte, welche Möglichkeiten für den Einsatz der ArbeitnehmerInnen in anderen Bereichen des Unternehmens bestehen. Die betroffene Person hat daraufhin den Pensionsantrag zurückgezogen und ist im Betrieb geblieben. (E4: 57-59) Dennoch fehlt es grundsätzlich an Informationen für eine bessere Zusammenarbeit zwischen öffentlichen Institutionen und Unternehmen. Viele der Betroffenen und auch deren ArbeitgeberInnen wüssten nicht Bescheid über das große Angebot von fit2work, meint eine Expertin der SVA (E12: 218).

Informationen über unterschiedliche Fördermöglichkeiten sind grundsätzlich ausschlaggebend für die Verbesserung der Chancen älterer ArbeitnehmerInnen mit gesundheitlichen Einschränkungen. Würde es keine Förderungen geben, wäre die Wahrscheinlichkeit, dass diese Personen (auch nach der beruflichen Rehabilitation) einen Arbeitsplatz finden würden, relativ gering, meinte ein Experte der Arbeiterkammer:

*„Ich sage es jetzt einmal salopp so, welches Unternehmen wartet auf den 53-jährigen, frisch ausgebildeten, aber kranken – weil er ist ja beruflich rehabilitiert, heißt ja, nicht im Vollbesitz seiner Gesundheit zu sein – Einzelhandelskaufmann, wenn es deutlich Jüngere und voll Gesunde gibt!“ (E13: 222)*

Förderungen für Einstellung und Wiederbeschäftigung sind wesentlich für Betriebe. Fehlende Informationen über die verschiedenen Möglichkeiten mache es den Unternehmen jedoch schwer und hindere Firmen daran, sich für diese Personengruppe zu interessieren (FG8: 133). Dies treffe jedoch vor allem auf größere Firmen zu, da laut ExpertInnen Klein- und Kleinstbetriebe aufgrund persönlicher Beziehungen zu den eigenen MitarbeiterInnen eher bereit sind, Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen zu behalten (E13: 194; E12: 192). Je nach Branche sind auch Unterschiede in der Motivation, gesundheitlich eingeschränkte Personen einzustellen bzw. zu behalten, zu sehen (E13: 194).

Während kurzfristige Förderungen als durchwegs positiv betrachtet werden, wird dennoch kritisiert, dass längerfristige Subventionen aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen nicht mehr möglich sind:

*„Dass die EU solche Dauersubventionen nicht zulässt [...] war ein deutlicher Verlust! [...] Was jetzt weggefallen ist, macht es für jeden Betrieb schwer! Weil es auch Leute gibt, wo nichts hält – Mit der 6-monatigen Eingliederungsphase oder ein Jahr meinetwegen, da können wir noch mitzahlen. Der bleibt, die bleibt aber über den Rest des Lebens erwerbsgemindert!“ (E1: 74)*

Weitere staatliche Maßnahmen wurden teilweise kritisch bewertet, wie z.B. Bonus-Malus-Systeme für ältere ArbeitnehmerInnen. So meinte ein Interviewpartner, dass ein Bonus-Malus-System der falsche Weg wäre, da Firmen selber entscheiden wollen, wie das Unternehmen geführt wird (E1: 227). Ein anderer Interviewpartner hingegen vertrat die Ansicht, dass die Umsetzung des Bonus-Malus-Systems nicht annähernd gelungen wäre, aber eine Notwendigkeit im Sinne der Arbeitsmarktgestaltung für ältere und gesundheitlich eingeschränkte Personen darstelle, die mit jüngeren und gesunden ArbeitnehmerInnen einfach nicht konkurrenzfähig wären (E4: 47, 63).

Interessant ist der Vergleich zwischen den Generationen, meinte der Experte der NÖ Regional GmbH: Während ältere MitarbeiterInnen dazu geneigt sind, nach einem längeren Krankenstand und/oder gesundheitlichen Einschränkungen um eine Stundenreduzierung zu bitten, bitten jüngere MitarbeiterInnen um eine Bildungskarenz. (FG9: 210). Hier zeigt sich, dass jüngere MitarbeiterInnen die Notwendigkeit einer beruflichen Umorientierung erkennen und dies im Rahmen der eigenen Möglichkeiten unter Nutzung des Instruments der Bildungskarenz tun.

Eine Expertin betrachtete Maßnahmen im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung kritisch und betonte, dass Förderungen stärker an bestimmte Qualitätsvorgaben gebunden sein sollten. Darüber hinaus sollten Gesundheitsförderungen vom Sozialministerium professionalisiert und an die Betriebe kommuniziert werden. Die Förderungen wiederum wären an die vorgegebenen Maßnahmen gebunden. (FG3: 235)

### 9.3 Potenziale aus Sicht der Expertinnen und Experten

Nach einer ausführlichen Problembeschreibung aus ExpertInnen-Sicht, wurde auch eine Reihe an sehr konkreten Handlungsoptionen, um diesen Herausforderungen nachhaltig zu begegnen, dargelegt.

#### 9.3.1 Gesellschaftliche Werthaltungen und strukturelle Rahmenbedingungen

Aus Sicht der befragten ExpertInnen müssen Schritte gesetzt werden, um auch in der Öffentlichkeit ein Umdenken und eine Akzeptanz des längeren Verbleibs im Arbeitsmarkt zu fördern. Dazu gehört die Aufklärung über die Gründe für und die gesellschaftliche Notwendigkeit von einem längeren Verbleib im Arbeitsmarkt sowie die Schaffung eines Solidaritätsgefühls zwischen den Generationen (E1: 272; 347). Ein Interviewpartner betont die Notwendigkeit von Beschäftigung

Auch die gesellschaftliche Norm der Vollzeit-Beschäftigung und der vollen Leistungs- und Beschäftigungsfähigkeit muss gesellschaftlich in Frage gestellt werden. Teilzeitarbeit und geteilte Arbeitsplätze gewinnen nicht nur, aber insbesondere für ältere und gesundheitlich beeinträchtigte ArbeitnehmerInnen an Bedeutung (E2: 90-93). Die Divergenz zwischen hundertprozentige Arbeitsfähigkeit und Invalidität/ Arbeitsunfähigkeit müsse aufgeweicht und Teilarbeitsfähigkeiten anerkannt werden (PF4: 170). In diesem Zusammenhang wären auch gesetzliche Neuerungen für die Verpflichtung zur Beschäftigung (gesundheitlich eingeschränkter) älterer Arbeitskräfte zu diskutieren (E6\_2: 207). Die Notwendigkeit von altersgerechten Arbeitsplätzen in gesellschaftlicher, aber auch politischer und finanzieller Hinsicht zeigt folgender Experte auf:

*„Der Mensch braucht Arbeit oder zumindest Beschäftigung! Ich glaube wir müssen uns diese Beschäftigungsprojekte auch leisten, weil auch wenn sie teuer sind, sind sie noch immer billiger als Notstandsbezieher oder Arbeitslosenbezieher!“ (FG13: 238)*

Gleichzeitig müssen aber auch die strukturellen Rahmenbedingungen angepasst werden. Dies umfasst etwa den Ausbau der Kinderbetreuungseinrichtungen (E1: 351-353) oder eine stärkere Unterstützung des 2. (und 3.) Arbeitsmarktes, dazu gehören Übergangsarbeitsmärkte und soziale Betriebe. Die Betroffenen brauchen realistische Chancen auf Beschäftigung (im 2. oder 3. Arbeitsmarkt) für die Zeit nach der Rehabilitation, teilweise auch bis zur Pension (E1: 280, 284; E6\_2: 153; E6\_1: 222; E8: 75, 78). Aber auch der Zugang zur Rehabilitation soll für Personen ohne Berufsschutz weitgehend geöffnet werden (FG4:95).

Das Umdenken innerhalb der Gesellschaft und der betreffenden Institutionen und Betriebe, eine berufliche Rehabilitation von älteren ArbeitnehmerInnen mit gesundheitlichen Einschränkungen einer Pension vorzuziehen, wird nach den Aussagen eines Experten des AMS NÖ noch länger dauern (FG1: 348). Dabei ist laut dem Vertreter des Instituts für Ausbildungs- und Beschäftigungsberatung Linz vor allem das Anerkennen von Kompetenzen und weniger die Betonung auf Defizite relevant (FG10: 214).

Die Herausforderungen in Zusammenhang mit der Unterscheidung und den unterschiedlichen Ansprüchen in der Pflicht- und der freiwilligen Rehabilitation wurden bereits dargestellt. Als mögliche Handlungsempfehlung schlug ein Interviewpartner vor, „schlankere Strukturen“ und einen Prozess zu schaffen, der die Ansprüche und die Beantragung vereinheitlicht (E9: 65). Anstatt einen Pensionsantrag zu stellen, um der Aussteuerung zu entgehen, müsste dies auch durch einen Rehabilitationsantrag möglich sein (E6\_2: 69). Dabei verändere sich auch durch die Wortwahl alleine die Einstellung der betreffenden Personen, da ‚Rehabilitation‘ und nicht ‚Pension‘ im Vordergrund stehe (FG12: 218).

*„Aber das ist halt die Frage, ob man nicht trotzdem erfolgreicher ist, wenn man da sozusagen hier einen Prozess bildet. Und halt dann den Personen eine andere Alternative aufzeigt, als die nur noch den Ausweg in der Pension sehen und die Reha beantragen und sagen: Doch, wir haben eine Möglichkeit gefunden, es gibt eine Rehabilitation. Also wie sehr es dann gelingt, dieses ‚ich muss in Pension gehen‘ oder ‚ich will in Pension gehen‘ aus den Köpfen rauszubekommen, dass wissen wir alle nicht, aber ich glaube, dass bei einem so gestellten Pensionsantrag, dass das schon sehr festfahrend wirkt“ (E9: 69).*

Darüber hinaus sieht der Interviewpartner des AMS NÖ die Zusammenführung der Rehabilitationsverfahren für sinnvoll, da es bei einer erfolgten Antragstellung für die freiwillige oder Pflicht-Rehabilitation kein Wechsel mehr möglich sei. Es käme demnach zu unterschiedlichen Beurteilungen und gegebenenfalls Sperrfristen. (E9: 69)

### **9.3.2 Zusammenführung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation**

Die Qualität der medizinischen Rehabilitation ist in Österreich extrem hoch, wobei es wenig bis keine Einbeziehung der beruflichen Tätigkeit in die Rehabilitation gibt (FG3: 88). Da medizinische Rehabilitation als ein wichtiges Produkt zum Erhalt oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit gesehen wird (FG3: 92), könnten das AMS und Maßnahmen der Arbeitsmarktintegration aus ExpertInnen-Sicht bereits zu einem wesentlich früheren Zeitpunkt im Rahmen des Rehabilitationsprozesses eingebunden werden. So etwa könnten berufliche Beratungen bereits während der medizinischen Rehabilitation einsetzen und auch im Kontext der individuellen Arbeitsmarkt(re)integration betrachtet werden, wie z.B. Beleuchten der Möglichkeit eines Arbeitstrainings. Dies hätte eine Auflösung der strikten Unterscheidung zwischen Umschulungsgeld und Rehabilitationsgeld zur Folge. (E4: 45; 81, 85; E5: 36; E6\_2: 46; E6\_1: 211; E8: 154) Einige vereinzelte Einrichtungen setzen in diese Richtung bereits Maßnahmen, die jedoch nur äußerst selten umgesetzt werden (E6: 40\_1; E6\_2: 53; E4: 83; E5: 36; E8: 139). Ein Interviewpartner führt hierzu aus:

*„Und ein Manko, auf das wir ja von Anfang an aufmerksam gemacht haben, aber das bis heute besteht ist, dass es keine Möglichkeit gibt – wenn jemand im Bereich der medizinischen Rehabilitation sich befindet – schon unschwellig oder parallel mit beruflichen Maßnahmen anzufangen. Umgekehrt ist das offiziell auch nicht möglich. Inoffiziell schon, weil die – wenn jemand in die berufliche*

*Reha kommt, weil die – wenn sie im BBRZ zum Beispiel sind in Linz oder in einer Vorsorgeinstitution, die dann zumindest in einem gewissen Maße parallel medizinisch etwas anbieten könnte. Aber das ist sozusagen auch das Service, was die halt so dazugeben als Institut, auch hier haben wir keine Möglichkeit, dass wir sagen, wir machen hier berufliche Reha und lassen dann parallel eine medizinische dazu laufen. Das heißt, das gibt es leider nicht“ (E6\_1: 40).*

Ein weiterer interviewter Experte geht stärker ins Detail betreffend die tatsächliche Umsetzung:

*„Ich glaube, dass das ein richtiger Weg wäre! Ja, das zu verschränken – weil es wahrscheinlich Experten oder eine Expertise braucht, eine medizinische, [...] bei welchem Krankheitsbild ist wo genau die richtige Verschränkung. Aber im Prinzip gehört es zusammen. [...] Man tut so, wie wenn die zwei Dinge miteinander nichts zu tun hätten! Man sagt, jetzt wirst du einmal wieder gesund und wenn du gesund bist, dann fängst du wieder das Arbeiten an! Dass aber die Dinge miteinander etwas zu tun haben – nämlich sozusagen der Beruf, die Tätigkeit hat ja auch mit der Krankheit etwas zu tun – da macht es natürlich einen Sinn, wenn ich mich damit auseinandersetze wie geht es mir jetzt gesundheitlich, was trage ich dazu bei! Was verändere ich, damit ich gesünder werde? Wie verändere ich vielleicht auch meine Arbeitshaltung, meine Arbeitsweise? Da gibt es ja den, [...] ein deutscher Professor, der das deutsche System vorgestellt hat. Die haben ja diese Verschränkung. Da ist sozusagen ganz banal der Maurer, der jetzt in der medizinischen Reha drinnen ist, der lernt gleichzeitig während er auf Kur ist oder auf medizinischer Reha ist – lernt er wie er jetzt anders hebt die Ziegel! Oder wie er jetzt seine Arbeit, seine Tätigkeit jetzt anders machen kann! Natürlich macht das einen Sinn, wenn ich das miteinander verbinde – warum denn auch nicht! Jetzt lasse ich ihn Gewichte heben, dass er seine Muskeln stärkt und wenn er dann zum Ziegel kommt, weiß er wieder nicht, wie er ihn angreifen muss! Das muss zusammengehen irgendwie! Und bei den psychischen Erkrankungen umso mehr! Weil dort ist es ja nicht immer nur – oder ganz selten wahrscheinlich – die körperliche Beeinträchtigung so stark – wobei das auch wahrscheinlich Hand in Hand geht – aber dort geht es ja auch ganz stark um sinnstiftende Tätigkeit!“ (E8: 139)*

Ein weiterer Interviewpartner meinte, dass eine gleichzeitige medizinische und berufliche Rehabilitation durchaus zu fordernd sein könnten, erkennt allerdings Potential darin, die medizinische Rehabilitation und Arbeitsmarktintegration parallel zu führen, kleinere Schulungen und Beratungen wären in diesem Rahmen durchaus bereits möglich (E9: 123). Außerdem sind auch nach einer medizinischen Rehabilitation häufig noch medizinische Behandlungen nötig, aber berufliche Integrationsmaßnahmen sind bereits möglich und gefordert, da die Person in einigen Monaten wieder arbeitsfähig sein soll. In solchen Fällen könnten Betroffene im Rehabilitationsgeld belassen werden, da dort die Möglichkeit eines Zuverdienstes besteht (das Rehabilitationsgeld wird dann entsprechend gekürzt), während

die Leistungen des AMS wegfallen, sobald die Geringfügigkeitsgrenze überschritten wird. Es würde somit ein Mittelweg zwischen „alles oder nichts“ geschaffen werden. Die Etablierung eines Modellprojekts könnte Auskunft über Erfolgchancen geben (E9: 135, 137, 141).

Ein Experte des AMS NÖ schlägt vor, das Wissen über medizinische und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen sowie Wissen über den Arbeitsmarkt zu bündeln, um eine bestmögliche Rehabilitation und Integration in den Arbeitsmarkt zu garantieren. Die jeweiligen Institutionen – Sozialversicherung, Pensionsversicherung und AMS – sollen dabei einen Plan zur Integration erstellen, der die Frage aus Sicht der Betroffenen „Wie gesund kann ich werden?“ in den Mittelpunkt stellt. Ziel ist es, den Prozess so leicht wie möglich für die betroffenen Personen zu gestalten und die einzelnen Maßnahmen miteinander zu verknüpfen:

*„Wenn ich sozusagen ein gebündeltes Integrationsprogramm habe, dann habe ich eine Chance, es gemeinsam zu machen und dann kann ich auch parallel arbeiten, wo es geht! Wenn jetzt ein Ausheilungsprozess ist, dann kann ich schon einen Schulungsprozess parallel machen.“ (FG2: 352).*

Eine Vertreterin des BBRZ Österreich zeigt auf, dass die Zusammenführung medizinischer und beruflicher Rehabilitation zwar notwendig wäre, jedoch Rehabilitation im Allgemeinen (fast) zu spät ansetze. Ihr Vorschlag wäre, die Betroffenen im Zuge von gesundheitsfördernden Maßnahmen sowie der Integration der medizinischen und beruflichen Rehabilitation in den bestehenden Arbeitsalltag zu erreichen, bevor es zu einem Verlust des Arbeitsplatzes kommt. Die Möglichkeit einer innerbetrieblichen Rehabilitation (FG4: 095), aber auch die Förderung, innerhalb des Betriebs das Tätigkeitsfeld wechseln zu können (FG2: 246), wird vorgeschlagen.

In Zusammenhang mit Möglichkeiten der innerbetrieblichen Rehabilitation wird als wichtig erachtet, bereits erworbene Qualifikationen mit der Wahl der Ausbildung, die im Zuge der beruflichen Rehabilitation besucht wird, zu verbinden. Dabei geht es um die Erhaltung und Weiterentwicklung des ursprünglich erlernten Berufs, was die Reintegrationschancen in den Arbeitsmarkt weitgehend erhöhen sollen (FG 13: 252). Eine Expertin zeigt auf, dass die bereits erworbenen Qualifikationen dabei als Basis für eine neue Ausbildung bzw. Ausrichtung dienen können:

*„Was man feststellt ist, dass wenn die Leute ihre Vorerfahrungen, zum Beispiel das, was sie lange in der Praxis gemacht haben, wenn man das herausarbeitet und sagt, was war denn das? Du bist vielleicht nicht mehr in der Lage, dass du am Dach oben arbeitest, aber was hast du für Vorerfahrungen? Du kennst dich mit dem Material gut aus oder du hast die Beziehungen in der Baubranche oder wie auch immer... Das sind Dinge, die hat er ja nicht verloren, weil er vom Dach gefallen ist, sondern das sind Dinge, die kann er umsetzen und die kann er dann auch verwerten in seinem neuen Berufsbild.“ (FG3: 257)*

Handlungsoptionen sehen die ExpertInnen in der Verschränkung der bereits erworbenen Qualifikationen, Regionalität bzw. Angebot und Nachfrage des regionalen Arbeitsmarkts

sowie die Einbeziehung der Betriebe bei beruflichen, aber auch medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen (FG3: 257, FG 389).

### **9.3.3 Schnittstellenmanagement**

Generell wird von den ExpertInnen eine stärkere Vernetzung zwischen den Institutionen gefordert (PF3: 160), um ein offenes Dialogverfahren mit den Betroffenen einleiten zu können (FG2: 80). Der Vorschlag eines Experten lautet, von Seite der betroffenen Personen zu agieren:

*„Das heißt, wenn man sagt ‚ich habe das Problem, bräuchte irgendwie Hilfe‘ und dann treten die ExpertInnen mit diesen Personen im Dialogverfahren, und dann zeigt man einen Weg auf, und dann sagt er, den will ich machen! Nicht umgekehrt – die Person muss vorab sagen ich stelle einen Pensionsantrag, der in Wahrheit dann eine Reha ist und bin schon in der Pension drinnen“ (FG2: 80).*

Jeder Rehabilitationsantrag ist als Einzelfall zu betrachten, da hier die Unterstützung der Familie und des Betriebs, die bisher ausgeübte Arbeitstätigkeit, die noch gegebene Arbeitsfähigkeit sowie die gesundheitlichen Einschränkungen und deren Prognose erhebliche Rollen spielen (FG12: 218). Es ist daher wichtig, auf der Mikroebene zu arbeiten und aus der Sicht der Betroffenen zu agieren (FG13: 314). Dies benötigt einen institutionellen Aufwand, der zwar nicht zu einem eigenen Rehabilitationsträger führen (FG1: 348), dennoch die betreffenden Personen in den Mittelpunkt stellen soll. Gelingen kann dies durch ein Umdenken innerhalb der Institutionen:

*„Es ist mir ein bisschen zu sehr das Denken, ein jeder schaut, dass er den Versicherungsfall loswird! Wir hätten ja eigentlich und an dem könnten wir arbeiten – ein gemeinsames Interesse! Nämlich, wenn er Beiträge zahlt, dann zahlt er es eh allen dreien! Wir könnten ein Ziel haben – wir wollen Beiträge – nicht wir wollen ihn loswerden! Könnten dann gemeinsam darauf hinarbeiten, was muss passieren, dass wir wieder Beiträge kriegen! Also in die Richtung müsste man das Ganze stärker orientieren!“ (E2: 266)*

Eine weitere wesentliche Handlungsoption, die von ExpertInnen aufgezeigt wurde, ist die Einbindung des Hausarztes/der Hausärztin als Schnittstelle zwischen Unternehmen, Institutionen und Betroffenen. Dabei können den HausärztInnen mehrere Funktionen zukommen. Einerseits gelten sie als die ersten AnsprechpartnerInnen in medizinischen Angelegenheiten, andererseits auch als Informationsquelle für weiterführende Maßnahmen. Es wäre demnach von größter Wichtigkeit, die HausärztInnen als Schnittstelle aller TeilnehmerInnen des Diskurses zu begreifen sowie ihre Kompetenzen hinsichtlich medizinischer und beruflicher Rehabilitation und fit2work zu schulen. (FG13: 226, 237)

### **9.3.4 Zusammenarbeit mit den Betrieben**

Um die Zusammenarbeit mit den Betrieben zu verbessern und die Bereitschaft der Betriebe zu fördern, ältere und gesundheitlich eingeschränkte Personen aufzunehmen, besteht ein

wichtiger Schritt in der Kommunikation und Aufklärung der Betriebe, einerseits zu dem tatsächlichen Ausmaß der gesundheitlichen Einschränkung und andererseits zu den bestehenden – und teilweise finanzierten – Unterstützungsmöglichkeiten und einem Wiedereinstiegsmanagement. (E1: 223; E6\_2: 78, 139; E7: 143; E8: 139) Das BBRZ ist bereits in der Betriebsberatung tätig, allerdings könnten die Beratungstätigkeiten noch erweitert werden (E6\_2: 135-137). Auch die umfangreichere Etablierung von einem betrieblichen Wiedereingliederungsmanagement und die Möglichkeit, in einen Teilkrankenstand zu gehen, wären wesentliche Schritte (E6\_2: 205, 207; E8: 98). Außerdem wäre eine Sichtbarmachung von vorhandenen Kompetenzen, insbesondere sozialen und überfachlichen Kompetenzen, ein weiterer Schritt, um der Dequalifizierung von ArbeitnehmerInnen in Betrieben entgegenzuwirken (E1: 254-256). Auch die Einführung zusätzliche Belohnungssysteme oder ein entsprechendes Siegel („positive publicity“) für Firmen, die sich im Sinne des Wiedereinstiegsmanagements und der Integration älterer und gesundheitlich beeinträchtigter Personen engagieren, sind genannte Möglichkeiten (E1: 225, 227-231). Weitere Möglichkeiten bestehen in Lohnsteuererleichterungen, da älteren ArbeitnehmerInnen aufgrund der in Österreich ausgeprägten Senioritätsregelungen häufig auch ein höherer Verdienst zusteht (FG1: 74). Des Weiteren wäre es denkbar, dass ältere ArbeitnehmerInnen – und die Gewerkschaften – zugunsten der Arbeitsmarktintegration einen geringeren Verdienst in Kauf nehmen (E3: 173; P4: 68-70). Wesentlich ist, langfristige Perspektiven zu schaffen, insbesondere für Personen mit chronischen gesundheitlichen Einschränkungen. Diese könnten durch Kombilohnmodelle oder dauerhafte Förderungen geschaffen werden (FG3: 92; FG7: 129). Bei diesen Modellen muss jedoch auch das Verständnis innerhalb von Betrieben gegenüber gesundheitlich eingeschränkten MitarbeiterInnen geschärft werden, da es hier ansonsten zu Konfliktpotenzial kommen kann: MitarbeiterInnen, die aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr vollbeschäftigt werden, dennoch den gleich oder ähnlich hohen Verdienst aufweisen, können ein Ungerechtigkeitsgefühl innerhalb der Belegschaft auslösen (FG8: 133). Es muss daher den Unternehmen auch möglich sein, flexibel auf die betreffenden ArbeitnehmerInnen reagieren zu können, damit Unstimmigkeiten und Konflikten vorgebeugt werden kann (FG7: 129).

Die Kommunikation zwischen den Institutionen, den Betrieben, den Betroffenen und dem Umfeld ist daher wesentlich für den Erfolg oder Misserfolg von Rehabilitation, (Re-) Integrationsmaßnahmen und Förderungen. Auch präventive Maßnahmen könnten stärker forciert werden. Meist bekannt ist aus Sicht der befragten ExpertInnen bereits fit2work, aber auch betriebliche Gesundheitskoordinatoren wären eine Möglichkeit (E5: 191). Auch Frühwarnsysteme, insbesondere in Betrieben mit hoher Invaliditätsrate, könnten gesetzlich verpflichtend eingeführt werden (E6\_2: 223).

#### **9.4 Spezifikum Migrationshintergrund**

In Bezug auf die spezifischen Eigenschaften und Herausforderungen, denen gesundheitlich eingeschränkte ältere Arbeitskräfte mit Migrationshintergrund gegenüberstehen, gaben die befragten ExpertInnen eine Reihe an Einschätzungen ab. Auffällig ist, dass MigrantInnen



stärker unter den ArbeitnehmerInnen ohne Berufsschutz vertreten sind. (E1: 22-24; E6\_1: 106; E7: 97) Das SRÄG 2012 hat in Bezug auf die Möglichkeit einer beruflichen Rehabilitation und die nötigen Voraussetzungen zu einer Veränderung geführt, die insbesondere für MigrantInnen nachteilig ist. Das Budgetbegleitgesetz hat nur 36 qualifizierte Beitragsmonate gefordert, oder 12 qualifizierte Monate in den 36 Monaten. Jetzt braucht eine Person 90 qualifizierte Beitragsmonate in den letzten 15 Jahren. Nur dann gilt eine berufliche Rehabilitation als zumutbar und zweckmäßig. Nur wenige MigrantInnen können im Rahmen des Pensionsverfahrens sozusagen einer beruflichen Rehabilitation zugeführt werden, weil sie den Berufsschutz nicht haben, der zwingend notwendig ist (E6\_2: 119). Dies hat vielerlei Gründe, wie etwa Unterschiede beim Bildungsabschluss (E6\_1: 198) bzw. der Anerkennung vorhandener (im Ausland erworbener) Ausbildungen (E7: 82, 84), wodurch es zu Dequalifizierungen kommen kann. Aber auch wenn die Ausbildung anerkannt wird und ein Berufsschutz vorhanden ist, ist eine Person ohne Sprachkenntnisse in Österreich kaum umschulbar. (E6\_1: 108, 110). Generell kann gesagt werden, dass ältere MigrantInnen häufiger ein geringeres Ausbildungsniveau haben und über schlechtere Deutschkenntnisse verfügen, was auch eine Folge der selektiven Gastarbeiter-Zuwanderung in den 1960er- bis 1980er Jahren ist. Die Erfahrung zeigt, dass geringqualifizierte ältere Personen häufiger arbeitslos sind (Statistik Austria 2015: 58; Stadler und Wiedenhofer-Galik 2011: 395ff.), was ältere (gesundheitlich eingeschränkte) MigrantInnen zu einer besonderen Risikogruppe auf dem Arbeitsmarkt macht. Gleichzeitig entsteht in diesem Arbeitsmarktsegment – auch aufgrund des jüngeren Flüchtlingszustroms – ein stärkerer Konkurrenzdruck. Somit werden ältere türkische und ex-jugoslawische ArbeitnehmerInnen im Niedriglohnbereich noch stärker konkurrenziert (E2: 67). MigrantInnen investieren allerdings auch sehr stark in die Ausbildung ihrer Kinder (Stadler/Wiedenhofer-Galik 2011: 395ff. und Anzenberger/Bodenwinkler/Breyer 2015: 18f.), was auch von einem Interviewpartner betont wird (E1: 334).

Inwiefern Diskriminierung älterer und gesundheitlich eingeschränkter ArbeitnehmerInnen mit Migrationshintergrund eine Rolle spielt, ist schwer zu fassen. Ein Interviewpartner berichtete jedoch sogar explizit von positiver Diskriminierung: Betriebe, die mit Personen aus bestimmten Herkunftsländern positive Erfahrungen gemacht haben, würden sich manchmal bei Einstellungsverfahren wieder auf diese Personengruppe fokussieren (P1: 298-303). Verbesserungen konnte der befragte Experte bei der Beschäftigung und der Einstellung der Betriebe gegenüber Frauen mit Kopftuch feststellen. Trotzdem sind sichtbare Migrationssymbole nach wie vor ein Problem und werden z.B. von KundInnen negativ aufgenommen (E1: 310, 311-318).

Das Wissen über das österreichische Rehabilitations- und Pensionssystem variiert unter den verschiedenen MigrantInnen-Gruppen, ist aber auch eng mit den jeweiligen (individuellen) Sprachkenntnissen einer Person verbunden. Dies kann auf der Prozessebene zu unterschiedlichen Schwierigkeiten führen und betrifft etwa die Unterbringung in entsprechenden Rehabilitationszentren, die lediglich deutschsprachige Angebote haben, oder die Zuweisung zu entsprechenden FachärztInnen. (E1: 37-41; E2: 132; E5: 211, 215)

Sprachliche Defizite können nach Aussagen eines Experten auch zu einer nicht ausreichenden oder sogar falschen medizinischen Behandlung führen. Vor allem beim Auftreten psychischer Probleme wäre die Kommunikation in der Erstsprache wesentlich. Dabei gibt es in vielen Sprachen weder die Möglichkeit, noch die Angebote. (FG5: 117)

MigrantInnen, die die deutsche Sprache erlernen wollen, stehen manchmal vor der Hürde der Mobilität: Auch wenn der Deutschkurs bezahlt wird, können sie oftmals nicht die Mittel aufbringen, um die Anfahrt zu bezahlen. (E7: 193, 195) Dies gilt insbesondere für höhere Kompetenzstufen, die nur in größeren Ballungszentren angeboten werden.

MigrantInnen nutzen laut ExpertInnen das Internet sehr stark zur Informationsbeschaffung und haben somit Zugang zu bereitgestellten Online-Informationen. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage nach der mehrsprachigen Aufbereitung zentraler Systeminformationen. (E2: 143-150) Defizite wurden z.B. beim Hintergrundwissen über das österreichische Arbeitsrecht erkannt oder auch bei der Einforderung von Rechten (P7: 148, 150, 162).

Auch in Bezug auf die gesundheitliche Situation wurden von den befragten ExpertInnen einige Besonderheiten bei Personen mit Migrationshintergrund wahrgenommen. So etwa berichtete ein Interviewpartner von einem erhöhten Vorkommen psychischer Erkrankungen und Schmerzstörungen unter MigrantInnen (P6\_1: 114, 116), oft auch in Kombination miteinander:

*„Das sind [chronische] Schmerzsyndrome, die körperlich nicht erklärbar sind, [...] die eine psychische Ursache haben! Die jedoch – ich meine wir haben keine Auswertungen gemacht, aber die reine Depression macht in der Regel keine Schmerzen. Die hat zwar die typischen Auswirkungen, aber in dem Bereich der Migranten, vor allem die aus Südosteuropa kommen, sehen wir doch, dass hier – dass sehr, sehr häufig die Diagnose einer Schmerzstörung neben den Depressionen und posttraumatischen Belastungsstörungen oft einmal bedingt durch Kriegserlebnisse oder dergleichen gibt, aber das ist der Eindruck, den ich nur im medizinischen Bereich habe. Und wie gesagt, im beruflichen ist es fast nicht machbar, weil es einfach so unterschiedlich ist. Wir haben nur ganz wenige Migranten, die da in die Qualifizierung hineinkommen und von denen gibt es solche und solche“ (E6\_1: 118).*

Auch eine weitere Interviewpartnerin wies auf psychische Belastungen durch Kriegstraumata hin (E7: 108, 152). Derselben Expertin ist aufgefallen, dass MigrantInnen in einigen Fällen gezielt auf die bedarfsorientierte Mindestsicherung verzichten, obwohl sie das Geld dringend benötigen würden, und zwar aus Angst, dann nicht mehr die österreichische Staatsbürgerschaft erhalten zu können (E7: 86).

In Bezug auf Motivation oder Einstellung zur der Arbeitsmarktintegration konnten die befragten ExpertInnen keine wesentlichen Unterschiede zu Personen ohne

Migrationshintergrund erkennen. In einigen Fällen wurde eher von einer sehr hohen Motivation der Personen mit Migrationshintergrund berichtet (P6\_1: 114; P8: 113).

## **10 Lebens- und Arbeitsperspektiven älterer ArbeitnehmerInnen unter besonderer Berücksichtigung des Migrationshintergrunds – qualitative Ergebnisse**

In vorangehendem Kapitel 9 wurden Herausforderungen und Handlungsmöglichkeiten zur Verbesserung der Arbeitsmarktintegration von gesundheitlich eingeschränkten älteren Arbeitskräften sowie den spezifischen Aspekten bei Personen mit Migrationshintergrund aus Sicht von 20 befragten ExpertInnen dargestellt. Den Kern der vorliegenden Arbeit bildet jedoch die Befragung von 101 Betroffenen, also gesundheitlich eingeschränkten Personen im höheren Erwerbsalter, im Rahmen von Einzelinterviews. Besonderer Fokus wird dabei auf Personen mit Migrationshintergrund gelegt. Im Zentrum der Erhebung stehen die individuellen Perspektiven auf das weitere Leben sowie die Bedeutung von Erwerbsarbeit und ihren Möglichkeiten. Die Kernthemen der Befragung und damit die forschungsleitend Fragestellungen lauten:

- Wie gestalten sich die Lebens- und Berufsperspektiven älterer Menschen, die gesundheitlich eingeschränkt sind?
- Bestehen Unterschiede in der individuellen Lebens- und Berufsplanung älterer Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen zwischen
  - Männern und Frauen?
  - Personen mit unterschiedlichem Bildungshintergrund?
  - unterschiedlichen Berufsgruppen?
  - Personen mit und ohne Migrationshintergrund?
- Welche Rolle spielen der spezifische Migrationshintergrund und die Migrationsgeschichte einer Person?
- Welche Rolle spielen spezifische Arbeitsfelder, in denen die Betroffenen tätig sind bzw. waren?
- Kommt es im Laufe des Rehabilitationsprozesses zu einer Änderung der Einstellung zur beruflichen Wiedereingliederung?
- Unter welchen Bedingungen sind rehabilitierte ältere Personen bereit bzw. in der Lage, wieder eine Arbeit aufzunehmen, in Bezug auf
  - Arbeitszeit, Entlohnung, Beruf, Status, Arbeitsort, etc.?
  - Gibt es Unterschiede im Verhalten/den Erwartungen zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund?
  - Gibt es Unterschiede zwischen den Erwartungen und Möglichkeiten der österreichischen Stakeholder und der älteren gesundheitlich eingeschränkten Personen?
- Welchen Effekt hat die Reform der Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension (SRÄG 2012) auf Personen, die angesichts ihres Alters und ihrer gesundheitlichen Einschränkung(en) darauf gesetzt haben, in Invaliditätspension gehen zu können, wenn auch nur befristet, und jetzt erkennen müssen, dass eine berufliche Neuorientierung notwendig ist?

## **10.1 Methodische Vorgehensweise und Beschreibung der Stichprobe**

Die qualitative Befragung einer derart spezifischen Zielgruppe in großem Umfang erfordert ein komplexes Vorgehen, sowohl bei der Auswahl und dem Zugang zu den InterviewpartnerInnen, wie auch bei der Erhebung, Aufbereitung und Analyse des Datenmaterials. Die einzelnen Schritte der Erhebungen werden nachfolgend beschrieben.

### **10.1.1 Konzeption und Durchführung der Interviews**

Im Zuge der Konzeption der Interviews muss auf verschiedene Ansprüche Rücksicht genommen werden: Einerseits soll die Interviewform eine möglichst freie Erzählung der eigenen Biografie, andererseits auch eine Zuspitzung auf einzelne konkrete Erfahrungen und spezifisches Wissens ermöglichen. Des Weiteren muss die Interviewform ein deduktives wie auch induktives Vorgehen zulassen. Durch die vorangegangenen ExpertInnen-Interviews, wie auch aufgrund der statistischen Analysen und Ergebnisse, der Literatur- und Datenanalyse auch aus internationaler Perspektive können zwar einerseits Annahmen über bestimmte Inhalte und Zusammenhänge geschlossen werden, trotzdem muss das Interview so frei konzipiert sein, dass neue Aspekte, subjektive Einschätzungen und persönliche Erfahrungen erhalten bleiben können (vgl. Lamnek 2010: 333). Aufgrund dieser Anforderungen wurde eine Mischung verschiedener Interviewformen gewählt, die als episodisches, problemzentriertes und leitfadengestütztes Interview betrachtet werden kann.

Der Zugang zu den InterviewpartnerInnen erfolgt mit Unterstützung der Institutionen, die in den Prozess der beruflichen und/oder medizinischen Rehabilitation involviert sind. Insgesamt wurden 64 Interviews in unterschiedlichen regionalen Geschäftsstellen des AMS (Linz, Traun und Wels in Oberösterreich, Krens und St. Pölten in Niederösterreich), 22 Interviews in Sonderkrankenanstalten-Rehabilitationszentren der Pensionsversicherungsanstalt (Weyer, Bad Schallerbach und Bad Ischl in Oberösterreich, Laab am Walde in Niederösterreich und Baumgartner Höhe in Wien), 12 weitere Interviews im BBRZ in Wien und zusätzlich 3 Interviews in einer niedergelassenen Praxis für Psychotherapie in Niederösterreich geführt. Um die Frage der migrations- und kulturspezifischen Aspekte für die Lebens- und Arbeitsperspektiven älterer gesundheitlich eingeschränkter Personen abbilden zu können, wurde versucht, einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Befragten mit Migrationshintergrund zu erreichen. Da MigrantInnen – wie bereits aus den ExpertInnen-Befragungen ersichtlich wurde – insbesondere im Bereich der Rehabilitation unterrepräsentiert sind, war es hier auch schwieriger, InterviewpartnerInnen mit Migrationshintergrund zu erreichen. Dies war hingegen beim Zugang über das AMS kein Problem. Daraus ergibt sich auch der hohe Anteil an InterviewpartnerInnen, die über das AMS erreicht wurden.

Der regionale Fokus der qualitativen Befragung von Betroffenen wurde einerseits aus forschungspraktischen Gründen auf Oberösterreich und Niederösterreich gelegt, andererseits aber sind beide Bundesländer geprägt von unterschiedlichen Bevölkerungs- und Wirtschaftsdynamiken und können in Kombination daher ein repräsentatives Bild für

Gesamt-Österreich liefern. Insgesamt wurden zwischen Juli 2016 und Februar 2017 40 Interviews in Oberösterreich, 46 in Niederösterreich und 15 in Wien durchgeführt.

Die KlientInnen und PatientInnen, die in die Zielgruppe fallen, wurden vorab von den jeweiligen Institutionen über das Thema der Befragung aufgeklärt. Nach Unterzeichnung einer Einverständniserklärung zum Interview, wurden die Interviewtermine von den Mittlerinstitutionen organisiert, damit Anonymisierung und Datenschutz vollständig gewährleistet werden konnte. Zu Beginn des Interviews wurden Alter, Geschlecht und Interviewort (Institution) erfasst und nochmals darauf hingewiesen, dass die Befragung anonym und mittels Tonträger aufgenommen wird. Ein Interviewpartner verweigerte die Tonaufnahme, hier wurden Notizen während des Gesprächs geführt. Dann wurde zumeist mit einer sehr offenen, erzählgenerierenden Frage zur Lebensgeschichte und der beruflichen Laufbahn der jeweiligen Person mit der Befragung begonnen:

*„Ja, also wie gesagt, uns interessiert eben eigentlich ihre Geschichte. Das heißt ihr Ausbildungsweg, ihr Berufsweg, dann die gesundheitliche Situation und einfach, was Sie sich vorstellen für die Zukunft. Deshalb dürfte ich Sie einfach einmal bitten, dass Sie, ja, mal erzählen- wo Sie herkommen, wo Sie geboren sind?“  
(InterviewerIn, P12: 006).*

In der ersten Phase des Interviews kam es vermehrt zu kurzen und prägnanten Antworten, wobei die Zurückhaltung der befragten Personen meist im Laufe des Interviews abnahm. Durch den Einstieg mit einer offenen Fragestellung fiel es den befragten Personen leichter, in das Thema zu finden und die anfängliche Nervosität rasch abzubauen. Durch weiterführende offene Fragen des Interviewers, die auf bestimmte Themen bezogen waren, wurde das Interview in die gewünschte Richtung gelenkt, ohne dass es zu einer Beeinflussung der Antworten kam (Flick 2012: 239). Es folgten meist lange ausführliche Erzählungen über persönliche Erfahrungen und individuellen Bemerkungen sowie Bedürfnissen. Der Fokus auf Erfahrungen der befragten Personen zur Migrationsgeschichte, Entstehung und Behandlung von gesundheitlichen Problematiken sowie beruflichen Laufbahn und dessen Zusammenhang mit den beiden erstgenannten Themenbereichen sowie die Darstellung von Situationsabläufen legte nahe, regelmäßige Aufforderungen zum Erzählen von Situationen zu machen, um all diese erfassen zu können (Flick 2012: 241). Der begleitende Leitfaden wurde als Unterstützung und Anhaltspunkt für den/die InterviewerIn betrachtet und gewährleistete ein Abdecken aller relevanten Inhalte und eine Teilstandardisierung und Vergleichbarkeit der einzelnen Interviews. Die einzelnen Themen waren dabei nicht nach einer fixen Abfolge strukturiert. Die InterviewpartnerInnen wurden durch die abwechselnd offenen und spezifischen Fragen des/der InterviewersIn durch die einzelnen Themenbereiche geführt, wobei die Abfolge von der Erzählweise der InterviewpartnerInnen abhängig war. Der Interviewleitfaden findet sich in Anhang 2.

Die Dauer der Interviews bewegte sich zwischen sieben Minuten als kürzestes und eine Stunde, zwölf Minuten als längstes Interview. Die durchschnittliche Dauer lag bei 31 Minuten. Die 101 Interviews wurden von fünf Interviewerinnen in Räumlichkeiten der

vermittelnden Institutionen geführt. Anschließend wurden die Interviews vollständig transkribiert und analysiert.

### **10.1.2 Analyse der Interviews**

Aufgrund der umfangreichen und komplexen Menge an Datenmaterial war es notwendig vorab ein Kodier- und Kategorien-System zu entwickeln (deduktiv), das jedoch während des Kodierungsprozesses laufend erweitert wurde (induktiv). Die Erstellung eines detaillierten Kodierschemas war insbesondere bei der großen Datenmenge essentiell, da gewährleistet werden musste, dass jedes der Interviews nach demselben Kategoriensystem kodiert wurde. Zu diesem Zweck wurden in einem ersten Schritt unter Zuhilfenahme von Mindmaps die unterschiedlichen übergeordneten Inhalte der Interviews (soziodemographische Daten, Familie, Ausbildung, Arbeit, Migrationsgeschichte, Gesundheitliche Situation und Gesundheitsprobleme, Gesundheitssystem, medizinische und berufliche Rehabilitation, Pension, Zukunftsperspektiven) in einer Kombination aus induktivem und deduktivem Vorgehen definiert und strukturiert. Diese anfänglichen Themen nahmen im Zuge der Auswertung mit der Analysesoftware ATLAS.ti den Platz der sogenannten „Superfamilien“ ein. Eine Superfamilie besteht wiederum aus unterschiedlichen konkreteren „Familien“, die dann die „Codes“ mit den eigentlichen Inhalten enthalten. Insgesamt wurden 1.968 Codes in 108 Familien ausformuliert und gegliedert. Es wurden insgesamt 4.445 Zitate codiert.

Im Zuge der Analyse war es wesentlich, die verschiedenen Ansprüche, die an das Interview gestellt wurden, zu wahren. Einerseits mussten persönliche Erfahrungen und biografische Elemente erhalten, andererseits konkretes und spezifisches Wissen herausgefiltert werden.

Die verwendeten Zitate wurden linguistisch und grammatikalisch nur soweit korrigiert bis eine Verständlichkeit gegeben war, wobei sich die Zitate so nahe wie möglich an der Originalaussage orientieren. Des Weiteren muss klargestellt werden, dass es sich um die Sicht und Wahrnehmung der InterviewpartnerInnen handelt und die Aussagen daher nicht nach ihrer Richtigkeit sondern nach ihren subjektiven Einschätzungen und Erfahrungen beurteilt und verstanden werden sollen.

### **10.1.3 Zusammensetzung der InterviewpartnerInnen**

Insgesamt wurden 101 Personen, darunter 46 Frauen und 55 Männer, im Alter von 40 bis 74 Jahren im Zeitraum von Juli 2016 bis Februar 2017 interviewt. 46 der InterviewpartnerInnen sind MigrantInnen erster Generation und somit selbst im Ausland geboren. Die Herkunftsländer sind Bosnien (zwölf Personen), Serbien (sieben Personen), Türkei (sechs Personen), Kroatien (drei Personen), Tschechien, Rumänien, Polen, Kosovo (jeweils zwei Personen), Ungarn, Nigeria, Montenegro, Kuba, Italien, China, Bulgarien, Algerien und Ägypten (jeweils eine Person). Eine Person nannte Ex-Jugoslawien als ihr Herkunftsland. Weitere vier Personen sind MigrantInnen zweiter Generation – mindestens ein Elternteil wurde jeweils im ehemaligen Jugoslawien (zwei Personen), in Dänemark (eine Person) und in Deutschland (eine Person), die Befragten haben ihren Geburtsort jedoch in Österreich.

**Tabelle 6: Zusammensetzung der InterviewpartnerInnen nach Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund, Sprache und Staatsbürgerschaft**

<b>Geschlecht</b>	Männlich	55
	Weiblich	46
<b>Alter (Geburtsdatum)</b>	Geboren vor 1.1.1964	35
	Geboren nach 1.1.1964	61
	Keine genaue Altersangabe	5
<b>Alter in Jahren</b>	47 Jahre oder jünger	24
	48 bis 51 Jahre	32
	52 bis 55 Jahre	26
	56 Jahre oder älter	17
	Keine Angabe	2
<b>Migrationshintergrund</b>	Mit Migrationshintergrund (zumindest ein Elternteil im Ausland geboren)	50
	Ohne Migrationshintergrund	51
<b>Erstsprache</b>	Deutsch	55
	Nicht-Deutsch	46
<b>Staatsbürgerschaft</b>	Österreich	66
	Nicht-Österreich	13
	Keine Angabe	22

Quelle: DUK-Erhebung und DUK-Darstellung.

Zum Zeitpunkt der Befragung waren 44 Interviewpartner/innen verheiratet, zehn lebten in Partnerschaft, 25 waren geschieden, 8 gaben an, ledig zu sein, 2 waren verwitwet und 12 Personen gaben keinen (genauen) Familienstand an. 38 interviewte Personen gaben Niederösterreich als Wohnort an, 30 Oberösterreich, 24 Wien, eine Person Salzburg und acht Interviewpartner/innen haben keine genauen Aussagen zum Wohnort getroffen. Eine Klassifizierung der angegebenen Wohnorte anhand von DEGURBA<sup>42</sup> ergab, dass 37 Interviewpartner/innen in Städten<sup>43</sup> (Linz, Wien), 24 in kleineren Städten und Vororten<sup>44</sup>, 20 in ländlichen Gebieten<sup>45</sup> wohnten, 20 Personen machten keine genaue Angabe zum Wohnort.

<sup>42</sup> DEGURBA (degree of urbanisation – Verstädterungsgrad) ist eine Klassifikation der Europäischen Kommission, die alle lokalen Verwaltungseinheiten in drei Gebietstypen einteilt: Städte (dicht besiedelte Gebiete), Kleinere Städte und Vororte (Gebiete mit mittlerer Bevölkerungsdichte) und ländliche (dünn besiedelte) Gebiete.

<sup>43</sup> Zusammenhängende Gebiete (>1km<sup>2</sup>) mit Bevölkerungsdichte >1.500 Personen/km<sup>2</sup> und Bevölkerungszahl ≥50.000 (Eurostat, DEGURBA)

<sup>44</sup> Gruppen von zusammenhängenden Gebieten (>1km<sup>2</sup>) mit Bevölkerungsdichte >300 Personen/km<sup>2</sup> und Bevölkerungszahl ≥5.000 (Eurostat, DEGURBA)

<sup>45</sup> Gebiete außerhalb städtischer Regionen (Eurostat, DEGURBA)



**Tabelle 7: Zusammensetzung der InterviewpartnerInnen nach Familienstand und Wohnort**

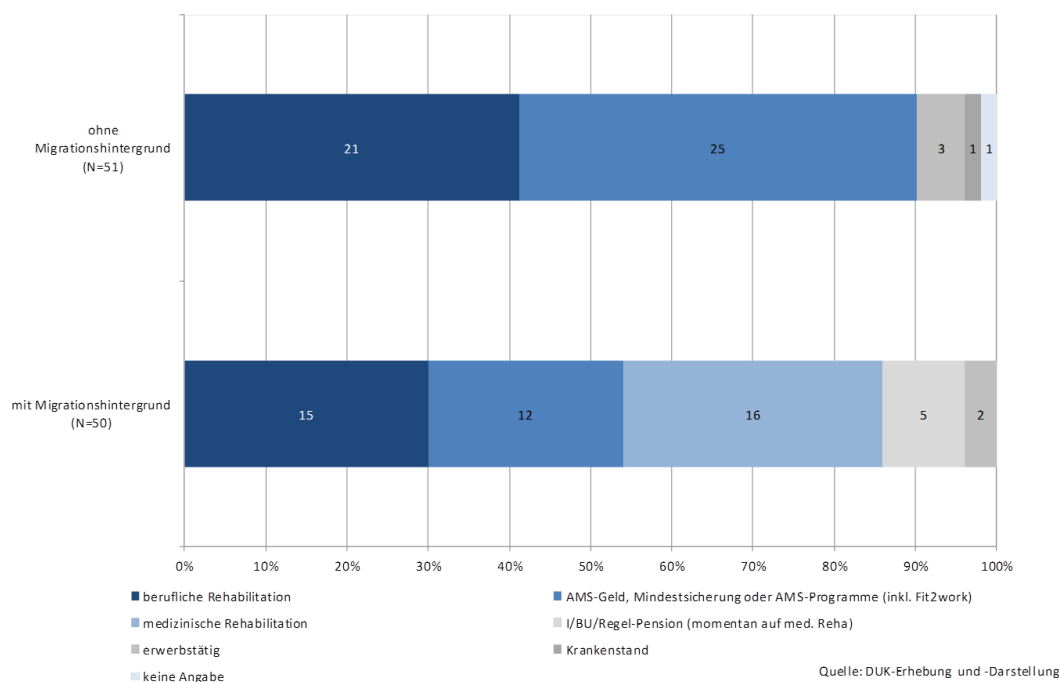
<b>Familienstand zum Zeitpunkt der Befragung</b>	Verheiratet	44
	In Partnerschaft	10
	Geschieden	25
	Ledig	8
	Verwitwet	2
	Keine (genaue) Angabe	12
<b>Wohnort</b>	Niederösterreich	38
	Oberösterreich	30
	Wien	24
	Salzburg	1
	Keine Angabe	8
<b>Grad der Urbanisierung (Einteilung nach EK, Statistik Austria, 17.02.2017)</b>	Städte	37
	Kleinere Städte und Vororte	24
	Ländliche Gebiete	20
	keine genaue Angabe	20

Quelle: DUK-Erhebung und DUK-Darstellung.

Von den 101 InterviewpartnerInnen befanden sich zum Zeitpunkt des Interviews 36 Personen in einer beruflichen Rehabilitation (21 Personen ohne und 15 Personen mit Migrationshintergrund), 31 davon beim BBRZ (Phase I: vier Personen; Phase II REHA-Kombinationen: sechs Personen; Phase II REHA-Planung: eine Person; Phase III MAAB: eine Person; Phase III Standard: 16 Personen; Zusatz nach Umschulung: drei Personen). Vier weitere Personen befanden sich zum Zeitpunkt des Interviews in einer Umschulung/Ausbildung durchgeführt und/oder finanziert von anderen Stellen (WIFI; AMS-Lehre; AQUA; IAB-Stiftung). Eine Person absolvierte gerade das Arbeitstraining beim ATZ Oberösterreich. 33 weitere Personen waren zum Zeitpunkt des Interviews beim AMS gemeldet und/oder erhielten Mindestsicherung. Davon hatten sieben Personen bereits eine Umschulung im Zuge der beruflichen Rehabilitation abgeschlossen. Vier Personen durchliefen verschiedene AMS-Programme, inklusiver einer Person, die zuvor bereits eine Umschulung im Zuge der beruflichen Rehabilitation abgeschlossen hatte und einer Person, die sich momentan bei Fit2Work befand. Eine weitere Person war im Krankenstand, wobei sie ansonsten beim AMS gemeldet ist. 21 Personen (alle mit Migrationshintergrund) befanden sich in einer medizinischen Rehabilitation (Sonderkrankenanstalt-Rehabilitationszentrum), wobei davon sechs InterviewpartnerInnen in einer Form der

Pension (Invaliditäts-, Berufsunfähigkeits-, Regelpension), sieben Personen beim AMS gemeldet waren, und weitere sieben Personen nach wie vor ein aufrechtes Beschäftigungsverhältnis hatten. Aufgrund der Mitversicherung bei ihrem Ehemann konnte eine weitere Person, die selbst nie erwerbstätig war, ein Rehabilitationszentrum besuchen. Fünf Personen hatten Krankenstand, medizinische und/oder berufliche Rehabilitation bereits abgeschlossen und sind zum Zeitpunkt des Interviews wieder erwerbstätig (drei ohne und zwei mit Migrationshintergrund). Davon hatten zwei Personen eine Lehre im Zuge der beruflichen Rehabilitation absolviert. Eine Person hat keine genaue Angabe zum derzeitigen Status gegeben. Nachfolgende Abbildung 39 zeigt den derzeitigen Rehabilitations-/Erwerbsstatus der InterviewpartnerInnen.

**Abbildung 39: Rehabilitations-/Erwerbsstatus der InterviewpartnerInnen nach Migrationshintergrund**



Quelle: DUK-Erhebung und DUK-Darstellung.

Die höchste abgeschlossene Schulbildung<sup>46</sup> ist bei 57 InterviewpartnerInnen der zweite Sekundarbereich (ISCED 3). Dieser Bereich umfasst Einrichtungen, die sich auf die allgemeine Bildung oder Berufsbildung konzentrieren. In Österreich sind dies zum Beispiel Berufsschulen (Lehre), Berufsbildende mittlere Schulen und Oberstufen von Allgemeinbildenden höheren Schulen. (OeAD 2017) Insgesamt 15 Personen haben eine niedrigere Schulausbildung als die soeben genannte abgeschlossen – davon drei InterviewpartnerInnen den Primarbereich (ISCED 1) und zwölf Personen den ersten Sekundarbereich (ISCED 2). Die erste ISCED-Stufe umfasst in Bezug auf Österreich die Volksschule, während die zweite Stufe die Hauptschule, Neue Mittelschule und die Unterstufen der Allgemeinbildenden höheren Schulen

<sup>46</sup> Klassifikation nach Internationale Standardklassifikation im Bildungswesen (ISCED)

umschließt. Eine Person gab an, keine Ausbildung besucht zu haben. Es handelt sich hier also um Personen, die höchstens über einen Pflichtschulabschluss verfügen. (OeAD 2017)

Die Stufe vier der ISCED-Klassifikation, die Abschlüsse umfasst, die nach einer Sekundarbildung stattfinden jedoch nicht in den Tertiären Bereich zuzuschreiben sind (z.B.: Gesundheits- und Krankenpflegeschulen) gaben drei InterviewpartnerInnen als ihren höchste abgeschlossene Schulausbildung an. Die Ausbildung von 18 weiteren Personen kann der Schulstufe ‚Kurzes tertiäres Bildungsprogramm‘ (ISCED-5) zugeschrieben werden. Dabei handelt es sich hauptsächlich um „sämtliche postsekundäre Abschlüsse [...], die den AbsolventInnen professionelles Wissen Fertigkeiten und Kompetenzen typischerweise praxisorientiert vermittelt“ (OeAD 2017). Es werden daher zum Beispiel Berufsbildende Höhere Schulen ab dem 4. Jahrgang, Aufbaulehrgänge, Meisterschulen und Kollegs dazugezählt. Vier interviewte Personen haben ein Bachelor-, Master- oder gleichwertiges Bildungsprogramm (ISCED-6 und ISCED-7) abgeschlossen (OeAD 2017). Drei weitere Personen machten keine Angaben zu ihrer höchsten abgeschlossenen Schulbildung.

**Tabelle 8: Höchste abgeschlossene Ausbildung der InterviewpartnerInnen nach Migrationshintergrund (MH)**

	mit MH (N=50)	ohne MH (N=51)	Gesamt
keine Ausbildung besucht	1	0	1
Primarbereich - ISCED 1	3	0	3
Sekundarbereich I - ISCED 2	8	4	12
Sekundarbereich II - ISCED 3	23	34	57
Postsekundärer, nicht tertiärer Bereich - ISCED 4	2	1	3
Kurzes tertiäres Bildungsprogramm - ISCED 5	8	10	18
Bachelor-, Master- bzw. gleichwertiges Bildungsprogramm - ISCED 6+7	2	2	4
keine Angabe	3	0	3

Quelle: DUK-Erhebung und DUK-Darstellung.

Des Weiteren haben insgesamt 26 der interviewten Personen eine oder mehrere Fortbildungen im Zuge der Ausübung ihrer Arbeitstätigkeit besucht. Weitere zwölf Personen schlossen Weiterbildungen ab, um das eigene Qualifikationsprofil auszubauen. Zwei InterviewpartnerInnen erlernten hingegen ihren Beruf im „Selbststudium“:

*„Na alles im Selbststudium, weil eben in dem Sinn keine Zeit nicht war für irgendwo was studieren oder weiß i ned, was machen nebenbei. Weil ich hab ja arbeiten a müssen für die Firma, ned. Das andere hab ich mir dann irgendwie so, das hat man sich so zamklauben müssen. Weil es eben damals noch nicht wirklich was geben hat, was g’scheites. Na gut, dann hat sich das eigentlich entwickelt“ (P54: 037).*

Von den 101 InterviewpartnerInnen haben 55 Personen ihre gesamte Ausbildung in Österreich absolviert, wobei davon erwartungsgemäß der Großteil (N=50) keinen Migrationshintergrund hat. Sechs Personen mit Migrationshintergrund gaben an, dass sie

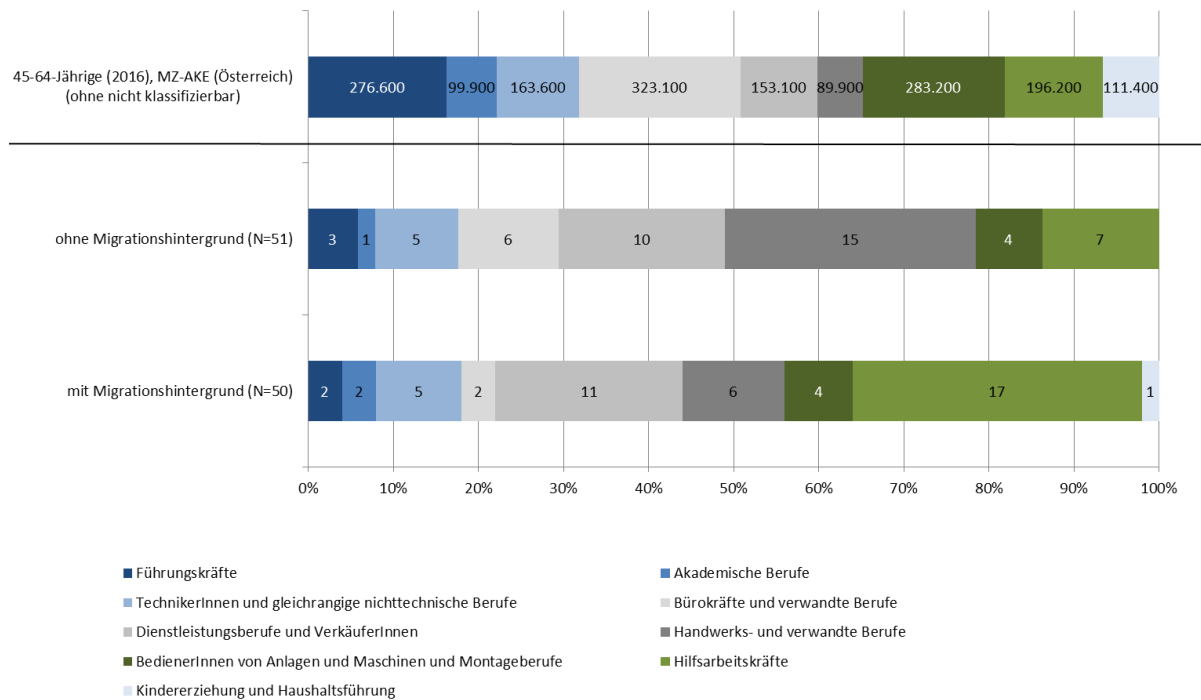
ihre Schulausbildung im Heimatland begonnen und in Österreich abgeschlossen haben. 34 weitere InterviewpartnerInnen schlossen ihre gesamte Ausbildung im Ausland ab, wobei nur vier Personen angaben, diese in Österreich nostrifiziert haben zu lassen. Drei InterviewpartnerInnen ließen ihre Grundausbildung, die im Ausland erfolgt ist, in Österreich nicht anrechnen, absolvierten hier jedoch eine Berufsausbildung auf dem zweiten Bildungsweg. Umgekehrt absolvierte eine Person ohne Migrationshintergrund ihren ersten Bildungsweg in Österreich, den zweiten Bildungsweg aber im Ausland. Eine Interviewpartnerin wuchs aufgrund der Gastarbeit der Eltern in Deutschland auf, wo sie auch die Schule besuchte, jedoch durch die Rückkehr der Familie nach Serbien ihre Ausbildung dort abschloss.

Drei der InterviewpartnerInnen gaben an, dass sie (ohne die Berücksichtigung des Berufs, der in einer etwaigen Umschulung erlernt wurde) einen akademischen Beruf ausüben, fünf Personen waren Führungskräfte und zehn waren TechnikerInnen oder übten gleichrangige nicht-technische Berufe (z.B.: KrankenpflegerIn) aus. Acht InterviewpartnerInnen waren Bürokräfte oder übten verwandte Berufe aus, 21 waren in Dienstleistungsberufen oder als VerkäuferInnen tätig und weitere 21 gaben Handwerks- oder verwandte Berufe an. Acht BedienerInnen von Anlagen und Maschinen sowie MonteureInnen, 24 Hilfsarbeitskräfte sowie eine Person in der Kindererziehung und Haushaltsführung wurden interviewt<sup>47</sup>. Diese Aufteilung ähnelt der allgemeinen österreichischen Verteilung, wobei die Hilfsarbeitskräfte bei Personen mit Migrationshintergrund sowie die Handwerks- und verwandten Berufe bei Personen ohne Migrationshintergrund überdurchschnittlich repräsentiert sind.

---

<sup>47</sup> Einteilung erfolgte nach der Ö-ISCO 08-Struktur (Statistik Austria)

**Abbildung 40: Beruf der InterviewpartnerInnen nach Migrationshintergrund (MH) im Vergleich zur Verteilung für Gesamt-Österreich (MZ-AKE 2016)**



Quelle: DUK-Erhebung und -Darstellung. Statistik Austria, MZ-AKE 2016, StatCube.

Quelle: DUK-Erhebung und DUK-Darstellung. Statistik Austria MZ-AKE 2016, StatCube.

Auch Dienstleistungsberufe und VerkäuferInnen sind in dieser Stichprobe bei beiden Personengruppen überrepräsentiert, während Bürokräfte und verwandte Berufe vor allem bei Personen mit Migrationshintergrund in geringerem Ausmaß vertreten sind.

## 10.2 Ausbildung, Beruf und Berufsschutz und die Rolle des Migrationshintergrunds

### 10.2.1 Umgang mit im Ausland erworbenen Qualifikationen und Nostrifizierung

In Österreich sind Personen mit Migrationshintergrund häufiger als Personen ohne Migrationshintergrund in Berufen tätig, die nicht ihrer Ausbildung entsprechen. Laut Gächter (2006) ist der Anteil an Arbeitskräften, die für ihre Arbeit überqualifiziert sind, unter MigrantInnen doppelt so hoch wie bei einheimischen Personen. Um einen Beruf in Österreich ausüben zu können, der im Ausland erlernt wurde, muss in vielen Fällen ein Antrag auf Anerkennung dieser Ausbildung gestellt werden (Nostrifizierung) (Statistik Austria 2015: 50). Oftmals wird ein Nostrifizierungsverfahren entweder nicht begonnen, negativ beendet oder zwar positiv durchlaufen, aber dennoch wird der erlernte Beruf in Österreich nicht ausgeübt. (Biffi/ Pfeffer/ Skrivaneck 2012: 10f.) Untersuchungen zeigen, dass ein Großteil der Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, auf die Nostrifizierung verzichten. Dies hat folgende Gründe: Einige ZuwanderInnen sehen keinen beruflichen Vorteil in der Anerkennung der Ausbildung, da die Praxiskenntnisse, wichtiger sind, als der tatsächliche Nachweis der absolvierten Ausbildung (z.B.: KellnerInnen) (Statistik

Austria 2015: 50; P104). Ein wesentlicher Grund liegt auch im fehlenden Bewusstsein über die Möglichkeiten und Wichtigkeit der Anerkennung. Hinzu kommt, dass oftmals relevante Dokumente fehlen (z.B.: bei Flüchtlingen) (Biffli/ Pfeffer/ Skrivanek 2012: 11). „Schwierigkeiten bei der Transferierbarkeit von Wissen bei stark länder- oder systembezogener Ausbildungen, z.B. Jus“ (Biffli/ Pfeffer/ Skrivanek 2012: 11) sind darüber hinaus ein wesentlicher Grund, höhere Ausbildungen nicht anrechnen zu lassen bzw. anrechnen lassen zu können. Einer der Hauptgründe ist, dass durch die Behördengänge und teilweise jahrelange Prozesse starke finanzielle (und psychische) Belastungen entstehen, die dazu führen, dass Antragstellungen generell unterlassen werden (Statistik Austria 2015: 50; P22, P86), wobei hier mitunter die sprachlichen Barrieren eine bedeutende Rolle spielen, wie folgende Interviewpartnerin aufzeigt. Die mittlerweile 53-jährige Frau hat in Bosnien die Mittlere Schule für Bau, Architektur und Technik besucht, diese Ausbildung jedoch nie in Österreich nostrifizieren lassen.

*„Ich bereue bis heute, warum hab ich das nicht am Anfang, als ich bei den Kindern zu Hause war... Nur, es war diese Hemmung – ich kann nicht Deutsch – wie kann ich mein Diplom nostrifizieren. [...] Und ich hab mich immer geschämt und jeder weiß wie ich rede und wie ich Fehler mache. Und kann nicht richtig schreiben und so – und das ist unangenehm – wenn jemand schon erwachsen ist und mit solchen banalen Sachen beginnt dann ist das lächerlich. Und unangenehm ist das. Bei Kindern ist es anders, aber bei erwachsenen ist es unangenehm“ (P102: 041).*

Laut Weichbold et al. (2015) haben die Sprachkenntnisse, aber vor allem der Migrationsgrund einen wesentlichen Einfluss auf die Frage, ob und wann jemand seine Ausbildung nostrifizieren lässt. Wenn die Migration aufgrund persönlicher konkreter beruflicher Zukunftsperspektiven stattfindet, informiert sich die betreffende Person weit schneller, wenn nicht sogar vor der Migration, über etwaige Anerkennungsmöglichkeiten. Im Gegensatz dazu stehen Personen, die aufgrund von einer schlechten wirtschaftlichen Lage, politischer Verfolgung oder Krieg im Herkunftsland migrieren. Hier ist „die Not, das Land zu verlassen, größer [...] als die Dringlichkeit eine entsprechende Tätigkeit in Österreich auszuüben“ (Weichbold et al. 2015: 82). Auch bei einer Migration im Rahmen des Familiennachzugs ist der eigene Beruf bzw. die Anrechnung der Ausbildung nachgestellt. Vorerst stehen die Familienzusammenführung und, wenn möglich, die sofortige Arbeitsaufnahme im Vordergrund. Mehrere InterviewpartnerInnen, vor allem weibliche, gaben an, dass sie wegen ihres/r Partners/In nach Österreich gekommen sind (P5, P19, P28, P30, P31, P52, P86, P89, P102, P103, P109). Eine Nostrifizierung wurde – vorerst – nicht angestrebt.

Bei der Entscheidung, ob die im Ausland erlangten Qualifikationen in Österreich angerechnet werden sollen, sind die weitergegebenen Erfahrungen von anderen MigrantInnen ein nicht zu unterschätzender Faktor. Ein 54-jähriger Interviewpartner aus dem Kosovo mit abgeschlossenem Studium der Geologie und Berufserfahrung als Lehrer für Kartografie hat

seine Ausbildung in Österreich aufgrund der Erfahrungen eines Kollegen und aus finanziellen Gründen zu Beginn nicht nostrifizieren lassen. Er schildert:

*„Der Kollege, der war damals schon ein paar Jahre vor mir her, und er hat probiert das Diplom zertifizieren zu lassen. Und bei uns war das Schulsystem fast dasselbe wie im kommunistischen Russland. Er war aus der Sowjetunion und er ist damals abgelehnt worden, denn er musste noch circa 18 Prüfungen hier absolvieren. Die gesamte Zeit waren 40 Prüfungen, und ich musste 8 Prüfungen hier nachmachen. Bei ihm ist das abgelehnt worden. Weil ich dasselbe Problem hatte, habe ich es gar nicht probiert. Ich könnte hier nur leben wenn ich ein Einkommen habe. Bei uns gab es damals ein anderes System. So etwas wie Mindestversicherung oder sowas, bei uns hat niemand das bekommen, musste Geld verdienen für meine Familie, ich hab's deswegen gar nicht probiert, dass ich wieder in eine Schule gehe, ich konnte es mir gar nicht leisten“ (P22: 059).*

Nach einigen Jahren und nachdem sich seine finanzielle Lage stabilisiert hatte, wollte der Interviewpartner seine Ausbildung nicht mehr anrechnen lassen, weil er jahrelang keinen Zugang zu dem Feld und daher viele Entwicklungen innerhalb seiner Wissenschaft verpasst hatte:

*„Das erste Mal, dass wir als Student einen Computer sehen konnten. 3 Monate vor meiner Diplomierung ist der Computer gekommen, wir haben nur angeschaut, aber wusste niemand was das ist. Wir haben angeschaut wie das System funktioniert, aber nur so, und heutzutage man kann ohne Computer nix mehr tun. In meinem Beruf auch, die Diplomarbeit habe ich noch auf der Schreibmaschine geschrieben, das ist der große Unterschied. Ich denke dass ich den Schritt in den Beruf verloren habe und ich brauche sehr viel Zeit dafür dass ich ungefähr das erreichte habe, was ich mit der Zeit verloren habe (P22: 061-063).*

Diese Ausführungen finden sich in vielen Interviews wieder und betreffen vor allem Menschen, die in den 1990er Jahren aus dem ehemaligen Jugoslawien nach Österreich geflohen bzw. migriert sind, oft hochqualifiziert. Insbesondere für diese Gruppe spielt die technische bzw. technologische Entwicklung, die vor allem ab den 1990er Jahre eingesetzt hat, eine große Rolle. Die Digitalisierung hat seitdem zunehmend Einzug in die Arbeitswelt gehalten und wenn die Nostrifizierung nicht rasch durchgeführt wurde bzw. die Anrechnung einen langen Zeitraum in Anspruch genommen hat, kam es häufig zu einer Art “technischer Berufsdistanzierung“, die die betreffenden Personen wiederum daran hindert(e), den ursprünglich erlernten Beruf auszuüben bzw. nostrifizieren zu lassen.

Von insgesamt 35 befragten Personen mit Migrationshintergrund, die ihre Ausbildung im Ausland abgeschlossen haben, gaben nur fünf Personen (rund 15%) an, dass sie ihre Ausbildung erfolgreich nostrifizieren lassen konnten. Diese übten ihren erlernten Beruf dann auch in Österreich aus. Eine 49-jährige Interviewpartnerin war vor ihrer Flucht aus dem damaligen Jugoslawien Krankenschwester. Als sie nach Österreich kam, war sie für kurze Zeit

als Hilfsarbeitskraft tätig bis sie die Chance erhielt, während der Dauer ihrer Nostrifizierung als Stationsgehilfin in einem Wiener Krankenhaus mitarbeiten zu können.

*„Die haben mich noch nicht erkannt, als Diplomierte. Aber als Stationsgehilfin damals bis ich nostrifiziere, ja. Und dann habe ich nach zwei Jahre nostrifiziert und dann habe ich mein Diplom wieder anerkannt gekriegt“ (P11: 128).*

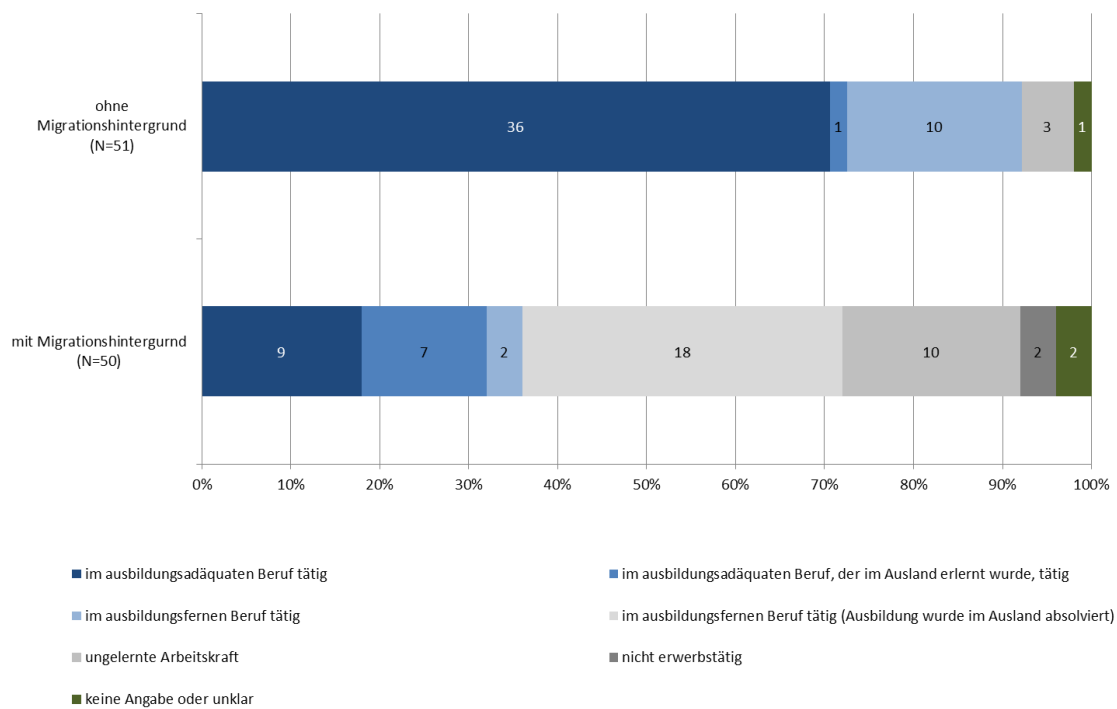
Durch die Möglichkeit, eine berufsnahe Arbeitsstelle anzunehmen und die starke Unterstützung von der Familie, die sie nach der Flucht aufgenommen hatte, sowie der Diözese Wien, konnte die Interviewpartnerin ihre Ausbildung nostrifizieren lassen. Sie schaffte so stark Fuß zu fassen, dass sie selbst als ihr Mann nach zwei Jahren aus dem jugoslawischen Krieg nachkommt und in ein anderes Land gehen wollte, in Österreich blieb. Die Anrechnung der eigenen Berufsausbildung im Zuzugsland stellt damit einen wichtigen Faktor für die Integration dar.

### **10.2.2 Berufsschutz und die Rolle der Dequalifizierung**

Insgesamt betrachtet, ohne etwaige Berufsumschulungen im Zuge der beruflichen Rehabilitation zu beachten, zeigt sich, dass von den InterviewpartnerInnen mehr als die Hälfte (N=53) im ausbildungsadäquaten Beruf tätig sind/waren, wobei 8 Personen diesen im Ausland erlernt hatten. Ein deutlicher Unterschied kann in Bezug auf den Migrationshintergrund erkannt werden: Während 37 von 51 Personen ohne Migrationshintergrund im ausbildungsadäquaten Beruf (36 im Inland erlernt, 1 im Ausland) tätig sind/waren (~73%), sind es bei den Personen mit Migrationshintergrund nur 16 von 50 (9 im Inland erlernt, 7 im Ausland) (32%). Höher ist bei den Personen mit Migrationshintergrund hingegen der Anteil der ungelerten Arbeitskräfte (N=10) und derjenigen, die in einem ausbildungsfernen Beruf tätig sind/waren (Ausbildung wurde im Ausland erlernt) (N=18) (Abbildung 41). Es zeigt sich daher deutlich, dass auch innerhalb der Stichprobe die Personen ohne Migrationshintergrund mehr als doppelt so oft als Personen mit Migrationshintergrund in einem ausbildungsadäquaten Beruf tätig sind/waren.



**Abbildung 41: Ausbildungsadäquate Beschäftigung nach Migrationshintergrund**



Quelle: DUK-Erhebung und -Darstellung

Quelle: DUK-Erhebung und DUK-Darstellung.

14 interviewte MigrantInnen nahmen nach ihrer Migration nach Österreich einen dequalifizierten<sup>48</sup> bzw. niederwertigeren Beruf an, wie etwa auch folgende Interviewpartnerin aus Serbien.

*„Ich habe technische Schule fertig gemacht mit Matura. Und ich bin Energietechnikerin [...] In Serbien, das habe ich alles gelernt, aber in Österreich ich habe im Verkauf gearbeitet!“ (P103: 042-057)*

Dies spiegelt sich klarerweise auch bei der Anerkennung des Berufsschutzes wider. Dieser ist maßgeblich für die weitere Vermittlung der betreffenden Person. Der Berufsschutz garantiert, dass eine versicherte Person nur auf Berufe ihrer Berufsgruppe verwiesen werden kann. Dieser kann bei „überwiegender Tätigkeit in einem erlernten (angelernten) Beruf oder Erwerbstätigkeit als Angestellte/r, wenn diese innerhalb der letzten 15 Jahre vor dem Stichtag in zumindest 90 Pflichtversicherungsmonaten ausgeübt wurde“ (PVA 2017) anerkannt werden. In einem Zeitrahmen von weniger als 15 Jahren zwischen Beendigung der Ausbildung und dem Stichtag muss der erlernte/angelernte Beruf in wenigstens der Hälfte der Zeit, aber zumindest zwölf Versicherungsmonate, ausgeübt worden sein. Liegt das Ausbildungsende schon mehr als 15 Jahre zurück müssen mindestens 90 Pflichtversicherungsmonate erfüllt werden, wobei dieser Zeitraum um Zeiten des Wochengeldes, Präsenz- und Zivildienst sowie Kindererziehung zu verlängern ist (PVA 2017).

<sup>48</sup> Siehe dazu auch „3. Wiener Integrations- & Diversitätsmonitor 2011-2013“, MA17 – Integration und Diversität, 2014.

Da, wie zuvor aufgezeigt, Menschen mit Migrationshintergrund häufig in Berufen tätig sind, die sie nicht erlernt haben, besteht hier meist das Problem, dass ihnen kein Berufsschutz zugesprochen wird, wie folgende, 44-jährige Interviewpartnerin aus Bosnien aufzeigt.

„Weil [...] ich hatte nicht die nötige Voraussetzungen für die PVA, da ich keinen Berufsschutz, keine[n] [...] gelernten Beruf in Österreich [habe]“ (P106: 141).

Während 17 der befragten Personen ohne Migrationshintergrund klar aussagen, dass sie einen Berufsschutz zugesprochen bekommen haben, sind es bei Personen mit Migrationshintergrund nur fünf. Da es sich um narrative bzw. biografische Interviews handelt, konnte aufgrund verschiedener Aussagen bei elf weiteren Personen ohne Migrationshintergrund und vier Personen mit Migrationshintergrund angenommen werden, dass auch sie einen Berufsschutz haben. Insgesamt betrachtet sind unter den InterviewpartnerInnen ohne Migrationshintergrund (~55%) also mehr als dreimal so viele Personen mit Berufsschutz als bei denen mit Migrationshintergrund (18%). Umgekehrt sind unter den befragten Personen ohne Migrationshintergrund nur fünf ohne Berufsschutz (drei nein, zwei vermutlich nein) (~10%), während bei InterviewpartnerInnen mit Migrationshintergrund mehr als viermal so viele Personen ohne Berufsschutz zu finden sind (zehn nein, zwölf vermutlich nein) (44%).

Für die Anerkennung des Berufsschutzes sind unterschiedliche Faktoren ausschlaggebend, die auch selbstständige Personen benachteiligt. Ein 46-jähriger Interviewpartner, geboren in Österreich, arbeitete vor seiner Hüftoperation rund 30 Jahre als Kellner. In den letzten Jahren seiner Tätigkeit übernahm er gemeinsam mit einem Kollegen ein Gasthaus. Wegen der Krebserkrankung seines Kollegen mussten die beiden nach sieben Jahren ihr Geschäft schließen. Danach folgte seine Hüftoperation, weshalb der Interviewpartner nicht mehr als Kellner tätig sein konnte. Daher kam es zur Prüfung des Berufsschutzes, um in der Folge einen Antrag auf berufliche Rehabilitation stellen zu können. Dabei ist die Selbstständigkeit jedoch ein Problem, wie er folgendermaßen beschreibt:

„Wobei's da noch ein kleines Problem geben hat wegen dem Berufsschutz. Weil ich ja 7 Jahr selbstständig war und in den letzten 15 Jahren – weil die Selbstständigkeit zählt zum Berufsschutz nicht dazu – und in den letzten 15 Jahr war ich dann quasi 8 Jahre als Kellner tätig und was weiß ich, man braucht 95 Monate in den letzten 15 Jahren in seinem Beruf, obwohl ich immer gearbeitet hab als Kellner – also 15 Jahr – aber dann wär sich das fast nicht ausgangen dass ich da noch in die Maßnahme einifall [...] Also da zählt die Selbstständigkeit nicht dazu quasi. A keiner g'wusst, na. Beziehungsweise ich hab 30 Jahre in der Gastronomie g'arbeitet und hätt keinen Berufsschutz ghabt, ja, also dass is ja a irgendwo... Wie auch immer“ (P42: 27-29).

Die Frage nach dem Berufsschutz ist zentral bei der Antragstellung auf Rehabilitation. Das Recht auf Rehabilitation besteht nur, wenn die betreffende Person einen Berufsschutz vorweisen kann. Kann dies nicht gewährt werden, dann muss die PVA während der medizinischen bzw. beruflichen Rehabilitation kein Rehabilitations- bzw. Umschulungsgeld

gewähren. Es zeigt sich, dass die Anerkennung eines Berufsschutzes durch die PVA wesentlich für den weiteren Verlauf der Rehabilitation ist (PVA 2015a).

### **10.3 Arbeitsbedingungen und die Frage der Vereinbarkeit von Beruf und Familie**

Das folgende Kapitel konzentriert sich auf Arbeitsbedingungen vor und während einer Erkrankung sowie nachdem der/die InterviewpartnerIn wieder arbeitsfähig ist, jedoch nur falls der ursprüngliche Beruf wieder aufgenommen bzw. beibehalten wurde.

#### **10.3.1 Hohes Ausmaß an Überstunden als Belastungsfaktor**

Laut Statistik Austria waren im Jahr 2016 in Österreich 2.620.700 Personen Vollzeit und 1.062.800 Personen Teilzeit beschäftigt. Der Großteil der Teilzeitkräfte sind dabei Frauen (78%). Prozentuell gesehen arbeiten rund 88% der erwerbstätigen Männer Vollzeit, während bei erwerbstätigen Frauen der Anteil an Vollzeitbeschäftigten nur rund 52% ausmacht. (Statistik Austria MZ-AKE 2016) Die Gründe für Teilzeitarbeit liegen bei Frauen hauptsächlich bei der Betreuung von Kindern und/oder pflegebedürftigen Erwachsenen (~38%). Bei Männern hingegen ist der Hauptgrund für Teilzeit eine schulische oder berufliche Aus- oder Fortbildung (~25%) (Statistik Austria MZ-AKE 2016b). Kümmerling et al. (2008) zeigen in einer deutschen Studie dasselbe Phänomen auf und begründen dies folgendermaßen: „Ehe und Kinder üben weiterhin einen maßgeblichen Einfluss auf die Erwerbstätigkeit und die Arbeitszeit von Frauen aus. Mehr als die Hälfte aller abhängig und in Teilzeit beschäftigten Frauen in Deutschland geben als Grund für die Teilzeitarbeit familiäre oder persönliche Verpflichtungen an“ (2008: 4).

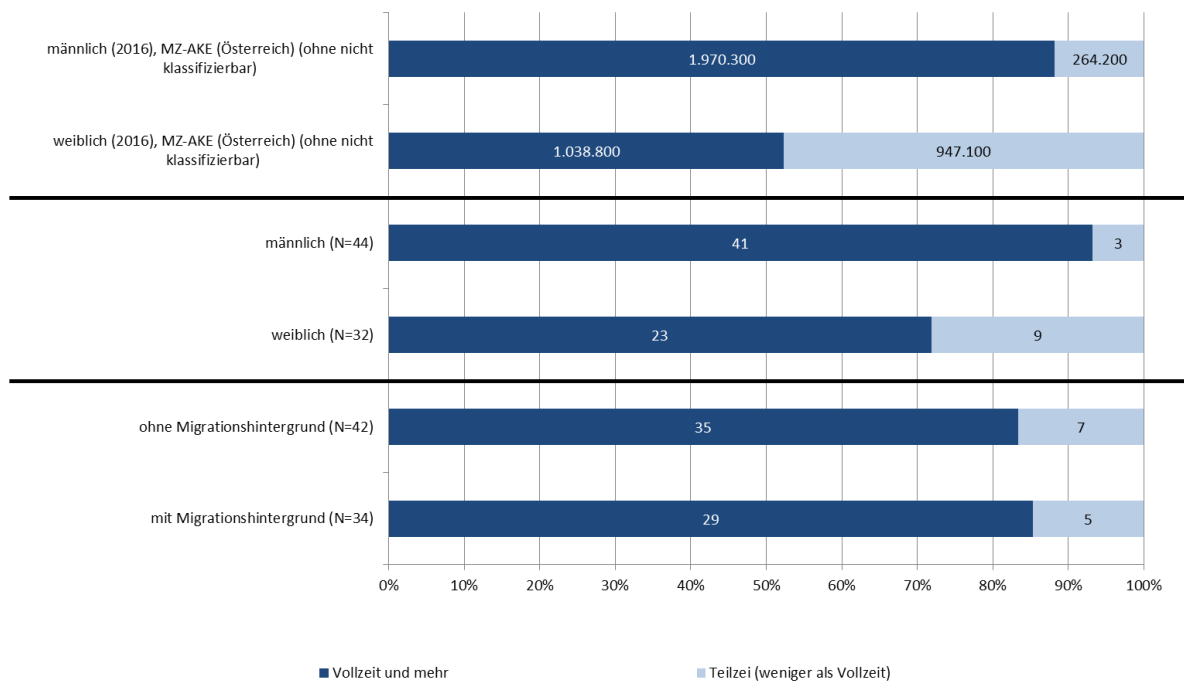
Der Anteil der berufstätigen Frauen ist insgesamt in den letzten 22 Jahren kontinuierlich gestiegen. 2016 waren im Vergleich zu 1994 rund 400.000 mehr Frauen erwerbstätig, während es bei Männern ‚nur‘ 153.500 waren. Gleichzeitig hat sich bei Frauen jedoch der Anteil an Teilzeitarbeit massiv erhöht. Waren es 1994 noch 26%, sind 2016 rund 48% in einer Teilzeitarbeit beschäftigt (bei Männern 1993: 4,2%; 2016: 11,8%) (Statistik Austria MZ-AKE 2016).

Eine standardisierte, repräsentative Befragung wie die Mikrozensus-Arbeitskräftebefragung von Statistik Austria ist in Bezug auf das Stundenausmaß der Erwerbstätigkeit nicht mit einer qualitativen Analyse vergleichbar. Dennoch können gewisse Tendenzen innerhalb der Stichprobe erkannt werden: Insgesamt beziehen sich 76 Nennungen auf das Thema Arbeitszeit. Davon gaben 93% der Männer an, Vollzeit oder mehr zu arbeiten, während es bei Frauen 72% waren. (Abbildung 42) Bei den befragten Frauen ist also der Anteil an Vollzeitkräften größer als im österreichischen Vergleich. Das Verhältnis zwischen Teil- und Vollzeit bei den Männern ist jedoch vergleichbar.

Auffällig sind die Nennungen zu Mehr- bzw. Überstunden. 17 InterviewpartnerInnen gaben an, nicht in einem strukturierten und normalstündigen Ausmaß beschäftigt zu sein. Dabei stechen vor allem (extrem) viele Überstunden in Kombination mit unregelmäßigen

Arbeitszeiten deutlich heraus. Im österreichischen Vergleich ist das Verhältnis zwischen Normalarbeitszeit und Überstunden ähnlich wie bei den InterviewpartnerInnen: Während 19% aller unselbstständig Beschäftigten in Österreich regelmäßig wöchentliche Überstunden machen (Statistik Austria MZ-AKE 2016a), sind es innerhalb der Stichprobe rund 17%. Aufgrund regelmäßigen Überziehens der regulären Arbeitszeiten kann es zu psychischen und körperlichen Belastungen kommen, die mit steigendem Erwerbssalter immer größeren Einfluss auf den Alltag der InterviewpartnerInnen nehmen.

**Abbildung 42: Arbeitsausmaß nach Geschlecht**



Quelle: DUK-Erhebung und -Darstellung

Quelle: DUK-Erhebung und DUK-Darstellung.

Warum fast jeder fünfte in einem regelmäßigen Überstundenverhältnis steht, kann mehrere Gründe haben. Die Motivation, über dem vertraglich vereinbarten Stundenausmaß zu arbeiten, variiert je nach Dienstverhältnis und Situation. Eine Interviewpartnerin arbeitete zum Beispiel rund 50 Stunden pro Woche im Handel. Um den Arbeitsplatz nicht zu verlieren, waren laut ihren Aussagen Überstunden, die nicht bezahlt wurden, der Regelfall:

*„Am Abend musste wir bis 9, 10 bleiben, bis dass alles im Geschäft in Ordnung ist. Natürlich wird das nicht bezahlt, nur eine halbe Stunde nach der Arbeit und alles andere macht man freiwillig und wenn man das nicht freiwillig macht, dann ist man nicht beliebt bei der Chefin und wenn man sagt, jetzt hab ich genug, ich kann nicht jeden Abend 2-3 Stunden meiner Firma schenken... Aber es ist bis heute noch im Handel so [...] und dann hat sie gesagt, naja, wenn du das hier nicht brauchst, dann kannst du kündigen und gehen“ (P102: 047).*

Die Möglichkeiten eines Arbeitsplatzwechsels der Interviewpartnerin scheinen beschränkt. Auch andere Betroffene teilten die Einschätzung, Arbeitslosigkeit wäre die einzige Alternative.

Bei Selbstständigen liegt die Motivation hinter einem extrem hohen Stundenausmaß nicht in der Angst vor Kündigung bzw. Arbeitslosigkeit, es spielen aber ebenfalls finanzielle Gründe eine Rolle, denn oftmals fehlen die finanziellen Möglichkeiten, eine/n (weitere/n) MitarbeiterIn einzustellen und damit Ersatz für die eigene Arbeitsleistung sicherzustellen. (P03, P62, P71) Dies schildert z.B. folgende Interviewpartnerin, die für fast 30 Jahre mit ihrem Mann ein Hotel in Südtirol leitete:

*„Bei uns war die Arbeitszeit rund um die Uhr. Ich kann meinem Gast nicht sagen er darf um 9 in der Nacht nicht ankommen oder nicht anläuten oder nicht was wollen oder um 10 nichts trinken wollen oder um sieben nicht schon das Frühstück wollen. Das geht einfach nicht. Ich persönlich hab das leider immer so gemacht, dass ich immer für alles zuständig war. Und mehr oder weniger von sechs in der Früh bis zehn oder elf in der Nacht noch im Betrieb war“ (P3: 29).*

Mehrere selbstständige befragte Personen gaben an, dass sie über Jahre hinweg extreme Überstunden machten und oft bis zu 70 bis 80 Stunden pro Woche arbeiteten (P62, P71). Die Motivation dahinter ist meist die Erhaltung der eigenen Firma und Kosteneinsparungen. Für Arbeiten, die der/die Selbstständige selbst erledigen kann, muss er/sie niemanden anderen bezahlen. Doch auch unselbstständige Personen geben an, dass sie aufgrund des Wohls der Firma (P11) bzw. aus finanziellen Gründen ‚freiwillig‘ übermäßig viele Überstunden machten bzw. sehr unregelmäßige Arbeitszeiten hatten. Ein 47-jähriger Interviewpartner beispielsweise beschrieb die Situation in seinem gelernten Beruf, weshalb er diesen später auch aufgab und eine Stelle als Hilfsarbeiter im Lager annahm:

*„Ich hab in der Woche einen einzigen Tag freighabt, die restliche Zeit hab ich durchgearbeitet mit Wochenende, Zeitschichten und wechselweise Schichtdienst. [...] Dann bist Hilfsarbeiter. In meinem erlernten Job kann ich nirgendwo arbeiten. Da kannst nur Hilfsarbeitertätigkeit annehmen mit einem massiven Einkommensverlust. Aber du hast Fixkosten und die willst irgendwie erhalten. [...] Das ist der Grund warum’st weitermachst“ (P47: 085, 117-119).*

### **10.3.2 Vereinbarkeit von Beruf und Familie als Herausforderung**

Hilfsarbeitskräfte, Dienstleistungsberufe und handwerkliche Berufe sind besonders betroffen von Überstunden und unregelmäßigen Arbeitszeiten. Aber auch bei Führungskräften sowie Personen in der Krankenpflege können derartige Tendenzen festgestellt werden. Hinzu kommt Kinderbetreuung bzw. -erziehung als weiterer Belastungsfaktor, meist bei Frauen. Eine Interviewpartnerin hatte zum Beispiel mehrere geringfügige Beschäftigungsverhältnisse und arbeitete insgesamt fast 40 Stunden pro Woche. Als Alleinerzieherin stand jedoch trotzdem die Kindererziehung im Vordergrund. Die Arbeitszeit bzw. Zeiteinteilung richtete sich nach den Kindern. Sie beschrieb dies folgendermaßen:

*„Hausfrau und Mutter und diverse Jobs – Putzen, Haushalt, doch im Verkauf auch – Sonntagsarbeit in der Bäckerei – im Verkauf und so! Ich bin vielseitig verwendbar! Alles ein bisschen [...] Habe durchaus meine fast 40 Stunden zusammengebracht durch das auch! [...] Ja, ich habe das immer wieder so eingeteilt, dass ich trotzdem bei den Kindern bin, also bald in der Früh angefangen. [...] Bin halt oft nachmittags arbeiten gegangen und so! Aber nie lange – schnell wieder einmal dort 2 Stunden und da 2 Stunden!“ (P84: 067-077)*

Mehrere InterviewpartnerInnen berichten über Schwierigkeiten bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf (P1, P3, P11, P60, P61). Vor allem in Bezug auf Kindererziehung kommt es häufig zu Abstrichen, die wiederum in dem Gefühl des Versagens enden. Unregelmäßige Arbeitszeiten, Überstunden, der Druck vom Arbeitsplatz sowie Kindererziehung und/oder Betreuung und Pflege Älterer (meist die eigenen Eltern) stellen daher große Belastungen dar, die Ursachen von psychischen Erkrankungen sein können. Eine Interviewpartnerin (Alter unbekannt) ohne Migrationshintergrund hat ihren Sohn allein erzogen. Nach dem Suizid ihrer Mutter kümmert und später pflegt sie ihren Vater, der jedoch eine starke kontinuierliche psychische Belastung für sie darstellt:

*„Ich hab auf mi vergessen und hab mi um meinen Vater kümmert. [...] Wenn i was gwaschen hab – das is in meiner Wohnung ghängt von ihm – hat’s mich schon grissen. Und ich hab ihn nimma mehr ertragen. Er, er... Ja, hat er alles an mir auslassen und i war aber in so einem Raum drinnen, ich hab glaubt ich muss das machen. Und wenn ich nicht anrufen hab is mir schlecht gungen. Und ja das ganze hab ich jetzt zweieinhalb Jahre hab ich das mitgemacht, und dann bin ich auf Reha gungen“ (P39: 097-101).*

## **10.4 Bisherige Erwerbskarrieren**

### **10.4.1 Zur Rolle von Arbeitsplatzwechseln und Arbeitslosigkeitsepisoden**

Instabile Erwerbskarrieren mit häufigen Arbeitsplatzwechseln und häufigeren (wenn auch nur kurzen) Arbeitslosigkeitsepisoden können für die Zuerkennung eines Berufsschutzes ein Problem darstellen. Dabei sind zwar nicht die Anzahl der Arbeitsplätze wesentlich, sondern viel mehr die Zeiten der Arbeitslosigkeit dazwischen, die mit einem Arbeitsplatzwechsel einhergehen können. Außerdem steigt bei wachsender Anzahl an Arbeitsplätze auch die Wahrscheinlichkeit einen Arbeitsplatz außerhalb der eigenen erworbenen Kompetenz anzunehmen, wie folgende 44-jährige Interviewpartnerin, geboren in Bulgarien, aufzeigt:

*„Und ich hab auch sehr oft die Firma gewechselt. Sehr oft nicht, aber trotzdem ich bin nicht konstant bei einer Firma geblieben und, wie sagt man da, angeeignete Berufsschutz“ (P106: 141).*

Innerhalb der Stichprobe gaben 55% der befragten Personen an, ihren Beruf mindestens einmal gewechselt zu haben. Dabei kam es bei 20 Personen zu einem, bei 23 zu zwei, bei 12 zu drei und bei einer Person zu vier Berufswechseln. Beispielhaft ist hier die Aussage eines

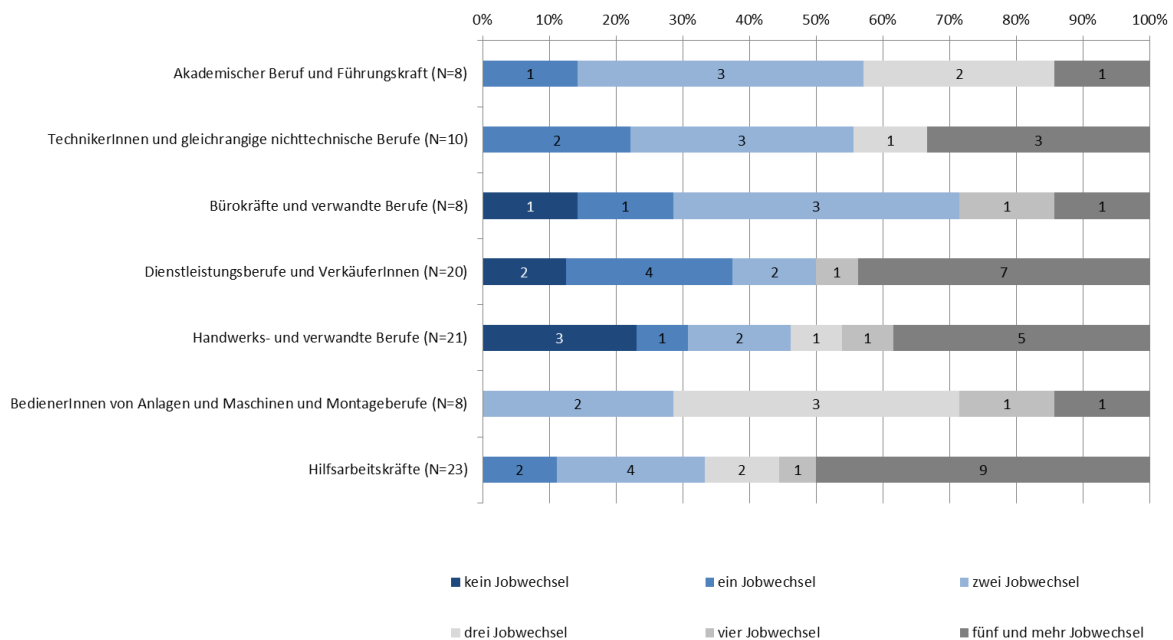
53-jährigen Interviewpartners, der in der Türkei geboren ist und Tätigkeiten in unterschiedlichen Bereichen ausführte:

*„Ich war in einer [Kosmetikfirma] beschäftigt, 11 Jahre und nach einigen anderen Firmen wieder zurück und auch in der Gastronomie, einige Zeit ich habe auch mich selbstständig gemacht und das ist auch schief gegangen. Ja, ah, hin und her“ (P24: 004).*

Bei insgesamt rund 77% aller Befragten kam es zumindest einmal zu einem Arbeitsplatz, der jedoch nicht zwingend mit einem Berufswechsel einhergehen muss. Es muss jedoch beachtet werden, dass ein großer Anteil der befragten MigrantInnen differenziert über ihre Erwerbskarrieren nach der Ankunft in Österreich berichtet, jedoch häufig nur überblicksartig über ihre Erwerbskarrieren im Ausland. Nichtsdestotrotz kann ein Unterschied zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund erkannt werden. Personen mit Migrationshintergrund wechseln im Schnitt 3,2-mal ihren Arbeitsplatz, während es bei den InterviewpartnerInnen ohne Migrationshintergrund nur 2,7 Arbeitsplatzwechsel sind.

Wird nach dem Beruf unterschieden zeigt sich klar, dass Hilfsarbeitskräfte im Schnitt am häufigsten den Arbeitsplatz wechseln, wie aus nachfolgender Abbildung 43 hervorgeht. Dienstleistungsberufe sind an zweiter Stelle vertreten, während Akademische Berufe innerhalb der Stichprobe am seltensten den Arbeitsplatz wechseln. Da Personen mit Migrationshintergrund in der Gruppe der Hilfsarbeitskräfte überrepräsentiert sind, ist die Berufszugehörigkeit ein Erklärungsfaktor für die höhere Häufigkeit von Arbeitsplatzwechseln unter MigrantInnen.

**Abbildung 43: Arbeitsplatzwechsel nach Beruf**



\*keine Berücksichtigung der Nennungen "Kindererziehung und Haushaltsführung" (N=1)

Quelle: DUK-Erhebung und -Darstellung

Bei eingetretener Arbeitslosigkeit ist der Wiedereinstieg für ältere ArbeitnehmerInnen schwieriger und die Dauer der Arbeitslosigkeit meist länger als bei jüngeren. Die Arbeitssuche erweist sich als langwierig und belastend. So weist Frosch (2007) in ihrer Studie für Deutschland zum Beispiel nach, dass ausgehend von der Altersgruppe 50-54 Jahre, 35 bis 39-jährige Arbeitssuchende 41% bessere und 55 bis 59-jährige 63% schlechtere Wiederbeschäftigungschancen haben (2007: 3). Ein Interviewpartner ist zum Zeitpunkt des Interviews 58 Jahre alt. Er sieht seine Chancen auf einen Arbeitsplatz aufgrund seines Alters als sehr gering:

*„Irgendwie habe ich das Gefühl gehabt, [...] wenn die meinen Lebenslauf sehen und sehen das Geburtsdatum und sagen na, 1958, jetzt haben wir 2016. Also wie lange will der eigentlich noch? Also die wollen eigentlich im Grunde genommen nicht irgendwo was investieren“ (P1: 040).*

Von insgesamt 41 Nennungen, die sich auf die erlebten und eingeschätzten Schwierigkeiten bei der Arbeitssuche bezogen, gaben 21 Personen an, dass das Alter ein wesentlicher Faktor ist. Dabei ist bei vier Personen nicht das Alter an sich, sondern die damit verbundenen Gehaltsvorstellungen Grund für die bestehende Arbeitslosigkeit (P3, P65, P83, P29):

*„Dass ich weniger wie früher krieg, das ist mir einmal völlig klar, von dem red gar keiner. Aber ich kann nicht sagen, jetzt krieg ich nur mehr das... Und dann hab ich mehr Arbeitslosengeld als ich dort verdien.“ (P65: 60).*

Darüber hinaus sind Personen mit Migrationshintergrund unabhängig von ihrer Herkunft mit einer höheren Wahrscheinlichkeit von Arbeitslosigkeit betroffen. Eppel, Horvath und Mahringer (2013) zeigen auf, dass vor allem für TürkInnen ein dreimal so hohes Risiko wie für gebürtige ÖsterreicherInnen besteht, arbeitslos zu werden. Zu weiteren Risikogruppen zählen unter anderem Personen, die vermehrt Krankenstandstage aufweisen (vgl. Eppel et al. 2013: 26). Der Wiedereinstieg ist hier eng mit der Dauer der Krankheit bzw. an die Genesung gekoppelt.

Wenn Personen von gesundheitlichen Einschränkungen oder chronischen Erkrankungen betroffen sind und die Arbeitssuche im eigenen Beruf aufgenommen wird, wird Krankheit bzw. gesundheitliche Einschränkung als starkes Hindernis wahrgenommen, wie neun Befragte berichteten (P8, P15, P20, P23, P28, P43, P57, P67, P76). Eine Interviewpartnerin zum Beispiel arbeitete fast 30 Jahre in einem Büro, aus gesundheitlichen Gründen fand sie in diesem Berufsfeld jedoch keine Stelle mehr und erklärte sich dies folgendermaßen:

*„I bin praktisch fürs Büro nimmer vermittelbar, weil I bin fünfzig Jahr, hab sechzig Prozent Behinderung, bin chronisch [krank] und hab fast dreißig Dienstjahr. Dann sagen Sie mir einmal, wer mi no nimmt im Büro. Obwohl's ja immer heißt, najo, solange noch einen Finger ein bisschen krümmen kannst, bist fürs Büro einsetzbar, haben's mir immer, und immer wieder gsogt, aber es nimmt die ja keiner, I hob keine Aussichten fürs Büro, egal wo I anruf oder wo I mi beworben hob, grad, dass net zu mir mitten ins Gsicht gsogt hoben: ‚Spinnens, was kommens denn überhaupt daher?‘. I muass mir was anderes suchen“ (P15: 188).*



#### 10.4.2 Veraltete Qualifikationen als Herausforderung bei der Arbeitssuche

Laut Frosch (2007) werden Arbeitsplätze von Unternehmen unter Berücksichtigung von Qualifikation, Alter und früherer Erwerbsbiografie an Stellensuchende vergeben. Dabei besteht bei spezifischen Berufen vor allem bei Älteren die Problematik, dass oft die formal erworbene Bildung veraltet und eine starke Spezialisierung in bestimmten Bereichen eingetreten ist. Daher sind „[ä]ltere, stark spezialisierte Hochqualifizierte [...] nach dem Verlust des Arbeitsplatzes für potenzielle neue Arbeitgeber oft nicht mehr attraktiv“ (Frosch 2007: 4). Dies kann ein weiterer Interviewpartner bestätigen. Er gründete mit seinem Bruder gemeinsam ein Unternehmen, in dem er selbst angestellt war und die EDV aufgebaut und betreut hat. Nachdem er sich aus gesundheitlichen Gründen aus den Geschäften des Unternehmens zurückzog, hatte er große Schwierigkeiten bei der Arbeitssuche:

*„Kennen’s Space Cowboy? Wo’s die vier Alten ins Weltall schicken? Das bin i. I kann was, was nimmer g’fragt is. Weil diese Programmiersachen, was wir g’macht ham, das war damals g’fragt. Man hat aber mit dem weitergearbeitet, na klar, weil ‚never change a running system‘. So, und jetzt: ‚Na dann lernen’s halt eine andere Programmiersprache.‘ Schaun’s, das is a wieder so eine Unwissenheit klarerweise und da muss ich sagen es ist am Arbeitsamt, wenn du Arbeiter bist, bist du gut aufgehoben. Aber sobald du irgendwas machst, was spezifisch ist, da kennen sie sich einfach aus a ned. Da sind die Leut a zu wenig geschult oder haben den Wissensumfang ned, keine Ahnung. Sag ich ‚Schaun’s, Sie müssen sich vorstellen: Sie können perfekt Russisch. Und dann sitzt Ihnen einer gegenüber er sagt ‚Na morgen können’s eh perfekt Chinesisch ohne Problem.‘ Das is einfach ganz was anderes“ (P54: 065).*

#### 10.4.3 Dauer der bisherigen Erwerbstätigkeit

Wie bereits aufgezeigt, ist für die Zuerkennung des Berufsschutzes und in Folge dessen auch für die Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit die Dauer der bisherigen Erwerbstätigkeit wesentlich. Ob eine Arbeitsfähigkeit infolge einer körperlichen, psychischen oder geistigen Beeinträchtigung herabgesunken ist bzw. eine Invalidität oder Berufsunfähigkeit besteht oder in naher Zukunft bestehen wird, ist abhängig von der bereits ausgeübten Tätigkeit bzw. vom Berufsschutz. (PVA 2015: 7f.) Die Grundvoraussetzung für eine Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit ist dann erfüllt, „wenn sie/er infolge des körperlichen oder geistigen Zustandes nicht mehr im Stande ist, durch eine solche zumutbare Tätigkeit wenigstens die Hälfte des Entgeltes zu erwerben, das eine/ein körperlich und geistig gesunde/r Versicherte/r regelmäßig durch diese Tätigkeit zu erzielen pflegt“ (PVA 2017b: 6). Wesentlich bei der Anerkennung von Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit sowie beim Berufsschutz die Dauer der Erwerbstätigkeit. Bei der Invalidität sowie auch bei der Berufsunfähigkeit müssen innerhalb der letzten 15 Jahre vor dem Stichtag mindestens 90 Pflichtversicherungsmonate erfüllt sein. Wurde die Ausbildung vor weniger als 15 Jahren abgeschlossen, muss in mindestens der Hälfte der Zeit, aber zumindest für zwölf Pflichtversicherungsmonate, eine Erwerbstätigkeit als erlernte/r oder angelernte/r Angestellte/r oder Arbeiter/n vorliegen

(vgl. PVA 2017b: 5ff.). Sollten mehr als 15 Jahre zwischen der Ausbildung und dem Stichtag liegen, „verlängert sich dieser Zeitraum um Zeiten des Bezuges einer Eigenpension nach dem ASVG, GSVG oder BSVG, des Wochengeldbezuges, Präsenz-, Ausbildungs- oder Zivildienstes, der Kindererziehung, um Monate des Bezuges von Übergangsgeld sowie um höchstens 60 Monate des Bezuges von Rehabilitationsgeld und/oder Umschulungsgeld“ (PVA 2017b: 7).

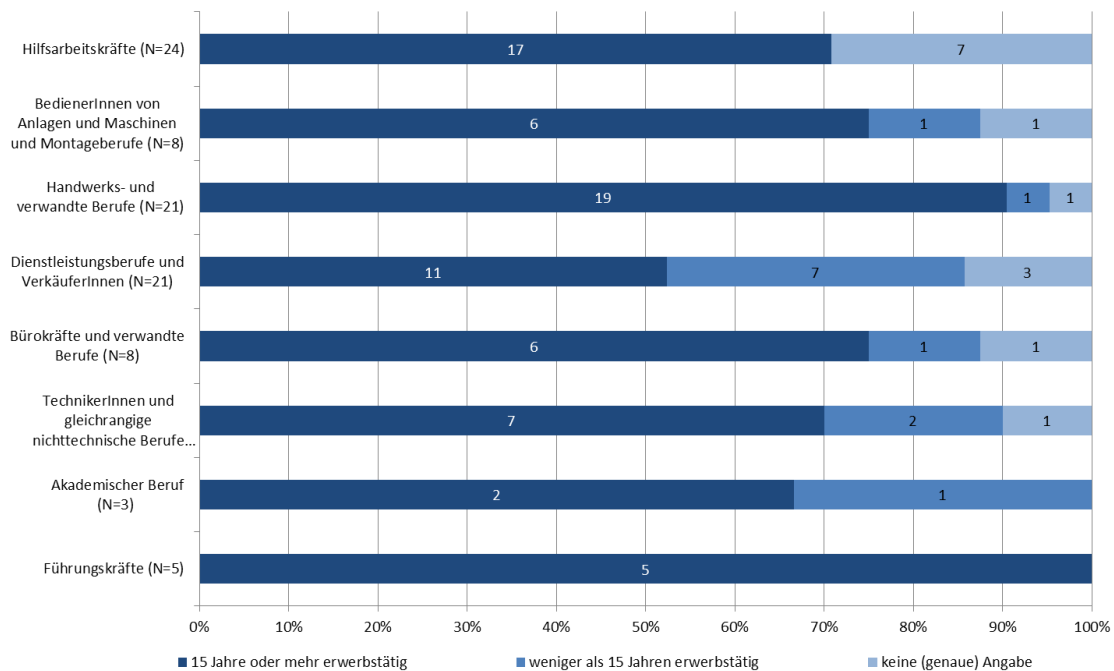
Um einen Antrag auf Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspension bzw. auf Rehabilitation stellen zu dürfen, müssen unabhängig von der Art der Tätigkeit (angelernt/erlernt/ungelernt) mindestens 180 Beitragsmonate der Pflichtversicherung oder 300 Versicherungsmonate – umgerechnet 15 Jahre – am Stichtag vorliegen (PVA 2015: 3f.). Innerhalb der Stichprobe sind 73 InterviewpartnerInnen 15 oder mehr Jahre in Österreich erwerbstätig, 14 weniger als 15 Jahre und weitere 14 Personen gaben keine genauen Angaben dazu. Dabei ist bei genauerer Betrachtung kein Unterschied zwischen den Altersgruppen zu erkennen. Während bei den InterviewpartnerInnen, die vor dem 01.01.1964 geboren wurden, rund 71% 15 oder mehr Jahre erwerbstätig sind, sind es bei den Personen, die nach dem 01.01.1964 geboren sind, rund 75%.

Wird die Stichprobe nach dem Migrationshintergrund genauer betrachtet, sind auch hier nur geringe Unterschiede zu sehen. 78% der InterviewpartnerInnen ohne Migrationshintergrund geben an, 15 Jahre oder länger erwerbstätig gewesen zu sein, wobei es bei Personen mit Migrationshintergrund ‚nur‘ 66% sind. Einen deutlicheren Unterschied kann bei der Differenzierung nach dem Geschlecht erkannt werden. Während bei Frauen ‚nur‘ 63% angeben 15 oder mehr Jahre erwerbstätig zu sein, sind es bei den Männern 80%. Dieser Unterschied ergibt sich nicht zuletzt auch aus Mutterschutz- und Karenzzeiten sowie den Jahren der Kinderbetreuung und -erziehung, die hauptsächlich von Frauen bewältigt wird.

Dies erklärt auch, weshalb Personen in Dienstleistungsberufen und VerkäuferInnen“ – hauptsächlich von Frauen (~67%) besetzt – deutlich seltener längere Erwerbsdauern aufweisen als die anderen Berufsgruppen (Abbildung 44): 11 der 21 InterviewpartnerInnen, die angaben, in Dienstleistungsberufen oder als VerkäuferInnen tätig zu sein, gaben eine Erwerbsdauer von zumindest 15 Jahren an (~52%). Dementsprechend ist unter Personen in Handwerks- und verwandten Berufen, die mit 90% wiederum von Männern dominiert werden, der Anteil derjenigen, die seit 15 Jahren oder länger erwerbstätig sind, überdurchschnittlich hoch (19 von 21 InterviewpartnerInnen bzw. ~91%)

Auch bei der Betrachtung des Arbeitsplatzes, der am längsten behalten wurde, kann ein starker Geschlechterunterschied festgemacht werden. Von den befragten Frauen gaben 24% an, länger als 15 Jahre in einer Firma tätig gewesen zu sein, während bei Männern rund 42% so lange ihren Arbeitsplatz innehatten. Im Durchschnitt sind in der Stichprobe Männer ( $\emptyset$  ~18 Jahre) um rund fünf Jahre länger als Frauen ( $\emptyset$  ~13 Jahre) innerhalb einer Firma tätig.

**Abbildung 44: Dauer der Erwerbstätigkeit in Jahren nach Berufszugehörigkeit**



Quelle: DUK-Erhebung und -Darstellung

Quelle: DUK-Erhebung und DUK-Darstellung.

Insgesamt stellen Personen in Dienstleistungsberufen und als VerkäuferInnen, zumeist Frauen, (innerhalb der Stichprobe) die Gruppe mit der größten Vulnerabilität und den instabilsten Erwerbskarrieren dar. Eine Interviewpartnerin beispielsweise, die 30 Jahre lang als Köchin gearbeitet und dabei aufgrund von Saisonarbeiten fast unzählige Arbeitsplatzwechsel hinter sich hatte, beschreibt dies wie folgt:

*„Fast 30 Jahre, ja. Also seit 1989. Also habe dann die Lehre fertig gemacht, habe noch einmal in die Berufsschule gehen müssen. Ein Teil ist angerechnet worden. 1989 habe ich die Lehrabschlussprüfung gehabt. Und bis zum letzten Jahr habe ich eigentlich als Köchin gearbeitet. [I: Und immer beim selben Betrieb oder im selben Restaurant?] Nein, ich glaube 26 verschiedene. Ja, also relativ viel.“ (P70: 026-027)*

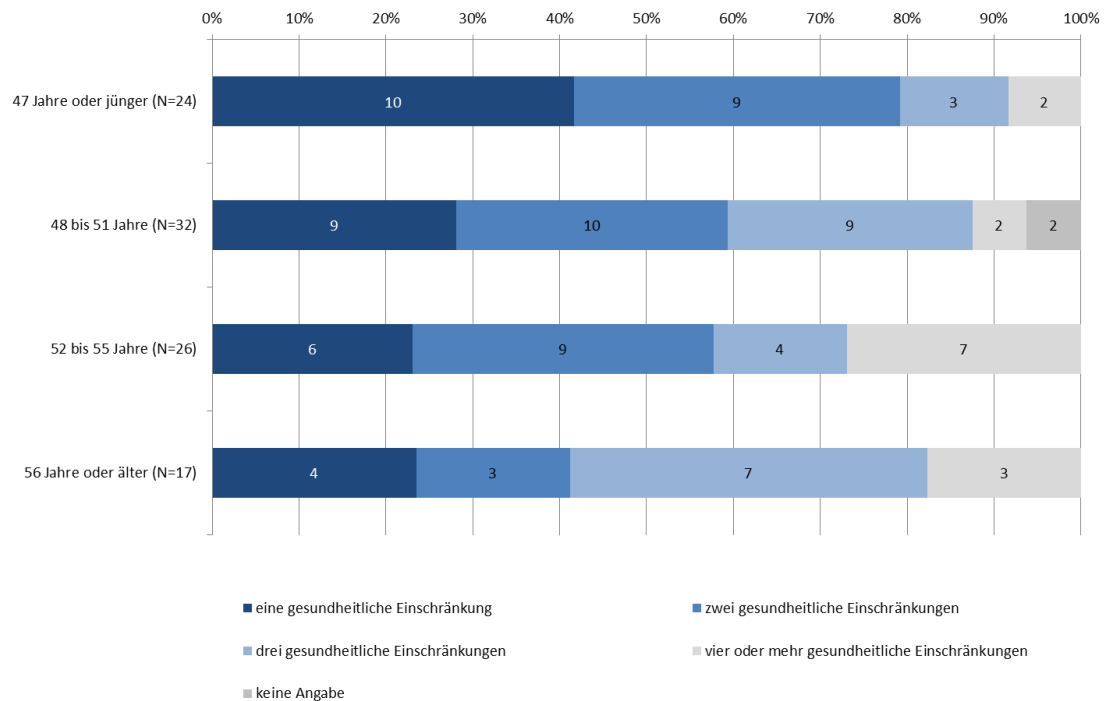
Die Berufsgruppe „Dienstleistungsberufe und VerkäuferInnen“ ist aufgrund ihrer Instabilität in den Erwerbsbiografien in Bezug auf Lebens- und Arbeitsperspektiven, aber auch Rehabilitation, Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension besonders zu beachten.

## 10.5 Gesundheitliche Einschränkungen und deren Ursprung

Bei 99 InterviewpartnerInnen wurden insgesamt 235 gesundheitlichen Problemen gezählt. Im Durchschnitt hat daher jede Person in der Stichprobe 2,37 gesundheitliche Beeinträchtigungen. Dabei treten Mehrfacherkrankungen häufiger mit steigendem Alter auf, was aus Abbildung 45 hervorgeht. Während Personen unter 47 Jahren zu über 40% angaben,

nur an einer Krankheit zu leiden, waren dies bei den über 55-Jährigen nur knapp über 20%. Demgegenüber berichteten fast 60% dieser Altersgruppe über mehr als drei Krankheiten. Zwei Personen machten keine Angabe zur genauen Anzahl der Krankheiten.

**Abbildung 45: Anzahl der gesundheitlichen Einschränkungen bzw. Krankheiten nach Altersgruppen**



\*keine Berücksichtigung der Personen ohne Altersangabe (N=2)

Quelle: DUK-Erhebung und -Darstellung

Quelle: DUK-Erhebung und DUK-Darstellung.

Vor allem bei einer Ko- oder Multimorbidität kann es zu einer Verzögerung der Diagnose kommen, da Symptome aufgrund vorhergehender Erkrankungen oft überlagert bzw. übersehen werden. Dabei sind die Kombination aus psychischen und physischen Beschwerden und ihre gegenseitigen Wechselwirkungen zu beachten. Eine 50-jährige Interviewpartnerin zum Beispiel hat mit mehreren gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu leben, die sich gegenseitig (teilweise negativ) beeinflussen:

*„natürlich einen Arzt nach dem Anderen angrennt, weil ah jeder hat gsogt, des is ah Kreislauf, man weiß net wo man anfangen soll, weil ich brauchat die Bewegung für die Arthrosen und fürs Herz, aber wenn I mit der Bewegung anfang, tuat mir natürlich am Anfang des Kniea weh, dann fang ich zum Humpeln an, durch das Humpeln das tut der Wirbelsäuln net guat, da fängt dann die Wirbelsäuln zum Wehtun an, dann muss ich natürlich die Bewegung einschränken, weil I nimmer weiter kann, jo ich soll halt fürs Herz geh, jo, ka Arzt findt da ah Lösung.“ (P15: 162).*

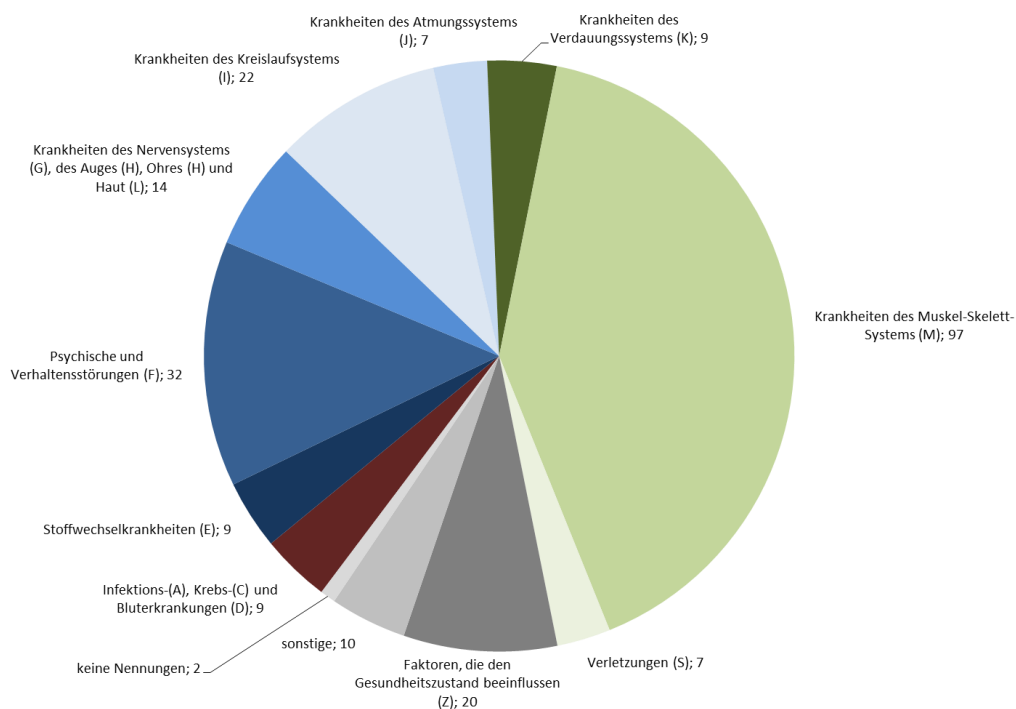
Die Interviewpartnerin konnte aus gegenseitig beeinflussenden Mehrfacherkrankungen nicht an einer Rehabilitation teilnehmen. Diese wiederum wäre jedoch wesentlich für die Genesung bzw. Verbesserung der Einschränkungen. Hintergrund dafür ist meist auch die jeweilige Spezialisierung der Rehabilitationskliniken auf einzelne Bereiche. Daher kommt es

bei Mehrfachbelastungen oft zu einer Verhinderung an der aktiven Teilnahme an Rehabilitations-Maßnahmen, wie in der Folge noch deutlicher hervorgehoben wird.

### 10.5.1 Formen der gesundheitlichen Einschränkungen

Die von den InterviewpartnerInnen genannten gesundheitlichen Einschränkungen wurden nach dem System der ICD<sup>49</sup> (International Classification of Diseases) klassifiziert. Mit Abstand die meisten Nennungen waren im Bereich der Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (97 Nennungen - ~41%) angesiedelt. Psychische Erkrankungen machten den nächstgrößeren Teil an gesundheitlichen Einschränkungen aus. Hier ist zu beachten, dass nach ICD-Klassifikation Burnout nicht als Psychische und Verhaltensstörung (32 Nennungen) gilt, sondern bei Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, eingegliedert wird (ICD-10-GM). Werden beide Gruppen zusammengezählt, gibt es 52 Nennungen (~22%) psychischer Beeinträchtigungen innerhalb der Stichprobe.

**Abbildung 46: Formen gesundheitlicher Einschränkungen nach ICD-10**

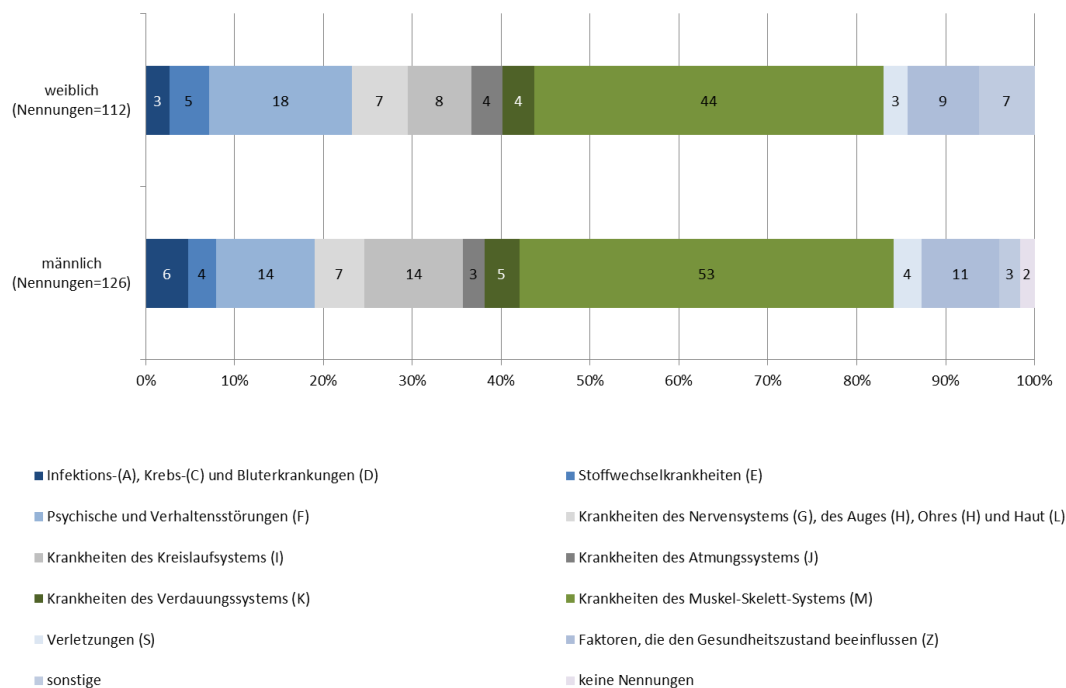


Quelle: DUK-Erhebung und DUK-Darstellung.

Bei der Unterscheidung nach Geschlecht weisen Männer einen größeren Anteil an Muskel-Skelett-Erkrankungen auf, während Frauen häufiger von psychischen und Verhaltensstörungen berichten. Krankheiten des Kreislaufsystems inkludieren Herzkrankheiten sowie Bluthochdruck und sind verstärkt unter männlichen Interviewpartnern vertreten, was Abbildung 47 veranschaulicht:

<sup>49</sup>ICD-10 WHO 2013; deutsche Übersetzung vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des deutschen Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben

**Abbildung 47: Formen gesundheitlicher Einschränkungen nach Geschlecht**



Quelle: DUK-Erhebung und -Darstellung

Quelle: DUK-Erhebung und DUK-Darstellung.

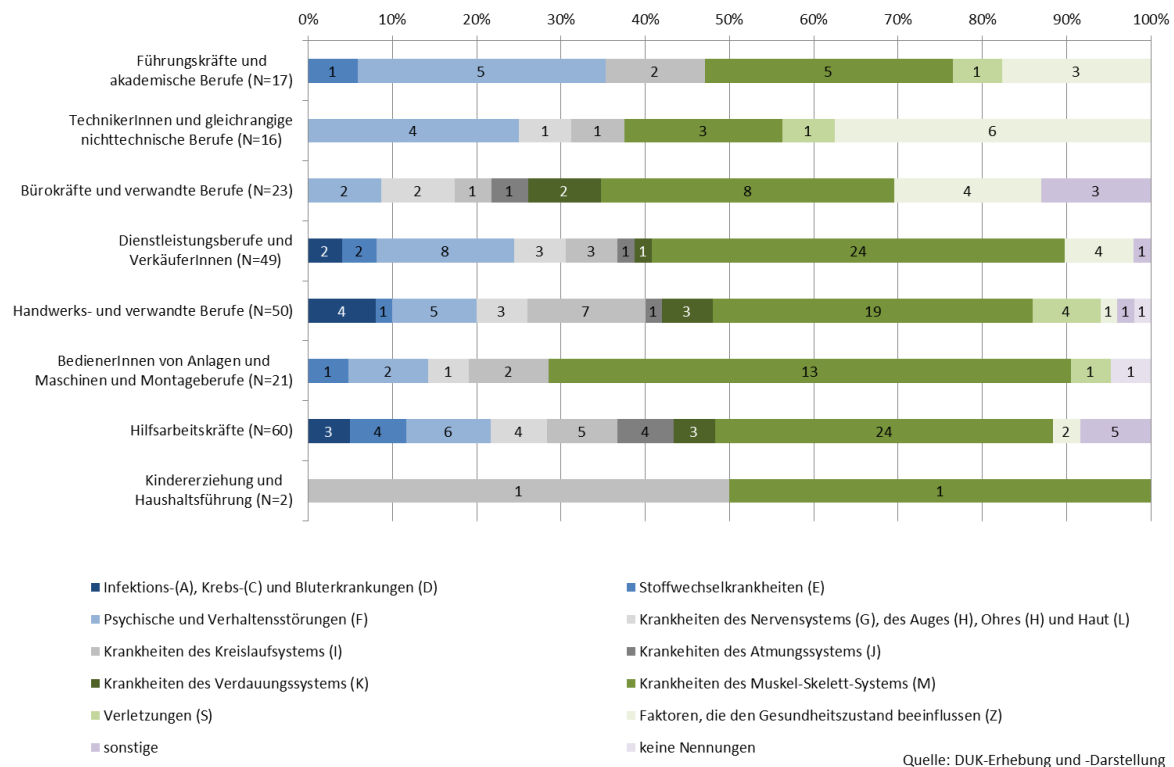
Personen ohne Migrationshintergrund (35 von 51) nannten im Gegensatz zu InterviewpartnerInnen mit Migrationshintergrund (17 von 50) häufiger psychische und Verhaltensstörungen sowie Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Burnout), jedoch weniger oft Krankheiten des Kreislaufsystems (ohne Migrationshintergrund: 9 von 51; mit Migrationshintergrund 13 von 50).

Die Migrations- und teilweise Flucht- und Kriegserfahrungen lassen eigentlich vermuten, dass Personen mit Migrationshintergrund einen größeren Anteil an psychischen Erkrankungen aufweisen. Erklärt werden kann der geringere Anteil aus mehreren Gründen: Einerseits ist die Stichprobe nicht als repräsentativ auf die Grundgesamtheit zu sehen, da die Befragungsorte sowie die befragten Personen willkürlich ausgewählt wurden. Andererseits kann es durch sprachliche und kulturelle Barrieren dazu kommen, dass die betreffenden Personen keine Möglichkeit der Kommunikation mit den betreffenden Stellen über ihr psychisches Empfinden sehen. Körperliche Beeinträchtigungen können mit Körpersprache kommuniziert und die Behandlung vollzogen werden. Innere Unruhe, Depression, Burnout, etc. sind bei fehlenden Sprachkompetenzen nur schwer zu diagnostizieren und zu behandeln. Auch bei perfekten Sprachkompetenzen ist die nachfolgende, therapeutische Behandlung in einer Sprache, die nicht die Muttersprache ist, schwierig.

Werden die Nennungen der einzelnen Krankheiten nach Berufsgruppen analysiert, kann erkannt werden, dass vor allem BedienerInnen von Anlagen und Maschinen sowie Personen in Montageberufe am häufigsten unter Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems leiden, dicht gefolgt von Personen in Dienstleistungsberufen und VerkäuferInnen Da vor allem bei

letzteren häufige Berufswechsel zu verzeichnen waren, sind die genannten körperlichen Abnutzungen nicht unbedingt nur dieser (zuletzt ausgeübten) Berufsgruppe zuzuschreiben.

**Abbildung 48: Formen gesundheitlicher Einschränkungen nach Beruf**



Quelle: DUK-Erhebung und DUK-Darstellung.

Psychische und Verhaltensstörungen sind vor allem bei Führungskräften und Personen in akademischen Berufen zu beobachten. Wird Burnout jedoch auch als psychische Erkrankung gewertet (entgegen der ICD-10-Klassifikation), weisen auch TechnikerInnen und Personen in gleichrangigen nichttechnischen Berufen (z.B. KrankenpflegerInnen) eine erhöhte Risiko psychischer Erkrankungen auf, was in obiger Abbildung 48 veranschaulicht wird. Ein Interviewpartner, der in der Firma, die er gemeinsam mit seinem Bruder besaß und dort als Techniker beschäftigt war, berichtet über übermäßige Überstunden und unregelmäßige Arbeitszeiten, die schließlich zum Burnout geführt haben:

*„Keine klaren Denkstrukturen mehr zu haben. Im Programmieren ist es erforderlich, du hast im Kopf [...] das werden ungefähr 1.000 Programme sein, die hast im Kopf. Und auf einmal ist das nimmer gegangen. Das war... ‚Also das gibt’s ja nicht. Das hab ich ja alles können. Wieso kann ich das jetzt nimmer?‘ Und das war so wirklich... Ich hab mir dacht ich hab Alzheimer. Ich hab dacht ich hab Alzheimer, anders gibt’s das nicht. Das war mei Gedanke. ‚Naa, du bist nur überlastet und die ganze Situation, die brennt dich halt aus.‘ Weil es war schon über der Überlebenskante jetzt die letzten paar Jahre mit der Firma, ned, keine Frage, ned“ (P54: 045).*

Betrachtet man die Krankheitsgruppen, zu denen die einzelnen genannten Gesundheitsprobleme gehören, so zeigt sich, dass bei TechnikerInnen und Personen in

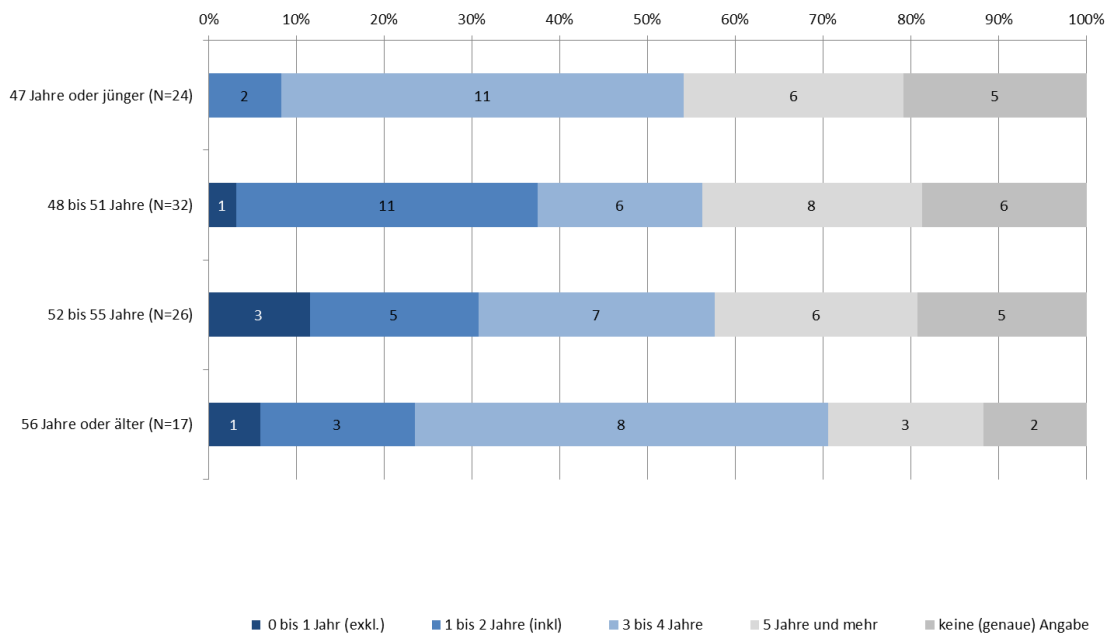
gleichrangigen nichttechnischen Berufen die gesundheitlichen Einschränkungen im Schnitt zu weniger als zwei Krankheitsgruppen (1,6) gehören, während bei Bürokräften und Personen in verwandten Berufen die größte Diversität auftritt ( $\bar{x}$  2,9 Krankheitsgruppen).

### 10.5.2 Dauer der gesundheitlichen Einschränkungen

Die Dauer der gesundheitlichen Einschränkungen ist unter den Befragten sehr unterschiedlich, wobei die Spannweite von einigen Wochen bis zu mehreren Jahren oder sogar Jahrzehnten reicht. Es liegt jedoch eine Tendenz in Bezug auf Alter vor: Bei den Personen, die 47 Jahre oder jünger sind, dauerte die gesundheitliche Einschränkung bei knapp 80% der Befragten mehr als drei Jahre. Bei den Personen, die 56 Jahre oder älter sind, lag der Anteil der Gesundheitsprobleme, die länger als drei Jahre dauerten, hingegen bei ‚nur‘ knapp 60% (Abbildung 49).

Auch Keller et. al (1993) weisen in ihrer Analyse des Zusammenhangs von psychischen Erkrankungen und dem Alter nach, dass das Alter eher einen positiven Einfluss auf die gesundheitlichen Einschränkungen und deren Dauer aufweist. Dies wird erklärt durch einen geringeren Einfluss von chronischen, jedoch höheren Einfluss von akuten Lebensereignissen im Alter, die eine scheinbare ‚Abgestumpftheit‘ bei Älteren entstehen lässt, und es bei der Befragung daher zu geringeren Nennungen kommt als in einer jüngeren Altersgruppe (Keller et al 1993: 193f.).

**Abbildung 49: Dauer der gesundheitlichen Einschränkungen nach Altersgruppen**

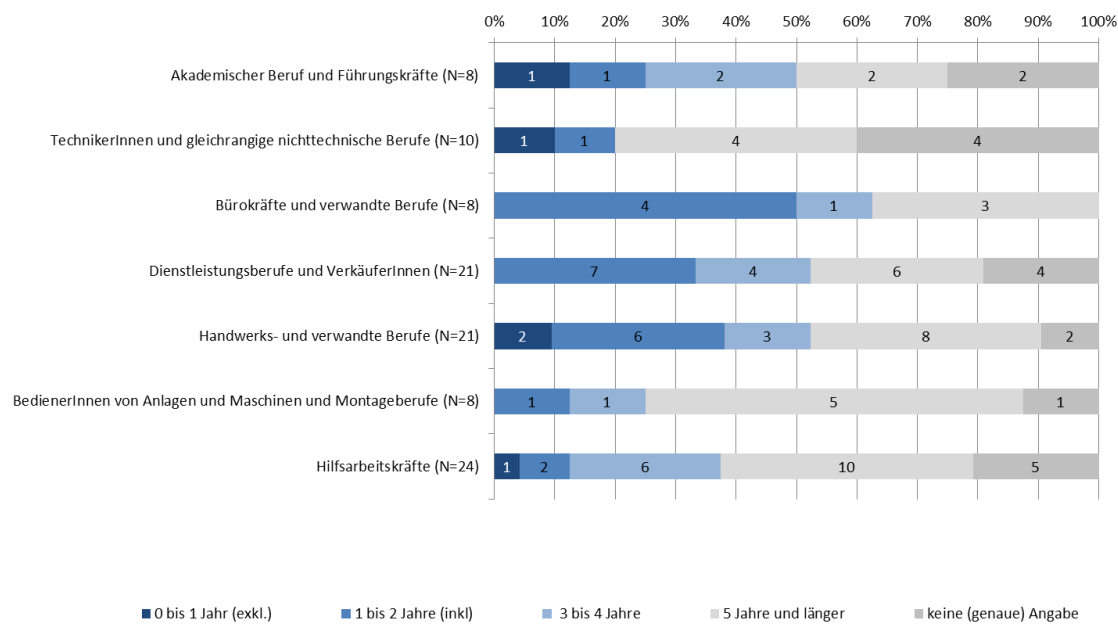


\*keine Berücksichtigung der Nennungen der Personen ohne Altersangabe (N=2)

Quelle: DUK-Erhebung und -Darstellung



**Abbildung 50: Dauer der gesundheitlichen Einschränkungen nach Beruf**



\*keine Berücksichtigung der Berufsgruppe 'Kindererziehung und Haushaltsführung (N=1)'

Quelle: DUK-Erhebung und -Darstellung

Innerhalb der Stichprobe sind vor allem Hilfsarbeitskräfte von längerfristigen Erkrankungen betroffen. Ein 60-jähriger Interviewpartner aus Algerien klagt zum Beispiel über Schmerzen und eingeschränkte Beweglichkeit, die seit 2006/2007 gegeben sind:

*„2006, 2007 war die Operation. [...] Immer Stiege nix, oben nix, unten nix, Kilo nix, nix viel arbeiten. [...] Jetzt 2007 zwei Mal machen, Prothese machen“ (P51: 031-035).*

Chronische Erkrankungen wie Bluthochdruck oder Diabetes treten bei höherem Bildungsniveau seltener auf. Auch Arbeitslosigkeit und Migrationshintergrund spielen eine wesentliche Rolle in der gesundheitlichen Ungleichheit innerhalb der österreichischen Gesellschaft (Patera 2011: 45). Füzi und Reichardt (2009) zeigen in ihrer Studie auf, dass sich Arbeitslosigkeit und Krankenstände negativ beeinflussen. Darüber hinaus weisen Personen, die beim AMS gemeldet sind, öfter schwerwiegendere Erkrankungen, die zu einem Krankenhausaufenthalt führen, auf (Füzi/ Reichardt 2009: 9f.). Die psychische Belastung, die mit einer längerfristigen Arbeitslosigkeit einhergeht, ist dabei nicht zu unterschätzen. Ein 51-jähriger Interviewpartner zum Beispiel übt zum Zeitpunkt des Interviews seit drei Jahren keine Arbeit mehr aus und beschreibt die Belastungen der Arbeitslosigkeit:

*„Es wäre schön. So häng ma halt da. Warten, dass irgendeiner anruft für a Stell oder schreibt, immer nur absagt, wennst zweihundert Bewerbungen hast... Jeden Tag a neue abschickt... I tua weiter! Für mi ist's auch schon schwer, [...] ja freilich, weil zuerst die ganzen OPs, die ganzen Rehabs, und dann ka Arbeit. Des geht alles rein...“ (P13: 292)*

Die Einschränkungen der Unabhängigkeit und Selbstständigkeit, die mit Arbeitslosigkeit einhergehen, beschreibt eine Interviewpartnerin, 54 Jahre alt, die zum Zeitpunkt des Interviews seit 2014 keine Arbeit ausübte. Für sie stellt dies eine große psychische Belastung dar:

*„Weil das was mich so belastet – ich bin ja doch 34 Jahre lang ununterbrochen berufstätig g’wesen, ich war niemals arbeitslos. Einmal 2 Tage weil sich’s mit dem Wechsel nicht ausgangen is – aber das Fragezeichen. Ich bin das so gewohnt und ich musste auch immer auf eigenen Füßen stehen, eigentlich schon verdammt jung. Dann nicht zu wissen, wie geht’s dann weiter, das ist eigentlich das was mich immer gequält hat“ (P59: 095).*

### **10.5.3 Ursachen von gesundheitlichen Einschränkungen und ihr Zusammenwirken**

Psychische Erkrankungen können einen großen Einfluss auf körperliche Befindlichkeiten haben. Eine 52-jährige Interviewpartnerin führt ihre körperlichen Gesundheitsprobleme auf psychische Ursachen und Erkrankungen zurück:

*„Ich hab keine Zeit gehabt für ein Burnout und darum hab ich mich auch gefragt, warum jetzt und genauso ist es. Weil dann Zeit war, weil dann war’s so, dass dann... Da gibt’s ja so einen netten Spruch: ‚Was sagst du?‘ sagt die Seele zum Körper ‚Weil auf mich hört sie nicht‘... oder so irgendwie. [...] Und dann weinst und dann weinst noch mehr und dann denkst dir ja dein ganzes Lebens hast so viel bewältigt und jetzt, jetzt bin ich ein Häufchen Elend oder sowas. Und du hasst dich eigentlich irrsinnig selber dafür, dass du jetzt nicht mehr kannst, dass du einfach nicht mehr kannst ja. Und da der eine Internist, der mir dann den Herzkatheter gemacht hat, um Mitternacht, wo ich da [operiert] worden bin, weil eben akut noch was dazugekommen ist, in St. Pölten, der ist von auswärts gekommen. Also der war ein ganz ganz leiwander Arzt muss ich sagen. Der hat nämlich zu mir gesagt, zuvor ja, [...] ‚Tako-Tsubo-Syndrom‘ Und ich hab gesagt ‚Und was kann der Japaner?‘ Und er hat gesagt ‚Also das Syndrom des gebrochenen Herzens‘“ (P66: 094-096).*

Das Ignorieren von Symptomen führt in diesem Fall zu Folgeerkrankungen. Die Arbeit wurde über lange Zeit der Gesundheit übergeordnet. Vor allem psychische Erkrankungen werden oftmals aufgrund von Arbeit und beruflicher Karriere ignoriert. Es kommt zu körperlichen Auswirkungen.

Die Ursachen der gesundheitlichen Einschränkungen können vielfältig und multifaktoriell sein, daher berichteten die befragten Personen auch von unterschiedlichen Gründen und nannten oftmals mehrere. Privates Umfeld und Arbeit fließen hier meist gleichermaßen mit ein. Ein Großteil der befragten Personen nannte als Ursache für die gesundheitlichen Einschränkungen jedoch oft langfristige Belastungen in der Arbeit (62,6% aller Nennungen). Akute Belastungen in der Arbeit (z.B.: Arbeitsunfälle) hingegen sind nur in wenigen Fällen ausschlaggebend (11,5% aller Nennungen) für das Gesundheitsproblem. Die langfristigen

(14%) und kurzfristigen (8,6%) Belastungen außerhalb der Arbeit (z.B.: Freizeitunfall; Scheidung; Todesfälle in der Familie) wurden ebenfalls weniger häufig genannt.

Ein 49-jähriger Interviewpartner aus Bosnien hat sich zum Beispiel während des Spielens mit seinen Kindern eine langwierige Verletzung zugezogen:

*„Wegen Schulter, habe operiert Schulter, aber mir ist nicht so in Firma was passiert, sondern wenn die Kinder waren draußen auf Kinderspielplatz, da war einen Samstag, war das ja, es war nass und habe ausgerutscht und damit hinuntergefallen und 2 Sehnen gerissen“ (P100: 039).*

Ein anderer Interviewpartner, 54 Jahre alt, erzählt, dass er in seiner Tätigkeit als Tischler, die er seit 38 Jahren in einer Firma ausübt, bereits mehrere Arbeitsunfälle hatte:

*„Ich habe erzählt, wie meine Sehne abgerissen ist. Das war 2011. 2011. Zwei Jahre später ist das mit dem Fuß gewesen. [I: Und war das ein beruflicher Unfall?] Das, das war beruflich. Da hat es unterm Arbeiten einen Schnalzer tan. Aber da ist die Maschine noch so laut g'wesn, hast du es gehört, wann das Seil abreißt. [...] Die ist hin, die Hand ist hin. Die hängt da nur vorne, an nur einem Faden da vorn no dran, quasi, wenn ich auf die nicht aufpasse, dann kann ich die daunehaun. Auf Deutsch gesagt. [...] Nein, nein, man spürt schon, wie es, wie es geht. Aber man darf es nicht überbelasten, ich hab höchstens 5 Kilo. [...] Ich habe dann wieder weiter gearbeitet. Dann war ich 4 Monate im Krankenstand und dann habe ich wieder weiter gearbeitet, aber natürlich schon mit Aufpassen.“ (P12: 116-125).*

Wird nach Geschlecht unterschieden, erklären sich Frauen ihre Gesundheitsprobleme häufiger durch langfristige Belastungen im Umfeld als Männer. Dies spiegelt wohl die Mehrfachbelastung durch Erwerbstätigkeit und familiäre Betreuungspflichten wider. Eine Interviewpartnerin zeigt zum Beispiel auf, wie Alleinerzieherin zu sein eine große Belastung darstellt, vor allem dann, wenn innerhalb des eigenen Umfelds keine Unterstützung gegeben ist:

*„Meine Kinder, wenn mir was passiert, die haben niemanden. Meine Mutter ist gestorben, mein Vater ist gestorben, mein Bruder ist gestorben... Es gibt nur meine Schwester, die hat ein Alkoholproblem, das geht nicht für meine Kinder und zum Papa wollten's nicht ja. Also zu ihrem Papa ja. Und das war für mich klar, mir darf nix passieren und ich muss immer funktionieren. [...] Es war halt irgendwie ziemlich viel für eine einzelne Person weil ich hab nicht gehabt Opi, Omi, Tanten oder irgendwen, der mir die Kinder einmal abgenommen hätt. Ich hab meine Kinder immer alleine gehabt, ich bin immer trotz Kindern arbeiten gegangen, ich hab alles gemanagt und alles gecheckt“ (P66: 088-092).*

Traumatisierungen spielen natürlich ebenfalls eine bedeutende Rolle, wenn es um die Entstehung von (Folge-)Krankheiten geht. Eine Interviewpartnerin zeigt dies auf und schildert den Einfluss vergangener Belastungen und Erfahrungen auf ihre heutige gesundheitliche Situation:

*„Es war nicht nur die Arbeit, die mich zum Burnout gebracht hat. Das waren die vielen Todesfälle die ich g'habt hab in der Familie, wo wir, wo ich schon in sehr jungen Jahren eben a Sterbebegleitung g'macht hab und große Entscheidungen zu treffen gehabt hab. Und es war aus dieser Kindheit, das hab ich eben verdrängt bis vor 3 Jahren, ein sexueller Missbrauch in der Familie. Und das hab ich alles durch die Therapie aufgearbeitet. Und es hat alles zu meinem Kollaps geführt im Juni. Es war die ständige Überforderung, Überlastung, kein Mensch war, ich hab selber nicht mehr g'wusst wer ich bin und was mich ausmacht oder so. Also das war überhaupt nimmer mehr vorhanden. Das ist jetzt wieder, wieder da“ (P59: 093).*

Bei Männern hingegen liegen die Ursachen der gesundheitlichen Einschränkungen mehr als bei Frauen in akuten Belastungen, die außerhalb der Arbeit entstehen können. Der als Tischler arbeitende Interviewpartner, der zuvor bereits genannt wurde, beschreibt die Ursache einer weiteren gesundheitlichen Erkrankung, die ihn schlussendlich dazu veranlasste, seinen Beruf aufzugeben:

*„Das ist über die Nacht gegangen. [...] Ah, da ich habe es da unten am Vorfuß. Total rot, so einen Knolle kriegst du. Ja, Bakterien waren drinnen. Aber wie die reingekommen sind, das weiß man nicht. [...] Ich mein ich habe da Untersuchungen gehabt, Ende nie“ (P12: 043-047).*

Bei der Einschätzung der Ursachen für die vorhandenen Gesundheitsprobleme können kaum Unterschiede nach Migrationshintergrund festgestellt werden. Es zeigt sich lediglich, dass Menschen ohne Migrationshintergrund eher von langfristigen Belastungen (in der Arbeit und im privaten Umfeld) berichten als Menschen mit Migrationshintergrund. Der Unterschied ist jedoch sehr gering.

## **10.6 Einfluss der gesundheitlichen Situation auf das alltägliche Leben und die Rolle eigenverantwortlichen Handelns**

Die oben genannten Erkrankungen und gesundheitlichen Einschränkungen können einen unterschiedlich starken Einfluss auf das alltägliche Leben der Betroffenen haben. Hintergrund, Ursache, Dauer oder Wirkungsgrad sind Faktoren, die den Heilungsverlauf bestimmen und damit auch verantwortlich für das Ausmaß beruflicher und alltäglicher Beeinträchtigungen sind.

### **10.6.1 Formen der gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag**

Als mögliche Beeinträchtigungen wurden von den befragten Personen dabei regelmäßige Medikamenteneinnahme, eingeschränkte Beweglichkeit und Mobilität, psychische Einschränkungen, Schmerzen oder nicht schwer heben zu können genannt. Insgesamt gaben sieben InterviewpartnerInnen an, zu mehr als 40% invalide zu sein. Neben Beeinträchtigungen auf psychischer Ebene stellen Einschränkungen von Beweglichkeit oder Gehfähigkeit die am häufigsten vorkommenden Beeinträchtigungen im Alltag dar (jeweils

etwa knapp ein Drittel der Nennungen, 37 von 130 Nennungen). Wird die Bedeutung der gesundheitlichen Situation für den Berufs- und Lebensalltag betrachtet, so zeigt sich differenziert nach Migrationshintergrund folgendes Bild: Bei den Personen ohne Migrationshintergrund entfielen mehr als 40% der Nennungen (26 von 62 Nennungen) zu Beeinträchtigungen im Alltag auf psychische Einschränkungen, darunter sinkende Merkfähigkeit, Angst außer Haus zu gehen oder Schlaflosigkeit. Eine 52-jährige Interviewpartnerin etwa ging aufgrund psychischer Probleme und Burnout in den Krankenstand. Obwohl ihr Mann sie stark unterstützte, zog sie sich dennoch aus ihrem Umfeld zurück:

*„Ich habe mich dann komplett aus dem Leben zurückgezogen. Also wir waren früher Volkstanzen und Chorsingen – das habe ich alles... Ich will nicht und ich kann nicht. Und ich war auf keiner Familienfeier – waren ein paar Geburtstagsfeiern oder so. Ich hatte kein Bedürfnis. Ich wollte einfach nur Ruhe haben“ (P95: 17)*

Während die befragten Personen ohne Migrationshintergrund besonders häufig angaben, unter Einschränkungen aufgrund psychischer Probleme leiden, berichteten Personen mit Migrationshintergrund öfter von Bewegungs- und Mobilitätsproblemen (31,9%, 21 von 68 Nennungen). Weitere 10 Personen mit Migrationshintergrund gaben an, aufgrund der Unfähigkeit, schwer heben zu können, eingeschränkt zu sein. Ein Interviewpartner aus Kroatien, 48 Jahre alt, arbeitete zum Beispiel vor seiner Umschulung im Zuge der beruflichen Rehabilitation auf dem Fassadenbau. Er merkte, dass er sich beruflich verändern musste, da sich ansonsten seine körperliche Verfassung weiter verschlechtern würde:

*„War ich jetzt auf die Fassadenbau tätig und ich hab das letzte Jahre, [...] schon vor 5 Jahren überlegt, dass ich jetzt irgendwas machen muss. Ich wollte schon damals in diese Beruf, [...] Berufsausbildung gehen oder irgendwas anderes. Nur ja. Man denkt sich, ja es wird gehen, es wird gehen, und dann ist es immer schlechter und schlechter geworden. Ich konnte mich nicht mehr so richtig bücken, ich konnte nicht mehr meine Socken anziehen, auf rechten Fuß. Der ja kaputt ist. Und ja, dann hab ich es einmal sagen müssen, jetzt, stopp. Jetzt, entweder musst dir etwas überlegen oder machen oder du wirst kaputt gehen“ (P10: 056).*

Die höhere Bedeutung von Beeinträchtigungen in der Beweglichkeit und Mobilität (inkl. nicht schwer heben zu können) bei Personen mit Migrationshintergrund ist nicht zuletzt auf den Beruf zurückzuführen. Da Personen mit Migrationshintergrund sowohl unter den InterviewpartnerInnen wie auch in Gesamt-Österreich häufiger körperlich anstrengendere Arbeit bewältigen, ist die Auswirkung auf die körperliche Verfassung abzusehen.

### **10.6.2 Erwerbstätigkeit trotz Gesundheitsproblemen**

Oft wird die Erwerbstätigkeit trotz schwerer Beeinträchtigungen aufrechterhalten. Dabei ist zu unterscheiden zwischen denjenigen, die Symptome ignorieren und folglich keine Abklärung durch einen Arzt machen lassen und denjenigen, die sich ihrer Krankheit bzw.

gesundheitlichen Einschränkung zwar bewusst sind, aber aufgrund ihrer Arbeitsstelle und der dortigen Verantwortung bzw. aus Angst vor Kündigung nicht in Krankenstand gehen (wollen/können). Ein Interviewpartner, in Bosnien geboren, schilderte die Aufrechterhaltung der Erwerbstätigkeit ohne Rücksicht auf die gesundheitlichen Probleme folgendermaßen:

*„Und ich habe irgendwie geschaut, dass es weitergeht – weitergeht – weitergeht und dann ist es irgendwann einmal zu viel gewesen und dann ja habe ich dann angefangen zu merken, dass es mir nicht körperlich gut geht“ (P101: 079).*

Eine österreichische Interviewpartnerin brachte ihre körperlichen Einschränkungen und Schmerzen direkt mit der körperlichen Anstrengung an ihrem Arbeitsplatz in Verbindung. Dennoch ging sie ihrer Arbeit weiterhin nach, ohne weitere Abklärung mit dem Arzt:

*„Ich bin dann nach zehn Stunden [Arbeit] zu meinem Auto gegangen, habe die Tür aufgemacht und konnte nicht einsteigen, weil ich den rechten Fuß nicht heben konnte. Durch dieses stundenlange stehen war das unmöglich. Jetzt habe ich mich zuerst einmal so reingesetzt und habe dann beide Beine nacheinander in das Auto hineingehoben, und das ist aber eigentlich gut gegangen ja bis eigentlich mehr als zwei Jahre, zwar immer mit Schmerzen“ (P74: 21).*

Das Aufrechterhalten der Erwerbstätigkeit trotz starker gesundheitlicher Einschränkungen ist laut Aussagen der InterviewpartnerInnen oft nur aufgrund der Einnahme von Schmerzmitteln möglich. Mehr als ein Fünftel gaben an, unter Medikamenteneinfluss, starken Schmerzen und eingeschränkter körperlicher oder psychischer Verfassung arbeitstätig gewesen zu sein<sup>50</sup>. Viele berichten dabei aber von erheblichen Verschlechterungen des eigenen physischen und psychischen Gesundheitszustands sowie von Folgeerkrankungen. Eine Interviewpartnerin beispielsweise arbeitete, „bis es nicht mehr gegangen ist“ (P71). Die Knieprobleme einer anderen Interviewpartnerin schränkten sie in ihrer Bewegung massiv ein. Dennoch wurde die Erwerbstätigkeit aufrechterhalten, auch wenn es dabei zu einer weiteren Verschlechterung der gesundheitlichen Verfassung gekommen ist:

*„[Ich] habe mittlerweile so eine extreme Fußfehlstellung, also so einen Plattfuß, sodass die X-Füße schon so extrem ausgeprägt sind, und es war dann am Schluss schon so, dass ich so Knieprobleme gehabt habe, dass ich um zwei am Nachmittag beim Putzen habe ich mich nicht mehr hinknien können, ich habe die Füße gegrätscht und habe so irgendwie geputzt“ (P70: 085).*

Vor allem bei psychischen Erkrankungen kommt es zu einem schleichenden Auftreten der Symptome. Depressionen und Erschöpfungssyndrome bleiben meist für einen längeren Zeitraum unentdeckt. Ein in Österreich geborener Interviewpartner, 44 Jahre alt, ignorierte

---

<sup>50</sup> P8, P10, P11, P13, P15, P16, P26, P39, P41, P47, P48, P59, P60, P66, P70, P71, P72, P74, P81, P86, P98, P101

die Symptome seiner Krankheit sogar solange, bis sein Personalchef ihn darauf aufmerksam machte und ihn in den Krankenstand schickte.

*„Und jo, so außen hot's net passt, innen hot's net passt, die Arbeitsleistung hat halt dann auch nachlassen. Und da Chef hat dann amal a Gespräch gsucht, hot gmeint, ob's net amal gscheiter ist ein, zwei Monate daheim bleiben und die Akkus zu füllen“ (P108: 091).*

Bei vielen InterviewpartnerInnen steht die Arbeit vor der eigenen Gesundheit. Teilweise werden unterschiedliche gesundheitliche Beeinträchtigungen ignoriert. Die Angst, den Arbeitsplatz zu verlieren bzw. als ‚Nutznießer‘ des Systems zu gelten, ist dabei ausschlaggebend. Darüber hinaus ist bei mehreren InterviewpartnerInnen das Akzeptieren der Krankheit bzw. der gesundheitlichen Einschränkungen ein längerer Prozess. Dabei müssen Toleranz und Akzeptanz gegenüber dem eigenen Alter und der einhergehenden Abnahme der eigenen Leistungen sowie der sinkenden Belastungsgrenzen entwickelt werden. Das Lernen, ‚damit zu leben‘ ist dabei wesentlich für den Genesungsprozess, wie ein 52-jähriger Interviewpartner, der als Techniker gearbeitet hat, aufzeigt:

*„Weil ich hab das seit 5 Jahr. Wenn das so (schnippt) warat, dann wär's ja schon weg. Es is aber ned weg. Und da muss man eben einfach lernen, damit zu leben. Und das gibt's ned. Die sagen alle ‚Na, das geht schon vorbei. Das geht vorbei.‘ Und natürlich warten alle, bis es vorbei geht. Das geht aber ned vorbei. Du musst einfach lernen, damit zu leben. Und das hab halt i jetzt g'macht und mein Ding g'funden“ (P54: 137).*

Ein wesentlicher Faktor für den Prozess des Akzeptierens der eigenen gesundheitlichen Vulnerabilität und eingeschränkten Leistungsfähigkeit liegt in den zukünftigen Möglichkeiten. Oftmals wird den InterviewpartnerInnen erst im Laufe der medizinischen Rehabilitation oder während des Krankenstands bewusst, dass sie den bisherigen Beruf nicht mehr ausüben können. Eine Interviewpartnerin, 48 Jahre alt, schilderte etwa die Unterstützung, die sie während dieses Prozesses vom AMS erhalten hat:

*„Okay, und jetzt sitzt da, hast deinen Lebenswert, was andere jahrelang oder jahrzehntelang brauchen, dass Sie's einmal haben, dass Sie dort hinkommen, das hab ich ja schon g'habt. Das hab ich ja die ganze Zeit g'habt. Und dann kannst as nimmer machen. Und dann fragt ein Jeder ‚Ja, was willst denn du machen?‘. Da sitzt da und sagst ‚Ich weiß es nicht.‘. Weil du ja nicht mehr irgendwas hast. Und dann musst nachdenken, was willst du noch machen. Was ist dein Herzenswunsch? Was kannst dir vorstellen? [...] Hab ich g'sagt [zur AMS-Betreuerin]: ‚Ich muss Ihnen ehrlich sagen: Ich kann in meinen Beruf nicht mehr zruckgehen.‘ Dann hat sich das Radl jetzta eben... Ich mein sie hat eh schon drauf gewartet. Sie hat's eh schon g'wusst, ja. [...] Sie wollt, dass ich selbst mir das eingesteh und dann selber so weit bin und sag ‚Das geht nicht mehr‘“ (P55: 109-111).*

Eine andere 46-jährige Interviewpartnerin hingegen hatte eher schlechtere Erinnerungen, wenn es sich um die Unterstützung bei gesundheitlichen Einschränkungen handelt. Trotz Diagnose vom Arzt wurde sie von ihrer/m AMS-BetreuerIn an mehrere Stellen vermittelt, die sie laut eigenen Aussagen nicht mehr ausüben konnte:

*„Offiziell war [...] dann schon die Diagnose Burnout. Das war dann auch schon 2006 glaube ich, oder 2007, war dann auch schon beim Arbeitsamt, und habe gesagt, dass ich eigentlich nicht mehr in der Gastronomie arbeiten sollte, weil ich das psychisch nicht mehr aushalte. War dem Arbeitsamt egal. Haben mir gleich da fünf Stellen mitgegeben. Und ich habe aber selber gemerkt, wenn ich da jetzt wieder irgendwo anfangen zu arbeiten, schaffe ich das selber nicht mehr. Ich bin so fertig, wenn ich mir da jetzt nicht selber sage, jetzt probiere ich es“ (P70: 083).*

Die Problematik dahinter liegt in der Vermittlungspflicht des AMS. Sofern keine kontrollärztliche Untersuchung stattgefunden hat bzw. die betreffende Person nicht im Krankenstand ist, gilt sie als arbeitsfähig und muss vom AMS an entsprechende Stellen vermittelt werden. Diese Situation verschärft sich, wenn es zur Aussteuerung<sup>51</sup> bei der Krankenkasse kommt und die betreffenden Personen sich ungeachtet der eigenen körperlichen oder psychischen Verfassung beim Arbeitsmarktservice als arbeitslos melden (müssen), um Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung beziehen und damit eine aufrechte Krankenversicherung erlangen zu können. Dies wird jedoch erst im Kapitel 10.7 genauer untersucht.

### **10.6.3 Hohe Arbeitsmotivation trotz gesundheitlicher Einschränkungen**

Egal ob eine Arbeits- bzw. Berufsunfähigkeit vorliegt oder nicht, die Motivation zu arbeiten ist innerhalb der Stichprobe sehr hoch. 48 von 101 InterviewpartnerInnen gaben explizit an, dass sie vor/während/nach der Rehabilitation bzw. Erkrankung/gesundheitlichen Einschränkung eine starke Motivation aufweisen, erwerbstätig zu sein. Ein 47-jähriger Interviewpartner, in Österreich geboren, gab an, sogar während des Krankenstands den Arbeitsplatz mehrmals die Woche unentgeltlich aufgesucht zu haben:

*„Da war ich noch im Krankenstand, ja. Ich hätt gar nichts kriegt. Das war wirklich als Ablenkung oder was auch immer und ich hab einfach solange ich's aus'halten hab. Aber maximal einen halben Tag oder so“ (P53: 166).*

Auch während bzw. nach Rehabilitationsmaßnahmen, aber auch befristeten Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspensionen wurde vermehrt von einer starken Arbeitsmotivation gesprochen. Ein 54-jähriger Interviewpartner ohne Migrationshintergrund war insgesamt

---

<sup>51</sup> „Aussteuerung“ = Wenn die Dauer des Krankengeldbezugs das Höchstmaß erreicht hat. Hier endet meist auch die Krankenversicherung (<https://www.noegkk.at/portal27/noegkkportal/content?contentid=10007.702563&viewmode=content>)



zwei Jahre in der befristeten Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension. Er gab an, nach seiner Genesung sofort wieder in das Berufsleben einsteigen zu wollen:

*„[I: Sind sie froh, dass sie wieder zurück von der Pension sind?] Ja, absolut, absolut, das kann ich uneingeschränkt behaupten!“ (P87: 159-160).*

Die Motivation, zu arbeiten, ergibt sich aus vielfältigen Gründen. Teilweise wird das vermeintliche ‚Nichts-tun‘ während des Krankenstands bzw. der Arbeitslosigkeit als sehr belastend betrachtet – unter anderem deswegen, weil das Gefühl der Asozialität entsteht, wie eine 46-jährige, in Bosnien geborene Interviewpartnerin aufzeigt:

*„Ich will nicht, dass die ganzen hören, ich bin beim AMS! Ich nütze die Stadt aus, ich lebe vom AMS- Nein das ist für mich schon – es war immer ein Problem und jetzt ist es immer schlimmer!“ (P85: 117).*

Die Motivation, einer Arbeit nachzugehen, ergibt sich aber bei einigen InterviewpartnerInnen aber auch aus finanziellen Gründen. Bei Verlust eines Arbeitsplatzes bleiben die Kosten der Lebenshaltung vorerst gleich, während das verfügbare Einkommen teilweise stark sinkt. Aus finanzieller Sicht ist es für die InterviewpartnerInnen daher wichtig, so bald als möglich wieder arbeiten zu gehen. Das Absinken des eigenen Lebensstandards wird als emotional sehr belastend angesehen (P21, P40, P56, P66, P71, P72, P83). Daher wird die Aufrechterhaltung bzw. das erneute Erreichen dieses Standards als Ziel gesetzt. Innerhalb der Stichprobe gaben 21 InterviewpartnerInnen an, dass der Bezug, den sie vom AMS, dem Sozialamt, der PVA oder vom jeweiligen Versicherungsträger erhalten, für den eigenen Lebensstandard nicht ausreichend ist. Zehn befragte Personen gaben hingegen an, dass der jeweilige Bezug, den sie erhalten ausreichend ist. Dabei ist jedoch zu beachten, dass es sich bei Letzteren um InterviewpartnerInnen handelt, die zuvor entweder ein höheres Gehalt hatten und daher auf Angespertes zurückgreifen konnten oder um Personen, die zuvor weniger als die jeweilige Bezugshöhe (z.B.: Umschulungsgeld) verdient haben.

Ob auf Erwerbstätigkeit oder Pension der Fokus liegt, bestimmt oft auch die Art und Weise der Tätigkeit. Wesentlich dabei ist, dass sich die Bedingungen einer zukünftigen Stelle auf die gegebenen gesundheitlichen Einschränkungen anzupassen sind. Einer 40-jährigen, in Ungarn geborenen Interviewpartnerin ist es zum Beispiel wichtig, dass sie bis zur Pension in einer Tätigkeit beschäftigt ist, die sich mit ihrer Gesundheit vereinbaren lassen:

*„Bis zur Pension natürlich – was denn sonst – ich arbeite auch gern – also jetzt, wo ich meine Kraft wieder habe, ich brauche die Beschäftigung schon – es soll etwas Sinnvolles, Kleines sein – zu meinen inzwischen veränderten Bedingungen anpassen – und ich bin nicht bereits irgendwo hinzukriechen“ (P91: 92).*

## **10.7 Krankenstand und der Antrag auf Rehabilitation**

Nach dem Angestelltengesetz (AngG) bzw. Entgeltfortzahlungsgesetz (EFZG) haben Angestellte und ArbeiterInnen, deren Arbeitsleistung infolge von Krankheiten herabgesetzt ist, Anspruch auf Entgeltfortsetzung – es sei denn die Krankheit wurde vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt (vgl. WKO 2017). Das Ausmaß der Entgeltfortzahlung von mehreren

Faktoren abhängig. Grundsätzlich ist die Anzahl der Dienstjahre bei Angestellten sowie bei ArbeiterInnen ausschlaggebend für die Dauer des Anspruchs (vgl. ebd.). Die Höchstgrenze, die gesetzlich geregelt ist, liegt bei 26 Wochen, die aufgrund längerfristiger Erkrankungen auf 52 Wochen ausgeweitet werden kann. Dabei wird vorausgesetzt, dass in den letzten 12 Monaten eine Krankenversicherungsdauer von mindestens 6 Monaten bestanden hat (vgl. NÖ GKK 2017).

Innerhalb der Stichprobe machten 96 der 101 InterviewpartnerInnen Angaben zur Dauer des Krankenstands<sup>52</sup>: 23 Personen (~24%) waren für zirka ein Jahr im Krankenstand. 22 weitere (~23%) waren weniger als ein Jahr im Krankenstand. Eine Person war laut eigenen Angaben aufgrund ihrer Beamtenversicherung zwei Jahre im Krankenstand. Die restlichen Nennungen bezogen sich vor allem auf mehrere aufeinanderfolgende Krankenstände in den letzten Jahren und enthielten keine genauen Angaben zur Dauer. Im Fall einer Interviewpartnerin, die 46 Jahre alt und in Bosnien geboren ist, wechselten sich Krankenstand und Arbeitslosenzeiten in den letzten Jahren immer wieder ab. Insgesamt wurde sie fünf Mal am Knie operiert und hat zusätzlich Probleme mit den Bandscheiben:

*„Ja, und ich war nur 2 Jahre in derselben Firma [...]Dann erkrankt – ich habe einen langen Krankenstand gehabt und dann gekündigt und seit 2010 entweder Krankenstand – Arbeitslose. Ja und AMS Ausbildung“ (P85: 031).*

#### **10.7.1 Krankenstand und Wartezeiten auf Maßnahmen des Gesundheitssystems**

Die Dauer des Krankenstands ist abhängig vom Krankheitsverlauf, jedoch auch von Wartezeiten auf medizinische Versorgung bzw. Rehabilitationsmaßnahmen, wie eine 50-jährige Interviewpartnerin, geboren in Bosnien, aufzeigt:

*„Das hat sich lange gezogen, weil normal für wieder Magnetresonanz oder Physiotherapie oder zum Neurologe oder zum Orthopäden – es ist einfach, muss man warten. Ich kann nicht zu meinem Arzt sagen, ich will morgen Termin. Das geht schnell vorbei, dann bin ich schnell gesund, das ist keine Wahl für mich. Und dann irgendwann war das Krankengeld ausgesteuert“ (P86: 28).*

Die Wartezeiten auf Termine bei Fachärzten oder für Operationen sind aus Sicht einiger InterviewpartnerInnen zu lange. Es kam laut den befragten Personen immer wieder zu Leerläufen zwischen den einzelnen Terminen. Teilweise entstanden durch das Warten sogar Folgeerkrankungen. Eine 46-jährige, in Österreich geborene Interviewpartnerin zum Beispiel hatte Meniskus-Probleme, die aus einer Operation resultierten. Durch das Warten auf die nächste Operation und die untypische Belastung kam es zu einem Bandscheibenvorfall.

*„Bei einer Meniskus-Operation ist mir ein Stück vom Knochen abgesplittert, am linken Knie! Das hat man mir nicht gesagt, aber bei der Röntgenaufnahme habe*

---

<sup>52</sup> Bezieht sich auf den Krankenstand, der aufgrund der gesundheitlichen Einschränkung genommen wurde, die dazu führte den letzten Beruf/ die letzte Arbeitsstelle nicht mehr ausüben zu können

*ich es gesehen und da haben sie eben die Umstellung gemacht! Beim zweiten Knie, das hat auch nicht gescheit funktioniert, haben wir uns geeinigt – o.k. machen wir es dort auch! Das hat zwar bei mir relativ lange gedauert und durch die Hatscherei habe ich jetzt natürlich einen Bandscheibenvorfall!“ (P80: 033).*

Neben den medizinischen Folgen hat die lange Wartezeit auch starke Einflüsse auf das Berufsleben, wie etwa Folgeerkrankungen oder Erkrankungen, die aus psychischen Belastungen während des Wartens entstehen, oder aber auch Verlust des Arbeitsplatz, da Unternehmen sich keine MitarbeiterInnen leisten wollen/können, die solange im Krankenstand sind.

### **10.7.2 Unterstützung und Beratung während des Krankenstandes**

Während des Krankenstands werden die betreffenden Personen immer wieder kontrollärztlich untersucht, damit im Falle einer länger andauernden Erkrankung oder gesundheitlichen Einschränkung der Krankenstand ausgeweitet werden kann. Die Erfahrungen, die hier mit den Krankenversicherungsträgern gemacht werden, sind stark unterschiedlich. Eine Interviewpartnerin, die angab, an Burnout zu leiden, bekam aus ihrer Sicht umfassende Unterstützung durch die Gebietskrankenkasse.

*„Also ich bin ganz toll aufgefangen worden von der Frau Doktor [Name] und von der GKK weil ich hätt mir ja überhaupt gar nicht... Ich hätt mich ja überhaupt gar nicht so lang in Krankenstand gehen getraut, nicht dass ich da irgendwas [...] glaubt mir eh keiner“ (P66).*

Eine gute Unterstützung sowie ausführliche und kompetente Beratungen können den betreffenden Personen viele Sorgen nehmen und eine Fokussierung auf den eigenen Heilungsprozess ermöglichen. Unterstützungs- und Beratungsleistungen sind somit als Bestandteil der Genesung zu betrachten. Sollte keine oder mangelhafte Unterstützung bzw. Beratung erfolgen und/oder erkrankte Personen vor bürokratische Hürden gestellt werden, kann sich dies hingegen negativ auf den Heilungsprozess und damit auf die Dauer der Erkrankung bzw. das Ausmaß der Arbeitsunfähigkeit auswirken. Eine 59-jährige Interviewpartnerin mit Migrationshintergrund war 26 Jahre in der Hauskrankenpflege berufstätig und berichtete etwa von später und unregelmäßiger Auszahlung der Geldleistungen:

*„Bin ich auf die Bank gegangen und habe gesagt ‚Ist noch nicht mein Geld gekommen?‘ – haben nochmal geschaut, hat gesagt ‚Das stimmt, Sie haben noch nicht bekommen, bekommen Sie in den nächsten Tagen‘. Aber das ist auch nicht zuverlässig, weil ich habe auch Kosten fixe – kostet das. Und die Firma – das ist eine Krankenstand ist und eine Unfall – ist verschiedene Sachen! Das weiß ich nicht, weil ich bin nicht öfter als Unfall gemeldet. Dann hat sie mich auch nicht informiert, dass ich über die Krankenkasse - dass ich nicht mehr zahle sondern die Krankenkasse - habe ich auch meinen Vorgesetzten gesagt ich hätte gern, dass Sie mich informieren: Ab diesem Zeitpunkt zahlt die Firma nicht mehr sondern die – dass man sich vorbereitet – und da ist mir das auch passiert, dass die*

*Krankenkasse nicht gleich bezahlt hat, weil irgendeine Fehler. Hab ich gesagt ‚Wo war der Fehler?‘ – ‚Kann ich Ihnen nicht sagen.‘ – das war alles“ (P28: 134).*

Verzögerte Auszahlung von Geldleistungen führt nicht nur zu finanziellen Belastungen, da es so zu Zahlungsverzug bei den weiter gleichbleibenden Lebenshaltungskosten kommen kann, sondern auch zu psychischen Belastungen infolge ungewisser Existenzsicherung sowie Informationsdefiziten in Bezug auf Leistungsansprüche und Zuständigkeiten. Informationsdefizite sowie widersprüchliche Aussagen von verschiedenen Instituten belasten die InterviewpartnerInnen. Dazu kommt ein Gefühl des ‚Herum-gereicht-werdens‘, wie folgender 52-jähriger Interviewpartner ohne Migrationshintergrund schildert:

*„Und es geht nur darum: Das Arbeitsamt will mich nicht haben, die schicken mich zur PVA. Die PVA sagt ‚Na den will i a ned haben, schicken mich... Sag ich: ‚Leuteln, ich hab aber mein ganzes Leben immer alles eingezahlt zur rechten Zeit und was für mich auch das entscheidende ist: Könnte man mich bitte irgendwie wie einen Menschen behandeln?‘“ (P54: 071).*

Ähnlich sieht dies auch folgende 54-jährige Interviewpartnerin, in Österreich geboren, die darüber hinaus um eine objektive Beratung bittet, die sich mit den Anliegen des/der PatientIn auseinandersetzt und sich nicht auf die ökonomische Situation der einzelnen Institutionen konzentriert:

*„Bitte unbedingt eine Beratung, die nicht drauf abzielt, dass die Krankenkasse nicht die Kosten ans AMS transferieren oder an die PVA. Und der ‚Patient‘ sag ich jetzt einmal steht da irgendwo drinnen und auf seinem Rücken wird’s ausgetragen. Ich weiß, dass viele Leut a was ausnutzen, das System auch ausnutzen, das ist mir schon bewusst, ich bin ja nicht... weiß ich nicht, ich bin kein Teenager oder seh das nicht, ja, aber ich wünsch mir da eine objektive Beratung und objektive Betreuung, ja“ (P59: 105).*

Einige InterviewpartnerInnen vermissen eine gebündelte Beratung und Unterstützung und haben das Gefühl, ein unliebsamer Kostenpunkt zu sein. Darüber hinaus wird die Angst deutlich, als ‚Asozialer‘, ‚Schmarotzer‘ oder jemand, ‚der dem Staat zur Last fällt‘ bezeichnet oder auch behandelt zu werden.

### **10.7.3 Antrag auf Rehabilitation oder Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension**

Nach spätestens 52 Wochen ist der Anspruch auf Krankengeld ausgeschöpft und die betreffenden Personen werden ausgesteuert<sup>53</sup>. Dieser Zeitraum ist jedoch in einigen Fällen zu kurz, insbesondere wenn es um psychische Erkrankungen geht, deren Genesungszeiten

---

<sup>53</sup> „Aussteuerung“ = Wenn die Dauer des Krankengeldbezugs das Höchstmaß erreicht hat. Hier endet meist auch die Krankenversicherung (<https://www.noegkk.at/portal27/noegkkportal/content?contentid=10007.702563&viewmode=content>)

sehr lange sein können. Den Druck zur raschen Genesung beschreibt etwa folgender, 44 Jahre alter Interviewpartner ohne Migrationshintergrund:

*„Und ois was so in 30 Jahr, 40 Jahr aufgstaut hat [...] ok gehst arbeiten und dann auf einmal ist es da, des baut sich ja alles über Jahrzehnte auf und des bringst net in am Jahr wegga. Des geht net. Also von meinem Eindruck her. Also, dass die Krankenkasse sagt ,ok, dann gehst in Krankenstand, dann bist auf Reha und dann bist wieder gesund‘ des funktioniert net“ (P108: 238).*

Sollte sich die gesundheitliche Situation bis zum Ende des Anspruchs auf Krankengeld nicht verbessert haben, besteht während des Krankenstandes bzw. nach der Aussteuerung für vor dem 01.01.1964 geborene Personen die Möglichkeit auf eine vorübergehende oder dauerhafte Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension. Für jüngere Personen wurde diese Möglichkeit im Zuge des SRÄG 2012 (Sozialrechts-Änderungsgesetz 2012) abgeschafft und durch das Rehabilitationsgeld ersetzt. Es besteht daher nur mehr ein Anspruch auf Rehabilitationsgeld oder dauerhafte Invaliditäts-/Berufsunfähigkeitspension, sofern die betroffene Person nicht als arbeitsfähig eingestuft wird. Hier ist nochmals anzumerken, dass auch ein Antrag auf Berufsunfähigkeits- oder Invaliditätspension für beide Altersgruppen gleichzeitig ein Antrag auf Rehabilitation bedeutet („Rehabilitation als Pflichtleistung“) (Egger-Subotitsch et al. 2015: 20). Betreffende Personen können während des Bezugs des Krankengeldes schon einen Antrag auf Rehabilitationsgeld oder Pensionsleistungen stellen. Teilweise wird von den InterviewpartnerInnen angegeben, dass dies von den Krankenkassen auch empfohlen wurde, wie etwa folgender, 47 Jahre alter Interviewpartner ohne Migrationshintergrund berichtete:

*„Ja, das war ja nicht mein Anliegen und mein Ziel, sondern das war der Vorschlag von der Gebietskrankenkasse. Sonst hätt ich das nie gemacht“ (P53: 102).*

Die Motivation der Krankenkasse, die PatientInnen an die PVA zu verweisen, lässt sich unterschiedlich begründen: Die Dauer des Krankenstands ist bei voraussichtlich langfristigen gesundheitlichen Einschränkungen nicht ausreichend. Um nicht das Risiko einzugehen, von der Krankenkasse ausgesteuert zu werden und aufgrund fehlenden Antrags auf Rehabilitation oder Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension keine weiterführenden Leistungen beziehen zu können sowie der Gefahr ausgesetzt zu sein, in die Arbeitslosigkeit zu rutschen, wird hier ein frühzeitiger Antrag auf Rehabilitation von der Krankenkasse empfohlen. Eine Interviewpartnerin, die in Österreich geboren ist und als Hilfsarbeitskraft tätig war, erzählte von ihren Erfahrungen und den Empfehlungen der Krankenkasse:

*„Weil mir die Gebietskrankenkasse, der Herr [Name], eben geraten hat, wir sollten das [den Antrag] jetzt schon machen, weil wie gesagt, der erste OP-Termin war im April, Mitte April, der nächste OP-Termin ein dreiviertel Jahr später, im Dezember, und der hat dann g‘meint die Behörden arbeiten ja so langsam, schnell, es vergehen da wieder sicher 3 Monate, bis das bearbeitet ist, bis ich zur Untersuchung komm oder bis halt das Ganze bearbeitet wird. Sonst*

*geht sich das vielleicht mit dem Jahr Krankenstand nicht aus. Dass wieder irgendwas nicht wäre. Drum soll ich da ansuchen“ (P56: 073).*

Hinter der Empfehlung können aber auch finanzielle Überlegungen stehen, da ein Antrag auf Rehabilitation oder Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension eine Kostenreduktion für den Versicherungsträger darstellt. „Eine während des Krankengeldbezuges zuerkannte Pensionsleistung (Berufsunfähigkeits-, Invaliditäts- oder Alterspension) kann den Krankengeldbezug beenden“ (NÖ GKK 2017). Ab dem Zeitpunkt der Antragstellung übernimmt die PVA die entstehenden Kosten. Der betreffenden Person wird während der Bearbeitung der Antragstellung Übergangsgeld gewährt, sofern kein Anspruch auf Rehabilitation- oder Umschulungsgeld besteht (PVA 2015: 17). Im Falle einer 52-jährigen Interviewpartnerin ohne Migrationshintergrund kam es zu unterschiedlichen Auskünften verschiedener Akteure und dadurch zum Gefühl, „im Kreis geschickt zu werden“. Zu Beginn wurde sie von der Krankenkasse auf die Pensionsversicherungsanstalt verwiesen:

*„Wenn man im Krankenstand ist, muss man immer zur Kontrolle – von der Krankenkasse. Man wird eingeladen und dann schauen sie sich den Zustand an – und dann entweder ist man arbeitsfähig oder man bleibt weiter im Krankenstand und dann gibt es immer wieder Folgetermine, wo man vorsprechen muss – und irgendwann Ende Dezember oder im Jänner, da habe ich einen Termin gehabt für die Reha – da hat die Ärztin gesagt – ich soll zur PVA gehen und soll um Rehabilitationsgelder ansuchen“ (P95: 037).*

Die Interviewpartnerin tätigte diese Anfrage bei der PVA und berichtete von einer völlig gegenteiligen Auskunft:

*„Und die Dame da von der PVA hat dann gesagt, eigentlich sie würde das nicht tun, weil man kann ein ganzes Jahr im Krankenstand bleiben und ich weiß ja noch nicht ob mir die Reha gut tut. Und dann kann ich nachher arbeiten gehen und dann ist noch lange die Frist nicht abgelaufen. Und wenn ich jetzt ansuche um die Rehabilitation, dann bin ich nicht mehr im Krankenstand, sondern bin so quasi bei der PVA in der Kartei- Und das ist so ein Übergangsgeld und ich muss alle Ärzte und Psychiater von der PVA durchlaufen und die müssen alle Befunde erheben und es ist sehr wahrscheinlich, dass das sowieso abgelehnt wird“ (P95: 37).*

Die Interviewpartnerin hatte das Gefühl, ein unliebsamer Kostenpunkt zu sein und von den jeweiligen Institutionen nicht konstruktiv in der Entscheidungsfindung unterstützt zu werden. Laut eigenen Aussagen wird sie darüber hinaus auch massiv unter Druck gesetzt, auch nachdem sie bereits eine Entscheidung getroffen hatte:

*„Das ist so ein hin und herschieben der Patienten zwischen der Krankenkassa und der Pensionsversicherungsanstalt und jetzt habe ich den Antrag nicht gestellt. Ich habe gesagt, ich warte einmal. Die von der Gebietskrankenkasse hat gesagt, ich muss das sofort machen, weil das dauert Monate bis das bewilligt wird und hin und her und wenn sich das dann nach der Reha vielleicht nicht mehr ausgeht, ich kann nicht mehr arbeiten. Die hat mir dann richtig Druck gemacht, ich sollte*

*ansuchen um die Rehabilitationsgelder und die PVA hat mir wieder total abgeraten“ (P95: 37).*

Wird um Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension und/oder um Rehabilitationsgeld bzw. Umschulungsgeld<sup>54</sup> angesucht, werden laut InterviewpartnerInnen „kontrollärztliche Untersuchungen von Seiten der PVA“ (gemeint ist Kompetenzzentrum Begutachtung) durchgeführt. Hier kommt es zur Feststellung, ob eine Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit für mindestens sechs Monate vorliegt. Ist letzteres gegeben, wird geprüft ob berufliche Maßnahmen der Rehabilitation zweckmäßig und zumutbar sind. Ist das nicht der Fall, wird Rehabilitationsgeld ausbezahlt (PVA 2015: 4). Sind die Maßnahmen jedoch zumutbar und zweckmäßig, kommt es zum Anspruch auf Umschulungsgeld, wobei die Teilnahme an beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen verpflichtend ist (PVA 2015: 5).

Das Kompetenzzentrum Begutachtung wurde als einheitliche Begutachtungsstelle im Zuge der SRÄG 2012 für unselbständig Beschäftigte sowie für den Bereich der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und der Bauern eingerichtet. Diese Stelle ist in der Pensionsversicherungsanstalt lokalisiert. Hier werden medizinische, arbeitsmarktbezogene und berufskundliche Gutachten erstellt (BMASK 2017). „Bei Bedarf ist im Bereich des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes auch ein sachkundiger Vertreter oder eine Vertreterin des Arbeitsmarktservice beizuziehen bzw. werden auch externe Stellen wie z.B. das Berufliche Bildungs- und Rehabilitationszentrum befasst“ (BMASK 2017). Die Bescheide sind für das AMS und für die PVA gleichermaßen bindend. Da auch externe Stellen wie das BBRZ die Untersuchungen durchführen können, entsteht für die betreffenden InterviewpartnerInnen das Gefühl, gar keine Kontrolluntersuchung gemacht zu haben. Die Untersuchung etwa beim BBRZ wird häufig nicht als Begutachtung der Arbeitsfähigkeit wahrgenommen, wie folgende 50-jährige Interviewpartnerin, in Österreich geboren, aufzeigt:

*„Also es war die Bewilligung war jetzt eigentlich kein Problem. Also ich hab das Ansuchen gestellt bei der PVA und das ist bewilligt worden ohne dass ich jemals irgendjemanden gesehen habe“ (P46: 075).*

Die Kontrolluntersuchungen werden generell sehr unterschiedlich wahrgenommen. Neben der Art und Weise, wie diese durchgeführt werden, sind die Aussagen zur Häufigkeit der Untersuchungen sehr divergent. Eine, in Österreich geborene Interviewpartnerin, 50 Jahre alt, berichtete zum Beispiel von ungewöhnlich vielen Kontrolluntersuchungen, da laut eigenen Aussagen PVA sowie AMS jeweils eigene Gutachten benötigen würden:

*„Jo, hast natürlich, wieder Ärzte ghabt und Arbeitsmediziner hast ghabt, was I absolut net versteh is, einerseits hab ich vom Gericht einen Arbeitsmediziner für die PVA, aber das Gutachten gilt nicht fürs AMS, die haben eigene Arbeitsmediziner. Und die gehen absolut net konform. Also da san absolut ganz*

---

<sup>54</sup> Umschulungsgeld wird bei Anerkennung der beruflichen Rehabilitation ausbezahlt.

*andere Gutachten auße kommen, und des versteh I net. Des war aber net nur bei mir alleinig sondern eigentlich bei alle Teilnehmer. Najo, ah, I war so narrisch [...], weil ich mir verorscht vorkommen bin muss I ganz ehrlich sagen, I war der Ansicht, dass mir einfach die Zeit gstohlen wird“ (P15: 178).*

Durch die kontrollärztliche Untersuchung im Kompetenzzentrum Begutachtung kommt es zur Feststellung der Arbeitsfähigkeit, Invalidität, Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit. Diese wird von einigen den InterviewpartnerInnen stark kritisiert, vor allem deswegen, weil laut den befragten Personen die Befunde der Fach- bzw. Hausärzte nicht berücksichtigt werden. Da das Kompetenzzentrum Begutachtung als Teil der PVA und nicht als Schnittstelle zwischen den einzelnen Institutionen wahrgenommen wird, entsteht Unzufriedenheit auf Seiten der InterviewpartnerInnen in Bezug auf die Begutachtung fast ausschließlich nur mit der PVA, wie etwa folgender, 49-jähriger Interviewpartner ohne Migrationshintergrund:

*„IP: Jetzt kann ich auch nicht lange sitzen, jetzt habe ich da auch meine Befunde auch immer! Die kann ich normalerweise alle gleich in den Mistkübel hauen!*

*I: Wo haben sie die Befunde her?*

*IP: Vom Krankenhaus und meinen privaten Ärzten, aber das interessiert sie nicht!*

*I: Bei der PVA?*

*IP: Ja, die PVA interessiert es nicht, dass sie da meine lesen!“ (P76: 085-089).*

Die kontrollärztliche Untersuchung selbst wird dabei sehr unterschiedlich betrachtet. Ein 47-jähriger Interviewpartner, in Österreich geboren, berichtete von positiven Erfahrungen:

*„War dann a bei der Untersuchung. Du wirst also bei der PVA untersucht. Ja, denkst dir nichts dabei, ja, hat für mich auch passt alles und war von earna Seiten a in Ordnung, da kann man nichts sagen“ (P47: 137).*

Ein 47-jähriger Interviewpartner auch aus Österreich kritisiert hingegen, dass die Dauer der kontrollärztlichen Untersuchung für die Beurteilung des Gesundheitszustandes nicht ausreichend war:

*„Wenn der dich sieht, das ist ja eine Momentaufnahme. Und der kann mich in einer Viertelstunde ja nicht beurteilen, wie ich mich wirklich fühle, na. Mein Facharzt kann das, der kennt mich ja. Aber der, der sieht mich da – weiß ich nicht – Viertelstund’, halbe Stund’. Ich mein es ist ja nicht mein Ziel, in Pension zu gehen. Und war es auch nie. Aber man wird irgendwie so behandelt, so quasi was willst du mit deinen 47 Jahr’, 45 Jahr’ was auch immer?“ (P53: 100).*

Diese Erfahrung und die damit einhergehenden negativen Gefühle in Bezug auf die Begutachtung führten bei diesem Interviewpartner zu Rückzug:

*„Und damit’st das hast, müsstest dich von einem Gutachter anschauen lassen und bewerten lassen, dass’d gewisse Leistungen kriegst oder was. Und ich hab g’sagt, nein ich mach das nicht, weil ich tu mir das einfach nicht mehr an. Wenn*



*da einer – weiß ich nicht – über mein Befinden urteilt und der kennt mich gar nicht. Da fühlst dich so, ja, so wie der letzte Dreck“ (P53: 130).*

#### **10.7.4 Entscheidungen über Rehabilitation und Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension**

Ist die Antragstellung erfolgt, ist der Prozess bis zur Zuerkennung bzw. Ablehnung des Antrags mit unterschiedlichen Schwierigkeiten verbunden. Vor allem bei Personen mit Migrationshintergrund kommt es im Zuge der Beurteilung des Berufsschutzes immer wieder zu Komplikationen und langwierigen Prozessen. Ein 49-jähriger Interviewpartner aus Bosnien etwa musste, um eine berufliche Rehabilitation gewährleistet zu bekommen, seine Ausbildung, die er in Bosnien abgeschlossen hat, in Österreich nostrifizieren lassen (P104). Da bei der Antragstellung auf Rehabilitation oder Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension eine Vielzahl an unterschiedlichen Dokumenten, Bescheiden und Zeugnissen benötigt wird, wird diese häufig von den InterviewpartnerInnen als anstrengend und nervenaufreibend bezeichnet. Dabei ist die psychische Belastung aufgrund der finanziellen Situation nicht außer Acht zu lassen. Eine 46-jährige Interviewpartnerin ohne Migrationshintergrund fasst dies kurz zusammen:

*„Bis das so weit war, zur Berufsfindung, das ist schon ein zacher Weg! [...] Wenn du eh krank bist und dann, du weißt nicht, wie geht es finanziell weiter. Das ist nicht ohne!“ (P77: 154-158)*

Nachdem der Antrag gestellt wurde, kommt es laut InterviewpartnerInnen teilweise zu monatelangen Wartezeiten auf die jeweiligen Gutachten bzw. Bescheide (z.B.: P16, P25). Eine Interviewpartnerin beschreibt die Belastungen, die mit der langen Wartezeit und dem bürokratischen Umgang einhergehen:

*„Also da sitzt daheim und wart’st und wart’st und wart’st, das dauert ein dreiviertel Jahr bis’d da einen Bescheid kriegst. Also irgendwo gehen sie... Also man is eine Nummer. Man ist eine Nummer, wirklich. Also das G’fühl hat man dann manchmal. Weil es geht a drum... Ich mein, meistens verliert man einen Haufen Arbeitsjahr, wenn man daheimsitzt, man hat kein Einkommen, man fühlt sich irgendwo minderwertig. Also mir is zumindest so gungen. Weil mir gibt das wenn ich arbeiten geh irgendwo eine Bestätigung, also“ (P41: 207).*

Wird der Antrag abgelehnt, kann es zu weitreichenden Folgen kommen. „Da [...] die Feststellung einer gegebenen Berufsfähigkeit im Pensionsverfahren für Personen, die nach dem 1. Jänner 1964 geboren wurden, bewirkt, dass während der darauffolgenden 18 Monate auch keine freiwillige Berufliche Rehabilitation bewilligt werden kann“ (Egger-Subotitsch et al. 2015: 20), entschied sich etwa eine 54-jährige Österreicherin dagegen, einen Pensionsantrag zu stellen, obwohl ihr dies von der Krankenkasse nahegelegt wurde:

*„[Die] Krankenkassa – nicht die Kontrollärztin, jemand anders – hat mir damals jemand ganz dringend empfohlen um die Pension einzureichen, um die Frühpension. [...] Und vor allem hätt ich um die Invaliditätspension oder um die*

*Frühpension eben eingereicht, ich hätte [das Arbeitstraining] nicht machen können. Jetzt rückblickend betrachtet muss ich sagen: Das wär so eine Schweinerei gewesen. Also für mich wär das total arg gewesen. Weil [das Arbeitstraining] darfst du nicht machen wenn der Pensionsantrag liegt, ja, da darfst du das nicht machen. Und ich wüsste nicht, wenn [das Arbeitstraining] ned g'wesen wär, was dann passiert wär (P59: 105)“.*

#### **10.7.5 Ablehnung der Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension bzw. Rehabilitation**

Wird der Antrag auf Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension oder der Antrag auf Rehabilitation abgelehnt oder der Antrag nicht gestellt und der Anspruch auf das Krankengeld ist ausgeschöpft („Aussteuerung“), wird die betreffende Person als ‚arbeitsfähig‘ angesehen. Für mehrere InterviewpartnerInnen ist das psychisch sehr belastend, da die Perspektiven für die Zukunft dann sehr ungewiss sind, wie etwa folgende 46-jährige Interviewpartnerin ohne Migrationshintergrund schildert:

*„Im Prinzip musst du dich wieder gesund melden! Aber was tust du dann, irgendwie hast du trotzdem Schmerzen, aber ja das Krankenjahr ist um. Du bist ausgesteuert von der Krankenkasse“ (P77: 095).*

Unabhängig vom gefühlten Gesundheitszustand oder der Vermittelbarkeit am Arbeitsmarkt bzw. tatsächlich gegebenen Arbeitsfähigkeit berichten Betroffene, sich wieder beim AMS zu melden, da ansonsten jeglicher Bezug wegfällt. Eine 50-jährige Interviewpartnerin, in Österreich geboren, verweist beispielsweise auf die finanziellen Gründe hinter der Entscheidung, sich beim AMS zu melden:

*„[...] weil I woar mittlerweile scho ausgesteuert, und des woar so, wann I mi krankmeld hätte, hätte I überhaupt ka Geld mehr krieagt. Deshalb war's a immer a so, obwohl's ma net guat gangen war und ich eigentlich net arbeitsfähig bin, woar I doch net krankgeschrieben, damit I das AMS arbeitsfähig bin damit ich zu einem Geld komm, weil ganz ohne Geld wärs net gangen“ (P15: 158).*

Eine andere Interviewpartnerin machte ähnliche Erfahrungen. Sie wurde aufgrund der langen Wartezeiten auf medizinische Behandlungen nach einem Jahr ausgesteuert. Aus ihrer Sicht war sie zu diesem Zeitpunkt nicht arbeitsfähig. Sie stellte daher bei der PVA einen Antrag auf Rehabilitationsgeld, das jedoch nur genehmigt wird, sollte die antragstellende Person nicht arbeits- und im Falle eines Berufsschutzes nicht berufsfähig sein.

*„IP: Irgendwann war das Krankengeld ausgeschöpft, die haben dann gesagt, dass sie einen Antrag an die PV schicken und dass die es mir empfehlen, noch in Reha zu gehen und dann bin ich fertig mit der Behandlung. Das war voriges Jahr im Juli. Die haben aber gleich abgelehnt – ich kann in der Gastronomie weiter arbeiten. Und die letzten paar Monate waren die Hölle! Dann habe ich gesagt, ich kann so nicht weiter machen – in der Zwischenzeit ist es mir psychisch so schlecht gegangen.“*

*I: „Aber in der Zeit von 15. Juli 2015 bis jetzt haben Sie kein Geld mehr bekommen?*

*IP: Doch, ich musste mich beim Arbeitsmarkt melden und mein Arbeitslosengeld und meine Arbeitslosenzeit für die Zeit aufbrauchen, in der ich krank bin – ich habe eine Überweisung für Reha in eine Tagesklinik, 6 bis 8 oder 12 Wochen – in der Zwischenzeit habe ich Panikattacken“ (P86: 28-30).*

Häufig berichten interviewte Personen, die sich nach der Aussteuerung bei der Krankenkasse beim AMS melden (müssen), dass sie „ihr Arbeitslosengeld“ nicht aufbrauchen möchten für eine Zeit, in der sie aus ihrer Sicht nicht arbeitsfähig sind.

Wird der Antrag auf Rehabilitation genehmigt, kommt es je nach Beurteilung des Kompetenzzentrums Begutachtung zur Auszahlung des Rehabilitations- oder Umschulungsgeld. Bei ersterem werden weitere medizinische Maßnahmen gesetzt, um den Gesundheitszustand des/r Betroffenen zu verbessern. Mit dem Umschulungsgeld geht die Verpflichtung einher, berufliche Maßnahmen zu besuchen. In vielen Fällen kommt es dabei zu einer Umschulung bzw. Lehre beim Beruflichen Bildungs- und Rehabilitationszentrum (BBRZ). Beide Rehabilitationsmaßnahmen sowie andere medizinische Therapieformen werden im Kapitel 0 diskutiert.

## **10.8 Ende des Dienstverhältnisses**

Die besondere Vulnerabilität gesundheitlich eingeschränkter älterer Erwerbspersonen wird aus dem Ergebnis deutlich, dass lediglich neun der 101 interviewten Personen (noch) in einem aufrechten Dienstverhältnis stehen. Sieben davon waren zum Zeitpunkt des Interviews in medizinischer Rehabilitation, zwei hatten diese schon abgeschlossen und waren wieder erwerbstätig. 74 von 101 InterviewpartnerInnen hingegen berichteten von einer Beendigung ihres Dienstverhältnisses, wobei bei rund 80% der befragten Personen gesundheitliche Einschränkungen oder Krankheit(en) ausschlaggebend waren. Der Rest gab an, das Dienstverhältnis aufgrund eines Konkurses der eigenen Firma, beruflicher oder privater Auseinandersetzungen, Pflege von Familienangehörigen, Pension oder Unzufriedenheit mit dem Aufgabenbereich aufgelöst zu haben. Zu berücksichtigen ist dabei aber auch, dass Arbeitslosigkeit und Verlust des Arbeitsplatzes an sich Ursachen für (weitere) gesundheitliche Beeinträchtigungen sein können, die sich in Form von psychischen Erkrankungen wie Depressionen und/oder Angststörungen, aber auch Beeinträchtigungen des physischen Zustands durch psychosomatische Dekompensation äußern. Ein 54-jähriger Interviewpartner und eine gleichaltrige Interviewpartnerin, beide ohne Migrationshintergrund, mussten jeweils nach 34-jähriger Erwerbstätigkeit ihren Beruf aus gesundheitlichen Gründen aufgeben und beschreiben die psychischen Auswirkungen folgendermaßen:

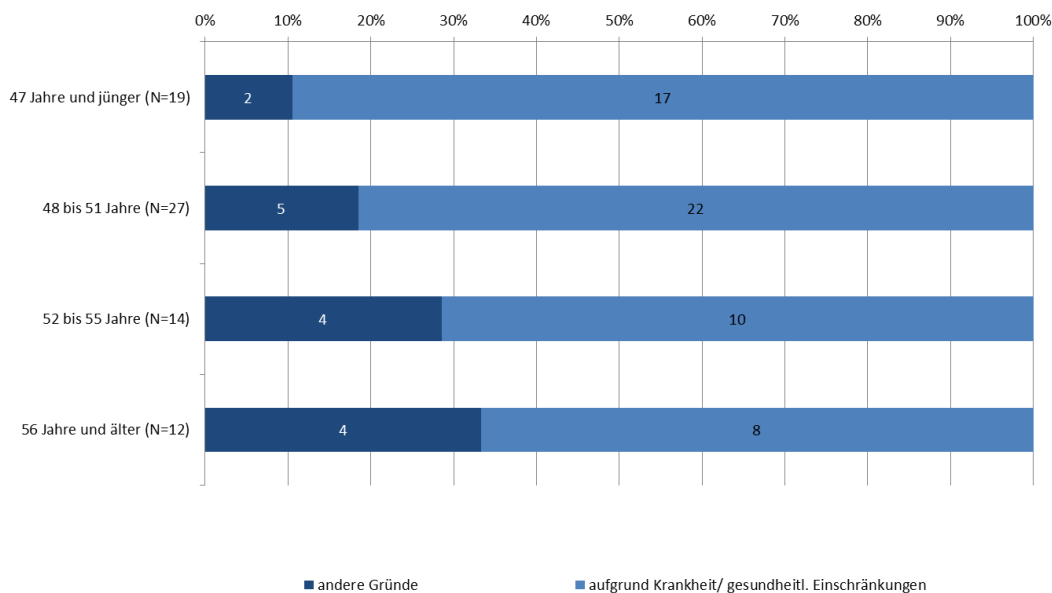
*„Das ist halt wie Trauer, wie wenn du um einen Menschen, um irgendwas Liebenswertes trauerst. Kann man jetzt vielleicht nicht ganz vergleichen, aber*

*Trauer ist immer Trauer um was auch immer. [...] [Es] ist ein Verlust, der ein kompletter Lebenschnitt war und ein Einbruch war.“ (P65: 42-44).*

*„Weil das was mich so belastet – ich bin ja doch 34 Jahre lang ununterbrochen berufstätig g’wesen, ich war niemals arbeitslos. Einmal 2 Tage weil sich’s mit’m Wechsel nicht ausgangen is – aber das Fragezeichen. Ich bin das so gewohnt und ich musste auch immer auf eigenen Füßen stehen, eigentlich schon verdammt jung. Dann nicht zu wissen wie geht’s dann weiter, das ist eigentlich das was mich immer gequält hat und a nach der Reha, ja. Weil da hab i a ned g’wusst ‚Okay, jetzt ist die Reha aus und was jetzt? Soll ich jetzt aufs Arbeitsamt und ich hab mir dacht ‚Das schaff ich unmöglich, das geht ned‘“ (P59: 095).*

Personen mit Migrationshintergrund geben innerhalb der Stichprobe um 10 Prozentpunkte häufiger als Personen ohne Migrationshintergrund an, aufgrund der gesundheitlichen Verfassung ihren Arbeitsplatz verloren oder aufgegeben zu haben. Ausschlaggebend dafür könnte das Krankheitsbild der betreffenden Personen sein. InterviewpartnerInnen ohne Migrationshintergrund weisen einen größeren Anteil an psychischen Erkrankungen auf, welche häufig jahrelang unerkannt bleiben bzw. unterdrückt und verdrängt werden. Die Erwerbstätigkeit wird in erster Linie nicht aufgrund der psychischen Erkrankung aufgegeben, sondern es kommt aus anderen, zum Teil vorgeschobenen Faktoren, die als sozial akzeptierter angesehen werden.

**Abbildung 51: Gründe für den Verlust des Arbeitsplatzes nach Alter**



\*keine Berücksichtigung der Nennungen 'keine (genaue) Altersangabe (N=2)'

Quelle: DUK-Erhebung und -Darstellung

Quelle: DUK-Erhebung und DUK-Darstellung.

Interessanterweise steigt der Anteil der Gruppe „andere Gründe“ proportional zum Alter, wie aus obiger Abbildung 51 hervorgeht. Während die Altersgruppe „47 Jahre und jünger“ noch zu etwa 90% ihr Dienstverhältnis aus gesundheitlichen Gründen beendet, sind es bei

der ältesten Gruppe nur mehr rund 67%. Keller et al. (1993) weisen in ihrer Studie nach, dass ältere Menschen aufgrund häufig auftretender akuter Lebensereignisse eine gewisse ‚Abgestumpftheit‘ in Bezug auf gesundheitliche Einschränkungen entwickeln (vgl. Keller et al 1993: 193f.). Diese begründet die geringeren Nennungen in Bezug auf die Dauer der Erkrankungen, wie in Kapitel 8.5.2 aufgezeigt wird, aber auch die mit dem Alter abnehmende Zahl der InterviewpartnerInnen, die aufgrund einer oder mehrerer Erkrankungen ihr Dienstverhältnis lösen.

Etwa ein Drittel der befragten Personen berichtet von einer einvernehmlichen Beschäftigungsbeendigung (26 Personen), bei einem weiteren Drittel jedoch wurde das Dienstverhältnis von Seiten des Arbeitgebers beendet (27 Personen). Nur acht InterviewpartnerInnen kündigen selbst. Da im Falle einer Kündigung von Seiten des Arbeitnehmers der Anspruch auf Arbeitslosengeld erst nach einem Monat besteht, bevorzugen viele Betroffene eine einvernehmliche Kündigung, sofern der Wunsch auf Seiten des Arbeitnehmers gegeben ist, das Dienstverhältnis zu beenden. Ein 45-jähriger Interviewpartner ohne Migrationshintergrund erkannte zum Beispiel, dass er aufgrund seiner gesundheitlichen Situation seinen bisherigen Beruf nicht mehr ausüben konnte. Nach Absprache mit seinem Arbeitgeber kam es zu einer einvernehmlichen Lösung:

*„Nachdem sich der Zustand ned wirklich wesentlich verbessert hat und ich also keine Chance gesehen hab, in dem Berufsfeld weiterhin tätig zu sein, hab ich dann einfach die Konsequenzen ziehen müssen. Sprich, also ja, dann hab ich das im Einvernehmlichen gekündigt, also besprochen einfach. Sie ham g’sagt du hast jetzt noch ein Monat Zeit, aber das war einfach damals unmöglich“ (P48: 087).*

Auch die Arbeitgeber bevorzugen, vor allem während eines Krankenstands, eine einvernehmliche Lösung des Dienstverhältnisses. Ausschlaggebend dafür ist laut Arbeiterkammer (2017) die Zahlungspflicht des Arbeitgebers, die bei einer einvernehmlichen Lösung mit dem Ende des Dienstverhältnisses endet. Die Auszahlung des Entgelts muss also nicht wie im Falle einer Kündigung von Seiten des Arbeitgebers während des Krankenstands weiterbezahlt werden, sofern die ArbeitnehmerInnen Anspruch darauf haben. Diese beziehen ab dem 4. Arbeitstag Krankengeld aus der Krankenkasse. ([ps://www.arbeiterkammer.at/beratung/arbeitsrecht/krankheitundpflege/krankheit/Krankenstand.html](https://www.arbeiterkammer.at/beratung/arbeitsrecht/krankheitundpflege/krankheit/Krankenstand.html)) Personen aus der Stichprobe wiesen darauf hin, dass sie von ihren Dienstgebern teilweise gedrängt wurden, eine einvernehmliche Lösung anzusteuern. Eine 44-jährige Interviewpartnerin aus Bulgarien zum Beispiel wird während ihres Krankenstands von ihrem Arbeitgeber telefonisch kontaktiert und aufgefordert selbst zu kündigen oder einer einvernehmlichen Trennung zuzustimmen.

*„Und dann hat mich mein Bezirksleiter sofort angerufen und gemeint: ‚So geht’s nicht weiter. Wir müssen reden. Und ja, wir trennen uns entweder einvernehmlich oder sie kündigen.‘ Aber so, sie ertragen das jetzt nicht länger, dass ich jetzt ein Monat krank bin. [...] Ich weiß es nicht, damals ist es mir so schlecht gegangen. Und ich musste schnell eine Entscheidung treffen weil ich hab gesehen, dass... also jetzt hab ich gekündigt oder nicht, aber was passiert mit mir danach? [...] Die*

*haben mich dann überzeugt dass einvernehmlich viel besser ist, für meinen Lebenslauf, für ah, weiß ich nicht mehr“ (P106: 109-115).*

Sieben weitere Personen berichten ebenfalls davon, von ihrem Arbeitgeber während des Krankenstands zu einer einvernehmlichen Kündigung gedrängt worden zu sein. Die emotionale Bindung der InterviewpartnerInnen zum Betrieb bzw. Dienstgeber ist dabei nicht zu unterschätzen. Es kommt innerhalb der Stichprobe häufig zur Akzeptanz von Lösungen, die für die ArbeitnehmerInnen nachteilig sind, meist aufgrund von Solidarität und Loyalität gegenüber dem Arbeitgeber und freundschaftlicher Verhältnisse mit KollegenInnen. Ein 47-jähriger Interviewpartner aus Österreich berichtet zum Beispiel folgendes:

*„[Ich] bin aber aus dem Krankenstand ausgetreten, vorher schon, weil da hat’s angefangt zum besser werden, weil ich mit der Firma so eine einvernehmliche Auflösung des Dienstverhältnisses eingegangen, weil’s g’wusst ham dass das nichts mehr wird. Sie haben das ja vorher mitkriegt und sie ham mich gebeten dass ich aus dem Krankenstand aussegeh und meinen Urlaub und Zeitausgleich – ich hab 2 Monate Zeitausgleich ghabt – ich war die ganze Zeit eigentlich von April bis Ende Oktober – dazwischen schon 6 Wochen Reha – war ich im Urlaub“ (P47: 079).*

Vom Konsum von Zeitausgleichs- und Urlaubsansprüchen anstelle von Krankmeldungen berichten auch weitere InterviewpartnerInnen, insbesondere bei längeren Phasen der Erkrankung. Dies passiert häufig aus Gefälligkeit der Firma gegenüber, wie auch ein 49-jähriger Interviewpartner ohne Migrationshintergrund aufzeigt:

*„Wir haben dann beidseitig und ich hab dann in Stunden aufgebraucht, alles was ich an Überstunden gehabt hab. Ich war ein halbes Jahr daheim und bin nicht in Krankenstand gegangen, weil ich so deppat war. Ich bin nur auf Behandlungen gegangen, wegen dem Burn-Out. Dann hat er gesagt na das passt eh, schau dass du in die Höhe kommst, und das passt eh. Ja er hat mich einfach sterben lassen“ (P62: 149).*

Für die InterviewpartnerInnen entsteht das Gefühl ausgenutzt worden zu sein. Während sie in Urlaub statt in Krankenstand gehen oder das Dienstverhältnis nach Wunsch des Arbeitgebers lösen, fühlen sie sich teilweise übergangen und bereuen es im Nachhinein. Auch dies kann sich belastend auf den psychischen Zustand auswirken.

Die nach dem Verlust des letzten Arbeitsplatzes eintretende Erwerbslosigkeit ist naturgemäß von unterschiedlicher Dauer. Da Arbeitslosigkeitszeiten, Krankenstände und Phasen medizinischer bzw. beruflicher Rehabilitation auf Basis der Erzählungen der InterviewpartnerInnen oftmals nicht klar voneinander zu trennen sind, kommt es bei den folgenden Zahlen zu einer Addition aller Nichterwerbstätigkeitszeiten, die im Zusammenhang mit der Erkrankung bzw. den gesundheitlichen Einschränkungen stehen. Rund 90% aller InterviewpartnerInnen waren zum Zeitpunkt des Interviews nach wie vor nicht erwerbstätig. Ein 50-jähriger Interviewpartner, der in Bosnien geboren ist, war zum Beispiel zum Interviewzeitpunkt seit fünf Jahren nicht mehr erwerbstätig:

*„Immer krank, ja. Immer Krankenhaus, Reha, und dann wieder Reha und dann wieder Krankenhaus, Operationen, und immer das Gleiche.“ (P14: 120-122).*

Ein anderer Interviewpartner, der 58 Jahre alt und in Serbien geboren ist, hat seinen Arbeitsplatz aufgegeben, um seine Frau zu pflegen. In der Zwischenzeit ist er selbst erkrankt. Er war daher zum Zeitpunkt des Interviews seit sechs Jahren nicht mehr erwerbstätig:

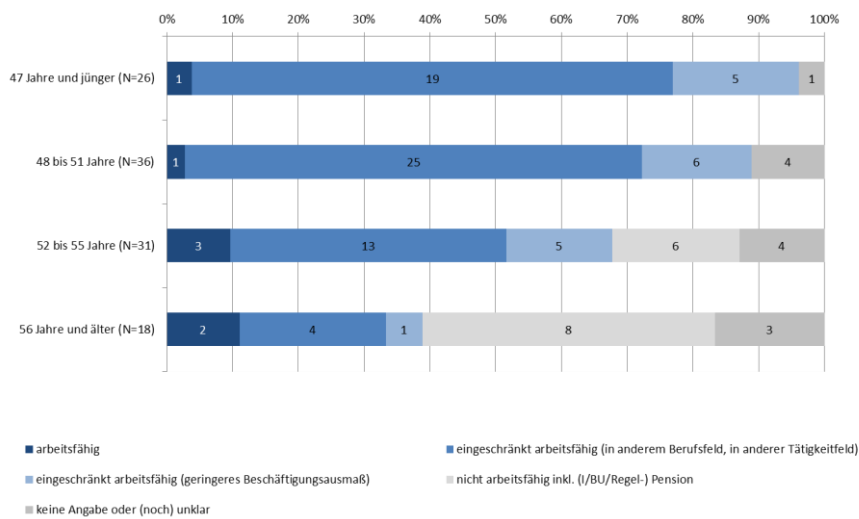
*„[...] 6 Jahre habe ich nirgendwo gearbeitet, weil meine Frau ist erkrankt. Die ist erkrankt an Krebs, Brustkrebs, ein gutartig, Gott sei Dank. Es gibt verschiedene Arten. Dann hab ich sie unterstützt 6 Jahre, zu Hause. [...] Ich war arbeitslos. Und dann leider Gottes bin ich krank geworden. Hab ich einen Krebs bekommen, ein Lungenkrebs. Und jetzt bin ich noch in Behandlung, also noch in Behandlung, Gott sei Dank es ist vorbei. Ich habe jedes Jahr Kontrolle, ich war vor 3 Wochen, Gott sei Dank es gibt keine neuen, und nichts, ja und dann hab ich Schlaganfall bekommen“ (P23: 023-033).*

## **10.9 Feststellung der Arbeits-/Berufsfähigkeit**

Maßgeblich für die Beurteilung, ob einer Person eine (befristete) Berufsunfähigkeits- oder Invaliditätspension oder Rehabilitations- sowie Umschulungsgeld zusteht, ist die Feststellung der Arbeits- und/oder Berufs(un)fähigkeit. Diese wird bei der Kontrolluntersuchung im Zuge der Antragstellung auf I-/BU-Pension oder auf Rehabilitation von den jeweiligen ÄrztInnen der Pensionsversicherungsanstalt durchgeführt. Dabei gehen die Selbsteinschätzung, die Einschätzung der unterschiedlichen Akteure (Betroffene, ÄrztInnen, AMS, KontrollärztInnen der Krankenkassen, ChefärztInnen der PVA) oft weit auseinander. Dabei treffen insbesondere die Einschätzung der PVA, ob die Person grundsätzlich noch auf einem Arbeitsmarkt einsetzbar sein könnte, auf die Einschätzung des AMS, ob die Person auf einem realen Arbeitsmarkt tatsächlich noch vermittelbar ist. Unabhängig davon ist die Selbsteinschätzung der Personen maßgeblich für den weiteren Verlauf und deren Arbeitsmotivation. Ein 52-jähriger Interviewpartner ohne Migrationshintergrund zeigt auf, dass er zwar von der PVA als arbeits- und berufsfähig erklärt wurde, er jedoch am realen Arbeitsmarkt als Programmierer aus seiner Sicht nicht vermittelbar ist:

*„Da brauchst wen, der was 100% topfit ist. Du brauchst jemanden der was stressresistent ist, dass wenn jetzt ein Problem ist, das muss behandelt werden und wenn's bis 5 in der Früh dauert, wurscht, das muss jetzt g'richt werden. Das bin ich aber nicht. Aber soll ich mich dann vorstellen geh'n und sagen: ‚Boah, supertoll, ich bin der Weltmeister.‘ Dann blamier ich mich jedes Mal [...]“ (P54: 073).*

**Abbildung 52: Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit nach Alter**



keine Berücksichtigung der Nennungen 'keine (genaue) Altersangabe (N=2)'

Quelle: DUK-Erhebung und -Darstellung

Quelle: DUK-Erhebung und DUK-Darstellung.

Wenn nach dem Alter der InterviewpartnerInnen unterschieden wird (Abbildung 52), dann zeigt sich deutlich, dass die selbsteingeschätzte Arbeitsfähigkeit mit steigendem Alter sinkt. Während in der Gruppe ‚47 Jahre und jünger‘ sich der Großteil der Nennungen auf eingeschränkte Arbeitsfähigkeit bezieht (92%), sehen sich innerhalb der Altersgruppe ‚56 Jahre und älter‘ rund 45% überhaupt als überhaupt nicht mehr arbeitsfähig. Zu beachten ist, dass bei Letzteren die Hälfte der Personen bereits in Invaliditäts- oder Regelpension sind.

Auch innerhalb der Berufsgruppen zeichnen sich deutliche Unterschiede in Bezug auf die selbsteingeschätzte Arbeitsfähigkeit ab, wie aus nachfolgender Abbildung 53 hervorgeht. Der Anteil der Nennungen, die sich auf ein geringeres Beschäftigungsausmaß und/oder Beschäftigung in einem anderen Tätigkeitsfeld als Voraussetzungen für eine zukünftige Erwerbstätigkeit beziehen, ist am höchsten bei Dienstleistungsberufen und VerkäuferInnen (~95%). Eine 53-jährige Interviewpartnerin aus Bosnien zeigt zum Beispiel auf, dass sie aufgrund der körperlichen Belastungen nicht mehr im Verkauf arbeiten kann:

*„Weil wieder sowas im Verkauf zu arbeiten kann ich nicht. Das ist mir zu schwer, weil dort bin ich Kassiererin, Regalbetreuerin, alles Mögliche, Putzfrau, und das ist schwer. Und ich bin nicht in der Lage so schwere Arbeit zu machen wie im [Supermarktfirma], weil dort bekommt man 15 Paletten Cola, Bier, Limonaden und soll das alles schlichten, aber das ist nicht für den ganzen Tag. In drei Stunden sollte man das schaffen. Jetzt kann ich nicht mehr“ (P102: 059).*

Die Interviewpartnerin wäre demnach in anderen Bereichen, die nicht mit körperlich anstrengenden Tätigkeiten (z.B. schweres Heben) verbunden sind, einsetzbar. Auch unter ‚TechnikerInnen und gleichrangigen nichttechnischen Berufen‘ (~84%), ‚Handwerks- und verwandte Berufen‘ (~82%) und ‚Bürokräfte und verwandte Berufe‘ (~78%) ist der Anteil der InterviewpartnerInnen, die angeben in anderen Tätigkeitsfeldern oder bei geringerem

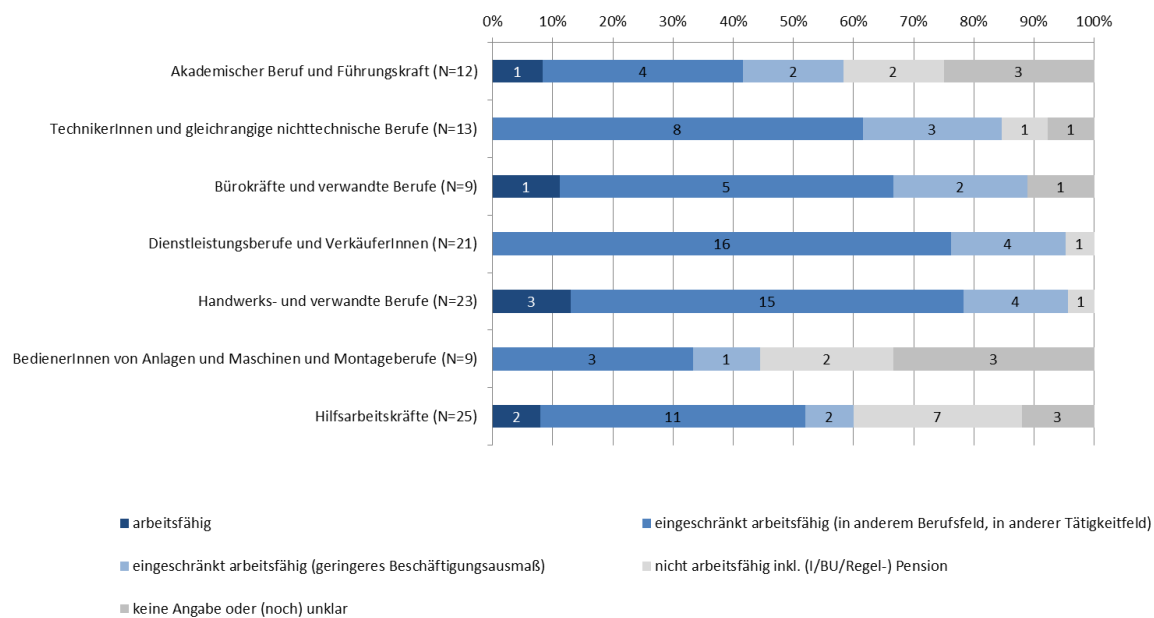


Beschäftigungsausmaß (eingeschränkt) arbeitsfähig zu sein, sehr hoch. Bei Hilfsarbeitskräften hingegen zeichnet sich einerseits ein weit geringerer Anteil der eingeschränkt arbeitsfähigen Personen ab (~52%), während der Anteil an arbeitsunfähigen Personen im Gegensatz zu den anderen Berufsgruppen hier am höchsten ist (28%).

Dieses Ergebnis spiegelt sich auch in der Unterscheidung nach Geschlecht. Da mehr Frauen in Dienstleistungsberufen oder als VerkäuferInnen tätig sind, ist hier der Anteil an Nennungen zu eingeschränkter Arbeitsfähigkeit größer als bei Männern. Bei Männern ist dementsprechend der Anteil an arbeitsunfähigen Personen höher, da Männer häufiger als Hilfsarbeitskräfte tätig sind.

Unterschiede können auch bei Personen mit Migrationshintergrund festgemacht werden (Abbildung 54). Unter Personen mit Migrationshintergrund ist der Anteil derjenigen, die angeben, arbeitsunfähig zu sein, deutlich höher, wohingegen aber der Anteil der Personen, die arbeitsfähig wären, sofern sie ihr Beschäftigungsausmaß reduzieren könnten, deutlich geringer ist. Auch dies hängt mit dem höheren Anteil an Hilfsarbeitskräften unter MigrantInnen zusammen. Dies liegt daran, dass im niedrig qualifizierten Tätigkeitssegment einerseits die körperlichen Beanspruchungen besonders hoch sind und die Tätigkeiten von gesundheitlich eingeschränkten Arbeitskräften auch bei reduziertem Beschäftigungsausmaß nicht ausgeübt werden können, andererseits sind niedrig qualifizierte Tätigkeiten häufig im Schichtbetrieb organisiert, weshalb eine Reduktion des Beschäftigungsausmaßes nicht oder nur schwer zu realisieren ist.

**Abbildung 53: Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit nach Beruf**



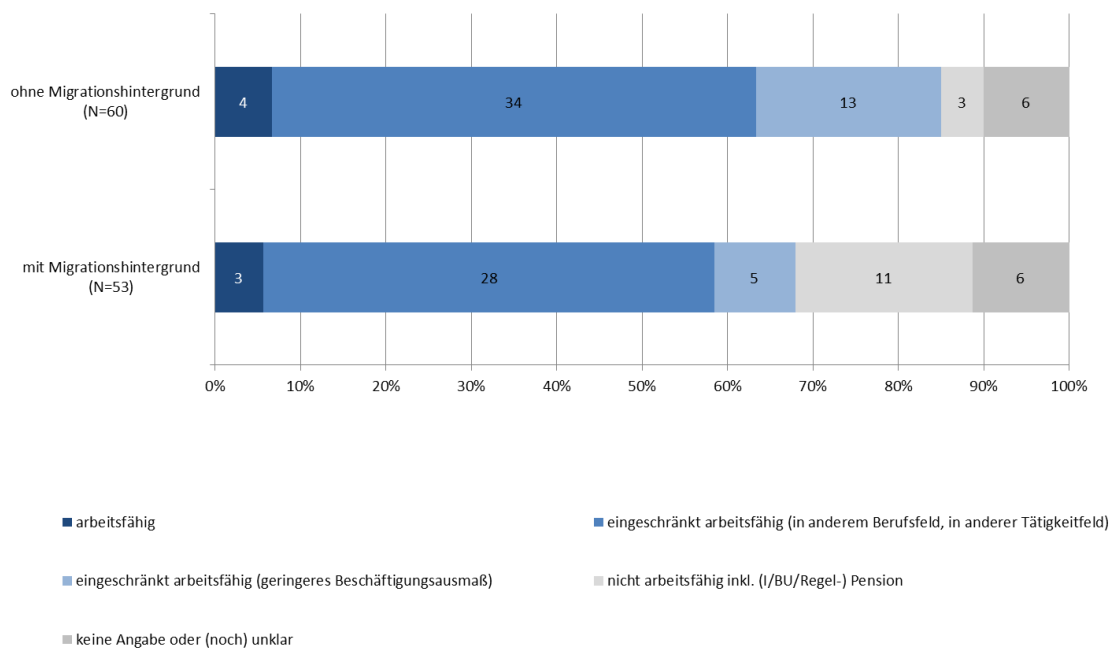
keine Berücksichtigung der Berufsgruppe 'Kindererziehung und Haushaltsführung (N=1)'

Mehrfachnennungen möglich

Quelle: DUK-Erhebung und -Darstellung

Quelle: DUK-Erhebung und DUK-Darstellung.

**Abbildung 54: Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit nach Migrationshintergrund**



Mehrfachnennungen möglich

Quelle: DUK-Erhebung und -Darstellung

Quelle: DUK-Erhebung und DUK-Darstellung.

Generell ist der Anteil der Personen, die sich als eingeschränkt arbeitsfähig betrachten, beträchtlich: Rund 71% aller InterviewpartnerInnen schätzen sich selbst als arbeitsfähig ein, wenn sie ihr Beschäftigungsausmaß reduzieren würden und/oder in einem anderen Arbeits-/Berufsfeld tätig wären. Wesentlich ist dabei für einige InterviewpartnerInnen, insbesondere bei Muskel- und Skeletterkrankungen, dass die Arbeitstätigkeit körperlich abwechselnd ist, wie eine 52-jährige Interviewpartnerin, in Österreich geboren, aufzeigt:

*„Also, das ist ja eh die leichteste Variante, wo ich in einem Büro sitze und dann eh nicht den ganzen Tag, sondern auch, ich muss in Bewegung sein, dann geht es mir gut“ (P74: 57).*

Der Anteil an Nennungen zum geringen Beschäftigungsausmaß als Voraussetzung für Arbeitsfähigkeit ist weit geringer als der Anteil der Nennungen zur Veränderung der Tätigkeit. Die befragten Personen gaben zu 77,5% an, in einem anderen Berufs-/Arbeitsfeld arbeitsfähig zu sein. Nur 22,5% der Aussagen bezogen sich darauf, das Beschäftigungsausmaß zu verringern. Eine 48 Jahre alte Interviewpartnerin ohne Migrationshintergrund sagt zum Beispiel, dass sie die Tätigkeit als Verkäuferin aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben kann:

*„Und mir is aber dann aufgangen, dass ich in meinen Beruf nicht mehr zurückgehen kann. Hab dazwischen dann aber a so einen Dienst gmacht ghabt vom AMS, wo's geht um Beratung eben für Frauen, die was im Beruf, die was a Wiedereingliederung haben, das war so ein Ding. Und da drinnen is mir dann klar worden, dass ich in meinen Beruf nicht mehr zurückgehen kann“ (P55: 107).*

Einige InterviewpartnerInnen zeigen auf, dass Teilzeit, wenn auch wünschenswert, vor allem finanziell nicht möglich ist. Ein 54-jähriger Interviewpartner ohne Migrationshintergrund weist beispielsweise daraufhin, dass das Gehalt bei Teilzeitarbeit sich bei erneuter Arbeitslosigkeit negativ auf den Bezug auswirken würde:

*„Ich verdiene ja dann viel zu wenig. Da fällt ich ja wieder runter. Wenn ich jetzt zum Beispiel wieder 1.100 Euro verdiene, da wäre ich dann wieder arbeitslos nach einem Jahr oder was. Da kriegt ich dann statt 1.000 Euro wieder nur 750 Euro. Ich zahle aber 260 Euro Unterhalt und 180 Euro Alimente muss ich zahlen. Da bin ich jetzt schon unter dem Existenzminimum, wenn ich das wegrechne“ (P67: 100).*

Die Mehrheit der InterviewpartnerInnen erkennt, dass sie in ihrem bisherigen Beruf nicht mehr tätig sein kann. Daraus kann eine Perspektivenlosigkeit resultieren, die die betreffenden Personen teilweise schwerwiegend belastet, wie folgender 47-jähriger Interviewpartner, der in Österreich geboren ist, aufzeigt:

*„Grundsätzlich war mein Plan, dass ich Vollzeit arbeiten gehen nur aufgrund der Problematik die herrscht und dass man merkt, dass man nicht belastbar ist, hast natürlich die Gedanken ‚Kann ich jemals wieder richtig arbeiten gehen?‘“ (P47).*

Die allgemeinen Zukunftsperspektiven sowie die teilweise einhergehenden Ängste und Sorgen werden im Kapitel 10.13 noch weiter behandelt.

## **10.10 Rehabilitation**

Bei der Rehabilitation gilt es, die Leistungsfähigkeit von Personen mit körperlichen, psychischen oder sozialen Beeinträchtigungen soweit wieder herzustellen, dass sie laut PVA „im beruflichen und wirtschaftlichen Leben sowie in der Gemeinschaft den ihnen gebührenden Platz wieder einnehmen können“ (PVA 2015b). Das krankheitsbedingte Ausscheiden aus der Erwerbsfähigkeit ist weitestgehend zu verhindern oder hinaus zu zögern. Um die (medizinischen, beruflichen und sozialen) Maßnahmen der Rehabilitation genießen zu können, muss die versicherte Person einen Feststellungsantrag an die PVA stellen. Der Verlauf der Antragstellung wurde in Kapitel 10.7.3 erläutert. Nach einem positiven Bescheid durchläuft die Person je nach gesundheitlichen Beeinträchtigungen medizinische und/oder berufliche Maßnahmen der Rehabilitation (PVA 2015b). Die persönlichen Erfahrungen der InterviewpartnerInnen werden in der Folge behandelt.

### **10.10.1 Medizinische Rehabilitation und andere Therapieformen**

Idealerweise schließt die medizinische Rehabilitation (Phase 2) in hochspezialisierten Sonderkrankenanstalten direkt an die akutmedizinische Versorgung nach schweren akuten Erkrankungen oder größeren operativen Eingriffen an (PVA 2017c). Dabei muss der Gesamtkörperzustand soweit stabilisiert sein, dass das Angebot der Rehabilitationseinrichtungen in einem Mindestausmaß genutzt werden kann. Laut Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger ist das Ziel der Rehabilitation, dass die betreffenden Personen möglichst ohne fremde Hilfe ein eigenständiges Leben

führen können, wobei Berufsunfähigkeits- oder Invaliditätspension zu verhindern bzw. so weit wie möglich aufzuschieben ist (SV 2017).

Zum Zeitpunkt der Interviews hatten rund 63% der befragten Personen bereits eine medizinische Rehabilitation hinter sich, bei rund 20% wurde das Interview während eines Rehabilitationsaufenthalts geführt, rund 12% haben noch keine medizinische Rehabilitationsmaßnahme besucht und rund 4% werden in Zukunft eine solche besuchen. Eine Person äußerte sich nicht zu diesem Thema. Alle Personen, die während eines Rehabilitationsaufenthalts interviewt wurden, sind Personen mit Migrationshintergrund.

Insgesamt gaben 84 der 101 befragten Personen an, zumindest eine medizinische Rehabilitation durchlaufen zu haben oder sich zum Zeitpunkt des Interviews in einer zu befinden. In rund 68% der Fälle davon fand die medizinische Rehabilitation aufgrund von körperlichen Erkrankungen statt, der Rest entfiel auf psychische bzw. psychiatrische Rehabilitationsmaßnahmen.

Mehrheitlich wurde die Zeit während eines stationären Aufenthalts in einem Rehabilitationszentrum als wertvolle Genesungszeit gesehen, in der sich die betreffenden Personen nur auf sich selbst und den jeweiligen Heilungsprozess konzentrieren können. Ein 47-jähriger Interviewpartner arbeitete als Hilfsarbeiter in einer Druckerei. Aufgrund zahlreicher Überstunden und unregelmäßiger Arbeitszeiten kam es zu einem Burn-Out. Der Aufenthalt in einem Rehabilitationszentrum entlastete den Interviewpartner zum ersten Mal weitgehend:

*„In Reha war ich 2013, gleich damals. Nur bis ich zur Reha g'fahrr bin is mir körperlich wieder gut gengan. Ich mein die Reha war dann natürlich schon sehr förderlich, mir is es dann noch besser gengan. Also ich hab da wirklich eine Lebenssituation erfahren, oder ein Gefühl, das was ich... Kann ich sagen 20 Jahr nicht ghabt hab. Kann ich wirklich sagen. Wenn du in den Tag einleben kannst, keinen Termindruck hast wie da in der Arbeit. Du arbeitest auf einer Maschine. Du arbeitest ständig unter Zeitdruck. Du arbeitest immer mit der Uhr oder gegen die Uhr“ (P47: 107).*

Nicht nur der Aufenthalt in einem Rehabilitationszentrum zählt zur medizinischen Rehabilitation. Auch andere Therapieformen, die wesentlich zur Genesung beitragen können, sind dazu zu zählen. Aufgrund der freien Erzählform der InterviewpartnerInnen ist nicht genau zuzuordnen, welche Therapieform zu welchem Zeitpunkt des Heilungsprozesses durchlaufen wurde und ob diese zur akutmedizinischen Behandlung oder zur medizinischen Rehabilitation zu zählen sind. Innerhalb der Stichprobe gibt es 232 Nennungen zu den unterschiedlichen Therapieformen. Im Schnitt berichteten Personen ohne Migrationshintergrund von 2,4 unterschiedlichen Therapieformen, die sie in Anspruch genommen haben, Personen mit Migrationshintergrund von durchschnittlich 2,2, also etwas weniger. Insgesamt betrachtet beziehen sich neben den 97 Nennungen zum Aufenthalt in

einem Rehabilitations- oder Kurzentrum<sup>55</sup> (physische Rehabilitation: 63 Nennungen; psychische Rehabilitation: 30 Nennungen; Kur: 4 Nennungen), 38 Nennungen auf Operationen, 25 Nennungen betrafen Psychotherapien und 14 Physiotherapien. Vereinzelt wurden alternative Therapieformen, Schmerztherapien, Chemotherapien, physikalische Therapien und/oder die Teilnahme an Selbsthilfegruppen genannt. Wesentlich dabei ist, dass die befragten Personen mehrere Therapieformen, oft auch zeitgleich und in Abstimmung zueinander, durchlaufen, wie ein 44-jähriger Interviewpartner aus Österreich aufzeigt:

*„Na ang’fangen hat’s 2012. [...] Da hat die Exfreundin g’sagt sie geht zu einer Energetikerin. I hob ma damals dacht, najo, i schau ma des amal an. Und war dann a paar Mal bei ihr, und sie ist dann ausg’fallen, aus gesundheitlichen Gründen, und dann war das mit da, ah, mit der Paartherapie und mit der Psychotherapie und, da war ich ungefähr ein Jahr. Und dann bin i gewechselt zu einer Kinesiologin und ah, craniosakrale Körperarbeit, des war so abwechselnd, einmal dort, einmal da. Und das ist dann immer mehr worden. Weil i g’merkt hob, mir geht’s net guat und mir fehlt was und irgendwie möchte ich wieder g’sund werden. Des war so da Antrieb dahinter“ (P108: 119).*

Zusätzlich zu Angeboten der medizinischen Rehabilitation bzw. Leistungen der Krankenkassen nehmen Betroffene Therapien und Behandlungen in Anspruch, die sie selbst bezahlen, da sie sich einerseits erhoffen, den Heilungsprozess damit zu beschleunigen und andererseits die Angebote der Krankenkassen aus ihrer Sicht nicht ausreichend sind. 12 von 101 InterviewpartnerInnen gaben explizit an, zusätzliche Therapien auf eigene Kosten in Anspruch genommen zu haben. Eine 46-jährige Frau aus Österreich zeigt auf, dass sie Angebote zusätzlich zu den physiotherapeutischen Leistungen der Krankenkasse auf Selbstkosten in Anspruch genommen hat, was mit weiteren finanziellen Belastungen einherging:

*„Also ich habe jetzt einmal, obwohl ich es mir nicht so leisten kann, einen Personal-Trainer, weil mit der Gebietskrankenkasse und so, das ist einfach zu wenig und zu langsam“ (P80: 037).*

Auch eine 40-jährige, in Ungarn geborene Interviewpartnerin sagte, dass sie hohe Kosten für Therapieangebote auf sich nimmt, da „die Gesundheit an erster Stelle steht“ und die Kassenleistungen für den Heilungserfolg nicht ausreichend sind. Im Gegensatz zur vorigen Interviewpartnerin finanziert sie sich sogar mehrere Therapien und Medikamente selbst:

*„IP: Also bin ich dann im Krankenhaus Traiskirchen in der Abteilung für Somatik gelandet – und da war ich 5 Wochen stationär und die ganze Zeit Therapie, Therapie, Therapie, Medikamente. Das ist auch ein längerer Weg gewesen bis ich zum richtigen Psychiater und Medikamenten gekommen bin. Aber das ist glaube*

---

<sup>55</sup> Die InterviewpartnerInnen unterscheiden im Sprachgebrauch kaum zwischen Kur und medizinischer Rehabilitation.

*ich ganz normal. Jeder Körper reagiert anders auf die Medikation. Und dann nach ein paar Hürden bin ich wirklich bei einem sehr, sehr guten Psychiater gelandet, der mich seit dem begleitet. [...] Das ist alles selber finanziert. Also zusammenrechnen, was mich meine Krankheit gekostet hat, darf ich nicht – weil sonst falle ich in Ohnmacht, glaube ich.“ (P91: 45-47).*

Befragte Personen ohne Migrationshintergrund waren, wie aufgezeigt, häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen als Befragte mit Migrationshintergrund. Folglich haben Personen ohne Migrationshintergrund auch häufiger psychische bzw. psychiatrische Rehabilitationen in Anspruch genommen, wohingegen InterviewpartnerInnen mit Migrationshintergrund häufiger in medizinischer Rehabilitation aufgrund von physischen Einschränkungen waren. Dies deckt sich mit den Angaben zu Operationen: Während InterviewpartnerInnen ohne Migrationshintergrund zu rund 30% von mindestens einer Operation berichteten, waren es bei Personen mit Migrationshintergrund fast die Hälfte (~46%). Dabei gaben einige InterviewpartnerInnen an, mehr als nur einmal operiert worden zu sein, wie etwa dieser 60-jähriger Interviewpartner, der in der Türkei geboren ist:

*„Ja ich habe schon fünf Mal [...] operiert, ja. Aber dieses Mal wird es sechs Mal sein [...] Im 94er Jahr hab ich diese Arbeitsunfall g‘habt. Das war Schicksal, das ist - kann passieren. Und meinen Meniskus hab ich operiert. Leistenbruch hab ich operiert. Und zweimal Bandscheibenvorfall“ (P29: 52-54).*

Formen und Ausmaß der Therapien und akutmedizinischen Versorgung hängen von Art und Schweregrad der Erkrankung oder gesundheitlicher Einschränkung. Je schwerer die Erkrankungen, desto länger dauert meist auch die Behandlung und desto eher kann es im Laufe des Genesungsprozesses auch zu psychischen Belastungen kommen. Eine 50-jährige Interviewpartnerin, geboren in Bosnien, bricht die medizinische Rehabilitation aufgrund der psychischen Belastung in Zusammenhang mit der langen Krankheitsdauer sogar ab:

*„IP: In Passau bei Spitzenzentrum, und dann in Grieskirchen und dann Bad Ischl. Und vor drei Monaten hab ich wieder Bad Ischl gekriegt dann hab I abgesagt. Ich wollte nimmer, ich konnte nimmer. Ich hob kei Kraft mehr dazu.*

*I: Weils auch psychisch anstrengend ist?*

*IP: Jo, psychisch war’s zu viel“ (P14: 130-134).*

Eine 50-jährige Interviewpartnerin aus Bosnien erklärt, dass nach dem Rehabilitationsaufenthalt keine ersichtlichen Besserungen eingetreten sind und sie sich daher auch nach der medizinischen Rehabilitation nicht als arbeitsfähig sieht. Dies und die Wartezeiten auf die unterschiedlichen Therapien wirken sich negativ auf ihre Psyche aus:

*„Das war ein Horror: manche Leute kommen von der Reha und können gleich arbeiten. Ich bin mit Krücken gekommen. ‚Das weiß ich nicht‘, habe ich gesagt ‚ich kann jetzt noch nicht stehen. Ich wünsche ich könnte morgen arbeiten gehen‘. Und so ist es hin und her gegangen mit Physiotherapie und Reha-Therapie. Das hat sich lange gezogen, weil egal zu welchem Arzt, Orthopäde oder Neurologe*

*oder ähnliches. man muss, man muss immer warten. Ich kann nicht einfach sagen, ich will morgen einen Termin und wenn es schnell geht, kann ich schneller arbeiten gehen. Nein man muss immer auf einen Termin warten“ (P86: 28).*

Vor allem die Wartezeiten für Facharzttermine werden von den InterviewpartnerInnen häufig als zu lange erachtet. So auch eine 46-jährige Interviewpartnerin:

*„Verbesserungsvorschlag wäre einfach vom Medizinischen her gesehen finde ich jetzt, sind sehr viele Leerläufe! Die einen irrsinnig aufhalten und das stimmt schon, dass ich beim MR wirklich 9 – 12 Wochen warten muss! Also das ist – und wenn man etwas akut hat, sieht man erst du musst warten und warten und warten und die Zeit vergeht und bist du dann in einer Behandlung oder irgendetwas bist, also das ist immer schon ein Wahnsinn, wenn man wirklich etwas hat!“ (P80: 170)*

Die Interviewpartnerin berichtet sogar von weiteren Gesundheitsproblemen, die in Folge der langen Wartezeit auf medizinische Versorgung entstanden sind. Durch ihre Knieverletzung konnte sie ihr Knie nicht vollständig belasten. Es kam daher zu Fehlbelastungen der Wirbelsäule:

*„Das hat [...] bei mir relativ lange gedauert und durch die Hatscherei habe ich jetzt natürlich einen Bandscheibenvorfall! (P80: 033)*

Generell werden die Wartezeiten als sehr unterschiedlich wahrgenommen. Während die einen oft einen monate- bzw. sogar jahrelangen Prozess durchleben, handelt es sich bei anderen nur um ein paar Tage oder Wochen. Ein 58-jähriger Interviewpartner aus Österreich sagte, er sei sogar überrascht wie schnell er zu einem medizinischen Rehabilitationszentrum geschickt wurde:

*„Also erstens einmal, erstens ich war wirklich überrascht, dass ich so relativ bald auf Reha konnte. Raschest auf die Reha geschickt worden bist, damit habe ich einmal gar nicht gerechnet. [...] Hat natürlich nicht lange gedauert, ich glaube nicht einmal 3 Wochen, habe ich einen Anruf gekriegt, ja ich kann nächste Woche am Mittwoch“ (P1: 141-144).*

Teilweise wurden nach einem stationären Aufenthalt ambulante Behandlungen absolviert, wie bei einer 53-jährigen Interviewpartnerin aus Bosnien:

*„Medizinische Rehabilitationszeit bis Juli, gleich einen Monat nach der Operation war ich in Kur und dann haben sie gesehen, dass das nicht ganz gut läuft, weil ich ziemlich in Jahre bin – bitte, ich war 50 – und dann haben sie gesagt, sie machen noch ein halbes Jahr ambulante Rehabilitationszeit hier in Wien und so. Nach dieser Zeit haben sie mich wieder zum AMS wieder geschickt“ (P102: 071).*

Ambulante Behandlungen sind dabei nicht immer zum Vorteil der InterviewpartnerInnen. Teilweise werden sie zwar aus privaten und familiären Gründen bevorzugt, bei psychischen Erkrankungen lässt sich jedoch erkennen, dass das Umfeld, das auf die Erkrankung einwirkt, nicht verlassen werden kann und daher negativ auf den Heilungsprozess wirkt. Umgekehrt

kann aber auch ein stationärer Aufenthalt bei psychischen Erkrankungen als hinderlich für die Genesung betrachtet werden, wie ein 44-jähriger Interviewpartner aus Österreich sagt:

*„Weil ich vorher schon aufgepeppelt war und die Reha hat mich im Prinzip komplett zurück g’schlagen, komplett zurück g’haut. [...] weil’s a Ablenkung war von daheim, aber an der Situation hat sich nix geändert. Das heißt ich bin vom privaten Umfeld weg gekommen, bin dort gut versorgt worden, nur das hat an der Situation nix geändert. Ich bin dann wieder zurückgekommen und hab dann erst wieder von Anfang anfangen müssen mit dem wieder umzugehen“ (P108: 151-153).*

### **10.10.2 Berufliche Rehabilitation**

Durch die Maßnahmen einer beruflichen Rehabilitation soll vermieden werden, dass Menschen mit einer eingetretenen Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit oder einer drohenden Arbeitsunfähigkeit frühzeitig pensioniert werden. Um einen Rechtsanspruch auf die Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation zu haben, müssen alle versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt werden. Bei der Prüfung der Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit oder der drohenden Arbeitsunfähigkeit gilt der Vorsatz ‚Rehabilitation vor Pension‘ (PVA 2015c). Es soll damit die erneute Integration in das Erwerbsleben auf Dauer ermöglicht werden. Dabei sollen laut Pensionsversicherungsanstalt die Maßnahmen unter Berücksichtigung der betreffenden Person, deren gesundheitlicher Einschränkungen und des Arbeitsmarkts gewählt werden – es soll also Rücksicht auf die physische und psychische Eignung der betroffenen Person für eine bestimmte Ausbildung bzw. einen bestimmten Beruf genommen werden. Die eigene Erwerbsbiografie und Qualifikation(en) sowie das Alter und der Gesundheitszustand wirken auf die Wahl der Maßnahmen ein (PVA 2017b: 2f.). Diese werden vom Pensionsversicherungsträger mit Unterstützung des Arbeitsmarktservices und unter Bedachtnahme auf Zumutbarkeit für die versicherte Person erbracht (PVA 2015c).

Laut PVA (2017b) ist zwischen verschiedenen Arten der beruflichen Rehabilitation zu unterscheiden:

- Berufsfindung (Abklärung und Feststellung der persönlichen Eignung/Fähigkeiten)
- Arbeitstrainingsmaßnahmen (Stabilisierung bei Personen mit psychischer Beeinträchtigung)
- Nachschulungen (Ergänzen des vorhandenen Wissen)
- Lehr- oder Schulausbildungen (für neuen Beruf)
- Lohnkostenzuschuss für DienstgeberInnen bzw. DienstnehmerInnen (innerbetriebliche Ausbildung)
- Darlehen zur Gründung einer selbstständigen Erwerbstätigkeit
- Darlehen zur Vorfinanzierung der Kosten eines Blindenführhundes (zur Erreichung des Arbeitsplatzes)
- Arbeitsplatzausstattung (behinderungsbedingte Arbeitsausrüstung oder behindertengerechte Adaptierung des Arbeitsplatzes (PVA 2017b: 3f.).



Die befragten Personen beziehen sich im Zuge ihrer Interviews vor allem auf die ersten vier Punkte, wobei Nachschulungen eher zweitrangig behandelt werden. Die Bedeutung von Lohnkostenzuschüssen für DienstgeberInnen wird im Zuge der Betriebsbefragung behandelt und sind im Kapitel 11 zu finden. Darlehen und Arbeitsplatzausstattung werden innerhalb der qualitativen Erhebung von den InterviewpartnerInnen nicht erwähnt, daher konzentriert sich dieses Kapitel hauptsächlich auf Berufsfindung, Arbeitstrainingsmaßnahmen, Nachschulungen und verstärkt auf Lehr- oder Schulausbildungen.

**Abbildung 55: Die vier Kostenträger und ihre Rehabilitationsmaßnahmen**



Quelle: Egger-Subotitsch et al. 2015: 15ff.

Rund 68% der befragten Personen besuchten vor, nach oder zum Zeitpunkt des Interviews eine Maßnahme der beruflichen Rehabilitation. Unter den InterviewpartnerInnen, die zuvor in einem Dienstleistungs- oder Verkaufsberuf oder in einem (gleichwertigen nicht-) technischen Beruf tätig waren, besuchten 90% mindestens eine Maßnahme der beruflichen Rehabilitation, bei HandwerkerInnen waren lag dieser Anteil bei 81%, bei HilfsarbeiterInnen hingegen lediglich bei 45%. Dies verdeutlicht die Bedeutung des Berufsschutzes für die Inanspruchnahme einer beruflichen Rehabilitation, der bei HilfsarbeiterInnen meist nicht gegeben ist.

Die Mehrzahl (~65%) der InterviewpartnerInnen, die mindestens eine Maßnahme der beruflichen Rehabilitation besuchten oder besucht hatten, taten dies im BBRZ (Berufliche

Bildungs- und Rehabilitationszentrum) – ein Systempartner der Kostenträger<sup>56</sup> der beruflichen Rehabilitation – und/oder einer dem BBRZ zugehörigen Institution (Egger-Subotitsch et al. 2015: 8). Aus diesem Grund wird in Folge auch häufig auf die Erfahrungen mit dem BBRZ Bezug genommen.

#### **10.10.2.1 Bewilligung und Wartezeiten**

Wie in Kapitel 10.7.3 bereits aufgezeigt, ist für die berufliche sowie für die medizinische Rehabilitation ein Feststellungsantrag bei der PVA einzureichen. Diese entscheidet dann aufgrund einer Prüfung der Unterlagen und einer kontrollärztlichen Untersuchung, ob eine medizinische und/oder berufliche Rehabilitation notwendig und sinnvoll ist. Die Wartezeit auf den Bescheid, ob ein Arbeitstraining, eine Umschulung oder eine andere Maßnahme der beruflichen Umschulung gewährt wird bzw. diese beginnt wird sehr unterschiedlich wahrgenommen. Einige InterviewpartnerInnen (P11, P20, P47, P80, P102, P106, P107) betonen, dass die Wartezeiten auf die unterschiedlichen Maßnahmen oft überraschend kurz sind, wie auch ein 46-jähriger, gebürtiger Österreicher bestätigte:

*„[Ich] bin dann wieder zum AMS herkommen, da ham's schon g'sagt dass ich in die Reha-Planung einfall und wann der nächste Turnus anfangt und – es war dann glaub ich im Februar – es war dann sehr kurzfristig. Sie hat mich glaub ich am Freitag ang'rufen und hat g'fragt ob ich eh Zeit hab, weil am Montag startet das. Sie können mir das leider nicht mehr schriftlich schicken, weil das geht sich nicht aus. [...] Sag ich: ‚Ja passt, fang ma am Montag an!‘ Dann ham ma da die Rehaplanung gmacht, wo eben geschaut und für was man geeignet ist so auf die Art, und ja, und halt [seit] Ende, Mitte Juli bin ich jetzt in der Ausbildung.“ (P42:33).*

Von einigen anderen InterviewpartnerInnen wird die Wartezeit jedoch als sehr lange und daher aus finanziellen und psychischen Gründen als sehr belastend wahrgenommen. Ein Interviewpartner, 52 Jahre alt, geboren in Österreich, stellte keinen Antrag auf Rehabilitation bei der PVA, sondern die Lehrausbildung, die er zum Zeitpunkt des Interviews absolvierte, wurde ihm nur vom AMS finanziert. Dabei wurde ihm vorerst ein monatlicher Bezug in der Höhe des Arbeitslosengeldes ausbezahlt. Aufgrund der Wartezeit auf die Umschulung im Zuge der beruflichen Rehabilitation fiel er jedoch vom Arbeitslosengeld in die Notstandshilfe, die wiederum auch an den Verdienst seiner Frau gebunden ist:

*„Ich bekomme Notstandshilfe. [...] Es ist das so lange herausgezögert worden, weil ich viel Arbeitslosengeld gekriegt habe. Jetzt habe ich erst später einsteigen können beim BBRZ, dass ich somit in den Notstand abgefallen bin. Und jetzt, wenn meine Frau 20 Euro im Monat mehr verdient, ziehen sie mir 50 ab.“ (P72: 100-104).*

---

<sup>56</sup> Arbeitsmarktservice (AMS), Pensions-, Kranken- und Unfallversicherungsträger, Sozialministeriumservice, Bundesländer (Egger-Subotitsch et al. 2015: 15ff.).

Auf die finanzielle Belastung, die sich aus langen Wartezeiten auf Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation ergeben kann, weist auch folgende Interviewpartnerin hin: Die 46-jährige Köchin, die in Österreich geboren ist und in mehreren europäischen Ländern über sieben Jahre hinweg auf Saison gearbeitet hat, musste aufgrund eines Burn-Outs und anderen körperlichen Einschränkungen ihren Beruf aufgeben. Die Wartezeit auf die berufliche Umschulung beschrieb sie als langwierig und psychisch sehr belastend, hinzu kamen Belastungen aus dem privaten Umfeld::

*„Und dann habe ich gesagt: ‚Na wie lange dauert das [bis zur beruflichen Umschulung]?‘ und ja: ‚Das wird jetzt schon ein halbes, dreiviertel Jahr dauern‘. Na da habe ich gesagt ‚Na das geht so nicht, ich kann nicht mit noch nicht einmal 1000 Euro‘ [...] Der Chef hat das dann in die Wege geleitet, hab dann wieder, paar Wochen oder sowas, zum Arbeiten angefangen, er hat mich aber als Arbeitssuchende stehenlassen, und habe dann auch mal ein Gespräch gehabt bei der PVA, war dann aber dazwischen auch immer bei [PsychotherapeutIn] in Behandlung, weil das halt nach [dem Tod] meiner Mutter, also da habe ich auch schon gemerkt, es geht nicht mehr, und ich habe nochmal geweint, und ja nicht mehr schlafen können und ich bin jetzt in einer Umschulung, und das ist aber jetzt, jetzt hat es ein Jahr gedauert.“ (P70: 089).*

Je länger die Wartezeit, egal ob auf medizinische oder berufliche Rehabilitation oder andere Bescheide, Arzttermine bzw. Therapien, desto höher sind die psychischen und finanziellen Belastungen der InterviewpartnerInnen. Alleine das Ansuchen um berufliche Rehabilitation wird von den befragten Personen teilweise als sehr langwierig beschrieben. Eine 46-jährige Interviewpartnerin aus Österreich musste etwa mehrere Befunde nachreichen, bis sie endlich einen positiven Bescheid bekam:

*„Das ist schon ein zacher Weg, auch das Ansuchen muss ich sagen – ich war in Linz, zur Untersuchung ist es nach Wien gegangen – ist es mir abgelehnt worden, dann mittlerweile habe ich von der Neurologie in Linz den Befund bekommen, den habe ich ihnen wieder nachgesendet. Jetzt ist es wieder nach Wien gegangen. Also wie das voriges Jahr alles abgelaufen ist. Bis das so weit war, zur Berufsfindung, das ist schon ein zacher Weg!“ (P77: 154)*

Die Schwierigkeit liegt auch darin, dass laut den Aussagen verschiedener InterviewpartnerInnen mit mehreren gesundheitlichen Einschränkungen nur eine Erkrankung bzw. gesundheitliche Einschränkung wesentlich für die Antragstellung ist. Dieser Fall tritt vor allem dann ein, wenn eine Erkrankung erst während oder nach der Antragstellung auftritt, wie ein 49-jähriger gebürtiger Österreicher aufzeigt, der aufgrund eines Burn-Outs um berufliche Rehabilitation ansuchte und nach der Ablehnung einen Bandscheibenvorfall erlitt:

*„Und beantragt ist worden also auf diese Burn-Out-Geschichte, Umschulung. Abgelehnt. Dann war Bandscheibenvorfall. Hab ich angerufen, weil das war kurz nach dem Bandscheibenvorfall ist die Ablehnung gekommen, hab ich gesagt ‚das,*

*das, das...‘ Hat man mir einen neuen Termin gegeben, da ist mir erklärt worden da können wir nur beim Burn-Out weitertun, ich bin froh, dass ich das Burn-Out überstanden hab. Jetzt muss ich nicht wieder mit Befunden anfangen, dass es mir scheiße geht. Sag ich hab das, und ich kann das nicht mehr und ich will es nicht mehr. Das ist einfach genug. Und ich kann zu keinem Gast mehr sagen ‚Bitte und hat’s eh gepasst?’ [...] Ich bin ausgesaugt, bin ausgebeutet worden und kann’s nicht mehr. Ich kann’s einfach nicht mehr“ (P62: 087).*

Die Dauer des Ansuchens um Rehabilitation und die Wartezeit auf den Bescheid wirken sich daher stark auf die psychische Verfassung sowie die finanzielle Situation aus. Teilweise wird mit der Berufsfindungsphase, die in der Folge aufgezeigt wird, bereits begonnen, obwohl der Bescheid, ob die PVA die Rehabilitation finanziert, noch nicht eingegangen ist. Auszugehen ist davon, dass hier das AMS als Kostenträger einspringt, sofern es zur Absage von Seiten der PVA kommt. Für die AntragstellerInnen heißt dies jedoch, weniger Bezug zu erhalten. Es kommt zu Zukunftsängsten, wie diese 46-jährige Interviewpartnerin, aufzeigt:

*„[Das Ansuchen] war schon ein zacher Weg und das habe ich auch bei manchen BBRZ Kollegen mitbekommen. Also da rennen schon oft Sachen, wo man sich denkt... Da war bei uns einer drinnen. Der wollte wirklich – war Wirt früher, hat für seine Frau im Geschäft die Buchhaltung gemacht, der hat wirklich toll abgeschnitten, dann den letzten Tag hat er die Absage bekommen. [...] Wenn du eh krank bist und dann, du weißt nicht, wie geht es finanziell weiter. Das ist nicht ohne!“ (P77: 158).*

Die Ängste, die mit einer unsicheren Zukunft einhergehen, beschäftigen die InterviewpartnerInnen in allen Phasen. Eine gebürtige Österreicherin, 48 Jahre alt, freut sich auf die Chance, die sie durch die berufliche Umschulung erhalten konnte, war jedoch trotz positiver Einstellung von Zukunftsängsten geplagt:

*„Und das dauert dann wieder nur ein halbes Jahr, dass ich lernen kann, und nach einem halben Jahr wieder Prüfung. Hab ich g’sagt ‚Super, toll. Nehm ma.‘. Und man weiß ja... Man wird älter, man lernt nimmer mehr so leicht und dann ist das nächste: Mir rennt die Zeit davon. Mir rennt richtig die Zeit davon. Ich bin jetzt 48 und ich muss Ihnen ehrlich sagen: Ich hab wahnsinnige Zukunftsängste weil ich nicht weiß wie’s weitergeht. Das beschäftigt mich halt dann schon sehr. Ich mein, ich muss sagen ich bin eh gut instruiert a. Ich hab eine psychologische Betreuung a jetzt, weil ohne der gangat’s gar ned. Und das macht einen fertig. Weil’st ned weißt, wie’s weitergeht“ (P55: 131).*

Diese Interviewpartnerin zeigt des Weiteren auf, dass es außerhalb von Städten mit guter Infrastruktur oft schwierig ist, den Umschulungsort zu erreichen, denn aufgrund körperlicher Einschränkungen aber auch aufgrund von Medikamenteneinnahme kann/darf z.B. kein Auto mehr gelenkt werden. Das Erreichen des Ortes der Rehabilitationsmaßnahme kann daher nicht nur eine finanzielle, sondern auch eine organisatorische Hürde darstellen.

### 10.10.2.2 Abtestungs- und Berufsfindungsphase

Im Normalfall durchlaufen die AntragstellerInnen nach einem positiven Bescheid auf berufliche Rehabilitation eine Abtestungs- und Berufsfindungsphase. Beim Systempartner BBRZ wird dies als die Phase der Basisdiagnostik bezeichnet. Hier „werden die Problemstellungen mittels umfassender Diagnostik überprüft und mögliche Lösungen wie auch notwendige Interventionen formuliert“ (BBRZ 2016: 11). Wesentlich dabei ist, zu entscheiden welche Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation sinnvoll an der jeweiligen Person anzuwenden sind. Dabei kommt es innerhalb des BBRZ zu arbeitsmedizinischen Abklärungen, Testungen der kognitiven Fähigkeiten und Überprüfungen von sozialen Kompetenzen. Gemäß den Erfahrungen der InterviewpartnerInnen wird in dieser Phase entschieden, ob die betreffende Person ein Arbeitstraining, eine Stabilisierungs-Maßnahme und/oder eine Ausbildung absolviert. Im Fall von Ausbildungen wird darüber hinaus abgeklärt, welche Berufe aufgrund der körperlichen und psychischen Verfassung möglich und sinnvoll sind. Für einen 46-jährigen Interviewpartner aus Österreich kommen dabei etwa folgende zwei Wege in Frage:

*„Das ist eigentlich eine ganz eine interessante Sache, das dauert 4 Wochen oder 6 Wochen. 4 Wochen hat es gedauert! Da wirst du abgetestet – kaufmännischen Bereich, technischen Bereich! [...] Da habe ich dann wählen können. Ich habe gesagt, mir wäre der technische Beruf lieber als der kaufmännische! Das sage ich, wie es ist und dann sind sie [Angestellte des BBRZ] halt auf den Entschluss gekommen, machen wir den bautechnischen Zeichner! Tun wir dann im Anschluss den Doppelberuf wählen. Konstrukteur und Gebäudetechniker, das passt dann wieder dazu. Somit hat das seinen Lauf genommen – ja!“ (P78: 092-097).*

Einige InterviewpartnerInnen betonen die Möglichkeit der Partizipation in der Entscheidung, welcher Beruf zukünftig ausgeübt werden könnte, sowie die umfassende Unterstützung von Seiten des BBRZ. Eine 46-jährige Interviewpartnerin etwa erhielt während der Auseinandersetzung mit ihrer Berufswahl von Seiten des BBRZ sowohl Zeit wie auch Unterstützungsmöglichkeiten bei ihrer Entscheidungsfindung:

*„Bürokaufmann wäre dann noch so zur Auswahl gestanden. Aber dann habe ich mich wirklich in eine Klasse setzen lassen, weil die ja ausbilden auch im BBRZ da. Und da hab ich mir gedacht, da ist wieder kaufmännisch rechnen, Personalverrechnung, Buchhaltung lauter so trockene Themen, wo ich mir denke, nein ich weiß nicht. [...] Zum Bürokaufmann musst du entweder den Personalverrechner, damit du überhaupt Berufschancen hast oder den Buchhalter dann zusätzlich noch. Das habe ich mir gedacht – ich weiß es nicht!“ (P77: 141).*

Die Chancen, in dem neu zu erlernenden Beruf in der Region dann auch eine Arbeitsstelle zu bekommen, wurden im Fall dieser Interviewpartnerin auch mit dem AMS vor Ort besprochen:

*„Wird [haben] auch dann mit dem AMS rückgefragt, ob das auch zum Beispiel in Schärding oben [...] möglich [ist], weil da suchen sie ein paar Bürokaufleute. Aber*

*hier in Linz momentan nicht. Also da wird schon rückgesprochen! Was man selber auch für Interessen hat! [...] Es geht jetzt in Linz wieder zu den Ärzten und dann wieder nach Wien. [Es wird abgeklärt] vom Sitzen her oder je nach dem was halt jeder gesundheitlich an Problemen hat, dass das [der Beruf] auch dazu passt. Weil ich kann nicht Maurer machen, wenn es nicht passt.“ (P77: 146-154). „*

In einigen Fällen wird den befragten Personen von Seiten des AMS bereits eine Finanzierung zugesprochen, die Zu- oder Absage von Seiten der PVA ist daher ‚nur‘ mehr ausschlaggebend für die Höhe des monatlichen Bezugs, den die betreffenden Personen erhalten. Ist dies nicht der Fall, hängt die Entscheidung, ob die Ausbildung finanziert wird und wann damit begonnen werden kann, von der PVA ab, wie eine 52-jährige Interviewpartnerin sagt:

*„Entscheiden tut’s [die Ausbildung] dann die PVA. Also die PVA sagt dann, ja können wir finanzieren oder werden wir finanzieren oder nicht.“ (P66: 106)*

Wie bereits aufgezeigt, gehen damit weitere Entscheidungen und Wartezeiten einher. Die psychische Belastung ist dementsprechend gegeben. Einfacher erscheint es daher meist, einen Beruf aus dem Angebot des BBRZ zu wählen. Für einige InterviewpartnerInnen ist dieses Angebot des BBRZ jedoch nicht ausreichend. Ein Interviewpartner, 48 Jahre alt, zeigt auf, dass ihm das zu Beginn nicht bewusst war, jedoch nach einiger Zeit erkannt hatte, dass das Angebot im BBRZ begrenzt ist und auf seine Zukunft starken Einfluss nimmt:

*„Dann is erarbeitet worden, für was man eben geeignet ist und da hat’s geben: Computer. Bürokaufmann. Am Anfang in diesen drei Wochen glaubt man ja noch [...] ‚Okay, vielleicht kann ich des machen, des machen, des machen.‘ Irgendwann kommt man drauf, in dem System geht nur eben entweder Computerausbildung oder Bürokaufmannausbildung, weil das BBRZ eben ja a nur die Räume dafür hat, is klar, ned.“ (P38: 049-051).*

Ein 47-jähriger Interviewpartner betonte, er habe die Möglichkeit der Umschulung zu Beginn als Unterstützung empfunden. Während des Arbeitstrainings konnte er unterschiedliche Berufsfelder kennen lernen. Obwohl der gebürtige Österreicher während dieser Zeit handwerklich viel arbeiten konnte, wurde ihm eine Absage erteilt, als er auch seine Umschulung in eine handwerkliche Richtung lenken wollte:

*„Man setzt halt in das ganze System sehr viel Hoffnung eini, man vertraut darauf, dass die Zukunft gut wird und das ideelle Ziel war einfach: Okay, ich mach jetzt die restlichen 17 Jahre meines Lebens bis zur Pension eine Arbeit, die mir richtig taugt und dir mir gut tut. [...] Jetzt geh ich nur mehr für mi arbeiten, dass es mir gut geht [...]. Ich möchte am Abend heimgehen, will ein Gefühl der Befriedigung haben, auch wenn ich müd bin, aber ich weiß ich hab jetzt was Sinnvolles getan. Das war einfach der Wunsch. Gut. Und dann probierst. Du hast da 4 Monate Zeit, dass’d anfangst, dir Berufsbilder zum Anschau’n, eine Beschäftigungstherapie und so eine Ergotherapie. Wir ham jeden Freitag handwerkliche Sachen gmacht. War total super, hab ich a total gern g’macht, weil ich ein handwerklicher Mensch bin, obwohl ich das nie beruflich in dem Sinn ausgelebt hab. [...] Wennst*

*im BBRZ [...] bist, das ist eine Einrichtung, da wird alles Richtung Büroschiene gedrängt. Weil das der Ausbildungsstandort da ist für kaufmännische Berufe. Und da hast das Gefühl ghabt dann, [...] alle Leut die da landen, werden einfach in diese Schiene einigedrängt und versucht, dass [sie] dorthin geht. Weil da werden dir dann immer wieder Steine in den Weg gelegt. [...] Ich hab mir dann wirklich Berufsbilder ang'schaut, die mich interessiert haben. Manche Sachen ham's gsagt ‚Nein, das dürfen Sie nicht machen, weil Sie nicht heben dürfen.‘ Weil mich hat Tischlereitechnikplanung interessiert, aber da musst die Tischlerausbildung machen.“ (P47: 145-147).*

Eine 46-jährige Interviewpartnerin meinte sogar, dass für sie das Angebot zu ‚männlich‘ orientiert war, auch wenn sie ansonsten sehr zufrieden mit dem Ablauf der beruflichen Rehabilitation war:

*„Einige Berufe werden vorgestellt von Optiker, technischer Zeichner, bautechnischer Zeichner, Maschinenkonstrukteur, aber trotzdem, das was mich ein bisschen gestört hat, eher männliche Berufe ein wenig. Das war auch so, wo ich mir gedacht habe – so das Kreative hat da ein bisschen gefehlt. Weil manche Leute müssen ja nicht alle technisch machen oder Büro! Das hat mir ein bisschen gefehlt, aber sonst an und für sich muss ich sagen vom Ablauf wirklich – muss ich echt sagen, sehr gut organisiert!“ (P77: 146-148)*

Eine 46-jährige, in Bosnien geborene Interviewpartnerin wählt aus Mangel an Auswahlmöglichkeiten eine Berufsausbildung, die sie eigentlich nicht machen möchte. Obwohl sie mittlerweile den Lehrabschluss gemacht hat und sich in der Zusatzausbildung befindet, bewirbt sie sich weiterhin für Stellen, die ihrem ursprünglichen Beruf entsprechen, auch wenn sie diesen aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben kann/wollte:

*„Ja, und jetzt bin ich in der Zusatzausbildung, Buchhaltung – Finanz, Rechnungswesenassistent und das ist ziemlich schwierig und ich habe nicht wirklich Interesse! Wenn ich einen Job finde, dann würde ich lieber arbeiten gehen.“ (P85: 041).*

Auch eine weitere 48-jährige Interviewpartnerin ist mittlerweile in einer Ausbildung, obwohl sie mit der Berufswahl nicht zufrieden ist. Sie hat in ihrem Heimatland Serbien auf ihrem ersten Bildungsweg eine technische Schule abgeschlossen und mehrere Jahre in einem technischen Beruf gearbeitet. Nach der Migration arbeitete sie im Verkaufsbereich. Aufgrund mangelnder Computer- und Deutschkenntnisse wurden laut eigenen Aussagen die Ergebnisse der Abtestung negativ beeinflusst, weshalb sie vom BBRZ als ungeeignet für einen technischen Beruf eingestuft wurde:

*„Konzentration, Intelligenztest, alles das bin ich vorbei – ja das stimmt! Dann technischer Zeichner kommt! Das muss man wirklich alles auf dem Computer zeichnen! Ich habe das niemals in meinem Leben gemacht, verstehen sie? Ich weiß zeichnen, aber mit der Hand geben sie mir, da zeichne ich ihnen: Wahnsinn! Aber diese Mappe, diese Karte, das habe ich das erste Mal beim BBRZ gesehen!*

*Und zwei Tage ist zu wenig was lernen! Verstehen sie! Kommt Test und machen sie das, das, das. Habe ich gesagt: ‚Ich weiß nicht alles machen. Ich weiß nicht das bitte! Ich brauche ein bisschen länger Zeit, sonst kann ich nicht funktionieren!‘ Dann kommt das Ergebnis: Ich bin nicht geeignet für technischen Zeichner! Ich bin nicht geeignet für technischen Zeichner nach technische Schule gemacht bitte? Kann ich ihnen vorstellen und dann kommt Mathematik: Okay, ich bin geeignet für kaufmännische. Ich bin geeignet für kaufmännische? Was ist kaufmännische? Kaufmännische ist nicht Mathematik bitte! Ich hatte Mathematik damals wirklich in der Schule, ich bin gut. Ich kann nicht sagen, ich bin schlecht, aber Kaufmännische ist nicht Mathematik!“ (P103: 105)*

Viele InterviewpartnerInnen wünschen sich einen zukünftigen Beruf, der mit dem ursprünglich erlernten in Verbindung steht. Dies ist aus Sicht der befragten Personen oft jedoch nicht der Fall, wie etwa folgender 48-jähriger gebürtiger Österreicher beschreibt:

*„Irgendwann bin ich halt dann in diese Rehaumschulung kommen. Das is ma vorgeschlagen worden und da hat’s ja noch gheißen... Da is ma auch gfragt worden „Wos woins gern im Leben tuan?“, ned? Und ich hab damals immer gsagt „I würd eigentlich gern mein Wissen an Jugendliche weitergeben. Ich bin wahrscheinlich technisch, fachlich, in unserer Gegend sicher einer der besten Maler, ned? Weil i im Außendienst Erfahrung über alle Baustoffe hab, wirklich viel gmacht hab und alle gsagt ‚wir ham keine guaden Leut mehr in Österreich‘. Und da is ma als Antwort gegeben worden, ich spreche zu laut und damit kann ich mit Jugendlichen nicht arbeiten, jap.“ (P38: 025).*

All diese Faktoren haben naturgemäß einen starken Einfluss auf die psychische Verfassung der befragten Personen und folglich auf deren gesundheitliche Situation und deren Genesungsprozess. Ist eine umfassende Aufklärung über die Möglichkeiten der verschiedenen Maßnahmen nicht gegeben, kann dies zu einem Gefühl des Missverstanden-werdens und zu Ängsten aufgrund einer unsicheren Zukunft führen. Es zeigt sich jedoch, dass die Einstellung gegenüber der Abtestung und den Ausbildungsmöglichkeiten sehr unterschiedlich ist. Während die einen sich in ihrer Wahl eingeschränkt fühlen, sind die anderen durchwegs zufrieden mit der Unterstützung, die sie durch das BBRZ erhalten, wie eine 46-jährige Interviewpartnerin schildert:

*„Abtestung. Also wir sind jetzt wirklich – bis zum Schluss bin ich eigentlich – ich habe mich dann selber auch dafür interessiert. Buchhaltung – kaufmännisch rechnen, aber die Grundkenntnisse, was man halt hat von Grundrechnungsarten, Gleichungen, Teilungen sage ich. [...] Aber wirklich, wo du dir denkst nach 25, 30 Jahren, was du einmal in der Schule gelernt hast, jetzt auf einmal wieder vorkramen. Das war am Anfang... jeder schnauft einmal. Aber dann hat es mir wieder Spaß gemacht. Und es war auch super. Ich habe einen super Betreuer gehabt. Der hat sich auch recht umgeschaut muss man sagen und hat auch gemerkt, dass auch ich selber will und selber recherchiert dann, was machen wir.“ (P77: 131-138).*



Es zeigt sich also, dass das Erleben der Abtestungs- und Berufsfindungsphase von verschiedenen Faktoren abhängt, wobei die Größe des Angebots an Berufsausbildungen, die eigenen Neigungen und die Unterstützung durch die einzelnen Stellen die wesentlichsten Faktoren sind.

### **10.10.2.3 Arbeitstraining/ IMBUS**

Während der Abtestungsphase wird im Allgemeinen die gesamte berufliche Rehabilitation geplant. Hier wird festgelegt, welche Maßnahmen die betreffende Person besuchen wird. Wird davon ausgegangen, dass die jeweiligen Personen aus psychischen oder sozialen Gründen heraus (noch) nicht bereit sind, eine Ausbildung in einem anderen Berufsfeld zu absolvieren, durchlaufen diese ein Arbeitstraining. Insgesamt gaben 17 von 101 befragten Personen an, eine Art Arbeitstraining besucht zu haben oder zu besuchen. Rund ein Viertel aller InterviewpartnerInnen, die in einer Maßnahme der beruflichen Rehabilitation sind/waren/ sein werden, besuch(t)en ein oder mehrere Arbeitstrainings. Eine Interviewpartnerin, 49 Jahre alt, besuchte zuerst die IMBUS (Individualisierte Maßnahme zur Berufsvorbereitung und Stabilisierung), eine Maßnahme des BBRZ, bevor sie ein Arbeitstraining absolvierte:

*„Und dann hat sie mir einen Termin gemacht mit der Pensionsversicherung, war dann ein Herr da und dann habe ich dann nach St. Pölten müssen und dann habe ich dieses BBRZ bewilligt bekommen. Und ich muss sagen, da bin ich jetzt im 2. Prozess drinnen. Also das Dritte eigentlich, das erste war Reha-Planung 1, nur die war sehr kurz, weil wir ja eh gewusst haben, wo die Probleme herkommen. Dann war ich in der IMBUS-Maßnahme. Das war auch eigentlich sehr gut strukturiert schon und jetzt bin ich im Arbeitstraining.“ (P71: 171).*

Die Dauer dieser Maßnahme ist dabei je nach InterviewpartnerIn verschieden. Die meisten InterviewpartnerInnen, die ein Arbeitstraining absolvier(t)en, taten dies in einer der Einrichtungen von promente|oö, dem Psychosozialen Zentrum in Schiltern (Niederösterreich) oder in den Einrichtungen des BBRZ (Wien, OÖ, NÖ). Innerhalb des BBRZ gibt es dabei verschiedene interne Programme, wobei von den InterviewpartnerInnen vor allem von Maßnahme IMBUS berichtet wird. Der Fokus wird hier auf die psychische Stabilisierung und die Steigerung der sozialen Kompetenz gelegt. Ziel dieser Maßnahme ist die Entwicklung der beruflichen Perspektiven, die zwischen 16 Wochen und 15 Monate erfolgen soll (BBRZ 2016: 15). Auch im Arbeitstrainingszentrum in Oberösterreich (ATZ OÖ) wird die berufliche Reintegration in den Vordergrund gestellt. Wesentlich dabei ist laut InterviewpartnerInnen, in einem ersten Schritt die Tagesstruktur wieder aufzubauen. Dies kann für die betreffenden Personen sehr anstrengend und fordernd sein. Eine 40-jährige Interviewpartnerin, geboren in Ungarn, sieht das Arbeitstraining als hilfreich in Bezug auf die Erstellung eines strukturierten Tagesablaufs, obwohl ihr der Einstieg aufgrund des hohen Stundenausmaßes schwer fällt:

*„Wenn du sechs Jahre weg bist, es geht nicht von heute auf morgen. Es fängt schon mit Tagesstruktur an, mit tagtäglich zu tun. Und das ist eine riesen*

*Umstellung, eine unvorstellbar große Umstellung – selbst für agile Menschen wie mich. Aber natürlich, die Krankheit manifestiert sich. indem du Schlafprobleme hast, Schlafstörungen hast, wird der Tagesrhythmus ein ganz anderer. Also ich habe immer das Problem gehabt, das Tag-Nacht irgendwie vertauscht wurde. [...] Dazu kommen noch andere Dinge: Das man körperlich abgebaut hat in den 6 Jahren, ist ja auch klar. Durch die Medikamente habe ich 25 Kilo zugenommen. Es sind so viele Faktoren dabei. Und mehr oder weniger war das [Arbeitstrainingszentrum] ein Betrieb: komme, funktioniere, arbeite und gehe heim [...] Was ich von Anfang an nicht verstanden habe ist ‚Leute ich habe 6 Jahre. Ich weiß, in welchem Zustand ich mich befinde. Ich will Teilzeit, sprich 20 Stunden‘“ (P91: 80).*

Eine weitere 54-jährige Interviewpartnerin beschrieb die Situation ähnlich. Auch sie sah das Arbeitstraining und die damit einhergehende Tagesstruktur als hilfreich, dennoch war ihr das Stundenausmaß zu Beginn zu hoch. Das Reduzieren der Stundenanzahl war laut Interviewpartnerin durch ein Ansuchen an die PVA möglich:

*„Den Rhythmus wieder zu haben, mit Kollegen, mit anderen Menschen zusammen zu sein, weil ich hab mich völlig zurückgezogen g’habt [...] Ja und in [Arbeitstrainingszentrum] setzt halt wieder den Fuß wieder in ein halbwegs normales Leben, aber trotzdem bist in einem geschützten Umfeld. Weil du hast dort fachliche Trainer, die aber a jetzt vom Psychologischen ein bisschen geschult sind und du hast eine sozialpädagogische Betreuung. Das heißt, es gibt a dort Einzelgespräche und auch Gruppengespräche. Also du arbeitest da, du hast einen geschützten Raum. Was ich sehr schnell gemerkt hab, gleich nach einem Monat, dass beides... Da beginnt man mit Vollzeit und da war ich sofort an meinen Grenzen. Da hab ich dann mit ihnen geredet, dann ham ma zuerst auf 28 Stunden pro Woche reduziert und danach mit Genehmigung der PVA auf 26 Stunden und das hab ich gut geschafft. Und das hab ich momentan auch.“ (P59: 097).*

Eine 50-jährige, gebürtige Bosnierin klagt über chronische Schmerzen, die jedoch durch das Arbeitstraining erleichtert werden, auch wenn es körperliche und psychische Anstrengung bedeutet:

*„Und hob I versucht, jo ein Tag war anstrengend, nächste wieder anstrengender und immer so, aber ich hab mich reingesteckt, habe ich gesagt, muss man das schaffen. Immer ganz anders. Das ist ganz großer Unterschied, wenn ich jetzt in der Früh aufstehe und dann weiß ich nicht, was ich tun daham. Schmerzen habe ich sowieso, ob ich in Arbeitszentrum bin oder ob ich daham liege. Aber so hat mir so viel Kraft gegeben dass ich dort gehe und dort warten mir Leute. Dass ich mit Leuten reden kann, dass ich mit Leuten mi unterhalten kann. Das war für mich ganz anderes Leben.“ (P14: 150).*

In den Arbeitstrainingszentren werden unterschiedliche Berufsfelder aufgegriffen und die TeilnehmerInnen werden durch verschiedene (einfache) Arbeitstätigkeiten an ein

Berufsleben herangeführt. Dadurch soll den betreffenden Personen der Einstieg in die Erwerbstätigkeit bzw. in eine weitere Ausbildung im Zuge der beruflichen Rehabilitation erleichtert werden. Eine 49-jährige Interviewpartnerin erklärte, wie sie das Training erlebt:

*„Das heißt, du hast dort deine Kassa, du verkaufst deinen Kaffee, du musst dich kümmern um die Vorräte, für den nächsten Tag wieder einkaufen gehen, du verkaufst so ein bisschen so süße Sachen, aber wirklich nur, einfach zu. Der Kaffee, der kleine Schwarze, kostet 35 Cent, also das ist wirklich nur quasi, es gibt schon natürlich auch Teilnehmer, die zum Beispiel überhaupt in der Gruppe sind, die ah, ganz ein starker Legastheniker. Also für den, der ist Schweißausbrüche hat der, weil er halt dort die KaffeestricheIn aufschreiben muss. Weil das halt einfach nicht sein Ding ist. Und das nächste ist, dieses Ganze wird halt, was ich ganz ganz toll finde, ahm, [...] also wirklich bei den Grundrechnungsarten anfängt, [...] so lächerlich es klingt, mit Plus und Minus. Und dann addieren, [...] subtrahieren, multiplizieren, dividieren, Bruch rechnen, Prozent rechnen. Wir haben die Zinsrechnungen angeschaut, wir haben die Kalkulationen angeschaut. Und die sind natürlich klar, wir haben zum Beispiel, der Kollege neben mir im Kurs ist Kranfahrer. Der hat noch nie ein Kalkulationsschema gesehen.“ (P71: 179-181).*

Diese Arbeitstätigkeiten werden unterschiedlich wahrgenommen. Folgende InterviewpartnerInnen, beide 52 Jahre alt, fühlten sich unterfordert in den Tätigkeiten, die er ausüben musste:

*„Im Moment... das IMBUS ist eine einfache Sache, wo ich jetzt grad bin. [...]unterfordert. [...] Ja sicher“ (P68: 134-140).*

*„Da wird ma hingestellt als wie wennst depat bist. Als wie wenn ma ned ganz... Ja, ich bin krank, ich steh dazu. Ich bin psychisch angeschlagen, ganz sauber. Aber da hilft einem sowas nicht. Mir zumindest ned. Weil mi hat das no weiter owwedrukt, als wie was es mir g'holfen hätt“ (P58: 073).*

Eine 48-jährige Interviewpartnerin aus Österreich hingegen sieht das Arbeitstraining und die berufliche Rehabilitation als Ganzes als sehr hilfreich an:

*„Mittlerweile bin ich soweit, dass ich erkenne, dass es so ist, dass die berufliche Reha mit dem Arbeitstraining das Beste ist, was mir passieren kann. Schon alleine deswegen, weil die Wahrscheinlichkeit, dass ich wieder in einem Bereich, in einem ähnlichen Bereich, arbeiten kann wahrscheinlich unmöglich wird. Weil die Erinnerungen so massiv sind, dass ich jetzt schon wieder innerlich zitter. Obwohl ich Betablocker nehm. Das heißt, es wird irgendwann einmal kommen, dass ich sagen muss „was kannst du, du bist hoch qualifiziert, du kannst wahnsinnig viel, aber du wirst dich für eine andere Richtung entscheiden müssen“. Und dazu hab ich auch in der beruflichen Reha Zeit.“ (P18: 108).*

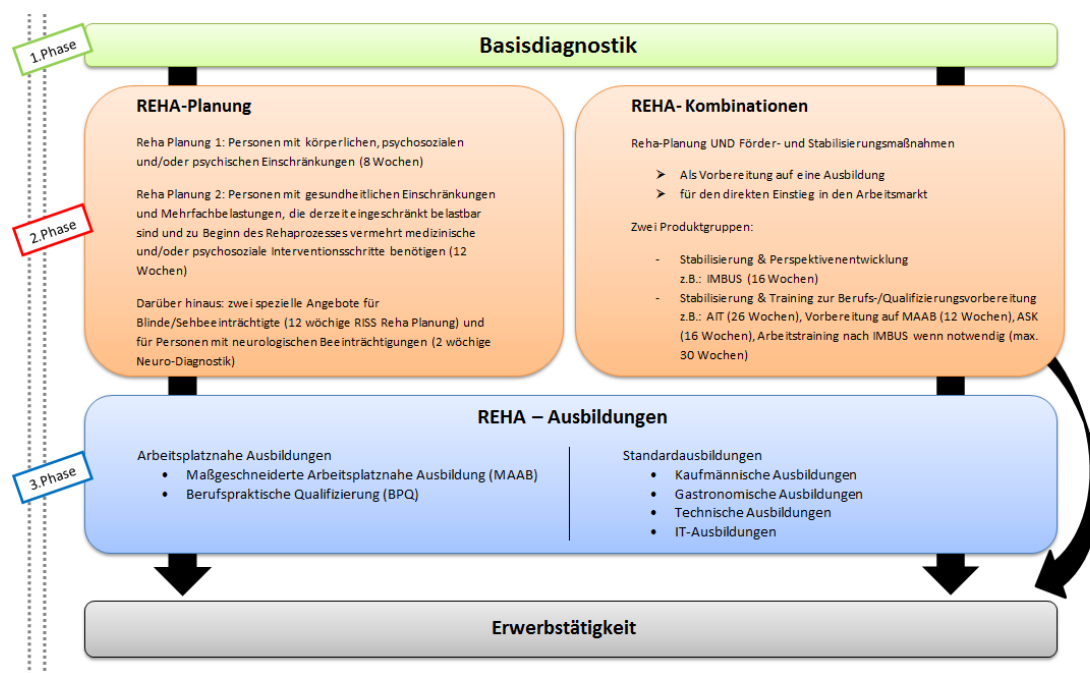
Während dem Arbeitstraining entscheidet sich meist auch der weitere Verlauf der Unterstützungsmaßnahmen. Während einige InterviewpartnerInnen berichteten, danach

weitere psycho-soziale Maßnahmen besucht zu haben, streben andere eine Ausbildung in einem Bereich an, der auch im Arbeitstrainingszentrum ausgeübt wurde.

#### 10.10.2.4 Ausbildung im BBRZ inkl. Zusatzausbildung

Innerhalb des BBRZ kommen die betreffenden Personen nach einer ersten Basisdiagnostik entweder in die REHA-Planung oder in REHA-Kombinationen. Bei ersteren kommt es hier zu Austestungen, um ein geeignetes Berufsfeld zu finden, bei letzteren passiert dies in der Kombination mit sogenannten ‚Förder- und Stabilisierungsmaßnahmen‘ (IMBUS, Arbeitstraining, etc.). Wird entschieden, dass die Person eine Ausbildung beginnt, werden je nach Berufsgruppe unterschiedliche Maßnahmen ergriffen. Dabei entscheidet sich, ob die betreffenden Personen eine Standardausbildung innerhalb des BBRZ (Angebot abhängig vom jeweiligen Standort) oder Ausbildungen besucht, die außerhalb des BBRZ stattfinden (z.B.: Studium). Während sich dieses Kapitel auf die Standardausbildungen innerhalb des BBRZ konzentriert, fokussiert das folgende auf Ausbildungen, die außerhalb mit und ohne der Organisation durch das BBRZ durchgeführt wurden.

Abbildung 56: Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation vom und/oder im BBRZ



Quelle: DUK-Erhebung und PVA Darstellung.

Von allen InterviewpartnerInnen besuchten 45 Personen mindestens eine Maßnahme der beruflichen Rehabilitation innerhalb einer der Institutionen des BBRZ. Rund 87% davon besuchten vor oder zum Zeitpunkt des Interviews eine Lehrausbildung. Unter den interviewten Personen gab eine Person an, eine Ausbildung zum IT-Techniker/ zur IT-Technikerin, 25 Personen eine Kaufmännische Ausbildung und 9 Personen eine Technische Ausbildung zu besuchen. Hier lassen sich relevante Unterschiede je nach Geschlecht und voriger Berufsgruppe feststellen.

Während 12 von 13 befragten Frauen in beruflicher Rehabilitation eine Kaufmännische Ausbildung besuchten, waren es bei den Männern ‚nur‘ 13 von 22 (~59%). Die befragten

Männer in beruflicher Rehabilitation hingegen besuchten zu rund 36% Technische Ausbildungen, während es bei Frauen nur eine Person war. Eine IT-Ausbildung wurde nur von einer Person – einem Mann – besucht. Grundlegende Unterschiede ergeben sich auch in Bezug auf die vorherige Berufsgruppe: Während rund 62% aller HandwerkerInnen und 52% aller Personen in Dienstleistungsberufe und VerkäuferInnen eine Lehrausbildung des BBRZ besuchten, waren es bei den befragten HilfsarbeiterInnen lediglich 17%. Die Ausbildungsarten verteilten sich auf die Berufsgruppen relativ ausgeglichen, mit Ausnahme der Dienstleistungs- oder Verkaufsberufe, von denen rund 83% eine Kaufmännische Ausbildung absolvierten.

Grundsätzlich wird die Ausbildung im BBRZ als positiv wahrgenommen. Häufig erachten die InterviewpartnerInnen, die Möglichkeit einer beruflichen Rehabilitation als sehr positiv, wie z.B. folgende 49-jährige Interviewpartnerin, geboren in Bosnien:

*„Und ich muss sagen, ich bin so froh, dass ich BBRZ kennen gelernt habe. Wirklich. Weil ich hab dann gesehen wie die Leute warmherzig sind, auch wenn, wenn uns nicht gut geht und diese ganze. Dass du dich wirklich an jemanden wenden kannst in jeder Situation. Das ist prima. Die sind wirklich. Und ich habe immer gesagt ‚Gott, ich danke dir, dass du sowas, Angebot in diese Alter.‘“ (P11: 199).*

Einige wenige InterviewpartnerInnen berichteten jedoch von negativen Erfahrungen in Bezug auf die Ausbildungen beim BBRZ. Eine 47-jährige gebürtige Kroatianin sah zwar die Möglichkeit der beruflichen Rehabilitation als sehr positiv an, konnte letztlich jedoch nicht jeden Beruf erlernen, der sich für sie in der Berufsfindungsphase ergeben hat:

*„Dann haben sie mich 2 Tage kurz bevor das angefangen hat informiert, nein, ich kann's nicht machen. Ich muss Bürokauffrau machen. Ich bin reingeschoben worden, sag ich. [...] Obwohl sie uns dazwischen, mich und meinen Kollegen, hergeschickt haben, da hams auch irgendwas ausgetestet, ob wir Rechnungswesen machen könnten und das haben wir geschafft. Problemlos. [...] Mir wurde ja persönlich gesagt, ja das geht. Und dann wurde mir telefonisch gesagt, nein das geht nicht. Weil da müssen sie sitzen. Sag i, jetzt erklären's ma, was ich da mach, als Bürokauffrau.“ (P107: 189-199).*

Ähnliche Erfahrungen schildert eine 48-jährige Interviewpartnerin aus Serbien:

*„Nein, ich bin nicht geeignet! Das war vom ersten Tag an das Entscheidung! Eben für EDV und kaufmännische Ausbildung! Ich bin nicht geeignet und aus!“ (P103: 128-131).*

Trotz (vorangegangener) medizinischer Rehabilitation spielen gesundheitliche Einschränkungen auch während der beruflichen Rehabilitation oftmals eine große Rolle. Ein 47-jähriger Österreicher kämpfte zum Beispiel, stark mit Rückenschmerzen, die sich durch die einseitige Belastung (langes Sitzen) verstärkten:

*„Ich hab Kreuzweh, ich muss versuchen am Wochenende mich wirklich zu bewegen, spazieren zu gehen, weil's dem Körper von der Psyche dann a ned gut geht, hast keine Energie mehr. Das ist ein Teufelskreislauf. Du kannst dich nimmer bewegen. Weil's dir nicht gut geht.“ (P47: 217-219).*

Bei MigrantInnen kommen oftmals auch sprachliche Probleme hinzu. Hier ist das BBRZ bemüht, Deutschkurse parallel zum Unterricht anzubieten. Dennoch kann es zu Schwierigkeiten kommen, vor allem, wenn der einführende grundlegende Basisstoff aufgrund sprachlicher Barrieren nicht verstanden werden kann. Eine Interviewpartnerin, geboren in Serbien, zeigt auf, dass – auch wenn ihre Deutschkenntnisse gut sind – sie aufgrund einer anderen Muttersprache unterschiedliche Begriffe nicht kennt, da sie diese im Alltag nicht verwendet:

*„Das ist wirtschaftliche Sprache. Das ist sehr, sehr schwer! Alles ist sehr schwer, aber Personalverrechnung extra! Und wann ich verstehe nicht: Ich hatte so viele Probleme bei Anfang! Und dieser Start macht mir die ganze Ausbildung kaputt! Am Start wir verstehen nicht etwas, dann bis Ende ist schlecht – glauben sie mir! Das ist so! [...] Ich muss zuerst übersetzen! Diese Wörter, was bedeutet! Ich hatte niemals ein Interesse für Wirtschaft – nicht in Serbien – verstehen sie?“ (P103: 117-123).*

Mangelnde Deutschkenntnisse und/oder gesundheitliche Einschränkungen können daher Ursache für Ausbildungsabbrüche sein (P12, P13, P39). Um dem vorzubeugen, versucht das BBRZ, die KundInnen mit psychotherapeutischen Einheiten, Gymnastik, Sprachkursen, medizinischer Beratung uvm. zu unterstützen. Diese Möglichkeiten werden von den InterviewpartnerInnen unterschiedlich genutzt, dennoch werden sie von allen als (mögliche) Unterstützung wahrgenommen. Dazu ein 46-jähriger gebürtiger Österreicher:

*„Man kriegt dort Einzelgespräche, es ist ein Psychologe einmal in der Woche da. Es ist jeder da, alle kümmern sich um einen, man wird immer umarmt und wie auch immer, aber das hab ich nicht gebraucht Gott sei Dank. Aber wenn man's brauchen würde sind sie sehr nett und jeder nimmt sich Zeit, hört sich da die G'schichten stundenlang an, aber ich bin nicht der Mensch... Wer's braucht gerne, aber ich bin nicht der Mensch dafür.“ (P42: 57).*

Das Verhältnis zum Lehrpersonal ist ein weiterer Faktor, der die Zufriedenheit mit den Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation maßgeblich beeinflusst. Auch hier gehen die Meinungen auseinander und sind vielfach abhängig von den persönlichen Erfahrungen der InterviewpartnerInnen. Während einige InterviewpartnerInnen sehr zufrieden mit dem Lehrpersonal sind, sind andere enttäuscht und unzufrieden. Eine 47-jährige Interviewpartnerin brachte dies folgendermaßen zum Ausdruck:

*„Wir ham Trainer gehabt, die waren fürchterlich, wir ham Trainer gehabt die waren super.“ (P107: 231-237).*

So etwa berichtet ein 52-jähriger, in Österreich geborener, Interviewpartner von negativen Erfahrungen mit dem Lehrpersonal:

*„Da sind Trainer drinnen, die glauben sie sind Gott oder Gott ähnlich. Wirst von oben herab behandelt. Ja. Das gibt es leider.“ (P72: 154-180).*

Obwohl es in Bezug auf die Lehrkräfte einige Demgegenüber betont eine 46-jährige gebürtige Österreicherin vor allem die wichtige positive Rolle des Lehrpersonals für ihren weiteren beruflichen Weg:

*„Ich habe sehr gute Lehrer gehabt dort! Da habe ich das Gefühl gehabt, ja das habe ich jetzt verstanden, passt! Mit dem Wissen traue ich mich schon rausgehen!“ (P80: 111).*

Ein 50-jähriger gebürtiger Österreicher betont hingegen das Lehrmaterial, das für ihn ungeeignet war; er hatte Schwierigkeiten, mit elektronischen Lehrmaterialien umzugehen und hätte sich mehr Lehrmaterial in Form von Büchern gewünscht:

*„Ja, das Ganze – die Einsparungsmaßnahmen. Auf der einen Seite reden sie immer, wir haben lauter gut Qualifizierte und Ausgebildete und sehr gut und bla bla bla und hin und her! Auf der anderen Seite heißt es sparen, sparen, sparen und nicht einmal eine Exkursion, Bücher bekommst du nicht. [...] Was wichtig sind Bücher, noch dazu für uns alten Kracher! Da kannst du wenigstens etwas nachlesen!“ (P83: 131-133).*

Der Interviewpartner zeigt des Weiteren auf, dass er mehr Zeit gebraucht hätte, sich mit den technischen Geräten und Programmen vertraut zu machen:

*„Wie soll ich sagen – wir haben ein Programm – wir haben ein Zeichenprogramm und das haben wir jetzt – das müssen wir jetzt innerhalb von 2 Monaten jetzt lernen, was sie normalerweise in 7 Monaten lernen!“ (P83: 136).*

Ausreichend Zeit für das Erlernen bestimmter Themenbereiche ist ein Faktor, der die Wahrnehmung der beruflichen Rehabilitation beeinflusst, wie auch folgender 52-jährige Interviewpartner bemerkt:

*„Dass stressfreier über geht das Ganze. Nicht so husch, husch, schnell, schnell. So wie im letzten Modul, sind drei Wochen ausgefallen, da haben wir Schließzeit gehabt, musst den Stoff weiter bringen, das wird schnell erklärt, fertig. Weil der Stoff muss durchgemacht werden. Und dann hast du ein ganzes Modul, wo du nur Tempo drinnen gehabt hattest, wo du eigentlich noch etwas reinbringen könntest. Und nur schnell, schnell erklärt und passt schon. Das ist bisschen Negativ das Ganze“ (P72: 154-180).*

Eine 51-jährige Interviewpartnerin beobachtete während ihrer beruflichen Rehabilitation viele Abbrüche von KollegInnen – von 20 TeilnehmerInnen reduzierte sich die Zahl schlussendlich auf sieben. Die Gründe, die sie nennt, fassen die bereits erwähnten Einflussfaktoren auf die Wahrnehmung der beruflichen Rehabilitation zusammen:

*„Ja anfangt ham ma mit 20 eigentlich und mittlerweile sind wir nur mehr 7.[...] Manche ham festg'stellt, es is absolut nichts für eana, der Beruf. Eine andere hat*

*aufgehört weil sie einfach – die is einfach in ihren Beruf wieder z’rückgangen. Sie hat gsagt sie brauchen das Geld, sie ham Haus baut. Ich mein, is logisch, das muss man a versteh’n. Na, es is schon... Es is zeitweise sehr heftig. Wenn die ganzen Prüfungen immer san alle 12 Wochen, da weiß man zeitweis’ nicht, was man als erstes...“ (P41: 173-175)*

Im Gegensatz dazu steht die Aussage einer 44-jährigen Interviewpartnerin, die in Bulgarien geboren und aufgewachsen ist, die die berufliche Rehabilitation als Stütze in allen Belangen wahrnimmt:

*„Ja, BBRZ, deswegen, ich empfehle es überall. Hier fühlt man sich erstens sehr gut aufgehoben und zweitens kriegt man alle mögliche Förderungen, damit irgendwelche Lernschwächen oder egal, wenn man zum Beispiel längere Zeit im Krankenstand war, hat irgendetwas verpasst oder irgendwas braucht, ich brauche eine Buchhalterförderung, ‚das verstehe ich nicht‘, man kriegt sofort wird sich hingestellt, jemand der sich kümmert. Man fühlt sich wirklich sehr aufgehoben als Schüler und das war wirklich das Beste, was mir passieren konnte, irgendwie“ (P106: 161).*

Zukunftsängste und insbesondere die Angst, nach der Ausbildung keine Arbeit zu bekommen, wirkt sich nicht nur negativ auf die individuelle psychische Gesundheit aus, sondern hat auch einen Einfluss auf die gesamte Gruppe, wie ein 47-jähriger Interviewpartner beschreibt::

*„Das sind momentan so Phasen, da geht’s uns a psychisch nicht gut, dass wir momentan sehr orientierungslos sind. Weil wir eigentlich genau wissen, dass es das ned is auf Dauer.“ (P47: 217-219)*

Die Unsicherheit über die Zukunft und die Perspektiven der InterviewpartnerInnen vor, während und nach der beruflichen Rehabilitation wird in Kapitel 9.13 im Detail behandelt.

#### **10.10.2.5 Ausbildung außerhalb der Institutionen des BBRZ**

Wie im vorigen Kapitel bereits aufgezeigt, gibt es im Zuge der beruflichen Rehabilitation mehrere Möglichkeiten der Ausbildung. Dabei ist ein Unterscheidungspunkt, ob die Ausbildung im oder außerhalb der Institutionen des BBRZ stattfindet. Letzteres wird nun in diesem Kapitel beleuchtet. Dabei ist zu beachten, dass es sein kann, dass einige der InterviewpartnerInnen die Ausbildung zwar außerhalb der Gebäude des BBRZ besuchten, jedoch diese vom BBRZ organisiert wurde. Aufgrund der offenen Erzählweise der InterviewpartnerInnen und der unterschiedlichen Angebote der Rehabilitationszentren kann in diesem Punkt nicht immer klar herausgefiltert werden, welche Maßnahme mit welchem Anbieter zu verbinden ist. Daher wird die Unterscheidung nach geografischen Maßstäben getroffen. In diesem Kapitel liegt die Konzentration auf den Ausbildungen, die nicht in einem der Gebäude des BBRZ stattgefunden haben.

Auch wenn das BBRZ Systempartner der Kostenträger ist, können berufliche Rehabilitationsmaßnahmen über unterschiedliche Institutionen ablaufen. Welche



Institutionen und Maßnahmen von den jeweiligen Kostenträgern (PVA, AMS, Länder, Sozialministerium) für sinnvoll erachtet werden, hängt meist von der Einstellung der jeweiligen Personen, deren gesundheitlichen Einschränkung(en), Interessen und Eignungen ab. Des Weiteren ist das BBRZ nicht in allen Regionen Österreichs gleich stark vertreten und gut erreichbar. Von 101 befragten InterviewpartnerInnen gaben 6 Personen (alle ohne Migrationshintergrund) an (P12, P21, P46, P59, P60, P87) eine Umschulung im Zuge der beruflichen Rehabilitation außerhalb des BBRZ zu besuchen. Interessant dabei ist, dass jede/r Einzelne davon berichtet, diese Möglichkeit nur durch viel Eigenengagement erhalten zu haben. Ein 45-jähriger Interviewpartner berichtet, wie er zu der Ausbildungsstelle gekommen ist:

*„Ich hab gesucht, ich hab aktiv gesucht, Firmen gesucht, angeschrieben, hab mich zuerst einmal erkundigt für welche Unterstützungen bietet das AMS, die PVA und so weiter an, bin dann über dieses AQUA [Arbeitsplatznahe Qualifikation<sup>57</sup>] drüber gestolpert, zufällig mehr oder weniger, und hab mir selber dann a Stiftung gesucht, die mich ah unterstützt haben, und, jo, mittlerweile zahlen das AMS und die PVA gemeinsam mir diese Ausbildung diese zweijährige, und, jo, mi g'freuts recht also die ersten fünf Monat san vergangen wie im Flug und I bin überglücklich.“ (P21: 144).*

Auch die Motivation aller InterviewpartnerInnen, die durch Eigenengagement zu der Ausbildungsstelle außerhalb des Angebots des BBRZ gekommen sind, ist sehr hoch. Die Einstellung zur Ausbildung ist durchwegs sehr positiv, vor allem da die InterviewpartnerInnen das Gefühl haben, eine individuelle, auf ihre Wünsche zugeschnittene Ausbildung zu erhalten. Eine Interviewpartnerin, 54 Jahre alt, besuchte das Arbeitstraining in einem Psychosozialen Rehabilitationszentrum. Während des Praktikums lernte sie den Arbeitsbereich Gartenbau kennen. Um nach dem Arbeitstraining eine Lehre in diesem Bereich besuchen zu können, suchte sie aktiv die verschiedenen AkteureInnen auf, die für die Finanzierung solcher Umschulungen wesentlich sind:

*„Aber da war ich dann auf der Landwirtschaftskammer persönlich, hab mit dem Herrn gesprochen, weil ursprünglich hat er gesagt ‚Nein‘, er kann das nicht die Zeiten [des Praktikums über ein psychosoziales Rehabilitationszentrum] anerkennen. Das heißt, ich kann das ned machen, weil mir fehlen dann die Praktikumszeiten. Dann hab ich persönlich noch einmal vorgesprochen und war ein super Gespräch. Also letztendlich ist es so, dass ich jetzt die Ausbildung zum Facharbeiter Gartenbau machen kann“ (P59:101).*

Auch eine 50-jährige Interviewpartnerin spricht davon, viel Eigenengagement gezeigt zu haben. Sie kann im Zuge der beruflichen Rehabilitation ein Studium auf einer Fachhochschule besuchen:

---

<sup>57</sup> Arbeitsmarktpolitische Maßnahme des Landes Oberösterreich und des Arbeitsmarktservices Oberösterreich

*„Und hab dann aber die Studienprogrammleiterin überzeugen können, also das war dann halt ‚Ja, es kann schon sich noch was ergeben‘ und sie hat dann halt Gnade ghabt und hat mich dann schon vermitteln können, weil das war meine einzige Chance, dass ich jemals wieder studieren zu können, weil das Programm läuft und die Ausbildung musste beginnen.[...] Dieses berufliche Reha-Programm, jaja. Ich bin in beruflicher Rehabilitation.“ (P46: 051-053).*

#### **10.10.2.6 Finanzierung**

Grundsätzlich richtet sich die Finanzierung der beruflichen Rehabilitation nach den Kostenträgern – Sozialversicherungsträger, Sozialministerium, PVA, AMS und Bundesländer. Je nach Zielgruppe werden unterschiedliche Kostenträger, auch in Kombination, aktiv. Bei den befragten älteren Arbeitskräften mit gesundheitlichen Einschränkungen hat sich gezeigt, dass laut in den meisten Fällen das AMS und meist auch die PVA die berufliche Rehabilitation finanzieren. Nur in Ausnahmefällen gibt es laut den Aussagen der InterviewpartnerInnen andere Kostenträger. Oft kommt es aus Sicht der InterviewpartnerInnen während der beruflichen Rehabilitation zu einer Fortzahlung des Arbeitslosengeldes bzw. Notstandshilfe und nach einer Zusage von der PVA zu einer Erhöhung des Tagessatzes. Ein 44-jähriger Interviewpartner mit Migrationshintergrund zweiter Generation sagte dazu:

*„Also das AMS zahlt ja dann erst ab dem ersten Tag einen gewissen Teil, sind im Prinzip dann nur mehr einundzwanzig Euro pro Tag und den Rest zahlt dann die PVA.“ (P16: 169).*

Finanzieren beide Kostenträger (AMS und PVA) die Ausbildung und die Personen erhalten von beiden Stellen einen monatlichen Bezug, dann wird die Höhe des Bezugs von den TeilnehmerInnen als ausreichend bezeichnet, wie ein 48-jähriger Interviewpartner ohne Migrationshintergrund aufzeigt:

*„Man kriegt die Arbeitslosen und wenn man zu diesem Schulungsprogramm zugelassen wird, dann kriegt man quasi die Hälfte wieder vom AMS und die Hälfte von der Pensionsversicherung. Und da wird einem angeblich – das weiß ich aber ned – ich hab ja keine Lohnzettel oder irgendwas kriegt. Man kriegt da nur so eine Summe, die ned einmal schlecht is, muss ich sagen.“ (P38: 041-043).*

Auch wenn die PVA den Feststellungsantrag ablehnt, kann das AMS in (oder auch ohne) Zusammenarbeit mit anderen Kostenträgern die Umschulung finanzieren. Hier erhalten die jeweiligen InterviewpartnerInnen neben der vollen Finanzierung der Umschulung lediglich eine Fortzahlung in Höhe des zuvor erhaltenen Arbeitslosengeldes bzw. der Notstandshilfe.

Da das AMS die auszahlende Stelle ist, wird von vielen InterviewpartnerInnen nicht erkannt, dass auch eine finanzielle Unterstützung durch die PVA stattfindet. Es kommt zu unterschiedlichen Erklärungen woher der Bezug, den die Personen erhalten, kommt. Ein in Serbien geborener Interviewpartner, 50 Jahre alt, ist der Meinung, dass das BBRZ und die PVA in Zusammenarbeit seine Ausbildung finanziert, wobei er noch auf den Bescheid der PVA wartet.

*„Also AMS finanziert mich nicht mehr mit. Und mich finanziert jetzt BBRZ und PVA. Und von PVA, [...] der andere Kollege sagt, wir kriegen das, was weiß ich, in Februar und März. Bei uns war auch ein Herr und hat gesagt, entweder kriegst du alles auf einmal oder was weiß ich, monatlich. Aber bis jetzt haben wir keine Bescheid gekriegt.“ (P8: 160).*

In vielen Fällen muss ein starkes Informationsdefizit der befragten Personen in Bezug auf ihre Leistungsbezüge und Ansprüche festgestellt werden. Daher werden Informationen von KollegInnen oft unhinterfragt übernommen oder Vermutungen angestellt, wie bei folgendem 48-jährigen Interviewpartner, der in Bosnien geboren ist:

*„Die Ausbildung wird auch – ich weiß es nicht von wem, aber ich schätze einmal, dass das von EU eigentlich gesponsert wird – teilweise vom AMS und was weiß ich, aber ich weiß es jetzt nicht – soweit habe ich meine Nase nicht reingebohrt! Bin zufrieden damit!“ (P101: 142)*

### **10.11 Informationsdefizit als Hindernis der medizinischen und beruflichen Rehabilitation**

Nicht nur in Bezug auf die Leistungsbezüge können Informationsdefizite festgestellt werden, sondern auch in vielen anderen Situationen, in denen sich die InterviewpartnerInnen befanden (Arbeitslosigkeit, Einreichung des Feststellungsantrags, Kontrollärztliche Untersuchungen, Teilnahme an medizinische oder berufliche Rehabilitationsmaßnahmen etc.). Generell muss dabei unterschieden werden zwischen den Personen, die sich aktiv über die einzelnen Maßnahmen und Möglichkeiten informieren und keine passenden Antworten erhalten, und den InterviewpartnerInnen, die aus verschiedenen Gründen eher passiv auf die Informationen warten, bis sie ihnen zugetragen werden. Die zweite Gruppe ist dementsprechend schlechter informiert und abhängig von den Informationen, die ihnen von den unterschiedlichen Institutionen und AkteurInnen zugetragen werden. Die komplexe Zuständigkeitsstruktur im Bereich der medizinischen und beruflichen Rehabilitation führt auch dazu, dass betroffene Personen häufig empfinden, unvollständige Informationen zu haben. Exemplarisch dazu folgende InterviewpartnerInnen:

*„[I: Könntest du dir eine Umschulung vorstellen? Was anderes zu tun?] Also das ist nichts für alte Frauen, oder? So eine Umschulung? [...] So weit bin ich noch nicht, nein. [...] Wenn sie mich nicht mehr wollen dann muss ich etwas tun. Vielleicht geh ich zum – ich weiß nicht - gehen zum Arbeitsamt und dann krieg ich etwas – ich weiß nicht zu einer Umschulung oder so ein Kurs. Weiß nicht“ (P31: 197-204). (51 Jahre, weiblich, geboren in Tschechien)*

*„[I: Waren sie auf einer medizinischen Rehabilitation auch einmal? ] Nein, war ich nicht. – Hätte es das auch gegeben?“ (P77: 099-100). (46 Jahre, weiblich, geboren in Österreich)*

*„Ja, und negativ anzumerken ist einfach – das will ich schon, dass das festgehalten wird – dass einfach die Information nicht gegeben wurde. [...] Das ist*

*nicht mehr richtig, wenn man vom AMS vermittelt wird ins Zentrum für Beratung und da hast 10 Beratungseinheiten, und es kommt nicht einmal das Wort ‚berufliche Reha‘, dann find ich das jetzt irgendwie... Weil da sitzt ja und sagt ‚Ich kann meinen Beruf nicht mehr machen weil...‘ Und da fällt das Wort ‚berufliche Reha‘ nicht, dann bezweifle ich jetzt a die Kompetenz der Beratungseinrichtung.“ (P46: 173). (50 Jahre, weiblich, geboren in Österreich)*

*„Es ist so, dass ich im Jänner 2013 auf der PVA war, aber eigentlich einen Pensionsbescheid. Weil da ist da, da ist damals diese Anfrage gekommen für unsere Jahrgänge, da ham ma eben diese Dienstzeiten und so machen müssen, da bin ich einfach zufällig nur wegen dem hingangen. Dann samma so ins Reden kommen und ich sag eben dass ich das und das hab und daheim bin und so weiter. Dann sagt er ‚Ja, gehn’s da vor zum anderen Schalter und reden’s einmal mit denen.‘ [...] Das war ein Zufallsprodukt. [...] Ich hab von dem Ganzen überhaupt nichts gewusst, was es überhaupt für Möglichkeiten gibt“ (P47: 133-137). (47 Jahre, männlich, geboren in Österreich)*

*„Ich sag Ihnen ehrlich, es wär wirklich gut wennst mehr Informationen kriegatst. Bessere Informationen kriegst, ned dass’d von einem zum anderen rennst, bis’d einmal die Information hast, die was’d eigentlich wirklich brauchst“ (P55: 135). (48 Jahre, weiblich, geboren in Österreich)*

*„Ja, keiner weiß so wirklich und man bekommt so unterschiedliche Auskünfte. Ich meine, das ist dann schon oft, wo ich mir denke. – Wer weiß jetzt eigentlich, worum es geht?“ (P77: 162) (46 Jahre, weiblich, geboren in Österreich)*

*„Jetzt im Oktober muss ich da rüber, da nach St. Pölten zu der Pensionsversicherung. [...] Die haben da ein paar Untersuchungen für eine Umschulung. [...] Ich hab keine Ahnung, um was es da geht“ (P64: 104-108). (47 Jahre, männlich, geboren in Österreich)*

Eine weitere Hürde für Personen mit Migrationshintergrund sind vor allem die sprachlichen Barrieren. Nicht zuletzt aufgrund sprachlicher Defizite kommt es zum Mangel an Informationen. Besonders deutlich wird hier, dass die Verwendung unterschiedlichster Begrifflichkeiten für Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation oftmals zu Verständnisproblemen bzw. Missverständnissen führt. Dies gilt auch für Personen, die zwar eine andere Muttersprache als Deutsch haben, aber deren Deutschkenntnisse bereits (sehr) gut sind, wie etwa folgende 48-jährige, in Serbien geborene Interviewpartnerin aufzeigt:

*„Das AMS hat Termin gemacht, so einfach. Hat mir gesagt: ‚In einem Monat, dieses und dieses Datum, bitte melden Sie sich beim BBRZ!‘, ‚Warum soll ich dort?‘ – ‚Machen Sie einen Kurs!‘ Kurs, Kurs, Kurs! Hat keiner gesagt, das ist eine Ausbildung! Warum sagen Kurs, das verstehe ich nicht? Ausbildung und Kurs kann nicht gleich sein! Weil ich weiß, ein Kurs dauert kein Monat! – Eine Ausbildung dauert ein bisschen länger! Jeder sagt Kurs! Das kann ich bis heute nicht verstehen!“ (P103: 089).*

Die verwendeten Begriffe und die Bedeutung, die diese für sie haben, lassen sie bis zum Beginn einer Lehrausbildung im BBRZ im Glauben, nur einen mehrwöchigen Kurs zu besuchen. Sie erkennt später, dass sie auf Grund von Verständigungsschwierigkeiten eine falsche Vorstellung von der Rehabilitation hatte. Sie plädiert daher, die gegebenen Informationen auch schriftlich zu erhalten, um sie später in Ruhe oder mit Hilfe nochmals lesen zu können:

*„Vielleicht es war die Möglichkeit, vielleicht habe ich nie gehört oder nicht gut verstanden, aber schriftlich habe ich nie gekriegt! Bei mir ist nämlich wirklich wichtig schriftlich, dann kann ich wirklich in Ruhe lesen und überlegen, was ist das! Manchmal, wenn jemand redet – kommt mir nicht in den Kopf!“ (P103: 164).*

Aber auch bei InterviewpartnerInnen, deren Muttersprache Deutsch ist, kann es in Bezug auf die Verwendung unterschiedlichster Begrifflichkeiten und die Bedeutung, die diesen beigemessen wird, zu Missverständnissen kommen. Ein 47-jähriger Interviewpartner ohne Migrationshintergrund hatte von der Lehrausbildung im BBRZ eine ganz andere Vorstellung:

*„Ich war der Meinung, ich geh da in das System eini, geh da nach 1, 2 Jahren ausse, hab einen Job und alles ist eitle Wonne. Und dann bist nach dreieinhalb Jahren denkst dir ‚Was ist jetzt?‘“ (P47: 279).*

Falsche Vorstellungen von den geplanten Maßnahmen führen oftmals zu Enttäuschungen und Unzufriedenheit. Da sich die meisten InterviewpartnerInnen eine sichere Zukunftsplanung sowie eine Verbesserung der gesundheitlichen und beruflichen Situation wünschen, werden viele Informationen auch von Personen außerhalb offizieller Stellen bezogen. Zwar kann der Austausch mit anderen Betroffenen stabilisierend und unterstützend wirken, jedoch kann es auch zur Weitergabe von Fehlinformationen kommen. Eine 49-jährige Interviewpartnerin zum Beispiel, ahmt Übungen von Laienvideos aus dem Internet nach, um ihre Rückenmuskulatur zu stärken. Dies passiert ohne ärztliche Anweisung oder Begleitung. Da sie laut eigenen Aussagen keine Informationen diesbezüglich erhält, muss sie auf diese Methoden zurückgreifen:

*„Ich wünsch mir da schon irgendwie eine bessere Information, was du medizinisch einmal machen kannst. [...] Du müsstest eigentlich regelmäßig Übungen machen, auch wenn es nicht viele sind. Aber da muss sich eigentlich jeder selber daheim auskennen. Aber trotzdem mit dem Internet ist's schon viel einfacher, dass ich jetzt sag ich komm auf irgendein Youtube-Video, der was mir das zeigt, wie ich den Rückenstrecker trainier oder wie ich die Rumpfmuskulatur stärk oder wie auch immer“ (P60: 42).*

Viele InterviewpartnerInnen weisen darauf hin, dass ein hohes Maß an Informationskompetenz und Eigenengagement notwendig ist, um Zugang zu den unterschiedlichen vorhandenen Unterstützungsangeboten zu erhalten. Als Beispiel ist unter anderem eine 40-jährige Interviewpartnerin, geboren in Ungarn, anzuführen, die aufgrund ihrer früheren Tätigkeit im Sozialbereich auf relevante Informationen zurückgreifen konnte:

*„Dadurch, dass ich mich eh in diesem Bereich sehr gut auskann habe, durch meine Weiter- und Ausbildungen einerseits und andererseits dadurch, dass ich als Sozialarbeiterin tätig war, habe ich viele Möglichkeiten gekannt und in meinem Bekanntenkreis hat man vieles gekannt. Und ich hab mich gleich, gleich, gleich am Anfang bei PGA [Verein für Prophylaktische Gesundheitsarbeit] angemeldet. Das ist in Linz die größte Einrichtung, wo es psychotherapeutische Maßnahmen gibt. Auf Krankenschein, sozusagen. Ich habe zwar 6 Monate warten müssen auf einen Platz, aber ich hatte dann einen.“ (P91: 69-70).*

Eine andere, 50-jährige Interviewpartnerin besucht ein Studium im Zuge der beruflichen Rehabilitation, dass sie auch durch viel Eigenengagement von PVA und AMS finanziert bekommt:

*„Ja, und das ist halt genau das, wo ich halt sag, wir haben da ein wahnsinniges Informationsdefizit in dem Gebiet, weil mit 40 bin ich in Bildungsberatung gegangen auf's Land Niederösterreich und da ham die geschaut, was könnt ich noch werden. Weil i gesundheitlich g'sehn hab, der Konditor wird's nimmer ewig bleiben. Das geht nicht. Und dann hab ich einmal die Empfehlung kriegt, ich soll die Berufsreifeprüfung machen. [...] Und wie ich dann g'sehen hab ‚Ja, ist eigentlich lässig. Was kann man studieren? Geht irgendwas?‘ [...] Berufsbegleitend studieren [ist aus finanziellen Gründen] weit weg g'wesen. Und ich habe erst erfahren, nach Jahren, nach 5 Jahren, es gibt berufliche Rehabilitation. [...] Ich hab die Info weder vom AMS kriegt, noch von einer auswärtigen Stelle, also vom Zentrum für Beratung. Auch da wurde die Info nicht weitergegeben ‚Suchen Sie mal an‘. Weil es ist ganz was anderes, wenn ich mich einer Ausbildung voll widmen kann oder wenn ich da müsste nebenbei irgendeine Arbeit machen. Aber wir haben da ein großes Informationsdefizit.“ (P46: 055-057).*

Über Fach- und Detailinformationen zu verfügen (insbesondere über Prozessabläufe), erspart oft monatelanges Warten und kann die eigene gesundheitliche und berufliche Zukunft bestimmen. Daher ist es wesentlich, dass sich die betreffenden Personen eigenständig informieren (können), aber auch dass sie von den entsprechenden Stellen gut informiert werden.

## **10.12 Verbesserungsvorschläge der InterviewpartnerInnen**

Auf Basis ihrer Erfahrungen machten viele der InterviewpartnerInnen konkreten Verbesserungsvorschlägen, die sich vorwiegend auf den Bereich von staatlichen Unterstützungsstrukturen, insbesondere auch am Arbeitsmarkt, die Rolle der Betriebe sowie explizit die Ausgestaltung der beruflichen Rehabilitation bezogen. Im folgenden Kapitel wird diesen Verbesserungsvorschlägen Raum gegeben, um einen Einblick in die Einschätzungen und Perspektiven der Betroffenen zu erhalten.

### 10.12.1 Staatliche Unterstützung in Form von Geld- und Sachleistungen

Ein wesentlicher Verbesserungsbedarf wird von mehreren Befragten im Bereich der arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen gesehen. Auch wenn Personen teilweise mehrere Maßnahmen der Rehabilitation oder anderer arbeitsmarktpolitischer Unterstützungsstrukturen durchlaufen haben, fühlen sie sich oft nicht ausreichend unterstützt. Ein 46-jähriger Interviewpartner ohne Migrationshintergrund durchlief zum Zeitpunkt des Interviews eine Zusatzausbildung nach dem Lehrabschluss im BBRZ. Er hatte bereits eine Zusage für einen Arbeitsplatz nach dieser Zusatzausbildung, die er jedoch aufgrund seiner Erfahrungen im vorherigen Beruf – und nicht aufgrund der Lehr- und Zusatzausbildung im Rahmen der beruflichen Rehabilitation – erhalten hat. Der Interviewpartner schlägt vor, eine staatliche Förderungen für Betriebe zu installieren, die unter anderem das Gehalt von älteren, gesundheitlich eingeschränkten Personen in den ersten Monaten nach der Einstellung abdeckt. Dadurch soll der Betrieb die Möglichkeit bekommen, die jeweiligen Personen kennen lernen zu können.

*„Wenn du heute ein wenig ein Alter hast und eine Krankheit hast, dass es dann noch schwerer [am Arbeitsmarkt] ist. Aber, was ist wenn ich heute sage, ich täte mich heute als Staat einmal beteiligen für 3 Monate! Dass ich sage, ich zahle euch einen Zuschuss von € 300,00 oder was weiß ich, Hausnummer, und ihr nehmt mir den, schaut euch den an. Ist es etwas – ist es nichts. Dann wäre es vielleicht auch leichter! Weil ich bin ja gewillt zu arbeiten! Aber was soll ich machen, wenn sie dich nicht nehmen! [...] Ja, sage ich einmal! Weil, wenn du einmal 3 Monate dort bist, dann sieht man schon. Ist es etwas mit ihm, ist es nichts mit ihm!“ (P78: 170).*

Eine 50-jährige Interviewpartnerin, geboren in Österreich, erachtete Förderungen ebenfalls als wichtig, jedoch nicht auf Betriebsebene, sondern auf Ebene der Betroffenen und spricht hier insbesondere motivationale und emotionale Aspekte an:

*„I find, für Wiedereinsteiger, nach so langer Zeit Arbeitslosigkeit aufgrund von Krankheiten, ist es wichtig, wenn man merkt, dass der mitarbeitet, dass der ah selber was tut dafür, dass die ah g'fördert g'hören. Also, die g'hören g'schaut, dass sie wieder stabilisiert werden und aufgehoben werden. Weil irgendwann einmal nach einer Zeit verlierst den Mut wieder und sagst, es tut sich wieder nix, es ändert sich weder an deiner Situation was, no am Geld was, noch sonst irgendwas. Kann ich genauso wie vor einem Jahr weiterleben. So ist des.“ (P15:2012).*

Aufgrund von Informationsdefiziten in Bezug auf unterschiedliche vorhandene Förderungen und Maßnahmen kommt es zu Enttäuschung gegenüber den beteiligten Institutionen, die sich etwa in den Aussagen von folgendem 51-jährigen Interviewpartner ohne Migrationshintergrund zeigen:

*„Ich finde, dass da die Regierung was machen muss. Es wird immer groß g'redt, die sollen einmal schauen, dass normale Arbeiter über Fünfzig, die was nix haben,*

*dass a Arbeit krieagn... Was san die Arbeiter über Fünzig, die wos, zusätzlich, schwer eingeschränkt sind?“ (P13: 272).*

Ein 54-jähriger Interviewpartner, geboren in Österreich, gab an, an mehreren gesundheitlichen Einschränkungen zu leiden, teilweise seit seiner Kindheit. Aus diesem Grund kam es im Laufe seiner Erwerbsbiographie zu mehreren Arbeits- und Berufswechseln sowie zu Zeiten der Arbeitslosigkeit. Er erklärte, dass damit einhergehende finanzielle Schwierigkeiten es noch weiter erschwerten, eine Arbeitsstelle zu finden und schlägt konkret vor, wie staatliche Institutionen hier unterstützend auftreten könnten:

*„Es ist – teilweise ist es so gering – die Unterstützung, dass man zu studieren beginnt, wie man den nächsten Schritt überhaupt finanzieren soll. Ich habe teilweise einfach Schwierigkeiten gehabt, weiter zu tun, weil einfach kein Geld mehr da war! Wenn ich mit dem Bus schwarzfahre, dann wird es noch teurer. Das sind einfach Sachen – es wäre vielleicht eine Idee, wenn man, wenn ein Arbeitsloser zum Beispiel keine öffentlichen Verkehrsmittel bezahlen müsste. Wäre zum Beispiel glaube ich ein riesen Vorteil! [...] Jetzt kannst du nicht Vorstellen fahren, weil du einfach kein Geld mehr hast. Irgendwann hast du etwas zu Essen gebraucht und dann hast du dir lieber etwas zu Essen gekauft, bevor du irgendwo hingefahren bist. Ich bin kein verschwenderischer Mensch, aber es ist oft einfach nicht gegangen.“ (P87:219-225).*

Ein 44-jähriger Interviewpartner ohne Migrationshintergrund macht hingegen einen Vorschlag, der Personen vor allem mit psychischen Problemen helfen soll, nicht in Arbeitslosigkeit zu geraten. Er schlägt vor, anstelle stationärer Aufenthalte in medizinischen Rehabilitationszentren eher persönliche Betreuungen bei psychischen Erkrankungen zu fördern:

*„I glaub net, dass a Reha den Erfolg bringt, wos ma sie erhofft. Weil die Menschen mehr persönliche Unterstützung brauchen. Weil, wenn ich aus am Umfeld rauskomm, wieder reinkomm, ändert sich die Ausgangssituation net. Wenn die Ausgangsposition scho net passt und dann die Pulverl ah noch des gonze ah no dämpfen, kummt aus dem nie aussa. [...] Und, klingt vielleicht blöd, aber in solchen Situation wär's günstig, wenn man den Menschen wirklich wen zur Hand stellt, der an wirklich unterstützt mit den Alltagssachen. Des war des, wos mir g'holfen hätt.“ (P108: 208-216).*

Auch ein 60-jähriger Interviewpartner zeigt auf, wie wichtig eine persönliche Betreuung auch schon vor dem Krankenstand sein kann: Bevor er in Krankenstand ging, wurde ihm von Seiten des Arbeitgebers ein Trainer („Coach“) zur Verfügung gestellt, der ihn psychisch entlasten sollte. Aufgrund dieser Erfahrungen schlägt er vor, dies als Prävention zu installieren:

*„Wenn man's [die eigene Erfahrung] jetzt umlegt auf Arbeitnehmer, die sich das selbst nicht leisten können, wär dann schon die Frage, ob das System hier für Mitarbeiter, die halt Schwierigkeiten haben, ihren Job da, wie soll ich sagen,*



*durch ihren Job irgendwie in Gefahr geraten, dass sie krank werden, dass man denen ein Coach beistellt. [...] Wenn ich Chef bin, ich hab Mitarbeiter und die werden plötzlich, die mucken plötzlich auf, weil sie einen Coach haben – das wird nicht der Chef zahlen. Das müsste man glaub ich dem Sozialsystem zuordnen. So wie ich einen Psychotherapeuten, der eh a net zahlt wird, da werden nur diese Rehas [medizinische Rehabilitationszentren] zahlt. Aber aus meiner Sicht also, die könnte man stärker reduzieren und einen Teil des Geldes hier investieren, in die Psychotherapeuten.“ (P57:063-067).*

Der Interviewpartner merkte weiters an, dass die Finanzierung von der Sozialversicherung übernommen werden sollte, da diese als unparteiisch in Bezug auf das Arbeitsverhältnis zu sehen ist. Seiner Meinung nach würde diese Maßnahme präventiv auf die betreffenden Personen einwirken und daher größere psychische Probleme abschwächen bzw. vorbeugen können. Diese Maßnahmen würden laut seiner Einschätzung jedoch von den Betrieben nicht finanziert werden, weil es zu einem Interessenskonflikt kommen könnte. Dennoch machen andere InterviewpartnerInnen verschiedene Vorschläge, wie sich die Betriebe und die interne Firmenpolitik oftmals verbessern lassen könnte.

#### **10.12.2 Handlungsspielraum der Betriebe**

Häufige Verbesserungsvorschläge wurden auch in Bezug zu Betrieben und deren Firmenpolitik gesetzt. Die InterviewpartnerInnen zeigen dabei auf, dass Betriebe eine wesentliche Rolle bei der Arbeitsmarktintegration gesundheitlich eingeschränkter älterer ArbeitnehmerInnen einnehmen. Ein 54-jähriger Interviewpartner, der in Österreich geboren ist, misst dabei etwa den Führungskompetenzen von Firmeninhabern oder Geschäftsführern besondere Bedeutung bei, besser auf das Wohlbefinden der ArbeitnehmerInnen einwirken zu können:

*„Und das alles zusammen, dieses negative Paket, da muss ich sagen, dann muss ich organisatorisch als Führungsmann mir Gedanken machen, wenn ich jetzt seh, der hat Probleme, ich muss ihm irgendwie helfen. Dann muss ich mir das einmal anhörchen das Ganze und so.“ (P65: 36).*

Einem 47-jährigen Interviewpartner ist es weiters besonders wichtig, dass Ausbildungen, die im Zuge beruflicher Rehabilitation absolviert wurden, stärker anerkannt werden:

*„Ich denk mir halt einfach, dass man die Fähigkeiten oder die Ausbildungen, die was'd hast, dass das a zählt. Und nicht, weil das nur zu einer Bewerbung dazu g'hört, da würd ich schaun, dass'd dich auch vorstellen kannst, dass'd ein bissl mit jemandem reden kannst. [...] Ob das dann passt, ist wieder was anderes, ja. Aber wenn's im Vorhinein schon abgesagt wird und es passt eh nichts und es wird eh nichts... Dass einfach die Chance gegeben wird. Dass ma net irgendwie abgestempelt wird, das ist auch ein sehr großes Problem, find ich, dass man einfach abgestempelt wird.“ (P53: 186).*

Um Betriebe zur Beschäftigung gesundheitlich eingeschränkter älterer ArbeitnehmerInnen zu motivieren und auch in deren Aus- und Weiterbildung zu investieren, schlägt ein 48-jähriger, in Bosnien geborener Interviewpartner vor, die betreffenden Personen eher innerhalb der verschiedenen Betriebe und Firmen auszubilden, als im Rahmen einer Lehrausbildung in einem Rehabilitationszentrum. Die Firmen sollen dabei vom Staat unterstützt werden:

*„Ich habe eh, dem AMS oder da habe ich eh gesagt, es ist besser vielleicht sie investieren dieses Geld irgendwo in eine Firma, die eigentlich solche Menschen, die nicht mehr, die sie in eine Firma auch involvieren und umschulen und was weiß ich! Es muss nicht sein, dass ich jetzt auf einmal technischer Zeichner bin, bautechnischer Zeichner oder was weiß ich, irgendein Hilfsjob, aber das ich angenommen werde. Weil ja, wenn ich morgen auch nicht mehr arbeiten kann, wenn ich rauskomme, dann sind es 50.000 – 70.000 [Euro] sind futsch gewesen! [...] Ich sage, das ist meine Meinung, das ist meine Meinung und ich hätte es eigentlich viel besser, viel besser bekommen, dass ich eigentlich mein Geld verdiene! Nicht das ich fremdes Geld verprasse!“ (P101: 144-146).*

Dieser Vorschlag lässt sich mit einer Lehrausbildung, wie sie für Personen am ersten Bildungsweg üblich ist, vergleichen: eine durchgehende Integration in den Betrieb, eigener Verdienst (Lehrlingsentschädigung) durch Arbeit und große Chancen, nach der Lehre vom jeweiligen Betrieb übernommen zu werden. Dabei ist die Wertschätzung gegenüber den Fähigkeiten älterer Arbeitnehmer besonders wichtig. Ein 50-jähriger, in Österreich geborener Interviewpartner bemerkt, dass Jüngere sowie Ältere über jeweils spezifisches Wissen und Fähigkeiten verfügen: *„Ja, die [Jungen] haben natürlich die Erfahrung nicht, dafür sind sie mit dem Computer dreimal so schnell wie du! [...] Vom Fachlichen her, da denke ich mir gar nichts, weil das hast du abgespeichert, so wie heute der Junge das abgespeichert hat, wenn er umeinander tippt, wo ich viermal schauen muss oder ein anderer! [...] Ja, der hat die Taste im Schädel und wir haben zum Beispiel den Stahl – wie und was und warum das so – ja das ist halt, aber wahrscheinlich gibt es auch Firmen, die auf das Wert legen!“ (P83: 116-122).*

Viele InterviewpartnerInnen betonen die hohe Bedeutung der Wertschätzung für die Fähigkeiten und Erfahrungen von älteren Arbeitskräften, die trotz der (teilweisen) gesundheitlichen Einschränkung vorhanden sind

### **10.12.3 Umsetzung der beruflichen Rehabilitation**

Einige Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge wurden auch in Bezug auf die Umsetzung der beruflichen Rehabilitation geäußert. Dabei wird unter anderem ein Vorschlag über die Einführung von Vorbereitungskurse auf die Lehrausbildung im BBRZ erbracht, die helfen sollen, Menschen mit wenig oder lang vergangener Lernerfahrung darauf vorzubereiten. Eine Interviewpartnerin, die 48 Jahre alt und in Serbien geboren ist, fühlte sich in Bezug auf

Deutsch- oder Computerkenntnisse nicht ausreichend vorbereitet, um den Lerninhalten gut folgen zu können:

*„Eine Ausbildung braucht zumindest eine Vorbereitung! Ich hatte das nie! Einfach das habe ich gewusst, mit diesem Wissen bin ich hergekommen! [...] Das könnte mir wirklich helfen! Und dann bin ich einfach gekommen – ich habe eine Ausbildung gekriegt – ohne Vorbereitung! [...] Ja, zuerst das ist alles Neues und ich weiß nicht, was soll ich lernen. Woher kommt das, woher kommt das, was ist das? Gesetzte, Buchhaltung, Personalverrechnung, alles von einmal. [...] Und dann kriegst du nichts richtig in den Kopf alles! Dann kommen Prüfungen und eins, zwei, drei – das ist Katastrophe! Wirklich, nein! Habe ich gewusst wirklich, das ist so, dann werde ich versuchen eine Vorbereitung zuerst, einen Kurs! Egal – ist EDV oder noch ein Deutschkurs“ (P103: 231-237).*

Ein weiterer 54-jähriger Interviewpartner hingegen spricht die Bedeutung der individuellen Motivation für die berufliche Rehabilitation an:

*„Teilweise ist man unter den Mitschülern, Klienten, die mit mir Kurse gemacht haben, fehlt es teilweise sehr stark an Motivation! Muss ich sagen, also da wäre es irgendwie angebracht, dass man irgendetwas macht. [...] Es gehörte mehr die Freude an der Arbeit vermittelt!“ (P87:210).*

Konkret schlägt eine 46-jährige Interviewpartnerin ohne Migrationshintergrund diesbezüglich vor:

*„Ja, zum Beispiel, wenn man so eine Ausbildung macht, [...] es hat auch geheißen, wenn man Probleme hat mit dem Sitzen, weil manche wirklich drinnen gesessen sind, da hat es immer geheißen, man kann auch jederzeit aufstehen und so. Was vielleicht verbesserungswürdig wäre oder auch wenn man eine Ausbildung macht, dass man sagt, man macht Lockerungsübungen. Manche Firmen machen das ja schon! Ich denke mir gerade, wenn ich so berufliche Einschulungsleute habe, die ständig gesundheitliche Probleme haben, dann muss ich halt als Trainer auch einmal sagen: ‚So jetzt haben wir wieder eine ½ oder ¾ Stunde rüber, stehen wir wieder einmal auf‘. Ein paar Übungen, damit auch das ganze Gehirn wieder einmal in Schwung kommt. Denke mir, das wäre einfach das Einfachste, wo ich mir gedacht habe, das wäre nicht schwer.“ (P77:203).*

Dabei müssen verschiedene Zusatzangebote, wie z.B. Sport- und Bewegungsangebote, auch an die Kurszeiten angepasst sein:

*„Das eine Negative, was ich sage, was man vielleicht ändern könnte – das dort ist – dadurch dort auch Teilzeitkräfte [Physiotherapeuten, Psychotherapeuten etc.] sind, die natürlich dort auch eine Praxis haben, was ich verstehe. Ist aber das Problem, sie haben auch nur Zeiten so lange bis zum Beispiel Kurs Ende was weiß ich – zum Beispiel halb Fünf! Jetzt wollte ich natürlich in der Schulzeit nicht fehlen! [...] Also das [die Therapie] habe ich als positiv empfunden, nur halt die Zeit, ich habe die nicht so nutzen können, wie ich wollen habe, sonst hätte ich*

*etwas in der Schule versäumt! Steuerrecht oder Buchhaltung wollte ich nicht fehlen! Da hat man halt ein Manko, wenn sie bis um 6 da sind, da hätte ich halt geschaut ok – Kurs bis halb Fünf und hätte geschaut, dass ich dann nachkomme!“ (P80: 119-122).*

## **10.13 Zukunftsperspektiven**

### **10.13.1 Arbeit oder Pension**

Naturgemäß gestalten sich die Zukunftsperspektiven der befragten Personen sehr unterschiedlich. Eines der zentralsten Themen bezog sich jedoch auf die Frage, ob eine weitere Erwerbstätigkeit oder eine Pensionierung angestrebt wird. Unter 95 InterviewpartnerInnen, die noch keine Pension beziehen, sprachen sich 55 Personen explizit für den Verbleib im Berufsleben aus. Die Motivation zu arbeiten ist hier sehr hoch, wie auch schon aus dem Kapitel 9.6.3 hervorgeht. Eine 50-jährige, in Bosnien geborene Interviewpartnerin schildert dies folgendermaßen:

*„Und die hoben gesogt, jo, du musst auf Pension gehen, sagen meine Ärzte du hast perfekte Befunde für Pension. Habe ich gesagt: ‚Wieso gehst du nicht in Pension? Du bist älter als ich?‘ [...] Er hat gesagt: ‚Ich bin gesund‘. Jo ich will auch gesund werden, ich will nicht in Pension gehen, ich kann noch arbeiten. [...] Was tue ich in Pension? Das ist dasselbe, sitzt du daham, ich mag nicht. Ich will unter Leute kommen, mich unterhalten.“ (P14:286-290).*

‚Arbeit‘ wird unter vielen InterviewpartnerInnen in Zusammenhang mit ‚Gesundheit‘, ‚Unterhaltung‘ und ‚Freude‘ gesehen. ‚Pension‘ hingegen (vor allem Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension) wird mit ‚Daheim sein‘, ‚liegen‘, ‚Krankheit‘ und ‚Alleinsein/ Einsamkeit‘ verknüpft, wie folgende Zitate zeigen:

*„Mir wäre lieber ich gehe noch arbeiten, als wie krank und zu Hause.“ (P98: 109). (58 Jahre, männlich, in Kroatien geboren)*

*„Für mi wär’s zum Beispiel die Invaliditätspension einzureichen, das wär für mich so eine Niederlage g’wesen, ja. So, jetzt gesteh ich mir ein, ich schaff das nimmer“ (P59: 105). (54 Jahre, weiblich, in Österreich geboren)*

*„Ich denke gar nicht darüber nach, ob ich schon in Pension will – wenn ich gerne arbeite, dann vergeht die Zeit schnell und dann weiß man dann gar nicht, ob man dann überhaupt in Pension gehen möchte!“ (P84: 142). (xx Jahre, weiblich, in xx geboren)*

Vor allem für InterviewpartnerInnen, die aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen, Migration oder anderen privaten Gründen weniger Versicherungsjahre (in Österreich) nachweisen können, stellt Pension aus finanziellen Gründen keine Option dar. Ein 60-jähriger Interviewpartner migrierte im Alter von 45 Jahren von Algerien nach Österreich. Er hoffte, nach der medizinischen Rehabilitation wieder eine Arbeit zu finden:

*„In Pension noch nicht. Nicht viele Jahre gearbeitet. Und ja Pension ist nicht.[...] Viel Arbeit noch machen, jetzt ich bin 60. Vielleicht Arbeit finden, ich mache noch Arbeit. [...]Ja, Pension ist, wollen arbeiten, wollen Arbeit nehmen.“ (P51: 094-099).*

Eine ähnliche Situation beschreibt folgende 52-jährige Interviewpartnerin ohne Migrationshintergrund:

*„Nein, ich will noch lange nicht in Pension gehen. Ich habe einige Jahre verloren und als finanzieller Alleinkämpfer ist das noch überhaupt kein Thema, also ich muss irgendwie schauen, dass ich da schon noch die nächsten Jahre irgendwie herum bringe und halt dann ein bisschen eine Pension habe, wo ich nicht ganz am Hungertuch nage.“ (P74: 59).*

Nur fünf der befragten Personen, die noch keine Pension beziehen (95 Befragte), äußerten einen expliziten Pensionswunsch. Die Gründe hierfür sind vielschichtig:

*„Ich mein, Pension ist ziemlich sicher mein nächstes berufliches, hauptberufliches Ziel, da bin ich mir ziemlich sicher. Es geht in die Richtung eine. Ich kann nicht mehr anzieh'n wie ein Wackelhund“ (P43: 262). (47 Jahre, männlich, in Österreich geboren)*

*„Sobald ich daheim bleiben kann, bleibe ich daheim. Ich meine, ich arbeite seit meinem 15. Lebensjahr – wirklich [...]. Und das Geld, das ich kriege, nehme ich. Ich kann es eh net ändern. Ich müsste eine super Arbeit kriegen, was weiß ich, 4000 Euro, dass ich weiter machen würde [...]. Ich werde ja sowieso nur die Mindestpension kriegen.“ (P97: 74-77). (51 Jahre, weiblich, in Österreich geboren)*

*„Ich weiss nicht, hier bin ich in Behandlung und wenn das Knie besser wird, ich weiss nicht, wie ich weiter tue. Mit die Krankheit, jetzt ist's mir bissi leichter, aber jetzt hab ich ganz andere Regeln. Habe ich zu Hause so unruhige Nächte brauch ich... sowas ich weiß nicht genau, wie es bei mir weiter geht, wenn ich komme sowas in einem halben Jahr, wenn sich das mit meiner Kraft verbessert, kann schon sein dass ich noch bissi arbeite. Aber ich will schon in Pension gehen“ (P50: 59). (59 Jahre, weiblich, in Serbien geboren)*

Die Gesundheit ist ein zentraler Faktor für die Entscheidung, ob jemand in Pension gehen will oder nicht. Aufgrund finanzieller aber auch persönlicher Gründe (z.B.: der eigene Stolz) wird der Fokus von den meisten InterviewpartnerInnen auf die Erwerbstätigkeit gelegt. Insbesondere Personen, die eine Lehrausbildung im Zuge der beruflichen Rehabilitation absolvieren bzw. absolviert haben, zeigen einen ausgeprägten Wunsch nach Erwerbstätigkeit. Während und nach der medizinischen/ beruflichen Rehabilitation, sofern (noch) keine Erwerbstätigkeit vorliegt, konzentrieren sich die befragten Personen auf die Arbeitsplatzsuche. Dabei ist die Einstellung der InterviewpartnerInnen überwiegend positiv, auch wenn einige befragte Personen davon ausgehen, arbeitslos zu bleiben. Ein 54-jähriger Interviewpartner sieht die Lage am österreichischen Arbeitsmarkt als prekär:

*„Weil euphorisch aufgrund der Arbeitsmarktsituation ist man sowieso nicht. Das weiß man ja, wenn man in Österreich sieht, dass 500.000 Leute betroffen sind, teilweise in Schulungen oder auch nicht, egal nicht. Und da... Es geht auch quer durch die Altersgruppen, es ist ja nicht gesagt, dass ein Junger eine Arbeit kriegt, es gibt genauso mit 18 Jahren Arbeitslose wie mit 60. Und quer durch Berufssparten und Gruppen und so weiter. Und ja, es ist einfach das Angebot auch nicht mehr da, die Menge aufgrund von der Nachfrage, die da ist.“ (P65: 52).*

Der Interviewpartner beschreibt in weiterer Folge die besonders schwierige Situation von Älteren:

*„Eh klar, und wenn man sieht, wie viele Leute da [in die Arbeitslosigkeit] hinein schlittern, jetzt wenn Firmen ältere Mitarbeiter abbauen, zusperren oder sonst was. Ja, meine Meinung ist halt, dass der Arbeitsmarkt, dass die Arbeitsplätze, die Menge gar nicht da ist, um so viele Leute wieder in den Arbeitsprozess zu bringen. Und dann kommt da jetzt noch die Flüchtlingsproblematik, jetzt kommen Billigarbeitskräfte auch noch dazu... Ja, das macht's alles nicht leichter, weil das ist für alle eine Riesenherausforderung.“ (P65: 84).*

Neben der aktuellen Flüchtlingszuwanderung, die obiger Interviewpartner als ursächlich für die schwierige Arbeitsmarktsituation in Österreich sieht, spricht nachfolgender 48-jährige, in Österreich geborene Interviewpartner die zunehmende Bedeutung hoher Qualifikationen und gleichzeitig sinkende Bedeutung der Arbeiterschaft an:

*„Na, es is eigentlich generell so, weil diese ganze G'schichten werden ja quasi von 25-jährigen pädagogischen Damen geleitet, geführt, gemanagt, irgendwas. [...] Also ich fürchte dass, dass das unser Leitbild in Österreich is, dass nur mehr Studierende und Pädagogen entscheiden über des Land, na. [...] Vielleicht kommt man in 30 Jahren drauf, dass die kleinen Arbeiter wieder ein Land aufbau'n“ (P38: 080-084).*

Nichtsdestotrotz sind viele InterviewpartnerInnen zuversichtlich, nach der beruflichen Rehabilitation eine passende Arbeitsstelle zu finden. So auch folgender 44-jährige Interviewpartner mit Migrationshintergrund der zweiten Generation:

*„Wenn mich die Firma [in der das Praktikum besucht wurde] übernimmt, ok, jo. Wenn ma so horcht am Markt wird gebraucht, die Leut und jo, also I denk ma, das wird wieder werden. [I: Das heißt Sie sind zuversichtlich?] Ja, immer scho.“ (P16: 127-133).*

Meist wollen die InterviewpartnerInnen auch in dem neu erlernten Beruf Arbeit finden. Sie sehen ihre Chancen am Arbeitsmarkt als überwiegend positiv, obwohl klar ist, dass sich die Arbeitssuche aufgrund des Alters und der fehlenden Berufspraxis als schwierig gestalten wird. Eine 50-jährige Interviewpartnerin konzentriert sich dabei voll und ganz auf ihren neu erlernten Beruf:

*„beruflich völlig zu verändern, in dem Fall für die zwei Berufe, macht mir überhaupt nichts aus, wenn I mir wirklich vorstellen kann, dass ich bis zum Pensionsalter damit arbeiten kann. Was I mir nimmer vorstellen könnte, ist meinen alten Beruf bis zur Pension. Aber, des als Schulassistentin auf alle Fälle, des in der Krabbelstube, jo. [...] wie anstrengend des dann wird noch, wenn's mir körperlich, wenn's mir körperlich dann schlechter ginge oder was, aber vorstellen könnte ich es mir auf alle Fälle, also das wäre genau meins und ich hätte des schon wesentlich früher machen sollen.“ (P15: 192).*

Insbesondere für Personen mit psychischen Beeinträchtigungen verursacht die Arbeitssuche nach der beruflichen Rehabilitation aber auch starken Druck, wie folgende 46-jährige Interviewpartnerin ohne Migrationshintergrund, deren Schlafprobleme gegen Ende der Ausbildung wieder auftreten, beschreibt:

*„Ja, das positive Denken muss einfach überwiegen! Dass es natürlich nicht leicht war und dass ich auch jetzt die letzten 2 Monate vielleicht schlecht geschlafen habe, das ist auch klar. Weil wenn du weißt, jetzt kommt der 1. Oktober – du brauchst einen nahtlosen Übergang – du kriegst aber keine Arbeit, dann wird es fad! Das ist klar, da schläfst du dann schon schlecht!“ (P78: 200).*

Einige InterviewpartnerInnen hingegen fokussieren nicht nur auf den neu erlernten Beruf, sondern sind sogar bereit, in ihrem alten Beruf wieder einzusteigen, sofern sie eine Anstellung bekommen. So auch folgende 48-jährige, gebürtige serbische Interviewpartnerin:

*„Ich werde sicher eine Arbeit finden! Jetzt, was wird das sein, das weiß ich nicht wirklich! Soll ich wieder zurück in den Verkauf, dann gehe ich wieder in den Verkauf! Das muss nicht ein Büro sein bitte! Und bin ich noch fast 50 Jahre alt! Das ist auch sehr schwer! Kann man nicht jetzt sagen – dieses Büro will ich nicht – andere will ich! Das ist Blödsinn! In meinen Jahren – Menschen finden schwer einen Job! Ich hoffe ich werde finden! Wer sucht – findet! Ich werde sicher etwas finden! Verkauf – Verkauf – Ich mag Arbeiten! Ich will arbeiten! Ich will eines Tages eine Pension haben – ich arbeite für mich und meine Kinder! Und trotz der Ausbildung muss das nicht Büro sein!“ (P103:191).*

Die Perspektiven der befragten Personen, die eine berufliche Rehabilitation besuchen bzw. absolviert haben, liegen vorrangig auf einer erneuten Arbeitsaufnahme. Problematisch wird dies meist, wenn nach der Ausbildung trotz Unterstützung und etwaigen Zusatzausbildungen keine neue Arbeitsstelle gefunden wird. Zehn von 101 InterviewpartnerInnen hatten zum Zeitpunkt des Interviews die Lehrausbildung mitsamt etwaigen Zusatzausbildungen und im Zuge einer beruflichen Rehabilitation abgeschlossen. Zum Zeitpunkt des Interviews waren davon zwei Personen wieder erwerbstätig, die anderen acht waren beim AMS als arbeitslos/arbeitssuchend gemeldet und/oder bezogen Mindestsicherung. (Eine Person war zwischen Lehrabschluss und Zeitpunkt des Interviews (Arbeitslosigkeit) für eineinhalb Jahre erwerbstätig.) Eine der acht Personen ist in einem weiterführenden Programm des AMS untergebracht. Drei der InterviewpartnerInnen, die die Lehrausbildung bereits

abgeschlossen haben, wurden vom Verein zur Förderung von Arbeit und Beschäftigung, organisatorisch eingegliedert in die BBRZ-Gruppe, unterstützt. Nachdem die befragten Personen während der Ausbildung im Zuge der beruflichen Rehabilitation überwiegend positiv in die Zukunft blickten, kommt es zu erheblichen Enttäuschungen, wenn sich die Erwartungen nicht erfüllen, wie eine 48-jährige, geborene Bosnierin aufzeigt:

*„Dann denk I mir es ist eh, die Ausbildung hat ja einen Haufen Geld g’kost’, ich bin ja Realist. Ich denk mir, I hab mich ah bemüht, weil ich mir gedenkt habe, die zahlen dafür, also dann machst das auch ordentlich, und dass’d ah positiv abschließt, hab ja auch positiv bestanden. Dafür bin ich einfach zu ehrgeizig. Aber im Endeffekt war’s, ah – nicht für alle, muss ich auch dazu sagen – in meinem Fall, außeg’hautes Geld. Für mich persönlich nicht, weil ich hab ein Haufen g’lernt. Aber für den Staat einfach. Des ist ja finanziert vom Staat. Dass des einfach vü Geld war ohne dass ich jetzt was dazu, dass ich was z’rückgeben ko. Des ist nämlich jetzt, das macht mein Kopf net mit.[...]Ich hoffe es [wieder Arbeit zu finden]. Ich hoffe es, aber in dem Beruf bestimmt nicht. Es nimmt di keiner. Weil ja egal wo, ich such ja selber ah, mehrjährige Berufspraxis.“ (P17: 263-267).*

Dass die betreffenden InterviewpartnerInnen auch nach der beruflichen Rehabilitation keinen angemessenen Arbeitsplatz erhalten, belastet diese meist sehr. Vor allem bei Personen, die zuvor schon mit psychischen Problemen zu kämpfen hatten, kann es hier zu einer Verstärkung bzw. Wiederkehr der Symptome kommen.

### **10.13.2 Österreich oder Rückkehr ins Herkunftsland?**

Bei Personen, die im Ausland geboren sind, stellt sich die Frage, ob sie in der Pension wieder in ihr Heimatland zurückkehren. Nahe liegt die Vermutung, dass dies insbesondere bei ehemaligen GastarbeiterInnen der Fall ist, die mit dem Glauben, nach einigen Jahren wieder ins Heimatland zurückzukehren, überhaupt erst nach Österreich migriert sind. Aus finanziellen, aber auch privaten und politischen Gründen sind die betreffenden Personen mit ihren Familien in Österreich geblieben. Die Frage stellt sich nun, ob die befragten InterviewpartnerInnen, die im Ausland geboren sind, in ihrer Pension in Österreich bleiben wollen oder eine Rückkehr anstreben. 27 befragte Personen gaben explizit an, dass sie sich eine Pension außerhalb von Österreich nicht vorstellen können. Dabei spielt das Zugehörigkeitsgefühl eine große Rolle, wie ein 59-jähriger Interviewpartner aufzeigt:

*„[I: Und wollen Sie wieder zurück nach Montenegro?] Na, na, na. Vergessen Montenegro. Das ist meine Land. Österreich ist meine Land.“ (P99: 62-63).*

Ein 58-jähriger Interviewpartner ist Eigentümer einer Wohnung in Kroatien und besucht mehrmals im Jahr seine Familie, die dort lebt. Dennoch sieht auch er seine Zukunft in Österreich:

*„Meine Eltern, Schwiegereltern, die san von unten, jedes Jahr 5-6 Mal fahren wir runter. [...] Ja und seit meine Eltern leben nimma mehr, i bin übersiedelt aufs Meer, da hab i Wohnung. [...] [I: Und, können Sie sich vorstellen in der Pension*



*dann wieder unten [in Kroatien] zu sein?] Nein, wirklich nicht, kommt nicht in Frage. Samma 40 Jahre in Wien, meine Kinder san geborene Wiener und bleiben a immer in Wien. [...] Ja, wir sind Wiener. Meine Kinder bleiben für immer in Wien, die haben nix von Kroatien.“ (P98: 144-155).*

Auch eine 47-jährige Interviewpartnerin besitzt ein Haus in ihrem Geburtsland, dass sie aber nur für den Urlaub nutzt. Sie fühlt sich als Österreicherin und will daher auch hier wohnhaft bleiben:

*„Kroatien ist für mich ein schönes Land, aber ich hab an anderen Lebensweg. Ich fühl mich nicht mehr zugehörig zu den Kroaten, sondern eher zu den Österreichern. [...] Ich bin da aufgewachsen.“ (P107: 317-319).*

Gründe, um in Österreich zu bleiben, können auch die gesundheitlichen Probleme und die österreichische Gesundheitsversorgung sein. Eine 45-jährige Interviewpartnerin zum Beispiel sieht aus diesem Grund ihre Zukunft nicht in ihrem Geburtsland Tschechien:

*„[I: Also auch in der Pension möchtest du hier bleiben?] Genau, weil ich bin schon lange hier. Ich bin schon gewohnt! Jetzt noch die Probleme mit den Augen und so! Ich bin hier unterstützt und alles mit den Augen und ich habe auch Angst, wenn ich nach Tschechien gehe, da gibt es nicht so eine Betreuung wegen der Behinderten und so! Da bin ich voll versichert! Mit die Augen und alles. [...] In Tschechien habe ich keine Zukunft! [...] Mit meinen Jahren ich kann nicht wieder neu anfangen, das geht gar nicht!“ (P81: 213-218)*

Ein 58-jähriger Interviewpartner hat zwar den Wunsch, in sein Heimatland zurück zu kehren, gibt aber an, dies aufgrund seiner gesundheitlichen Probleme und der besseren Gesundheitsversorgung in Österreich nicht zu tun:

*„[I: Würden Sie gerne wieder zurück gehen nach Serbien?] Ja, selbstverständlich, muss jetzt warten, wieder gesund werden. Unten ist halt die medizinische Versorgung das Problem.“ (P23: 060).*

Ein weiterer 46-jähriger Interviewpartner, der ebenfalls einen Rückkehrwunsch in sein Geburtsland äußert, kann dies aufgrund der politischen Unsicherheiten in seinem Geburtsland nicht tun und wird in Österreich bleiben. Grundsätzlich könnte er sich vorstellen, wieder in das Land zurückzukehren, aus dem er in den 1990er Jahren geflohen ist.

Auch ein 48-jähriger Interviewpartner ist aufgrund von Krieges nach Österreich geflüchtet. Er hingegen möchte genau aus diesem Grund nicht mehr nach Bosnien zurückkehren, da die Erinnerungen eine zu große psychische Belastung darstellen:

*„Ja, aber sage ich eigentlich – für Bosnien ich war eigentlich – ich war eigentlich letztes Mal war ich vor 7 Jahren, wo meine Schwester gestorben ist und eigentlich nein – eigentlich habe ich schlechte Erinnerungen! Habe ich – ich fühle mich eigentlich nicht gut – ich bin immer im Rückstand, wenn ich von unten zurückkomme!“ (P101: 170).*

Eine anderen Aspekt greift folgender 50-jährigen Interviewpartner auf: Da er aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen nicht arbeiten kann und sein derzeitiges Einkommen laut eigenen Angaben nicht ausreichend ist, sieht er sich gezwungen in der Pension in sein Geburtsland, Serbien, zurück zu kehren:

*„Wenn’s so weiter geht, glaub mir, tät ich irgendwas machen. Ich kann nicht dableiben. Meine Tochter hat super Arbeit. Mein Sohn. Ich habe einen Enkelkind. Mit zweieinhalb Jahren. Also wenn nur wegen Kinder bleibe ich da. Aber wenn’s so weiter geht, schau, ich und meine Frau, was ich verdiene, ich leben fast ganz mager. [...] Ich lebe in Österreich, mit 600€ und Frau kriegt auch 600€ und bezahlst du Strom, bezahlst du Heizung, sagst du. Wir haben jetzt gekriegt eine Zettel, also nicht nur wir, alle insgesamt. Wohnung ist 10% teurer. Soda. Lift auch. Um 10% ist teuer.“ (P8: 170).*

Der Hauptgrund, in Österreich zu bleiben, ist jedoch in den meisten Fällen die Familie. Da meist die eigenen Kinder in Österreich geboren, aufgewachsen und daher fest verwurzelt sind, stellt sich für diese nicht die Frage, das Land zu verlassen. Darüber hinaus ist die Familie, die im Geburtsland geblieben ist, meist weit verstreut oder bereits gestorben (z.B.: Eltern), wie eine 59-jährige Interviewpartnerin, geboren in Serbien, aufzeigt:

*„Ich lebe weiter da, da ist mein Arzt, meine Arbeitskollegen, wir glauben kannst vorstellen, bin ich jetzt Ausländer in meinem Dorf. Fast 30 Jahre bin ich weg, meine Eltern, Familie san’s alle gestorben, die jungen sind weggegangen. Und was da ist, Bekannte und sowas... ich finde nicht zurück. Ich finde meine Zukunft da, in der Nähe von meine Kinder.“ (P50: 35).*

## 11 Chancen und Herausforderungen bei der Beschäftigung gesundheitlich eingeschränkter Arbeitskräfte aus Sicht von Betrieben

Die Erfahrungen der befragten gesundheitlich eingeschränkten älteren Arbeitskräfte haben gezeigt, dass Betriebe und deren Haltung zur Beschäftigung Älterer eine wichtige Rolle in Bezug auf die Arbeitsmarktintegration dieser Zielgruppe haben. Um die Frage zu beleuchten, welche Chancen und Herausforderungen mit der Beschäftigung gesundheitlich eingeschränkter Arbeitskräfte über 45 Jahren aus Sicht der Betriebe einhergehen, wurden im Zeitraum von Juli bis September 2017 acht Einzelinterviews mit Unternehmen aus verschiedenen Branchen und eine Fokusgruppe am 18. September 2017 im Bezirk Wels mit insgesamt neun Betrieben durchgeführt. Hierbei waren vor allem die Erfahrungen der Betriebe mit der Beschäftigung von älteren ArbeitnehmerInnen mit gesundheitlichen Einschränkungen mit oder ohne Migrationshintergrund interessant. Es wurde dabei die Diversität innerhalb der einzelnen Betriebe sowie die Unternehmenskultur in Bezug auf die Neueinstellung sowie Weiterbeschäftigung von gesundheitlich eingeschränkten Älteren untersucht. Hierbei konnten unterschiedliche Herausforderungen, Sichtweisen und Kritikpunkte der Betriebe festgestellt werden, die sich teilweise mit der Sicht der Betroffenen decken. Die Zusammensetzung der Betriebe, die im Rahmen der qualitativen Einzelinterviews aber auch im Zuge der Fokusgruppe befragt wurden, ist in nachfolgender Tabelle 9 abgebildet. Die in der Folge aufgezeigten Aussagen der Betriebe wurden jedoch anonymisiert und können den einzelnen Betrieben nicht mehr zugeordnet werden.

**Tabelle 9: Zusammensetzung der befragten Betriebe in Einzelinterviews oder innerhalb der Fokusgruppe**

Betrieb	Branche	Anzahl der MitarbeiterInnen
Einzelinterviews:		
Pollmann	Produktion	1.600
ALPLA Waidhofen GmbH	Produktion	18.300 (international)
Malaschofsky	Bau	100
Storaenso	Sägeindustrie	176
Kastner GmbH	Handel	850
Leyrer + Graf	Bau	900
KOBV - Behindertenverband für Wien, NÖ und Bgld.	Sozialdienst	210
Alpha Service Management	Unternehmensberatung	55

Fokusgruppe		
Rotax GmbH	Produktionsbetrieb	400 (international)
Betrieb einer öffentlichen Apotheke/ Drogerie	Pharmazeutischer Einzelhandel	17
Resch & Frisch	Nahrungsmittel- und Genussmittelbranche	1.550
Sigma Solution	Unternehmensberatung	k.A.
Format Werk GmbH	Produktionsbetrieb	~100
VOEST Alpine GmbH – Personal Service	Stahl	50.000 (international)
RICO Elastomere Projecting GmbH/ RICO GROUP	Produktionsbetrieb	150 <sup>58</sup>
Bürgermeister, Wels Umgebung	Öffentlicher Dienst	190
Pflegeheim, Wels Umgebung	Soziale Einrichtung und öffentlicher Dienst	~100

### 11.1 Diversität und Betriebszugehörigkeit

Die Verteilung nach Geschlecht, Migrationshintergrund und Alter innerhalb von Unternehmen ist stark branchenabhängig. Während zum Beispiel in Firmen in der Dienstleistungsbranche einen weit höheren Frauenanteil verzeichnen können, beschäftigen Firmen im bautechnischen Sektor überwiegend Männer. Auch in Bezug auf den Migrationshintergrund können je nach Branche, aber auch nach Standort Unterschiede festgestellt werden. Während die einen befragten Betriebe davon berichten, aufgrund des Standorts MigrantInnen als Arbeitskräfte kaum zu erreichen, weisen andere einen überproportionalen Anteil an Arbeitskräften mit Migrationshintergrund auf:

*„Es ist am Standort [Wien] so, dass die Bauarbeiter, die den Hauptteil – jetzt quantitativ – den Hauptteil der Mannschaft ausmachen, das sind circa 70% mit Migrationshintergrund. Das ergibt sich offensichtlich anhand der Örtlichkeit und anderer Faktoren! Wie zum Beispiel, dass in der Stadt auch die Baubranche jetzt nicht so einen guten Ruf hat! Da kriegt man nicht unbedingt die Wiener, die das jetzt unbedingt machen möchten! Da sind es halt dann die Leute, die zugezogen sind und da oft schon bis zu 20 Jahre tätig sind! Im Waldviertel ist es halt eher so, dass da noch eher das Handwerk noch ein bisschen höher geschätzt wird, also das sind dann diese Faktoren, die tragend werden!“ (B2: 029)*

<sup>58</sup> Mitarbeiterzahl im Jahr 2014 – Quelle: <http://jobs.rico.at/de/geschichte> [Zugriff am 09.10.2017]

Auch ein anderer Betrieb zeigt auf, dass im ländlichen Raum der Anteil an MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund oft weit niedriger ist als im städtischen Umfeld. Dies wird von zumindest einem Betrieb als Nachteil betrachtet (B1: 006-010). Diversität in Unternehmen bezieht sich jedoch nicht nur auf kulturelle oder ethnische Zugehörigkeit, sondern vielmehr auf die generelle Vielfalt in Bezug auf Dimensionen wie z.B. Alter, Geschlecht oder physische Fähigkeiten. Die befragten Betriebe betrachten Diversität als einen wesentlichen Faktor für den Unternehmenserfolg. Auch wenn die Vielfalt in der realen Unternehmensstruktur nicht immer gegeben ist, wird sie dennoch weitgehend angestrebt. Ein Betrieb betont dabei die Vorteile, die vor allem bei einem breiten Spektrum an verschiedenen Altersklassen entstehen:

*„[Der Vorteil ist,] dass das Teamworken viel besser funktioniert, weil einfach verschiedene Erfahrungen und verschiedene Einstellungen zum Leben teilweise auch vorherrschen und auch diese informellen Gruppen dadurch ein bisschen ausgeschaltet werden. Die Erfahrung haben wir zumindest gemacht. Weil ältere Personen im Team einfach immer eher schon auf Fairness achten und einfach oft im Leben schon die Erfahrung gemacht haben, dass es auch anders geht. Umgekehrt aber wieder die Jungen den Spirit mit hineinbringen, den die Älteren oft auch gerne annehmen. Also für uns bringt es eigentlich durchwegs nur Vorteile.“ (B6: 039).*

Aus Sicht der befragten Betriebe sind ältere MitarbeiterInnen aufgrund des Wissens, das sie über die Jahre angesammelt haben, sehr wichtig, auch wenn es im Alter zu einem Abfall der Leistungsfähigkeit kommt. Während die jüngeren MitarbeiterInnen schneller und leistungsfähiger sind, können Ältere durch ihre Erfahrungen und Wissen ihren Teil beitragen (B13: 92). Von einem Betrieb wird dieses Wissen auch aktiv im Zuge von Einschulungen neuer MitarbeiterInnen genutzt, in denen ältere MitarbeiterInnen als MentorInnen für Jüngere auftreten können (B2: 139).

Neben der Diversität ist für alle befragten Betriebe eine lange Beschäftigungsdauer der MitarbeiterInnen zentral; Ziel ist es, ein möglichst geringes Maß an Fluktuation aufzuweisen. Um eine langjährige Bindung der ArbeitnehmerInnen zu erreichen, wenden die befragten Betriebe unterschiedliche Methoden an. Dies wird insbesondere auch bei der Rekrutierung von neuem Personal berücksichtigt. Ein befragter Betrieb berichtet, hier auch Zeitverzögerungen bei Nachbesetzungen in Kauf zu nehmen, um gezielt MitarbeiterInnen zu finden, die ebenfalls eine langjährige Zusammenarbeit anstreben (B5: 016).

Vielfalt in Bezug auf Alter, Geschlecht und kulturelle Zugehörigkeit wird von den befragten Betrieben als sehr positiv für den Unternehmenserfolg gesehen. Als Schlüsselfaktor wird insbesondere lange Betriebszugehörigkeit gesehen.

## 11.2 Unterschiede und Gemeinsamkeiten bei MitarbeiterInnen mit und ohne Migrationshintergrund

Die befragten Betriebe verzeichnen teilweise einen sehr hohen Migrationsanteil innerhalb ihrer Belegschaft. Wie bereits aufgezeigt, ist dies teilweise auf die geografische Lage, aber auch auf die Branche zurückzuführen. Mit einer hohen kulturellen Diversität gehen aus Sicht der befragten Betriebe spezifische Herausforderungen einher, wie die Erfahrung von folgendem Unternehmen zeigt:

*„Da sind 90%, die Migrationshintergrund haben! Da gibt es ganz verschiedene Kulturansätze – Kulturverständnisse und da glaube ich, es [ist] die Kunst – und das ist uns glaube ich sehr gut gelungen –, dass die zuständigen Führungskräfte auch dafür Verständnis haben! Da nachvollziehen kann, dass man da einfach Bedürfnisse hat.“ (B7: 133).*

Die Unterschiede, die die befragten Betriebe zwischen MitarbeiterInnen unterschiedlicher Herkunft wahrnehmen, beziehen sich oftmals vorrangig auf religiöse Zugehörigkeit, die meist nur aufgrund traditioneller Bräuche und Feste zum Vorschein kommen würden. Ein Betrieb betont dabei, dass zum Beispiel Ramadan eine große Rolle für die eigenen MitarbeiterInnen spielen würde, diese jedoch aus Loyalität der Firma gegenüber auch während der Fastenzeit auf ihre körperliche Fitness achten. Die Erbringung der Leistung im Betrieb steht für die MitarbeiterInnen über das Ausleben der Traditionen und Bräuche. Gleichzeitig würde von Seiten des Betriebes Rücksicht während dieser Zeit genommen. (B2: 032-040) Auch ein weiterer Betrieb hebt die besonders hohe Arbeitsmotivation von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund hervor, und vergleicht diese mit Personen ohne Migrationshintergrund:

*„Da muss ich wirklich oft sagen, dass österreichische Arbeitnehmer nicht so eifrig und zielstrebig sind wie Arbeitnehmer mit Migrationshintergrund. Weil die einfach natürlich auch einen komplett anderen Zugang haben und wissen, dass das nicht selbstverständlich ist. Und das merkt man auch.“ (B6: 133).*

Laut den Aussagen der befragten Betriebe spielen Herkunft und Religion keine Rolle in Bezug auf den Umgang mit BewerberInnen oder MitarbeiterInnen. Schlüsselfaktoren sind eher die Qualifikationen und vor allem (ausgeprägten) Deutsch-Kenntnisse (B8: 012). Kenntnisse der deutschen Sprache sind für alle befragten Betriebe unbedingt notwendig. Wie gut diese ausgeprägt sein müssen, hängt von der jeweiligen Branche und Arbeitstätigkeit ab. Dabei steht einerseits die Kommunikation mit den MitarbeiterInnen und KundInnen (B5: 052), aber auch die Arbeitssicherheit im Vordergrund: Wenn MitarbeiterInnen Sicherheitsanweisungen nicht verstehen können, könne dies für sie selbst, aber auch für andere gefährlich werden (B4: 108).

### 11.3 Unterschiede und Gemeinsamkeiten innerhalb der Generationen in der Belegschaft

Je nach Altersgruppe werden den MitarbeiterInnen und BewerberInnen unterschiedliche Eigenschaften zugeschrieben, die aus den Erfahrungen der Betriebe mit den jeweiligen Personengruppen entstanden sind. Die befragten Betriebe sehen diesbezüglich einen klaren Unterschied zwischen den jüngeren und den älteren MitarbeiterInnen, die jedoch in verschiedenen Ausprägungen sichtbar werden. Ein Betrieb erkennt hier Unterschiede in Bezug auf das Arbeitsausmaß, insbesondere aus einer Lebenslaufperspektive. Während ein Betrieb meint, dass die älteren MitarbeiterInnen eher geneigt sind, mit einem geringeren Stundenausmaß zu arbeiten (B2: 153), ist die Mehrheit der befragten Betriebe der Meinung, dass die jüngeren ArbeitnehmerInnen einer ausgewogenen Work-Life-Balance mehr Bedeutung beimessen als ältere ArbeitnehmerInnen und damit auch vermehrt auf einen Ausgleich neben der Erwerbstätigkeit fokussieren (B1: 076-078; B5: 148; B11: 106). Dazu meint etwa folgender befragter Betrieb:

*„Bei den Jüngeren hat sich schon ein bisschen etwas verändert. Die schauen mehr auf sich selber. Also das kommt schon immer mehr heraus, dass der sagt „Okay, ich schau, dass ich meine Freizeit habe und ich will nicht unbedingt nur arbeiten.“ Die ältere Generation ist die, die eigentlich sitzt und wenn irgendein Problem ist, dann sitzt er bis in die Nacht, bis er das erledigt.“ (B5: 148).*

Die jüngere Belegschaft falle auf, da sie etwaige Mehr- oder Überstunden nicht ausbezahlt haben wollen, sondern hingegen eher auf Zeitausgleich fokussiert wären (B1: 076-078). Ein Betrieb berichtete von den Erfahrungen in Zusammenhang mit der Einführung eines zusätzlichen Arbeitszeitmodells, das keine Nachtschichten beinhaltete und verstärkt Regelarbeitszeiten forcierte. Die Maßnahme war ursprünglich für MitarbeiterInnen über 50 Jahre gedacht gewesen, um deren Belastungen aufgrund der langjährigen Schichtarbeit zu reduzieren. Überraschenderweise wurde dieses Angebot aber überwiegend von jüngeren MitarbeiterInnen angenommen:

*„Die Älteren haben gesagt: ‚Nein, ich bleibe in der Nachtschicht. Auf das Geld will ich nicht verzichten. Ich hau mir meine Pension nicht zusammen.‘ Interessanterweise haben es die Jüngeren dann in Anspruch genommen, weil die gesagt haben: ‚Mir ist das Familienleben viel wichtiger. Ich will mich am Abend mit meinen Freunden treffen und ich will am Wochenende mit meiner Familie unterwegs sein.‘“ (B11: 106).*

Während jüngere ArbeitnehmerInnen laut den Erfahrungen der befragten Betriebe mehr Wert auf eine Ausgewogenheit zwischen Arbeit und Freizeit legen, stehen für ältere ArbeitnehmerInnen vor allem das Gehalt und die Bindung zum Betrieb im Vordergrund. Dies spiegelt sich auch in der Wahrnehmung der Arbeitsmotivation von Seiten der Betriebe wider. Ältere ArbeitnehmerInnen zeigen eher mehr Motivation als Jüngere, meint ein

befragter Betrieb (B8: 056). Die starke Leistungsorientierung von älteren Generationen zeige sich auch in Bezug auf den Umgang mit ihrer Gesundheit, da Jüngere eher geneigt wären, gesundheitliche Probleme sofort auf den Grund zu gehen und daher weit häufiger Arztbesuche zu vermerken wären (B1: 096). Dass ältere ArbeitnehmerInnen (ab 50 Jahren) weniger leistungsfähig sind und öfter in Krankenstand gehen, kann auch laut aktuellen Forschungsergebnissen etwa von Höpflinger (2016) nicht bestätigt werden. Allerdings zeigt Höpflinger auch, dass ältere Personen im Falle einer Erkrankung längere Erholungsphasen benötigen und daher im Schnitt länger in Krankenstand gehen (Höpflinger 2016). Auch die befragten Betriebe können dies bestätigen (B1: 020; B3: 024).

Daraus ergibt sich auch die zentrale Bedeutung der Betrieblichen Gesundheitsvorsorge/-förderung für den Erhalt der Arbeitsfähigkeit. Laut Höpflinger (2016) sind gesundheitliche Einschränkungen im Alter dann eher der Fall, wenn Gesundheit oder Weiterbildung nicht (aktiv) gefördert oder keine körperlich entlastenden Arbeitsformen angeboten werden. Es kann nicht generell gesagt werden, dass ältere MitarbeiterInnen weniger produktiv sind als ihre jüngeren KollegInnen; je nach Beruf lassen sich zwar Unterschiede in der Schnelligkeit erkennen, die ältere Arbeitskräfte oftmals aber durch Erfahrungswissen und daraus resultierender größerer Genauigkeit wieder wettmachen können. (Höpflinger 2016)

Einen weiteren Unterschied nehmen die befragten Betriebe in Bezug auf die individuellen Perspektiven auf den langfristigen Verbleib im Unternehmen wahr. Die befragten Betriebe gaben vermehrt an, dass jüngere Personen eher dazu neigen, sich beruflich noch umzuorientieren, ältere MitarbeiterInnen sind dagegen eher konzentriert darauf, ihren Arbeitsplatz innerhalb des Unternehmens zu erhalten. Eine langfristige Verbleibswahrscheinlichkeit kann ein wichtiger Faktor für die Einstellung von MitarbeiterInnen über 50 Jahren sein:

*„Ich sage jetzt einmal, wenn man eine Person mit 50 aufnimmt [...] kann man davon ausgehen, dass diese Personen nicht zum Job-Hopper werden, sondern, dass diese Personen, wenn sie gut eingearbeitet sind, auch gerne bis zum Regelpensionsalter arbeiten! [...] Der Junge orientiert sich vielleicht noch ein bisschen schneller um oder es zieht ihn vielleicht schneller wieder weg! Aber der über 50-Jährige, da weiß ich – er möchte gerne bei uns bleiben! Vielleicht engagiert er sich dadurch ein bisschen mehr!“ (B3: 062-168)*

Ein weiterer Betrieb betont, dass nicht die grundsätzliche Arbeitsmotivation zwischen jüngeren und älteren ArbeitnehmerInnen unterschiedlich ist, sondern unterschiedliche motivationsfördernde Faktoren zum Tragen kommen:

*„Naja, ich meine, man muss ehrlicherweise sagen, dass, also motiviert sind alle gleichermaßen, täte ich jetzt einmal sagen. Aber der Weg zu motivieren, ist schwieriger, umso älter der Arbeitnehmer wird. [...] Weil die Leute ja auch schon viel mehr erlebt haben als ein Junger, der einfach ganz andere Faktoren, die*



*motivieren können vielleicht, entweder bei uns oder bei anderen Betrieben, kennen gelernt hat. Das ist einfach Fakt. Aber trotzdem funktioniert es.“ (B6: 097-099).*

Dabei ist natürlich die jeweilige Branche ausschlaggebend. In der Baubranche wird häufig eine hohe Motivation, möglichst frühzeitig in Pension zu gehen, beobachtet. Gründe dafür sind sicherlich die teilweise starken körperlichen Arbeitsbelastungen. (B1: 191)

#### **11.4 Ältere BewerberInnen im Bewerbungsprozess**

Mögliche Stereotype gegenüber älteren ArbeitnehmerInnen oder auch MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund (wie bereits aufgezeigt) sind im Bewerbungsprozess ausschlaggebend. Während bei der Belegschaft kaum Unterschiede zwischen verschiedenen Alters- oder Herkunftsgruppen gesehen werden, werden bei BewerberInnen in höherem Alter häufig Herausforderungen erkannt, insbesondere in Bezug auf die Einarbeitungszeit:

*„Wenn ich noch 10 Jahre habe, ist unsere Philosophie, dann tun wir uns die Qualifikation, die Reintegration wieder an – aber bei 55-60, da muss schon Not am Mann/an der Frau sein [...] 1 Jahr muss ich den anlernen – dann habe ich ihn 2 Jahre! Die Not haben wir noch nicht so deutlich, dass wir das tun!“ (B4: 170-172).*

*„Wenn ich jetzt sage, wenn er draußen für den Bau kommt, ist ein 55-Jähriger von der körperlichen Dings eher schon gehandicapt, sage ich einmal. Da werden wir sagen, okay, jetzt haben wir den 5 Jahre, der kriegt ein dementsprechendes Gehalt und dann, wann er was weiß und wenn alles rennt, dann geht er in Pension. Das hilft uns eigentlich nur vielleicht momentan weiter, dass du sagst, okay, ich habe jetzt einen Engpass oder ich hab den jetzt zwei, drei Jahre. Aber im Endeffekt sind wir versucht, ein beständiges Personal auf längere Zeit zu haben.“ (B5: 064).*

Je höher das Alter, desto geringer sind auch die Chancen auf Aufnahme eines neuen Beschäftigungsverhältnisses, was sich aus Faktoren rund um (möglicherweise) eingeschränkte Leistungsfähigkeit, Höhe der Gehälter (aufgrund von Senioritätsregelungen) oder Streben der Betriebe nach möglichst geringer Fluktuation ergibt (B5: 026-028). Dies gilt insbesondere, wenn gesundheitliche Einschränkungen bei den BewerberInnen vorhanden sind, die sich auf die Leistungsfähigkeit auswirken (können). Entsprechende Qualifikationen können eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit jedoch kompensieren. Während Hilfsarbeits-Tätigkeit allgemein als körperlich anstrengend und daher ungeeignet für ältere ArbeitnehmerInnen betrachtet werden, sind die befragten Betriebe bei Facharbeiten eher geneigt, aufgrund von Qualifikationen und Erfahrungen über gesundheitliche Einschränkungen hinwegzusehen – vor allem wenn ein Fachkräftemangel in der jeweiligen Branche gegeben ist (B3: 068; B5: 074; B8: 016).

Die mitgebrachten Qualifikationen und Kompetenzen sowie die zu erwartende Leistung sind für die befragten Betriebe Schlüsselfaktoren bei der Rekrutierung neuer MitarbeiterInnen. Beide Faktoren stehen indirekt proportional zueinander: Während die Qualifikation in einem Berufsfeld mit den Erwerbsjahren steigt, sinkt die Leistung stetig. Problematisch wird es für BewerberInnen, die keine entsprechende Qualifikation bzw. Berufserfahrung mitbringen, da sie ihren bisherigen Beruf nicht mehr ausüben können und zusätzlich aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen nicht die gewünschte Leistung erbringen können (B7: 045). Dabei ist die Einstellung zu älteren BewerberInnen je nach Betrieb (und Branche) unterschiedlich. Während die einen die gewünschte Leistung in den Vordergrund stellen, sehen andere die Qualifikation deutlich wichtiger und als Bereicherung für den Betrieb, wie eines der befragten Unternehmen aufzeigt:

*„Sehr oft kommt es eben dazu, dass wir, ich sage jetzt einmal im Bürobereich in der Zentrale – zwei Gruppen an Bewerbern haben! Die ungelerten Jungen und die erfahrenen Alten – unter Anführungszeichen – wir im Zweifel auf die erfahrenen Alten zurückgreifen – also ohne jetzt bewusst zu sagen – ich will jetzt 50+, kommt es jetzt doch sehr gehäuft vor“ (B3: 060).*

Die Leistung ist jedoch nicht nur vom Alter und/oder der gesundheitlichen Situation abhängig. ArbeitnehmerInnen, die innerbetrieblich gefördert würden sowie die Möglichkeit bekämen auch im höheren Alter eine Arbeitsstelle zu erhalten, würden aus Dankbarkeit teilweise mehr Motivation zeigen und demnach auch mehr Leistung erbringen (B3: 173-175).

Ein anderer Betrieb zeigt auf, dass nicht nur Leistung und Qualifikationen ausschlaggebend sein können: Da es sich um einen Schichtbetrieb handelt, ist es dem Unternehmen vordergründig wichtig, ob die BewerberInnen flexibel in ihrer Arbeitszeit sind. Durch Flexibilität könne daher gesundheitliche Einschränkungen, fehlende Qualifikationen oder geringere Leistungen kompensiert werden (B4: 065).

Ältere BewerberInnen, die zusätzlich gesundheitlich eingeschränkt sind, müssen daher spezifische Eigenschaften, Qualifikationen oder Berufserfahrung sowie andere Fähigkeiten mitbringen, um ihre Chancen auf eine Anstellung zu erhöhen. Die befragten Betriebe zeigen auf, dass es für sie einen Vorteil geben muss, ältere (gesundheitlich eingeschränkte) BewerberInnen gegenüber jungen, aktiven und vielleicht sogar besser qualifizierten BewerberInnen vorzuziehen.

## **11.5 Betriebliche Gesundheitsförderung und dessen Auswirkungen**

Das Ziel von Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) ist es, arbeitsbedingte Krankheiten, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und Stress vorzubeugen, die Gesundheit zu steigern und langfristig zu fördern sowie das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern (AUVA 2017). Unter dem Begriff ‚Betriebliche Gesundheitsförderung‘ werden daher alle Maßnahmen von Arbeitgebern, -nehmern und der Gesellschaft verstanden, die zur Verbesserung des eigenen Wohlbefindens und der Gesundheit am Arbeitsplatz beitragen. Dies soll insbesondere durch

Verbesserung der Arbeitsorganisation und -bedingungen, Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung und Stärkung persönlicher Kompetenzen erreicht werden (Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union).

Die befragten Unternehmen sprechen den unterschiedlichsten Maßnahmen der BGF eine wichtige Rolle bei der Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit, aber auch bei der Mitarbeiterzufriedenheit zu. Dabei haben einige Betriebe schon umfassende Erfahrungen mit BGF, andere sind hingegen erst dabei, diese aufzubauen. Dementsprechend vielfältig sind auch die Erfahrungen, auf die die befragten Betriebe zurückgreifen. Gemeinsam ist den Betrieben aber die durchwegs positive Einschätzung der Wirkung von Maßnahmen der BGF. Dies gilt auch für Betriebe, die derzeit (noch) keine Maßnahmen der BGF umsetzen, was mit der mangelnden Zeit für die Umsetzung von BGF-Maßnahmen aufgrund der saisonalen Arbeitstätigkeit des Betriebes begründet wird:

*„Aber es ist halt die Frage „Wann machst du das?“ Bei den Leuten draußen ist es eher unpraktisch, weil wenn die jetzt draußen im Geschehen sind, dann heißt es voll anziehen. Und im Winter sind sie daheim, da kannst du es ihnen nicht beibringen, sage ich jetzt einmal so.“ (B5: 162).*

Die Maßnahmen der BGF, die von den Betrieben genannt werden, sind vielseitig und reichen von Raucherentwöhnungsangeboten, über Obstverteilungen (B8: 094-096) bis hin zu psychotherapeutischen Einheiten (B3: 042; B6: 163) und täglichen Massageangeboten (B17: 68). Problematisch ist laut den Betrieben bei nahezu allen BGF-Maßnahmen, dass diese von den MitarbeiterInnen nur sehr spärlich angenommen werden. Ein Betrieb würde psychotherapeutische Sitzungen finanzieren, die von den MitarbeiterInnen anonym in Anspruch genommen werden könne, dennoch würde das Angebot kaum angenommen werden (B3: 042). Ähnliches zeigt sich auch bei körperbezogenen Angeboten, wie z.B. Rückenfit, Yoga oder Vorsorgeuntersuchungen (B2: 090; B6: 143; B1: 088). Dies führt klarerweise auf Seiten der Verantwortlichen zu einer Enttäuschung und folglich zu geringerer Motivation, neue Projekte einzuführen:

*„Weil es ist natürlich auch ein großer organisatorischer Aufwand dahinter, der dann halt, wenn der nicht wirklich genutzt wird, in Frage zu stellen ist“ (B6: 151).*

Neben der geringen Inanspruchnahme beobachten die befragten Betriebe eine paradoxe Situation in Zusammenhang mit der Einführung von BGF-Maßnahmen: Direkt nach Einführung der Maßnahmen verzeichnen die Betriebe eine Erhöhung der Krankenstände (B1: 088). Grund für die Steigerung der Krankenstände nach Einführung von Maßnahmen der BGF kann z.B. die gesteigerte Sensibilität in Bezug auf die eigene gesundheitliche Verfassung sein. Laut einer Studie des Fonds Gesundes Österreich ist dies jedoch ein kurzfristiges Phänomen, dass sich auf das neu auftretende Bewusstsein über den eigenen Körper und der eigenen Gesundheit auf Seiten der ArbeitnehmerInnen, aber auch auf eine höhere Sensibilität der

Führungskräfte bzw. unmittelbaren Vorgesetzten zurückführen lassen kann (Vogt/ Elsigan 2011: 11). Dies kann auch bei engagierten EntscheidungsträgerInnen zu Irritationen führen:

*„Nur das [Gesundheits-]Programm fördert so die Möglichkeiten, wobei ich nicht erkannt habe, wo man so ein Programm einsetzen müsste, damit man zum Beispiel Fehlzeiten wie Krankheit oder was auch immer reduzieren könnte! Wir vergleichen das auch immer statistisch, dass wir sagen, wie schaut da die Entwicklung aus? Da denke ich mir meines Erachtens im Branchenschnitt recht gut, aber da kann man schwer sagen, da funktioniert es nicht oder bei dem, da tun wir uns schwer.“ (B7: 115).*

Maßnahmen, die von allen Betrieben als hilfreich und wertvoll erachtet werden, liegen im Bereich der betriebsinternen Sport- und Freizeitveranstaltungen; diese werden durchwegs gerne und gut angenommen werden:

*„Also es gibt einmal im Jahr ein Tennis-Turnier, einmal im Jahr ein Fußball-Turnier und einmal im Jahr wird gemeinsam Schifahren gefahren. [...] Da kann mitfahren, wer will. Das ist auf freiwilliger Basis. Und das wird schon sehr gut angenommen, also wirklich auch von/bis, von der jüngsten Generation bis zur ältesten.“ (B6: 153-155).*

Aber auch andere Projekte, die nicht im direkten Zusammenhang mit der betrieblichen Gesundheitsförderung stehen, können Leistungsfähigkeit und Motivation positiv beeinflussen. So etwa berichtet ein Betrieb von einem umgesetzten Projekt zur Verbesserung der internen Kommunikation und bring dies in einen Zusammenhang mit einer gleichzeitigen Reduktion von Krankenständen:

*„Also wir haben so gestartet damit, dass wir Workshops gemacht haben zum Thema „Generationen-Management“. Was bringt's und was es hilft vor allem auch. Also unsere ganzen Führungskräfte sind darauf trainiert, mit verschiedenen Generationen umzugehen. [...] Aber was ich schon sagen kann, im Zuge dieses Workshops, den wir da letztes Jahr gemacht haben, hat sich die Gesamtanzahl der Krankenstandstage vermindert. [...] Weil einfach auch das Verständnis untereinander größer geworden ist. So nehme ich es zumindest wahr. Und das viele auch sagen, es gibt natürlich immer wieder Leute, die sagen „Ich bin zwar nur zwei Tage krank, aber bleib' gleich die ganze Woche daheim.“ Wenn ich aber weiß, okay, meine Abteilung braucht mich und meine Abteilung wartet auch schon auf mich und die haben das Verständnis, dass ich jetzt zwei Tage nicht da war, dann kommen die auch oft nach den zwei Tagen wieder.“ (P6: 045-053).*

Ein besseres Verständnis untereinander kann daher das Betriebsklima verbessern und das Wohlbefinden der MitarbeiterInnen erheblich steigern. Aufgrund dessen kann es zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation kommen. Derselbe Betrieb bietet für seine MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund auch Deutschkurse an, die gerne und gut

besucht werden (P6: 113-115). Auch Maßnahmen, die langfristig auf die Qualifikationen der MitarbeiterInnen wirken und dadurch Möglichkeiten des internen Aufstiegs eröffnen, tragen positiv zum Wohlbefinden der MitarbeiterInnen bei.

*„Also wir haben sowohl eine Skill-Matrix, ja, wo man eben jährlich – bei uns wird es jährlich gemacht, weil öfters nicht wirklich Zeit ist – die Fähigkeiten der Mitarbeiter bewertet werden, wo ich dann auch identifizieren kann, ob jemand das Potential hat, dass er vielleicht selber trainieren kann in einem Bereich eben bzw. wenn ich Lücken dann feststelle anhand dieser Skill-Matrix, dann natürlich anhand von einem Schulungsplan die entsprechenden Schulungen dann in die Wege leiten kann.“ (B8: 118).*

Dabei fördert der Betrieb nicht nur die Qualifikationen der MitarbeiterInnen, sondern gibt ihnen damit auch die Möglichkeit, über ihre Dienstzeit hinweg unterschiedliche Tätigkeiten zu verrichten. Es kommt daher einerseits zur Vermeidung einheitlicher, gesundheitlicher Belastungen und andererseits zur Möglichkeit für ältere MitarbeiterInnen, sich in einem anderen, besser zur gesundheitlichen Situation und Leistungsfähigkeit passenden Tätigkeitsfeld schulen zu lassen.

Betriebliche Gesundheitsförderung betrifft folglich nicht nur Programme, die direkt auf die Förderung der Gesundheit der MitarbeiterInnen abzielt, sondern viel mehr alle Projekte, die das Betriebsklima, die Arbeitstätigkeit und die physische und psychische Gesundheit betreffen. Die befragten Betriebe zeigen auf, dass Projekte und Veranstaltungen, die sich indirekt auf die Gesundheit auswirken, oft bessere Erfolge erzielen als spezifische Gesundheitsförderungsprogramme, nicht zuletzt, da erstere meist besser von den MitarbeiterInnen angenommen werden.

## **11.6 Rolle der Unternehmenskultur**

Die Unternehmenskultur, die im wechselseitigen Verhältnis durch das Betriebsklima, die interne und externe Kommunikation sowie den Überzeugungen, Regeln und Werte des jeweiligen Unternehmens beeinflusst wird, ist maßgeblich bei positiven, aber auch negativen Effekten auf die Gesundheit der MitarbeiterInnen beteiligt (Badura et al. 2016). Neben betrieblicher Gesundheitsförderung und anderen Projekten und Programmen, die sich direkt oder indirekt auf die Gesundheit der Belegschaft auswirken, ist auch das Verhalten der Unternehmen gegenüber den eigenen MitarbeiterInnen bei bereits aufgetretenen gesundheitlichen Einschränkungen zu beachten. Die Reaktion der Betriebe auf gesundheitliche Einschränkungen und Krankenstände kann, wie bei den Einzelinterviews mit Betroffenen aufgezeigt, positive, aber auch negative Auswirkungen auf den weiteren Krankheitsverlauf haben. Daher war es wesentlich, innerhalb der Betriebsbefragung aufzuzeigen, wie die Betriebe selbst mit Krankenständen und/oder gesundheitlichen Einschränkungen umgehen.

Die befragten Betriebe geben an, im Krankheitsfall vordergründig im Sinne der MitarbeiterInnen zu agieren. Dabei wird auch bei Krankenständen, die über Monate hinweg dauern, Verständnis gegenüber den Einzelnen aufgebracht. Es wird versucht, MitarbeiterInnen soweit es geht zu unterstützen. Lange Krankenstände spielen hier laut den befragten Unternehmen kaum eine Rolle:

*„Wir sind sehr sozial – wir warten sehr lange zu! Im Regelfall, also wir haben selten so Langzeitkrankenstände, dass wirklich ein dringender Handlungsbedarf gegeben ist! [...] ich meine wir haben schon Mitarbeiter auch, die schon – gehabt und auch noch immer beschäftigt, die dazwischen in einer befristeten Berufsunfähigkeitspension waren. Wir haben das Dienstverhältnis kareziert und sie arbeiten jetzt schon seit einigen Jahren wieder weiter!“ (B3: 113-115)*

Die Dauer der Krankenstände ist dabei laut den Aussagen kaum ein Problem. Vielmehr sind MitarbeiterInnen, die lange aus dem Arbeitsalltag ausscheiden wieder neu einzuschulen und sie auf den neuesten Stand zu bringen (B8: 46). Dabei stellt sich nach einem langen Krankenstand auch die Frage, ob der/die MitarbeiterIn seine/ihre bisherigen Tätigkeiten noch ausführen kann. Je nach Branche und Betrieb ist eine Änderung des Arbeitsfelds möglich. Ein befragtes Unternehmen äußert sich wie folgt dazu:

*„Also wir versuchen dann auch die Mitarbeiter im Betrieb unterzubringen, an einem leichteren Job, also körperlich nicht so anstrengend. Auf den Bauhöfen oder teilweise gibt es auch die Fälle, wo dann Poliere, die vorab auf der Baustelle koordiniert haben dann im Büro herinnen den Bauleiter unterstützen und technische Arbeiten machen – die werden natürlich umgeschult! [...] Natürlich wenn es ganz schlimm – die Unterstützung, dass wir auch Richtung Pension, was wir halt fördern können und unterstützen können! Helfen wir da auch mit!“ (B2: 046-050)*

Wesentlich für den Betrieb ist dabei das Wohlbefinden der MitarbeiterInnen, das durch die Unterstützung des Unternehmens gewährleistet werden soll, denn dies trägt zur Motivation und Bindung an das Unternehmen – sowohl bei den betroffenen, aber auch bei anderen MitarbeiterInnen – bei. Wie gesundheitlich beeinträchtigte ArbeitnehmerInnen bestmöglich im Betrieb integriert werden können, hängt jedoch von unterschiedlichen Faktoren ab, nicht zuletzt von Qualifikation und Tätigkeitsbereich – vor allem wenn keine Umschulungsmöglichkeiten innerhalb des Betriebs existieren:

*„Also das muss man sich einfach anschauen – je nach Qualifikation natürlich! Also wenn ich einen Haustechniker habe, der durchaus schwere Lasten heben muss – wenn er das nicht mehr kann und auch sonst nichts gelernt hat, dann werde ich ihn schwierig unterbringen! Also das – wird auf jeden Fall geschaut, dass man da eine Lösung findet – gemeinsam!“ (B3: 124)*

Vor allem bei kleineren Betrieben ist es aber nicht immer möglich, eine neue Position innerhalb der Firma zu finden; dies geht aufgrund der eingeschränkten Kapazitäten zumeist nur in Einzelfällen. Ein befragter Betrieb zeigt auf, dass es hier zu Schwierigkeiten kommen kann:

*„Aber natürlich, wenn sich das häuft, dann tun wir uns natürlich auch schwer, dass wir entsprechende Positionen oder Umschulungen dann auch schaffen.“ (B8: 134).*

Die befragten Betriebe betonen, dass ein langer Krankenstand und dauerhafte gesundheitliche Einschränkungen nur dann zu einer Auflösung des Dienstverhältnisses führen, wenn keine andere Lösung gefunden werden kann:

*„Erstens wird er wieder vollständig gesund – zweitens hätten wir einen Ersatzjob für ihn – könnte er den wahrnehmen – will er den auch? Als letzte Konsequenz glaube ich muss man sich trennen, was glaube ich im Einvernehmen auch“ (B2: 121).*

Klar wird, dass wenn MitarbeiterInnen mit gesundheitlichen Einschränkungen ihre bisherige Tätigkeit nicht fortführen können und darüber hinaus eine Möglichkeit einer anderen Tätigkeit nicht gegeben ist, ein Unternehmen aus ökonomischer Sicht keine andere Wahl als eine Auflösung des Dienstverhältnisses hat. Um die Chancen auf eine mögliche neue Eingliederung in den Betrieb zu steigern, ist wechselseitige Kommunikation ein Schlüsselfaktor, wie eines der befragten Unternehmen aufzeigt:

*„Das Um und Auf ist bei uns einfach Kommunikation, dass es sich einmal auf einen Tisch gesetzt wird und dass einmal geredet wird darüber. Und oft versuchen wir dann auch, die Arbeitnehmer dementsprechend einzubinden“ (P6: 199).*

Kommunikation ist den befragten Betrieben generell ein wichtiges Anliegen. Auch im Krankenstand wünschen sich die Unternehmen verschiedenen Informationen, die sich weniger auf die Art der Krankheit, sondern vielmehr auf Informationen zur Dauer des Krankenstandes und die Wiedereinstiegsperspektiven zur besseren Planbarkeit bezieht. Ein Betrieb zeigt auf, dass es zu einem Informationsdefizit kommt:

*„Um einfach einmal diese Ungewissheit – wann kommt der Betroffene wieder oder wann kann man wieder damit rechnen? Wann kann ich einen Ersatz aufnehmen?“ (B3: 120).*

Interessanterweise lässt sich hier ein Unterschied der einzelnen Betriebe feststellen. Während kleinere Betriebe aufgrund persönlicher Beziehungen zu den MitarbeiterInnen soziales Engagement zeigen, passiert dies bei Großfirmen meist aufgrund unternehmensstrategischer Maßnahmen. Ein kleinerer, befragter Betrieb zeigt zum Beispiel

auf, dass (auch private) Schwierigkeiten automatisch persönlich mit dem Inhaber und Geschäftsführer der Firma besprochen werden:

*„Ich habe, wenn einer wirklich jetzt zum Beispiel heiratet oder ein Kind kriegt oder so was, da gibt's eh kein Problem. Absolut nicht. Ich sage, das ist ein so mehr familiär geführter Betrieb. Wenn wer kommt und sagt „Ich brauch für eine Woche Urlaub, weil meine Frau ist schwanger“, da sind wir auch so weit. Mein Kollege im Tiefbau, der hat gesagt „Wir haben Termin jetzt Anfang August“. Da haben wir ausgemacht, sobald das Kind da ist, hat er seine 1 ½ Wochen Urlaub. Ist wurscht, unabhängig vom Betriebsurlaub oder sonst etwas. Da wird schon geschaut auch, dass das Private auch passt. [...] Wenn da einer ein Problem hat, ein privates Problem, dann geht er zum Chef und es wird immer eine Lösung geben“ (B5: 156)*

Bei mittelgroßen bis großen Betrieben sind persönliche Beziehungen eher nachrangig. Hier wird aus unternehmensstrategischer Sicht, aber auch aufgrund ökonomischer Überlegungen, vor allem in Branchen mit Fachkräftemangel, versucht, MitarbeiterInnen mit gesundheitlichen Einschränkungen in das Unternehmen einzugliedern. Die Anpassung der Arbeitszeit und des Tätigkeitsfelds an die gegebenen Umstände werden, wenn möglich, durchgeführt, um die MitarbeiterInnen im Betrieb zu halten. Diese werden als wichtige Ressource und Grundlage für den Unternehmenserfolg betrachtet. Ein Betrieb erzählt, dass innerhalb des Unternehmens absichtlich nicht erhoben wird, inwiefern sich die Krankenstandszahlen zwischen unterschiedlichen Altersgruppen unterscheiden. Damit soll Diskriminierung aufgrund von Alter von Vorhinein verhindert werden (B6: 049). Ein anderer Betrieb zeigt auf, dass es sich ein Unternehmen in einer Branche mit erheblichem Fachkräftemangel nicht leisten kann, eine/n MitarbeiterIn gehen zu lassen. Da die Qualifikationen dieser MitarbeiterInnen eine Mangelware am Arbeitsmarkt darstellen, sei es fast egal welche gesundheitlichen Einschränkungen sie aufweisen würden. (B15: 08) Die Kompromissbereitschaft ältere ArbeitnehmerInnen mit gesundheitlichen Einschränkungen einzustellen steigt mit sinkendem Angebot an ausgebildeten Fachkräften (B15: 016).

### **11.7 (Alters-)Teilzeit**

Ältere ArbeitnehmerInnen haben die Möglichkeit, ihre Arbeitszeit zu verringern. Bei Zustimmung der Arbeitgeber kann das Altersteilzeitmodell als gleitender Übergang in die Pension gesehen werden: „Die ArbeitnehmerInnen verlieren dabei weder Pensionsbezüge noch Ansprüche auf Krankengeld, Abfertigung oder Ansprüche aus der Arbeitslosenversicherung“ (AK 2017). Im Zuge der Interviews mit den Betrieben stellte sich heraus, dass je nach Branche die Unternehmen unterschiedlich auf Anfragen auf Altersteilzeit reagieren. Einige Betriebe sehen die Altersteilzeit als durchwegs positiv an, da eine Leistungssteigerung bei den betreffenden Personen zu erkennen ist:

*„Das Thema Altersteilzeit ist schon wieder, weil da habe ich ihn halb, aber in der halben Zeit ist er meistens aktiver! – Leistungsfähiger!“ (B4: 202)*



Im Gegensatz dazu stehen Betriebe, die aufgrund ihrer Branche und den Tätigkeiten, die verrichtet werden müssen, nicht in der Lage sind Altersteilzeit, insbesondere in der Teilzeitvariante (nicht als Blockvariante), umzusetzen:

*„Also Altersteilzeit ist insofern nicht so attraktiv für uns, weil wir keine Bauarbeiter teilzeitbeschäftigen können. [...] Die ganze Partie fährt mit einem Auto am Montag weg zur Baustelle 300 km weiter weg und kommt am Donnerstag-Abend oder am Freitag nach Hause! Ich kann nicht einen Teilzeitmitarbeiter da mitschicken, erstens kann er nicht sagen, so ich gehe jetzt heim und fahre jetzt 300 Kilometer heim oder ich sitze jetzt den halben Tag im Wirtshaus, im Hotel und warte! Das ist einfach nicht praktikabel! Das heißt, wenn dann bräuchte man die Blockvariante und bei der Blockvariante ist es finanziell natürlich sehr unattraktiv, weil der Betrieb einfach draufzahlt!“ (B2: 058-062)*

Generell sind Möglichkeiten der Teilzeit-Beschäftigung in manchen Branchen sehr eingeschränkt. In der Baubranche hängt dies auch meist mit der Art der Anstellung zusammen, die meist saisonal ist:

*„Aber prinzipiell, die Arbeiter sind alle stempeln. Das ist saisonal bedingt. Und darum sage ich, also Teilzeit, es ist ja im Prinzip eine Teilzeit, weil die sind sieben, acht Monate voll tätig und dann sind die zwei, drei Monate daheim oder vier, je nachdem wieviel Zeitausgleich sie dann noch haben, usw. Und da muss 100-prozentig die Leistung dann stimmen. Da hat man schon ein Problem, wenn man dann nur Leute hat, die nur ein paar Mal kommen oder so, das ist fast nicht handle-bar. Und Altersteilzeit, ja, da tun wir uns eigentlich schwer, muss ich sagen.“ (B5: 132).*

Auch in Schichtbetrieben stellt sich jegliches Teilzeitmodell als schwierig dar. Die Möglichkeit eine Teilzeitarbeit zu verrichten, besteht zwar, ist aber oft nur im Fall einer zweiten Anfrage auf Teilzeit realisierbar:

*„Wenn natürlich dann zwei aus derselben Abteilung gehen würden, dann könnte man das natürlich kompensieren. Aber natürlich wenn einer geht, dann brauche ich zwangsläufig jemanden dazu. Und dass du jemanden findest, der in einer Produktion Teilzeit Drei-Schicht arbeitet, ist unwahrscheinlich“ (B8: 082).*

Demnach zeigen die Betriebe auf, dass es zwar Möglichkeiten der (Alters-)Teilzeit gibt, die Realisierbarkeit jedoch stark von der Branche und dem Tätigkeitsfeld abhängt. Die Unternehmen betonen, dass bei bestimmten Arbeitstätigkeiten Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse problemlos gewährt werden, sofern es mit dem Ablauf der Firma übereinstimmt. Sollte dies nicht der Fall sein, ist eine Teilzeitvariante für die befragten Betriebe nicht interessant.

Wesentlich zu erwähnen ist die Aussage eines Betriebes, der in einer Branche tätig ist, in der überwiegend Frauen und zum großen Teil mit Migrationshintergrund tätig sind. Das Unternehmen meint, dass das Altersteilzeitmodell von den eigenen Mitarbeiterinnen nur sehr selten angenommen würde, obwohl der Anteil der über 50-jährigen im Betrieb rund 40% ausmacht. Die Frauen können jedoch aufgrund fehlender Jahre durch Migration und/oder Karenz/Kindererziehung erst spät – zumeist nach Erreichen des Regelpensionsalters – einen Pensionsanspruch aufweisen (B17: 68). Es kann hier also eine gewisse Benachteiligung gegenüber Frauen und Personen mit Migrationshintergrund festgestellt werden.

## **11.8 Förderungen und gesetzliche Rahmenbedingungen**

Es existieren in Österreich mehrere Förderungsmöglichkeiten, die entweder von Arbeitgebern oder von ArbeitnehmerInnen beantragt werden. Für DienstgeberInnen sind diesbezüglich die Eingliederungsbeihilfe, deren Dauer und Höhe je nach arbeitsmarktpolitischen Erfordernissen mit dem AMS abgeklärt werden, das Altersteilzeitgeld, Teilpension-Lohnausgleich und Qualifizierungsförderung für die Beschäftigten von Relevanz (Help.gv 2017a). Die Maßnahmen und Leistungen für ältere ArbeitnehmerInnen umfassen diesbezüglich die Beschäftigungsinitiative 50+, die sich auf Eingliederungsbeihilfe, Kombilohn oder Soziale Unternehmen bezieht, Altersteilzeit, Teilpension, Anfechtung der Kündigung, Pensionsvorschuss, Übergangsgeld nach Altersteilzeit, längeren Anspruch auf Arbeitslosengeld und höhere Einkommensfreigrenzen beim PartnerInnen-Einkommen bei Bezug der Notstandshilfe (Help.gv 2017b). Auch in Bezug auf die Sozialversicherungsbeiträge für Arbeitgeber und ältere ArbeitnehmerInnen sind Erleichterungen zu finden: Wegfall des Beitrags zur Arbeitslosenversicherung und Unfallversicherung sowie Dienstgeberabgabe für geringfügig Beschäftigte über 60 Jahre (Help.gv 2017c). Diese Förderungen sollen es den Dienstgebern erleichtern, ältere ArbeitnehmerInnen zu behalten bzw. einzustellen. Darüber hinaus sollen die DienstnehmerInnen motiviert werden, so lang wie möglich zu arbeiten.

In den Interviews mit den Betrieben konnte festgestellt werden, dass die verschiedenen Förderungen sehr positiv betrachtet werden. Bestimmte Förderungen können sich im Bewerbungsprozess als durchaus positiv für ältere ArbeitnehmerInnen herausstellen, wie z.B. folgende befragte Betriebe aufzeigen:

*„Ich habe jetzt eine Abgängerin einer kaufmännischen Schule oder eine gelernte Bürokauffrau mit 19 und einen Mann oder Frau egal mit 50/55, der das gelernt hat – da sind ja ganz andere Anforderungen vom Gehalt da! Natürlich überlegt sich das dann auch ein Betrieb! So sehr man den sozial auch nehmen möchte, aber das ist dann doch die Kostenfrage da und wenn da Angebote sind, seitens der Regierung, ist das natürlich förderlich!“ (B2: 111-115)*

*„Also dass das AMS ihn dann drei Monate quasi bezahlt oder zur Hälfte zahlt. Dann haben wir ihn drei Monate noch nicht gezahlt, darum zahlen wir nur 50%*

*der Lohnkosten. Und in vielen Fällen haben wir die Leute dann übernommen.“ (B4: 126).*

Die Eingliederungsbeihilfe soll sich dabei nicht nur im Bewerbungsprozesses positiv auf die Entscheidung der jeweiligen Betriebe auswirken, sondern die betreffenden ArbeitnehmerInnen sollen – unter Abstimmung zwischen AMS und Betrieb – dauerhaft in den Betrieb integriert werden, ohne dass die Unternehmen bestimmte Verpflichtungen eingehen müssen (Help.gv 2017d). Hintergrund dafür ist das bessere Kennenlernen, wie ein Betrieb hervorstreicht:

*„Und das [die Arbeitserprobung über das AMS] finde ich eigentlich an und für sich schon noch eine tolle Möglichkeit, sowohl für das Unternehmen als auch für den zukünftigen, möglicherweise Arbeitnehmer, dass er sich anschaut, wie läuft das da ab. Ist das etwas für mich? Kann ich mir das vorstellen? Genauso ist es für uns als Unternehmen wichtig, dass wir uns den oder die irgendwie anschauen, ob der dieser Belastung gewachsen ist.“ (B8: 050).*

Auch ein anderer Betrieb berichtet davon, ältere ArbeitnehmerInnen zu fördern – nicht nur bei dem bestehenden Personal, sondern auch bei der Aufnahme Älterer. Darüber hinaus werden die Förderungen nicht nur aus ökonomischer Sicht, sondern auch aufgrund der Personalgewinnung als Vorteil wahrgenommen:

*„Unsere durchschnittliche Betriebszugehörigkeit ist 20 Jahre, also schon relativ viel. Aber trotzdem nehmen wir aber auch ältere Arbeitnehmer auf. Ich muss da auch dazu sagen, dass es natürlich viele Förderprogramme vom AMS gibt, die das unterstützen und aufgrund dessen wir auch viele Kontakte zu älteren Personen kriegen, die sonst vielleicht gar nicht so auf [Firmenname] stoßen würden.“ (B6: 031-033)*

Dennoch zeigen die befragten Betriebe auf, dass Förderungen die Entscheidung nicht vollständig beeinflussen. Unterschiedliche andere Faktoren spielen dabei oft eine viel wesentlichere Rolle. Ein Betrieb betont in diesem Zusammenhang die voraussichtliche Dauer bis zum Pensionsantritt:

*„Förderungen für Betriebe, so jemand anzustellen, sind sicher nicht schlecht. Ich glaube, das ist schon ein Anreiz, wenn der sagt, okay, ich bekomme da vom Arbeitsmarkt was bezahlt. Mag schon sein. Aber auch nur bis zu einem gewissen Punkt. Das spielt die Zeitspanne schon eine Rolle, die der noch bis zur Pension hat. Ich kann auch heute einen, der mit 64 normal in Pension geht oder 65 in Pension geht, mit 60 kaum mehr einstellen. [...] Wurscht, wie günstig der ist. Also in unserer Branche sicherlich nicht.“ (B5: 180-182).*

Es zeigt sich, dass auch hier die Entscheidung, ob ein/e ältere/r ArbeitnehmerIn eingestellt wird, nicht nur an den Förderungen hängt. Ein anderer Faktor, der sich wesentlich auf die Entscheidung auswirkt, ist die Frage nach der Qualifikation, wie ein Betrieb schildert:

*„Das Erste ist wirklich, dass die Qualifikation passt! [...] Das ist für mich der Maßstab, da sage ich, da verzichte ich auf das, die Förderung, weil wenn ich merke es kann nicht umgesetzt werden!“ (B7: 049-055)*

Auch für Betriebe, die eher dazu geneigt sind, ältere MitarbeiterInnen einzustellen, sind die Förderungen nicht immer ausschlaggebend. Dies ist vor allem bei den größeren befragten Betrieben zu beobachten:

*„Nein, [Förderungen sind nicht] der Grund [ältere ArbeitnehmerInnen einzustellen] würde ich jetzt nicht sagen, das ist so eine nette Begleiterscheinung, nenne ich es jetzt einmal. Der Grund ist schon oft das, weil wir die Diversität, die wir dadurch gewinnen, schon sehr schätzen. Also bei uns sollte ein Team wirklich immer aus verschiedenen Altersgruppen bestehen.“ (B6: 037).*

Der wesentlichste Punkt in Bezug auf Förderungen ist jedoch wahrscheinlich die gesundheitliche Verfassung der BewerberInnen. Dabei spielt das Alter eine zusätzliche Rolle, die Entscheidung, ob /e ArbeitnehmerIn eingestellt wird, obliegt dennoch der Einschätzung, ob er/sie die gefragte Leistung zumindest zum Teil erfüllen kann, wie einer der Betriebe anhand eines Beispiels beschreibt:

*„Gerade ältere Dienstnehmer, da kriegt man noch eine Förderung auch dafür, wo man auch schon wieder sagen muss, man muss da auch schon wieder darauf schauen. Aber wenn man einfach das Gefühl hat oder wenn auch der Abteilungsleiter oder Produktionsleiter dann kommt und sagt ‚Ich habe mir das angeschaut. Teilweise hat man ihm die Schmerzen angesehen‘. Das ist dann natürlich, und wenn der dann vor dir sitzt und du führst das Gespräch und ein gestandener Mann ist beinahe den Tränen nahe, also das ist dann nicht leicht.“ (B8: 052).*

Dies verdeutlicht die Rolle der tatsächlichen Leistungsfähigkeit bzw. der Divergenz zwischen erbrachter Leistung und Gehaltsansprüchen als Schlüsselement bei Aufnahme neuer ArbeitnehmerInnen, Wiedereingliederung nach längerem Krankenstand oder genereller Minderung der Leistung durch steigendes Alter.

*„Das würde schon reichen, wenn man „Null, null“ aussteigt, wir wollen ja nicht verdienen daran, sondern wir wollen einfach, dass es gerecht ist! Wenn die Firma 100% bezahlt, dann will man auch 100% Leistung und wenn ich 75% bezahle und 50% Leistung bekomme, das ist halt dann für ein Unternehmen auch nicht immer tragbar!“ (B2: 064)*

Die Höhe des Gehalts soll sich laut den befragten Unternehmen ab einem gewissen Grad, der je nach Betrieb und Branche unterschiedlich ausgeprägt ist, direkt proportional zur Leistung gestalten, um ältere MitarbeiterInnen nicht nur aufgrund sozialer Aspekte, sondern auch aus ökonomischer Sicht einzustellen und/oder zu behalten. Ein Betrieb betont in diesem Zusammenhang die zeitliche Befristung von Förderungen als Hindernis:

*„Wir haben in der Firma so ungefähr 20, 25 begünstigte Invalide. Die sind zum Teil schon sehr, sehr lange da. Und wir haben in der Vergangenheit immer so eine Art, eben, Förderungen vom Staat bekommen, sage ich jetzt einmal so ganz pauschal. Nur vor einigen Jahren ist das komplett abgeschafft worden mit der Begründung: die arbeiten 20 Jahre schon bei euch, was wollt's, die sind eh integriert, und passt und Förderung weg. Ich sehe das nicht so, weil die haben durch ihre Behinderung eine gewisse Einschränkung, die werden nicht 100 % Leistung bringen, das ist mir klar. Im Gegensatz sollen sie zu 100 % bezahlt werden.“ (B1: 112).*

Die Aussage zeigt auf, wie wichtig eine dauerhafte Fortzahlung von Förderungen für die betreffenden Betriebe aus ökonomischem Blickwinkel ist. Auch bei Einstellung von neuen MitarbeiterInnen, die ein gewisses Alter überschritten haben, wäre eine dauerhafte Förderung oder eine andere Art der Erleichterung für ArbeitgeberInnen notwendig. Da die Dienstjahre von älteren ArbeitnehmerInnen – kollektivvertraglich – anzurechnen sind, würden sich Unternehmen oft eher gegen diese Gruppe an BewerberInnen entscheiden. Ein befragter Betrieb schlägt daher vor, nur die letzten sechs Beschäftigungsjahre als Grundlage für die Höhe des Gehalts heranzuziehen, um deren Chancen auf eine Anstellung zu erhöhen. Der Vorschlag eines anderen Betriebs knüpft an diesem Ansatz an:

*„Allenfalls das, dass man sagt, wenn es Personen gibt, wo man merkt, [...] dass die vielleicht länger ausfallen könnten – dass es dann auch einen Fördermechanismus gibt, wo man sagt – wenn es Ausfälle gibt, dann habt ihr kein Problem, wenn ihr mich aufnehmt, sondern da unterstützen wir das, wenn er ausfällt! Das wäre vielleicht auch einmal ein System, wie generell zum Beispiel, wenn man Behinderte hat! [...] Natürlich geschickter zu sagen, da sind durchaus Ähnlichkeiten – zu einem Angestellten sagen, dass man einen Gesunden entlassen muss, damit man einen Behinderten einstellt und dann die Strafe zu bezahlen.“ (B7: 103-107).*

Bezüglich Förderungen wurden jedoch auch Kritikpunkte auf Seiten der befragten Betriebe laut. Dabei kritisiert ein Unternehmen, dass die Zu- oder Absage nicht immer vor der Einstellung der betreffenden MitarbeiterInnen gegeben ist. Dies führt auf Seiten des Betriebs auf Ärger, aber auch auf Unsicherheiten:

*„Also ich bin auch sehr unzufrieden mit den AMS Förderungen! [...] Auf AMS Seite sollten sie das auch irgendwie hineinbringen können - Das sind verbindliche*

*Richtlinien für Arbeitgeber, [...] die offenkundig sind – die klar und deutlich sind! Weil, wenn ich sage ich möchte jemanden einstellen und beim AMS frage – also vorweg, bevor ich jemanden einstelle kommt sehr oft die Antwort – stellen sie ihn einfach mal ein, wir schauen uns das an! Aber nicht eine verbindliche Antwort – ja du bekommst eine Förderung oder nicht! Sind auch sehr unterschiedliche Informationen von Seiten des AMS von den regionalen Geschäftsstellen her!“ (B3: 183)*

Generell setzen sich viele befragte Unternehmen auf die Ausgestaltung von altersgerechten Arbeitsplätzen ein, wobei sich diese sowohl auf Arbeitszeiten und -umfang wie auch auf Tätigkeitsfelder beziehen. Dazu folgende Unternehmen:

*„Ich glaube, es gehört meines Erachtens von ganz oben was gemacht. Also wie gesagt, altersgerechte Arbeiten, das ist ein Schlagwort – oder Arbeitsplätze, es müssen einfach Arbeitsplätze dafür zur Verfügung stehen. [...] Man wird älter, körperliche Einschränkungen sind da und wir sollen [...] arbeiten“ (B1: 157).*

*„Entweder müsste es wirklich mehr Arbeitsplätze geben, wo weniger manuell gearbeitet wird, was aber sich in einem Unternehmen nicht ausgehen wird! [...] Eigentlich, wenn man sich jetzt da Studien ansieht, dass eben der Körper die Aufnahmefähigkeit so immer schwächer werden oder abbauen, ab einem gewissen Alter, müsste man eigentlich dementsprechend die Arbeitszeit anpassen!“ (B2: 131,144)*

Die abnehmende Leistung mit zunehmendem Alter, vor allem im physischen Sinne, (siehe dazu u.a. Niedermüller/ Hofecker 2004: 9) sollte laut den Betrieben zu einer Anpassung der Rahmenbedingungen von Arbeit im Alter führen. Sofern es keine generelle Regulierung zu altersgerechten Arbeitsplätzen gibt, kommt es laut den Aussagen eines Betriebs zu einem Überstrapazieren der älteren MitarbeiterInnen, da der Betrieb aus ökonomischen Gründen und die betreffenden ArbeitnehmerInnen aus Angst vor Einbußen bei Gehalt und späterer Pension keinen Leistungsabfall verzeichnen wollen:

*„Wenn der eigentlich körperlich nicht mehr in der Lage ist, ihm aber einfach jetzt da wenige Monate oder wenige Jahre fehlen, dann ist der ja gar nicht dazu zu bewegen, dass er auf diese Möglichkeit [Zulagen aufgrund von Schichtarbeit] verzichtet. Das heißt, da gibt es Leute, die nicht mehr können, aber einfach trotzdem die Nachtschichten machen und die schwere Arbeit machen [...]. Und da ist vielleicht, da sollte sich der Gesetzgeber überlegen, ob da nicht irgendwelche Einschleif-Regelungen wesentlich besser wären.“ (B14: 108).*

Abgesehen vom ökonomischen Nutzen der ArbeitnehmerInnen ist die Beschäftigung von älteren Arbeitskräften ein wesentlicher Faktor, um die physische und vor allem psychische Gesundheit stabil zu halten bzw. zu fördern. Dazu folgende Aussage eines befragten Betriebs:

*„Ich glaube, es gäbe genügend Jobs, die man auch bezahlen kann, nicht überragend toll wahrscheinlich, aber er hätte eine Beschäftigung, hätte ein weiteres Einkommen. Und die Leute werden ja älter und sie brauchen eine Beschäftigung, damit man nicht in der Demenz landet. Da ist die Politik und auch die Wirtschaft gefordert! Einerseits selber nachzudenken und solche Arbeitsplätze [...] als schätzenswert zu präsentieren!“ (B4: 387)*

Grundsätzlich orte die meisten befragten Betriebe in Bezug auf Förderungen und gesetzliche Rahmenbedingungen ein Informationsdefizit:

*„Also es wird Arbeitgebern nicht immer leicht gemacht, Menschen mit Behinderung einzustellen, ältere Arbeitnehmer einzustellen, weil auch sehr viel Ungewissheit herrscht! [...] Und da würde ich mir viel mehr Transparenz und Unterstützung der Arbeitgeberseite wünschen! Das würde auch den Arbeitslosen, älteren Arbeitnehmern sehr entgegenkommen!“ (B3: 183)*

Der Erhalt von Informationen ist darüber hinaus teilweise mit großem Aufwand verbunden, der ein befragtes Unternehmen daran zweifeln lässt, ob es die Mühe überhaupt wert ist.

*„Ich muss jetzt dort wieder anrufen bei [Institution] und wenn die da auch wieder mir keine Aussage nicht geben können, die für mich zufriedenstellend ist oder wenn das im Endeffekt dann wirklich ein massiver Aufwand ist das Ganze, dann werden und können wir das nicht in Anspruch nehmen, weil das einfach zu kompliziert alles ist.“ (B8: 168).*

Förderinstrumentarien können ihre Wirkung erst entfalten, wenn die entsprechende Information darüber bei den ArbeitgeberInnen bzw. ArbeitnehmerInnen ankommt. Darüber hinaus müssen laut den befragten Betrieben die Behördenwege, um Informationen aber auch Förderungen zu erhalten, verkürzt werden. Je mehr Aufwand mit der Beantragung und/oder Informationsbeschaffung verbunden ist, desto weniger Bereitschaft zur Inanspruchnahme lässt sich auf Seiten der Unternehmen erkennen.

Die Bereitschaft zur Beschäftigung älterer Arbeitskräfte ist je nach Branche und Unternehmen unterschiedlich. Die Bedeutung von verpflichtenden Vorgaben und Anreizmodellen verdeutlichen folgende Aussagen befragter Betriebe:

*„Der Hebel ist einfach die Politik. Das muss glaube ich von ganz oben – wie gesagt, die Betriebe machen’s unterschiedlich, der eine mehr, der andere weniger. Meines Erachtens müsste da einfach oben angesetzt werden.“ (B1: 233).*

*„Es gibt ja so Instrumente, die natürlich auch ein Geld kosten, aber Arbeitslose zu zahlen ist auf jeden Fall teurer, als irgendwie Leute in Beschäftigung zu bringen durch Anreizmodelle! [...] Wobei ich glaube, dass aus meiner Sicht wahrscheinlich schon auch funktionieren würde, wo ich sage – Leute die mit 65 noch arbeiten*

*zahlen nur noch 50% Lohnnebenkosten! Die mit 64 arbeiten zahlen nur noch 60% [...] Ich glaube, das könnte ein ganz ein gutes Modell sein – wo ich sage – pass auf, es muss schon spürbar sein – aber damit ich erreiche, dass er länger am Arbeitsmarkt bleibt!“ (B4: 282-551)*

Einen anderen Ansatz verfolgt ein befragter Betrieb, indem er vorschlägt die Eingliederungsbeihilfe zu verlängern und damit ein adäquates Kennenlernen zu garantieren:

*„Ich glaube, das wäre eine Sache, wo ich sage, es sollte da schon der Anreiz gegeben werden den Firmen, dass ich sage, ich habe eine gewisse längere Phase eines Kennenlern-Prozesses und aber auch die Sicherheit, dass ich mich jederzeit trennen kann.“ (B5: 206).*

Aus dieser Aussage wird die Rolle des Kündigungsschutzes für Menschen mit Behinderung(en) deutlich, die kontraproduktiv wirken und negative Auswirkungen auf die Entscheidungen, Menschen mit Einschränkungen einzustellen, haben kann. Nicht nur aus diesem Grund schlägt ein Betrieb vor, Beratungen zu installieren, auf welche die Unternehmen im Zweifelsfall zurückgreifen können:

*„Ja, ich meine wahrscheinlich schon eher vielleicht kostenlose Beratungsstunden oder so für gewisse Belangen.[...] Für die Führungskräfte oder ja vielleicht auch nur für mich als Personal-Ansprechperson quasi, dass ich wen habe, wo ich sage, okay, wir haben die und die Situation im Unternehmen, ich bräuchte da jetzt einfach eine Meinung von einem Externen, wie man so etwas am besten abwickelt.“ (B6: 203-205).*

Obwohl fit2work die Aufgabe einer derartigen Beratung übernimmt, wird ein Informationsdefizit über dieses Angebot deutlich. Gleichzeitig zeigen die Einschätzungen der befragten Unternehmen, dass die Angebotsstruktur von fit2work auch für zusätzliche Angebote, die für Unternehmen hilfreich sein könnten, genutzt werden könnte, insbesondere auch migrationsspezifische:

*„Das könnte es unterstützen – da könnte man auf den zurückgreifen, der professionellen Dolmetsch kann – wenn es um schwierige Gespräche geht, die hier aufgegriffen werden, die hier sein sollten!“ (B7: 143)*

Hier muss es sich nicht zwanghaft um Personen mit wenig Deutschkenntnissen handeln. Auch bei Menschen, deren Deutschkenntnisse sehr gut sind, deren Erstsprache dennoch nicht die österreichische Nationalsprache ist, können bei Schwierigkeiten untereinander, aber auch bei Behördengänge, Krankenhaus- und Arztbesuche sowie Therapieeinheiten DolmetscherInnen zur besseren Verständigung notwendig sein.



## 11.9 Selbstverpflichtung der Unternehmen

Vor allem die befragten Betriebe, die sich selbst für ältere ArbeitnehmerInnen engagieren, regen andere Unternehmen an, diese Berufsgruppe zu fördern. Ein Betrieb zeigt dabei auf, dass egal welche Förderungen von Seiten des Gesetzgebers angeboten werden, die Umsetzung und das Engagement von den Unternehmen selbst kommen müssen:

*„Aber es kann schon so gesetzliche Anstöße geben – aber es liegt schon auch an uns Betrieben das eine oder andere zu tun! Da bin ich wieder beim Anreizsystem – nicht! Ich glaube, dass Gesundheitsförderung mit Anreizen funktioniert!“ (B4: 322)*

Voraussetzung dafür ist nach Meinung zweier anderer Betriebe, dass Vorurteile gegenüber Personen mit Migrationshintergrund, älteren, gesundheitlich eingeschränkten und/oder behinderten Menschen abgebaut werden. Der eine Betrieb bezieht sich dabei auf ältere ArbeitnehmerInnen:

*„Ich meine, grundsätzlich muss man einmal innerbetrieblich das Verständnis schaffen, dass ältere Leute nicht nur Geld kosten, sondern dass sie wirklich ein Profit sind für das Unternehmen. Die Kompetenzen und Qualifikationen, die dadurch ins Unternehmen kommen, generiert man sonst nicht so leicht intern, muss ich ehrlich sagen“ (B6: 043).*

Der zweite Betrieb konzentriert sich auf die Vorurteile gegenüber Personen mit Behinderung(en):

*„Grundsätzlich sind die Vorurteile sehr groß! Also die Vorurteile von Arbeitgebern sind sehr groß, weil sie meinen, dass sie die behinderten Arbeitnehmer nicht mehr loswerden, also dieser Kündigungsschutz, der Arbeitgeber doch immer wieder abschreckt oder dieses Vorurteil, ich werde ihn nie wieder los!“ (B3: 189)*

Ein weiterer befragter Betrieb zeigt auf, dass die Leistung der MitarbeiterInnen nicht nur vom Alter bzw. der gesundheitlichen Situation abhängen, sondern auch vom Umgang, den das Unternehmen mit der Belegschaft hat. Nicht zuletzt trägt die Mitarbeiterführung wesentlich zur Leistungserbringung bei:

*„Ich kann halt als Unternehmen nur dann voraussetzen, dass der seine Arbeitsleistung erbringt, wenn ich auch irgendwo dafür Sorge trage, dass der seine Arbeit sorgenfrei – sage ich immer – erledigen kann“ (B6: 107).*

Die Arbeitsleistung, Arbeitsmotivation und folglich auch die gesundheitliche Situation wird demnach direkt von der Unternehmensführung und dem innerbetrieblichen Klima beeinflusst.

## 11.10 Berufliche Rehabilitation und Umschulungen für gesundheitlich eingeschränkte ältere ArbeitnehmerInnen

Zwei der befragten Unternehmen machten bereits mehrere Jahre Erfahrungen mit TeilnehmerInnen an beruflicher Rehabilitation. Dabei nahmen beide Betriebe regelmäßig PraktikantInnen auf, Einzelne wurden in weiterer Folge auch in reguläre Arbeitsverhältnisse übernommen. Ein wesentlicher Kritikpunkt lag bei beiden Unternehmen in den Berufswahlmöglichkeiten im Rahmen der beruflichen Rehabilitation: Betont wird dabei, dass die eingeschränkte Auswahl an Berufsausbildungen die Arbeitsmarktchancen nach durchlaufender Rehabilitation einschränkt.

*„Die Tendenz ist – sichtlich im Zweifel – jedem, der eine körperliche Beeinträchtigung hat, einen Büroberuf lernen zu lassen! Und es kann einfach nicht aus jedem ein Büromensch werden! [...] Es ist jetzt nicht eine Frage des Alters meines Erachtens! Er will arbeiten, er bemüht sich, er macht diese Ausbildungsmaßnahmen durch – man könnte eigentlich schon von Vornherein sagen, also Job wird er nachher keinen kriegen! [...] Vielleicht sollte man durchaus auch mehr im Bereich der sozialen Dienste denken, ob das jetzt Heimhelferausbildungen sind – ob das vielleicht auch gehobenere, soziale Angebote sind! Wo wirklich viel Bedarf da ist – wäre meines Erachtens ein bisschen sinnvoller, als das alle Langzeitarbeitslosen – älteren Arbeitnehmer, die körperliche Beeinträchtigungen haben, in den Bürobereich umzuschulen!“ (B3: 071-077)*

Beide Betriebe kritisieren zwar die Auswahlmöglichkeiten bei Berufen für Personen, die ihren ursprünglichen Beruf nicht mehr ausüben können, sind jedoch trotzdem sehr positiv gegenüber dem Angebot der beruflichen Rehabilitation und der Zusammenarbeit – in diesem Fall mit dem BBRZ – eingestellt. Der große Vorteil für beide Unternehmen, als Praktikumsbetrieb zu agieren, ergibt sich aus der teilweise langen Kennenlernphase:

*„Der Vorteil ist, dass man die Möglichkeit hat, die Person kennen zu lernen, ohne dass man eine Verpflichtung eingehen muss! Das ist der große Vorteil, sozusagen! Und zu sagen – jetzt schauen wir, ob das für beide passt! Natürlich auch für den Mitarbeiter, die Mitarbeiterin [...]. Es sind schon meist Personen, die den Wunsch haben wieder in die Arbeitswelt einzusteigen! Also meine Erfahrung dabei!“ (B7: 095-097)*

Die hohe Arbeitsmotivation älterer ArbeitnehmerInnen mit gesundheitlichen Einschränkungen, die eine Umschulung besuchen, konnte bereits in der Betroffenen-Befragung festgestellt werden und wird nun auch durch die Betriebsbefragung unterstrichen.

Die Berufswahl im Rahmen der beruflichen Rehabilitation muss aber nicht nur den Anforderungen des Arbeitsmarkts, sondern vor allem auch auf den jeweiligen Personen angepasst werden. Diesbezüglich schlägt ein befragter Betrieb vor, die Umschulungen entsprechend der Nachfrage zu strukturieren. Hier sollen Firmen in die Pflicht genommen werden, ihren Bedarf an Qualifikationen mitzuteilen, um gezielt und mit Hilfe und/oder innerhalb der Unternehmen umzuschulen (B12: 26). Innerbetriebliche Lehrangebote, die sich auf ältere ArbeitnehmerInnen mit gesundheitlichen Einschränkungen beziehen, stoßen daher auch bei Betrieben auf Interesse.

Derselbe Betrieb macht einen weiteren Vorschlag zur Finanzierung beruflicher Rehabilitation bzw. Umschulung für ältere DienstnehmerInnen: Vor allem im SchwerarbeiterInnen-Sektor sowie in Schichtbetrieben sollen MitarbeiterInnen die Möglichkeit haben, ihre Zuschläge, die sie für Nachtdienste oder andere Tätigkeiten bekommen ganz oder teilweise in einen Topf einzubezahlen. Aus diesem Topf heraus könne dann ab einem gewissen Alter die eigene berufliche Umschulung in einen Bereich, der mit dem Alter und der Gesundheit eher zu vereinen ist, finanziert werden (B12: 60)

## 12 Zusammenfassende handlungspolitische Schlussfolgerungen

Die Zahl der Personen, die infolge von gesundheitlichen Einschränkungen den Arbeitsmarkt verlassen, ist der OECD zufolge eine "soziale und ökonomische Tragödie" (OECD, 2010, 9). Österreich hat im Vergleich zu den nordischen Ländern, aber auch der Schweiz, Deutschland und Frankreich, sowie im OECD-Vergleich eine deutlich geringere Beschäftigungsquote von Menschen mit einer gesundheitlichen Einschränkung. (OECD 2010: 51, Table 2.1) Es gilt daher aus einer gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Perspektive ebenso wie einer individuell-persönlichen alles daran zu setzen, die Beschäftigungsfähigkeit der älteren gesundheitlich eingeschränkten Arbeitskräfte zu fördern. Dies umso mehr, als die Veränderungen der Arbeitswelt – zunehmende Flexibilitätsanforderungen, neue Organisationsformen, erhöhter Arbeitsdruck infolge verstärktem internationalem Wettbewerb – eine zusätzliche gesundheitliche Herausforderung insbesondere für ältere Arbeitskräfte darstellen. (Biffel et al 2011) Die OECD meint dazu weiters: "Die Veränderungen in der Wirtschaft und am Arbeitsmarkt stellen für Menschen mit gesundheitlichen Problemen zunehmend Hürden zur Rückkehr in die Arbeit oder zum Verbleib am Arbeitsplatz dar" (OECD 2010: 9). Es ist daher notwendig, Anreize zu setzen, die Arbeitskräfte zu ermutigen, nach einer Phase der Krankheit und Invalidität, die mit einer medizinischen und/oder auch beruflichen Rehabilitation Hand in Hand geht, wieder eine Beschäftigung aufzunehmen. Dabei muss sichergestellt werden, dass auf individueller ebenso wie auf sozial- und gesellschaftspolitischer Ebene Arbeit als Quelle der persönlichen Autonomie, Lebenszufriedenheit und Eigenverantwortung gesehen wird. (Konle-Seidl 2008) So etwa legen auch medizinische Forschungserkenntnisse nahe, dass bei bestimmten Krankheitsbildern bzw. gesundheitlichen Einschränkungen regelmäßige Beschäftigung bzw. Arbeit der gesundheitlichen Rehabilitation förderlich sein kann. Das gilt insbesondere für Diagnosen im Bereich der muskuloskelettalen und der psychischen Erkrankungen, die bei älteren Arbeitskräften besonders häufig sind (Waddell/Burton, 2006; Markussen et al., 2012). Ein positiver Effekt von Arbeit bzw. Beschäftigung beschränkt sich dabei nicht nur auf die körperliche Ebene, sondern auch auf eine psychische und emotionale.

Aus Sicht der Arbeitsmarktpolitik kann in Zusammenhang mit der Förderung der Beschäftigung gesundheitlich eingeschränkter (älterer) Personen (mit Migrationshintergrund) auf unterschiedlichen Ebenen angesetzt werden: Es kann darauf eingewirkt werden, dass weniger Menschen ihren Arbeitsplatz verlieren. Bei Personen, die bereits arbeitslos geworden sind, gilt es Wiedereinstiegsmöglichkeiten zu schaffen und (damit) die Arbeitslosigkeit zeitlich so kurz wie möglich zu halten (vgl. Frosch 2007: 2). Es müssen dabei aber auch Signale ausgeschickt werden, dass ältere, gesundheitlich eingeschränkte Menschen als Arbeitskräfte gebraucht und geschätzt werden. Zusätzlich zu den gesellschaftspolitischen Kommunikationsstrategien sind allerdings auch Aktivierungsmaßnahmen zu setzen, die in das Regelinstrumentarium des Arbeitsmarktes eingebaut werden. Hierzu gehören verschiedene Formen von Teil(zeit)beschäftigungen, in denen das Erwerbseinkommen um Teiltransferzahlungen (Leistung aus der Sozial-, Arbeitslosen- oder Krankenversicherung) bis zu einer bestimmten Höchst Einkommensgrenze

ergänzt wird. Sie erlauben eine stufenweise Wiedereingliederung ins Erwerbsleben, die sich an den Fähigkeiten und Bedürfnissen der älteren gesundheitlich eingeschränkten Personen orientiert. Markussen et al. (2012) argumentieren am Beispiel Norwegens, dass die Transferzahlung den Verlust an Leistungsfähigkeit – und somit Arbeitszeit und Einkommen – ausgleichen soll, der aus der gesundheitlichen Einschränkung resultiert.

Die Ergebnisse haben eindeutig gezeigt, dass die persönliche Bildungs- und Erwerbsbiografie wesentlich für die Chance auf Wiederbeschäftigung ist (vgl. Wilke/ Wichert 2004: 3). Daraus ergibt sich, dass sich die Problemlagen von gesundheitlich eingeschränkten älteren Menschen im Kontext der Arbeitsmarktintegration sehr individuell gestalten. Aspekte wie Geschlecht, Migrationshintergrund oder regionale Arbeitsmarktcharakteristika wirken oftmals verstärkend, Problemlagen sind sehr stark intersektional geprägt. Daher sind zielgruppenspezifische Maßnahmen unterschiedlicher Art, insbesondere aber auch ‚Case Management‘, vorzusehen. Dies wird umso stärker deutlich, wenn man sich vor Augen führt, dass Arbeitsunfähigkeit kein absolutes Merkmal ist, sondern ein relatives. Der Grad der Arbeitsunfähigkeit hängt immer auch von den konkreten Arbeitsanforderungen ab. Das bedeutet, dass Arbeitskräfte mit gesundheitlichen Einschränkungen teilweise arbeitsfähig sind. Der Fokus ist im Sinne der Resilienzforschung daher auf die verbleibende Arbeitsfähigkeit und nicht die bestehende Arbeitsunfähigkeit zu richten.

### **12.1 Teil-Erwerbsminderung bzw. Teil-Arbeitsfähigkeit und Flexibilität von Zuverdienstgrenzen**

Aus oben dargestellten Gründen ist es zentral, teilweise Erwerbsminderungen bzw. teilweise Arbeitsfähigkeiten auch entsprechend anzuerkennen. Dies bedeutet jedoch auch eine große Flexibilität in Bezug auf verschiedene Kombinationsmöglichkeiten von Ausgleichszahlungen für eingeschränkte Erwerbsfähigkeit und eigenständigem Einkommen. Ein/e befragte ExpertIn meint dazu: „Ich bin inhaltlich der Meinung, dass es besser ist jemanden, ich sage einmal, in seinem erlernten Beruf möglicherweise Teilfähigkeiten zu erhalten und die weiter zu entwickeln, um ihn jetzt nicht vom Maschinenschlosser zum grafischen Zeichner oder Einzelhandelskaufmann umschulen zu müssen! Ich glaube auch, dass das im individuellen Interesse viel attraktiver ist für die betroffenen Personen – ganz abgesehen jetzt von den Reintegrationschancen, die sie haben.“ (E13: 252)

So individuell wie die Erwerbsbiografien Betroffener sind auch ihre aktuellen Lebenssituationen. Daher sind auch Anreiz- und Motivationsmechanismen höchst unterschiedlich in ihrer Wirkung und Akzeptanz. Um diesen individuellen Problemlagen und Motivationslagen Rechnung tragen zu können, ist ein hohes Maß an Flexibilität in Bezug auf den Umgang mit gesundheitlichen Einschränkungen in höherem Erwerbsalter sowie die Vereinbarkeit mit einer eigenständigen Erwerbstätigkeit notwendig. Diese Flexibilität kann nur erreicht werden, indem unterschiedlichste Kombinationsmöglichkeiten von Ersatz- und Unterstützungsleistungen bei (teilweise) eingeschränkter Erwerbsfähigkeit und (Teilzeit-) Beschäftigungsformen realisiert werden.

## **12.2 Koordination eines Wiedereingliederungsmanagements auf betrieblicher wie auch auf struktureller Ebene**

Obige Ausführungen legen weiters nahe, dass im Umgang mit gesundheitlich beeinträchtigten Arbeitskräften, dem Gedanken des "Disability Managements" folgend, auch den Arbeitsplätzen besonderes Augenmerk zu schenken ist (Wermuth/Woodtly, 2008). Zur Erleichterung der Umsetzung des Konzepts hat die Internationale Arbeitsorganisation (ILO 2001) einen Leitfaden dazu, den ‚Code of Practice on Managing Disability in the Workplace‘, entworfen. Der ILO zufolge handelt es sich beim Disability Management um "einen Prozess am Arbeitsplatz, mit dem Ziel, die Beschäftigung einer Person mit Beeinträchtigung durch eine koordinierte Aktion und unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse, des Arbeitsumfeldes, der betrieblichen Anforderungen und der rechtlichen Verantwortungen zu fördern" (ILO, 2001). Erfolgreiches Eingliederungsmanagement bedarf daher einer Drehscheibe bzw. Koordinationsstelle, die den Wiedereingliederungsprozess von gesundheitlich eingeschränkten älteren Personen ins Erwerbsleben koordiniert, insbesondere die Zusammenarbeit zwischen den Stakeholdern, in der Regel der Pensions- und Krankenversicherung, des AMS und der Gesundheitsdienstleister, mit den Betroffenen. Dass dies keine einfache Aufgabe ist, liegt auf der Hand, jedoch gibt es einige gute internationale Beispiele, etwa das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM)<sup>59</sup> in Deutschland, die erfolgsversprechend sind. Gleichzeitig ist es aber auch betrieblicher Ebene zentral, Wiedereingliederungs- oder Disability Management strukturell zu verankern und koordiniert umzusetzen. Hier sind konkrete Anreize für die Betriebe zu setzen, wobei aber Qualitäts- und Prozessvorgaben eine Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung darstellen.

## **12.3 Informationskompetenz, Maßnahmenbündelung und Beratungsleistungen**

Die im Rahmen dieses Projekts durchgeführt Forschungsschritte haben die Vielfalt an unterschiedlichen Unterstützungsmaßnahmen für gesundheitlich eingeschränkte Arbeitskräfte in Österreich veranschaulicht. Diese reichen von unterschiedlichen finanziellen Anreiz- und Unterstützungsangeboten (sowohl für Betroffene, wie auch Betriebe), über Qualifizierungs- und Weiterbildungsangebote oder psychosoziale Angebote bis hin zu stationären Rehabilitationsmöglichkeiten. Die Breite und Tiefe der Angebotslandschaft kann jedoch von einzelnen Institutionen bzw. Beratungseinrichtungen nicht überblickt werden. Daher ist es von zentraler Bedeutung, die Informationen über unterschiedlichste Maßnahmen für unterschiedlichste Zielgruppen zu bündeln. Dies ist eine wesentliche Voraussetzung, um Beratungsleistungen sowohl für Betroffene wie auch für Betriebe erfüllen zu können. Kann eine derartige Aufklärungs- bzw. Beratungsleistung von Seiten der

---

59 Mehr dazu auf der website: <http://www.zbfs.bayern.de/behinderung-beruf/themen/betriebliches-eingliederungsmanagement/index.php>

involvierten Institutionen nicht erfolgen, kann insbesondere bei Betroffenen sehr schnell ein Gefühl des „Im-Stich-gelassen-Werdens“ einstellen und das Vertrauen in die Einrichtungen des Sozialstaats sinken.

## **12.4 Wartezeiten auf Maßnahmen der medizinischen und/oder beruflichen Rehabilitation**

Die Ergebnisse haben veranschaulicht, wie lange Wartezeiten auf medizinische Therapieangebote, medizinische Rehabilitationen, arbeitsmarktpolitische Maßnahmen oder Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation (und damit einhergehende Bewilligungsprozesse) den Genesungs- und damit Wiedereingliederungsprozess negativ beeinflussen. Oftmals lösen lange Wartezeiten sogar gesundheitliche Folgeproblematiken (auf körperlicher wie auch psychischer Ebene) aus. Umgekehrt hat sich gezeigt, dass je kürzer eine betroffene Person auf Befunde, Bescheide, ärztliche Termine, Therapieangebote, berufliche Rehabilitationsmaßnahmen etc. warten muss, desto schneller ist die Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt und steht sie dem Arbeitsmarkt wieder zur Verfügung. Daher ist es von zentraler Bedeutung für den individuellen Heilungsprozess und damit die Wiedereingliederungschancen älterer gesundheitlich eingeschränkter Menschen, dass möglichst kurze Wartezeiten auf unterschiedliche medizinische und/oder arbeitsmarktpolitische Maßnahmen (und schnelle Entscheidungsverfahren) sichergestellt werden.

## **12.5 Innerbetriebliche Rehabilitationsformen**

Als wesentliches Erfolgskriterium der beruflichen Rehabilitation hat sich eine enge unternehmens- bzw. betriebsnahe Ausbildung erwiesen. Derzeit erfolgt die Anbindung der beruflichen Rehabilitation an Unternehmen bzw. Betriebe im Rahmen von Praktika. Der so aufgebaute Kontakt zum Betrieb stellt in vielen Fällen die Grundlage für eine spätere Übernahme der AbsolventInnen dar. Eine stärkere Einbindung der beruflichen Rehabilitation an die Unternehmens- bzw. Betriebstätigkeiten gilt es jedoch weiter zu fördern. Überlegungen können sogar bis zu Formen der innerbetrieblichen beruflichen Rehabilitation reichen, in der die berufliche Rehabilitation als eine Art Lehre organisiert wird und die Aus- bzw. Weiterbildungen im Betrieb erfolgen. Dies hat zudem den Vorteil, dass der Betrieb auf die jeweiligen spezifischen Anforderungen hin maßgeschneidert ausbilden kann.

Diese Überlegungen spielen insbesondere als präventive Maßnahmen eine zentrale Rolle und könnten bereits dann eingesetzt werden, wenn Arbeitslosigkeit aufgrund reduzierter Arbeitsunfähigkeit droht. Wenn also absehbar ist, dass eine Person ihre Tätigkeit aufgrund gesundheitlicher Probleme nicht mehr dauerhaft ausüben wird können, könnte eine berufliche Rehabilitation im eigenen Betrieb vor Arbeitslosigkeit im Alter schützen. In diesem Zusammenhang könnten auch Modelle angedacht werden, die Bildungskarenz und berufliche Rehabilitation verbinden.

## **12.6 Verschränkung von Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation**

Aus unterschiedlichen Perspektiven – von Seiten der Betroffenen, der Betriebe, der beteiligten Institutionen – wurde im Zuge der Forschung darauf hingewiesen, dass eine Verschränkung von Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation als äußerst sinnvoll für den gesamten Genesungs- und Wiedereingliederungsprozess erscheint. Dies bedeutet insbesondere, unterschiedliche – auch niederschwellige – Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation bzw. Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt bereits sehr früh im Genesungsprozess einzugliedern. Damit sollen möglichst frühzeitig berufliche Betätigungsfelder, die trotz der gesundheitlichen Problematik ausgeübt werden können, aufgezeigt und rasch verfolgt werden. Umgekehrt wirkt eine frühzeitige Auseinandersetzung mit Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation stabilisierend und kann so den Genesungsprozess beschleunigen, was wiederum vor allem bei psychischen Erkrankungen von Bedeutung ist. Unterschiedliche Möglichkeiten der Verschränkung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation befinden sich derzeit Diskussion und Pilotierung.

## **12.7 Besonderer Fokus auf Rehabilitationsmöglichkeiten bei psychischen Erkrankungen**

Besonderes Augenmerk muss auf den Bereich der psychischen Erkrankungen gelegt werden. Nicht zuletzt aufgrund sich verändernder Anforderungen im Arbeitsalltag – auch im Kontext von Globalisierungsprozessen – kommt es immer häufiger zu psychischen Problematiken, die sich aus der Arbeitssituation bzw. aus Herausforderungen in Zusammenhang mit Vereinbarkeit von Familie und Beruf bzw. Work-Life-Balance ergeben. Gleichzeitig zeigt die Erfahrung, dass gerade psychische Erkrankungen einen sehr langwierigen Genesungsprozess bedeuten. Eine Evaluierung des qualitativen und quantitativen Bedarfs der medizinischen und beruflichen Rehabilitationsmöglichkeiten im Bereich der psychischen Erkrankungen stellt eine wichtige Grundlage für die bedarfsgerechte Versorgungsplanung dar. Insbesondere der Frage der zielgruppenspezifischen Bedarfsstruktur sollte dabei Beachtung geschenkt werden.

## **12.8 Mehrsprachige Angebote und Berücksichtigung der transkulturellen Kompetenz**

Im Kontext zielgruppenspezifischer Maßnahmen spielen allen voran mehrsprachige sowie transkulturelle Angebote eine besondere Rolle, denn die wechselseitige Verständigung ist zentrale Voraussetzung für den Erfolg sowohl medizinischer wie auch beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen. Dabei ist auch mitzudenken, wie etwaige Angebote spezifischer Deutschkurse (z.B. Fachvokabular als Vorbereitung für eine medizinische Rehabilitation) integriert werden könnten. Wichtig ist jedoch, dass nicht nur sprachliche Aspekte berücksichtigt werden, sondern auch transkulturelle. Insbesondere transkulturelle Kompetenzen können den Genesungsverlauf von Personen mit Migrationshintergrund positiv beeinflussen, da durch den Einsatz transkultureller Ansätze auch kulturspezifischen



Besonderheiten in Bezug auf die Erklärungszusammenhänge von Gesundheit und Krankheit Rechnung getragen werden kann.

## **12.9 Aufweichung der Bedeutung des Berufsschutzes**

Die Ergebnisse haben deutlich gezeigt, dass die Voraussetzung des Berufsschutzes für viele Bevölkerungsgruppen eine Hürde beim Zugang zu Maßnahmen der Rehabilitation ist. Insbesondere MigrantInnen, die nicht die nötigen Beschäftigungszeiten in Österreich nachweisen können oder sehr häufig (dequalifiziert) in Hilfsarbeitstätigkeiten beschäftigt waren, sind aufgrund des Fehlens eines Berufsschutzes von bestimmten Leistungen des Rehabilitationssystems ausgeschlossen. Die Bedeutung des Berufsschutzes als Anspruchsvoraussetzung für Rehabilitationsleistungen stellt somit für bestimmte Bevölkerungsgruppen eine wesentliche Barriere dar. Aufweichungen in diesem Bereich würden für betroffene Personengruppen eine wesentliche Erleichterung darstellen. Zu den betroffenen Personengruppen zählen all jene, die aus verschiedensten Gründen nicht eine „normale“ Erwerbsbiografie verzeichnen, sondern z.B. aufgrund von Migration nur einen kurzen Teil ihres Lebens am österreichischen Arbeitsmarkt verbracht haben oder aufgrund von Kinderbetreuungs- und Altenpflegepflichten ihre Erwerbstätigkeit (sehr lange) unterbrechen mussten.

## Literaturverzeichnis

- Adam, Yvonne/Stülb, Magdalena (2009): Brauchen wir spezifisches Wissen in der medizinischen Versorgung von Migrant/inn/en? Qualifizierungsangebote zur transkulturellen Kompetenz im Gesundheitswesen. In: Rasky, Eva (Hrsg.): Gesundheit hat Bleiberecht – Migration und Gesundheit. Facultas WUV, S. 87-96.
- Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) (2017). Betriebliche Gesundheitsförderung.  
<https://www.auva.at/portal27/auvaportal/content?contentid=10007.670895&viewmode=content> [Zugang am 28.09.2017]
- Anzenberger, J., Bodenwinkler, A., Breyer, E. (2015): Migration und Gesundheit. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Im Auftrag der Arbeiterkammer Wien und des Bundesministeriums für Gesundheit
- Arbeiterkammer (AK) (2017). Altersteilzeit.  
<https://www.arbeiterkammer.at/beratung/arbeitsrecht/pension/altersteilzeit/Altersteilzeit.html> [Zugang am 03.10.2017]
- Backhaus, Klaus/Erichson, Bernd/Plinke, Wulff/Weiber, Rolf (2003): Multivariate Analysemethoden – Eine anwendungsorientierte Einführung. Springer, Berlin.
- Badura, B./Ducki, A./Schröder, H./Klose, J./Meyer, M. (Hrsg.) (2016): Fehlzeiten-Report 2016. Unternehmenskultur und Gesundheit – Herausforderungen und Chancen. Springer, Berlin-Heidelberg.
- Bauer, Werner (2008): Zuwanderung nach Österreich. Österreichische Gesellschaft für Politikberatung und Politikentwicklung, Wien.  
[http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/zuwanderung\\_nach\\_oesterreich\\_studie2008\\_oegpp.pdf](http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/zuwanderung_nach_oesterreich_studie2008_oegpp.pdf)
- Baykara-Krumme, Helen/Motel-Klingebiel, Andreas/Schimany, Peter (Hrsg.) (2012): Viele Welten des Alterns – Ältere Migranten im alternden Deutschland. Alter(n) und Gesellschaft Band 22. Springer VS.
- Belabed, Eva (2015): Angriff auf die Lebens- und Arbeitsbedingungen – Trendwende zu erwarten?, in WISO 2012/2: 49-64.
- Bertelsmann Stiftung/Hans Böckler Stiftung (2002). Expertenkommission Betriebliche Gesundheitspolitik. Zwischenbericht, Gütersloh/Düsseldorf.
- Berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum (BBRZ) (2016). Leistungskatalog 2016.
- Biffel, Gudrun (2016): Migration and Labour Integration in Austria. SOPEMI Report on Labour Migration Austria 2014-15. Monograph Series Migration and Globalisation, Edition Donau-Universität Krems, Department for Migration and Globalisation. <http://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/departement/migrationglobalisierung/forschung/sopemi/biffel-sopemi-2015.pdf>
- Biffel, Gudrun (2015): Maschinen und ihre Rolle in der Neugestaltung der Arbeit und Gesellschaft. In NÖ Forschungs- und Bildungsges.m.b.H und Donau-Universität Krems (Hg.) Glücksbilder. Die Wirklichkeit der Utopien. Tagungsband zum Symposium Dürnstein 2015, Krems/St.Pölten.
- Biffel, Gudrun (2011): Entwicklung der Migrationen in Österreich aus historischer Perspektive. In Gudrun Biffel & Nikolaus Dimmel (Hg.) Migrationsmanagement Band 1. Grundzüge des Managements von Migration und Integration: S 33. Omnium Verlag, Bad Vöslau.
- Biffel, Gudrun (2005): The Socio-Economic Background of Health in Austria. With Special Emphasis on the Role of the Employment Status, Austrian Economic Quarterly, 2005 10(1): 40-54).
- Biffel, Gudrun (2003): Socio-Economic Determinants of Health and Identification of Vulnerable Groups in the Context of Migration: The Case of Austria, WIFO Working Papers, 2003, (206.)  
[http://www.wifo.ac.at/jart/prj3/wifo/resources/person\\_dokument/person\\_dokument.jart?publikationsid=24517&mime\\_type=application/pdf](http://www.wifo.ac.at/jart/prj3/wifo/resources/person_dokument/person_dokument.jart?publikationsid=24517&mime_type=application/pdf)
- Biffel, Gudrun (1996). Entwicklung der Langzeitarbeitslosigkeit in Österreich und Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung“, WIFO-Monatsberichte, 1996, 69(1): 69-82.  
[http://www.wifo.ac.at/bibliothek/archiv/MOBE/1996Heft01\\_069\\_082.pdf](http://www.wifo.ac.at/bibliothek/archiv/MOBE/1996Heft01_069_082.pdf)
- Biffel, G. & Altenburg, F. (Hrsg.) 2012. Migration and Health in Nowhereland. Access of undocumented migrants to work and health care in Europe. Verlag Omnium, Bad Vöslau.

- Biffel, G., Faustmann, A., Rössler, L., Skrivaneck, I. (2012). Schnittstelle Arbeitsmarkt. Individuelle und strukturelle Hürden bei der Erwerbsintegration von (arbeitsmarktfernen) Personen, insbesondere solchen mit Migrationshintergrund, in der Steiermark. Steps\_2 –begleitende Evaluierung. [http://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/department/migrationglobalisierung/forschung/biffel-et-al\\_steps2-stmk\\_endbericht.pdf](http://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/department/migrationglobalisierung/forschung/biffel-et-al_steps2-stmk_endbericht.pdf)
- Biffel, G./ Faustmann, A./ Gabriel, D./ Leoni, T./ Mayrhuber, C./ Rückert, E. (2011). Psychische Belastungen der Arbeit und ihre Folgen. Studie der DUK/WIFO im Auftrag der AK-Wien. <http://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/department/migrationglobalisierung/forschung/ak-wien-psychische-belastungen-2011.pdf>
- Biffel, G./ Isaac, J. (2007). The Challenge of Ensuring a Healthy Workforce in an Ageing Society: Austria and Australia in comparison. *Austrian Economic Quarterly* 3/2007. [http://www.wifo.ac.at/jart/prj3/wifo/resources/person\\_dokument/person\\_dokument.jart?publikationsid=30079&mime\\_type=application/pdf](http://www.wifo.ac.at/jart/prj3/wifo/resources/person_dokument/person_dokument.jart?publikationsid=30079&mime_type=application/pdf)
- Biffel, Gudrun/Isaac, Joe (2005): Sustaining Employment of Older Workers in an Ageing Society, WIFO Working Papers 256/2005.
- Biffel, Gudrun/Leoni, Thomas (2006): Handlungsoptionen für eine Erhöhung der Einkommensgerechtigkeit und Chancengleichheit für Frauen in Oberösterreich. WIFO-Studie im Auftrag der Kammer für Arbeiter und Angestellte für Oberösterreich. [http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/biffel\\_leoni\\_ooe\\_frauen\\_optionen2006.pdf](http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/biffel_leoni_ooe_frauen_optionen2006.pdf)
- Biffel, Gudrun/Pfeffer, Thomas/Skrivaneck, Isabella (2012): Anerkennung ausländischer Qualifikationen und informeller Kompetenzen in Österreich. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Inneres. Schriftenreihe Migration und Globalisierung, Krems (Edition Donau-Universität Krems).
- Binder-Fritz, Christine (2009): Soziale und kulturelle Matrix von Gesundheit und Krankheit: In: Rasky, Eva (Hrsg.): Gesundheit hat Bleiberecht – Migration und Gesundheit. *Facultas WUV*, S. 28-44.
- BKA (2013): Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung 2013–2018. Erfolgreich. Österreich. Wien. Dezember 2013. <http://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=53264>
- Borjas, George (1987). Self-Selection and the Earnings of Immigrants, *American Economic Review (AER)*, Vol. 77 Nr 4: pp. 531-553.
- Buchinger, Herbert (2012): Berufliche Rehabilitation statt Invaliditätspension. In: *WISO* 4/2012.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASS): Abschrift: Kompetenzzentrum Begutachtung und Gesundheitsstraße. [https://www.sozialministerium.at/cms/site/podcast\\_abschrift.html?document=CMS1454411397594](https://www.sozialministerium.at/cms/site/podcast_abschrift.html?document=CMS1454411397594) [Zugriff am 06.07.2017]
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASS) (2016): Beschäftigungs-, Rehabilitations- und Pensionsmonitoring auf Basis der Daten Jänner bis Dezember 2016. Wien.
- Burkert, Carola/Hochfellner, Daniela/Wurdack, Anja (2012). Ältere Migrantinnen und Migranten am Arbeitsmarkt. In: Baykara-Krumme, Helen/Motel-Klingebiel, Andreas/Schimany, Peter (Hrsg.): *Viele Welten des Alterns – Ältere Migranten im alternden Deutschland*. *Alter(n) und Gesellschaft* Band 22. Springer VS. S. 77-100.
- Charta der Vielfalt e.V. (2017). Die Diversity Dimensionen. <https://www.charta-der-vielfalt.de/diversity/diversity-dimensionen.html> [Zugriff am 27.09.2017]
- Cox, T./Rial-González, E. (2002): Work-related stress: the European picture. In: *Magazine of the European Agency for Safety and Health at Work*, 2002, *Magazine* 5, S. 4-6.
- Egger-Subotitsch, A./Liebeswar, C./Wunderl, A./Sinnl, W./Draxl, I./Gruber, M./Wawrinec, A. (2015): *Praxishandbuch: System und Methoden der Beruflichen Rehabilitation in Österreich*. Im Auftrag und mit Unterstützung des AMS Österreich. Wien: Communicatio-Kommunikations- und PublikationsgmbH
- Egger-Subotitsch, A., Stark, M. (2013): fit2work: Implementierungsevaluierung Bericht II. abif - Analyse, Beratung und interdisziplinäre Forschung, im Auftrag des Bundessozialamts, Wien. [http://www.fit2work.at/cms/home/attachments/2/6/6/CH0080/CMS1339583320044/f2w\\_implementierungsevaluierung\\_2013.pdf](http://www.fit2work.at/cms/home/attachments/2/6/6/CH0080/CMS1339583320044/f2w_implementierungsevaluierung_2013.pdf)
- Egger-Subotitsch, A., Poschalko, A., Stark, M. (2012): fit2work: Implementierungsevaluierung Zwischenbericht. abif - Analyse, Beratung und interdisziplinäre Forschung, im Auftrag des Bundessozialamts, Wien.

- Eichhorst, W. (2006). Kombilöhne und Mindestlöhne als Instrumente der Beschäftigungspolitik: Erfahrungen und Handlungsoptionen, IZA Discussion Papers No. 2120, <http://hdl.handle.net/10419/34202>
- Eppel, R./Horvath, Th./Mahringer, H. (2013). Die Struktur und Dynamik von Arbeitslosigkeit, atypischer Beschäftigung und Niedriglohnbeschäftigung in der Längsschnittanalyse 2000/2010. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO) (Hrsg.). Wien
- Esping-Andersen, G. (1990): The Three Worlds of Welfare Capitalism. Princeton University Press.
- European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA) (2007): Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health. Luxemburg.
- Eurostat (2016): Self-perceived health statistics. [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Self-perceived\\_health\\_statistics](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Self-perceived_health_statistics).
- Eurostat (2011): Indicators of Immigrant Integration. A Pilot Study. Theme: Population and social conditions, Collection: Methodologies & Working papers, Luxembourg.
- Flick, Uwe (2012). Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Hamburg, 5. Auflage
- Frosch, Katharina (2007). Einfluss soziodemografischer Faktoren und der Erwerbsbiographie auf die Reintegration von Arbeitssuchenden: Schlechte Chancen ab Alter 50? Rostocker Zentrum – Diskussionspapier No.11.
- Fry, Christine L./Dickerson-Putman, Jeanette/Draper, Patricia/Ikels, Charlotte/Keith, Jennie/Glascock, Anthony P./Harpending, Henry C. (1997): Culture and the Meaning of a Good Old Age. In: Sokolovsky Jay (Ed.): The cultural context of aging — worldwide perspectives. 2nd edition, Westport (CT): Bergin & Garvey. S. 99–123.
- Füzi, Judith/ Reichardt, Berthold (2009): Macht Arbeitslosigkeit krank oder macht Krankheit arbeitslos? In: <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.564232&version=1391184546>
- Gächter, A. (2006): Qualifizierte Einwanderinnen und Einwanderer in Österreich und ihre berufliche Stellung. ZSI Discussion Papers. Wien: Zentrum für Soziale Innovation (ZSI). Retrieved from Qualifications and Curriculum Authority (QCA),
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (SV) (2017). Medizinische Rehabilitation. <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.564714&version=1482310295> [Zugriff am 08.08.2017]
- Hausegger, T., Reidl, C., Scharinger, C. (2012): Begleitende Evaluierung der „Gesundheitsstraße“, Prospect Unternehmensberatung, Wien
- Help.gv (2017a): Maßnahmen und Leistungen für Dienstgeber. <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/201/Seite.2010130.html> [Zugriff am 02.10.2017]
- Help.gv (2017b): Maßnahmen und Leistungen für ältere Arbeitnehmer. <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/201/Seite.2010200.html> [Zugriff am 02.10.2017]
- Help.gv (2017c): Sozialversicherungsbeiträge für ältere Arbeitnehmer. <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/201/Seite.2010300.html> [Zugriff am 02.10.2017]
- Help.gv (2017d): Eingliederungsbeihilfe („Come Back“). <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/201/Seite.2010120.html#ein> [Zugriff am 02.10.2017]
- Hooshmandi-Robia, Bettina (2014): Early Intervention 50+ - Ein neues Beratungsprojekt in Wien für arbeitssuchende Personen 50+ im Auftrag des AMS Wien. FokusInfo67/November 2014.
- Höpflinger, François (2016): Leistungsfähigkeit und Lebensalter. In: HR Today Nr.12/2016: Generation 50+. <https://www.hrtoday.ch/de/article/leistungsaehigkeit-und-lebensalter> [Zugriff am 27.09.2017]
- Höpflinger, François (2009): Sozialgerontologie: Alter im gesellschaftlichen Wandel und neue soziale Normvorstellungen zu späteren Lebensjahren. In: Klie, Thomas/Kumlehn, Martina/Kunz, Ralph (Hrsg.): Praktische Theologie des Alterns. Walter de Gruyter, Berlin, S. 55-73.
- Ilmarinen, Juhani/Tempel, Jürgen (2002): Arbeitsfähigkeit 2010 – Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben? VSA-Verlag Hamburg.
- ILO (Internationale Organisation für Arbeit) (2001): Code of practice on managing disability in the workplace, Genf. <http://www.ilo.org/public/english/standards/relm/gb/docs/gb282/pdf/tmemdw-2.pdf>.

- International classification of diseases (ICD): ICD-10 WHO 2013; deutsche Übersetzung vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des deutschen Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben
- Jacobsen, Heike (2010): Strukturwandel der Arbeit im Tertiärisierungsprozess. In: Böhle, Fritz/Voß, Günter G./Wachtler, Günther: Handbuch Arbeitssoziologie. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 203-228.
- Keller, F./ Wolfersdorf, M./ Steiner, B./ Hautzinger, M. (1993): Zur Abhängigkeit von Alter und Lebensereignissen bei Depressiven. In: Möller, Hans-Jürgen/ Rohde, Anke (Hrsg.). Psychische Krankheit im Alter. Springer Verlag Berlin Heidelberg: S. 192-195
- Kirilova, S./ Biffel, G./Pfeffer, T./Skrivanek, I./Egger-Subotitsch, A./ Kerler, M./Doll, E. (2016):Anerkennung von Qualifikationen. Fakten, Erfahrungen, Perspektiven. Eine theoretische und empirische Auseinandersetzung zu im Ausland erworbenen Qualifikationen in Österreich. ÖIF-Forschungsbericht, Wien.  
<https://www.integrationsfonds.at/publikationen/forschungsberichte/anererkennung-von-qualifikationen/>
- Kleffmann, A., Weinmann, S., Föhres, F., Müller, B. (1997): Melba –Psychologische Merkmalprofile zur Eingliederung Behinderter in Arbeit, Forschungsprojekt Az.-VB 1-58330/53, Universität Siegen
- Konle-Seidl, R. (2008): Hilferformen und Aktivierungsstrategien im internationalen Vergleich, IAB-Forschungsbericht, Nürnberg, 2008, 7.
- Kümmerling, Angelika/ Jansen, Andreas/ Lehndorff, Steffen (2008): Immer mehr Frauen sind erwerbstätig – aber mit kürzeren Wochenarbeitszeiten. IAQ-Report 2008-04 – Aktuelle Forschungsergebnisse aus dem Institut Arbeit und Qualifikation. Universität Duisburg/Essen.
- Kytir, J. (2013): Brennpunkt Demografie - Strategien für eine demografische Wende, Statistik Austria.  
<https://www.wko.at/Content.Node/Interessenvertretung/Daten--Fakten--Zahlen/ooe/Kytir.pdf> (Zuletzt abgerufen am 24.6.2016)
- Lamnek, Siegfried (2010): Qualitative Sozialforschung. Beltz Verlag, Weinheim – Basel, 5. Auflage
- Laubenthal, Barbara/Pries, Ludger (2012): Alter und Migration – eine transnationale Perspektive. In: Baykarakrumme, Helen/Motel-Klingebiel, Andreas/Schimany, Peter (Hrsg.): Viele Welten des Alterns – Ältere Migranten im alternden Deutschland. Alter(n) und Gesellschaft Band 22. Springer VS. S. 385-410.
- Leenen, Wolf Rainer/ Scheitza, Alexander/ Wiedemeyer, Michael (2006): Diversität nutzen. Münster: Waxmann Verlag GmbH
- Leoni, Thomas (2015): Soziale Unterschiede in Gesundheit und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung. In: WFI-Monatsberichte 2015, 88 (8), 649-662.
- Lessenich, S./Ostner, I. (1998): Welten des Wohlfahrtskapitalismus - Wandel der Wohlfahrtsstaatenforschung: Beiträge aus der „dritten Welt“. In: Welten des Wohlfahrtskapitalismus: Der Sozialstaat in vergleichender Perspektive (Bd. 40).
- Litschel, Veronika/Löffler, Roland/Petanovitsch, Alexander/Schmid, Kurt (2016): Meta-Analyse von rezenten Studien zur Arbeitsmarktpolitik für Ältere in Österreich: Endbericht. Wien: Arbeitsmarktservice Österreich.
- Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union, verabschiedet am 27-28. November 1997, aktualisiert Juni 2005 und Januar 2007 (Stand 02.02.2009)  
<http://www.netzwerk-bgf.at/cdscontent/load?contentid=10008.571220&version=1391192956> [Zugang am 28.09.2017]
- Magistrat der Stadt Wien (Hrsg.) (2014): Gendersensible Statistik: Lebensrealitäten sichtbar machen. In: Statistik Journal Wien 2/2014: 74
- Markussen, S., Arnstein, M., Røed, K. (2012): "The case for presenteeism — Evidence from Norway's sickness insurance program". Journal of Public Economics 96, Nr. 11 (2012): 959–972.
- Mau, S./Verwiebe, R. (2009): Die Sozialstruktur Europas (1. Aufl.). UTB, Stuttgart.
- Meyers, Simone (2008). Soziale Ungleichheit, soziale Beziehungen und Gesundheitsverhalten. In: Bauer, Ullrich/Bittlingmayer, Uwe H./Richter, Matthias (Hrsg.): Health Inequalities – Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. VS Verlag, S. 257-270.

- Niederberger, K., Hiesmair, M., Schmatz, T. (2014): Individueller Nutzen beruflicher Reha-Ausbildungen. Studie des Instituts für Berufs- und Erwachsenenbildungsforschung an der Universität Linz im Auftrag der BBRZREHA Ges.m.H., Linz.
- Niedermüller, Hans/ Hofecker, Gerhard (2004): Lebensdauer: Genetische Determinierung und lebensverlängernde Strategien. In: Ganten, Detlev/ Ruckpaul, Klaus (Hrsg.). Molekularmedizinische Grundlagen von altersspezifischen Erkrankungen, Berlin Heidelberg: Springer Verlag
- Niederösterreichische Gebietskrankenkasse (Noe GKK) (2017): Dauer des Krankengeldanspruchs. <https://www.noegkk.at/portal27/noegkkportal/content?contentid=10007.702563&viewmode=content> [Zugriff am 01.06.2017]
- OECD (2015a): Pensions at a Glance 2015: OECD and G20 indicators, OECD Publishing, Paris. [http://dx.doi.org/10.1787/pension\\_glance-2015-en](http://dx.doi.org/10.1787/pension_glance-2015-en)
- OECD (2015b): Fit Mind, Fit Job: From evidence to practice in mental health and work. Mental Health and Work, OECD Publ. Paris.
- OECD (2010): Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. Paris. <http://www.oecd-ilibrary.org/content/book/9789264088856-en>.
- OECD (2005): Ageing and Employment policies: Austria, Paris.
- Österreichische Austauschdienst (OeAD) (2017): Internationale Standardklassifikation im Bildungswesen (ISCED). <http://www.bildungssystem.at/footer-boxen/isced-klassifikation/internationale-standardklassifikation-im-bildungswesen/>
- Patera, Nikolaus (2011): Soziale Determinanten von Gesundheit und gesundheitliche Ungleichheit. In: Sozialversicherungsträger (Hrsg.). Neue Wege: Einkommen und Gesundheit – Soziale Sicherheit 1/2011: S. 44-47
- Pensionsversicherungsanstalt (PVA) (2017): Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension / SRÄG 2012, <http://www.pensionsversicherung.at/portal27/pvportal/content?contentid=10007.707563&viewmode=content>, zuletzt abgerufen am 11.7.2017.
- Pensionsversicherungsanstalt (PVA) (2017): Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension – Geburtsjahrgänge bis 1963. <http://www.pensionsversicherung.at/portal27/pvportal/content?contentid=10007.707670&viewmode=content>, zuletzt abgerufen am 11.7.2017.
- Pensionsversicherungsanstalt (PVA) (2017b): Berufliche und soziale Maßnahmen der Rehabilitation – fit2work.
- Pensionsversicherungsanstalt (PVA) (2017c): Medizinische Rehabilitation und Gesundheitsvorsorge. <http://www.pensionsversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.577843&version=1487746716>
- Pensionsversicherungsanstalt (PVA) (2016a): Witwen(Witwer)-pension – Pension für hinterbliebene eingetragene PartnerInnen. <http://www.pensionsversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.577833&version=1470220769>.
- Pensionsversicherungsanstalt (PVA) (2016b): Waisenpension. <http://www.pensionsversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.577839&version=1453471168>.
- Pensionsversicherungsanstalt (PVA) (2016c): Alterspension. <http://www.pensionsversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.577826&version=1467871679>
- Pensionsversicherungsanstalt (PVA) (2016d): Vorzeitige Alterspension bei langer Versicherungsdauer (und Langzeitversicherungspensionen). <http://www.pensionsversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.577842&version=1453988761>
- Pensionsversicherungsanstalt (PVA) (2016e): Korridorpension. <http://www.pensionsversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.577825&version=1453904538>
- Pensionsversicherungsanstalt (PVA) (2016f): Schwerarbeitspension. <http://www.pensionsversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.577821&version=1453715217>
- Pensionsversicherungsanstalt (PVA) (2016g): Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension. <http://www.pensionsversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.577845&version=1470220076>
- Pensionsversicherungsanstalt (PVA) (2015a): Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension – Geburtsjahrgänge bis 1963.

- <http://www.pensionsversicherung.at/portal27/pvportal/content?contentid=10007.707670&viewmode=content> [Zugriff am 07.07.2017]
- Pensionsversicherungsanstalt (PVA) (2015b): Rehabilitation.  
<http://www.pensionsversicherung.at/portal27/pvportal/content/contentWindow?contentid=10007.707578&action=2> [Zugriff am 08.08.2017]
- Pensionsversicherungsanstalt (PVA) (2015c): Berufliche Rehabilitation.  
<http://www.pensionsversicherung.at/portal27/pvportal/content?contentid=10007.707590&viewmode=content> [Zugriff am 18.08.2017]
- Perchinig, B. (2010): Von der Fremdarbeit zur Integration? Migrations- und Integrationspolitik in Österreich seit 1945. In: Vida Bakondy, Simonetta Ferfaglia, Jasmina Janković, Cornelia Kogoj, Gamze Ongan, Heinrich Pichler, Ruby Sircar und Renée Winter (Hg.): Viel Glück! Migration heute. Wien, Belgrad, Zagreb, Istanbul. Good Luck! Migration Today. Vienna, Belgrade, Zagreb, Istanbul. Vienna (Mandelbaum Verlag) 2010, 142 – 160.
- Pfabigan, Doris (2009): Prinzipien der gesundheitlichen Versorgung für MigrantInnen – transkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen. In: Rasky, Eva (Hrsg.): Gesundheit hat Bleiberecht – Migration und Gesundheit. Facultas WUV, S. 72-86.
- Pinggera, Winfried/ Pöltner, Walter/ Sladecsek, Einar (2014): Pension & Invalidität: Alles über Ihre Rechte und Pflichten. Wien: MANZsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung GmbH
- Razum, Oliver (2009): Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt. In: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit – Grundlagen, Probleme, Perspektiven. VS Verlag, S. 267-282.
- Reinprecht, C. (2006): Nach der Gastarbeit, Prekäres Altern in der Einwanderungsgesellschaft, Braumüller Verlag, Sociologica Band 9, Wien
- Rifkin, Jeremy (2014): The zero marginal cost society. The internet of things, the collaborative commons, and the eclipse of capitalism. Palgrave & Macmillan.
- Rothschild, K.W. (1977): Arbeitslosigkeit in Österreich 1955-1975", Veröffentlichung des Österreichischen Instituts für Arbeitsmarktpolitik Linz 1977 (23).
- Schmatz, Susi/Wetzel, Petra (2015): Begleitevaluation neuer Beschäftigungsprojekte des AMS Oberösterreich für Beeinträchtigte ohne Chance auf Invaliditätspension, in: AMS info 334: 1-4.
- Spallek, Jacob/Razum, Oliver (2008): Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten. In: Bauer, Ullrich/Bittlingmayer, Uwe H./Richter, Matthias (Hrsg.): Health Inequalities – Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. VS Verlag, S. 271-288.
- Stadler, B., Wiedenhofer-Galik, B. (2011): Dequalifizierung von Migrantinnen und Migranten am österreichischen Arbeitsmarkt. Statistik Austria. Wien. 2011
- Statistik Austria (2016): migration & integration. zahlen.daten.indikatoren 2016. Wien.
- Statistik Austria (2015): Arbeitsmarktsituation von Migrantinnen und Migranten in Österreich, Modul der Arbeitskräfteerhebung 2014. Wien.
- Statistik Austria (2015a): migration & integration. zahlen. daten. indikatoren 2015.  
[http://www.bmeia.gv.at/fileadmin/user\\_upload/Zentrale/Integration/Integrationsbericht\\_2015/20150709\\_migration\\_integrationsbericht2015-EU.pdf](http://www.bmeia.gv.at/fileadmin/user_upload/Zentrale/Integration/Integrationsbericht_2015/20150709_migration_integrationsbericht2015-EU.pdf)
- Statistik Austria (2015b): Lebensbedingungen in Österreich – ein Blick auf Erwachsene, Kinder und Jugendliche sowie (Mehrfach-)Ausgrenzungsgefährdete. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien.
- Statistik Austria (2013a): Erwerbstätigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Modul der Arbeitskräfteerhebung 2011. Wien.
- Statistik Austria (2013b): migration & integration. zahlen. daten. indikatoren 2013.  
[http://www.bmeia.gv.at/fileadmin/user\\_upload/Zentrale/Integration/Integrationsbericht\\_2013/Statistisches\\_Jahrbuch\\_2013.pdf](http://www.bmeia.gv.at/fileadmin/user_upload/Zentrale/Integration/Integrationsbericht_2013/Statistisches_Jahrbuch_2013.pdf)
- Statistik Austria (2012): migration & integration. zahlen. daten. indikatoren 2012.  
[http://www.bmeia.gv.at/fileadmin/user\\_upload/Zentrale/Integration/Integrationsbericht\\_2012/migration\\_integrationsbericht\\_2012\\_72dpi.pdf](http://www.bmeia.gv.at/fileadmin/user_upload/Zentrale/Integration/Integrationsbericht_2012/migration_integrationsbericht_2012_72dpi.pdf)

- Statistik Austria (2011): migration & integration. zahlen. daten. indikatoren 2011. [http://www.bmeia.gv.at/fileadmin/user\\_upload/Zentrale/Integration/Expertenrat/Web\\_Jahrbuch\\_72dpi.pdf](http://www.bmeia.gv.at/fileadmin/user_upload/Zentrale/Integration/Expertenrat/Web_Jahrbuch_72dpi.pdf)
- Statistik Austria – MZ AKE (2016): Erwerbstätige und unselbstständige Erwerbstätige nach Vollzeit/Teilzeit und Geschlecht seit 1994. [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/arbeitsmarkt/arbeitszeit/teilzeitarbeit\\_teilzeitquote/062882.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/arbeitsmarkt/arbeitszeit/teilzeitarbeit_teilzeitquote/062882.html)
- Statistik Austria – MZ AKE (2016a): Unselbstständige Erwerbstätige nach wöchentlichen Über- bzw. Mehrstunden und Geschlecht [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/arbeitsmarkt/arbeitszeit/durchschnittlich\\_geleistete\\_arbeitszeit\\_ueberstunden/062885.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/arbeitsmarkt/arbeitszeit/durchschnittlich_geleistete_arbeitszeit_ueberstunden/062885.html)
- Statistik Austria – MZ AKE (2016b): Teilzeiterwerbstätige (ILO) nach Grund für Teilzeitarbeit, Alter und Geschlecht – Jahresdurchschnitt 2016. [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/soziales/gender-statistik/erwerbstaetigkeit/062499.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/gender-statistik/erwerbstaetigkeit/062499.html)
- Strumpfen, Sarina (2012): Altern in fortwährender Migration bei älteren Türkeistämmigen. In: Baykara-Krumme, Helen/Motel-Klingebiel, Andreas/Schimany, Peter (Hrsg.): Viele Welten des Alterns – Ältere Migranten im alternden Deutschland. Alter(n) und Gesellschaft Band 22. Springer VS. S. 411-433.
- Titelbach, Gerlinde/Müllbacher, Sandra/Fink, Marcel/Hofer, Helmut (2015): Arbeitslosigkeitsbetroffenheit und Wiederbeschäftigung Älterer im Vergleich zu Jüngeren am österreichischen Arbeitsmarkt. Wien: Institut für Höhere Studien.
- Tucci, Ingrid/Yildiz, Safiye (2012): Das Alterseinkommen von Migrantinnen und Migranten. In: Baykara-Krumme, Helen/Motel-Klingebiel, Andreas/Schimany, Peter (Hrsg.): Viele Welten des Alterns – Ältere Migranten im alternden Deutschland. Alter(n) und Gesellschaft Band 22. Springer VS. S. 101-125.
- Vogt, Marion/ Elsigan, Gerhard (2011): Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich (Wissen 2). GÖG/FGÖ (Hrsg.), Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich. Wien
- Waddell, G., Burton, K.A. (2006): Is work good for your health and well-being? The Stationery Office, London.
- Weichbold, Martin/ Aschauer, Wolfgang/ Krisch, Laura/ Foidl, Miriam/ Wimmer, Bernd (2015). Anerkennungshürden bei MigrantInnen in Salzburg – Endbericht Jänner 2015 Im Auftrag von AK Salzburg
- Wermuth, E., Woodtly, R. (2008): Klärung des Begriffs Disability Management und die Rolle der Sozialen Arbeit. In Sozial Aktuell, 2, 2008, Schwerpunkt Disability Management, S. 14-18.
- WHO (World Health Organization) (2006). Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Dänemark.
- WHO (World Health Organization) (1948): Constitution of the World Health Organization.
- Wilke, Ralf/ Wichert, Laura (2004). Dauer der Arbeitslosigkeit: persönliche Erwerbsgeschichte ausschlaggebend. In: Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (Hrsg.). ZEWnews. November 2004. Mannheim: S.3
- Wirtschaftskammer (WKO) (2017): Krankenentgelt der Arbeiter. [https://www.wko.at/service/arbeitsrecht-sozialrecht/Krankenentgelt\\_der\\_Arbeiter.html](https://www.wko.at/service/arbeitsrecht-sozialrecht/Krankenentgelt_der_Arbeiter.html) [Zugriff am 05.07.2017]
- Ziegler, Petra/Müller-Riedlhuber, Heidemarie (2016): Lifelong Guidance und Arbeitsmarktintegration: Analyse von Good Practice Beispielen für ältere Personen (50+) in ausgewählten europäischen Ländern. Wien. Wiener Institut für Arbeitsmarkt- und Bildungsforschung.
- Zimmermann, Harm-Peer (2012): Altersbilder von türkischen Migrantinnen und Migranten in Deutschland im Vergleich. In: Baykara-Krumme, Helen/Motel-Klingebiel, Andreas/Schimany, Peter (Hrsg.): Viele Welten des Alterns – Ältere Migranten im alternden Deutschland. Alter(n) und Gesellschaft Band 22. Springer VS. S. 315-337.