

Praxishandbuch

Gesundheitsförderung für Erwerbstätige und Arbeitsuchende

Theorie und Praxis der Steigerung, Erhaltung und
Wiederherstellung von Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit

Andrea Egger-Subotitsch
Sandra Kerschbaumer
Claudia Liebeswar
Jacqueline Binder



abif – Analyse, Beratung
und interdisziplinäre Forschung
www.abif.at



Arbeitsmarktservice
Österreich
ABI / Arbeitsmarktforschung
und Berufsinformation
www.ams-forschungsnetzwerk.at

Praxishandbuch

Gesundheitsförderung für Erwerbstätige und Arbeitsuchende

Theorie und Praxis der Steigerung, Erhaltung und
Wiederherstellung von Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit

AutorInnen:

Andrea Egger-Subotitsch
Sandra Kerschbaumer
Claudia Liebeswar
Jacqueline Binder

Impressum:

Copyright

abif – Analyse, Beratung und interdisziplinäre Forschung
Einwanggasse 12/5, 1140 Wien, www.abif.at

Grafik

Lanz, 1030 Wien

Wien, Oktober 2013

Im Auftrag und mit Unterstützung des
AMS Österreich, Abt. Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation
Treustraße 35–43, 1200 Wien, www.ams.at

Verlegt bei Communicatio – Kommunikations- und PublikationsgmbH, 1190 Wien

Inhalt

Einleitung	6
1 Gesundheit und Krankheit, Erwerbsarbeit und Arbeitslosigkeit – eine begriffliche Klärung	8
2 Erwerbsarbeit und Gesundheit	9
2.1 Erwerbsfähigkeit	9
2.2 Arbeitsfähigkeit	10
2.3 Employability (Berufsfähigkeit)	10
2.4 Beschäftigungsfähigkeit	11
2.5 Gesundheitsfördernde Dimensionen der Erwerbsarbeit	11
2.6 Gesundheitliche Belastungen im Beruf	13
2.6.1 Körperliche Belastungsfaktoren	13
2.6.2 Psychische Belastungsfaktoren	15
2.6.3 Berufskrankheiten	17
2.7 Der Gesundheitszustand der österreichischen Erwerbsbevölkerung	19
2.7.1 Krankenstände	20
2.7.2 Invaliditäts-, Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitspension	22
3 Arbeitslosigkeit und Gesundheit	26
3.1 Selektionshypothese	27
3.2 Kausalitätshypothese	27
3.2.1 Die Theorie der psychischen Deprivation	27
3.2.2 Theorie der erlernten Hilflosigkeit	28
3.2.3 Soziale Stigmatisierung und Exklusion	28
3.2.4 Gesundheitsfolgen finanzieller Deprivation	28
3.3 Das Circulus-Vitiosus-Modell von Arbeitslosigkeit und Gesundheitsverlust	29
3.4 Moderatorvariablen und Differentielle Arbeitslosigkeitsforschung	29
4 Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention	32
4.1 Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Setting »Betrieb«	34
4.1.1 ArbeitnehmerInnenschutz	35
4.1.2 Betriebliche Gesundheitsförderung	36
4.1.3 Leitlinien und Qualitätskriterien Betrieblicher Gesundheitsförderung	37
4.1.4 Institutionelle Unterstützung	39
4.1.5 BGF in Klein- und Mittelunternehmen	39
4.1.6 BGF in Ein-Personen-Unternehmen	42
4.1.7 Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)	42
4.1.8 Betriebliches Arbeitsfähigkeitsmanagement	43
4.1.9 Berufliche Rehabilitation	43
4.1.10 Betriebliches Eingliederungsmanagement	44
4.1.11 Outplacement und Replacement – Transitionsberatung und Corporate Social Responsibility	45

4.2	Gesundheitsförderung und Prävention für Arbeitsuchende	46
4.2.1	Gesundheitsförderung im klassischen arbeitsmarktpolitischen Setting	47
4.2.2	Beschäftigungsorientiertes Fallmanagement (Case Management) mit gesundheitsbezogener Ausrichtung	48
4.2.3	Gesundheitsförderung in arbeitsmarktnahen Settings	51
4.2.4	Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Gruppen	52
4.2.5	Herausforderungen und Qualitätsmerkmale der Arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung	52
4.2.6	Institutionelle Unterstützung	54
5	Ausgewählte Projekt- und Maßnahmenbeispiele	55
5.1	Gesundheitsförderung im Betrieb	55
5.1.1	WEG – Wirtschaftlicher Erfolgsfaktor Gesundheit	55
5.1.2	Mental Health Promotion Handbooks – Trainingshandbücher für die Förderung der psychischen Gesundheit	55
5.1.3	Fit für die Zukunft – Arbeitsfähigkeit erhalten	56
5.1.4	fit2work – Angebot für Betriebe	57
5.2	Gesundheitsförderung für EPU und bei Arbeitsplatzunsicherheit	58
5.2.1	Gesund und arbeitsfähig von Anfang an (GAVA)	58
5.2.2	SOCOSE – Sozialer Geleitschutz und nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit: Innovative Strategien von Outplacement/Replacement-Beratung	59
5.3	Gesundheitsförderung im arbeitsmarktpolitischen Setting	59
5.3.1	JobFiT	59
5.3.2	Stop And Go! 45+	60
5.3.3	Health4you(th) – Innovative Gesundheitsförderung für arbeitsuchende Jugendliche im arbeitsmarktpolitischen Setting	61
5.4	Case Management	62
5.4.1	fit2work – Angebot für Personen	62
5.4.2	AmigA – Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung	63
5.4.3	Case Management im Anschluss an C4C – Check for Chances, Gesundheitsstraße oder Pensionsverfahren	63
5.4.4	Neue Perspektiven	64
5.5	Gesundheitsförderung im arbeitsmarktnahen Setting	65
5.5.1	(f)itworks – Modellprojekt Gesundheitsförderung für arbeitsuchende Menschen im Arbeitsmarktpolitischen Setting	65
5.5.2	Gemeinsam Gesundheit Gestalten	65
5.5.3	Gesundheits- und altersgerecht Arbeiten in Gemeinnützigen Beschäftigungsprojekten und Sozialökonomischen Betrieben in Wien	66
5.5.4	Balance – Gesundheitsförderung in der Archäologie	67
5.5.5	HOW – Health out of Work – Gesundheit in der Arbeitslosigkeit	67
5.6	Niederschwellige Gesundheitsförderungsangebote für exklusionsgefährdete Gruppen	68
5.6.1	Fit-Start	68
5.6.2	health4teen – Gesundheitsförderung für ausgrenzungsgefährdete Jugendliche mit stadtteilbezogenem Ansatz	69
5.6.3	Loginclusion	69
6	Methodensammlung	71
6.1	Gesundheitszirkel	71
6.2	Stresszirkel	71
6.3	Arbeitsbewältigungs-Coaching® (ab-c®)	72
6.4	Gesundheitsstraße	73
6.5	Gesundheitscoaching für Arbeitsuchende (GeCo)	73
6.6	Entwicklung psychischer Gesundheit in Stabilisierenden Gruppen (SG)	74

7	Analyseinstrumente	75
7.1	Index »Gute Arbeit« des Deutschen Gewerkschaftsbundes	75
7.2	IMPULS-Test zur Messung von Ressourcen und Stressoren der Arbeitsbedingungen	75
7.3	Work Ability Index (WAI) – Arbeitsbewältigungsindex (ABI)	76
7.4	Arbeitsbewältigungsindex Plus (ABI Plus™)	76
7.5	Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS)	77
7.6	Testbatterie »Beschäftigungspotenzial«	77
7.7	Fragebogen zur Arbeitslosigkeit und Beschäftigungsunsicherheit (FABU)	78
8	Wichtige Internetseiten	79
9	Literatur	81
Anhang		87
	Abbildungsverzeichnis	87
	Tabellenverzeichnis	87

Einleitung

Die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen steht auf der Agenda weltweit agierender Organisationen, staatenübergreifender Institutionen sowie einzelner Staaten, Regionen und Interessensgemeinschaften. Der Setting¹-Ansatz der Gesundheitsförderung, der aktuell praktiziert wird, zielt auf sämtliche öffentliche Lebensbereiche ab: Gemeinden, Schulen, Arbeitsstätten etc. Überall dort, wo es sinnvoll und möglich erscheint, soll ein Einfluss zur Steigerung von Gesundheitsbewusstsein ausgeübt werden, und ebenso soll die Schaffung und Gestaltung gesunder Umwelten gefördert werden.

Erwerbsarbeit als zentraler Lebenszusammenhang moderner Gesellschaften steht in einem vielschichtigen Wechselverhältnis mit der Gesundheit. Sie bedingen und ermöglichen, fördern oder hemmen einander und sind dabei nie unabhängig von den Merkmalen der sie umgebenden Rahmenbedingungen und den persönlichen Eigenschaften der Menschen.

Einen Überblick über Theorie und empirische Forschung zu gesellschaftspolitisch relevanten Themenfeldern entlang der Schnittstellen von Arbeit und Gesundheit zu bieten ist ein Ziel dieses Praxishandbuches.

Ein anderes Ziel ist die Beschreibung bisher umgesetzter Initiativen und ihrer Erfolge und Herausforderungen angesichts der spezifischen Bedingungen jener praktischen Arbeitsfelder, in denen arbeitsbezogene Gesundheitsförderung stattfindet. Nach einer einführenden Begriffsbestimmung im ersten Kapitel werden im zweiten Abschnitt anhand von theoretischen Konzepten und empirischen Daten die vielfältigen Verknüpfungen von Erwerbsarbeit und Gesundheit auf der einen und Arbeitslosigkeit und Gesundheit auf der anderen Seite erörtert.

Der dritte Abschnitt behandelt darauf aufbauend die einander ergänzenden Ansätze von Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheit im sich wandelnden Kontext von Arbeit. Dabei soll ganz besonderes Augenmerk auf die Reflexion der realen Bedingungen, innerhalb derer die praktische Umsetzung erfolgt, gelegt werden. Die sich zunehmend etablierende Praxis der Evaluierung umgesetzter Maßnahmen erlaubt, sofern sie ernsthaft betrieben wird und auch der kritischen Auseinandersetzung genug Raum gegeben wird, aus den gemachten Erfahrungen zu lernen und die Ansätze entsprechend weiterzuentwickeln.

Die bisher gut innerhalb des Setting-Ansatzes zu behandelnde Gesundheitsförderung für Erwerbstätige mit eindeutiger Bestimmung der Zielgruppe, Verantwortlichkeit und des Betriebes als Ort der Umsetzung, steht zunehmend vor der Herausforderung, auf die Erosion der etablierten Normalarbeitsverhältnisse und die damit zusammenhängenden neuen Belastungen für Erwerbstätige zu reagieren. Noch komplexer stellt sich die Problemlage im Feld der so genannten »Arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung« dar. Obwohl weitgehend Konsens über ihre sozialpolitische Bedeutung herrscht, gibt es immer noch viele Fragen und wenige Antworten. Als Gründe dafür werden die Heterogenität und die schwere Erreichbarkeit der Zielgruppe sowie Unklarheiten über die Zuständigkeit genannt. Ein Großteil der Bemühungen in diesem Bereich wird von Seiten der Arbeitsmarktpolitik unternommen, innerhalb derer sich ein spezifisches Setting der Gesundheitsförderung herauszubilden scheint.

Abschließend werden im vierten und letzten Abschnitt dieses Infohandbuches Maßnahmen, Projekte, Methoden und Analyseinstrumente vorgestellt, die aufgrund ihrer exemplarischen Bedeutung für die zuvor angestellten Überlegungen ausgewählt wurden. Die Zusammenstellung ist umfangreich, aber bei weitem nicht erschöpfend.

¹ Als (soziale) Settings werden bestimmte, relativ abgrenzbare Lebenswelten von Menschen bezeichnet. Damit können Institutionen, räumlich begrenzte Umwelten oder auch soziale Milieus gemeint sein. Sie alle unterliegen ganz spezifischen Bedingungen, innerhalb derer die Interaktion zwischen den einzelnen Mitgliedern des Settings organisiert ist.

Die vorliegende Publikation stellt eine vollständige Überarbeitung und Weiterführung des 2007 erschienenen Praxishandbuches »Betriebliche und Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung« dar, welches ebenfalls nach wie vor unter www.ams-forschungsnetzwerk.at im Volltext downgeloadet werden kann. Auch das nunmehr vorliegende Praxishandbuch »Gesundheitsförderung für Erwerbstätige und Arbeitssuchende« soll allen Interessierten als Nachschlagewerk wie auch als Anregung dienen und damit den Akteurinnen und Akteuren im arbeitsmarktpolitischen Kontext Ideen für die Einbeziehung von Gesundheitsaspekten im Rahmen ihrer Tätigkeit bieten.

Sabine Putz, René Sturm

AMS Österreich, Abt. Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation (ABI)

www.ams-forschungsnetzwerk.at

Andrea Egger-Subotitsch

abif – Analyse, Beratung und interdisziplinäre Forschung

www.abif.at

1 Gesundheit und Krankheit, Erwerbsarbeit und Arbeitslosigkeit – eine begriffliche Klärung

Arbeit kann grob definiert werden als zielgerichtete und produktive Tätigkeit des Menschen.² Während diese Definition die vielfältigen Formen von Arbeit einschließt, die entgeltlich ebenso wie, etwa im Falle häuslicher und Erziehungsarbeit, unentgeltlich sein können, ist es die (entgeltliche) Erwerbsarbeit, deren subjektiver und normativer Stellenwert im Vergleich zu Arbeit in vielen anderen Lebensbereichen besonders hoch ist.

Erwerbsarbeit wird im europäischen Raum gemäß dem Europäischen System Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen (ESVG) 1995, in Übereinstimmung mit den Standards der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO), derart definiert, dass darunter jegliche selbständige oder unselbständige Tätigkeit fällt, die in einem entsprechenden Arbeits- oder Dienstverhältnis geschieht und/oder auf wirtschaftlichen Erwerb ausgerichtet ist. Jene Personen hingegen, die zwecks Arbeitsvermittlung beim Arbeitsmarktservice (AMS) registriert sind, gelten in Österreich als arbeitslos.³ Das Ausüben einer Erwerbstätigkeit dient keineswegs ausschließlich der finanziellen Existenzsicherung, sondern inkludiert essentielle Möglichkeiten etwa der gesellschaftlichen Teilhabe, des Erlangens eines Gefühls der Sinnhaftigkeit und eines Strukturserwerbs.

Daher ist augenscheinlich, dass mangelhafte Qualität der (Erwerbs-)Arbeitsbedingungen (näheres dazu in Kapitel 2.6) ebenso wie Arbeitslosigkeit (näheres dazu in Kapitel 3) die psychische und physische Gesundheit des Menschen massiv beeinträchtigen kann. Gesundheit ist hier, entsprechend dem heutigen Verständnis, nicht als die simple Abwesenheit von Krankheit zu verstehen. Denn während bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts hinein eine pathogenetisch⁴ orientierte Sichtweise, die kurativ ausgerichtet war, dominant war, beinhaltet bereits die Präambel zur Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine Konzeptualisierung von Gesundheit, die klar salutogenetisch⁵ zu verstehen ist: »Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity«. ⁶ Vermehrt erlangte also die Herstellung von Gesundheit gegenüber der Beseitigung von bereits eingetretenen Erkrankungen und/oder Beeinträchtigungen an Bedeutung. Aaron Antonovsky, der in den 1970er-Jahren das Konzept der Salutogenese ausarbeitete, das heute Niederschlag in sämtlichen Humanwissenschaften gefunden hat, beantwortete dabei die Frage danach, was den Menschen gesund hält, mit unterschiedlich ausgeprägten individuellen Ressourcen,⁷ für deren zweckdienliche Verwendbarkeit jedoch geeignete Umwelt- bzw. in diesem Fall Arbeitsbedingungen unerlässlich sind.⁸

Ebenso veränderte sich die Sichtweise der Gesundheit dahingehend, dass jene nur dann als gegeben gesehen werden könne, wenn nicht nur physische Beschwerdelosigkeit, sondern auch psychische Gesundheit und subjektives Wohlbefinden bestehen. Gesundheitsförderung in jenem Paradigma bezieht sich demnach auf die Beeinflussung der Wechselwirkung zwischen persönlichen und umweltgebundenen gesundheitsfördernden und gesundheitsbelastenden Faktoren bei der Bewältigung von Belastungen in Abhängigkeit zum jeweiligen sozialen Kontext und zur Lebensgeschichte eines Menschen. Ziel ist die Herstellung eines ganzheitlichen, von Vitalität geprägten Wohlergehens.

2 Vgl. Poppelreuter 2009, Seite 7.

3 Vgl. Fachbegriffe-Lexikon des AMS, www.ams.at/ueber_ams/14200.html [26.7.2013].

4 Die Pathogenese beschreibt die Entstehung und Entwicklung von (zunächst physischen) Krankheiten.

5 Die Salutogenese beschreibt die Entstehung und Aufrechterhaltung von (physischer und psychischer) Gesundheit.

6 FAQ der WHO, www.who.int/suggestions/faq/en/index.html [29.7.2013].

7 Vgl. Antonovsky 1997, zitiert in: Schumacher/Brähler 2004, Seite 22.

8 Vgl. WHO 1986, Seite 3.

2 Erwerbsarbeit und Gesundheit

Wenn in Bezug auf Erwerbsarbeit von Gesundheit gesprochen wird, so ist in der Regel ein ganz besonderer Aspekt der Gesundheit gemeint, nämlich Leistungsfähigkeit. Unabhängig davon, ob das Subjekt diese für sich als wichtig erachtet, spielt diese funktionale Sicht auf Gesundheit für das Kollektiv eine große Rolle, denn dieses kann nur dann Verantwortung für schwächere Mitglieder übernehmen und Risiken abfedern, wenn es selbst (vor allem ökonomisch) leistungsfähig bleibt. Die Erhaltung oder Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit möglichst vieler Individuen ist somit das vordringliche Ziel der Gesundheitsförderung im Rahmen der Arbeitswelt, welcher unter den gegebenen Umständen erwerbstätige sowie arbeitslose Personen gleichermaßen angehören.

Theoretisch wird die Verknüpfung von Leistungsfähigkeit mit den Anforderungen der Erwerbsarbeit mithilfe unterschiedlicher Konzepte hergestellt, wobei auffällt, dass diese in der Literatur nicht immer klar voneinander getrennt, oft sogar synonym verwendet werden. Das vorliegende Infohandbuch folgt dabei der Konzeption dieser theoretischen Begriffe, wie sie von Seiler (Abbildung 1) vorgestellt wird. Diese sieht eine zunehmende »qualitative Anreicherung« sowie eine Zunahme der Betonung von »Autonomie und Eigenmacht« der AdressatInnen vor.⁹

Abbildung 1: Schematische Systematisierungen zur Beschäftigungsfähigkeit

Empowerment  Protektion	Beschäftigungsfähigkeit
	Employability
	Arbeitsfähigkeit
	Erwerbsfähigkeit

Quelle: Seiler 2009, Seite 66, leicht abgewandelte Darstellung.

2.1 Erwerbsfähigkeit

Der Begriff »Erwerbsfähigkeit« spielt eigentlich nur im Bereich der Sozial- und Pensionsversicherung eine Rolle, wenn es darum geht, versicherungsrechtliche Ansprüche aufgrund ihrer Einschränkung geltend zu machen. Daher wird er auch in erster Linie in negativer Form verwendet. Inhaltlich lässt sich eine defizitorientierte, also pathogenetische Sicht auf die Leistungsfähigkeit im medizinischen Kontext feststellen, welche anhand quantitativer Messungen beschrieben wird.

In Österreich ist die Erwerbsunfähigkeit von selbständig Beschäftigten (inklusive LandwirtInnen) das Pendant zur Berufsunfähigkeit bei Angestellten und zur Invalidität bei ArbeiterInnen (siehe Kapitel 2.7.2).¹⁰ Als erwerbsunfähig gilt, wer nicht mehr in der Lage ist, irgendeine in Frage kommende Tätigkeit auszuüben, während Berufsunfähigkeit und Invalidität eine krankheitsbedingt um 50 Prozent verminderte Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu ähnlich Ausgebildeten für voraussichtlich mehr als 6 Monate meint.¹¹ In allen Fällen hängt diese Einstufung von einem ärztlichen Begutachtungsverfahren (siehe Kapitel 6.4) ab.¹²

⁹ Vgl. Seiler 2009, Seite 66, nach Seiler 2008.

¹⁰ Vgl. Pensions-ABC der PVA, www.pensionsversicherung.at [26.7.2013].

¹¹ Hier werden Umschulungen als zumutbar angesehen. Ein Berufsschutz tritt erst nach 15 Jahren überwiegender Ausübung eines bestimmten Berufs in Kraft. In diesem Fall gilt nur eine Tätigkeit in diesem Beruf als zumutbar.

¹² Vgl. ebenda.

2.2 Arbeitsfähigkeit

In Österreich gilt jede Person, die nicht erwerbs- oder berufsunfähig bzw. invalide ist und nicht vorläufig im Sinne eines Krankenstands arbeitsunfähig geschrieben wurde, als versicherungsrechtlich arbeitsfähig. Soweit die gesetzliche Kategorisierung.

Unabhängig davon hat sich ein theoretisches Konzept von Arbeitsfähigkeit verbreitet, das ursprünglich in Finnland ausgearbeitet wurde und auf der Theorie des »Hauses der Arbeitsfähigkeit«¹³ basiert. Arbeitsfähigkeit wird hier als die Passung zwischen den Möglichkeiten oder Ressourcen einer Person und den Anforderungen der von ihr ausgeführten beruflichen Tätigkeiten bezeichnet. Vier Dimensionen, in der Theorie durch vier Stockwerke eines Hauses veranschaulicht, sind dabei maßgeblich für die Arbeitsfähigkeit einer Person:¹⁴

- **Gesundheit** (1. Stockwerk, Fundament: physische, psychische und soziale Gesundheit)
- **Kompetenz** (2. Stockwerk: fachliche und soziale Kompetenz, berufsspezifische Bildung, Kenntnisse und Fähigkeiten)
- **Werte** (3. Stockwerk: soziale und moralische Werte, Einstellungen, Motivation)
- **Arbeit** (4. Stockwerk: Arbeitsumgebung, Inhalte und Anforderungen, Gemeinschaft und Organisation, Führungsstil)

Eingebettet sind alle vier Dimensionen in die Rahmenbedingungen der gesellschaftlichen Umwelt. Zu diesen gehören Kultur, Gesetzgebung, Ausbildungspolitik, Sozial- und Gesundheitspolitik und Ähnliches. Zu den Einflüssen des näheren sozialen Umfeldes der Person, die besonders auf die personenbezogenen Teile des Hauses der Arbeitsfähigkeit einwirken, zählt Ilmarinen FreundInnen, Familie und Verwandte.¹⁵

Die Stärke des Begriffes der Arbeitsfähigkeit und seiner theoretischen Konzeption liegt im Einbezug personenbezogener Merkmale von Gesundheit, Arbeitsorientierung und berufsbezogener Kompetenz auf der einen und der Bedingungen der Arbeit auf der anderen Seite. Als nachteilig könnte angeführt werden, dass er sich auf Erwerbsarbeit bezieht und nur bedingt auf Arbeitssuchende angewandt werden kann. Eine Begrifflichkeit von beruflicher Leistungsfähigkeit, die alle Personen im jeweilig gesellschaftlich festgelegten Erwerbsalter einschließt, bedarf einer zusätzlichen Erweiterung.

2.3 Employability (Berufsfähigkeit)

Dieser Schritt wird auf der nächsten Stufe der Kategorisierung in Abbildung 1 mit dem Konzept der Employability getätigt: *»Dieses entstammt im Wesentlichen der Arbeitsmarktpolitik bzw. -forschung und ist deutlicher auf die Stärkung der Eigenverantwortung und den Ausbau fachlicher und fachübergreifender Kompetenzen bei Beschäftigten und Erwerbslosen bzw. von Erwerbslosigkeit Bedrohten fokussiert«.*¹⁶

Zu den Fachkompetenzen und fachübergreifenden Kompetenzen kommen in diversen Weiterentwicklungen des Konzepts noch Persönlichkeitseigenschaften, Motive, subjektive Interpretationsmuster, soziale Einbindung als Beeinflussungsfaktoren von Gesundheit und schließlich ganz zentral Gesundheitskompetenz, also »die Kompetenz des/der Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken«.¹⁷

13 Vgl. Ilmarinen 2011; Ilmarinen/Tempel 2003, 2002.

14 Vgl. Ilmarinen/Tempel 2003, Seite 92.

15 Vgl. Ilmarinen 2011, Seite 7.

16 Seiler 2009, Seite 67.

17 Definition des Schweizer Bundesamts für Gesundheit, zitiert in: Seiler 2009, Seite 67.

2.4 Beschäftigungsfähigkeit

Gesundheitskompetenz ist auch ein wichtiger Aspekt in der Konzeption der Beschäftigungsfähigkeit. Die wichtigste Erweiterung bezieht sich jedoch auf den Einbezug der salutogenetischen Perspektive (siehe Kapitel 1) und einer Betonung der Ressourcen einer Person. Zudem wird die Handlungsfähigkeit als wichtiges Moment eingeführt. Demnach kann Beschäftigungsfähigkeit definiert werden als ein »aktives, gesundes Tätigsein-Können«.¹⁸

Ein derart umfassender Begriff von arbeitsbezogener Gesundheit involviert eine Vielzahl von Einflussfaktoren auf Seiten der Person und ihrer situativen Verortung, von denen manche prozesshaft im Laufe der Zeit und durch gezielte Interventionen, aber auch durch negative Erlebnisse oder wechselnde Situationsbedingungen erheblich verändert werden können, andere hingegen aber relativ stabil bleiben.¹⁹

2.5 Gesundheitsfördernde Dimensionen der Erwerbsarbeit

In dem in den 1980er-Jahren erschienenen Buch »Wieviel Arbeit braucht der Mensch?«²⁰ stellt sich Marie Jahoda fünfzig Jahre nach den Forschungen im von struktureller Arbeitslosigkeit betroffenen österreichischen Marienthal²¹ (siehe Kapitel 3.2.1) die Frage, ob und inwiefern Erwerbsarbeit der physischen und vor allem der psychosozialen Gesundheit zuträglich ist.

Abgesehen von der manifesten Funktion der finanziellen Absicherung durch Erwerbsarbeit zum Erhalt der physischen Gesundheit durch angemessene Unterkunft und Ernährung trägt Erwerbsarbeit laut Jahoda auf latenter Ebene maßgeblich zur psychosozialen Gesundheit der Menschen bei. Die erste der so genannten »Funktionsdimensionen« ist die feste Zeitstruktur, die einer Person durch Erwerbsarbeit geboten wird. Erst durch die Trennung von Arbeitszeit und Freizeit, über die die Erwerbsperson nicht frei entscheidet, wird Freizeit zu einem wertvollen Gut. Ist Freizeit nicht begrenzt, so verliert sie ihre Qualität: »Mußestunden sind ein Gegensatz zu Arbeitsstunden, nicht deren Ersatz. Und ein Teil ihres Reizes beruht ja auf ihrer relativen Knappheit.«²²

Eine weitere Dimension ist jene der Teilhabe an einem sozialen Zusammenhang, der über die Kernfamilie hinausreicht. Die Art der Beziehung zu KollegInnen, KundInnen und anderen Personen, denen wir im Kontext der Erwerbsarbeit begegnen, ist grundsätzlich verschieden von privaten Beziehungen. Der soziale Kontakt ist weniger emotionsgeladen und beruht laut Jahoda zu einem höheren Grad auf Information und Sachlichkeit als der innerhalb der Kernfamilie. Außerdem profitiert das Individuum davon, an einem größeren Ganzen teilzuhaben, von der Gesellschaft gebraucht zu werden.²³

Der soziale Status sowie das Prestige, das der jeweiligen Berufsrolle zugewiesen wird, tragen vermittelt über die berufliche Identität sehr stark zur Selbstwahrnehmung des Individuums bei und sind meist auch Teil der persönlichen Identität. Jahoda macht darauf aufmerksam, dass diese berufliche Identität sehr stark mit dem durch die Ausbildung erlernten Beruf verknüpft ist, und zwar unabhängig davon, ob die aktuell oder zuletzt ausgeübte Tätigkeit diesem entspricht.²⁴

18 Seiler 2009, Seite 67.

19 Vgl. ebenda, Seite 69; vgl. Egger-Subotitsch/Poschalko/Kerschbaumer (in Publikation).

20 Vgl. Jahoda 1983.

21 Vgl. Jahoda/Lazarsfeld/Zeisel 1980.

22 Jahoda 1983, Seite 47.

23 Vgl. Jahoda 1983, Seite 48.

24 Vgl. ebenda, Seite 51.

Jahoda macht klar, dass diese gesundheitsförderlichen Dimensionen nicht das Ziel, sondern ein Nebeneffekt der Organisationsweise von Erwerbsarbeit sind. Grundsätzlich, meint sie, können auch andere kulturelle Institutionen diese Funktion übernehmen. Aber in modernen Gesellschaften sei eben die Arbeit das zentrale Instrument der sozialen Einbindung in das Gesamtsystem. Und trotz all dieser positiven Effekte ist es notwendig, dass diese Einbindung durch starke soziale Normen oder ökonomische Zwänge hergestellt wird. Jahoda sieht bereits die Gefahr, dass eine Annäherung der Höhe von Unterstützungsleistungen und Durchschnittslöhnen die Motivation zu arbeiten deutlich senken würde, betont aber auch, dass dies nachvollziehbarerweise gerade dort der Fall ist, wo die verfügbaren Stellen die latenten psychosozialen Funktionen nicht erfüllen können. Den betroffenen Personen fehlen also in diesen Fällen die oben genannten Erfahrungen – mit oder ohne Arbeit. Schlechte Arbeit bietet keinen psychosozialen Mehrwert, der zur Arbeitsaufnahme motiviert, wenn der finanzielle Anreiz nicht gegeben ist. Entgegen so mancher im Laufe der letzten Jahrzehnte gegenüber Jahoda geäußerten Kritik sieht sie also sehr wohl, dass es für die Gesundheit der Erwerbstätigen auf die Qualität dieser Erfahrungen ankommt, also auf die Arbeitsbedingungen, genauso wie sich das Erleben der Arbeitslosigkeit nicht für alle Betroffenen gleich gestaltet (siehe Kapitel 3.4).²⁵

Jahodas Abhandlung zeigt auch, dass viele der Entwicklungen, die heute als charakteristisch für die Arbeitswelt gelten, sich bereits in den 1980er-Jahren abzeichneten und kontrovers diskutiert wurden, wie etwa die Jugendarbeitslosigkeit, freiwillige Erwerbslosigkeit oder ein generelles Absinken des Arbeitsethos zugunsten der Konsumorientierung. Auch auf ihre Frage danach, wie viel Arbeit denn notwendig ist, um die positiven Effekte zu erzielen, meint sie, dass eine Halbierung der Arbeitszeit (ohne Einschränkung des Lebensstandards) durchaus möglich wäre, denn Personen in Teilzeitarbeit würden auch ihre Freizeit aktiver gestalten als Erwerbslose.²⁶

Jahodas Forderung nach einer Humanisierung der Arbeitswelt bezog sich aus ihrer sozialpsychologischen Perspektive schon damals auf die von physischen Bedingungen der Erwerbsarbeit weitestgehend unabhängigen Belastungen der Erwerbsarbeit, die durch Zeitdruck und respektlosen Umgang der Führungskräfte mit den ArbeiterInnen sowie mangelnden Spielraum für Eigeninitiative und Selbstbestimmung hervorgerufen werden.²⁷ Demnach lautet die Frage weniger »Wie viel«, sondern vielmehr »Welche Art von Arbeit braucht der Mensch?«

Während nach Jahodas Meinung irgendeine Arbeit immer noch besser für die Gesundheit ist als gar keine, werden angesichts der Entwicklungen am Arbeitsmarkt immer mehr Stimmen laut, die diese Ansicht relativieren. Prekäre Arbeitsverhältnisse etwa oder immens schlechte Arbeitsbedingungen, die nicht den Mindestanforderungen bezüglich der Humankriterien der Arbeit nach DIN EN ISO²⁸ entsprechen, könnten sich als der Gesundheit abträglicher erweisen als eine verlängerte Arbeitslosigkeit. Dieser Aspekt sollte auch im Zuge arbeitsmarktpolitischer Vermittlungsbemühungen beachtet werden.²⁹

Diverse Gewerkschaften in Österreich und Deutschland haben Kampagnen, Zeitschriften und Kodizes unter dem Schlagwort »Gute Arbeit« entwickelt und umgesetzt. Die deutsche Gewerkschaft »ver.di« etwa hat ganz aktuell sehr detaillierte Leitlinien zusammengestellt, die ihre Vorstellung von guter Arbeit widerspiegeln:³⁰

1. Wertschätzung, gegenseitige Anerkennung, diskriminierungsfreier Umgang, Prävention und ggf. Sanktionierung von Mobbing und sexueller Belästigung.
2. Transparenz und Information über die Unternehmensziele im Allgemeinen sowie Ziele und Sinn der jeweiligen Aufgaben und deren Bedeutung für die gemeinsame Arbeit im Unternehmen.
3. Arbeitsgestaltung, die allen eine gute Leistung ermöglicht und zugleich psychische und physische Überforderung vermeidet.

25 Vgl. ebenda, Seite 83.

26 Vgl. Jahoda 1983, Seite 93.

27 Vgl. ebenda, Seite 73f. und 114.

28 Vgl. www.ergo-online.de/site.aspx?url=html/arbeitsorganisation/grundlagen_ergonomischer_arbe/menschengerechte_arbeitsgesta.htm [30.7.2013].

29 Vgl. Holleder 2011, Seite 242.

30 Vgl. Verdi 2013.

4. Vereinbarkeit von Familie und Beruf, von Erwerbsarbeit und Sorgearbeit.
5. Beachtung von Entgeltgleichheit und diskriminierungsfreie Besetzung aller Führungspositionen im Unternehmen.
6. Strategien zur Bewältigung des demografischen Wandels.
7. Vorausschauende Weiterbildungsangebote für alle Beschäftigten.
8. Beteiligung der Beschäftigten an Umstrukturierungen des Unternehmens, Unternehmensteilen, Arbeitsprozessen.
9. Förderung und Belohnung der Innovationsbereitschaft und Innovationskraft der Beschäftigten.
10. Sichere und gut bezahlte Arbeit.

Zu jedem Punkt finden sich sehr konkrete Anweisungen zur Umsetzung der Anforderung, die sich auf beobachtete Negativentwicklungen der Rahmenbedingungen von Erwerbsarbeit beziehen. Auffallend ist vor allem die positive Formulierung der Leitlinien, die bei entsprechender Umsetzung großes Potenzial haben, die gesundheitsfördernden Wirkungen von Arbeit zu aktualisieren.

2.6 Gesundheitliche Belastungen im Beruf

Während Beanspruchung und Anstrengung Bestandteile des Berufslebens sind, sind Überbeanspruchung und Fehlbelastung zu vermeiden. Belastungsfaktoren können körperlicher, psychischer und psychosozialer Natur sein.

2.6.1 Körperliche Belastungsfaktoren

Körperliche Belastungsfaktoren umfassen potenziell gesundheitsschädigende (arbeitsbezogene) Umgebungseinflüsse sowie Charakteristika der beruflichen Tätigkeit an sich, die auf Dauer Körper und/oder Psyche belasten.³¹

Körperliche Risikofaktoren werden im fünften European Working Conditions Survey (EWCS) 2012 weiter in haltungsbezogene Risikofaktoren (Vibrationen, ermüdende und schmerzhaft Positionen, das Tragen schwerer Gewichte, Stehen und wiederholte monotone Bewegungsabläufe), biologische/chemische Risikofaktoren (das Einatmen von Rauch und/oder Dämpfen, das Hantieren mit Chemikalien und das Hantieren mit infektiösem Material) sowie umgebungsbezogene Risikofaktoren (Lärm, Hitze und Kälte) unterteilt.³² Im Vergleich zum Beginn der 1990er-Jahre ist dabei die absolute Nennungshäufigkeit all jener Faktoren gestiegen. In der Erhebung des Jahres 2010 zeigte sich zudem, dass die monotonen Bewegungsabläufe und die ermüdenden und/oder schmerzhaften Positionen in der EU-27 die häufigsten Belastungsfaktoren waren.³³

Die Sondermodule der Arbeitskräfteerhebung von 2007 und 2013 zum Thema »Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme« nennen darüber hinaus Feuchtigkeit, die Gefahr von Unfällen und die Durchführung von Arbeiten, bei denen starke Konzentration der Augen nötig ist, als körperliche Belastungsfaktoren,³⁴ während die Arbeitsinspektion zusätzlich den Kontakt mit Strahlung sowie mit Stäuben als Auslöser für Berufskrankheiten gesondert hervorhebt.³⁵ Nicht zuletzt können Charakteristika der Arbeitsorganisation eine starke

31 Vgl. »Gesunde Lebenswelten« des Gesundheitsportals, www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/beruf-und-arbeitsbelastungen.html [26.7.2013].

32 Vgl. Eurofound 2012, Seite 46.

33 Vgl. ebenda, Seite 45.

34 Vgl. Statistik Austria 2008.

35 Vgl. »Liste, Verfahren und Anzahl der Berufskrankheiten« der Arbeitsinspektion, www.arbeitsinspektion.gv.at/AI/Gesundheit/Berufskrankheiten/010_berufskrankheit.htm [26.7.2013].

gesundheitliche Belastung darstellen, da etwa lange Arbeitszeiten sowie Nacht- und Schichtarbeit körperliche Gesundheitsrisiken darstellen können.³⁶

In Österreich fühlen sich 42,3 Prozent der Erwerbstätigen von zumindest einem der physischen Belastungsfaktoren betroffen, wobei Männer die Belastung durch jene Faktoren deutlich häufiger angeben als Frauen.³⁷ Das Vorhandensein physischer Belastungsfaktoren wird häufiger angegeben als jenes psychischer Belastungsfaktoren.

Tabelle 1: Verteilung der Belastungsfaktoren in der Gesellschaft

	Gesamt	Männer	Frauen
Mindestens eine physische Belastung	42,3 %	48,2 %	35,0 %
Mindestens eine psychische Belastung	32,3 %	36,0 %	27,6 %
Mindestens eine psychische/ physische Belastung	55,7 %	62,9 %	46,8 %

Quelle: Statistik Austria 2012b, Daten aus 2007.

Wie Tabelle 2 zu entnehmen ist, gibt beinahe jede/r fünfte österreichische Erwerbstätige an, mit schweren Lasten oder schwierigen Körperhaltungen umgehen zu müssen, während mehr als jede/r sechste österreichische Erwerbstätige die Betroffenheit von Dämpfen, Rauch und/oder Chemikalien äußert.³⁸

Tabelle 2: Verteilung physischer Belastungsfaktoren

	Gesamt	Männer	Frauen
Chemikalien, Dämpfe, Rauch	15,2 %	18,3 %	11,3 %
Lärm, Vibration	7,8 %	10,1 %	4,9 %
Schwere Lasten, schwierige Körperhaltungen	19,4 %	19,7 %	18,9 %

Quelle: Statistik Austria 2008, Daten aus 2007.

In Anbetracht der hohen Anzahl lärmbedingter Berufskrankheiten ist auch das häufige Vorkommen von Lärmbelastung zu nennen. Laut Angaben der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) arbeiten etwa 500.000 ÖsterreicherInnen an einem Lärm Arbeitsplatz, wobei insbesondere männliche Erwerbstätige in der metallverarbeitenden Industrie oder Baubranche betroffen sind.³⁹

Beinahe von allen jenen Faktoren scheinen Männer in der EU-27 häufiger betroffen als Frauen. Die Ausnahmen bilden der Kontakt mit infektiösem Material sowie das Heben oder Bewegen von Menschen, was damit in Zusammenhang gebracht werden kann, dass der Gesundheits- und Sozialbereich nach wie vor weiblich dominiert ist.⁴⁰ Werden die Sektoren differenziert betrachtet, sind haltungs- und umgebungsbezogene Risiken im Baugewerbe und in der Industrie am häufigsten, während biologische und chemische Risiken am häufigsten im Gesundheitsbereich und im Baugewerbe anzutreffen sind.⁴¹

In Österreich liegt die Auftrittshäufigkeit der biologischen und chemischen Risikofaktoren, die national am häufigsten berichtet werden, über dem EU-Durchschnitt, jene der anderen Faktorengruppen unter diesem. Insgesamt nahm das Vorhandensein physikalischer Risikofaktoren im EU-Durchschnitt sowie in Österreich zu.⁴²

36 Vgl. »Gesunde Lebenswelten« des Gesundheitsportals, www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/beruf-und-arbeitsbelastungen.html [26.7.2013].

37 Vgl. Statistik Austria 2008.

38 Vgl. ebenda.

39 Vgl. »Schwerhörigkeit ist häufigste Berufskrankheit« der AUVA, www.auva.at/portal27/portal/auvaportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=74166&p_tabid=2&p_pubid=654095 [26.7.2013].

40 Vgl. Eurofound 2012, Seite 47.

41 Vgl. ebenda, Seite 50.

42 Vgl. ebenda, Seite 47f.

2.6.2 Psychische Belastungsfaktoren

Psychische Belastungsfaktoren, die oftmals mit Stressreaktionen, Ärger, Angst und/oder Frustration in Verbindung stehen, gelangen vermehrt in die Wahrnehmung von Gesellschaft und Wissenschaft.⁴³ Doch nicht nur das Bewusstsein für psychische Beschwerden hat zugenommen, auch deren zahlenmäßige Bedeutung dürfte gewachsen sein.

Dies ist zum Teil durch gesellschaftliche und arbeitsbezogene Veränderungen zu erklären. Mit der Entstehung einer Leistungs- und Wissensgesellschaft ging zunehmender Arbeits- und Zeitdruck einher. Da Normalarbeitsverhältnisse, die unbefristet und unselbständig sind, vermehrt atypischen Arbeitsformen, wie etwa Teilzeit- oder geringfügiger Arbeit, Platz machen, steigen auch Gefühle der Einkommens- und Arbeitsplatzunsicherheit und Anforderungen an die Flexibilität der ArbeitnehmerInnen. Bei vielen Erwerbstätigen führen jene veränderten Bedingungen zu Überbeanspruchung und zu der Tendenz zur Selbstausschöpfung.⁴⁴ Nicht zuletzt kam es dadurch, dass ein immer größerer Anteil der Gesellschaft im Dienstleistungsbereich arbeitet, zu einer statistischen Zunahme der psychischen Belastungen, da diese im (personenbezogenen) Dienstleistungsbereich besonders häufig auftreten.⁴⁵

Zwar sind einheitliche Systematiken psychischer Belastungsfaktoren noch ausständig, jedoch sind zahlreiche Faktoren bekannt, die zu psychischer Belastung führen und potenziell gesundheitsschädigend sein können. Entsprechend dem Anforderungs-Kontroll-Modell entstehen solche psychischen Belastungen in Form von Stresserfahrungen dann, »(...) wenn eine Arbeitssituation von hohen physischen und psychischen Anforderungen geprägt ist (...) und gleichzeitig ein geringer Spielraum für Kontroll- und Einflusschancen besteht.«⁴⁶ In einem Umfeld, in dem also psychische Anforderungen, etwa in Form von Termin- oder Zeitdruck, sowie gleichzeitig ein geringer autonomer Gestaltungsspielraum, etwa hinsichtlich dem Vorgehen und dem Tempo bei der Bearbeitung von Aufgaben, bestehen, sind belastende Stresserfahrungen wahrscheinlich. Diese wiederum spiegeln sich in einem schlechteren Gesundheitszustand und einer größeren Häufigkeit von arbeitsbedingten psychischen und/oder physischen gesundheitlichen Beschwerden wider. Untersuchungen deuten darauf hin, dass das Niveau der psychischen Anforderungen, insbesondere der Anforderung eines hohen Arbeitstempos, in Österreich höher liegt als in vergleichbaren Staaten, während Möglichkeiten der Autonomie und Selbstbestimmung, insbesondere bezüglich der Bestimmung der Arbeitsweise bei der Erledigung einer Aufgabe, weniger stark als in diesen ausgeprägt sind.⁴⁷ Selbiges Bild zeigt sich, wie in Tabelle 3 abgebildet, im Vergleich mit der EU-15.⁴⁸

Tabelle 3: Psychische Belastungsfaktoren in Österreich und der EU-15

	Österreich	EU-15
Psychische Anforderungen	46,7 %	39,0 %
Autonomie	44,8 %	45,1 %
Anerkennung	61,1 %	58,6 %
Rückhalt	70,1 %	59,8 %

Quelle: WIFO-Berechnungen, Daten aus 2005.

43 Vgl. »Gesunde Lebenswelten« des Gesundheitsportals, www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/beruf-und-arbeitsbelastungen.html [26.7.2013].

44 Vgl. Schneider/Jurkschat 2011, Seite 5.

45 Vgl. Biffi et al. 2011, Seite 4.

46 Ebenda, Seite VIII.

47 Vgl. Biffi et al. 2011, Seite 31f.

48 Die EU-15 umfasst die 15 Mitgliedsstaaten der Europäischen Union vor der Osterweiterung des Jahres 2004.

Zwar wird durch jene Gegenüberstellungen eine gewisse Tendenz deutlich, jedoch sollte nicht vergessen werden, dass Ländervergleiche hier nur bedingt aussagekräftig sind, da die subjektiven Einschätzungen stets durch Gesellschaft, Werte und Normen beeinflusst werden.

Das Modell der beruflichen Gratifikationskrise bezieht hingegen, über das Anforderungs-Kontroll-Modell hinausgehend, situative Faktoren und persönliche Bewältigungsstrategien mit ein. Bedeutend sind verschiedene Formen der Anerkennung (Gratifikation) von Leistung und Leistungsbereitschaft, deren Mangel über einen längeren Zeitraum stark belastend wirkt. Möglichkeiten einer solchen Anerkennung sind vielfältig und umfassen etwa Arbeitsplatzsicherheit, eine angemessene Entlohnung und gute Karriereperspektiven. Zu berücksichtigen ist aber auch der soziale Rückhalt am Arbeitsplatz, wozu etwa die Unterstützung durch KollegInnen oder durch Vorgesetzte zählt. Österreichische ArbeitnehmerInnen geben dabei in beiden Bereichen, sowohl bezüglich der Anerkennung der Leistung als auch bezüglich der sozialen Unterstützung, Werte an, die über den EU-15-Durchschnittswerten liegen, was gesundheitlichen Beschwerden entgegenarbeiten könnte.⁴⁹ Auch dies ist in Tabelle 3 ersichtlich.

Ebenfalls den situativen Belastungsfaktoren hinzuzurechnen sind Mobbing/Belästigung und Gewalt/-androhung, die 2007 und 2013 neben dem Faktor des Zeitdrucks in einem Sondermodul der Arbeitskräfteerhebung erfasst werden/wurden. Die Häufigkeit jener Faktoren ist in Tabelle 4 dargestellt. Etwa ein Drittel der österreichischen Erwerbstätigen fühlt sich von Zeitdruck, Mobbing/Belästigung und/oder Gewalt/-androhung betroffen. Besonders häufig war hierbei die Belastung durch Zeitdruck, die drei von zehn österreichischen Erwerbstätigen berichten. Hingegen sind Mobbing/Belästigung und Gewalt/-androhung zwar besonders schwerwiegende Stressfaktoren, weisen aber eine vergleichsweise niedrige Nennungshäufigkeit auf.⁵⁰ Hohe Dunkelziffern sind allerdings möglich.

Charakteristika der Arbeitsorganisation, etwa lange Arbeitszeiten oder kurzfristige Termine, können ebenfalls nicht nur als körperliche (siehe Kapitel 2.6.1), sondern aufgrund des mit ihnen assoziierten hohen Arbeitsdrucks auch als psychische Belastungsfaktoren fungieren.⁵¹ Andere Bestandteile der Unternehmenskultur, etwa die Führungsqualität, können gleichfalls positiven sowie negativen Einfluss auf den Gesundheitszustand der Erwerbstätigen nehmen.⁵²

Tatsächlich fühlen sich heute, wie in Tabelle 4 dargestellt, rund 28 Prozent der weiblichen und 36 Prozent der männlichen Erwerbstätigen von mindestens einer psychischen Belastung betroffen.⁵³ Geschlechterunterschiede bezüglich der Betroffenheit von psychischen Belastungsfaktoren werden zum Teil berichtet, dürfen aber nicht überbewertet werden: Wird berücksichtigt, dass Frauen wesentlich häufiger als Männer einer Beschäftigung von geringerem zeitlichen Umfang, etwa einer Teilzeitbeschäftigung, nachgehen, verringern sich die Unterschiede betreffend die langen Arbeitszeiten. Ebenso befinden sich männliche Erwerbstätige häufiger in führenden Positionen, die oftmals mit hohem Zeitdruck und übermäßiger Beanspruchung verbunden sind.

Tabelle 4: Verteilung psychischer Belastungsfaktoren

	Gesamt	Männer	Frauen
Mindestens eine psychische Belastung	32,3 %	36,0 %	27,6 %
Zeitdruck	29,2 %	33,2 %	24,3 %
Belästigung, Mobbing	2,3 %	2,2 %	2,5 %
(Androhung von) Gewalt	0,8 %	0,7 %	0,9 %

Quelle: Statistik Austria 2008, Daten aus 2007.

49 Vgl. Biffi et al. 2011, Seite 38f.

50 Vgl. Statistik Austria 2008.

51 Vgl. »Gesunde Lebenswelten« des Gesundheitsportals, www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/beruf-und-arbeitsbelastungen.html [26.7.2013].

52 Vgl. Leoni 2012, Seite VI.

53 Vgl. Statistik Austria 2012b, Seite 63.

Insbesondere betreffend Zeitdruck und Überbeanspruchung finden sich jedoch Differenzen aufgrund des Alters sowie aufgrund der Höhe der abgeschlossenen Schulbildung der Erwerbstätigen. Mit höherem Alter und höherer Ausbildung steigt das Risiko, von einer jener Belastungen betroffen zu sein. Auch branchenspezifische Konzentrationen der Belastungsrisiken lassen sich feststellen. Vor allem der Sozial- und Gesundheitsbereich scheint stark von den Belastungen durch Zeitdruck und Überbeanspruchung betroffen zu sein.⁵⁴

Der Gesundheitszustand der ArbeitnehmerInnen wird, wie subjektive Einschätzungen ebenso wie empirische Untersuchungen zeigen, negativ durch die Betroffenheit von psychischen Belastungen beeinflusst. Einen stark gesundheitsschädigenden Einfluss hat insbesondere die Zunahme des Umfangs der Arbeitszeit, aber auch das Entstehen von Mehrfachbelastungen, ein Mangel an Autonomie, die Abnahme sozialer Unterstützung und die steigende Arbeitsplatzunsicherheit stellen gravierende Negativfaktoren dar.⁵⁵

Während also Einigkeit über die potenzielle Schädlichkeit von verschiedenen arbeitsplatzbezogenen Stressoren besteht, sind die negativen Einflüsse der Belastungsfaktoren auf die Gesundheit keineswegs im Sinne einfacher Ursache-Wirkungs-Beziehungen zu verstehen. Die Verursachung psychischer, physischer und psychosomatischer Beschwerden ist komplex und wird von vielen Faktoren beeinflusst. Zudem finden sich verschiedene personale sowie umgebungsbezogene Schutzfaktoren, die gesundheitserhaltend und -fördernd wirken können.⁵⁶

Die schädlichen Konsequenzen der psychischen Überbeanspruchung können also zum Teil, aber nicht zur Gänze, durch etwaige positive Einflüsse der Lebenssituation und Lebenszufriedenheit kompensiert werden.⁵⁷ Individuelle Merkmale nehmen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen den Stressfaktoren, den unmittelbaren Stressreaktionen auf jene und den etwaigen langfristigen psychischen, psychosozialen und/oder physischen Folgen.⁵⁸

2.6.3 Berufskrankheiten

Physische, psychische und psychosoziale Belastungsfaktoren können sich in Berufskrankheiten niederschlagen, die mehrheitlich mit dem Einfluss gesundheitsschädlicher Umwelteinflüsse am Arbeitsplatz in Verbindung gebracht werden. Von jenen abzugrenzen sind »berufsbedingte Erkrankungen«, die nach Definition der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) »(...) zwar ebenfalls bei der die Versicherung begründende Beschäftigung erworben wurde[n], es gibt jedoch keine (Renten)Leistungen der rechtlichen Unfallversicherung«. ⁵⁹ Ebenfalls abzugrenzen sind Arbeitsunfälle im engeren Sinn sowie Wegunfälle, die gemeinsam den Großteil der von der AUVA anerkannten Schadensfälle ausmachen.⁶⁰

Berufskrankheiten sind für Österreich im § 177 und der Anlage 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes definiert und aufgelistet. Beispiele für Berufskrankheiten gemäß Anlage 1 sind etwa Erkrankungen durch Stoffe, wie z. B. Blei, Phosphor oder Kohlenmonoxid, aber auch Krebserkrankungen oder Infektionserkrankungen. Als gemeinsames Merkmal der aufgelisteten Erkrankungen und Beeinträchtigungen kann gelten, dass jene vorwiegend oder ausschließlich durch die berufliche Tätigkeit in bestimmten oder allen Sektoren eingetreten sind. Einige der Erkrankungen, etwa Hautbeschwerden, werden zudem nur dann als Berufskrankheiten anerkannt,

54 Vgl. Biffi et al. 2011, Seite 141f.

55 Vgl. ebenda, Seite 2.

56 Vgl. ebenda.

57 Vgl. ebenda, Seite IX.

58 Vgl. ebenda, Seite 24.

59 Vgl. Lexikon der AUVA, www.auva.at/lexikon/Topic/Berufskrankheiten [26.7.2013].

60 Vgl. Statistik Austria 2012a.

wenn die entsprechende Tätigkeit aufgegeben wird.⁶¹ Bislang umfasst die Auflistung der 53 Berufskrankheiten, basierend auf dem Diagnosemanual ICD-10,⁶² lediglich körperliche Erkrankungen, was sich auch durch die letzte Anpassung, die am 1.1.2013 in Kraft trat, nicht änderte.⁶³ Auch der ergänzende Gesetzeszusatz (§ 177 Abs. 2 ASVG), welcher besagt, dass auch solche Erkrankungen und Beeinträchtigungen als Berufskrankheiten anerkannt werden können, die zwar nicht in der Liste der Anlage 1 enthalten sind, die aber eindeutig durch die Erwerbstätigkeit erworben wurden, bezieht sich lediglich auf Einflüsse schädigender Stoffe und/oder Strahlen. Jedoch erlangen psychische Erkrankungen vermehrt arbeitsmedizinische Aufmerksamkeit. Betont sollte hierbei werden, dass auch psychische Belastungen physische Erkrankungen bedingen können und umgekehrt.

Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) gibt an, dass im Jahr 2012 1.233 Berufskrankheiten österreichischer Erwerbstätiger anerkannt wurden, womit eine Verringerung der Fälle um fast 6 Prozent (76 Fälle) festzustellen ist.⁶⁴ Am häufigsten war dabei, wie in Tabelle 5 zu erkennen, die Lärmschwerhörigkeit, welche trotz der Reduktion der Fälle seit dem Vorjahr alleine 705 Fälle einer Berufskrankheit umfasste und damit einen relativen Anteil von 57,2 Prozent der anerkannten Berufskrankheiten ausmachte.⁶⁵ Ebenfalls häufig zeigten sich wiederholt Hauterkrankungen, Atemwegs- und Lungenerkrankungen, bösartige Neubildungen des Rippenfells, des Herzbeutels, des Bauchfells, der Lunge oder des Kehlkopfes durch Asbest sowie Asthma bronchiale, während nur 104 Fälle von Berufskrankheiten (8,4 Prozent) andere Erkrankungen oder Beeinträchtigungen umfassten.⁶⁶

Tabelle 5: Anerkannte Berufskrankheiten 2012

	Absolute Zahl	Relativer Anteil
Lärmschwerhörigkeit	705	57,2 %
Hauterkrankungen	178	14,4 %
Bösartige Neubildungen der Lunge usw.	111	9,0 %
Allergisches Asthma bronchiale	60	4,9 %
Erkrankung der Atemwege oder der Lunge durch chemisch irritativ wirkende Stoffe	55	4,5 %
Staublungenerkrankung	20	1,6 %
Andere	104	8,4 %

Quelle: AUVA 2013, Daten aus 2012.

Ebenso wie Arbeitsunfälle werden auch die anerkannten Berufskrankheiten zunehmend seltener.⁶⁷ Während die Anzahl der Berufskrankheiten im Jahr 1991 um 28 Prozent höher war als im Jahr 2011, stieg der Anteil tödlich verlaufender Krankheitsgeschichten im gleichen Zeitraum rapide an.⁶⁸ 108 der Fälle von Berufskrankheit des Jahres 2011, und damit etwa jeder vierzehnte Fall, verliefen tödlich, wobei es sich hierbei meist um schwere Erkrankungen der Lunge und der Atemwege handelte.⁶⁹ Jedoch sollte nicht unerwähnt bleiben, dass längsschnittliche Vergleiche über einen längeren Zeitraum hinweg hierbei stets mangelhaft bleiben müssen, da es im Laufe der Jahre mehrmals zu Anpassungen der gesetzlichen Lage gekommen ist, weshalb zu unterschiedlichen Zeitpunkten mit unterschiedlichen Definitionen und Listen der Berufskrankheiten gearbeitet wurde.

61 Vgl. BMASK 2013, Seite 1.

62 Die »International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems« in ihrer zehnten Ausgabe ist ein bedeutendes Diagnoseklassifikationsmanual der Medizin und Psychologie.

63 Stand: Juli 2013.

64 Vgl. AUVA 2013, Seite 24.

65 Vgl. ebenda, Seite 25.

66 Vgl. ebenda.

67 Vgl. Leoni 2012, Seite 52.

68 Vgl. Statistik Austria 2012a.

69 Vgl. BMASK 2012b, Seite 22.

Auffällig ist, dass deutlich mehr männliche Personen von Berufskrankheitsfällen betroffen scheinen als weibliche. Konkret umfassten erstere 1.105 Personen und damit einen Anteil von rund 89 Prozent, während letztere 142 Fälle und einen Anteil von rund 11 Prozent ausmachten.⁷⁰ Dies kann dadurch erklärt werden, dass in einigen der bislang männlich dominierten Tätigkeitsfelder das Verletzungs- und Krankheitsrisiko ein sehr hohes ist. Differenziert betrachtet lag im Jahr 2011 der Frauenanteil lediglich in der Gruppe der Hauterkrankungen über jenem der Männer, und zwar mit einem Anteil von 60 Prozent.⁷¹

2.7 Der Gesundheitszustand der österreichischen Erwerbsbevölkerung

Die Häufigkeit etwa der Berufskrankheiten kann objektiv quantifiziert werden, da diese klar definiert sind und durch medizinische Begutachtung festgestellt werden können. Erwerbstätige können jedoch von vielfältigeren Gesundheitsproblemen betroffen sein, bezüglich derer man auf subjektive Befragungsdaten angewiesen ist.

Etwa jede/r dritte unselbständig beschäftigte ÖsterreicherIn sieht sich innerhalb eines Jahres von einem Gesundheitsproblem, zuzüglich der Zahl der Arbeitsunfälle, betroffen. Mehr als jede/r zehnte österreichische Erwerbstätige gibt an, unter arbeitsbedingten gesundheitlichen Beschwerden zu leiden.⁷² Hierbei äußert die Mehrheit der Personen, dass die gesundheitlichen Beschwerden die Ausführung alltäglicher Tätigkeiten im Berufs- und/oder Privatleben teilweise oder wesentlich beeinträchtigen.⁷³ Die österreichischen Erwerbstätigen liegen damit, hinsichtlich der subjektiven Einschätzung arbeitsbedingter Gesundheitsprobleme, etwa im EU-15⁷⁴-Durchschnitt.⁷⁵

EU-27⁷⁶-weit sind, entsprechend dem fünften EWCS, nach Rücken- und Muskelschmerzen Augenschmerzen, Schlafstörungen, Bauchschmerzen und Verletzungen die am häufigsten genannten gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die durch die Erwerbsarbeit (mit-)bedingt werden. Die Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Erwerbstätigen sind dabei gering.⁷⁷ Die Häufigkeiten sind im Einzelnen in Tabelle 6 aufgelistet.

Tabelle 6: Gesundheitliche Beschwerden Erwerbstätiger der EU-27

	Männer	Frauen
Rückenschmerzen	46 %	47 %
Muskelbeschwerden in Schultern, Nacken oder oberen Gliedmaßen	41 %	45 %
Kopfschmerzen, Augenbelastung	33 %	46 %
Muskelbeschwerden in unteren Gliedmaßen	30 %	30 %
Schlafschwierigkeiten	16 %	21 %
Bauchschmerzen	12 %	15 %
Verletzungen	11 %	6 %

Quelle: European Working Conditions Survey 2012, Daten aus 2010.

70 Vgl. ebenda, Seite 20.

71 Vgl. ebenda, Seite 23.

72 Vgl. Biffi et al. 2011, Seite 142.

73 Vgl. ebenda, Seite 55.

74 Die EU-15 umfasst die 15 Mitgliedstaaten der Europäischen Union vor der Osterweiterung des Jahres 2004.

75 Vgl. Biffi et al. 2011, Seite 28.

76 Die EU-27 umfasst jene 27 Mitgliedstaaten, die zwischen 2007 und 2013 der Europäischen Union angehörten. Dies umfasst u. a. bereits die Beitrittsländer der Osterweiterungen, aber noch nicht Kroatien.

77 Vgl. Eurofound 2012, Seite 119.

Wird Stress als autonome gesundheitliche Beschwerde berücksichtigt, wird jener EU-15-weit als dritthäufigste und österreichweit als zweithäufigste arbeitsbedingte Beschwerde genannt.⁷⁸

Erwerbstätige setzen ihre Gesundheitsprobleme in Zusammenhang mit arbeitsbezogenen Charakteristika. Etwa ein Viertel der Erwerbstätigen der EU-27 gibt an, dass die Arbeit ihre Gesundheit negativ beeinflussen würde, während nur weniger als jede/r zehnte EU-27-Erwerbstätige einen positiven Zusammenhang sieht.⁷⁹ In einer empirischen Analyse konnten die positiven sowie negativen Einflüsse entsprechender arbeitsbezogener Faktoren auf die Gesundheit tendenziell bestätigt werden. Insbesondere die Betroffenheit von chemischen und haltungsbezogenen Belastungsfaktoren zeigte sich häufig in Zusammenhang mit späteren Gesundheitsproblemen.⁸⁰

2.7.1 Krankenstände⁸¹

Gesundheitsbedingte Arbeitsverhinderungsgründe sind vielfältiger als die eng definierten Berufskrankheiten (siehe 2.6.3), unabhängig von einem etwaigen ursächlichen Zusammenhang mit den Arbeitsbedingungen und letztlich abhängig von der Art der Tätigkeit und der Einschätzung des/der zuständigen Arztes/Ärztin. Voraussetzung ist, dass Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer Krankheit oder einer Verletzung vorliegt.⁸²

Dies bedeutet nicht nur eine Belastung und Beeinträchtigung der ArbeitnehmerInnen, sondern bedingt auch hohe volks- und betriebswirtschaftliche sowie öffentliche Kosten.⁸³

Während der vergangenen Jahre blieben die dokumentierten gesundheitsbedingten Fehlzeiten der österreichischen Erwerbstätigen relativ konstant. Seit einem Spitzenwert von 17,4 Krankenstandstagen im Jahr 1980 ist jene Zahl, unterbrochen von einem kurzen Anstieg zwischen 2007 und 2009, tendenziell im Sinken begriffen.⁸⁴ Im Jahr 2011 war ein leichter Anstieg der Krankenstandstage im Vergleich zum Vorjahr festzustellen: Während im Jahr 2010 durchschnittlich 12,9 Tage auf eine/n unselbständig Beschäftigte/n fielen, waren es im Jahr 2011 durchschnittlich 13,2 Tage.

Damit einher geht eine Krankenstandsquote, also ein Verlust an Jahresarbeitstagen, von 3,6 Prozent.⁸⁵ Schwankungen müssen jedoch vorsichtig interpretiert werden, da situative Einflüsse, wie etwa Wetterverhältnisse, aber auch demographische Faktoren und Arbeitsmarktbedingungen, berücksichtigt werden müssten.

Auffällig ist, dass die durchschnittliche Krankenstandsdauer, die derzeit etwa 11 Tage beträgt, stetig abnimmt. 2011 machten mit 35 Prozent mehr als doppelt so viele der Krankenstandsfälle Kurzkrankenstände aus als noch 1990. Hingegen dauerten nur 15 Prozent der Krankenstandsfälle länger als zwei Wochen.⁸⁶ Auch diese Entwicklung steht mit unterschiedlichen Faktoren, u. a. etwa mit medizinischen Verbesserungen sowie mit Verschiebungen der anteilmäßigen Krankenstandsursachen, in Verbindung.

Die Mehrheit der Krankenstände geht auf eine vergleichsweise geringe Anzahl an Erkrankungen zurück. Die zehn häufigsten Krankenstandsgründe machen mehr als drei Viertel der Krankenstandstage und vier von fünf Krankenstandsfällen aus. Bezogen auf die Krankenstandstage sind Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln

78 Vgl. Biffi et al. 2011, Seite 29.

79 Vgl. Eurofound 2012, Seite 120.

80 Vgl. ebenda, Seite 123.

81 Die folgenden Angaben beziehen sich auf das Krankenstandsgeschehen betreffend unselbständige Beschäftigte, die sich in einem aktiven Dienstverhältnis befinden. Informationen zum Krankenstandsgeschehen betreffend arbeitslose Personen finden sich etwa im WIFO-Fehlzeitenreport 2009 (Leoni 2010).

82 Vgl. OÖGKK 2009.

83 Vgl. Leoni 2012, Seite IV.

84 Vgl. ebenda, Seite 5.

85 Vgl. ebenda.

86 Vgl. ebenda.

und des Bindegewebes, Erkrankungen der oberen Luftwege sowie psychiatrische Erkrankungen die häufigsten Krankenstandsgründe. Jene drei Beschwerdeguppen gemeinsam bedingen bereits etwa 46 Prozent der Krankenstandstage. Bezogen auf die Anzahl der Krankenstandsfälle sind Krankheiten der oberen Luftwege, welche sich für etwa drei von zehn Fällen verantwortlich zeigen, die Hauptverursacher, was dadurch erklärbar ist, dass jene tendenziell vergleichsweise kurze Krankenstände nach sich ziehen.⁸⁷

Tabelle 7: Krankenstandsfälle und Krankenstandstage nach Erkrankungen

	Krankenstandsfälle	Krankenstandstage
Erkrankungen von Skelett, Muskeln und BGW	14,0 %	22,1 %
Krankheiten der oberen Luftwege	30,6 %	16,6 %
Psychiatrische Krankheiten	2,2 %	7,7 %
Arbeitsunfälle (ohne Vergiftungen)	3,4 %	6,1 %
Nicht-Arbeitsunfälle (ohne Vergiftungen)	3,2 %	6,0 %
Darminfektionen	11,6 %	4,5 %
Symptome und nicht näher bezeichnete Affektionen	5,4 %	4,3 %
Sonstige Erkrankungen der Atmungsorgane	5,7 %	4,1 %
Sportunfälle	1,3 %	2,6 %
Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes	2,8 %	2,1 %
Andere	19,8 %	23,9 %

Quelle: AUVA 2013, Daten aus 2012.

Abweichungen der häufigsten Krankenstandsgründe von den häufigsten Berufskrankheiten (siehe Kapitel 2.6.3) sowie den häufigsten gesundheitlichen Beschwerden (siehe Kapitel 2.7) sind durch die unterschiedlichen Feststellungskriterien leicht zu erklären. So werden etwa psychiatrische Krankheiten gar nicht als Berufskrankheiten gelistet und scheinen daher auch in der Statistik nicht auf.

Die Krankenstandshäufigkeit ist deutlich höher unter jenen ArbeitnehmerInnen, die physischen und/oder psychischen Belastungsfaktoren ausgesetzt sind. Mit arbeitsbedingten Beschwerden können insgesamt rund 9 Millionen Krankenstandstage in Verbindung gebracht werden, die in Österreich jährlich in Anspruch genommen werden.⁸⁸

Zwischen 1974 und 2011 hat die Anzahl der Krankenstände, die durch psychische Erkrankungen verursacht wurden, rasant zugenommen. Dies kann zumindest zum Teil mit einem Bewusstseinswandel im Sinne einer gestiegenen Sensibilität für psychische Erkrankungen erklärt werden. Im gleichen Zeitraum verloren Verletzungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Erkrankungen des Verdauungstraktes an Bedeutung hinsichtlich der Verursachung von Krankenständen, während Erkrankungen der Muskeln, des Skeletts und der Atemwege an Relevanz zunahmen.⁸⁹

Immer häufiger sind Krankenstände und Berufsunfähigkeit also auf psychische Beschwerden zurückzuführen.⁹⁰ 2009 verursachten jene konkret 2,4 Millionen Krankenstandstage, wobei hiervon rund 1,5 Millionen auf Frauen fielen.⁹¹ Im Vergleich zu den Daten aus dem Jahr 1995 bedeutet dies einen Anstieg von 155 Prozent bei weibli-

87 Vgl. Leoni 2012, Seite 47.

88 Vgl. BMASK 2012b, Seite X.

89 Vgl. ebenda, Seite 50.

90 Vgl. WIFI 2011, Seite 7.

91 Vgl. ebenda.

chen und von 88 Prozent bei männlichen ArbeitnehmerInnen.⁹² Die häufigsten psychischen oder psychiatrischen Beschwerden, die in jenem Zusammenhang genannt werden, sind Depressionen, Stress und Angsterkrankungen.⁹³ Psychische Erkrankungen verursachen dabei eine überproportional lange Krankenstandsdauer, die nur durch jene von schweren körperlichen Krankheiten wie Krebserkrankungen und Herzbeschwerden übertroffen wird.⁹⁴ Zu betonen ist, dass die Dunkelziffer der durch psychische Beschwerden verursachten Arbeitsverhinderung unklar ist, da erstens gesellschaftliche Hürden bestehen, jene zu äußern, da zweitens die Definition dessen, was als psychisches Leiden zu sehen ist, bislang höchst unscharf ist, und da drittens starke Wechselwirkungen zwischen physischen und psychischen Erkrankungen bestehen.

Zunehmend stärker wahrgenommen wird auch das Phänomen des Präsentismus, womit gemeint ist, dass Erwerbstätige ihrer beruflichen Tätigkeit nachgehen, obwohl sie sich aufgrund einer Erkrankung oder Verletzung nicht dazu in der Lage fühlen. Es ist zu vermuten, dass arbeitsmarktbezogene Bedingungen und steigende Arbeitsplatzunsicherheit dazu führen, dass Erwerbstätige vermehrt zu Präsentismus neigen. Mit jenem sind sowohl gesundheitliche Risiken als auch Einbußen der Leistungsfähigkeit verbunden, weshalb Individuen ebenso wie Unternehmen bestrebt sein sollten, jenes Verhalten zu vermeiden.⁹⁵

2.7.2 Invaliditäts-, Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitspension

Bei einer starken Verminderung der Arbeitsfähigkeit (siehe Kapitel 2.2) infolge physischer und/oder psychischer Beschwerden auf weniger als die Hälfte der Arbeitsfähigkeit eines/einer vergleichbaren Versicherten besteht definitionsgemäß Invalidität, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit. Die Begriffe bezeichnen dabei dasselbe Phänomen und unterscheiden sich lediglich hinsichtlich der betroffenen Berufsgruppe: Handelt es sich bei jener um ArbeiterInnen, wird, entsprechend dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG), der Begriff der »Invalidität« verwendet. Handelt es sich hingegen um Angestellte, spricht man von »Berufsunfähigkeit«. Das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz (GSVG) sowie das Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG) verwenden zuletzt den Terminus der »Erwerbsunfähigkeit« für selbständige Erwerbstätige. Im Folgenden wird der Verständlichkeit halber lediglich der Begriff der Invalidität verwendet und unter diesen auch die Erwerbsunfähigkeit und die Berufsunfähigkeit subsumiert.

Wird Invalidität festgestellt und im Zuge einer ärztlichen Begutachtung anerkannt, besteht bei Erreichen der Mindestversicherungszeit gesetzlicher Anspruch auf Invaliditätspension.

Es kann dabei eine dauerhafte oder eine vorübergehende Invalidität bescheinigt werden. Da im November 2012 im Zuge des Sozialrechts-Änderungsgesetzes (SRÄG) 2012 (BGBl. I Nr. 3/2013) Änderungen jener gesetzlichen Regelungen stattfanden, besteht nunmehr im Falle vorübergehender Invalidität ein Unterschied des Anspruches auf Invaliditätspension zwischen Personen, die am 1.1.2014 das 50. Lebensjahr bereits vollendet haben, und jenen, die dies nicht haben. Die Änderungen treten mit dem Beginn des Jahres 2014 in Kraft.

Für jene Personen, die zum besagten Stichtag das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, die also nach dem 1.1.1964 geboren wurden, ist eine wesentliche Änderung durch das SRÄG 2012 die vollständige Abschaffung der befristeten Invaliditätspension. Gemäß Art. 5 § 143a des BGBl. I Nr. 3 erhalten Personen, deren Invalidität eine vorübergehende ist und zumindest sechs Monate andauert, nunmehr in Anschluss an das Krankengeld ein Rehabilitationsgeld von der Gebietskrankenkasse sowie medizinische Rehabilitation von der Pensionsversicherung für die Dauer der Invalidität. Die Höhe der Zahlungen entspricht dem Ausmaß des Krankengeldes.

92 Vgl. ebenda.

93 Vgl. Leoni 2012, Seite 50.

94 Vgl. BMASK 2012b, Seite 1.

95 Vgl. Jungreuthmayer/Zalokar 2012.

Gleichzeitig ist der Krankenversicherungsträger nach § 143b desselben Artikels dazu verpflichtet, die entsprechenden PensionsempfängerInnen im Rahmen eines Case Managements⁹⁶ und regelmäßiger Begutachtungen dabei zu unterstützen, die ursprüngliche Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen. Es entsteht dabei ein Anspruch auf medizinische Maßnahmen, die ausreichend und zweckmäßig sind, aber ein notwendiges Ausmaß nicht überschreiten (BGBl. I/3 Art. 5 § 276f). Nach Absatz des § 143a besteht der Anspruch auf Rehabilitationsgeld und damit auf die Sicherung des Unterhalts nur, wenn Personen ein ihnen zumutbares Ausmaß an Maßnahmen der Rehabilitation bestreiten.

Das Ziel der Gesetzesänderungen war es, Personen mit gesundheitlichen Beschwerden in den Arbeitsmarkt zu reintegrieren und Anzahl und Kosten der Invaliditätspensionen zu verringern.⁹⁷

Alternativ kann nach § 39b des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977, BGBl. Nr. 609, im Falle einer Invalidität, die voraussichtlich mindestens sechs Monate andauert, ein Umschulungsgeld ausgezahlt werden, wenn berufliche Maßnahmen der Rehabilitation sinnvoll und zweckmäßig sind. Hierunter zählen etwa Um- oder Nachschulung sowie arbeitsmarktintegrative Maßnahmen, die vom AMS angeboten werden. Die Höhe des Umschulungsgeldes liegt in der 1,22-fachen Höhe des Arbeitslosengeldes und ist damit in etwa so hoch wie früher die durchschnittliche Invaliditätspension.⁹⁸ Wiederum besteht der Anspruch nur, wenn eine Mitwirkung bei Auswahl, Planung und Durchführung der Maßnahmen in einem zumutbaren Ausmaß stattfindet.

Für Personen, die zu Beginn des Jahres 2014 das 50. Lebensjahr bereits vollendet haben, besteht weiterhin die Möglichkeit einer befristeten Invaliditätspension, die im Anspruchsfall in Anschluss an das Krankengeld für zwei Jahre zuerkannt wird und, besteht die Invalidität weiterhin, um zwei weitere Jahre verlängert werden kann.⁹⁹

Im Falle, dass eine dauerhafte Invalidität festgestellt wird, gilt weiterhin, unabhängig vom Alter zum erwähnten Stichtag, ein unbefristeter Anspruch auf Invaliditätspension (IP).¹⁰⁰ Wird ein Antrag auf Pensionszuerkennung abgelehnt, folgt automatisiert die Prüfung, ob und seit wann Invalidität vorliegt, um im gegebenen Fall das Rehabilitationsgeld zu gewähren.¹⁰¹

Obwohl analoge Anpassungen geplant waren, gilt die vollständige Abschaffung der befristeten Invaliditätspension durch das SRÄG 2012 nicht für BeamtInnen, Selbständige und Bauern/Bäuerinnen.¹⁰² Für jene Berufsgruppen gibt es weiterhin die Möglichkeit einer befristeten sowie einer unbefristeten Invaliditäts- bzw. Erwerbsunfähigkeitspension.¹⁰³

Nach wie vor gilt auch die Härtefallregelung nach § 255 Absatz 3a des ASVG. Diese berechtigt auch Personen, die das 50. Lebensjahr vollendet haben, mindestens zwölf Monate vor dem Stichtag arbeitslos waren und eine festgelegte Mindestversicherungszeit nachweisen können, zum Empfang einer unbefristeten Invaliditätspension, insofern nicht zu erwarten ist, dass eine Arbeitsstelle erlangt werden kann, die dem physischen und/oder psychischen Zustand der Person entspricht. Diese Regelung existiert analog für Personen, die das 58. Lebensjahr vollendet haben. Jene müssen eine geringere Anzahl an Mindestversicherungsmonaten nachweisen.

Im Dezember 2012 wurden 208.339 Invaliditätspensionen geführt. Gegenüber dem Jahr 2002 hat sich die Anzahl damit um 57.308 Fälle erhöht, was einem Zuwachs von rund 38 Prozent über zehn Jahre entspricht.¹⁰⁴ Die relativ kontinuierliche Zunahme der Invaliditätspensionsstände war dabei überproportional höher als bei

96 Ein Case Management beschreibt eine auf den Klienten oder die Klientin zugeschnittene Beratung und Unterstützung.

97 Vgl. BMASK 2012a, Seite 1.

98 Vgl. ebenda.

99 Vgl. PVA 2013b, Seite 5.

100 Vgl. ebenda.

101 Vgl. Hauptverband der Sozialversicherungsträger 2013, Seite 23.

102 Vgl. Parlamentskorrespondenz Nr. 946, www.parlament.gv.at/PAKT/PR/JAHR_2012/PK0946/ [29.7.2013].

103 Vgl. SVA 2013.

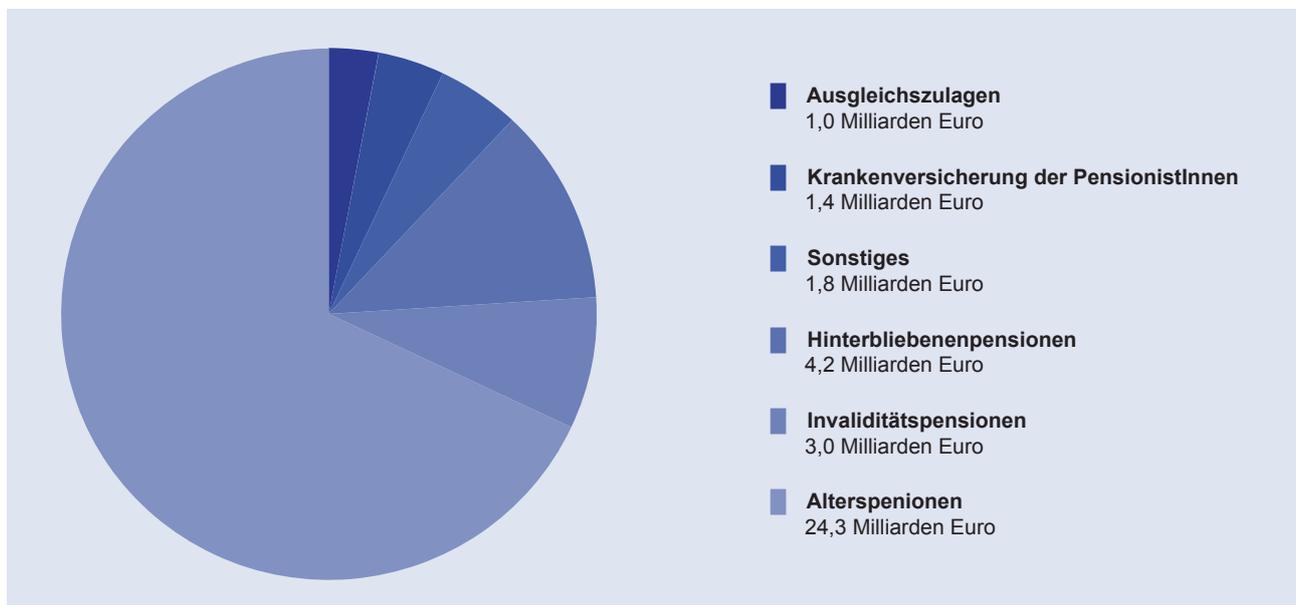
104 Vgl. Hauptverband der Sozialversicherungsträger 2013, Seite 92.

anderen Pensionsarten, wie etwa Alterspensionen, und ist daher nicht nur durch die »Überalterung« der Gesellschaft zu erklären.¹⁰⁵ Das durchschnittliche Antrittsalter liegt bei der Invaliditätspension bei 53,8 Jahren bei Männern und 50,3 Jahren bei Frauen. Im Vergleich zum Jahr 1970, in dem das IP-Antrittsalter bei männlichen sowie bei weiblichen Erwerbstätigen bei 56,6 Jahren gelegen hat, nahm das IP-Antrittsalter also deutlich ab. In Österreich nimmt damit eine größere Anzahl an Personen eine Invaliditätspension in Anspruch als in anderen Ländern. Ebenso ist das entsprechende Antrittsalter ein durchschnittlich geringeres.¹⁰⁶

2012 wurden 68.150 Anträge auf Invaliditätspension gestellt, von denen 27.446 zuerkannt wurden, während mehr als die Hälfte der Anträge abgelehnt wurde. Der Großteil der Invaliditätspensionen entfällt auf Männer, insbesondere auf männliche Arbeiter.¹⁰⁷

Die Invaliditätspension hat erkennbare volkswirtschaftliche Relevanz, fielen doch 2012 8,4 Prozent, konkret rund 3 Milliarden Euro, der Ausgaben in der Pensionsversicherung von insgesamt 35,7 Milliarden Euro auf Pensionen aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. Invalidität.¹⁰⁸ Die Ausgaben der Pensionsversicherung in absoluten Zahlen finden sich in Abbildung 2.

Abbildung 2: Ausgaben der Pensionsversicherung



Quelle: Hauptverband der Sozialversicherungsträger 2013, Daten aus 2012.

Ebenso wie hinsichtlich der Krankenstandsfälle und -tage (siehe Kapitel 2.7.1) gewinnen die psychischen und psychiatrischen Erkrankungen auch hinsichtlich ihrer Verursachung von Invalidität an Bedeutung. Dass kann u. a. darauf zurückgeführt werden, dass sie viele (psychosomatische) Folgewirkungen nach sich ziehen können. Mittlerweile sind psychische Beschwerden der zweithäufigste Grund für die Invaliditätspension bei Männern sowie der häufigste Grund bei Frauen.¹⁰⁹ Insgesamt verursachten, wie in Tabelle 8 ersichtlich, psychiatrische und psychische Erkrankungen im Jahr 2012 mit 8.522 Fällen mehr Fälle von Invalidität als etwa die Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, die für 8.495 Invaliditätsfälle verantwortlich waren.

105 Vgl. ebenda, Seite 97.

106 Vgl. »Gesunde Lebenswelten« des Gesundheitsportals, www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/beruf-und-arbeitsbelastungen.html [26.7.2013].

107 Vgl. Hauptverband der Sozialversicherungsträger 2013, Seite 95f.

108 Vgl. Hauptverband der Sozialversicherungsträger 2013, Seite 120.

109 Vgl. Leoni 2012, Seite 51.

Tabelle 8: Invaliditätspensions-Neuzugänge 2012 nach Krankheitsgruppen

	Absolute Zahl	Relativer Anteil
Psychiatrische Erkrankungen	8.522	31 %
Erkrankungen von Skelett, Muskeln und BGW	8.495	31 %
Erkrankungen des Kreislaufsystems	2.829	10 %
Bösartige Neubildung von Körpergewebe (Tumor)	2.622	10 %
Krankheiten des NS und der Sinnesorgane	1.369	5 %
Erkrankungen der Atmungsorgane	917	3 %
Andere	2.692	10 %
Gesamt	27.446	100 %

Quelle: Hauptverband der Sozialversicherungsträger 2013, Daten von 2012.

3 Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Dieses Kapitel widmet sich der Frage, was die negativen gesundheitlichen Folgen der Arbeitslosigkeit sind und wie sie ihre Wirkung entfalten. Das Wissen darüber und über solcherlei Effekte abmildernde Modalitäten sowie persönliche Bewältigungsstrategien Betroffener können wichtige Anhaltspunkte für die Konzeption effektiver Präventions- und Gesundheitsförderungsansätze liefern und erlauben ihre Abstimmung auf konkret beschreibbare Zielgruppen.¹¹⁰

Für jene, die unter den Folgen übermäßiger gesundheitlicher Belastungen durch Erwerbsarbeit leiden, kann eine kurzfristige Phase der Nichterwerbstätigkeit sicherlich eine Erholung und Gelegenheit zur Gesundung darstellen, wie sie etwa durch einen längeren Krankenstand gegeben wäre.¹¹¹ Im Falle des Arbeitsplatzverlusts hält dieser Effekt jedoch nur solange an, wie die Belastungen der Arbeitslosigkeit ausbleiben. Trotz der oben genannten physischen und psychosozialen Belastungen, die fehlbelastende Erwerbsarbeit mit sich bringen kann, sollte auch bei gesundheitlicher Beeinträchtigung ein Übergang in die Arbeitslosigkeit möglichst vermieden werden. Die Gründe dafür soll dieses Kapitel aufzeigen.

Der Erwerbsstatus zählt zu den wichtigsten soziodemographischen und sozioökonomischen Determinanten von Gesundheit. Empirische Daten zeigen ausnahmslos, dass erwerbstätige Personen im Vergleich zu arbeitslosen Personen einen besseren Gesundheitszustand aufweisen. Auch die Daten zum subjektiven Gesundheitszustand, erhoben im Zuge der EU-SILC, veranschaulichen das Phänomen der engen Verbindung von Arbeitslosigkeit und verminderter Gesundheit (siehe Tabelle 9).¹¹² So schätzen gerade einmal knapp über die Hälfte der Personen in der Gruppe der Arbeitslosen ihre Gesundheit als »sehr gut« oder »gut« ein, in der Vergleichsgruppe der Erwerbstätigen hingegen 84 Prozent. Sehr deutlich ist auch der Unterschied im Anteil jener, die ihre Gesundheit als »schlecht« oder »sehr schlecht« bezeichnen. 16 Prozent der befragten Arbeitslosen stehen hier 3 Prozent der Erwerbstätigen gegenüber.

Tabelle 9: Subjektiver Gesundheitszustand nach Erwerbsstatus

	Sehr gut/gut	Mittelmäßig	Schlecht/sehr schlecht
Erwerbstätig	84 %	14 %	3 %
Pension	45 %	36 %	20 %
Arbeitslos	54 %	30 %	16 %
Haushalt	73 %	20 %	7 %
In Ausbildung	78 %	10 %	12 %

Quelle: Statistik Austria 2011, Seite 62, Daten von 2010.

Doch nicht nur die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes, sondern auch andere Gesundheitsparameter variieren mit dem Erwerbsstatus erheblich. So leiden arbeitslose Personen häufiger an chronischen Krankheiten und unter chronischen Schmerzen. Folgende Leiden treten signifikant häufiger auf: Arthrose, Arthritis, Gelenksrheumatismus, Bluthochdruck, Migräne, häufige Kopfschmerzen und Wirbelsäulenbeschwerden. Ebenfalls vermehrt lassen sich Depressionen und Angstgefühle verzeichnen.¹¹³

110 Vgl. Holleederer 2011, Seite 12.

111 Vgl. ebenda, Seite 240f.

112 Vgl. Statistik Austria 2011, Seite 62.

113 Vgl. Statistik Austria 2008, Seite 9.

Körperliche Beschwerden können in Folge psychischer Belastungen, finanzieller Einbußen und/oder veränderter Lebensgewohnheiten in der Arbeitslosigkeit entstehen. Empirische Daten zeigen jedenfalls einen deutlich gesundheitsschädigeren Lebensstil. Arbeitslose Frauen etwa haben ein dreimal höheres Risiko, an Übergewicht zu leiden, als erwerbstätige und während beinahe die Hälfte aller arbeitslosen Personen raucht, tut dies bei den erwerbstätigen gerade einmal ein Drittel.¹¹⁴

Der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit wurde anhand zahlreicher Studien aufgezeigt und ist somit gut erforscht.¹¹⁵ Für die Erklärung dieses Zusammenhanges halten sich zwei Hypothesen, wobei die Literatur für beide stichhaltige empirische Beweise bereithält.

3.1 Selektionshypothese

Laut dieser beeinflusst der Gesundheitszustand einer Person ihren Erwerbsstatus auf vielfältige Weise. Zum einen werden Betroffene eher (etwa aufgrund häufigerer oder länger andauernder Krankenstände oder verminderter Arbeitsfähigkeit respektive Einsatzfähigkeit für bestimmte Tätigkeiten) entlassen oder müssen ihre Arbeit ihrer Gesundheit zuliebe aufgeben. Zum anderen gestaltet sich der Wiedereinstieg in die Erwerbsarbeit für Personen mit eingeschränkter Gesundheit entsprechend schwierig.

3.2 Kausalitätshypothese

Die Kausalitätshypothese besagt, dass Arbeitslosigkeit sich negativ auf den Gesundheitszustand der betroffenen Personen auswirkt. Die gesundheitlichen Folgen betreffen dabei physische genauso wie psychische und soziale Aspekte des allgemeinen Wohlbefindens. Eine Vielzahl an Theorien beschreibt die Prozesse der psychosozialen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit im Sinne der Kausalitätshypothese.

3.2.1 Die Theorie der psychischen Deprivation

Die bekannte Studie über die Arbeitslosen von Marienthal,¹¹⁶ die schon in den dreißiger Jahren des vergangenen Jahrhunderts auf Basis umfassender empirischer Erhebungen entstanden ist und noch immer gerne zitiert wird, zeigt anschaulich die psychischen Effekte andauernder Arbeitslosigkeit auf. Die Entbehrung der oben genannten psychischen Funktionen der Erwerbsarbeit, die auf Zeitstruktur und sozialer Teilhabe sowie finanzieller Absicherung basieren (siehe Kapitel 2.5), setzt einen Prozess psychischen Verfalls in Gang, der in Apathie, Resignation und Gebrochenheit kulminiert. Die auf diesen frühen Forschungen basierende und von Marie Jahoda im Laufe der nächsten Jahrzehnte weiterentwickelte Deprivationstheorie wurde ob ihrer Prämissen immer wieder heftig kritisiert. Es bleibt jedoch der allgemeine Konsens über die sozialintegrative Kraft der Erwerbsarbeit und deren Beitrag zur psychischen Gesundheit.¹¹⁷

114 Vgl. ebenda, Seite 75.

115 Vgl. Kastner/Hagemann/Kliesch 2005; Ekeles/Kirschner 2004; Holleder 2011; Kritzing 2009.

116 Vgl. Jahoda/Lazarsfeld/Zeisel 1980.

117 Vgl. Wacker 2000.

3.2.2 Theorie der erlernten Hilflosigkeit

Eine weitere Theorie, die die psychischen Entwicklungen in Folge von Arbeitslosigkeit zu beschreiben sucht, ist die Theorie der Erlernten Hilflosigkeit von Martin Seligman.¹¹⁸ Ursprünglich wurden die durch sie beschriebenen Hilflosigkeitseffekte in Tierversuchen beobachtet, später aber auch bei Menschen nachgewiesen. Die Theorie besagt, dass das Erleben von Unkontrollierbarkeit, das dann eintritt, wenn (vor allem negative, schmerzhaft oder traumatisierende) Ereignisse sich als unbeeinflussbar herausstellen, vorerst Furcht auslöst, die sich in Hilflosigkeit wandelt, wenn sich unkontrollierbare Umweltereignisse häufen. Das Individuum verändert seine Einstellung zur Umwelt und nimmt irgendwann auch für nachfolgende gleiche Ereignisse an, dass es sie nicht kontrollieren kann. Es generalisiert in der Folge diese Haltung auch, was bedeutet, dass es zunehmend sämtliche Ereignisse als unkontrollierbar antizipiert. Dies hat schwerwiegende Folgen für sein Verhalten und seine psychische Verfassung. Es verhält sich zunehmend passiv, wird handlungsunfähig und gerät in einen depressiven Zustand.

3.2.3 Soziale Stigmatisierung und Exklusion

Soziologische Konzepte beziehen sich auf die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf den sozialen Status und den Umgang der Gesellschaft mit arbeitslosen Personen. Erving Goffman hat die Theorie der Stigmatisierung¹¹⁹ entworfen, die besagt, dass die Bezeichnung oder Markierung einer Person anhand eines abnormalen Merkmals und die damit verknüpften sozialen Zuschreibungen sich auf das Verhalten der übrigen Gesellschaftsmitglieder gegenüber dem Individuum auswirken und dieses in der Folge verändern. Dies geht irgendwann so weit, dass die stigmatisierte Person die über Kommunikation vermittelten Zuschreibungen der Anderen verinnerlicht, also ihr Selbstbild und somit ihr Verhalten verändert. Auf die Arbeitslosigkeit angewandt bedeutet dies, dass die gesellschaftlich hergestellten negativen Charakterzuschreibungen und damit einhergehenden Verhaltensweisen gegenüber arbeitslosen Personen diese stark beeinträchtigen können. Die Stärke der belastenden Folgen hängt dabei immer davon ab, in welchem Maße Arbeitslosigkeit als abnormal gesehen wird und welche kollektiven Werturteile damit verbunden sind.

Auf einer weniger interaktiven, systemtheoretischen Ebene lässt sich die Beteiligung am Funktionssystem »Erwerbsarbeit« als zentrale Teilhabemöglichkeit in modernen Gesellschaften darstellen. Der Ausschluss aus diesem führt auch zu Exklusionsmechanismen in anderen Teilsystemen der Gesellschaft oder ist durch diese bedingt. So kommt es zu so genannten »Mehrfachexklusionen«, die bestimmte Gruppen von Menschen an den Rand der Gesellschaft drängen. Inklusion wird dabei im Wesentlichen als eine Systemleistung gesehen, die es durch geeignete Maßnahmen bzw. Systemveränderungen herzustellen gilt.

3.2.4 Gesundheitsfolgen finanzieller Deprivation

Von den mehr oder minder gut ausgeprägten Sozial- und Wohlfahrtssystemen der unterschiedlichen Staaten in unterschiedlichem Ausmaß abgedeckt, jedoch immer deutlich spürbar ist die materielle Einschränkung, die mit dem Eintreten der Arbeitslosigkeit einsetzt und sich mit ihrem Fortdauern verschärft. Sehr viele der genannten physischen, psychischen und sozialen Folgen werden durch sie vermittelt hervorgerufen, denn mit dem Verlust des materiellen Lebensstandards, der nicht nur die Gesundheit beeinflusst, sondern auch zur Sichtbarmachung

118 Vgl. Seligman 1979.

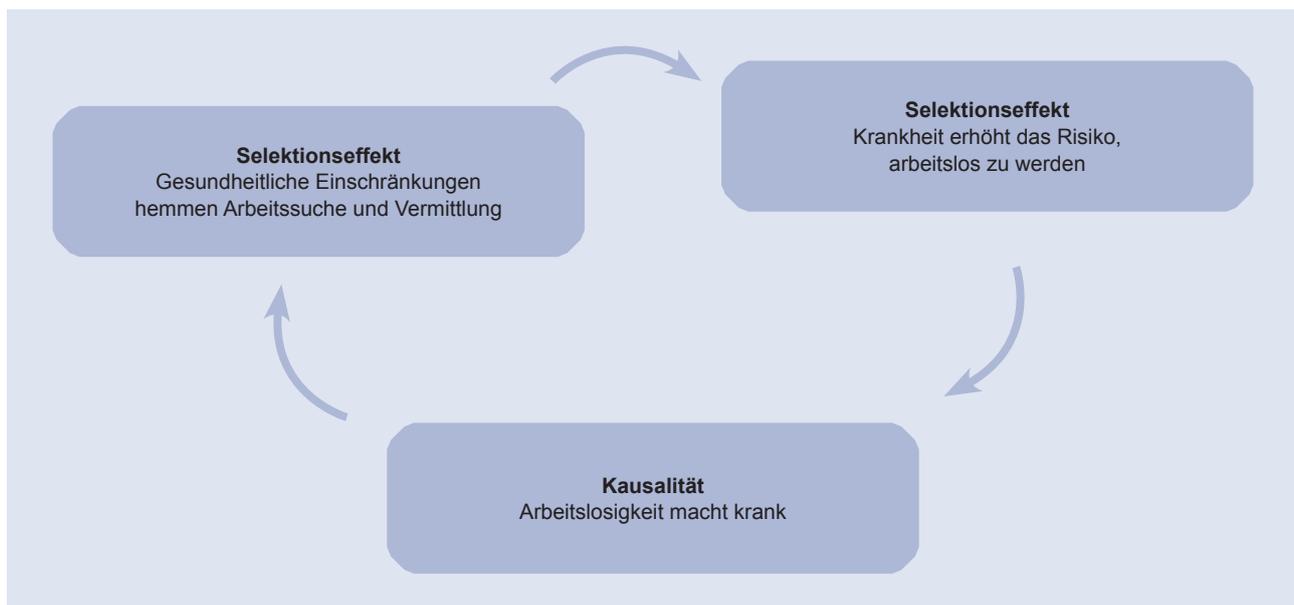
119 Vgl. Goffman 2010.

des sozialen Status dient, entstehen oft erst Mangel- oder Fehlernährung, sozialer Rückzug, Schamgefühle oder Vernachlässigung von (oft kostenpflichtigen) Freizeitaktivitäten.

3.3 Das Circulus-Vitiosus-Modell von Arbeitslosigkeit und Gesundheitsverlust

Die intensive Auseinandersetzung in der Arbeitslosigkeitsforschung mit den beiden Hypothesen zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheitsverlust hat zur Beibehaltung beider Ansätze und in Folge zu ihrer theoretischen Vereinigung im Modell des Circulus Vitiosus¹²⁰ geführt. In diesem ist die zentrale Annahme, dass sich Selektions- und Kausalitätseffekte gegenseitig verstärken. Im theoretisch angenommenen schlechtesten Fall, wenn also alle genannten negativen Wirkmechanismen eintreten, kommt es zum Verlust des Arbeitsplatzes durch Krankheit (Selektionseffekt), welcher die Gesundheit weiter verschlechtert (Kausaleffekte) und die Wahrscheinlichkeit der Wiedereingliederung erheblich verringert (Selektionseffekt). Mit anhaltender Dauer der Arbeitslosigkeit kommt es zu verstärkten oder zusätzlichen kausalen Effekten usw. Die betroffene Person hängt in der Abwärtsspirale aus Arbeitslosigkeit und eingeschränkter Gesundheit fest.

Abbildung 3: Circulus Vitiosus von Arbeitslosigkeit und Gesundheitsverlust



Quelle: Holleederer 2009, Seite 32, leicht verändert.

3.4 Moderatorvariablen und Differentielle Arbeitslosigkeitsforschung

Die Differentielle Arbeitslosigkeitsforschung gibt sich nicht mit der einfachen Verknüpfung von Arbeitslosigkeit und Gesundheitszustand zufrieden, sondern sucht herauszufinden, ob sich diese differenzierter beschreiben lässt. Dafür führt sie zusätzliche Variablen in den Zusammenhang ein, beginnend mit dem Einflussfaktor

120 Vgl. Holleederer 2009 und 2011.

»Zeit«. Die Frage lautet also: Stehen die Dauer der Arbeitslosigkeit und der Gesundheitszustand miteinander in einem als linear anzusehenden Zusammenhang?

Tabelle 10 macht deutlich, dass Personen, die eine kurze Periode der Arbeitslosigkeit hinter sich haben, zwar gesundheitlich beeinträchtigt sind, aber mit 6 Prozent in dieser Gruppe (noch) relativ wenige ihren Gesundheitszustand als »schlecht« oder »sehr schlecht« bezeichnen. Dauerte die Arbeitslosigkeit im Vorjahr jedoch mehr als sechs Monate an, so ordnen sich bereits 14 Prozent dieser schlechtesten Kategorie zu und schließlich 20 Prozent jener Personen, die das gesamte Jahr 2009 arbeitslos gewesen waren.¹²¹ Dies entspricht dem Wert der PensionistInnen in Tabelle 9.

Tabelle 10: Subjektiver Gesundheitszustand und Arbeitslosigkeit im Referenzjahr 2009

	Sehr gut/gut	Mittelmäßig	Schlecht/sehr schlecht
1–5 Monate	74 %	19%	6 %
6–11 Monate	59 %	27%	14 %
Ganzjährig	54 %	26%	20 %

Quelle: Statistik Austria 2011, Daten von 2010.

Ganz im Sinne des Circulus Vitiosus ist erkennbar: Je länger die Dauer der Arbeitslosigkeit, desto schlechter der Gesundheitszustand und je schlechter der Gesundheitszustand, desto länger die Arbeitslosigkeit.

Auch die Betrachtung der Unterschiede in der Stärke des Zusammenhanges für bestimmte an sozioökonomischen Merkmalen gebildete Gruppen bringt zusätzliche Informationen über die Wirkungszusammenhänge. Je genauer man jedoch diese Gruppen betrachtet, desto klarer wird, dass es innerhalb der Gruppen wiederum große Unterschiede gibt. In weiterer Folge wurden immer mehr so genannte »Moderatorvariablen« also vermittelnde, den Zusammenhang differenzierende Merkmale (siehe Tabelle 11) eingeführt und statistisch getestet.

Tabelle 11: Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit bzw. Gesundheitsverlust (Moderatorvariablen)

Finanzielle Lage	Ursachenattribution	Hilfesuchverhalten
Arbeits- und Berufsorientierung	Arbeitslosigkeit Arbeitslosigkeitsdauer	Soziale Unterstützung
Alter		Vermittlungsaktivität
Geschlecht	Gesundheit	Arbeitssuchverhalten
Qualifikationen/Bildung		Arbeitslosenquote
Gesundheitliche Risiken	Einschätzung der Wiederbeschäftigungschancen	Gesundheitliche Ressourcen
	Potenzielle Beschäftigungsfähigkeit	
	Wiederbeschäftigung	

Quelle: Kirschner/Elkeles 2006, Seite 98.

Eine beträchtliche Anzahl multivariater und metaanalytischer Überprüfungen dieser in Frage kommenden Variablen, die in ihrer großen Zahl schon in die Konzeption von Beschäftigungsfähigkeit eingegangen sind (siehe Kapitel 2.4), wurde durchgeführt, wobei viele mehr oder weniger signifikante, manchmal auch widersprüchli-

121 Statistik Austria 2011, Seite 62.

che Ergebnisse zu Tage gefördert wurden.¹²² Manchmal wurden übereinstimmende Ergebnisse sogar auf unterschiedliche Weise interpretiert.¹²³

Dem gegenüber stehen jedoch viele Variablenkonstellationen, die sehr plausible Zusammenhangserklärungen empirisch stützen. Diese in eine Metatheorie zu integrieren ist ein wichtiges Ziel, das jedoch noch ausführlicherer Forschungen mithilfe elaborierter quantitativer und qualitativer Methoden bedarf. Einen solchen Versuch stellt etwa das vom BMASK in Auftrag gegebene Projekt des sozialwissenschaftlichen Methodenzentrums an der Universität Wien dar.¹²⁴

Ein sehr vielversprechender Versuch der Theorieintegration besteht in der Fokussierung auf so genannte »Kognitive moderierende Faktoren«. Psychologische Konzepte wie Selbstwirksamkeit, Motivation, Attribution (Ursachenzuschreibung), Kontrollerwartung und Kohärenzgefühl,¹²⁵ die die grundsätzliche Einstellung des Menschen zu seiner Umwelt widerspiegeln und ihm die Fähigkeit verleihen, seine Ressourcen wahrzunehmen, zu nutzen und auszubauen sowie belastende Situationen aktiv zu bewältigen, schließen den Kreis zu einem Verständnis von Gesundheit als einer »allgemeinen Lebenstüchtigkeit«¹²⁶ (siehe Kapitel 2.4). Forschungen in dieser Richtung werden etwa unter dem aus der Kinderpädagogik entlehnten Begriff der Resilienz¹²⁷ unternommen.

Als gesichert gilt, dass vor allem Ältere, gering qualifizierte Personen, gesundheitlich stark eingeschränkte und Langzeitarbeitslose stark unter den Kausal- und Selektionseffekten des Teufelskreises aus Arbeitslosigkeit und Gesundheitsverlust leiden. Wiederbeschäftigung wird für sie mit fortschreitender Zeit immer unwahrscheinlicher, während das gesundheitliche Risiko enorm hoch ist.¹²⁸ Diese Risikogruppen sind, neben exklusionsgefährdeten Jugendlichen, auch die primären Zielgruppen Arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung.

122 Ein detaillierter Überblick findet sich bei Hollederer 2011, basierend auf früheren Studien und eigenen Berechnungen anhand der Daten des Mikrozensus 2005.

123 Vgl. ebenda, Seite 45.

124 Vgl. Kritzinger et al. 2009.

125 Das Kohärenzgefühl (Sense of Coherence, SOC) ist eine grundlegende Lebenseinstellung von Menschen und beschreibt, in welchem Ausmaß sie Ereignisse und Umstände als verstehbar, handhabbar und sinnvoll beurteilen. .

126 Seiler 2009, Seite 71.

127 »Resilienz umfasst Problemlösefähigkeiten, Empathie, die Fähigkeit zur Selbstregulation und Übernahme von Verantwortung, ein aktives und flexibles Bewältigungsverhalten (z. B. die Fähigkeit, sich aktiv Hilfe zu holen oder sich von einer dysfunktionalen Situation innerlich zu distanzieren), eine optimistische, zuversichtliche Lebenseinstellung, einen realistischen Attribuierungsstil, ein hohes Selbstwertgefühl sowie Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten (Selbstwirksamkeitsüberzeugung)« (Ebenda, Seite 70, nach Werner 2000).

128 Vgl. Hollederer 2011, Seite 43.

4 Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention

Prävention und Gesundheitsförderung unterscheiden sich hinsichtlich ihres Gesundheitsbegriffes und ihres Geltungsbereiches. Trotzdem werden sie in der Regel behandelt, als wären sie austauschbar. In der Praxis spielt die Frage, ob es sich bei bestimmten Maßnahmen denn nun um solche der Prävention oder der Gesundheitsförderung handelt, meist keine Rolle.

Prävention ist auf eine medizinisch-kurative Begrifflichkeit bezogen und meint die Erhaltung von Gesundheit durch entsprechende Vorsorge bzw. Verhütungsmaßnahmen in Bezug auf Krankheitsauslöser und Krankheitsfolgen. Dabei werden anhand der (Vor-)Stadien von Krankheit drei Arten von Prävention unterschieden:¹²⁹

- **Primärprävention** setzt an, noch bevor es zur Krankheit kommt. Sie trägt dazu bei, gesundheitsschädigende Faktoren zu vermeiden, um die Entstehung von Krankheiten zu verhindern.
- **Sekundärprävention** soll das Fortschreiten eines Krankheitsfrühstadiums durch Frühdiagnostik und -behandlung verhindern. Sie greift also in bestehende Risikosituationen ein und versucht, diese abzuwenden.
- **Tertiärprävention** konzentriert sich nach einem Krankheitsereignis auf die Wiederherstellung der Gesundheit. Folgeschäden soll somit vorgebeugt und Rehabilitation ermöglicht werden.

Die beiden Begriffe haben also eine unterschiedliche Ausrichtung. Während Prävention die Vermeidung von Krankheit und die Behandlung ihrer Folgen im Sinn hat, also pathogenetisch ausgerichtet ist, bezieht sich Gesundheitsförderung auf Gesundheit im Sinne von Salutogenese (siehe Kapitel 1).

»Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel.«¹³⁰

Diese auf der ersten Gesundheitskonferenz in Ottawa 1986 verabschiedete Definition von Gesundheitsförderung stellt immer noch die Basis der Konzeption und Umsetzung von Maßnahmen und Initiativen auf diesem Gebiet dar. Unverkennbar ist der salutogenetische Ansatz (siehe Kapitel 2). Es fällt das überaus hoch angesetzte Ziel auf, das in der Schaffung der Voraussetzungen für die Umsetzung eines gelungenen Lebens besteht. Wie dies im Einzelfall aussieht, ist dabei sehr subjektiv.

Einige zusätzliche Punkte der Charta sind für die weiteren Ausführungen wichtig:

- Die Beteiligung aller politischen Bereiche, also nicht nur der Gesundheitsressorts.
- Die primäre Methode der Zielerreichung ist die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebens(um)welten.
- Die Grundvoraussetzung für Gesundheitsförderung sind »Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit«.
- Gesundheitsförderung soll auch Teil politischer Entscheidungsprozesse auf allen Ebenen sein, und es sollen Anreize geschaffen werden, gesundheitsfördernde Lösungen zu priorisieren.
- Partizipation auf kommunaler und lokaler Ebene.

¹²⁹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung [1.8.2013].

¹³⁰ WHO 1986.

- Die Vermittlung von Gesundheitskompetenz und Bewältigungsstrategien.
- Neuausrichtung der Werte und Organisationsformen im Gesundheitssektor – weg von der pathogenetischen Einstellung.
- Verknüpfung von Verhältnis- und Verhaltensebene: *»Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.«*
- Politischer Auftrag: *»Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen.«*¹³¹

Die Erklärungen in der Charta sind nicht rechtlich bindend, sondern dienen als Leitlinien, die in den einzelnen Staaten den dort vorherrschenden Rahmenbedingungen entsprechend umgesetzt werden können.

Auf der Internetseite der Europäischen Kommission wird die Schaffung gesundheitsfördernder Arbeits- und Lebensbedingungen kurz erwähnt und auf die Sozial- und Wirtschaftspolitik innerhalb der EU verwiesen. Diese wird von »Eurofound – Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen« beobachtet, beurteilt und beraten. Die Europäische Kommission initiiert Präventionskampagnen zum Gesundheitsverhalten und gesetzliche Vorgaben für Produkte und Lebensmittel. Im Bereich Arbeit wird die Betriebliche Gesundheitsförderung herausgehoben.

Ebenfalls auf internationaler Ebene initiiert wurde der Ansatz der »Health in all Policies« (Gesundheit in allen Politikfeldern), der sich in der österreichischen Umsetzung an drei Leitlinien orientiert:¹³² Aufdeckung und Verminderung sozialer Ungleichheit, eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik in allen Lebensbereichen, die die Verhältnisprävention vermehrt in den Fokus rückt und auch tatsächlich umsetzt, und die standardmäßige Implementation von Health Impact Assessment, das zum Ziel hat, die gesundheitlichen Auswirkungen von Maßnahmen wissenschaftlich abzuschätzen. Die Erarbeitung der wissenschaftlichen Grundlagen der Gesundheits- und Präventionspolitik in Österreich obliegt dem Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG).¹³³

Gesundheitsförderung ist in Österreich seit 1998 ganz im Sinne der Ottawa-Charta gesetzlich im so genannten »Gesundheitsförderungsgesetz (GfG)« verankert. Die ausführende Organisation ist dabei der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), der 2006 bei deren Gründung in die GÖG eingegliedert wurde. Dieser fördert Projekte, initiiert Programme, und ihm obliegt die Information und Aufklärung in Belangen der Gesundheitsförderung.¹³⁴ Weitere politische Förderstellen von Gesundheitsprojekten sind die Sozialversicherungsträger, die Sozialpartner, die Länder sowie das Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

Darüber hinaus liegt entsprechend dem in Österreich verfolgten Setting-Ansatz die Kompetenz für Gesundheitsförderung und deren Umsetzung und Finanzierung grundsätzlich auch bei den politischen Institutionen aller anderen Ressorts. Das bedeutet, dass Gesundheitsförderung integraler Bestandteil der Organisation und Gestaltung der unterschiedlichen Lebenswelten sein soll, die überall dort entstehen, wo Gemeinschaften begründet werden. Solche Settings können sein:

»Arbeitsplatz/Betrieb, Lehr- oder Ausbildungsstätte, Kommunales Setting (Wohnumfeld, Grätzel, Siedlung, Gemeinde, Stadt), Kindergarten und Kinderbetreuungseinrichtungen, Schule und andere Bildungseinrichtungen.«

131 WHO 1986.

132 Rahmengesundheitsziele für Österreich, www.gesundheitsziele-oesterreich.at/information/artikel-zum-thema-gesundheit-fuer-alle/gesundheits-in-allen-politikfeldern/ [1.8.2013].

133 Gesundheit Österreich GmbH, www.goeg.at/de/Bereich/Gesundheitsfoerderungs-und-Praeventionsforschung.html [1.8.2013].

134 www.fgoe.org [1.8.2013].

gen, Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens (Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime, Ambulanzen, Beratungseinrichtungen, Besuchsdienste ...), Konsum- und Freizeitwelten«. ¹³⁵

Die Betriebliche Gesundheitsförderung wird dabei einem konkreten Setting zugeordnet, während Arbeitsmarkt-integrative Gesundheitsförderung dem Setting »Arbeitsmarktpolitik« oder auch kommunalen Settings zugeordnet werden kann, oder aber im Sinne eines anderen Gesundheitsförderungsansatzes behandelt und umgesetzt wird, der der Verminderung von sozialer Ungleichheit oder Exklusion gewidmet ist und dabei bestimmte Risikogruppen bestimmt. Dabei sind bei weitem nicht alle Maßnahmen der Gesundheitsförderung für Erwerbstätige unter die Betriebliche Gesundheitsförderung subsumierbar, und die Zuordnung von Verantwortungsbereichen bei der Gesundheitsförderung für Arbeitssuchende ist noch schwerer zu bestimmen, wie die folgenden Kapitel zeigen werden.

4.1 Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Setting »Betrieb«

Im Grunde basierend auf der rechtlichen Grundlage des ArbeitnehmerInnenschutzes haben sich mit der Betrieblichen Gesundheitsförderung, dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement, dem Betrieblichen Arbeitsfähigkeitsmanagement, dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement und den Outplacement-/Replacement-Strategien verschiedene Vorgehensweisen entwickelt, durch die der gesundheitliche Zustand der ArbeitnehmerInnen geschützt und verbessert werden soll.

Die getroffenen Einzelmaßnahmen können dabei grundsätzlich in verhaltensorientierte und verhältnisorientierte Maßnahmen untergliedert werden. Während sich verhältnisbezogene Interventionsansätze auf die Arbeitsbedingungen beziehen, versuchen die verhaltensorientierten Interventionsansätze auf das Verhalten des/der Einzelnen Einfluss zu nehmen. ¹³⁶ Es ergibt sich also die logische Abfolge, dass die Verhältnisförderung, das heißt die gesundheitsgerechte Gestaltung des Arbeitsplatzes, vor einer Verhaltensförderung, das heißt der Minimierung des persönlichen Risikoverhaltens, liegen sollte. ¹³⁷ Innerhalb jener groben Kategorisierung ist, wie in Tabelle 12 erkennbar, eine Vielzahl von gesundheitserhaltenden und -fördernden Maßnahmen denkbar.

Tabelle 12: Mögliche Dimensionen gesundheitsfördernder Maßnahmen¹³⁸

Arbeitsplatz	Art der Arbeit (z. B. Bildschirm, Produktion etc.)
Arbeitsumfeld	Raumklima Lärm Licht Erschütterung Partizipative Gestaltung baulicher Veränderungen Partizipative Organisationsentwicklung
Aufgabengestaltung	Kollektive Aufgabenerweiterung Individuelle Aufgabenerweiterung
Arbeitsorganisation	Qualitätszirkel Projektgruppen Fertigungsteams Teilautonome Arbeitsgruppen Sicherheit am Arbeitsplatz

¹³⁵ Glossar Fonds Gesundes Österreich, www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/setting [1.8.2013].

¹³⁶ Vgl. Ulich/Wülser 2004, Seite 28.

¹³⁷ Vgl. Pfaff/Slesina 2001, Seite 17.

¹³⁸ Konkrete Maßnahmen sind in diversen Nachschlagewerken für Betriebliche Gesundheitsförderung zu finden.

Arbeitszeit	Schichtarbeit Variables Arbeitszeitmodell Gleitendes Arbeitszeitmodell Dynamisches Arbeitszeitmodell
Personalentwicklung	Zusammenarbeit im Team Förderung des »Wir-Gefühls« BGF als Führungsaufgabe
Gesundheitsverhalten	Bewegung Ernährung Genussmittelkonsum (Zigaretten, Alkohol) Wellness Stressmanagement Psychosoziale Gesundheit

4.1.1 ArbeitnehmerInnenschutz

Der österreichische ArbeitnehmerInnenschutz bezweckt den Schutz des Lebens und der physischen und psychischen Gesundheit österreichischer Erwerbstätiger sowie die Aufrechterhaltung ihrer Produktivität und Motivation.¹³⁹ Er wird durch das österreichische ArbeitnehmerInnenschutzgesetz geregelt, welches auch die Rahmenrichtlinie der EU (89/391/EWG) über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit samt einer Vielzahl von Einzelrichtlinien umsetzt.

Der ArbeitnehmerInnenschutz gliedert sich darin in zwei Bereiche:

a) Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

In diesem werden alle technischen und arbeitshygienischen Schutzvorschriften zusammengefasst.

b) Arbeitszeit- und Verwendungsschutz

Darunter fallen Schutzbestimmungen für bestimmte besonders schutzwürdige Gruppen von ArbeitnehmerInnen, wie etwa Jugendliche oder werdende/ stillende Mütter, sowie Arbeitszeit- und Arbeitsruheregelungen.

Mit dem ArbeitnehmerInnenschutzgesetz sind also Schutzbestimmungen und Schutzvorschriften gesetzlich geregelt, um Unfälle, Berufskrankheiten, arbeitsbedingte Erkrankungen und Dauerschäden der ArbeitnehmerInnen zu vermeiden. Seit der Novellierung des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes des Jahres 2013 wird dabei in § 2 Abs. 7 explizit darauf Bezug genommen, dass Belastungsfaktoren physischer und psychischer Natur sein können und dass auch Gesundheit stets als ganzheitlich gesehen werden muss. Aus dem ArbeitnehmerInnenschutzgesetz geht hervor, dass auch die ArbeitnehmerInnen an der Einhaltung der Arbeitsschutzbestimmungen mitwirken müssen, obgleich die letzte Verantwortung dafür bei den ArbeitgeberInnen liegt.¹⁴⁰

Neben Sicherheits- und Schutzbestimmungen wird mit dem ArbeitnehmerInnenschutzgesetz auch die so genannte »Einsatzzeit (Präventionszeit)«¹⁴¹ geregelt, womit die Zeit des konkreten Einsatzes von Präventivfachkräften im Unternehmen gemeint ist. Unter Präventivfachkräften sind zunächst Sicherheitsfachkräfte (SFK) und ArbeitsmedizinerInnen (AMED) zu verstehen. Zusätzlich können aber auch andere Expertinnen und Experten, insbesondere aus dem Bereich der Arbeitspsychologie, aber beispielsweise auch Fachleute aus den Bereichen von Chemie, Toxikologie, Ergonomie, je nach Erfordernissen der betrieblichen Situation als Präventivfachkräfte eingesetzt werden.¹⁴²

139 Vgl. Schenk/Toplak/Weißbacher 2012, Seite 19.

140 Vgl. Arbeitsinspektion 2009, Seite 9.

141 Vgl. ANS-RG 2001, § 82a.

142 Vgl. Arbeitsinspektion 2009, Seite 29.

Die Präventivkräfte sollen mit ihrer Tätigkeit ArbeitgeberInnen bei der Erfüllung der Pflichten auf dem Gebiet der Arbeitssicherheit, des Gesundheitsschutzes und der auf die Arbeitsbedingungen bezogenen Gesundheitsförderung sowie der menschengerechten Arbeitsgestaltung unterstützen.¹⁴³ Immer mehr Bedeutung erlangt dabei ein ganzheitlicher Versorgungsansatz, womit eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Präventivfachkräften aus unterschiedlichen Bereichen einhergeht. Ein/e ArbeitsmedizinerIn etwa hat dabei die Aufgaben, Arbeitsumfeld und Arbeitsbelastung des Menschen festzustellen, präventive Maßnahmen auf dem Gebiet des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsförderung zu treffen und die Arbeitsgestaltung mit medizinischem Fachwissen zu begleiten.¹⁴⁴ Da bereits die Bedeutung psychischer Belastungsfaktoren sowie (arbeitsbedingter) psychischer Erkrankungen erläutert wurde, erscheint es zudem zeitgemäß, dass ArbeitspsychologInnen seit der Novelle des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes des Jahres 2013 (BGBl. I Nr. 118/2012) explizit als geeignete Fachleute genannt werden, die erforderlichenfalls an der Evaluierung und Gestaltung des Arbeitsplatzes teilhaben können. Der Einsatz von ArbeitspsychologInnen war bisher zwar auch möglich, fand aber überwiegend in Großunternehmen statt.¹⁴⁵

Obwohl Österreich mit dem EU-konformen ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG 1999) und mit dem ArbeitnehmerInnenschutz-Reformgesetz (ANS-RG 2001) über eines der modernsten Gesetze auf dem Gebiet des ArbeitnehmerInnenschutzes verfügt, ist allein mit der Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen eine effiziente Gesundheitsförderung in der Arbeitssituation nicht möglich. Wenn es um eine effektive und umfassende Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz¹⁴⁶ gehen soll, ist der rein normative, defizitorientierte Zugang, den die gesetzlichen Regelungen bieten, keinesfalls ausreichend.¹⁴⁷ Es ist notwendig, die reine Gesundheitserhaltung um eine Gesundheitsförderung zu erweitern, in deren Mittelpunkt ein Prozess steht, der den Beteiligten ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre eigene Gesundheit ermöglicht, damit sie ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden erlangen.

4.1.2 Betriebliche Gesundheitsförderung

Für das Thema »Gesundheit im Betrieb«, das zuvor vor allem von der Seite des ArbeitnehmerInnenschutzes behandelt wurde, gewinnt seit den 1980er-Jahren zunehmend die so genannte »Betriebliche Gesundheitsförderung« (BGF) an Bedeutung. BGF ist im Gegensatz zum ArbeitnehmerInnenschutz nicht gesetzlich verankert und geht inhaltlich über diesen hinaus. BGF sieht den Menschen nicht als schutzbedürftiges Wesen, sondern erkennt ihn als autonom handelndes Subjekt an.

Unter dem Begriff BGF werden verschiedenste Verfahren der Prävention und Gesundheitsförderung subsumiert, wie Ergonomie oder Arbeitspsychologie. BGF orientiert sich an den Ressourcen und Entwicklungsperspektiven, am Erkennen und Nutzen von Handlungs- und Gestaltungsspielräumen und dem Wahrnehmen von Chancen. Arbeit wird in der BGF in einem salutogenetischen und nicht in einem pathogenetischen Verständnis gesehen (siehe Kapitel 1). Das heißt, dass sich BGF nicht nur darum bemüht, die Risiken der Arbeit zu minimieren oder zu beseitigen, sondern vielmehr nach Möglichkeiten sucht, die gesundheitsfördernden Potenziale der Arbeit für den Menschen zu nutzen.

Betriebliche Gesundheitsförderung zielt auf die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz unter Einbeziehung von ArbeitgeberInnen, ArbeitnehmerInnen und Gesellschaft ab und sieht Potenziale insbesondere in der Verbesserung von Arbeitsorganisation und -bedingungen, in der Förderung einer aktiven Mitar-

143 Vgl. ebenda, Seite 28ff.

144 Vgl. Schenk/Toplak/Weißbacher 2012, Seite 23f.

145 Vgl. Klien 2011, Seite 3.

146 Vgl. Pfaff/Slesina 2001, Seite 17.

147 Vgl. Meggeneder 2002, Seite 237ff.

beiterInnenbeteiligung und in der Stärkung persönlicher Kompetenzen. Darüber hinaus wird sie als Organisationsentwicklungsstrategie bezeichnet. Das Unternehmen wird hierbei als soziales System betrachtet. Damit können bei der Gesundheitsförderung nicht nur einzelne Arbeitsbedingungen und Verhaltensweisen betrachtet werden, sondern die gesamte Organisation mit ihren Risiken und Gesundheitspotenzialen.¹⁴⁸ Wichtig ist hier anzumerken, dass der Gesundheitsbegriff im Rahmen der BGF immer den körperlichen, den psychischen sowie den sozialen Bereich umfasst.¹⁴⁹

4.1.3 Leitlinien und Qualitätskriterien Betrieblicher Gesundheitsförderung

Die zwei wichtigsten Orientierungspunkte für die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) stellen die Luxemburger Deklaration (Luxemburger Deklaration des Europäischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung, 1997) und die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (1986) dar.

Um das Ziel »Gesunde Menschen in Gesunden Organisationen«¹⁵⁰ zu erreichen, wurden in der Luxemburger Deklaration folgende Leitlinien formuliert:

- Die gesamte Belegschaft muss einbezogen werden (*Partizipation*).
- BGF muss bei allen wichtigen Entscheidungen und in allen Unternehmensbereichen berücksichtigt werden (*Integration*).
- Alle Maßnahmen und Programme müssen systematisch durchgeführt werden: Bedarfsanalyse, Prioritätensetzung, Planung, Ausführung, kontinuierliche Kontrolle und Bewertung der Ergebnisse (*systematische Durchführung: Projektmanagement*).
- BGF beinhaltet sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen. Sie verbindet den Ansatz der Risikoreduktion mit dem des Ausbaus von Schutzfaktoren und Gesundheitspotenzialen (*Ganzheitlichkeit*).¹⁵¹

Ausgehend von den Grundsätzen der Luxemburger Deklaration wurden vom Europäischen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung zahlreiche Qualitätskriterien in sechs Bereichen entwickelt:

1. Im Bereich der *Unternehmenspolitik* ist eine Voraussetzung für den Erfolg von BGF, dass sie in die bestehenden Managementsysteme integriert und als Führungsaufgabe betrachtet wird.
2. Im Bereich des *Personalwesens und der Arbeitsorganisation* ist die Beteiligung der MitarbeiterInnen an Planung und Entscheidungen für den Erfolg von BGF ausschlaggebend.
3. Bei der *Planung von BGF* stellt ein klares Konzept, das fortlaufend überprüft, verbessert und allen MitarbeiterInnen bekannt gegeben wird, das Qualitätskriterium dar.
4. Erfolgreiche BGF zeichnet sich dadurch aus, dass die Organisation ihrer *Verantwortung im Umgang mit den natürlichen Ressourcen* gerecht wird und aktiv *gesundheitsbezogene, soziale, kulturelle und fürsorgliche Tätigkeiten* unterstützt.
5. Die *Maßnahmen* einer erfolgreichen BGF sind dauerhaft miteinander *verknüpft* und werden *systematisch* durchgeführt.

¹⁴⁸ Vgl. Fonds Gesundes Österreich 2011, Seite 7.

¹⁴⁹ Vgl. ebenda, Seite 21.

¹⁵⁰ ENWHP 2007, Seite 4.

¹⁵¹ Vgl. ebenda.

6. Die positiven und negativen Auswirkungen einer BGF sollen an einer Reihe von *kurz-, mittel- und langfristigen Indikatoren* gemessen werden:

- Interdisziplinäre und hierarchieübergreifende Zusammenarbeit,¹⁵²
- Durchführung von Ist-Analysen,
- Operationalisierbare Ziele,
- Kontinuität und Ganzheitlichkeit,
- Offenheit und Partizipation,
- Zielgruppenorientierung und Stärkung persönlicher Gesundheitskompetenzen,¹⁵³
- Gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung,
- Nutzen für die Beschäftigten,
- Öffentlichkeitsarbeit,
- Qualitätssicherung und Evaluation,
- Effizienzorientierung.

Im Sinne der, von der Luxemburger Deklaration geforderten, systematischen Durchführung aller Maßnahmen im Rahmen einer BGF, hat sich in den letzten Jahren durch Erfahrungen in zahlreichen gesundheitsfördernden Initiativen ein grundsätzlicher Ablauf für Projekte Betrieblicher Gesundheitsförderung etabliert. Grob kann man diesen Prozess folgendermaßen darstellen:¹⁵⁴

Abbildung 4: Prozesse der Betrieblichen Gesundheitsförderung



In der Praxis müssen die obige Prozessstruktur an die jeweiligen Bedürfnisse angepasst und dabei insbesondere die Größe des Unternehmens berücksichtigt werden. Betriebliche Gesundheitsförderung bedeutet ein plan- und zielorientiertes Vorgehen. Jeder Betrieb muss einen für sich geeigneten Projektkreislauf entwickeln. Dies bedeutet auch, dass vor der konkreten Umsetzung von gesundheitsfördernden Projekten und Programmen eine genaue Diagnosephase und Bedarfsklärung erfolgen muss.¹⁵⁵

152 Die Nutzung der Kompetenz von und die Kooperation mit allen im Unternehmen vertretenen Gruppen sind unabdingbare Voraussetzung für eine auf Dauer ausgerichtete Gesundheitsförderung. Dies bedeutet, dass die Unternehmensleitung und der Betriebsrat (beide möglichst hochrangig) sowie die betrieblichen Präventivdienste mit ihrer Fachkompetenz eine Steuerungsgruppe für die Betriebliche Gesundheitsförderung bilden.

153 BGF muss darauf Rücksicht nehmen, dass üblicherweise in einem Unternehmen unterschiedliche Gruppen von ArbeitnehmerInnen tätig sind. Die Bedürfnisse von Lehrlingen sind andere als die von älteren MitarbeiterInnen. Die Arbeitsbedingungen von Teilzeitbeschäftigten unterscheiden sich von jenen im Schichtbetrieb. Für alle Beschäftigtengruppen gilt aber, dass die persönlichen Gesundheitskompetenzen des/der Einzelnen gestärkt werden müssen.

154 Vgl. Bamberg et al. 1998, Seite 143.

155 Vgl. Projektleitfaden WEG, www.netzwerk-bgf.at [19.7.2013].

4.1.4 Institutionelle Unterstützung

Gesundheitserhaltende und -fördernde Maßnahmen erfahren eine vielfältige institutionelle Unterstützung. Vermehrt spielen dabei nicht nur Einzelprojekte, sondern auch betriebsübergreifende Initiativen eine Rolle. Zu den Hauptakteuren hierbei gehören etwa die österreichischen Kranken- und Versicherungsanstalten sowie der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), der u. a. Ausbildungen zum/zur BGF-ProjektleiterIn sowie zum/zur GesundheitszirkelmoderatorIn (siehe Kapitel 6.1) anbietet.

Das »Österreichische Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung« (www.netzwerk-bgf.at) dient gleichfalls der nationalen Unterstützung von Gesundheitsförderungsprojekten. Die Sozialpartner arbeiten dabei eng in dem Netzwerk zusammen, was sowohl symbolische als auch praktische Relevanz hat. Ebenso unterstützt der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger das Projekt. Die Koordinationsstelle des ÖNBGF befindet sich in der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse.

Das Netzwerk bietet für Interessierte Kontaktadressen und eine Datenbank, welche bereits abgeschlossene BGF-Projekte in ganz Österreich vorstellt. Weiters sind auf der Website des ÖNBGF Kontaktmöglichkeiten zu ausgebildeten GesundheitszirkelmoderatorInnen sowie Informationen zu dem Ausbildungsangebot in den Bundesländern zu finden.

Vorbildliche Projekte zur Gesundheitsförderung zeichnet das ÖNBGF mit dem BGF-Gütesiegel aus. Im Jahr 2012 erhielten mit 130 Betrieben so viele Unternehmen wie in keinem Jahr zuvor ein solches Siegel.¹⁵⁶ Der Österreichische Netzwerk-Preis »BGF-Auszeichnung« ist die höchste Auszeichnung für professionelle, hochqualitative BGF-Projekte, die alle zwei Jahre nach der Entscheidung einer Fachjury vergeben wird.

Darüber hinaus ist es auch ein Anliegen des seit 1996 bestehenden Europäischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP), entsprechende Projekte anzuregen, den Informationsaustausch zwischen beteiligten AkteurInnen zu verstärken, Qualitätskriterien zu erarbeiten und Praxisbeispiele zu dokumentieren und zugänglich zu machen.

4.1.5 BGF in Klein- und Mittelunternehmen

Die Kategorisierung in Klein- und Mittelbetriebe erfolgt durch die unverbindliche Empfehlung der Europäischen Kommission, die seit 2005 als Anhaltspunkt gilt. Die Empfehlung umfasst, wie in Tabelle 13 dargestellt, die vier Kriterien Anzahl der unselbständig Beschäftigten, Umsatzhöhe, Bilanzsumme und Unabhängigkeit.

Tabelle 13: Kategorisierung von Unternehmen nach ihrer Größe

Unternehmen	Unselbständig Beschäftigte	Umsatz	Bilanzsumme	Unabhängigkeit
Kleinstunternehmen	Bis 9	≤ 2 Millionen Euro	≤ 2 Millionen Euro	Kapitalanteile oder Stimmrechte im Fremdbesitz < 25 Prozent
Kleinunternehmen	10 bis 49	≤ 10 Millionen Euro	≤ 10 Millionen Euro	
Mittlere Unternehmen	50 bis 249	≤ 50 Millionen Euro	≤ 43 Millionen Euro	
Großunternehmen	Ab 250	> 50 Millionen Euro	> 43 Millionen Euro	

Quelle: WKO 2012.

¹⁵⁶ Vgl. Newsletter des ÖNBGF, www.yumpu.com/de/document/view/15957865/newsletter-bgf-1-2013-bva [29.7.2013].

Die Anzahl der unselbständig Beschäftigten gilt als das wesentlichste Abgrenzungsmerkmal zwischen den Unternehmen. So zählen Betriebe unter 250 MitarbeiterInnen zu den KMU, wobei hier nochmals zwischen Mittelunternehmen (50–249 Beschäftigte), Kleinunternehmen (10–49 Beschäftigte) sowie Mikro- bzw. Kleinstunternehmen (unter 10 Beschäftigte) unterschieden werden kann.

Gerade für Österreich erweist sich die Fokussierung auf Klein- und Mittelbetriebe als sinnvoll. So zeigt Tabelle 14, dass mehr als 90 Prozent aller österreichischen Betriebe weniger als zehn MitarbeiterInnen beschäftigen, während 99,8 Prozent der Betriebe als höchstens mittlere Unternehmen zu beschreiben sind.¹⁵⁷ Mehr als die Hälfte aller österreichischen Erwerbstätigen (52,3 Prozent) arbeitet dabei in einem Betrieb, der weniger als 100 Personen beschäftigt.¹⁵⁸

Tabelle 14: Beschäftigtenanzahl je Betrieb, 2012

Zahl der unselbständig Beschäftigten je Betrieb	Anzahl der Arbeitgeberbetriebe	Anteil der Arbeitgeberbetriebe
1 bis 9	372.895	92,1%
10 bis 49	25.754	6,4%
50 bis 249	4.952	1,3%
250 bis 499	628	0,2%
500 und mehr	461	0,1%
Insgesamt	249.219	100,0%

Quelle: WKO 2013b, Daten aus 2012.

Kleineren Unternehmen mangelt es bislang an Erfahrung, die Initiative für aktive Betriebliche Gesundheitsförderung zu ergreifen. International haben kleinere Unternehmen BGF-Projekte bislang weniger in Anspruch genommen als größere Betriebe. Vor allem wenn es um die Zusammenarbeit von Präventivfachkräften unterschiedlicher Fachrichtungen geht, besteht Nachholbedarf.¹⁵⁹

Begründet kann dies zunächst durch den Zeit- und Geldmangel werden, der in den kleineren Unternehmen, häufig Familienunternehmen, überproportional herrscht. Zudem muss die fehlende Vernetzung zwischen den Akteuren und Akteurinnen bedacht werden. Meist fehlen die für Gesundheit zuständigen ExpertInnen (Betriebsarzt/-ärztin, PsychologIn), die in Großbetrieben bei BGF-Projekten involviert sind. Die betriebsinternen VertreterInnen, in Form eines Betriebsrates/einer Betriebsrätin oder eines Personalsprechers/einer Personalsprecherin, sind in kleineren Unternehmen ebenfalls nicht strukturell verankert. Dadurch bleibt es oft dem/der FirmenchefIn alleine überlassen, ob er/sie in die Gesundheit seiner/ihrer MitarbeiterInnen investieren will oder nicht. Nicht zuletzt spielt ein angestrebter Imagegewinn, der für viele Großbetriebe ein Anreiz für die Durchführung eines BGF-Projektes sein mag, für KMU und deren Unternehmensführung eine geringere Rolle. Es gibt in der Regel ohnehin keine Abteilung für PR und Öffentlichkeitsarbeit, die die Erfolge in der Maßnahmensetzung intern und extern kommunizieren könnte.¹⁶⁰

Mit dem Ziel, die spezifische Situation kleinerer und mittlerer Unternehmen im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung zu verbessern, hat das Europäische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung 1998 das Cardiff Memorandum verabschiedet. Das Netzwerk schlägt folgende Initiativen vor:¹⁶¹

157 Vgl. WKO 2013b, Seite 76.

158 Vgl. ebenda, Seite 38.

159 Vgl. Klien 2011, Seite 3.

160 Vgl. Peterson 2010, Seite 43.

161 Vgl. ENWHP 1998; ENWHP 2007.

1. Gezielte Erhöhung der Aufmerksamkeit für aktuelle Prioritäten, Gesundheitsprobleme und -aktivitäten in KMU.
2. Ermitteln und Verbreiten von vorbildlichen Praxisbeispielen für Betriebliche Gesundheitsförderung in KMU.
3. Aufzeigen des Nutzens und der Vorteile Betrieblicher Gesundheitsförderung in KMU gegenüber den Schlüsselpersonen.
4. Aufbau von Bündnissen und Partnerschaften mit KMU, den Verbänden der Sozialpartner, der GKV/GUV sowie weiteren Schlüsselinstitutionen.
5. Unterstützung bei der Entwicklung von geeigneten Konzepten und Methoden zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden in KMU.

Ein möglicher Lösungsansatz in Bezug auf die ökonomische Umsetzung von Betrieblicher Gesundheitsförderung besteht zudem in betriebsübergreifenden Projekten und Maßnahmen. Hier werden Kosten gesenkt, Erfahrungen ausgetauscht und Netzwerke gebildet. Viele BGF-Projekte finden daher im Rahmen größerer Initiativen statt, die auf branchenspezifische, altersbedingte oder regionale Aspekte Rücksicht nehmen können.

Klein- und Mittelbetriebe haben allerdings, trotz der beschriebenen Problematiken, aufgrund ihrer Rahmenbedingungen gesundheitsförderliches Potenzial inne, das gezielt genutzt werden sollte. Der persönliche Kontakt zwischen den MitarbeiterInnen und der Geschäftsebene ist meist ein direkter, und es bestehen mehr Möglichkeiten, auf die Wünsche und Bedürfnisse einzelner MitarbeiterInnen einzugehen. So können individuelle Lösungsmöglichkeiten leichter erarbeitet werden. Zudem zeichnen sich kleinere Betriebe durch eine prinzipielle höhere Handlungs- und Entscheidungsgestaltung seitens der MitarbeiterInnen aus. Dieser höhere Autonomiegrad kann als positive, gesundheitsförderliche Ressource interpretiert werden.

Die strukturellen Rahmenbedingungen beeinflussen jedenfalls die Planung und Maßnahmensetzung von BGF-Projekten. In der Literatur gibt es unterschiedliche Meinungen darüber, inwiefern kleinere Unternehmen dieselben Instrumente verwenden und Projektschritte leisten können wie Großbetriebe.

Die Erhebung der Ist-Analyse mittels schriftlicher Befragung der MitarbeiterInnen ist aufgrund der fehlenden Anonymität und der geringen Aussagekraft nicht geeignet. Auch die Durchführung von Gesundheitszirkeln (siehe Kapitel 6.1) wird problematisiert, zum Teil wegen des hohen Zeitaufwandes, manchmal wegen der in der Literatur angeführten Größe von fünf bis acht Personen, die an einem Gesundheitszirkel teilnehmen sollten.¹⁶²

Dass Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung auch in KMU möglich und sinnvoll sind, wird etwa durch das österreichische Projekt »Wirtschaftlicher Erfolgsfaktor Gesundheit« (WEG) deutlich (Näheres dazu in Kapitel 5.1.1). Die Erfolgsquote allerdings scheint abhängig von verschiedenen Kontextfaktoren.¹⁶³

Bisher durchgeführte BGF-Projekte haben jedenfalls gezeigt, dass sich modulartige Projektformen leichter an die einzelnen Unternehmensstrukturen anpassen und auch leichter modifiziert werden können. Dieser Spielraum bringt einen höheren Grad der Akzeptanz der MitarbeiterInnen mit sich, da sie ihre spezifische Arbeitssituation stärker berücksichtigt sehen. Der projektbezogene Freiraum muss allerdings verantwortungsvoll organisiert und eingeschätzt werden, da sonst die Gefahr besteht, das Projekt in seinem Verlauf nicht mehr kontrollieren und die Erwartungshaltungen nicht einhalten zu können.¹⁶⁴

Bei erfolgreicher Maßnahmensetzung im Rahmen von Betrieblicher Gesundheitsförderung können KMU und Großbetriebe vergleichbare Vorteile lukrieren, beispielsweise den Gewinn an Arbeitsqualität, verbesserte Arbeitsbedingungen, positives kollegiales Klima, erhöhte Motivation, Identifikation mit dem Betrieb etc.¹⁶⁵

¹⁶² Vgl. Graf/Grote 2003, Seite 27ff.

¹⁶³ Vgl. Waldherr/Swazina/Ropin 2012, Seite 6f.

¹⁶⁴ Vgl. Ulich/Wülser 2004, Seite 367f.

¹⁶⁵ Ein Überblick über die Kostenaufstellung bei BGF-Projekten in KMU findet sich bei Graf/Grote 2003, Seite 37.

4.1.6 BGF in Ein-Personen-Unternehmen

In Anbetracht der Tatsache, dass mit 251.176 Betrieben 55,6 Prozent aller Unternehmen Österreichs Ein-Personen-Unternehmen (EPU) sind und der Anteil an EPU im Steigen begriffen ist, ist es naheliegend, dass Betriebliche Gesundheitsförderung in jenem Bereich an Bedeutung gewinnt.¹⁶⁶

Ebenso wie bezüglich der KMU (siehe Kapitel 4.1.5) tragen auch EPU besondere Kennzeichen, auf die bei der Implementierung gesundheitserhaltender und -fördernder Maßnahmen Rücksicht zu nehmen ist. Typische Belastungsfaktoren der Arbeit in EPU sind etwa unübliche Arbeitszeiten, monotone Arbeitsabläufe, hoher Verantwortungsdruck und das Fehlen kollegialer Sozialbeziehungen. Findet die Arbeit, wie bei einer Vielzahl der Selbständigen, von einem häuslichen Arbeitsplatz aus statt, kommen weitere potenziell schädliche Faktoren, wie etwa das Verschwimmen der Grenze zwischen Arbeits- und Privatleben, hinzu. Hingegen kann sich die für EPU spezifische hohe Autonomie bei der Gestaltung der Arbeitsabläufe und der Arbeitsorganisation positiv auf die Gesundheit und Lebenszufriedenheit auswirken.¹⁶⁷

Trotz des hohen Risikos von Belastung und chronischer Überforderung gibt es bislang nur wenig Versuche der systematischen Gesundheitsförderung in EPU (siehe Kapitel 5.2.1).

4.1.7 Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)

Betriebe sind, um ihr langfristiges Bestehen zu sichern, letztlich abhängig von Entwicklungen und Charakteristika der heutigen (neoliberalen) Wirtschaft. Es ist daher zu betonen, dass Maßnahmen beruflicher Gesundheitsförderung, um langfristig akzeptiert zu werden, nie dem betrieblichen Prinzip der Gewinnerzielung widersprechen dürfen und auch einen (ökonomisch verwertbaren) Nutzensgewinn für das Unternehmen beinhalten sollten.¹⁶⁸ Indirekt geschieht dies etwa durch die Aufrechterhaltung von Zufriedenheit, Motivation und – letztlich – Produktivität und Engagement der MitarbeiterInnen. Hierauf basierend scheint in manchen Fachkreisen der BGF-Begriff bereits vom »Betrieblichen Gesundheitsmanagement« (BGM) abgelöst worden zu sein, um zu betonen, dass der Gesundheitsgedanke auf allen Ebenen bei allen Entscheidungen im Management verankert werden muss.¹⁶⁹

Zwar sind die wesentlichen Ziele des Betrieblichen Gesundheitsmanagements sowie der Betrieblichen Gesundheitsförderung – die Aufrechterhaltung und Verbesserung des physischen und psychischen Gesundheitszustandes der ArbeitnehmerInnen – ident, jedoch ist die zugrundeliegende Philosophie eine maßgeblich andere. Während die BGF nämlich den Fokus darauf legt, Zufriedenheit und Gesundheit zum Wohle der ArbeitnehmerInnen an sich zu fördern (siehe Kapitel 4.1.2), ist dies im BGM eher ein Mittel zum Zweck der Produktivitäts- und Gewinnsteigerung. Da sich nämlich eine Verringerung der Leistungsfähigkeit, der Verlust bereits eingeschulter Arbeitskräfte, starke Fluktuation und Absentismus (d. h. Fehlzeiten, die nicht auf tatsächlichen Krankenstand zurückzuführen sind) negativ auf die Kostenbilanz auswirken, ist es aus Sicht des Unternehmens naheliegend, dies durch frühzeitige Investitionen im Bereich des BGM zu vermeiden.¹⁷⁰ Stärker als in der BGF wird hierbei die Förderung des personellen und organisationalen Leistungspotenzials herausgestrichen. Die ArbeitgeberInnenseite wird dabei vor allem von unternehmensrelevanten Vorteilen des BGM, etwa von geringeren Krankenzahlen, höherer Bindung an das Unternehmen, höherer Leistungsmotivation und vor allem steigender Produktivität, angesprochen.¹⁷¹

¹⁶⁶ Vgl. WKO 2013a, Seite 2.

¹⁶⁷ Vgl. Fonds Gesundes Österreich 2012, Seite 28f.

¹⁶⁸ Vgl. Kuhn 2000.

¹⁶⁹ Vgl. Wattendorff/Wienemann 2004, Seite 28f.

¹⁷⁰ Vgl. Harlaß 2011, Seite 14.

¹⁷¹ Vgl. Reichl 2007, Seite 10.

Obwohl die Konzepte der BGF und der BGM in der Theorie voneinander zu trennen sind, bestehen in der Praxis klare Überschneidungen. Dies zeigt sich auch dahingehend, dass die Begriffe häufig synonym verwendet werden.

4.1.8 Betriebliches Arbeitsfähigkeitsmanagement

Basierend auf der Theorie des so genannten »Hauses der Arbeitsfähigkeit« (siehe Kapitel 2.2) haben Ilmarinen und Tempel ein Konzept für Betriebliche Gesundheitsförderung entwickelt, das ganz speziell darauf ausgerichtet ist, Arbeitsfähigkeit bis ins hohe Alter zu erhalten und damit den demographischen und sozialpolitischen Herausforderungen einer alternden Bevölkerung zu begegnen.¹⁷²

Das Arbeitsfähigkeitsmanagement beruht dabei auf zwei Komponenten, dem Gesundheitsmanagement und dem Altersmanagement. Deren Kombination wirkt für die älteren MitarbeiterInnen unterstützend (Die Autoren sprechen von »betrieblicher Rehabilitation«.) und präventiv für die jüngere Zielgruppe. Es fordert die Bereitschaft der Betriebe und der Individuen zu Veränderungen und zum Entwickeln ganz spezieller Lösungen für jede einzelne Person in einem dialogischen Prozess. Dies kann jedoch nur unter entsprechenden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen geschehen, die der Gesundheit ihrer Mitglieder höhere Bedeutung beimisst als dem Kapital und dem finanziellen Kalkül.¹⁷³

Betriebliches Arbeitsfähigkeitsmanagement ist also als eine gemeinsame Anstrengung von Individuum, Unternehmen und Gesellschaft zu betrachten, wobei sämtliche Stockwerke des Hauses der Arbeitsfähigkeit für den Einzelfall oder ein Unternehmen betrachtet werden. Am Anfang des Prozesses steht dabei eine umfangreiche Analyse der Arbeitsbewältigungsfähigkeit (siehe Kapitel 7.4) sowie die Erstellung eines Belastungsprofils im Unternehmen. Es können dann einzelne Belastungsfaktoren verringert werden, was einen entlastenden Effekt auf mehrere Personen hat. Es können aber auch einzelne Personen entlastet werden, deren funktionale Kapazität für die Bewältigung der aktuellen Tätigkeit nicht mehr ausreicht. Eine Steigerung oder Erhaltung der funktionalen Kapazität einer Person (also jener Messwert, der die personenbezogenen Elemente des Hauses der Arbeitsfähigkeit repräsentiert) ist auch integraler Bestandteil des Arbeitsfähigkeitsmanagements, aber weit größere Beeinflussbarkeit und Gestaltungsmöglichkeiten finden sich den Autoren zufolge auf der Seite der Arbeitsanforderungen.¹⁷⁴ Das Konzept des Arbeitsfähigkeitsmanagement verbindet eine komplexe, empirisch abgesicherte Theorie mit einer konkreten Handlungsanleitung zur Umsetzung von Maßnahmen zur langfristigen Erhaltung der Arbeitsfähigkeit der Belegschaft eines Unternehmens.

4.1.9 Berufliche Rehabilitation

Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation zielen darauf ab, im Sinne der Tertiärprävention Krankheitsfolgen abzufedern, dauerhafte Arbeitsunfähigkeit zu vermeiden und die Wiedereingliederung einer Person in das Erwerbsleben auf lange Sicht zu gewährleisten. Insbesondere inkludiert die berufliche Rehabilitation den Schritt der Um- und Nachschulung, aber auch die Unterstützung bei der Einrichtung eines barrierefreien Arbeitsplatzes.¹⁷⁵ ZielklientInnen sind in erster Linie behinderte oder beeinträchtigte Personen.¹⁷⁶

¹⁷² Vgl. Ilmarinen/Tempel 2013.

¹⁷³ Vgl. Ilmarinen/Tempel 2013, Seite 248f.

¹⁷⁴ Vgl. ebenda, Seite 253ff.

¹⁷⁵ Vgl. Pensionsversicherungsanstalt 2013a, Seite 1ff.

¹⁷⁶ Vgl. Steiner et al. 2006, Seite 11.

Bereits im Strukturanpassungsgesetz entsprechend BGBl. Nr. 201 des Jahres 1996 wurde verankert, dass der Fokus darauf liegen sollte, Rehabilitation anstelle von Pensionierung zu gewährleisten. Stellt ein/e ArbeitnehmerIn einen Antrag auf Invaliditätspension (siehe Kapitel 2.7.2), wird dies automatisch als Antrag auf berufliche Rehabilitation gewertet. Nach § 39b des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977, BGBl. Nr. 609, kann im Falle einer Invalidität, die voraussichtlich mindestens sechs Monate andauert, ein Umschulungsgeld ausgezahlt werden, wenn berufliche Maßnahmen der Rehabilitation sinnvoll und zweckmäßig sind. Hierunter zählen etwa Um- oder Nachschulung sowie arbeitsmarktintegrative Maßnahmen, die vom AMS angeboten werden. Die Höhe des Umschulungsgeldes liegt in der 1,22-fachen Höhe des Arbeitslosengeldes und ist damit in etwa so hoch wie früher die durchschnittliche Invaliditätspension.¹⁷⁷ Wiederum besteht der Anspruch nur, wenn eine Mitwirkung bei Auswahl, Planung und Durchführung der Maßnahmen in einem zumutbaren Ausmaß stattfindet.

Nähere Informationen zum Vorgehen der beruflichen Rehabilitation finden sich etwa im AMS-Praxishandbuch »Methoden in der Beruflichen Rehabilitation«.¹⁷⁸

4.1.10 Betriebliches Eingliederungsmanagement

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) bedient sich eines pathogenetischeren (siehe Kapitel 1) Ansatzes als etwa die Betriebliche Gesundheitsförderung (siehe Kapitel 4.1.2). BEM umfasst eine Vielzahl an Maßnahmen, die dazu dienen, Personen, die eine längere Zeit aus gesundheitlichen Gründen arbeitsunfähig sind, gezielt wieder in das Unternehmen einzubinden. Gleichfalls zielt BEM darauf ab, weitere Fehlzeiten durch gesundheitliche Beschwerden zu vermeiden und den Arbeitsplatz des/der Betroffenen zu schützen.¹⁷⁹

Vorstellbare Vorgehensweisen sind vielfältig und umfassen etwa Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, durch die eine stufenweise Wiedereingliederung stattfinden kann, die ergonomische Adaptation des Arbeitsplatzes, die Einführung technischer Verbesserungen oder Hilfsmittel, die innerbetriebliche Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz sowie, seltener, Schritte der Weiterbildung und weiteren Qualifizierung.¹⁸⁰ Unverzichtbar ist, dass das BEM transparent kommuniziert wird und Maßnahmen kooperativ beschlossen werden.¹⁸¹

Dies soll in einer Win-Win-Situation für ArbeitnehmerInnen und Unternehmen resultieren. Zum einen werden Bemühungen unternommen, die Gesundheit der MitarbeiterInnen zu fördern und ihre Lebensqualität zu erhalten sowie die Arbeitsplatzsicherheit zu fördern. Zum anderen profitiert das Unternehmen in finanzieller Hinsicht davon, dass qualifizierte und bereits eingeschulte ArbeitnehmerInnen im Betrieb verbleiben und dass Ausfallkosten aufgrund von Arbeitsunfähigkeit vermieden werden. Zudem kann das Unternehmensimage, die Arbeitsatmosphäre und die Bindung der MitarbeiterInnen an den Betrieb durch die Einführung von systematischem Eingliederungsmanagement positiv beeinflusst werden.¹⁸² Statistisch erfassbare Erfolgskriterien umfassen daher etwa eine Reduktion (krankheitsbedingter) Fehlzeiten, eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit und Produktivität sowie eine Erhöhung der Erwerbsbeteiligung durch die Verringerung von Fällen der Berufsunfähigkeit.¹⁸³

177 Vgl. BMASK 2012a.

178 Steiner et al. 2006, download unter www.ams-forschungsnetzwerk.at.

179 Vgl. ZB Info 2008, Seite 2.

180 Vgl. Hollederer 2009, Seite 378.

181 Vgl. ebenda, Seite 379.

182 Vgl. Hollederer 2009, Seite 384.

183 Vgl. ebenda, Seite 380ff.

In Deutschland wurde die Pflicht zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement im Bedarfsfall bereits 2004 gesetzlich verankert. Zwar ist in Österreich eine solche Regelung noch ausständig, das entsprechende Interesse und Problembewusstsein ist jedoch im Steigen begriffen.¹⁸⁴

4.1.11 Outplacement und Replacement – Transitionsberatung und Corporate Social Responsibility

Die Zunahme von Arbeitsplatzunsicherheit und atypischen Arbeitsverhältnissen ist evident. Hierdurch kommt es zu steigenden Anforderungen an die Flexibilität und Anpassungsfähigkeit der erwerbsfähigen Personen (siehe Kapitel 2.6.2).

Untersuchungen zeigen die gesundheitsschädigenden Einflüsse von Arbeitsverlust und Arbeitssuche, aber auch jene von Arbeitsplatzunsicherheit, die häufig die individuellen Bewältigungsstrategien übersteigen.¹⁸⁵ Es fehlt insbesondere unsicher Beschäftigten oftmals das hinreichende Potenzial zur beruflichen Neuorientierung. Dies gilt vor allem für Risikogruppen wie etwa für ältere ArbeitnehmerInnen (siehe auch Kapitel 4.1.8).¹⁸⁶

Die Bemühungen zur Verminderung von gesundheitlichen Risiken und zur Förderung des Wohlbefindens müssen daher zunehmend auch auf Übergangssituationen während der Zeit der Arbeitssuche sowie auf Konsequenzen der Arbeitsplatzunsicherheit fokussieren.¹⁸⁷

Outplacement beschreibt hierbei eine Strategie, wie vonseiten des Unternehmens mit Personalabbau umgegangen werden kann, während Replacement die Wiederbesetzung einer Stelle meint. In einem Outplacement-Beratungsprozess soll der/die ehemalige MitarbeiterIn bei der Suche nach einem neuen Arbeitsplatz unterstützt werden.¹⁸⁸ Die Outplacement-Beratung hat dabei neben individueller und kontinuierlicher Begleitung des Mitarbeiters oder der Mitarbeiterin im Verlauf der Suche nach einem neuen Arbeitsplatz (und über die erfolgreiche Suche hinaus) auch emotionale Unterstützung zu beinhalten. Ebenso sind gegebenenfalls Maßnahmen zur Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu treffen.¹⁸⁹

Outplacement-Techniken entsprechen dem Versuch, den arbeitsbezogenen Änderungen gerecht zu werden und, wenn dabei Personalabbau nicht vermieden werden kann, den negativen Folgen von Arbeitsplatzverlust und (Langzeit-)Arbeitslosigkeit entgegenzuwirken.¹⁹⁰ Der Fokus liegt auf dem Versuch einer Verminderung von Stressfaktoren und der Vermeidung einer Chronifizierung der Arbeitslosigkeit. Die angestrebte Verringerung der psychischen Anspannung, die Steigerung der Motivation und die Erhöhung der Arbeits- und Lebenszufriedenheit sollen gesundheitsförderlich wirken.¹⁹¹

Ziele der Outplacement-Strategien sind darüber hinaus, den Eindruck von Fairness zu erwecken und ein positives Betriebsklima aufrechtzuerhalten. Eine innerbetrieblich gut kommunizierte, transparente und partnerschaftliche Outplacement-Strategie soll negative Einflüsse von Arbeitsplatzunsicherheit auf den gesundheitlichen Zustand der MitarbeiterInnen vermindern.¹⁹²

184 Vgl. Infothek des Betriebsservice für Arbeit & Behinderung, [www.betriebsservice.info/infothek/news-single/?tx_ttnews\[tt_news\]=38&cHash=7063446bd579f2f7f725f9aeadb51b92](http://www.betriebsservice.info/infothek/news-single/?tx_ttnews[tt_news]=38&cHash=7063446bd579f2f7f725f9aeadb51b92) [26.7.2013].

185 Vgl. European Expert Group on Health in Restructuring 2007, Seite 5f.

186 Vgl. Kieselbach 2009, Seite 394.

187 Vgl. Holleder 2011, Seiten 240f.

188 Vgl. Holleder/Brand 2006, Seite 143.

189 Vgl. Kieselbach 2009, Seite 395.

190 Vgl. Kieselbach 2009, Seite 390f.

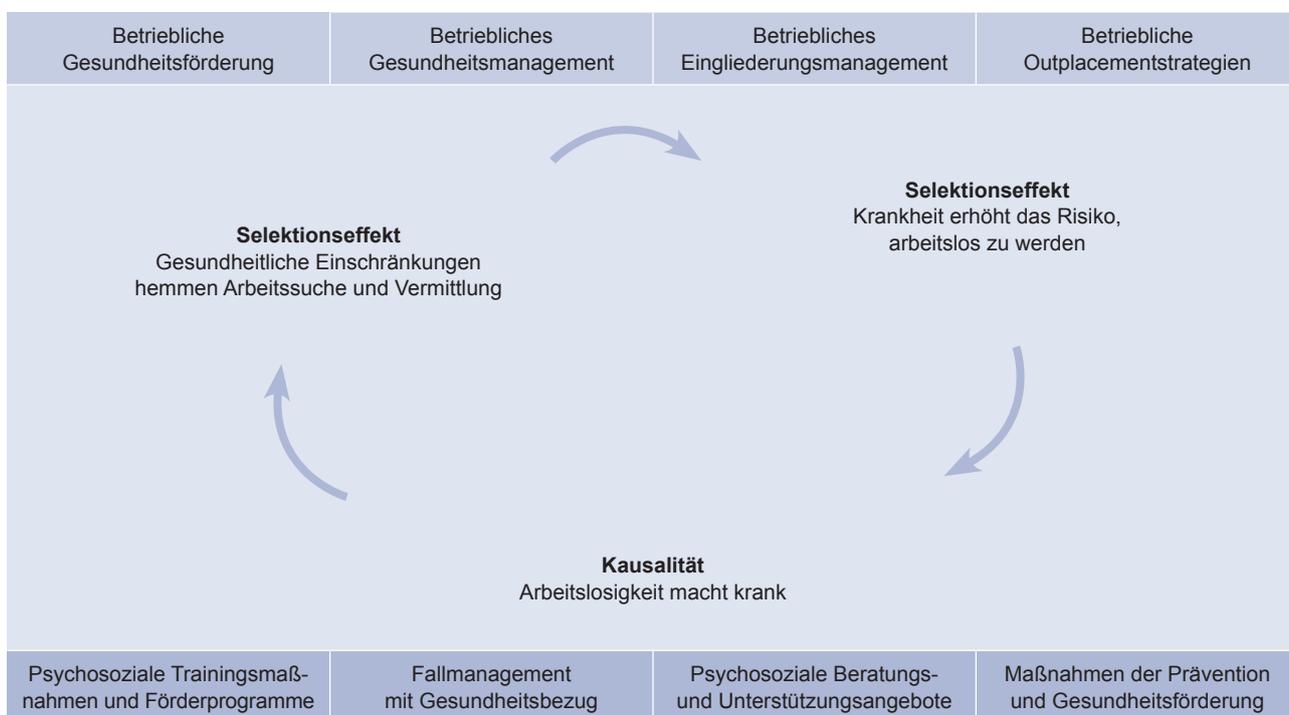
191 Vgl. ebenda.

192 Vgl. Holleder/Brand 2006, Seite 144.

4.2 Gesundheitsförderung und Prävention für Arbeitssuchende

Bezieht man die im vorangegangenen Kapitel beschriebenen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Setting »Betrieb« auf die Theorie des Teufelskreises von Arbeitslosigkeit und Gesundheitsverlust (siehe Kapitel 3.3), so wird klar, dass die Erhaltung und Wiederherstellung von Arbeits- bzw. Beschäftigungsfähigkeit von Erwerbstätigen eine wichtige Rolle bei der Vermeidung jener Selektionseffekte spielt, die Personen mit gesundheitlichen Problemen einem enormen Risiko des Arbeitsplatzverlustes aussetzen (siehe Abbildung 5). Nur wenn die betreffenden Personen in der Erwerbstätigkeit gehalten werden können, können sie demnach vor den sich gegenseitig verstärkenden negativen Folgen von anhaltender Arbeitslosigkeit und sich verschlechterndem Gesundheitszustand bewahrt werden.

Abbildung 5: Circulus Vitosus von Arbeitslosigkeit und Gesundheitsverlust mit Maßnahmentearten Arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung



Quelle: Holleder 2009, Seite 32, eigene graphische Darstellung.

Entsprechend der Ausrichtung dieses Infohandbuches wird der Begriff »Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung«¹⁹³ hier für all jene Maßnahmen und Projekte angewandt, die – trotz oft unterschiedlicher Schwerpunktsetzung – die Ziele berufliche Wiedereingliederung und Verbesserung des Gesundheitszustandes verbinden.¹⁹⁴ In manchen Fällen geschieht dies über die Zielsetzung der Erhaltung und Wiederherstellung von Leistungsfähigkeit bzw. einer ihrer theoretischen Konzeptionen, die Arbeit und Gesundheit verknüpfen (siehe Kapitel 2), und bei anderen Projekten und Programmen werden unterschiedliche Maßnahmen und Methoden beider Zielsetzungen verknüpft. Wie Holleder auch weiters betont, sind die in Abbildung 5 genannten Maßnahmentearten Arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung theoretische Idealtypen, zu denen sich die in der Praxis angewandten Methoden und Projekte nicht immer zweifelsfrei zuordnen lassen.¹⁹⁵

193 Der Begriff »Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung« geht auf das Projekt Netzwerk Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung (N.A.G.) im Zuge der ersten EQUAL-Förderrunde in Deutschland unter der Leitung von Kuhnert und Kastner zurück.

194 Vgl. Holleder 2011, Seite 93.

195 Vgl. Holleder 2009, Seite 31.

Zusätzlich erschwert wird die Grenzziehung, weil Unterscheidungen nicht nur nach der primären Zielsetzung, sondern auch nach näher definierter Zielgruppe, dem Setting der Implementation oder den ausführenden Institutionen getroffen werden und all ihre Dimensionen ganz spezifische Herausforderungen mit sich bringen. Die folgende Kategorisierung der Maßnahmentearten orientiert sich im Wesentlichen an den in der Praxis tatsächlich umgesetzten Projekten.

4.2.1 Gesundheitsförderung im klassischen arbeitsmarktpolitischen Setting

In diese Kategorie fallen zuallererst sämtliche vornehmlich auf (Wieder-)Eingliederung zielenden Maßnahmen, die von Seiten der arbeitsmarktpolitischen Institutionen¹⁹⁶ initiiert und von diversen Trägerorganisationen durchgeführt werden. Obwohl diese in den allermeisten Fällen nicht explizit präventive oder gesundheitsfördernde Zielsetzungen verfolgen, wirkt sich jedenfalls die Wiedereingliederung in den meisten Fällen gesundheitsförderlich aus, und in vielen Fällen können die psychosozialen Trainings- und Beratungsmaßnahmen, die Qualifizierung oder Arbeitserfahrung in Form eines Praktikums stabilisierende Effekte haben.¹⁹⁷ Umgekehrt kann es aber auch zu negativen Nebeneffekten arbeitsfördernder Maßnahmen kommen. So zeigt etwa die Evaluation des Jugendsofortprogramms »JUMP«, eine Qualifizierungs- und Beschäftigungsmaßnahme für Jugendliche, dass gerade die Erreichung eines wichtigen Maßnahmenzieles, nämlich der Steigerung der Arbeitsorientierung, bei geringen Wiedereingliederungschancen das Risiko psychischer Beeinträchtigung mit sich bringt. Bei Betrachtung der Veränderungen der seelischen Gesundheit der Teilnehmenden an diesem Projekt zeigte sich, dass negative und positive Veränderungen der psychischen Verfassung im Laufe der Maßnahme und in der Zeit danach etwa gleich häufig und in ähnlich hohem Ausmaß auftraten. Es ist dies ein Phänomen, das immer auf eine oder mehrere moderierende Variable hinweist.¹⁹⁸

Angesichts solcher Ergebnisse, die durch den Einbezug von signifikanten Moderatorvariablen der differentiellen Arbeitslosigkeitsforschung (siehe Kapitel 3.4) einer Erklärung zugeführt werden können, lässt sich mit der Autorin des Evaluationsberichtes die Frage nach den Einflussfaktoren psychischer Veränderungsprozesse im Zuge arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen ohne Gesundheitsbezug stellen und in vielen Fällen auch beantworten.¹⁹⁹

Die positiven Gesundheitseffekte von beschäftigungsfördernden Maßnahmen lassen sich vor allem bei gut vermittelbaren Personen mit hoher Arbeitsorientierung und hier ganz besonders in Verknüpfung mit der Zielerreichung Wiedereingliederung erreichen. Vieles spricht dafür, bei dieser Zielgruppe die Dauer der Arbeitslosigkeit möglichst kurz zu halten, um etwaige psychosoziale Folgen zu vermeiden. Dies ist unter Einführung gesundheitlicher Aspekte aber nur dann auch langfristig sinnvoll, wenn die Person über die nötigen gesundheitlichen Ressourcen verfügt, um angemessen auf die Belastungen der Berufstätigkeit zu reagieren. Ansonsten droht eine Überbeanspruchung und die positiven Effekte verpuffen. Eine sehr große Arbeits- und Leistungsorientierung kann unter schlechten Arbeitsbedingungen, gepaart mit den negativen Erinnerungen an die Arbeitslosigkeit und der Angst vor ihrem erneuten Eintreten in ein so genanntes »Burnout« münden, ein Krankheitsbild, das sich durch lang anhaltende extrem verminderte Arbeitsfähigkeit auszeichnet.²⁰⁰

Aus der Sicht der Kausalitätshypothese lässt sich die Erhaltung des Arbeitsplatzes, und nur diese, als primäre Krankheitsprävention (siehe Kapitel 4) ansehen.²⁰¹ Geht man jedoch unter Einbezug der Moderatorvariable »Dauer der Arbeitslosigkeit« davon aus, dass Kausaleffekte erst nach einer gewissen Zeit ihre Wirkung entfal-

196 Etwa das Arbeitsmarktservice (AMS) für Österreich oder die deutsche Bundesagentur für Arbeit (BA).

197 Vgl. Holleder 2011, Seite 94f.

198 Vgl. Behle 2006, Seite 119.

199 Vgl. Behle 2006, Seite 117.

200 Vgl. Egger-Subotitsch/Poschalko/Kerschbaumer 2013.

201 Vgl. Rosenbrock/Grimmeisen 2009, Seite 85.

ten, so erfüllt auch Beschäftigungsförderung im Sinne von Wiedereingliederungshilfe, Stellenvermittlung oder Bewerbungstrainings die Funktion der Primärprävention. Eine Prävention der psychischen Belastung durch erfolglos bleibende Bewerbungstätigkeit, etwa in Form des Erlernens und Einübens von Psychohygiene und ressourcenstärkenden Bewältigungsstrategien sowie der Entwicklung eines selbstwertschützenden Attributionsstils (im Sinne einer internen Ursachenzuschreibung im Erfolgsfall und einer externen Attribuierung bei Absagen), ist durchaus auch im Rahmen arbeitsmarktpolitischer Trainings- und Beratungsprogramme vorstellbar. Gesundheitsmodule und Workshops mit dem Ziel der Sensibilisierung für Gesundheitsthemen und verhaltenspräventiver Einflussnahme ließen sich hier wahrscheinlich auch sinnvoll integrieren.

Unter Einbezug der Selektionshypothese muss man jedoch davon ausgehen, dass viele der Betroffenen bereits bei Eintritt der Arbeitslosigkeit gesundheitlich beeinträchtigt sind. Für diese Zielgruppe sind Maßnahmen der sekundären und tertiären Prävention – also diagnostische, therapeutische und rehabilitative Verfahren – angezeigt.²⁰² In jedem Fall ist es aber wichtig, die Maßnahmen möglichst frühzeitig anzusetzen.

Ganz offensichtlich stoßen Wiedereingliederungsmaßnahmen immer öfter an die Grenzen der (regionalen und globalen) Arbeitsmarktrealität. Wo freie Stellen und Ausbildungsplätze fehlen, können arbeitsmarktpolitische Interventionen allenfalls überbrückende Funktion ausüben – gesetzt den Fall, dass sich der Arbeits- und Ausbildungsmarkt in absehbarer Zeit erholt. Gerade unter diesem Gesichtspunkt sowie angesichts verstärkter Selektionsprozesse bei der Personalrekrutierung und des steigenden Anteiles an schwer vermittelbaren Personen erscheint es ratsam, für bestimmte (Risiko-)Zielgruppen den Fokus in Richtung einer Wiederherstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit zu verschieben und das Ziel der Wiedereingliederung vorerst in den Hintergrund treten zu lassen.

Solche anhand von Moderatorvariablen bestimmten Zielgruppen könnten sein: gering arbeitsorientierte und arbeitsmarktferne, gering qualifizierte, bildungsferne, jugendliche oder ältere Personen, gesundheitlich Beeinträchtigte oder etwa Personen, die ungünstige Werte in den moderierenden Variablen für Kognitionen (siehe Kapitel 3.4) aufweisen, was auf die Notwendigkeit zusätzlicher gesundheitlicher und sozialer Unterstützung hinweisen kann.²⁰³ Eine nicht unerhebliche Anzahl an betroffenen Personen weist dabei mehrere, sich gegenseitig verstärkende Belastungsmerkmale auf. Angesichts so komplexer Zusammenhänge, die noch lange nicht ausreichend erforscht sind, geschweige denn, dass es eine konsistente Theorie gäbe, in die sich die zahllosen empirischen Teilergebnisse einordnen ließen, gestalten sich Zielgruppenbestimmungen und Maßnahmenkonzeptionen äußerst schwierig. So ist es auch nicht verwunderlich, dass vielfach der Ruf nach individueller Begleitung und Bedarfsklärung im Zuge Arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung laut wird. Die im Folgenden vorgestellte Maßnahmenart kann als eine Reaktion auf diese Forderung verstanden werden.

4.2.2 Beschäftigungsorientiertes Fallmanagement (Case Management) mit gesundheitsbezogener Ausrichtung

Wie im vorigen Kapitel besprochen wurde, verlangen die individuellen, vielschichtigen Problemlagen von arbeitslosen Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen vor dem Hintergrund eines komplexen, für Laien kaum durchschaubaren Unterstützungssystems sowie die Schwierigkeit, in diesem Bereich Maßnahmenkonzeptionen aus der Theorie abzuleiten, eine bedarfsorientierte individuelle und prozessorientierte Betreuung durch ExpertInnen im Bereich »Arbeit und Gesundheit« mit intensiver Vernetzungsfunktion. Gewährleistet soll dies alles im so genannten »Case Management« werden, welches seit einigen Jahren in Deutschland und Österreich im arbeitsmarktpolitischen Umfeld erprobt und verbreitet wird.

202 Vgl. Rosenbrock/Grimmeisen 2009, Seite 88.

203 Vgl. Kuhnert/Kastner 2006, Seite 123.

Case Management kommt ursprünglich aus den USA und ist im sozialmedizinischen Bereich bereits gut etabliert. Es »(...) soll Fachkräfte im Sozial- und Gesundheitswesen befähigen, unter komplexen Bedingungen Hilfsmöglichkeiten abzustimmen und die vorhandenen institutionellen Ressourcen im Gemeinwesen oder Arbeitsfeld koordinierend heranzuziehen. Aufgabe ist es, ein zielgerichtetes System von Zusammenarbeit zu organisieren, zu kontrollieren und auszuwerten, das am konkreten Unterstützungsbedarf der einzelnen Person ausgerichtet ist und an deren Herstellung die betroffene Person konkret beteiligt wird.«²⁰⁴ In Deutschland wird das Fallmanagement als Element des Hartz-IV-Gesetzes betrachtet, wobei die Implementierung erst langsam, vor allem regional stark eingeschränkt voranschreitet.²⁰⁵ Voraussetzung für die Zuweisung zum Fallmanagement ist laut Fachpapier der Bundesagentur für Arbeit die Feststellung dreier abgrenzbarer Vermittlungshemmnisse für den Kunden/ die Kundin.²⁰⁶

Anhand des 2003 bis 2008 in Brandenburg durchgeführten Modellprojekts AmigA (siehe Kapitel 5.4.2) wurde ein für diese Maßnahmenart zugeschnittenes Konzept erarbeitet, welches die für eine qualitätsvolle Implementation wichtigen Aspekte sehr gut zusammenfasst. Der folgende Abschnitt gibt die wesentlichen Punkte der Ausführungen von Tuomi und von Braunnmühl wieder.²⁰⁷

- **Profiling:** Die Abklärung des individuellen Unterstützungsbedarfes spielt, wie schon oben erwähnt, bei der Zuweisung zum Case Management eine Rolle und in Folge ganz besonders in der ersten Phase der Begleitung. Eine umfassende sozialmedizinische und psychologische Diagnose sowie die Erkundung der spezifischen Lebenslagen im klärenden Gespräch gelten als Voraussetzungen für das Gelingen.
- **Fallkonferenz:** Zwischen den unterschiedlichen ExpertInnen, die am Profiling und in weiterer Folge am Beratungsprozess beteiligt sind, muss ein Wissensaustausch zur Bestimmung angezeigter Interventionen stattfinden. (Teil-)Ziele werden festgelegt und Zeitrahmen für ihre Erreichung abgesteckt.
- **Eingliederungsvereinbarung:** Nur jene Interventionen, in die der Kunde/ die Kundin einwilligt bzw. denen er oder sie sich gewachsen fühlt, werden tatsächlich festgelegt. Die Vereinbarung gilt dann jedoch als verpflichtend.
- **Fallbegleitung:** Die Kommunikation zwischen den ExpertInnen und dem oder der FallmanagerIn, bzw. je nach Bedarf auch dem Kunden oder der Kundin, bleibt auch in weiterer Folge aufrecht, wobei erstere eine Art Lotsenfunktion für die in ihrem Bereich verfügbaren Unterstützungsleistungen (medizinische, psychotherapeutische, beschäftigungsorientierte etc.) übernehmen.²⁰⁸ Es gibt regelmäßigen Kontakt zwischen FallmanagerIn und KundInnen, die zwischenzeitlich die anderen Module in Anspruch nehmen. Entsprechend der gesundheitlichen und psychosozialen Entwicklung der Person muss die Eingliederungsvereinbarung regelmäßig modifiziert werden.
- **Empowerment:** Der Fokus der Begleitung muss immer auf die Stärkung der Ressourcen der KundInnen gerichtet werden. Die angemessene Balance zwischen »Fördern und Fordern« soll vor Überprotektion bewahren und die KundInnen zur Aktivierung und Anwendung ihrer vorhandenen Fähigkeiten motivieren. Die Übernahme von Eigenverantwortung ist trotz der unterstützenden Begleitung eine Bedingung für das Gelingen des Stabilisierungs- und Eingliederungsprozesses.
- **Leistungssteuerung:** Die organisatorische Umsetzung der Eingliederungsvereinbarung erfordert einen guten Überblick über das vielseitige Angebot an verfügbaren Anlaufstellen und Unterstützungsleistungen. Nicht nur medizinische und psychologische Angebote, sondern auch soziale Einrichtungen und Beratungsstellen,

204 Grundlagenpapier der Österreichischen Gesellschaft für Care und Case Management (ÖGCC), www.oegcc.at.

205 Vgl. Hollederer 2011, Seite 238.

206 Vgl. ebenda, Seite 240.

207 Vgl. Tuomi/von Braunnmühl 2009.

208 Vgl. Tuomi/von Braunnmühl 2009, Seite 270.

etwa in den Bereichen Schulden, Sucht, Wohnen, Migration etc., sollen für eine umfassende Stabilisierung miteinbezogen werden. Die Auswahl der für die individuellen Bedürfnisse passenden Module aus der gerade in Ballungszentren vorhandenen Vielfalt stellt die FallmanagerInnen vor große Herausforderungen.

- **Netzwerkstruktur:** Es gilt, sukzessive schon vorhandene Netzwerke aufzufinden und nutzbar zu machen und in weiterer Folge ein projekteigenes Netzwerk mit passenden Partnerinstitutionen aufzubauen, die genau jene Hilfe anbieten können, welche häufig auftretendem KundInnenbedarf entspricht.
- **Schnittstellenarbeit:** Unerlässlich für die Wirksamkeit der Maßnahmen ist ein möglichst reibungsloser Übergang von einer Institution zur anderen. Es gilt, dafür in enger Zusammenarbeit Pfade zwischen den Leistungsträgern zu schaffen und Vorgehensweisen für eine unkomplizierte Abwicklung, die die KundInnen möglichst wenig belastet, zu entwickeln.
- **Ausbildung von FallmanagerInnen und Vermittlungsfachkräften:** Die Aufzählung der vorangegangenen Punkte mag schon klar gemacht haben, dass an die begleitenden BeraterInnen sehr hohe Anforderungen gestellt werden. In besonders hohem Maße hängt der Erfolg des Programms hier von den breit gestreuten Kompetenzen der FallmanagerInnen ab. Es gibt bereits auf diesen Aufgabenbereich zugeschnittene Ausbildungen im Case Management,²⁰⁹ Erfahrung sowie persönliche Eignung sind aber unerlässlich. In Deutschland ist es das Ziel, die MitarbeiterInnen der Arbeitsagenturen, die vielfach die Funktion der FallmanagerInnen innehaben, zu so genannten »Vermittlungsfachkräften« weiterzubilden. Neben dem Problem der Überlastung kommt es hier auch zu Rollenkonflikten, die immer dann auftreten, wenn persönliche, Vertrauen erfordernde Begleitung und Sanktionsgewalt in einer Instanz vereint sind.²¹⁰
- **Eingliederungsmanagement:** In letzter Konsequenz sollte die Begleitung der KundInnen über die Arbeitslosigkeit hinaus fortbestehen, um nachhaltige Erfolge zu gewährleisten. Gerade in KMU gibt es oft keine sozialmedizinische Versorgung, und ArbeitgeberInnen wie ArbeitnehmerInnen könnten von Anregungen für die Passung von Arbeitsanforderungen und Ressourcen im angehenden Dienstverhältnis profitieren. Hier schließt sich der Kreis zur Transitionsberatung und zu den Maßnahmen Betrieblicher Gesundheitsförderung.
- **Aufbau einer bedarfsstrukturierten Angebotslandschaft:** Im Netzwerk fehlende oder wenig passgenaue Module und Unterstützungsangebote lassen sich im Zuge der Reflexion und Evaluation von Fallmanagementprojekten ausmachen und, sozusagen in einem Bottom-up-Prozess, entwickeln oder adaptieren, vorausgesetzt die Kommunikation an der Schnittstelle zwischen den Leistungsträgern funktioniert: »Rahmenvereinbarungen mit Berichtspflicht, Rückmeldesystem und insbesondere einer inhaltlichen und fallbezogenen kontinuierlichen Kommunikation sind unverzichtbar.«²¹¹

Oft vergessen wird ein weiterer wichtiger Punkt in der Konzeption von Case-Management-Prozessen. Diese sind nämlich grundsätzlich nicht linear angelegt, sondern zirkulär, sodass Reflexion und Evaluation nicht am Ende stehen, sondern immer wieder in die Fallsysteme und das Projektsystem rückgemeldet werden und Veränderungsprozesse anregen, und zwar mindestens jedes Mal, wenn eine Person, um die herum ein Fallsystem gebildet wurde, das Projektsystem verlässt. Die systemtheoretische Konzeption der an allen möglichen Systemschnittstellen integrierten Feedbackschleifen scheidet aber allzu oft in der praktischen Umsetzung, in der es üblich ist, Evaluationen oft erst nach mehreren Jahren durchzuführen, und das Medium »Kommunikation« in den allermeisten Fällen nicht in ausreichendem Maße im System zirkulieren kann.

209 Etwa den Fortbildungslehrgang des Dachverbands berufliche Integration Austria in Zusammenarbeit mit der Universität Graz (www.dabei-austria.at) oder des Vereins für prophylaktische Gesundheitsarbeit in Linz (www.pga.at).

210 Holleder 2006, Seite 194.

211 Tuomi / von Braunmühl 2009, Seite 271.

Während das Fallmanagement der ARGE in Deutschland in erster Linie auf BezieherInnen des Arbeitslosengeldes II ausgerichtet ist, ist die Zielgruppe analog dazu in Österreich vornehmlich über den Bezug der Bedarforientierten Mindestsicherung (BMS) definiert. In beiden Ländern kommen des Weiteren langzeitbeschäftigungslose und ältere Personen, die es sehr schwer haben, auf dem Arbeitsmarkt unterzukommen, für diese Maßnahmen in Frage. Auch bildungs- und arbeitsmarktferne Jugendliche mit geballten Vermittlungshemmnissen werden in Case-Management-Projekten begleitet. Dabei findet das Maßnahmenziel der Gesundheitsförderung jedoch oft keine explizite Erwähnung.

4.2.3 Gesundheitsförderung in arbeitsmarktnahen Settings

Die Verknüpfung arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen mit Gesundheitsförderung wird besonders oft in einem ganz speziellen Setting umgesetzt, und zwar in jenem des »2. Arbeitsmarktes«, der von der öffentlichen Hand gefördert wird. Es ist dies eine Mischform aus arbeitsmarktpolitischer Intervention und Betrieblicher Gesundheitsförderung, wobei Letztere sowohl auf die überwiegend arbeitsmarktfernen TeilnehmerInnen als auch auf die ungefördert beschäftigten Lehr- und Betreuungspersonen abzielen kann. Hinter diesem Ansatz, der im Zuge von BGF-Maßnahmen in Sozialökonomischen Betrieben (SÖB) und gemeinnützigen Beschäftigungsprojekten (GBP) umgesetzt wird, »(...) steht die Annahme, dass Gemeinwesenarbeit ähnliche gesundheitsförderliche Elemente enthalten kann wie eine gut gestaltete Erwerbsarbeit«.²¹²

Die speziellen strukturellen Umstände, insbesondere die arbeitsmarktpolitischen Förderbedingungen, erschweren jedoch eine Umsetzung klassischer, vor allem verhältnisorientierter Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung, insofern strukturelle Änderungen innerhalb eines laufenden Projekts nicht möglich sind.²¹³ So zeigt etwa die Evaluation von (f)itworks, einem Wiener Modellprojekt in diesem Bereich, dass sich die gesundheitsfördernden Maßnahmen sehr stark auf die Sensibilisierung für die Thematik und verhaltensorientierte Interventionen, wie z. B. Workshops zur Erlangung von Gesundheitskompetenz und individuelle Anstöße zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens, beschränken.²¹⁴

Von der Verhältnisprävention würden in erster Linie die Schlüsselarbeitskräfte profitieren, die im Gegensatz zu den Arbeitssuchenden dauerhaft im Unternehmen verbleiben. Verbesserungen ihrer oft sehr schwierigen Arbeitsbedingungen und die Schaffung einer gesundheitsfördernden betrieblichen Umwelt hätten aber auch Auswirkungen auf die Transitarbeitskräfte. Vieles spricht also dafür, TrainerInnen, SozialpädagogInnen, Verwaltungskräfte und ArbeitsanleiterInnen nicht nur in der Umsetzung, die Gefahr läuft für sie zur zusätzlichen Belastung zu werden,²¹⁵ sondern auch als Zielgruppe in die Maßnahmenkonzeption miteinzubeziehen. Folgeprojekte in ganz Österreich (siehe Kapitel 5.5) haben dann auch den Zielgruppen-Fokus zugunsten der regulären MitarbeiterInnen verschoben und präsentieren in ihren Abschlussberichten erfahrungsbasierte Konzepte und Handlungsanleitungen, die an dieses spezielle Setting angepasste Maßnahmen Betrieblicher Gesundheitsförderung, oft in Kombination mit Maßnahmen Arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung, vorstellen und ausführlich ihre praktische Umsetzung beschreiben.²¹⁶

Die große Herausforderung in diesen komplexen Projekten kann also in der Verknüpfung von Betrieblicher und Arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung gesehen werden, die zwei unterschiedliche Zielgruppen vor dem meist unveränderbaren Hintergrund knapper Ressourcen und hoher Anforderungen erreichen soll. Die Folgen starrer Rahmenbedingungen äußern sich in solchen Maßnahmen oft in einer mangelnden Balance zwischen

212 Otto/Mohr 2009, Seite 143.

213 Weber 2009, Seite 10.

214 Vgl. Weber 2009, Seite 8f.

215 Vgl. ÖSB Consulting GmbH 2012, Seite 59.

216 Vgl. ebenda; Unfried 2011.

Verhaltens- und Verhältnisprävention. Die Verantwortung für die Urbarmachung der gesundheitsförderlichen Potenziale von guter Arbeit am »2. Arbeitsmarkt« liegt in diesen Fällen dann paradoxerweise bei den ohnehin schon von Burnout bedrohten MitarbeiterInnen, die unter multiplen Belastungen leiden.²¹⁷

4.2.4 Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Gruppen

Außerhalb des arbeitsmarktpolitischen Settings sind Arbeitssuchende nur selten als AdressatInnen von gesundheitsfördernden Angeboten ausgewiesen. Wenn es aber um Gesundheitsförderung für exklusionsgefährdete Bevölkerungsgruppen geht, ist ein hoher Anteil von ihnen sehr wahrscheinlich auch arbeitslos. Benachteiligungen, die das Risiko gesellschaftlicher Ausgrenzung erhöhen, treten meist geballt auf. So fallen Armut, Arbeitslosigkeit, Bildungsferne, Migrationshintergrund und andere Exklusionsfaktoren oft zusammen und korrelieren mit einem hohen Krankheitsrisiko, das ebenfalls der sozialen Isolation Vorschub leistet. Diese sehr heterogenen Personengruppen, die aufgrund ihrer randständigen sozialen Position kaum über große Institutionen zu erreichen sind, brauchen niederschwellige Anlaufstellen, die viel Unterstützung bieten und nur ein Mindestmaß an Forderungen an ihre KlientInnen stellen. Zudem müssen sie einfach organisiert und überschaubar sein und unkomplizierten spontanen Zugang bieten, der möglichst keine Verpflichtungen mit sich bringt. Verwirklicht werden solche Projekte meist in kleinen, lokal agierenden und sozialräumlich gut verankerten Gemeinschaften, die sich zwar auch an spezifische Problemgruppen richten, aber grundsätzlich durch Offenheit gekennzeichnet sind.

4.2.5 Herausforderungen und Qualitätsmerkmale der Arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung

Gerade die letztgenannten niederschweligen Angebote an Gesundheitsförderung für Arbeitssuchende stehen oft vor dem Problem, dass diese Zielgruppe nur schwer zu erreichen ist. Vielfältige Exklusionsmechanismen führen dazu, dass diese Personengruppe nicht über Gesundheitsförderung in den verschiedenen organisationalen Settings angetroffen wird. Zudem ist eine Folge der fortdauernden Arbeitslosigkeit der soziale Rückzug in die eigenen vier Wände oder in Milieus und Subkulturen, deren Angehörige ebenfalls zu einem hohen Anteil ohne Arbeit und nur mangelhaft sozial inkludiert sind.

Anzutreffen ist diese Zielgruppe deshalb am leichtesten im Kontext arbeitsmarktpolitischer Einflussnahme, an die der Bezug von Geldleistungen gekoppelt ist. Für die AkteurInnen Arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung bedeutet dies die enge Zusammenarbeit mit einem System, dem die Sanktionsandrohung inhärent ist und von dem sie sich nur schwer unterscheidbar machen können. Das Qualitätsmerkmal der Freiwilligkeit ist unter diesen Bedingungen nur schwer herstellbar und, wenn doch gegeben, oft nicht glaubhaft kommunizierbar.

Damit im Zusammenhang steht das Problem der mangelnden Akzeptanz von gesundheitsfördernden Maßnahmen. Gelingt es, Freiwilligkeit zu gewährleisten, muss man damit rechnen, dass nur ein sehr geringer Anteil der angesprochenen Personen auch tatsächlich an den Angeboten teilzunehmen bereit ist. Überhaupt erst die Sensibilität für das Thema zu schaffen, kann einen langwierigen Prozess bedeuten. Der Nutzen von Gesundheitsförderung und eine salutogenetische Perspektive lassen sich nur schwer vermitteln. Die Bedeutung gesundheitlicher Ressourcen für die Wiedereingliederung herauszustellen, ist keine einfache Aufgabe. Vielfach herrscht auch die

217 Vgl. Steiner/Jelenko 2008, Seite 3f.

Meinung vor, dass das Verhalten und der Gesundheitszustand sich schlagartig wieder verändern würden, wenn nur der Job kommt. Doch oft ist der Weg aus dem Teufelskreis von Arbeitslosigkeit und Gesundheitsverlust ein mühsamer und dauert genauso lange wie der Prozess, der zum vorherrschenden Zustand geführt hat.

Der deutsche Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, deren Hauptträger die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist, führt eine Bewertung von Gesundheitsförderungsprojekten für sozial Benachteiligte durch und wählt anhand bestimmter Kriterien, die 2003/2004 von der BZgA erarbeitet wurden, Beispiele für Good Practice in der Gesundheitsförderung aus. Als Zielgruppen für diese sozialogenorientierte Gesundheitsförderung werden hierbei neben vielen anderen auch Langzeitarbeitslose angeführt und die BezieherInnen von Arbeitslosengeld II werden unter die Zielgruppe »Personen mit sehr niedrigem Einkommen« subsumiert.²¹⁸ Dementsprechend findet sich eine große Auswahl an arbeitsmarktpolitischen Projekten unter den Vorzeigbeispielen. Die Kriterien guter Praxis lauten dabei:²¹⁹

Tabelle 15: Zwölf Kriterien für Good Practice

<p>1. Gesundheitsbezug</p> <p>Die Konzeption des Angebotes macht einen klaren Gesundheitsbezug deutlich.</p>	<p>2. Befähigung der Zielgruppe (Empowerment)</p> <p>Die Zielgruppe wird zu einer eigenständigen und selbstbestimmten Lebensweise befähigt.</p>
<p>3. Klarer Zielgruppenbezug</p> <p>Das Angebot berücksichtigt in besonderer Weise die Bedarfe von Menschen in schwieriger sozialer Lage.</p>	<p>4. Gestaltung der Lebenswelt (Setting-Ansatz)</p> <p>Das Angebot ist gleichermaßen auf die Beeinflussung von Verhaltensweisen und auf die Gestaltung der Lebensbedingungen ausgerichtet.</p>
<p>5. Innovation und Nachhaltigkeit</p> <p>Das Angebot wendet erfolgreich innovative Methoden an und / oder entfaltet nachhaltige Wirkungen bei der Zielgruppe und in deren Lebenswelt.</p>	<p>6. Integriertes Handlungskonzept</p> <p>Das Angebot arbeitet professionsübergreifend und bezieht auch »gesundheitsferne« Kooperationspartner mit ein.</p>
<p>7. Multiplikatorenkonzept</p> <p>Das Angebot bindet systematisch Multiplikatoren in die Arbeit ein.</p>	<p>8. Qualitätsmanagement/ Qualitätsentwicklung</p> <p>Das Angebot verbessert seine Qualität unter Zuhilfenahme eines Systems der Qualitätsentwicklung.</p>
<p>9. Niederschwellige Arbeitsweise</p> <p>Zugangshürden für die Nutzung des Angebotes werden vermieden, z. B. durch aufsuchende Arbeit und kostenlose Angebote.</p>	<p>10. Dokumentation/ Evaluation</p> <p>Das Angebot nutzt Konzepte und Instrumente zur Dokumentation und / oder Evaluation der eigenen Arbeit.</p>
<p>11. Beteiligung der Zielgruppe (Partizipation)</p> <p>Die Zielgruppe wird systematisch in die Bedarfsermittlung, Planung, Umsetzung und / oder Bewertung des Angebotes einbezogen.</p>	<p>12. Kosten-Nutzen-Verhältnis</p> <p>Die Kosten des Angebotes stehen in einem günstigen Verhältnis zum erzielten Nutzen.</p>

Quelle: Gold/Bräunling/Köster 2009, Seite 117.

Angesichts der vielfältigen Herausforderungen im Bereich der Arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung ist die optimale Erfüllung aller Qualitätskriterien nur schwer zu leisten. Dementsprechend werden auch als Beispiele für Good Practice solche ausgewählt, die eines oder zwei dieser Kriterien in hervorragender Weise umgesetzt haben. Gerade die Balance zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention, die Zielgruppenbestimmung und ihre Erreichbarkeit sowie die Niederschwelligkeit des Angebots bereiten, wie bereits oben besprochen, große Herausforderungen für die Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen für Arbeitssuchende.

218 www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/recherche/ [29.7.2013].

219 Vgl. Gold/Bräunling/Köster 2009, Seite 117.

»Inwieweit Qualifizierungs- und Beschäftigungsträger sich zukünftig dieser Herausforderung stellen, wird maßgeblich davon bestimmt werden, welcher Stellenwert gesundheitlichen Aspekten im Zusammenhang mit Beschäftigungsförderung zugemessen wird«,²²⁰ meinen dazu Gold et al. Doch auch die Frage nach verallgemeinerbaren Konzepten und übergreifenden Theorien, gestützt von politischer Verantwortungsübernahme, scheint gerade in arbeitsmarktpolitischen Settings durchaus berechtigt, denn nur auf diesem Wege kann eine erforderliche all-gemeingültige Basis geschaffen werden, die die Rahmenbedingungen für eine eigenständige und individuelle Umsetzung und Weiterentwicklung durch die Trägerorganisationen ermöglicht.

4.2.6 Institutionelle Unterstützung

Der Fonds Gesundes Österreich, Sozialversicherungsträger und Ministerien sowie die Länder sind ähnlich wie bei der Betrieblichen Gesundheitsförderung auch oft die Fördergeber für Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderungsprojekte. Die allermeisten der Projekte werden auch vom AMS gefördert oder beauftragt. Auch das Bundessozialamt (BSB) tritt als Fördergeber auf genauso wie der Europäische Sozialfonds (ESF), der viele der arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen kofinanziert. Auf europäischer Ebene gibt es keine Entsprechung zum Netzwerk BGF. Das deutsche, aus EQUAL-Mitteln geförderte Projekt »Netzwerk Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung« wurde in der darauffolgenden Förderrunde nicht mehr bedacht. Die Weiterentwicklung der Maßnahmen erfolgte dann auf regionaler Ebene in Brandenburg, Köln, Berlin, Sachsen und NRW. Es fehlt an übergeordneten Institutionen und einer fest verankerten Versorgungsstruktur. Erste Ansätze, diese zu erreichen, lassen sich aber in neuen Kooperationen der BA und der BAzG mit den Versicherungen erkennen.²²¹

Ähnlich wie in Deutschland die Bundesagentur für Arbeit scheint sich in Österreich das Arbeitsmarktservice (AMS) zunehmend dieser Aufgabe anzunehmen. Einige Träger von arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen erarbeiten außerdem bedarfsgerechte Projekte. Im Rahmen eines vom BMASK geförderten Projektes wurde von der ÖSB Consulting die Plattform »Netzwerk Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration« unter dem Titel »Gesundheit fördert Beschäftigung« eingerichtet. Dessen Internetseite bietet Informationen, Publikationen und eine Projektdatenbank, Literaturlisten und Aktuelles aus dem Feld. Einmal jährlich findet ein Vernetzungstreffen der zahlreichen Partnerinstitutionen statt.²²²

Es gilt nun, die Ansätze und Methoden in engerer Kooperation weiterzuentwickeln und eine allzu große Vereinzelung der Anstrengungen zu verhindern, was jedoch angesichts des Wettbewerbs unter den Trägerorganisationen und des komplizierten Finanzierungssystems nur schwer möglich sein dürfte. Vieles spricht für eine Vereinigung der Arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung unter der Schirmherrschaft der Arbeitsmarktpolitik, eventuell in der Form des Case Managements von UnterstützungsbezieherInnen, das eine Einschätzung von vermittlungshemmenden Faktoren sowie bedarfsgestützte Auswahl und Entwicklung von gesundheits- und beschäftigungsfördernden Modulen sowie Unterstützung bei der schnellen Wiedereingliederung der gut vermittelbaren Klientel zur Prävention von Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit erlaubt. Der in bestimmten Situationen bestehende Zielkonflikt zwischen (Wieder-)Beschäftigung und Gesundheitsförderung steht einem solchen Ansinnen wohl entgegen, es konnte aber hoffentlich gezeigt werden, dass gesamtgesellschaftlich gesehen und im Hinblick auf Nachhaltigkeit beide Zielsetzungen einander ergänzen und sich in ihrer Erreichung gegenseitig befördern können.

220 Gold/Bräunling/Köster 2009, Seite 119.

221 Vgl. www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Arbeitsbedingungen/Dokumente/arbeitsmarkt-aktuell-Gesundheitsrisiko-Arbeitslosigkeit-1.pdf [1.8.2013].

222 Vgl. www.nga.or.at [1.8.2013].

5 Ausgewählte Projekt- und Maßnahmenbeispiele

Wie bereits in der Einleitung beschrieben, unterliegt diese Auswahl den Kriterien der Veranschaulichung der in der Theorie besprochenen Ansätze und Themenfelder und der exemplarischen Beschreibung häufig in der Praxis verwirklichter und weiterentwickelter Maßnahmen. Eine größere Auswahl findet sich in diversen im Internet zugänglichen Projektdatenbanken, etwa jener des FGÖ, des ESF, des Netzwerks BGF oder des Netzwerks Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration (NGA). Die Links zu den jeweiligen Internetseiten finden sich in Kapitel 8.

5.1 Gesundheitsförderung im Betrieb

5.1.1 WEG – Wirtschaftlicher Erfolgsfaktor Gesundheit

Projektzeitraum: 2003–2005

Herkunft und Trägerorganisation: Österreich, FGÖ.

Fördergeber: OÖGKK, GKK Salzburg, VAEB, WKO, AK.

Zielgruppe: Klein- und Mittelunternehmen.

Zielsetzung: Ziel des Projektes WEG war es, zu erfassen, inwiefern BGF-Maßnahmen von Großunternehmen auf KMU²²³ übertragbar sind, welche Modifikationen hierbei vorgenommen werden sollten, mit welchem Erfolg dabei zu rechnen ist und wo Probleme auftreten könnten.

Kurzbeschreibung: Entsprechend dem klassischen Managementzyklus durchlief das Projekt einen Prozess von Diagnose, Planung, Umsetzung und Evaluierung. Mit Gesundheitsbefragungen und -indizes (siehe Kapitel 7), Gesundheitszirkeln (siehe Kapitel 6.1) und Stresszirkeln (siehe Kapitel 6.2) wurden dabei Maßnahmen angewandt, deren Verwendbarkeit in KMU zuvor unsicher war (siehe Kapitel 4.1.5). Tatsächlich zeigten die nachhaltigen Erfolge des Projektes, dass jene Methoden und Analyseinstrumente in geringfügig modifizierter Form auch in KMU zur Verbesserung von Gesundheitszustand und Wohlbefinden beitragen können.

Quelle: www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/wissen/wirtschaftlicher-erfolgsfaktor-gesundheit-weg/2012-11-06.6970489252 [31.7.2013].

5.1.2 Mental Health Promotion Handbooks – Trainingshandbücher für die Förderung der psychischen Gesundheit

Projektzeitraum: 2010–2013

Herkunft und Trägerorganisation: Irland, Work Research Centre, Forschungsinstitut des Roten Kreuzes, E-WORX S.A., Romtens Institute, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Finnish Institute for Health and Wellbeing, Estonian-Swedish Mental Health and Suicidology Institute.

223 KMU waren innerhalb des Projektes WEG als Unternehmen mit maximal 100 MitarbeiterInnen definiert.

Fördergeber: Europäische Kommission und Fonds Gesundes Österreich.

Zielgruppe: SchülerInnen, Ältere, ArbeitnehmerInnen.

Zielsetzung: Die Entwicklung von Trainingshandbüchern, die in der Schule, am Arbeitsplatz sowie im Dienst oder in Einrichtungen für ältere Menschen zur Wissensvermittlung von psychischer Gesundheitsförderung beitragen. Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit und Lebensqualität bei SchülerInnen, MitarbeiterInnen und älteren Menschen.

Kurzbeschreibung: Um die Fähigkeiten und Fertigkeiten von PraktikerInnen im Bereich der psychischen Gesundheitsförderung zu verbessern, wurden drei Trainings-Handbücher (Manuale) durch MHP-Hands entwickelt. Sie wurden aufgrund einer qualitativen Bedarfsanalyse mittels Fokusgruppen der beteiligten Länder zusammengestellt und sind in sieben Sprachen, darunter Englisch, Deutsch und Polnisch, erhältlich. Die Handbücher werden als E-Books auf der Website www.mentalhealthpromotion.net/?i=handbook angeboten. Die Handbücher und das zusätzlich geschaffene E-Learning-Tool wurden in Trainingskursen für die Bereiche »Schule«, »Arbeitsplatz« und »Einrichtungen/ Services für ältere Menschen« erarbeitet. Im dritten Projektjahr wurden die Praxistauglichkeit und die Brauchbarkeit der Handbücher durch Fallstudien evaluiert. Die gewonnenen Erkenntnisse verweisen auf Möglichkeiten, die gesundheitsfördernden Instrumente, wie z. B. Übungen, Screening-Tools und Checklisten, noch weiter zu verbessern. Die Verbreitung der Instrumente und Theorien erfolgt über das European Network for Mental Health Promotion (ENMHP), welches 2009 aus einem Projekt hervorgegangen ist. Ein Teil dieser Bemühungen sind u. a. webbasierte Seminare, um einen vermehrten Wissensaustausch innerhalb des Netzwerkes zu erreichen.

Quelle: www.rotekreuz.at/wien/forschungsinstitut-des-roten-kreuzes/projekte/abgeschlossene-projekte/mhp-handbook/ [21.7.2013].

5.1.3 Fit für die Zukunft – Arbeitsfähigkeit erhalten

»Programm zum Erhalt von Arbeitsfähigkeit und längerem Verbleib in der Arbeitswelt«

Projektzeitraum: 2008–2012

Herkunft und Trägerorganisation: Österreich, Wertarbeit.

Fördergeber: AUVA, PVA.

Zielgruppe: 20 Pilotbetriebe mit ca. 13.000 ArbeitnehmerInnen in acht Branchen.

Zielsetzung: Die nachhaltige Förderung der Arbeitsfähigkeit der MitarbeiterInnen der Betriebe und die Vermeidung von Frühpensionierungen, Einrichtung einer nationalen Datenbank mit Messergebnissen von ABI Plus™ (siehe Kapitel 7.4) zur Sammlung personenbezogener Querschnitt- und Längsschnittdaten zur Arbeitsfähigkeit und Entwicklung eines »Instrumentenkoffers«.

Kurzbeschreibung: Um dem einsetzenden demographischen Wandel in Bezug auf die Alterszusammensetzung der Erwerbsbevölkerung angemessen zu begegnen und das Pensionssystem zu entlasten haben die Ministerien in Arbeitsgruppen zur »Invalidität im Wandel« eine Gesetzesänderung (siehe Kapitel 2.7.2) sowie das vorliegende Präventionsprogramm initiiert. Zusätzlich zu den Erhebungen zur Arbeitsfähigkeit wurden im Zuge der Ist-Analyse Ergonomie-Analysen, Altersstrukturauswertungen, Fokusgruppen und Arbeitsbewältigungscoachings ausgeführt. Obligatorische Interventionen erfolgten im Bereich Sensibilisierung zu den Themen Arbeitsfähigkeit, Stärken und Ressourcen und Altern in der Erwerbstätigkeit, Schulung in gesunder

und wertschätzender Führung für Personen in Leitungsfunktionen und Schulung von BetriebsärztInnen und ArbeitspsychologInnen zum Thema Arbeitsbewältigung. Zusätzlich wurden innovative betriebsspezifische, verhältnisorientierte Interventionen sowie individuelle Verhaltenspräventionsmaßnahmen auf Basis der differenzierten Erhebungen entworfen und auf den entsprechenden »Stockwerken« des Hauses der Arbeitsfähigkeit (siehe Kapitel 2.2) implementiert. Es wurden auch branchenspezifische Instrumente der Gesundheitsförderung entworfen.

Die Prozessevaluierung mit einem Zwischenbericht zur Projekthälfte und einem Abschlussbericht oblag dem Ludwig Boltzmann Institut für Public Health Research (LBIHPR).

Quellen: Kloimüller 2010; Kloimüller et al. 2013.

5.1.4 fit2work – Angebot für Betriebe

Projektzeitraum: seit 2011 in Wien, Niederösterreich und der Steiermark, seit 2012 in Tirol, Oberösterreich und Salzburg und seit 2013 österreichweit

Herkunft und Trägerorganisation: Österreich, Initiative der Bundesregierung, Verankerung im Arbeit- und Gesundheit-Gesetz (AGG), Umsetzung durch regionale Träger, koordiniert vom Bundessozialamt (BSB).

Fördergeber: fit2work wird finanziert vom Arbeitsmarktservice, den Gebietskrankenkassen, der Pensionsversicherung, der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt und dem Bundessozialamt.

Zielgruppe: Betriebe, die pro- oder reaktiv gesundheitsfördernde Maßnahmen ergreifen wollen.

Zielsetzung: Ziele des Programmes sind es, Fluktuation, Absentismus und krankheitsbedingte Fehlzeiten zu vermeiden und Produktivität, Arbeitsfähigkeit und Arbeitsmotivation der ArbeitnehmerInnen aufrechtzuerhalten. Darüber hinaus sollen Personen mit gesundheitlichen Problemen gezielt und langfristig in den Betrieb integriert werden.

Kurzbeschreibung: Im Rahmen des Basis-Checks »check4start« wird zunächst mithilfe von speziellen BeraterInnen der AUVA zusammen mit den KlientInnen der Ist-Zustand des Betriebes abgeklärt. Im Zuge dessen werden ein Unternehmensprofil erstellt und betriebliche Bedürfnisse erhoben. Nach dieser Abklärung nehmen die Betriebe an der weiterführenden Beratung im Rahmen von »fit2work« teil oder werden an andere unterstützende Beratungsangebote etwa im Rahmen der BGF weitervermittelt.

Die »fit2work«-Beratung beginnt schließlich mit dem Abschluss einer Kooperationsvereinbarung, in deren Folge der betriebliche Status der Arbeitsfähigkeit erhoben, die Führungskräfte sensibilisiert und freiwillige Coachings für MitarbeiterInnen mit starken gesundheitlichen Beschwerden begonnen werden. In einer Reportingphase werden notwendige Maßnahmen festgelegt und hinsichtlich ihrer Priorität geordnet. Diese können vielfältiger Natur sein und etwa Weiterbildungsmaßnahmen oder Arbeitsplatzadaptierungen umfassen. Die geplanten Schritte werden daraufhin implementiert und, zum Zwecke der Qualitätssicherung, evaluiert.

Der Vollzug des Projektes geschieht über etwa ein bis drei Jahre hinweg unter starker Involvierung relevanter Schlüsselpersonen, die entsprechend eingeschult und im Bedarfsfall von »fit2work«-BeraterInnen gecoacht werden. Diese bilden das so genannte »Integrationsteam«, mit einem oder einer IntegrationsberaterIn als Ansprechperson für MitarbeiterInnen mit gesundheitlichen Problemen, welches nachhaltig bestehen bleiben soll.

Quelle: www.fit2work.at/home/Angebot_fuer_Betriebe/?lang=DE [26.7.2013].

5.2 Gesundheitsförderung für EPU und bei Arbeitsplatzunsicherheit

5.2.1 Gesund und arbeitsfähig von Anfang an (GAVA)

Projektzeitraum: 2011 laufend

Herkunft und Trägerorganisation: Österreich, ÖSB Consulting GmbH.

Fördergeber: FGÖ, Wirtschaftskammer Wien, SVA, Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt.

Zielgruppe: Ein-Personen-Unternehmen (EPU), EPU-GründerInnen, Neue Selbständige und Freie DienstnehmerInnen.

Zielsetzung: BGF-Maßnahmen für Ein-Personen-Unternehmen (EPU), EPU-GründerInnen, Neue Selbständige und Freie DienstnehmerInnen zu entwickeln und EntscheidungsträgerInnen für entsprechende Problematiken zu sensibilisieren (siehe Kapitel 4.1.6).

Kurzbeschreibung: Den Zielunternehmen soll dabei geholfen werden, eine Balance zwischen ihren Ressourcen und den (EPU-spezifischen) Anforderungen zu finden und das Thema »Gesundheit« in ihren alltäglichen Arbeitsablauf zu integrieren. Die Angebote durch GAVA unterstützen sie dabei, einen Ausgleich zwischen Beruf und Privatleben zu schaffen und ihre Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern, um wirtschaftlichen Erfolg und persönliches Wohlergehen zu erzielen. Im gesamten Projektverlauf wird, im Zuge von Einzelcoachings, besonders auf die Diversität der Unternehmen und deren spezifischer Umgebung eingegangen. Unter Berücksichtigung individueller Ressourcen und Arbeitsanforderungen, die in einer Bedarfs- und Ist-Analyse erfasst wurden, wird mit einem GAVA-Berater oder einer GAVA-Beraterin ein Gesundheits-Business-Plan erarbeitet, der etwa Ressourcen- und Gesundheitsworkshops beinhalten kann. Konkret können wöchentlich individuell zwei Gesundheitsaktivitäten aus einem vielfältigen Programm gewählt werden. Das Programm des Projekts ist sehr vielseitig und reicht von »Smoveys bringen Schwung in Ihr Leben« bis hin zu »Den Kopf auslüften beim Kreativ-Walk«.

GAVA bietet einen »Gesundheitstreffpunkt für EPU« auf ihrer Website. Die Interessierten können dort mittels Selbsttest Näheres zu ihrem Gesundheitszustand und den Angeboten des Projekts erfahren. Informationsveranstaltungen beschreiben die vom Projekt angebotenen Aktivitäten, bieten eine Möglichkeit, BeraterInnen und BetreuerInnen kennen zu lernen und fördern die Kommunikation sowie Vernetzung. Im Wesentlichen sollen die Angebote den Zielgruppen helfen, einen Ausgleich zwischen Beruf und Privatleben zu schaffen und ihre Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern, um wirtschaftlichen Erfolg und persönliches Wohlergehen zu erzielen.

Da die Bewältigung des Arbeitsalltages von Ein-Personen-Unternehmen oftmals auch das soziale Umfeld beansprucht, werden Familienangehörige sowie Freunde einbezogen. Diese können das Angebot des Projekts zusammen mit einem EPU kostenlos nutzen.

Die externe prozessbegleitende Evaluation (Nov. 2012 bis Okt. 2013) wird von Prospect Unternehmensberatung durchgeführt. Die Umsetzung wird in regelmäßigen Workshops reflektiert und adaptiert, und eine Ergebnisevaluation ist geplant.

Quellen: www.gesundundarbeitsfaehig.at [25.7.2013]; www.fgoe.org/projektfoerderung/projekte-vor-den-vorhang/gesund-und-arbeitsfaehig-von-anfang-an [21.7.2013].

5.2.2 SOCOSE – Sozialer Geleitschutz und nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit: Innovative Strategien von Outplacement-/Replacement-Beratung

Projektzeitraum: 2000–2004

Herkunft und Trägerorganisation: EU, koordiniert vom Institut für Psychologie der Arbeit, Arbeitslosigkeit und Gesundheit (IPG) der Universität Bremen in Belgien, Deutschland, Italien, Spanien und den Niederlanden.

Fördergeber: Generaldirektion Forschung.

Zielgruppe: ArbeitnehmerInnen in beruflichen Transitionen.

Zielsetzung: Ziel war es festzustellen, wie die Arbeitslosigkeit bzw. der Übergang zwischen zwei Arbeitsplätzen von Betroffenen erlebt wird und insbesondere wie negative Konsequenzen davon durch eine Outplacement-/Replacement-Beratung (siehe Kapitel 4.1.11) vermindert werden können.

Kurzbeschreibung: Auf Basis von ExpertInneninterviews, qualitativen Interviews und Fallstudien wurde ein Rahmenmodell dazu erstellt, wie Unternehmen berufliche Übergänge von ArbeitnehmerInnen unterstützen können.

Es wurde eine Notwendigkeit längerfristiger Beratungsangebote im Outplacement-Bereich, die standardmäßig zur Verfügung stehen sollten, deutlich. Eine kontinuierliche Beratung und Begleitung der ArbeitnehmerInnen über den Antritt des neuen Berufes hinaus zeigte gesundheitsfördernde Wirkung. Unerlässlich ist zudem, dass die Beratungsangebote individuell auf die MitarbeiterInnen zugeschnitten sind und psychologische ebenso wie technische Elemente beinhalten. Die Bildung regionaler Netzwerke und die zunehmende Qualifizierung von BeraterInnen erwiesen sich als zweckmäßig.

Quellen: Kieselbach 2009; Holleder/Brand 2006.

5.3 Gesundheitsförderung im arbeitsmarktpolitischen Setting

5.3.1 JobFiT

Projektzeitraum: 2002–2005

Herkunft und Trägerorganisation: Deutschland, Institut für Arbeitspsychologie und Arbeitsmedizin (IAPAM), Universität Dortmund.

Fördergeber: ESF, Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit.

Zielgruppe: Arbeitsuchende BKK-Versicherte und Mitarbeitende der Transfergesellschaft PEAG, die akut von Arbeitslosigkeit bedroht waren.

Zielsetzung: Herstellung von Selbstachtung und selbstgesteuerte Lebensgestaltung, Motivation zu Gesundheitsaktivitäten, Herstellung von Beziehungsfähigkeit und Unterstützungsnetzwerken, Fähigkeit zur Hilfesuche entwickeln.

Kurzbeschreibung: JobFit wurde im Rahmen des Netzwerks Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung (N.A.G.) im Zuge der ersten EQUAL-Förderrunde entwickelt und erprobt.

Basierend auf einem salutogenetischen Präventions- und Interventionsverständnis sollten die Potenziale der TeilnehmerInnen in den Vordergrund gestellt werden. Methodisches Vorgehen war eine Bewertung anhand der Fragebogen zu Lebensorientierung (Kohärenzgefühl), Leben in der Arbeitslosigkeit (siehe Kapitel 7.7) und zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität, die zu Beginn und nach Ende der Maßnahme durchgeführt wurde. Es folgten fünf Wochen Gruppensitzungen im Ausmaß von 21 Wochenstunden nach einem genauen Plan:

- Woche 1: Thematische Einführung und Erzeugen von positiver Gruppendynamik.
- Woche 2: Aufbau eines Orientierungsmusters zu Arbeit und Privatleben.
- Woche 3: Realanalyse: Brainstorming zu problematischen Verhaltensfehlern und Entwicklung konkreter Handlungs- und Lösungsschritte nach der SMART-Formel.
- Woche 4: Planung und Umsetzung von Interventionen und Präventionen (Diskrepanzanalyse, Bereitstellung von Informationsmaterial).
- Woche 5: Implementierung von Nachhaltigkeitsstrukturen (Patenschaftssystem und Selbsthilfegruppe).

JobFit wurde ausführlich von Kuhnert und Kastner evaluiert. Dabei fanden sie heraus, dass diese Art von Interventionen zwar bei Kurzeitarbeitslosen sinnvoll ist, nicht aber die Destabilisierungsprozesse bei Langzeitarbeitslosigkeit, die über längere Zeit abgelaufen sind, umkehren können. Um Kognitionen wie Selbstwirksamkeit, Kohärenzgefühl und Problemlösungskompetenz bei Risikogruppen nachhaltig zu verändern, braucht es vor allem Zeit.

Kuhnert entwickelte das Gruppenkonzept in weiterer Folge zur Methode der so genannten »Stabilisierenden Gruppen« (siehe Kapitel 6.6) weiter, während JobFit-Projekte (JobFit Regional, JobFit NRW) in adaptierter Form von den Arbeitsagenturen durchgeführt werden. Das neue Konzept verbindet dabei motivierende Gesundheitsgespräche mit gesundheitsbezogenen Gruppentrainings.

Quellen: Kuhnert/Kastner 2006; Kuhnert/Kaczerowski 2011.

5.3.2 Stop And Go! 45+

Projektzeitraum: 2013 laufend

Herkunft und Trägerorganisation: Österreich – Graz, move-ment Personal- und Unternehmensberatung GmbH.

Fördergeber: Stop And Go! 45+ ist ein Element des Programms Erfahrung zählt!.

Initiiert wurde es vom Sozialressort des Landes Steiermark gemeinsam mit dem AMS.

Zielgruppe: Personen ab 45 Jahren, die erst kurz arbeitslos sind und erhöhten Förderbedarf haben.

Zielsetzung: unter Einbeziehung der psychischen und physischen Ressourcen

- Ausgangsvoraussetzungen zu analysieren,
- eine Kompetenz- und Potenzialanalyse durchzuführen,
- Qualifizierungs- und Orientierungsberatung anzubieten, Lösungswege für Integrationshemmnisse aufzuzeigen,
- konkrete Umsetzungsschritte zu definieren und
- Kontakt zu anderen Einrichtungen herzustellen.

Kurzbeschreibung: Ablauf zur Erreichung der oben genannten Ziele:

1) *Informationsveranstaltung/-gespräch*

Es finden regelmäßige Informationsveranstaltungen bzw. Informationsgespräche statt, bei denen Stop and Go! 45+ den vom AMS eingeladenen Personen vorgestellt wird und interessierte Personen einen Termin für ein Erstgespräch erhalten.

2) *Erstgespräch*

Im Erstgespräch wird jede/r Teilnehmende über den persönlichen Betreuungs- und Beratungsverlauf informiert. Weiters werden die Ist-Situation der Person analysiert, das Anliegen der Person erhoben und ein gemeinsames Ziel für die Beratung definiert.

3) *Erhebung des Beschäftigungspotenzials*

Bereits nach dem Erstgespräch nehmen die TeilnehmerInnen an der Erhebung ihres Beschäftigungspotenzials (siehe Kapitel 7.6) teil, wobei die Bearbeitungsdauer rund eine Stunde beträgt.

4) *Einzelgespräche*

Bereits im dritten Gespräch – nach der Erhebung der Beschäftigungsfähigkeit – werden die Ergebnisse des Gutachtens mit dem/der TeilnehmerIn ausführlich besprochen. Im Zuge der weiteren 2 bis 3 Einzelgespräche werden auf Basis der erhobenen Ressourcen, Unterstützungsbedarfe und Integrationshemmnisse die nächsten Schritte zur Erreichung der Integration in den Arbeitsmarkt gemeinsam mit den TeilnehmerInnen erarbeitet. Am Ende der Beratungsmaßnahme erhalten die TeilnehmerInnen einen ausführlichen Perspektivenplan mit den entsprechenden notwendigen Maßnahmen zur nachhaltigen Zielerreichung, wobei bereits erste Schritte innerhalb des Beratungszeitraumes stattfinden können (z.B. Kontaktaufnahme zu anderen Institutionen, Besuch von Informationsveranstaltungen von weiterführenden Maßnahmen, ärztliche Abklärungen, Abklärung von Pensionszeiten).

Quelle: move-ment Personal- und Unternehmensberatung GmbH, mit freundlicher Genehmigung.

5.3.3 Health4you(th) – Innovative Gesundheitsförderung für arbeitssuchende Jugendliche im arbeitsmarktpolitischen Setting

Projektzeitraum: 2010–2012

Herkunft und Trägerorganisation: Österreich, Wien, ÖSB Consulting in Kooperation mit dem Frauengesundheitszentrum FEM.

Fördergeber: FGÖ, AMS Wien.

Zielgruppe: Arbeitssuchende Jugendliche zwischen 17 und 21 Jahren, die an den Angeboten der Beratungs- und Betreuungseinrichtung (BBE) c'mon17 oder step2job4you(th) teilnehmen, Case ManagerInnen, Führungskräfte und AssistentInnen in health4you(th).

Zielsetzung: Die Jugendlichen werden auf die Thematik der Gesundheitsförderung aufmerksam gemacht, und ihnen werden gesundheitsfördernde Maßnahmen veranschaulicht. Die Arbeitssuchenden Jugendlichen können ihre Sozialkompetenz ausbauen, während gleichzeitig gemeinsam Lebensbewältigungsstrategien entwickelt werden.

Kurzbeschreibung: health4you(th) umfasste eine Vorprojektphase und drei weitere Phasen innerhalb von 30 Monaten. Während der Vorprojektphase wurden u. a. eine Projektanalyse durchgeführt, Kontakte hergestellt, Recherchen betrieben und ein Konzept erstellt. Ausgehend von einer Ist-Analyse wurden Fokusgruppen ge-

bildet, Daten anhand von Interviews und Fragebogen erhoben und die Pilotphase des Projektes eingeleitet. Innerhalb der Interventionsphase wurden beispielsweise ein Peer-Education-Programm oder themenbezogene Workshops, aber auch Aktionstage mit Informationsständen und Gesundheitssprechstunden angeboten. Während ein Jugendcafé die persönliche Kommunikation mit und zwischen den Jugendlichen ermöglicht, können diese auch auf virtueller Basis von health4you(th) angesprochen werden. Die »Virtuelle Gesundheitsinsel« (fit_net) bietet Informationen zu Gesundheitsangeboten im Raum Wien sowie eine anonyme, unverbindliche sowie zeit- und ortsunabhängige Beschreibung und Einschreibung in Aktivitäten. Das Ziel der Abschluss- und Nachhaltigkeitsphase war es, die Kontinuität dieser Projektmaßnahmen zu erreichen und Rückschlüsse auf die Entwicklung des Projektes ziehen zu können.

Quelle: ÖSB Consulting GmbH 2010.

5.4 Case Management

5.4.1 fit2work – Angebot für Personen

Projektzeitraum: Das Projekt besteht seit 2011 in Wien, Niederösterreich und der Steiermark, seit 2012 in Tirol, Oberösterreich und Salzburg und seit 2013 österreichweit.

Herkunft und Trägerorganisation: Österreich, Initiative der Bundesregierung, Verankerung im Arbeit- und Gesundheit-Gesetz (AGG), Umsetzung durch regionale Träger, koordiniert vom Bundessozialamt (BSB).

Fördergeber: fit2work wird finanziert vom Arbeitsmarktservice, den Gebietskrankenkassen, der Pensionsversicherung, der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt und dem Bundessozialamt.

Zielgruppe: Personen, die aufgrund ihres schlechten psychischen und/oder physischen Gesundheitszustandes fürchten, ihre Arbeit oder ihre Arbeitsfähigkeit zu verlieren, und/oder die aufgrund ihres gesundheitlichen Zustandes arbeitslos oder häufig in Krankenstand sind.

Zielsetzung: Die Arbeits- und Leistungsfähigkeit jener Personen wiederherzustellen oder aufrechtzuerhalten und einen ihrem gesundheitlichen Zustand entsprechenden Arbeitsplatz langfristig zu sichern.

Kurzbeschreibung: fit2work ist ein kostenloses Beratungs- und Informationsangebot, das im Arbeit- und Gesundheit-Gesetz verankert ist. KlientInnen mit gesundheitlichen Beschwerden können unverbindlich einen Erstberatungstermin wahrnehmen. In der Erstberatung können etwa Fragen hinsichtlich der Umschulungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten, der Wiederherstellung oder Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit und der möglichen weiterführenden Kontaktstellen geklärt werden. Besteht über jene Erstberatung hinaus Beratungsbedarf wird ein weiterführendes Case Management begonnen, im Zuge dessen eine individuell abgestimmte Problemlösung gefunden werden soll. Auf Basis von Informationen über die Lebens- und Berufssituation, den arbeitsmedizinischen und/oder den arbeitspsychologischen Zustand wird gemeinsam ein Entwicklungsplan erstellt, der unterschiedliche Maßnahmen sowie den Weiterverweis zu einer der Partnerorganisationen beinhalten kann. Auch darüber hinaus werden KlientInnen bei der Umsetzung jener Maßnahmen begleitet und unterstützt. Um die Nachhaltigkeit der Maßnahmen im Entwicklungsplan zu prüfen, findet sechs Monate nach Abschluss des Case Managements ein Feedbackgespräch zwischen Casemanager/in und Klient/in statt. Die Erstberatung kann auch anonym in Anspruch genommen werden.

Quelle: www.fit2work.at/home/Angebot_fuer_Personen/?lang=DE [26.7.2013].

5.4.2 AmigA – Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung

Projektzeitraum: 2005–2008

Herkunft und Trägerorganisation: Deutschland, Brandenburg/Mittelmärkische Arbeitsgemeinschaft zur Integration in Arbeit (MAIA).

Fördergeber: ESF, Deutsche Rentenversicherung, AOK, DAK, IKK, Regionaldirektion Brandenburg der BA, Ministerium für Arbeit, Soziales und Familie.

Zielgruppe: Langzeitarbeitslose mit vermittlungsrelevanten gesundheitlichen und/oder psychosozialen Einschränkungen.

Zielsetzung: Die nachhaltige Eingliederung in Arbeit und die Verbesserung der Gesundheit als gleichrangige Ziele.

Kurzbeschreibung: Nach einer eingehenden sozialmedizinischen und psychologischen Eingangsdiagnostik wurde in einem interdisziplinären Team (Sozialmediziner, Psychologische Psychotherapeutin, VertreterInnen der Sozialversicherungsträger, FallmanagerIn und ArbeitsvermittlerIn) über einen möglichen Interventionsplan für die betreffende Person beraten. Im Zuge der persönlichen Begleitung wurden dann jene Unterstützungsangebote in den so genannten »Integrationsplan« aufgenommen, zu deren Annahme und Mitwirkung der Kunde / die Kundin auch bereit war. Avisiert war eine stabilisierende und aktivierende sowie der Steigerung der Integrationsfähigkeit gewidmete Phase von etwa sechs Monaten, der das Ziel der Eingliederung folgte. Bei Bedarf wurde auch ein Coaching am Arbeitsplatz geboten. Die externe Evaluation durch das Institut Forschung, Beratung und Evaluation (FB+E) ergab in der Wirkungsanalyse eine signifikante Verbesserung des subjektiven Gesundheitszustandes, eine Verbesserung der sozialen Orientierung, der selbsteingeschätzten Arbeitsfähigkeit und eine für diese Zielgruppe passable Eingliederungsquote von 15 Prozent. Ein spannender subjektiver Nebeneffekt war die deutliche Verbesserung der Teamarbeit in der ins Projekt involvierten ARGE. Das Konzept AmigA wurde zu einer Handlungsanleitung für beschäftigungsorientiertes Fallmanagement mit gesundheitsbezogener Ausrichtung (siehe Kapitel 4.2.2) ausgearbeitet.

Quelle: Toumi / Braunmühl 2009, Seiten 261–276.

5.4.3 Case Management im Anschluss an C4C – Check for Chances, Gesundheitsstraße oder Pensionsverfahren

Projektzeitraum: 2012–2013

Herkunft und Trägerorganisation: Österreich, BBRZ St. Pölten.

Fördergeber: AMS Niederösterreich.

Zielgruppe: Personen, die im Begutachtungsverfahren »Gesundheitsstraße« als arbeitsfähig im Sinne ASVG eingestuft wurden, bei denen aber noch weitere Befundung erforderlich war, welche in C4C vorgenommen wurde, und die nun in der Umsetzung der avisierten Interventionen Begleitung brauchen.

Zielsetzung: Umsetzung der in C4C erarbeiteten Interventionen im Rahmen eines individuellen, bedarfsorientierten und multidimensionalen Betreuungssettings zur Erhöhung der Teilhabechancen von Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf.

Kurzbeschreibung: Die Bearbeitung der multiplen Vermittlungshemmnisse von Personen mit stark verminderter Arbeitsfähigkeit bedarf einer professionellen und engen, stützenden Begleitung in länger andauernden rehabilitativen oder gesundheitsfördernden Prozessen. Exakte Bedarfsklärung geht in dieser Konstellation dem Case Management (siehe Kapitel 4.2.2) voraus, das es erlaubt, die individuell passenden Unterstützungsleistungen zu finden und die gesundheitliche Entwicklung der KlientInnen zu reflektieren. Diese komplexe Aufgabe erfordert die professionelle Fallbegleitung durch ein ExpertInnenteam, das sich regelmäßig austauschen kann. Die Einzelbetreuung findet zu flexibel verabredeten Terminen in etwa wöchentlichem Abstand statt. Die KlientInnen werden dazu angeregt, so viel wie möglich selbst zu tun, bekommen aber dabei die Hilfestellung, die sie brauchen. Neben zusätzlichen Workshops zu Gesundheitsthemen ist die individuell passende Inanspruchnahme von externen Leistungen möglich, wie etwa von stabilisierenden Interventionen (Psychotherapie, medizinische Rehabilitation, ...), psychosozialer Beratung (Schulden, Familie, Wohnen, ...), gesundheitsfördernden Maßnahmen, arbeitsmedizinischer Beratung, ergänzenden Diagnosen oder Arbeitsförderung.

Quelle: AMS Niederösterreich, mit freundlicher Genehmigung.

5.4.4 Neue Perspektiven

Projektzeitraum: 2012–2013

Herkunft und Trägerorganisation: Österreich, H2O-Seminare.

Fördergeber: AMS Niederösterreich.

Zielgruppe: Zuweisung durch das Arbeitsmarktservice.

Zielsetzung: Eröffnung von neuen beruflichen und privaten Perspektiven aufbauend auf vorhandenen Ressourcen und Unterstützung bei der aktiven Umsetzung, Stärkung der Ressourcen.

Kurzbeschreibung: Nach einer umfassenden Ist-Analyse der persönlichen Situation und einer gemeinsamen Zielvereinbarung zwischen KlientIn und Case ManagerIn können weitere Einzelbetreuung und eine Vielzahl unterschiedlicher Module wie Workshops, Aktivitäten, Vorträge, Gruppentrainings oder Exkursionen kombiniert werden. Unterschiedliche Bereiche wie Kreativität, Selbstmarketing, Bewerbungstraining, Jobsuche, Persönlichkeitsentwicklung, Gesundheit und Wohlbefinden, Sport und Bewegung, Kulturerlebnisse und viele andere mehr stehen zur individuellen Auswahl. Die Einzelbegleitung erlaubt die Bearbeitung persönlicher Hindernisse, wie etwa die Erledigung von Amtswegen. Das Angebot kann flexibel an die Bedürfnisse und Wünsche der Teilnehmenden angepasst werden und knüpft Verbindungen zu regionalen Einrichtungen jeglicher Art. Soziale, physische und psychische Ressourcen können so entwickelt und Handlungsfähigkeit sowie Selbstvertrauen wiedererlangt werden.

Quelle: AMS Niederösterreich, mit freundlicher Genehmigung.

5.5 Gesundheitsförderung im arbeitsmarktnahen Setting

5.5.1 (f)itworks – Modellprojekt Gesundheitsförderung für arbeitssuchende Menschen im Arbeitsmarktpolitischen Setting

Projektzeitraum: 2007–2009

Herkunft und Trägerorganisation: Österreich, Wien, ÖSB Consulting GmbH in Kooperation mit dem Frauengesundheitszentrum FEM Süd.

Fördergeber: FGÖ, Wiener Programm für Frauengesundheit, AMS Wien, WGKK.

Zielgruppe: Langzeitarbeitslose Personen, die als Transitarbeitskräfte der gemeinnützigen Arbeitskräfteüberlassung itworks Personalservice GmbH beschäftigt waren bzw. ein Arbeitstraining absolvierten, unter besonderer Beachtung der Untergruppen Frauen und Personen mit Migrationshintergrund.

Zielsetzung: Gesundheitliche Unterstützung und Befähigung zu einer gesundheitsförderlichen Lebensweise.

Kurzbeschreibung: Die Ist-Analyse erfolgte in Form eines eigens erstellten Fragebogens und erfasste den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die Bedürfnisse der Befragten in Bezug auf Gesundheit. Dieser Gesundheitsbericht sollte als Basis für die bedarfs- und zielgruppenspezifische Konzeption von Maßnahmen der Gesundheitsförderung im arbeitsmarktpolitischen Setting dienen. Parallel dazu führten extern beauftragte Personen unterschiedliche Methoden, wie Gesundheitszirkel, Gesundheitsgespräche, Gesundheitsworkshops und Gesundheitstage, durch, an denen auf freiwilliger Basis teilgenommen werden konnte. Die Evaluation durch die Prospect Unternehmensberatung GmbH hebt die große Akzeptanz und rege Teilnahme an den Angeboten sowie eine Vielzahl an selbstberichteten und beobachteten Verbesserungen auf der Verhaltensebene hervor. In Ansätzen vorhandene Verhältnisprävention in Form von Schulungen der Schlüsselkräfte oder gesünderes Nahrungsmittelangebot sollte ausgebaut werden.

Quellen: ÖSB Consulting GmbH 2009, Weber 2009.

5.5.2 Gemeinsam Gesundheit Gestalten

Projektzeitraum: 2008–2011

Herkunft und Trägerorganisation: Österreich, Sozialplattform Oberösterreich, Durchführung: ppm forschung und beratung.

Fördergeber: FGÖ, AMS Oberösterreich, Land Oberösterreich (Gesundheitsfonds).

Zielgruppe: Schlüsselarbeitskräfte und ProjektmitarbeiterInnen in Sozialeinrichtungen mit Beschäftigungs- und Ausbildungsschwerpunkt.

Zielsetzung: Steigerung des Gesundheitsbewusstseins auf allen Ebenen, Stärkung des Gesundheitsverhaltens auf individueller Ebene, Optimierung der Leistungsfähigkeit, Entwicklung von gesundheitsfördernden Arbeitsvoraussetzungen, Optimierung der Einstellung zur Arbeit, Vernetzung, Methodenentwicklung und -verbreitung, Nachhaltige Implementation von Betrieblichem Gesundheitsmanagement.

Kurzbeschreibung: In acht Sozialeinrichtungen wurden Gesundheitszirkel und Gesundheitsworkshops abgehalten und in Folge weiterentwickelt. Dabei gab es gemeinsame Veranstaltungen für beide Zielgruppen sowie getrennt abgehaltene. Zusätzlich wurden betriebsübergreifende Workshops für Führungskräfte durchgeführt. Aus dem Projekt hervorgegangene Produkte sind die auf Vernetzung ausgerichtete Projektwebsite und eine Publikation der Erkenntnisse und Methoden in Form eines Praxisleitfadens.²²⁴

Es liegen zwei Evaluationszwischenberichte des Sozialforschungsinstituts abif – analyse beratung und interdisziplinäre forschung vor, die eine positive Entwicklung der Anpassung der Methoden feststellen, wobei die zusätzliche Belastung der Schlüsselarbeitskräfte einen negativen Nebeneffekt darstellt. Zum Zeitpunkt der Evaluation, zwei Jahre vor Projektende waren die Schnittstellen für die Projektumsetzung sehr gut etabliert und bereits Verbesserungen auf der Verhaltensebene sowie auf der Ebene des Teamzusammenhalts und der kollegialen Unterstützung festzustellen. Mit der Ausbildung von internen GesundheitszirkelmoderatorInnen und dem Einbezug des AMS in Form eines Beirats wurden auch die Weichen für eine nachhaltige Veränderung der betrieblichen Rahmenbedingungen gestellt. Empfehlungen gab es für einen verstärkten Austausch zwischen den beiden Zielgruppen des Projektes.

Quellen: www.ggg.or.at [28.7.2013]; Steiner et al. 2009; Steiner/Jelenko 2008.

5.5.3 Gesundheits- und alternsgerecht Arbeiten in Gemeinnützigen Beschäftigungsprojekten und Sozialökonomischen Betrieben in Wien

Projektzeitraum: 2010–2011

Herkunft und Trägerorganisation: Österreich, Wien, ÖSB Consulting.

Fördergeber: AMS Wien.

Zielgruppe: Schlüsselkräfte und Transitarbeitskräfte in Einrichtungen des »2. Arbeitsmarktes«.

Zielsetzung: Die Ausweitung gesundheitsfördernder Maßnahmen aus (f)itworks auf neun weitere SÖB und GFG sowie die Erstellung eines darauf basierenden Methodenhandbuchs.

Kurzbeschreibung: Eine Kombination von extern vergebenen Gesundheitsmodulen (vom ärztlichen Beratungsgespräch über Gesundheitszirkel und Gesundheitstage bis zu Gruppentraining mit gesundheitsfördernden Inhalten) und internen, von ÖSB Consulting unterstützten gesundheitsfördernden Maßnahmen mit arbeitsmarktpolitischem Bezug (Gesundheitsbefragung, Arbeitsbewältigungscoaching, Impulstest, Gesundheitsworkshops) wurde angeboten und mit individuellen gesundheitsfördernden Interventionen verknüpft. Gerahmt wurde dies von Fokusgruppen beider Zielgruppen zur Projektkonzeption, von der Schulung der Schlüsselkräfte zu Gesundheitsthemen und der Vernetzung und nachhaltigen Verankerung in der Einrichtung gegen Ende des Projektes.

Der entstandene Projektbericht/Handlungsleitfaden bietet eine Sammlung der vielfältigen, in der Umsetzungsphase des Projektes angewandten Methoden und Analyseinstrumente.

Quelle: ÖSB Consulting GmbH 2012a.

224 Unfried 2011.

5.5.4 Balance – Gesundheitsförderung in der Archäologie

Projektzeitraum: 2009–2011

Herkunft und Trägerorganisation: Österreich, Verein Archäologisch-Soziale Initiative Niederösterreich (ASINOE) in Kooperation mit AUVA und NÖGKK.

Fördergeber: FGÖ, AMS Niederösterreich, ESF.

Zielgruppe: Schlüsselkräfte, Arbeitssuchende, ArchäologInnen.

Zielsetzung: Die Aufmerksamkeit auf die Thematik der Gesundheit im Arbeitsbereich der Archäologie zu lenken und ein gesundes Arbeitsumfeld bei ASINOE zu erreichen.

Kurzbeschreibung: Ist-Analyse: Fragebogen zur Analyse der Arbeitsbedingungen: Belastungen sowie Strategien und Ressourcen zu deren Bewältigung. Außerdem: Arbeitsbewältigungscoaching für alle MitarbeiterInnen, zwei Gesundheitszirkel für Arbeitssuchende, einer für Schlüsselkräfte zur Erstellung eines Aktionsplans. In Zusammenarbeit mit der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse (NÖGKK) und dem Projekt BAUfit der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) erfolgte die praktische Umsetzung der gesundheitsfördernden Maßnahmen von Balance: Vermittlung von Ausgleichsübungen und gesundem Arbeiten, Methoden zur Verringerung von psychischen Belastungen am Arbeitsplatz (Stressbewältigungscoaching, Hartmann-Messungen, Zeitmanagement). Die Evaluation durch die Prospect Unternehmensberatung und queraum. kultur- und sozialforschung stellte eine hohe Zufriedenheit mit dem Projekt heraus. Besondere Bedeutung wird dabei der Gesundheitsförderung als wesentlicher Thematik in der Archäologie und BAUfit als praktischem Zugang dazu zugewiesen.

Quelle: www.balance.asinoe.at [28.7.2013].

5.5.5 HOW – Health out of Work – Gesundheit in der Arbeitslosigkeit

Projektzeitraum: 2013–2015

Herkunft und Trägerorganisation: Österreich, Diversity Consult Network.

Fördergeber: Fonds Gesundes Österreich, Gesundheitsressort des Landes Steiermark und Arbeitsmarktservice Graz-West.

Zielgruppe: AMS-KundInnen und MitarbeiterInnen.

Zielsetzung: Bildung eines Netzwerks zur Herstellung sozialer Gesundheit und Schaffung einer gesundheitsförderlichen Umwelt.

Kurzbeschreibung: Das Projekt Health Out of Work. Gesundheitsförderung in der Arbeitslosigkeit wird im Zeitraum von 2013 bis 2015 umgesetzt. Es schreibt der Entwicklung von gesundheitsfördernden Umwelten mit den Arbeitslosen und dem Arbeitsmarktservice einen zentralen Stellenwert zu. Um eine effiziente Förderung der sozialen Gesundheit zu bewirken, schafft das Projekt niederschwellige Angebote vor Ort durch die Einrichtung von Kooperationen mit verschiedenen Anbietern. Die Einbindung der TeilnehmerInnen in bestehende Netzwerke und soziale Zentren fördert die Kommunikation vor Ort. Wesentlich in diesem Prozess ist das Empowerment, das die Selbstermächtigung der Erwerbsarbeitslosen durch deren aktive Einbindung in die Projektdurchführung forciert. Den arbeitslosen TeilnehmerInnen wird die Möglichkeit gegeben, basierend auf ihren Fähigkeiten und

Interessen an dem Projekt mitzuarbeiten. Die Ko-Moderation der Erfahrungsaustausch-Gruppen und Qualitätszirkel, die Durchführung von vertiefenden Befragungen zu gesundheitlichen Ressourcen und Defiziten in der Arbeitslosigkeit sowie von Workshops zur Gesundheit, die Leitung von sozialen Gruppenaktivitäten wie Kochgruppen oder Freizeitclubs, die Entwicklung von gesundheitsfördernden Umgangsformen miteinander sowie die Entwicklung eines 1.-Hilfe-Koffers für die Arbeitslosigkeit sind nur einige Maßnahmen, in denen die aktive Teilnahme der Arbeitslosen gefragt ist. Dadurch sollen die persönlichen Tätigkeitsfelder in Zusammenhang mit den eigenen Interessen ausgebaut und gestärkt werden. Um den 1.-Hilfe-Koffer für die Arbeitslosigkeit zu entwickeln, wird ein Katalog von gesundheitlichen Beeinträchtigungen als Vermittlungshemmnis und ein weiterer mit Ressourcen und Defiziten für die Gesundheit von Arbeitslosen erarbeitet sowie eine Sammlung von Angeboten in der Arbeitslosigkeit zusammengetragen. Die Ergebnisse des Projektes werden nach Abschluss durch das Arbeitsmarktservice berücksichtigt.

Quellen: FGÖ 2012, Seite 25; Strapatsas 2011.

5.6 Niederschwellige Gesundheitsförderungsangebote für exklusionsgefährdete Gruppen

5.6.1 Fit-Start

Projektzeitraum: 2006–2010

Herkunft und Trägerorganisation: Österreich, ASKÖ.

Fördergeber: Fit für Österreich, FGÖ.

Zielgruppe: Arbeitssuchende, vorwiegend Personen über 40.

Zielsetzung: Aktivierung und Bildung bio-psycho-sozialer Ressourcen durch Bewegung und soziale Kontakte.

Kurzbeschreibung: Die so genannten »Fit-Start-Treffs«, welche einfache Bewegungseinheiten beinhalteten und von Fit-Start-Trainerinnen betreut wurden, sollten zur körperlichen Aktivierung der Arbeitssuchenden Personen dienen. Die Einheiten umfassten die unterschiedlichsten Aktivitäten, wie Sesselymnastik, Koordinationstraining, kooperative Spiele und Nordic Walking. Bei den Fit-Start-Treffs standen die psychosozialen und gruppenspezifischen Aspekte im Vordergrund. Gruppenorientierte Bewegung sollte Kontakte erzeugen und bei den Teilnehmenden die Lust auf Bewegung wecken. Es wurden offene Treffs für alle angeboten, aber auch solche für Teilnehmende von Weiterbildungskursen, bei denen zwar Anwesenheitspflicht, aber Freiwilligkeit der Teilnahme an den Übungen galt. Es musste im Laufe der Umsetzung ein Kompromiss zwischen Niederschwelligkeit und Erreichbarkeit der Zielgruppe über arbeitsmarktpolitische Maßnahmen eingegangen werden. Die Evaluierung des Projektes von 2006 bis 2009 durch Benesch & Mittermayr GmbH Unternehmensberatung zeigte eine selbstberichtete Verbesserung der physischen, psychischen und sozialen Gesundheitsdimensionen, welche vor allem auf den sozialen Kontakt und den Gewinn an Tagesstruktur zurückgeführt wurde.

Quelle: www.askoe.at [26.7.2013].

5.6.2 health4teen – Gesundheitsförderung für ausgrenzungsgefährdete Jugendliche mit stadtteilbezogenem Ansatz

Projektzeitraum: 2010–2012

Herkunft und Trägerorganisation: Österreich, ÖSB Consulting GmbH in Kooperation mit FEM Süd und MEN.

Fördergeber: Arbeitsmarktservice Wien, Wiener Gesundheitsförderung, Wiener ArbeiterInnen Förderungsfonds und Europäischer Sozialfonds.

Zielgruppe: Ausgrenzungsgefährdete Jugendliche, MultiplikatorInnen (Lehrkräfte, Eltern, ProjektmitarbeiterInnen c'mon14).

Zielsetzung: Gesundheitsfördernde Betreuung am bzw. nach Ende der Pflichtschule.

Kurzbeschreibung: Um Kontakt zur Zielgruppe aufzubauen, wurde health4teen mit einem Kick-Off-Clubbing im 10. Bezirk eingeleitet. Es diente der Einbindung des »Grätzels« und erregte Aufmerksamkeit von so genannten »Out-of-School«-Jugendlichen, welche über außerschulische Einrichtungen, wie Jugendzentren, erreicht wurden. Zum Zwecke einer Feststellung des Gesundheitszustandes und in weiterer Folge einer Bestimmung eines adäquaten Angebotes für die ausgrenzungsgefährdeten Jugendlichen wurde eine Ist-Analyse durchgeführt. Um die Akzeptanz des Projektes in der Zielgruppe zu erhöhen, wurde im Zuge der Interventionsphase ein Peer-Education-Programm entwickelt, das Zielgruppenangehörige zu »Peer Helfern« ausbildet. In Schulen wurden Gesundheitsaktionstage abgehalten, die dazu dienten, die Jugendlichen mit dem Thema »Gesundheit« und dem Projektangebot von health4teen vertraut zu machen. Weitere zentrale Bestandteile waren auch Gesundheitsworkshops, Gesundheitssprechstunden zur Neuorientierung sowie regelmäßige gesundheitsfördernde Aktivitäten innerhalb des Projektes c'mon14. Als wesentlicher Aspekt stellte sich dabei die Möglichkeit dar, das soziale Umfeld und möglicherweise auch das »Grätzels« kostenlos einzubeziehen. Eine kompetente und zielgruppenorientierte Beratung wurde durch Weiterbildung der ProjektmitarbeiterInnen gewährleistet. Für Jugendliche stand zusätzlich eine Website mit den wesentlichen Informationen über das Projekt, seine Ziele und Angebote sowie kostenloser Internetzugang in den Räumlichkeiten von c'mon14 zur Verfügung. Da die Anpassung der Angebote für die Zielerreichung des Projektes von wesentlicher Bedeutung war, wurde health4teen laufend durch eine Selbstevaluation überprüft und den Ergebnissen entsprechend verändert. Abschließend wurden die Erfahrungen des Projektes durch das Projektteam in einem Bericht veröffentlicht.

Quelle: ÖSB Consulting 2012b.

5.6.3 Loginclusion

Projektzeitraum: 2011–2014

Herkunft und Trägerorganisation: Österreich, login – Verein zur Integration und Gesundheitsförderung.

Fördergeber: Fonds Gesundes Österreich, Wiener Gesundheitsförderung und Fit für Österreich.

Zielgruppe: Arbeitssuchende, die sich in arbeitsmarktpolitischen Qualifizierungsmaßnahmen befinden, Arbeitssuchende, die von Armut betroffen sind, sowie Personen in prekären Arbeitsverhältnissen.

Zielsetzung: Das Projekt loginclusion ermöglicht unabhängig von Leistungs- und Kostendruck gesundheitsfördernde Aktivitäten, die sich positiv auf die Selbsteinschätzung und den beruflichen (Wieder-)Einstieg auswir-

ken. Die gemeinschaftliche und sinnstiftende Freizeitgestaltung, die die Arbeitssuchenden erleben, hilft ihnen, mit belastenden Lebenssituationen umzugehen, und erleichtert ihnen den (Wieder-)Einstieg in ein Arbeits- und Berufsleben.

Kurzbeschreibung: loginclusion schafft stabile soziale Netzwerke als eine Bedingung für den beruflichen (Wieder-)Einstieg. In Kooperation mit arbeitsmarktintegrativen Einrichtungen, wie Jobtransfair, bietet das Projekt ein umfassendes Freizeitprogramm für Sport, Bewegung und Kreativität. Um die Zielgruppe zu erreichen, werden Workshops in den Einrichtungen der Kooperationspartner abgehalten sowie Flyer, Poster und Kalender an diese verschickt. loginclusion vermittelt einen niederschweligen Zugang zu den Angeboten und integriert auch das soziale Umfeld der teilnehmenden Personen in die Projektaktivitäten.

Wesentlich für die Umsetzung dieses Projektes sind Räumlichkeiten, die sowohl Platz für Sport- und Bewegungsangebote, aber auch Möglichkeiten zur sozialen Vernetzung bieten. Die »loginBase« im 15. Wiener Gemeindebezirk entspricht diesen Anforderungen und bildet seit dem Projektstart das Zentrum der Aktivitäten. Sie bietet einen Bewegungsraum, eine Teeküche sowie einen Innenhofgarten und nahe gelegene Parkanlagen, wo Outdoor-Aktivitäten stattfinden. Das Projekt loginclusion beschränkt sich nicht nur auf ein wöchentliches Bewegungsprogramm (Yoga, Karate, Volleyball etc.), sondern organisiert auch Themenworkshops, Sport- und Freizeitevents in öffentlichen Parks und bietet ein Internetcafé. Das Projektteam umfasst zwei Projektleiterinnen und 15 ÜbungsleiterInnen, die an der Schaffung sozialer Beziehungen und körperlicher Gesundheitskompetenzen mitwirken. Sie fordern die TeilnehmerInnen zu einer aktiven Mitgestaltung auf und ermöglichen dadurch eine Umgebung, in der eigene Potenziale erkannt werden können. Schon nach einem Jahr konnten anhand einer Evaluierung durch die ÖSB Consulting GmbH Erfolge festgestellt werden. Während einige schon während des Projektes wieder in das Berufsleben eingestiegen sind, planen es andere oder helfen das Angebot von loginclusion mitzugestalten.

Quelle: www.loginsleben.at/loginclusion.html [25.7.2013].

6 Methodensammlung

6.1 Gesundheitszirkel

Gesundheitszirkel sind innerbetriebliche Arbeitskreise, in denen MitarbeiterInnen, die unterschiedlichen Hierarchieebenen entspringen können, die jeweiligen Arbeitsbedingungen diskutieren. Unterstützend können etwa auch betriebliche ExpertInnen wie BetriebsärztInnen herangezogen werden.

Die Einbeziehung verschiedener Sichtweisen soll Quantität und Qualität der produzierten Ideen fördern und unvorhergesehene negative Auswirkungen durch (autoritativ) getroffene Entscheidungen vermeiden.

Im Zuge eines längerfristigen Prozesses sollen innerhalb eines Gesundheitszirkels potenziell gesundheitsschädigende Faktoren identifiziert und analysiert werden, woraufhin verhaltens- oder verhältnisbezogene Verbesserungsvorschläge überlegt werden. EntscheidungsträgerInnen sollten sich im Vorhinein verpflichten, konstruktiv mit den Vorschlägen umzugehen und zu begründen, wenn von einer (vollständigen) Umsetzung abgesehen wurde.

Langfristig soll die Einrichtung von Gesundheitszirkeln die Gesundheit und Arbeitsqualität der MitarbeiterInnen verbessern sowie die Zahl der Krankenstände reduzieren, die Problemlösungsinitiative verbessern und die Motivation und Produktivität erhöhen.

Die Methode des Gesundheitszirkels wurde im Zuge seiner Umgestaltung in Richtung Ressourcenorientierung (zu nennen wäre das so genannte »Linzer Modell«) für die Reflexion von gesundheitsfördernden Ressourcen und Stärken der Arbeitsumgebung und deren weiteren Ausbau geöffnet. Solche Gesundheitszirkel sind nicht nur durch eine positive Atmosphäre gekennzeichnet, sie fördern auch zusätzlich »weiche« Faktoren zu Tage, die sonst leicht übersehen werden können.

Quellen: www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/channel_content/cmsWindow?p_tabid=4&p_menuid=64844&action=2&p_pubid=132504 [26.7.2013]; Wiesinger 2011.

6.2 Stresszirkel

Stresszirkel sind innerbetriebliche Arbeitskreise, die einem Gesundheitszirkel sehr ähnlich sind und der hohen Prävalenz von Stresssymptomen und dem Burnout-Syndrom Rechnung tragen. MitarbeiterInnen unterschiedlicher Hierarchieebenen diskutieren mögliche Stressoren, die kontextuell und physisch, aber auch psychisch und psychosozial sein können.

Eine strukturierte Methode, einen solchen Stresszirkel umzusetzen, ist etwa die Einführung eines »Stress.Moderators«, wie er von der AUVA vorgeschlagen wird. Dieser begleitet die einzelnen Schritte des Stresszirkels und versucht, die Zielerfüllung der Balance zwischen Beanspruchung einerseits und Ressourcen andererseits sicherzustellen.

Im Zuge eines längerfristigen Prozesses sollen innerhalb eines Stresszirkels physische, psychische und psychosoziale Stressoren identifiziert und analysiert werden, woraufhin verhaltens- oder verhältnisbezogene Verbesserungsvorschläge überlegt werden. EntscheidungsträgerInnen sollten sich im Vorhinein verpflichten, konstruktiv mit den Vorschlägen umzugehen und zu begründen, wenn von einer (vollständigen) Umsetzung abgesehen wurde.

Langfristig soll die Einrichtung von Stresszirkeln die Gesundheit und Arbeitsqualität der MitarbeiterInnen verbessern sowie die Zahl der Krankenstände reduzieren, die Problemlösungsinitiative verbessern und die Motivation und Produktivität erhöhen.

Quellen: www.auva.at/mediaDB/MMDB114145_Stressmoderator%20SA%2004%2006.pdf [26.7.2013] und www.fgoe.org/projektfoerderung/geofoerderte-projekte/FgoeProject_2617/?searchterm=stresszirkel [26.7.2013].

6.3 Arbeitsbewältigungs-Coaching® (ab-c®)

Das Arbeitsbewältigungs-Coaching ist eine Kombination des Work Ability Index (siehe Kapitel 7.3) mit dem Coaching-Ansatz und wurde im Rahmen des Forschungsprojektes »Partizipation und interaktive Interdisziplinarität für eine zukunftsfähige Arbeitsforschung – PIZA« entwickelt. Konkret definiert wurde das ab-c als Prozessberatung im Betrieb durch das Projekt »SAFE – Salzkammergut«, das zum Ziel hatte, die Arbeitsbewältigungsfähigkeit zu fördern.

Verfahrensart/Analysetiefe: Das Arbeitsbewältigungs-Coaching verwendet den finnischen Beratungsansatz (»Gemeinsam am Haus der Arbeitsbewältigungsfähigkeit bauen«) und dient als qualitätsgesicherter Prozess der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Arbeitsbewältigungsfähigkeit umfasst dabei die persönlichen Kapazitäten (Gesundheit, Kompetenz, Werte und Einstellung) sowie Anforderungen im Arbeits- und Organisationsbereich. Um eine Erhaltung oder Förderung der Arbeitsfähigkeit durch die betriebliche Vorsorgeberatung Arbeitsbewältigungs-Coaching zu erzielen, müssen sowohl die Beschäftigten als auch die wichtigsten EntscheidungsträgerInnen des Betriebes eingebunden sein. Bei der persönlichen Beratung der Beschäftigten wird die aktuelle Situation mit dem Arbeitsbewältigungsindex erhoben und Maßnahmen zur Sicherung und Verbesserung von Arbeitsbewältigung ermittelt. Bei der Beratung der betrieblichen EntscheidungsträgerInnen ist die anonyme Zusammenfassung des Arbeitsbewältigungsstatus wesentlich. Dadurch ist es möglich, gezielte Steuerungsmaßnahmen zur Förderung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit im Sinne der Beschäftigten zu tätigen.

Es müssen folgende individuelle und betriebliche Gestaltungsbereiche betrachtet werden:

- Gesundheit (Person) + Gesundheitsförderung (Betrieb),
- Betriebsklima und Arbeitsorganisation (Person) + Führungskultur (Betrieb),
- Kompetenz (Person) + Personalentwicklung (Betrieb),
- Anforderungen an Arbeit (Person) + Arbeitsgestaltung (Betrieb).

Durchführungsdauer: ca. 60 Minuten pro Person.

Die Evaluierung der Vorsorgeberatung mittels Arbeitsbewältigungs-Coaching zeigt einerseits eine hohe Umsetzungsquote der erarbeiteten Fördermaßnahmen und andererseits eine erhöhte Arbeitsbewältigungsfähigkeit.

Quellen: www.abiplus.net/?page_id=39 [23.7.2013]; INQA-Demographie 2009.

6.4 Gesundheitsstraße

Die Gesundheitsstraße ist ein in Kooperation von AMS und PVA initiiertes Begutachtungsverfahren der Arbeitsfähigkeit (im sozialversicherungsrechtlichen Sinn; siehe Kapitel 2.2). Zielgruppe sind Personen, die einen Antrag auf Invaliditäts-, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit stellen, und als arbeitssuchend vorgemerkte Personen, bei denen das AMS die Arbeitsfähigkeit anzweifelt. 2009 wurde die Gesundheitsstraße in Pilotprojekten eingeführt und ist seit 2010 fest in der Vorgehensweise der PVA verankert. Ziel ist es dabei, die medizinische Entscheidung über die Arbeitsfähigkeit in einer Hand zu vereinen und Mehrfachbegutachtungen zu vermeiden.

Die ausführliche prozessbegleitende Evaluation, in der AMS-Daten ausgewertet und telefonische Befragungen der AbsolventInnen der Gesundheitsstraße durchgeführt wurden, empfiehlt zum einen eine frühere Zuweisung zum Begutachtungsverfahren, damit die betroffenen Personen nicht dieser Dauer der Arbeitslosigkeit bei schlechtem bzw. sich weiter verschlechterndem Gesundheitszustand ausgesetzt sind, und zum anderen ein elaboriertes Unterstützungssystem in Folge der Gesundheitsstraße. Es zeigt sich nämlich, dass ein sehr großer Teil jener Personen, denen Arbeitsfähigkeit bestätigt wurde, im beobachteten Zeitraum von einem Jahr nach der Absolvierung weiterhin arbeitslos ist oder in erwerbsfernen Statuspositionen (geringfügige Beschäftigung, Zivildienst, nicht sozialversichert, karenziert u. Ä.) verbleibt. Die Befragung hat ergeben, dass dies oft auf das völlige Fehlen einer Berufsperspektive zurückzuführen ist. Deshalb wird empfohlen, schon in die Begutachtung selbst eine Erfassung der beruflichen Ressourcen einzubeziehen. Die Erstellung eines Ressourcenprofils würde eine Basis für die anschließende Entwicklung beruflicher Perspektiven und entsprechender Unterstützungsmaßnahmen ermöglichen, bei denen die berufliche Rehabilitation (siehe Kapitel 4.1.9) eine prominente Rolle einnehmen sollte.

Dieses Ansinnen wurde inzwischen durch ein an die Gesundheitsstraße anschließendes Verfahren (Check4Chances) des BBRZ und ein im Bedarfsfall ergänzendes Case Management (siehe Kapitel 5.4.3) verwirklicht.

Quelle: Hausegger/Reidl 2012.

6.5 Gesundheitscoaching für Arbeitssuchende (GeCo)

Diese Methode, die im Zuge des Gesundheitsförderungsprojektes im Bereich »2. Arbeitsmarkt in Wien« von der ÖSB Consulting angewandt wurde, basiert auf dem in Deutschland entwickelten »motivierenden Gesundheitsgespräch für Arbeitslose«. Basis für das in Form eines Gesprächs stattfindende Coaching sind die Ergebnisse eines im Vorfeld ausgefüllten Fragebogens zum persönlichen Gesundheitsverhalten. Dieses zu verbessern, also gesundheitsfördernder zu gestalten, ist das Ziel der Methode. Bereits im Fragebogen werden auch Veränderungswünsche abgefragt. Im Gespräch erfolgt dann ein Feedback zum Gesundheitsverhalten in Form eines Gesundheitsprofils. In wertschätzender Haltung und Gesprächsführung sollen dann die Verbesserungsmöglichkeiten besprochen werden und im Bedarfsfall Zielvereinbarungen getroffen und weitere Sitzungen vereinbart werden.

Quelle: ÖSB Consulting 2012, Seite 37.

6.6 Entwicklung psychischer Gesundheit in Stabilisierenden Gruppen (SG)

Im Zuge der zweiten EQUAL-Förderrunde wurde an der Technischen Universität Dortmund ein großangelegtes Projekt durchgeführt, in dessen Rahmen auch eine Weiterentwicklung der JobFit-Ansätze im Lichte der Evaluationsergebnisse (siehe Kapitel 5.3.1) vorangetrieben wurde. Stabilisierende Gruppen verstehen sich als Kombination von Kompetenztraining und Selbsthilfegruppe. Viele Aspekte kommen dabei aus der psychologischen Beratungs- und Therapieforschung. Das Ziel ist die schrittweise Überwindung von Missachtungs- und Abwertungsprozessen. Die Zielgruppe sind als inaktiv bezeichnete Langzeitarbeitslose. Die Gruppengröße kann zwischen 8 und 12 Personen variieren. Es geht vor allem darum, wieder Spielräume für das eigene Handeln zu erkennen sowie Problemlösungsfähigkeit und Stressbewältigungsstrategien zu entwickeln. Wichtig ist dabei jedoch der Empowerment-Ansatz, der die TeilnehmerInnen ins Zentrum rückt.

Zum Kompetenztraining gehören drei Schritte:

- Emotionsregulation (Angst- und Ärgerbewältigung, Stärkung der Genussfähigkeit, Sinnfindung und Biographiearbeit)
- Verankerung der Beratungsziele im Alltag (Zeitmanagement, Bewegungs- und Freizeitprogramm)
- Soziale Kompetenz (Hilfeleistung geben und annehmen können)

Die Gruppenleitung erfordert eine wertschätzende Haltung sowie Empathie, die Vertrauen erst möglich machen. Widerstand sollte als Schutzfunktion verstanden werden und behutsam aufgelöst werden. Es gilt, Hoffnung zu wecken und Schwächen zu normalisieren, sie als Teil eines Prozesses zu erklären, der auf die spezielle Situation zurückzuführen ist. Dies verhindert oder entschärft die Selbstabwertung.

Im Handbuch Stabilisierende Gruppen von Kuhnert et al. wird die Umsetzung von Stabilisierenden Gruppen detailliert beschrieben und reflektiert.

Quellen: Kuhnert et al. 2008; Kuhnert 2010a; Kuhnert 2010b; Kuhnert/Kastner 2009.²²⁵

225 Für eine ausführliche Beschreibung der Methode inklusive Praxisbeispiele und Anwendungsvorschläge siehe Kuhnert et al. 2008.

7 Analyseinstrumente

Wieder ist die vorliegende Auswahl an Instrumenten im folgenden Kapitel notwendigerweise begrenzt. Eine sehr große Auswahl an Analyseinstrumenten zu Arbeit und Gesundheit bietet die im Internet verfügbare Toolbox der deutschen Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.²²⁶

7.1 Index »Gute Arbeit« des Deutschen Gewerkschaftsbundes

Dieser Index wurde vom Deutschen Gewerkschaftsbund (DGB) als zentrales Instrument der Initiative »Gute Arbeit« entwickelt. Zu lange sei das Kernthema »menschengerechte Arbeit« von den Gewerkschaften in den letzten Jahrzehnten vernachlässigt worden. Der Leitsatz lautet: »Gut ist eine Arbeit, die den Ansprüchen der Beschäftigten gerecht wird.« Einmal jährlich werden die Indexwerte mithilfe eines umfassenden Fragebogens erhoben. Die Indexwerte können zwischen 0 und 100 variieren, wobei drei Kategorien unterschieden werden. Unter 50 Punkten wird von schlechter Arbeit gesprochen, mittelmäßige Arbeit liegt zwischen 50 und 80 und mit über 80 Punkten wird die Kategorie »Gute Arbeit« erreicht. 2009 traf das nur auf 12 Prozent zu, in 33 Prozent der Fälle lag schlechte Arbeit vor. Die Daten erlauben die Analyse der Arbeitsbedingungen in spezifischen Berufen und Branchen sowie Regionen. Im Jahrbuch »Gute Arbeit« werden zudem themenbezogene Auswertungen behandelt. Der Index »Gute Arbeit« dient vor allem als Instrument für Öffentlichkeitsarbeit und politische Bemühungen um die Verbesserung der Arbeitsbedingungen.

7.2 IMPULS-Test zur Messung von Ressourcen und Stressoren der Arbeitsbedingungen

Mithilfe des IMPULS-Tests sollen psychische Belastungen und potenzielle Stressoren (siehe Kapitel 2.6.2) und Ressourcen erhoben werden. Der IMPULS-Test erfragt innerhalb von elf Skalen, inwiefern verschiedene Arbeitsbedingungen den individuellen Bedürfnissen entsprechen. Erfasst werden etwa mit dem wahrgenommenen Handlungsspielraum und der jeweiligen Arbeitsmenge Faktoren, deren Einfluss auf Gesundheit und Arbeitszufriedenheit empirisch nachgewiesen wurde (siehe Kapitel 2.6.2). Dabei werden Soll- und Ist-Werte gleichzeitig erhoben. Das Ergebnis wird in einer anschaulichen Stern-Grafik dargestellt, die für die einzelnen Dimensionen die Größe der Abweichung zwischen Anspruch und Wirklichkeit erkennen lässt.

Durchgeführt kann der IMPULS-Test nicht nur von Einzelpersonen werden, sondern auch von ganzen Gruppen, etwa Betrieben oder Betriebsabteilungen. Hierdurch können Anhaltspunkte für Verbesserungs- und Optimierungsmöglichkeiten erhalten werden. Das Instrument wurde im Auftrag der Kooperation AUVA, WKO, AK, IV und ÖGB entwickelt und steht kostenlos inklusive Infomaterial und Handbuch im Internet zur Verfügung.

Durchführungsdauer: ca. 15 Minuten

Quelle: www.impulstest.at [2.8.2013].

226 www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Handlungshilfen-und-Praxisbeispiele/Toolbox/Alle%20Verfahren.html [2.8.2013].

7.3 Work Ability Index (WAI) – Arbeitsbewältigungsindex (ABI)

Der Work Ability Index (deutsch: Arbeitsbewältigungsindex) zur Messung der Arbeitsfähigkeit von Personen (siehe Kapitel 2.2) wurde von Ilmarinen et al. entwickelt und hat sich bereits über Jahrzehnte in Finnland bewährt. Im Zuge der Verbreitung der Theorie des »Hauses der Arbeitsfähigkeit« wurde auch das dazugehörige Analyseinstrument in Form eines Fragebogens, der entweder in Eigenregie oder im Zuge eines Gesprächs, etwa mit BetriebsärztInnen, ausgefüllt wird, im deutschsprachigen Raum eingesetzt.

Dieser enthält sieben Fragekategorien, in denen sieben Dimensionen der Arbeitsfähigkeit operationalisiert sind:²²⁷

- WAI 1: Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten je erreichten Arbeitsfähigkeit
- WAI 2: Derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die körperlichen und psychischen Arbeitsanforderungen
- WAI 3: Anzahl der aktuellen, vom Arzt diagnostizierten Krankheiten
- WAI 4: Ausmaß von Arbeitseinschränkungen aufgrund von Erkrankungen oder Verletzungen
- WAI 5: Krankenstand in den letzten 12 Monaten
- WAI 6: Eigene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in den nächsten 2 Jahren
- WAI 7: Mentale Leistungsressourcen

Es existieren eine Langversion²²⁸ und eine Kurzversion²²⁹ des Index, wobei letztere weniger Unterfragen enthält. Die Langversion steht zum Online-Selbsttest auf der Website von fit2work zur Verfügung.²³⁰

Die Auswertung ergibt einen Indexwert zwischen 7 und 49, der den Kategorien »kritisch« (7–27), »mäßig« (28–36), »gut« (37–43) und »sehr gut« (44–49) zugeordnet werden kann. Die den Kategorien entsprechenden Handlungsanweisungen lauten daraufhin »Arbeitsfähigkeit wiederherstellen, verbessern, unterstützen oder erhalten« und orientieren sich an den Handlungsfeldern in Ilmarinens Theorie der Arbeitsfähigkeit.²³¹

Kostenlos nutzbar ist das Instrument nur für private Zwecke. Betriebliche oder gewerbliche Nutzung erfordert eine Rücksprache mit dem WAI-Netzwerk bzw. dem Finnish Institute of Occupational Health (FIOH).

Der WAI bezieht sich auf die Verknüpfung zwischen dem Gesundheitszustand einer Person und ihrer jeweiligen beruflichen Tätigkeitsanforderungen. Er kann also streng genommen nur von erwerbstätigen Personen angewandt oder retrospektiv auf eine kurz zuvor ausgeübte Tätigkeit bezogen werden. Aus diesem Grund fordert etwa Hollederer eine Anpassung des Analyseinstruments für Arbeitslose.²³² Der Autor macht auch auf die eingeschränkte Einsatzfähigkeit des Instruments im Zuge betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen aufmerksam, die mit der stark ausgeprägten Verhaltensorientierung begründet wird.²³³

7.4 Arbeitsbewältigungsindex Plus (ABI Plus™)

Im Zuge des Projektes »Fit in die Zukunft – Arbeitsfähigkeit erhalten« (siehe Kapitel 5.1.3) der AUVA und PVA wurde der WAI/ABI weiterentwickelt und um die Teilkategorien Werte, Kompetenz und Arbeitsbedingungen

227 Vgl. WAI-Netzwerk Austria, www.wai-netzwerk.at/was-ist-der-wai/der-work-ability-index.html [20.7.2013].

228 Verfügbar unter: www.mentalhealthpromotion.net/resources/wai-fragebogen_langversion_x0511.pdf [20.7.2013].

229 Verfügbar unter: www.wai-netzwerk.at/fileadmin/user_upload/pdf/Fragebogen.pdf [20.7.2013].

230 Website fit2work, www.fit2work.at/home/WAI_Index [20.7.2013].

231 Universität Wuppertal, www.arbeitsfaehigkeit.uni-wuppertal.de/picture/upload/file/WAI-Auswertungsbogen_Langversion.pdf [20.7.2013].

232 Vgl. Hollederer 2009, Seite 75 f.

233 Vgl. ebenda, Seite 76.

erweitert. Das neue Analyseinstrument ermöglicht nun auch eine separate Auswertung für die unterschiedlichen Bereiche »Gesundheit«, »Kompetenz«, »Werte«, »Führung«, »Zusammenarbeit«, »Gestaltungsraum« und »Arbeitsbedingungen«.²³⁴

Der ABI Plus befindet sich im Eigentum von AUVA und PVA.

7.5 Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS)

Der FERUS basiert auf verschiedenen (sozial-)psychologischen und sozialwissenschaftlichen Theorien. Durch die explizite Erfassung von personalen Ressourcen, Fähigkeiten und Copingstrategien wird dem salutogenetischen Ansatz nach Antonovsky (siehe Kapitel 1) entsprochen.

Mithilfe des FERUS können Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten erhoben werden, welche Einfluss auf Gesundheit und Arbeitszufriedenheit haben. Diese sind in sieben Skalen – Veränderungsmotivation, Coping, Selbstbeobachtung, Selbstwirksamkeit, Selbstverbalisation, Hoffnung und Soziale Unterstützung – zusammengefasst. Hierdurch kann differenziert festgestellt werden, wo Defizite liegen und Entwicklungsarbeit nötig ist, aber auch wo Stärken liegen, die gezielt gesundheitsförderlich eingesetzt werden können. Ebenso ist eine Verlaufsdagnostik zur Erhebung der Wirkung bestimmter Interventionen denkbar, indem etwa die Angaben vor und nach jener Intervention verglichen werden. Das Instrument ist käuflich zu erwerben.

Durchführungsdauer: ca. 25 Minuten

Quelle: www.unifr.ch/ztd/HTS/inftest/WEB-Informationssystem/de/4de001/9139a071b5634004806a3d6e3d9e751d/hb.htm [2.8.2013].

7.6 Testbatterie »Beschäftigungspotenzial«

Nur durch eine ganzheitliche Abklärung ist es möglich, zielgerichtete Maßnahmen für die Integration in den Arbeitsmarkt auszuwählen und Nachhaltigkeit zu gewährleisten. Das Erhebungsinstrument »Beschäftigungspotenzial« wurde im Rahmen einer internationalen Projektgruppe basierend auf dem Haus der Arbeitsfähigkeit nach J. Ilmarinen entwickelt und seit 2008 bei rund 3.500 Personen aller Altersgruppen eingesetzt, um deren Beschäftigungsfähigkeit zu erheben.

Das Erhebungsinstrument »Beschäftigungspotenzial« basiert auf validierten psychologischen Testungen sowie von move-ment entwickelten Skalen, die Folgendes erheben:

- Arbeitsbewältigungsfähigkeit,
- physische und psychische Gesundheit und Gesundheitsverhalten,
- Auswirkungen aus der Arbeitslosigkeit,
- Bedeutung von Arbeit,
- Arbeitsmarktchancen,
- Persönlichkeitseigenschaften wie Selbstwirksamkeit und Lebensorientierung,

²³⁴ Vgl. www.wai-netzwerk.at/arbeitsfaehigkeit-erhalten/der-arbeitsbewaeltigungsindex-plus-als-messinstrument-fuer-arbeitsbewaeltigung.html [20.7.2013].

- Werte und Einstellungen,
- Leistungsmotivation und Weiterbildungsbereitschaft,
- Qualifizierungsbedarf.

Hierbei nehmen die psychische und physische Gesundheit einen hohen Stellenwert ein, da der Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt erfahrungsgemäß durch schlechtes körperliches und psychisches Allgemeinbefinden negativ beeinflusst wird.

Ziel: Die Erhebung des »Beschäftigungspotenzials« ermöglicht für jede getestete Person ein wertschätzendes, umfangreiches Gutachten über die Ressourcen, Unterstützungsbedarfe bzw. Integrationshemmnisse und Veränderungspotenziale in Bezug auf die Beschäftigungsfähigkeit. Anhand des Gutachtens ist es möglich, berufliche Perspektiven zu erarbeiten und entsprechende notwendige Maßnahmen zur Integration in den Arbeitsmarkt festzulegen.

Weitere Einsatzmöglichkeiten bestehen:

- in der Beschreibung von Gruppen,
- im Vergleich von Gruppen,
- in Messungen von Veränderungen (individuell oder Gruppen).

Der Einsatz der Testbatterie »Beschäftigungspotenzial« ist in Abklärungsprozessen und innerhalb von Beratungsverläufen von Nutzen:

Die auf der Testbatterie basierenden Gutachten stellen umfassende Information mit beträchtlichem Beratungspotenzial in kurzer Zeit zur Verfügung, worauf TeilnehmerInnen und BeraterInnen zurückgreifen können. Sie bieten eine Grundlage für die folgende Unterstützung/Beratung bzw. Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt, Fehleinschätzungen und damit verbundene falsche Weiterbetreuung können vermieden werden. Die Ressourcen und Potenziale der getesteten Personen werden genauso sichtbar wie die individuellen Unterstützungsbedürfnisse. Mit dem Gutachten verbunden sind ein wertschätzendes Feedback und eine umfassende Reflexion, wodurch es zu einer hohen Zustimmung seitens der TeilnehmerInnen kommt.

Quelle: move-ment Personal- und Unternehmensberatung GmbH, mit freundlicher Genehmigung.

7.7 Fragebogen zur Arbeitslosigkeit und Beschäftigungsunsicherheit (FABU)

Der FABU dient dazu, den Gesundheitszustand von erwerbsarbeitslosen Personen zu erfassen und mit jenem einer Normstichprobe (deutscher) erwerbstätiger Personen zu vergleichen.

Ein ganzheitliches Gesundheitsbild wird im FABU insofern berücksichtigt, als unterschiedliche physische, psychische, verhaltensbezogene und psychosoziale Faktoren der Körper-, der Geistes- und der Lebenswelt erfragt werden.

Die Erfassung des Gesundheitszustandes durch den FABU dient zum einen der Feststellung des Ist-Zustandes. In etwa vergleichbar mit einer Bedarfsanalyse wird erhoben, ob und wo Entwicklungsarbeit und Verbesserungen notwendig sind. Zum anderen kann der FABU auch nach der Durchführung einer Maßnahme vorgegeben werden, um deren Effektivität in Bezug auf gesundheitsbezogene Indikatoren objektiv zu evaluieren.

Durchführungsdauer: ca. 15 Minuten

Quelle: Christine Reick 2005; www.nga.or.at/uploads/media/fitworks_GesBericht_kurz_final.pdf [26.7.2013].

8 Wichtige Internetseiten

Alternsgerechte Arbeitsorganisation	www.arbeitundalter.at
AMS-Forschungsnetzwerk	www.ams-forschungsnetzwerk.at
Arbeitsinspektion	www.arbeitsinspektion.gv.at
Arbeitsleben Österreich	www.arbeitsleben.at
Arbeitsmarktservice Österreich (AMS)	www.ams.at
Balance Projekthomepage	www.balance.asinoe.at
Betriebservice für Arbeit & Behinderung	www.betriebservice.info
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (DE)	www.baua.de
Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (AT)	www.bmask.gv.at
Bundesministerium für Gesundheit (AT)	www.bmg.gv.at
Bundessozialamt Österreich	www.bundessozialamt.gv.at
Bundesverband Betriebliches Gesundheitsmanagement (DE)	www.bgm-bv.de
Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) (DE)	www.bkk.de
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (DE)	www.bzga.de
Dachverband berufliche integration austria	www.dabei-austria.at
Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung	www.dnbgf.de
Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (Eurofound)	www.eurofound.europa.eu
Europäischer Sozialfonds in Österreich	www.esf.at
Europäisches Büro der WHO	www.euro.who.int
Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung	www.enwhp.org
European Network for Mental Health Promotion (ENMHP)	www.mentalhealthpromotion.net
Finnish Institute of Occupational Health (FIOH)	www.ttl.fi/en
fit2work	www.fit2work.at
Fonds Gesundes Österreich	www.fgoe.org
GAVA Projektwebsite	www.gesundundarbeitsfaehig.at
Gemeinsam Gesundheit Gestalten Projekthomepage	www.ggg.or.at
Gesellschaft Arbeit und Ergonomie – online e.V. (DE)	www.ergo-online.de
Gesundheit fördert Beschäftigung	www.gfb.or.at
Gewerkschaft der Privatangestellten	www.gpa-djp.at
Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger	www.hauptverband.at
IMPULS-Test	www.impuls-test.at
Initiative neue Qualität der Arbeit	www.inqua.de
Institut für Arbeitsfähigkeit	www.abiplus.net

Institut für Gesundheitsförderung und Prävention	www.ifgp.at
Kampagne »Gute Arbeit« ver.di (DE)	www.verdi-gute-arbeit.de
Katholische ArbeitnehmerInnenbewegung	www.gutearbeit.at
Kommunikationsplattform Gesundheit fördert Beschäftigung	www.gfb.or.at
Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit	www.gesundheitliche-chancengleichheit.de
Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research	www.lbihpr.lbg.ac.at
move-ment Personal- und Unternehmensberatung GmbH	www.move-ment.at
Netzwerk Gesunde Wirtschaft aktiv	www.gesundewirtschaft.at
Netzwerk Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration	www.nga.or.at
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	www.ooegkk.at
Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs	www.gesundheit.gv.at
Österreichische Gesellschaft für Arbeitsmedizin	www.gamed.at
Österreichische Sozialversicherung	www.sozialversicherung.at
Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung	www.wifo.ac.at
Österreichisches Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung	www.netzwerk-bgf.at
Pensionsversicherungsanstalt Österreich	www.pensionsversicherung.at
ppm forschung und beratung	www.ppm.at
Rahmengesundheitsziele für Österreich	www.gesundheitsziele-oesterreich.at
Schweizer Bundesamt für Gesundheit	www.bag.admin.ch
Soziale Unfallversicherung	www.auva.at
Sozialplattform Oberösterreich	www.sozialplattform.at
Sozialversicherungsanstalt der Gewerblichen Wirtschaft	esv-sva.sozvers.at
Statistik Austria	www.statistik.at
Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit Linz	www.pga.at
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter	www.bva.at
WAI Netzwerk Österreich	www.wai-netzwerk.at
WAI-Netzwerk Deutschland	www.arbeitsfaehigkeit.uni-wuppertal.de
Weltgesundheitsorganisation (WHO)	www.who.int
Wert:Arbeit	www.wertarbeit.at
Wiener Gesundheitsförderung	www.wig.or.at
Wirtschaftskammer Österreich	www.wko.at
Zentrum für Arbeitsmedizin, Gesundheit & Sicherheitsmanagement (AT)	www.asz.at

9 Literatur

- Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Übersetzung von Alexa Franke. Dgvt-Verlag, Tübingen.
- Arbeitsinspektion (2009): Arbeitsschutz. Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz. Das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz. Verfügbar unter: www.arbeitsinspektion.gv.at/NR/rdonlyres/1FCFDE41-E9CA-45C9-867D-68EB2142EBBD/0/aschg_2009_neues_layout_Brosch%C3%BCre.pdf [29.7.2013].
- AUVA (2013): Auszug aus der Statistik 2012. Verfügbar unter: www.auva.at/mediaDB/981608_Auszug_aus_Statistik_2012.pdf [29.7.2013].
- Bamberg, Eva/Ducki, Antje/Metz, Anna-Marie (Hg.) (1998): Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen.
- Behle, Heike (2006): Veränderungen der seelischen Gesundheit durch Teilnahme an arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen. Evaluationsergebnisse zum Sofortprogramm zum Abbau der Jugendarbeitslosigkeit (JUMP). In: Holleder, Alfons/Brand, Helmut (Hg.): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Verlag Hans Huber, Bern, Seite 113–122.
- Biff, Gudrun/Faustmann, Anna/Gabriel, Doris/Leoni, Thomas/Mayrhuber, Christine/Rückert, Eva (2011): Psychische Belastungen der Arbeit und ihre Folgen. Verfügbar unter: www.wifo.ac.at/jart/prj3/wifo/resources/person_dokument/person_dokument.jart?publikationsid=44034&mime_type=application/pdf [29.7.2013].
- BMASK (2011): Sozialbericht 2011–2012. Ressortaktivitäten und sozialpolitische Analysen. Ueberreuter, Wien.
- BMASK (2012a): »IP neu«. Die Reform der Invaliditätspension. Verfügbar unter: www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/1/4/3/CH2311/CMS1353309942605/ip_neu1.pdf [29.7.2013].
- BMASK (2012b): Die Tätigkeit der Arbeitsinspektion im Jahr 2011. BMASK, Wien.
- BMASK (2013): Berufskrankheiten. Eine Information für Beschäftigte. Verfügbar unter: www.arbeitsinspektion.gv.at/NR/rdonlyres/0D27F448-3C28-4B71-8322-4BD5004B732B/0/Berufskrankheiten_Gesundheit_Betrieb_2013_Folder.pdf [29.7.2013].
- DGB (2010): Gesundheitsrisiko Arbeitslosigkeit – Wissensstand, Praxis und Anforderungen an eine arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung. In: Arbeitsmarkt aktuell Nr. 9. Verfügbar unter: www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Arbeitsbedingungen/Dokumente/arbeitsmarkt-aktuell-Gesundheitsrisiko-Arbeitslosigkeit-1.pdf [29.7.2013].
- DGB-Index Gute Arbeit GmbH (2010): DGB-Index Gute Arbeit – Handlungsfelder, Einsatzorte: Arbeitsqualität Messen, Kommunizieren, Verbessern – Wie durch den DGB-Index Gute Arbeit gefördert wird. Berlin.
- DiePartner.at (2002): well@work. Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen. Verfügbar unter: www.diepartner.at/downloads/pdf/endbericht_wellatwork.pdf [29.7.2013].
- Egger-Subotitsch, Andrea/Poschalko, Andrea/Kerschbaumer, Sandra (In Publikation): Die Relevanz von Einstellungsveränderungen im Zuge von Arbeitslosigkeit und Rehabilitation vor dem Hintergrund der Reintegration in den Arbeitsmarkt. Forschungsbericht im Auftrag des AMS Österreich.
- Ekeles, Thomas/Kirschner, Wolf (2004): Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Interventionen durch Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement, Befunde, Strategien. Gutachten für den BKK-Bundesverband – Ergebnisbericht, Berlin.
- ENWHP (1998): Cardiff Memorandum on Workplace Health Promotion in Small and Medium Sized Enterprises. Verfügbar unter: www.netzwerk-bgf.at/mediaDB/MMDB123863_cardiff-memorandum.pdf [29.7.2013].
- ENWHP (2007): The Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union, in der Fassung vom Jänner 2007. Verfügbar unter: www.enwhp.org/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Luxembourg_Declaration.pdf [29.7.2013].
- Eurofound (2012): Fifth European Working Conditions Survey. Publications Office of the European Union, Luxemburg.

- European Expert Group on Health in Restructuring (2007): Health in Restructuring. Innovative Approaches and Policy Recommendations. Verfügbar unter: www.fact.aract.fr/download/site-principal/document/pdf/rapport-hires.pdf [29.7.2013].
- Fonds Gesundes Österreich (2011): Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Verfügbar unter: www.fgoe.org/projektfoerderung/gefoerderte-projekte/FgoeProject_3135/50659.pdf [29.7.2013].
- Fonds Gesundes Österreich (2012): Gemeinsam Gesundheitliche Chancengerechtigkeit fördern – Strategien und Modelle zur intersektoralen Zusammenarbeit. Tagungsband der 14. Österreichischen Gesundheitsförderungskonferenz. Verfügbar unter: www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/tagungsbande/gesundheitsliche-chancengerechtigkeit-fordern/2013-06-06.6158192209 [29.7.2013].
- Goffman, Erving (2010): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Gold, Carola/Bräunling, Stefan/Köster, Monika (2009): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen und sozial Benachteiligten. In: Holleder, Alfons (Hg.): Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main, Seite 112–123.
- Graf, Helmut/Grote, Vincent (2003): Betriebliche Gesundheitsförderung als Personal- und Organisationsentwicklung in Klein- und Mittelunternehmen aus Sicht von Führungspersonen. Verfügbar unter: www.top-inform.at/media/Vpc_Basic_DownloadTag_Component/9-228-370-downloadTag/default/ad789cc371a0b46a-04525baa587e2af5/1291249500/Studie_BGF.pdf [29.7.2013].
- Harlaß, Simone (2011): Leitfaden für Betriebliches Gesundheitsmanagement. Hinweise und Arbeitsvorlagen für eine erfolgreiche Umsetzung. Diplomarbeiten-Agentur, Hamburg.
- Hauptverband der Sozialversicherungsträger (2013): Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2013. Verfügbar unter: www.sozialversicherung.at/mediaDB/788530_Handbuch_der_oesterreichischen_Sozialversicherung.pdf [18.7.2013].
- Hausegger, Trude/Reidl, Christine (2012): Begleitende Evaluierung der Gesundheitsstraße. Endbericht. Verfügbar unter www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/2/7/9/CH2124/CMS1249975678352/endbericht_gesundheitsstrasse_september2012_final.pdf [2.8.2013].
- Holleder, Alfons (2006): Fallmanagement für Arbeitslose mit vermittlungsrelevanten gesundheitlichen Einschränkungen: Ein Fall für den Öffentlichen Gesundheitsdienst und Ärztlichen Dienst der BA?! In: Holleder, Alfons/Brand, Helmut (Hg.): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Verlag Hans Huber, Bern, Seite 181–198.
- Holleder, Alfons (Hg.) (2009): Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main.
- Holleder, Alfons (2011): Erwerbslosigkeit, Gesundheit und Präventionspotenziale. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Holleder, Alfons/Brand, Helmut (Hg.) (2006): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Verlag Hans Huber, Bern.
- Ilmarinen, Juhani/Tempel, Jürgen (2002): Arbeitsfähigkeit 2010. Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben? Herausgegeben von Marianne Giesert im Auftrag des DGB-Bildungswerk e.V.
- Ilmarinen, Juhani/Tempel, Jürgen (2003): Erhaltung, Förderung und Entwicklung der Arbeitsfähigkeit – Konzepte und Forschungsergebnisse aus Finnland. In: Badura, Bernhard/Schnellschmidt, Henner/Vetter, Christian (Hg.): Fehlzeiten-Report 2002. Demographischer Wandel – Herausforderung für die betriebliche Personal- und Gesundheitspolitik. Springer Verlag, Berlin.
- Ilmarinen, Juhani (2011): Das Haus der Arbeitsfähigkeit – der finnische Blick auf den demografischen Wandel. PowerPoint-Präsentation zum Vortrag beim Bildungswerk Hessen. Verfügbar unter: www.dgb-bildungswerk-hessen-demographie.de/upload/dokumente/Vortrag_Juhani_Ilmarinen.pdf [29.7.2013].
- Ilmarinen, Juhani/Tempel, Jürgen (2013): Arbeitsleben 2025. Das Haus der Arbeitsfähigkeit im Unternehmen bauen. Herausgegeben von Marianne Giesert. VSA: Verlag Hamburg.

- INQA-Demographie (2009): Das Individuum stärken, die betriebliche Zukunft sichern! Arbeitsbewältigungscoaching als Antwort auf neue Herausforderungen. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hg.). Verfügbar unter: www.arbeitsleben.at/cms/images/stories/individuum_strken_betrieb_sichern.pdf [29.7.2013].
- Jahoda, Marie/Lazarsfeld, Paul F./Zeisel, Hans (1980): Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch. 3. Auflage. Suhrkamp, Frankfurt am Main. Ersterscheinung 1933, Leipzig.
- Jahoda, Marie (1983): Wieviel Arbeit braucht der Mensch? Arbeit und Arbeitslosigkeit im 20. Jahrhundert. Beltz, Weinheim und Basel.
- Jancik, Jürgen M. (Hg.) (2002): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Produktivität fördern, Mitarbeiter binden, Kosten senken. Gabler Verlag, Wiesbaden.
- Janes, Alfred/Prammer, Karl/Schulte-Derne, Michael (2001): Transformations-Management. Organisationen von Innen verändern. Springer Verlag, Wien.
- Jungreuthmayer, Eva-Maria/Zalokar, Boris (2012): Die Folgen des Präsentismus. Verfügbar unter: <http://derstandard.at/1334797056436/Arbeitspsychologie-Die-Folgen-des-Praesentismus> [29.7.2013].
- Kastner, Michael/Hagemann, Tim/Kliesch, Gesa (2005): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung. Pabst Science Publ., Lengerich.
- Kieselbach, Thomas (2009): Unternehmensumstrukturierung, Transitionsberatung und Gesundheitsförderung. In: Holleder, Alfons (Hg.): Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main.
- Kirschner, Wolf/Elkeles, Thomas (2006): Eine aktuelle Bestandsaufnahme von deutschen Projekten zur Gesundheitsförderung von Arbeitslosen – Probleme, Forschungs- und Entwicklungsbedarfe. In: Holleder, Alfons/Brand, Helmut (Hg.): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Verlag Hans Huber, Bern, Seite 97–112.
- Klien, Christine (2011): Ganzheitliche Prävention. In: Österreichische Gesellschaft für Arbeitsmedizin: Österreichisches Forum Arbeitsmedizin. Arbeitsmedizin und Arbeitspsychologie. Verfügbar unter: www.gamed.at/fileadmin/gamed_magazin/1102.pdf [29.7.2013].
- Kloimüller, Irene (2010): Das Haus der Arbeitsfähigkeit bauen. »Fit für die Zukunft – Arbeitsfähigkeit erhalten« – ein Programm von AUVA und PVA. Verfügbar unter: www.wertarbeit.at/download-dateien/fit_fuer_die_zukunft.pdf [2.8.2013].
- Kloimüller, Irene/Klausz, Gabriele/Czeskleba, Renate (2013): Das Haus der Arbeitsfähigkeit bauen. Eine Bauanleitung um Arbeitsfähigkeit zu erhalten und zu fördern. Verfügbar unter www.wertarbeit.at/download-dateien/HdA_Bauanleitung_A4_end3.pdf [29.7.2013].
- Kreisky, Eva/Löffler, Marion/Spitaler, Georg (2012): Theoriearbeit in der Politikwissenschaft. Facultas, Wien.
- Kritzinger, Sylvia et al. (2009): Pilotprojekt Effekte der Arbeitslosigkeit. Endbericht. Fakultätszentrum für Methoden der Sozialwissenschaften, Universität Wien. Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Verfügbar unter: www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/0/0/9/CH2247/CMS1318326022365/effekte_der_arbeitslosigkeit-endbericht.pdf [29.7.2013].
- Kuhn, Karl (2000): Die volkswirtschaftliche Bedeutung von Gesundheitsmanagement. In: Brandenburg, Uwe/Nieder, Peter/Susen, Britta (Hg.): Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Grundlagen, Konzepte und Evaluation. Beltz Juventa, Weinheim und München, Seite 95–107.
- Kuhnert, Peter et al. (2008): Handbuch Stabilisierende Gruppen. Ein Praxisratgeber für die Einzel- und Gruppenberatung mit ALG-II-EmpfängerInnen. Technische Universität Dortmund.
- Kuhnert, Peter (2010a): Gesundheitsförderung für Langzeitarbeitslose als Dimension von Beschäftigungsfähigkeit. Folien zum Vortrag in BIWAQ-Themenwerkstatt »Beschäftigung« am 23. September 2010 in Dortmund. Verfügbar unter: www.biwaq.de/nn_1033700/DE/6Veranstaltungen/Werkstaetten/WS__Beschaeftigung/2010/Vortrag__Kuhnert,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Vortrag_Kuhnert.pdf [29.7.2013].

- Kuhnert, Peter (2010b): Stabilisierende Gruppen als Konzept zur Förderung von langzeiterwerbslosen Menschen mit Lernschwächen und gesundheitlichen Problemen. In: Handbuch Mentoring-Modell zur Unterstützung einer nachholenden Grundbildung vor und während der Vermittlung in Erwerbstätigkeit, Seite 19–25. Verfügbar unter: www.regiovision-schwerin.de/fileadmin/Medienpool/regiovision.de/Produkte/MEMO_Handbuch-RegioVision.pdf [29.7.2013].
- Kuhnert, Peter/Kastner, Michael (2006): Chancen und Grenzen arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung am Beispiel der Job-Fit-Evaluationsstudie. In: Holleder, Alfons/Brand, Helmut (Hg.): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Verlag Hans Huber, Bern, Seite 123–136.
- Kuhnert, Peter/Kastner, Michael (2009): Gesundheits- und beschäftigungsorientierte Beratung bei Arbeitslosigkeit – Das Konzept der Stabilisierenden Gruppen. In: Holleder, Alfons (Hg.): Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main, Seite 203–229.
- Kuhnert, Peter/Kaczerowski, Melanie (2011): Förderung der psychischen Gesundheit bei Erwerbslosen. Ein Leitfaden. Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen. Verfügbar unter: www.lzg.gc.nrw.de/_media/pdf/liga-praxis/liga_praxis_04_Gesundheitsfoerderung_Erwerbslose.pdf [2.8.2013].
- Leoni, Thomas (2010): Fehlzeitenreport 2009. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. Verfügbar unter: www.wifo.ac.at/jart/prj3/wifo/resources/person_dokument/person_dokument.jart?publikationsid=39561&mime_type=application/pdf [29.7.2013].
- Leoni, Thomas (2012): Fehlzeitenreport 2012. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. Verfügbar unter: www.hauptverband.at/mediaDB/916691_Fehlzeitenreport_2012.pdf [29.7.2013].
- Meggeneder, Oskar/Pelster, Klaus/Sochert, Reinhold (Hg.) (2005): Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen. Huber, Bern.
- Niehaus, Mathilde/Marfels, Britta/Jakobs, Arno (2009): Arbeitslosigkeit verhindern durch Betriebliches Eingliederungsmanagement. Individuelle, betriebliche und ökonomische Nutzenaspekte. In: Holleder, Alfons (Hg.) (2009): Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main.
- Otto, Kathleen/Mohr Gisela (2009): Programme zur Förderung der psychosozialen Gesundheit von Langzeiterwerbslosen. In: Holleder, Alfons (Hg.): Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main, Seite 135–154.
- OÖGKK (2009): Wissenswertes über den Krankenstand. Verfügbar unter: www.oegkk.at/mediaDB/883817_Wissenswertes%20ueber%20den%20Krankenstand.pdf [29.7.2013].
- ÖSB Consulting GmbH (2009): Projektbericht (f)itworks. Verfügbar unter: www.gfb.or.at/uploads/media/Projektbericht_Projekt_f_itworks.pdf [29.7.2013].
- ÖSB Consulting GmbH (2010): Projektsteckbrief health4you(th). Innovative Gesundheitsförderung für arbeitssuchende Jugendliche im arbeitsmarktpolitischen Setting. Verfügbar unter: www.nga.or.at/uploads/media/mitgliedsbereich/1289899589_Projektsteckbrief_h4y_KK_V4_10-07-02.pdf [29.7.2013].
- ÖSB Consulting GmbH (2012a): Projektabschlussbericht/Handbuch Gesundheits- und altersgerecht Arbeiten in Gemeinnützigen Beschäftigungsprojekten und Sozialökonomischen Betrieben in Wien. Verfügbar unter: www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/gesund_soeb_wien2012_AMS.pdf [29.7.2013].
- ÖSB Consulting GmbH (2012b): Lessons Learned aus dem Projekt health4teen. Verfügbar unter: www.nga.or.at/uploads/media/Lessons_Learned_Leitfaden_Projekt_health4teen.pdf [29.7.2013].
- Pelikan, Jürgen M./Ganahl, Kristin/Röthlin, Florian (2013): Gesundheitskompetenz verbessern. Handlungsoptionen für die Sozialversicherung. Verfügbar unter: www.oegkk.at/mediaDB/991035_Dokument_41%20mit%20Deckblatt.pdf [29.7.2013].
- Pensionsversicherungsanstalt (2013a): Berufliche und soziale Maßnahmen der Rehabilitation. Verfügbar unter: www.pensionsversicherung.at/mediaDB/18%20-%20Berufliche%20und%20soziale%20Massnahmen.pdf [29.7.2013].
- Pensionsversicherungsanstalt (2013b): Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension. Verfügbar unter www.pensionsversicherung.at/mediaDB/03%20-%20IV_BU_Pension.pdf [29.7.2013].

- Peterson, Ole (2010): Betriebliche Gesundheitsförderung von KMU bis Großunternehmen. Verfügbar unter: www.wolfsberg.com/documents/Keynote_BGF_Prozess_fitimjob.pdf [29.7.2013].
- Pfaff, Holger/Slesina, Wolfgang (Hg.) (2001): Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zu Evaluation und Qualitätssicherung. Beltz Juventa, München.
- Poppelreuter, Stefan (2009): Arbeitssucht. Beltz, Weinheim.
- Reichl, Eva-Maria (2007): Die Erfassung der Bedeutung des strategischen Faktors der Gesundheit von Mitarbeitern und des damit verbundenen Wettbewerbsvorteils für Unternehmen anhand des Projektes »Gesunde Wirtschaft«. Verfügbar unter: www.gesundewirtschaft.at/downloads/bakkarbeit.pdf [29.7.2013].
- Reick, Christine (2005): Möglichkeiten der Diagnostik arbeitslosigkeitsbedingter gesundheitlicher Beeinträchtigungen. In: Kastner, Michael/Hagemann, Tim/Kliesch, Gesa (Hg.): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung. Pabst Science Publ., Lengerich, Seite 129–148.
- Rosenbrock, Rolf/Grimmeisen, Simone (2009): Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen – Herausforderungen und Qualitätskriterien. In: Holleder, Alfons (Hg.): Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main, Seite 83–95.
- Schenk, Christian/Toplak, Bernd/Weißbacher, Hannes (2012): Basiswissen Arbeitnehmerschutz. AUVA, Wien.
- Schneider, Wolfgang/Jurkschat, Rana (2011): Die psychosoziale Dimension – eine Zukunftsaufgabe der Arbeits- und Betriebsmedizin. In: Österreichische Gesellschaft für Arbeitsmedizin: Österreichisches Forum Arbeitsmedizin. Arbeitsmedizin und Arbeitspsychologie. Verfügbar unter: www.gamed.at/fileadmin/gamed_magazin/1102.pdf [29.7.2013].
- Schumacher, Jörg/Brähler, Elmar (2004): Bezugssysteme von Gesundheit und Krankheit. In: Strauß, Bernhard/Berger, Uwe/Troschke, Jürgen v./Brähler, Elmar (Hg.): Lehrbuch Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie. Hogrefe, Göttingen.
- Seiler, Kai (2008): Beschäftigungsfähigkeit als Indikator für unternehmerische Flexibilität. In: Badura, Bernhard/Schröder, Helmut/Vetter, Christian (Hg.) (2008): Fehlzeitenreport 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen. Springer, Berlin, Seite 3–13.
- Seiler, Kai (2009): Die Bedeutung von Beschäftigungsfähigkeit für die arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung. In: Holleder, Alfons (Hg.): Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main, Seite 62–81.
- Seligmann, Martin (1979): Erlernte Hilflosigkeit. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore.
- Statistik Austria (2007): Gesundheitsrisiko Arbeitsplatz. Belastungsfaktoren, Gesundheitsbeschwerden und Arbeitsunfälle. Daten aus der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung. Verfügbar unter: www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheit/032606 [29.7.2013].
- Statistik Austria (2008): Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung. Verfügbar unter: www.statistik.at/dynamic/wcmsprod/idcplg?IdcService=GET_NATIVE_FILE&dID=64440&dDocName=030263 [29.7.2013].
- Statistik Austria (2011): Armut- und Ausgrenzungsgefährdung in Österreich. Ergebnisse aus EU-SILC 2010. Tabellenband. Studie der Statistik Austria im Auftrag des BMASK. Verfügbar unter: www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/armut_und_soziale_eingliederung/index.html [29.7.2013].
- Statistik Austria (2012a): Anerkannte Versicherungsfälle seit 1975 (ohne Schüler- und Studentenunfälle). Verfügbar unter: www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/unfaelle/arbeitsunfaelle/index.html [29.7.2013].
- Statistik Austria (2012b): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2011. Verfügbar unter: www.statistik.at/dynamic/wcmsprod/idcplg?IdcService=GET_NATIVE_FILE&dID=131915&dDocName=068646 [29.7.2013].
- Strapatsas, Michaela (2011): Folien zum Input Health Out Of Work, 14. Österreichische Gesundheitsförderungskonferenz. Aufrufbar über www.google.at [25.7.2013].
- Steiner, Karin/Jelenko, Marie (2008): Evaluierung des Gesundheitsprojekts »Gesundheitsförderung in Sozialeinrichtungen mit Ausbildungs- und Beschäftigungsschwerpunkt – Gemeinsam Gesundheit gestalten«. Erster Zwischenbericht. Verfügbar unter: www.ggg.or.at/typo3/fileadmin/web_upload/2008.11_1.Zwischenbericht_-_Evaluation_GGG_alt.pdf [29.7.2013].

- Steiner, Karin/Jelenko, Marie/Muralter, Doris/Kaspar, Ruth (2009): Evaluierung des Gesundheitsprojekts »Gesundheitsförderung in Sozialeinrichtungen mit Ausbildungs- und Beschäftigungsschwerpunkt – Gemeinsam Gesundheit gestalten«. Zweiter Zwischenbericht. Verfügbar unter: www.ggg.or.at/typo3/fileadmin/web_upload/2009.08_2.Zwischenbericht_-_Evaluierung_GGG_01.pdf [29.7.2013].
- Steiner, Karin/Leuprecht, Eva/Egger-Subotitsch, Andrea/Dolezal, Karl/Reschauer, Gerda/Angermann, Andrea/Weber, Maria E. (2006): Methoden in der Beruflichen Rehabilitation. Verfügbar unter: www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/Praxishandbuch_Reha.pdf [29.7.2013].
- SVA (2013): Erwerbsunfähigkeitspension. Verfügbar unter: http://esv-sva.sozvers.at/mediaDB/650308_Erwerbsunf%C3%A4higkeitspension.pdf [29.7.2013].
- Toumi, Ingrid/von Braunmühl, Christian (2009): Fallmanagement in der Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung. In: Holleder, Alfons (Hg.): Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main, Seite 261–276.
- Ulich, Eberhard/Wülser, Marc (Hg.) (2004): Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven. Gabler Verlag, Wiesbaden.
- Unfried, Jürgen (2011): Praxisleitfaden Lessons Learned des Projekts »Gesundheitsförderung in Sozialeinrichtungen mit Ausbildungs- und Beschäftigungsschwerpunkt – Gemeinsam Gesundheit Gestalten«, Sozialplattform Oberösterreich (Hg.)
- ver.di (2013): Der Kodex Gute Arbeit. Verfügbar unter: www.verdi-gute-arbeit.de/page.php?k1=index&k4=kodex&si=51d4c4b90d6f8&lang=1&view= [29.7.2013].
- Wacker, Alois (2000): Arbeitslosigkeit aus sozialpsychologischer Perspektive. Eine Auseinandersetzung mit der Position Jahodas. Verfügbar unter: www.sozpsy.uni-hannover.de/DfA/arbeit_druck.htm [29.7.2013].
- Waldherr, Karin/Swazina, Karl R./Ropin, Klaus (2012): Wirtschaftlicher Erfolgsfaktor Gesundheit (WEG). Erfahrungen zur Nachhaltigkeit des Modellprojekts betrieblicher Gesundheitsförderung in Kleinen und Mittleren Unternehmen. Fonds Gesundes Österreich, Wien. Verfügbar unter: www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/wissen/wirtschaftlicher-erfolgsfaktor-gesundheit-weg/2012-11-06.6970489252 [31.7.2013]
- Wattendorff, Frank/Wienemann, Elisabeth (2004): Betriebliches Gesundheitsmanagement. In: Gesundheit mit System. Unimagazin, Zeitschrift der Universität Hannover, Heft 4/5, Seite 28–31.
- Weber, Friederike (2009): Evaluation (f)itworks. Zusammenfassung. Prospect Unternehmensberatung GmbH. Verfügbar unter: [www.pro-spect.at/docs/Zusammenfassung%20\(f\)itworks.pdf](http://www.pro-spect.at/docs/Zusammenfassung%20(f)itworks.pdf) [29.7.2013].
- WHO (1986): Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung. WHO-autorisierte Übersetzung von Hildebrandt/Kickbusch. Verfügbar unter: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [1.8.2013].
- Wiesinger, Maria Magdalena (2009): Gesundheitsförderungsprojekte für Arbeitssuchende unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit. Handlungsempfehlungen und Ergebnistransfer am Beispiel von »(f)itworks« – Modellprojekt zur Gesundheitsförderung arbeitssuchender Menschen. Bachelorarbeit, eingereicht an der IMC Fachhochschule Krems. Verfügbar unter: www.gfb.or.at/uploads/pics/Nachhaltigkeit_GF_Arbeitssuchende_BAArbeit_nga.pdf [29.7.2013].
- Wiesinger, Maria Magdalena (2011): Stärken stärken im Betrieb. Ressourcenorientierte Betriebliche Gesundheitsförderung am Beispiel des Gesundheitszirkels. Masterarbeit, eingereicht an der IMC Fachhochschule Krems.
- WIFI (2011): Burn On statt Burn Out. Holzhausen, Wien.
- WKO (2012): Klein- und Mittelbetriebe in Österreich. Verfügbar unter: <http://wko.at/Statistik/kmu/erläuterungen.pdf> [29.7.2013].
- WKO (2013a): EPU Fact Sheet 13. Unternehmen wir es gemeinsam. Wien.
- WKO (2013b): Statistisches Jahrbuch 2013. Verfügbar unter: http://wko.at/statistik/jahrbuch/2013_Deutsch.pdf [29.7.2013].
- ZB Info (2008): Betriebliches Eingliederungsmanagement. Verfügbar unter: www.zbfs.bayern.de/imperia/md/content/blvf/integrationsamt/zb/eingliederungsmanagement.pdf [29.7.2013].

Anhang

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schematische Systematisierungen zur Beschäftigungsfähigkeit	9
Abbildung 2: Ausgaben der Pensionsversicherung	24
Abbildung 3: Circulus Vitiosus von Arbeitslosigkeit und Gesundheitsverlust	29
Abbildung 4: Prozesse der Betrieblichen Gesundheitsförderung	38
Abbildung 5: Circulus Vitiosus von Arbeitslosigkeit und Gesundheitsverlust mit Maßnahmearten Arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung	46

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verteilung der Belastungsfaktoren in der Gesellschaft	14
Tabelle 2: Verteilung physischer Belastungsfaktoren	14
Tabelle 3: Psychische Belastungsfaktoren in Österreich und der EU-15	15
Tabelle 4: Verteilung psychischer Belastungsfaktoren	16
Tabelle 5: Anerkannte Berufskrankheiten 2012	18
Tabelle 6: Gesundheitliche Beschwerden Erwerbstätiger der EU-27	19
Tabelle 7: Krankenstandsfälle und Krankenstandstage nach Erkrankungen	21
Tabelle 8: Invaliditätspensions-Neuzugänge 2012 nach Krankheitsgruppen	25
Tabelle 9: Subjektiver Gesundheitszustand nach Erwerbsstatus	26
Tabelle 10: Subjektiver Gesundheitszustand und Arbeitslosigkeit im Referenzjahr 2009	30
Tabelle 11: Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit bzw. Gesundheitsverlust (Moderatorvariablen)	30
Tabelle 12: Mögliche Dimensionen gesundheitsfördernder Maßnahmen	34
Tabelle 13: Kategorisierung von Unternehmen nach ihrer Größe	39
Tabelle 14: Beschäftigtenanzahl je Betrieb, 2012	40
Tabelle 15: Zwölf Kriterien für Good Practice	53