



AMS report **49**

Andrea Egger-Subotitsch, René Sturm (Hg.)

**»Damit fertig werden,  
das Beste herausholen und  
es irgendwie schaffen«**

Beiträge zur Fachtagung »Physisch und psychisch  
beeinträchtigte Personen am Arbeitsmarkt«  
vom 15. März 2005 in Wien

Herausgegeben vom Arbeitsmarktservice Österreich



abif - Analyse, Beratung und  
interdisziplinäre Forschung



Arbeitsmarktservice  
Österreich

Der vorliegende AMS report 49 beinhaltet Beiträge anlässlich der von der Abteilung Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation des AMS Österreich gemeinsam mit der Caritas Österreich veranstalteten Fachtagung »Damit fertig werden, das Beste herausholen und es irgendwie schaffen. Physisch und psychisch beeinträchtigte Personen am Arbeitsmarkt«. Die Tagung fand am 15. März 2005 in Wien statt. Den Veranstaltern war es ein Anliegen, durch die Tagung einen kritischen Austausch von VertreterInnen aus REHA-Forschung und REHA-Praxis über die Situation von RehabilitandInnen am Arbeitsmarkt zu fördern.

Folgende Beiträge bilden den Inhalt dieser Publikation:

**Karin Steiner, Maria E. Weber**

Individuelle Lebenslagen von RehabilitandInnen: Erfolgsaspekte der sozialen und beruflichen Rehabilitation

**Karin Meng**

REHA-Leistungen zur Förderung der Erwerbsfähigkeit – Prädiktoren einer erfolgreichen medizinischen Rehabilitation

**Barbara Reiterer**

Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung: Erfahrungen der EQUAL-Entwicklungspartnerschaft »Erweiterter Arbeitsmarkt – Integration durch Arbeit«

**Andrea Egger-Subotitsch**

Lebenssituation und Bedürfnisse von Jugendlichen am Übergang Schule – Beruf

**Thomas Kreiml**

Berufliche Rehabilitation und (Re-)Integration: Problemstellungen, Perspektiven und Handlungsspielräume

**[www.ams-forschungsnetzwerk.at](http://www.ams-forschungsnetzwerk.at)**

... ist die Internet-Adresse des AMS Österreich  
für die Arbeitsmarkt-, Berufs- und Qualifikationsforschung



P.b.b.

Verlagspostamt 1200

ISBN 3-85495-230-9

Andrea Egger-Subotitsch, René Sturm (Hg.)

# »Damit fertig werden, das Beste herausholen und es irgendwie schaffen«

Beiträge zur Fachtagung »Physisch und psychisch  
beeinträchtigte Personen am Arbeitsmarkt«  
vom 15. März 2005 in Wien

Herausgegeben vom  
Arbeitsmarktservice Österreich



Medieninhaber und Herausgeber: Arbeitsmarktservice Österreich, Abt. Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation, Maria Hofstätter, René Sturm, A-1200 Wien, Treustraße 35–43 • Verlegt bei Communicatio – Kommunikations- und PublikationsgmbH, Wien, Juni 2006 • Grafik und Titelfoto: Lanz, A-1150 Wien • Druck: Ferdinand Berger & Söhne Ges.m.b.H., A-3580 Horn

© Arbeitsmarktservice Österreich 2006

Verlegt bei Communicatio – Kommunikations- und PublikationsgmbH, A-1190 Wien  
ISBN 3-85495-230-9

# Inhalt

<b>Einleitung</b> .....	<b>7</b>
-------------------------	----------

**Karin Steiner, Maria E. Weber**

**Individuelle Lebenslagen von RehabilitandInnen:**

<b>Erfolgsaspekte der sozialen und beruflichen Rehabilitation</b> ..	<b>8</b>
--	----------

1	Einführung .....	8
2	Rehabilitationsbegriff .....	8
3	Theoriemodelle der Rehabilitation .....	9
4	Lebenslagenkonzept .....	14
5	Lebensbewältigung .....	15
6	Strategien und Handlungskompetenzen ganzheitlich-integrierter Rehabilitation .....	16
7	Ergebnisse aus den qualitativen Interviews der Studie »Individuelle Lebenslagen von RehabilitandInnen« .....	22
7.1	Zentrale Aspekte und Fragestellungen .....	22
7.2	Zusammenfassende Darstellung und Bewertung der Ergebnisse aus den Interviews .....	23
8	Fazit .....	25
9	Literatur .....	25

**Karin Meng**

**REHA-Leistungen zur Förderung der Erwerbsfähigkeit –**

<b>Prädiktoren einer erfolgreichen medizinischen Rehabilitation</b> ..	<b>28</b>
--	-----------

1	Einführung .....	28
2	Hintergrund – Das deutsche Rehabilitationssystem .....	28
3	Erfolg medizinischer Rehabilitation am Beispiel muskuloskelettaler Erkrankungen .....	30
4	Subjektiver Rehabilitationserfolg bei medizinischer Rehabilitation .....	31
5	Objektiver Verlauf der Erwerbsfähigkeit von RehabilitandInnen nach medizinischer Rehabilitation .....	33
6	Ausblick .....	36
7	Literatur .....	37

**Barbara Reiterer**

**Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung:**

**Erfahrungen der EQUAL-Entwicklungspartnerschaft**

**»Erweiterter Arbeitsmarkt – Integration durch Arbeit« . . . . . 39**

1	Die Entwicklungspartnerschaft »Erweiterter Arbeitsmarkt – Integration durch Arbeit« . . . . .	39
2	Beteiligte Partner . . . . .	40
3	Strategie der Entwicklungspartnerschaft . . . . .	40
4	Umsetzung / Auswertungen der TeilnehmerInnenstatistik . . . . .	41
5	Einkommenssituation . . . . .	42
6	Ausbildungsstruktur . . . . .	43
7	Verlaufsdaten . . . . .	45
8	Erwerbslose haben eine signifikant höhere Morbiditätsrate als Beschäftigte . . . . .	46
9	Höherqualifizierte haben geringere Krankenstandstage als Blue Collar Workers . . . . .	46
10	Der Gesundheitszustand von Erwerbstätigen und Arbeitslosen über einen längeren Zeitraum betrachtet . . . . .	47
11	Arbeitslosigkeit führt zu einem Entwertungsprozeß . . . . .	50
12	Gesundheitsfördernde Interventionen in den Modulen der Entwicklungspartnerschaft ida-Equal . . . . .	50
12.1	Gesundheit ist mehr als das Nicht-Vorhandensein einer Krankheit . . . . .	50
12.2	Gesundheit und Wohlbefinden zum Thema machen . . . . .	51
12.3	Entwicklung und Umsetzung eines Gesundheitsförderungskonzeptes für TeilnehmerInnen der Module ida-Steiermark . . . . .	54
12.4	Gesunde Küche in den Modulen »Tagesstrukturzentrum« und »My Job – My Way« . . . . .	55
12.5	Gewichtsreduktionskurs im Modul »Mri Buti« . . . . .	55
13	Schlußfolgerungen . . . . .	56
14	Literatur . . . . .	56

**Andrea Egger-Subotitsch**

**Lebenssituation und Bedürfnisse von Jugendlichen**

**am Übergang Schule – Beruf . . . . . 58**

1	Einführung . . . . .	58
2	Gesellschaft und Arbeitswelt . . . . .	59
3	Institutionen . . . . .	60
4	Lebensumstände und Bedürfnislagen der Jugendlichen . . . . .	63
5	Literatur . . . . .	65

**Thomas Kreiml**

**Berufliche Rehabilitation und (Re-)Integration:**

**Problemstellungen, Perspektiven und Handlungsspielräume . . 66**

1	Überblick . . . . .	66
2	Diskussionspanel I . . . . .	67
2.1	Die Rolle des psychologischen Befindens als Faktor bei der (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt . . . . .	67
2.2	Tabuisierung und institutionelle Nicht-Zuständigkeit . . . . .	67
2.3	Arbeitssituation und Rehabilitationserfolg . . . . .	68
2.4	Möglichkeiten und Grenzen der (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt . . . . .	69
2.5	Die Kluft zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation . .	69
2.6	Grenzen der Rehabilitation: Arbeitslosigkeit und soziales Umfeld . . . . .	70
2.7	Einseitige Leistungserfordernisse als schiefe Maßstäbe . . . . .	71
3	Diskussionspanel II . . . . .	72
3.1	Faktoren und Maßnahmen bei der Integration von Jugendlichen . . . . .	72
3.2	Berufliche Orientierung und Clearing . . . . .	72
3.3	Arbeitsuche und Matching . . . . .	73
3.4	Einbindung der Wirtschaft . . . . .	74

# Einleitung

Den zunehmend stärker werdenden Konkurrenzkampf am Arbeitsmarkt gewinnen in der Regel Arbeitsuchende, die selbständig arbeiten, dynamisch agieren und zielorientiert die an sie gestellten Aufgaben erfüllen. Gesund, leistungsfähig und flexibel sollte man sein, wenn man sich auf Jobsuche begibt. Immer mehr Jobsuchende erfüllen diese Voraussetzungen nicht mehr. Sei es, weil ihre Leistungsfähigkeit durch Unfall oder Krankheit beeinträchtigt wurde, sei es, weil sie die lange Dauer der Arbeitslosigkeit bereits zermürbt hat:

*»Meine Unsicherheit machte es mir zunehmend schwerer, auf Menschen zuzugehen, mich angemessen auszudrücken und selbst klar und objektiv zu denken«,* beschreibt ein von langer Arbeitslosigkeit Betroffener seine Situation.

Traditionelle Maßnahmen zur Überwindung der Arbeitslosigkeit führen bei Menschen mit Vermittlungshemmnissen in Form von psychischen oder physischen Beeinträchtigungen nicht immer zum Erfolg. Individuelle Beratungs- und Integrationshilfen müssen entwickelt und angeboten werden, um auch diesen Menschen eine Chance zur Rückkehr in den Arbeitsmarkt zu geben.

Im Rahmen dieser Tagung vom 15. März 2005 von AMS Österreich ([www.ams.at](http://www.ams.at)), Caritas Österreich ([www.caritas.at](http://www.caritas.at)) und dem sozialwissenschaftlichen Forschungsinstitut abif ([www.abif.at](http://www.abif.at)) wurden sowohl einige Ergebnisse aus REHA-Forschung bzw. REHA-Praxis präsentiert und diskutiert als auch die sehr persönlichen, kritischen Sichtweisen von Betroffenen in den Blick genommen.

Im ersten Beitrag von Mag. Karin Steiner (abif) und Dr. Maria E. Weber werden die Ergebnisse eines Forschungsprojektes zu Erfolgsaspekten sozialer und beruflicher Rehabilitation, das von abif im Auftrag des AMS Österreich erstellt wurde, präsentiert.

In einem weiteren Beitrag analysiert die Psychologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg Dr. Karin Meng Ergebnisse ihrer laufenden Forschungsarbeit zu den Prädiktoren einer erfolgreichen beruflichen Rehabilitation.

Die Betriebswirtin und Mitarbeiterin der Caritas Österreich Mag. Barbara Reiterer präsentiert Ergebnisse aus verschiedenen EQUAL-Projekten und faßt zusammen, wie Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktpolitik zusammenhängen und welche Aspekte dabei von Relevanz sind.

Die Psychologin Mag. Andrea Egger-Subotitsch (abif) resümiert u. a. die Ergebnisse eines Forschungsprojektes mit dem Titel *»Maßnahmen für Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen«*, das von den Instituten KMU Forschung Austria ([www.kmuforschung.ac.at](http://www.kmuforschung.ac.at)), SORA ([www.sora.at](http://www.sora.at)) und abif ([www.abif.at](http://www.abif.at)) im Auftrag des Bundesministeriums für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz erstellt wurde.

Zuletzt werden durch den Soziologen und Mitarbeiter von abif Mag. Thomas Kreiml die Ergebnisse aus den beiden Diskussionspanels, die auf der Tagung stattfanden, dargestellt.

*Mag. Andrea Egger-Subotitsch (abif), René Sturm (AMS Österreich)*



# **Karin Steiner, Maria E. Weber**

## **Individuelle Lebenslagen von RehabilitandInnen: Erfolgsaspekte der sozialen und beruflichen Rehabilitation**

### **1 Einführung**

Im Rahmen der vorliegenden Studie<sup>1</sup> wurde die individuelle Sichtweise von RehabilitandInnen auf ihren Rehabilitationsprozeß nach physischen oder psychischen Erkrankungen bzw. Unfällen herausgearbeitet. Das Interesse richtete sich dabei auf die Einschätzungen, Meinungen und Erfahrungen der befragten Personen. Im wesentlichen wurde in den Gesprächen versucht, die individuelle Lebenssituation der InterviewpartnerInnen im Kontext der jeweiligen Rehabilitationsmaßnahmen zu erfragen.

Die darüber hinaus geführten Interviews mit den RehabilitationsexpertInnen liefern dazu ergänzende Informationen und unterstreichen die Wahrnehmungen der RehabilitandInnen aus ExpertInnensicht. Grundsätzlich ging es darum zu erfahren, welche rehabilitativen, unterstützenden Maßnahmen im Falle eines Rehabilitationsbedarfes realisiert wurden und welche Ressourcen genutzt und entwickelt werden konnten, um die (Re-)Integration in den Arbeitsalltag zu erreichen. Zuerst sollen einige zentrale Begriffe des Forschungsprojektes vorgestellt werden:

### **2 Rehabilitationsbegriff**

Rehabilitation ist ein umfassender Begriff und hat sich sowohl dort durchgesetzt, wo es um die Wiedereingliederung Behinderter und von Behinderung Bedrohter in Beruf und Gesellschaft geht, als auch dort, wo es um die sogenannte »Erstbefähigung« von behinderten Kindern und Jugendlichen geht.<sup>2</sup> Rehabilitation ist gleichzeitig Ziel, Maßnahme und Institution und somit Bestandteil einer sozial verpflichteten Gesellschaft. Damit, so Mühlum/Gödecker-Geenen, wird sie zum Prüfstein des Sozialstaates.<sup>3</sup>

Das Ziel der Rehabilitation besteht darin, die Folgen von Erkrankungen, Störungen oder Schädigungen zu bewältigen und die vollwertige Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen.<sup>4</sup>

1 Steiner, Karin/Weber, Maria (2005): Individuelle Lebenslagen von RehabilitandInnen: Erfolgsaspekte der sozialen und beruflichen Rehabilitation, im Auftrag des AMS Österreich, Wien.

2 Vgl. Mühlum/Gödecker-Geenen 2003, Seite 18.

3 Vgl. ebenda.

4 Vgl. Koch/Bengel 2000, Seite 10.

Um dieses Ziel zu erreichen, wird auf Maßnahmen im medizinischen, beruflichen, pädagogischen<sup>5</sup> und sozialen Bereich zurückgegriffen.

Dem Rehabilitationsbegriff liegt das Krankheitsfolgenmodell der World Health Organization (WHO) zugrunde. Die WHO hat mit dem Modell ICDH-1<sup>6</sup> (1980) auf die zunehmende Bedeutung chronischer Krankheiten bzw. den daraus resultierenden Versorgungsproblemen mit einem Klassifikationsmodell reagiert:<sup>7</sup> »Ein moderner Rehabilitationsbegriff orientiert sich am biopsychosozialen Modell<sup>8</sup> von Gesundheit und Krankheit der WHO und fokussiert primär auf die individuellen und sozialen Auswirkungen von (chronischer) Krankheit, Unfall und angeborenen Leiden oder des Alterns. Unter Rehabilitation sind in diesem Kontext Bemühungen zu verstehen, eine Funktionsstörung nicht zu einer dauerhaften Einschränkung bzw. Beeinträchtigung der persönlichen, sozialen und beruflichen Lebensumstände werden zu lassen oder zumindest die Auswirkungen auf die genannten Lebensbereiche auf ein Minimum zu reduzieren.«<sup>9</sup>

Der Rehabilitationsbegriff der WHO weist darüber hinaus darauf hin, daß rehabilitative Maßnahmen mitunter auch innerhalb eines konkreten Zeitlimits bzw. Zeitrahmens zum jeweils individuell definierten Ziel der Rehabilitation führen sollen.

### 3 Theoriemodelle der Rehabilitation

Das Krankheitsfolgenmodell geht davon aus, daß Behinderung/Krankheit keine konstante Eigenschaft einer Person ist, sondern ein dynamischer Prozeß, in dem als Ergebnis der Interaktion zwischen Menschen (mit Fähigkeiten und Fähigkeitsstörungen) und ihrem sozialen Umfeld Behinderung/Krankheit definiert wird.<sup>10</sup> Das Verdienst des Krankheitsfolgenmodells war, so Gerdes/Weis, daß »(...) das Augenmerk erstmals systematisch auf die Folgen von (nicht heilbaren) Krankheiten und Gesundheitsschäden zu lenken – und nicht nur auf die Krankheiten selbst. Die Klassifikation führte die Begriffe ›disability (Fähigkeitsstörung)‹ und ›handicap (Beeinträchtigung)‹ ein und räumte ihnen einen prinzipiell gleichrangigen Stel-

5 Pädagogische Rehabilitationsmaßnahmen sind vorwiegend im sonderpädagogischen Bereich angesiedelt und fokussieren auf die soziale Integration von mit Behinderung geborenen Kindern und Jugendlichen. Im Zusammenhang dieser Arbeit steht die Bearbeitung von Aspekten der pädagogischen Rehabilitation nicht im Vordergrund.

6 International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps – ICDH-1. Diese Klassifikation orientiert sich am sogenannten »Woodschen Modell der Krankheitsfolge« und ist als lineares Folgenmodell zur Beschreibung der Entstehung eines Behindertenprozesses zu verstehen. Diese erste Klassifikation wurde zu einem biopsychosozialen Modell der Funktionsfähigkeit und Behinderung fortentwickelt und schließlich im Laufe des Revisionsverfahrens in die ICDH-2 aufgenommen (vgl. Steingruber 2000, Seite 10).

7 Vgl. Gerdes/Weis 2000, Seite 45.

8 Hinter diesem Begriff verbirgt sich die umfassende Integration von Perspektiven und Ansätzen aus biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren. Allein schon bedingt durch diesen Umstand versteht es sich selbstredend, daß sämtliche theoretische und praktische Ansätze und Umsetzungen im Kontext der Rehabilitation in einem multidisziplinären Feld zu beantworten und zu bewältigen sind.

9 Koch/Bengel 2000, Seite 9.

10 Vgl. Kunze/Pohl 2002, Seite 201f.

lenwert wie den Begriffen ›disease (Krankheit)‹ und ›impairment (Gesundheitsschaden)‹ ein.«<sup>11</sup>

Der wesentliche Aspekt dieses Modells, welches kontinuierlichen Revisionen unterzogen wurde, liegt darin, daß der Blick auf die gesundheitliche Versorgung – über die medizinischen Probleme hinausgehend – auch auf die Behandlung und Unterstützung bei (krankheitsbedingten) Einschränkungen der Funktionsfähigkeit in Beruf und Alltagsleben sowie bei der Überwindung von Tendenzen zur sozialen Ausgrenzung der Betroffenen erweitert wurde.

In einer seit 1997 vorliegenden Neufassung des Modells, dem ICIDH-2, wurden zwei weitere wesentliche Kontextfaktoren, nämlich solche, die in einer »persönlichen« und einer »umweltbezogenen« Dimension verortet sind, eingeführt. Damit gelingt es dem Modell, so Gerdes /Weis, wesentlich besser, »(...) Interdependenzen zwischen den angeführten Dimensionen zu verdeutlichen und dem mechanistischen Mißverständnis, ein bestimmter Gesundheitsschaden führe ganz zwangsläufig zu bestimmten Störungen der Aktivität und Partizipation, vorzubeugen«. <sup>12</sup>

In diesem Modell wird auf die Aktivitäts- und Partizipationsorientierung verstärkt Bezug genommen, womit Abstand genommen wird von der Defizitorientierung des Vormodells ICIDH-1 und der generellen Annahme eines linearen Folgenzusammenhanges im Kontext von Krankheitsfolgen. Seit Mai 2001 gibt es die aktuellste Überarbeitung des WHO-Modells. Diese jüngste Ausrichtung mit dem Titel »International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)«<sup>13</sup> fokussiert verstärkt das Ziel der Beschreibung sogenannter »Funktionaler Gesundheit«. Präziser formuliert dient die ICF als länder- und fächerübergreifende einheitliche Sprache der Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren. In diesem neuen Klassifikationsmodell verschiebt sich »(...) der Fokus von der Fähigkeitsstörung zur Aktivität und von der Beeinträchtigung oder Benachteiligung zur sozialen Teilhabe. Außerdem werden Kontextfaktoren und der Lebenshintergrund der Betroffenen mit einbezogen, die für die Entstehung und Bewältigung gesundheitlicher Probleme bedeutsam sind. Die ICF ermöglicht so, das positive und negative Funktions- und Strukturbild (Organismus), Leistungsbild (Aktivität) und Teilhabebild (Partizipation) samt Umfeldfaktoren zu beschreiben.«<sup>14</sup> Das überarbeitete Modell ermöglicht es – gerade für die Soziale Arbeit –, einen direkten Anschluß an ganzheitlich-integrierte Arbeitsansätze herzustellen, wie sie eben auch für eine ganzheitlich verstandene Rehabilitation zur Anwendung kommen sollten. Die Bedeutung ist vor allem darin zu sehen, daß sämtliche Kontextfaktoren, somit auch die Lebenslage, in den Bewältigungsprozeß einbezogen werden.

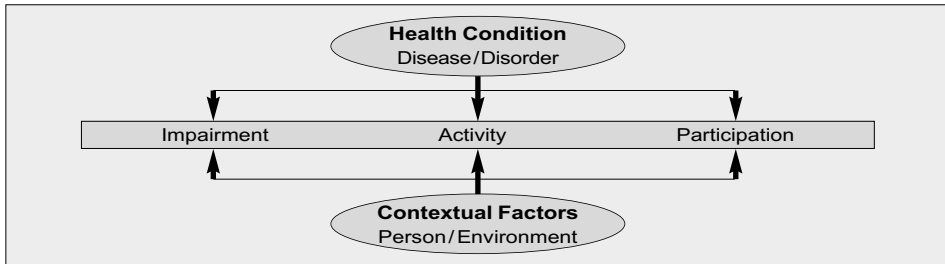
---

11 Gerdes/Weis 2000, Seite 45.

12 Ebenda, Seite 47.

13 In der deutschen Übersetzung: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF).

14 Mühlum/Gödecker-Geenen 2003, Seite 16f.

**Abbildung 1: Aktivitäts-/Partizipationsmodell nach WHO-ICF 2001**

Quelle: Mühlum/Gödecker-Geenen 2003<sup>15</sup>

Abgeleitet von den Begrifflichkeiten der WHO-Klassifikation (basierend auf Grundlage der ICDH-2-Terminologie) haben Gerdes/Weis ein Theoriemodell der Rehabilitation entwickelt.<sup>16</sup> Ausgangspunkt dieses Theoriemodells ist dabei der Umstand eines Gesundheitsschadens bzw. einer Störung<sup>17</sup> der Gesundheit. Im Modell von Gerdes/Weis wird Rehabilitation dabei als Teil des gesundheitlichen (medizinischen) Versorgungssystems beschrieben. Es wird explizit darauf hingewiesen, daß die Zieldimension dabei auf die Verbesserung der Partizipation, also auf die Teilnahme am normalen Leben in Familie, Beruf und Gesellschaft ausgerichtet sein muß.<sup>18</sup> Daß der Medizin bzw. der medizinischen Rehabilitation eine tragende Rolle (zumindest in theoretischer Hinsicht) zugeschrieben wird, ist darin zu sehen, daß nach Gerdes/Weis oftmals erst ein Gesundheitsschaden ein ganzes Maßnahmenpaket rehabilitativer Aktivitäten auslöst, die in erster Linie darauf ausgerichtet sind, die Problemlösung zunächst auf Ebene des Gesundheitsschadens selbst zu suchen.<sup>19</sup> Gemäß diesem theoretischen Modell folgt daraus, daß durch Maßnahmen auf dieser Ebene (also der medizinischen Ebene mit sozialer Zielrichtung) Schäden behoben oder zumindest gemildert werden und sich die daraus resultierenden Aktivitäts- und Partizipationsstörungen auflösen oder verringern lassen.<sup>20</sup>

Gesundheitsschäden nehmen einen wesentlichen Einfluß auf den individuellen Aktivitäts-<sup>21</sup> und Partizipationsgrad der betroffenen Personen. Im Theoriemodell wird diesem Umstand durch

15 Vgl. ebenda, Seite 17.

16 Vgl. Gerdes/Weis 2000, Seite 47f.

17 Ein weiterer wesentlicher Punkt für die Heranziehung von gesundheitlichen Störungen für die Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen wird darin gesehen, daß dadurch die Zielgruppe der Rehabilitation eingegrenzt wird. Gesundheitliche Schäden oder Störungen zeichnen sich demnach dadurch aus, daß sie »ohne ein persönliches Verschulden« zustande kommen. Dadurch kann Rehabilitation, verstanden als soziale Institution, gegenüber anderen sozialen Gruppen abgegrenzt werden, deren »Aktivität« und »Partizipation« auch eingeschränkt ist, jedoch auf Grund »persönlichen Verschuldens« (vgl. Blumberger 2003, Seite 22).

18 Vgl. Mühlum/Gödecker-Geenen 2003, Seite 19.

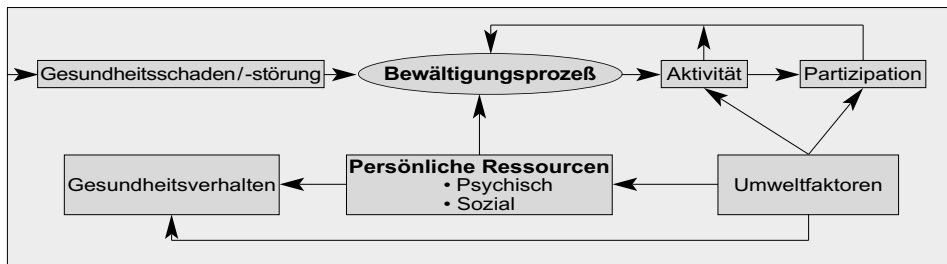
19 Vgl. Gerdes/Weis 2000, Seite 48.

20 Vgl. ebenda.

21 Im ICDH-2 werden sensorische, lokomotorische, kognitive, kommunikative Aktivitäten, Mobilität und Aktivitäten zur Selbstversorgung und Haushaltsführung, interpersonelle Aktivitäten und die Benutzung von Heil- und Hilfsmitteln unterschieden. Störungen in diesen unterschiedlichen Bereichen können zu unterschiedlichen Partizipationsproblemen führen und stehen somit im Zentrum verschiedenster rehabilitativer Maßnahmen.

die besondere Berücksichtigung des sogenannten »Bewältigungsprozesses« als einer zusätzlichen Dimension im Rehabilitationsprozeß Ausdruck verliehen. Dabei wird dem Bewältigungsprozeß im Rehabilitationsverlauf die Rolle einer Black Box zugesprochen, da dieser Prozeß vorwiegend von persönlichen Ressourcen gespeist wird, die in psychische und soziale Ressourcen unterteilt werden können.<sup>22</sup> Diese Ressourcen liegen in den individuellen Gegebenheiten und in der individuellen Verortung der Person und sind (vorerst) von außen nicht unbedingt objektiv erkennbar.

## Abbildung 2: Theoriemodell der Rehabilitation



Quelle: Gerdes/Weis (2000)<sup>23</sup>

### *Persönliche Ressourcen (siehe Abbildung 2) können sein:*

Psychisch: Motivation, psychische Stabilität, Coping-Strategien.

Sozial: soziales Netz, ökonomische Situation, soziale Sicherung.

### *Umweltfaktoren (siehe Abbildung 2) können sein:*

Rehabilitationsangebote, Leistungsanforderungen in Beruf und Alltag, soziale Normen etc.

Ausgeklammert werden in diesem Modell, so Blumberger, sozialökonomische Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Wertesysteme, die wesentlich sind, und zwar nicht nur für das Ausmaß von Aktivität und Partizipation, sondern darüber hinaus das generelle medizinische, berufliche und soziale Rehabilitationsangebot mitbestimmen.<sup>24</sup> Blumberger plädiert dafür, Aktivität und Partizipation nicht lediglich als abhängige Variablen des (individuellen) Bewältigungsprozesses zu sehen, sondern diese in eine interdependente Beziehung zu setzen.<sup>25</sup> Diese Forderung nach Interdependenz zwischen Aktivität und Partizipation wird im überarbeiteten Klassifikationsmodell der WHO, dem ICF-2001, bereits berücksichtigt. In diesem Klassifikationsmodell wird den sogenannten »Contextual Factors« eine dynamischere Rolle beigemessen (vgl. Abbildung 1). Darüber hinaus richtet sich der gesamte Fokus der Rehabilitation verstärkt auf die Bedeutung des Lebenshintergrundes, der für die Entstehung und Bewältigung

<sup>22</sup> Vgl. ebenda, Seite 51.

<sup>23</sup> Ebenda, Seite 48.

<sup>24</sup> Vgl. Blumberger 2003, Seite 23f.

<sup>25</sup> Vgl. ebenda.

gesundheitlicher Probleme Bedingungskonstellationen bereitstellt. Contextual Factors, gespeist aus den Bedingungen des persönlichen Lebenshintergrundes (Person/Environment) der RehabilitandInnen, sind immer auch Ausdruck der gegebenen sozialökonomischen Rahmenbedingungen und des gesellschaftlichen Wertesystems.<sup>26</sup> Für die Rehabilitation sind nach Blumberger folgende sozialökonomische Rahmenbedingungen von besonderer Bedeutung:<sup>27</sup>

- Beschäftigungssituation/Arbeitslosigkeit;
- System der sozialen Sicherheit;
- Regulation von Arbeitsbeziehungen.

Darüber hinaus führt Blumberger<sup>28</sup> als zusätzliche selbständig intervenierende Variable den Aspekt der Erwerbsbeteiligung<sup>29</sup> in das Modell von Gerdes/Weis ein. Erwerbsbeteiligung wird hier nicht nur als zusätzlicher weiterer Teilaspekt der Aktivität, die es wieder zu erlangen gilt, gesehen, sondern auch als direkt intervenierende Variable. Erwerbs- und Berufstätigkeit haben eine dominierende – Partizipation und Integration steuernde – Bedeutung in der Gesellschaft. Die Erwerbstätigkeit des/der Einzelnen bestimmt die Qualität der Partizipation und Integration in die Gesellschaft. Ausgehend davon wird im »Erweiterten Theoriemodell der Rehabilitation«<sup>30</sup> die Dimension der »Persönlichen Merkmale« als zusätzliche Variable aufgenommen. Persönliche Merkmale, wie z. B. Alter, Geschlecht, Bildungsniveau etc., beeinflussen im wesentlichen die Erwerbsbeteiligung des/der Einzelnen.<sup>31</sup> Ausgehend von den Überlegungen von Gerdes/Weis zur Bedeutung der sogenannten »Persönlichen Ressourcen« im Rehabilitations- bzw. konkreter im Bewältigungsprozeß<sup>32</sup> kann gesagt werden, daß die Dimension »Persönliche Merkmale« als Folie und Feindimensionierung hinter den »Persönlichen Ressourcen« gesehen werden kann.

26 Bzw. der Status, den Menschen mit Behinderungen in einer Gesellschaft einnehmen.

27 Vgl. ebenda, Seite 24.

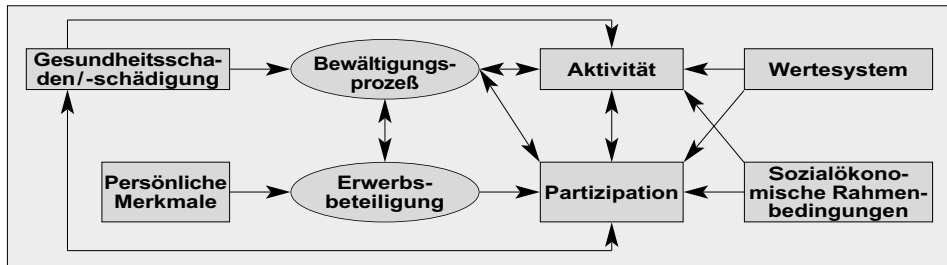
28 Vgl. ebenda, Seite 23f.

29 Die Beteiligung am beruflichen Erwerbsleben ist von höchster gesellschaftlicher Bedeutung. Neben dem ideellen Wert, der der Arbeitstätigkeit bzw. der Arbeitsleistung zugesprochen wird, ist die Berufstätigkeit die nachhaltigste Sicherung der materiellen Existenz. Die Integration behinderter Menschen in den Arbeits- und Berufsalltag bzw. der Erhalt der Erwerbsfähigkeit im Zuge von chronischen Erkrankungen oder schweren Verunfallungen ist als unabdingbare Maßnahme gesellschafts- und sozialpolitischen Handelns zu sehen (vgl. BABE 2003). Erwerbsbeteiligung ist darüber hinaus ein wichtiger Indikator zur Beschreibung der Lebenslage von Menschen mit Behinderungen.

30 Ebenda, Seite 24.

31 Die sogenannten »Persönlichen Merkmale« sind im Modell von Blumberger nicht ident zu setzen mit den von Gerdes/Weis sogenannten »Persönlichen Ressourcen«, die das Ziel des Rehabilitationsprozesses (Aktivität und Partizipation) beeinflussen. Gerdes/Weis (2000, Seite 51) weisen darauf hin, daß gerade der Bewältigungsprozeß durch die unterschiedlich vorhandenen persönlichen Ressourcen, unterteilt in psychische und soziale Ressourcen, bestimmt wird. Aktivität und Partizipation hängen nicht nur von der Leistungsfähigkeit der Betroffenen ab, sondern ebenso von den Leistungsanforderungen, die an ihre Umgebung gestellt sind. Ausgehend von dieser Überlegung kommen sehr wohl jene von Blumberger (2003) geforderten sozialökonomischen Rahmenbedingungen und die Verfaßtheit gesellschaftlicher Wertesysteme ins Spiel.

32 Vgl. Gerdes/Weis 2000, Seite 48f.

**Abbildung 3: Erweitertes Theoriemodell der Rehabilitation**Quelle: Blumberger 2003<sup>33</sup>

Blumberger schlägt unter Einbeziehung seiner Erweiterungen ein sogenanntes »Phasenmodell der beruflichen Rehabilitation« vor.<sup>34</sup> Ziel dieses Modells, gespeist aus dem erweiterten allgemeinen Theoriemodell der Rehabilitation, ist es dabei, möglichst allen an der Rehabilitation beteiligten Personen einen Bezugsrahmen für eine gemeinsame Diskussion zu ermöglichen.

## 4 Lebenslagenkonzept

»Lebenslage« ist in erster Linie als theoretisches Konzept zu verstehen, welches in der Soziologie, der Sozialplanung<sup>35</sup> und der wissenschaftlichen Sozialpolitik zum Einsatz kommt. Unter dem Lebenslagenansatz bzw. dem Lebenslagenkonzept wird mehrheitlich ein theoretischer Zugang verstanden, der sich auf mehrere Lebensbereiche und auf deren Ausprägungen bezieht, der die Verbindung zwischen den einzelnen Bereichen ernst nimmt und objektive Lagen wie subjektive Einstellungen ganzheitlich betrachtet. Lebenslage läßt sich als mehrdimensionales, nicht-kumulatives bzw. nicht hierarchisches Modell beschreiben, welches sowohl ökonomische, kulturelle, soziale als auch immaterielle Dimensionen in die Betrachtung und Analyse einbezieht.<sup>36</sup> Die einzelnen zu bewertenden Dimensionen sowie Ressourcen werden dabei verstanden als »(...) je individuelle Handlungsspielräume bzw. individuelle Ressourcen, die den Individuen von der Gesellschaft zur Verfügung gestellt werden, so daß diese dann vom Einzelnen je nach Möglichkeit und Bedürfnis genutzt werden«.<sup>37</sup> Lebenslage bezeichnet somit die unterschiedlichen Voraussetzungen zur Ausbildung und Realisierung von Interessen, Bedürfnissen, Werthaltungen und Deutungsmustern, die den Umgang mit spezifischen Anforderungen und Zumutungen und die gegebenen Handlungsspielräume dazu strukturieren. Lebenslagen sind damit immer auch als strukturierender sozialer Hintergrund für biographische Erfahrungen zu sehen.<sup>38</sup>

33 Vgl. Blumberger 2003, Seite 25.

34 Vgl. ebenda, Seite 27.

35 Z.B. in der Armutsforschung, Sozialberichterstattung.

36 Vgl. Deringer/Zwicky/Hirtz/Gredig 2002, Seite 3.

37 Ebenda.

38 Vgl. Chassé 1999, Seite 150.

Durch die Arbeiten von Wolf Rainer Wendt wurde in den 1980er Jahren das Konzept verstärkt in die Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit eingebracht.<sup>39</sup> Wendt versteht die Lebenslage als relationalen Zusammenhang aus »äußeren (gesellschaftlichen und kulturellen) Lebensbedingungen« und »inneren Zuständen« (in Form etwa von kognitiven und emotionalen Deutungs- und Verarbeitungsmustern), in welche Individuen verstrickt sind.<sup>40</sup> Es gilt, diese hier verortete Mehrdimensionalität wie auch die diagnostizierte zeitliche Dynamik bei der jeweiligen Beurteilung der Lebenslage zu berücksichtigen, wobei neben den »objektiven« Faktoren auch die subjektive Deutung der Betroffenen zu berücksichtigen ist.

Wesentlich für die Anwendung des Konzeptes der Lebenslage im Kontext der Sozialen Arbeit ist, daß es neben den Möglichkeiten zur Analyse sozialer Ungleichheiten auch dazu geeignet ist, Ressourcen und Belastungen der KlientInnen in der konkreten Hilfsprozeßplanung und im Case Management zu erfassen.<sup>41</sup> In einem ersten Schritt werden die »harten Fakten« aus der Lebenslage analysiert und gesammelt, bevor mithilfe rekonstruktiver, hermeneutischer Verfahren versucht wird, die subjektive Seite in Erfahrung zu bringen, um daraus Handlungsmöglichkeiten zu generieren.<sup>42</sup>

## 5 Lebensbewältigung

Die Lebenslage von Individuen ist nicht allein durch die »objektiven«, je unterschiedlichen Handlungsspielräume bestimmt, sondern auch durch die subjektiven Beurteilungen und Nutzungen der Lebensbedingungen durch die Betroffenen.<sup>43</sup> Die jeweils subjektive Seite der Lebenslage läßt sich daher auch mit dem Begriff der Lebensbewältigung bezeichnen: Lebensbewältigung umschreibt den subjektiven Prozeß des Aufschließens der Zugänge und Möglichkeiten, die in der Lebenslage liegen. Lebensbewältigung ist als aktive Leistung des einzelnen Subjekts, seiner alltäglichen Praktiken ebenso wie seiner Lebensentwürfe und Lebensperspektiven zu verstehen. Die Lebenslage des Individuums bildet dabei den strukturellen Kontext der Lebensbewältigung; das bedeutet nicht ausschließlich, daß die Lebensbewältigung durch die Lebenslage determiniert ist, sondern vielmehr, daß die Ansatzpunkte für die Wahrnehmung sozialer Chancen und gleichzeitig auch ihre Begrenzungen in der Lebenslage enthalten sind.<sup>44</sup>

Das Lebenslagenkonzept läßt sich als »Verstehendes Konzept«<sup>45</sup> begreifen, welches als Hintergrund für die individuellen Strategien der Lebensbewältigung gesehen werden kann. Es

39 Vgl. Wendt 1988.

40 Vgl. Meier Kressing/Husi 2002, Seite 20f.

41 Vgl. ebenda, Seite 20.

42 Vgl. ebenda. Ausformulierte Vorstellungen zu einer solchen Erfassung der individuellen Lebenslage finden sich in der Sozialen Arbeit unter den Stichworten »Biographisch-narrative Gesprächsführung« (Völzke), »Sozialpädagogisch-hermeneutische Diagnostik« (Mollenhauser/Uhlendorff), »Psychosoziale Diagnostik« (Harnach/Beck) und »Biographische Diagnostik« (Hansens).

43 Vgl. Deringer/Zwicky/Hirtz/Gredig 2002, Seite 3.

44 Vgl. Böhnisch/Funk 1998, Seite 54f.

45 Böhnisch 1994.



gründet dabei auf Kommunikation und Bewältigungshandeln, also darauf, daß sich die sinnhafte Perspektive des Subjekts nur über die Verwendung hermeneutischer Verfahren rekonstruieren läßt. Durch die Erfassung typischer Belastungen, Chancen, Ressourcen und Entwicklungsaspekte können Anknüpfungspunkte für die Lebensbewältigung, auch im möglichen Fall eines Rehabilitationsprozesses, gefunden werden.

## **6 Strategien und Handlungskompetenzen ganzheitlich-integrierter Rehabilitation**

Die strategische Umsetzung ganzheitlich-integrierter Rehabilitationsmaßnahmen basiert, so Mühlum/Gödecker-Geenen, auf Grundlagen der Sozialen Arbeit in der Rehabilitation.<sup>46</sup> Soziale Arbeit in der Rehabilitation kann als »Klinische (bearbeitende) Sozialarbeit« verstanden werden, ein Zugang, der durchaus umstritten ist, da es hier leicht zu Überschneidungen oder Verwechslungen mit anderen Professionen/Professionsbezeichnungen<sup>47</sup> kommen kann. Unter Berücksichtigung der Kernkompetenz der Sozialen Arbeit in der Rehabilitation, nämlich der Beratung, läßt sich daraus die Berufsbezeichnung des Rehabilitationsberaters/der Rehabilitationsberaterin<sup>48</sup> ableiten. Der klinische Kontext wird hier aufgebrochen, weil die Aufgabenbeschreibung und die methodische Vorgehensweise neben der Verortung im klinisch-medizinischen Rehabilitationssetting auch auf die berufliche Rehabilitation übertragbar sind.

Ausgehend vom Erstkontakt der RehabilitandInnen in der Klinik ist aber dennoch, so Mühlum/Gödecker-Geenen, »(...) die Bedeutung einer ganzheitlichen biopsychosozialen Perspektive für Anamnese, Diagnose und Intervention (...) unstrittig. Auf der Grundlage eines modernen Gesundheitsverständnisses im Sinne der Salutogenese (Aaron Antonovsky) ist sie Orientierungs- und Handlungsbasis rehabilitierender Sozialarbeit.«<sup>49</sup>

---

46 Mühlum/Gödecker-Geenen 2003, Seite 99.

47 Vgl. Profession und Berufsfeld »Klinischer PsychologInnen«.

48 Vgl. Mühlum/Gödecker-Geenen 2003, Seite 41. Der Begriff »RehabilitationsberaterIn« leitet sich amerikanischen »Rehabilitation Counsellor« ab. Gerade im Hinblick auf die Fokussierung einer ganzheitlichen Rehabilitation ist unter Einfluß des Antidiskriminierungsgesetzes »The Americans with Disabilities Act« ein umfassendes Konzept des »Rehabilitation Managements« entstanden, dessen Umsetzung durch die sogenannten »Rehabilitation Counsellors« erfolgt.

49 Ebenda, Seite 99. Salutogenese versteht sich als Gegensatz zur (in der Medizin verbreiteten) Pathogenese: Statt Krankheiten zu bekämpfen, sorgt sie sich um Gesundheit. Die wesentlichen Fragen dabei sind: Was ist Gesundheit? Tatsächlich nur die Abwesenheit von Krankheit oder nicht vielmehr die Abwesenheit von Lebensqualität? Wie fördert man Gesundheit? Und wie lassen sich (gesunde oder bereits erkrankte) Menschen zu gesundem Leben motivieren? In den 1980er Jahren kam die Forderung nach neuen Konzepten zur Förderung der Gesundheit auf. Das salutogenetische Modell von Antonovsky, das von einem erweiterten Gesundheitsverständnis ausgeht, und Ottawa-Charta (WHO) prägen heute maßgeblich Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. Im Vordergrund steht das Prozeßhafte und Wandelbare der Gesundheit. Entsprechend wird das Handlungsfeld für die Gesundheitsförderung einerseits bestimmt durch die Ressourcen oder auch Schutzfaktoren eines Individuums oder einer Gruppe, andererseits durch die äußeren Bedingungen, welche darauf einwirken.

Als Gegenstand klinischer – also behandelnder bzw. beratender – Sozialarbeit werden psychosoziale Störungen und körperliche Beeinträchtigungen in ihrem sozialen Zusammenhang genannt. Soziale Arbeit versteht sich dabei als Teil der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen, weil der konkrete Arbeitsauftrag bereits in diesem Kontext formuliert und umgesetzt wird. Als besondere Kompetenzen werden folgende Aspekte genannt:<sup>50</sup>

- Ganzheitlichkeit – in der alltagsnahen Bearbeitung von Krankheitsfolgen und Wiederherstellung von Gesundheit.
- Anwaltsfunktion – für die PatientInnen bei ihrer Begleitung durch das Versorgungssystem.
- Eigenständige Fachlichkeit – neben Medizin und Pflege hinsichtlich einer selbständigen Lebensführung und hinsichtlich des sozialen Umfeldes.
- Schnittstellenkompetenz<sup>51</sup> – zur Ressourcenerschließung zwischen »Dritten und Draußen«.
- Prophylaktischer Handlungsansatz – der die Selbstheilungskräfte gegen chronifizierende Einflüsse aktiviert.
- Außenwirkung der Institution – die durch Sozialarbeit erfahren kann, ob und wie sie die Erwartungen ihrer PatientInnen erfüllt.

Das konkrete berufliche Handeln der ProfessionistInnen in der Rehabilitation erfolgt vor dem Hintergrund einer umfassenden psychosozialen Diagnostik, welche die komplexe Lebenssituation der RehabilitandInnen erfaßt. Erst auf Grundlage einer eingehenden Diagnose können Behandlungs- und Interventionsschritte formuliert und individuelle Maßnahmen veranlaßt werden. Die Rolle, die dabei der Sozialen Arbeit zugestanden wird, ist die einer aktiven Prozeßbegleitung und personenbezogenen Beratung. Im Zentrum aller Aktivitäten und Interventionen steht dabei die intensive Auseinandersetzung mit der Erkrankung/Beeinträchtigung und den Folgen bzw. Konsequenzen für den Alltag, den Beruf und die künftige Lebenssituation.<sup>52</sup>

Bezogen auf die Berücksichtigung der unterschiedlichen Aspekte der Lebenssituation läßt sich ein charakteristisches Beratungsmodell bzw. ein Beratungsverlauf als Drei-Stufen-Modell beschreiben:<sup>53</sup>

- Lebenssituation vor der Erkrankung: Wie habe ich gelebt? Wie gearbeitet? Wie war meine soziale/wirtschaftliche Situation?
- Veränderung durch Krankheit/Unfall: Was hat sich seit der Erkrankung/Verunfallung verändert? Worunter leide ich besonders? In welchen Bereichen fühle ich mich eingeschränkt/behindert? Welche Sorgen bedrücken mich? Welche Entscheidungen stehen an?
- Lebenssituation mit der Krankheit/Verunfallung: Wie will ich mein Leben zukünftig gestalten? Was muß ich verändern? Welche Hilfen benötige ich? Wie kann ich wieder berufstätig werden? Welche Maßnahmen bzw. Anträge sind notwendig, um bestimmte Ansprüche zu stellen?

50 Vgl. ebenda, Seite 101.

51 Schnittstellenkompetenz bedeutet mitunter auch Kooperationskompetenz und Kooperationsfähigkeit.

52 Vgl. ebenda, Seite 109.

53 Vgl. ebenda.

Diese und weitere Fragen dienen als Grundlage für die Erarbeitung eines umfassenden Maßnahmenkataloges durch die SozialarbeiterInnen bzw. RehabilitationsberaterInnen in den Rehabilitationseinrichtungen, z. B. auch jenen der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA):<sup>54</sup>

### Übersicht 1: Maßnahmen der Rehabilitation

Beratung und Information	Soziale Maßnahmen	Berufliche Maßnahmen
Wirtschaftliche Absicherung	Abklärung der Wohnsituation	Entwicklung neuer Berufsperspektiven
Rechtliche Fragen	Vermittlung von Hilfsdiensten	Einleitung von Umschulungen
Information bzgl. Förderungen	Fahrschule	Firmeninterventionen
Kontakte zu Ämtern und Institutionen	Soziales Kompetenztraining	Arbeitsplatzadaptierung
Broschüren und Info-Material	Freizeitveranstaltungen	Unterstützung bei Antragstellungen

Quelle: Sozialarbeit im Rehabilitationsteam, AUVA 2003

Die Bearbeitung derart umfangreicher Maßnahmen bedarf eines fachlich gut koordinier- und planbaren methodischen Zuganges. Mühlum/Gödecker-Geenen verweisen in diesem Zusammenhang auf die Verwertbarkeit des Case Managements<sup>55</sup> aus der Sozialen Arbeit für die Rehabilitation: »Das Case Management (CM) ist eine grundlegende Methode der Sozialen Arbeit zur Fall- und Systemsteuerung, Unterstützungsleistungen für KlientInnen sollen also möglichst wirksam geplant, organisiert und koordiniert werden. Die Methode ist planerisch und dokumentarisch nachvollziehbar sowie evaluierbar. CM in der Rehabilitation bedeutet, für und mit RehabilitandInnen zielbewußt Grundlagen zu erarbeiten, die dazu befähigen, z. B. während und nach dem Aufenthalt in der Klinik angemessene Entscheidungen beruflicher und sozialer Art zu treffen und möglichst aus eigener Kraft das Leben zu meistern. Die Nähe zum Empowerment ist unverkennbar.«<sup>56</sup>

Zentral für dieses Vorgehen sind die aktive Einbindung der RehabilitandInnen und deren Angehörigen in den Prozeß, die genaue Abstimmung der einzelnen Maßnahmen innerhalb des

<sup>54</sup> Vgl. AUVA 2003, Seite 3.

<sup>55</sup> Neben dem hier skizzierten Case Management, kommen vor allem im Bereich des beruflichen Rehabilitationsmanagements noch folgende Konzepte zum Einsatz:

- Fallmanagement: Optimierung der Hilfe im konkreten Einzelfall bzw. in der konkreten Einzelfallhilfe;
- Systemmanagement: Optimierung der Versorgung im jeweiligen Zuständigkeitsbereich einer Organisation in der Rehabilitationskette;
- Care Management: Führung / Begleitung einer einzelnen Person im Rehabilitationsprozeß mit dem Ziel einer Gewährleistung optimaler Rehabilitationsleistungen. Die Methode des Care Managements weist einen fließenden Übergang zum skizzierten Case Management auf.

<sup>56</sup> Mühlum/Gödecker-Geenen 2003, Seite 110. CM in der Sozialen Arbeit beruht auf unterschiedlichen methodischen Elementen, mittels welcher es möglich wird, die umfassenden Planungsaufgaben gut zu bewältigen. Zu den einzelnen Teilelementen zählen das Unterstützungsmanagement, Vernetzungsmanagement, Informationsmanagement und Steuerungsmanagement. Innerhalb des Prozesses wird drei Aufgabenbereichen eine besondere Bedeutung zugemessen, nämlich der Koordinationsfunktion, der Anwaltsfunktion und der Beratungsfunktion (vgl. Mühlum/Gödecker-Geenen 2003, Seite 111f). Ziel aller CM-Strategien ist die bestmögliche Abstimmung und Optimierung des konkreten Unterstützungsbedarfes für RehabilitandInnen unter Einbezug derer aktiven Beteiligung.

Rehabilitationsteams, die Vernetzung (nach außen) zu Institutionen, wie z. B. zu Rehabilitations- und Kostenträgern, sowie letztlich auch die Einbeziehung der MultiplikatorInnen der Sozialen Arbeit für den Themenbereich der Rehabilitation hinsichtlich der gesellschafts- und sozialpolitischen Ebene.<sup>57</sup> Daß hier von den SozialarbeiterInnen in der Rehabilitation bzw. den RehabilitationsberaterInnen eine hohe Methodenkompetenz abverlangt wird, ist erkennbar. Es ist zu erwarten, daß die RehabilitationsberaterInnen aufgrund der Arbeit an den unterschiedlichen Schnittstellen mit enormen Rollenanforderungen konfrontiert sind, die mitunter auch ein hohes Konfliktpotential bewirken können. Die Anforderungen eines ganzheitlich-integrierten Rehabilitationsverständnisses erfordern fachlich qualifizierte ProfessionistInnen, die in der Lage sind, die nötigen Differenzierungs- und Reflexionsleistungen an den unterschiedlichen Schnittstellen zu kommentieren und zu moderieren, um mit den RehabilitandInnen einen möglichst konstruktiven und gelingenden Integrationsprozeß zu erarbeiten bzw. vorzubereiten.<sup>58</sup>

RehabilitationsberaterInnen haben in der Regel, so Mühlum/Gödecker-Geenen, ein vierfaches Mandat:<sup>59</sup>

- »1. Für RehabilitandInnen sind sie GesprächspartnerInnen und HelferInnen in persönlichen und rehabilitativen Angelegenheiten sowie VermittlerInnen zu Funktionsstellen innerhalb und außerhalb der BFW<sup>60</sup>;
2. Für Familie und soziales Umfeld des/der Klienten/Klientin sind sie AnsprechpartnerIn, insbesondere zur Problembearbeitung und Ressourcenmobilisierung;
3. Für Kostenträger sind sie die Rehabilitationsfachkräfte mit kontinuierlichem Kontakt zu den RehabilitandInnen und gewissermaßen »GarantInnen« des Rehabilitationserfolges;
4. Für die Maßnahmenträger nehmen sie Organisations- und Betreuungsaufgaben wahr, beugen potentiellen Schwierigkeiten vor und bearbeiten akute Probleme, um die Maßnahme nicht zu gefährden.«

Die Orientierung an einem ganzheitlich-integrierten Rehabilitationsverständnis wird durch die Teilhabe der RehabilitationsberaterInnen (die Anerkennung ihrer Methoden und Kompetenzen) im Rehabilitationsteam der Rehabilitationsanstalten der AUVA<sup>61</sup> zum Ausdruck gebracht. Die im Kontext der sozialen Rehabilitation<sup>62</sup> zuordenbare Leistung der Sozialberatung be-

57 Vgl. AUVA 2003, Seite 4.

58 Vgl. Weber 2001, Seite 295f.

59 Mühlum/Gödecker-Geenen 2003, Seite 125f.

60 BFW – Berufsförderwerk. Einrichtung zur beruflichen Rehabilitation. Die wesentlichen Aufgaben des Sozialdienstes im BFW werden von SozialarbeiterInnen, die auch als RehabilitationsberaterInnen bezeichnet werden, wahrgenommen. Mühlum/Gödecker-Geenen (2003, Seite 124f) beziehen ihre Ausführungen zur Bedeutung der Beratung im Kontext einer ganzheitlichen-integrativen Rehabilitation auf das Beratungskonzept des BFW.

61 AUVA – Unfallversicherungsanstalt – in ihrer Zuständigkeit für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten.

62 Maßnahmen der sozialen Rehabilitation umfassen solche Leistungen, die über die medizinischen und beruflichen Maßnahmen hinaus geeignet sind, die Erreichung des Rehabilitationszieles zu unterstützen. Zu den sozialen Maßnahmen gehört in jedem Fall die regelmäßige Betreuung der RehabilitandInnen vor und nach Erreichung des Rehabilitationszieles. Die Maßnahmen sollen zur Festigung der Rehabilitationsziele beitragen (vgl. AUVA 2003b, Seite 20).

ginnt in der AUVA bereits im Krankenhaus, wo versucht wird, mit den PatientInnen so rasch wie möglich Kontakt aufzunehmen. Darüber hinaus wirken die den jeweiligen Landesstellen zugeordneten RehabilitationsberaterInnen an sämtlichen (im Gesetz, ASVG §201) vorgesehenen Maßnahmen der beruflichen und sozialen Rehabilitation mit. Im Einzelfall werden diese Maßnahmen erörtert und in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Behörden (AMS, Dienstgeber etc.) verwirklicht.<sup>63</sup> Stärker noch als im Kontext der AUVA, in welcher die Fokussierung eines ganzheitlichen-integrativen Rehabilitationsverständnisses durch die unterschiedlichen Leistungen definiert wird, dürfte sich im Rahmen der beruflichen Rehabilitation der Grundsatz der Ganzheitlichkeit durchgesetzt haben. Als tragende Institution der beruflichen Rehabilitation kann das BBRZ genannt werden (Standorte: Linz bzw. regionale Zentren, wie z. B. in Kapfenberg).

Die Initiative, ein berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum in Österreich zu gründen, eben das BBRZ, geht auf das Arbeitsmarktförderungsgesetz von 1969 zurück, welches es der Arbeitsmarktverwaltung ermöglichte, bestimmte Personengruppen bevorzugt zu behandeln; eine davon war die Gruppe der Menschen mit Behinderungen.<sup>64</sup> VertreterInnen der ArbeitnehmerInnenorganisationen, der Arbeitsmarktverwaltung und des Sozialministeriums haben zur Umsetzung eines derartigen Zentrums das BFI Linz beauftragt. Die als politische Entscheidung zu wertende Initiative für ein Zentrum zur beruflichen Bildung und Rehabilitation ist auf den seinerzeitigen Umstand eines akuten Mangels an qualifizierten Arbeitskräften zurückzuführen. Die Initiative konnte als »Maßnahme der Reaktivierung der beruflichen Reservearmee« gesehen werden. Personengruppen, welche aufgrund einer Behinderung vorzeitig aus dem Arbeitsprozeß ausscheiden mußten, sollten durch »Ein-, Um- und Nachschulungsmaßnahmen« wieder in den Arbeitsprozeß eingegliedert werden.<sup>65</sup> Die letztendliche Vereinsgründung mit dem Namen »Berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum Linz« ist auf die 32.ASVG-Novelle von 1977 zurückzuführen, welche sich durch einen erweiterten sozialpolitischen Auftrag der Rehabilitation auf die Pensionsversicherungen kennzeichnet.<sup>66</sup> Diese hatten entweder selbst für die Bereitstellung von Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation zu sorgen bzw. mußten diesem Auftrag anderweitig gerecht werden. Die verstärkte Fokussierung eines ganzheitlichen Rehabilitationsansatzes im Rahmen der beruflichen Rehabilitation ist auf die strukturellen Veränderungen des Arbeitsmarktes und des generellen gesellschaftlichen Veränderungsprozesses in den 1980er Jahren zurückzuführen. Moustakakis weist darauf hin, daß – neben den technologischen Entwicklungen und Veränderungen am Arbeitsmarkt – die ständig steigenden Arbeitslosenquoten insbesondere Menschen mit Behinderungen betrafen.<sup>67</sup> Im BBRZ wurde auf diese Veränderungen reagiert und der beruflichen Rehabilitation eine neue Ausrichtung zgedacht, die sich auf diese neuen sozioökonomischen Bedingungen einzulas-

---

63 Vgl. AUVA 2003b, Seite 21.

64 Vgl. Moustakakis 2001, Seite 110.

65 Vgl. ebenda.

66 Vgl. ebenda.

67 Vgl. Moustakakis 2001, Seite 113.

sen hatte. Die Erfahrungen des BBRZ in der beruflichen Rehabilitation waren Basis für eine Neugestaltung der Berufsfindung im Sinne der beruflichen Orientierung und der Entwicklung beruflicher Perspektiven, und zwar abgestimmt auf die Bedürfnisse und regionalen Lebenskontexte der RehabilitandInnen. Die Neugestaltung sollte »(...) weg von der abstrakten Diagnosestraße (...) hin zu einer klientenzentrierten Arbeitsform. Eigeninitiative, Selbstverantwortung bei der Entscheidung für einen beruflichen Neustart, Hilfe zur Selbsthilfe prägten die Maßnahmenkonzepte des BBRZ ab Mitte der Achtziger Jahre«.<sup>68</sup>

Neben der verstärkten Fokussierung auf die Bedürfnisse der RehabilitandInnen selbst wurde das Augenmerk auch – gerade im Hinblick auf die regionalen Zentren des BBRZ<sup>69</sup> –, auf die regionalen Anforderungen und Bedingungen der dortigen Arbeitsmärkte gelegt. Die institutionelle berufliche Rehabilitation, wie sie im BBRZ durchgeführt wird, kann in zwei unterschiedliche Bereiche unterteilt werden. Ausgehend von einer umfassenden Perspektivenentwicklung und einer eingehenden Diagnose findet die berufliche Orientierung bzw. Reorientierung der RehabilitandInnen statt. Der zweite Bereich umfaßt die berufliche Qualifizierung bzw. Requalifizierung der RehabilitandInnen. Grundsätzlich werden die Ausbildungs- und Qualifizierungspläne im Hinblick auf den ganzen Menschen und nicht nur auf das Fachwissen aufgestellt. Die erlernten Inhalte werden durch die Kooperation und den ständigen Kontakt mit Unternehmen angewendet, erweitert und überprüft, und die TeilnehmerInnen haben somit die Möglichkeit, das erworbene Wissen auch zu verwerten. Durch die Verbindung von berufsrelevanten Qualifikationen und Maßnahmen kommen auch Hilfen zur adäquaten Bewältigung von Freizeit und allgemeine lebenspraktische Angebote. Im Vordergrund aller Maßnahmen steht die Bemühung um eine dauerhafte Integration der TeilnehmerInnen in den Arbeitsmarkt durch maßgeschneiderte Angebote. Dies bedeutet auch, daß Personen, welche eine nicht behebbare Behinderung aufweisen, eine dauerhafte Beschäftigung – auch im Rahmen der Geschützten-Werkstätten-Integration – erreichen sollen. Die Zuweisung der RehabilitandInnen bzw. KursteilnehmerInnen erfolgt durch das Arbeitsmarktservice, durch die Pensionsversicherungsanstalten der Arbeiter und Angestellten oder die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt. Das Zielgruppenspektrum des BBRZ ist breit gestreut. Zum einen zählen sowohl Erwachsene, die ihren erlernten Beruf aus Gründen, wie z. B. Krankheit oder Unfall, nicht mehr ausüben können, als auch Jugendliche oder Erwachsene mit Beeinträchtigungen körperlicher oder/und psychischer Art zur Zielgruppe. Darüber hinaus werden in den Einrichtungen auch Jugendliche mit Lernproblemen oder Familienproblemen betreut. Diese Zielgruppenstreuung erfordert einen breiten professionsbezogenen Arbeitsansatz. So zählen neben Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation auch Maßnahmen aus der Sozial- und Behindertenpädagogik zu den Angeboten des BBRZ.<sup>70</sup>

---

68 Ebenda, Seite 113.

69 Regionale Zentren sind z. B. das BBRZ Wien oder das BBRZ Kapfenberg.

70 Vgl. Haider 2001, Seite 19f.

## 7 Ergebnisse aus den qualitativen Interviews der Studie »Individuelle Lebenslagen von RehabilitandInnen«

### 7.1 Zentrale Aspekte und Fragestellungen

Im Rahmen der Studie »Individuelle Lebenslagen von RehabilitandInnen« wurden anhand qualitativer Tiefeninterviews folgende Aspekte eingehend diskutiert:

- I **Lebenslage:** Welche allgemeinen Abhängigkeitsfaktoren für »gelingende Rehabilitationsmaßnahmen« gibt es? Solche Faktoren können beispielsweise folgende sein: Status der Berufstätigkeit und (regionale) Arbeitsbedingungen, Bildungsstatus vor Verunfallung/ Krankheitsausbruch, das Alter der betroffenen Person. Dazu zählt aber auch die Frage: Welchen Möglichkeitsspielraum haben RehabilitandInnen am Arbeitsmarkt? Diese Frage bezieht sich auf den gesetzlichen, sozial- und arbeitsmarktpolitischen Rahmen von Rehabilitation.
- II **Lebensbewältigung (individuelle Lebenslage):** Welche individuellen und handlungsorientierten Faktoren tragen zu einer erfolgreichen Rehabilitation bei? Solche Faktoren können etwa motivationale oder familiäre Aspekte sein (Einbettung und/oder Vorhandensein eines sozialen Netzwerkes, Behinderung). Weiters die Frage: Welchen Möglichkeitsspielraum sehen RehabilitandInnen?
- III **Wechselwirkungen:** Welche Wechselwirkungen zwischen Lebenslage und Lebensbewältigung (subjektive Lebenslage) gibt es? Dies betrifft den Möglichkeitsspielraum der Aktivierung eines Selbsthilfepotentials der RehabilitandInnen und ist somit im wesentlichen dem Teilbereich der sozialen Rehabilitation zuzuordnen.
- IV **Erfolgreiche Rehabilitation:** Welche Faktoren weisen eine bestimmte Lebenslage als Erfolg für Rehabilitationsmaßnahmen aus? In diesem Zusammenhang muß auch der Frage nachgegangen werden, wie »Erfolg« bzw. »erfolgreich« im Zusammenhang mit Rehabilitation definiert werden. Zu erwarten ist, daß es hier starke Unterschiede in der Auffassung von Erfolg geben wird, und zwar sowohl innerhalb der Gruppe der RehabilitandInnen (aufgrund ihrer individuellen Lebenskonzepte) als auch möglicherweise zwischen der Gruppe der RehabilitandInnen und der arbeitsmarktpolitischen Definition von erfolgreicher Rehabilitation. Die grundsätzlichen Fragen dabei lauten:
  - Welche individuellen und lebenslagenspezifischen Faktoren führen zu einer erfolgreichen Rehabilitation nach verletzungs- und krankheitsbedingter Abwesenheit vom Berufsalltag?
  - Was ist erfolgreiche Rehabilitation? Und weiters:
  - Wie kann Rehabilitation für das Individuum erfolgreich sein?
  - Wie kann Rehabilitation arbeitsmarktpolitisch erfolgreich sein?

## 7.2 Zusammenfassende Darstellung und Bewertung der Ergebnisse aus den Interviews

Allgemeine relevante Faktoren in der Rehabilitation sind:

- Situation am regionalen Arbeitsplatz.
- Individuelle berufliche Situation – Erwerbsstatus.
- Beruflicher Werdegang – Ausbildung.
- Situation der wirtschaftlichen und sozialen Absicherung.
- Soziales Netzwerk und Umfeld.
- Kontakt zu Institutionen – Kooperationsbeziehungen.
- Alter und Geschlecht.
- Grad der Erkrankung bzw. Behinderung: Ängste, Hoffnungen, Erwartungen, Druck.

Individuelle Einflußfaktoren auf den Rehabilitationserfolg sind:

1. Berufstätigkeit vor der Rehabilitation → Fragmentarische Berufsbiographien stellen eine doppelte Hürde für den Wiedereinstieg in die Arbeitswelt dar.
2. Bildungsstatus vor Rehabilitation → Rehabilitationsmaßnahmen können eine Chance zur Höher- und Weiterqualifizierung darstellen.
3. Regionale Arbeits(market)bedingungen → Auswirkungen auf Reintegrationsmöglichkeiten und Reintegrationsbereitschaft sowie auf die grundsätzliche Realisierbarkeit von Arbeitsmöglichkeiten.
4. Alter und Geschlecht → Das individuelle Alter und das Geschlecht von RehabilitandInnen beeinflussen die »Zugänglichkeit« zu Rehabilitationsmaßnahmen.
5. Kontakt mit Institutionen → Gelingende Kooperationsbeziehungen zu BetreuerInnen und BeraterInnen (REHA-Angebote) nehmen Einfluß auf den Erfolg von Rehabilitationsprozessen. Der Aspekt der Freiwilligkeit in der Inanspruchnahme von REHA-Angeboten spielt eine maßgebliche Rolle im Hinblick auf den Erfolg von Maßnahmen.
6. Soziale Netzwerke → Unterscheidung zwischen privaten und institutionellen Netzwerken, also Freundeskreis (psychologische Alltagsunterstützung, Familie) bzw. Unterstützung in »krankheitsspezifischer Umgebung« (wichtiger Unterstützungsfaktor REHA-Gruppe).
7. Erfolg → Akzeptanz der »neuen Lebenssituation«, Teilnahme/Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen, Ingangsetzung von Veränderungsprozessen im allgemeinen, Erreichung klar definierter, individueller Zielsetzungen.

Die ausgewerteten Rehabilitationserfahrungen der InterviewpartnerInnen können auch unter kritischer Betrachtung als gelungen bzw. erfolgreich bezeichnet werden. Bemerkt werden muß, daß nicht alle InterviewpartnerInnen zum Zeitpunkt des Interviews auf einen abgeschlossenen Reintegrationsprozeß verweisen konnten. Mehrheitlich waren die interviewten Personen noch in Schulungs- und Ausbildungsmaßnahmen von Rehabilitationseinrichtungen. Es können daher noch keine Aussagen über die endgültige Wiedereinglie-



derung in den Arbeitsmarkt getroffen werden. Vielmehr ging es um das Aufzeigen individueller Rehabilitationserfahrungen in einem gemeinsamen Kontext, nämlich vorwiegend dem der beruflichen und sozialen Rehabilitation. Die je individuellen Rehabilitationsgeschichten haben aber mehr oder weniger gemeinsame Linien. Die Gemeinsamkeiten beziehen sich sowohl auf die wahrgenommenen Hilfestellungen als auch auf die erzielten Veränderungen und Zukunftsperspektiven. Aus den Gesprächen konnten Themenschwerpunkte für die Rehabilitation im Kontext arbeitsmarktpolitischer Ansatzpunkte herausgearbeitet werden. So läßt sich sagen, daß RehabilitandInnen und vermutlich auch RehabilitationsexpertInnen immer wieder damit konfrontiert sind, sich mit folgenden Themenbereichen auseinanderzusetzen:

- Fragen hinsichtlich der allgemeinen Abhängigkeitsfaktoren für »gelingende Rehabilitationsmaßnahmen«.
- Fragen hinsichtlich des Möglichkeitsspielraumes, den RehabilitandInnen am Arbeitsmarkt einnehmen.
- Fragen hinsichtlich der individuellen und handlungsorientierten Faktoren, die zu einer erfolgreichen Rehabilitation beitragen.
- Fragen hinsichtlich eines gelingenden, von Kooperation geprägten Umganges mit arbeitsmarktpolitischen Institutionen und Trägereinrichtungen.
- Fragen hinsichtlich der je individuellen Wechselwirkung zwischen Lebenslage und Lebensbewältigung der RehabilitandInnen.

Die Analyse der Interviews hat ergeben, daß berufliche und soziale Rehabilitation dann gelingen kann, wenn grundsätzlich Veränderungsprozesse in Gang gesetzt und nachstehende Erfahrungsprozesse für die RehabilitandInnen gewährt werden können:

- Wenn die RehabilitandInnen die ihnen zukommende Wertschätzung in ihrem Selbstsein spüren und diese Wahrnehmung die vorhandene »Defizitwahrnehmung« – arbeitslos, behindert, krank etc. – durchbrochen wird. Dies kann als Basis für arbeitsmarktpolitische Tätigkeiten angesehen werden, durch welche Vertrauen entsteht, und zwar sowohl in die Hilfe und Unterstützung (z. B. AMS) als auch in sich selbst, und die dazu motiviert, sich auf das Kommende einzulassen und sich daran aktiv zu beteiligen.
- Wenn RehabilitandInnen sich selbst für Veränderungsprozesse verantwortlich sehen können und auch dazu aufgefordert werden, selbstverantwortlich die dafür notwendigen Kompetenzen und Ressourcen zu aktivieren und nicht durch den professionellen Wissens- und Kompetenzvorsprung der Fachkräfte gehemmt werden. Die arbeitsmarktpolitischen Fachkräfte befinden sich in der Rolle derer, die die Schritte zur Aktivierung unterstützen und begleiten, ohne die RehabilitandInnen dabei zu bevormunden, die sehr wohl aber in entscheidenden Situationen aktiv werden und gegebenenfalls auch einschreiten, wobei die gesetzten Handlungen für die RehabilitandInnen transparent sein müssen. Darüber hinaus zeigte sich, daß die RehabilitandInnen die professionelle Kompetenz bei den arbeitsmarktpolitischen Fachkräften voraussetzen und auch erwarten.

- Wenn die RehabilitandInnen unmittelbare und konkrete Entlastungen und Erleichterungen erleben. Als entlastend können einerseits Gespräche empfunden werden, die neue Perspektiven eröffnen, andererseits können aber auch konkrete praktische Unterstützungen entlasten, so z.B. die Bewilligung einer Umschulungsmaßnahme, die Bereitstellung von Informationen über weiterführende Hilfsnetzwerke, die Bereitstellung von Informationen über rechtliche und finanzielle Ansprüche.

## 8 Fazit

### Übersicht 2: Einflußfaktoren auf den Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen

Sozial	Psychisch	Umweltfaktoren
Soziales Netz, ökonomische Situation, soziale Sicherung	Motivation, psychische Stabilität, Coping-Strategien	REHA-Angebote, Leistungsanforderungen, soziale Normen und Werte, Arbeitsmarkt allgemein
<p>Bewältigung ist ein sich verändernder Prozeß.            Nicht die Bewertung der objektiven Belastungen, sondern wie Menschen Belastungen subjektiv wahrnehmen, ist wesentlich.            Von Bewältigung zu sprechen setzt nicht ausschließlich die Definition eines »objektiven Erfolges« voraus.            Entscheidend ist der Versuch oder der Prozeß, eine Veränderung oder Bewältigung zu initiieren.            (Berufliche) Rehabilitation kann dann gelingen, wenn grundsätzlich Veränderungsprozesse in Gang gesetzt werden und wenn RehabilitandInnen folgende Erfahrungsprozesse gewährt werden können:</p>		
Wertschätzung	Selbstverantwortung	Unmittelbare, konkrete Entlastung
»Selbstsein« ermöglichen Abkehr von »Defizitwahrnehmung« Aufbau von Vertrauensbeziehungen	Aktivierung von Kompetenzen und Ressourcen Wahrnehmung professioneller Kompetenzen der ExpertInnen	Informationen Finanzielle Unterstützungen

## 9 Literatur

- Allgemeine Unfallversicherungsanstalten (AUVA) (2003a): Sozialarbeit im Rehabilitationsteam, Wien.
- Allgemeine Unfallversicherungsanstalten (AUVA) (2003b): Rat und Hilfe bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten. Aufgaben und Leistungen, Wien.
- Böhnisch, Lothar/Funk, Heide (1989): Jugend im Abseits – Zur Lebenslage Jugendlicher im ländlichen Raum, Weinheim/München.
- Böhnisch, Lothar (1994): Gespaltene Normalität. Lebensbewältigung und Sozialpädagogik an den Grenzen der Wohlfahrtsgesellschaft, Weinheim/München.
- Böhnisch, Lothar (1999): Sozialpädagogik der Lebensalter. Eine Einführung, Weinheim/München.

- Böhnisch, Lothar (2001): Sozialpädagogik der Lebensalter. Eine Einführung, Weinheim/München.
- Blumberger, Walter (2003): Wissenschaftliche Grundlagen der beruflichen Rehabilitation, Linz, Seite 2 (siehe auch: [www.ibe.co.at/web/aktuell/aktuell.301.pdf](http://www.ibe.co.at/web/aktuell/aktuell.301.pdf)).
- BMSG (2002): Bericht über die soziale Lage. Analysen und Ressortaktivitäten. Soziale Sicherung, Gesundheit, Geschlechter, Generationen, Einkommen 2001–2002, Wien.
- BMSG (2003): Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten Menschen in Österreich, Wien.
- Chassé, Karl-August (1999): Soziale Arbeit und Lebenslage – Zur Einführung in das Lebenslage Konzept, in: Treptow, R./Hörster, R.: Sozialpädagogische Integration – Entwicklungsperspektiven und Konfliktlinien, Weinheim/München, Seite 147–154.
- Deringer, Sabine/Zwicky Heinrich/Hirtz, Melanie/Gredig, Daniel (2002): Lebenslage und Lebensbewältigung von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz, Kurzbericht, Fachhochschule Aargau Nordostschweiz, Department Soziale Arbeit, Brugg ([www.sozialstaat.ch/global/projects/handicap/gredig/\\_1.pdf](http://www.sozialstaat.ch/global/projects/handicap/gredig/_1.pdf)).
- Gerdes, Nikolaus/Weis, Joachim (2000): Zur Theorie der Rehabilitation, in: Bengel, Jürgen/Koch, Uwe (Hg.) (2000): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften, Berlin, Seite 41–68.
- Haarmann, Eva Maria/Spiess, Ilka (2002): Verbindung schaffen zwischen behinderten-, berufs- und sozialpädagogischer Arbeit: Begleitende Hilfen im Arbeitsleben, in: Baabe, Sabine/Haarmann, Eva Maria/Spiess, Ilka (Hg.) (2002): Für das Leben stärken – Zukunft gestalten, Paderborn, Seite 74–95.
- Haiden, Claudia (2001): Möglichkeiten der sozialen Rehabilitation aufgezeigt am Beispiel des BBRZ (Berufsbildendes Rehabilitationszentrum) Steiermark/Kärnten, Diplomarbeit, Graz.
- Heckl, Eva/Dorr, Andrea/Sheikh, Sonja/Simbürger, Elisabeth/Rapa, Silvija/Egger, Andrea (2003): Maßnahmen für Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen – Evaluierung, Analyse, Zukunftsperspektiven. Arbeitspapier Teil 1 und Teil 2, KMU Forschung Austria (Hg.), Wien.
- Hradil, Stefan (1987): Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft, Opladen.
- Kardorff, Ernst von (2000): Qualitative Forschung in der Rehabilitation, in: Bengel, Jürgen/Koch, Uwe (Hg.): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften, Berlin, Seite 409–428.
- Koch, Uwe/Bengel, Jürgen (2000): Definition und Selbstverständnis der Rehabilitationswissenschaften, in: Bengel, Jürgen/Koch, Uwe (Hg.) (2000): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften, Berlin, Seite 3–17.
- Kleve, Heiko (1999): Postmoderne Sozialarbeit, Aachen.
- Kunze, Heinrich/Pohl, Julia (2002): Leitlinien zur Rehabilitation und Integration, in: Schmidt-Zadel, Regina/Pörksen, Niels (Hg.) (2002): Teilhabe am Arbeitsleben. Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, Bonn, Seite 198–214.
- Moustakakis, Lambros (2001): Perspektivenentwicklung im beruflichen Rehabilitationsmanagement. Diagnose-, Prozeß-, und Implementierungsmanagement zur beruflichen und sozialen Integration erwachsener Behinderter unter besonderer Berücksichtigung des BBRZ Linz, Dissertation, Linz.

- Mühlum, Albert/Gödecker-Geenen, Norbert (2003): Soziale Arbeit in der Rehabilitation, München/Basel.
- Meier Kressig, Marcel/Husi, Gregor (2002): Auf den Spuren des Lebens. Eine Weiterentwicklung des Lebenslagenkonzepts, in: Sozial Aktuell, Nr. 15, Basel, Seite 20–23.
- Schefold, Werner (1999): Biographie, Lebenslauf und Sozialpädagogik, Weinheim/München.
- Steiner, Karin/Weber, Maria (2005): Individuelle Lebenslagen von RehabilitandInnen: Erfolgsaspekte der sozialen und beruflichen Rehabilitation, im Auftrag des AMS Österreich, Wien.
- Schubert, Franz-Christian (2004): Den Blick erweitern: Sozialökologische Konzeptionen in Sozialarbeit und Beratung. Der Artikel spiegelt Teile eines Forschungsprojektes an der Fachhochschule Niederrhein zum Thema »Bewältigung von Lebenskrisen und psychosozialen Problemen im Rahmen von individuumübergreifenden, umweltorientierten Beratungsverfahren« wider; siehe auch: [www.fh-niederrhein.de/fb06/buecher/band\\_12/grund\\_3.html](http://www.fh-niederrhein.de/fb06/buecher/band_12/grund_3.html) (Stand: 10. Februar 2004).
- Steingruber, Alfred (2000): Der Behindertenbegriff im österreichischen Recht, Diplomarbeit, Graz, Kurzzusammenfassung: [www2.uibk.ac.at/bidok/library/recht/steingruber-recht.html](http://www2.uibk.ac.at/bidok/library/recht/steingruber-recht.html) (Stand: 06. Jänner 2004).
- SOZIALE SICHERHEIT – Fachzeitschrift der Österreichischen Sozialversicherung (2003/Nr.7/8), Wien.
- Statistik Austria (Hg.) (2004): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik, Wien.
- Statistik Austria (2002): Mikrozensus Sonderprogramm Juni 2002 Beeinträchtigungen und Behinderungen, Wien.
- Wörister, Karl/Rack, Herta (2003): Sozialschutzsysteme in Österreich. Ein Überblick, BMSG (Hg.), Wien.
- Welsch, Wolfgang (1993): Unsere Postmoderne Moderne, 4. Auflage, Berlin.
- Weber, Maria Elisabeth (2001): Familien als Koproduzenten sozialpädagogischer Interventionen – Zur Innensicht Sozialpädagogischer Familienhilfe, Dissertation, Graz.
- Wendt, Wolf Rainer (1988): Das Konzept der Lebenslage. Seine Bedeutung für die Praxis der Sozialarbeit, in: Blätter der Wohlfahrtspflege, Jahrgang 135, Heft 4, Seite 79–83.
- Wendt, Wolf Rainer (2001): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung, 3. Auflage, Freiburg im Breisgau.

# **Karin Meng**

## **REHA-Leistungen zur Förderung der Erwerbsfähigkeit – Prädiktoren einer erfolgreichen medizinischen Rehabilitation**

### **1 Einführung**

Rehabilitation als Leistung des Sozial- und Gesundheitssystems kommt für Personen in Frage, die behindert oder von Behinderung bedroht sind. Dabei gelten Menschen als behindert, »(...) wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist« (§ 2 SGB IX). Menschen, die von Behinderung bedroht sind, sind den Behinderten damit gleichgestellt. Dies führt dazu, daß in Deutschland, anders als in vielen anderen Staaten, auch die Rehabilitation bei chronischen Krankheiten (z. B. bei degenerativen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, Erkrankungen des Kreislaufsystems etc.) eine wichtige Aufgabe der medizinischen Rehabilitation ist.<sup>1</sup> Dabei ist es ein wesentliches Ziel der Rehabilitation, für Menschen mit eingeschränkter oder gefährdeter Erwerbsfähigkeit die Teilhabe am Arbeitsleben dauerhaft zu sichern (§ 4.3 SGB IX). In einer Zeit hoher Arbeitslosigkeit und unter Berücksichtigung der demographischen Alterung der Erwerbsbevölkerung in Deutschland stellt diese Aufgabe eine besondere Herausforderung dar, da sich Menschen mit eingeschränkter oder gefährdeter Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt behaupten müssen. Der folgende Beitrag befaßt sich mit Prädiktoren einer erfolgreichen medizinischen Rehabilitation, deren Ziel der Erhalt der Erwerbsfähigkeit ist.

### **2 Hintergrund – Das deutsche Rehabilitationssystem**

Das deutsche Rehabilitationssystem ist verglichen mit dem internationalen Maßstab besonders gut ausgebaut. Das betrifft den Anteil an Rehabilitationsleistungen, die erbracht werden, sowie Anzahl und Ausstattung der Einrichtungen, die Rehabilitation betreiben. Etwas mehr als ein Viertel der Gesundheitsleistungen fallen in den Bereich der sogenannten »Krankheitsfolgeleistungen«, die Rehabilitationsmaßnahmen inkludieren.<sup>2</sup> Rehabilitation als Leistungsbereich ist in mehreren Sozialgesetzbüchern angesprochen, was sich durch die ursprüngliche

---

1 Vgl. Vogel 2004.

2 Vgl. Vogel 2004.

risikobezogene Leistungszuordnung des Sozialgesetzbuches ergibt und eine etwas komplizierte Zuordnung der Verantwortlichkeiten bedingt (Übersicht 1). Im Jahr 2001 wurde das Sozialgesetzbuch IX »Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen« als Bundesgesetz verabschiedet, welches die sozialrechtlichen Regelungen zum Rehabilitationsrecht zusammenführt und in Teilen auch einander angleicht. Es sieht eine Reihe von Neuerungen und Verpflichtungen für die weitere Arbeit der Leistungsträger vor, die dazu geeignet sein können, die Qualität der rehabilitativen Versorgung beträchtlich zu verbessern. Insbesondere wurden (a) gemeinsame REHA-Service-Stellen der Rehabilitationsträger, (b) eine Verpflichtungen zum schnellen Handeln bei der Antragsbearbeitung, (c) eine Abstimmung der Träger über Anforderungen an die rehabilitative Versorgung sowie (d) eine Verbesserung der rechtlichen Stellung der Betroffenen festgelegt.

### Übersicht 1: Zuständigkeiten, Aufgaben und gesetzliche Grundlage der Sozialleistungsträger in der Rehabilitation

<b>Arbeitsverwaltung (AV)</b> <b>SGB III</b>
Leistungen zur (beruflichen) Rehabilitation, <input type="checkbox"/> wenn dadurch die Vermittlungschancen eines Arbeitslosen auf dem Arbeitsmarkt verbessert werden können.
<b>Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)</b> <b>SGB V</b>
Medizinische Leistungen zur Rehabilitation, <input type="checkbox"/> um die gesundheitliche Situation zu verbessern (Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen oder – falls sie bereits eingetreten ist – zu beseitigen, zu vermindern oder Verschlimmerungen zu verhüten.
<b>Gesetzliche Rentenversicherung (GRV)</b> <b>SGB VI</b>
Medizinische oder berufliche Leistungen zur Rehabilitation bei erwerbsfähigen Versicherten, <input type="checkbox"/> um einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit vorzubeugen oder eine bestehende Einschränkung zu mildern, wenn zu erwarten ist, daß dies mit der Maßnahme erreicht werden kann. Leitprinzip: »REHA vor Rente«
<b>Gesetzliche Unfallversicherung (GUV)</b> <b>SGB VII</b>
Medizinische, berufliche oder soziale Leistungen zur Rehabilitation, <input type="checkbox"/> wenn die Einschränkungen oder der Schaden Folge eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit sind. Ziel ist es, die Auswirkungen zu vermindern und die berufliche und soziale Wiedereingliederung zu ermöglichen.
<b>Jugendhilfe</b> <b>SGB VIII</b>
Leistungen zur sozialen Rehabilitation, <input type="checkbox"/> wenn dadurch eine bessere Eingliederung bei bestehender seelischer Behinderung eines Kindes oder Jugendlichen erreicht werden kann.
<b>Sozialhilfe</b> <b>SGB XII</b>
Subsidiäre (nachrangige) Leistungen zur Rehabilitation, <input type="checkbox"/> wenn kein anderer Träger Kosten übernimmt und der/die RehabilitandIn selbst nicht in der Lage ist, sie zu übernehmen, oder wenn eine geistige oder seelische Behinderung von Geburt an vorliegt.

Adaptiert und modifiziert aus Vogel (2004, Seite 433).

Die gesetzliche Rentenversicherung ist der größte Träger für medizinische Rehabilitationsleistungen der Erwerbsbevölkerung (62%) und – neben der Bundesagentur für Arbeit – auch Träger der beruflichen Rehabilitation. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die gesetzliche Rentenversicherung erfolgen gemäß den gesetzlichen Vorgaben, wenn die Er-

werbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert ist. Das Rehabilitationsziel ist der Erhalt oder die Wiederherstellung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, also eine Vermeidung von Frühberentungen (Erwerbsunfähigkeitsrenten) und eine Verbesserung der gesundheitlich eingeschränkten Leistungsfähigkeit der Versicherten im Erwerbsleben. Den Versicherten soll durch die REHA-Leistungen die Möglichkeit gegeben werden, ihren Platz im Arbeitsleben und in der Gesellschaft zu behalten oder wiederzuerlangen.

Aufgrund der hohen Relevanz und Aufwendungen für die medizinische Rehabilitation sahen es die Rehabilitationsträger, insbesondere die Rentenversicherungsträger, auch als ihre Aufgabe an, die wissenschaftliche Grundlagenforschung der Rehabilitation zu fördern. Gemeinsam mit dem Bundesministerium für Forschung und Technologie wurde Mitte der 1990er Jahre ein Förderprogramm zur Rehabilitationsforschung ausgearbeitet, welches auf mehrere Jahre ausgelegt und mit 40 Millionen Euro ausgestattet war (zwei Förderphasen: 1998–2002, 2001–2005). Der Förderschwerpunkt hat zu einem Aufbau rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsstrukturen (Lehrstühle und Abteilungen für Rehabilitationsforschung und Rehabilitationsmedizin an mehreren Universitäten) und zur Verwissenschaftlichung und Evaluationsfähigkeit der medizinischen Rehabilitation geführt und somit zu einer deutlichen Verbesserung der Forschungslandschaft in diesem Sektor beigetragen. Aus den umfangreichen Studienergebnissen (rund 150 Projekte) sind u. a. die folgenden Ergebnisse zum Erfolg medizinischer Rehabilitation bei muskuloskelettalen Erkrankungen hervorgegangen.

### **3 Erfolg medizinischer Rehabilitation am Beispiel muskuloskelettaler Erkrankungen**

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sind von besonderer Relevanz, da sie 40% der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen, wobei 20% auf Dorsopathien (Rückenleiden) zurückzuführen sind. Sie sind ein Hauptkostenfaktor im Gesundheitssystem, da sie eine hohe sozialmedizinische Bedeutung hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeitszeiten (AU-Zeiten) aufweisen. Rund 20% der AU-Tage und 15% bis 20% der AU-Fälle sind auf diesen Erkrankungsbereich zurückzuführen.<sup>3</sup> Weiters sind sie nach den psychischen und Verhaltensstörungen der zweithäufigste Grund (bei den Männern mit 27% der häufigste) für Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Der Begriff »Dorsopathien« bezeichnet eine Gruppe unterschiedlicher Krankheiten, die Knochen, Gelenke, Bindegewebe, Muskeln und Nerven des Rückens betreffen können und sich im allgemeinen in Rückenschmerzen äußern. Bei deren Entstehung wird eine bio-psycho-soziale Genese ausgehend von einer muskuloskelettalen Dysfunktion angenommen, die über typisches Schmerzverhalten mit Schonung und Dekonditionierung unter Einfluß weiterer psychosozialer Faktoren zur Chronifizierung führt. Als Ursachen für die Entstehung von

---

<sup>3</sup> Vgl. Badura/Schnellschmidt/Vetter 2004.

Rückenschmerzen werden folgende Faktoren genannt (Greitemann, 2005): (a) geänderte Arbeitsbedingungen, (b) geändertes Freizeitverhalten, (c) problematische Arbeitsmarktsituation, (d) geänderte Krankheitsakzeptanz, (e) sekundärer Krankheitsgewinn und (f) Arbeitsmarktpolitik.

Dem Arbeitsmarkt ist im Hinblick auf die Rückenschmerzproblematik eine nicht unerhebliche Rolle zuzusprechen. Die Tendenz zur Frühberentung – gegenläufig zur demographischen Entwicklung und zu den Problemen der Sozialversicherungssysteme – führt dazu, daß ältere ArbeitnehmerInnen bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit wenige Chancen auf dem Arbeitsmarkt haben. Berufsscharakteristik, Arbeitszufriedenheit, Arbeitsunfähigkeitsdauer, laufende Rentenverfahren und psychosoziale Probleme gelten neben krankheitsbezogenen Faktoren als relevante Prädiktoren für die Entwicklung chronischer Kreuzschmerzen.<sup>4</sup> Bei Behandlungsansätzen besteht Evidenz für multimodale, multi- und interdisziplinäre Trainingsprogramme, die auch die Arbeitsplatzsituation berücksichtigen und eine frühzeitige Integration beruflicher Rehabilitationsprogramme implizieren.

Vor dem dargestellten Hintergrund stellt sich die Frage, was ein Rehabilitationserfolg genau genommen bedeutet. Ist die Reduktion der Symptomatik das relevante Kriterium, oder findet sich dieses Kriterium in der Erwerbsfähigkeit? Eine anerkannte Definition eines Rehabilitationserfolges liegt nicht vor, da dieser eng an die Ziele und die Sichtweise des Beurteilers/der Beurteilerin gebunden ist. Bei einer Erfolgsbeurteilung handelt es sich daher um ein mehrdimensionales Kriterium, das sowohl subjektive als auch objektive Erfolgskriterien berücksichtigt. Als relevante Kriterien gelten u. a. (a) eine Verbesserung der gesundheitlichen Probleme und Einschränkungen, (b) die Annahme weiterführender Gesundheitsangebote, (c) eine Senkung der Arbeitsunfähigkeitszeiten, (d) der Verbleib im Erwerbsleben (kein Rentenantrag) und (e) der subjektive Nutzen der RehabilitandInnen. Gemäß den gesetzlichen Vorgaben ist das Rehabilitationsziel der Rentenversicherungsträger die Wiederherstellung bzw. der Erhalt der Erwerbsfähigkeit.

## **4 Subjektiver Rehabilitationserfolg bei medizinischer Rehabilitation**

Im Rahmen eines Projektes zum Rehabilitationsbedarf von PatientInnen mit muskuloskeletalen Erkrankungen<sup>5</sup> wurde in einem kontrollierten, prospektiven Längsschnittdesign u. a. der Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen aus der ärztlichen sowie der PatientInnenperspektive erhoben. Die folgenden Ergebnisse beruhen auf der Auswertung einer Teilstichprobe von 385 RehabilitandInnen. Die TeilnehmerInnen waren überwiegend Männer (72,6%), im Durchschnitt 47 Jahren alt und hatten noch keinen Rentenantrag gestellt. 88% waren erwerbstätig und rund 10% arbeitslos.

---

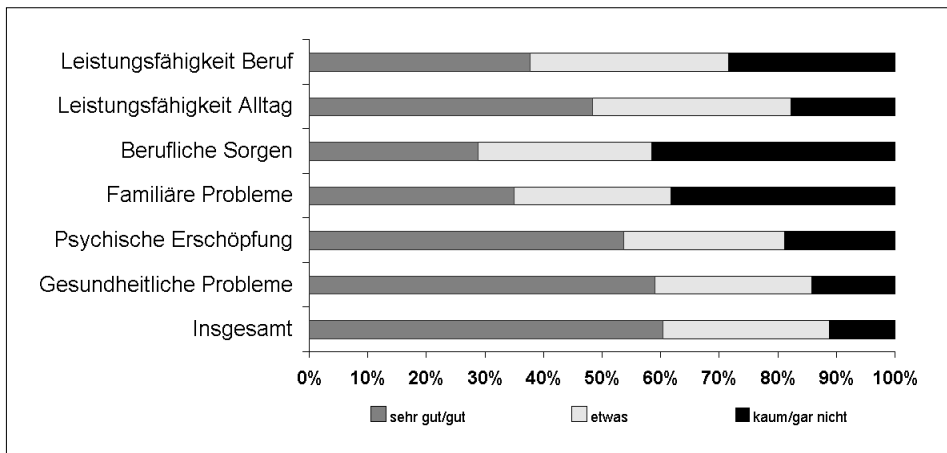
4 Vgl. Waddell 1998.

5 Projekt C5, Universität Würzburg, Meng u. a. 2005.

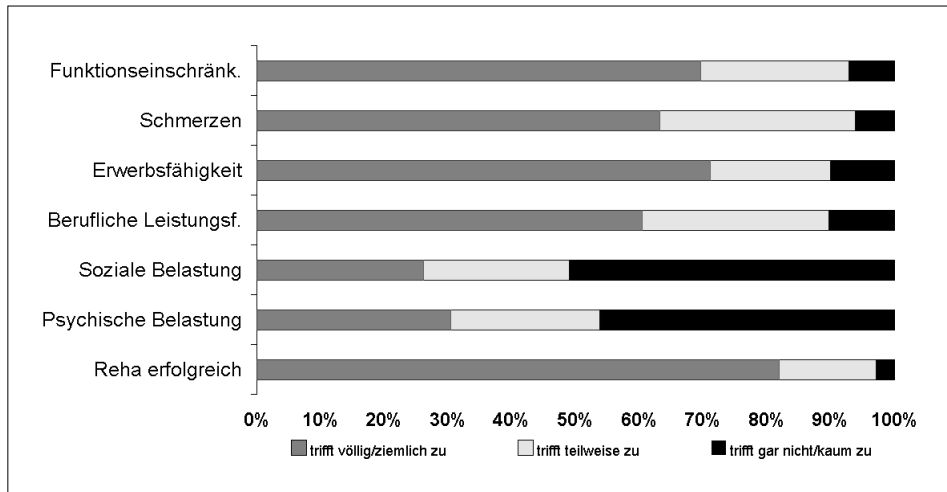


Die Angaben zum subjektiven Nutzen der Rehabilitationsmaßnahme zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik sind in der Abbildung 1 dargestellt. Insgesamt wird von rund 90% der TeilnehmerInnen ein subjektiver Nutzen von unterschiedlichem Ausmaß angegeben. Vor allem bei gesundheitlichen Problemen, psychischer Erschöpfung und alltäglicher Funktionskapazität wurde die Maßnahme von mehr als der Hälfte als sehr gut oder gut bewertet und von weniger als 20% der PatientInnen als kaum oder gar nicht hilfreich eingeschätzt. Im Vergleich dazu wird der Nutzen hinsichtlich beruflicher Sorgen und der Leistungsfähigkeit im Beruf als deutlich geringer bewertet: Nur 30% bis 40% der TeilnehmerInnen schätzen die Maßnahme diesbezüglich als sehr gut oder gut ein. Die Angaben unterstützen die Ergebnisse zur Wirksamkeitsprüfung stationärer Rehabilitation bei Rückenschmerzen,<sup>6</sup> wo eine Analyse der vorliegenden Effektivitätsstudien zeigt, daß sich die Wirksamkeit stärker im Bereich des Impairments (z.B. Schmerzintensität) als für Aktivitäts- und Partizipationsparameter – wie Funktionskapazität, Arbeitsunfähigkeitstage – nachweisen läßt. Die mehrdimensionale Bewertung des Rehabilitationserfolges durch die KlinikärztInnen zum Entlassungszeitpunkt wird in Abbildung 2 dargestellt. Von den ÄrztInnen werden zumindest 80% der Rehabilitationsmaßnahmen als erfolgreich eingeschätzt und nur ein sehr geringer Anteil (3%) als kaum bzw. gar nicht erfolgreich. Im Gegensatz zu den PatientInnenangaben wurden die Rehabilitationsmaßnahmen auch im Hinblick auf die Erwerbsfähigkeit und die berufliche Belastbarkeit als erfolgreich beurteilt. Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß die Rehabilitation überwiegend als nützlich und erfolgreich bewertet wird. Aus den subjektiven PatientInnenangaben wird aber ein potentieller Bedarf an berufsbezogenen Interventionen in der medizinischen Rehabilitation ersichtlich.

**Abbildung 1: Subjektiver Rehabilitationserfolg der RehabilitandInnen**



6 Vgl. Hüppe/Raspe 2003, 2005.

**Abbildung 2: Rehabilitationserfolg im ärztlichen Urteil**

## 5 Objektiver Verlauf der Erwerbsfähigkeit von RehabilitandInnen nach medizinischer Rehabilitation

Aufgrund der hohen Aufwendungen für die Rehabilitation bzw. die Krankheitsfolgekosten ergibt sich ein Bedarf an relevanten Prognosemodellen der Erwerbsfähigkeit bzw. Erwerbstätigkeit nach einer medizinischen Rehabilitation. Aus diesen sollten Assessment-Instrumente zur Früherkennung von REHA-Bedarf oder zur gezielten Zuweisung der AntragstellerInnen abgeleitet werden. Ziel ist es, Versicherte/RehabilitationsantragstellerInnen mit potentiell negativen Erwerbsverläufen frühzeitig zu erkennen und Gegenmaßnahmen, so z. B. in Form von speziellen, berufsorientierten Interventionen innerhalb der Rehabilitation, einzuleiten.

Die folgenden Ergebnisse resultieren aus einem Projekt zur sozialmedizinischen Begutachtung des Rehabilitationsbedarfes von RehabilitationspatientInnen mit orthopädischer Hauptdiagnose.<sup>7</sup> In einer kontrollierten, prospektiven Längsschnittstudie wurde der objektive, sozialmedizinische Verlauf in einem Katamnesezeitraum von neun Monaten evaluiert. Objektive Versichertendaten, d. h. Versicherungspflicht, Arbeitsunfähigkeitszeiten, REHA-Antragstellung, Renten-Antragstellung und Bewilligungsdaten, lagen für 479 antragstellende Personen (89,4% der Ausgangsstichprobe) vor – davon 459 Personen nach einer REHA-Maßnahme und 20 Personen mit einer REHA-Ablehnung. Im Erhebungszeitraum von neun Monaten waren rund 71 % der RehabilitandInnen durchgehend versicherungspflichtig, 82,1 % hatten keine Arbeitsunfähigkeitszeiten, 7,4 % bis zu 30 und 10,1 % über 30 AU-Tage; insgesamt ist eine brei-

<sup>7</sup> Projekt C2, Universität Würzburg, Frank u. a. 2004.

te Streuung der Arbeitsunfähigkeitszeiten ersichtlich. Ein erneuter Rehabilitationsantrag wurde von 14 Versicherten (3,1 %) gestellt und in zehn Fällen auch bewilligt. 31 Personen (6,8 %) hatten einen Antrag auf Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente gestellt, der für 17 Personen bewilligt wurde.

Der sozialmedizinische Verlauf wurde nach den Kriterien »Rentenantrag BU/EU« und »Arbeitsunfähigkeitszeiten« operationalisiert.<sup>8</sup> Neun Monate nach der Rehabilitation wiesen 14 % der RehabilitandInnen einen ungünstigen sozialmedizinischen Verlauf, d. h. Rentenantragstellung wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit oder kumulierte Arbeitsunfähigkeitszeiten von mindestens sechs Wochen, auf. Vergleichsweise werden in der aktuellen Literatur bis zu 25 % negative Verläufe für orthopädische PatientInnen berichtet.<sup>9</sup> Eine differentielle Betrachtung von AntragstellerInnen mit bewilligter und abgelehnter REHA-Maßnahme ergibt erwartungsgemäß einen signifikant ungünstigeren sozialmedizinischen Verlauf der abgelehnten AntragstellerInnen. Diese weisen höhere Arbeitsunfähigkeitszeiten auf und stellen signifikant häufiger Rentenanträge wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit. Insgesamt kann auf Basis der objektiven Verlaufsdaten festgestellt werden, daß Unterschiede in den sozialmedizinischen Verläufen von Personen mit bewilligter und abgelehnter medizinischer Rehabilitation bestehen.

Zur Fragestellung möglicher Determinanten des sozialmedizinischen Verlaufes wurden Zusammenhänge mit ärztlichen Einschätzungen und PatientInnenangaben geprüft (vgl. Übersicht 2). Die korrelativen Zusammenhänge zwischen der Einschätzung der Begutachungskriterien der SozialmedizinerInnen zum Zeitpunkt der Antragstellung und der sozialmedizinischen Entwicklung nach neun Monaten sind erwartungsgemäß überwiegend gering. Bedeutsame mittlere Zusammenhänge ( $r_s > 0,30$ ) liegen nur für Kriterien zur beruflichen Leistungsfähigkeit und Erwerbstätigkeit vor. Die Zusammenhänge mit den Beurteilungen der KlinikärztInnen zu Rehabilitationsbeginn und Rehabilitationsende ergeben Korrelationen in vergleichbarer Höhe. Dabei weisen die Einschätzung, ob sich der/die PatientIn eine sofortige Erwerbstätigkeit nach der Rehabilitationsmaßnahme zutraut und der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sowie die Skala zur »Beruflichen Leistungsfähigkeit« die höchsten Zusammenhänge ( $0,39 \leq r_s \leq 0,43$ ;  $p < 0,01$ ) mit dem späteren Verlauf auf.

Zusammenhänge zwischen dem sozialmedizinischen Verlauf und den PatientInnenangaben zu den vier Befragungszeitpunkten Antragstellung, REHA-Beginn, REHA-Ende und Drei-Monats-Nachbefragung wurden für die IRES<sup>10</sup>-(Unter-)Dimensionen incl. Fragen zur Arbeit und zur Erwerbsfähigkeit sowie zu rehabilitationsspezifischen Erwartungen und Erfolgsbewertungen geprüft. Korrelationen in relevanter Höhe ( $r > 0,30$ ) ergeben sich wiederum nur für Fragen, die spezifisch eine Beurteilung der aktuellen und zukünftigen Erwerbstätigkeit bzw. Erwerbsfähigkeit betreffen (vgl. Übersicht 2). Die Angaben der aktuellen Arbeitsfähigkeit und

---

<sup>8</sup> Mau u. a. 2002.

<sup>9</sup> Bürger u. a. 2001, Mau u. a. 2002.

<sup>10</sup> IRES = Indikatoren des REHA-Status (bei IRES handelt es sich um einen mehrfach weiterentwickelten PatientInnenfragebogen).

beruflichen Leistungsfähigkeit sowie die prospektive Hoffnung einer baldigen Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit nach der Rehabilitation und der Glaube bis zum Rentenalter berufstätig sein zu können weisen einen bedeutsamen Zusammenhang mit einer positiven sozialmedizinischen Entwicklung auf. Im zeitlichen Verlauf der REHA-Maßnahme besteht großteils nur ein geringfügiger Anstieg der Korrelationskoeffizienten; die höchsten Zusammenhänge liegen erwartungsgemäß mit den PatientInnenangaben in der Drei-Monats-Katamnese vor. Die Einschätzungen der RehabilitandInnen betreffend ihrer zukünftigen Erwerbstätigkeit bzw. ihre Rentenbedürftigkeit ändern sich teilweise signifikant im Zeitverlauf, wobei tendenziell eine positivere Einstellung zum zukünftigen Erwerbsleben im Laufe der Rehabilitationsmaßnahme ersichtlich ist. Die korrelativen Zusammenhänge der objektiven Verlaufsdaten zu den IRES-(Unter-)Dimensionen, dem IRES-REHA-Score sowie zu Fragen zu Erwartungen hinsichtlich der Rehabilitation und zum Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme fallen erwartungsgemäß wiederum gering aus.

## Übersicht 2: Zusammenhänge zwischen ärztlichen und PatientInneneinschätzungen und späterem sozialmedizinischen Verlauf

Ärztliche Einschätzung <sup>a</sup>	PatientInneneinschätzung <sup>b</sup>
• Aktuelle Arbeitsunfähigkeit	• Aktuelle Arbeitsunfähigkeit
• Arbeitsunfähigkeit im letzten Jahr	• Aktuelle berufliche Leistungsfähigkeit
• Arbeitsfähigkeit in zuletzt ausgeübter Tätigkeit	• Hoffnung, Erwerbstätigkeit innerhalb von ... Wochen wieder aufzunehmen
• PatientIn traut sich sofortige Erwerbstätigkeit nach der Rehabilitation zu	• Höhe der Rentenbedürftigkeit
• Skala »Berufliche Leistungsfähigkeit«	

Geprüfte Kriterien/Items: <sup>a</sup> Funktionseinschränkungen, Schmerzen, Risikofaktoren, Berufliche Belastung, Soziale Belastung, Einschränkungen im alltäglichen Leben, Schulungsbedarf, Bewertung bisheriger Maßnahmen, REHA-Erfolgsprognose, REHA- und Änderungsmotivation etc. <sup>b</sup> IRES-(Unter-)Skalen: Somatischer Status (Schmerzen, Risikofaktoren), Funktionaler Status (Beanspruchung im Beruf, Behinderung im Alltag), Psychosozialer Status (psychische Belastung, psychische Probleme, soziale Probleme), REHA-Status, Fragen zur Erwerbstätigkeit (Belastung am Arbeitsplatz, berufliche Sorgen, Arbeitslosigkeit in den letzten fünf Jahren) etc.

Bisher wurden verschiedene Ansätzen zur Prognose der Erwerbsfähigkeit von orthopädischen RehabilitationspatientInnen entwickelt, wobei wesentliche Unterschiede in der Berücksichtigung potentieller Indikatoren und Datenquellen, in der Operationalisierung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit sowie in deren zeitlichen Bezugsrahmen liegen. Zusammengefaßt können aus den Ergebnissen aktueller Studien<sup>11</sup> folgende Prädiktoren der Erwerbstätigkeit nach einer stationären Rehabilitation ermittelt werden:

<sup>11</sup> Vgl. Bürger u. a. 2001, Ebinger u. a. 2002, Mittag u. a. 2003, Slesina 2005.

- AU-Zeiten in den letzten zwölf Monaten vor der Rehabilitation;
- subjektive Arbeitsprognose;
- subjektives Leistungsvermögen im Beruf;
- bestehende Minderung der Erwerbsfähigkeit;
- arbeitsplatzspezifische Faktoren;
- Funktionskapazität (REHA-Status durch Arzt/Ärztin);
- Komorbidität;
- Lebensalter.

Insgesamt ist nach dem aktuellen Forschungsstand eine valide Vorhersage der Erwerbsfähigkeit nur bedingt möglich. Defizite bestehen hinsichtlich der Identifikation der später erwerbsunfähigen Personen. Diese können durch den Einfluß außermedizinischer Personen- und Systemfaktoren auf die berufliche Prognose bedingt sein. Grundsätzlich kann für den Bereich der medizinischen Rehabilitation aber festgestellt werden, daß:

- (a) klinische und körperliche Parameter sich nur bedingt als Prädiktor für den Erwerbsstatus eignen;
- (b) soziodemographische und psychosoziale Variablen gesicherte Prädiktoren für eine Rückkehr zur Arbeit sind und
- (c) die subjektive Arbeitsprognose, die u. a. in Zusammenhang mit Alter, Bildungsstatus, Berufsposition, Arbeitsplatzanforderungen, depressiver Verstimmung, Zuversicht des ärztlichen Personals steht, den höchsten prädiktiven Wert aufweist.

Somit sind die wesentlichen Risikomerkmale für die Nicht-Rückkehr in das Arbeitsleben im Grundsatz bekannt, weshalb die Frage nach einer Umsetzung von rückkehrförderlichen Maßnahmen umso dringlicher erscheint.<sup>12</sup>

## 6 Ausblick

Im Zuge der zunehmenden Ressourcenknappheit werden Rehabilitationsmaßnahmen auch am Kriterium der Effektivität – im Sinne des Erhalts von Erwerbsfähigkeit – gemessen. Um die Rückkehr ins Arbeitsleben durch Erhalt des bisherigen oder Aufnahme eines neuen Beschäftigungsverhältnisses zu unterstützen, ergeben sich für die medizinische Rehabilitation aus dem aktuellen Forschungsstand des Förderschwerpunktes mehrere Umsetzungsaspekte. Als potentielle Maßnahmen, die einen diesbezüglich positiven Outcome fördern, werden frühzeitige (präventive) Rehabilitationsmaßnahmen, berufsspezifische Interventionen und spezifische Nachsorgeprogramme für die medizinische Rehabilitation diskutiert.

---

<sup>12</sup> Vgl. Slesina 2005.

- **Frühzeitige Identifikation von REHA-Bedarf:** Rehabilitationsmaßnahmen sollten in einem frühen Krankheitsstadium und nicht erst bei hoher Chronifizierung ansetzen. Die Identifikation vermutlich rehabilitationsbedürftiger Versicherter könnte durch eine Erarbeitung von Empfehlungen für haus- und betriebsärztliches Personal oder auf Basis von Daten der Krankenversicherungen erfolgen.
- **Früherkennung von Risikopersonen für einen negativen Erverbsverlauf mit Bedarf an berufsbezogenen Maßnahmen:** Screeninginstrumente zur Erfassung von Personen mit gefährdeter Erwerbstätigkeit nach der Rehabilitation könnten bei den Rehabilitationsträgern im Rahmen des Antragsverfahrens und in den Rehabilitationseinrichtungen eingesetzt werden. PatientInnen mit hohem Risiko sollten in einem weiteren Assessment (z. B. negative subjektive Arbeitsprognose, arbeitsrelevante Beschwerden) abgeklärt werden, entsprechende berufsbezogene Interventionen sollten anschließend eingeleitet werden.
- **Verstärkte Integration beruflicher Maßnahmen in die medizinische Rehabilitation:** Im Gegensatz zur herkömmlichen orthopädischen Rehabilitation berücksichtigt die medizinisch-beruflich orientierte MBO-Rehabilitation bereits in der Diagnostik und darauf basierend auch in der Therapie zusätzlich zu den gesundheitlichen Beeinträchtigungen die damit assoziierten beruflichen Problemlagen. Beispielsweise werden im Rahmen eines interdisziplinären Modellprojektes der medizinisch-berufsorientierten Rehabilitation orthopädische PatientInnen betreut, die zur Erhaltung der dauerhaften beruflichen Leistungsfähigkeit besondere zusätzliche Hilfen benötigen. In der über das jeweilige Fachgebiet hinausreichenden sozialmedizinischen, arbeitsmedizinischen und arbeitspsychologischen Diagnostik werden auch körperliche, psychische und soziale Probleme erfaßt, die die PatientInnen am Arbeitsplatz belasten. Mit berufsspezifischen physiotherapeutischen und psychosozialen Modulen werden diese Probleme in Einzel- oder Gruppentherapie abgearbeitet und Verhaltensstrategien vermittelt, die auch im Beruf umgesetzt und zur Kompensation dieser Schwierigkeiten eingesetzt werden können.
- **Ambulante Nachbetreuungsprogramme:** Im Nachsorgebereich müssen bewährte Angebote flächendeckend eingeführt werden. Des weiteren sollten neue Nachsorgeangebote – u. a. auch PatientInnennachschulungen und berufsorientierte Therapiebausteine – erprobt werden.

## 7 Literatur

- Vogel, H. (2004): Medizinische und psychosoziale Versorgungssysteme, in: Hiller, W./Leibing, E./Leichsenring, F./Sulz, R. (Hg.): Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten/in und für die ärztliche Weiterbildung. Band 1: Wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie, CIP-Medien, München, Seite 423–440.
- Badura, B./Schnellschmidt, H./Vetter, C. (Hg.) (2005): Fehlzeiten-Report 2004, Springer-Verlag, Berlin.

- Bürger, W./Dietsche, S./Morfeld, M./Koch, U. (2001): Multiperspektivische Einschätzungen zur Wahrscheinlichkeit der Wiedereingliederung von Patienten ins Erwerbsleben nach orthopädischer Rehabilitation – Ergebnisse und prognostische Relevanz, *Die Rehabilitation*, 40, Seite 217–225.
- Ebinger, M./Muche, R./Osthus, H./Schulte, R.-M./Gaus, W./Jacobi, E. (2002): Vorhersage der Erwerbsfähigkeit ein bis zwei Jahre nach einer stationären Rehabilitationsbehandlung bei Patienten mit Erkrankungen des Bewegungsapparates, *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 10, Seite 229–241.
- Frank, S./Zdrahal-Urbaneck, J./Meng, K./Holderied, A./Vogel, H. (2004): Vergleich unterschiedlicher Systeme der sozialmedizinischen Begutachtung bei der Steuerung des REHA-Zuganges (Multi-Center-Studie), Projektbericht, Universität Würzburg.
- Greitemann, B. (2005): Die beruflich-soziale Situation als Problembereich in der Rehabilitation chronischer Rückenschmerzpatienten am Beispiel einer LVA-Klinik, in: T. Schott (Hg.), *Eingliedern statt ausmustern. Möglichkeiten und Strategien zur Sicherung der Erwerbstätigkeit älterer Arbeitnehmer*, Verlag Juventa, Weinheim, Seite 85–97.
- Hüppe, A./Raspe, H. (2003): Die Wirksamkeit stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: Eine systematische Literaturübersicht 1980–2001, *Die Rehabilitation*, 42, Seite 143–154.
- Hüppe, A./Raspe, H. (2005): Zur Wirksamkeit von stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: Aktualisierung und methodenkritische Diskussion einer Literaturübersicht, *Die Rehabilitation*, 44, Seite 24–33.
- Mau, M./Merkesdal, S./Busche, T./Bauer, J. (2002): Prognose der sozialmedizinischen Entwicklung ein Jahr nach teilstationärer oder stationärer Rehabilitation wegen Dorsopathie, *Die Rehabilitation*, 41, Seite 160–166.
- Meng, K./Zdrahal-Urbaneck, J./Holderied, A./Vogel, H. (2005): Kriterien des Rehabilitationsbedarfs: Ergebnisse zur Sozialmedizinischen Begutachtung nach Aktenlage, *DRV-Schriften*, 59, Seite 150–152.
- Mittag, O./Glaser-Möller, N./Ekkernkamp, M./Matthis, C./Héon-Klein, V./Raspe, A./Raspe, H. (2003): Prädiktive Validität einer kurzen Skala zur subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit (SPE-Skala) in einer Kohorte von LVA-Versicherten mit schweren Rückenschmerzen oder funktionellen Beschwerden der inneren Medizin, *Sozial- und Präventivmedizin*, 48, Seite 361–369.
- Slesina, W. (2005): Ansatzpunkte aus der Rehaforschung, um die Rückkehr zur Arbeit zu erreichen, in T. Schott (Hg.): *Eingliedern statt ausmustern. Möglichkeiten und Strategien zur Sicherung der Erwerbstätigkeit älterer Arbeitnehmer*, Verlag Juventa, Weinheim, Seite 67–81.
- Waddell, G. (1998): *The Back Pain Revolution*, Livingston-Verlag, Churchill.

**Barbara Reiterer**

## **Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung: Erfahrungen der EQUAL-Entwicklungs- partnerschaft »Erweiterter Arbeitsmarkt – Integration durch Arbeit«**

Ziel der Entwicklungspartnerschaft »Erweiterter Arbeitsmarkt – Integration durch Arbeit« war es, arbeitslose Menschen mit sehr komplexer Integrationsproblematik näher an den Arbeitsmarkt heranzuführen. Zahlreiche Studien belegen, daß der Gesundheitszustand arbeitsloser Personen häufig schlechter ist als der von Erwerbstätigen. Aus diesem Grund wurden das Thema »Gesundheit und Gesundheitsförderung« als Querschnittsmaterie in allen Teilprojekten der Entwicklungspartnerschaft verankert. Die Auseinandersetzung mit dem Gesundheitsthema zielte darauf ab, die individuelle Gesundheitssituation der TeilnehmerInnen zur Sprache zu bringen. Im Sinne des Empowerments wurden TeilnehmerInnen gestärkt und befähigt, ihre Lebenswelt sinnerfüllt und gesundheitsförderlich zu gestalten, um in der Folge ihre Chancen auf eine Rückkehr in den Arbeitsmarkt zu erhöhen.

### **1 Die Entwicklungspartnerschaft »Erweiterter Arbeitsmarkt – Integration durch Arbeit«**

Die EQUAL-Entwicklungspartnerschaft »Erweiterter Arbeitsmarkt – Integration durch Arbeit« (kurz: ida-Equal) war eine von 58 Entwicklungspartnerschaften, die im Rahmen der 1. Antragsrunde der Gemeinschaftsinitiative EQUAL in Österreich durchgeführt wurde. Das EQUAL-Programm<sup>1</sup> ist Teil der europäischen Beschäftigungsstrategie und hat zum Ziel, neue Wege zur Bekämpfung von Diskriminierung und Ungleichheiten im Zusammenhang mit dem Arbeitsmarkt zu finden und zu erproben.

Das Programm zeichnet sich durch drei wesentliche Elemente aus: Es fordert die Zusammenarbeit relevanter Akteure, wie z. B. Gebietskörperschaften, NGOs und Sozialpartner. Die so entstandenen Partnerschaften müssen innovative Aktivitäten umsetzen, neue Methoden erproben und diese regional und sektoral weitertragen. Im Sinne des Lernens voneinander ist jede Entwicklungspartnerschaft in eine transnationale Kooperation mit Entwicklungspartnerschaften aus anderen europäischen Regionen eingebunden. Das EQUAL-Programm (2000–2006) wird in Österreich in zwei Phasen umgesetzt, Europäischer Sozialfonds und Republik Österreich finanzieren das Programm mit je 101,7 Millionen Euro.

---

<sup>1</sup> Siehe auch: [www.equal-esf.at](http://www.equal-esf.at)



Die Österreichische Caritaszentrale initiierte im Jahr 2002 die EQUAL-Entwicklungspartnerschaft »Erweiterter Arbeitsmarkt – Integration durch Arbeit«. Vor dem Hintergrund langjähriger Erfahrungen im Umgang mit marginalisierten Personen bot EQUAL die Chance, neue Modelle zur Heranführung besonders benachteiligter Menschen an den Arbeitsmarkt zu entwickeln und diese zu erproben. Die Caritas und ihre Partnerorganisationen bemühten sich dabei insbesondere um Langzeitarbeitslose, SozialhilfebezieherInnen, Personen mit physischen und psychischen Beeinträchtigungen, Angehörige autochtoner Minderheiten, Drogenkonsumierende, Alkoholranke und Haftentlassene, die in vielfältigen Ausprägungen wirtschaftliche und soziale Ausgrenzung erfahren.

## **2 Beteiligte Partner**

Folgende Organisationen beteiligten sich als operativ tätige Partner an der Partnerschaft und führten im Zeitraum vom 16. Mai 2002 bis 15. Mai 2005 Projekte (Module) durch:

- WIFO;
- Wiener Hilfswerk;
- Verein »Der Würfel«;
- ÖSB Consulting GmbH;
- Caritas der Erzdiözese Wien;
- Caritasverband Salzburg;
- Caritas der Diözese Graz Seckau;
- Caritas Eisenstadt;
- Caritas Innsbruck.

16 strategische Partner (Arbeiterkammer, Wirtschaftskammer Österreich, Bundesgeschäftsstelle des AMS, Land Steiermark, Magistratsabteilung 15 u. a.) begleiteten die Arbeit der Entwicklungspartnerschaft.

## **3 Strategie der Entwicklungspartnerschaft**

Die Entwicklungspartnerschaft setzte es sich zum Ziel, arbeitslose und insbesondere marginalisierte Personen mittels niederschwelliger Beschäftigungs- und Beratungsangebote näher an den Arbeitsmarkt heranzuführen. Zur Anwendung kamen hierbei spezifische Beschäftigungsformen, wie z. B. fallweise bzw. stundenweise Beschäftigung in unterschiedlichen Arbeitsgebieten, sowie Beratungsangebote, die insbesondere die soziale Stabilisierung der TeilnehmerInnen im Auge hatten. Individuelle Qualifizierungsmaßnahmen, Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Maßnahmen zur Stärkung der Handlungskompetenz ergänzten das Instrumentarium. Parallel zu den teilnehmerInnenspezifischen Aktivitäten setzten sich die

Partner der Entwicklungspartnerschaft mit den institutionellen Rahmenbedingungen, die für eine (Re-)Integration der Zielgruppe in den Arbeitsmarkt relevant sind, auseinander. Sie versuchten Erkenntnisse aus der Arbeit mit der Zielgruppe im Wege von Vernetzungsaktivitäten unmittelbar an relevante Akteure, wie z. B. AMS, Sozialhilfebehörden und politische Entscheidungsträger, weiterzugeben. Die Arbeit der Entwicklungspartnerschaft wurde durch ein Forschungsmodul wissenschaftlich begleitet.

## **4 Umsetzung/Auswertungen der TeilnehmerInnenstatistik**

Die Module der Entwicklungspartnerschaft wurden in den städtischen Regionen Wien, Salzburg und Innsbruck durchgeführt sowie in den ländlichen Regionen Oberwart, Voitsberg, Knittelfeld und Hartberg. Auf Wien entfielen die Module »Tagesstrukturzentrum«, »Kreativwerkstatt«, »first\_step« und »Beratung zur Aktivierung«. Das Angebot der ida-Wien-Module war aufeinander abgestimmt und bestand aus einem tagesstrukturierenden Angebot, Beschäftigungsmöglichkeiten im künstlerisch-kreativen Bereich oder im Recycling und aus einem Beratungsmodul zur Unterstützung bei der Jobsuche. Zielgruppe des Moduls »Mri Buti« im Burgenland waren arbeitslose Mitglieder der autochthonen Volkgruppe der Roma in Oberwart. ida-Steiermark bot langzeitarbeitslosen Personen und SozialhilfeempfängerInnen die Möglichkeit, stundenweise zu arbeiten und parallel dazu individuelle Qualifizierungsangebote in Anspruch zu nehmen. Die TeilnehmerInnen von »Jobchance Salzburg« führten überwiegend Dienstleistungsaufträge im handwerklich-künstlerischen Bereich aus. Die Zielgruppe des Moduls »My Job – My Way« in Innsbruck waren drogenkonsumierende Personen, vor allem Jugendliche, die durch niederschwellige Beschäftigungsangebote näher an den Arbeitsmarkt herangeführt wurden.

### **Auswertungen der TeilnehmerInnenstatistik**

Zur Untermauerung und wissenschaftlichen Fundierung der teilnehmerInnenbezogenen Projektaktivitäten wurde eine ausführliche TeilnehmerInnenstatistik konzipiert.<sup>2</sup> Basis der statistischen Auswertungen war eine webbasierte KlientInnendatenbank, die eine kontinuierliche Datenerfassung und Datenauswertung ermöglichte. Neben den Stammdaten (personenbezogene Daten, Arbeitslosigkeitsdauer, Einkommenssituation) wurde auch eine Vielzahl von Verlaufs- (Problemlagen, Soft Skills) und Befindlichkeitsdaten (Gesundheit) erhoben. Die Auswertungen dieser Daten lieferten Informationen über Zusammensetzung und spezifische Problemlagen marginalisierter Personengruppen. Im folgenden finden sich einige Auszüge aus der TeilnehmerInnenstatistik:

---

2 Näheres hierzu in Bock-Schappelwein 2005.

- Insgesamt haben 804 Personen die Angebote der Module genutzt, 494 Männer und 310 Frauen. Damit konnte der angestrebte Frauenanteil von 40% in den Modulen beinahe erreicht werden.
- Auf Wien entfielen 42,4% der TeilnehmerInnen, auf die Steiermark und Salzburg je 19,8%, auf Burgenland 10,3% und auf Tirol 7,7%. Der Frauenanteil betrug durchschnittlich 38,6% mit vergleichsweise hohen Anteilen in der Steiermark (64,8%) und Burgenland (47,0%); verhältnismäßig wenige Frauen waren insbesondere in Salzburg (27,7%) und Wien (29,9%) anzutreffen.
- In Wien erstreckte sich der Frauenanteil von 25,0% im Modul »Tagesstrukturzentrum« über 26,9% bei »first\_step« und 39,8% im Modul »Beratung zur Aktivierung« bis hin zu 46,2% in der Kreativwerkstatt.
- Im Durchschnitt war ein/e TeilnehmerIn schon seit mehr als vier Jahren arbeitslos.

## 5 Einkommenssituation

Die Einkommenssituation der ida-TeilnehmerInnen spiegelt ihre Marginalisierung und zeitliche Distanz vom Arbeitsmarkt wider. Das Spektrum reicht von Personen mit AMS-Bezügen bis hin zu Personen ohne Einkommen bzw. Personen, die Leistungen aus der offenen Sozialhilfe beziehen.<sup>3</sup> Insgesamt erhielten 17,3% der TeilnehmerInnen Arbeitslosengeld, 34,1% erhielten Notstandshilfe, weitere 10,1% Richtsatzergänzungen zu ihren AMS-Bezügen sowie 16,4% Leistungen aus der offenen Sozialhilfe. 12,7% der TeilnehmerInnen verfügten über keinerlei Einkommen.<sup>4</sup> In allen ida-Modulen außer in Salzburg und Innsbruck entfiel der verhältnismäßig höchste Anteil auf Personen mit Notstandshilfebezug; in Salzburg auf BezieherInnen offener Sozialhilfe und in Innsbruck auf ArbeitslosengeldbezieherInnen.

---

3 Im Rahmen von EQUAL konnten BezieherInnen offener Sozialhilfe bis zur Geringfügigkeitsgrenze ohne Abschläge hinzuverdienen.

4 Die restlichen 9,5% der TeilnehmerInnen erhielten Pensionsvorschußzahlungen bzw. Invalidenrente oder waren auf Unterstützung durch die Familie angewiesen.

**Übersicht 1: Einkommenssituation der ida-TeilnehmerInnen**  
(Stand: Ende Dezember 2004, in %)

	ida-Wien	ida-Steiermark	ida-Burgenland	ida-Salzburg	ida-Tirol	ida
<b>Männer und Frauen</b>						
Arbeitslosengeld (ALG)	13,5	19,7	24,4	18,3	22,2	17,3
Notstandshilfe (NH)	40,3	35,4	40,2	19,8	11,1	34,1
Sozialhilfe	19,1	8,2	6,1	26,2	13,3	16,4
Ohne Einkommen	10,6	21,8	14,6	6,3	13,3	12,7
Andere	1,8	14,3	9,8	19,8	22,2	9,5
ALG, NH + Richtsatzergänzung	14,7	0,7	4,9	9,5	17,8	10,1
<b>Gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Männer</b>						
Arbeitslosengeld (ALG)	14,7	24,5	23,3	18,0	27,6	18,1
Notstandshilfe (NH)	42,4	47,2	41,9	19,1	10,3	36,3
Sozialhilfe	16,8	7,5	7,0	28,1	17,2	17,0
Ohne Einkommen	11,3	11,3	18,6	6,7	10,3	11,1
Andere	0,4	7,5	7,0	20,2	13,8	6,6
ALG, NH + Richtsatzergänzung	14,3	1,9	2,3	7,9	20,7	10,8
<b>Gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Frauen</b>						
Arbeitslosengeld (ALG)	10,8	17,0	25,6	18,9	12,5	16,0
Notstandshilfe (NH)	35,3	28,7	38,5	21,6	12,5	30,6
Sozialhilfe	24,5	8,5	5,1	21,6	6,3	15,3
Ohne Einkommen	8,8	27,7	10,3	5,4	18,8	15,3
Andere	4,9	18,1	12,8	18,9	37,5	13,9
ALG, NH + Richtsatzergänzung	15,7	0,0	7,7	13,5	12,5	9,0
<b>Gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Quelle: ida-KlientInnendatenbank; n = 740

## 6 Ausbildungsstruktur

Auffallend war die heterogene Qualifikationsstruktur der TeilnehmerInnen. Verglichen mit der Gesamtbevölkerung im erwerbsfähigen Alter ergibt sich ein verhältnismäßig hoher Anteil von Personen, die höchstens die Pflichtschule abgeschlossen haben. Gleichzeitig gab es in den Modulen überdurchschnittlich viele Arbeitslose mit abgeschlossener Matura bzw. abgeschlossenem Hochschulstudium. Es stellt sich die Frage, warum vergleichsweise viele hochqualifizierte Personen dieses niederschwellige Angebot zur (Re-)Integration nutzten. Der Grund liegt darin, daß die Beschäftigungsfähigkeit nicht nur eine Frage der Aus- und Weiterbildung ist, sondern auch eine Frage der Verwertbarkeit der Ausbildung inkludiert. Eine Rolle spielen auch zusätzliche Problemlagen, wie z. B. schlechter psychischer und physischer Gesundheitszustand, finanzielle Probleme oder Wohnungslosigkeit.

Insgesamt verfügten 10,3% der TeilnehmerInnen über keine abgeschlossene Pflichtschulausbildung (Männer: 10,5%, Frauen: 10,0%), während 48,8% eine abgeschlossene Pflichtschulausbildung (Männer: 47,6%, Frauen: 50,7%), 23,8% eine Lehrausbildung (Männer: 28,9%, Frauen: 15,3%) und 4,8% eine abgeschlossene Hochschulausbildung aufwiesen (Männer: 3,1%, Frauen: 7,7%). AkademikerInnen, die diese niederschweligen Angebote nutzten, waren insbesondere Frauen in den beiden städtischen Regionen Salzburg und Wien. In Salzburg belief sich ihr Anteil auf 9,8%, in Wien auf 13%. Innerhalb der Wiener Module streute der Akademikerinnenanteil zwischen 8,2% bei first\_step und 28,6% im Tagesstrukturzentrum.

**Übersicht 2: Ausbildungsstruktur der ida-TeilnehmerInnen  
(Stand: Ende Dezember 2004, in %)**

	ida-Wien	ida-Steiermark	ida-Burgenland	ida-Salzburg	ida-Tirol	ida
<b>Männer und Frauen</b>						
Kein Pflichtschulabschluss	7,6	0,0	56,9	7,3	0,0	10,3
Pflichtschulabschluss	48,2	50,5	35,3	50,4	62,5	48,8
BMS	4,4	7,7	2,0	5,1	3,1	4,8
AHS, BHS	10,0	3,3	0,0	9,5	0,0	7,3
Lehre	23,5	35,2	5,9	21,2	34,4	23,8
Meisterprüfung	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Uni, FH	6,0	3,3	0,0	6,6	0,0	4,8
<b>Gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Männer</b>						
Kein Pflichtschulabschluss	8,6	0,0	44,4	10,4	0,0	10,5
Pflichtschulabschluss	50,6	37,8	40,7	46,9	52,6	47,6
BMS	3,4	5,4	3,7	3,1	0,0	3,4
AHS, BHS	6,3	5,4	0,0	9,4	0,0	6,2
Lehre	27,6	48,6	11,1	25,0	47,4	28,9
Meisterprüfung	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
Uni, FH	2,9	2,7	0,0	5,2	0,0	3,1
<b>Gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Frauen</b>						
Kein Pflichtschulabschluss	5,2	0,0	70,8	0,0	0,0	10,0
Pflichtschulabschluss	42,9	59,3	29,2	58,5	76,9	50,7
BMS	6,5	9,3	0,0	9,8	7,7	7,2
AHS, BHS	18,2	1,9	0,0	9,8	0,0	9,1
Lehre	14,3	25,9	0,0	12,2	15,4	15,3
Meisterprüfung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Uni, FH	13,0	3,7	0,0	9,8	0,0	7,7
<b>Gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Quelle: ida-KlientInnendatenbank; n = 562

## 7 Verlaufsdaten

Im Laufe der Projektteilnahme wurde eine Fülle von Daten erhoben, anhand derer die Lebenssituation der TeilnehmerInnen näher beschrieben wurde, wie z. B. Daten zur gesundheitlichen Situation, zur Wohnungssituation, zur finanziellen Lage oder zur Qualität des sozialen Umfeldes. Es stellte sich u. a. heraus, daß die finanzielle Situation bei einem Großteil der TeilnehmerInnen sehr prekär ist. Nur rund ein Viertel der TeilnehmerInnen (unterschiedlich nach Modulen) gab an, keine finanziellen Probleme zu haben.

### **Krankheit macht arbeitslos – Arbeitslosigkeit macht krank**

Arbeitslose Personen weisen im Schnitt einen schlechteren Gesundheitszustand als erwerbstätige Personen auf. Sie achten infolge von Problemlagen häufig weniger auf ihre Gesundheit, haben tendenziell häufigere Krankenstände und interessieren sich kaum für Präventionsmaßnahmen. Zu dieser und ähnlichen Schlußfolgerungen gelangten in den vergangenen Jahren verschiedene Forschungsprojekte, die den Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit analysierten.<sup>5</sup>

Den Partnern der Entwicklungspartnerschaft ida waren diese Ergebnisse vor allem aus ihrer arbeitsmarktpolitischen Praxis bekannt. Sie beobachteten, daß Transitarbeitskräfte häufig in Krankenstand gehen mußten oder daß Qualifizierungsmaßnahmen krankheitsbedingt vorzeitig abgebrochen wurden. Häufig mußten die TrainerInnen schon bei den Bewerbungsgesprächen feststellen, daß die gesundheitliche Situation von KlientInnen offensichtlich prekär war.

Diese Erfahrungen wurden bereits bei der Konzeptionierung der Entwicklungspartnerschaft diskutiert. Es lag auf der Hand, daß in einem Projekt für Arbeitsuchende mit komplexen Vermittlungshemmnissen die Zahl der TeilnehmerInnen mit gesundheitlichen Problemen überdurchschnittlich hoch sein würde. Aus diesem Grund entschloß man sich, Gesundheit als Querschnittsmaterie in allen Modulen zu implementieren. Auch im Rahmen der transnationalen Kooperation wurde ein Schwerpunkt mit dem Bereich »Health and Employment« gesetzt.<sup>6</sup>

Wie bereits erwähnt wurde, gibt es mittlerweile einige Forschungsergebnisse, die die Problematik Arbeitslosigkeit und Gesundheit aufzeigen. Im folgenden werden einige Beispiele dazu zitiert.

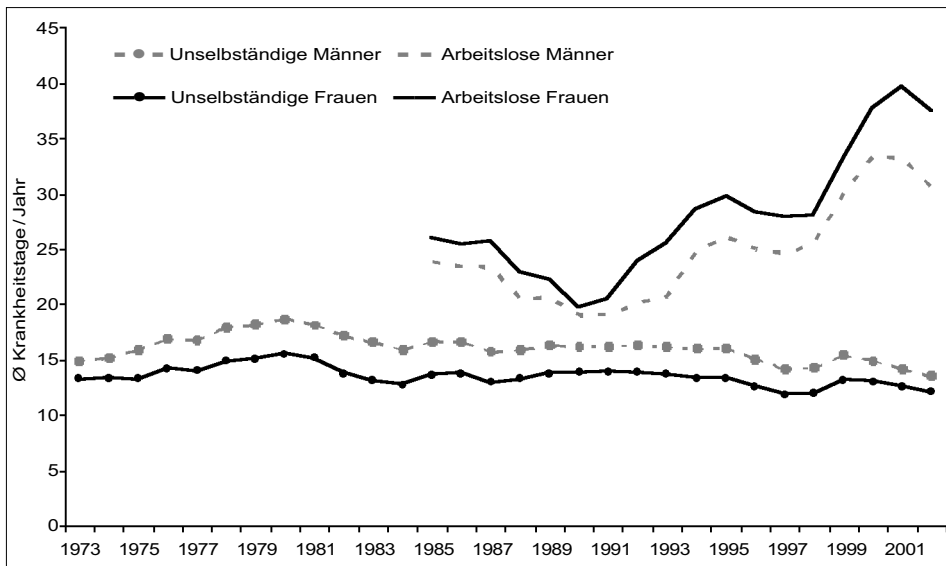
5 Näheres hierzu in Weber 1997, Schleicher 2003, Freidl u. a. 2001.

6 Siehe: [www.endeavour.org](http://www.endeavour.org)

## 8 Erwerbslose haben eine signifikant höhere Morbiditätsrate als Beschäftigte<sup>7</sup>

Eine Auswertung von Daten aus dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger zeigt, daß Arbeitslose im Jahr 2002 33 Tage im Krankenstand waren, Beschäftigte hingegen nur 13 Tage. Die Morbiditätsrate erwerbsloser Personen ist in den vergangenen Jahren beachtlich gestiegen. Ein Grund dafür war der steigende Anteil älterer Arbeitsloser, aber auch in der Altersgruppe der Über-30jährigen ist ein Anstieg der Krankenstandstage zu bemerken.

**Abbildung 1: Krankenstandsquoten von beschäftigten und arbeitslosen Personen nach Geschlecht (1965–2002)**



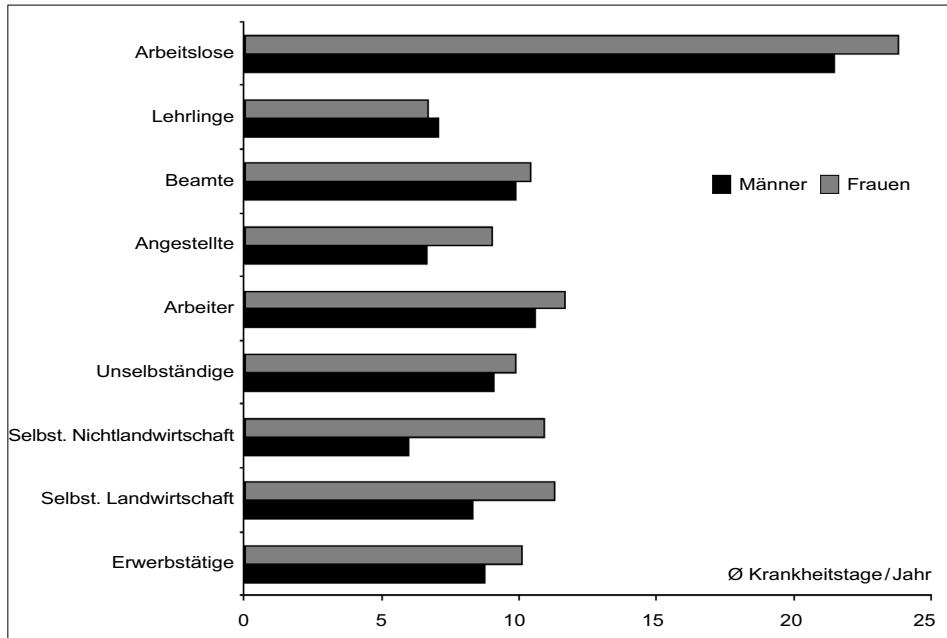
Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger; WIFO-Berechnungen

## 9 Höherqualifizierte haben geringere Krankenstandstage als Blue Collar Workers

Unter den erwerbstätigen Personen sind vor allem ArbeiterInnen häufig von Krankheit betroffen. Frauen müssen öfters Krankenstand beantragen als Männer.

<sup>7</sup> Näheres hierzu in Biffel 2004.

**Abbildung 2: Krankheitsquote der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter zwischen 15 und 64 Jahren, nach Erwerbsstatus und Geschlecht (1999)**



Quelle: Statistik Austria; WIFO-Berechnungen

## 10 Der Gesundheitszustand von Erwerbstätigen und Arbeitslosen über einen längeren Zeitraum betrachtet

Zu interessanten Ergebnissen kam eine weitere Analyse des Gesundheitszustandes von erwerbstätigen und arbeitslosen Personen, die auf den Ergebnissen des Europäischen Haushaltspanel (ECHP) basiert.<sup>8</sup> Das Europäische Haushaltspanel (ECHP) umfaßt eine Fülle von arbeitsmarktbezogenen Fragen, und zwar beginnend mit der gegenwärtigen Einbindung der befragten Person ins Erwerbsleben, gefolgt von gegenwärtiger oder kürzlich abgeschlossener Aus- und Weiterbildung, Beschäftigungsstatus und persönlichem Einkommen im vorangegangenen Jahr, Kinderbetreuungspflicht, Gesundheit und personenbezogenen Informationen. Dieser Datensatz stellt damit Personendaten mit einer Detailgenauigkeit zur Verfügung, die in keiner anderen österreichischen Datenquelle abgebildet werden. Um den Gesundheitszustand von erwerbstätigen und arbeitslosen Personen zu analysieren, wurden aus dieser Informationsvielfalt Informationen über erwerbstätige und arbeitslose Personen herausgefiltert und mit Fragen über den allgemeinen Gesundheitszustand gekoppelt.

<sup>8</sup> EU Welle 2-7, Österreich Welle 1-6.



Es zeigte sich, daß in allen vier untersuchten Jahren (1996 bis 1999) der Gesundheitszustand von Personen, die im Jahresverlauf durchgehend arbeitslos waren, bei weitem schlechter war als jener von Personen, die innerhalb eines Jahres durchgehend erwerbstätig waren. Wenn man die Verteilung des allgemeinen Gesundheitszustandes von erwerbstätigen Personen nach den Kategorien »Sehr gut«, »Gut«, »Befriedigend«, »Schlecht« und »Sehr schlecht« mit jener durchgehend arbeitsloser Personen vergleicht, so zeigt sich, daß erwerbstätige Personen in allen vier Jahren im Vergleich zu den Arbeitslosen einen überproportional sehr guten und guten Gesundheitszustand aufwiesen.

**Abbildung 3: Allgemeiner Gesundheitszustand von Personen, die im Jahresverlauf durchgehend arbeitslos sind, im Vergleich zu Personen, die in allen Monaten erwerbstätig sind (1996–1999)<sup>9</sup>**

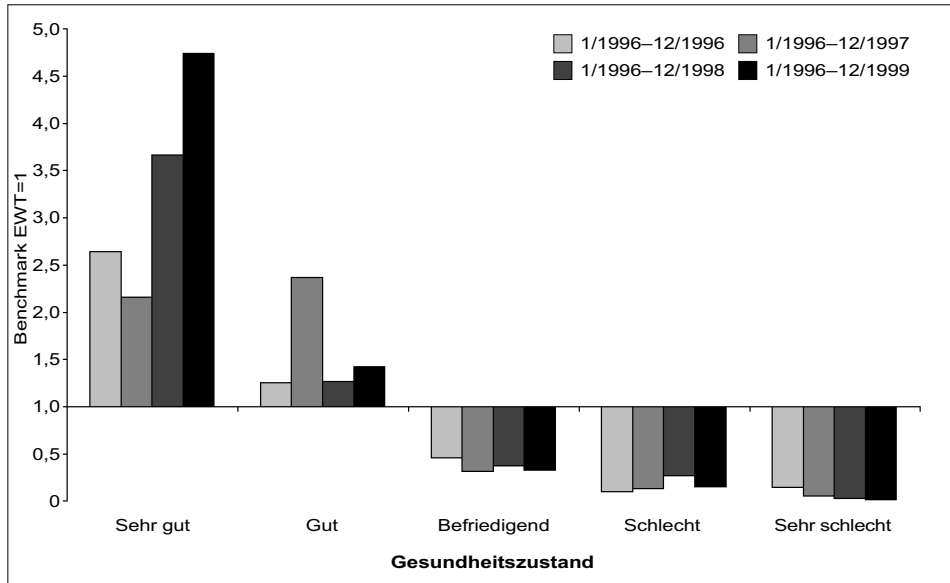


Quelle: ECHP-Welle 3 bis 7 (Österreich-Welle 2 bis 6), ICCR, Version 2003, WIFO

Wenn man nun den Vergleichszeitraum von einem Jahr auf vier Jahre erweitert, d. h. den Gesundheitszustand von erwerbstätigen und arbeitslosen Personen, die ein, zwei, drei und vier Jahre hindurch durchgehend erwerbstätig sind, mit Personen, die in derselben Zeitperiode arbeitslos sind, vergleicht, so wird die Diskrepanz zwischen erwerbstätigen und arbeitslosen Personen noch deutlicher. Mit zunehmendem Zeitintervall verstärkt sich der überproportional gute Gesundheitszustand von erwerbstätigen Personen bzw. der überproportional schlechte Gesundheitszustand von langzeitarbeitslosen Personen. Personen, die vier Jahre hindurch ohne Unterbrechung erwerbstätig waren (von Jänner 1996 bis Dezember 1999), sind durchschnittlich viermal gesünder als Personen, die vier Jahre hindurch arbeitslos waren.

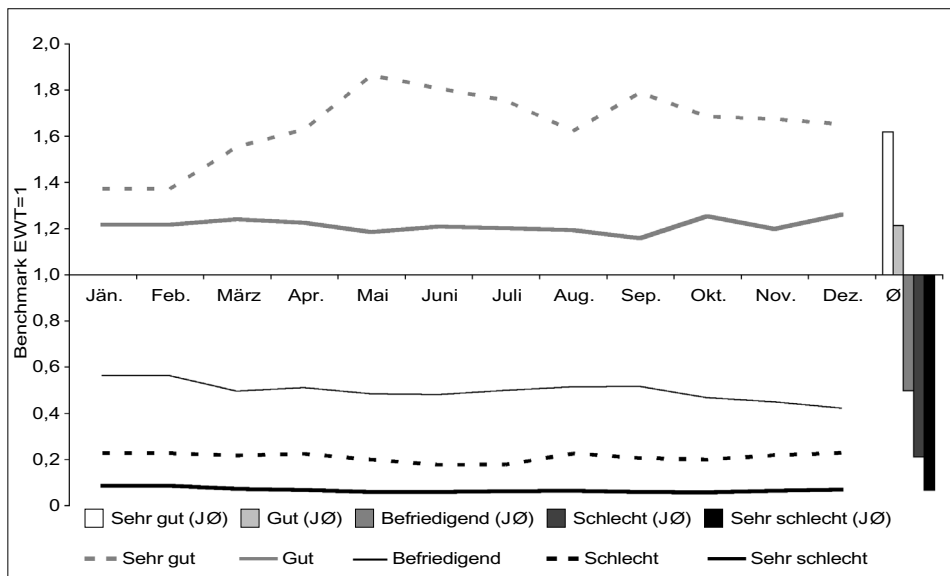
<sup>9</sup> y-Achse Wert = 1: kein Unterschied zwischen Erwerbstätigen und Arbeitslosen; Wert > 1: Erwerbstätige im Verhältnis zu Arbeitslosen überproportional stark vertreten; Wert < 1: Erwerbstätige im Verhältnis zu Arbeitslosen unterproportional vertreten.

**Abbildung 4: Allgemeiner Gesundheitszustand von Personen, die in den angeführten Perioden durchgehend arbeitslos sind, im Vergleich zu Personen, die zur selben Zeit erwerbstätig sind (1996–1999)**



Quelle: ECHP-Welle 3 bis 7 (Österreich-Welle 2 bis 6), ICCR, Version 2003, WIFO

**Abbildung 5: Allgemeiner Gesundheitszustand von erwerbstätigen und arbeitslosen Personen im Jahresverlauf 1999**



Quelle: ECHP-Welle 6 und 7 (Österreich-Welle 5 und 6), ICCR, Version 2003, WIFO

## **11 Arbeitslosigkeit führt zu einem Entwertungsprozeß**

Das Institut für Organisationspsychologie der Universität Dortmund entwickelte im Rahmen der transnationalen EQUAL-Kooperation »Endeavour« einen Fragebogen, der bei der Beratung arbeitsloser Personen eingesetzt werden kann.<sup>10</sup> Die Auswertung des Fragebogens soll die Diagnose eventuell vorhandener Beeinträchtigungen psychischer oder physischer Art erleichtern. Theoretischer Hintergrund dieses Konzeptes waren Ergebnisse aus der Arbeitslosenforschung, wonach Arbeit eine gesundheits- und persönlichkeitsförderliche Funktion hat. Arbeitslosigkeit hingegen bedeutet nicht nur eine finanzielle Verschlechterung für den Betroffenen, sondern auch den Verlust sozialer Kontakte, fehlende Anerkennung und kann zu einem Gefühl des Überflüssig-Seins führen. Es kommt zu einem Entwertungsprozeß<sup>11</sup> auf drei unterschiedlichen Ebenen: der Körperwelt, der Geisteswelt und der Lebenswelt. Veränderungen im Bereich der Körperwelt zeigen sich etwa in einer Verschlechterung des objektiven Gesundheitszustandes (erhöhter Blutdruck, Schlafstörungen). Mit Geisteswelt sind alle Kognitionen gemeint. Sinken der Selbstwert, geringe Handlungsorientierung oder Depression sind Ausdruck des Entwertungsprozesses in diesem Bereich. Die Lebenswelt meint Emotionen wie z. B. Genußfähigkeit und das Erleben von sozialer Unterstützung. Hilflosigkeit, Angst und Wut sind Verhaltens- und Erlebensweisen, die in diesem Zusammenhang auftreten und zu Krankheit führen können. Interventionen, die diesen Entwertungsprozeß stoppen sollen, müssen auf den drei genannten Ebenen ansetzen. Sie umfassen Maßnahmen zur Verbesserung des objektiven Gesundheitszustandes genauso wie Angebote zur Erhöhung des Selbstwertes oder soziale Unterstützung.

## **12 Gesundheitsfördernde Interventionen in den Modulen der Entwicklungspartnerschaft ida-Equal**

### **12.1 Gesundheit ist mehr als das Nicht-Vorhandensein einer Krankheit**

Interventionen zur Gesundheitsförderung im arbeitsmarktpolitischen Kontext müssen von einem umfassenden Gesundheitsbegriff ausgehen. Das Nicht-Vorhandensein einer Krankheit muß keineswegs bedeuten, daß sich jemand gesund fühlt. Den Partnern der Entwicklungspartnerschaft war von Beginn an bewußt, daß die Bearbeitung des Querschnittsthemas »Gesundheit« sehr breit angelegt werden muß. Die WHO-Definitionen für Gesundheit und Gesundheitsförderung skizzieren einen Rahmen, innerhalb dessen gesundheitsfördernde Interventionen für arbeitslose Menschen gestaltet werden können.

---

<sup>10</sup> FABU – Fragebogen zur Arbeitslosigkeit und Beschäftigungsunsicherheit (Universität Dortmund, Christine Reick).

<sup>11</sup> Kastner 2004.

Gesundheit und Wohlbefinden sind mehrdimensional zu definieren, legte die WHO bereits in den 1940er Jahren fest, und zwar in einer physischen, psychischen, sozialen und geistigen Dimension. In den vergangenen Jahren wurde dieser umfassende Begriff noch erweitert um eine ökologische und spirituelle Komponente.<sup>12</sup>

Gesundheitsförderung setzt nach dem Verständnis der WHO bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und Gesundheitspotentiale der Menschen und auf allen gesellschaftlichen Ebenen an. Gesundheitsförderung umfaßt Maßnahmen, die auf die Veränderung und Förderung sowohl des individuellen und des kollektiven Gesundheitsverhaltens als auch der Lebensverhältnisse abzielen – Rahmenbedingungen, die Gesundheit und Gesundheitsverhalten jedes einzelnen Menschen und ganzer Bevölkerungsgruppen beeinflussen.

Gesundheitsfördernde Aktivitäten haben demnach nicht primär den Ansatz, Risikofaktoren für spezifische Krankheiten zu minimieren. Vielmehr muß der Frage nachgegangen werden, was man tun kann, damit das gesundheitliche Wohlbefinden gestärkt wird.

## 12.2 Gesundheit und Wohlbefinden zum Thema machen

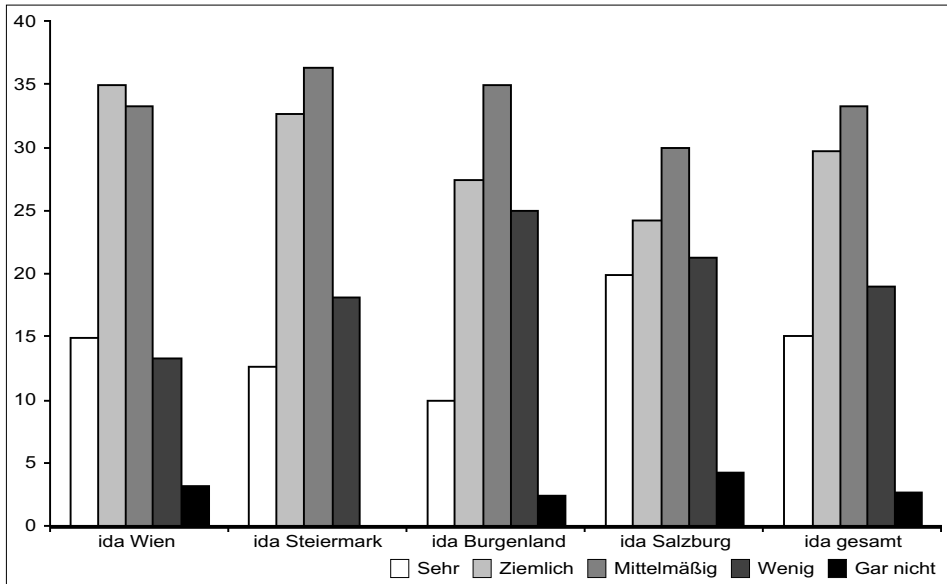
Die Verankerung des Themas »Gesundheit und Gesundheitsförderung« als Querschnittsthema stieß bei den Beteiligten der Entwicklungspartnerschaft rasch auf Zustimmung. Weniger Konsens gab es zu Beginn über Möglichkeiten und Grenzen der praktischen Umsetzung. Eine Fülle von Fragen wurde diskutiert: Sollen Daten zum Gesundheitszustand der TeilnehmerInnen erhoben werden? Ist dies mit dem niederschweligen Ansatz der Entwicklungspartnerschaft vereinbar? Welche Parameter geben verläßlich Auskunft über die gesundheitliche Lage der TeilnehmerInnen, wenn Gesundheit in der oben erwähnten Mehrdimensionalität verstanden wird? Ist es möglich, Veränderungen in der Befindlichkeit der TeilnehmerInnen festzustellen? Kann ein Zusammenhang zwischen Verbesserung der Befindlichkeit und Projektteilnahme nachgewiesen werden? Inwieweit können MitarbeiterInnen, die häufig pädagogisch oder sozialarbeiterisch ausgebildet sind, sich in das Fachgebiet der Gesundheitsförderung begeben?

Vereinbart wurde, daß im Rahmen des Forschungsmoduls Daten erhoben bzw. ausgewertet werden, die sich auf die Befindlichkeit der TeilnehmerInnen beziehen. Im Sinne eines Pilotversuches reduzierte sich die Erhebung auf vier Fragen, die den TeilnehmerInnen vorgelegt und von ihnen beantwortet wurden. Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig, so konnte auch der Ansatz der Niederschwelligkeit des Projektes beibehalten werden. Bei einer längerfristigen Projektteilnahme wurde die Befragung wiederholt, um etwaige Veränderungen feststellen zu können. Bei der Erstellung des Fragenkataloges wurde auf Fragen zurückgegriffen, die im Rahmen des Wiener Gesundheits-Survey gestellt wurden. Die Ergebnisse der Wiener Befragung dienten als Vergleichswerte für die modulspezifischen Auswertungen.

---

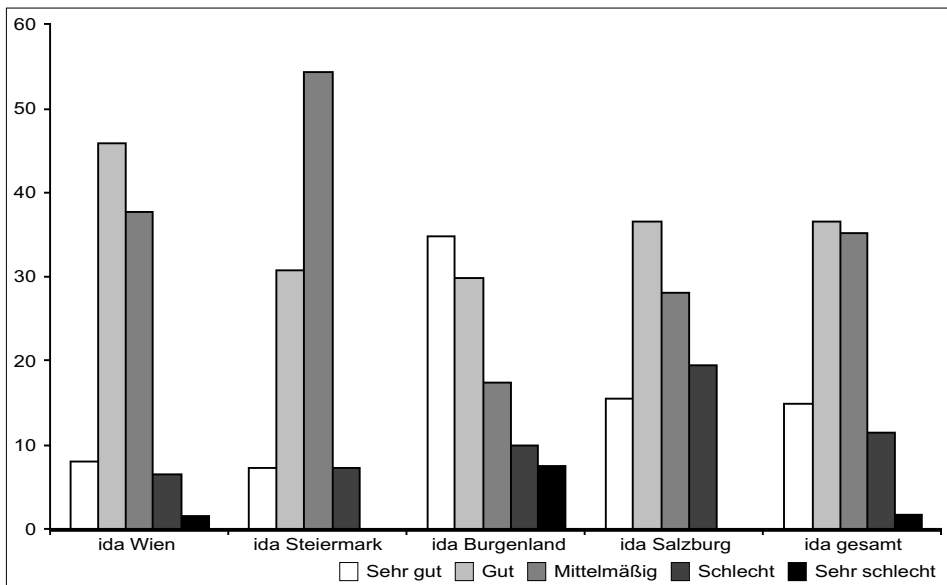
12 Freidl u. a. 2001.

**Abbildung 6: Achten Sie auf Ihre Gesundheit? (Dezember 2004, in %)**



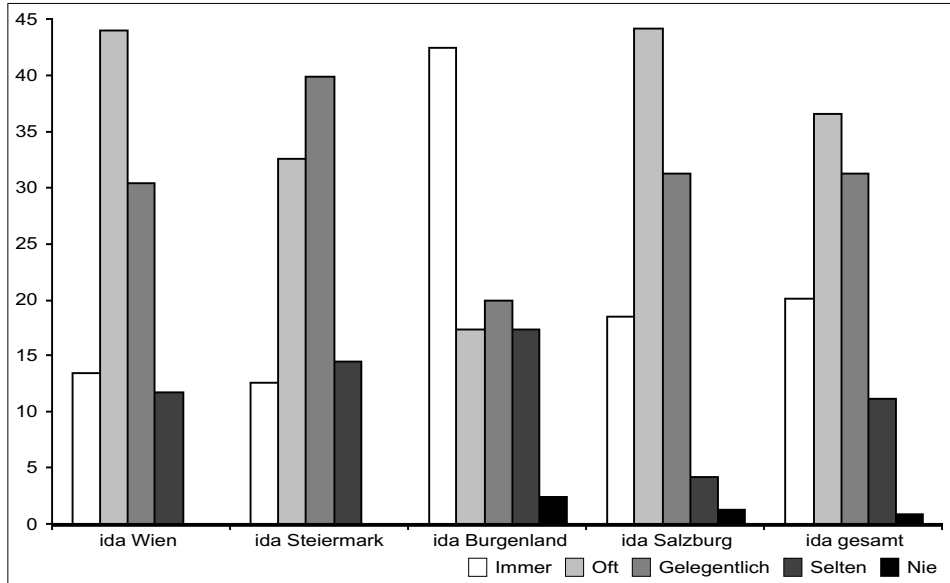
Quelle: ida-KlientInnendatenbank

**Abbildung 7: Wie schätzen Sie Ihre körperliche Leistungsfähigkeit ein? (Dezember 2004, in %)**



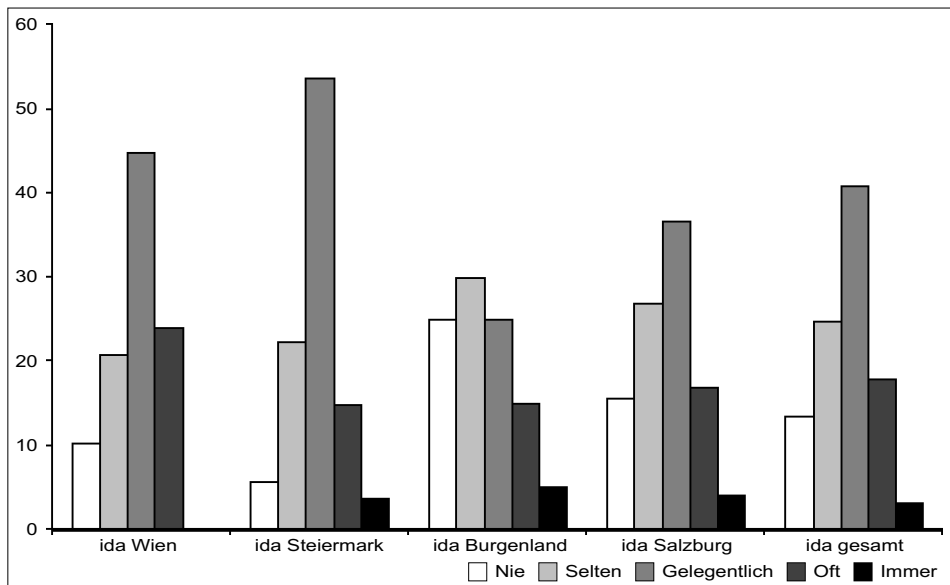
Quelle: ida-KlientInnendatenbank

**Abbildung 8: Fühlen Sie sich fit genug, um all das zu tun, was Sie tun möchten? (Dezember 2004, in %)**



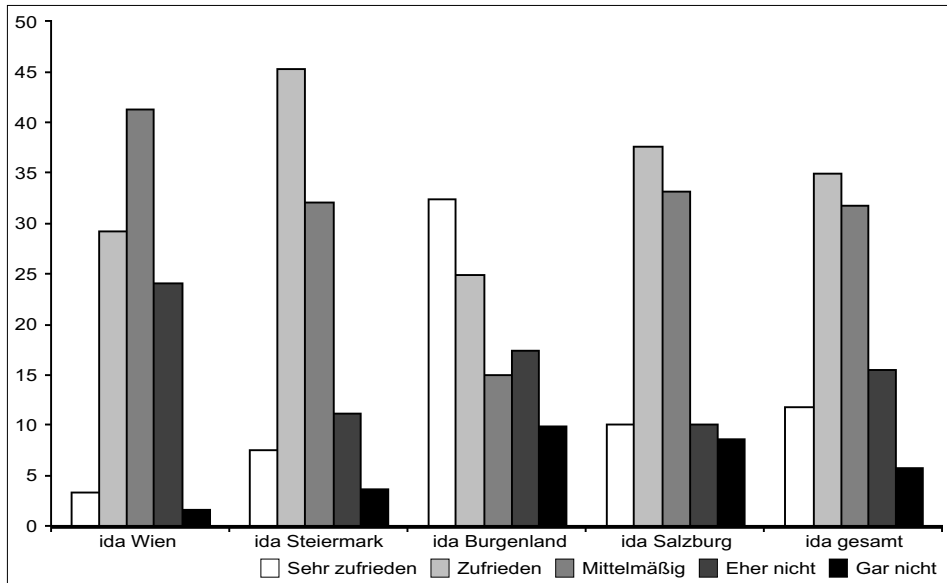
Quelle: ida-KlientInnendatenbank

**Abbildung 9: Leiden Sie im Alltagsleben unter Streß? (Dezember 2004, in %)**



Quelle: ida-KlientInnendatenbank

**Abbildung 10: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer derzeitigen gesundheitlichen Lage?  
(Dezember 2004, in %)**



Quelle: ida-KlientInnendatenbank

Die Auswertung der Befragung zeigte, daß die TeilnehmerInnen der ida-Projekte nur mittel-mäßig auf ihre Gesundheit achten. Sie schätzten ihre körperliche Leistungsfähigkeit als mittelmäßig ein. Auch die Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Lage wurde als mittelmäßig beurteilt. Einer/Eine von fünf TeilnehmerInnen gab an, immer oder oft unter Streß zu leiden.

Insgesamt kann gesagt werden, daß die Ergebnisse der Befragung wenig überrascht haben. Sehr wohl überrascht hat die Reaktion der Befragten: Sie fühlten sich durch die Befragung keineswegs in ihrer persönlichen Sphäre gestört, sondern verstanden diese als ein vertrauensvolles Interesse an ihrem Wohlbefinden. Themen kamen zur Sprache, die im Projektalltag sonst kaum zur Sprache gekommen wären. Manche TeilnehmerInnen wurden durch die Befragung angeregt, sich bewußter mit ihrer gesundheitlichen Situation auseinanderzusetzen.

### **12.3 Entwicklung und Umsetzung eines Gesundheitsförderungs-konzeptes für TeilnehmerInnen der Module ida-Steiermark**

Mit Unterstützung einer Studentin des Public-Health-Management-Studienganges in Graz entwickelten MitarbeiterInnen und TeilnehmerInnen von ida-Steiermark ein Gesundheitsförderungskonzept. Es stellte sich heraus, daß Aktivitäten zur Gesundheitsförderung auf verschiedenen Ebenen ansetzen müssen. Gefragt waren Maßnahmen zur Stärkung des Selbst-

wertgefühles sowie Hilfestellungen zur Überwindung der sozialen Isolation. Sportliche Aktivitäten, die weder über- noch unterfordern und vor allem Spaß machen, sind ebenso Teil eines Gesundheitsförderungskonzeptes wie Aktivitäten zur Stärkung der Sozialkompetenz. Allgemein kann festgehalten werden, daß es immer darum geht, in der krisenhaften Situation der Arbeitslosigkeit wieder Lebensfreude zu gewinnen.

Die Erarbeitung des Gesundheitsförderungskonzeptes zeigte, daß es nur bedingt zielführend ist, den TeilnehmerInnen einen Lösungskatalog vorzulegen; vielmehr sollen Lösungsstrategien gemeinsam erarbeitet werden. Dieses gemeinsame Arbeiten führte zu einem Austauschprozeß, der Lösungskompetenz und verdeckte Ressourcen zutage treten ließ.

#### **12.4 Gesunde Küche in den Modulen »Tagesstrukturzentrum« und »My Job – My Way«**

Von besonderer Bedeutung unter den gesundheitsfördernden Aktivitäten war die »Gesunde Küche«. Darunter ist ein Angebot zur Verbesserung des Ernährungsbewußtseins zu verstehen. Ausgangspunkt dieser Aktivität war die Beobachtung, daß viele TeilnehmerInnen sich kaum Gedanken über ihre Ernährung machen. »Gesunde Sachen sind zu teuer!« wurde oft gesagt. Manchmal fehlte es in den Haushalten auch an einer Basisausstattung wie einem Kühlschrank oder einem funktionierenden Herd.

Bei der »Gesunden Küche« wurde mit den TeilnehmerInnen die Zubereitung eines Mittagmenüs gemeinsam vorbereitet und durchgeführt. Sehr bald stellte sich heraus, daß mit der Aktion »Gesunde Küche« nicht nur gesundheitsrelevante Themen zur Sprache kamen. Bei der Erstellung der Einkaufsliste konnte die finanzielle Haushaltsplanung der TeilnehmerInnen mit besprochen werden. Das Kochen in der Gruppe wurde gleichzeitig zu einem Training von Soft Skills, die auch im Arbeitsleben Bedeutung haben. Teamarbeit, Pünktlichkeit und vor allem die richtige Einschätzung der eigenen Fähigkeiten waren notwendig, damit zeitgerecht ein Mittagessen auf dem Tisch stand.

#### **12.5 Gewichtsreduktionskurs im Modul »Mri Buti«**

Übergewicht und Fettleibigkeit (Adipositas) wurde von der WHO als die größte Seuche unserer Zeit bezeichnet. Auch viele ProjektteilnehmerInnen hatten mit diesem gesundheitlichen Problem zu kämpfen. Einige gaben in den Beratungsgesprächen an, daß ihr massives Übergewicht mit ein Grund ihrer Arbeitslosigkeit ist, weil sie etwa gewisse Tätigkeiten aufgrund ihrer eingeschränkten Beweglichkeit nicht mehr ausführen können. Unter den TeilnehmerInnen des Moduls »Mri Buti« in Oberwart (Zielgruppe Roma) war das Integrationshindernis »Übergewicht« besonders häufig zu finden. Anfangs hatte man den Eindruck, daß jeder/jede für sich allein sein/ihr Problem mit sich herumträgt. Nach und nach begannen die Teilneh-



merInnen, über ihre Einschränkungen und vergeblichen Versuche abzunehmen, zu sprechen. Im Jahr 2004 gelang es, einen Gewichtsreduktionskurs zu initiieren, an dem 20 Personen teilnahmen.

Der Kurs wurde auf Basis eines wissenschaftlich fundierten Konzeptes durchgeführt und von Fachleuten begleitet. Auch wenn sich das Abnehmen und vor allem das Halten des Gewichtes als extrem schwierig herausstellten und längst nicht alle KursteilnehmerInnen ihr Ziel erreichten, bedeutete das Angebot für die Betroffenen eine wertvolle Hilfestellung. Sie lernten Hintergründe und Zusammenhänge ihrer Krankheit kennen und konnten zumindest sehen, welche Handlungsoptionen es gibt.<sup>13</sup>

### 13 Schlußfolgerungen

Gegen Ende der EQUAL-Kooperation zogen die ProjektmitarbeiterInnen ein Resümee über die gesundheitsfördernden Interventionen, die im Rahmen der Module durchgeführt wurden. Sie stellten fest, daß das Hauptziel einer arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung sein muß, arbeitslose Menschen dabei zu unterstützen, wieder Lebensfreude und Zuversicht zu gewinnen. Maßnahmen sind so zu konzipieren, daß sie an den Potentialen der TeilnehmerInnen ansetzen und nicht Risiken und Defizite im Gesundheitsverhalten in den Vordergrund stellen. Marginalisierte Personen neigen dazu, sich zurückzuziehen, und verzichten häufig auf gesundheitsbezogene Hilfestellungen. In einer vertrauensvollen Atmosphäre, unter Umständen mit Menschen in einer ähnlichen Situation, können diese Defizite abgebaut werden. Schließlich wurde noch festgehalten, daß Gesundheitsförderung durchaus mit Interventionen zur Erhöhung der Bildungsressourcen verglichen werden kann. Es muß nicht immer nur ein EDV-Kurs sein, der Arbeitslose näher an den Arbeitsmarkt heranführt. Mit einer zusätzlichen Maßnahme zur Stärkung des Selbstwertes oder einem Gewichtsreduktionskurs kann möglicherweise mehr erreicht werden.

### 14 Literatur

- Biffi, G. (2004): Health and Employment Status: The Case of Austria, WIFO Working Papers 219, Wien, [http://publikationen.wifo.ac.at/pls/wifosite/wifosite.wifo\\_search.frameset?p\\_file\\_name=WIFOWORKINGPAPERS/PRIVATE21449/WP\\_2004\\_219\\$.PDF](http://publikationen.wifo.ac.at/pls/wifosite/wifosite.wifo_search.frameset?p_file_name=WIFOWORKINGPAPERS/PRIVATE21449/WP_2004_219$.PDF).
- Biffi, G./Bock-Schappelwein, J./Leoni, T. (2005): Verschärfung der Arbeitsmarktprobleme von Randgruppen in Grenzregionen im Gefolge der Ostöffnung, WIFO-Monatsberichte 78(2), Wien, Seite 115–130.

---

<sup>13</sup> Näheres hierzu in Biffi u. a. 2005.

- Bock-Schappelwein, J. (2005): Chancen marginalisierter Personen zur (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt. Am Beispiel der EQUAL-Entwicklungspartnerschaft ida, EQUAL-Studie, gefördert aus Mitteln des BMWA und ESF, WIFO-Gutachtenserie, Wien.
- Freidl, W./Stronegger, W.J./Neuhold, C. (2001): Gesundheit in Wien. Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001, Wien.
- Kastner, M. (2004): Die Zukunft der Work Life Balance, Verlag Asanger.
- Schleicher, H. (2003): Armutsbetroffene Frauen in Österreich, ÖBIG, Wien.
- Weber, I. (1997): Gesundheit sozialer Randgruppen.

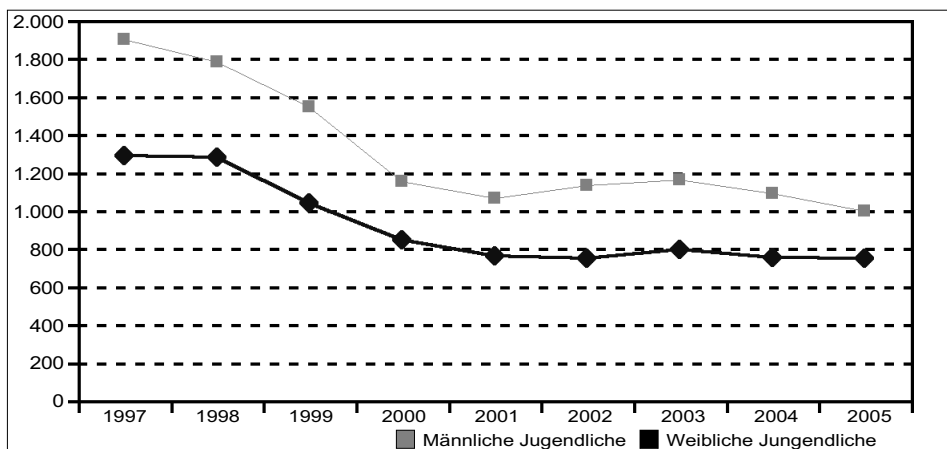
# Andrea Egger-Subotitsch

## Lebenssituation und Bedürfnisse von Jugendlichen am Übergang Schule – Beruf

### 1 Einführung

Die Jugendarbeitslosigkeit – und zwar im speziellen bei Jugendlichen mit körperlichen, psychischen oder sozialen Beeinträchtigungen – wird im folgenden Beitrag auf der gesellschaftlichen, der institutionellen und der Personenebene betrachtet. Es werden die Implikationen für die konkrete Lebenssituation von Jugendlichen, die unterschiedliche Vorgangsweisen bei der Integration von Jugendlichen in den Arbeitsmarkt in Österreich diskutiert und demgegenüber die Bedürfnisse von Jugendlichen dargestellt.<sup>1</sup>

**Abbildung 1: Anzahl an arbeitsuchenden Jugendlichen mit Behinderung**



Quelle: AMS Österreich

Seit dem Jahr 2000 befinden sich durchschnittlich – relativ konstant – 2000 Jugendliche mit eingeschränkter Vermittelbarkeit auf Arbeitsuche, das heißt, sie stehen dem Arbeitsmarkt zur Verfügung. Diese Zahl mag im Verhältnis zur gesamten Gruppe der Jugendlichen mit Beeinträchtigungen klein erscheinen – der Grund dafür liegt darin, daß SchulabgängerInnen seit 1994 nicht mehr dem AMS gemeldet werden, da diese Jugendlichen zum Teil in Kursen oder in Beschäftigungsprojekten oder schlichtweg zuhause untergebracht sind.

<sup>1</sup> Der Artikel basiert auf der Studie »Maßnahmen für Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen«, die im Auftrag des BMSG von den Instituten KMU Forschung Austria, SORA und abif durchgeführt wurde (Heckl u. a. 2004).

## 2 Gesellschaft und Arbeitswelt

Bei der Integration von Menschen mit Behinderung können im wesentlichen zwei Ansätze in Österreich identifiziert werden, nämlich ein »visionär-inklusiiver« Ansatz und ein »pragmatisch-limitativer«.

Ersterer geht von einer völligen Inklusion von Menschen mit Behinderung in die Gesellschaft und Arbeitswelt aus. Beeinträchtigungen von Menschen sind omnipräsent, genauso omnipräsent sind demnach Menschen mit Behinderungen in den verschiedenen Lebens- und Erwerbsbereichen. Daraus wird ein Recht auf Arbeit auf »einem« Arbeitsmarkt, nämlich dem 1. Arbeitsmarkt abgeleitet. Allen Personen sollte, diesem Ansatz entsprechend, die Möglichkeit gegeben werden, Arbeiten in einem Unternehmen auszuführen, selbst wenn die Leistung der einzelnen Person aufgrund ihrer Beeinträchtigung nicht wettbewerbsfähig ist. Dadurch entstehende Defizite für das Unternehmen müssen mittels finanzieller Ersatzleistung ausgeglichen werden.

Der zweite Ansatz, hier »pragmatisch-limitativer« genannt, orientiert sich an den derzeitigen Gegebenheiten am Arbeitsmarkt und den Grenzen der Leistungsfähigkeit von einzelnen Personen. Entsprechende Grenzen werden auch in der beruflichen Integration von Menschen gesehen, nicht jede Person kann jeden Beruf ausüben, und nicht jeder Mensch sollte gezwungen sein, am 1. Arbeitsmarkt zu arbeiten, bzw. nicht jede Person kann unter den gegebenen wirtschaftlichen Umständen am 1. Arbeitsmarkt tätig sein. Dieser Ansatz verfolgt zwar klar die Ziele der Integration, zieht aber auch Grenzen nach sich.

Als Beleg für diese zwei polarisiert dargestellten Ansätze können Arbeiten verschiedener Organisationen, wie z. B. NGOs, und auch Parteiprogramme herangezogen werden. Das aktuelle Regierungsprogramm geht in Richtung einer völligen Inklusion. Bereits im Schulsystem können die beiden Ansätze in der Form von Integrationsklassen (visionär-inklusiiver Ansatz) und Sonderpädagogischen Zentren (pragmatisch-limitativer Ansatz) gesehen werden.

In der erlebten Schulrealität von Jugendlichen wird allerdings deutlich, daß weder Sonderpädagogische Zentren noch Integrationsklassen verhindern können, daß sich Jugendliche mit Beeinträchtigungen als »anders« erleben und Erfahrungen der Ausgrenzung machen. In Interviews erzählen Jugendliche davon, wie sie gegenüber Freizeitbekanntschäften verbergen, daß sie in die »Sonderschule« gehen, und Jugendliche aus Integrationsklassen berichten davon, als die Leistungsschwachen in der Schule und am Schulhof zu gelten, was sie als sehr störend bzw. kränkend empfinden. Aus entwicklungspsychologischer Sicht ist die Erkenntnis des »Andersseins« ein unerläßlicher Schritt in der Identitätsentwicklung. Er ermöglicht das Leben mit dem »Anderssein« und das »Dazugehören« trotz dieses »Andersseins«.

Jugendliche streben Arbeit und Verdienst an, um anerkannt zu werden, um selbstbestimmter leben oder an der Konsumwelt teilnehmen zu können (eben das »Dazugehören«). Auf gesellschaftlicher Ebenen stellen sich dabei zwei verschiedene Fragen: Heißt nicht die Teilnah-

me am Erwerbsleben auch Teil der Gesellschaft zu sein (obwohl mehr als die Hälfte der österreichischen Gesamtbevölkerung nicht erwerbstätig ist)? Es geht offensichtlich um das »Dazugehören« zu einer auf ausgeprägten Leistungsprinzipien aufgebauten Gesellschaft, die das Phänomen der Arbeitslosigkeit produziert und als Problem definiert, in der es schlechter und besser Gestellte gibt, wenn es darum geht, an der Konsumwelt teilhaben zu können. Der Wunsch, zu so einer Gesellschaft zu gehören, wird in diesem Fall von jenen getragen, die in dieser »vertikalen« Gesellschaft »unten« sind und deren Aufstieg schwierig ist bzw. deren Aufstieg eine Verdrängung von anderen bedeutet. Leistungsschwächere Gruppen gehören dazu, um das System zu stabilisieren.<sup>2</sup>

Den hohen Stellenwert, den Arbeit in der Gesellschaft (in der Erwachsenenwelt) einnimmt, hat sie auch schon bei den Jugendlichen. Dies wird in den Interviews mit den Jugendlichen deutlich. Dieser Stellenwert mag sich zwar oberflächlich in einer Abwertung von Arbeit bei einigen Jugendlichen verbalisieren, was allerdings als ein Selbstschutz gesehen werden muß, um sich nicht selbst als »wertlos« zu fühlen, wenn das Ziel der Erwerbsbeschäftigung nicht erreicht wird.<sup>3</sup> Die interne Attribuierung »Ich finde aufgrund meiner mangelnden Fähigkeiten keine Arbeit« kann durch die Abwertung von Arbeit nach außen entschärft werden. Bei Erwachsenen nimmt die globale interne Attribuierung zu und wird auch immer stabiler, je länger die Arbeitslosigkeit dauert, d. h., die betroffene Person gibt sich mehr und mehr selbst die Schuld an der vermeintlich aussichtslosen Erwerbssuche. Das führt aber nicht, wie zu erwarten wäre, zu mehr Aktivität, sondern wie man bei langzeitarbeitslosen Personen beobachten kann, zu Resignation. Die Befindlichkeit und Bewältigung wird schlechter, und der Selbstwert sinkt.<sup>4</sup> Jugendliche ohne Beschäftigung spüren stark den gesellschaftlichen (und auch internalisierten) Druck, Arbeit zu finden. Es fehlen ihnen jedoch die Möglichkeiten dazu, das Problem der Arbeitslosigkeit selbständig zu lösen. Die Gründe dafür sind vielfältig, die Möglichkeiten zur Intervention ebenso. Im folgenden wird auf einige Bereiche eingegangen, in denen Hemmnisse und auch Chancen für Jugendliche liegen, ihre Erwerbssituation zu verbessern.

### 3 Institutionen

SchülerInnen mit sonderpädagogischem Förderbedarf konkurrieren am Übergang in den Arbeitsmarkt mit einer Gruppe, die gemeinhin als leistungsstärker bezeichnet wird, z. B. Jugendliche mit mindestens Mittelschulabschlüssen. Eine Erhöhung der Wettbewerbsfähigkeit der Jugendlichen mit Beeinträchtigungen kann lediglich mit viel Aufwand eine Verdrängung von anderen Jugendlichen bedeuten, solange nicht mehr Arbeitsplätze zur Verfügung stehen. Im

---

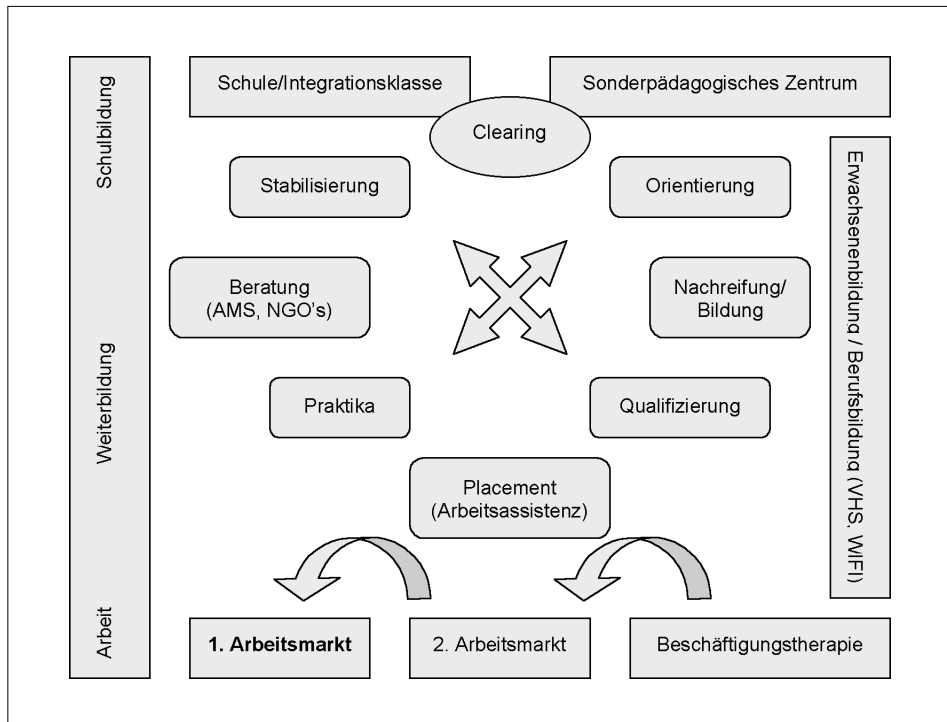
2 Daß vertikale Mobilität lediglich an Leistung gebunden ist und jene, die viel »leisten« auch erfolgreich sind und aufsteigen, mag zwar nicht der Realität entsprechen, wird aber hier so stehen gelassen (vgl. Wagner, 1993, Seite 264).

3 Heckl u. a. 2004, Kapitel 5.

4 Wagner 1999.

wesentlichen liegen die Möglichkeiten für die Zielgruppe der Jugendlichen mit besonderen Beeinträchtigungen darin, das Matching zu verbessern. Somit sollten Jugendliche dort ausgebildet und qualifiziert werden, wo ihre Stärken und Interessen liegen, unter Berücksichtigung der bzw. auch dem Entdecken von Nachfrage.

**Abbildung 2: Institutionelles Umfeld beim Übergang Schule – Beruf**



Quelle: abif

Eine Vielzahl von NGOs und öffentlichen Organisationen bietet Unterstützungsstrukturen für Jugendliche am Übergang von Schule zu Beruf an (vgl. Abbildung 2). Durch die Förderstruktur werden jedoch hauptsächlich Projekte mit kurzer Laufzeit produziert, die eine nachhaltige Bildung, Qualifizierung und Orientierung nicht optimal umsetzen können, da viele Jugendliche dieser Zielgruppe eine längere und kontinuierlichere Betreuung brauchen. Durch die Erfolgsmessung über Vermittlungsquoten werden die TeilnehmerInnen in den Kursen entsprechend selektiert. Die Ausdehnung der speziell zu fördernden Zielgruppe von »Jugendlichen mit Behinderung« auf »Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen« führt auf der einen Seite dazu, daß mehr Jugendlichen die Möglichkeit auf Förderung zuteil wird, auf der anderen Seite wird von den Trägerinstitutionen zum Teil der »Creaming-Effekt« kritisiert, daß aus dieser Zielgruppe also wiederum nur die leistungsstärksten Personen gefördert werden. Demgegenüber steht allerdings eine Vielzahl von Projekten, die auf besonders arbeitsmarktferne Gruppen ab-

zielen. Insofern wird dieser Kritik hier widersprochen, da der Creaming-Effekt zwar aufgrund des Auswahlprozesses in den Kursen gegeben ist, die Kurslandschaft selbst aber vielfältig und auf unterschiedliche Gruppen abgestimmt ist. Von progressiven Vereinen und Organisationen wird wieder stärker der Begriff der »Behinderung« gebraucht, um auf die jeweilige Art der Beeinträchtigung hinzuweisen.

Die Zielgruppe der Jugendlichen mit Beeinträchtigungen wird in der Schule über den sonderpädagogischen Förderbedarf definiert, im Bundessozialamt über das Ausmaß an Behinderung, Pflegebedarf und über die generelle Einschränkung am Arbeitsmarkt sowie beim AMS über die verminderten Vermittlungs- und Erwerbchancen (für bestimmte Berufe), die individuell feststellbar sind. In den NGOs, die Kurse oder Maßnahmenpakete für Jugendliche anbieten, wird zumeist diese breite Gruppe von Jugendlichen enger abgesteckt und ein Teil daraus kommt für eine Förderung in Frage. Für die Jugendlichen selbst kommt es aufgrund der unterschiedlichen Begrifflichkeiten, die Institutionen verwenden, und den Förderbedingungen zu bizarren Phänomenen. Die Jugendlichen werden von der einen zur anderen Organisation geschickt, müssen sehr spezifische Merkmale aufweisen, um in den einen oder anderen Förderpotf zu passen, und zunehmend Leistungsfeststellungen absolvieren. Das Wort »Eingangsprüfung« ist in diesem Zusammenhang zwar nicht üblich, beschreibt aber das zum Teil sehr umfangreiche Aufnahmeverfahren bei Kursen durchaus treffend.

Interessanterweise steht die Richtung, in die Jugendliche beraten werden, eher mit der Institution als den Fähigkeiten von Jugendlichen in Verbindung. So wird der/die gleiche Jugendliche mit leichter geistiger Behinderungen vom AMS und von LehrerInnen in der Schule in Richtung 1. Arbeitsmarkt beraten, von den BetreuerInnen in Werkstätten und in den Sozialämtern<sup>5</sup> wird zum Verbleib in einem geschützten Bereich geraten.<sup>6</sup> Eine Objektivierung der Beratung sollte durch die Einführung von Clearing gegeben sein, das theoretisch jedem/jeder Jugendlichen mit Sonderpädagogischen Förderbedarf zur Verfügung steht. Inwiefern das tatsächlich so ist, wird eine Evaluierung dieser Dienste 2006 zeigen. Tatsache ist, daß Clearingstellen zumeist an bestehende Institutionen und NGOs angesiedelt wurden. Allgemein ist das regional sehr unterschiedliche Maßnahmensystem für Jugendliche kaum durchschaubar. Von Elternseite wird sehr vorsichtig agiert, wenn es um den Verlust von Sozialleistungen bei der Integration in den Arbeitsmarkt geht, die dann schwer wieder bezogen werden können, sollte der Versuch der Beschäftigung am 1. Arbeitsmarkt scheitern bzw. eine Verschlechterung der Situation eintreten.

Grundsätzlich sind (jahre-)lange Wartezeiten, zu denen Jugendliche immer wieder verurteilt sind, ein Problem. Diese im wahrsten Sinne des Wortes beschäftigungslosen Zeiten sind für Jugendliche als auch deren Angehörige schwer erträglich: Pubertät, Beschäftigungslosigkeit, schwierige finanzielle Situation, eingeschränkter sozialer Kontakt außerhalb der Familie, die spezifische Beeinträchtigung der/des Jugendlichen verbunden mit Behinderung(en) kumulieren.

---

5 Heutiges Bundessozialamt.

6 Schabmann/Klicpera 1998.

Eine wesentliche Forderung an das institutionelle Umfeld von Jugendlichen ist die Erhöhung der Durchlässigkeit in alle Richtungen, d. h. in Richtung »Freie Wirtschaft«, aber auch in Richtung »Beschäftigungstherapie«. Eine Erhöhung der Transparenz des gesamten Systems und der Zugangsbestimmungen wäre zwar prinzipiell ebenfalls nötig. Was Jugendlichen aber noch stärker nützen würde, wäre eine starke regionale Zusammenarbeit in professionalisierten Netzwerken zwischen den vielfältigen Anbietern von Kursen, Vermittlung, Clearing etc. sowie wohnbezogene Angebote und Therapien. Eine kontinuierliche individuelle Betreuung über den Übertrittszeitraum hinweg (»Zeit danach«) sollte zur Arbeitserhaltung gegeben sein. Obwohl integrative Ausbildungs- und Qualifizierungsformen in den letzten Jahren zugenommen haben (und dadurch die Inklusion gefördert werden soll), sei an dieser Stelle angemerkt, daß »Integrative Berufsausbildung nicht gleich Integrative Berufsausbildung« ist. So bieten in Wien die bekannten Werkstätten und Vereine, wie z. B. Jugend am Werk und Wien Work<sup>7</sup>, Lehren innerhalb ihrer eigenen Räumlichkeiten als Integrative Berufsausbildung an. In den Bundesländern hingegen werden die Jugendlichen im Rahmen der Integrativen Berufsausbildung in den Betrieben der Privatwirtschaft ausgebildet (was auch die ursprüngliche Intention war). Zu befürchten ist hier, daß dadurch in Wien lediglich ein Verschieben des Zeitpunktes der Integration in den Arbeitsmarkt stattfindet und daß die Jugendlichen nach Absolvieren der Lehre in einer Werkstätte trotz Unterstützung massive Schwierigkeiten bei der Arbeitsuche haben.

Für PflichtschulabsolventInnen mit Behinderung sind allgemein- und berufsbildende Schulen nur teilweise zugänglich, der Erwachsenenbildungssektor ist für Jugendliche mit Beeinträchtigung generell kaum zugänglich.

## 4 Lebensumstände und Bedürfnislagen der Jugendlichen

Die Lebenssituation von Jugendlichen wird von der individuellen Beeinträchtigung und den daraus resultierenden Behinderungen, z. B. Einschränkung der Mobilität, maßgeblich bestimmt. Darüber hinaus gibt es Lebensumstände und Bedürfnislagen, die für einen Großteil der Zielgruppe zutreffen:

- **Bildung:** Jugendlichen der Zielgruppe gelingt es zum Teil nicht, innerhalb der Pflichtschulzeit ausreichend schreiben, lesen und rechnen zu erlernen. Sie haben generelle Defizite in der Allgemeinbildung, was nicht primär durch die Behinderung bedingt ist und durch entsprechende (länger andauernde, qualitativ hochwertige und früh einsetzende) Förderung vermeidbar wäre. Eine Säule, auf der Unterstützungsmaßnahmen für Jugendliche mit Beeinträchtigung aufbauen, ist demnach die »Nach-Bildung« im Sinne des Aufholens notwendiger bildungsspezifischer Inhalte.

---

<sup>7</sup> Laut Sonderabkommen mit dem Fonds Soziales Wien können bereits Jugendliche mit einem Behinderungsgrad von 30% (ansonst 50%) »Integrative Berufsausbildung« bei Wien Work absolvieren.



- Der **Faktor der Zeit** spielt bei Entwicklungsverzögerungen, die bei der Zielgruppe häufig auftreten, eine wesentliche Rolle. Zeit ist auch wesentlich für eine Stabilisierung von Jugendlichen, für die Persönlichkeitsentwicklung und die Fähigkeit und Reife, eine Arbeit aufzunehmen und zu behalten. Das Fehlen von »Employability Skills« (sozialen Kompetenzen und Schlüsselfertigkeiten, »Arbeitstugenden«) geht typischer Weise einher mit unrealistischen Vorstellungen in Bezug auf Erwerbsarbeit und mangelnder Fähigkeit zur Selbsteinschätzung. Diese Skills werden zwar in erster Linie in einem Arbeitsumfeld erlernt, es können jedoch auch Fortschritte durch eine Ausbildungssituation oder in (erlebnis-)pädagogischen Gruppen erzielt werden, sofern dort regelmäßig gezielte Rückmeldungen gegeben werden. Diese sind, unabhängig vom Lernfeld, der Schlüssel zum erfolgreichen Erlernen dieser Skills. Eine Zeit für »Nachreifung« haben Jugendliche in dem derzeitigen System kaum. Sie können lediglich ein weiteres Schuljahr erwirken bzw. einen Kurs für diese Zielgruppe besuchen (sofern einer in der Region angeboten wird und die Bewerbung positiv ausfällt), was für eine Nachreifung oder Stabilisierung von zu kurzer Dauer ist bzw. mit der Zielsetzung der Vermittlung in ein Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis in eine Richtung geht, die den Bedürfnissen von Jugendlichen in dieser Phase nicht gerecht wird.
- Bei der **Qualifizierung** von Jugendlichen mit Beeinträchtigung sollte die Wahl des Kurses oder Ausbildungsweges idealerweise mit den persönlichen Ressourcen, Talenten und Interessen übereinstimmen. Die Wahl sollte auch innerhalb der ersten Wochen oder Monate wieder revidierbar sein, ebenso sollte die Qualifizierung möglichst arbeitsmarktnah stattfinden.
- Unabhängig von der Art der Behinderung oder Beeinträchtigung wird der Zielgruppe am ehesten die Förderung auf Basis der **drei Säulen von Bildung (Nach-Bildung), Persönlichkeitsentwicklung (Reifung) und Qualifizierung** gerecht. Dabei sollten auch immer die Lebensumstände außerhalb der konkreten Maßnahme berücksichtigt und einer Verbesserung zugeführt werden, da zum Teil erst damit die eigenen und auch familiären oder im Umfeld liegenden Ressourcen freiwerden.

Schlußanmerkung: Wurde zu Beginn dieses Artikels der Ansatz der österreichischen Politik und Praxis bei der Integration von Jugendlichen mit Beeinträchtigungen zweigeteilt dargestellt, muß nun angemerkt werden, daß dieser Artikel weitgehend den »visionär-inklusiven« Ansatz verfolgt und implizit von einem Vollzeitbeschäftigungsmodell ausgeht. Aber gerade das Abweichen von diesem Modell könnte zu einer Lösung führen.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Lindmeier 1999, Wunder 2002.

## 5 Literatur

- Heckl, E./Dorr, A./Sheikh, S./Simbürger, E./Rapa, S./Egger, A./Bechter, B. (2004): Maßnahmen für Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen – Evaluierung, Analyse, Zukunftsperspektiven, im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Wien.
- Lindmeier, C. (1999): Kinder und Jugendliche mit sonderpädagogischem Förderbedarf im Bereich des Lernens und die Möglichkeiten ihrer Vorbereitung auf Arbeit und Leben in der nachindustriellen Gesellschaft, in: Zeitschrift für Heilpädagogik 5.
- Wagner, R. (1999): Attributionsmuster und Arbeitslosigkeit – Eine Längsschnittstudie über die Entwicklung von Attributionsmustern und deren psychische Konsequenzen während der Arbeitsplatzunsicherheit und der anhaltenden Arbeitslosigkeit, Dissertation, Universität Wien.
- Wagner, H. (1993): Sonderschule – und danach? In: Behindertenpädagogik, 32. Jahrgang, Heft 3, Seite 263–278.
- Wunder, M. (2002): Tätigkeit und Teilhabe von Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung am Arbeitsleben, in: Fachzeitschrift der Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. Geistige Behinderung, 41. Jahrgang (2002), Teil 1, Schwerpunktthema 2, Seite 452f.

**Thomas Kreiml**

# **Berufliche Rehabilitation und (Re-)Integration: Problemstellungen, Perspektiven und Handlungsspielräume**

## **1 Überblick**

Die Themen der Vorträge als Impuls aufgreifend wurde jeder der beiden Vortragsblöcke der Tagung durch Podiumsdiskussionen abgeschlossen. Hier konnten Fragestellungen – über die Diskussion der jeweiligen Referate hinaus – an weitere ExpertInnen aus verschiedenen Praxisfeldern gerichtet und erörtert werden.

An der ersten Diskussionsrunde nahmen Mag. Roman Pöschl vom BBRZ Wien, Silvia Böhm vom Club D&A Depression und Angst, Anita Sackl M.A. von der ÖSB Consulting G.m.b.H. und Univ.Prof. Mag. DDr. Engelbert Hartter vom Arbeitsmedizinischen Zentrum des Allgemeinen Krankenhauses Wien (AKH) teil. Die Diskussionsschwerpunkte bildeten Fragestellungen im Zusammenhang mit den drei Vorträgen des Vormittages. Im Hinblick auf die Lebenslagen von RehabilitandInnen (vgl. Beitrag von Maria E. Weber in diesem Band) wurde zunächst die Rolle des psychologischen Befindens bei der (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt diskutiert. Insofern dieser Faktor auch für den Erfolg von Rehabilitation als relevant erachtet wird, wurden die von Karin Meng behandelten Erfolgsprädiktoren hier ebenfalls aufgegriffen. Nicht zuletzt fanden sich die von Barbara Reiterer referierten Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Beschäftigung in der Diskussion dieser Fragestellung wieder.

Die arbeitsmarktintegrativen Leistungen der Rehabilitation sowie der Gesundheitsförderung (vgl. Karin Meng und Barbara Reiterer) wurden in der Diskussion von Möglichkeiten und Wegen der Integration in den Arbeitsmarkt wieder aufgegriffen.

Die Genderaspekte der beruflichen Rehabilitation bildeten einen weiteren Diskussionspunkt, der nicht in direktem Zusammenhang mit den Themen der Referate stand, bei dem jedoch bereits diskutierte Aspekte ebenfalls aufgegriffen wurden. Auf diese Weise wurde sowohl hinsichtlich des psychischen Befindens und der Rehabilitationsprozesse als auch hinsichtlich allgemeiner Unterschiede detaillierter auf die Situation von Männern und Frauen eingegangen. Die diesbezüglichen Diskussionsergebnisse sind hier in die Zusammenhänge der anderen Fragestellungen eingearbeitet.

Diskussionsschwerpunkt des zweiten Diskussionspanels war die Rehabilitationsarbeit mit und die Integration von Jugendlichen in den Erwerbsprozeß. Zu dieser Thematik diskutierten Dr. Camilla Bensch (WuK Domino), Manfred Kendlbacher (Fachzentrum für berufliche Rehabilitation – AMS Wien) und Harald Motsch (Jugend am Werk, Bereich »Berufliche Integration«). Die Fragestellungen wurden wiederum aus den vorangegangenen Vorträgen abgeleitet

und drehen sich um die wichtigsten Faktoren der Arbeit mit Jugendlichen mit besonderen Bedürfnissen (vgl. Andrea Egger-Subotitsch) sowie die Möglichkeiten der Integration von Jugendlichen in den Arbeitsmarkt.

## **2 Diskussionspanel I**

### **2.1 Die Rolle des psychologischen Befindens als Faktor bei der (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt**

Den individuellen und lebenslagenspezifischen Faktoren (vgl. Maria E. Weber) und damit dem psychologischen Befinden von RehabilitandInnen kommt auf mehreren Ebenen des Rehabilitationsprozesses eine besonders wichtige Bedeutung zu. Sie sind sowohl im Hinblick auf die Vorlaufzeit von Erkrankungen als auch hinsichtlich der Frage nach dem Rehabilitationserfolg bedeutsam. Die Diskussionsbeiträge treffen sich dabei u. a. bei der Bewertung psychologischer Faktoren für eine erfolgreiche Rehabilitation mit den Ergebnissen des AMS-Forschungsprojektes »Lebenslagen von RehabilitandInnen« (vgl. Beitrag von Maria E. Weber in diesem Band). Berufliche und soziale Rehabilitationsprozesse können vor allem dann gelingen, wenn eine Förderung des Selbstwertes und der Eigenverantwortung der RehabilitandInnen für Veränderungsprozesse in der Rehabilitation gewährleistet wird.

### **2.2 Tabuisierung und institutionelle Nicht-Zuständigkeit**

Demgegenüber beobachtet Silvia Böhm jedoch ein häufiges Verdrängen der subjektiven Sichtweisen und Erfahrungen von Betroffenen durch das Rehabilitationssystem. Diese werden zu meist in den Hintergrund gedrängt, was auch zur Folge hat, daß es zu einer weitgehenden Tabuisierung psychischer Probleme kommt.

Die Tabuisierung beginnt oft bei den Betroffenen selbst, die sich aus Angst, aus dem beruflichen Umfeld gerissen zu werden, nicht mitteilen. Roman Pöschl greift diese Problematik auf, indem er in diesem Zusammenhang auf die verbreitete institutionelle Nicht-Zuständigkeit hinweist. Demnach übernehmen die Krankenkassenanstalten keine Verantwortlichkeit, wenn betroffene Personen nicht als krank anerkannt werden. Wie Silvia Böhm anhand von Beispielen aus ihren Praxiserfahrungen darlegt, hat das zur Folge, daß Betroffene oft nicht wissen, wohin sie sich wenden sollen – diese sind damit in einem Kreislauf aus Angst und Depression gefangen. Die persönliche Situation und die institutionelle Nicht-Zuständigkeit verschärfen das Spannungsfeld, dem sich Personen mit psychischen Erkrankungen ausgesetzt sehen. Ihre (Re-)Integration ist deshalb mit besonderen Schwierigkeiten verbunden, da einerseits die gesellschaftlich-institutionelle Erwartung eines schnellen, möglichst unmittelbaren Wiedereinstieges in die

Erwerbstätigkeit nach einem Krankenstand oder Klinikaufenthalt auf ihnen lastet. Dieser Druck wird andererseits durch die mangelhafte gesellschaftliche Anerkennung psychischer Belastungen erhöht, wodurch sich der Mangel an unterstützenden Rehabilitationseinrichtungen und Rehabilitationsleistungen in diesem Bereich doppelt problematisch auswirkt. In diesem Bereich sind spezifische Integrationsmaßnahmen nötig, denn unzulängliche Qualifikationen stellen bei vielen Betroffenen beispielsweise nicht eine der zentralen Integrationsbarrieren dar.

Betrachtet man den Umstand, daß die Gruppe der psychisch beeinträchtigten Personen für das BBRZ die zweitgrößte KlientInnengruppe darstellt, deren Bedeutung im Steigen begriffen ist, ist die Tragweite dieses Problemkreises nicht zu unterschätzen.

Die DiskutantInnen sind sich in diesem Zusammenhang über die Notwendigkeit eines Umdenkens zur Optimierung der beruflichen Rehabilitation einig. Hier sieht Engelbert Hartter vor allem auch die Schulmedizin gefordert, sich in Veränderungsprozesse einzuklinken.

### **2.3 Arbeitssituation und Rehabilitationserfolg**

Der Grund für die Bedeutsamkeit psychologischer Faktoren liegt im enormen Stellenwert, den die Arbeit für Menschen hat. Arbeit ist sinnstiftend. Entsprechend führen laut Anita Sackl mangelhafte Integration in die Arbeitswelt, Ängste vor dem Verlust von Arbeit und der Erwartungsdruck, sich am Arbeitsmarkt behaupten zu müssen, zu starkem psychischem Streß.

Nach Ansicht Silvia Böhms sind Männer einem größeren Druck in der Berufswelt ausgesetzt, da sie ihre Identifikation stärker über die berufliche Tätigkeit gewinnen als Frauen. Dementsprechend sind berufstätige Männer auch häufiger im Krankenstand als berufstätige Frauen. Umgekehrt, so Engelbert Hartter, sind arbeitslose Frauen häufiger im Krankenstand als Männer. Dies kann u. a. auch auf eine größere Angst von Frauen vor Arbeits(platz)verlust zurückgeführt werden. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern in der Identifikation über Arbeit und die damit zusammenhängende Belastung verringern sich jedoch bei den jüngeren Generationen allmählich.

Unterschiede sind auch im Umgang mit psychischen Problemen zwischen Männern und Frauen festzustellen. Frauen betreiben insgesamt eine bessere »psychosoziale Hygiene« als Männer. Dies spiegelt sich im unterschiedlichen Verhalten von Männern und Frauen in Rehabilitationsmaßnahmen wider. Anita Sackl berichtet, daß in der Praxis Gesprächsrunden stärker von Frauen angenommen werden. Bei Maßnahmen hingegen, bei denen Aktivitäten im Vordergrund stehen, nehmen mehr Männer teil.

Die durch Streß und Druck bedingten Belastungen am Arbeitsplatz müssen für eine erfolgreiche Reintegration in den Arbeitsmarkt bei der Rehabilitation berücksichtigt werden. Entscheidend ist dabei, daß Rehabilitationserfolg kein »eindimensionales Kriterium« (vgl. Karin Meng) sein kann. Das heißt, es können nicht nur objektive Maßstäbe herangezogen werden, sondern es müssen auch subjektive Empfindungsaspekte und Erfolgskriterien berücksichtigt werden. Hier spielen u. a. die Einbindung in den Arbeitsalltag und die Arbeitssituation eine besondere Rolle.

Dies wird sowohl aus medizinischer (Engelbert Hartter) als auch aus arbeitspsychologischer Sicht (Roman Pöschl) bestätigt und ergänzt. Ängste und Streß haben Unzufriedenheit in und mit Arbeitsprozessen zur Folge und bilden in vielen Fällen die Vorläufer von Erkrankungen. Eine Rehabilitation in den bisher ausgeübten Jobs und Tätigkeitsbereichen ist daher kaum bis gar nicht möglich. In dieser Hinsicht lassen sich Auffälligkeiten bei Krankenständen als Prädiktor für die Rehabilitation heranziehen. Hier kündigen sich die Umstände einer Erkrankung (»berufliche Invalidisierung«, Roman Pöschl) bereits an. Anhand des Forschungsstandes im Bereich orthopädischer Erkrankungen sind die Einflüsse dieser Faktoren auf den Rehabilitationserfolg belegbar: »Als prognostisch bedeutsame Parameter der Erwerbstätigkeit [Anm.: Ziel der Rehabilitation] sind die Dauer der Arbeitsunfähigkeit in den letzten zwölf Monaten vor der Rehabilitation, das Leistungsvermögen im Beruf, eine subjektiv negative Arbeitsprognose (bis hin zur beabsichtigten Aufgabe der Erwerbstätigkeit), eine bereits bestehende Minderung der Erwerbsfähigkeit [und] arbeitsplatzspezifische Faktoren zu nennen.« (Karin Meng) Entscheidend ist in weiterer Folge, daß die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Rehabilitation mit der Frühzeitigkeit der Intervention steigt.

Die Diskussion des Themas zusammenfassend werden Erfordernisse und notwendige Veränderungen festgestellt. Diese betreffen in erster Linie eine Anpassung gesetzlicher Regelungen (z.B. Forcieren der Anerkennung psychischer Beeinträchtigungen auch im Hinblick auf Versicherungsleistungen), den Ausbau niederschwelliger Angebote (vergleichbar der EQUAL-Entwicklungspartnerschaft »Erweiterter Arbeitsmarkt – Integration durch Arbeit«, vgl. Barbara Reiterer) für Personen mit psychischen Beeinträchtigungen und zunehmende Verantwortung der Sozialversicherung für Rehabilitation.

## **2.4 Möglichkeiten und Grenzen der (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt**

Ergänzend zur Frage nach der Rolle der individuellen psychologischen Faktoren wurden auch die Rahmenbedingungen von Rehabilitation und Integration diskutiert. Neben der Frage der Optimierung von Rehabilitationsprozessen ging es dabei vor allem um Probleme bei und Grenzen der (Re-)Integration. Von besonderem Interesse war dabei die (institutionelle) Organisation dieser Prozesse.

## **2.5 Die Kluft zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation**

Ein grundsätzliches Problem für den Wiedereinstieg in die Erwerbstätigkeit nach einem Unfall oder einer Erkrankung besteht laut Engelbert Hartter schon während des Krankenhausaufenthaltes der KlientInnen. Auch hier sind ungeregelte bzw. nicht vorhandene Zuständigkeiten da-

für verantwortlich, daß Integrationsprozesse mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden sind oder ganz scheitern. Die Kliniken übernehmen keine Zuständigkeit für den weiteren Weg der PatientInnen. Die Folge ist eine »Lücke« zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation. Es gibt keine über den Klinik- oder Spitalsaufenthalt hinausführende REHA-Planung, wodurch der Prozeß der beruflichen Rehabilitation stockt und einen tiefen Einschnitt erfährt. Die PatientInnen werden ihrem/ihrer praktischen Arzt/Ärztin überantwortet, der/die kaum oder keinen Zugriff auf die berufliche Rehabilitation und keinen Einblick in betriebliche Vorgänge hat. Wichtig wären hier eine stärkere Einbindung der Betriebe und ein Ausbau der betriebsärztlichen Betreuung. Eine solche existiert nur in 3% der österreichischen Betriebe. Konkrete Maßnahmenvorschläge seitens der DiskutandInnen bestehen in dieser Hinsicht in:

- der verstärkten Sensibilisierungsarbeit in den Betrieben;
- der Ausweitung der Vernetzung zwischen Kliniken, Rehabilitationsanstalten, ÄrztInnen, Betrieben und Versicherungsanstalten;
- der Einrichtung einer niederschweligen zentralen Beratungsstelle, die Informationen anbietet, wie es nach der medizinischen Rehabilitation weitergehen kann.

Insgesamt wird das Erfordernis einer übergreifenden, langfristigen Planung und Organisation von Rehabilitationsmaßnahmen schon frühzeitig während des Genesungsprozesses in einer Klinik bzw. einem Krankenhaus ersichtlich. Um die »Lücke« zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation zu füllen, ist ein Übergang nötig, in dem eine fortgeführte medizinische Betreuung organisatorisch fixiert wird. Damit ist die Durchsetzung eines integrativen Rehabilitationsansatzes angesprochen, in den alle Entscheidungsträger durch die Übernahme von Verantwortungsbereichen eingebunden sind.

## **2.6 Grenzen der Rehabilitation: Arbeitslosigkeit und soziales Umfeld**

Probleme für die berufliche Integration ergeben sich nicht nur aus den organisatorischen Rahmenbedingungen von Rehabilitationsprozessen. Im Zusammenhang mit dem eingangs diskutierten Aspekt der Lebenslagen von RehabilitandInnen stößt Rehabilitation oft aufgrund der sozialen Umstände von Betroffenen an kaum überwindbare Grenzen. Dabei wird nicht so sehr auf den Wiedereinstieg in die Erwerbsarbeit nach einer Erkrankung fokussiert, sondern auf die enormen Schwierigkeiten bei der Integration von arbeitslosen und anderweitig stark belasteten RehabilitandInnen. An einen Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt ist bei den hier angesprochenen Betroffenen oftmals aufgrund ihrer schlechten psychischen Verfassung und ihrer Lebenssituation nicht zu denken.

Anita Sackl plädiert für ein Rehabilitationsverständnis, das ähnlich der frühzeitigen Intervention bei Krankenstandsauffälligkeiten schon dort ansetzt, wo instabile Beschäftigungsverhältnisse bestehen. Die schwerwiegende Problematik besteht bei den Betroffenen entweder im

Verlust vorhandener sozialer Netzwerke (KollegInnen, FreundInnen, aber auch Familie) oder in materiellen Schwierigkeiten (Verlust der Wohnung, Schulden) aufgrund von Arbeitslosigkeit oder unbewältigter Belastungen. Eine besondere Problemgruppe stellen hier SozialhilfeempfängerInnen dar. Zum Beispiel reicht es im Falle hoher Verschuldung nicht mehr, im Zuge der Rehabilitation einen Job in Aussicht zu stellen, da Berufstätigkeit mit Pfändung einhergeht. Dies ist nach Ansicht Roman Pöschls volkswirtschaftlich nicht sinnvoll.

Zunächst stellt sich in solchen Fällen das Erfordernis der gesellschaftlichen »Sichtbarmachung«. Daran anschließend folgen jedoch Fragen nach den Berücksichtigungsmöglichkeiten solcher Fälle im Rahmen der Rehabilitation und darüber hinaus wiederum Probleme der institutionellen Zuständigkeit. Die Grenzen der Rehabilitation in solchen Fällen bestehen in der Unmöglichkeit oder zumindest Beschränktheit des Zugriffes auf Problemlagen in anderen gesellschaftlichen Teilbereichen durch das Rehabilitationssystem. Dies zeigt sich sehr deutlich in der Publikumsforderung eines Schuldenerlasses seitens der Bankinstitute für derart Betroffene, die die VertreterInnen von Rehabilitationseinrichtungen zwar befürworten, aber keineswegs durchsetzen können. Anhand der verschiedenen Grenzen wird auch sichtbar, daß selbst ausgereifte Methoden und fortschrittliche Rehabilitationseinrichtungen nur bedingt zu einer vollständigen (Re-)Integration im Sinne voller Erwerbsfähigkeit beitragen können. Damit ist das Thema eines weiter gefaßten Integrationsverständnisses (Stichwort: 2. Arbeitsmarkt, siehe folgendes Kapitel) angeschnitten. Anforderungen an die Rehabilitation – verbunden mit dem Wiedereinstieg in die Erwerbstätigkeit – sowie Ziele der Rehabilitation sind umfassenderen Überlegungen zu unterziehen.

## **2.7 Einseitige Leistungserfordernisse als schiefe Maßstäbe**

Zur Diskussion der Möglichkeiten und Wege der (Re-)Integration im Zuge der beruflichen Rehabilitation gehörte auch die Frage nach den Methoden der Rehabilitation. Diese sollten angesichts der Anforderungen im Zuge einer (Re-)Integration in die Erwerbstätigkeit betrachtet werden. Mit der von Podium und Publikum grundsätzlich geteilten Feststellung Roman Pöschls, daß die geeigneten Methoden im Hinblick auf einen Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt bereits vorhanden sind und angewandt werden, wurde zunächst auf die Notwendigkeit verstärkter Prävention verwiesen. Es ist in zunehmendem Maße gesellschaftlich wie ökonomisch sinnvoll, das »Herausfallen« von Menschen aus Erwerbs- und Arbeitsprozessen zu vermindern. Wie dringlich sich diese Problematik stellt, zeigt u. a. der Befund zum »(...) Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Beschäftigte haben einen signifikant besseren Gesundheitszustand als Arbeitslose«. (Barbara Reiterer)

Da effizientere (Re-)Integration nicht an den REHA-Methoden scheitert, liegt eine Reihe von Problemen in der gesellschaftlichen Umwelt der Rehabilitation. Wieder stellt sich die Frage des Überganges von der Rehabilitation in den Arbeitsmarkt, für den es entsprechender Rahmenbedingungen sowie einer Begleitung durch andere Institutionen bedarf. Es gibt jedoch laut



Roman Pöschl keine arbeitsmarktpolitischen oder wirtschaftlichen Organisationen, die die Integration bzw. den Wiedereinstieg von Menschen als sinnvolles Ziel verfolgen. Nach Pöschl hat das AMS, obwohl es Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation anbietet, in dieser Hinsicht keinen politischen Auftrag. Ein ähnliches Problem stellt sich bei Versicherungen, die primär andere Ziele als die Integration von KlientInnen verfolgen.

In diesem Zusammenhang bestehen sehr viele Unklarheiten. Dies beginnt schon bei einer fehlenden Definition dahingehend, wer nun genau Rehabilitation erhalten soll und wer nicht. Die daran angeknüpften Forderungen sind ein Bekenntnis zur beruflichen Rehabilitation seitens der angesprochenen Institutionen und ein Bekenntnis zum 2. Arbeitsmarkt. Unter den gegebenen Rahmenbedingungen, daß Rehabilitation nicht automatisch zu vollständiger Integration in den Arbeitsmarkt führen kann, ist es notwendig, den 2. Arbeitsmarkt zu entlasten. Dieser ist gegenwärtig mit hohem Vermittlungsdruck und erheblichen Eigenerwirtschaftungsquoten belastet. Er sollte aber, hierin ist sich die Mehrheit der TagungsteilnehmerInnen einig, weiterhin dazu da sein, Menschen unter geförderten Bedingungen die Teilhabe am beruflichen Leben zu ermöglichen. Andernfalls besteht die Gefahr eines Anstieges sozialer Ausschlußfälle von Personen, die nicht an den 1. Arbeitsmarkt vermittelbar sind. In diesem Bereich ist eine Reihe von Regelungen für den Verbleib in den betreffenden Maßnahmen notwendig.

### **3 Diskussionspanel II**

#### **3.1 Faktoren und Maßnahmen bei der Integration von Jugendlichen**

Da gerade die Jugendarbeitslosigkeit ein enormes Problem darstellt, hat das AMS das primäre Ziel, Jugendliche in den 1. Arbeitsmarkt zu vermitteln. Die Integration von Jugendlichen mit besonderen Bedürfnissen stellt dabei eine besondere Herausforderung dar. Laut Manfred Kendlbacher spielen bei der Vermittlung die Anforderungen der Arbeitgeber eine große Rolle. Wichtig ist daher der Aufbau entsprechender Qualifikationen und sozialer Kompetenzen. Dafür brauchen die Jugendlichen in erster Linie Zeit: »Generell spielt der Faktor Zeit eine wesentliche Rolle bei Entwicklungsverzögerungen und bei der Ausbildung von Employability Skills (z. B. arbeitsbezogene soziale und kommunikative Kompetenzen).« (Andrea Egger-Subotitsch)

#### **3.2 Berufliche Orientierung und Clearing**

Im Faktor der notwendigen Zeit ist bereits eine Schwierigkeit angelegt, denn zumeist stehen Jugendliche beim Übergang von der Schule ins Erwerbsleben unter Druck: Erwartungshaltungen der Eltern, Entscheidungsdruck für die weitere berufliche Laufbahn etc. Nicht nur in

dieser Hinsicht, sondern allgemein ist, so Camilla Bensch, der Übergang eine besonders schwierige Zeit für Jugendliche, vor allem für diejenigen mit Handicaps. Gerade »(...) für Jugendliche mit Behinderung oder Beeinträchtigung ist es schwer, nach dem Abschluß der Pflichtschule in ein Arbeits- oder Lehrverhältnis einzutreten oder eine Schule fortzusetzen.« (Andrea Egger-Subotitsch)

Zur Bewältigung der hier auftretenden Problemstellungen bedarf es einer nachhaltigen Berufsorientierung, d. h. Maßnahmen zur Begleitung der Jugendlichen, und der Einrichtung von Clearingstellen. Das Clearingangebot erfüllt eine Brückenfunktion zwischen Schule und Beruf. Das Ziel ist es, Jugendliche dorthin zu vermitteln, wo sie hinwollen. Darin besteht der primäre Ansatzpunkt für das Herstellen eines Kontaktes zu Lehrstellen und anderen Arbeitsplätzen.

Wichtig ist im Zuge der Begleitung zunächst, den Jugendlichen, die negativ empfundene Schulkarrieren hinter sich haben, anhand von Aufgaben und Praktika ihre Stärken vor Augen zu führen. Darüber hinaus sollte nach Ansicht Harald Motschs vor allem auch bedürfnisorientiert gearbeitet werden. Maßnahmen sollten sich nicht nur einseitig an gestellten Anforderungen, sondern auch an den Interessen, Wünschen und Bedürfnissen der Jugendlichen orientieren. Auf den bestehenden Interessen kann aufgebaut werden bzw. diese sollten in weiterer Folge vertieft werden. Ohne eine derartige Klärung und Orientierung der Jugendlichen erweist sich das Ziel der beruflichen Integration als weitgehend unerreichbar, da die Jugendlichen oft nicht wissen, was sie machen wollen und können. Sie finden sich dann in Situationen wieder, die erst recht mit Belastungen, Unzufriedenheit und Frustrationen für sie verbunden sind, wodurch die Wahrscheinlichkeit eines »Herausfallens« aus der Erwerbstätigkeit steigt.

### **3.3 Arbeitssuche und Matching**

Im Anschluß an die Phase der Berufsorientierung spielt wiederum der Zeitfaktor eine besondere Rolle. Für die Suche einer geeigneten Arbeitsstelle ist ausreichend Zeit notwendig. Dies erweist sich als umso wichtiger, da ein gutes Matching mit dem Anforderungsprofil des Arbeitgebers entscheidend ist, wie dies schon Manfred Kendlbacher betont hat. Hierbei ist man auch bei der Tätigkeit mit den Jugendlichen auf die Wirtschaft bzw. die Arbeitgeber als Partner angewiesen. Wie die Erfahrungen zeigen, nehmen vor allem Betriebe in den Bundesländern Lehrlinge aus verschiedenen Maßnahmen auf. In Wien besteht das Problem, daß die Nachfrage nach Lehrstellen überproportional groß ist im Vergleich zu den anderen Bundesländern. Darüber hinaus ist insgesamt auch zu sehen, daß viele Jugendliche nicht sofort oder nicht so schnell auf dem 1. Arbeitsmarkt unterkommen können. Dies trifft sowohl für Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen als auch für Jugendliche, die aufgrund ihrer momentanen Lebenssituation einen erschwerten Zugang zum Arbeitsmarkt oder zu einer Ausbildung haben, zu. Für die Wahrung der Chancen dieser Jugendlichen am Arbeitsmarkt stellen Angebote, wie z. B. die »Integrative Lehre« oder das Projekt »tag.werk« in Graz, positive Entwicklungen dar.

Im Spannungsfeld zwischen Wünschen und Interessen der Jugendlichen und Anforderungen von Unternehmen ergeben sich verschiedene Probleme für den Matchingprozeß. Dies trifft zum Beispiel für die Wahl von Berufen zu, in denen es kaum oder keine Jobs gibt. Oft ringen sich Jugendliche zu einem Beruf bzw. einer Berufsausbildung durch, haben in diesem Bereich aufgrund der Arbeitsmarktsituation aber kaum Chancen auf eine Anstellung. In solchen Fällen stellt sich die Frage, wie – aufbauend auf den Bedürfnissen – in eine Richtung beraten werden kann, die auch aussichtsvoll ist. Die Lösung dieses Konfliktes ist laut Camilla Bensch die Aufgabe von Clearingstellen. Es muß demnach mit den Jugendlichen auch eine zweite, dritte, unter Umständen sogar vierte »Traumjobalternative« durchgegangen werden. Harald Motsch sieht das Problem von Vermittlungsdruck und Vermittlungserfolg etwas losgelöster und deutet ebenfalls auf die Bedeutung von Clearingprozessen hin. Für eine zielgerichtete Arbeit mit den Jugendlichen ist es zunächst schon von großem Vorteil, wenn jemand eine Vorstellung oder eine »Vision« hat. Daraus ergeben sich wichtige Ansatzpunkte, die den gesamten Integrationsprozeß beschleunigen. Dabei ist jedoch klar, daß das Vorhandensein beruflicher Vorstellungen noch keine Garantie für den späteren Karriereweg darstellt.

Ein ebenfalls in der Diskussion angeführtes Beispiel betrifft die Problematik der Arbeitsmotivation von Lehrstellensuchenden, die seitens der Arbeitgeber häufig als mangelhaft erlebt wird. Für das Matching stellt sich daher die Frage, wie Jugendliche motiviert werden können. Auch hier meint Harald Motsch, daß es Ansatzpunkte in verschiedenen Stufen des Clearingprozesses gibt. Wichtig ist es jedoch auch, die Jugendlichen mit den Normen und Erwartungen der Betriebe zu konfrontieren. Arbeit bedeutet die Übernahme von Verantwortung und das, so Manfred Kendlbacher, muß den Jugendlichen kommuniziert werden.

### **3.4 Einbindung der Wirtschaft**

Ausgehend von der Frage der Motivation der Jugendlichen wurde abschließend auch die Motivation der Unternehmen hinterfragt, Jugendliche allgemein und Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen im speziellen, aufzunehmen.

Grundsätzlich stellt sich die Frage, wie Betriebe dazu zu motivieren sind, Lehrlinge und andere Jugendliche aufzunehmen und insbesondere auch einen Teil zur Integration von Jugendlichen mit besonderen Bedürfnissen beizutragen. Das Spektrum der Antworten erstreckt sich zusammengefaßt über folgende Punkte:

- 1) Appellieren an die soziale Verantwortlichkeit von Unternehmen sowie wirtschaftsnahen und wirtschaftspolitischen Einrichtungen. Derartige Appelle reichen jedoch zumeist nicht aus.
- 2) Quotenregelung und Taxen: Eine (beschränkte) Möglichkeit des »In-die-Pflicht-Nehmens« von Unternehmen besteht in Bestimmungen, die die Vergabe von Aufträgen an die Aufnahme von Angehörigen spezieller Zielgruppen am Arbeitsmarkt anbinden. Erstens sind dies Quotenregelungen ähnlich der Frauenquoten. Öffentliche Ausschreibungen und die Fi-

nanzierung von Aufträgen werden dabei an die Aufnahme zum Beispiel von Lehrlingen geknüpft. Andererseits werden Betriebe mit Taxen sanktioniert, wenn sie zum Beispiel keine behinderten Jugendlichen aufnehmen. Von der Höhe dieser Taxen hängt es ab, ob ihre Entrichtung nicht auch als »Freikaufen« betrachtet werden kann. Einige TagungsteilnehmerInnen sind der Meinung, daß es den Betrieben aufgrund zu niedriger Taxen zu leicht gemacht wird, sich aus der Verantwortung zu ziehen. Bessere Effekte könnten durch eine Anhebung der Taxe auf das Niveau des jeweiligen Kollektivvertrags erreicht werden.

Sowohl die Quoten- als auch die Taxenregelung sind mit zwei Problemen behaftet: Zum einen sind sie politisch schwer durchsetzbar. Zum anderen widersprechen sie dem Prinzip der Freiwilligkeit der Teilnahme an Maßnahmen zur Veränderung der Situation.

- 3) Wünschenswert sind Maßnahmen, die eine freiwillige Einbindung der Wirtschaft in Integrationsprozesse fördern. Hier sind vor allem Öffentlichkeitsarbeit und ein intensiver Dialog mit Entscheidungsträgern aus dem wirtschaftlichen Bereich wichtig. Es ist zu beobachten, daß es bei Jugendlichen eher kleine Betriebe sind, die sich auf eine integrative Lehre einlassen. Durch Öffentlichkeitsarbeit und auch Lobbying muß verstärkt an der Motivation großer Unternehmen gearbeitet werden. Ein konkretes Ziel kann in dieser Hinsicht bereits gesetzt werden: Die Anwesenheit von VertreterInnen aus dem privatwirtschaftlichen Bereich bei Veranstaltungen wie dieser zu erhöhen.