

Egger-Subotitsch, Andrea; Poschalko, Andrea; Kerschbaumer, Sandra; Wirth, Marlene

**Research Report**

## Die Relevanz von Einstellungsveränderungen im Zuge von Arbeitslosigkeit und Rehabilitation vor dem Hintergrund der Reintegration in den Arbeitsmarkt

AMS report, No. 100

**Provided in Cooperation with:**

Public Employment Service Austria (AMS), Vienna

*Suggested Citation:* Egger-Subotitsch, Andrea; Poschalko, Andrea; Kerschbaumer, Sandra; Wirth, Marlene (2014) : Die Relevanz von Einstellungsveränderungen im Zuge von Arbeitslosigkeit und Rehabilitation vor dem Hintergrund der Reintegration in den Arbeitsmarkt, AMS report, No. 100, ISBN 978-3-85495-467-0, Arbeitsmarktservice Österreich (AMS), Wien

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/110675>

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

**Terms of use:**

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.*



100

AMS report

Andrea Egger-Subotitsch, Andrea Poschalko,  
Sandra Kerschbaumer, Marlene Wirth

## Die Relevanz von Einstellungsveränderungen im Zuge von Arbeitslosigkeit und Rehabilitation vor dem Hintergrund der Reintegration in den Arbeitsmarkt

Herausgegeben vom  
Arbeitsmarktservice Österreich

Andrea Egger-Subotitsch, Andrea Poschalko,  
Sandra Kerschbaumer, Marlene Wirth

# Die Relevanz von Einstellungsveränderungen im Zuge von Arbeitslosigkeit und Rehabilitation vor dem Hintergrund der Reintegration in den Arbeitsmarkt

Herausgegeben vom  
Arbeitsmarktservice Österreich

Medieninhaber und Herausgeber: Arbeitsmarktservice Österreich, Abt. Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation, Sabine Putz, René Sturm, A-1200 Wien, Treustraße 35–43 • Verlegt bei Communicatio – Kommunikations- und PublikationsgmbH, Wien, April 2014 • Grafik: Lanz, A-1030 Wien • Umschlagbild: Andrea Poschalko • Druck: Ferdinand Berger & Söhne Ges.m.b.H., 3580 Horn

© Arbeitsmarktservice Österreich 2014

Verlegt bei Communicatio – Kommunikations- und PublikationsgmbH, A-1190 Wien

ISBN 978-3-85495-467-0

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Theoretische Grundlagen</b>	<b>7</b>
2.1	Salutogenese versus Pathogenese	8
2.2	Erwerbsarbeit und Gesundheit	10
2.2.1	Erwerbsarbeit als Teil der Lebens	11
2.2.2	Das »Haus der Arbeitsfähigkeit«	12
2.2.3	Psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz	14
2.3	Der Gesundheitszustand der österreichischen Erwerbsbevölkerung	15
2.3.1	Krankenstände	16
2.3.2	Invaliditäts-, Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitspension	16
2.3.3	Berufskrankheiten	18
2.4	Arbeitslosigkeit und Gesundheit	18
2.4.1	Differenzielle Arbeitslosenforschung	20
2.4.2	Arbeitslosigkeit und Kohärenzgefühl	21
2.4.3	Arbeitslosigkeit und Attribuierung	22
2.5	Einflussfaktoren der beruflichen Teilhabe oder Wiedereingliederung bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen	25
2.5.1	Medizinischer Befund	27
2.5.2	Arbeitsbezogene Faktoren	27
2.5.3	Sozioökonomische Faktoren	28
2.5.4	Psychosoziale Faktoren	29
2.6	Werte und Einstellungen zur Arbeit	29
2.6.1	Arbeitsmotivation	31
2.6.2	Arbeitszufriedenheit	35
2.7	Einstellungen und Überzeugungen bezüglich Krankheit und Gesundheit	36
2.7.1	Subjektive Gesundheitstheorien	36
2.7.2	Subjektive Gesundheitskonzepte, Beruf und Geschlecht	37
2.7.3	Die Bedeutung von Kognitionen	38
2.8	Coping-Strategien: Die Bewältigung von Krankheit und Arbeitslosigkeit	39
2.9	Gesundheit, Arbeitslosigkeit und Erwerbsbiographie	42
<b>3</b>	<b>Empirische Ergebnisse</b>	<b>43</b>
3.1	Methodik	43
3.2	Stichprobenbeschreibung	44
3.3	Kurze Falldarstellungen der InterviewpartnerInnen	45

3.4	Psychologische Testergebnisse .....	51
3.4.1	AVEM – Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster .....	51
3.4.2	LMI-K .....	55
3.4.3	RS-25 .....	55
3.5	Ergebnisse der Befragung .....	56
3.5.1	Emotionen, Werte, Motive und Einstellungen zur Arbeit .....	56
3.5.2	Chancen am Arbeitsmarkt .....	83
3.5.3	Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit .....	85
<b>4</b>	<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>95</b>
<b>5</b>	<b>Literatur .....</b>	<b>99</b>

# 1 Einleitung

Die Beziehungen zwischen Arbeit und Gesundheit sind vielfältig, komplex und dynamisch. Das Ziel der vorliegenden Studie, die im Auftrag der Abteilung Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation des AMS Österreich vom sozialwissenschaftlichen Forschungs- und Beratungsinstitut Analyse, Beratung und interdisziplinäre Forschung (abif; [ww.abif.at](http://www.abif.at)) 2012/2013 realisiert wurde, ist es, einen besonderen Teilaspekt dieser sehr umfassenden Zusammenhänge zu betrachten. In den Blick genommen werden insbesondere die Einstellungen zu »Arbeit und Gesundheit« gesundheitlich beeinträchtigter Personen an den Übergängen von Arbeitsverlust, Arbeitslosigkeit und Wiederbeschäftigung. Dabei soll die Relevanz von persönlichen Einstellungen bzw. Einstellungsänderungen in Bezug auf die Arbeitsmarktposition bzw. Arbeitsmarktintegration theoretisch und empirisch beleuchtet werden.

Vorrangig behandelt die Studie dabei die folgenden Fragestellungen:

1. »Veränderungen« über einen Zeitverlauf von etwa sechs Monaten in den Einstellungen zur Erwerbsarbeit (und zur Gesundheit) bei Erwerbsarbeitslosen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen (im Zuge einer Rehabilitation, Beratung etc.).
2. Konstellationen zu entdecken, die diese Veränderungen ausgemacht haben.
3. Die Relevanz solcher Einstellungsänderungen in Bezug auf die weitere Arbeitsmarktposition bzw. Arbeitsmarktintegration festzustellen.
4. Gegebenenfalls Ableitungen für eine Beratung von erwerbsarbeitslosen Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu ziehen.

## 2 Theoretische Grundlagen

Im Folgenden werden ausgewählte Theorien und Forschungsergebnisse vorgestellt, die den Gegenstand der Studie eingehend diskutieren und die empirische Forschung für diese Studie angeleitet haben.

Am Beginn der Literaturanalyse steht eine Annäherung über jene theoretischen Konstrukte, die den Diskurs um Gesundheit und Erwerbsarbeit prägen. Zu diesen gehören der salutogenetische Ansatz von Aaron Antonovsky, Marie Jahodas Erkenntnisse zur Bedeutung der Erwerbsarbeit für die psychische Gesundheit sowie der neuere Ansatz der Work-Life-Balance (z. B. Eberhard Ulrich und Marc Wülser) und das »Haus der Arbeitsfähigkeit« von Juhani Ilmarinen und Jürgen Tempel.

Die Beschreibung des oft aufgegriffenen Modells der Arbeitsfähigkeit des finnischen Gesundheitswissenschaftlers Juhani Ilmarinen leitet zu einer theoriegeleiteten Auswahl an österreichischen Maßnahmen und Projekten betrieblicher und arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung über, wovon erstere zu einem großen Teil auf Ilmarinens Erkenntnissen beruhen.

Im Anschluss soll anhand verfügbarer statistischer Daten der Gesundheitszustand der österreichischen Erwerbsbevölkerung beschrieben werden. Als relevante Parameter werden dafür Anzahl und Dauer der Krankenstände, Zahlen zur Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspension und zu Berufskrankheiten, aber auch subjektive Einschätzungen des eigenen Gesundheitszustandes der Personen im erwerbsfähigen Alter herangezogen.

Die darauffolgenden Kapitel widmen sich dem Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Die zunehmende Individualisierung von Lebensstilen und Berufskarrieren macht es erforderlich, einen differenzierteren Blick auf die Phänomene an der Schnittstelle von Arbeit und Gesundheit zu werfen und das individuelle Erleben von Erwerbsverläufen und krisenhaften Situationen, wie z. B. Arbeitslosigkeit, in den Vordergrund zu rücken.

Die multifaktoriellen Ansätze empirischer Studien zur Wiedereingliederung in Erwerbsarbeit, die eine Vielzahl von Einflussfaktoren aus unterschiedlichen Bereichen konstatieren, betonen die Bedeutung so genannter »Psychosozialer Moderatorvariablen« bei diesen Entwicklungsprozessen. Einer (bei Weitem nicht erschöpfenden) Sammlung solcher Faktoren widmet sich ein weiteres Kapitel dieser theoretischen Einführung.

Der Fokus der Ausführungen richtet sich abschließend auf die intrapersonale Perspektive. Die in den Kapiteln zuvor herausgearbeiteten psychosozialen Merkmale, wie die subjektive Bewertung von Erwerbsarbeit und Arbeitsmotivation, subjektive Gesundheitstheorien und Gesundheitskonzepte, Strategien der Bewältigung von Krankheit und Arbeitslosigkeit, sowie die begleitenden und moderierenden Kognitionen, wie etwa Attribuierungsstil, Kohärenzgefühl, Selbstwirksamkeit etc., werden anhand einiger Studien aus der Gesundheits- und Arbeitspsychologie bzw. der Kognitionsforschung beschrieben.



## 2.1 Salutogenese versus Pathogenese

Die handlungsleitenden Konzepte von Krankheit und Gesundheit haben sich ab der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts grundlegend geändert. Waren sie zuvor noch pathologisch-kurativ ausgerichtet und beschränkten sich auf die medizinische Versorgung bei auftretenden körperlichen Leiden, so brachte der salutogenetische Ansatz eine Fokussierung auf die Gesundheit mit sich. Bereits die in der Präambel zur Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1946 vorgelegte Definition, die bisher unverändert geblieben ist, führt eine solche Sichtweise ein: »Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.«<sup>1</sup>

Damit änderte sich auch die Perspektive in der Beurteilung des Gesundheitszustandes von Personen. Denn nicht mehr die medizinische Diagnose allein, sondern auch die subjektiven Wahrnehmungen der Betroffenen sind entscheidend dafür, an welcher Stelle des multidimensionalen Kontinuums zwischen Gesundheit und Krankheit die globale Einordnung des Individuums erfolgt. Herstellung von Gesundheit wird als Prozess der Verbesserung in Bezug auf eine oder mehrere der oben genannten Dimensionen begriffen. Gesundheitsförderung unter dem salutogenetischen Paradigma bezieht sich demnach auf die »(...) Wechselwirkung zwischen persönlichen und umweltgebundenen gesundheitsfördernden und gesundheitsbelastenden Faktoren bei der Bewältigung von Belastungen in Abhängigkeit zum jeweiligen sozialen Kontext und zur Lebensgeschichte eines Menschen«.<sup>2</sup>

Der Begründer des salutogenetischen Ansatzes, Aaron Antonovsky, hebt die Bedeutung sozialer und personaler Ressourcen für den Prozess der Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit hervor. Die zentrale personale Ressource ist für ihn das **Kohärenzgefühl (Sense of Coherence, SOC)**, das sich aus drei Komponenten zusammensetzt:

- **Verstehbarkeit (Comprehensibility)** bezeichnet das Ausmaß, in dem Reize, Ereignisse und Entwicklungen als strukturiert, geordnet und vorhersehbar wahrgenommen werden.
- **Handhabbarkeit (Manageability)** bezieht sich auf das Ausmaß, in dem eine Person geeignete personale und soziale Ressourcen wahrnimmt, um interne und externe Anforderungen bewältigen zu können.
- **Sinnhaftigkeit (Meaningfulness)** meint das Ausmaß, in dem eine Person ihr Leben als sinnvoll empfindet und die vom Leben gestellten Anforderungen als Herausforderungen betrachtet.<sup>3</sup>

Das Kohärenzgefühl ist also eine bestimmte Haltung (Gefühl des Vertrauens, Gefühl des Zusammenhanges mit der Welt), die im Zuge der Sozialisation mehr oder weniger stark entwickelt wird. Antonovsky geht davon aus, dass sich das Kohärenzgefühl etwa ab dem 30. Lebensjahr

---

1 WHO – Frequently asked questions, [www.who.int/suggestions/faq/en](http://www.who.int/suggestions/faq/en).

2 Egger-Subotitsch et al. 2007, Seite 9.

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

nicht mehr nennenswert verändert. Diese Annahme wurde von vielen Fachpersonen des Sozial- und Gesundheitsbereiches kritisiert, denn diese sehen sehr wohl die Möglichkeit, durch geeignete Interventionen auch bei Erwachsenen eine Stärkung des Kohärenzgefühles zu fördern.<sup>4</sup>

Der Gesundheitsbegriff lässt sich, abgesehen von der Störungsfreiheit und dem Wohlbefinden, aber auch anhand weiterer Parameter bestimmen. Für die Diskussion in Bezug zur Arbeit ist vor allem das Konzept von Gesundheit als Leistungsfähigkeit von Bedeutung. Eine Person fühlt sich dann gesund, wenn sie in der Lage ist, die Aufgaben, für die sie sozialisiert (oder ausgebildet) wurde, angemessen auszuführen. Produktivität, Tätigkeit und Kompetenz sind hier wichtig. Eng damit verbunden ist die Gesundheit als Rollenerfüllung, bei der eine Person als gesund eingeschätzt wird, wenn sie fähig ist, an der Erfüllung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben teilzuhaben.<sup>5</sup>

In der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 geht die WHO auf die psychosozialen Bedingungen von Gesundheit ein: »Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten.«<sup>6</sup>

Beide Aspekte, also die produktive Anwendung der erworbenen Kompetenzen zur Teilhabe an gesamtgesellschaftlichen Anstrengungen und die Verwirklichung der eigenen Wünsche und Ziele, gelten zwar gleichermaßen für alle Menschen, können sich aber im Konkreten sehr unterscheiden. Umso wichtiger ist es, individuelle Lösungen zu finden, die die Personen zu ihrer ganz spezifischen Umsetzung dieser Ansprüche befähigen.

Dafür bedarf es bestimmter Grundvoraussetzungen wie politischer und wirtschaftlicher Sicherheit, Bildung, Ernährung, ein stabiles Ökosystem usw. Die Ziele der Ottawa Charta sehen vor, die Lebensbedingungen der Menschen so zu gestalten, dass sie daraus die Ressourcen für Gesundheit schöpfen können: »Die sich verändernden Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen haben entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen.«<sup>7</sup>

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der aktuelle allgemein anerkannte Begriff von Gesundheit prozesshaft auf deren stetige Herstellung und Erhaltung ausgerichtet ist, subjektiv definiert wird und einem biopsychosozialen Paradigma untersteht. Zudem werden angemessene Umwelt- und Lebensbedingungen als unabdingbare Voraussetzungen für die Entwicklung und Nutzung sozialer und personaler Ressourcen zur Verwirklichung individuellen globalen Wohlbefindens angesehen.

---

4 Vgl. Grabert 2007; Wydler et al. 2010.

5 Vgl. Schumacher/Brähler 2004, Seite 20.

6 Hildebranth/Kickbusch 1986, Seite 1.

7 Ebenda, Seite 3.

## 2.2 Erwerbsarbeit und Gesundheit

Erwerbsarbeit hat in modernen Gesellschaften einen hohen Stellenwert und ist für viele ein wichtiger, wenn nicht der wichtigste Lebensbereich. Folgt man der salutogenetischen Perspektive, so kann sie auf mehreren Ebenen zum globalen Wohlbefinden einer Person beitragen.

Zum einen gilt Erwerbsarbeit als wichtigste Bedingung finanzieller Absicherung, welche eng an das Ausmaß von Gesundheit gekoppelt ist. Allerdings schützt Erwerbsarbeit längst nicht mehr zwingend vor Armut. Und dies betrifft nicht nur prekär Beschäftigte, sondern aufgrund stagnierender Löhne auch immer mehr Personen in einem Normalarbeitsverhältnis. So waren in Österreich 2007 etwa 43 Prozent der armutsgefährdeten Personen im erwerbsfähigen Alter der Gruppe der »Working Poor« zuzuordnen, von denen ein sehr großer Teil sogar trotz Vollzeitbeschäftigung vom Armutsrisiko bedroht war. Zum Vergleich: 21 Prozent der armutsgefährdeten Personen waren zu diesem Zeitpunkt arbeitslos.<sup>8</sup> Zum anderen ist der Beitrag der Erwerbsarbeit zu Gesundheit und Wohlbefinden auch auf der psychischen und sozialen Dimension anzusiedeln sowie auf der des Lebenssinnes.

Marie Jahoda hat bereits in den 1930er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts begonnen, sich ausführlich mit der Bedeutung von Lohnarbeit für das Individuum auseinanderzusetzen. Sie hat dabei fünf Funktionsdimensionen ausgemacht, die zur Erfahrung von Erwerbstätigen gehören:<sup>9</sup>

- Die Auferlegung einer festen Zeitstruktur.
- Die Ausweitung der Bandbreite sozialer Erfahrungen in Bereiche hinein, die weniger stark emotional besetzt sind als das Familienleben.
- Die Teilnahme an kollektiven Zielsetzungen oder Anstrengungen.
- Die Zuweisung von Status und Identität durch die Erwerbstätigkeit.
- Die verlangte regelmäßige Tätigkeit.

Die Teilnahme an kollektiven Zielsetzungen und Anstrengungen bedeutet, dass das Individuum in die Verwirklichung von Zielen integriert wird, die über seine persönlichen oder familiären Ziele hinausgehen. Dies erweitert nicht nur seinen persönlichen Horizont, sondern bindet es auch in ein kollektives Gefüge ein. Durch die Erwerbsarbeit wird also gesellschaftliche Teilhabe ermöglicht und zu einer basalen, täglichen Erfahrung des Individuums.

Eine weitere wichtige Funktion der Erwerbsarbeit ist die Zuweisung von Status und Identität. Gesellschaftlicher Status wird in modernen Gesellschaften eng mit dem ausgeübten Beruf verknüpft, und dieser Status geht auch in die Selbstdefinition der Person als wichtiger Bestandteil mit ein. An anderer Stelle verweist Jahoda auch darauf, dass das Maß, in dem der Status die Identität einer Person bestimmt, variieren kann und die beiden umso enger verknüpft sind, je höher der durch die Erwerbsarbeit erlangte soziale Status angelegt ist.

---

<sup>8</sup> Vgl. Statistik Austria 2009, Seite 36.

<sup>9</sup> Vgl. Jahoda 1995, Seite 99.

Jahoda sieht durch die Erwerbsarbeit anthropologische Grundbedürfnisse erfüllt, die grundsätzlich auch von anderen kulturellen Institutionen geboten werden können. In den modernen Gesellschaften des 20. Jahrhunderts kam aber keiner anderen als der Erwerbsarbeit diese Bedeutung zu.<sup>10</sup>

Im 21. Jahrhundert trifft dies sicher noch immer für den Großteil der Bevölkerung zu, allerdings kann die Arbeit in ihrer zunehmend unsicheren, flexibilisierten Form die Funktionen der Statuszuweisung, Identitätsstiftung und Partizipation mitunter nicht mehr in diesem Ausmaß erfüllen.<sup>11</sup>

Aufgrund stetig zunehmender Unterschiede zwischen den Personengruppen und Individuen und der Ausdifferenzierung von Lebensstilen, Lebenslagen und Erwerbsbiographien wird es daher notwendig, differenzierte Theorien zur Bedeutung von Erwerbsarbeit für individuelle Selbstkonzepte und Biographien heranzuziehen und die Konzepte von Arbeit und Gesundheit – ihren komplexen Wechselwirkungen entsprechend – in eine Theorie des subjektiven Wohlbefindens einzuordnen.

### 2.2.1 Erwerbsarbeit als Teil der Lebens

Der Frage »Wie viel Arbeit braucht der Mensch?« widmet sich beispielsweise die Forschung zur Work-Life-Balance. Unter diesem Titel werden jene Bemühungen und Denkanstöße gesammelt, die darauf abzielen, einen Ausgleich zwischen Arbeit und Freizeit herzustellen.

Ein Kritikpunkt am Konzept der Work-Life-Balance ist, dass die Grenzziehung zwischen den beiden Bereichen schwierig und mit der zunehmenden Entgrenzung von Beruf und Privatleben oft überhaupt nicht mehr möglich ist. Diese Entgrenzung kann sich zwar belastend auswirken, wird aber oft geradezu als befreiend empfunden. Es kann außerdem nicht uneingeschränkt behauptet werden, dass Arbeit ausschließlich Belastung und Privatleben oder Freizeit nur Erholung bedeuten würde.

Wie die beiden Lebensbereiche zusammenhängen bzw. einander beeinflussen, dazu gibt es unterschiedliche Theorien. Ulrich und Wülser gehen im Rahmen des so genannten »Spillover-Modells« davon aus, dass die Betätigung in beiden Bereichen sich sowohl negativ als auch positiv auf den jeweils anderen auswirken kann. Um einen gesundheitsfördernden Effekt zu erzielen, müssen im Sinne der Ausbalancierung drei Bedingungen auf Seiten der Erwerbsarbeit erfüllt sein:<sup>12</sup>

- Eine persönlichkeitsförderliche Gestaltung der Erwerbsarbeit (ausreichend Handlungsspielraum, möglichst vollständige Aufgaben, Teamarbeit, hohes Maß an Selbstregulation, eigenständiges Setzen von Zielen bzw. Teilzielen etc.).

---

10 Vgl. ebenda, Seite 137.

11 Vgl. Castel 2008.

12 Vgl. Ulrich/Wülser 2004, zitiert nach: Egger-Subotitsch et al. 2007, Seite 16.

- Lebensfreundliche Arbeitszeiten (z. B. abgestufte Teilzeit nach Erziehungsfreistellung, Altersteilzeit, Elternurlaub, Jahresarbeitszeit, lebensphasenorientierte Arbeitszeit).
- Familienfreundliche Arbeitsorte, familiengerechte Gestaltung von Betrieben und Möglichkeiten von zeitweiser Heimarbeit).

Die Gewährleistung solcher Rahmenbedingungen fördert also die Handlungsfähigkeit der Person (auch) in anderen Lebensbereichen, während Zwänge sich hemmend auswirken. Umgekehrt kann auch die Ausübung von außerberuflichen Tätigkeiten Kompetenzen fördern, die im Beruf eingesetzt werden können.

Am Diskurs zur Work-Life-Balance wird auch kritisiert, dass die Auseinandersetzung oftmals auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf verkürzt werde. Kinderlose Personen würden damit von vornherein ausgeklammert, und die Diskussion laufe darüber hinaus Gefahr, als reines Frauenthema abgehandelt zu werden.<sup>13</sup>

Die praktische Umsetzung des Work-Life-Balance-Konzeptes findet vor allem im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) statt und hier meist unter dem Anspruch einer familienfreundlichen Unternehmenskultur. Um die gesundheitsfördernden Effekte eines Ausgleiches zwischen Erwerbsarbeit und anderen Lebensbereichen vollständig ausschöpfen zu können, ist es jedoch wichtig, auch Familienväter, Singles und kinderlose Paare in den Fokus der Bemühungen zu rücken.<sup>14</sup>

Einige Aspekte der Überlegungen zur Work-Life-Balance finden sich auch in der zunehmend etablierten Burnout-Prävention wieder, die den Fokus auf die Frage nach dem richtigen Umgang mit den eigenen Energieressourcen lenkt. Dabei wird neben der Betrieblichen Gesundheitsförderung großes Augenmerk darauf gelegt, dass gefährdete Personen ihre eigenen Leistungsgrenzen akzeptieren lernen und bewusst für Erholungs- und Entspannungsphasen sorgen.

## 2.2.2 Das »Haus der Arbeitsfähigkeit«

Hinsichtlich der grundsätzlichen Arbeitsfähigkeit wurde bereits in den 1980er-Jahren in Finnland ein ganzheitlich-integratives Konzept entwickelt und in der Folge vor allem von Ilmarinen und Tempel europaweit bekannt gemacht. Mittlerweile dient es als Grundlage für eine Vielzahl von Maßnahmen und Projekten zur Gesundheitsförderung in Unternehmen und für Erwerbstätige.

Arbeitsfähigkeit bezeichnet dabei das Vermögen einer Person, eine ganz konkrete Tätigkeit auszuüben. Sie ergibt sich aus dem Verhältnis zwischen den Ressourcen der Person und den Arbeitsanforderungen. Diese personalen und situativen Komponenten stellen die vier unterschiedlichen Stockwerke des »Hauses der Arbeitsfähigkeit« dar. Auf Personenebene finden sich die folgenden Wirkfaktoren:

---

<sup>13</sup> Vgl. Egger-Subotitsch et al. 2007, Seite 15.

<sup>14</sup> Vgl. ebenda, Seite 17.

- Gesundheit (1. Stockwerk, Fundament: physische, psychische und soziale Gesundheit).
- Kompetenz (2. Stockwerk: fachliche und soziale Kompetenz, berufsspezifische Bildung, Kenntnisse und Fähigkeiten).
- Werte (3. Stockwerk: soziale und moralische Werte, Einstellungen, Motivation).

Auf der Ebene der Arbeit, die das »4. Stockwerk« darstellt, haben die Arbeitsumgebung, die Inhalte und Anforderungen, die Gemeinschaft und Organisation und nicht zuletzt der Führungsstil Auswirkungen auf das Ausmaß der Arbeitsfähigkeit.<sup>15</sup>

Doch das »Haus der Arbeitsfähigkeit« ist nicht isoliert. Es ist diversen gesellschaftlichen Umgebungseinflüssen wie Kultur, Gesetzgebung, Ausbildungspolitik, Sozial- und Gesundheitspolitik ausgesetzt. Darüber hinaus sind die personenbezogenen Faktoren, insbesondere die Einstellungen, vom näheren sozialen Umfeld (Freunde, Familie, Verwandte) geprägt.<sup>16</sup>

Das Konzept der Arbeitsfähigkeit lässt sich, ähnlich wie das der Work-Life-Balance, dem salutogenetischen Paradigma zuordnen. Es versteht sich als präventiver Ansatz und hat die dauerhafte Erhaltung und Förderung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit durch geeignete Maßnahmen der Verhältnis- und Verhaltensintervention auf betrieblicher und individueller Ebene zum Ziel.<sup>17</sup>

Ilmarinen sieht das »Haus der Arbeitsfähigkeit« als ein geeignetes Mittel an, um den demographischen Entwicklungen in Europa und deren Auswirkungen auf die Arbeitsmärkte zu begegnen. Der zunehmende Anteil älterer Personen an der Erwerbsbevölkerung macht es erforderlich, diese länger im Berufsleben zu halten. Dafür ist es notwendig, der Abnahme der Arbeitsfähigkeit vor allem durch Maßnahmen auf Unternehmensebene, etwa Anpassungen der Tätigkeit oder der Arbeitszeiten, aber auch durch individuelle Kompetenz- und Gesundheitsförderung zu begegnen.<sup>18</sup> Für Ilmarinen sind die drei »Stockwerke« von Kompetenz (Aus- und Weiterbildung), Gesundheit (gesunder Lebensstil) und Arbeit (Arbeitsorganisation) jene, die am ehesten veränderbar sind und durch die die größten Effekte auf die Förderung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten sind. Am wenigsten lassen sich seiner Ansicht nach Werte, Einstellungen und Motivation der Person verändern, welche stark vom ebenso stabil bleibenden näheren sozialen Umfeld der Person geprägt sind.<sup>19</sup>

Zur Messung der Arbeitsfähigkeit wurde auch ein Instrument entwickelt, der so genannte »Arbeitsbewältigungsindex« (ABI; englisch: Work Ability Index, WAI). Er bildet das Verhältnis zwischen Ressourcen und Arbeitsanforderungen zahlenmäßig ab.

In einem idealtypischen Modell der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit zeigen Jochen Prümper und Gottfried Richenhagen in Anlehnung an Ilmarinen, dass die Arbeitsfähigkeit mit zu-

<sup>15</sup> Vgl. Ilmarinen/Tempel 2003, Seite 92.

<sup>16</sup> Vgl. Ilmarinen 2011, Seite 7.

<sup>17</sup> Vgl. Prümper/Richenhagen 2011, Seite 140.

<sup>18</sup> Zu einer umfassenden Darstellung der Entwicklung der Erwerbstätigenquoten Älterer in der EU und Maßnahmen des Productive Ageing vgl. Steiner et al. 2010.

<sup>19</sup> Vgl. Ilmarinen 2011

nehmendem Alter rapide abnimmt, wenn keine entsprechenden Maßnahmen zu ihrer Förderung unternommen werden. Maßnahmen individueller Gesundheitsförderung haben in diesem Modell zwar einen Effekt, dieser hält aber nicht nachhaltig an. Erst der Einbezug arbeitsbezogener Maßnahmen, wie z. B. arbeitsorganisatorische Anpassungen und ein veränderter Führungsstil, ermöglicht es, die Entwicklung der Arbeitsfähigkeit in eine positive Tendenz umzukehren.<sup>20</sup>

Die Autoren betonen zwar die Wichtigkeit der Berücksichtigung aller »Stockwerke des Hauses der Arbeitsfähigkeit«, um nachhaltige Wirkungen zu erzielen, bei Durchsicht der betreffenden Texte zeigt sich aber, dass Werte, Einstellungen und Motivation innerhalb dieses Ansatzes kaum näher ausgeführt werden. Laut Theorie spielt aber für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zum einen die Übereinstimmung zwischen eigenen Werten und der betrieblichen Arbeitskultur eine Rolle,<sup>21</sup> und zum anderen ist es wichtig, dass die ausgeübte Tätigkeit im Rahmen der eigenen Einstellungen als sinnvoll erachtet wird.<sup>22</sup>

Das Konzept der Arbeitsfähigkeit lässt sich aufgrund des Bezuges auf eine konkrete Tätigkeit und Arbeitsumgebung streng genommen nur auf berufstätige Personen anwenden. Es bildet somit in der Regel die Basis für Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung.

### 2.2.3 Psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz

Psychische Belastungen am Arbeitsplatz gehören heutzutage zu den dominierenden Arbeitsbelastungen. Robert A. Karasek stellt in seinem Anforderungs-Kontroll-Modell<sup>23</sup> die psychischen Anforderungen, wie etwa Zeitdruck oder soziale Faktoren, dem Entscheidungs- und Kontrollspielraum innerhalb der Arbeitstätigkeit gegenüber. Das Modell stellt Belastung als Funktion von Arbeitsanforderungen und Entscheidungsspielraum dar und beschreibt dabei vier mögliche Situationen durch die Kombination dieser Dimensionen.

Besonders negativ auf die Gesundheit wirken sich demnach Arbeitsprofile aus, die hohe psychische Anforderungen bei gleichzeitig geringer Kontrolle über die Arbeitsaufgaben aufweisen. Solche Tätigkeiten ermöglichen wenig Spielraum für Lernerfahrungen, wirken kaum motivierend und führen beispielsweise zu Ängsten, Depressionen oder psychosomatischen Beschwerden. Umgekehrt werden hohe psychische Anforderungen bei gleichzeitig hohem Handlungs- und Entscheidungsspielraum eher als Möglichkeit zur persönlichen Entwicklung erlebt. Sind hingegen berufliche Tätigkeiten mit geringem Entscheidungsspielraum auch mit geringen psychischen Anforderungen verbunden, so ist nach diesem Modell auch der gesundheitsschädliche Effekt gering. Ebenso wenig belastend wirken Jobs, die Kontrolle ermöglichen und wenig psychische Anforderungen mit sich bringen.

---

20 Vgl. Prümper/Richenhagen 2011, Seite 139.

21 Vgl. Ilmarinen/Tempel 2003, Seite 91.

22 Vgl. WAI-Netzwerk Austria, [www.wai-netzwerk.at/arbeitsfaehigkeit-erhalten/das-haus-der-arbeitsfaehigkeit.html](http://www.wai-netzwerk.at/arbeitsfaehigkeit-erhalten/das-haus-der-arbeitsfaehigkeit.html) (zuletzt abgefragt am 13.7.2012).

23 Vgl. Friedel/Orfeld 2002.

Ein weiteres Modell zur Erfassung psychosozialer Stressoren ist jenes der beruflichen Gratifikationskrisen von Johannes Siegrist.<sup>24</sup> Es basiert auf dem Prinzip »Leistung und Gegenleistung« und bezieht sich auf Belastungsfaktoren, die sich aus einem Missverhältnis zwischen hohen beruflichen Anstrengungen und geringen Belohnungen ergeben (z. B. Lohn, Anerkennung, Aufstiegsmöglichkeiten). Dieses Ungleichgewicht führt nach Siegrist zu einer beruflichen Gratifikationskrise. Die Folge sind gesundheitliche Beschwerden aufgrund chronischen Stresserlebens.

Im Unterschied zum Anforderungs-Kontroll-Modell werden im Modell der beruflichen Gratifikationskrisen neben situativen bzw. extrinsischen Faktoren auch intrapsychische bzw. intrinsische Faktoren berücksichtigt. Demnach sind vor allem Personen mit einer übersteigerten beruflichen Verausgabebereitschaft und dementsprechend hoher Belohnungserwartung besonders gesundheitlich gefährdet.

## 2.3 Der Gesundheitszustand der österreichischen Erwerbsbevölkerung

Auf internationaler Ebene verzeichnen Versicherungsanstalten einen Anstieg der Krankenstände und krankheitsbedingter Frühpensionierungen bei gleichzeitiger Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter.<sup>25</sup>

Auch der subjektive Gesundheitszustand der ÖsterreicherInnen im erwerbsfähigen Alter ist im Allgemeinen als recht gut zu bewerten. Immerhin 76 Prozent der 20- bis 65-Jährigen schätzten ihren eigenen Gesundheitszustand 2010 als »sehr gut« oder »gut« ein, 18 Prozent als »mittelmäßig« und nur sechs Prozent als »schlecht« oder »sehr schlecht«.<sup>26</sup>

Einer der wichtigsten Einflussfaktoren auf den subjektiven Gesundheitszustand ist jedoch das Alter (vgl. Tabelle 1). Während 88 Prozent der Personen in der Alterskategorie zwischen 20 und 39 ihre Gesundheit als »sehr gut« oder »gut« einschätzen, sinkt der Prozentsatz auf 68 Prozent bei den 40- bis 64-Jährigen. 23 Prozent der Älteren bewerten ihren Gesundheitszustand hingegen als »mittelmäßig« und neun Prozent als »schlecht« oder »sehr schlecht«.<sup>27</sup>

**Tabelle 1: Subjektiver Gesundheitszustand, nach Altersgruppen**

	Sehr gut/Gut	Mittelmäßig	Schlecht/Sehr schlecht
20–39 Jahre	88 %	9 %	3 %
40–64 Jahre	68 %	23 %	9 %

Quelle: Statistik Austria 2011, Daten von 2010

<sup>24</sup> Vgl. Siegrist 2012.

<sup>25</sup> Vgl. OECD 2010, ISSA 2003.

<sup>26</sup> Vgl. Statistik Austria 2011, Seite 62.

<sup>27</sup> Vgl. ebenda, Seite 61.



Ältere ArbeitnehmerInnen sind in höherem Maße von chronischen Krankheiten betroffen. Zu diesen zählen etwa erhöhter Blutdruck, Schäden an der Wirbelsäule und Gelenkserkrankungen. Das Risiko, bei der Berufsausübung beeinträchtigt zu sein oder ganz aus dem Erwerbsleben auszuschneiden, steigt für diese Personengruppe rapide an.<sup>28</sup>

### 2.3.1 Krankenstände

Die häufigsten Ursachen für Fehlzeiten waren in Österreich in jüngster Vergangenheit Krankheiten des Skelettes, der Muskeln und des Bindegewebes sowie Erkrankungen der oberen Atemwege. Während allerdings Verletzungen und Unfälle in den letzten Jahren stetig abnehmen, sind psychische Erkrankungen stark im Ansteigen begriffen.<sup>29</sup>

Die durchschnittliche Anzahl der Krankenstandstage pro versicherter Person und Jahr blieb in Österreich in den letzten Jahren relativ konstant, im Jahr 2010 betrug sie durchschnittlich 12,9 Tage. Die durchschnittliche Dauer eines Krankenstandes betrug 10,8 Tage, wobei rund 40 Prozent der beanspruchten Krankenstandstage auf Fälle mit einer Dauer von über 36 Tagen entfielen.<sup>30</sup> Bei Betrachtung der vom Österreichischen Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO) zusammengestellten Zeitreihendaten zeigt sich außerdem, dass der Spitzenwert an Krankenstandstagen mit 17,4 im Jahre 1980 erreicht wurde und danach die Anzahl bis 2006 kontinuierlich zurückging. Nach einem Anstieg zwischen 2007 und 2009 sank der Wert erneut.<sup>31</sup>

Die AutorInnen des Fehlzeitenreportes des Wirtschaftsforschungsinstitutes machen jedoch darauf aufmerksam, dass aus den Krankenstandsdaten nur bedingt Rückschlüsse auf den tatsächlichen Gesundheitszustand der Erwerbsbevölkerung zu ziehen sind. Erfahrungsgemäß gibt es für dieses Verhältnis intervenierende Faktoren, wie etwa die Wirtschafts- und Arbeitsmarktlage. Zudem wirkt sich das Phänomen des Präsentismus, bei dem ArbeitnehmerInnen trotz Krankheit und verminderter Leistungsfähigkeit zur Arbeit gehen, hier verzerrend aus.<sup>32</sup>

### 2.3.2 Invaliditäts-, Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitspension

Der frühzeitige Austritt aus dem Erwerbsleben aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigung ist in Österreich im Zuge des Versicherungsfalles der geminderten Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit geregelt. Für ArbeiterInnen wird diese Art der Frühpensionierung »Invaliditätspension« genannt, für Angestellte »Berufsunfähigkeitspension« (nach ASVG). Der Anspruch ist an eine bestimmte Versicherungszeit gekoppelt, die nach Alter gestaffelt ist, zudem darf kein Anspruch

---

28 Vgl. Egger-Subotitsch et al. 2007, Seite 27.

29 Vgl. WIFO 2012, Seite I.

30 Vgl. Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger 2012, Seite 14.

31 Vgl. WIFO 2012, Seite 5.

32 Vgl. ebenda.

auf Alterspension bestehen. Die Arbeitsfähigkeit muss infolge des geistigen und/oder körperlichen Zustandes auf unter 50 Prozent gesunken sein (im Vergleich zu einer körperlich und geistig gesunden Versicherungsperson von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten). Ein ärztliches Gutachten entscheidet über diesen Sachverhalt, und daraufhin wird über die Gewährung der Pension entschieden. Die so genannte »Härtefallregelung« sieht vor, dass Personen ab dem vollendeten 50. Lebensjahr, die eine bestimmte Anzahl von Versicherungsmonaten aufweisen, mindestens ein Jahr arbeitslos waren und keine Aussicht auf einen ihrem Gesundheitszustand entsprechenden Arbeitsplatz haben, ebenfalls Anspruch auf Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension haben. Grundsätzlich wird jeder Antrag auf Frühpensionierung als Antrag auf berufliche Rehabilitation gewertet. Nur wenn kein Anspruch auf diese Maßnahmen besteht oder sie als unzumutbar oder nicht zweckmäßig beurteilt werden, wird der Anspruch auf die Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension geprüft.<sup>33</sup>

Diese Vorgaben gelten auch für Selbständige. Jedoch wird dieser Versicherungsfall bei der Gewerblichen Sozialversicherung (GSVG) und der Sozialversicherung der Bauern (BSVG) »Erwerbsunfähigkeitspension« genannt. Viele selbständig tätige Personen versichern sich zusätzlich privat gegen Erwerbsunfähigkeit.

Im Dezember 2011 bezogen in Summe 211.144<sup>34</sup> Personen in Österreich unter 65 Jahren Invaliditäts-, Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitspension. Jene Personen, die zwar Invaliditätspension beziehen, aber das gesetzliche Pensionsalter erreicht haben, werden in der Statistik unter den AlterspensionistInnen geführt. Von den insgesamt 73.692 Anträgen auf Pensionierung aufgrund geminderter Arbeitsfähigkeit wurden im Berichtsjahr 2011 27.969 anerkannt.<sup>35</sup> Das durchschnittliche Antrittsalter für die Invaliditäts-, Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitspension liegt bei 53,5 Jahren für Männer und 50,1 für Frauen.<sup>36</sup>

Die betroffenen Personen hatten im Laufe ihres Berufslebens nicht nur mehr mit gesundheitlichen Problemen zu kämpfen und waren deutlich häufiger im Krankenstand als andere, sondern waren auch ungleich schwerer von Arbeitslosigkeit betroffen. Nur 30 Prozent der BezieherInnen waren in den fünf Jahren vor Antritt der Invaliditätspension durchgehend beschäftigt. Auch ihr Einkommen war im selben Untersuchungszeitraum deutlich geringer als das der Vergleichsgruppe, und diese Differenz erhöhte sich noch bis knapp vor der Pensionierung.<sup>37</sup>

Gerade bei älteren Personen mit gesundheitlichen Problemen machen sich beschäftigungspolitische Eingriffe an den Übergängen zwischen Erwerbsarbeit, Arbeitslosigkeit und Pension bemerkbar. Änderungen in den Rahmenbedingungen zur Invaliditätspension wirkten sich dabei in den vergangenen Jahren mit wechselnden Zuwächsen bei Pensionierungen und Arbeitslosenzahlen aus.<sup>38</sup>

---

33 Vgl. PVA 2012.

34 Vgl. Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger 2012, Seite 24.

35 Vgl. ebenda, Seite 22.

36 Vgl. ebenda, Seite 23.

37 Vgl. WIFO 2007, Seite VIII.

38 Vgl. ebenda, Seite 25f.

Die diagnostischen Gründe für die Gewährung der Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension variieren zwischen den Geschlechtern. Männer bekamen 2008 am häufigsten wegen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (32,5 Prozent), psychischen Erkrankungen (26,3 Prozent) und Kreislauferkrankungen (13,6 Prozent) Anspruch auf Pension aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit, Frauen hingegen zu 47,6 Prozent wegen psychischer Probleme sowie aufgrund von Skeletterkrankungen (ca. 20 Prozent) und Neubildungen von Krebs (11,5 Prozent).<sup>39</sup>

### 2.3.3 Berufskrankheiten

Ein Großteil der österreichischen Erwerbsbevölkerung sieht sich am Arbeitsplatz gesundheitsbeeinträchtigenden Einflüssen ausgesetzt. Es überwiegen physische Belastungsfaktoren wie Lärm, Vibrationen, der Einfluss von Rauch, Chemikalien und Dämpfe und einseitige oder schwere körperliche Tätigkeiten. 55,7 Prozent der arbeitenden Bevölkerung sehen sich zumindest einer dieser Belastungen ausgesetzt, während 32,3 Prozent von psychischer Belastung betroffen sind. Zu dieser gehören Zeitdruck, Belästigung/Mobbing und (die Androhung von) Gewalt.<sup>40</sup>

Insgesamt wurde im Jahr 2011 in Österreich in 1.309 Fällen eine unmittelbar durch die versicherte Tätigkeit erlittene gesundheitliche Beeinträchtigung attestiert.<sup>41</sup> Unter den häufigsten anerkannten Berufskrankheiten finden sich allerdings keine psychischen Erkrankungen. Sie beziehen sich in der Regel auf die Kategorie gesundheitsschädlicher Umwelteinflüsse am Arbeitsplatz.

## 2.4 Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Dass ein starker Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und schlechtem Gesundheitszustand besteht, ist gut nachgewiesen und Gegenstand zahlreicher Studien und Publikationen (z.B. Kastner 2005; Holleederer 2009; Ekeles/Kirschner 2004; Wagner 1999). Zur Richtung dieses Zusammenhanges gibt es zwei Hypothesen, und beide wurden empirisch untermauert:

- »Kausalitätshypothese«: Die Kausalitätshypothese besagt, dass der Eintritt von Arbeitslosigkeit kausal zu negativen psychischen und physischen Folgen, zu Krankheit und mitunter sogar zum Tod führt. Dies ist einerseits auf ein geändertes Verhalten (höherer Nikotin- und Alkoholkonsum) zurückzuführen und andererseits auf sozioökonomische Belastungen (z. B. finanzielle Probleme).

---

39 Vgl. ebenda, Seite 75f.

40 Vgl. Statistik Austria 2007: Gesundheitsrisiko Arbeitsplatz: Belastungsfaktoren, Gesundheitsbeschwerden und Arbeitsunfälle. Daten aus der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung, [www.statistik.at/web\\_de/dynamic/statistiken/gesundheit/032606](http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheit/032606) (abgefragt am 5.6.2012).

41 Vgl. AUVA 2012, Seite 24.

- »Selektionshypothese«: Diese besagt, dass Arbeitslosigkeit erst als Folge eines schlechten Gesundheitszustandes eintritt. Personen, die häufiger und länger krank sind, werden eher arbeitslos und bleiben dies auch länger als gesündere Personen.<sup>42</sup>

Jene Personen, die aus gesundheitlichen Gründen von drohendem Arbeitsplatzverlust oder Arbeitslosigkeit betroffen sind, gehören zu jenen Fällen, auf die die Selektion durch Krankheit auf jeden Fall zutrifft. Für die meisten von ihnen kommen im Verlauf der Arbeitslosigkeit auch die negativen Folgen, die in der Kausalitätshypothese beschrieben sind, zum Tragen.

Zusätzlich zu den physischen Gesundheitsfolgen sind besonders die psychischen und sozialen Belastungen in Folge der Arbeitslosigkeit nicht zu unterschätzen. Zu diesen gehören neben der Verschlechterung des subjektiven Wohlbefindens und unspezifischen Symptomen vor allem Depressionen, Ängste, Selbstwertverlust und psychosomatische Symptome.<sup>43</sup>

So überrascht es nicht, dass zwischen Erwerbsstatus und Gesundheitszustand ein ähnlich starker, wenn nicht sogar größerer, Zusammenhang besteht wie zwischen Gesundheit und Alter. Während 84 Prozent der Erwerbstätigen in Österreich 2010 ihren Gesundheitszustand als »sehr gut« oder »gut« bewerteten, taten dies nur 54 Prozent der Arbeitslosen. 30 Prozent von ihnen schätzten ihre Gesundheit als »mittelmäßig« und 20 Prozent sogar als »schlecht« oder »sehr schlecht« ein. Diese Werte lassen sich, wie Tabelle 2 zeigt, am ehesten mit jenen von PensionistInnen vergleichen.<sup>44</sup>

**Tabelle 2: Subjektiver Gesundheitszustand, nach Erwerbsstatus**

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

Quelle: Statistik Austria 2011, Daten von 2010

Der subjektive Gesundheitszustand wird umso schlechter wahrgenommen, je länger die Arbeitslosigkeit andauert. Tabelle 3 macht deutlich, dass Personen, die eine kurze Periode der Arbeitslosigkeit hinter sich haben, zwar gesundheitlich beeinträchtigt sind, aber mit sechs Prozent in dieser Gruppe noch relativ wenige ihren Gesundheitszustand als »schlecht« oder »sehr schlecht« bezeichnen. Dauerte die Arbeitslosigkeit im Vorjahr jedoch mehr als sechs Monate an,

<sup>42</sup> Vgl. Egger-Subotitsch et al. 2007, Seite 19.

<sup>43</sup> Vgl. Holleder 2009, Folie 13, nach Paul et al.

<sup>44</sup> Vgl. Statistik Austria 2011, Seite 62.

so ordnen sich bereits 14 Prozent dieser schlechtesten Kategorie zu und schließlich 20 Prozent jener Personen, die das gesamte Jahr 2009 arbeitslos gewesen waren.<sup>45</sup> Dies entspricht dem Wert der PensionistInnen in Tabelle 2.

**Tabelle 3: Subjektiver Gesundheitszustand, nach Dauer der Arbeitslosigkeit/Arbeitslos im Referenzjahr 2009**

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

Quelle: Statistik Austria 2011, Daten von 2010

Um die Wechselwirkung von Arbeitslosigkeit und schlechtem Gesundheitszustand zu veranschaulichen, wird gerne das Bild des Circulus Vitiosus herangezogen. Die betroffenen Personen kommen in eine Abwärtsspirale, bei der die negativen Effekte der Arbeitslosigkeit und der körperlichen und psychischen Beschwerden einander verstärken. Verharrt eine Person länger in diesem Zustand, so geht dies mit einem zunehmenden Gefühl des Kontrollverlustes bzw. des Ausgeliefertseins einher, gefolgt von Angst, Hoffnungslosigkeit und Depression. Dieses Phänomen, das oft bei Langzeitarbeitslosen beobachtet werden kann, wurde bereits in den 1960er-Jahren von Martin Seligman entdeckt, der es »Erlernte Hilflosigkeit« nannte.<sup>46</sup>

### 2.4.1 Differenzielle Arbeitslosenforschung

Das Risiko, in den Teufelskreis aus gesundheitlicher Beeinträchtigung und Arbeitslosigkeit zu geraten, ist nicht für alle Betroffenen gleich groß. Die differenzielle Arbeitslosenforschung beschäftigt sich mit diesem Phänomen und zeigt, dass es sehr wohl Faktoren gibt, die hier intervenieren können und so den negativen Effekt abmildern.

Nach Kieselbach lassen sich einige psychosoziale und sozioökonomische Moderatorvariablen feststellen, die die Zusammenhänge von Arbeitslosigkeit und Gesundheit mitbestimmen. Die negativen Folgen treten demnach eher zutage, wenn die finanziellen Einschränkungen groß sind, bei Niedrigqualifizierten, bei Männern, die wenige Alternativen zur Erlangung sozialer Anerkennung haben, und, wie bereits im vorangegangenen Kapitel beschrieben, je länger die Arbeitslosigkeit andauert.<sup>47</sup>

<sup>45</sup> Vgl. ebenda.

<sup>46</sup> Vgl. Seligman 1967.

<sup>47</sup> Vgl. Kieselbach 1988, zitiert in: Ekeles/Kirschner 2004, Seite 16ff.

Außerdem sind Personen mit einer hohen Arbeitsmotivation stärker von gesundheitlichen Folgen betroffen und jene, die die Ursachen der Arbeitslosigkeit bei sich selbst suchen (internale Attribution). Beim Alter zeigt sich ein U-förmiger Einfluss: Junge und Ältere sind weniger betroffen als jene mittleren Alters. Dies wird darauf zurückgeführt, dass die Rollenerwartungen in Bezug auf das Berufsleben bei dieser Gruppe am stärksten wirken. Der Effekt der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit wird auch modifiziert durch die Fähigkeit, die Zeit unabhängig von der Erwerbsarbeit zu strukturieren. Des Weiteren können Unterstützung durch soziale Netzwerke und die Neigung, sich Hilfe zu suchen, die negativen Effekte eindämmen.<sup>48</sup>

Auch die Höhe der Arbeitslosenquote ist für die differenzielle Arbeitslosenforschung von Bedeutung, insofern sie die psychische Belastung durch Erwerbslosigkeit positiv oder auch negativ beeinflussen kann. So kann eine hohe lokale Arbeitslosenquote etwa dazu führen, dass eine Person eher external attribuiert und so die eigene Arbeitslosigkeit relativieren kann, andererseits kann sie das Stresserleben fördern, indem die Chancen auf Wiederbeschäftigung als gering wahrgenommen werden. Auch das Erleben früherer Episoden von Arbeitslosigkeit kann einen Effekt in beide Richtungen erzeugen. Wie sich frühere Episoden von Arbeitslosigkeit auf das aktuelle Belastungserleben auswirken, hängt davon ab, wie sie der Person in Erinnerung geblieben sind. Hier kann es zu negativen Verstärkungseffekten kommen, aber auch zur Relativierung im Falle einer positiven Bewältigung von Arbeitslosigkeit in der Vergangenheit.<sup>49</sup> In beiden Fällen ist hierbei jedoch die Wahrnehmung der betroffenen Person ausschlaggebend.

## 2.4.2 Arbeitslosigkeit und Kohärenzgefühl

Das bereits weiter oben beschriebene Konzept des Kohärenzgefühles (englisch: Sense of Coherence, SOC, vgl. Kapitel 2.1) kann dazu herangezogen werden, um zu erklären inwieweit betroffene Personen fähig sind, in belastenden Situationen auf die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen zurückzugreifen und sie auch einzusetzen. Vieles deutet darauf hin, dass gerade Personen mit einem schlecht ausgeprägten Kohärenzgefühl das Stresserlebnis der Arbeitslosigkeit schlechter verarbeiten als sehr kohärente Betroffene und dass das Kohärenzgefühl auch eine Rolle bei der Bewältigung von Arbeitslosigkeit spielt (vgl. Kapitel 2.8). Deutschmann und Kuhnert stellen fest, dass die Kenntnis des SOC-Levels zwar keine direkte Prognose des Verhaltens erlaubt, es sich aber sehr wohl darauf auswirkt, wie die betreffende Person die Situation wahrnimmt oder sich orientiert.<sup>50</sup>

In einer Studie mit einer großen Gruppe von Arbeitslosen zeigen die Autoren, dass diese im Durchschnitt einen relativ geringen SOC-Wert aufweisen, der mit dem von Alkoholabhängigen und Psychotherapie-PatientInnen vergleichbar ist. Die (geringen) Differenzen innerhalb

---

48 Vgl. ebenda.

49 Vgl. ebenda.

50 Vgl. Deutschmann/Kuhnert 2005, Seite 157.

der Gruppe lassen sich durchaus mit sozioökonomischen Faktoren in Verbindung bringen. So werden viele der von Kieselbach angeführten Parameter der differenziellen Arbeitslosenforschung (vgl. Kapitel 2.4.1), wie etwa das Alter, die Qualifikation und das Geschlecht, durch die entsprechenden SOC-Werte in der Studie von Deutschmann und Kuhnert bestätigt.<sup>51</sup>

Eine weitere wichtige Erkenntnis in Bezug auf das Kohärenzgefühl ist dessen Veränderbarkeit. So ist der Eintritt der Arbeitslosigkeit fast immer mit einer Beeinträchtigung des Kohärenzgefühles verbunden, die vor allem bei Personen mit geringerem Ausgangslevel massiver ausfällt. Obwohl gesundheitlich beeinträchtigte Personen die Arbeitslosigkeit zu Beginn manchmal als Entlastung wahrnehmen und diese für eine aktive Neuorientierung nutzen können, hält dieser Effekt nur kurz an. Er wirkt in der Regel längstens sechs bis neun Monate, und es stellt sich dann eine deutliche Verschlechterung ein, die auch am SOC-Level ablesbar ist.<sup>52</sup>

Bei der Betrachtung jener Personen der von den Autoren untersuchten Gruppe, die die niedrigsten Werte an Kohärenzgefühl aufwiesen, ließ sich eine Vielzahl an negativen Stressoren ausmachen. Sie fühlten sich mit der Situation überfordert, entwickelten in hohem Ausmaß psychische Erkrankungen, und ihre Bewältigungspraxis war rückzugsorientiert und inkonsistent. Von ihnen war wenig an Eigeninitiative und Aktivität zu erwarten. Die Autoren kommen also zu dem Schluss, dass eine Erfassung des SOC bei Arbeitslosen es ermöglichen würde, dieser besonders gefährdeten Gruppe entsprechende Unterstützung zukommen zu lassen, damit es nicht erst zur Abwärtsspirale von Arbeitslosigkeit und schlechter Gesundheit kommt. Denn interessanterweise kann die Erfahrung der Bewältigung einer problematischen Situation das Kohärenzgefühl positiv verändern und somit zum Aufbau kognitiver Ressourcen führen.<sup>53</sup>

### 2.4.3 Arbeitslosigkeit und Attribuierung

Wie belastend Arbeitslosigkeit für betroffene Personen ist, hängt sehr stark von einer weiteren sozialpsychologisch bedeutsamen Kategorie ab, nämlich davon, wie sich die Person ihre Situation erklärt. Die Attributionsforschung beschäftigt sich mit der Frage, wie Individuen bedeutsame Lebensereignisse erklären und interpretieren und versucht herauszufinden, wie sich spezifische Ursachenerklärungen in Bezug auf Erfolge und Misserfolge auf Emotionen, Selbstwert und Verhalten von Personen auswirken.

Wagner setzt sich in seiner Habilitationsschrift ausführlich mit der Entwicklung von Attributionsmustern und deren psychischen Folgen vor dem Hintergrund des Erlebens der Arbeitslosigkeit auseinander. Gerade bei Erlebnissen von Misserfolg neigt der Mensch zu vermehrter Attributionstätigkeit, versucht also Erklärungen zu finden und den Hergang der Ereignisse zu analysieren. Dies hat zum einen die Funktion, zukünftigen Misserfolg zu umgehen, und zum

---

51 Vgl. Deutschmann/Kuhnert 2005.

52 Vgl. ebenda.

53 Vgl. ebenda.

anderen dient es der Regulierung von Affekten.<sup>54</sup> Bei einem Arbeitsplatzverlust müssen die betroffenen Personen mit starken Gefühlsreaktionen umgehen und für Neubewerbungen auch bei weiteren Misserfolgen handlungsfähig bleiben.

Der Theorie zufolge existiert bei Menschen eine grundlegende Tendenz zur systematischen Verzerrung von Ursachenzuschreibung in Richtung einer selbstwertschützenden Attribution, wenn es darum geht, die eigene Leistung zu beurteilen. Dies bedeutet, dass Erfolge eher sich selbst zugeschrieben werden (interne Ursachen), während die Ursachen für Misserfolge anderen Personen oder der Umwelt angelastet werden. Wie stark und stabil diese Verzerrung bei einzelnen Personen ist, hängt von Persönlichkeitsmerkmalen ab. So neigen etwa Depressive generell eher zu selbstwertschädigenden Ursachenzuschreibungen.<sup>55</sup>

Die selbstwertdienlichen (Fehl-)Einschätzungen der Ursachen für die (anhaltende) Arbeitslosigkeit können Betroffene vor Resignation und Selbstwertverlust schützen, zumal es oft nicht möglich ist, zu erfassen, was tatsächlich zu den Misserfolgserebnissen geführt hat.<sup>56</sup>

Bei anhaltendem Misserfolg entwickeln sich Attributionsmuster jedoch generell in Richtung ungünstiger Zuschreibungen. Dabei spielen unterschiedliche Aspekte der Ursachenzuschreibung mit ihren ganz spezifischen Wirkungen auf die psychische Befindlichkeit und das Verhalten eine Rolle. Nach Weiner stellt Wagner folgende Attributionsdimensionen<sup>57</sup> vor:

- Lokation der Kontrolle;
- Kontrollierbarkeit;
- Stabilität → Erfolgserwartung.

Wie bereits besprochen wurde, hat die Verortung der Kontrolle, also die Ursachenzuschreibung, Auswirkungen auf die Emotionalität. Während eine externale Attribuierung hier ohne Wirkung bleibt, wirkt sich eine internale Attribuierung im Falle von Erfolg positiv auf Selbstwert und psychisches Wohlbefinden aus, negativ hingegen bei Misserfolg.

Das Erleben von Erfolgen oder Misserfolgen als unkontrollierbar oder kontrollierbar ruft unmittelbare Gefühle wie Ärger, Dankbarkeit oder Mitleid hervor. Die Dimension der Stabilität von Attributionen erfasst, inwiefern die getätigten Zuschreibungen auch für die Antizipation späterer Ereignisse eine Rolle spielen. Kontrollierbarkeit und Erwartungshaltung sind maßgeblich für das von Seligman beschriebene Phänomen der »Erlernenen Hilflosigkeit« (vgl. Kapitel 2.4). Misserfolge werden als unkontrollierbar wahrgenommen, und in der Folge wird daraus eine stabile Erwartung von Unkontrollierbarkeit für zukünftige Situationen. Die Person entwickelt so genannte »Hilflosigkeitsdefizite« wie Passivität, eingeschränkte Lernfähigkeit sowie Ängste und Depressionen, die in ihrer Stärke je nach Wichtigkeit der betreffenden (Misserfolgs-) Ereignisse variieren.<sup>58</sup>

---

54 Vgl. Wagner 1999, Seite 92.

55 Vgl. ebenda, Seite 94f.

56 Vgl. ebenda, Seite 95f.

57 Vgl. Weiner 1986, zitiert in: Wagner 1999, Seite 97.

58 Vgl. Weiner 1985 und 1986, zitiert in: Wagner 1999, Seite 98f.



Wie schnell bei anhaltendem, als unkontrollierbar wahrgenommenem Misserfolg Hilfllosigkeit eintritt oder wie lange die Person noch mit Aktionen versucht, diesem beizukommen, hängt sehr stark davon ab, wie sie die eigene Fähigkeit einschätzt, irgendwann wieder Kontrolle zu erlangen. Diese Kognition wird im Allgemeinen als Selbstwirksamkeit bezeichnet. Und wieder spielt die Wichtigkeit des Ereignisses eine Rolle. Denn egal, ob die Person mit Aktivität oder Hilfllosigkeit reagiert, die Reaktion wird umso stärker ausfallen, je wichtiger das Ereignis für sie ist.<sup>59</sup>

Ob die Annahme von Unkontrollierbarkeit beibehalten wird und sich verfestigt, hängt auch davon ab, wie stabil oder veränderbar die Ursachen wahrgenommen werden und ob die Person diese Ursache auch auf andere Situationen (etwa Misserfolge in anderen Lebensbereichen) überträgt. Mit anhaltender Arbeitslosigkeit entwickelt sich hier ein Muster von zunehmender Wahrnehmung stabiler Ursachen. Während etwa zu Beginn die Erfolglosigkeit von Bewerbungen und Vorstellungsgesprächen noch eher auf mangelnde Anstrengung zurückgeführt wird, setzt sich später eine Interpretation durch, die die Aufgabe als zu schwierig und die Fähigkeiten zur Erfüllung als unzureichend beurteilt.<sup>60</sup>

Das von Wagner übernommene Phasenmodell von Heckhausen zeichnet unter Einbezug der genannten Parameter »Kontrollwahrnehmung«, »Art der Ursache«, »Internalität/ Externalität«, »Stabilität«, »Globalität« und »Leistungsmotivation« ein Szenario, wie Attributionsmuster sich bei anhaltendem Misserfolg verändern und (im schlechtesten Fall) in Apathie münden.<sup>61</sup>

Empirisch können solche Entwicklungen nur im Zuge von Längsschnittstudien erfasst werden. Wagner selbst hat eine solche Untersuchung durchgeführt, wobei er MitarbeiterInnen eines Metallverarbeitungsbetriebes in Westösterreich, der von radikalen Rationalisierungen betroffen war, über längere Zeit begleitete. Ihm war es wichtig, den Prozess abzubilden und zu erhellen, wie die unterschiedlichen psychischen Parameter sich im Laufe der Zeit und abhängig von den Ereignissen in Bezug auf drohende Arbeitslosigkeit und Eintreten der Arbeitslosigkeit sowie in der Zeit danach entwickelten.

Seine Ergebnisse sind sehr umfassend, differenziert und detailliert und können hier nur skizzenhaft wiedergegeben werden. Daher sollen nur einige Aspekte exemplarisch aufgegriffen werden, die für die vorliegende Studie relevant sind.

Wagner zeigt, dass später Wiederbeschäftigte und über einen langen Zeitraum Arbeitslose sich schon zu Beginn der Beobachtung maßgeblich in ihren Attributionsmustern unterschieden hatten, insofern erstere generell internaler und stabiler attribuierten und eine höhere Kontrollüberzeugung aufwiesen. Im Laufe der Zeit vergrößerte sich dieser Unterschied noch weiter. Misserfolg und selbstwertschädigende Attribuierung verstärken einander also im Laufe der Zeit gegenseitig.<sup>62</sup>

---

59 Vgl. Wagner 1999, Seite 100f.

60 Vgl. ebenda, Seite 101.

61 Vgl. Heckhausen 1980, zitiert in und modifiziert von: Wagner 1999, Seite 105.

62 Vgl. ebenda, Seite 310.

Die Ursachenerklärungen entwickeln sich umso ungünstiger für das psychische Wohlbefinden der Person, je niedriger das Selbstvertrauen der Person ist und je öfter sie Misserfolge erlebt. Außerdem attribuieren Betroffene mit höherem Selbstvertrauen zu Beginn internaler als jene mit niedrigem, im Laufe der Arbeitslosigkeit kehrt sich das Verhältnis aber um, und jene mit hohem Selbstvertrauen gehen zu einer externalen Attribution über, während jene mit geringem Selbstvertrauen ihre Situation zunehmend selbstverschuldet beurteilen.<sup>63</sup>

Ein weiteres wichtiges Ergebnis der Untersuchung von Wagner ist, dass internal attribuierende Personen zu Beginn der Arbeitslosigkeit profitieren, also einen höheren Selbstwert besitzen, aktiver und problemlösungsorientierter mit ihrer Situation umgehen und daher auch eher wiederbeschäftigt werden, sich die internale Attribution jedoch bei anhaltender Arbeitslosigkeit in einen Negativfaktor verwandelt und mit massiven psychischen Belastungen einhergeht. Die Dauer der Arbeitslosigkeit wirkt sich also auf Personen mit unterschiedlichen Attributionsmustern nicht gleich stark aus.<sup>64</sup>

Während der Attributionsstil als Persönlichkeitsmerkmal fungiert, wird die Attribuierung in der spezifischen Situation als kognitiver Faktor begriffen.<sup>65</sup> Beide wirken sich nicht nur auf das emotionale Erleben aus, sondern auch auf das Bewältigungsverhalten von Arbeitslosen, wie in Kapitel 2.8 zu den Coping-Strategien noch weiter ausgeführt werden soll.

## 2.5 Einflussfaktoren der beruflichen Teilhabe oder Wiedereingliederung bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen

Eine Vielzahl von Studien setzt sich mit der Frage auseinander, anhand welcher Variablen die Wahrscheinlichkeit für eine Beibehaltung oder Wiederaufnahme von Erwerbsarbeit bei gesundheitlichen Problemen am besten eingeschätzt werden kann. Man ist sich darüber einig, dass es viele unterschiedliche Einflüsse auf physischer, psychischer und sozialer Ebene gibt. Daher wird diese Fragestellung meist mit multivariaten quantitativen Analyseverfahren behandelt, die die Stärke des Einflusses sowie die Zusammenhänge zwischen den Faktoren zu bestimmen suchen.

Neben soziodemographischen Merkmalen sowie arbeitsmarktbedingten und betrieblichen Gegebenheiten werden hier vor allem psychosoziale Faktoren genannt und deren Berücksichtigung in der Rehabilitation und Prävention gefordert. Neben dem bereits besprochenen Kohärenzgefühl (vgl. Kapitel 2.1 und 2.4.2) und der Attribuierung (vgl. Kapitel 2.4.3) werden auch andere persönliche Eigenschaften – wie Einstellungen zur Arbeit allgemein oder speziell zur letzten Tätigkeit, Selbsteinschätzung sowie die den Betroffenen zur Verfügung stehenden Strategien im Umgang mit der prekären Situation – genannt, die sich u. a. darauf auswirken, ob letztendlich eine Rückkehr in die Arbeit erfolgt.

---

63 Vgl. ebenda, Seite 311.

64 Vgl. ebenda, Seite 312.

65 Vgl. ebenda, Seite 307.

Das Zusammenspiel dieser vielen Variablen ist komplex und nur schwer zu erfassen. Es gibt Wechselwirkungen, Rahmenbedingungen und intervenierende Einflüsse, und manche Konzepte wirken aufgrund dahinterliegender, verbindender Konstrukte und lassen sich daher zu Faktoren bündeln.<sup>66</sup> Vieles spricht dafür, diese Mechanismen qualitativ zu erforschen, um ihre Bedeutung für das Handeln der Personen interpretativ zu erfassen. Im Folgenden soll ein Überblick über jene in Studien bestätigten Faktoren gegeben werden, die eine große Rolle bei der Beibehaltung oder Wiederaufnahme von Erwerbsarbeit unter gesundheitlich erschwerten Bedingungen spielen.

Die in Tabelle 4 gesammelt dargestellten Faktoren sollen eine Orientierung für die empirische Arbeit bieten und sind weder als erschöpfend noch als trennscharf zu beurteilen. Nach dem tabellarischen Überblick über die von den AutorInnen der unterschiedlichen Studien als signifikant bezeichneten Determinanten erfolgt eine inhaltliche Beschreibung der Wirkungsweisen. Zu diesem Zweck wurden die Faktoren unterschiedlichen Kategorien zugeordnet.

**Tabelle 4: Einflussfaktoren auf Wiedereingliederung – multivariate Analysen**

AutorInnen	Einflussfaktoren	Stichprobenmerkmal
Ekbladh/Thorell/Haglund (2010)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erfolgserwartung</li> <li>• Eigenverantwortung</li> <li>• Arbeitsmotivation</li> <li>• Tagesstruktur</li> </ul>	Langzeitkrankenstände
Ash/Goldstein (1995)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depressionslevel</li> <li>• LOC (Locus of Control)</li> <li>• Selbstvertrauen</li> </ul>	Rückenprobleme bzw. andere physische Beeinträchtigung
ISSA (2003)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alter</li> <li>• Geschlecht</li> <li>• Bildung</li> <li>• Haushaltszusammensetzung</li> <li>• Schmerzintensität</li> <li>• Körperlich belastende Tätigkeit</li> <li>• Stressbelastung Job</li> <li>• Arbeitsplatzsicherheit</li> <li>• Tätigkeitsadaption</li> <li>• Zeitpunkt der Maßnahmen</li> </ul>	Rückenprobleme
Hansen/Edlund/Henningsson (2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erwartungen</li> <li>• Lebenszufriedenheit</li> <li>• Kohärenzgefühl</li> <li>• LOC (Locus of Control)</li> <li>• Coping-Strategien</li> <li>• Arbeitsumgebung</li> <li>• Körperlich belastende Tätigkeit</li> <li>• Arbeitszufriedenheit</li> <li>• Krankenstandstage</li> <li>• Physische Beeinträchtigung</li> </ul>	Langzeitkrankenstände

Quelle: abif 2013, exemplarische Zusammenstellung signifikanter Determinanten aus unterschiedlichen zitierten Studien

<sup>66</sup> Vgl. Hansen et al. 2006.

## 2.5.1 Medizinischer Befund

Als hochsignifikante Einflussfaktoren konnten hier die Intensität der Schmerzen und die funktionale Einsetzbarkeit für die in Frage kommende Tätigkeit festgestellt werden, aber auch die Art der Erkrankung spielt eine Rolle. So gehören etwa Rückenprobleme zu den am weitesten verbreiteten und langwierigsten Erkrankungen in westlichen Ländern, mit dementsprechend negativen Rückkehrprognosen. Schlecht sind die Aussichten auf Wiedereingliederung auch bei Personen, die nicht nur physische, sondern darüber hinaus auch psychische Krankheiten aufweisen.<sup>67</sup>

Verschiedene Arbeiten zeigen, dass die objektiv-medizinisch diagnostizierte erwerbsbezogene Leistungsfähigkeit gesundheitlich beeinträchtigter Personen sich häufig von der subjektiv wahrgenommenen unterscheidet und dass die Wahrscheinlichkeit der Wiederaufnahme der Arbeit in einem weit höheren Maße vom subjektiven Gesundheitszustand abhängt als von der Art der Erkrankung oder sogar der Schmerzintensität.<sup>68</sup>

Mehrere AutorInnen betonen ausdrücklich die großen Unterschiede in der Rückkehrwahrscheinlichkeit bei gleichen Diagnosen. Daran kann man sehen, dass die alleinige Betrachtung des gesundheitlichen Zustandes sicherlich zu kurz greift und dass es darüber hinaus in bisher vielleicht zu wenig beachtetem Maße auch krankheitsunabhängige Faktoren sind, die darüber entscheiden, ob jemand nach längerem Krankenstand oder gar Arbeitslosigkeit aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigung seine gewohnte Erwerbstätigkeit wieder aufnimmt.<sup>69</sup>

Andere machen auf das Phänomen aufmerksam, dass die Wiederaufnahme der Arbeit oftmals auch ohne eine nennenswerte Verbesserung des Gesundheitszustandes erfolgte und dass die subjektive Arbeitsfähigkeit zusätzlich von Determinanten wie Arbeitsumgebung, Fähigkeiten, und Einstellungen der ProbandInnen bestimmt wurde.<sup>70</sup>

Erwähnt werden soll hier auch die Erkenntnis einer Studie, dass weder die Art noch die Anzahl der eingesetzten medizinischen Therapien einen nennenswerten Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit einer Rückkehr zeigte. Bei jenen, die aber tatsächlich unmittelbar von einer Therapie profitierten, war der frühe Zeitpunkt der Durchführung ausschlaggebend.<sup>71</sup>

## 2.5.2 Arbeitsbezogene Faktoren

Basale Faktoren, die sich auf die Wahrscheinlichkeit einer Rückkehr in die Beschäftigung nach einer Erkrankung auswirken, sind natürlich auch jene, die die ausgeübte Tätigkeit betref-

---

67 Vgl. ISSA 2003.

68 Vgl. Brauer 2009; Hansen et al. 2006; ISSA 2003.

69 Vgl. Brauer 2009; Ash/Goldstein 1995; Hansen et al. 2006.

70 Vgl. ISSA 2003, Seite 35.

71 Vgl. ISSA 2003.

fen. Körperlich fordernde Tätigkeiten mit einseitiger Belastung des Bewegungsapparates oder Tätigkeiten mit ausgeprägter Stressbelastung werden weit seltener nochmals aufgenommen. Generell ist eine höhere Wiedereingliederungsquote bei »White-Collar«-Berufen zu verzeichnen als bei »Blue-Collar«-Tätigkeiten, da letztere körperlich fordernder und mit niedrigerer Qualifikation und geringerer Anerkennung verbunden sind.<sup>72</sup>

Die positive Wahrnehmung der physischen Arbeitsumgebung spielt gerade bei Frauen eine große Rolle für die Erleichterung einer Rückkehr an den Arbeitsplatz.<sup>73</sup> Beide Geschlechter profitieren aber von der Bereitschaft der Arbeitgeber, Jobsicherheit zu garantieren und flexible Lösungen, so etwa für eine schrittweise Rückkehr oder den Wechsel in andere Funktionen und Tätigkeitsbereiche, anzubieten. Der positive Effekt solcher Anreize von Seiten der Arbeitgeber spricht für eine intensivere Einbindung dieser Gruppe in den Prozess der Wiedereingliederung.<sup>74</sup> Aber bereits das Interesse der Arbeitgeber für die Probleme der Betroffenen kann einen positiven Effekt auf die Bereitschaft zur Rückkehr bewirken.<sup>75</sup>

### 2.5.3 Sozioökonomische Faktoren

Die Wahrscheinlichkeit der Wiederaufnahme von Erwerbstätigkeit variiert stark hinsichtlich der klassischen sozioökonomischen Eigenschaften der Betroffenen, also Alter, Geschlecht, Schulbildung, soziale Schicht und die Art des ausgeübten Berufes. Es zeigt sich, dass höheres Alter sowie niedriger sozialer Status und geringe berufliche Qualifikation einen negativen Einfluss auf die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt nach Krankheit ausüben.<sup>76</sup>

So sinkt zwischen dem 50. und dem 55. Lebensjahr die Wahrscheinlichkeit der Rückkehr in das Erwerbsleben von 75 Prozent auf 14 Prozent.<sup>77</sup> Bei näherer Betrachtung zeigt sich aber, dass es sich bei gesundheitlichen Problemen auch für ganz junge Betroffene schwierig gestalten kann, wieder Fuß zu fassen, denn ihnen mangelt es in den meisten Fällen an Berufserfahrung. Die Wahrscheinlichkeit einer Rückkehr in den Beruf erhöht sich in der Regel mit steigendem Bildungsniveau und dem Berufsstatus, denn dann, so Hansen et al., trägt die berufliche Tätigkeit immer mehr zur allgemeinen Lebenszufriedenheit der betroffenen Personen bei, und dies steigert sowohl ihre Anstrengungen als auch ihre Chancen.<sup>78</sup>

Jene Studien, die auch das Geschlecht als Einflussfaktor miteinbeziehen, zeigen, dass Männer generell eher in den Beruf zurückkehren als Frauen. Tiefere Erklärungen für dieses Phänomen bieten Hansen et al. und machen darauf aufmerksam, dass es zum einen geschlechts-

---

72 Vgl. ebenda.

73 Vgl. Hansen et al. 2006.

74 Vgl. ISSA 2003.

75 Vgl. Brauer 2009.

76 Vgl. ISSA 2003.

77 Vgl. Budde et al. 1994, zitiert in: Brauer 2009.

78 Vgl. Hansen et al. 2006.

spezifische Unterschiede in der Einstellung zur Arbeit generell und zum anderen bei den verfügbaren psychosozialen Ressourcen, die eine Wiedereingliederung erleichtern, gibt.<sup>79</sup>

#### 2.5.4 Psychosoziale Faktoren

Neben den sozioökonomischen Merkmalen, arbeitsbezogenen Variablen und der medizinischen Diagnose sind diverse personale Eigenschaften des betreffenden Individuums für eine Einschätzung der Rückkehrwahrscheinlichkeit zu beachten und in ein Prognosemodell einzubeziehen. Subjektive Bewertungen des eigenen Gesundheitszustandes, Arbeits- und Lebenszufriedenheit und die persönlichen Einstellungen zu Gesundheit und Arbeit und deren Bedeutung für das eigene Selbstverständnis wirken sich hier genauso aus wie die Verfügbarkeit von psychischen Ressourcen zur Bewältigung von Krisen oder Stress oder allgemein das Gefühl der Kohärenz und Eigenverantwortung sowie die Erwartungen für die eigene Zukunft.<sup>80</sup>

Das Ziel einer umfassenden qualitativen Analyse der Rolle solcher psychosozialer Eigenschaften im Zusammenhang von gesundheitlicher Beeinträchtigung und Arbeitsplatzverlust bzw. Wiedereingliederung ist es, deren Wirkmechanismen genau nachzuvollziehen. Die Bedeutung des Kohärenzgefühles und des Attribuierungsstiles bei der Auseinandersetzung mit den Folgen der Arbeitslosigkeit folgte bereits dieser Stoßrichtung. In den folgenden Kapiteln sollen nun unter Zuhilfenahme spezifischer Theorien die Wirkungsweise dieser psychosozialen Merkmale in Bezug auf Arbeit und/oder Gesundheit beleuchtet sowie Forschungsergebnisse zur Bedeutung einiger von ihnen für den individuellen Bewältigungsprozess von Krankheit und Arbeitslosigkeit ausgeführt werden.

## 2.6 Werte und Einstellungen zur Arbeit

Die allseits verwendete klassische Definition von »Wert« stammt von Clyde Kluckhohn und lautet: »Wert ist eine explizite oder implizite, für ein Individuum oder eine Gruppe charakteristische Konzeption des Wünschenswerten, welche die Auswahl unter verfügbaren Handlungsarten, -mitteln und -zielen beeinflusst.«<sup>81</sup> Generell kann gesagt werden, dass Werte kollektiv oder individuell sein können, während Einstellungen nur auf der Individualebene untersucht werden und als von Werten beeinflusst, aber eher auf konkrete Situationen und Objekte bezogen angesehen werden. In den empirischen Arbeiten zur Werteforschung werden der theoretische Hintergrund aber meist ungenügend geklärt und die Begriffe oft synonym verwendet.

---

79 Vgl. ebenda.

80 Vgl. Ekbladh et al. 2010.

81 Kluckhohn 1962, Seite 395, zitiert in: Medialexikon.

Die zentrale Rolle der Erwerbsarbeit in modernen Gesellschaften hat in den letzten Jahrzehnten viele Studien zur Untersuchung der Werthaltungen zur Arbeit angeregt. Zu den bekanntesten zählen dabei eine komparative Studie von Super, bei der die Wichtigkeit der Arbeit für die EinwohnerInnen der USA und ausgewählter europäischer Staaten verglichen wurde, sowie das »Meaning of Work Project«. <sup>82</sup> Folgestudien in den betreffenden Ländern widmeten sich den Veränderungen in den Werthaltungen zur Erwerbsarbeit im Laufe der Zeit. Unterschiede wurden auch zwischen Berufsgruppen und Generationen konstatiert und empirischen Studien unterzogen.

Auf individueller Ebene gilt es, die Bedeutung von Werthaltungen in Bezug auf die Arbeit für die Erwerbskarriere zu untersuchen. Zu diesen Werthaltungen zählen nicht nur die generelle Wichtigkeit von Arbeit, also der Stellenwert, den die Erwerbsarbeit für den eigenen Lebensentwurf hat, sondern auch differenziertere situationsbezogene Bewertungen, genannt »Einstellungen«, zu den Aspekten von Erwerbsarbeit. Hier spielt auch die Arbeitszufriedenheit (vgl. Kapitel 2.6.2) als Erfahrungsressource in Bezug auf ein konkretes Objekt (den aktuellen Arbeitsplatz) eine wichtige Rolle, denn sie kann sich auf die Einstellung zur Arbeit auswirken und umgekehrt. In manchen Zugängen werden diese beiden Komponenten sogar gleichgesetzt. Auch Werte beeinflussen Einstellungen. Sie beide sind Urteile über mehr oder weniger allgemeine oder bestimmte Sachverhalte. Kombiniert mit kognitiven Elementen werden Werte in Form von Motivation unmittelbare Grundlage für unser Handeln (vgl. Kapitel 2.6.1).

Werte bezüglich Arbeit werden also in der Theorie als Teil der allgemeinen Lebensorientierung verstanden und wirken als mehr oder weniger latente Konstrukte nicht unmittelbar handlungsleitend, sondern vermittelt über Einstellungen und Handlungsmotive. <sup>83</sup>

In einem Lehrbuch zur Organisationsforschung werden Einstellungen wie folgt definiert: »Einstellungen sind wertende Aussagen – zustimmend oder ablehnend – über Objekte, Menschen oder Ereignisse«. <sup>84</sup> Drei Aspekte sind, laut Robbins, bei der Beschreibung von Einstellungen wichtig und erleichtern das Verständnis ihrer handlungsleitenden Bedeutung. Der kognitive Aspekt betrifft dabei die der wertenden Aussage zugrundeliegende Überzeugung, während der affektive Aspekt die dadurch ausgelösten Empfindungen beschreibt, welche wiederum bestimmte Verhaltensweisen (die Handlungskomponente) auslösen.

Obwohl das Verhältnis zwischen Einstellung und Verhalten keineswegs kausal ist, lässt die Kenntnis von Einstellungen unter Berücksichtigung bestimmter so genannter »Moderatorvariablen« eine Prognose für zukünftiges Handeln zu. Es lässt sich festhalten: Je bedeutsamer, präsenter und spezifischer die Einstellungen einer Person sind, desto eher werden sie zu entsprechendem Verhalten führen. Sozialer Druck kann die Diskrepanz zwischen den beiden Komponenten erhöhen und dazu führen, dass auch gegen persönliche Einstellungen gehandelt wird. <sup>85</sup>

---

<sup>82</sup> Vgl. Super 1980, Super/Sverko 1995, MOW International Research Team 1987, zitiert in: Roe/Ester 1999.

<sup>83</sup> Vgl. Roe/Ester 1999, Seite 5.

<sup>84</sup> Robbins 2001, Seite 93.

<sup>85</sup> Vgl. ebenda, Seite 98.

Eine wichtige Erkenntnis der empirischen Forschung ist die zunehmende Differenzierung der Werte. Diese werden immer weniger von großen Institutionen geprägt, sondern basieren zunehmend auf individuellen Prägungen und Entscheidungen.<sup>86</sup> Dieses Phänomen der Individualisierung unterstreicht die Notwendigkeit einer Theoriebildung, die bei den Individuen ansetzt und deren unterschiedlichen Ausprägungen von Werthaltungen Rechnung trägt.

Im Gegensatz zu Einstellungen werden Werte, wenn einmal durch Sozialisation ausgeprägt, als relativ stabil angesehen. Sie werden in der Alltagspraxis und durch den Einfluss bedeutsamer Bezugspersonen verstärkt und sind durch Interventionen von außen kaum zu verändern. Allerdings kann sich die Werthaltung in Bezug auf Arbeit im Zuge krisenhafter Erlebnisse, wie etwa Arbeitsplatzverlust, verändern. Adaptive Prozesse führen dann dazu, dass die Wichtigkeit von Arbeit eine Reformulierung erfährt, um besser mit den Belastungen der Arbeitslosigkeit umgehen zu können. Ein Wiedereinstieg kann dadurch jedoch erschwert werden.<sup>87</sup>

Hinweise auf den Einfluss von Werten, Einstellungen, Arbeitsmotivation und Arbeitszufriedenheit finden sich in den besprochenen multifaktoriellen Ansätzen. Auch Brauer bezieht diese Komponenten in ihre qualitative Studie ein und zeigt, dass es durchaus Unterschiede in der Bedeutung der Arbeit zwischen jenen Personen, die in Invaliditätspension gehen, und jenen, die in die Arbeit zurückkehren, gibt. Die generelle Wichtigkeit von Erwerbsarbeit wurde von allen ihrer ProbandInnen hoch eingeschätzt und Arbeit als zentrales identitätsstiftendes Element bewertet.<sup>88</sup> Unterschiede zwischen den ProbandInnen in Brauers Studie finden sich aber dort, wo es um zusätzliche Funktionen der Arbeit geht. So kehren Arbeitslose eher in Beschäftigung zurück, wenn sie für sie mehr als die Grundlage finanzieller Absicherung ist. Wichtig sind für diese Personen nämlich auch die sozialen Kontakte und die Möglichkeit, Werte zu schaffen,<sup>89</sup> also jene Aspekte gesellschaftlicher Teilhabe, die bereits Jahoda (vgl. Kapitel 2.2) herausgestellt hatte.

### 2.6.1 Arbeitsmotivation

In der Psychologie wird Motivation als die Bereitschaft zum Handeln angesehen, also das, was den Menschen zu bestimmten Verhaltensweisen antreibt. Dahinter stehen die Motive als jene persönlichen psychologischen Faktoren, die die Richtung dieser Bewegung vorgeben.

Die wohl wichtigste Theorie zum Motivationsthema ist Vrooms so genannte »Erwartungswert-Theorie« (Expectancy-Value-Theory, EVT), welche Feather für den Bereich »Arbeit« adaptiert und vor deren Hintergrund er zahlreiche Studien durchgeführt hat. Dabei geht es

---

86 Vgl. ebenda, Seite 9.

87 Vgl. ebenda, Seite 15.

88 Vgl. Brauer 2009, Seite 154.

89 Vgl. ebenda.



darum, dass der positiven Bewertung von Zielen eine kognitive Komponente beigelegt wird, und zwar die Erwartung, dieses Ziel auch erreichen zu können. Die Intensität der Motivation errechnet sich dabei aus dem Quotienten dieser beiden Aspekte. Feather und Deavenport zeigen auf, dass Personen, die eine hohe Erfolgserwartung in Bezug auf ihre Bemühungen um einen Arbeitsplatz mit einer positiven Bewertung der Erwerbsbeschäftigung an sich verknüpfen, hochmotiviert sind wiedereinzusteigen, und dies äußert sich in ihrem Verhalten. Sie bemühen sich intensiver um Beschäftigung und setzen für sich das Bedürfnis, Arbeit zu finden. Aber gerade diese Personengruppe ist bei anhaltender Erfolglosigkeit besonders von negativen psychischen Effekten, wie etwa Depressionen, betroffen.<sup>90</sup>

In einer weiteren Studie ziehen Vansteenkiste et al. die Werthaltung bezüglich Beschäftigung und die Erfolgserwartung im Sinne der EVT als Variablen zur Erklärung von Bewerbungsverhalten und Wohlbefinden bei arbeitslosen Personen heran und können diese Ergebnisse teilweise bestätigen. Jene Personen, die der Wiederbeschäftigung hohen Wert beimessen, suchen und bewerben sich eher als jene, deren Wertlevel niedriger ist. Sie empfinden aber ihre Situation als belastender, kommen sich wertlos und sozial isoliert vor. Ihr Wohlbefinden und ihre Lebenszufriedenheit sind schlechter ausgeprägt. Im Gegensatz zu Feather kamen die Autoren zu dem Schluss, dass eine optimistische Einstellung bezüglich der eigenen Jobchancen sich negativ auf das Bewerbungsverhalten auswirkt, aber positiv auf Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit.<sup>91</sup>

Vansteenkiste et al. zeigen in der Verknüpfung von EVT und Self-Determination Theory einen weiteren wichtigen Aspekt auf. Sie weisen darauf hin, dass die Qualität der Motivation eine Rolle spielt. Kommt die Motivation zu einem hohen Grad aus inneren Motiven der Person, so bringt dies sowohl nachhaltigere Bewerbungsbemühungen mit sich als auch weniger negative psychische Effekte für den oder die Betroffene, als wenn die Motivation zu einem hohen Grad auf Druck von außen basiert. Es kommen also jene Personen unbeschadeter durch diese Krise, die den Wert der Erwerbsarbeit und ihre Bemühungen darum für sich selbst festlegen und verfolgen. Wird die Motivation, wieder erwerbstätig zu sein, aus einer internalisierten gesellschaftlichen Verpflichtung heraus generiert, oder schlimmer, durch offensichtlichen Zwang, dann ist es wahrscheinlich, dass die Kombination aus einer hohen Bewertung des Zieles, Arbeit zu finden, und dessen Nichterreicherung mit massiver psychischer Beeinträchtigung einhergeht.<sup>92</sup>

Van den Broeck et al. kommen unter demselben theoretischen Paradigma zu dem Schluss, dass eine intrinsische Motivation eher dazu führt, dass Personen sich positiv jobflexibel zeigen. Damit ist gemeint, dass sie eher bereit sind, Zugeständnisse in Bezug auf schlechter bezahlte Arbeit bzw. unterqualifizierte oder ausbildungsfremde Tätigkeiten zu machen, aber im Gegensatz zu extrinsisch motivierten Personen nur dann, wenn sie sich langfristig nicht negativ auf

---

90 Vgl. Feather/Deavenport 1981.

91 Vgl. Vansteenkiste, 2005, Seite 281f.

92 Vgl. Vansteenkiste, 2005.

ihr Wohlbefinden und ihre Zufriedenheit auswirken. Sie sind außerdem eher dazu bereit, sich weiterzubilden und ihre Kompetenzen zu entwickeln.<sup>93</sup>

Auf das potenzielle intrapsychische Konfliktpotenzial zwischen impliziten und expliziten Motiven geht Kehr in seinem Kompensationsmodell von Arbeitsmotivation und Volition (Willenskraft) ein, dessen Relevanz für die Prognose von Verläufen beruflicher Rehabilitation Fiedler et al. herausgestellt haben.<sup>94</sup>

Während, so Kehr, implizite Motive sich auf affektive Bedürfnisse und Verhaltensmotive beziehen, die der betreffenden Person in der Situation oft nicht unmittelbar zugänglich sind, werden als explizite Motive jene bezeichnet, die in der Regel zur rationalen Begründung unserer Handlungen herangezogen werden. Explizite Motive sind in starkem Maße von Normen und sozialen Anforderungen geprägt und stimmen somit weitestgehend mit kollektiven Werten überein. Zielvorstellungen und rationale Selbstkonzepte des Individuums stehen in engem Zusammenhang mit expliziten Motiven.<sup>95</sup>

Die Schwierigkeit im Umgang mit den inneren Antrieben besteht darin, dass wir sie uns aktiv bewusst machen müssen, indem wir uns selbst immer wieder danach befragen. Wenn es um explizite Motive geht, so sind wir immer wieder mit konfligierenden Präferenzen konfrontiert, und die Anstrengung besteht darin, diese Zielkonflikte zu lösen.

Intrinsische Motivation ist für Kehr dann gegeben, wenn implizite und explizite Motive in Bezug auf eine bestimmte Situation oder ein bestimmtes Handeln übereinstimmen. In diesem Fall kann die Person sich bewusste Ziele stecken, die mit ihren inneren Bedürfnissen in Einklang stehen. »Kopf« und »Bauch« sind sich dann einig. Eine solche Kongruenz erzeugt Sinnhaftigkeit und ist mit gesteigertem subjektivem Wohlbefinden verknüpft. Das so motivierte Handeln wird mit hoher Wahrscheinlichkeit von Erfolg gekrönt sein.

Anders bei Nichtübereinstimmung, welche massive innere Konflikte und im schlimmsten Fall sogar gesundheitliche Probleme mit sich bringen kann. Um in einer solchen motivationalen Ausgangslage handlungsfähig zu sein, bedarf es einer zusätzlichen kognitiven Anstrengung, nämlich des Einsatzes von Willensstärke zur Kompensation dieser Diskrepanzen. Die Willensstärke kann und muss trainiert werden, weil in der Realität intrinsische Motivation oft erst hergestellt werden muss. Immer wieder müssen unerwünschte innere Impulse unterdrückt werden und auch Ziele gewählt werden, die unseren unmittelbaren Bedürfnissen widersprechen. Die Willenskraft ist dabei ein wichtiges Werkzeug. Wird sie jedoch übermäßig beansprucht, treten in der Regel Nebeneffekte ein, die in der Folge zu vermindertem Wohlbefinden bis hin zur Entfremdung führen können.<sup>96</sup>

Der dritte Eckpfeiler in Kehrs Modell sind die subjektiven Fähigkeiten des Individuums. In einer aktuellen Veröffentlichung definiert Kehr diese wie folgt: »Subjektive Fähigkeiten

---

93 Vgl. van den Broeck et al. 2010.

94 Vgl. Fiedler et al. 2005.

95 Vgl. Kehr 2004, Seite 480f.

96 Vgl. Kehr 2004.

repräsentieren die Fähigkeiten, das Wissen und die Erfahrung, die eine Handlung verlangt.«<sup>97</sup> Eine andere Definition, die dem Autor zufolge Baduras Konzept der Selbstwirksamkeit und Vrooms Definition von Erwartungen entspricht, nimmt eine eher kontrolltheoretische Perspektive ein: »(...) I conceive of perceived abilities as an individual's perception of the amount of actual control she or he can exert over the environment.«<sup>98</sup> Die subjektive Einschätzung der eigenen Fähigkeiten wird beeinflusst vom sozialen Umfeld, vom Attribuierungsstil und Modelllernen, aber grundlegend geprägt ist sie vom mehr oder weniger erfolgreichen Handeln des Individuums in der Vergangenheit.

Im Idealfall stimmen also implizite und explizite Motive für ein bestimmtes Handeln überein und die Person nimmt an sich selbst die zur Ausführung erforderlichen Fähigkeiten wahr. Tätigkeiten können dann in einem Flow-Zustand ausgeführt werden, der kaum Anstrengung erfordert. Herrscht zwar intrinsische Motivation für eine bestimmte Aufgabe, jedoch ohne die ausreichende Wahrnehmung des Besitzes der dafür erforderlichen Fähigkeiten, so muss eine weitere kognitive Anstrengung unternommen werden: das Problemlösen. Hier muss die Person handeln und situative Hindernisse überwinden, ohne auf gewohnte Handlungsmuster oder Erfahrungen zurückgreifen zu können. Kehr macht darauf aufmerksam, dass Personen mit geringen subjektiven Fähigkeiten viel öfter gezwungen sind, in diesen als belastend empfundenen Problembewältigungsmodus umzuschalten.<sup>99</sup>

Fiedler et al. votieren für die Berücksichtigung von Einstellungen und Motiven sowie der Kognitionen und wahrgenommenen Fähigkeiten des Individuums im Rehabilitationskontext. Sie betonen, dass oft viel mehr als gesundheitliche Aspekte oder das therapeutische Angebot Einstellungen, Erwartung und Motivation der PatientInnen für einen positiv verlaufenden Rehabilitationsprozess ausschlaggebend sind und es diese mit geeigneten Instrumenten festzustellen gilt.<sup>100</sup>

Aus der Besprechung der Theorien um Werte, Einstellungen und Arbeitsmotivation lassen sich durchaus Einsichten gewinnen, die eine solche Forderung unterstützen. So wird eine Berufsorientierung unter dem Aspekt der intrinsischen Motivation zum einen die Wahrscheinlichkeit der Wiedereingliederung erhöhen und zum anderen jedenfalls zusätzlichen Verlust an Wohlbefinden und Gesundheit durch die Vermeidung innerer Konflikte abwenden. Für den Bewältigungsprozess wird die Wahrnehmung der eigenen Fähigkeiten im Vordergrund stehen, und eine Förderung der Selbstwirksamkeit durch positive Erfahrungen kann Bestandteil einer unterstützenden Maßnahme sein. Ein großer Vorteil des Einbezuges von motivationalen Aspekten lässt sich aber für die Einschätzung der Ausgangsposition der Betroffenen und der Möglichkeit frühzeitiger Intervention bei entsprechendem Bedarf ausmachen.

---

97 Kehr 2011, Seite 66.

98 Kehr 2004, Seite 481.

99 Vgl. ebenda

100 Vgl. Fiedler et al. 2005.

## 2.6.2 Arbeitszufriedenheit

Gemeinhin wird die Einstellung einer Person zur Arbeit in der Kategorie der Arbeitszufriedenheit erfasst. Diese bezieht sich immer auf einen konkreten Arbeitsplatz. Inzwischen wird jedoch anderen Kategorien eine ebenso wichtige, wenn nicht sogar stärkere Prognosefähigkeit für die Aufrechterhaltung eines Arbeitsverhältnisses bzw. für Fehlzeiten attestiert. »Job Involvement« steht dabei für die Identifikation der Person mit der Arbeit und die Bedeutung der Arbeit für deren Selbstwertgefühl, während »Organisational Commitment« die Identifikation mit der Organisation bezeichnet, in der die Tätigkeit ausgeübt wird.<sup>101</sup>

Obwohl die Erhebung der Arbeitszufriedenheit als Globalmerkmal in einer Single-Item-Frage noch immer Praxis ist, wirft sie gewisse Probleme auf. Zum einen wird das Ergebnis sehr oft von situativen Stimmungen und Ereignissen beeinflusst, und zum anderen kann ein erhobener hoher Wert an Arbeitszufriedenheit oft sein Zustandekommen als Folge von Adaptionsprozessen bzw. Resignation verbergen. Daher macht es für eine differenzierte Untersuchung der Einstellungen zur Arbeit und ihrer Bedeutung im Kontext von Arbeitslosigkeit und Rehabilitation durchaus Sinn, unterschiedliche Dimensionen dieses Konzeptes gesondert zu betrachten und zu interpretieren.

Die Bedeutung der Arbeitszufriedenheit bzw. von Teilaspekten der globalen Arbeitszufriedenheit für den Wiedereinstieg lässt sich vor allem in Verbindung mit anderen Faktoren feststellen. So trägt besonders bei Männern die Zufriedenheit mit der Arbeit, hervorgerufen durch ein hohes Maß an Anerkennung, Verantwortung und Einkommen, maßgeblich zur Lebenszufriedenheit bei und erhöht so die Wahrscheinlichkeit der Wiederaufnahme der Arbeit, während für Frauen eher der Einfluss der Arbeitsumgebung eine Rolle spielt.<sup>102</sup>

Wie wir gesehen haben, lassen sich die Kategorien »Werte und Einstellungen zur Arbeit« sowie »Arbeitsmotivation« und »Arbeitszufriedenheit« nur schwer abgrenzen und wirken auf vielfältige Weise aufeinander ein. Die verschiedenen AutorInnen verwenden sie auch unterschiedlich. Eine entsprechende Metatheorie könnte in einer qualitativen Untersuchung gewonnen werden und vielleicht auch offene Fragen zur Entstehung von Werten und ihrer Veränderbarkeit sowie das Verhältnis von kollektiven Werten und intrinsischer Motivation beantworten. Nichtsdestotrotz konnten innerhalb der spezifischen Theorien aussagekräftige Teilerkenntnisse zum Einfluss der in diesem Kapitel besprochenen Haltungen zur Erwerbsarbeit auf das Erleben und Handeln in Bezug auf Arbeit gewonnen werden.

---

101 Vgl. Robbins 2001.

102 Vgl. Hansen/Edlund/Henningsson 2006.

## 2.7 Einstellungen und Überzeugungen bezüglich Krankheit und Gesundheit

### 2.7.1 Subjektive Gesundheitstheorien

Subjektive Gesundheitstheorien sind Vorstellungen und Annahmen, die PatientInnen und andere medizinische »Laien« von Krankheit und Gesundheit haben. Diese Vorstellungen sind von zentraler Bedeutung für das Handeln der Personen. Solche Laientheorien sind ähnlich komplex wie wissenschaftlich-medizinische Theorien, unterscheiden sich aber oft grundsätzlich von diesen. Wie in mehreren Studien gezeigt werden konnte, ist der Gesundheitsbegriff von Laien inhaltlich überwiegend positiv definiert. Des Weiteren zeigt sich, dass der Laienbegriff von Gesundheit in der Bevölkerung nach soziodemographischen Merkmalen, so z.B. »Soziale Schicht«, »Geschlecht«, »Alter« und »Berufszugehörigkeit«, variiert.<sup>103</sup>

Subjektive Theorien entsprechen dem menschlichen Bedürfnis, Lebensereignisse in einen verstehbaren Rahmen zu setzen. Insofern das Eintreten einer Krankheit ebenso wie das Eintreten von Arbeitslosigkeit als Krise mit einer verstärkten Ursachensuche verbunden ist, lassen sich hier Parallelen bezüglich der Attribuierung finden. Außerdem werden auch andere Kognitionen bzw. psychosoziale Merkmale bei der Interpretation der Situation wirksam, etwa der Locus of Control, Selbstwirksamkeitserwartung und Optimismus.<sup>104</sup>

Faltermaier et al. haben es sich zur Aufgabe gemacht, die subjektiven Deutungsmuster von Gesundheit und Krankheit bei erwerbstätigen Personen zu untersuchen und systematisch darzustellen. Dabei war es ihnen wichtig, auch die Bedeutung unterschiedlicher Lebensbereiche für diese Konstruktionen abzubilden. Als Ergebnis der qualitativen Studie präsentieren die AutorInnen vier wesentliche Einflussbereiche, auf denen die Deutungen der ProbandInnen aufbauen. Die spezifischen Gesundheitstheorien beziehen sich dabei auf Bereiche, die in unterschiedlichem Maße veränderbar sind. So kann etwa auf die Kategorien von Alter und Schicksal kein Einfluss genommen werden, und auch die Umwelteinflüsse, zu denen etwa die physikalischen Arbeitsbedingungen gehören, sind für das Individuum nur bedingt zu umgehen. Ein wichtiger Bereich, in dem die Person sich betätigen kann, ist die Lebensweise und dort speziell alles, was mit dem Alltagshandeln zu tun hat, wie z.B. Ernährung, Bewegung und Entspannung. Zu dieser Kategorie gehören laut Faltermaier et al. aber auch das persönliche Erleben diverser Herausforderungen und damit mehrere Faktoren, die, wenn man sie auf die Arbeit bezieht, mit deren Organisation zusammenhängen und daher nur bedingt zu verändern sind, so etwa Stressbelastung, Ärger, Erfolge und Herausforderungen. Die Kategorie der Konstitution und Disposition, zu der neben den körperlichen Stärken und Schwächen auch die kognitiven oder psychischen gehören, sehen Faltermaier et al. als relativ stabil an.

---

<sup>103</sup> Vgl. Faltermaier et al. 1998.

<sup>104</sup> Vgl. Schumacher/Brähler 2004, Seite 28.

Abhängig davon, welche Kategorien die betreffenden Personen als die für sie relevanten Einflussbereiche wahrnehmen und wie sie deren Wirkung auf ihren subjektiven Gesundheitszustand deuten, können bestimmte Typen von Theorien rekonstruiert werden, die Spielräume für das Alltagshandeln eröffnen oder verschließen und damit darüber bestimmen: »(...) welche Handlungsmöglichkeiten subjektiv überhaupt gesehen werden.«<sup>105</sup>

Subjektive Gesundheitstheorien stellen die Basis für das Gesundheitshandeln der Personen dar. Sie beinhalten jene Einstellungen und Überzeugungen, die maßgeblich über die subjektive Selbstverortung auf dem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit bestimmen. Diese sind auch für das Phänomen verantwortlich, dass PatientInnen mit ein und demselben Befund ihre gesundheitliche Beeinträchtigung ganz unterschiedlich einschätzen können und dementsprechend anders damit umgehen.<sup>106</sup>

Ein Ergebnis der Studie von Faltermaier et al. ist auch, dass jene Theorien, bei denen ein großes Handlungsspektrum zugänglich gemacht wird, mit hohen Kontrollüberzeugungen verbunden sind. Dabei ist es den AutorInnen aber wichtig, zu betonen, dass diese immer in Bezug zu bestimmten Umständen und Einflussbereichen zu denken sind. Internale kausale Attributionen erhöhen zwar die Möglichkeiten etwas zu verändern, aber auch Personen, die in hohem Maße auf solche psychischen Ressourcen zurückgreifen können, stoßen in manchen Bereichen und Situationen an ihre Grenzen.<sup>107</sup>

Damit gesehene Handlungsmöglichkeiten aber tatsächlich auch umgesetzt werden, ist es wichtig, auch den Stellenwert von Gesundheit für die Person miteinzubeziehen, welcher sich im Laufe der Zeit ändern kann. Nicht zuletzt sind immer auch biographische und soziale Kontextbedingungen zu beachten, wenn es darum geht, das Handeln von Individuen zu interpretieren, denn auch sie entscheiden darüber, ob Gesundheit zu einem bestimmten Zeitpunkt Handlungsrelevanz besitzt oder ob es andere Ziele gibt, die wichtiger sind.<sup>108</sup>

## 2.7.2 Subjektive Gesundheitskonzepte, Beruf und Geschlecht

Mit dem Einfluss zweier ausgewählter sozioökonomischer Parameter auf die Konstruktion subjektiver Gesundheitstheorien setzen sich Kuhlmann/Kolip auseinander. Die Autorinnen zeigen, wie sich die Geschlechter-, aber mehr noch die Berufsrollen, die die befragten Personen einnahmen, auf folgende Komponenten ihrer subjektiven Gesundheitskonzepte auswirkten: »(...) die allgemeine Definition von Gesundheit, die persönliche Definition von Gesundheit, die Wahrnehmung von Einflußfaktoren und persönlichem Handlungsspielraum, das Handeln für die Gesundheit, die Ressourcen und die Bewältigungsstrategien.«<sup>109</sup>

---

105 Faltermaier et al. 1998, Seite 321.

106 Vgl. Faltermaier et al. 1998.

107 Vgl. ebenda.

108 Vgl. ebenda.

109 Kuhlmann/Kolip 1998, Seite 46.

Die von den Autorinnen befragten Professorinnen und Professoren unterschieden sich in der Betonung unterschiedlicher Dimensionen von Gesundheit. So bedeutete diese für Frauen eher Reservoir und Stärke, das heißt, sie fühlten sich bei guter Gesundheit energiegeladener und voller Tatendrang, während die männlichen Studienteilnehmer die Leistungsfähigkeit bei gutem Gesundheitszustand betonten. Durch ihre gemeinsam geteilte Berufsrolle überwogen jedoch die Übereinstimmungen zwischen den ProbandInnen. So machten sie alle Gesundheit nicht an medizinischen Parametern fest, sondern betonten ihre geistige Leistungsfähigkeit. Obwohl es stressbedingte Negativfaktoren durch den Beruf gab, standen für die Befragten die gesundheitsförderlichen Aspekte im Vordergrund. Dazu zählten der als groß empfundene Handlungsspielraum, die sozialen Kontakte, Freude an der Arbeit und die Verwirklichung langfristiger Zielsetzung und Interessen.<sup>110</sup>

Neben diesen gesundheitsförderlichen Bedingungen bietet die Berufsrolle der Professorin bzw. des Professors auch die Möglichkeit, Fähigkeiten zu entwickeln, die bei der Bewältigung von gesundheitlichen Problemen eingesetzt werden können. Durchhaltevermögen und Leistungsorientierung wurden hier genannt.<sup>111</sup>

### 2.7.3 Die Bedeutung von Kognitionen

Während die Studie von Kuhlmann und Kolip die Bedeutung sozioökonomischer Einflussfaktoren betont, richten andere bei der Auseinandersetzung mit den subjektiven und sozialen Konstruktionen von Krankheit und Gesundheit ihr Augenmerk auf die Rolle von kognitiven Mediatoren. Diese vermitteln gewissermaßen zwischen somatischen Krankheitsfaktoren und den tatsächlichen Auswirkungen von Krankheiten für die Person. So konnten etwa Jensen et al.<sup>112</sup> in einer Literaturanalyse über Studien mit SchmerzpatientInnen zeigen, dass die Ausprägungen folgender Kognitionen besonders stark das Krankheitserleben, die Adaption sowie das physische und psychische Funktionsniveau beeinflussen:

- **Überzeugungen über den Locus of Control:** Sieht die Person ihr Leben und die sie betreffenden Ereignisse als von sich selbst oder anderen Personen bzw. Entitäten (Schicksal, Zufall) beeinflusst an? Ein interner Locus of Control steht für Selbstbestimmtheit und Unabhängigkeit, während ein externer Locus of Control von empfundener Abhängigkeit (soziale Externalität) oder Schicksalsergebenheit (fatalistische Externalität) zeugt.
- **Schmerzkontrolle:** Wie beurteilt die Person ihre Fähigkeit, Kontrolle auf den Schmerz auszuüben?
- **Attributionsstil im Allgemeinen:** Schätzt sich die Person in Hinsicht auf bestimmte Ereignisse selbst als VerursacherIn ein (internale Attribuierung) oder andere Personen?

---

110 Vgl. ebenda, Seite 53.

111 Vgl. ebenda.

112 Zitiert nach Ruoff 1997, Seite 306f.

- **Kognitive Schemata und kognitive Fehler:** Katastrophenüberzeugungen und Generalisierungen gelten als kognitive Fehler, die zu unrichtigen bzw. undifferenzierten Situations-einschätzungen führen können.
- **Überzeugungen über Selbsteffizienz:** Wie beurteilt die Person ihre Fähigkeit, ein bestimmtes Verhalten auszuführen?
- **Ergebniserwartung:** Welche Konsequenzen erwartet die Person als Ergebnis von bestimmten Reaktionen?
- **Andere Überzeugungen:** Welche allgemeinen Überzeugungen in Bezug auf Schmerz hat die betreffende Person?<sup>113</sup>

Die von Ruoß rezensierten Studien kamen zu dem Ergebnis, dass ein interner Locus of Control und hohe Kontrollüberzeugungen es den Personen erlauben, besser mit den Erfordernissen eines Lebens mit Schmerzen umzugehen. Sie empfanden diese schwächer und fühlten sich weniger eingeschränkt. Kognitive Verzerrungen hingegen gingen oft mit hoher psychischer und körperlicher Belastung einher. Kognitionen haben also das Potenzial, das Schmerzepfinden und Schmerzhandeln zu modifizieren. Aus dieser Sicht kann Schmerz als subjektive Konstruktion bezeichnet werden.

## 2.8 Coping-Strategien: Die Bewältigung von Krankheit und Arbeitslosigkeit

Jene Kognitionen, die für die Konstruktion von Schmerz ausschlaggebend sind, spielen auch bei den unternommenen Aktivitäten zum Umgang mit Krankheiten eine wichtige Rolle. Ruoß zeigt, dass die Erwartungshaltung und noch stärker die empfundene Selbstwirksamkeit sich auf die Anpassungs- und Bewältigungsaktivität der Betroffenen auswirkten. Je mehr sich die Personen zutrauten, desto mehr Anstrengungen unternahmen sie in diese Richtung. Negativ wirkten sich die Überzeugung, behindert zu sein, und allgemeine Hoffnungs- und Hilflosigkeit aus. Schmerzkognition und Schmerzbewältigung stehen somit in enger Verbindung. Es ist dabei schwierig, das kognitionsbedingte Erleben und das daraus resultierende Verhalten analytisch zu trennen.<sup>114</sup>

Ruoß stellt dann auch unterschiedliche Theorien des Copings vor, die sich mit seiner konstruktivistischen Schmerztheorie vereinbaren lassen. So sieht etwa Dörner Coping als Problemlösung. Personen mit geringer Problemlösungskompetenz sind bei hoher Dringlichkeit des Problems stark emotional belastet und entwickeln dann Notfallreaktionen wie Vermeidung, Resignation oder Aggressionen. Personen mit ausgeprägter Problemlösungskompetenz hingegen besitzen eine hohe Ergebniserwartung in Bezug auf die Bewältigung und verhalten sich entsprechend.<sup>115</sup>

113 Vgl. Ruoß 1997, Seite 306f.

114 Vgl. Ruoß 1997, Seite 308.

115 Vgl. Dörner 1985, zitiert in: Ruoß 1997.



Bewältigungsstrategien lassen sich in aktive und passive unterteilen. Das aktive Coping basiert auf der Nutzung eigener Ressourcen im Umgang mit der Krankheit. In diesem Fall bedeutet dies die Bemühung um Schmerzkontrolle und das Beibehalten früherer Aktivitäten. Passives Coping geht mit dem Abgeben von Kontrolle einher. Während die PatientInnen den Umgang mit der Krankheit völlig in die Hände von Betreuungspersonen geben, lassen sie zu, dass die Schmerzen ihr Leben maßgeblich beeinflussen.<sup>116</sup>

Ruoß bietet aber noch eine weitere Definition: »Mit Coping bemühen sich Menschen darum, ihre persönlichen Ziele und Vorlieben auch gegen vorhandene Widerstände und Bedrohungen durchzusetzen. Coping setzt ein, wenn eine Abweichung der eigenen Lebenssituation von persönlichen Zielen vorliegt.«<sup>117</sup> Diese Sicht auf Coping lässt sich nicht nur auf den Umgang mit Krankheit, sondern auch mit Arbeitslosigkeit beziehen. Außerdem kann diese Sichtweise gut mit den Theorien zur Arbeitsmotivation verknüpft werden. Personen mit hoher Arbeitsorientierung, für die also Erwerbsarbeit ein wichtiges persönliches Ziel darstellt, werden wahrscheinlich ein intensiveres, aktiveres Copingverhalten entwickeln.

Auf eine weitere Unterscheidung von Coping-Strategien im Anschluss an diese Definition geht der Autor ebenfalls ein. Mit Brandstätter unterscheidet er zwischen assimilativem und akkomodativem Coping. Bei Ersterem werden Anstrengungen und Problemlösungsversuche unternommen, um die Situation so anzupassen, dass eine Zielerreichung dennoch möglich ist, während beim akkomodativen Coping die Ziele und Wünsche angepasst werden. Ansprüche werden überprüft und nötigenfalls heruntergesetzt.<sup>118</sup> Beide Arten von Strategien lassen sich wieder sehr gut zur Beschreibung des Verhaltens bei Krankheitsbewältigung, Arbeitsbewältigung unter erschwerten Umständen und Arbeitsuche heranziehen.

Das wohl prominenteste Modell zur Bewältigung von Krisensituationen ist das Transaktionsmodell von Lazarus und Folkman. Coping oder Bewältigung bezeichnen die Autoren dabei als »(...) sich ständig verändernde kognitive und verhaltensmäßige Bemühungen bzw. Anstrengungen (efforts) mit spezifischen externen und/oder internen Anforderungen, die die Ressourcen einer Person beanspruchen oder übersteigen, fertig zu werden (to manage).«<sup>119</sup>

Coping wird in diesem Modell als Feedback-Prozess zwischen Beurteilung der Situation und Bewältigungsanstrengungen angesehen. Im Vordergrund stehen wiederholte, angepasste Situationseinschätzungen (»Primary Appraisal«, »Secondary Appraisal«, »Reappraisal«), die von personenbezogenen und umweltbezogenen Faktoren beeinflusst werden. Während bei der primären Bewertung das eintretende Ereignis als irrelevant, angenehm-positiv oder stressbezogen erfolgt, bezieht sich die sekundäre Bewertung bereits auf den eigenen Umgang mit der Situation, also auf die mehr oder weniger gelungene Bewältigung der Situation.<sup>120</sup>

---

116 Vgl. Ruoß 1997, Seite 308.

117 Ebenda.

118 Vgl. Brandstätter 1992, zitiert in: ebenda.

119 Lazarus/Folkman 1984, zitiert in: IQPR 2004, Seite 8.

120 Vgl. Wagner 1999, Seite 113f.

Mit Lazarus und Folkman lassen sich mehrere verschiedene Arten von Coping-Strategien, deren Anwendung von der Einschätzung der Situation abhängt, feststellen: »Konfrontierende Bewältigung«, »Distanzierung«, »Selbstkontrolle«, »Suche nach sozialer Unterstützung«, »Übernahme von Verantwortung«, »Vermeidung«, »Geplante Problemlösung« und »Positive Stresseinschätzung«.<sup>121</sup>

Wagner macht darauf aufmerksam, dass Lazarus das transaktionale Stressmodell im Laufe der 1990er-Jahre zugunsten einer Betonung der Emotionen bei der Beurteilung und der Hervorhebung kognitiver Prozesse abgeändert hat. Diesen Anpassungen folgend unternimmt der Autor dann auch den Versuch, das Transaktionsmodell attributionstheoretisch zu unterfüttern und mit Baduras Theorie der Selbstwirksamkeit sowie Seligmanns Konzept der »Erlernenen Hilflosigkeit« zu verknüpfen.<sup>122</sup> Wagners Leistung ist es dabei, zu zeigen, dass durch die Betonung der Attributionen eine Verknüpfung dieser Modelle zu bewerkstelligen ist, die es erlaubt, eine theoretische Rahmung zu erstellen, in die die zahllosen Untersuchungen zum Thema »Arbeitslosigkeit« konsistent eingeordnet werden könnten.<sup>123</sup>

Unter Berücksichtigung all dieser Theorien kommt Wagner zu dem Schluss, »(...) dass Ursachenzuschreibungen einen wesentlichen Einfluss darauf haben, in welchem Ausmaß nach Misserfolg Erfolgserwartungen geändert werden und in welchem Ausmaß Erfolgserwartungen über Zeit und Aufgaben hinweg generalisieren. Moderiert durch ihren Einfluss auf die Erfolgserwartungen beeinflussen Attributionen zudem das Ausmaß der Anstrengung und Leistung«.<sup>124</sup>

Das Bewältigungsverhalten bei Krankheit und Arbeitslosigkeit hängt also, wie Wagner und Ruoff zeigen, stark von kognitiven Faktoren ab. Obwohl sie bei den Autoren strukturell unterschiedlich angeordnet sind, lassen sich zusammengefasst folgende Kognitionen ausmachen, die für die Beurteilung der Situation und der eigenen Ressourcen sowie für die Art des Copings ausschlaggebend sind: Ursachenzuschreibungen, Kontrollzuschreibungen, Beurteilung der Selbstwirksamkeit, Erwartungen bezüglich der Bewältigungsmöglichkeit und generell internale oder externale Attribution. Die Kategorien sind nicht unabhängig voneinander und interagieren stark. Abhängig sind diese Beurteilungen immer von subjektiven Theorien zu Krankheit bzw. Ursachen des Arbeitsplatzverlustes und von Werten und Einstellungen sowie Motivationen diese Lebensbereiche betreffend. Diese wiederum werden in beträchtlichem Ausmaß durch das soziale Umfeld und die Sozialisation der Person bestimmt. Um einer Überbetonung der kognitiven Faktoren, die eine nicht realisierbare unbegrenzte Beeinflussung dieser relativ stabilen Persönlichkeitsmerkmale suggerieren könnten, entgegenzuwirken, ist es wichtig, sich die soziale Einbettung und Prägung des Individuums stets vor Augen zu halten.

---

121 Vgl. Folkman/Lazarus 1988, zitiert in: ebenda, Seite 120.

122 Vgl. ebenda, Seite 124.

123 Vgl. ebenda, Seite 4.

124 Ebenda, Seite 135.

## 2.9 Gesundheit, Arbeitslosigkeit und Erwerbsbiographie

Die große Stärke einer biographischen oder laufbahnbezogenen Theorie der Arbeitslosigkeit liegt in der Möglichkeit, Wirkungsfaktoren miteinzubeziehen, die sich auf die Zeit vor bzw. nach Eintritt der Arbeitslosigkeit beziehen. Dazu gehören die Erlebnisse früherer Erwerbsarbeit oder von Erwerbsunsicherheit, sozialisationsbedingte Werthaltungen, die Änderung von Einstellungen in Bezug auf Arbeit, aber auch die Antizipation einer erneuten Berufstätigkeit und die damit verknüpften Erwartungen und Ängste. Kognitive Verarbeitung und Attribuierungen beziehen sich immer auf vergangene und in der Zukunft liegende Zeitpunkte.

Es empfiehlt sich aber auch aufgrund der zunehmenden Diskontinuitäten in Erwerbsbiographien und der ansteigenden Zahl an Personen, die ein- oder mehrmals in ihrem Leben mit Erwerbsunsicherheit oder Arbeitslosigkeit konfrontiert sind, eine prozessorientierte Perspektive einzunehmen und die diversen empirischen Befunde aus Längsschnittanalysen in eine konsistente Theorie einzubinden.<sup>125</sup> Innerhalb einer solchen Theorie lassen sich auch personenbezogene Veränderungen abbilden und die Frage beantworten, welche davon sich in Hinsicht auf Gesundheit und Beschäftigung günstig auf Coping- und Adaptionprozesse auswirken.

Schlussendlich wird auch Gesundheit, wie in Kapitel 1.1 gezeigt wurde, nicht als Zustand, sondern als Prozess verstanden, genauso wie die mit ihr in Verbindung stehende Arbeitsfähigkeit. Auch aus dieser Warte ist eine Prozessperspektive auf das Untersuchungsfeld von großem Vorteil.

---

<sup>125</sup> Vgl. Wagner 1999; Haynie/Shepherd 2011.

## 3 Empirische Ergebnisse

### 3.1 Methodik

Nach der Analyse der Literatur wurden in einem nächsten Schritt mittels qualitativer Methoden die Einstellungen und Motivlagen gesundheitlich beeinträchtigter Personen hinsichtlich der Themen rund um Arbeit und Gesundheit identifiziert. Für die Erhebung wurden – entsprechend der Zielgruppe – potenzielle TeilnehmerInnen am BBRZ Wien angeworben. Die Teilnahme erfolgte auf freiwilliger Basis. Die ursprüngliche Zielsetzung, lediglich Personen zu befragen, die nicht länger als sechs Monate arbeitslos gemeldet sind, konnte aufgrund unklarer Angaben seitens der TeilnehmerInnen im Anwerbungsprozess nicht beibehalten werden.

Schließlich konnten 18 InterviewpartnerInnen gewonnen werden. Die dem Bericht zugrunde liegenden qualitativen Interviews wurden zwischen Juni 2012 und Jänner 2013 geführt. Die Befragung erfolgte je Person zu zwei Zeitpunkten im Abstand von fünf bis sechs Monaten. Die etwa 30- bis 90-minütigen Leitfadeninterviews strukturierten den Gesprächsverlauf durch die bewusste Auswahl von Themenbereichen. Alle Interviews wurden für die weitere Analyse transkribiert. Die Analyse des sehr umfangreichen Datenmaterials erfolgte anhand von Elementen der Grounded Theory sowie der qualitativen Inhaltsanalyse.<sup>126</sup> Zur besseren Lesbarkeit der im Text dargestellten Originalzitate sind die verwendeten Transkriptionsregeln in nachfolgender Tabelle dargestellt.

**Tabelle 5: Verwendete Transkriptionsregeln**

Transkriptionsregel	Darstellung im Transkript	Erläuterung
Groß- und Kleinschreibung	Damals hatte ich noch keine Arbeit.	Gemäß deutscher Rechtschreibung
Interpunktion	„;:!?“	Gemäß deutscher Rechtschreibung
Kommentar	[SEUFZT], [LACHT], [RÄUSPERT SICH]	In Klammern der entsprechende Kommentar
Betonungen, Erhöhung der Lautstärke	UNbedingt	Großschreibung der betonten Silbe
Pausen	* , , ** , , , *10*	Für kurze Pausen Für längere Pausen Mit Längenangabe in Sekunden (bei sehr langen Pausen)
Unterbrechungen (Handy-klingeln, Störungen etc.)	[10:09-10:45 Unterbrechung: Störung durch Telefonat]	In Klammern Zeitangabe bzw. Erläuterung der Unterbrechung
Unverständliche Textpassagen	[10:09 UNV] [10:09 UNV, ETWA: ...]	In Klammern Zeitangabe oder Zeitangabe plus ungefähre/vermutlicher Wortlaut
Simultansprechen	#und dann gingen Sie#	Kennzeichnen der Passagen in Rauten

126 Vgl. Strauss/Crobin 1996 bzw. Mayring 2010.

Wort- und Satzabbruch	Arbeitsam//..., Arbeitsmarkt	An abgebrochene Worte //..., anhängen
Zitat	Der Berater sagte zu mir: »Sie müssen sich das überlegen.«	In Anführungszeichen

Quelle: abif 2013

Neben der Interviewführung kamen außerdem psychodiagnostische Verfahren zum Einsatz: »Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster« nach Schaarschmidt & Fischer, »Leistungs- und Motivationsinventar« von Schuler & Prochaska und die deutschsprachige Version der Resilienzskala von Schuhmacher et al. Im Paper-Pencil-Format bearbeiteten die TeilnehmerInnen zu beiden Zeitpunkten die vorgegebenen Fragebögen.

## 3.2 Stichprobenbeschreibung

**Tabelle 6: Übersicht der Stichprobe**

TN Nr.	Bezeichnung	Alter	Dauer der Erwerbslosigkeit	Migrationshintergrund	Status
TN 1	Herr B	35	Seit 2007	Nein	Unklar
TN 2	Frau H	53	Seit 2005	Nein	Arbeitsuche
TN 3	Herr S	51	Seit 2008	Nein	Berufliche Reha
TN 4	Frau W	43	Seit 2011	Nein	Berufliche Reha
TN 5	Herr N	34	Seit April 2012	Ja	Berufliche Reha
TN 6	Herr K	37	Seit 2010	Ja	
TN 7	Herr S	49	Seit 2010	Nein	Unklar
TN 8	Frau E	47	Seit 2009	Nein	Arbeitsuche
TN 9	Herr K	23	Seit April 2012	Nein	Berufliche Reha
TN 10	Frau W	28	Seit 2011	Nein	Arbeitstraining
TN 11	Frau B	22	Seit Juni 2012	Nein	Erwerbslos
TN 12	Frau N	53	Seit Mai 2012	Nein	Berufliche Reha
TN 13	Frau K	53	Seit Jänner 2012	Ja	Unklar
TN 14	Frau S	52	Seit 2011	Nein	Schulung
TN 15	Herr B	47	Seit April 2012	Ja	Berufliche Reha
TN 16	Herr K	46	Seit 2011	Nein	Berufliche Reha
TN 17	Herr A	36	Seit Mai 2012	Ja	Unklar
TN 18	Herr W	27	Seit April 2012	Nein	Berufliche Reha

Quelle: abif 2013 – Befragungsdaten (n=18). Im Falle der Bezeichnung »Unklar« in der Spalte »Status« ging aus den Gesprächen nicht eindeutig hervor, welchen Erwerbsstatus die Betroffenen hatten.

Es nahmen insgesamt 18 Personen an der Befragung teil, lediglich eine Person (TN6\_Herr K) konnte zum zweiten Befragungszeitpunkt, also etwa fünf bis sechs Monate nach der Erstbefragung, nicht mehr erreicht werden.<sup>127</sup>

Bei den verbleibenden 17 Studien-TeilnehmerInnen zu beiden Zeitpunkten handelt es sich um neun Männer und acht Frauen, vier Personen haben einen Migrationshintergrund. Die jüngste teilnehmende Person ist 22 Jahre, die beiden ältesten teilnehmenden Personen sind 53 Jahre alt. Während etwa die Hälfte der Befragten bereits seit geraumer Zeit keiner Erwerbstätigkeit mehr nachkommt (nachkommen kann), ist die andere Hälfte erst seit relativ kurzer Zeit von Erwerbslosigkeit betroffen.

### 3.3 Kurze Falldarstellungen der InterviewpartnerInnen

#### **TN1\_Herr B (35): »Arbeit ist ein sehr wichtiger Sozialfaktor.«**

Herr B lebt alleine. Nach dem Tod seiner Eltern sind seine einzigen familiären Bezugspersonen die Großmutter und ein im Ausland lebender Bruder. Er verfügt jedoch über einen intakten Freundeskreis, den er ob seiner familiären Situation als sehr wichtig beschreibt. Der gelernte Einzelhandelskaufmann verlor seine Anstellung als Verkäufer im Elektronikbereich aufgrund massiver gesundheitlicher Probleme bereits im Jahr 2007. Herr B leidet unter entzündlichen Vorgängen im Bewegungsapparat und dementsprechend starken Schmerzen. Trotz zahlreicher Operationen an Knie und Wirbelsäule kommt er nicht ohne starke Schmerzmittel aus. Er begann im Rahmen einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme des BBRZ den Beruf des Buchhalters zu erlernen. Aufgrund starker Schmerzen musste er jedoch die Ausbildung unterbrechen.

#### **TN2\_Frau H (53): »Ich bin nicht gut genug.«**

Frau H ist geschieden und lebt alleine, die drei erwachsenen Kinder sind außer Haus. Außer dem sehr guten und herzlichen Kontakt mit den Kindern hat Frau H kaum sozialen Anschluss. Nach einigen Jahren Fabrikarbeit, Saisonarbeit, Haushalt und Kindererziehung war sie zuletzt als Zimmermädchen tätig. Obwohl ihr die Arbeit grundsätzlich Freude bereitet, hatte sie Schwierigkeiten mit den KollegInnen, sie wurde gemobbt. Trotz des Mobbing und zunehmender gesundheitlicher Schwierigkeiten ging Frau H weiter ihrem Beruf nach, schließlich kam der Zusammenbruch, sie wurde depressiv und entwickelte massive Ängste. Als dann auch noch die Ehe zerbrach und sie durch ihren Mann bedroht wurde, flüchtete sie in ein Frauenhaus. Schließlich konnte sich Frau H mit Hilfe von Medikamenten und einem Kuraufenthalt (Traumatherapie) wieder etwas erholen. Unmittelbar darauf begann sie im BBRZ – nach einer Stabilisierungsphase und einem Arbeitstraining – mit einer Umschulung zur Bürohilfskraft. Seit der Umschulung ist sie wieder erfolglos auf Arbeitsuche.

---

127 In weiterer Folge wird daher TN6\_Herr K nicht mehr in die Ergebnisdarstellung einbezogen.

**TN3\_Herr S (51): »Die Dinge ändern sich ständig, (...) sehr flexibel sein, flexibel sein ist gut.«**

Herr S lebt alleine, ist jedoch in einen stabilen Freundes- und Familienkreis eingebettet. Insbesondere durch seinen Bruder, der als Sozialarbeiter tätig ist, erhält er Unterstützung. In seinem Beruf im Vertriebsbereich war der engagierte ehemalige HAK-Absolvent sehr erfolgreich, gleichzeitig aber auch einem enormen Leistungsdruck ausgesetzt. Nach einem Burnout und einem Schlaganfall musste er schließlich seine Tätigkeit als Key Accounter im Jahr 2008 aufgeben. Zudem leidet Herr S unter Bluthochdruck und Diabetes Typ II. Diese Entwicklungen veranlassten Herrn S nicht nur zu einer beruflichen Veränderung, sondern auch zu einem Überdenken seiner persönlichen Einstellungen und Werte. Herr S befindet sich derzeit in einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme des BBRZ und erlernt den Beruf »Mechatroniker«.

**TN4\_Frau W (43): »Ich blicke optimistisch in die Zukunft.«**

Frau W lebt allein, verfügt aber über ein relativ stabiles soziales Netzwerk. Die gelernte Einzelhandelskauffrau war langjährig und erfolgreich in der Textilbranche als Verkäuferin tätig. Bereits als Jugendliche hatte Frau W allerdings mit psychischen Problemen zu kämpfen, die sie mehr oder weniger ein Leben lang begleiteten. In Folge führten diese Probleme sowohl zu stationären Aufenthalten als auch zu ambulanten therapeutischen Interventionen. Erst im Jahr 2011, nachdem Frau W ihr Anstellungsverhältnis verlor, wurde sie dann mit der Diagnose »Borderline-Persönlichkeitsstörung« konfrontiert. Frau W arbeitet nun gezielt an ihrer psychischen Stabilisierung und besucht eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme des BBRZ, wo sie den Beruf »Bürokauffrau« erlernt.

**TN5\_Herr N (34): »Das ist nicht die erste Hürde, die ich in meinem Leben geschafft habe.«**

Der gelernte Friseur Herr N lebt mit seiner Frau und seiner kleinen Tochter in einem gemeinsamen Haushalt. Zudem verfügt er über einen stabilen Freundeskreis. Nach 17 Berufsjahren als Friseur und anfänglicher Begeisterung für den Beruf schlichen sich nach und nach verschiedene gesundheitliche Probleme ein. Insbesondere der tägliche Kontakt mit bis zu 20 Kunden, die nebst freundlicher Behandlung auch das persönliche Gespräch suchen, unregelmäßige und kurze Pausen und nicht zuletzt der Umsatzdruck seitens der Arbeitgeber belasteten Herrn N zunehmend mehr. Herr N litt schließlich an depressiven Zuständen sowie ausgeprägten Panikattacken. All dies hatte einen sechswöchigen stationären Aufenthalt in einer Reha-Klinik zur Folge. Seit April 2012 kann Herr N daher seinen erlernten Beruf nicht mehr ausüben. Nunmehr befindet er sich in einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme des BBRZ im EDV-Bereich.

**TN7\_Herr S (49): »Ich brauche eine Herausforderung.«**

Herr S ist zweifach geschieden und hat drei Kinder, das jüngste Kind ist durch einen Unfall bleibend in seiner Mobilität eingeschränkt und sitzt im Rollstuhl. Er verfügt über einen langjährigen stabilen Freundeskreis und hat eine neue Partnerin. Seine Freundschaften entwickelten sich vorwiegend aus

der KollegInnenschaft im Gastgewerbe; Herr S war Kellner aus Leidenschaft und sehr engagiert in seinem Beruf. Nach dem kurz aufeinanderfolgenden Tod beider Elternteile durchlebte Herr S aber eine schwere Krisenzeit, auch der Unfall der Tochter belastet ihn nach wie vor. Diese und weitere Schicksalsschläge führten, neben den beruflichen Belastungen, letztlich zu einem Burnout. Zudem leidet Herr S unter einem Bandscheibenvorfall und damit einhergehend regelmäßig an Schmerzen im unteren Rücken. Herr S ist seit 2011 auf Arbeitsuche; er beantragte Invaliditätspension, die jedoch abgelehnt wurde. Obwohl er selbst und seine Ärzte erkennen, dass er den körperlichen Belastungen des Gastgewerbes nicht mehr gewachsen ist, kann sich Herr S jedoch nichts anderes vorstellen, er stellt dahingehend Überlegungen an, sich mit einem Lokal selbständig zu machen.

**TN8\_Frau E (47): »Ich schäme mich, aber was soll ich machen.«**

Frau E emigrierte im Alter von 27 Jahren aus ihrer Heimat nach Österreich. Die damals mit ihrem ersten Kind schwangere Publizistin hatte naturgemäß zunächst Schwierigkeiten, sich ganz alleine, ohne deutsche Sprachkenntnisse, in der neuen Kultur und Umgebung zurechtzufinden. Nachdem sie auch noch erfährt, dass ihr Mann in ihrem Heimatland verhaftet wurde und nicht nachkommen kann, ist sie komplett auf sich gestellt. Frau E wird depressiv und unternimmt einen Selbstmordversuch. Sie überlebt, trägt jedoch bleibende Schäden davon. Der drei Monate alte Sohn kommt zu einer Pflegefamilie. Nach etwa fünf Jahren folgt ihr Mann nach Österreich nach. Ab dann wird alles ein wenig besser, sie hat wieder mehr Halt und kann sich mit einer Vertrauensperson aussprechen. Das Kind kann zu Mutter und Vater zurückkehren, und das Paar bekommt ein zweites Kind. In weiterer Folge arbeitet Frau E zeitweise im Verkauf. Seit dem Jahr 2009 ist Frau E jedoch erfolglos auf Jobsuche.

**TN9\_Herr K (23): »Ich möchte gerne arbeiten gehen, ich möchte mein Leben noch genießen.«**

Herr K lebt im Haus seiner Eltern. Nach seinem Lehrabschluss in seinem Traumberuf als Tischler arbeitete er als Montagetischler. Herr K zeichnet sich in seinem Beruf, neben dem fachlichen Können, durch ein hohes Maß an Fleiß und Genauigkeit aus; dies erkennen auch seine Kollegen und Vorgesetzten rasch. Nach einigen Jahren Berufstätigkeit erlitt Herr K einen ersten Leistenbruch, kurze Zeit später folgt ein zweiter. Schließlich stellt sich heraus, dass der bereits als Kind an Knochenkrebs erkrankte Herr K seine Berufswahl grundlegend überdenken muss, da er sonst seine Gesundheit dauerhaft aufs Spiel setzen würde. Der Belastung durch schweres Heben im Tischlerberuf kann sich Herr K nicht weiter aussetzen. Daher muss er seinen Traumberuf, den schon Generationen seiner männlichen Vorfahren ausgeübt haben, aufgeben und sich neu orientieren. Herr K besucht derzeit eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme des BBRZ und erlernt einen Beruf im EDV-Bereich.

**TN10\_Frau W (28): »Ich bin Arbeiten gewohnt.«**

Nach einer schwierigen Kindheit und dem endgültigen Bruch mit ihrer Familie lebt Frau W zunächst in einer Wohngemeinschaft, später mit ihrem Partner in einem gemeinsamen Haus-



halt. Als Frau W noch bei ihren Eltern lebte, half sie im landwirtschaftlichen Betrieb selbiger. Später arbeitete sie im öffentlichen Dienst in der Poststelle und Telefonzentrale. Seit Beginn des Jahres 2011 ist Frau W jedoch arbeitslos. Gesundheitlich beeinträchtigt ist Frau W insbesondere durch eine starke Verkrümmung der Wirbelsäule. Auch nach einem ersten operativen Korrekturversuch haben sich ihre Beschwerden leider nicht verbessert, sie ist auf Medikamente zur Linderung ihrer Schmerzen angewiesen. Frau W erhofft sich jedoch durch eine weitere Operation eine Verbesserung ihres Zustandes. Zudem wirken sich die traumatischen Erlebnisse aus ihrer Kindheit negativ auf Frau W's Psyche aus. Derzeit besucht Frau W ein Arbeitstraining des BBRZ und sucht parallel nach einer Arbeitsstelle. Aufgrund ihrer Behinderung gestaltet sich die Suche jedoch sehr schwierig.

**TN11\_Frau B (22): »Für mich ist jetzt meine Ausbildung wichtig.«**

Frau B leidet unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und lebte zunächst mit ihrer Mutter, ihrem Stiefvater und ihren beiden Geschwistern in einem gemeinsamen Haushalt. Trotz therapeutischer Begleitung und einer prinzipiell guten Beziehung zu den Familienangehörigen war das Zusammenleben jedoch nicht immer einfach. Darüber hinaus sehnte sich Frau B nach einer gewissen Selbständigkeit. Frau B übersiedelte schließlich in eine betreute Wohngemeinschaft. Ihr bisheriger Lebensweg ist von zahlreichen Schulabbrüchen geprägt, meist hatte sie, bedingt durch ihre Erkrankung, Schwierigkeiten in den sozialen Kontakten, teilweise wurde sie gemobbt. Nach den negativen Schulerfahrungen arbeitete Frau B vorübergehend als Hilfskraft in der Lebensmittelproduktion, aber auch ehrenamtlich als Rettungssanitäterin. Während sie sich im Produktionsbetrieb nach kurzer Zeit nicht mehr dem Druck gewachsen fühlte und kündigte (2012), machte ihr der Job als Sanitäterin mehr Spaß. Nach einer Abklärung im BBRZ und einem Aufenthalt in einer Tagesklinik entscheidet sich Frau B, dass sie studieren möchte. Sie besucht derzeit die Maturaschule. Das Studium soll in Richtung »Gesundheitsberufe« gehen.

**TN12\_Frau N (53): »Den wirklichen Traumberuf gibt es für mich gar nicht.«**

Frau N lebt mit ihrem Mann in einem gemeinsamen Haushalt, die beiden erwachsenen Töchter sind bereits ausgezogen. Die ursprünglich aus einer Landwirtsfamilie stammende Frau N beginnt nach der AHS-Matura auch ein Studium im Bereich »Landwirtschaft«. Mit der Studienwahl eigentlich unzufrieden bricht sie es schließlich ab. Später arbeitet Frau N gelegentlich im sozialen Bereich in der Altenbetreuung und im Kindergarten. Da ihr aber eine entsprechende Ausbildung fehlt, kann sie nicht dauerhaft Fuß fassen. Versuche, eine entsprechende Ausbildung nachzuholen, scheitern in der Bewerbungsphase. Die Arbeit mit den Kindern und alten Menschen machte ihr jedoch bisher den größten Spaß. Die letzten Jahre war Frau N als Interviewerin für verschiedene Markt- und Meinungsforschungsinstitute tätig. Speziell in einer Arbeitsstelle wurde Frau N jedoch gemobbt und musste schließlich gehen. Die Mobbing Erfahrung trifft Frau N sehr und nagt an ihrem Selbstbewusstsein. Einige darauffolgende Stellen kündigt sie bereits nach kurzer Zeit, weil sie sich dem Druck nicht gewachsen fühlt. Schließlich findet sie jedoch eine neue

Arbeitsstelle in der gleichen Branche, die sie aber nach einiger Zeit und nach verschiedenen gesundheitlichen Problemen ebenfalls aufgeben muss (2012). Frau N leidet an Schmerzen in der Schulter, zudem bezeichnet sie sich generell als gesundheitlich labil. Frau N besucht derzeit im BBRZ einen Büropraxiskurs, eigentlich möchte sie aber im sozialen Bereich tätig werden.

**TN13\_Frau K (53): »Die Arbeit gibt meinem Leben Sinn und bringt mir eine existenzielle Grundlage.«**

Frau K ist geschieden, hat einen erwachsenen Sohn und lebt derzeit alleine. Ihr neuer Partner lebt in einem eigenen Haushalt. Frau K absolvierte in ihrer Heimat ein Wirtschaftsstudium und war viele Jahre erfolgreich als Bilanzbuchhalterin und Wirtschaftsprüfungsassistentin tätig. Mit 40 Jahren und dem damals zehnjährigen Sohn emigrierte Frau K der Liebe wegen nach Österreich. Nach einer schwierigen, repressiven Ehe ließ sich Frau K nach etwa fünf Jahren scheiden. Obwohl von Ehe und Trennung stark belastet, versuchte Frau K, sich und ihrem Sohn möglichst schnell ein stabiles Umfeld zu schaffen bzw. dem Sohn ein Studium zu ermöglichen. Frau K entschied sich, da ihr ein Wiedereinstieg in den kaufmännischen Bereich zu unsicher erschien, in der Hauskrankenpflege tätig zu werden. Auch das tat sie viele Jahre mit Freude und hohem Engagement. Dennoch, der körperlich und psychisch sehr anstrengende Beruf, die Traumatisierung durch Emigration und die Repressionen der Ehe forderten ihren Tribut. Frau K's Gesundheitszustand verschlechterte sich langsam, aber stetig. Schließlich hatte Frau K erhebliche Verschleißerscheinungen und Schmerzen in Knien, Schulter und Rücken, begleitet von Panikattacken, Schlaflosigkeit bzw. einem massiven Burnout. Seit Beginn des Jahres 2012 konnte sie daher die Pfl egetätigkeit nicht mehr ausüben. Nach einer Abklärung im BBRZ und in Absprache mit dem AMS versucht Frau K nun wieder im kaufmännischen Bereich Fuß zu fassen. Der nächste geplante Schritt ist ein Auffrischungslehrgang im Bereich »Buchhaltung«.

**TN14\_Frau S (52): »Ich habe in meinem Leben schon genug gearbeitet.«**

Frau S lebt mit einem Partner zusammen, ihre erwachsene Tochter ist bereits außer Haus. Frau S ist diplomierte Krankenschwester und arbeitete viele Jahre in diesem Beruf, zunächst einige Jahre im Krankenhaus und dann in der Hauskrankenpflege. Die berufliche Tätigkeit machte ihr stets großen Spaß. Nach einem Bandscheibenvorfall wird Frau S operiert, daraufhin leidet sie an einer vorübergehenden Lähmung eines Beines. Schließlich ist Frau S aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in der Lage, ihren erlernten Beruf auszuüben. Sie absolvierte ein Reha-Assessment, hat aber Bedenken, ob sie überhaupt noch Chancen am Arbeitsmarkt hat. Zudem zweifelt sie, ob ein neuer Beruf einerseits Spaß macht und andererseits finanziell attraktiv ist. In Absprache mit den beteiligten Organisationen entscheidet sich Frau S, in Zukunft eine Ausbildung zur Lebens- und Sozialberaterin zu besuchen.

**TN15\_Herr B (47): »Ich möchte mein Niveau halten.«**

Herr B ist geschieden, seine beiden Kinder leben nunmehr bei ihrer Mutter im Ausland. Herr B absolvierte im Ausland die Matura und migrierte in jungen Jahren nach Österreich. Gesund-

heitlich ist Herr B vielfach und zum Teil erheblich körperlich belastet (Herz, Bauchspeicheldrüse, Galle etc.). Zuletzt war Herr B im Bereich »Sicherheitswesen« beschäftigt. Aufgrund der Erkrankungen und aus wirtschaftlichen Gründen wurde er aber letztlich gekündigt. Seit April 2012 ist Herr B arbeitslos. Er absolviert eine Reha-Planung im BBRZ und beginnt eine Ausbildung als Bürohilfskraft. Eigentlich möchte Herr B aber lieber arbeiten oder eine Ausbildung als OP-Hilfe machen.

**TN16\_Herr K (46): »Geht nicht, gibt's nicht.«**

Herr K ist gelernter Koch. Viele Jahre war er in diesem Beruf mit Freude tätig. Nach seiner Scheidung hat Herr K starke finanzielle Einbußen. Durch viele Überstunden kann sich Herr K aber wieder stabilisieren. Durch die menschliche Enttäuschung im Rahmen der Ehe/Scheidung und durch die berufliche körperliche Beanspruchung schleichen sich verschiedene gesundheitliche Probleme ein. Diese lassen letztlich eine weitere Berufsausübung in der Küche nur mehr eingeschränkt zu. Herr K kämpft für die Ermöglichung einer beruflichen Rehabilitation. Seinem Wunsch wird schließlich Rechnung getragen, und er beginnt mit einer Ausbildung im Bereich »Mechatronik« am BBRZ. Herr K ist sehr glücklich mit dieser Entwicklung und mit Freude bei der Ausbildung. Seine Zukunft sieht Herr K nun positiv.

**TN17\_Herr A (36): »Neue Wege zu beschreiten, neue Ideen zu entwickeln, ist einfach nur dann möglich, wenn man wirklich ins ›Kalte Wasser‹ springt.«**

Herr A migrierte nach der Matura nach Österreich. Er erlernte den Beruf des Koches und arbeitete fortan in der Gastronomie. Schließlich verhinderten aber rheumatische Beschwerden und dementsprechende Schmerzen eine weitere Berufsausübung. Nach einem Reha-Assessment steht für ihn eine kaufmännische Ausbildung im Raum. Mit dieser kann sich Herr A zwar anfreunden, jedoch gilt sein größtes Interesse dem Thema »Sprachen«. Herr A spricht drei Sprachen, und am liebsten würde er als Sprachtrainer bzw. Sprachcoach tätig werden. Anfänglich ist sich Herr A noch unsicher, ob und wie er diesen Traum verwirklichen kann. Er beginnt im Rahmen der beruflichen Rehabilitation mit einer Ausbildung im kaufmännischen Bereich. Nach und nach arbeitet Herr A aber auch an seiner beruflichen Idealvorstellung; seine Pläne, sich in diesem Bereich selbständig zu machen, nehmen Form an.

**TN18\_Herr W (27): »Mittlerweile denke ich, dass ich nicht mehr diese Opferrolle habe.«**

Herr W erlernte den Beruf des Hotel- und Gastgewerbeassistenten. In den letzten Jahren war er aber vor allem berufsfremd in verschiedenen Branchen tätig, zuletzt als Telefonist. Nach einem Autounfall leidet Herr W unter Schmerzen in der Wirbelsäule, wirklich chronischen werden die Beschwerden dann jedoch nach einem Lungenriss, den er einige Zeit später plötzlich erleidet. Herr W hadert mit seinem Schicksal, seine weitere berufliche Zukunft ist ungewiss. Einerseits muss er auf seine gesundheitlichen Probleme Rücksicht nehmen, und andererseits ist er sich

zunächst noch unsicher, in welchem Bereich er tätig werden will. Herrn W ist allerdings klar, dass er im Rahmen der beruflichen Tätigkeit mit Menschen zu tun haben will. Im Verlauf der beruflichen Rehabilitation entscheidet sich Herr W schließlich für den Friseurberuf. Zunächst muss er aber in Praktika erproben, ob er den körperlichen Anforderungen in diesem Beruf gewachsen ist.

### 3.4 Psychologische Testergebnisse

#### 3.4.1 AVEM – Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster

Der Fragebogen »Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster« nach Schaarschmidt und Fischer erlaubt Aussagen über gesundheitsförderliche oder gesundheitsgefährdende Einstellungen und Gewohnheiten bei der Arbeitsbewältigung. Die auf der Selbsteinschätzung beruhenden Testergebnisse werden in elf Dimensionen bzw. drei Bereiche (Skalenabschnitte) untergliedert:

1. Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit
2. Beruflicher Ehrgeiz
3. Verausgabungsbereitschaft
4. Perfektionsstreben
5. Distanzierungsfähigkeit
6. Resignationstendenz bei Misserfolg
7. Offensive Problembewältigung
8. Innere Ruhe und Ausgeglichenheit
9. Erfolgserleben im Beruf
10. Lebenszufriedenheit
11. Erleben sozialer Unterstützung

Die Skalen 1–5 charakterisieren das »Arbeitsengagement«, die Skalen 6–8 erfassen den Sekundärfaktor »Persönliche Widerstandsfähigkeit und Bewältigungsverhalten« und die Skalen 9–11 betreffen das »Lebensgefühl«.

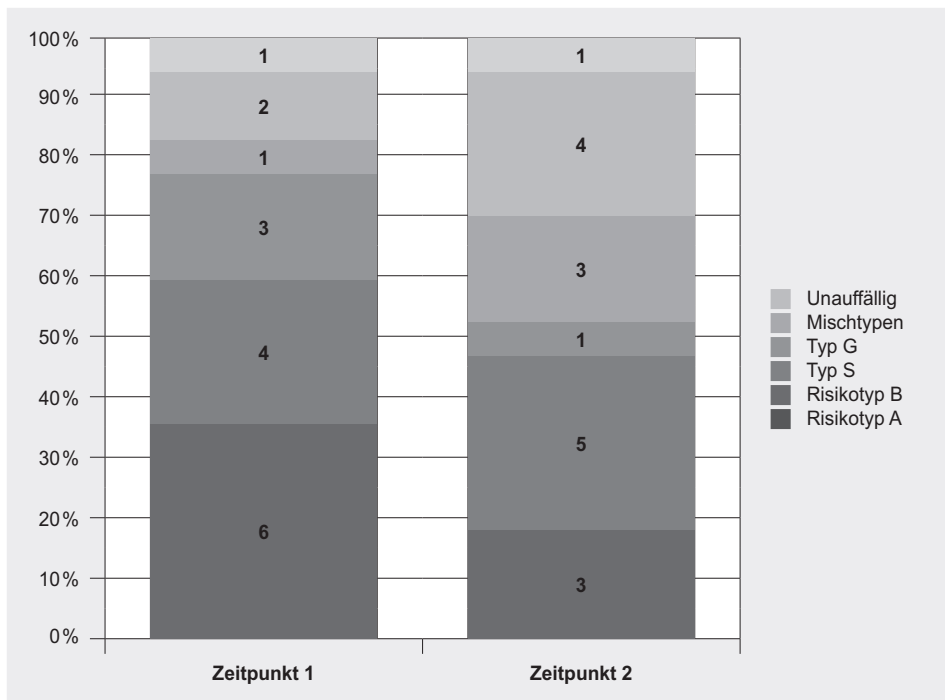
**Beispiel-Item:** Die Arbeit ist für mich der wichtigste Lebensinhalt. (Bewertung des Items auf einer fünfstufigen Skala von »trifft völlig zu« bis »trifft überhaupt nicht zu«)

Auf Basis dieses psychodiagnostischen Verfahrens können weiterhin vier arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster unterschieden werden, die sich aufgrund der Ähnlichkeit der individuellen Profile in den einzelnen Dimensionen mit den vier Referenzmustern ergeben:

- **G (Gesundheit):** Hohes berufliches Engagement bei gleichzeitig erhaltener Distanzierungsfähigkeit; ausgeprägte Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen; positives Lebensgefühl.
- **S (Schonung):** Ausgeprägte Schonungstendenz bzw. Schutzhaltung gegenüber beruflichen Anforderungen bei gleichzeitig relativ hoher Lebenszufriedenheit.
- **A (Risiko i.S. der Selbstüberforderung):** Überhöhtes Engagement, das kaum Entsprechung im (eher negativen) Lebensgefühl findet; geringe Distanzierung von der Arbeit; verminderte Widerstandsfähigkeit gegen Belastungen.
- **B (Risiko i.S. von chronischem Erschöpfungserleben und Resignation):** Reduziertes Arbeitsengagement in Kombination mit verminderter Belastbarkeit und negativem Lebensgefühl sowie geringer Distanzierungsfähigkeit.

Von den insgesamt 17 gesundheitlich beeinträchtigten Personen lassen sich zum ersten Befragungszeitpunkt 14 Personen einem bestimmten Muster zuordnen. Weitere zwei Personen sind als Mischtypen zu bezeichnen (konkret: AG bzw. AB). Bei einem/einer InterviewpartnerIn war eine Musterzuordnung nicht möglich. Zum zweiten Zeitpunkt ließen sich zwölf InterviewpartnerInnen einem bestimmten Typus zuordnen, weitere vier Personen – und damit mehr als zum ersten Befragungszeitpunkt – beschreiben sich nun als Mischtypen (konkret: AB, BS, SG, GA). Wiederum war die Musterzuordnung bei einer Person nicht möglich (vgl. Abbildung 1).

**Abbildung 1: AVEM-Musterverteilung in der Gesamtstichprobe (n=17)**



Quelle: abif 2013, Testdaten (n=17); TN\_6 entfällt (vgl. Kapitel 3.2)

Insgesamt dominieren bei der ersten Befragung die Risikotypen A – Selbstüberforderung (sechs Personen) und B – Erschöpfungserleben und Resignation (vier Personen). Auch in den Mischtypen überwiegen Risikomuster. Lediglich eine Person zeigt in der Selbsteinschätzung ein gesundheitsförderliches Erlebens- und Verhaltensmuster in Bezug auf die Arbeit. Weiterhin sind drei Personen dem schonungsorientierten Muster zuzuordnen.

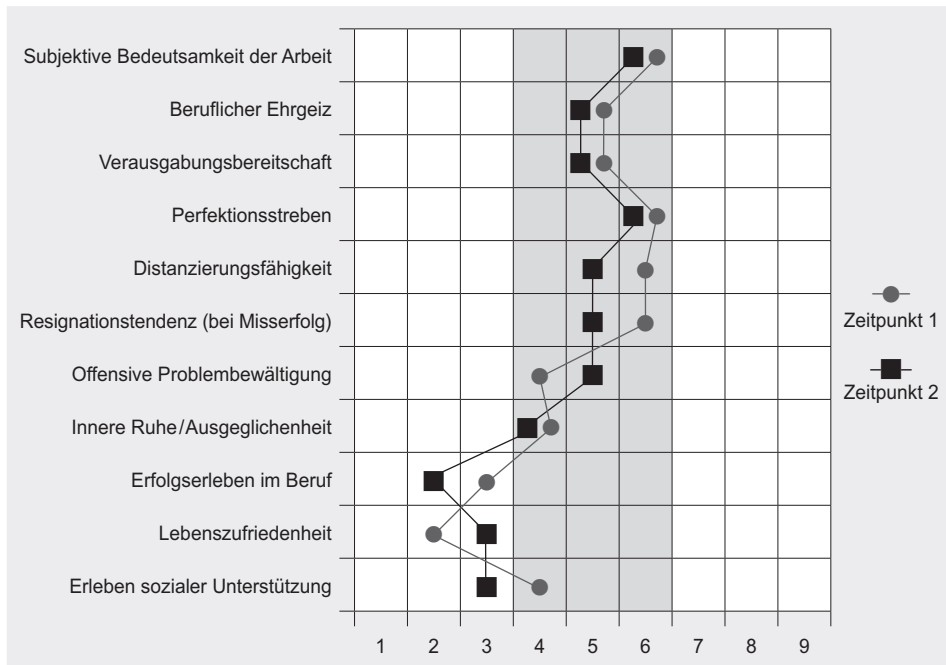
In der zweiten Befragung fällt ein leichter Rückgang gesundheitsgefährdender Einstellungen zur Arbeit auf, vor allem was den Risikotyp A – Selbstüberforderung (drei Personen) betrifft. Darüber hinaus lassen immerhin drei statt einer Person ein gesundes arbeitsbezogenes Erlebens- und Verhaltensmuster vermuten. Innerhalb der Mischtypen findet sich eine weitere Person mit überwiegend gesundheitsförderlichen Einstellungen und Emotionen. Ein schonungsorientiertes Erlebens- und Verhaltensmuster lässt sich zum zweiten Befragungszeitpunkt nur bei einer Person als »Reintyp« beobachten, zwei Personen zeigen es aber in einer Musterkombination.

Die insgesamt eher ungünstige Musterverteilung, vor allem zum ersten Befragungszeitpunkt, lässt sich unter Betrachtung der mittleren Ausprägungen der Gesamtstichprobe in den einzelnen AVEM-Skalen noch genauer differenzieren (vgl. Abbildung 2).

Auffällig ist in der durchschnittlichen Selbsteinschätzung der Befragten ein tendenziell hoher Stellenwert der Arbeit bei gleichzeitig eher hohen Resignationstendenzen und eher geringen Ausprägungen in den Skalen »Offensive Problembewältigung«, »Innere Ruhe und Ausgeglichenheit« sowie »Erleben sozialer Unterstützung«. Das Erfolgserleben im Beruf und die Lebenszufriedenheit werden demgegenüber deutlich unterdurchschnittlich eingeschätzt. Im Mittel zeigen die Befragten also durchaus berufliches Engagement (Skalen 1–4), neigen jedoch tendenziell zu Resignation und verfügen über eher wenig Widerstandskraft gegenüber beruflichen Belastungen im Sinne von aktiver Problembewältigung und Ausgeglichenheit (Skalen 5–8), begleitet von deutlich negativen Emotionen im beruflichen Kontext (Skalen 9–11).

Die durchschnittlichen Veränderungen auf Skalenniveau sind im Zeitverlauf der Befragung (etwa fünf bis sechs Monate) minimal. Bei einem gleichbleibenden beruflichen Engagement lassen sich lediglich positive Tendenzen hinsichtlich einer leichten Reduktion von Resignation bei Misserfolgen, einem leichten Anstieg an offensiver Problembewältigung und hinsichtlich der Einschätzung der Lebenszufriedenheit beobachten. Im Mittel entwickelten sich aber die Einschätzungen zum Erleben sozialer Unterstützung und zum Erfolgserleben im Beruf etwas in die negative Richtung.

**Abbildung 2: AVEM-Skalen – mittlere Stanine-Werte der Gesamtstichprobe (n=17)**



Quelle: abif 2013, Testdaten (n=17); TN\_6 entfällt (vgl. Kapitel 3.2)

Im Einzelfall sind jedoch stärkere Veränderungen im Erlebens- und Verhaltensmuster ersichtlich, wobei sowohl eine Entwicklung in Richtung gesundheitsförderlicher als auch eine Verschiebung zu gesundheitsschädlichen Einstellungen und Emotionen zu beobachten ist. Im Folgenden sind die Veränderungen tabellarisch je TeilnehmerIn dargestellt (vgl. Tabelle 7).

**Tabelle 7: Veränderungen der AVEM-Verhaltens- und Erlebensmuster im Einzelfall**

TeilnehmerIn	Typenzuordnung: Befragungszeitpunkt 1	Typenzuordnung: Befragungszeitpunkt 2
TN 1	S	Unauffällig
TN 3	S	BS
TN 5	Unauffällig	G
TN 8	A	AB
TN 9	A	SG
TN 10	A	G
TN 15	A	B
TN 16	AG	GA
TN 17	AB	A

Risikotyp A: Selbstüberforderung, Risikotyp B: Erschöpfungserleben und Resignation, Typ S: Schonung, Typ G: Gesundheit  
 Quelle: abif 2013, Testdaten (n=9, ausgewählte Einzelfälle); TN\_6 entfällt (vgl. Kapitel 3.2)

### 3.4.2 LMI-K

Das Leistungs- und Motivationsinventar von Schuler und Prochaska erfasst das Leistungs- und Motivationsverhalten von Personen. Ursprünglich besteht das Verfahren aus 170 Items (Aufgaben), für diese Untersuchung wurde jedoch die Kurzform mit 30 Items vorgelegt.

**Beispiel-Item:** Aufgaben, bei denen ich nicht ganz sicher bin, ob ich sie lösen kann, reizen mich ganz besonders. (Bewertung des Items auf einer siebenstufigen Skala von »trifft gar nicht zu« bis »trifft vollständig zu«)

Die durchschnittliche Selbsteinschätzung der Befragten hinsichtlich ihrer Leistungsmotivation schließt an die Ergebnisse des AVEM im Bereich des beruflichen Engagements an. Mit einem mittleren Prozentrang von 66 zum ersten Befragungszeitpunkt und einem durchschnittlichen Prozentrang von 69 zum zweiten Befragungszeitpunkt liegt die Leistungsmotivation der StudienteilnehmerInnen im Vergleich zur entsprechenden nicht-klinischen Normstichprobe im oberen Durchschnittsbereich.<sup>128</sup>

### 3.4.3 RS-25

Bei dem von Schuhmacher et al. entwickelten Fragebogen handelt es sich um eine deutschsprachige Version der Resilienzskala (RS) von Wagnild und Young (1993).

Erfasst wird die Resilienz (= psychische Widerstandsfähigkeit) von Personen. Resilienz kann als protektives Persönlichkeitsmerkmal aufgefasst werden und beschreibt die Fähigkeit einer Person, bei Belastungen und Krisen auf so genannte »Innere Ressourcen« zurückgreifen zu können.

**Beispiel-Item:** Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen. (Bewertung des Items auf einer siebenstufigen Skala von »ich stimme nicht zu« bis »ich stimme völlig zu«)

Auch die Ergebnisse der Erhebung mittels RS-25 schließen im Großen und Ganzen an die Ergebnisse des AVEM an. Mit einem Prozentrang von 55 zum ersten Befragungszeitpunkt und einen Prozentrang von 60 bei der zweiten Befragung lässt sich ein leichter Anstieg der selbstbeurteilten psychischen Widerstandsfähigkeit beobachten. Somit schätzen sich die Befragten im Wesentlichen als durchschnittlich resilient mit steigender Tendenz ein.

<sup>128</sup> Der Prozentrang gibt die relative Stellung hinsichtlich eines bestimmten Merkmals in einer Vergleichs- oder Bezugsgruppe an. Ein Prozentrang von 75 besagt beispielsweise, dass nur 25 Prozent der Referenzpopulation höhere Werte erzielt haben. 75 Prozent erreichten hingegen gleich hohe oder niedrigere Werte. Prozenträge von 25 bis 75 werden als Durchschnittsbereich aufgefasst.



## 3.5 Ergebnisse der Befragung

Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse der Erhebung dargestellt und mit zahlreichen Original-Zitaten illustriert. Kapitel 3.5.1 beschäftigt sich dabei mit Emotionen, Werten, Motiven und Einstellungen zur Arbeit. Dieses Bündel an psychischen Komponenten wurde bewusst gewählt, um den Einstellungsbegriff (für eine Definition siehe Seite 28ff) zu ergänzen.

### 3.5.1 Emotionen, Werte, Motive und Einstellungen zur Arbeit

Die Erwerbsarbeit erfüllt im Leben der Befragten bestimmte Funktionen. Diese Funktionen lassen sich zum Teil entlang früherer Forschungsarbeiten eingliedern (vgl. Kapitel 2). Die dahinterliegenden Emotionen, Werte, Motive und Einstellungen sollen im Folgenden analysiert werden. Dabei zeigt sich, dass diese Komponenten eine zentrale Rolle bei der Reintegration einzunehmen vermögen, so insbesondere bei der Erarbeitung »neuer« berufsbezogener Ziele und Perspektiven.

#### Arbeit als essenzieller Teil des Lebens

Neben der Familie und/oder nahestehenden Personen begreift die Mehrheit der Befragten Arbeit als einen äußerst wichtigen Bestandteil des Lebens. Berufstätig sein heißt nicht nur finanzielle Sicherheit, sondern bedeutet auch psychische Stabilität. Zudem ermöglicht Arbeit im besten Falle Selbstverwirklichung und persönliche Entfaltung, zumindest aber Aktivität und »im Leben zu stehen«. Der Arbeit wird daher zumeist ein sehr hoher Stellenwert zuerkannt (siehe dazu die folgenden Abschnitte): »Die Arbeit gehört einfach zum Leben dazu. Man braucht irgendwas, man braucht eine Arbeit, eine Aufgabe.« (TN 2: Frau H, 53 Jahre, Hilfsarbeiterin, vorwiegend psychische Beschwerden) »Ohne Arbeit kann man nicht Leben.« (TN 16: Herr K, 46 Jahre, Koch, körperliche Beschwerden)

Ein Leben ohne Arbeit können sich demnach die wenigsten Befragten vorstellen. Lediglich ein »Lottosechser« oder fiktive Szenarien könnten ein Leben ohne Berufstätigkeit rechtfertigen. Wobei ein Lottosechser oder genug Geld, um nicht mehr arbeiten zu müssen, kaum mit »Nichts tun« gleichgesetzt wird. Vielmehr würden ausreichende finanzielle Mittel zum Beispiel eine Tätigkeit ermöglichen, die mehr Spielraum zur Selbstverwirklichung bietet als frühere oder antizipierte zukünftige Erwerbsarbeit: »Na ja, nur wenn ich im Lotto gewinne. Dann, dann wahrscheinlich schon, dann kann ich selbst eine eigene Firma aufbauen.« (TN 15: Herr B, 47 Jahre, Sicherheitsdienst, vorwiegend körperliche Beschwerden)

Aber auch karitatives Engagement können sich einige Befragte anstatt einer Lohnarbeit vorstellen. Arbeit wird in diesem Kontext auch als gesellschaftlicher Beitrag gesehen und vermittelt den befragten Personen ein Gefühl, »gebraucht zu werden« und/oder etwas »Sinnvolles/Nützliches zu tun«: »(...) gehen wir davon aus, ich wäre reich (...) und muss nicht arbeiten gehen, weil genug Geld vorhanden ist, müsst' ich mich zumindest sozial irgendwie freiwillig melden oder eine Firma aufbauen (...).« (TN 1: Herr B, 35 Jahre, Einzelhandels-

kaufmann, körperliche Beschwerden) »(...) ich würde dann ehrenamtlich etwas machen (...).« (TN 13: Frau K, 53 Jahre, Hauskrankenpflegerin, körperliche und psychische Beschwerden)  
 »(...) ich tät' sicher etwas ehrenamtlich machen (...).« (TN 14: Frau S, 52 Jahre, Krankenschwester, körperliche Beschwerden)

Herr W beschreibt beispielsweise, dass er sich ein Leben ohne Arbeit nur dann vorstellen könne, wenn niemand arbeiten müsse. Arbeitslosigkeit bedeutet für ihn ansonsten soziale und gesellschaftliche Exklusion: »(...) wenn's für jeden so wär, okay. Aber alleine als//..., oder halt als geringe Gruppe der Gesellschaft glaub' ich nicht, dass das gut hinkommt (...).« (TN 18: Herr W, 27 Jahre, Hotel- und Gastgewerbeassistent, vorwiegend körperliche Beschwerden)

Für Frau B ist es hingegen unter Umständen vorstellbar, nicht erwerbstätig zu sein, wenn sie als Hausfrau und Mutter tätig wäre.

»Wenn ich eine Familie hätte und wirklich HAUSfrau wär', mit mehreren Kindern, könnte ich mir das schon vorstellen.« (TN 11: Frau B, 22 Jahre, Hilfskraft, psychische Beschwerden)

Für Herrn K ist schließlich ein Leben ohne Arbeit nur in der Alterspension vorstellbar: »(...) irgendwann ja, wenn ich in Pension geh' [LACHT]. Dann hat man Sein's erfüllt im Prinzip, aber so in der jetzigen//..., also in meinem Alter nicht, na. Gehört zum Leben dazu.« (TN 16: Herr K, 46 Jahre, Koch, körperliche Beschwerden)

Im Wesentlichen müssten also, abgesehen von der Alterspension, drei Rahmenbedingungen gegeben sein, damit für die Befragten ein Leben ohne Erwerbsarbeit überhaupt vorstellbar ist:

- eine finanzielle Absicherung;
- ein passendes gesellschaftliches und soziales Umfeld sowie
- eine andere »sinnvolle« Beschäftigung oder Aufgabe.

Diese Einstellungen sind relativ stabil, die Arbeit ist und bleibt bei den Befragten, neben der Familie, ein zentraler Lebensbereich. Lediglich die Gesundheit, als Basis für die berufliche Leistungsfähigkeit, wird mitunter als noch wichtiger erachtet. Während Zeiten der Arbeitslosigkeit zu Beginn noch durchaus als Wohltat und Erholungszeit oder wie ein längerer »Urlaub« erlebt werden, verändert sich diese Einstellung mit fortschreitender Dauer der Erwerbslosigkeit. Einige Befragte geben hierzu konkrete Zeiträume an, davon dass Arbeitslosigkeit bis zu drei Monaten durchaus angenehm sei, ist beispielsweise die Rede, vor allem vor dem Hintergrund der gesundheitlichen Beeinträchtigung. Nach einem gewissen Zeitraum wird die Erwerbslosigkeit auf verschiedenen Ebenen jedoch als zunehmend belastend beschrieben, wie in Folge auch erläutert werden soll: »(...) Aber nur z'Haus sitzen//..., gewisse Zeit, wie gesagt, is' es schön,\*, wie wenn's ein Urlaub wär', aber nach zwei, drei Monaten, wird's die Hölle.« (TN 16: Herr K, 46 Jahre, Koch, körperliche Beschwerden) »Also kurzfristig ist okay. Also das kann ich im Leben regeln, aber nicht auf lange Distanz. Das wird noch schlimmer, nicht besser, nur schlimmer.« (TN 15: Herr B, 47 Jahre, Sicherheitsdienst, vorwiegend körperliche Beschwerden)

Die subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit zeigt sich auch in den psychologischen Testergebnissen. Im Durchschnitt räumen die Befragten der Arbeit im persönlichen Leben einen relativ hohen Stellenwert ein, der im Beobachtungszeitraum stabil bleibt.

## Einstellungen zur Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension

Den StudienteilnehmerInnen wurde auch die Frage gestellt, ob sie schon einmal in Erwägung gezogen haben, eine Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension zu beantragen. Dabei zeigte sich, dass die meisten der Befragten zumindest schon einmal mit dem Gedanken gespielt haben, eine solche zu beantragen. Nur wenige scheinen jedoch tatsächlich einen Antrag zu stellen.<sup>129</sup> Die Gründe gegen eine Antragsstellung lassen sich grob in drei Bereiche gliedern:

- persönliche Abneigung;
- keine finanzielle Attraktivität;
- geringe Erfolgsaussichten.

Einige Befragte haben sich zwar schon mit der Thematik auseinandergesetzt, befinden aber, dass eine Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension keine adäquate Lösung ihrer Situation wäre. Hier wird eine deutliche persönliche Abneigung artikuliert. Jene TeilnehmerInnen sehen sich weder zu alt noch zu krank, um nicht mehr arbeiten zu können: *»Also ich finde, das kann ich noch schaffen. Also berufstätig zu sein. Also so wirklich so schwer bin ich nicht krank, das kann ich zum Beispiel am Computer arbeiten oder leichte, leichte, aahm, ääh, ah, körperliche, aah, Tätigkeiten kann ich auch. Also bisschen Kilo kann ich heben auch und so weiter,\*, und, ah, ja,\*, also Pension nicht [LACHT KURZ].«* (TN 15: Herr B, 47 Jahre, Sicherheitsdienst, vorwiegend körperliche Beschwerden) *»Na ja, das geht ja nicht weiter, sonst,\*, ich bin ja noch zu jung für eine Pension.«* (TN 16: Herr K, 46 Jahre, Koch, körperliche Beschwerden)

Mitunter findet auch ein Vergleich zu anderen beeinträchtigten Personen statt. In diesem Zusammenhang wird auch von schlechtem Gewissen gesprochen. So berichtet beispielsweise Herr W, dass er bereits im Warteraum der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) saß, dann aber die anderen AntragswerberInnen sah und unverrichteter Dinge wieder ging: *»(...) ich war auch schon dort [HUSTET], wollte das einreichen, bin dann wieder g'angen, warum weiß ich nicht, das war in einer meiner verwirrten Phasen. Weil ich dort Leute g'sehen hab' mit starken Einschränkungen. Und man dort irgendwie ein schlechtes Gewissen bekommen hab' und ma' dacht hab': »Nein, wenn ma' die sagt, ich hab' da siebzehn Prozent, und das ist zu wenig, dann ärger' ich mich noch und reg' mich vielleicht auf, und daneben steht jemand, dem ein Bein fehlt und (...).«* (TN 18: Herr W, 27 Jahre, Hotel- und Gastgewerbeassistent, vorwiegend körperliche Beschwerden)

Manche Befragte meinen auch, dass eine frühzeitige Pensionierung psychologisch nicht gut für sie wäre, oder sie wüssten nicht, was sie mit ihrer Zeit anfangen sollten: *»(...) In Pension gehen würde ich nicht wollen. Ich brauche was zum Tun.«* (TN 3: Herr S, 51 Jahre, Key Accounter, psychische und körperliche Beschwerden)

Argumente gegen eine Antragsstellung bzw. gegen eine frühzeitige Pensionierung sind auch finanzielle Aspekte. So äußern manche TeilnehmerInnen Zweifel, dass eine mögliche Pensionszahlung ausreichen würde, um ihnen einen adäquaten Lebensstandard zu ermöglichen: *»(...)*

<sup>129</sup> Anzumerken ist, dass jene Befragten, die angegeben haben, einen Antrag auf Berufsunfähigkeits- oder Invaliditätspension gestellt zu haben, einen negativen Bescheid erhalten haben.

*ich bin erstens zu jung und zweitens mit dem Einkommen, wenn man sie bekommen würde, kann ich überhaupt nicht leben.» (TN 16: Herr K, 46 Jahre, Koch, körperliche Beschwerden)*

Der dritte häufig genannte Grund gegen eine Antragsstellung auf Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension sind geringe Erfolgsaussichten. Auch diesbezüglich finden Vergleichsprozesse mit anderen beeinträchtigten Personen statt. Einige Befragte erzählen dazu Fallbeispiele von Menschen, die scheinbar stärker beeinträchtigt sind als sie selbst und trotzdem keine Chance auf eine Berufsunfähigkeits- oder Invaliditätspension haben oder hatten: *»Und eine ganz schlimme Beispiel, das war auch bei uns, äh, unsere Kurs, äh, dass, äh, jemand auch hat, äh, künstliche Becken, hat die, äh, künstliche Knie bekommen, äh, auch Herzoperation [UNV] und, äh, schwere Depression, hat jetzt psychologisch und psychiatrische Betreuung dazu und hat da//..., auch diese Antrag auf Invalidität und hat nicht bekommen. Dreiundfünfzig Jahre alt, ja. Also ist wirklich extrem. Er ist//..., hat selbst gesagt, er kann nicht irgendwo arbeiten gehen, und sogar eine Firma ihn//..., ihn irgendwo braucht, ja. Er kann auch nicht sitzen, kann auch nicht stehen, \*, liegen gut [LACHT] kann auch nicht so lang. Und ist schnell erschöpft. [UNV] Er ist schon, \*. Und trotzdem hat keine Invaliditätspension bekommen.« (TN 15: Herr B, 47 Jahre, Sicherheitsdienst, vorwiegend körperliche Beschwerden)*

Die Gründe für eine Antragsstellung lassen sich ebenfalls in drei Grobkategorien unterteilen:

- krankheitsbedingter Leidensdruck;
- auf Empfehlung;
- psychische Entlastung:
  - durch die Schaffung stabiler Verhältnisse,
  - durch die Auflösung beruflicher Perspektivlosigkeit,
  - durch die Beendigung langdauernder Arbeitslosigkeit.

Der krankheitsbedingte Leidensdruck, auch wenn er subjektiv stark ausgeprägt ist, scheint bei den StudienteilnehmerInnen selten allein der Grund für eine Antragsstellung zu sein. Denn die meisten Betroffenen hoffen auf eine Besserung ihrer Beschwerden, um ein »normales« Leben führen zu können. Lediglich auf Empfehlung anderer oder in einer akuten Krankheitsphase scheint daher ausschließlich die Erkrankung im Vordergrund zu stehen. Vielmehr wirkt es, als sei eine Aussicht auf Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension in erster Linie eine psychische Entlastung. Diese psychische Entlastung dürfte auf mehreren Ebenen zum Tragen kommen.

Einerseits würde eine Pensionierung wieder Stabilität und geordnete Verhältnisse im Gegensatz zu einer unsicheren Zukunft bringen. Hier kommt insbesondere eine berufliche Perspektivlosigkeit zum Tragen, wobei nicht nur die Wahrnehmung von mangelnden Chancen am Arbeitsmarkt ins Gewicht fällt, sondern auch eine persönliche Orientierungslosigkeit eine Rolle spielen kann: *»Ja, die Idealvorstellung wär' schon, dass ich früher in Pension gehen könnte, \*. Das, \*, weil ich da einfach mein Leben besser planen kann, wenn irgendwas sicher is', net?« (TN 14: Frau S, 52 Jahre, Krankenschwester, körperliche Beschwerden)*

Auf der anderen Seite stellt die Aussicht auf Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension auch einen Ausweg aus der stigmatisierten Arbeitslosigkeit dar. Aus Mangel an Gesundheit und beruflichen Perspektiven dient eine Pensionierung in diesem Zusammenhang dem Selbstschutz. Sie ist eine Möglichkeit, sich eigenen Ansprüchen, Ansprüchen seitens des AMS und dem gesellschaftlichen Druck zu entziehen, dem sich einige Personen nicht mehr gewachsen fühlen. Schließlich bewerten sowohl Individuen als auch die Gemeinschaft sich und andere in hohem Maße über Erwerbstätigkeit und Leistung. Die Betroffenen hätten mit einer Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension quasi einen legitimen Bescheid darüber, dass sie nicht mehr so viel leisten können und daher nicht mehr konkurrenzfähig sind. Allerdings soll hier nicht der Eindruck entstehen, dass die befragten Personen nicht tatsächlich in ihrer Gesundheit und Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt sind. Vielmehr sind sie doppelt belastet, weil die schwierigen Umstände und deren Bewertung eine Reintegration in den Arbeitsmarkt zusätzlich erschweren.

Dies ist beispielsweise bei Frau H der Fall. Zunächst ist sie noch froh darüber, dass ihr Antrag abgelehnt wurde, den sie auf Empfehlung einer AMS-Beraterin bzw. eines AMS-Beraters und unter akutem Krankheitsgeschehen stellte. Nach bisher erfolglosen Versuchen, durch Stabilisierung, Qualifizierung und Vermittlungsunterstützung wieder eine Anstellung zu finden, verschlechtert sich jedoch Frau H's psychischer Gesundheitszustand, der von niedrigem Selbstwert, Trauma und Depression geprägt ist. Sie denkt schließlich erneut über eine Antragsstellung nach, obwohl sie eigentlich lieber einer geregelten Arbeit nachgehen würde.

### **Fallbeispiel TN 2: Frau H, 53 Jahre, Hilfsarbeiterin, vorwiegend psychische Beschwerden (Auszüge aus den Gesprächstranskripten)**

#### **Erstes Interviewgespräch**

*»Das hat//..., ah//..., von//..., also als ich vom Burgenland nach Wien übersiedelt bin, zum ersten Mal beim AMS war, bei der AMS-Beraterin und die meine ganze Geschichte halt gelesen hat, und die hat mir diesen Vorschlag gemacht, und die hat das auch dann für mich beantragt, also ich//..., hat's gesagt, dass ich machen soll, und ich hab dann auch beantragt, weil mir ging's ja sehr schlecht damals, ich hatte//..., damals war ich ja so drinnen in dieser depressiven Phase. Aber es wurde abgelehnt, wurde abgelehnt, ah, ich kann noch//..., ja genau, so steht's drinnen, ich kann noch leichte Hilfstätigkeiten machen, und ich kann bis zu zwanzig Stunden arbeiten und, ah, ja genau, deshalb wurde es abgelehnt. Aber ich bin ja froh, dass es abgelehnt wurde, weil, wie gesagt, weil es kommt mir so vor, das ist dann, ja, das ist dann die letzte Station. Da kannst dich gleich//..., es kommt mir so vor, da kannst dir gleich jetzt dann gleich ein Grab am Friedhof reservieren. Also es//..., also ich freu' mich nicht grad, wenn ich sag' »Pensionistin«, das ist so dieses//..., das ist Endstation, das ist das Letzte, da kommt ja gar nichts mehr. Kannst ja nur mehr warten auf den Tod. Ja. Also viele warten, dass sie pensioniert werden und freuen sich dann drüber. Also, \*3\*. Ich//..., ich würd' mich nicht freuen, ich war froh, dass es abgelehnt wurde.«*

### Zweites Interviewgespräch (etwa fünf Monate später)

»Ja, ich glaub 'ich war damals noch ein bisschen, \*, motivierter und//...,\*. Ich glaub ', ich war damals noch ein bisschen//...,\*\*. Ich bin jetzt wieder ein bisschen so zurückgekommen. Ich glaub 'depressiv ein bissl, \*. (...) »Ja, dass für mich noch nicht die richtige Arbeit//...,\*. Dass ich die richtige Arbeit für mich noch nicht gefunden habe oder auch noch nichts hab ', durch die ganzen Ablehnungen und Absagen gar nicht die Möglichkeit bekommen habe, irgendwo einmal anzufangen, \*\*. Also ich konnte ja jetzt gar nicht anfangen und schauen, ob ich's kann oder nicht, \*. So ist es ja nicht, \*. Ich hab 'bis jetzt noch keine Möglichkeit bekommen, \*\*. Das Hindernis, ja, \*. Und vielleicht auch, dass zu wenig Arbeitsplätze, \*, für so Menschen sind, \*, so wie ich bin, so mit seelischer Einschränkung, körperliche Einschränkungen, \*. Das es vielleicht, \*\*, auch keine Arbeitsplätze, \*\*, für uns gibt, \*, oder für mich gibt, \*7\*. Ja. (...) JA, ich hab 'schon wieder überlegt [ANMERKUNG: Berufsunfähigkeitspension zu beantragen] weil, \*4\*, wie gesagt, ich bin ja auch so, wenn ich wo arbeit ', dann will ich ja auch die Arbeit machen, ja, \*. Ich will ja nirgendwo arbeiten und dann sagen: ›Das kann ich nicht, und das kann ich nicht heben‹, und das will ich ja auch nicht. Ja, und ich glaub 'so wa//...,\*. So jemand wird auch nicht gerne gesehen in der Firma. Wenn man sagt: ›Das mach 'ich, und das kann ich nicht, ja.‹ Also ich hab 'jetzt schon in letzter Zeit wieder überlegt, ob ich, \*, wieder reden sollt 'mit meiner AMS-Beraterin. Ob wir das wieder jetzt machen, \*. Oder ob wir noch weiter versuchen, \*. Aber der Gedanke ist mir auch schon gekommen.«

### Arbeit bedeutet Existenzsicherung und finanzielle Unabhängigkeit

Der Stellenwert der Arbeit im Sinne einer Existenzgrundlage ist bei den Befragten sehr hoch. Zwar werden Lohn beziehungsweise Gehalt und deren Höhe selten als einziges oder wichtigstes Kriterium für oder gegen die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit genannt, dennoch sind finanzielle Aspekte ein stabiler und starker Motivator: »Es ist wichtig, ich würde gerne Geld verdienen, und ja, nicht viel, aber genug Geld verdienen (...), es ist jetzt nicht so, dass ich kostenlos irgendwie arbeite, das nicht, aber es ist nicht das Wichtigste«. (TN 13: Frau K, 53 Jahre, Hauskrankenschwester, körperliche und psychische Beschwerden)

So wird beispielsweise der Gelderwerb ganz allgemein als Grundlage dafür gesehen, das Leben genießen zu können. Er ermöglicht zum Beispiel, sich Wünsche zu erfüllen bzw. sich einen kleineren oder größeren »Luxus« leisten zu können: »(...) wenn 'st dir was aufbauen willst, eine Wohnung haben willst, Familie, vielleicht ein Auto, das geht nicht, das geht nicht ohne Arbeit.« (TN 18: Herr W, 27 Jahre, Hotel- und Gastgewerbeassistent, vorwiegend körperliche Beschwerden) »(...) ich brauch ', weiß Gott, nicht viel, aber ein bissl möchte ich mir leisten können.« (TN 16: Herr K, 46 Jahre, Koch, körperliche Beschwerden)

Einige Befragte sprechen auch vom Erhalt eines gewissen Lebensstandards, den sie sich geschaffen haben. Die Erwerbstätigkeit sollte daher zumindest so viel Lohn einbringen, dass dieser Standard erhalten werden kann. Hier spiegelt sich auch eine gewisse Angst vor sozialem Abstieg wider: »Ich suche einen Job, aber nicht für tausendzweihundert netto.« (TN 7: Herr S, 49 Jahre, Kellner, körperliche und psychische Beschwerden) »(...) auf alle Fälle auf, auf Niveau,

*nicht unten gehen, nicht noch runter, sondern gewisses Niveau BLEiben.*« (TN 15: Herr B, 47 Jahre, Sicherheitsdienst, vorwiegend körperliche Beschwerden) »*Man hat sich was erschaffen, und das will man erhalten.*« (TN 16: Herr K, 46 Jahre, Koch, körperliche Beschwerden)

In Ausnahmefällen verschiebt sich aber die Wertigkeit des Geldes hin zu einer »neuen Bescheidenheit«. Eine Zufriedenheit, trotz finanzieller Knappheit, stellt sich ein. Die teilweise Loslösung von der Konsumgesellschaft wird auch als Befreiung empfunden. Dies natürlich nur dann, wenn basale Bedürfnisse, wie etwa Wohnen, Nahrung, Kleidung, hinreichend finanziell abgesichert sind: »(...) *ich bin draufgekommen, dass manche Sachen einfach so was von unwichtig sind.*« (TN 3: Herr S, 51 Jahre, Key Accounter, psychische und körperliche Beschwerden)

Ganz generell steigt die Bedeutung des Geldes aber natürlich, wenn die Existenz bedroht ist. So berichten einige Befragte, dass sie nur sehr knapp oder gar nicht mit den Transferleistungen auskommen. Sie müssen, wenn vorhanden, auf Ersparnis zurückgreifen oder sind auf die finanzielle Hilfe von Angehörigen angewiesen. Teure Anschaffungen, und dazu zählen beispielsweise auch warme Winterjacken, sind neben den Fixkosten nur schwer zu finanzieren. Unvorhergesehene notwendige Ausgaben machen den Betroffenen zusätzlich große Sorgen: »*Auf jeden Fall einmal Geld zu verdienen, weil ich leb 'quasi mit der Notstandshilfe, und das ist kein Leben, also das ist eher wirklich jeden Cent dreimal umdrehen, und das heißt, ahm,\*, NUR billig einkaufen, NUR Angebote einkaufen, die WIRKLICH billig sind. Das heißt, ich sprech' nicht von Werbeangeboten oder so etwas, ja, ,ahm, wo's eine, was weiß ich, Designerjacke, von mir aus, ah, statt dreihundert Euro um, von mir aus, siebzig Euro gibt. Ja, weil siebzig Euro auf einmal kann ich mir nicht leisten,\*. Also, ah, bei mir muss es einfach noch billiger sein, bei mir muss es lang im Vorhinein geplant sein, weil für eine Sache, die siebzig bis hundert Euro kostet, muss ich circa drei bis vier Monate sparen,\*. Und das ist,\*\*, einfach kein Leben.*« (TN 1: Herr B, 35 Jahre, Einzelhandelskaufmann, körperliche Beschwerden)

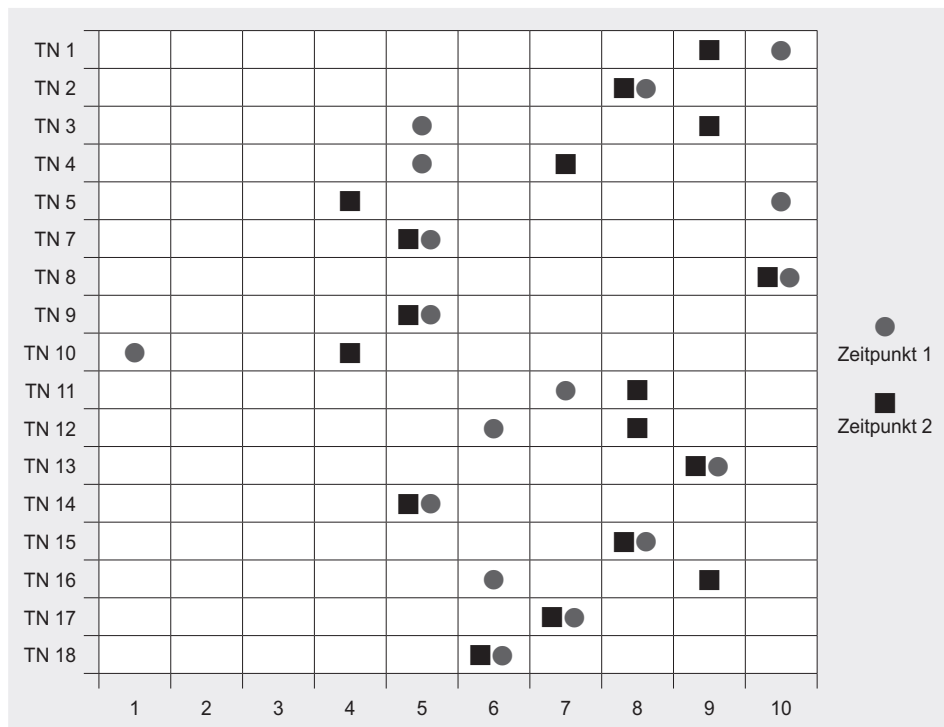
Finanzielle Aspekte gewinnen auch dann an Bedeutung, wenn andere Personen unterstützt werden müssen oder wollen. Der Familie oder den Kindern auch finanziell etwas bieten zu können, sei es eine gute Ausbildung, spezielle medizinische Behandlungen oder kleine Aufmerksamkeiten, war oder ist jenen Befragten, die eine Familie haben, sehr wichtig: »(...) *ich muss leben, ich muss anziehen, ich muss meine Kinder auch,\*, äh, geben, äh,\*, Geld ist es wert, andere Sache nehmen als meine Wunschberuf.*« (TN 8: Frau E, 47 Jahre, Publizistin, psychische und körperliche Beschwerden)

Der Gelderwerb bleibt im Befragungszeitraum ein sehr wesentlicher Motivator für die Wiederaufnahme einer Erwerbsarbeit. Auf Dauer von Sozialleistungen abhängig zu sein, dies ist für die Befragten keine probate Alternative zur Berufstätigkeit. Einerseits reichen die Unterstützungszahlungen kaum, um sich ein Leben nach eigenen Vorstellungen zu gestalten, und andererseits möchte die überwiegende Mehrheit der StudienteilnehmerInnen aus eigener Kraft für ihren Lebensunterhalt sorgen.

Auf die Frage, wie die InterviewpartnerInnen ihre finanzielle Situation (vgl. Abbildung 3) auf einer Skala von 1 »sehr gut« bis 10 »sehr schlecht« einschätzen würden, zeigt sich deutlich, wie drückend der Einkommensverlust durch Arbeitslosigkeit bzw. Krankheit wahrgenommen

wird. Im Durchschnitt wird die finanzielle Lage mit rund 7 und damit deutlich negativ angegeben. Mit fortschreitender Dauer der Erwerbslosigkeit verändert sich diese Einschätzung über das gesamte Sample gesehen nur im Kommabereich, fast durchgehend aber gleichbleibend oder negativer.

**Abbildung 3: Selbsteinschätzung der finanziellen Lage**



Quelle: abif 2013, Befragungsdaten (n=17); TN\_6 entfällt (vgl. Kapitel 3.2)

### Arbeit: Selbstbestimmung versus Fremdbestimmung

Arbeit wird daher häufig als Voraussetzung für ein unabhängiges bzw. selbstbestimmtes Leben gesehen. Die finanzielle aber auch psychologische Abhängigkeit von Organisationen, wie beispielsweise dem AMS, wird hingegen zumindest als unangenehm bis hin zu einem Kontrollverlust erlebt. Daher sprechen einige Befragte immer wieder von ihrem Bedürfnis nach Autonomie. Durch Arbeit »auf eigenen Beinen zu stehen« und Entscheidungen unabhängig von anderen treffen zu können kennzeichnet für sie ein »normales« Leben: »Mir ist ganz wichtig, dass ich auf eigenen Füßen stehen kann, dass ich nicht abhängig bin von jemandem. Also das ist das Um und Auf (...).« (TN 16: Herr K, 46 Jahre, Koch, körperliche Beschwerden)

Mitunter entsteht allerdings der Eindruck, dass die Befragten systembedingt im Laufe der Zeit passiver werden (müssen). Einerseits belastet die Arbeitsuchenden das Warten auf



Termine und Entscheide der involvierten Organisationen (AMS, PVA, BBRZ etc.). Andererseits liegen Entscheidungen über ihren weiteren Lebensweg gefühlsmäßig nicht mehr in ihrem Einflussbereich. Auch an Informationen mangelt es zum Teil. Insbesondere den älteren Befragten scheint die »Zeit davonzulaufen«.

Sehr aktive Personen, die versuchen, Entscheidungen zu forcieren, stoßen an die Grenzen des Systems und verharren schließlich in einer abwartenden Haltung. Diese Passivität scheint nicht nur eine Folge der Krise zu sein, wie man vielleicht meinen könnte. Somit kann von paradoxen Effekten in der Wechselwirkung zwischen dem Reha-System und den RehabilitandInnen gesprochen werden, die eine rasche Reintegration unter Umständen behindern, indem Passivität und Verantwortungsabgabe bis zu einem gewissen Grad systematisch erzwungen werden. Auch Selbstwirksamkeitserfahrungen werden dadurch behindert.

### **Fallbeispiel TN 1: Herr B, 35 Jahre, Einzelhandelskaufmann, körperliche Beschwerden (Auszüge aus den Gesprächstranskripten)**

#### **Erstes Interviewgespräch**

*»Na, ich bin derzeit, ich glaube, arbeitslos. Also ich weiß es nicht ganz genau. Grundsätzlich ja, aber wie das jetzt ist, weil die PV, Pensionsversicherungsanstalt, zahlt halt bei mir mit. Wie das genau abrennt, habe ich eigentlich keine Information bekommen, und den AMS-Termin hab' ich erst im Juli wieder, also dann weiß ich dann, was weitergeht. Ich glaub', die müssen mich dann rumschicken zum BBRZ, die PV muss nochmal ›Ja‹ sagen, und dann darf ich wieder dort weitermachen, wo ich aufgehört hab'.«*

#### **Zweites Interviewgespräch (etwa fünf Monate später)**

*»(...) ich bin ja in dem Kurs gewesen vom BBRZ, Buchhaltung, und den hab' ich abbrechen müssen wegen meiner Halswirbelsäule. Ich weiß noch nicht, was rauskommt, ich war zwar nach der Reha gleich beim AMS, aber das hat//... Die kriegen ja kein Geld mehr, und dementsprechend bin ich erst im Jänner wieder beim AMS bestellt und werde erst höchstwahrscheinlich im Februar oder im März wieder zum BBRZ zugestellt«*

*»(...) Mich persönlich regt es immer auf, wenn ich lang warten muss. Ich bin zwar ein SEHR geduldiger Mensch, aber ich bin einfach schon seit zweitausendundsieben arbeitslos, ich werd' nicht jünger und,\*, die Zeit verrinnt für mich einfach,\*, meist sinnlos, ja. Zum Beispiel, ich hab' ma' extra an Termin ausgemacht gleich direkt nach so einer Reha, dass ich so schnell wie möglich einsteigen kann, ja. Und dann kommt halt wieder so (...), muss ich leider sagen, ahm: ›Okay, wir haben das jetzt einmal aufgenommen, und kommen Sie in drei Monaten wieder.‹ Drei Monate ist ein Vierteljahr! Da muss ich drei Monate warten, bis ich beim BBRZ wieder anfangen kann, dann muss ich drei Monate warten, bis der, der, der Buchhaltungskurs wieder an dem Punkt ist, dort, wo ich anfangen kann oder einsteigen kann, ja, dann kann ich gleich wieder ein Jahr warten. Das ist ja, pff, zu viel für mich einfach, ja.«*

Im Befragungszeitraum scheint das Motiv der Unabhängigkeit – im Sinne des »Auf eigenen Beinen Stehens« – bei einigen Befragten an Bedeutung zu gewinnen. Eine Erwerbstätigkeit bedeutet, nicht mehr fremdbestimmt und abhängig zu sein. Es geht aber auch sehr stark um eine Reduktion der Unsicherheit, die mit Krankheit und Arbeitslosigkeit einhergeht. Arbeit bedeutet in diesem Zusammenhang Stabilität und Sicherheit (vergleiche dazu auch Kapitel 2.7).

Ein Ausnahmefall ist sicherlich Frau K; sie widersetzt sich dem Kontrollverlust im Sinne einer Verantwortungsabgabe vehement. Trotz Burnout (neben starker Beeinträchtigungen im Bewegungsapparat) kämpft sie für eine Lösung. Durch Zufall wird sie auf die Angebote im BBRZ aufmerksam und wird diesem auf Eigeninitiative zugewiesen. Sie arbeitet an ihrer psychischen Gesundheit im Zentrum für Seelische Gesundheit Leopoldau und versucht mit Nachdruck, ihre beruflichen Ziele zu verwirklichen.

### **Fallbeispiel TN 13: Frau K, 53 Jahre, Hauskrankenpflegerin, körperliche und psychische Beschwerden (Auszüge aus den Gesprächstranskripten)**

#### **Erstes Interviewgespräch**

*»Ich wusste schon im September, wenn sich das ausgereckt hat, was das bedeutet. Und ich hab' eigentlich schon an meine Zukunft irgendwie angefangen zu arbeiten, dann bin ich zu AMS gegangen, ich hab' denen gesagt: ›Ja, schauen Sie, ich bin in Krankenstand, wir können schon jetzt etwas machen, weil ich weiß schon, wo das enden wird.‹ Hat die Beraterin mich angeschaut, wie wenn ich von Himmel gefallen bin, und ich bin, ich weiß nicht was, und am Ende hat das so geendet, dass sie mir nicht helfen können. Ja gut, dann, ah, hab ich selber irgendwann irgendwelche Bewerbungen geschickt, nur im Pflegebereich, aber so, dass, ah, diese körperliche Tätigkeit nicht mehr so einen großen Anteil dort hat (...). Ist egal, ich wollte damit sagen, dass schon in Krankenstand hab' ich sehr viel dafür gemacht, dass ICH meine Situation ändere und ich nicht arbeitslos//..., arbeitslos sein muss. Hab' ich nicht geschafft, wo//..., gleich im Jänner hab' ich angefangen, die Los//..., Lösungen zu finden, und ich hab' erlebt dann bei AMS, dass die auf mich in Telefon geschrien haben, was//..., was unternehme ich da, ich soll warten und das machen, was die mir sagen [LACHT]. Und ich darf verschiedene Aktionen unternehmen und bla bla bla, ich hab' dann gesagt: ›Aha, na interessant‹, und dann hab' ich gesagt: ›Ja wissen Sie, ich hab' schon alles erlebt, aber dass mir jemand so viel Anweisungen, ah, geben würde, das hab' ich nicht erwartet.‹ Und dann hab' ich wieder bei Pflege [14:03 UNV, ETWA: Leiterin], das ist ein Teil von der Ausbildung für Fachsozialbetreuer, wo dieser Anteil von der körperlichen Arbeit nicht so hoch ist, und braucht man nur ein Jahr dazu machen. Dann hab' ich zwei Akademien gesucht in Wien, wo ich diesen Jahr irgendwie nachmachen könnte, bei Caritas wa//..., war die Direktorin sehr//..., ah, wie sagt man das?//..., entgegenkommend, und sie hat mir vorgeschlagen, ich kann in zwei Wochen [14:29 UNV, ETWA: in Mar//..., März] anfangen, einsteigen in einen laufenden Kurs, bis//..., bis Juni fertig machen, was mir dann fehlen würde, kann ich in Ferien irgendwie nachmachen. Das heißt, eigentlich*

*spätestens im September könnte ich schon in diesem anderen Beruf sozusagen, von dem ich schon ein Jahr habe als Pflegehelferin, einsteigen. Aber es wurde absolut nicht akzeptiert von dem AMS, weil ich war beim ABZ, das ist eine Frauenberatung, gleichzeitig, und die haben denen einen Brief geschickt, wo die das alles beschrieben hat, wie ich dazu gekommen bin und, ja, dass das empfehlenswert wäre, weil ich relativ schnell einsteigen ins Beruf kann. Nichts geschieht [LACHT]. Egal. Ah, dann hab' ich Glück gehabt, weil im AMS auf dem Bank da ist gehängt diese//..., so ein Flugblatt von BBRZ, damit bin ich zu dem Berater gegangen, und ich hab' ihm gesagt: ›Das hätte ich gern, bitte.‹ Und so bin ich bei BBRZ gelandet.«*

### **Zweites Interviewgespräch (etwa sechs Monate später)**

*»Was ich zur Zeit mache, zur Zeit warte ich,\*, [LACHT] auf die Entscheidung von dem Berater vom AMS, weil ich war bis einundzwanzigsten oder besser gesagt bis zwanzigsten Dezember bei BBRZ in diesem IMBUS-Programm, und es wurde mir etwas empfohlen, das heißt, BBRZ hat mir irgendeinen Vorschlag gemacht, was ich weiter zu tun habe oder so, und mir hat das irgendwie nicht ganz gefallen, dann hab' ich so eine kurzfristige Lösung mit dem Berater,\*, dann irgendwann besprochen, ah, und auch ich hab' dann gleich, äh, Kostenvorschläge für die Ausbildung, die ich gerne machen würde, besorgt. Ich hab' ihm das per E-Mail geschickt, und eigentlich warte ich darauf, dass er sich, äh, so schnell wie möglich meldet und wenn nicht, dann habe ich sowieso am achten Jänner schon wieder Termin mit ihm. Aber es war mir zu lang vom zweiten bis achten,\*, ah ja. Das heißt, am spätestens am achten Jänner werde ich dann erfahren, was für eine Einstellung AMS dazu hat,\*, was ich in der Zukunft, in der kurzfristigen Zukunft machen will. (...) Ich bin sehr ungeduldig geworden, ja. Sehr, sehr ungeduldig geworden, ja. Weil wenn ich schon wusste, dass dieser Vorschlag bei BBRZ mir nicht so ganz gefällt, dann hab' ich gleich AMS angerufen, und ich hab' gesagt: ›Bitte, ich will so schnell wie möglich einen Termin haben.‹ Hab' ich, Gott sei Dank, am zweiten einen bekommen, und ich hab' ihm gesagt: ›Ich bring' Ihnen heute die Kostenvorschläge.‹ Hat er gesagt: ›Nein, heute nicht, am achten. Dann.‹ Aber ich hab' ihm das doch am gleich am zweiten per E-Mail geschickt. Ich habe gesagt, ich will nicht warten [LACHT]. So, mhm,\*,.«*

Das Thema »Unabhängigkeit und Selbstbestimmung« wurde aber noch in einem anderen Zusammenhang relevant, nämlich als Wunschformulierung an zukünftige Arbeitsstellen, die selbst genug Raum zum selbständigen Arbeiten ermöglichen sollten. Demnach birgt auch eine Arbeitstätigkeit die Gefahr, sich abhängig und fremdbestimmt zu fühlen. Man möchte quasi nicht das eine Übel gegen ein anderes tauschen. So betonen viele TeilnehmerInnen, dass ihnen ein gewisser Handlungs- und Entscheidungsfreiraum in einer zukünftigen Arbeitstätigkeit sehr wichtig ist: *»Na ja, weiß nicht, dass ich halt in Ruhe selbständig arbeiten kann,\*, mir die Zeit einteilen kann,\*, ja das wär' ideal. Und dass es mir Spaß macht.«* (TN 14: Frau S, 52 Jahre, Krankenschwester, körperliche Beschwerden)

Dieser Wunsch stützt sich auch auf frühere positive und/oder negative Arbeitserfahrungen. Negativ erlebte Erwerbsarbeit – ohne der Möglichkeit, in gewissem Rahmen autonom zu agieren – wird demnach auch bewusst als psychische Fehlbeanspruchung wahrgenommen, die auch vor dem Hintergrund schon bestehender Erkrankungen vermieden werden soll. Wurden in der Vergangenheit in dieser Hinsicht positive Erfahrungen gesammelt, so möchten die Befragten ebenso wie im finanziellen auch in diesem Bereich nicht an Status verlieren: »(...) na, dass ist selbständige Arbeit, das hat mir sehr gefallen, dass, ahm, [UNV] (...) sondern war Abwechslung, das hat mir gefallen.« (TN 15: Herr B, 47 Jahre, Sicherheitsdienst, vorwiegend körperliche Beschwerden) »(...) ich hab' mich so eingesperrt gefühlt, wie in der Volksschule, also so wie//..., so wie ein Gefängnis (...). Ja ideal wär' für mich, wenn ich überhaupt ganz [LACHT] selbständig arbeiten könnte (...), da kann mich niemand herumkommandieren [LACHT]. (TN 12: Frau N, 53 Jahre, Telefoninterviewerin, psychosomatische Beschwerden)

In diesem Zusammenhang relevant erscheint auch die Wahrnehmung der beruflichen Alternativen. Werden wenig berufliche Chancen und Alternativen wahrgenommen, fördert dies negative Gefühle und Gedanken, wie »keine Wahl zu haben«, »nehmen zu müssen, was man bekommen kann«, aber auch »nichts Besseres verdient zu haben« oder »nichts Besseres mehr machen zu können«. In diesem Sinne entsteht ein Gefühl der Unfreiheit, weil aus einem Mangel an Alternativen unter Umständen auch Ängste aufkommen, Arbeitsplätze in Zukunft behalten oder annehmen zu müssen, die nicht den eigenen Vorstellungen und Ansprüchen an die Qualität der Arbeit entsprechen. Die Befreiung aus der Arbeitslosigkeit heißt also nicht automatisch, selbstbestimmt leben zu können, wenn die Alternative entfremdete Lohnarbeit ist, die keinerlei Raum für persönliche Entfaltung bietet. Der Wunsch, wieder Arbeit aufzunehmen, oder Integrationsversuche seitens des AMS können daher unter Umständen blockiert werden, wenn die Diskrepanz zwischen den subjektiv wahrgenommenen Perspektiven oder realen Chancen und den eigenen Ansprüchen zu groß erscheint: »Ich such' einen Job, aber nicht für zwölfhundert netto. Ich mein, ich hab' fünfunddreissig Jahre Erfahrung als Kellner, ich hab' zwei internationale Auszeichnungen (...). Überqualifiziert.« (TN 7: Herr S, 49 Jahre, Kellner, körperliche und psychische Beschwerden)

So wird fallweise auch eine selbständige Tätigkeit als letzter Ausweg ins Auge gefasst, um sich Handlungs- und Entscheidungsspielraum zu schaffen oder zu erhalten.

## Arbeit und Emanzipation

Insbesondere für die befragten Frauen mit Migrationshintergrund dürfte auch der emanzipatorische Aspekt einer Berufstätigkeit eine zentrale und stabile motivatorische Rolle spielen.

Besonders eindrücklich schildert dies Frau E: Ihre Intention zu migrieren war es u. a., als Frau ein selbstbestimmtes Leben zu führen und einem Beruf nachgehen zu können. Angesichts politischer und gesellschaftlicher Problematiken sah sie die Voraussetzungen für ein solches Leben in ihrem Heimatland nicht gegeben. Allerdings blieb ihr ein solches aufgrund ihrer tragischen Biographie auch bisher mehr oder weniger verwehrt (vgl. Kapitel 3.3). Als »Gefangene« zwischen zwei Lebenswelten findet sie für sich keinerlei positive Anerkennung ihrer Leistung,

denn in ihrer Heimat, so meint sie, hat eine Frau zumindest viele Kinder, die »Arbeit machen«. In unserem Kulturkreis muss eine Frau ihrer Meinung nach erwerbstätig sein. In Österreich und mit »nur« zwei Kindern fühlt sie sich daher wertlos, weil sie weder viele Kinder noch Arbeit hat: *»Ich bin eine//..., eine selbständige Frau muss arbeiten. Normalerweise//..., bei unserer Familie// gibt's, keine Familie hat nur zwei Kinder. Nur ich [LACHT]. Also, das vergessen zwei Kinder, was ist//..., bei uns die Frauen muss drei, vier, fünf, sechs, zehn Kinder, das ist normal, aber was ist das//..., zwei nicht. Ja, und deshalb habe zwei Kinder, ich muss nebenbei auch mein Leben genießen. Ich muss arbeiten, ich muss selber für mich denken als Person, für mich selber denken. (...) Man muss als Frau auch viel machen, die Frau kann alle//..., alles machen. Als Mensch, als Frau kann man viel machen und ich hab'//..., ich bin nicht zufrieden, nichts, das ist auch eine Leidenschaft.«* (TN 8: Frau E, 47 Jahre, Publizistin, psychische und körperliche Beschwerden)

Aber auch Frau K berichtet, dass Arbeit für sie einen hohen Stellenwert hat. Anders allerdings als Frau E betont sie, dass in ihrer Heimat Frauen besonders arbeitsorientiert sind, mehr noch als es aus ihrer Sicht bei österreichischen Frauen der Fall ist. Frau K sieht ihr Leben allein durch Hausarbeit und Kindererziehung nicht erfüllt. In ihrer Heimat machte sie Karriere und stellte daher das Familienleben hinten. Heute leidet sie offenbar eher an der »österreichischen« Einstellung zu berufstätigen Müttern, die vielfach immer noch als »Rabenmütter« gesehen werden. Sie hat das Gefühl, zu wenig für ihren Sohn dagewesen zu sein: *»(...) weil Arbeit gibt meinem Leben irgendwie Sinn. Das heißt, ich bin nicht so ein Typ, ah, der sich mit, ah, Betreuung von der Familie identifiziert, ich weiß nicht, die Frauen von dem Osten sind einfach so [LACHT]. Wir sind eher so selbständig und dann auch, ah, gewohnt, selbst zu bestimmen und so selbständig zu sein. Das heißt, ich bin eher diese Schiene, dass ich, ah, immer//..., immer selbständig war, immer entscheiden konnte. (...) Ich bin so ein Mensch, einfach, ja. Das heißt, Arbeit ist mir sehr wichtig, weil, wie gesagt, gibt mir//..., gibt meinem Leben Sinn und, ja, bringt mir diese existenzielle Grundlage. Weil//..., ja. Kommt nicht von Himmel [LACHT]. Und von Luft kann man nicht leben.«* (TN 13: Frau K, 53 Jahre, Hauskrankenpflegerin, körperliche und psychische Beschwerden)

### **Arbeit: Beschäftigung und Aktivität**

Neben dem finanziellen Benefit bedeutet Arbeit aber vor allem auch Beschäftigung und Aktivität. Aktiv zu sein und Beschäftigung zu haben wird in gewisser Hinsicht auch mit relativer Gesundheit gleichgesetzt bzw. wird als der psychischen Gesundheit dienlich beschrieben. In Phasen der Arbeitslosigkeit wird daher versucht, die Beschäftigungslosigkeit im engeren Sinne durch Hobbys, Sport etc. zu kompensieren. *»Nichts tun«* ist auf lange Sicht keine attraktive Alternative: *»Einfach nichts tun, das würde mir nicht gut tun, ich glaube nicht, dass das irgendwem gut tut auf Dauer.«* (TN 3: Herr S, 51 Jahre, Key Accounter, psychische und körperliche Beschwerden) *»Also wenn ich so draußen bin und wenn ich so Beschäftigung hab', und da merk' ich, das tut mir gut.«* (TN 2: Frau H, 53 Jahre, Hilfsarbeiterin, vorwiegend psychische Beschwerden)

In bestimmten Fällen wird jedoch ein gewisser Druck von außen, ein externer Antrieb, etwas tun zu müssen, als durchaus entlastend gesehen, um Aktivität aufrechtzuerhalten. So erscheint es einigen Befragten unmöglich, ihre Zeit aktiv zu füllen, wenn sie keiner Arbeit nachgehen. Einerseits fehlt oft das Geld, um sich tagesfüllend Freizeitaktivitäten zu finanzieren, und andererseits gehen nach einer gewissen Zeit auch die Ideen zur sinnvollen Nutzung der Tagesfreizeit aus: »Das Furchtbare daran ist, so viel ZEIT zu haben,\*. Ist kein Spaß. Eine gewisse Zeit lang kann man sich beschäftigen, aber danach sitzt man daheim! Was macht man? Daheim ist die komplette Arbeit erledigt. Die ganzen Freunde sind arbeiten. Familie nicht daheim, ist auch hackeln: ›Hmmm, jetzt ist mir fad.‹ Was machst da?« (TN 9: Herr K, 23 Jahre, Tischler, körperliche Beschwerden) »(...) ich//..., wirklich, ich will nicht mehr zu Hause sitzen, das zipft mich einfach an, dieses Zuhause-Sitzen, ich bin das nicht,\*, sitzt zu Hause wie ein Volltrottel und wartest, dass es Abend wird und dass du wieder schlafen gehen kannst. Das ist der Sinn des Lebens? Nicht für mich. Wir haben eh schon alles in Wien abgeklappert, von Schönbrunn, Haus des Meeres, Lainzer Tiergarten, bla bla bla. (...) Es gibt nichts mehr, was ich in Wien sehen könnte, [LACHT] was mich interessieren oder mich überraschen kann.« (TN 5: Herr N, 34 Jahre, Friseur, vorwiegend psychische Beschwerden)

Auch Personen mit einer passiv-reagiblen Grundhaltung fühlen sich den Umständen eher ausgeliefert und verfügen nur über eingeschränkte Handlungsfähigkeit, ihr Leben abseits der Arbeit aktiv zu gestalten. Ganz generell wird bei den Befragten dem reinen Zeitvertreib im Vergleich zu einer Erwerbstätigkeit wenig Sinn beigemessen.

Wiewohl die Beschäftigung im engeren Sinne für fast alle Betroffenen einen wichtigen Stellenwert einnimmt, scheint sie für Personen mit psychischen Erkrankungen mitunter eine besondere Bedeutung zu haben. So wird die Arbeit auch als Ablenkung von eigenen Problemen beschrieben. Die Arbeits- bzw. Beschäftigungslosigkeit wird insbesondere als Belastung erlebt, weil mehr Zeit zur Verfügung steht, um zu »grübeln«. Die Arbeit würde nach Meinung jener Befragter dazu zwingen, außer Haus zu gehen, unter Menschen zu kommen und von ihren Problemen kurzzeitig abzulenken: »Ja, es ist einfach, wenn Langeweile auftaucht, dann tauchen auch Gedanken auf, und //..., und die sind einfach sehr selbstentwertend.« (TN 11: Frau B, 22 Jahre, Hilfskraft, psychische Beschwerden) »(...) und ich merk', wenn ich so an mehreren Tagen frei hab' und so alleine bin, weiß ich nicht mehr, was soll ich machen, also dann kommt wieder so dieses Depressive her, dann kommt wieder das Depressive, und ich merk', es tut mir nicht gut. Also wenn ich draußen bin und wenn ich so Beschäftigung hab', und da merk' ich, das tut mir gut, und da bin ich froh, wenn ich wieder zu Hause bin und denk' so: ›Ich hab' wieder was geschafft.‹ Dann genieße ich diese Freizeit, ja. (...) Ohne Arbeit zu leben, ist schwerer, weil eben, weil du hast so viel Zeit zum Nachdenken. Das ist für mich das Schlimmste, also //..., dieses Denken.« (TN 2: Frau H, 53 Jahre, Hilfsarbeiterin, vorwiegend psychische Beschwerden)

Wie bereits erläutert kann durch Hobbys und andere Aktivitäten ein Fehlen der Erwerbsarbeit bis zu einem gewissen Grad kompensiert werden. Dennoch ist diese Art der Beschäftigung auf Dauer kaum ein Ersatz für eine Erwerbsarbeit, da ihr nicht der gleiche Stellenwert zugeschrieben

wird. Die Arbeit erfüllt neben einer reinen Beschäftigung noch andere Funktionen, die über »Tätig sein« offenbar nur schwer zu kompensieren sind. Dazu gehört neben dem finanziellen Anreiz vor allem die sinn- und identitätsstiftende Dimension der Erwerbsarbeit. Im Befragungszeitraum und mit der Dauer der Erwerbslosigkeit nimmt daher der Stellenwert der Arbeit als Quelle aktiver und sinnvoller Beschäftigung zu.

### **Arbeit: Sinn- und Identitätsstiftung**

Im Allgemeinen wird der Arbeit eine sinn- und identitätsstiftende Funktion zugeschrieben. Der Beruf (»Was wir sind.«) ist demnach essenzieller Bestandteil unserer Selbstdefinition und erlaubt es zudem, sich als nützliches Mitglied der Gesellschaft zu fühlen.

Dass die Erwerbsarbeit für die Selbstdefinition sehr wichtig ist, wird schon im Abschnitt »Arbeit als essenzieller Teil des Lebens« deutlich, indem die Arbeit als ein wesentlicher Bestandteil des Lebens beschrieben wird. Wie eng jedoch die Arbeit mit Sinn und Identität konnotiert ist, wird beispielsweise in folgenden Aussagen deutlich: *»(...) Arbeit ist mir wichtig, weil Arbeit gibt meinem Leben irgendwie Sinn.«* (TN 13: Frau K, 53 Jahre, Hauskrankenschwester, körperliche und psychische Beschwerden) *»Ich möchte etwas Sinnvolles machen in meinem Leben.«* (TN 3: Herr S, 51 Jahre, Key Accounter, psychische und körperliche Beschwerden)

Eng damit verbunden sind affektive und handlungsbezogene Aspekte, so etwa der Selbstwert und die Selbstwirksamkeit. So stellt der Beruf einen wichtigen Einflussfaktor auf den Selbstwert und das Erleben von Selbstwirksamkeit dar. Hier spielen natürlich auch soziale Motive, wie etwa eine positive soziale Identität und der Wunsch nach Anerkennung, eine bedeutende Rolle: *»(...) an und für sich hat die Arbeit in meinem Leben immer schon einen wichtigen Stellenwert gehabt, also dass man halt irgendwo sein Geld verdient, dass man halt Anerkennung kriegt, ja, und dass' auch Spaß macht.«* (TN 14: Frau S, 52 Jahre, Krankenschwester, körperliche Beschwerden) *»Es bessert das Selbstwertgefühl schon auf.«* (TN 4: Frau W, 43 Jahre, Einzelhandelskauffrau, vorwiegend psychische Beschwerden)

Mit einer Beschäftigungslosigkeit geht oft ein Gefühl des persönlichen Versagens einher, insbesondere wenn sie, auch vor dem Hintergrund einer längerdauernden Erkrankung, nicht als vorübergehender kurzer Zeitraum gesehen werden kann bzw. wenn generell wenig Selbstwirksamkeit erlebt wird: *»Man sagt jetzt nicht: ›So, ich bin arbeitslos, also ich bin arbeitslos.‹, das sagt man nicht so. Arbeitslos, ja, dann versucht man eben selber ein bisschen, so selber ein bisschen, so zu entschuldigen, bisschen zu rechtfertigen. Aber im Grunde ist es eben so: Versagen. Ja.«* (TN 2: Frau H, 53 Jahre, Hilfsarbeiterin, vorwiegend psychische Beschwerden)

Die Bedrohung des Selbstwertes trifft daher nicht alle Befragten im selben Ausmaß. Wenn jedoch eine starke Identifikation mit dem Beruf und/oder ein starkes Bedürfnis besteht, sich im Beruf selbst zu verwirklichen, leidet der Selbstwert mitunter stark: *»(...) Man kommt sich nutzlos vor. Jede Bewerbung, wo du eine Absage kriegst, weil du zu alt bist, kommst dir nutzlos vor; \*\*, zumindest dir selber.«* (TN 16: Herr K, 46 Jahre, Koch, körperliche Beschwerden)

»Ist das für mich sehr wichtig, dass ich wieder Arbeit finde, das wird mich und mein Selbstbewusstsein wieder stärken.« (TN 13: Frau K, 53 Jahre, Hauskrankenpflegerin, körperliche und psychische Beschwerden)

Wichtiges Kriterium für die Entfaltung der sinn- und/oder identitätsstiftenden Wirkung des Arbeitens ist jedoch auch das Matching zwischen individueller Eignung und Neigung sowie persönlichen Werten und der beruflichen Tätigkeit: »(...) ich werde mich gerne mit dem Ziel identifizieren, das heißt, ich kann mir nicht vorstellen, dass ich in Gastwirtschaft arbeite und irgendwem Alkohol ausschenke.« (TN 13: Frau K, 53 Jahre, Hauskrankenpflegerin, körperliche und psychische Beschwerden)

Inwieweit in einer Erwerbstätigkeit Sinn gefunden werden kann bzw. inwieweit sich die Befragten mit einer Arbeit identifizieren können, ist daher unterschiedlich und kann beispielsweise auch durch negative Denkmuster beeinträchtigt sein. Hier spielen sowohl Prägungen aus der Kindheit als auch durch frühere Arbeitserfahrungen eine Rolle (siehe dazu den Abschnitt »Müssen versus Wollen oder wenn der Sinn verlorengeht«). Fast alle TeilnehmerInnen formulierten jedoch den Wunsch nach sinnvoller Arbeit, die der eigenen Persönlichkeit entgegenkommt, wenngleich nicht immer eine Möglichkeit zur Erfüllung dieses Wunsches gesehen wird.

### **Starke Identifikation mit dem Beruf**

Problematisch für eine berufliche Umorientierung ist es aber unter Umständen, wenn sich Personen sehr stark mit ihrem Beruf identifiziert haben. Wenn aus gesundheitlichen Gründen dieser Beruf nicht mehr ausgeübt werden kann, ist es für die Betroffenen verständlicherweise sehr schwierig, andere berufliche Perspektiven zu entwickeln. Dies ist ein relativ langsamer Prozess, der insbesondere in höherem Alter und nach langjähriger Berufsausübung nicht einfach zu bewältigen zu sein scheint und entsprechender Begleitung bedarf. Der »Abschied« von einem Beruf braucht Zeit, dies wird in den beiden Interviews mit Herrn S deutlich.

#### **Fallbeispiel TN 7: Herr S, 49 Jahre, Kellner, körperliche und psychische Beschwerden**

##### **Erstes Interviewgespräch**

Herr S bezeichnet sich im ersten Interview als »arbeitsloser Kellner« und erzählt viel über berufliche Erfolge. Obwohl er den Beruf nicht mehr ausübt, schöpft er immer noch positiven Selbstwert aus der Erinnerung: »(...) ich bin extrem leistungsorientiert, (...) ich bin ein richtiger Wirtshauskellner, ich hab' sogar einen Schmah [LACHT].« Er ist stolz auf seine Leistungen und möchte sich nicht unter seinem Wert verkaufen: »Ich mein', ich hab' fünfunddreißig Jahre Erfahrung als Kellner, ich hab' zwei internationale Auszeil//..., Auszeichnungen, jede Menge nationale Auszeichnungen, aaah, vom Bundesministerium hab' ich (...). Überqualifiziert.« »(...) Die Leut' werden mir nicht das zahlen, was ich wert bin.« »Na, ich WILL arbeiten, aber nicht für zwölfhundert netto. Vierzehn können wir reden [LACHT].«



Auch nach dem in seiner Situation idealen Arbeitsplatz gefragt, beschreibt er einen Arbeitsplatz in der Gastronomie: »Selbstbestimmend,\*. Und dass die Leute wiederkommen. (...) Na, dass ich selber verantworten kann, was ich tu',\*\*. Also einen Schmäh, einen gewissen. Wenn einer//..., Wenn ein Gast unzufrieden ist, dass er [15:17 UNV, ETWA: dasselbe in das Ding reindreht], dass er zufrieden ist.«

Eine Umschulung lehnt er ab, weil er sich nicht vorstellen kann, einen anderen Beruf auszuüben: »Ich will keine Umschulung. Ich will einen Job.« »(...) Aber ich möchte nicht aus dem Job raus, ich mein', ich hab' fünfunddreissig Jahre Erfahrung, ich hab' ein mächtiges Wissen, ich mein', ich übertreib' manchmal ein bissi, aber wirklich. So//..., sollt' ich jetzt anfangen, einen IT-Techniker- oder so Hausmeisterkurs anzufangen über sechs Wochen, das ist ja ein Blödsinn, das ist verschenkte Zeit.«

Seine gesundheitlichen Probleme verleugnet bzw. bagatellisiert er im ersten Interview noch stark. Er erwähnt zwar immer wieder eine Ischialgie, die ihm Beschwerden bereitet, aber auf die Frage, wie er seinen berufsbezogenen Gesundheitszustand einschätzt, meint er: »Außergewöhnlich sehr gut. Weil wenn ich mir die anderen Kollegen anschau', die sind schwer bedient.« Auch nach möglichen Hindernissen gefragt ist seine Antwort: »Nicht wirklich. Nicht wirklich. Es kommt zwar der Ischias, aber da mach' ich fünf Kniebeugen und der ist weg. Und weiter geht's,\*.« Erst gegen Ende des Gespräches stellt sich heraus, dass Herr S ein Jahr zuvor ein »Burnout« hatte, wie er es selbst bezeichnet. Herr S hatte in der Vergangenheit viele Schicksalsschläge zu verarbeiten, nach dem Tod der Eltern knickt er schließlich unter dieser Last ein: »Na, Arbeiten hätt' ich nicht gehen können. Ich hätt' die Leut' nicht ausgehalten,\*\*, mhm,\*\*.« Nun meint er, er habe das »Burnout« überwunden, die Möglichkeit einer Psychotherapie lehnt er ab: »Na. Na,\*\*, obwohl mir der Doktor [NAME] auch gesagt hat, ich sollte mal in Therapie gehen, aber\*.« (...) Wieso sollte ich das machen? Da komm ich irgend zu einer Psychologin [44:30 UNV, ETWA: und eine zweideutige Geschichte quasi]. Da such' ich mir lieber eine schöne Frau und erzähl' ihr die Geschichte (...).«

Positive Alternativen zum Kellnerberuf sieht Herr S kaum, einzig eine Tätigkeit als Berufsschullehrer zieht er in Erwägung. Hindernis ist allerdings die fehlende Matura, daher verwirft er diesen Gedanken: »Ja, am liebsten tät' ich Lehrer werden, aber ohne//..., ohne Matura hast keine Chance. Und die Matura mit fünfzig nachholen will ich nicht.« Trotz bisher erfolgloser Bewerbungen ist er davon überzeugt, bald wieder im Gastgewerbe arbeiten zu können: »Der Rekord war jetzt in dem Jahr, dass ich über vierzig Bewerbungen in einer Woche rausgeschmissen hab',\*. Nix. (...) Ich arbeite im August sicher wieder. Spätestens Ende August.«

### **Zweites Interviewgespräch (etwa fünf Monate später)**

Auch im zweiten Interview beginnt Herr S mit den Worten: »Ich bin ein Kellner«, schwächt aber dann ab, indem er meint: »(...),\*, ah, ich bin einmal als Kellner arbeiten gegangen [LACHT].« Obwohl er lacht, schwingt in seinen Worten Trauer mit; nach wie vor sieht er

für sich jenseits des Gastgewerbes wenig berufliche Perspektiven. Intensive Bemühungen, wieder in der Gastronomie unterzukommen, sind gescheitert: »I' schreib' nach wie vor im Durchschnitt drei bis fünf Firmen in da Woche an,\*.« In der Zwischenzeit stellte er jedoch auch einen Antrag auf Berufsunfähigkeitspension, der allerdings abgelehnt wurde: »Gut,\*, ah, was soll ich sagen? Invalidenpension eingereicht, abgelehnt worden [RÄUSPERT SICH], i' mach' a' Einspruch, aber i' geh' wahrscheinlich wieder auf Kurs.«

Er selbst sieht sich nach wie vor als wenig krank, wiewohl er deutlicher zur Sprache bringt, dass er wohl nicht mehr in der Lage ist, in seinem erlernten Beruf zu bestehen: »Ja. Also i' hab'//..., kann keine Zwö'f-Stunden-Dienste mehr machen dadurch. Und wenn's anfangt dann wieder mit dem Ischiasnerv, dann muss i' halt,\*, [ATMET HÖRBAR EIN] mi' verstecken zehn Minuten,\*. Oder vor die Leute machen, schaut a bissl komisch aus. Na', das san' nur Kniebeugen und sonst gar nix.« »I' mein', i' tät's schon gern machen, aber weiß, dass des dann wieder kommt. Und des schaut net' gut aus,\*.« Herr S wirkt resigniert und orientierungslos, schwankt zwischen völliger Aufgabe beruflicher Ziele und dem unbedingten Willen, wieder in seinem Beruf zu arbeiten. Auf die Frage, ob er sich ein Leben ohne Arbeit vorstellen kann, meint er: »Nein. Was mach' i' dann? \*«

Er hegt den Wunsch, sich mit einem Lokal selbständig zu machen, sieht aber im Moment kaum Chancen, diesen Wunsch zu verwirklichen: »A eigenes Lokal. (...) Wenn mehr Geld im Umlauf wäre.«

Ähnlich verhält es sich bei Frau S. Sie war langjährig in der Krankenpflege tätig. Auch sie hatte Schwierigkeiten, positive Alternativen zu ihrem erlernten Beruf zu finden. Im Zuge der beruflichen Rehabilitation konnte Frau S im Unterschied zu Herrn S jedoch eine für sie akzeptable Perspektive erarbeiten (Ausbildung zur Lebens- und Sozialberaterin). Dafür setzte sich die selbstbewusste Frau stark ein. Ganz sicher ist sie sich allerdings nicht, ob ihr der »neue« Beruf genauso Spaß machen wird und ob sie darin Fuß fassen kann. Auch Frau S braucht Zeit, um sich von ihrem erlernten Beruf zu lösen und ihre Situation zu akzeptieren. Eine wichtige motivationale Triebfeder für Frau S ist jedoch der Spaß an der Arbeit mit Menschen. Mit fortschreitender Dauer der Erwerbslosigkeit geht ihr dieser Aspekt immer mehr ab.

#### **Fallbeispiel TN 14: Frau S, 52 Jahre, Krankenschwester, körperliche Beschwerden**

Frau S arbeitete langjährig und mit Freude im Krankenpflegebereich. Ihr erlernter Beruf hat Frau S stets Freude bereitet: »Also ich hab' immer gern gearbeitet, hab' immer gut verdient, ja, es hat mir Spaß gemacht.« Ihre Erkrankung traf sie plötzlich, die agile und leistungsorientierte Helferin war auf einmal selbst auf fremde Hilfe angewiesen. Zwar ist sie mittlerweile gesundheitlich einigermaßen erholt, an eine weitere Ausübung ihres erlernten Berufes ist jedoch nicht zu denken: »Ich bin vom Beruf diplomierte Krankenschwester und hab' auch immer in dem Beruf gearbeitet. Aber eben diese typische Krankenschwestern-

*arbeit kann ich einfach nimmer mehr machen, also in einem Pflegeheim oder in einem Krankenhaus und auch in der Hauskrankenpflege. Also wo man halt schwe//..., schwer körperlich arbeiten muss, vielleicht nicht immer, aber schon//..., es geht halt ohne schwere körperliche Arbeit nicht.«*

### **Erstes Interviewgespräch**

Im ersten Interview meint Frau S zunächst noch, dass sie in ihrem Leben schon genug gearbeitet hätte: *»(...) Ich mein', ich hab' schon sehr viel gearbeitet in meinem Leben, und dann//..., irgendwann reicht's.«* Gemeinsam mit ihrem Partner, selbst Frühpensionist, hat sie zumindest genug finanziellen Spielraum und den sozialen Background, um ihre Freizeit genießen zu können: *»Und ich hab' einen Lebenspartner, so ein//..., einen Freund, der auch//..., der schon Pensionist ist, also, das ist halt auch [09:17 UNV, ETWA: so halt freizeitgestaltungsmaßig auch sehr] positiv, nicht, der hat auch sehr viel Zeit.«* Sie strebt eine Berufsunfähigkeitspension an. Berufliche Chancen abseits der Krankenpflege sieht sie ob ihres Alters kaum. Sie möchte es sich auch hinsichtlich des Gehaltes und der beruflichen Freude nicht verschlechtern: *»Man muss halt Abstriche machen, also es wird wenig bezahlt, und//..., und//..., und man darf halt nicht alt sein, denk' ich mir, das ist schon ein großes Hindernis. (...) Und ich weiß, dass ich halt nicht viel Chancen hab, irgendwas zu finden, was mir wirklich dann auch Spaß macht oder wo ich auch Geld verdien', wo ich nicht irgendwie//..., eben, dass ich weniger verdien', was ich Arbeitslosengeld hab' vielleicht. Oder genau so viel auch nicht. (...) Idealerweise tät's ausschauen, dass ich schon in Pension gehen könnte.«*

### **Zweites Interviewgespräch (etwa sechs Monate später)**

Im zweiten Interview zeigt sich Frau S einer Erwerbstätigkeit nicht mehr ganz so abgeneigt. In der Zwischenzeit geht ihr der Beruf, und zwar insbesondere die Arbeit mit Menschen, ab. Frau S hat sich sogar schon für ehrenamtliche Tätigkeiten beworben: *»(...) paar Sachen beworben, ehrenamtlich zu arbeiten. Solang i' des Übergangsgeld krieg', des hab' i' ma' a' schon überlegt, da is' ma' net' so minderbeschäftigt. Ja eben, weil i' eben einfach mehr Zeit hab' und ma' halt mein Beruf schon immer Spaß g'macht hat.«* Bei den zuständigen Institutionen konnte sie, entgegen anderer Empfehlungen, erwirken, dass sie eine Ausbildung zur Lebens- und Sozialberaterin machen kann. Mit dieser Perspektive kann sich Frau S anfreunden: *»I' denk', i' tät' schon ganz gern wieder was machen, aber jetzt hab' i' ma' dacht', wenn i' diese Ausbildung jetzt mach', is' ja a net schlecht.«* Skeptisch bleibt Frau S allerdings, ob sie sich in ihrem Alter in einem neuen Beruf etablieren kann: *»Na, mein Hindernis ist mein Alter, na, \*. Dass i' überhaupt an Job finde. Dass i' arbeiten kann, find' i' net, aber dass i' a' Arbeit find'.«* Zur Not erscheinen ihr aber noch andere Alternativen möglich. Sie kann sich beispielsweise auch vorstellen, später ehrenamtlich im psychosozialen Bereich zu arbeiten.

Lohnarbeit ist also nicht die einzig denkbare Form sinnvoller oder identitätsstiftender Beschäftigung. Eine ehrenamtliche Tätigkeit kommt einer Berufstätigkeit in dieser Dimension

noch am nächsten und wird öfters als Alternative genannt, sollten die Befragten aus irgendwelchen Gründen keiner Erwerbsarbeit mehr nachgehen können.

### **Müssen versus Wollen oder wenn der Sinn verlorengeht**

In den Dimensionen »Beschäftigung« bzw. »Sinnvolle Beschäftigung« zeigt sich jedoch auch deutlich eine ambivalente Einstellung zur Arbeit. Das Verhältnis zur Arbeit ist nicht immer eindeutig, sie ist Lust und Last zugleich.

Einerseits wird offenbar ein gewisses »Tun müssen« bzw. der Antrieb von außen als durchaus entlastend gesehen, andererseits hat gerade dieses »Müssen« auch einen negativen Aspekt, nämlich das Fehlen oder der Verlust von intrinsischer Motivation, dem »Wollen«, und wird damit zur Belastung.

Vor diesem Hintergrund wird die Erwerbsarbeit bei einigen Befragten als ein »Muss« im Unterschied zu ihrem eigentlichen »Wollen« beschrieben. Dabei »wollen« die Befragten kaum untätig sein, im Gegenteil, sie würden sich ja beispielsweise eine selbständige Beschäftigung wünschen oder ziehen eine ehrenamtliche Tätigkeit in Betracht: *»(...) was die eigene Firma, das wird wahrscheinlich angenehmer Arbeit und nicht, was ich muss machen, sondern was ich WILL machen, das gibt Unterschied. Und, äh, ja. Manchmal ist es so, dass wir gehen arbeiten, weil wir müssen Geld verdienen, und das macht kein Spaß, und, äh, umgekehrt dann haben wir eigene Firma, kannst wahrscheinlich machen, was wir möchten, ja. So, ja.«* (TN 15: Herr B, 47 Jahre, Sicherheitsdienst, vorwiegend körperliche Beschwerden)

Diese Gedanken sind wohl vielen Menschen zeitweise nicht fremd, je nach Ausprägung sind sie aber nicht unproblematisch. So wird in Einzelfällen deutlich, dass Arbeit so stark mit dem Gelderwerb verbunden ist, dass jegliche andere »Beschäftigung« nicht als »Arbeit« gesehen wird. Die Erwerbsarbeit wird teils sogar so stark auf ihre existenzsichernde Funktion – auf das »Müssen« – reduziert, dass der Tätigkeit selbst keinerlei motivatorischer Wert mehr zuerkannt wird. Selbst wenn ein Umdenken stattfindet, bleibt immer noch das Geld der wichtigste Motivator: *»Ich hab' zwar Arbeit immer als Muss und, \*, irrsinnig anstrengend und sich selbst verbiegend gesehen, aber wenn ich mir das jetzt überleg', dann//..., es ist nicht so, zu nicht einmal zu fünfzig Prozent is' so eigentlich. (...) Ich muss sagen, schon auch wegen dem Geld, also es ist jetzt nicht leicht, jetzt immer nur; ich sag' einmal fast//..., was krieg' ich denn, neunhundert, achthundert Euro?«* (TN 18: Herr W, 27 Jahre, Hotel- und Gastgewerbeassistent, vorwiegend körperliche Beschwerden)

Ähnlich wie es Frithjof Bergmann, Arbeitsphilosoph und Gründer der New-Work-Bewegung, beschreibt, empfinden diese Personen ihre Erwerbsarbeit als eine Art »milde Krankheit«. Im schlimmsten Falle ist Arbeit aber nur noch ein »notwendiges Übel« oder wird gar zur »Qual«. Dieses extreme und damit dysfunktionale Denkmuster wird letztlich zur Self-Fulfilling-Prophecy und vernichtet jegliche intrinsische Motivation im Rahmen der Erwerbsarbeit. Lust- oder sinnvoll erlebte Beschäftigung, ja das Leben selbst, findet dann ausschließlich in der Freizeit statt, während die Arbeit nur noch ertragen oder eben nicht mehr ertragen wird.

Sicherlich hat nicht jede Arbeit gleichermaßen das Potenzial, als lustvoll erlebt werden zu können. Hier spielen beispielsweise der vorhandene Handlungs- und Entscheidungsspielraum und natürlich zahlreiche andere Rahmenbedingungen der Arbeit eine Rolle, die persönlichen Werten und Bedürfnissen zuwiderlaufen können. Dennoch scheint es sich mitunter um ein generalisiertes und stabiles Denkmuster zu handeln, das sich bereits in der Kindheit und Jugend manifestiert hat oder durch negative Arbeitserfahrungen entstanden ist. Dadurch sind Betroffene teils orientierungslos und stets auf der Suche nach der erfüllenden Arbeit, die sie aber, ob der negativen Bewertung der Arbeit per se, nicht finden können – ein Teufelskreis (*»Es ist nur Arbeit, wenn es mühsam ist und quält.«*).

### **Fallbeispiel TN 12: Frau N, 53 Jahre, Telefoninterviewerin, psychosomatische Beschwerden (Auszüge aus den Gesprächstranskripten)**

#### **Erstes Interviewgespräch**

Besonders deutlich wird der problematische Einfluss negativer Bewertung von Arbeit bei Frau N. Schon im ersten Gespräch beschreibt Frau N Arbeit in erster Linie als *»notwendiges Übel«*. Schon seit früher Kindheit ist Arbeit für sie negativ besetzt, oft hat sie das Gefühl, nicht genug zu tun: *»Na ja, es ist, ah, leider notwendiges Übel, sehr anstrengend, also das hab' ich schon als Kind empfunden, obwohl mir manche Sachen Spaß gemacht haben in der Landwirtschaft, andere wieder weniger, und es nimmt mir die Zeit weg, ja? Also lauter negative Sachen. Und dass man auch nur wenig davon hat eigentlich, ja? Und nach der Arb//..., getanen Arbeit wartet schon wieder die nächste. Und es ist nur ein Stress. Also so hab' ich//..., ja. (...) Es ist eigentlich nichts Angenehmes. (...) Ich hab' das als, ah, Kind irgendwie so mitbekommen, ja, und, \*, die weit angenehmste Jahreszeit war eigentlich der WINter. Da hatte man ein bisschen Ruhe, konnte manchmal auch lesen, und da war nur die Arbeit im Stall und so, ja. Also das mit den Tieren war//..., das hab' ich sowieso IMMER gern gemacht, ja, also es ist immer auf die Arbeit angekommen, \*. Ja. (...) Ja, weiß nicht, vielleicht kennen Sie das vom Bauernhof, ah, wenn man eine Arbeit getan hat, dann wartet schon wieder die nächste. Dieser Stress, dieser//..., es ist nie geNUG, also ich hab' eigentlich NIE genug getan, ja? Da ist wieder die nächste Arbeit wartet, und dann//..., das ist halt dann so selbstverständlich, wenn man das macht, weil, ähm, man kann jetzt das Heu nicht draußen lassen und so, es kann am nächsten Tag wieder regnen und so.«*

Mit 18 Jahren verlässt Frau N das Elternhaus. Konkretes berufliches Ziel hat sie keines, sie möchte nur nicht länger als acht Stunden am Tag arbeiten. Paradoxerweise entscheidet sie sich schließlich für ein Landwirtschaftsstudium. Im Nachhinein bereut sie es, ihre Berufswahl nicht reiflicher überlegt zu haben: *»Ahm, mit achtzehn. Also ich hab' mir gedacht//..., ich weiß nicht, ich hab', ahm, als Kind schon gesehen, als, \*, kleines Kind, wie viel//..., wie viel wir arbeiten, und dass wir fast//..., und dass wir ganz knapp überleben. Dann hab' ich mir gedacht: »Na das//..., das kann nicht dein normales Leben sein.« [LACHT KURZ] Und hab'*

*mir gedacht, ahm: »Andere haben bestimmte Ziele, ich will diesen und diesen Beruf erlernen.« Mein Ziel war aber, nicht mehr als acht Stunden am Tag a//..., zu arbeiten [LACHT]. Ich weiß nicht, kann sich niemand vorstellen, aber meine Schwester hat auch so eine Einstellung. Also wir sind da beide//..., DA sind wir ziemlich gleich. (...) Ja, ich hab' dann, ahm, also nach der Matura, AHS-Matura, bin ich dann//..., ah, hab' ich nicht recht gewusst, was ich mache, aber;\*, eigentlich wollt ich ja zwei Jahre arbeiten, aber dadurch, weil alle studieren gegangen sind, bin ich auch Studieren gegangen und,\*, ah, hm, ja, hab' dadurch das falsche Studium gewählt, weil ich mich so schnell entschlossen hab' [LACHT]. Also da wär wahrscheinlich gut gewesen, wenn ich so zwei Jahre noch gearbeitet hätt' bis zwanzig, da hätt' man noch überlegen können: »Mach' ich DAS und DAS oder DIE Ausbildung?«*

Während des Studiums arbeitet Frau N gelegentlich in der Altenbetreuung und als Lernstundenbetreuung für Kinder. Die Arbeit macht ihr Spaß; Frau H versucht, eine entsprechende Ausbildung zu machen, scheitert aber mehrfach an den entsprechenden Aufnahmeverfahren. Frau N ist sehr enttäuscht und bewertet, vielleicht auch aufgrund dessen, diese positiv bewerteten Tätigkeiten nicht als Arbeit: *»Ja, also die Altenbetreuung und das mit den Kindern hab' ich immer gern gemacht, also das ist wieder für mich//..., das hab' ich dann aber nicht als Arbeit gesehen eigentlich wieder. Also, das ist s//..., für mich eine Tätigkeit, die mich eher erfüllt, und ich bekomme auch//..., auch was bezahlt, auch nicht so viel. Es ist aber für mich keine richtige Arbeit. Arbeit heißt noch Anstrengung. Ja. Das andere ist dann keine Arbeit, das ist eher so Beschäftigung, ah, die ich gerne mache, die mich interessiert und so, ja.«*

Später ist Frau N als Telefoninterviewerin im Markt- und Meinungsforschungsbereich tätig. Obwohl sie einräumt, dass ihr die Arbeit zunächst Spaß gemacht hat, befindet sie letztlich, dass sie diese Tätigkeit überhaupt nicht mehr interessiert. Verschiedene somatische Beschwerden und ein Mobbing-Erlebnis in einer ihrer letzteren Beschäftigungsverhältnisse führen schließlich zum völligen Zusammenbruch. Sie wird depressiv und leidet unter massiven sozialen Ängsten. Frau N wird dem BBRZ zugewiesen.

### **Zweites Interviewgespräch (etwa fünf Monate später)**

Im zweiten Gespräch ist Arbeit für Frau N nach wie vor in erster Linie notwendig, um Geld zu verdienen: *»Mmh ja, das ist irgendwie gleich geblieben. Das ist halt, ahm,\*\*, die Arbeit [LACHT KURZ] also dieser Job,\*, es ist halt nur so ein Mittel zum Zweck, weil ja, wenn man Geld hat [UNV 14:41], ja. Und das hat sich so nicht geändert, ja.«*

Frau N erhoffte sich, durch die berufliche Rehabilitation Zugang zu einer Tätigkeit zu bekommen, die ihr mehr Freude bereitet. Am liebsten hätte sie wieder mit Kindern gearbeitet. Diese Hoffnung wurde jedoch recht schnell zerschlagen, denn eine Tätigkeit im Sozialbereich wird ihr aus gesundheitlichen und arbeitsmarkttechnischen Gründen nicht empfohlen. Sie soll in Zukunft einen Büropraxiskurs besuchen. Mit dieser Entscheidung ist Frau N nicht zufrieden. Frau N befindet schließlich, dass es für sie wohl keinen »Traumberuf« gäbe; sie wirkt orientierungslos, sucht verzweifelt nach persönlicher Erfüllung: *»(...) aber, mmh, ja*

*und, ahm, dann hab' ich so überlegt, ich hab' ja verschiedenes gemacht, aah, \*, und eigentlich bin ich zu dem Schluss gekommen, dass, mmh, \*, dass es wirklich diesen Traumberuf für mich gar nicht gibt. Traumberuf ist für mich eigentlich das Studium und dass ich immer wieder dazulernen kann, dass ich verschiedene Dinge diskutieren kann und so was, ja, \*. Aber das haben ja nur die Uni-Assistenten, ja, \*. Das ist eine kleine [LACHT], kleine Gruppe, glaub' ich, weil, ahm, ja. Das ist, was mir Spaß macht, und auch viele so, ahm \* Schreiben und so was, ja auch [lacht kurz]. Also wie wir so eine Zeitung herstellen sollten, da hab' ich richtig gemerkt [LACHT KURZ], da bin ich so richtig dabei, also ja, \*. Solche Sachen halt, aber das sind dann halt wieder selbständige Tätigkeiten, da kann mich ja niemand daran hindern und [LACHT] also auch das BBRZ nicht und so, aber, \*, ahm, ja, ich tendier' überhaupt zur Selbständigkeit auch schon ein bisschen, aber, \*, aber es ist doch auch, mh, ja zu viel Angst da, glaub' ich. Also zu viel Unsicherheit, \*, weil, \*, ja. Also nicht, dass ich jetzt selber ahm so viel machen müsste, sondern, \*, ah, was kommt da, hat man genug Aufträge [LACHT]. Also wenn man angestellt ist, hat man das nicht.«*

Frau N wirkt weiterhin ängstlich-depressiv und befürchtet außerdem, dass ihr der Kurs, ähnlich wie die Arbeit, Zeit für die Dinge nimmt, die sie wirklich interessieren: »(...) Themen, ja, philosophische Themen und dann auch, mmh, Kulturanthropologie und Politik, in die Richtung, ja. Also das interessiert mich schon alles. Geschichte auch sehr, \*. Und ja, \*. (...) Ahm na, ich bin so wenig dazugekommen, weil [LACHT KURZ]. Deswegen sag' ich ja, der Kurs hat, aah, na, wie sagt man, auch viel von meiner Ener//..., von meiner Freizeit weggenommen und halt, man arbeitet [UNV 10:48] das sind zwei Drittel der Zeit, die ist nicht mehr da einfach [LACHT]. Und dann//..., also 'die man sonst zur Verfügung hätte, und dann braucht man auch noch Zeit natürlich, ahm, zum Essen und das und das und, ahm, \*, und dann bleibt vielleicht eine Stunde übrig am Tag, ja [LACHT KURZ]. Und dass man da irgendwie, \*, und ich glaub', das macht mir die größten Probleme, ja, eben wenn mir die Zeit einfach fehlt für die, ah, Interessen. Hm, ja.« Frau N überlegt, eine Berufsunfähigkeitspension zu beantragen, rechnet sich aber kaum Chancen aus. Gleichzeitig meint sie aber, dass ein Beruf, der ihr Spaß macht, auch zu einer gesundheitlichen Besserung führen würde: »Das heißt, wenn ich wirklich das machen könnte, was mich interessiert, hätte ich überhaupt keine Beschwerden [LACHT KURZ].

Insgesamt ist bei Personen mit depressiver Symptomatik und/oder großen Ängsten zu beobachten, dass ohne langfristige Reha-Maßnahmen eine nachhaltige Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt praktisch unmöglich erscheint. Die Genesung bzw. allfällige Einstellungsänderung geht nur langsam und teilweise mit Rückschlägen vonstatten. Ihre Situation verschlechtert sich durch zu rasche Integrationsversuche, eine Negativspirale mit erneuten Belastungen und letztlich »Scheitern« beginnt. Jene Befragten brauchen vor allem Begleitung und Stabilisierung (vgl. auch Fallbeispiel Frau H, siehe dazu den Abschnitt »Einstellungen zur Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension«). Zudem sind Personen mit psychischen Problemen oftmals nicht mehr in der Lage, ihre Interessen mit Nachdruck durchzusetzen, wodurch sie noch stärker

auf die Entscheidungen, Empfehlungen und Hilfestellungen der unterstützenden Institutionen angewiesen sind.

Offenbar bewirkt die ambulante Reha-Klinik »Zentrum für Seelische Gesundheit Leopoldau« deutliche und rasche Erfolge hinsichtlich einer psychischen Stabilisierung. Jene Personen, die sich einer Behandlung in der Reha-Klinik unterzogen, waren nicht nur ausgesprochen zufrieden damit, sondern erscheinen, ob der genannten Diagnosen, auch von außen betrachtet sehr optimistisch, zielorientiert und weitgehend psychisch stabil, zumindest im Vergleich zu jenen Befragten, die anscheinend nicht in den Genuss einer solchen Behandlung kamen: *»(...) am Anfang war ich sehr skeptisch und hab' mir gedacht: ›Bist deppert, jetzt kommst rein ins Irrenhaus, ich bin nicht bereit dazu.‹ War aber gar nicht so, zum Schluss nach den sechs Wochen hab' ich mir gedacht: ›Zwei Wochen hätten's noch ruhig drauflegen können.‹ (...) War angenehm.«* (TN 5: Herr N, 34 Jahre, Friseur, vorwiegend psychische Beschwerden)

### **Arbeitszeit: Struktur und Stabilität**

Eng in Zusammenhang mit der Dimension »Beschäftigung« steht auch die Zeitstruktur, die Arbeit zu geben vermag. Einen geregelten Arbeitstag, verbunden mit einer gewissen Zeitroutine, fanden viele Befragte sehr erstrebenswert. Zudem bildet Arbeit einen Gegenpol zur Freizeit, die als solche an Wert gewinnt, wenn eben dieser Kontrast besteht. Die Zeitstruktur schafft Ordnung und damit auch eine gewisse Planbarkeit, Stabilität und Sicherheit: *»Und ja außerdem ist es eine geregelte Tagesstruktur, die man hat.«* (TN 11: Frau B, 22 Jahre, Hilfskraft, psychische Beschwerden) *»Dass ich Sicherheit im Leben habe. Das heißt, dass mein Leben in bestimmten Sachen so ganz streng geregelt ist, sei es Arbeit, auch Einkommen (...).«* (TN 13: Frau K, 53 Jahre, Hauskrankenpflegerin, körperliche und psychische Beschwerden)

Neben fehlenden Perspektiven kann daher auch der Verlust an Struktur und Planbarkeit mit einem Gefühl der Unsicherheit einhergehen.

Bei vielen Befragten besteht zudem auch Sorge um ihre Gesundheit und ihre Leistungsfähigkeit. Somit wird auch das Leben, das bisher geführt wurde, auf vielschichtige Weise in Frage gestellt, was die Unsicherheit noch verstärkt. Da der Wunsch nach Stabilität und somit Sicherheit offenbar eng mit Arbeit verknüpft ist, wird vor diesem Hintergrund die Arbeitslosigkeit zur besonderen Belastung.

Dass Sicherheit ein zentrales Motiv bei der Arbeitssuche vieler gesundheitlich beeinträchtigter InterviewpartnerInnen ist, unterstreicht auch der Wunsch nach einem dauerhaften und regulären Beschäftigungsverhältnis. So werden fallweise konkret Freie Dienstverhältnisse abgelehnt oder Ängste geäußert, dass Arbeitsplätze unsicher sein könnten. Diese Sorgen werden auch aus negativen Erfahrungen gespeist. Ähnlich verhält es sich mit der »sozialen Sicherheit« am Arbeitsplatz (siehe dazu auch den nächsten Abschnitt): *»(...) ich möchte auch nicht wieder irgendwo arbeiten gehen, wieder ein paar Monate arbeiten und dann wieder gekündigt, wie das war vor/..., also letzte meine Firma.«* (TN 15: Herr B, 47 Jahre, Sicherheitsdienst, vorwiegend körperliche Beschwerden)



## Arbeit und soziales Umfeld

Arbeit erzeugt darüber hinaus soziale Strukturen und soziale Beziehungen und trägt direkt und indirekt zur sozialen Integration der Befragten bei. Der Großteil der TeilnehmerInnen gab zum Beispiel an, dass die sozialen Kontakte am Arbeitsplatz sehr wichtig sind: *»Also es war eine familiäre Situation immer. Man hat über alles sprechen können. Es war wirklich auch die innere Einstellung da, gemeinsam zu arbeiten, und das sind halt, finde ich, sehr wichtig, auch wenn man alleine einen Job macht und eigentlich nicht gebunden ist an den anderen, muss trotzdem das ganze Team sozusagen an einem Strang ziehen.«* (TN 1: Herr B, 35 Jahre, Einzelhandelskaufmann, orthopädische Probleme)

Spaß an der Teamarbeit oder Freude am KundInnenkontakt wurden oftmals auch als wichtige Kriterien für einen Job genannt: *»Vom Interesse her ist's ne//..., ich möchte halt schon mit Menschen arbeiten und nicht irgendwas machen, wo ich vor'm Computer nur sitz' oder in einem Kammerl, also ich brauch' schon den Kundenkontakt.«* (TN 18: Herr W, 27 Jahre, Hotel- und Gastgewerbeassistent, vorwiegend körperliche Beschwerden)

Soziale Kontakte innerhalb einer beruflichen Tätigkeit werden jedoch nicht immer positiv beschrieben. Insbesondere InterviewpartnerInnen mit psychischen Erkrankungen reagieren sehr sensibel auf atmosphärische Störungen im sozialen und beruflichen Umfeld. Die Sorge über mögliche soziale Probleme drückt sich durch den vielfach geäußerten Wunsch nach einem *»guten Betriebsklima«* oder *»Menschlichkeit«* am Arbeitsplatz aus. Insbesondere Mobbing ist aber ein nicht unbegründetes Schreckensszenario, denn Personen mit psychischen Beeinträchtigungen berichten gehäuft von Mobbing in ihrer Erwerbsbiographie: *»Es muss alles stimmen, das Umfeld muss stimmen, die Menschen müssen stimmen, also ich darf keine Angst haben, ich darf keine Angst haben, wenn ich zur Arbeit gehe, wenn ich zur Arbeit gehe, muss ich mit einem guten Gefühl zur Arbeit gehen, ich muss mich freuen, und ich muss, ich darf auch ich sein, ich darf auch ich sein, ich muss nicht in eine fremde Rolle schlüpfen für diese Arbeit (...).«* (TN 2: Frau H, 53 Jahre, Hilfsarbeiterin, vorwiegend psychische Beschwerden) *»Am wichtigsten ist mir sowieso das Betriebsklima (...).«* (TN 4: Frau W, 43 Jahre, Einzelhandelskauffrau, vorwiegend psychische Beschwerden)

In Bezug auf die Einstellungen zu Arbeit, Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit spielen aber nicht nur soziale Kontakte innerhalb einer Erwerbstätigkeit eine wichtige Rolle, sondern auch jene außerhalb. Das soziale Umfeld – angefangen bei der Gesellschaft, über soziale Milieus, Herkunftsfamilie, eigene Familie (EhepartnerInnen, PartnerInnen, Kinder) sowie der Freundes- und Bekanntenkreis – kann Einstellungen, Motive und Werthaltungen gegenüber Arbeit, Gesundheit und Krankheit prägen und verändern.

So offenbart sich bei den Befragten die Einstellung zur Arbeit und zur Arbeitslosigkeit durchaus als Resultat der sozialen Prägung. Die InterviewpartnerInnen berichten beispielsweise von den Einstellungen ihrer Eltern, die gern und viel gearbeitet haben und als Vorbild dienen, von der Arbeitslosigkeit, die es in der Elterngeneration einfach nicht geben durfte, von Arbeit als Lust oder Last oder von der Arbeit als gesundheitschädigende Tätigkeit und vieles mehr: *»Na ja, ich meine, eigentlich//..., ich hab' als Kind erfahren, ja, Arbeit ist das Wichtigste im*

*Leben überhaupt. (...) Und meine Mutter dann eher so, ja, sie//..., sie war auch ein SEHR fleißiger Mensch, hat sehr gerne gearbeitet und auch sehr flink und fleißig, also wie eine fleißige Biene (...).*« (TN 12: Frau N, 53 Jahre, Telefoninterviewerin, psychosomatische Beschwerden)  
*»Mein Vater muss den// dem KANN einfach nur Arbeit Spaß machen. Der Typ hat frei und steht um fünf Uhr freiwillig auf, um arbeiten zu gehen. Also DEM macht sein Leben//..., ich glaub', das hab' ich auch von meinem Vater, dass ich dann eben nicht derjenige bin, der daheim sitzt oder sonstiges. Ich MUSS einfach irgendwas tun. Genau so ist mein Vater: Er MUSS einfach irgendwas tun [LACHT]. Ich glaub', das bleibt in der Familie [LACHT].«* (TN 9: Herr K, 23 Jahre, Tischler, körperliche Beschwerden)

Ein interessantes Ergebnis ist in diesem Zusammenhang, dass vor allem jene Personen, die in einem landwirtschaftlichen Betrieb aufgewachsen sind, die Wichtigkeit einer klaren Trennung von Arbeit und Freizeit hervorheben. Das Arbeitsleben in einem Landwirtschaftsbetrieb wird als nicht endenwollend und negativ beschrieben. Geregelt Ruhezeiten gab es nicht, einer Aufgabe folgte stets die nächste. Auch als Kinder mussten die Befragten bereits am Hof mithelfen, was als große Belastung und Freiheitseinschränkung erlebt wurde.

Jene InterviewpartnerInnen betonen daher, dass sie Zeit ihres Lebens gearbeitet hätten. Sie sind das Arbeiten zwar gewohnt, wünschen jedoch auf jeden Fall fixe Ruhezeiten und geregelte Arbeitszeiten: *»(...) Na eben, dass man ständig arbeiten muss, nein? Das ist das. Dass es halt nicht viel Freizeit gibt, nicht? Ich mein', jetzt ist's wahrscheinlich auch schon besser, ist auch schon lang her.«* (TN 14: Frau S, 52 Jahre, Krankenschwester, körperliche Beschwerden)

Einige InterviewpartnerInnen vergleichen sich auch mit Familienangehörigen und/oder Personen aus dem (erweiterten) Bekannten- und Freundeskreis. Diese Vergleichsprozesse spielen beispielsweise dabei eine Rolle, ob eine frühzeitige Pensionierung angestrebt wird oder nicht (siehe dazu den Abschnitt »Einstellungen zur Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension«). Aber auch bei einer beruflichen Veränderung orientieren sich manche InterviewpartnerInnen am sozialen Umfeld. Sie erkunden beispielsweise, welche Berufe Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen ausüben: *»(...) Die Frau von//..., von Freund, also die// die arbeitet genau sch//..., in Krankenhaus, also [UNV], und sie hat schon Glü//..., so Glü//..., Glück gehabt, dass sie hat interne Ausbildung bekommen und die//..., (...). Außerdem dann bei den anderen macht die OP-Gehilfe, und er ist noch älter als ich. Er hat auch gesundheitliche Probleme, aber mit der Wirbelsäule, trotzdem hat auch Ausbildung bekommen, das war auch vom AMS, äh, bezahlt, und [UNV, ETWA: der Mann, dass er ist zufrieden, also in diese Richtung ich will].«* (TN 15: Herr B, 47 Jahre, Sicherheitsdienst, vorwiegend körperliche Beschwerden)

Wie belastend die Arbeitslosigkeit oder die Krankheit wahrgenommen werden, hängt ebenfalls bis zu einem gewissen Grad vom näheren sozialen Umfeld ab. So nehmen die Betroffenen durchaus auch im Familien- und nahen Bekanntenkreis Unverständnis, Diskriminierung und Stigmatisierung aufgrund von Krankheit und Arbeitslosigkeit wahr. Die

negative soziale Identität als arbeitsuchender und noch dazu kranker Mensch wird in einigen Aussagen deutlich spürbar: »Freundeskreis, Familie: ›Magst nix arbeiten gehen?‹ und solche Aussagen (...). Nur, das ist nicht so. Es ist halt schwer, was zu finden, was anderes. Was Branchenfremdes. Und ich kämpfjetzt seit//..., seit//..., eigentlich seit einigen Jahren für eine Umschulung. Weil krank ist man nicht erst seit ein paar Monaten (...).« (TN 16: Herr K, 46 Jahre, Koch, körperliche Beschwerden) »Na ja, also es hat schon Leute gegeben, vor allem Männer sind so ein bisschen statusbewusst, und kurzzeitig hat es sehr wohl//..., es hat ein paar Leute gegeben, in deren Augen ich an Status verloren habe.« (TN 3: Herr S, 51 Jahre, Key Accounter, psychische und körperliche Beschwerden)

Nicht ausschließlich, aber insbesondere bei psychischen Problemen können Unverständnis oder falsch verstandene »Motivation« der Betroffenen die Problematik noch verschlimmern, indem Gefühle der Schuld und des Versagens noch verstärkt werden. Mitunter führt dies auch zu Brüchen innerhalb des persönlichen Netzwerkes: »(...) das ist mir in letzter Zeit aufgefallen, dass, ah//..., dass man so Freundschaften, die schon sehr lange bestehen, die lösen sich jetzt auf. (...) Ja, ich glaub', ich//..., ja, die Gemeinsamkeiten fehlen, und außerdem,\*, hab' ich dann, ah, nicht gerade Verständnis//..., ich weiß nicht, ich glaub', es sind selber auch viele Probleme, und dann haben sie mich auch nicht verstanden. (...) und manche Sachen haben mir schon richtig wehgetan. (...) Und das tut mir weh, wenn ich denk', wie//..., wie kann mich jemand in so eine Kategorie einteilen? Also dass ich ein Faulpelz bin, ein Nichtstuer und,\*, äh, ständig meine Arbeitsplätze wechsele.« (TN 12: Frau N, 53 Jahre, Telefoninterviewerin, psychosomatische Beschwerden)

Andererseits werden auch tatkräftige sowie emotionale Unterstützung und Verständnis erlebt, was wiederum entlastend und förderlich für den Rehabilitationsprozess wirken kann: »(...) ich habe einen stabilen Freundeskreis, die stützen einfach dadurch, dass sie da sind.« (TN 3: Herr S, 51 Jahre, Key Accounter, psychische und körperliche Beschwerden)

Veränderungen im sozialen Umfeld drücken sich daher mitunter auch in einer Einstellungsveränderung aus. So suchte beispielsweise Frau B nach Arbeit und ersehnte die Tagesstruktur und die finanzielle Unabhängigkeit in einer Erwerbstätigkeit. Schulische Ausbildungen sieht sie als Stress und favorisiert deshalb einen Lehrberuf. Im zweiten Gespräch erzählt Frau B, dass sie aus ihrem Elternhaus in eine betreute Wohngemeinschaft gezogen ist. Seitdem haben sich ihre Perspektiven verändert. Frau B besucht eine Maturaschule: »Na, ich wollt' eigentlich immer eine Ausbildung machen, ich wollt' immer irgendwie,\*. Ja, ich mein' Arbeit vielleicht SO, dass ich sag', jetzt möchte ich keine//..., keine//..., keine Schule mehr machen, sondern jetzt möchte ich eine Lehre machen, ja, weil ich einfach jetzt in der Arbeit sein will, ja, schon, weil ich einfach dieses//..., dieses schulische System (...) einfach zu stressig für mich ist.« (TN 11: Frau B, 22 Jahre, Hilfskraft, psychische Beschwerden) »(...) und, ahm, die haben mich gebracht, dass ich meine Matura dort nachholen soll, das heißt, ich geh' jetzt, äh, ich geh' jetzt Externistin bei [ANMERKUNG: Firmenname entfernt], lern' zu Hause alleine und, ahm, hab' vor, in dem nächsten Jahr jetzt die Matura nachzumachen. (...) arbeiten könnt' ich mir im Moment nicht vorstellen dann mittlerweile, weil's einfach ich

*kein Durchhaltevermögen nicht hab', jeden Tag irgendwohin zu gehen.» (TN 11: Frau B, 22 Jahre, Hilfskraft, psychische Beschwerden)*

### **Berufliche Rehabilitation bedeutet mental keine Arbeitslosigkeit**

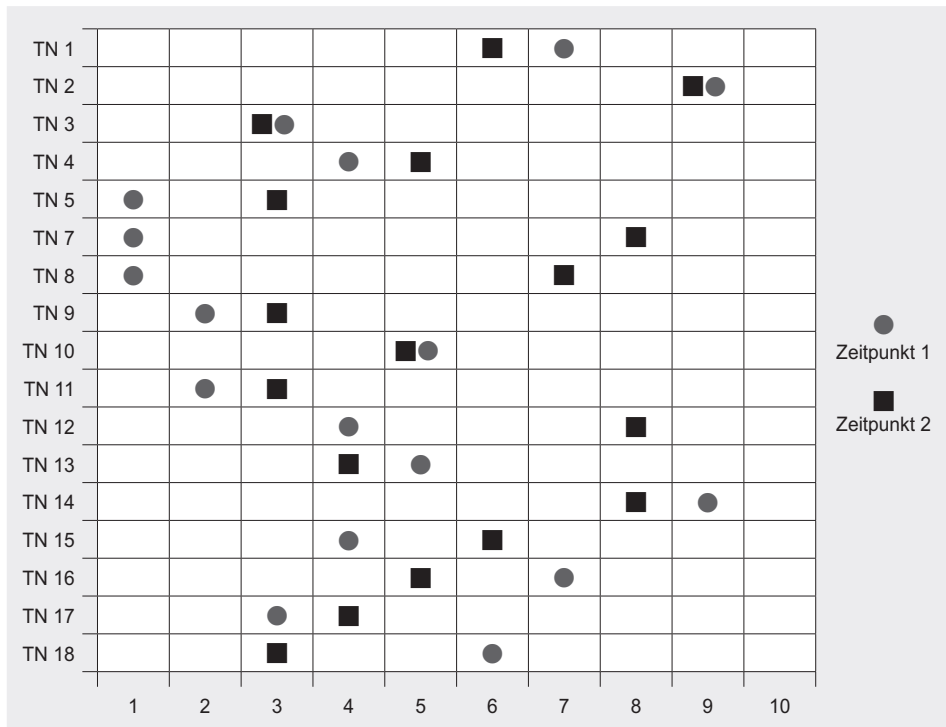
Ein Großteil der befragten, gesundheitlich beeinträchtigten Personen, die sich in einer beruflichen Umschulung befinden, ordnet sich mental nicht (mehr) der Gruppe der Arbeitslosen zu. Die berufliche Rehabilitation in Form von Kursen kann einige Funktionen einer Erwerbstätigkeit erfüllen (Zeitstruktur, sinnvolle Beschäftigung) und nimmt gleichzeitig auch das Stigma der Arbeitslosigkeit von den Betroffenen: *»Na ja, ich bin ja arbeitsmäßig bei dieser Umschulung, aber ich habe schon eine Tagesstruktur und mache etwas, ja. Der Wecker geht meistens um sechs, aufstehen tue ich nicht immer um sechs, aber das ist ja was anderes, als wenn ich einfach bis zwölf irgendwo vor mich hin mach' – das funktioniert nicht.« (TN 4: Frau W, 43 Jahre, Einzelhandelskauffrau, vorwiegend psychische Beschwerden)* *»He, setz' ich mich lieber hin und lern' was Neues, bevor ich mich wirklich auf meinen vier Buchstaben daheim sitz. Da geh' ich doch//..., fahr' ich doch lieber ins BBRZ und lern' was ganz anderes. Davon HAB' ich etwas. Aber vom Daheimsitzen, da hab' ich nix. (...)*« (TN 9: Herr K, 23 Jahre, Tischler, körperliche Beschwerden)**

Eine berufliche Rehabilitation erscheint daher, (auch) sekundär, als psychische Entlastung zu wirken. Dies gilt aber mitunter nur für die Dauer des Maßnahmenverbleibs. Denn kann trotz der Interventionen keine Arbeit gefunden werden, ist die Enttäuschung groß, und die Befragten fühlen sich wieder zurückgeworfen in die Arbeitslosigkeit mit all ihren negativen Aspekten. Anstelle von Hoffnung und Optimismus treten wieder Unsicherheit und resignative Tendenzen. Auch die Krankheit kann dadurch mitunter wieder an Bedeutung gewinnen: *»Also das war schon weg, ja (Anmerkung: die Depression). Das war weg und, \*, vielleicht auch mit dem Kurs, weil da war das Regelmäßige, das in der Früh aufstehen und in den Kurs gehen und was lernen und, \*\*, und, wie gesagt, jetzt bin ich zu Hause, \*, ja, \*.*« (TN 2: Frau H, 53 Jahre, Hilfsarbeiterin, vorwiegend psychische Beschwerden)**

### **3.5.2 Chancen am Arbeitsmarkt**

Ihre Chancen am Arbeitsmarkt (vgl. Abbildung 4) schätzen die Befragten auf einer Skala von 1 (»sehr gut«) bis 10 (»sehr schlecht«) zum ersten Befragungszeitpunkt tendenziell positiv ein. Die durchschnittliche Einschätzung liegt bei einem Wert von 4 im ersten Gespräch. Zum zweiten Befragungszeitpunkt zeigen sich die InterviewpartnerInnen jedoch etwas pessimistischer, was ihre beruflichen Chancen betrifft. Die durchschnittliche Bewertung liegt bei einem Wert von 5 im zweiten Gespräch. Naheliegenderweise schätzen vor allem jene Personen, die im Befragungszeitraum keine erstrebenswerten beruflichen Alternativen/Perspektiven entwickeln konnten, ihre Chancen deutlich negativer ein (so z.B. TN 7: Herr S, 49 Jahre, Kellner, körperliche und psychische Beschwerden).

**Abbildung 4: Wahrgenommene bzw. erwartete Chancen am Arbeitsmarkt**



Quelle: abif 2013, Befragungsdaten (n=17); TN\_6 entfällt (vgl. Kapitel 3.2)

Ganz generell wird die Arbeitsmarktsituation in Österreich von den InterviewpartnerInnen eher als schwierig wahrgenommen, wiewohl die Befragten einräumen, dass es Branchenunterschiede gibt.

Was die persönliche Chancenwahrnehmung betrifft, wird in den Gesprächen deutlich, dass die meisten Befragten in erster Linie ihre gesundheitlichen Probleme als chancenmindernd wahrnehmen. Es werden Ängste geäußert, keine adäquate Arbeitsstelle zu finden oder aufgrund der Beeinträchtigungen nicht mehr in der Arbeitswelt bestehen zu können.

Besonders perspektiv- und hoffnungslose InterviewpartnerInnen meinen gar, dass es für beeinträchtigte Personen überhaupt keinen Platz am Arbeitsmarkt gäbe. Der Perspektivenentwicklung kommt daher im Prozess der beruflichen Wiedereingliederung besondere Bedeutung zu. Mit einem Mangel an erstrebenswerten berufsorientierten Zielen, aber auch persönlichen Zielen, sind die Betroffenen nicht nur orientierungslos, sondern fühlen sich auch stärker abhängig und hilflos. Der Selbstwert sinkt, und das Erleben sozialer Inklusion leidet. Auch diesbezüglich sind insbesondere Personen mit einer passiven Haltung betroffen, die sich eher ausgeliefert fühlen (und nur über wenige oder gar hinderliche Strategien verfügen, um ihr Leben aktiv zu gestalten): *»(...) Und vielleicht auch, dass es zu wenig Arbeitsplätze,\*, für so Menschen sind,\*, so wie ich bin, so mit seelischer Einschränkung, körperliche Einschränkungen,\*. Das*

*vielleicht, \*\*, auch keine Arbeitsplätze, \*\*, für uns gibt, \*, oder für mich gibt, \*7\*, ja.» (TN 2: Frau H, 53 Jahre, Hilfsarbeiterin, vorwiegend psychische Beschwerden) »Ja, wenn mich die Gesellschaft nicht haben will, ich mein', pff, dann hab' ich auch keine LUST, irgendwas zu leisten. Wozu? (...)« (TN 12: Frau N, 53 Jahre, Telefoninterviewerin, psychosomatische Beschwerden)*

Aber auch ein höheres Alter wird als maßgeblicher Hindernisgrund genannt. Oft äußern die älteren Befragten, dass sie nicht einmal die Chance haben, vorstellig zu werden bzw. sich zu beweisen, da sie aufgrund des Alters nicht einmal zu Vorstellungsgesprächen eingeladen werden. Zudem haben die älteren Befragten, speziell wenn sie langjährig in einem Beruf tätig waren, gewisse Vorstellungen, was Gehalt oder Position betrifft. Jene InterviewpartnerInnen vertreten die Ansicht, dass es wohl Jobs gäbe, aber nicht die passenden. Die Abstriche, die gemacht werden müssten, erscheinen ihnen zu groß. Hier schwingt die Angst vor sozialem Abstieg trotz Arbeit mit. Hinzu kommt das Erleben geringer Wertschätzung der noch vorhandenen Leistungsfähigkeit und Erfahrung: »(...) Aber ich bin auch schon zu teuer. Klar, ab einem gewissen Alter hast deinen Preis, und gibt's ein gewisses Niveau, drunter kannst nicht gehen. Und da ist der Widerspruch drin, na? Es gibt Arbeitsplätze, aber nicht die passenden.« (TN 16: Herr K, 46 Jahre, Koch, körperliche Beschwerden)

Andere InterviewpartnerInnen haben jedoch eine sehr optimistische Haltung. Ihr Optimismus resultiert aus einem positiven Selbstwert. Auffällig ist, dass jene Befragten ihre vorhandenen Fähigkeiten herausstreichen und als Grund für diese Zuversicht nennen. Zudem berichten sie von positiven Erlebnissen, z. B. bei Vorstellungsgesprächen, in der Vergangenheit.

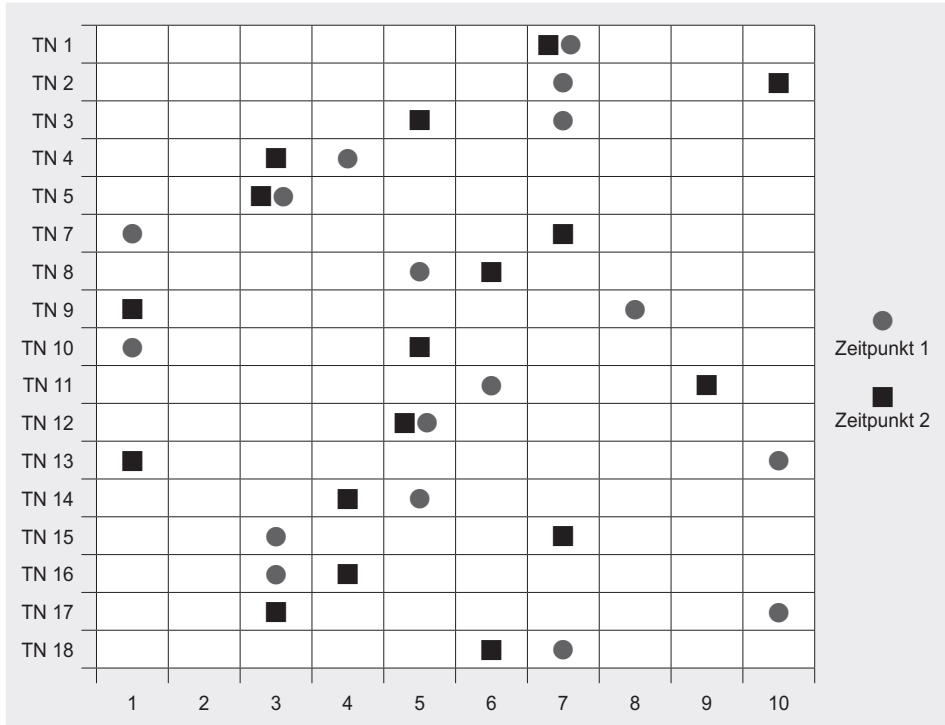
Über den Befragungszeitpunkt hinweg ist allerdings generell eine leicht pessimistische Tendenz zu beobachten, an den Grundhaltungen der einzelnen Befragten ändert sich allerdings kaum etwas.

### 3.5.3 Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit

Ihren berufsbezogenen Gesundheitszustand schätzen die Befragten auf einer Skala von 1 (»sehr gut«) bis 10 (»sehr schlecht«) (vgl. Abbildung 5) zum ersten Interviewtermin im Durchschnitt mit einem Wert von 5,5 ein. Im Mittel liegt daher die Bewertung der Arbeitsfähigkeit genau zwischen den beiden Extremausprägungen. Im Durchschnitt verändert sich diese Einschätzung im Beobachtungszeitraum nur minimal. Zum zweiten Befragungszeitpunkt tendiert die durchschnittliche Einschätzung des beruflichen Gesundheitszustandes leicht in die positive Richtung. In der Betrachtung der Einzelfälle sind zum Teil deutliche Veränderungen zu beobachten, sowohl in eine positive als auch eine negative Richtung. Die Ergebnisse lassen sich dahingehend interpretieren, dass einige Befragte ihre gesundheitlichen Probleme zum ersten Zeitpunkt unterschätzten oder nicht akzeptieren wollten. Zum zweiten Zeitpunkt scheint die Einschätzung realistischer (z. B. TN 15: Herr B, 47 Jahre, Sicherheitsdienst, vorwiegend körperliche Beschwerden). Andere Befragte, insbesondere solche, die eine berufliche Perspektive

vor Augen haben, die ihrer Gesundheit nicht weiter schadet, schätzen ihren berufsbezogenen Gesundheitszustand zum zweiten Zeitpunkt weit besser ein (z.B. TN 9: Herr K, 23 Jahre, Tischler, körperliche Beschwerden).

**Abbildung 5: Selbsteinschätzung des berufsbezogenen Gesundheitszustandes**



Quelle: abif 2013, Befragungsdaten (n=17); TN\_6 entfällt (vgl. Kapitel 3.2)

Gesundheit wird bei den Befragten im Wesentlichen mit Wohlbefinden und Beschwerdefreiheit gleichgesetzt: »Gesundheit heißt eigentlich, \*, ja, weder//..., \*, ja, ohne Probleme zu leben, ja, vom Körper her. Wo der Körper alle Funktionen hat, und man ist völlig gesund. Krankheit heißt eigentlich Einschränkungen, \*, in gewissen Bereichen, na?\*.« (TN 16: Herr K, 46 Jahre, Koch, körperliche Beschwerden)

Krankheit wird demgegenüber vor allem mit Unsicherheit, Einschränkungen und Verzicht assoziiert: »Krankheit, ah//..., \*\*, dass sie halt sehr viel verändert im Leben, Krankheit. Und dass man halt manchmal damit leben MUSS. Und das halt sehr schwierig sein kann, nein? (...) Ja, und Krankheit ist auf alle Fälle eine Einschränkung. Also\*, //..., vor allem, dass man dann auch immer von wem abhängig ist auch oft, na, das ist auch ganz schwierig für mich, \*. Obwohl's halt dann auch wieder ein guter Lernprozess ist, dass man das halt auch lernt, dass es sowas auch gibt, na?\*. Und dass man damit leben muss, \*\*.« (TN 14: Frau S, 52 Jahre, Krankenschwester, körperliche Beschwerden)

## Unsicherheit

Krankheit erleben die Befragten als Unsicherheit in verschiedenen Dimensionen. Einerseits besteht zum Teil Ungewissheit darüber, ob und in welchem Umfang sowie Zeitrahmen sich der Gesundheitszustand verbessern oder gar verschlechtern wird. Andererseits wird das vormalig gewohnte Leben als Ganzes in Frage gestellt.

Hinzu kommen die Verunsicherung durch die Arbeitslosigkeit und die ungewisse berufliche Zukunft. Je nach psychischer Verfassung ist es mitunter nicht leicht, mit den vielen Unsicherheitsfaktoren umzugehen: »*Na ja, hab' ich Angst, weil//..., ja. Ich weiß es nicht, was mit mir wird, eigentlich [1:35:02 UNV, ETWA: beruflich], das heißt, für mich ist das lebenswichtig, diese Situation zu lösen. Ja, ich bin sogar soweit, dass den//..., wenn ich echt nicht, ah, Arbeit finde, dann sag' ich mir, dann vielleicht werde ich, ah, gezwungen, irgendwas irgendwie auch in der Pflege zu machen, aber kann ich mir das gar nicht vorstellen. Ja, aber was mach' ich sonst? [LACHT].*« (TN 13: Frau K, 53 Jahre, Hauskrankenpflegerin, körperliche und psychische Beschwerden)

In einigen Fällen wird jedoch diese Unsicherheit als Chance gesehen, um sich komplett neu zu orientieren und neue Wege zu beschreiten, die sonst vielleicht nicht beschritten worden wären.

### Fallbeispiel TN 17: Herr A, 36 Jahre, Koch, vorwiegend körperliche Beschwerden (Auszüge aus dem Gesprächstranskript)

»(...) jeder muss irgendwelche Entscheidungen treffen, um//..., in Bezug auf die Zukunft die, die Sicherheit. Die, die ist jetzt so, wie's jetzt, äh, gegeben hat, wird's auch nicht mehr geben, und, und, \*, ja, des man muss sich dementsprechend jetzt einstellen [LACHT]. (...) Ähh, natürlich war irgendwie, \*, der Hintergedanke da, eben dass es irgendwann mal dazu kommt, äh, und, äh, man denkt sich eben, ich werd' bis, \*, irgendwann mal, äh, der Zeitpunkt da ist, werd' ich Erfahrungen in der Branche sammeln, und ich werd' das irgendwie vorbereiten und, und, und, \*\*, ja, ähm, \*, ja, also, ich hab' eben probiert, \*\*, es war auch der Gedanke, da wirk//..., wirklich nochmal über einen Zwischenjob irgendwie mich langsam, \*, nach vorne zu arbeiten und, und langsam Fuß zu fassen, ähm, allerdings zeigt die Erfahrung, dass, dass also, \*, ja erstens hat's nicht funktioniert, \*, obwohl ich eigentlich alles daran gesetzt hab', und irgendwann bleibt man wieder irgendwo in einem, \*, Muster stecken, wo //..., das man schon, was man [STOTTERT] schon mal da war und eben, \*, zu den ganzen Problemen geführt hat, mehr oder weniger [SCHMUNZELT]. (...) ähm, so g'sehn, äh, \*\*, JA steh' ich jetzt mit'm Rücken zur Wand [SCHMUNZELT]. (...) Was eigentlich, ähm, \*\*, eh schon der Fall war, ja [SCHNÄUZEN]. Auf der anderen Seite ist es aber, äh, \*, eine Situation, \*, gewesen, \*, und ist eigentlich immer noch, ähm, die am meisten eigentlich meinen endgültigen [17:30 UNV], weil man zwingt sich selber, irgendwie sich am meisten anzustrengen und, und, und auf Lösungen zu kommen, die, \*\*, ähm\*, die man im abgesicherten Modus nicht, nicht finden würde. Und es geht aber ah'net' nur um des, sondern, \*, eben, \*\*, es ist einfach



*an der Zeit. Ich spür's also. Es ist an der Zeit, meine Grenzen zu überschreiten, was anderes zu erleben, also was, \*, es ist wirklich eine komplett neue Erfahrung. (...) So g'sehn, \*, kann man jetzt automatisch net irgendwie den Spieß umdrehen und sagen, äh, ich soll froh sein, dass ich jetzt diese Krankheit kriegt hab', also Beschwerden, weil sonst, äh, hätt' ich eh nur das Ganze immer, \*\*, immer wieder hinaus'schoben, \*, und bis des, \*\*, ja, so g'sehn werd' ich irgendwie gezwungen, das zu machen und das, \*, ja. Nur, \*, eben, \*, man kann das so sehen, man kann das auf eine andere Art und Weise auch sehen, \*\*, ahm, \*, keine Ahnung (...).«*

## Einschränkungen und Verzicht

Die Einschränkungen, die die Befragten erleben, beziehen sich nicht nur auf eine Arbeitstätigkeit, sondern auch stark auf den privaten Bereich. So können bestimmte Tätigkeiten im Alltag nicht mehr uneingeschränkt verrichtet werden. Es müssen bestimmte Diäten eingehalten werden, und liebgewonnene Hobbys können nicht mehr ausgeübt werden.

Personen mit körperlichen Einschränkungen können in der Regel recht genau benennen, welche Tätigkeiten sie noch ausüben und welchen Belastungen sie sich nicht mehr aussetzen können. Dabei handelt es sich meist um abgrenzbare und vermeidbare Beanspruchungen, wie langes Stehen oder Sitzen, schweres Heben, lange Arbeitsschichten und Ähnliches.

Bei Menschen mit zusätzlichen oder vorwiegend psychischen Beeinträchtigungen ist die Sache weit komplexer, umfassender und weniger leicht eingrenzbar. Hier spielen insbesondere der Leistungsdruck und Belastungen durch das soziale Umfeld eine Rolle. Die Betroffenen haben daher auch vielfach das Gefühl, sich nicht gut abgrenzen zu können bzw. persönliche Grenzen überschreiten zu müssen, um überhaupt (noch) am Erwerbsleben teilhaben zu können. Nicht selten haben diese Probleme auch in der Vergangenheit zu psychischen Fehlbeanspruchungen geführt: »(...) na ja, ich sollt' halt noch mehr auf mich schauen [LACHT KURZ] und irgendwie egoistischer werden, auch gleich zurückreden [LACHT], wenn manche Kollegen ungut sind, und, ahm, \*, ja, es sind einfach gewisse Ängste, die mich daran hindern (...).« (TN 12: Frau N, 53 Jahre, Telefoninterviewerin, psychosomatische Beschwerden) »Also wenn man zum Beispiel zu Hause freihat und man wird angerufen und soll arbeiten kommen – ja, das ist selbstverständlich sozusagen. Mir ging's immer schlechter, und ich hab' mir schon gedacht, ich werd' krank, bekomme Grippe, und ich wollte aber nicht zu Hause bleiben, bin immer arbeiten und arbeiten gegangen. Und dann kam es halt zum Nervenzusammenbruch.« (TN 2: Frau H, 53 Jahre, Hilfsarbeiterin, vorwiegend psychische Beschwerden)

Dementsprechend ist es für Personen mit körperlichen Einschränkungen auch leichter, Krankheit und Arbeitslosigkeit als vorübergehende Phase zu begreifen. Menschen mit akuten und vorwiegend psychischen Erkrankungen hegen zum Teil wenig Hoffnung auf eine Besserung oder haben kaum eine Vorstellung von einem Leben jenseits der aktuellen Situation.

Diese Einstellung dürfte jedoch großen Schwankungen unterworfen sein und steht in engem Zusammenhang mit dem Rehabilitationsprozess und subjektiv erlebten Erfolgen bzw. Misserfolgen. Insbesondere Personen, die wenig eigenen Handlungsspielraum wahrnehmen und/oder depressiv-ängstliche Züge aufweisen, erscheinen hier vulnerabler.

### Niemand weiß, wie es sich wirklich anfühlt

Psychische Probleme sind für die Betroffenen selbst und auch für die Umwelt weniger leicht greifbar bzw. nachvollziehbar als körperliche. Manchmal entsteht daher der Eindruck, dass die Befragten zunächst körperliche Einschränkungen in den Gesprächen stärker hervorheben, auch wenn die psychischen Beschwerden als belastender beschrieben werden; sei es aus Schuld oder Schamgefühlen oder weil vermutet wird, dass die Umwelt psychischen Problemen nicht mit dem gleichen Verständnis oder der gleichen Ernsthaftigkeit begegnet, wie körperlichen Erkrankungen. Hier spielt vermutlich auch eine Angst mit, dass psychische Probleme, obwohl sie die Betroffenen stark belasten, von Arbeitgebern und/oder Entscheidungsträgern negiert oder als wenig behindernd im Erwerbsleben bewertet werden könnten. Auch eigene Verleugnungstendenzen können hier eine Rolle spielen.

Insbesondere bei psychischen Erkrankungen dürfte daher auch die Diagnose eine wichtige Rolle spielen. Oftmals entsteht der Eindruck, dass psychische Erkrankungen nicht als solche wahr- und ernstgenommen werden können, solange keine konkrete Diagnose im Raum steht.

Die Betroffenen schildern verschiedenste Probleme und fühlen sich somit vielfach beeinträchtigt. Kann schließlich die Vielzahl an einzelnen Beschwerden unter einem »Krankheitsbild« subsumiert werden, dürfte eine gewisse Entlastung eintreten. Außerdem kann in Folge gezielter an einer Linderung der Beschwerden gearbeitet und unter Umständen das Umfeld besser informiert werden: *»Das heißt, wieder nicht gelöst, aber es//..., es überrascht mich nicht, weil, äh, seit ich mich mit der Sache beschäftige, dann weiß ich, dass eigentlich achtzig Prozent von den Leuten die diese Beschwerden haben, haben gleiche Karriere hinter sich. Dass das n//..., lange Jahre oder ein paar Jahre niemand erkennt und dann müssen sie Glück haben, dass jemand kommt, der sagt: ›Ah! Das kann DAS sein!‹ (...) Ja, weil das ist auch so schwer, nicht? Weil man// man selber kann sich dazu schwer bekennen, dass//..., dass man sich sagt: ›Du bist psychisch krank.‹ Oder? (...) Sicher. Also Burnout kann man noch ertragen, aber dass man das so nennt, dass man psychisch krank ist, das tut auch//..., oder das fällt auch mir schwer,\*; das zu sagen. Obwohl das vielleicht so ist [LACHT]. (TN 13: Frau K, 53 Jahre, Hauskrankenpflegerin, körperliche und psychische Beschwerden) »(...) ich schau' halt, dass ich damit umgehe, so gut wie es geht, und, und, ja, ich habe jetzt selber angefangen, eine Inhaltsangabe von diesem Buch zu machen, für Freunde und Verwandte et cetera. Allgemein was das ist, und dann speziell für mich, über mich. Und das schicke ich, weil, so gut wie in diesem Buch beschrieben ist, könnte ich es gar nicht sagen. (...)« (TN 4: Frau W, 43 Jahre, Einzelhandelskauffrau, vorwiegend psychische Beschwerden)*

Mitunter wird auch eine notwendige Hilfe zunächst noch abgelehnt, weil die Betroffenen sich nicht bereit fühlen, über ihre Probleme zu sprechen, oder noch nicht in der Lage sind, eine Erkrankung in vollem Umfang zu akzeptieren: *»Aber das Mobbing ist so schlimm, über das kann ich nicht einmal reden. (...) ich glaub', ich sollte wegen dem eine Therapie machen wahrscheinlich. (...) ich glaub', es ist wirklich ein Trauma.« (TN 12: Frau N, 53 Jahre, Telefoninterviewerin, psychosomatische Beschwerden)*

Eine diesbezügliche Einstellungsveränderung kann auch bei Frau E beobachtet werden. Frau E hat eine bewegte Lebensgeschichte mit großen Umbrüchen und Krisen hinter sich. Frau E ist depressiv und fühlt sich zunächst nicht bereit, außerhalb der Familie tiefergehend darüber zu sprechen. Auch eine medikamentöse Unterstützung lehnt sie kategorisch ab. Als sie merkt, dass auch die Familie nicht mehr so gut mit der Situation umgehen kann und darüber hinaus ihr eine Ärztin zu einer Therapie rät, denkt Frau E um.

### **Fallbeispiel TN 8: Frau E, 47 Jahre, Publizistin, psychische und körperliche Beschwerden (Auszüge aus den Gesprächstranskripten)**

#### **Erstes Interviewgespräch**

»(...) Ah, ich weiß nicht, [46:16 UNV] aber ich weiß, wo meine Medikamente ist, meine Medikamente ist Arbeit und ich studiere, wenn ich bin zu Haus Umgebung, äh, ich bin//..., ich bin hier. Aber ich will nicht, dass Medikamente bekomme, das hilft mir. (...) Äh, meine Therapie meine Familie. Meine Familie wieder ändert. Mein Sohne, mein Mann und, äh, ja, diese Vergangenheit [46:52 UNV] ja. (...) Äh, ja, ich versuche viel, äh, Ruhe, äh, Zeit lassen. Viel lesen. Zeit lassen, viel. Meine Kinder kommen am Sonntag, Kontrolle und so. Mein Mann, \*, ja, das alles. (...) Die werden auch sagen, ich bin auch krank, und ich brauche Medikamente, aber ich nehme keine Medikamente [LACHT]. (...) Ja, ich weiß nicht, ich wollte//..., ich könnte nie akzeptieren, ich bin//..., ich bin//..., ich hab' sowas gemacht, oder ich//..., ich brauche Hilfe. Ich akzeptiere meine Situation lieber einfach.«

#### **Zweites Interviewgespräch (etwa fünf Montae später)**

»(...) Ja, sie hat gesagt wörtlich meine Ärztin: »Sie brauchen ein bis zwei Jahre«, äh, \* bisschen Medikamente und, äh, Gespräche und dann, ja. (...) Aber früher konnte nicht sprechen, aber diese, \*, ähm, über meine Gefühle (...) und herzeigen und [52:32 UNV]. Zum Beispiel ich hab' nicht, ich bin nicht krank, ich, äh, muss ein [52:40 UNV], kein lebender Mensch kann mir helfen, und es gab nur mein Sohn [STIMME ZITZTERT], der hat von mir auch was gekriegt. (...) Äh, ich glaub' das nicht, das ich bin, \*, äh, \*, er hat, warum nehmen sie Medikamente? [STOTTERT] [53:20 UNV] Er hat mir, er hat verstärkt [53:24 UNV], okay, ich nehme, \*, und auch, auch SELBER, \*, ich hab' nicht geschätzt das Problem, und so konnte das nicht schätzen, besonders bei psychischen Sachen kann man nicht einschätzen, zum Beispiel: Warum machen so deppat? Warum machen sich verrückt? Warum macht der so das? Kann man nicht, nur, \*, nur persönlich einschätzen. ICH SELBER, sogar der Mensch selber kann nicht, äh, einschätzen seine Situation. (...) Also, \*\*, wenn ICH denke, jetzt das ich [54:00 UNV] kann man nicht jetzt einschätzen, \*, weil man ist psychisch, \*, ich bin zufrieden, dass ich kann jetzt sprechen.«

Aber auch bei körperlichen Erkrankungen sprechen einige Befragte davon, dass nicht einmal MedizinerInnen wirklich nachvollziehen können, wie sich die Beschwerden anfühlen. Hier

sind vor allem Schmerzen angesprochen, die nicht objektiv bewertet werden können: *»Weil sie nicht wissen, wie meine Schmerzen wirklich sind. Die haben einfach nur die Tatsache: Okay, es ist kaputt. Aber wie es sich anfühlt, wissen sie nicht.«* (TN 1: Herr B, 35 Jahre, Einzelhandelskaufmann, körperliche Beschwerden)

### **Sollen und Wollen versus Können**

Vielfach scheint auch der Wunsch enthalten zu sein, dass die Betroffenen selbst vermehrt als ExpertInnen für *ihre* Gesundheit wahrgenommen und eingebunden werden. Sie selbst wissen am besten, was ihnen gut tut und was nicht, was sie im Moment leisten können und was nicht: *»Wissen Sie, dass ich viel recherchiere und dann suche ich die Lösungen für mich selbst. Weil ich sag, niemand, ah, kann so gut meine Interessen vertreten, als ich selbst [LACHT]. Ist auch nicht gut, hab' ich gelernt, beim BBRZ Med [LACHT]. Man soll bisschen vertrauen und auch sich auf die anderen verlassen. Aber das ist so typisch für mich.«* (TN 13: Frau K, 53 Jahre, Hauskrankenpflegerin, körperliche und psychische Beschwerden)

Die Beeinträchtigungen sind aber nicht immer offensichtlich oder bewusst und außerdem kaum objektivierbar. Daher können sie von den beteiligten Parteien (RehabilitandInnen, Reha-System) unterschiedlich bewertet werden. Natürlich schmerzt auch die Erfahrung, dass durch gesundheitliche Einschränkungen, gewisse vielleicht erstrebenswerte Tätigkeiten nicht mehr ausgeübt werden können oder sollen. Dies kann zu offenen oder verdeckten Konflikten im Rehabilitationsprozess führen. In Einzelfällen scheint die Diskrepanz zwischen eigenen Werten bzw. Interessen und den wahrgenommenen beruflichen Perspektiven oder den Empfehlungen seitens der beteiligten Institutionen zu groß. Die Folge ist ein geringes Commitment seitens der Betroffenen mit den Entscheidungen der institutionellen VertreterInnen: *»Ausbildung [zur] Bürokratie ist für mich nicht ganz optimal. (...) OP-Hilfe, Operationsgehilfe. Und es gibt interne Ausbildungen oder BFI-Ausbildungen, aber, äh, ein AMS-Arzt hat mir das nicht, \*\*, empfohlen. Er hat gesagt, dass darf ich das nicht machen, äh, mit meiner Krankheit, also Stress und, ahm, \*, Kräfte zum Heben. Abgesagt. Aber das wollte ich schon machen, das interessiert und auch, ah, das besser bezahlt auch dazu. (...)*« (TN 15: Herr B, 47 Jahre, Sicherheitsdienst, vorwiegend körperliche Beschwerden) *»Ich will keine Umschulung, ich will einen Job.«* (TN 7: Herr S, 49 Jahre, Kellner, körperliche und psychische Beschwerden)

Können jedoch adäquate Ziele entwickelt werden, sehen die Befragten dies als große Entlastung: *»(...) man sieht eine Perspektive [LACHT]. Also man sieht irgendwo am Ende des Tunnels wieder einen Lichtblick. (...) Weil der Weg für mich ganz klar ist, den geh' ich jetzt, \*, Klipp und klar.«* (TN 16: Herr K, 46 Jahre, Koch, körperliche Beschwerden)

### **Unabhängigkeit und Sicherheit**

Krank zu sein ist in unserer Gesellschaft, ebenso wie Arbeitslosigkeit, ein gewisses Stigma. Obwohl viele Befragte durchaus auf das Verständnis und die Anteilnahme aus ihrem persönlichen Umfeld zählen können, wird häufig eine gewisse »Stärke« signalisiert. Dabei ist das Bedürfnis nach Unabhängigkeit, Eigenständigkeit und Sicherheit eine starke Triebkraft. Die Erfahrung

vom Wohlwollen anderer Personen, Institutionen oder von äußeren Umständen abhängig zu sein, geht mit Gefühlen des Kontrollverlustes einher und bereitet manchen InterviewpartnerInnen große Angst. Daher betonten einige Befragte, dass es wichtig ist, die Opferrolle zu verlassen, die Dinge selbst in die Hand zu nehmen, sich und anderen etwas zu beweisen, oder sie sehen sich gar nicht in der Krankenrolle. Hier kommt eine gewisse kämpferische Haltung zum Tragen, wobei nicht immer Optimismus im Spiel ist: »Mmh, das muss man weiterziehen, also das geht nicht//..., bleibt sch//..., nicht gleich (24:13 UNV) das wird immer jammern und dann zuhause bleiben, weil [24:19 UNV, ETWA: es ist nicht kurz] und irgendwie schon das weiter, also, meine zielstrebig sein und dann Arbeit finden, relativ, äh, wie normale Mensch zum Arbeiten. Das find' ich, man kann eine echte Unterschied. Da gibt's Leute, die haben noch schlimmer als ich, also wirklich was//..., und die gehen arbeiten, sogar mit dem Rollstuhl zum Beispiel,\*. (TN 15: Herr B, 47 Jahre, Sicherheitsdienst, vorwiegend körperliche Beschwerden) »Da fühlt man sich noch jung und denkt sich: ›Na, das hast immer gemacht, das geht schon noch. Geht schon noch, ja.‹ Und ich will gar nicht//..., ich will das gar nicht so sagen, ja: ›Jetzt trag' du die Tasche für mich, und ich kann nicht. Oder na//...‹ Das will ich gar nicht, ja. Da will ich schau', dass//..., so lange als möglich selbständig sein und,\*, mich selbst versorgen können,\*. Ja, also das ist,\*, wie gesagt, das ist meine größte//..., also das ist mein Ziel, so lang, wie möglich, also,\*\*, fremde Hilfe, also,\*, nicht angewiesen zu sein,\*\*.« (TN 2: Frau H, 53 Jahre, Hilfsarbeiterin, vorwiegend psychische Beschwerden) »Weil ich war zum Beispiel bei so einem Arbeitsmediziner und ›nicht mehr für den Beruf geeignet. Nur mehr leichte Tätigkeit. Kann ich mir aber persönlich nicht vorstellen [LACHT].« (TN 16: Herr K, 46 Jahre, Koch, körperliche Beschwerden)

Jedoch erfordert eine Umorientierung und aktive Lösungsorientierung viel Mut, besonders vor dem Hintergrund ohnehin schwieriger Lebensumstände. Den Mut zum Verlassen gewohnten Terrains aufzubauen, ist ein Prozess der Unterstützung und Zeit braucht: »(...) ich seh' mich eher in an Dschungel kurz vor'm, ahm, Strand und,\*, ich muss mich einfach nur wieder raustrauen können. Und, ahm, auch,\*, in//..., den Mut haben, mich wieder rauszutrauen. Gesundheitlich gesehen ist das natürlich im Zusammenhang mit Schmerzfreiheit. Aber ich denk', sobald ich,\*, wirklich wieder stabil sein kann, ahm, auch in der Arbeitswelt und, ahm, mein Körper einfach stabil genug ist,\*, ja, Garten Eden,\*. (...) Direkt vor mir, das ist meine Zukunft. Ich hab' derzeit leider nur,\*\*, ohne was dafür zu können, keinen Zutritt,\*. Aber sobald ich ein Ticket hab', geh' ich da rein, und ich bin dort, glaub' ich, herzlich willkommen, und ich freue mich auf jeden Fall schon darauf. Und ich weiß, dass ich's in irgendeiner Form schaffen werde.« (TN 1: Herr B, 35 Jahre, Einzelhandelskaufmann, körperliche Beschwerden) »(...) aber ich sage immer: ›Ich bin eine Mutige, und ich bin eine Kämpferin!‹ (...).« (TN 13: Frau K, 53 Jahre, Hauskrankenpflegerin, körperliche und psychische Beschwerden)

## Schonung

Neben dem Vermeiden individuell gesundheitsgefährdender Tätigkeiten ist beinahe allen Befragten gemein, dass sie in Zukunft ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Arbeit und Freizeit anstreben.

Dieser Wunsch kann in seiner Intensität in gewisser Weise als – durchaus sinnvolles – Schonverhalten betrachtet werden. Psychische und körperliche Belastungen durch Überstunden, zu lange Arbeitszeiten wollen unbedingt vermieden werden. Zudem wird häufig eine strikte Trennung von Arbeit und Freizeit favorisiert.

Das Schonverhalten kann aber in Einzelfällen auch im Sinne einer Schutzfunktion gewertet werden, wenn aufgrund mangelnder attraktiver beruflicher Perspektiven ein Rückgang des beruflichen Engagements zu beobachten ist.

## 4 Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die im Kontext der beruflichen Rehabilitation auftretenden Werte, Emotionen, Motivationen und Einstellungen in einer Wechselwirkung mit einer Vielzahl von Faktoren stehen, die ihrerseits voneinander abhängen und beeinflusst werden. In Tabelle 8 werden einige mögliche Reaktionen aus der Kombination von inneren Vorgängen und der Wahrnehmung äußerer Faktoren vereinfacht und übersichtlich dargestellt.

**Tabelle 8: Einflussfaktoren und mögliche Reaktionen**

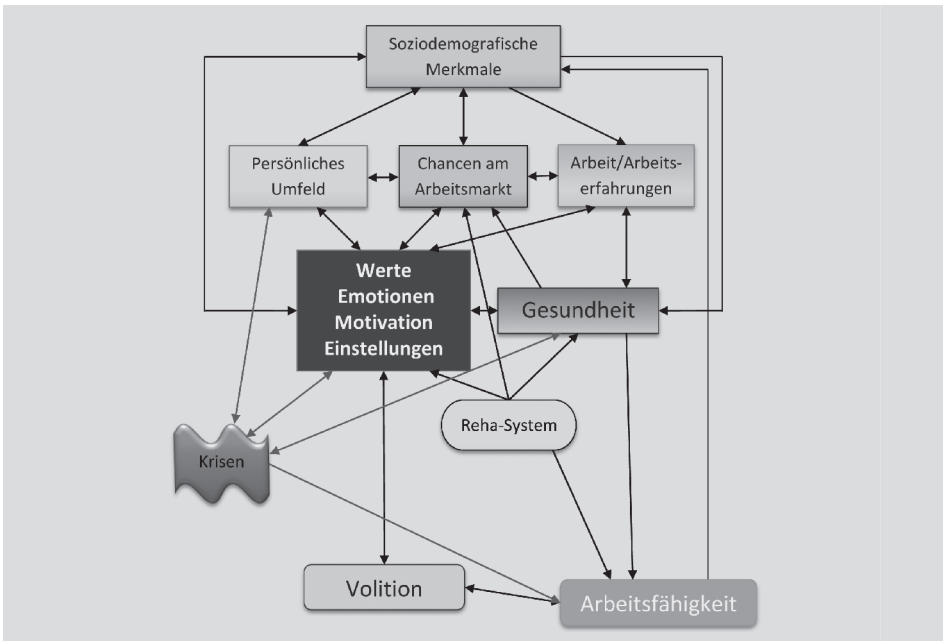
Innere Faktoren	Wahrnehmung äußerer Faktoren	Mögliche Reaktionen	Beispielzitate
Passiv-reagible Grundhaltung	Druck, System zu »langsam« oder wenig unterstützend	Widerstand, geringes Commitment mit Entscheidungen der fördernden Institutionen	»(...) hab' ich mir noch gedacht: ›Soll ich in den Kurs gehen oder nicht?‹ und hab' mir gedacht: ›Nein!‹, weil beim BBRZ haben's mir schon gesagt: ›Sie waren jetzt so viel im Krankstand, wenn Sie jetzt diesen Montag nicht kommen,*, dann wird der Kurs abgebrochen«. Aber mir war das dann egal (...).« (TN 12)
Depression/ Burnout/ Ängste	Druck, »falsche« Motivationsversuche aus dem Bekanntenkreis	Negativ-Kreislauf	»(...) es muss alles stimmen, das Umfeld muss stimmen, die Menschen müssen stimmen, also ich darf keine Angst haben.« (TN 2)
Starker Wille	System zu »langsam« oder wenig unterstützend	Angepasste Passivität und/oder geringes Commitment mit Entscheidungen der fördernden Institutionen	»(...) ich habe keine Lust mehr, dort hinzugehen, weil es ist mir irgendwie alles zu lang. Ich würde eine andere Vorstellung haben, wie das weiterlaufen soll.« (TN 13)
Starker Wille	Geringe Chancen am Arbeitsmarkt	Resignative Tendenzen	»Es ist momentan ganz schwer. (...) Da kann ich momentan nichts ändern.« (TN 15)
Hohe Zielorientierung	System zu »langsam«, wenig unterstützend	Angepasste Passivität und/oder Aktivierung von eigener Bewältigungskompetenz	»Wenn's nicht bewilligt wird, na dann muss ich mir eine andere Lösung suchen, oder weiterhin kämpfen.« (TN 16)
Hohe Zielorientierung	Unterstützendes System	Hohe Motivation und Commitment mit Entscheidungen der fördernden Institutionen	»Mir würd's gar nicht einfallen, dass ich sag'*, ›ich hab' ka' Lust!«. (TN 9)
Unsicherheit	System intransparent und unvorhersehbar, wenig Möglichkeit der Einflussnahme	Verantwortungsabgabe, angepasste Passivität	»Man braucht etwas Stabiles, Gleichbleibendes, das länger ist.« (TN 1)

Unsicherheit	Unterstützendes System	Perspektivenentwicklung und Aktivierung von eigener Bewältigungskompetenz	»Mittlerweile denk' ich, dass ich nicht mehr diese Opferrolle hab'.« (TN 18)
Stuserhalt als wichtiges Ziel	Geringe Chancen am Arbeitsmarkt	Widerstand und/oder resignative Tendenzen	»Ich will keine Umschulung. Ich will einen Job.« (TN 7)
Hohe Identifikation mit dem Beruf (weitere Berufsausübung aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich)	Druck zur Veränderung	»Trauerphase«, zunächst geringe Bereitschaft zur Adaption und geringes Commitment mit Entscheidungen der fördernden Institutionen	»Ich möchte nicht irgendwas anfangen, nur dass ich arbeit'.« (TN 14)
Hohe Anpassungsbereitschaft und Flexibilität	Unterstützendes System	Hohe Motivation und Commitment	»Ich zieh' das jetzt durch. Es dauert nicht lange, es sind hundertzwanzig Wochen, und das ist machbar.« (TN 5)
Geringe Selbstwirksamkeit	Geringe Chancen am Arbeitsmarkt	Passivität, Hilfslosigkeit, Überforderung, Resignation	»Ich bräuchte so, *, jemand der mir hilft, ja,*. Weil ich bin jetzt schon so verunsichert (...).« (TN 2)

Quelle: abif 2013

Die nachfolgende Abbildung stellt das Zusammenspiel von Werten, Emotionen Motivationen und Einstellungen mit anderen relevanten Faktoren nochmals grafisch und globaler dar:

**Abbildung 6: Werte, Emotionen, Motivationen und Einstellungen im Kontext der beruflichen Rehabilitation**



Quelle: abif 2013



»Eckpunkte« der Einflussfaktoren auf die Werte, Emotionen, Motivationen und Einstellungen einer Person sind deren soziographische Merkmale. Diese beeinflussen einerseits auf direktem Weg und andererseits indirekt, indem sie das persönliche Umfeld einer Person, ihre Chancen am Arbeitsmarkt, ihre Arbeit und Arbeitserfahrungen sowie ihre Gesundheit maßgeblich prägen, was in weiterer Folge wiederum zu Auswirkungen auf die Werte, Emotionen, Motivationen und Einstellungen führt.

Diese Faktoren wirken aber in aller Regel nicht nur in eine Richtung, sondern werden ihrerseits – in einer Art Rückkopplung – von den Werten, Emotionen, Motivationen und Einstellungen einer Person beeinflusst.

Auch wechselseitige Abhängigkeiten treten dabei auf: Beispielsweise bestehen Zusammenhänge zwischen den wahrgenommenen Chancen am Arbeitsmarkt und der Arbeit bzw. den Arbeitserfahrungen einerseits sowie der Arbeit bzw. den Arbeitserfahrungen und der Gesundheit andererseits. Auch das persönliche Umfeld hat in einem gewissen Umfang Auswirkungen auf die Chancen einer Person am Arbeitsmarkt.

Die Werte, Emotionen, Motivationen und Einstellungen einer Person stehen in einer deutlichen Wechselwirkung mit ihrem Arbeitswillen (Volition): »Unter Volition versteht man durch Willenskraft gesteuerte Fähigkeiten, die notwendig sind, um Motive und Ziele in Ergebnisse umzusetzen.«<sup>130</sup> Zusammen mit der Gesundheit einer Person beeinflussen diese Komponenten schließlich die Arbeitsfähigkeit maßgeblich, die in letzter Konsequenz natürlich wiederum Auswirkungen auf bestimmte soziodemographische Merkmale einer Person haben kann (z. B. das Einkommen).

Das Reha-System wirkt sowohl in gesundheitlicher Hinsicht als auch über Werte, Emotionen Motivationen und Einstellungen – und damit indirekt auf den Arbeitswillen der Personen.

Krisensituationen im Leben der Personen beeinflussen einerseits direkt die Werte, Emotionen, Motivationen und Einstellungen, haben aber auch Auswirkungen auf das persönliche Umfeld, die Volition der Person sowie ihre Gesundheit. Der Umgang einer Person mit einer Krise wird allerdings auch auf umgekehrtem Weg von diesen Faktoren mitbestimmt.

Zusammenfassend hat also die vorliegende Untersuchung ein komplexes Netz an Wechselwirkungen aufgezeigt, in dem die Werte, Emotionen, Motivationen und Einstellungen einer Person einen zentralen Stellenwert einnehmen.

Arbeitslose Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind in vielerlei Hinsicht besonders belastet. Als zentrales Motiv wurde daher beispielsweise die Reduktion von Unsicherheit identifiziert. Veränderungen brauchen Mut und Flexibilität; durch die Verunsicherung im Zuge von Krankheit und Arbeitslosigkeit müssen diese erst (wieder-)gewonnen werden.

Insgesamt zeigt sich im Rahmen dieser Studie aber, dass die Reintegration aus verschiedenen Gründen ein langsamer Prozess ist. Insbesondere Einstellungsveränderungen innerhalb der Personen gehen nur langsam und teilweise mit Rückschlägen vonstatten. Neben dem medizinischen Befund spielen Einstellungen im (Re-)Integrationsprozess aber eine entscheidende

---

130 Vgl. Pelz 2012, Seite 1.

Rolle. So können beispielsweise festgefahrene negative Denkmuster in Bezug auf die Erwerbsarbeit zu ungünstigen Prognosen führen und die (Wieder-)Aufnahme einer Erwerbstätigkeit behindern. Ihre Zukunft schätzen diese Personen pessimistischer ein, und es mangelt oft an beruflichen und persönlichen Perspektiven. Das Auflösen solcher dysfunktionaler Denkmuster und das Erarbeiten positiver und realistischer beruflicher Perspektiven bedürfen jedoch intensiver psychosozialer Begleitung.

Ebenso problematisch erscheint es, wenn sich Personen sehr stark über ihre berufliche Tätigkeit identifizieren bzw. identifiziert haben. Auch hier muss intensiv und unter Einbeziehung der Bedürfnisse und Werte der Betroffenen an realistischen und attraktiven beruflichen Perspektiven gearbeitet werden. Sonst besteht die Gefahr, dass wenig Commitment mit den Entscheidungen der fördernden Institutionen besteht.

Je nach Ausgangssituation sind daher schon kleine Erfolge dementsprechend hoch zu werten.

Der Prozess ist aber auch in ganz anderer Hinsicht ein langsamer. Im Verlauf der beruflichen Rehabilitation kommt es mitunter, unabhängig vom Gesundheitszustand der Befragten, zu längeren Wartezeiten. Entscheide der beteiligten Organisationen müssen abgewartet werden, der (Wieder-)Einstieg in Schulungen kann dadurch erheblich verzögert werden. Einzelne Befragte werden dadurch in die Passivität gedrängt. Sie verlieren gefühlsmäßig die Kontrolle über ihr Leben, die Erfahrung von Selbstwirksamkeit wird untergraben. Insbesondere Personen mit psychischen Problemen sind jedoch mitunter nicht mehr in der Lage, ihre Interessen mit Nachdruck durchzusetzen, wodurch sie noch stärker auf die Entscheidungen, Empfehlungen und Hilfestellungen der unterstützenden Institutionen angewiesen sind.

Da in diesem Bericht ausschließlich die Betroffenen selbst zu Wort kommen, wird davon Abstand genommen, Empfehlungen für die Beratung oder unterstützende Organisationen auszusprechen. Die Erkenntnisse sollten zuerst in weiteren Forschungsarbeiten mit der Sicht der beteiligten Organisationen und ExpertInnenmeinungen ergänzt werden bzw. mit (Reha-)BeraterInnen reflektiert werden. Die Ergebnisse sollten also zuerst abgesichert und auf eine breitere Basis gestellt werden, um z.B. eine Typologie der Personen und auf ihre Situation abgestimmte Interventionen abzuleiten.

## 5 Literatur

- Antinovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, deutsche Übersetzung von Alexa Franke, Tübingen, zitiert in: Schumacher, Jörg/Brähler, Elmar (2004): Bezugssysteme von Gesundheit und Krankheit, in: Strauß, B./Berger, U./Troschke J. v./Brähler, J. (Hg.): Lehrbuch Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Göttingen.
- Ash, Peter/Goldstein, Samuel I. (1995): Predictors of Returning to Work, *Bulletin of the American Academy of Psychiatry & the Law*, 23/2, Seite 205–210.
- AUVA (2012): Auszug aus der Statistik 2011, verfügbar unter: [www.auva.at/portal27/portal/auvportal/channel\\_content/cmsWindow?action=2&p\\_menuid=1997&p\\_tabid=5](http://www.auva.at/portal27/portal/auvportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=1997&p_tabid=5) (abgerufen am 5.6.2012).
- Brandstätter, J. (1992): Personal Control over Development: Some Developmental Implications of Self-Efficacy, in: Schwarzer, R. (ed.) *Self-Efficacy: Thought Control of Action*, Hemisphere, Washington, Seite 127, zitiert in: Ruoff, Manfred (1997): Schmerz und Behinderung als subjektive Konstruktionen, in: *Schmerz* 11, Seite 305–313.
- Brauer, Juliane (2009): Soziale, situative und personale Faktoren im Kontext der Rentenantragstellung bei männlichen Arbeiterrentenversicherten in der kardiologischen Rehabilitation, Dissertation an der Universität zu Lübeck.
- Castel, Robert (2008): *Die Metamorphosen der sozialen Frage. Eine Chronik der Lohnarbeit*, 2. Auflage, UVK.
- Deutschmann, André/Kuhnert, Peter (2005): Kohärenzgefühl – Instrument für Risikogruppen in der Arbeitslosigkeit. Ergebnisse einer Vergleichsstudie, in: Kastner, Michael/Hagemann, Tim/Kliesch, Gesa (Hg.): *Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung*, Lengerich, Seite 149–168.
- Dörner, D. (1985): Verhalten, Denken, Emotionen, in: Eckensberger, L./Lantermann E. D. (Hg.): *Emotion und Reflexivität*, Urban und Schwarzenberg, München/Wien/Baltimore, zitiert in: Ruoff, Manfred (1997): Schmerz und Behinderung als subjektive Konstruktionen, in: *Schmerz* 11, Seite 305–313.
- Ekbladh, Elin/Thorell, Lars Håkan/Haglund, Lena (2010): Return to Work: The Predictive Value of the Worker Role Interview (WRI) over Two Years.
- Egger-Subotitsch, Andrea/Fritsch, Clara/Jelenko, Marie/Steiner, Karin (2007): *Praxishandbuch betriebliche und arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung*, Wien, verfügbar unter: [www.ams-forschungsnetzwerk.at](http://www.ams-forschungsnetzwerk.at) im Menüpunkt »E-Library«.
- Elkeles, Thomas/Kirschner, Wolf (2004): *Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Interventionen durch Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement, Befunde und Strategien, Gutachten für den BKK-Bundesverband – Ergebnisbericht*, Berlin.

- Faltermeier, Toni/Kühnlein, Irene/Burda-Viering, Martina (1998): Subjektive Gesundheitstheorien: Inhalt, Dynamik und ihre Bedeutung für das Gesundheitshandeln im Alltag, Zeitschrift für Gesundheitswissen, 4, Seite 309–326.
- Feather, N.T./Davenport, P.R. (1981): Unemployment and Depressive Affect: A Motivational and Attributional Analysis, *Journal of Personality and Social Psychology*, 41/3, Seite 422–436.
- Fiedler, Rolf G./Ranft, Andreas/Greitemann, Bernhard/Heuft, Gereon (2005): Arbeitsmotivation – Diagnostikinstrumente und ihre Relevanz in der Patientenversorgung. Zum Stand arbeitsbezogener Motivationsdiagnostik, PpMp – Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, Thieme Verlag, Stuttgart/New York.
- Folkman, S./Lazarus R. S. (1988): Coming as a Mediator of Emotion, *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, Seite 466–475, zitiert in: Wagner, Roland (1999): Attributionsmuster und Arbeitslosigkeit. Eine Längsschnittstudie über die Entwicklung von Attributionsmustern und deren psychischen Konsequenzen während der Arbeitsplatzunsicherheit und der anhaltenden Arbeitslosigkeit.
- Friedel, H./Orfeld, B. (2002): Das Anforderungs-Kontroll-Modell: Psychische Belastungen am Arbeitsplatz sind einfach zu ermitteln, in: Die BKK Zeitschrift für die betrieblichen Krankenkassen, Essen, Seite 50–54.
- Grabert, Andrea (2007): Salutogenese und Bewältigung psychischer Erkrankung: Einsatz des Kohärenzgefühls in der Sozialen Arbeit, Lippe Verlag.
- Hansen, Annie/Edlund, Curt/Henningsson, Mikael (2006): Factors Relevant to a Return to Work: A Multivariate Approach, in: *Work*, 26 (2), Seite 179–90.
- Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger (2012): Sozialversicherung in Zahlen, 28. Ausgabe, Wien, verfügbar unter: [www.hauptverband.at/portal27/portal/hvb-portal/channel\\_content/cmsWindow?action=2&p\\_menuid=58267&p\\_tabid=2](http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvb-portal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=58267&p_tabid=2) (abgerufen am 5.6.2012)
- Haynie, J. Michael/Sheperd, Dean (2011): Towards a Theory of discontinuous Career Transition: Investigating Career Transitions Necessitated by Traumatic Life Events, *Journal of Applied Psychology* 96, Seite 501–524.
- Heckhausen, H. (1980): Motivation und Handeln, Berlin, Springer, zitiert in: Wagner, Roland (1999): Attributionsmuster und Arbeitslosigkeit. Eine Längsschnittstudie über die Entwicklung von Attributionsmustern und deren psychischen Konsequenzen während der Arbeitsplatzunsicherheit und der anhaltenden Arbeitslosigkeit.
- Hildebranth/Kickbusch (1986): Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung, WHO-autorisierte Übersetzung, verfügbar unter: [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf) (abgerufen am 29.6.2012).
- Hollederer, Alfons (2009): Arbeitslosigkeit, Krankheit und Gesundheitsförderung, PowerPoint-Präsentation zum Vortrag im Rathaus Wien, verfügbar unter: [www.nga.or.at/uploads/media/VO1\\_Hollederer.pdf](http://www.nga.or.at/uploads/media/VO1_Hollederer.pdf) (abgerufen am 14.7.2012).
- Ilmarinen, Juhani/Tempel, Jürgen (2002): Arbeitsfähigkeit 2010: Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben?

- Ilmarinen, Juhani/Tempel, Jürgen (2003): Erhaltung, Förderung und Entwicklung der Arbeitsfähigkeit – Konzepte und Forschungsergebnisse aus Finnland, in: Badura, B./Schnellschmidt, H./Vetter, C. (Hg.): Fehlzeiten-Report 2002. Demographischer Wandel – Herausforderung für die betriebliche Personal- und Gesundheitspolitik, Berlin.
- Ilmarinen, Juhani (2011): Das Haus der Arbeitsfähigkeit – der finnische Blick auf den demografischen Wandel. PowerPoint-Präsentation zum Vortrag beim Bildungswerk Hessen, verfügbar unter: [www.dgb-bildungswerk-hessen-demographie.de/upload/dokumente/Vortrag\\_Juhani\\_Ilmarinen.pdf](http://www.dgb-bildungswerk-hessen-demographie.de/upload/dokumente/Vortrag_Juhani_Ilmarinen.pdf) (abgerufen am 30.6.2012).
- IQPR – Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation (GmbH) an der Deutschen Sporthochschule Köln (2004): Erwerbsminderung. Bedeutung und Vermeidung, Auszüge aus dem vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) geförderten Projekt »Prävention und Rehabilitation zur Verhinderung von Erwerbsminderung« (PRVE), verfügbar unter: [www.iqpr.de/iqpr/download/projekte/Thema\\_Erwerbsminderung.pdf](http://www.iqpr.de/iqpr/download/projekte/Thema_Erwerbsminderung.pdf) (abgerufen am 20.7.2012).
- ISSA – International Social Security Association (2002): Who Returns to Work and Why? Geneva.
- Jahoda, Marie (1995): Wieviel Arbeit braucht der Mensch? Arbeit und Arbeitslosigkeit im 20. Jahrhundert, Reprint der 3. Auflage von 1986, Weinheim.
- Kastner, Michael (2005): Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Was bewirkt was und was ist zu tun? In: Kastner, Michael/Hagemann, Tim/Kliesch, Gesa (Hg.): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung, Lengerich, Seite 53–89.
- Kehr, Hugo M. (2004): Integrating Implicit Motives, Explicit Motives, and Perceived Abilities: The Compensatory Model of Work Motivation and Volition, *Academy of Management Review*, 29/3, Seite 479–499.
- Kehr, Hugo M. (2011): Führung und Motivation. Implizite Motive, Explizite Ziele und die Steigerung der Willenskraft. *Personalführung*, 4, Schwerpunkt Motivation, Seite 66–71, verfügbar unter: [www.kehrmc.de/fileadmin/Dateien/Download/pdfs/Fuehrung%20und%20Motivation\\_Implizite%20%20Motive-explicite%20Ziele%20und%20Willenskraft.pdf](http://www.kehrmc.de/fileadmin/Dateien/Download/pdfs/Fuehrung%20und%20Motivation_Implizite%20%20Motive-explicite%20Ziele%20und%20Willenskraft.pdf) (abgerufen am 15.7.2012).
- Kieselbach, Thomas (1988): Arbeitslosigkeit, in: Asanger, R/Wenninger, G. (Hg.): Handwörterbuch der Psychologie, 4. Auflage, München, Psychologie Verlags Union, Seite 42–51, zitiert in: Elkeles, Thomas/Kirschner, Wolf (2004): Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Interventionen durch Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement, Befunde und Strategien, Gutachten für den BKK-Bundesverband – Ergebnisbericht, Berlin.
- Kluckhohn, Clyde (1962): Values and Value-Orientations in the Theory of Action, in: Parson, T./Shils, E. (Eds.): *Toward a General Theory of Action*, Harvard University Press, Cambridge, zitiert in: *Medialexikon der Burda News Group*, verfügbar unter: [www.medialine.de/deutsch/wissen/medialexikon.php?snr=6190](http://www.medialine.de/deutsch/wissen/medialexikon.php?snr=6190) (abgerufen am 31.8.2012).
- Kuhlmann, Ellen/Kolip, Petra (1998): Subjektive Gesundheitskonzepte: Welche Rolle spielen Beruf und Geschlecht? *Zeitschrift für Gesundheitswissen*, 1, Seite 44–57.

- Lazarus, R.S./Folkman, S. (1984): *Stress, Appraisal and Coping*, Springer, New York, zitiert in: IQPR (2004).
- Paul, K.I./Hassel, A./Moser, K. (2006): Die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit: Befunde einer quantitativen Forschungsintegration, in: Holleederer A./Brand, H. (Hg.): *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit (Meta-Analyse 237 Quer- und 87 Längsschnittstudien)*, Huber Verlag, Bern, Seite 35–51.
- Pelz, Waldemar (2012): Von der Motivation zur Volition, Volition, die Umsetzungscompetenz, Forschungsbericht als Diskussionspapier von Prof. Dr. Waldemar Pelz, Internationales Management und Marketing, TH Mittelhessen, verfügbar unter: [http://homepages.thm.de/~hg10086/diskussionspapiere/volition\\_motivation.pdf](http://homepages.thm.de/~hg10086/diskussionspapiere/volition_motivation.pdf) (abgerufen am 16.5.2013).
- Pensionsversicherungsanstalt (2012): Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension, verfügbar unter: [www.sozialversicherung.at/portal27/portal/pvaportal/channel\\_content/cmsWindow?action=2&p\\_menuid=5320&p\\_tabid=4](http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/pvaportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=5320&p_tabid=4) (abgerufen am 11.6.2012).
- Prümper, Jochen/Richenhagen, Gottfried (2011): Von der Arbeitsunfähigkeit zum Haus der Arbeitsfähigkeit. Der Work Ability Index und seine Anwendung, in: Seyfried, B. (Hg.): *Ältere Beschäftigte: Zu jung, um alt zu sein. Konzepte – Forschungsergebnisse – Instrumente*, Seite 135–146.
- Robbins, Stephen P. (2001): Werte, Einstellungen und Arbeitszufriedenheit, in derselbe: *Organisation der Unternehmung*, 9. Auflage, Pearson Studium, Seite 84–116, verfügbar unter: [http://bookshop.pearson.de/media\\_remote/katalog/bsp/9783827370105bsp.pdf](http://bookshop.pearson.de/media_remote/katalog/bsp/9783827370105bsp.pdf) (abgerufen am 15.7.2012).
- Roe, Robert A./Ester, Peter (1999): Values and Work. Empirical Findings and Theoretical Perspective, *Applied Psychology, an International Review*, 48 (1), Seite 1–21.
- Ruoß, Manfred (1997): Schmerz und Behinderung als subjektive Konstruktionen, in: *Schmerz* 11, Seite 305–313.
- Schumacher, Jörg/Brähler, Elmar (2004): Bezugssysteme von Gesundheit und Krankheit, in: Strauß, B./Berger, U./Troschke J. v./Brähler, J. (Hg.): *Lehrbuch Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie*, Göttingen.
- Seligmann, Martin (1979): *Erlernte Hilflosigkeit*, München/Wien/Baltimore.
- Siegrist, Johannes (2012): Effort-Reward Imbalance at Work – Theory, Measurement and Evidence, verfügbar unter: [www.uni-duesseldorf.de/medicalsociology/fileadmin/Bilder\\_Dateien/download/ERI\\_Texte\\_und\\_Grafiken/ERI-Theory-Measurement.pdf](http://www.uni-duesseldorf.de/medicalsociology/fileadmin/Bilder_Dateien/download/ERI_Texte_und_Grafiken/ERI-Theory-Measurement.pdf) (abgerufen am 16.5.2013).
- Statistik Austria (2009): *Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Ergebnisse aus EU-SILC 2007*, Wien, verfügbar unter: [www.statistik.at/web\\_de/suchergebnisse/index.html](http://www.statistik.at/web_de/suchergebnisse/index.html) (abgerufen am 9.6.2012).
- Statistik Austria (2011): *Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung in Österreich. Ergebnisse aus EU-SILC 2010, Tabellenband, Studie der Statistik Austria im Auftrag des BMASK*, verfügbar unter: [www.statistik.at/web\\_de/statistiken/soziales/armut\\_und\\_soziale\\_eingliederung/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/armut_und_soziale_eingliederung/index.html) (abgerufen am 14.7. 2012).

- Steiner, Karin/Leuprecht, Eva/Egger-Subotitsch, Andrea/Dolezal, Karl/Reschauer, Gerda/Angermann, Andrea/Weber, Maria E. (2006): Praxishandbuch Methoden in der Beruflichen Rehabilitation, Wien, verfügbar unter: [www.ams-forschungsnetzwerk.at](http://www.ams-forschungsnetzwerk.at) im Menüpunkt »E-Library«.
- Steiner, Karin/Jelenko, Marie/Moser, Winfried/Haydn, Franziska (2010): AMS report 81: Chancen und Möglichkeiten von Productive Ageing. Arbeitsmarktpolitische, arbeitspsychologische und soziologische Perspektiven zur verbesserten Arbeitsmarktintegration Älterer, Wien, verfügbar unter: [www.ams-forschungsnetzwerk.at](http://www.ams-forschungsnetzwerk.at) im Menüpunkt »E-Library«.
- Ulrich, Eberhard/Wülser, Marc (Hg.) (2004): Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven, Wiesbaden, zitiert in: Egger-Subotitsch et al. (2007): Praxishandbuch betriebliche und arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung, Wien.
- Van den Broeck, Anja/Vansteenkiste, Maarten/Lens, Willi/De Witte, Hans (2010): Unemployed Individuals' Work Values and Job Flexibility: An Explanation from Expectancy-Value Theory and Self-Determination Theory, *Applied Psychology, an international Review*, 59 (2), Seite 296–317.
- Vansteenkiste, Maarten/Lens, Willy/De Witte, Hans/Feather, N.T. (2005): Understanding Unemployed People's Job Search Behaviour, Unemployment Experience and Well-Being: A Comparison of Expectancy-Value-Theory and Self-Determination Theory, *British Journal of Social Psychology*, 44, Seite 269–287.
- Weiner, B. (1985): An Attributional Theory of Achievement, Motivation and Emotion, *Psychological Review*, 92, Seite 548–573, zitiert in: Wagner, Roland (1999): Attributionsmuster und Arbeitslosigkeit. Eine Längsschnittstudie über die Entwicklung von Attributionsmustern und deren psychischen Konsequenzen während der Arbeitsplatzunsicherheit und der anhaltenden Arbeitslosigkeit.
- Weiner, B. (1986): Attribution, Emotion and Action., in: Sorrentino, R.M./Higgins, E.T. (Eds.). *Handbook of Motivation and Cognition*, New York, zitiert in: Wagner, Roland (1999): Attributionsmuster und Arbeitslosigkeit. Eine Längsschnittstudie über die Entwicklung von Attributionsmustern und deren psychischen Konsequenzen während der Arbeitsplatzunsicherheit und der anhaltenden Arbeitslosigkeit.
- Wagner, Roland (1999): Attributionsmuster und Arbeitslosigkeit. Eine Längsschnittstudie über die Entwicklung von Attributionsmustern und deren psychischen Konsequenzen während der Arbeitsplatzunsicherheit und der anhaltenden Arbeitslosigkeit.
- WIFO (2012): Fehlzeitenreport 2011, Wien, verfügbar unter: [www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel\\_content/cmsWindow?action=2&p\\_menuid=67679&p\\_tabid=5&p\\_pubid=641630](http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=67679&p_tabid=5&p_pubid=641630) (abgerufen am 10.6.2012).
- Wydler, Hans/Kolip, Petra/Abel, Thomas (2010): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts, 4. Auflage, Weinheim/München.

## Publikationen der Reihe »AMS report« ...

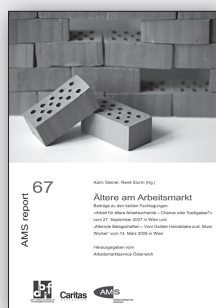


AMS report 66

*Andrea Egger-Subotitsch, René Sturm (Hg.)*

### **Kompetenzen im Brennpunkt von Arbeitsmarkt und Bildung**

ISBN 978-3-85495-247-3



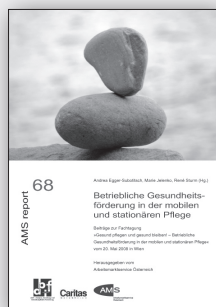
AMS report 67

*Karin Steiner, René Sturm (Hg.)*

### **Ältere am Arbeitsmarkt**

Beiträge zu den beiden Fachtagungen:  
»Arbeit für ältere Arbeitsuchende – Chance oder Sackgasse?«  
vom 27. September 2007 in Wien und »Alternde Belegschaften – Vom Golden Handshake zum Silver Worker«  
vom 14. März 2008 in Wien

ISBN 978-3-85495-248-1



AMS report 68

*Andrea Egger-Subotitsch, Marie Jelenko, René Sturm (Hg.)*

### **Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen und stationären Pflege**

Beiträge zur Fachtagung »Gesund pflegen und gesund bleiben! – Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen und stationären Pflege« vom 20. Mai 2008 in Wien

ISBN 978-3-85495-249-X



AMS report 69

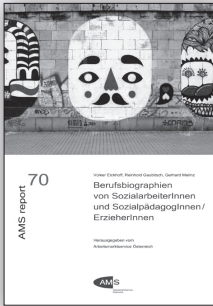
*Andrea Egger-Subotitsch, René Sturm (Hg.)*

### **Zwischen Modernisierung und Stagnation**

Beiträge zum Thema »Berufseinstieg und Erwerbchancen von AkademikerInnen in Österreich«

ISBN 978-3-85495-250-3

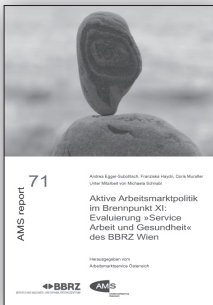




AMS report 70

*Volker Eickhoff, Reinhold Gaubitsch, Gerhard Melinz*  
**Berufsbiographien von SozialarbeiterInnen  
und SozialpädagogInnen/ErzieherInnen**

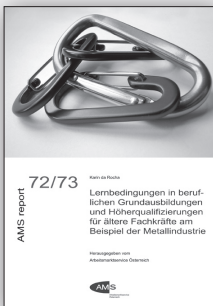
ISBN 978-3-85495-251-1



AMS report 71

*Andrea Egger-Subotitsch, Franziska Haydn, Doris Muralter*  
**Unter Mitarbeit von Michaela Schnabl**  
Aktive Arbeitsmarktpolitik im Brennpunkt XI:  
Evaluierung »Service Arbeit und Gesundheit«  
des BBRZ Wien

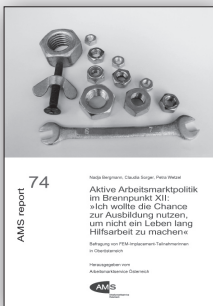
ISBN 978-3-85495-272-X



AMS report 72/73

*Karin da Rocha*  
**Lernbedingungen  
in beruflichen Grundausbildungen  
und Höherqualifizierungen für ältere  
Fachkräfte am Beispiel der Metallindustrie**

ISBN 978-3-85495-253-8



AMS report 74

*Nadja Bergmann, Claudia Sorger, Petra Wetzel*  
**Aktive Arbeitsmarktpolitik im Brennpunkt XII:  
»Ich wollte die Chance zur Ausbildung nutzen,  
um nicht ein Leben lang Hilfsarbeit zu machen«**  
Befragung von FEM-Implacement-Teilnehmerinnen  
in Oberösterreich

ISBN 978-3-85495-254-6

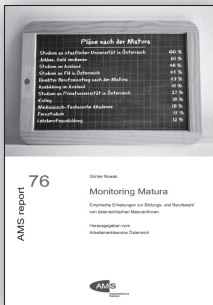


AMS report 75

*Volker Eickhoff, Reinhold Gaubitsch, Günter Nowak*

## Bildungs- und Berufsberatung in Österreich

ISBN 978-3-85495-255-4



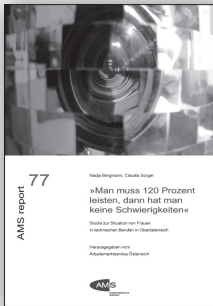
AMS report 76

*Günter Nowak*

## Monitoring Matura

Empirische Erhebungen zur Bildungs- und Berufswahl von österreichischen MaturantInnen

ISBN 978-3-85495-256-2



AMS report 77

*Nadja Bergmann, Claudia Sorger*

## »Man muss 120 Prozent leisten, dann hat man keine Schwierigkeiten«

Studie zur Situation von Frauen in technischen Berufen in Oberösterreich

ISBN 978-3-85495-257-0



AMS report 78

*Karin Steiner, Andrea Poschalko*

## Kompetent in Bildungs- und Berufsberatung

Eine exemplarische Synopse nationaler und internationaler Aktivitäten zur Kompetenzentwicklung von Bildungs- und BerufsberaterInnen

ISBN 978-3-85495-258-9



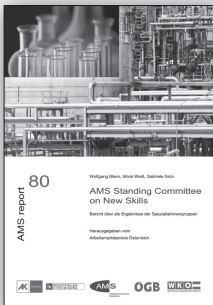
AMS report 79

*Eva Heckl, Andrea Dorr, Céline Dörflinger, Christina Enichlmair*

## **Arbeitsmarktintegration jugendlicher Problemgruppen**

Internationale Good-Practice-Beispiele

ISBN 978-3-85495-259-7



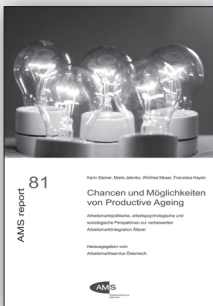
AMS report 80

*Wolfgang Bliem, Silvia Weiß, Gabriele Grün*

## **AMS Standing Committee on New Skills**

Bericht über die Ergebnisse der SpezialistInnengruppen

ISBN 978-3-85495-447-6



AMS report 81

*Karin Steiner, Marie Jelenko, Winfried Moser, Franziska Haydn*

## **Chancen und Möglichkeiten von Productive Ageing**

Arbeitsmarktpolitische, arbeitspsychologische und soziologische Perspektiven zur verbesserten Arbeitsmarktintegration Älterer

ISBN 978-3-85495-448-4

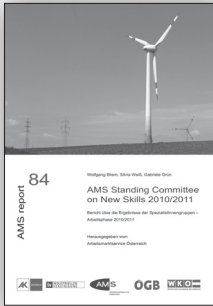


AMS report 82/83

*Regina Haberfellner*

## **Ethnische Ökonomien als (potenzielle) Arbeitgeberbetriebe**

ISBN 978-3-85495-449-2



AMS report 84

*Wolfgang Bliem, Silvia Weiß, Gabriele Grün*

## **AMS Standing Committee on New Skills 2010/2011**

Bericht über die Ergebnisse der SpezialistInnengruppen –  
Arbeitsphase 2010/2011

ISBN 978-3-85495-451-4

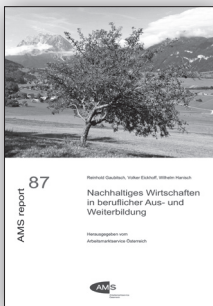


AMS report 85/86

*Regina Haberfellner, René Sturm*

## **Längerfristige Beschäftigungstrends von HochschulabsolventInnen**

ISBN 978-3-85495-452-2

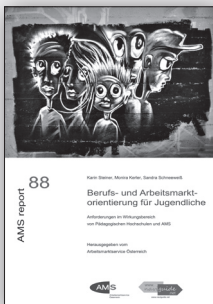


AMS report 87

*Reinhold Gaubitsch, Volker Eickhoff, Wilhelm Hanisch*

## **Nachhaltiges Wirtschaften in beruflicher Aus- und Weiterbildung**

ISBN 978-3-85495-454-9



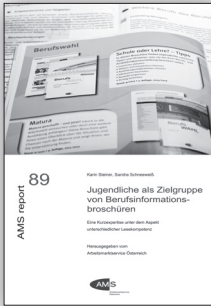
AMS report 88

*Karin Steiner, Monira Kerler, Sandra Schneeweiß*

## **Berufs- und Arbeitsmarktorientierung für Jugendliche**

Anforderungen im Wirkungsbereich von  
Pädagogischen Hochschulen und AMS

ISBN 978-3-85495-455-7



AMS report 89

*Karin Steiner, Sandra Schneeweiß*

## **Jugendliche als Zielgruppe von Berufsinformationsbroschüren**

Eine Kurzexpertise unter dem Aspekt unterschiedlicher Lesekompetenz

ISBN 978-3-85495-456-5

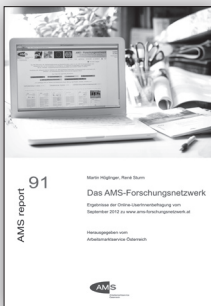


AMS report 90

*Regina Haberfellner*

## **Frauen in technischen Ausbildungen in Malaysia**

ISBN 978-3-85495-457-3



AMS report 91

*Martin Höglinger, René Sturm*

## **Das AMS-Forschungsnetzwerk**

Ergebnisse der Online-UserInnenbefragung vom September 2012 zu [www.ams-forschungsnetzwerk.at](http://www.ams-forschungsnetzwerk.at)

ISBN 978-3-85495-458-1

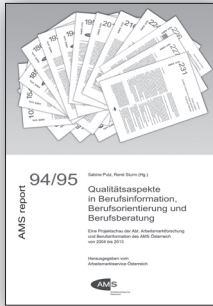


AMS report 92/93

*Peter Huber, Georg Böhs (WIFO) sowie Andreas Riesenfelder, Susi Schelepa, Petra Wetzel (L&R)*

## **Liberalisierung des österreichischen Arbeitsmarktes**

ISBN 978-3-85495-459-X



AMS report 94/95

*Sabine Putz, René Sturm (Hg.)*

## **Qualitätsaspekte in Berufsinformation, Berufsorientierung und Berufsberatung**

Eine Projektschau  
der Abt. Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation  
des AMS Österreich von 2004 bis 2013

ISBN 978-3-85495-461-1



AMS report 96

*Regina Haberfellner, René Sturm*

## **Green Economy?**

Eine Analyse der Beschäftigungssituation  
in der österreichischen Umweltwirtschaft unter  
besonderer Berücksichtigung der Perspektiven  
für hochqualifizierte Arbeitskräfte

ISBN 978-3-85495-463-8



AMS report 97

*Brigitte Mosberger, Sandra Schneeweiß, René Sturm*

## **Trends in der Bildungs- und Berufsberatung für den Hochschulbereich**

Rückblick und Vorausschau  
anhand internationaler Good-Practice-Beispiele  
aus dem europäischen Hochschulraum

ISBN 978-3-85495-464-6



AMS report 98/99

*Regina Haberfellner, Petra Gnadenberger*

## **Bildungsferne Zielgruppen in der arbeitsmarktorientierten Weiterbildung**

ISBN 978-3-85495-465-4

# **www.ams.at/karrierekompass**

## **www.ams.at/berufsinfo**

### **... sind die Internet-Adressen für Berufsinformationen**

Unter den oben genannten Internet-Adressen stehen Ihnen aktuelle Berufsinformationen per Knopfdruck zur Verfügung. Hier finden Sie unter anderem:

- Informationen über die BerufsInfoZentren des AMS und deren Angebot.
- Eine Auflistung aller BerufsInfoBroschüren des AMS sowie Hinweise, welche Broschüren Sie downloaden können.
- Programme, die Sie bei Ihrer Berufs- und Bildungsentscheidung unterstützen.
- Datenbanken, mit denen Sie die Berufs- und Bildungswelt per Mausklick erobern.

### **EIN BESUCH IM NETZ LOHNT SICH ALLEMAL!!!**

### **Beispiele der Online-Infos des AMS**

Benötigen Sie eine Orientierungshilfe für Ihre Berufswahl, ist der *Berufskompass* die richtige Adresse.

Das *AMS-Qualifikationsbarometer* zeigt Ihnen, in welchen Berufsbereichen Arbeitskräfte nachgefragt werden und mit welchen Qualifikationen Sie punkten.

Im *AMS-Berufsinformationssystem* erfahren Sie, welche Qualifikationen in Ihrem Beruf derzeit gefragt sind, mit welchen Arbeitsbelastungen Sie rechnen müssen und welche Berufsalternativen Ihnen offenstehen.

Im *AMS-Berufslexikon* online können Sie detaillierte Beschreibungen einer Vielzahl von Einzelberufen aus allen Bildungsebenen aufrufen.

Die *AMS-Weiterbildungsdatenbank* bietet einen Überblick über Weiterbildungsmöglichkeiten, Ausbildungsträger und Kurse in ganz Österreich.

Die Beziehungen zwischen Arbeit und Gesundheit sind vielfältig, komplex und dynamisch. Das Ziel der vorliegenden Studie, die im Auftrag der Abteilung Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation des AMS Österreich vom sozialwissenschaftlichen Forschungs- und Beratungsinstitut Analyse, Beratung und interdisziplinäre Forschung (abif; [ww.abif.at](http://ww.abif.at)) 2012/2013 realisiert wurde, ist es, einen besonderen Teilaspekt dieser sehr umfassenden Zusammenhänge zu betrachten. In den Blick genommen werden insbesondere die Einstellungen zu »Arbeit und Gesundheit« gesundheitlich beeinträchtigter Personen an den Übergängen von Arbeitsverlust, Arbeitslosigkeit und Wiederbeschäftigung. Dabei soll die Relevanz von persönlichen Einstellungen bzw. Einstellungsänderungen in Bezug auf die Arbeitsmarktposition bzw. Arbeitsmarktintegration theoretisch und empirisch beleuchtet werden.

Vorrangig behandelt die Studie dabei die folgenden Fragestellungen:

1. »Veränderungen« über einen Zeitverlauf von etwa sechs Monaten in den Einstellungen zur Erwerbsarbeit (und zur Gesundheit) bei Erwerbsarbeitslosen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen (im Zuge einer Rehabilitation, Beratung etc.).
2. Konstellationen zu entdecken, die diese Veränderungen ausgemacht haben.
3. Die Relevanz solcher Einstellungsänderungen in Bezug auf die weitere Arbeitsmarktposition bzw. Arbeitsmarktintegration festzustellen.
4. Gegebenenfalls Ableitungen für eine Beratung von erwerbsarbeitslosen Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu ziehen.

**[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 978-3-85495-467-0