

Individuelle Lebenslagen von RehabilitandInnen: Erfolgsaspekte der sozialen und beruflichen Rehabilitation

AutorInnen: Karin Steiner
Andrea Egger-Subotitsch
Maria E. Weber



einwanggasse 12 / top 5
1140 wien
T 43 - 1 - 522 48 73
F 43 - 1 - 522 48 73 77
www.abif.at
office@abif.at

Auftraggeber: AMS Österreich, Abt. Arbeitsmarktforschung und
Berufsinformation

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangssituation	4
1.1	Der Rehabilitationsbegriff	5
1.1.1	Theoriemodelle der Rehabilitation	6
1.1.2	Ganzheitlich-integrales Rehabilitationsverständnis.....	11
1.1.3	Strategien und Handlungskompetenzen ganzheitlich-integrierter Rehabilitation	14
1.2	Das Rehabilitationssystem in Österreich	19
1.2.1	Sozialversicherungsanstalten.....	20
1.2.2	Bundesregierung.....	22
1.2.3	Arbeitsmarktservice.....	24
1.2.4	Bundesländer	25
2	Das Lebenslagenkonzept	26
2.1	Lebensbewältigung	28
2.1.1	Konzept der biografischen Lebensbewältigung	29
2.1.2	Sozialökologische Traditionslinien des Lebensbewältigungskonzepts	34
2.1.3	Handlungsstrategien, Intervention und Arbeitsprinzipien.....	34
2.1.4	Lebenslagenansatz in Forschungsarbeiten zum Themenbereich Rehabilitation/Behinderter Menschen	37
2.2	Sekundärstatistische Analyse von Daten zur Lebenslage von Menschen mit Behinderung/Rehabilitationsbedarf in Österreich.....	40
2.3	Krankheiten	40
2.4	Unfälle	40
2.5	Behinderungen und Beeinträchtigungen.....	40
2.5.1	Ursachen für Behinderungen und Beeinträchtigungen	40
2.5.2	Erwerbstätigkeit und Beschäftigung von behinderten oder beeinträchtigten Personen.....	43
2.5.3	Gesundheitliche Beeinträchtigung nach Branche.....	45
2.5.4	Alter und Beeinträchtigung	45
2.5.5	Ausmaß der erhaltenen Unterstützung.....	45
2.6	Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit.....	46
2.6.1	Pensionen der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. der dauernden Erwerbsunfähigkeit.....	46
3	Fragestellung.....	50
3.1	Methodische Vorgehensweise	51
4	Auswertung der Interviews.....	52
4.1	Interviewergebnisse.....	53
4.2	Wahrnehmung und Umgang mit Krankheiten und Unfällen.....	53
4.2.1	Wahrnehmung der empfundenen Defizite.....	54
4.2.2	Information zum Rehabilitationsprozess.....	55

4.2.3	Beratung und Information während und nach dem Rehabilitationsprozess	57
4.2.4	Verleugnung oder nicht Erkennen des eigentlichen Defizits.....	58
4.2.5	Rehabilitation und psychische Erkrankungen.....	60
4.2.5.1	Diagnose und Neubeginn	61
4.2.5.2	Enttabuisierung von psychischen Erkrankungen.....	62
4.2.6	Rehabilitation als freiwillige Interventionsform im Lebensverlauf	63
4.2.7	Warum gerade ich? - Rehabilitation nach einem Unfall	64
4.3	Rehabilitation als neuer Lebensabschnitt	65
4.3.1	Individuelle Strategien bei der Reintegration ins Berufsleben	66
4.3.1.1	Erkennen von überfordernden Tätigkeiten – realistische Selbsteinschätzung	68
4.3.1.2	Selbstaufgelegter Erwartungsdruck	71
4.3.1.3	Aus- und Weiterbildung als Zeitaufschub und Arbeitsmarktvorbereitung	72
4.3.1.4	Geringfügige und Teilzeitbeschäftigung als Zwischenlösung	72
4.3.1.5	Gelingende Kooperationsbeziehungen in den ersten Schritten der beruflichen Rehabilitation	73
4.3.1.6	Schwierige Kooperationsbeziehungen in den ersten Schritten der beruflichen Rehabilitation	74
4.3.1.7	Berufliche Rehabilitationsmaßnahmen – Kontext <i>bürokratischer Hürden</i>	76
4.3.1.8	Optimistische Zukunftserwartungen - Realität des Arbeitsmarktes	78
4.3.1.9	Kriterien für eine erfolgreiche Rehabilitation.....	81
4.4	Positive und negative Erfahrungen in der Rehabilitation.....	83
4.4.1	Positive Erfahrungen in der Rehabilitation	83
4.4.1.1	Soziale Unterstützung – soziale Netzwerke	84
4.4.2	Negative Erfahrungen in der Rehabilitation.....	87
4.4.2.1	Fragmentarische Berufsbiografien - doppelte Hürden für einen Wiedereinstieg	87
4.4.2.2	Chancen auf Reintegration ins Berufsleben unterschiedlicher Reha-Gruppen.....	89
4.4.2.3	Abhängigkeit von anderen	90
4.4.2.4	Mangel an ganzheitlichen Rehabilitationsansätzen.....	90
4.4.2.5	Selbstüberschätzung und Fremdunterschätzung während der Rehabilitation.....	90
4.4.2.6	Arbeitsmedizinische Anpassung des Arbeitsplatzes.....	91
4.4.2.7	Zeitliche und organisatorische Organisation der Rehabilitation.....	91
4.4.2.8	Finanzielle Probleme während der Rehabilitation.....	92
4.5	Forderungen für die Zukunft	92
4.5.1	Mehr Maßnahmen in der Frührehabilitation.....	92
4.5.2	Mehr Qualifizierungsangebote im kaufmännischen Bereich	93
4.5.3	Erwerb von Berufspraxis im neu erlernten Berufsfeld.....	93
4.5.4	Wunsch nach geförderter Arbeitsplätzen für RehabilitandInnen	93

4.5.5	Aus- und Weiterbildung für Fachkräfte in der Rehabilitation.....	93
4.6	Zusammenfassung - Bewertung -Arbeitsmarktpolitische Empfehlungen	94
5	Literatur.....	96

1 Ausgangssituation

Ausgehend von gegenwärtig verstärkt diskutierten Strukturproblemen des „Wohlfahrtsstaates“¹ und den Systemen der sozialen Sicherheit, dem demografischen Wandel² und den allgemeinen Veränderungen der Arbeitswelt³ gewinnt die Rehabilitation im Kontext der Lebenserwartung eine zunehmend stärkere Bedeutung. Festzustehen scheint, dass sich neben einer notwendigen Weiterentwicklung von Rehabilitationssystemen in den letzten Jahren auch die Rahmenbedingungen und die Zielgruppen für Rehabilitation geändert und erweitert haben.

Rehabilitation, in ihrer Bedeutung für die Berufswelt und somit für den Arbeitsmarkt, befasst sich längst nicht mehr nur mit Maßnahmen für Personengruppen im Kontext der „Arbeitsinvalidität“. Es scheint viel eher so zu sein, dass die Zahl der „klassischen“ Arbeitsunfälle ständig abnimmt, die Zahl der Unfälle in der Freizeit und darüber hinaus die Zahl der Menschen mit chronisch-degenerativen Erkrankungen jedoch ständig zunimmt.

Diese Veränderungen bewirken, dass in der zweiten Hälfte des 20. Jhd. Maßnahmen der Rehabilitation in einem breiteren Ausmaß an Bedeutung gewinnen.⁴ Außer der veränderten Zuständigkeit innerhalb der Leistungsgebarungen durch die Systeme der sozialen Sicherheit⁵ ist in diesem Zusammenhang vor allem der Aspekt wichtig, dass chronische Erkrankungen durch langfristige, progrediente Verläufe geprägt sind, die das Leben der Betroffenen durch wachsende Beschwerden und Einschränkungen der Funktionsfähigkeit in Beruf und Alltagswelt prägen.⁶ Das heißt, „neben den gesellschaftlichen Folgen der zunehmenden chronischen Erkrankungen und Freizeitunfälle sind für die Betroffenen nicht nur bleibende Schmerzen, vielfältige Beschwerden und psychische Belastungen mit Erkrankungen und Schädigungen verbunden, sondern häufig gravierende negative Folgen für das alltägliche Leben, die Familien und den Beruf. Oftmals bedeutet eine Schädigung und Behinderung Arbeitslosigkeit, soziale Ausschließung und Einkommensverlust“⁷.

Die Veränderungen im Systemumfeld – im Bedingungsfeld –, in dem Rehabilitation stattfindet, vor allem im Hinblick auf das Knapperwerden von monetären Ressourcen, können bewirken, dass der Blick auf die subjektiven Sichtweisen und Erfahrungen von betroffenen Personen (chronisch Kranken, Unfallopfern etc.) nicht willentlich aber dennoch in den Hintergrund gedrängt wird. Aufgrund der Veränderungen, zum einen die „Krise des Wohlfahrtsstaates“ als auch die Ausweitung und Veränderung der „Zielgruppe innerhalb der Rehabilitation“, erscheint es wichtig, sowohl die strukturellen Bedingungen und Maßnahmen welche die Rehabilitation beeinflussen, und die subjektiven Sichtweisen der in diese Maßnahmen involvierten Menschen, in gleichem Ausmaß zu fokussieren.

¹ Z.B. Finanzierungsprobleme, Globalisierung sozialpolitischer Agenden, Ende des Wohlfahrtsstaates etc.

² Z.B. Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung: Überalterung der Gesellschaft, sinkende Geburthäufigkeiten, Verschiebung der Verhältnisse von Erwerbstätigen und nicht erwerbstätigen Personen. Österreich wird allein in den nächsten 20 Jahren 10% der Erwerbsbevölkerung aus demografischen Gründen verlieren. Darüber hinaus kann erwartet werden, dass die Aufwendungen für die Altersvorsorge und Altenpflege steigen werden.

³ Z.B. Veränderung von Beschäftigungsverhältnissen – Tendenz zu weniger arbeits- und sozialrechtlich abgesicherten Erwerbsformen (Stichwort: atypische Arbeitsverhältnisse, neue Selbstständige, freie Dienstverträge, Telearbeit etc.), Einkommensverluste und damit einhergehend vielfach Reduktion des sozialen Schutzes bzw. nur Schutz vor ausgewählten Risiken (bspw. nur Unfallversicherung).

⁴ Vgl. Blumberger 2003, Seite 2.

⁵ Rehabilitative Maßnahmen werden je nach Anlassfall von unterschiedlichen Institutionen der sozialen Sicherung gewährleistet. Eine ausführliche Darstellung der Zuständigkeiten erfolgt im dafür vorgesehenen Kapitel.

⁶ Vgl. Bengel/Koch 2000, Seite 1.

⁷ Blumberger 2003, Seite 2f.

Neben Aspekten der körperlichen oder medizinischen Rehabilitation bzw. generell der beruflichen Rehabilitation müssen auch Aspekte der sozialen Rehabilitation in den Vordergrund gerückt werden. Auf die Bedeutung eines ganzheitlich-integrierten Ansatzes der Rehabilitation⁸ wird seit der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre verwiesen.⁹ Die verstärkte Betonung einer ganzheitlich-integrierten Rehabilitation kann bedeuten, dass die jeweiligen subjektiven Erfahrungs- und Bewertungszusammenhänge, die im jeweiligen Betroffensein und somit in der Lebenslage (des konkreten Kontextes und der jeweiligen Biografie) der RehabilitandInnen liegen, eine besondere Bedeutung im/für den Rehabilitationsprozess gewinnen können. Dieser hier genannte ganzheitlich-integrierte Aspekt findet seinen Ausdruck vor allem auch im nachstehend genannten modernen Rehabilitationsbegriff bzw. in den Theoriemodellen zur Rehabilitation, die sich auf die Konzeptualisierung des Krankheitsfolgenmodells der WHO berufen.

1.1 Der Rehabilitationsbegriff

Rehabilitation ist ein umfassender Begriff und hat sich sowohl dort durchgesetzt, wo es um die Wiedereingliederung Behinderter und von Behinderung Bedrohter in Beruf und Gesellschaft geht, als auch dort, wo es um die sog. Erstbefähigung von behinderten Kindern und Jugendlichen geht.¹⁰ Rehabilitation ist gleichzeitig *Ziel, Maßnahme und Institution* und somit Bestandteil einer sozial verpflichteten Gesellschaft, damit, so Mühlum/Gödecker-Geenen¹¹, wird sie zum Prüfstein des Sozialstaates.

Ziel der Rehabilitation ist, die Folgen von Erkrankungen, Störungen oder Schädigungen zu bewältigen und die vollwertige Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen.¹² Um dieses Ziel zu erreichen, wird auf Maßnahmen im medizinischen, beruflichen, pädagogischen¹³ und sozialen Bereich zurückgegriffen.

⁸ Kleve (1999, Seite 58f.) weist darauf hin, dass ganzheitliche Postulate in Methoden und Theorieströmungen der Sozialen Arbeit dazu dienen, genannte Paradoxien der Identität von Ganzheit und Differenz zu invisibilisieren zu machen. Die Verwendung des ganzheitlichen Postulats kann dazu führen, dass die differenzierte und heterogene strukturelle Vielschichtigkeit sozialarbeiterischer Fragestellungen durch Ganzheitlichkeit in Theorie und Praxis zwar nicht aufgehoben, so doch übersichtlicher gestaltet werden kann. Die Heranziehung einer ganzheitlich-integrativen Perspektive gerade in, verkürzt ausgedrückt, „helfenden Berufssparten“ kann mitunter auch als Strategie gesehen werden, ProfessionistInnen in diesen Berufsgruppen eine „sichere berufliche Identität“ (Kleve 1999, Seite 59) zuzugestehen. Im Kontext der konkreten Alltagswelt von RehabilitandInnen ist von einem Begriff auszugehen, der Ganzheitlichkeit als Methode verstehbar macht, mit deren Hilfe es möglich ist auf die Vielfältigkeit, d.h. Differenziertheit des sozialen Lebens einzugehen. Ein ganzheitlich-integratives Verständnis von Rehabilitation reagiert somit auf die je unterschiedlichen sozialen Realitäten der RehabilitandInnen und ermöglicht (soziale) Integration in jeweils differenziert analysierte Gesamtkontexte. Ganzheitlichkeit bedeutet also, dass in der Rehabilitation die gesamte Lebenssituation, der je unterschiedliche Lebenskontext der RehabilitandInnen in die individuellen Rehabilitationsmaßnahmen integriert werden, um wiederum für die RehabilitandInnen einen differenzierten Integrationsprozess anzustreben. Ganzheitlichkeit ist hier nach Welsch (1993, Seite 62) „die Zulassung und Anerkenntnis inhaltlicher Optionen, verbunden mit einem prinzipiellen Grenz- und Verschiedenheitsbewusstsein sowie der Wachsamkeit gegenüber Verabsolutierung. Eine Wachsamkeit [...] die mäueistisch verfahrennd, [...] Grenzen aufweist und Überschritte bloßlegt. Das ist die Weise, wie die Konzeption von Vielheit Ganzheit wahr und verteidigt. Es gibt das Ganze nicht manifest, gesetzt, erfüllt. [...]“ Insofern ist ein ganzheitlicher Ansatz innerhalb der Rehabilitation, ihrer wissenschaftlichen und praktischen Verortung, nur über die Differenz, der Differenzierung von unterschiedlichen Erwartungen und Bedürfnissen einzulösen.

⁹ Vgl. Blumberger 2003, Seite 3.

¹⁰ Vgl. Mühlum/Gödecker-Geenen 2003, Seite 18.

¹¹ Vgl. ebda.

¹² Vgl. Koch/Bengel 2000, Seite 10.

¹³ Pädagogische Rehabilitationsmaßnahmen sind vorwiegend im Sonderpädagogischen Bereich angesiedelt und fokussieren auf die soziale Integration von mit Behinderung geborenen Kindern und Jugendlichen. Im Zusammenhang dieser Arbeit steht die Bearbeitung von Aspekten der pädagogischen Rehabilitation nicht im Vordergrund.

In den letzten Jahren hat sich ein auf interdisziplinären Überlegungen und Herangehensweisen basierender Begriff etabliert, der es den unterschiedlichen Fachdisziplinen und Interessenslagen am Gegenstand „Rehabilitation“ ermöglicht für ihre jeweilige Arbeit eine Ausgangsgrundlage zu finden.

Dem Rehabilitationsbegriff liegt das Krankheitsfolgenmodell der WHO¹⁴ zugrunde. Die WHO (1980, ICDH-1) hat mit dem Modell gerade auf die zunehmende Bedeutung chronischer Krankheiten bzw. den daraus resultierenden Versorgungsproblemen mit einem Klassifikationsmodell reagiert.¹⁵

„Ein moderner Rehabilitationsbegriff orientiert sich am biopsychosozialen Modell¹⁶ von Gesundheit und Krankheit der WHO und fokussiert primär auf die individuellen und sozialen Auswirkungen von (chronischer) Krankheit, Unfall und angeborenen Leiden oder des Alterns. Unter Rehabilitation sind in diesem Kontext Bemühungen zu verstehen, eine Funktionsstörung nicht zu einer dauerhaften Einschränkung bzw. Beeinträchtigung der persönlichen, sozialen und beruflichen Lebensumstände werden zu lassen oder zumindest die Auswirkungen auf die genannten Lebensbereiche auf ein Minimum zu reduzieren.“¹⁷ Der Rehabilitationsbegriff der WHO weist darüber hinaus darauf hin, dass rehabilitative Maßnahmen mitunter auch innerhalb eines konkreten Zeitlimits bzw. -rahmens zum jeweils, individuell definierten, Ziel der Rehabilitation führen soll.

1.1.1 Theoriemodelle der Rehabilitation

Das Krankheitsfolgenmodell geht davon aus, dass Behinderung/Krankheit keine konstante Eigenschaft einer Person ist, sondern ein dynamischer Prozess, das Ergebnis der Interaktion zwischen Menschen (mit Fähigkeiten und Fähigkeitsstörungen) und ihrem sozialen Umfeld in dem Behinderung/Krankheit definiert wird.¹⁸ Das Verdienst des Krankheitsfolgenmodells war, so Gerdes/Weis¹⁹, dass „das Augenmerk erstmals systematisch auf die *Folgen* von (nicht heilbaren) Krankheiten und Gesundheitsschäden zu lenken – und nicht nur auf die Krankheiten selbst. Die Klassifikation führte die Begriffe ‚*disability* (Fähigkeitsstörung)‘ und ‚*handicap* (Beeinträchtigung)‘ ein und räumte ihnen einen prinzipiell gleichrangigen Stellenwert wie den Begriffen ‚*disease* (Krankheit)‘ und ‚*impairment* (Gesundheitsschaden)‘ ein.“ Der wesentliche Aspekt dieses Modells, welches kontinuierlichen Revisionen unterzogen wurde, liegt darin, dass der Blick auf die gesundheitliche Versorgung über die medizinischen Probleme hinausgehend auch auf die Behandlung und Unterstützung bei (krankheitsbedingten) Einschränkungen der Funktionsfähigkeit in Beruf und Alltagsleben sowie bei der Überwindung von Tendenzen zur sozialen Ausgrenzung der Betroffenen erweitert wurde.

In einer, seit 1997 vorliegenden, Neufassung des Modells, dem ICDH-2, wurden zwei weitere wesentliche Kontextfaktoren, nämlich solche, die in einer ‚persönlichen‘ und einer ‚umweltbezogenen‘ Dimension verortet sind, eingeführt. Damit gelingt es dem

¹⁴ International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps – ICDH-1. Diese Klassifikation orientiert sich am sog. „Woodschen Modell der Krankheitsfolge“ und ist als lineares Folgenmodell zur Beschreibung der Entstehung eines Behindertenprozesses zu verstehen. Diese erste Klassifikation wurde zu einem biopsychosozialen Modell der Funktionsfähigkeit und Behinderung fortentwickelt und schließlich im Laufe des Revisionsverfahrens in die ICDH-2 aufgenommen (vgl. Steingruber 2000, S.10).

¹⁵ Vgl. Gerdes/Weis 2000, Seite 45.

¹⁶ Hinter diesem Begriff verbirgt sich die umfassende Integration von Perspektiven und Ansätzen aus biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren. Allein schon bedingt durch diesen Umstand versteht es sich selbstredend, dass sämtliche theoretische und praktische Ansätze und Umsetzungen im Kontext der Rehabilitation in einem multidisziplinären Feld zu beantworten und zu bewältigen sind.

¹⁷ Koch/Bengel 2000, Seite.9.

¹⁸ Vgl. Kunze/Pohl 2002, Seite 201f.

¹⁹ Gerdes/Weis 2000, Seite 45.

Modell, so Gerdes/Weis²⁰, wesentlich besser „Interdependenzen zwischen den angeführten Dimensionen zu verdeutlichen und dem mechanistischen Missverständnis, ein bestimmter Gesundheitsschaden führe ganz zwangsläufig zu bestimmten Störungen der Aktivität und Partizipation vorzubeugen.“

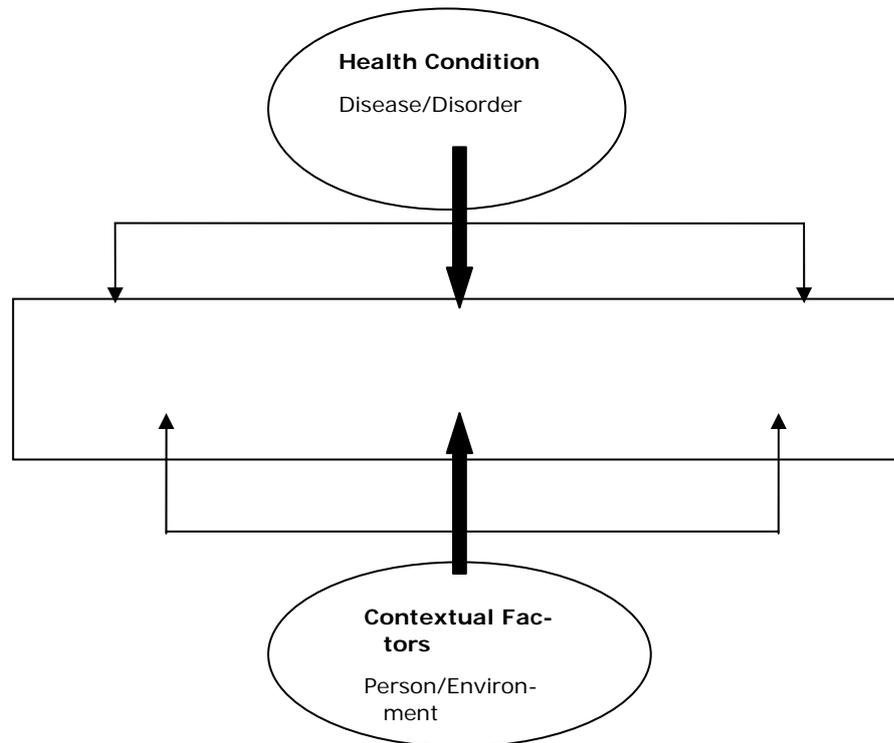
In diesem Modell wird auf die Aktivitäts- und Partizipationsorientierung verstärkt Bezug genommen, womit eindeutig Abstand genommen wird von der Defizitorientierung des Vormodells ICDH-1 und der generellen Annahme eines linearen Folgezusammenhangs im Kontext von Krankheitsfolgen. Seit Mai 2001 gibt es die aktuellste Überarbeitung des WHO-Modells. Diese jüngste Ausrichtung mit dem Titel „International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)“²¹ fokussiert verstärkt das Ziel der Beschreibung ‚funktionaler Gesundheit‘. Präziser formuliert dient die ICF als länder- und fächerübergreifende einheitliche Sprache der Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren. In diesem neuen Klassifikationsmodell verschiebt sich „der Fokus von der Fähigkeitsstörung zur Aktivität und von der Beeinträchtigung oder Benachteiligung zur sozialen Teilhabe. Außerdem werden Kontextfaktoren und der Lebenshintergrund der Betroffenen mit einbezogen, die für die Entstehung und Bewältigung gesundheitlicher Probleme bedeutsam sind. Die ICF ermöglicht so, das positive und negative Funktions- und Strukturbild (Organismus), Leistungsbild (Aktivität) und Teilhabebild (Partizipation) samt Umfeldfaktoren zu beschreiben.“²²

Das überarbeitete Modell ermöglicht, gerade für die Soziale Arbeit, einen direkten Anschluss an ganzheitlich-integrierte Arbeitsansätze herzustellen, wie sie eben auch für eine ganzheitlich verstandene Rehabilitation zur Anwendung kommen sollten. Die Bedeutung ist vor allem darin zu sehen, dass sämtliche Kontextfaktoren, somit auch die Lebenslage in den Bewältigungsprozess mit einbezogen werden.

²⁰ Ebd., Seite 47.

²¹ In der deutschen Übersetzung: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Eine deutsche Übersetzung kann über die Homepage: www.dimidi.de/de/klassi/ICF/index_9255.html bezogen werden. (Stand: 15.01.2004).

²² Mühlum/Gödecker-Geenen 2003, Seite 16f.

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

Quelle: Mühlum/Gödecker-Geenen 2003²³

Abgeleitet von den Begrifflichkeiten der WHO-Klassifikation (basierend auf Grundlage der ICDH-2 Terminologie) haben Gerdes/Weis²⁴ ein „Theoriemodell der Rehabilitation“ entwickelt. Ausgangspunkt des Theoriemodells ist dabei der Umstand eines *Gesundheitsschadens* bzw. einer *Störung*²⁵ der *Gesundheit*. Im Modell von Gerdes/Weis wird Rehabilitation dabei als Teil des gesundheitlichen - medizinischen - Versorgungssystems beschrieben. Es wird explizit darauf hingewiesen, dass die Zieldimension dabei auf die Verbesserung der ‚Partizipation‘, also auf die Teilnahme am normalen Leben in Familie, Beruf und Gesellschaft ausgerichtet sein muss.²⁶ Dass der Medizin bzw. der medizinischen Rehabilitation eine tragende Rolle (zumindest in theoretischer Hinsicht) zugeschrieben wird, ist darin zu sehen, dass nach Gerdes/Weis²⁷ oftmals erst ein Gesundheitsschaden ein ganzes Maßnahmenpaket rehabilitativer Aktivitäten auslöst, die in erster Linie darauf ausgerichtet sind, die „Problemlösung zunächst auf Ebene des Gesundheitsschadens selbst zu suchen“. Daraus folgt, gemäß dieses theoretischen Modells, dass sich durch Maßnahmen auf dieser Ebene (der medizinischen mit sozialer

²³ Vgl. ebda., Seite 17.

²⁴ Vgl. Gerdes/Weis 2000, Seite 47f.

²⁵ Ein weiterer wesentlicher Punkt für die Heranziehung von gesundheitlichen Störungen für die Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen wird darin gesehen, dass dadurch die Zielgruppe der Rehabilitation eingegrenzt wird. Gesundheitliche Schäden oder Störungen zeichnen sich demnach dadurch aus, dass sie „ohne ein persönliches Verschulden“ zustande kommen. Dadurch kann Rehabilitation, verstanden als soziale Institution, gegenüber anderen sozialen Gruppen abgegrenzt werden, deren „Aktivität“ und „Partizipation“ auch eingeschränkt ist, jedoch auf Grund „persönlichem Verschuldens“ (vgl. Blumberger 2003, Seite 22).

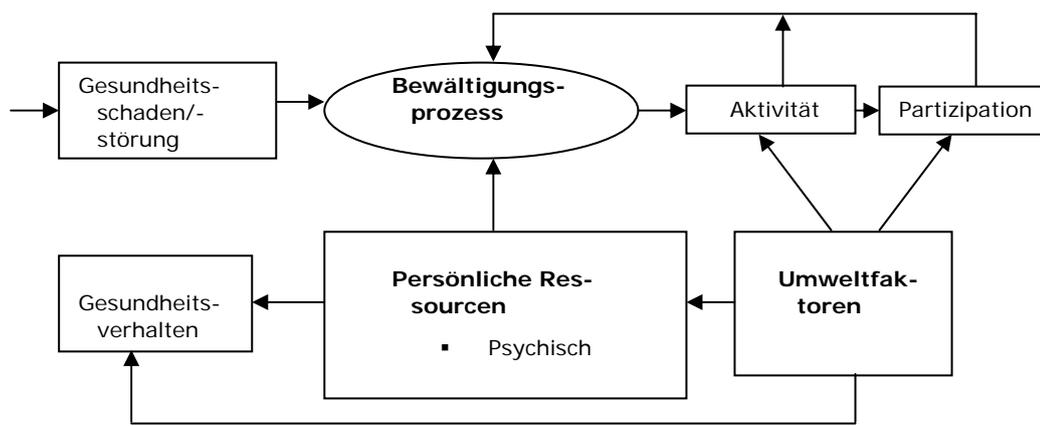
²⁶ Vgl. Mühlum/Gödecker-Geenen 2003, Seite 19.

²⁷ Vgl. Gerdes/Weis 2000, Seite 48.

Zielrichtung) Schäden behoben oder zumindest gemildert werden und sich die daraus resultierenden Aktivitäts- und Partizipationsstörungen auflösen oder verringern lassen.²⁸

Gesundheitsschäden nehmen einen wesentlichen Einfluss auf den individuellen Aktivitäts-²⁹ und Partizipationsgrad der betroffenen Personen. Im Theoriemodell wird diesem Umstand durch die besondere Berücksichtigung des „Bewältigungsprozesses“ als zusätzliche Dimension im Rehabilitationsprozess Ausdruck verliehen. Wobei dem Bewältigungsprozess im Rehabilitationsverlauf die Rolle einer sogenannten „black box“ zugesprochen wird, da dieser Prozess vorwiegend von persönlichen Ressourcen gespeist wird, die in psychische und soziale Ressourcen unterteilt werden können.³⁰ Diese Ressourcen liegen in den individuellen Gegebenheiten und in individuellen Verortung der Person und sind - vorerst - von außen nicht unbedingt objektiv erkennbar.

Abbildung 2: Theoriemodell der Rehabilitation



Quelle: Gerdes/Weis (2000)³¹

Persönliche Ressourcen können sein:

Psychisch: Motivation, psychische Stabilität, Copingstrategien

Sozial: soziales Netz, ökonomische Situation, soziale Sicherung

Umweltfaktoren können sein:

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

Ausgeklammert werden in diesem Modell, so Blumberger³² „sozialökonomische Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Wertesysteme“ die wesentlich sind, nicht nur für das Ausmaß von „Aktivität“ und „Partizipation“, sondern darüber hinaus das generelle

²⁸ Vgl. ebda.

²⁹ Im ICIDH-2 werden sensorische, kognitive, kommunikative Aktivitäten, Mobilität und Lokomotion, Aktivitäten zur Selbstversorgung und Haushaltsführung, interpersonelle Aktivitäten und die Benutzung von Heil- und Hilfsmitteln unterschieden. Störungen in diesen unterschiedlichen Bereichen können zu unterschiedlichen Partizipationsproblemen führen und stehen somit im Zentrum verschiedenster rehabilitativer Maßnahmen.

³⁰ Vgl. ebda., Seite 51.

³¹ Ebda., Seite 48.

³² Vgl. Blumberger 2003, Seite 23f.

medizinische, berufliche und soziale Rehabilitationsangebot mitbestimmen. Blumberger³³ plädiert dafür „Aktivität“ und „Partizipation“ nicht lediglich als abhängige Variablen des (individuellen) Bewältigungsprozesses zu sehen, sondern diese in eine interdependente Beziehung zu setzen. Dieser Forderung nach Interdependenz zwischen „Aktivität“ und „Partizipation“ wird im überarbeiteten Klassifikationsmodell der WHO, dem ICF-2001, bereits berücksichtigt. In diesem Klassifikationsmodell werden den sog. „contextual factors“ eine dynamischere Rolle beigemessen (vgl. Abbildung 1). Darüber hinaus richtet sich der gesamte Fokus der Rehabilitation verstärkt auf die Bedeutung des Lebenshintergrundes, der für die Entstehung und Bewältigung gesundheitlicher Probleme Bedingungskonstellationen bereitstellt. „Contextual factors“, gespeist aus den Bedingungen des persönlichen Lebenshintergrundes (Person/Environment) der RehabilitandInnen, sind immer auch Ausdruck der gegebenen „sozialökonomischen Rahmenbedingungen“ und des „gesellschaftlichen Wertesystems“³⁴. Für die Rehabilitation sind nach Blumberger³⁵ folgende „sozialökonomische Rahmenbedingungen“ von besonderer Bedeutung:

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

Darüber hinaus führt Blumberger³⁶ als zusätzliche *selbständig* intervenierende Variable den Aspekt der „Erwerbsbeteiligung“³⁷ in das Modell von Gerdes/Weis ein. „Erwerbsbeteiligung“ wird hier nicht nur als zusätzlicher weiterer Teilaspekt der „Aktivität“, die es wieder zu erlangen gilt, gesehen, sondern auch als direkt intervenierende Variable. Erwerbs- und Berufstätigkeit haben eine dominierende - Partizipation und Integration steuernde - Bedeutung in der Gesellschaft. Die Erwerbstätigkeit des Einzelnen bestimmt die Qualität der Partizipation und Integration in die Gesellschaft. Ausgehend davon wird im „erweiterten Theoriemodell der Rehabilitation“³⁸ die Dimension der „persönlichen Merkmale“ als zusätzliche Variable aufgenommen. „Persönliche Merkmale“ wie z.B. Alter, Geschlecht, Bildungsniveau etc. beeinflussen im wesentlichen die Erwerbsbeteiligung des Einzelnen.³⁹ Ausgehend von den Überlegungen von Gerdes/Weis⁴⁰ zur Bedeutung sog. „persönlichen Ressourcen“ im Rehabilitations- bzw. konkreter im Bewältigungsprozess kann gesagt werden, dass die „persönlichen Merkmale“ als Folie und Feindimensionierung hinter den „persönlichen Ressourcen“ gesehen werden können.

³³ Vgl. ebda.

³⁴ Bzw. der Status den Menschen mit Behinderungen in einer Gesellschaft einnehmen.

³⁵ Vgl. ebda., Seite 24.

³⁶ Vgl. ebda., Seite 23f.

³⁷ Die Beteiligung am beruflichen Erwerbsleben ist von höchster gesellschaftlicher Bedeutung. Neben dem ideellen Wert der der Arbeitstätigkeit bzw. der Arbeitsleistung zugesprochen wird, ist die Berufstätigkeit die nachhaltigste Sicherung der materiellen Existenz. Die Integration behinderter Menschen in den Arbeits- und Berufsalltag bzw. der Erhalt der Erwerbsfähigkeit im Zuge von chronischen Erkrankungen oder schweren Verunfallungen ist als unabdingbare Maßnahme gesellschafts- und sozialpolitischen Handelns zu sehen (Vgl. BABE 2003). Erwerbsbeteiligung ist darüber hinaus ein wichtiger Indikator zur Beschreibung der Lebenslage von Menschen mit Behinderungen.

³⁸ Ebda., Seite 24.

³⁹ „Persönliche Merkmale“ sind im Modell von Blumberger nicht ident zu setzen mit den von Gerdes/Weis genannten „persönlichen Ressourcen“, die das Ziel des Rehabilitationsprozesses (Aktivität und Partizipation) beeinflussen. Gerdes/Weis (2000, Seite 51) weisen darauf hin, dass gerade der Bewältigungsprozess durch die unterschiedlich vorhandenen „persönlichen Ressourcen“, unterteilt in psychische und soziale Ressourcen, bestimmt wird. Aktivität und Partizipation hängen nicht nur von der Leistungsfähigkeit der Betroffenen abhängen, sondern ebenso von den Leistungsanforderungen, die an ihre Umgebung gestellt sind. Ausgehend von dieser Überlegung kommen sehr wohl jene von Blumberger (2003) geforderten „sozialökonomischen Rahmenbedingungen“ und die Verfasstheit gesellschaftlicher „Wertesysteme“ ins Spiel.

⁴⁰ Vgl. Gerdes/Weis 2000, Seite 48f.

wird und somit deren Bedeutung als wesentlicher Bestandteil wenig Anerkennung erlangt.⁴⁸ Mühlum/Gödecker-Geenen⁴⁹ weisen darauf hin, dass die ausgeprägte Institutionalisierung der Rehabilitation, d.h. die zuvor genannte Unterteilung in medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation, zwar ein hohes Maß an Verlässlichkeit⁵⁰ garantieren, gleichzeitig aber auch kreative (individuelle Anm.) Lösungen blockieren bzw. auch limitieren kann. Durch diese unterschiedliche Gewichtung bzw. Funktionalisierung des Rehabilitationsalltags kann die Erreichung des einheitlichen Ziels, nämlich der umfassenden Partizipation und Integration erschwert werden. Mühlum/Gödecker-Geenen⁵¹ schlagen zur Überwindung dieses Funktionalisierungsproblems die Fokussierung einer ganzheitlichen Rehabilitation vor. Ein „integrales Verständnis der sozialen Rehabilitation“⁵² sei, so die Autoren, „sachgerechter“, weil durch ein derartiges Verständnis sämtliche „funktionalen Teilbereiche“⁵³ im Sinne einer ganzheitlichen Rehabilitation oder als Phasen einer Rehabilitation im Lebenslauf“ gesehen werden können. Eine derartige Verortung der Rehabilitation im Lebenslauf der RehabilitandInnen erlaubt auch eine Ausweitung des Ansatzes bzw. eine Verbindung der rehabilitativen Maßnahmen mit der konkreten Lebenswelt der betroffenen Personen. Mit dieser Forderung nach einer ganzheitlichen-integrierten Rehabilitation wird der wesentliche Umsetzungsort von Strategien der *sozialen Rehabilitation* die individuelle Lebenswelt der RehabilitandInnen.

In der individuellen Lebenswelt von RehabilitandInnen finden sich jene Anknüpfungspunkte zur Reintegration in den Alltag, die wesentlich für ein Wiedererlangen einer „*autonomen Lebenspraxis*“⁵⁴ sind. Eine so verstandene ganzheitliche oder integrierte Rehabilitation bezogen auf die Lebenssituation stellt sich folgendermaßen dar:⁵⁵

die erfolgte medizinische Rehabilitation an und zielt in erster Linie auf eine Wiederherstellung oder Verbesserung der Erwerbsfähigkeit an, um die Erwerbstätigkeit an einem angemessenen Arbeitsplatz zu ermöglichen (Vgl. Mühlum /Gödecker-Geenen 2003, Seite 32f).

⁴⁸ Vgl. Mühlum/Gödecker-Geenen 2003, Seite 18f.

⁴⁹ Vgl. ebda., S.35f.

⁵⁰ Die Verlässlichkeit der institutionalisierten Rehabilitation liegt vor allen in der gesetzlichen Leistungsverpflichtung, der Zielgenauigkeit der Angebote für unterschiedliche Behinderungsarten und Personengruppen udgl. (vgl. Mühlum/Gödecker-Geenen 2003, Seite 35).

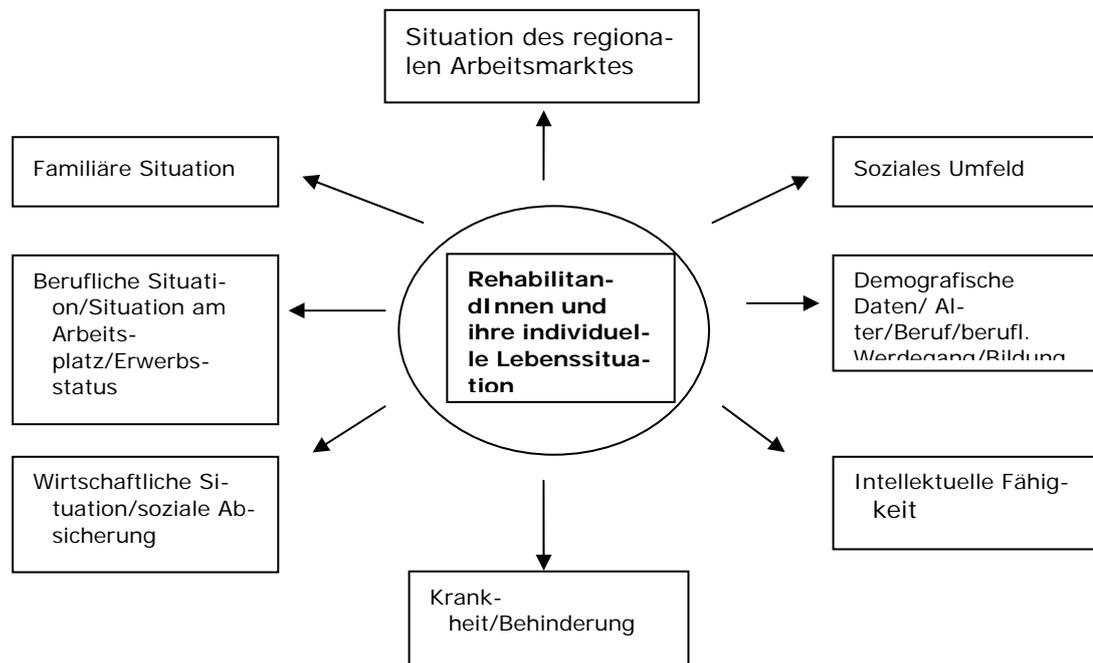
⁵¹ Mühlum/Gödecker-Geenen 2003, Seite 18.

⁵² „Durch die soziale Rehabilitation [...] soll die Integration in allen Bereichen, – Arbeitsplatz, Familien, Wohnen, Verkehr, Freizeit, Kultur, Sport, Religion, Politik –, also die umfassende gesellschaftliche Teilhabe erreicht werden (vgl. Mühlum/Gödecker-Geenen 2003, Seite 42).“

⁵³ Als funktionale Teilbereiche der Rehabilitation sind hier Maßnahmen, Institutionen etc. der medizinischen, beruflichen, sozialen und pädagogischen Rehabilitation zu verstehen. Im Sinne einer ganzheitlich-integrierten Rehabilitation müssen diese funktionalen Teilbereiche aufeinander abgestimmt sein und miteinander in Beziehung gesetzt werden. Der Abstimmungsprozess ist durch das Verständnis einer personenbezogenen, individuell abgestimmten rehabilitativen Dienstleistung zu verstehen (vgl. Mühlum/Gödecker-Geenen 2003, Seite 35).

⁵⁴ Ebda., Seite 42.

⁵⁵ Vgl. ebda., Seite 37.

Abbildung 4: Aspekte ganzheitlich-integrierter Rehabilitation

Quelle: Mühlum/Gödecker-Geenen (2003)⁵⁶

Die Aspekte eines ganzheitlich-integrierten Rehabilitationsansatzes speisen sich aus den zuvor dargestellten Dimensionen und Variablen der Theoriemodelle zur Rehabilitation. In ihrer konkreten Bezugsetzung zur individuellen Lebenssituation der RehabilitandInnen wird ihre durchdringende Wirkung für den jeweils individuellen Rehabilitationsprozess verdeutlicht. Eine ganzheitlich-integrierte Vorgehensweise erleichtert die Formulierung individueller Rehabilitationsziele und ermöglicht auch die Überprüfung dieser Zielvorgaben. Dennoch ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass ein ganzheitlich-integrierter Rehabilitationsansatz sich nicht gegen die funktionale und institutionelle Unterscheidung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation richtet. Vielmehr ist auf die Bedeutung interdisziplinärer, kooperativer Umsetzungsstrategien hinzuweisen.

Kooperation und interdisziplinäres Vorgehen, zwischen den einzelnen Diensten und Disziplinen kann als Grundlage für ein Rehabilitationsverständnis gewertet werden, welches im Lebenszusammenhang der RehabilitandInnen angesiedelt ist. Bezogen auf die gegebene und gewachsene funktionale und institutionelle Unterteilung der Rehabilitation, lässt sich der Aspekt der *Kooperation* zwischen den Teilbereichen auch als Ausdruck eines modernen Arbeitsverständnisses innerhalb des Gesundheitssystems und der Sozialen Arbeit verstanden werden.

Im Sinne der geforderten Einbeziehung der individuellen Lebenssituation der RehabilitandInnen funktioniert ein ganzheitlich-integrierter Rehabilitationsansatz als adäquate *personenbezogene* Dienstleistung. Als wesentlicher Ort für die Umsetzung eines ganzheitlich-integrierten Rehabilitationsansatzes können Rehabilitationseinrichtungen (-kliniken) genannt werden. Darüber hinaus muss aber auch die berufliche Rehabilitation bzw. der daraus resultierende institutionelle Kontext als wesentlicher Umsetzungsort ganzheitlicher Zugangsweisen genannt werden.

⁵⁶ Vgl. ebda., Seite 37.

Ausgangslage für ein ganzheitlich-integriertes Verständnis der Rehabilitation ist, wie bereits erwähnt, der Bedeutungszusammenhang von Rehabilitation und Behinderung, Verunfallung, Erkrankung, Erleben und Verarbeiten im Lebenszusammenhang und Lebensverlauf von RehabilitandInnen. Womit hier nicht nur lebensweltnahe Handlungsstrategien rehabilitativer Vorgehensweisen bedeutend werden, sondern zum anderen im theoretischen und praktischen Kontext auch Begrifflichkeiten und Konzepte der Lebenslage und die Lebenswelt der RehabilitandInnen an Bedeutung gewinnen.⁵⁷ Nachfolgend soll kurz auf „Strategien und Handlungskompetenzen“ ganzheitlich-integrierter Rehabilitation wie sie unter anderem Mühlum/Gödecker-Geenen⁵⁸ vorschlagen eingegangen werden. Ergänzt werden diese Überlegungen durch Aspekte und Ansätze wie sie z.B. durch die AUVA⁵⁹ in den Rehabilitationseinrichtungen zu Anwendung kommen.

1.1.3 Strategien und Handlungskompetenzen ganzheitlich-integrierter Rehabilitation

Die strategische Umsetzung ganzheitlich-integrierter Rehabilitationsmaßnahmen basieren, so Mühlum/Gödecker-Geenen⁶⁰, auf Grundlagen der Sozialen Arbeit in der Rehabilitation. Soziale Arbeit in der Rehabilitation kann als „Klinische (bearbeitende) Sozialarbeit“ verstanden werden, ein Zugang, der durchaus umstritten ist, da es hier leicht zu Überschneidungen oder Verwechslungen mit anderen Professionen/Professionsbezeichnungen⁶¹ kommen kann. Unter Berücksichtigung der Kernkompetenz der Sozialen Arbeit in der Rehabilitation, nämlich der Beratung, lässt sich daraus die Berufsbezeichnung *des Rehabilitationsberaters/der Rehabilitationsberaterin*⁶² ableiten. Der klinische Kontext wird hier aufgebrochen, weil aufgrund dessen die Aufgabenbeschreibung und die methodische Vorgehensweise neben der Verortung im klinisch-medizinischen Rehabilitationssetting auch auf die berufliche Rehabilitation übertragbar ist.

Ausgehend vom Erstkontakt der RehabilitandInnen in der Klinik ist aber dennoch, so Mühlum/Gödecker-Geenen, „die Bedeutung einer ganzheitlichen *biopsychosozialen Perspektive* für Anamnese, Diagnose und Intervention [...] unstrittig. Auf der Grundlage eines modernen Gesundheitsverständnisses im Sinne der Salutogenese (Aaron Antonovsky) ist sie Orientierungs- und Handlungsbasis rehabilitierender Sozialarbeit.“⁶³

⁵⁷ Auf Konzepte der Lebenslage und Lebenswelt soll im zweiten Teil verwiesen werden.

⁵⁸ Vgl. ebda., Seite 99f.

⁵⁹ Vgl. AUVA 2003

⁶⁰ Mühlum/Gödecker-Geenen 2003, Seite 99.

⁶¹ Vgl. Profession und Berufsfeld Klinischer PsychologInnen.

⁶² Vgl. Mühlum/Gödecker-Geenen 2003, Seite 41. Der Begriff RehabilitationsberaterIn leitet sich amerikanischen „*Rehabilitation Counsellor*“ ab. Gerade im Hinblick auf die Fokussierung einer ganzheitlichen Rehabilitation ist unter Einfluss des Antidiskriminierungsgesetzes „*The Americans with Disabilities Act*“ ein umfassendes Konzept des „*Rehabilitation Managements*“ entstanden, dessen Umsetzung durch die sog. „*Rehabilitation Counsellors*“ erfolgt.

⁶³ Ebda., Seite 99. **Salutogenese** versteht sich als Gegensatz zur (in der Medizin verbreiteten) Pathogenese: Statt Krankheiten zu bekämpfen, sorgt sie sich um Gesundheit. Die wesentlichen Fragen dabei sind: Was ist Gesundheit? Tatsächlich nur die Abwesenheit von Krankheit oder nicht vielmehr die Abwesenheit von Lebensqualität? Wie fördert man Gesundheit? Und wie lassen sich (gesunde oder bereits erkrankte) Menschen zu gesundem Leben motivieren? In den 80er Jahren kam die Forderung nach neuen Konzepten zur Förderung der Gesundheit auf. Das salutogenetische Modell von Antonovsky, das von einem erweiterten Gesundheitsverständnis ausgeht und Ottawa-Charta (WHO) prägen heute maßgeblich Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. Im Vordergrund steht das Prozesshafte und Wandelbare der Gesundheit. Entsprechend wird das Handlungsfeld für die Gesundheitsförderung einerseits bestimmt durch die Ressourcen oder auch Schutzfaktoren eines Individuums oder einer Gruppe, andererseits durch die äußeren Bedingungen, welche darauf einwirken.

Als Gegenstand klinischer, also behandelnder bzw. beratender, Sozialarbeit, werden psychosoziale Störungen und körperliche Beeinträchtigungen in ihrem **sozialen Zusammenhang** genannt. Soziale Arbeit versteht sich dabei als Teil der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen, weil der konkrete Arbeitsauftrag bereits in diesem Kontext formuliert und umgesetzt wird. Als besondere Kompetenzen werden folgende Aspekte genannt⁶⁴:

- *Ganzheitlichkeit* – in der alltagsnahen Bearbeitung von Krankheitsfolgen und Wiederherstellung von Gesundheit,
- *Anwaltsfunktion* – für den Patienten bei seiner Begleitung durch das Versorgungssystem,
- *Eigenständige Fachlichkeit* – neben Medizin und Pflege in bezug auf selbständige Lebensführung und soziales Umfeld,
- *Schnittstellenkompetenz*⁶⁵ – zur Ressourcenerschließung zwischen „drinnen und draußen“,
- *Prophylaktischer Handlungsansatz* – der die Selbstheilungskräfte gegen chronifizierende Einflüsse aktiviert,
- *Außenwirkung der Institution* – die durch Sozialarbeit erfahren kann, ob und wie sie die Erwartungen ihrer Patienten erfüllt.

Das konkrete berufliche Handeln der ProfessionistInnen in der Rehabilitation erfolgt vor dem Hintergrund einer umfassenden psychosozialen Diagnostik, welche die komplexe Lebenssituation der RehabilitandInnen erfasst. Erst auf Grundlage einer eingehenden Diagnose können Behandlungs- und Interventionsschritte formuliert und individuelle Maßnahmen veranlasst werden. Die Rolle, die dabei der Sozialen Arbeit zugestanden wird, ist die einer aktiven Prozessbegleitung und personenbezogenen Beratung. Im Zentrum aller Aktivitäten und Interventionen steht dabei die intensive Auseinandersetzung mit der Erkrankung/Beeinträchtigung und den Folgen bzw. Konsequenzen für den Alltag, Beruf und die künftige Lebenssituation.⁶⁶

Bezogen auf die Berücksichtigung der unterschiedlichen Aspekte der Lebenssituation lässt sich ein charakteristisches Beratungsmodell bzw. ein Beratungsverlauf als *Drei-Stufen-Modell* beschreiben:⁶⁷

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

⁶⁴ Vgl. ebda., Seite 101.

⁶⁵ Schnittstellenkompetenz bedeutet mitunter auch Kooperationskompetenz und -fähigkeit.

⁶⁶ Vgl. ebda., Seite 109.

⁶⁷ Vgl. ebda.

Diese und weitere Fragen dienen als Grundlage für die Erarbeitung eines umfassenden Maßnahmenkataloges durch die SozialarbeiterInnen / RehabilitationsberaterInnen in den Rehabilitationseinrichtungen, z.B. auch jenen der AUVA: ⁶⁸

Übersicht 1: Maßnahmen der Rehabilitation

Beratung / Information	Soziale Maßnahmen	Berufliche Maßnahmen
<ul style="list-style-type: none"> • Wirtschaftliche Absicherung • Rechtliche Fragen • Information bzgl. Förderungen • Kontakte zu Ämtern und Institutionen • Broschüren und Infomaterial 	<ul style="list-style-type: none"> • Abklärung der Wohnsituation • Vermittlung von Hilfsdiensten • Fahrschule • Soziales Kompetenztraining • Freizeitveranstaltungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung neuer Berufsperspektiven • Einleitung von Umschulungen • Firmeninterventionen • Arbeitsplatzadaptierung • Unterstützung bei Antragstellungen

Quelle: Sozialarbeit im Rehabilitationsteam, AUVA 2003

Die Bearbeitung derart umfangreicher Maßnahmen bedarf eines fachlich gut koordinierten und planbaren methodischen Zugangs. Mühlum/Gödecker-Geenen verweisen in diesem Zusammenhang auf die Verwertbarkeit des Case-Management⁶⁹ aus der Sozialen Arbeit für die Rehabilitation: „Das Case-Management (CM) ist eine grundlegende Methode der Sozialen Arbeit zur Fall- und Systemsteuerung, d.h. Unterstützungsleistungen für Klienten sollen möglichst wirksam geplant, organisiert und koordiniert werden. Die Methode ist planerisch und dokumentarisch nachvollziehbar sowie evaluierbar. CM in der Rehabilitation bedeutet für und mit Rehabilitanden zielbewusst Grundlagen zu erarbeiten, die dazu befähigen, z.B. während und nach dem Aufenthalt in der Klinik angemessene Entscheidungen beruflicher und sozialer Art zu treffen und möglichst aus eigener Kraft das Leben zu meistern. Die Nähe zum *Empowerment* ist unverkennbar.“⁷⁰

Zentral für dieses Vorgehen ist die aktive Einbindung der RehabilitandInnen und deren Angehörigen in den Prozess, die genaue Abstimmung der einzelnen Maßnahmen innerhalb des Rehabilitationsteams, die Vernetzung (nach außen) zu Institutionen wie z.B. Rehabilitations- und Kostenträger, sowie letztlich auch die MultiplikatorInnen der Sozialen Arbeit für den Themenbereich Rehabilitation auf die gesellschafts- und sozialpoliti-

⁶⁸ Vgl. AUVA 2003, Seite 3.

⁶⁹ Neben dem hier skizzierten Case-Management, kommen vor allem im Bereich des beruflichen Rehabilitationsmanagements noch folgende Konzepte zum Einsatz:

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

⁷⁰ Mühlum/Gödecker-Geenen 2003, Seite 110. CM in der Sozialen Arbeit beruht auf unterschiedlichen methodischen Elementen, mittels welcher es möglich wird die umfassenden Planungsaufgaben gut zu bewältigen. Zu den einzelnen Teilelementen zählen das Unterstützungsmanagement, Vernetzungsmanagement, Informationsmanagement und Steuerungsmanagement. Innerhalb des Prozesses wird drei Aufgabenbereichen eine besondere Bedeutung zugemessen, nämlich der Koordinationsfunktion, der Anwaltsfunktion und der Beratungsfunktion (vgl. Mühlum/Gödecker-Geenen 2003, Seite 111f.). Ziel aller CM-Strategie ist die bestmögliche Abstimmung und Optimierung des konkreten Unterstützungsbedarfs für RehabilitandInnen unter Einbezug dessen/derer aktiver Beteiligung.

sche Ebene.⁷¹ Das hier von den SozialarbeiterInnen in der Rehabilitation bzw. den RehabilitationsberaterInnen eine hohe Methodenkompetenz abverlangt wird, ist erkennbar. Es ist zu erwarten, dass die RehabilitationsberaterInnen aufgrund der Arbeit an den unterschiedlichen Schnittstellen mit enormen Rollenanforderungen konfrontiert sind, die mitunter auch ein hohes Konfliktpotential bewirken können. Die Anforderungen eines ganzheitlich-integrierten Rehabilitationsverständnisses erfordern fachlich qualifizierte ProfessionistInnen, die in der Lage sind, die nötigen Differenzierungs- und Reflexionsleistungen an den unterschiedlichen Schnittstellen zu kommentieren und zu moderieren, um mit den RehabilitandInnen einen möglichst konstruktiven und gelingenden Integrationsprozess zu erarbeiten bzw. vorzubereiten.⁷²

RehabilitationsberaterInnen haben in der Regel, so Mühlum/Gödecker-Geenen⁷³ ein *vierfaches Mandat*:

- „1. Für *Rehabilitanden* sind sie Gesprächspartner und Helfer in persönlichen und rehabilitativen Angelegenheiten sowie Vermittler zu Funktionsstellen innerhalb und außerhalb der BFW⁷⁴;
2. Für *Familie und soziales Umfeld* des Klienten sind sie Ansprechpartner, insbesondere zur Problembearbeitung und Ressourcenmobilisierung;
3. Für *Kostenträger* sind sie *die* Rehabilitationsfachkräfte mit kontinuierlichem Kontakt zu den Rehabilitanden und gewissermaßen „Garanten“ des Rehabilitationserfolgs;
4. Für die *Maßnahmenträger* nehmen sie Organisations- und Betreuungsaufgaben wahr, beugen potenziellen Schwierigkeiten vor und bearbeiten akute Probleme, um die Maßnahme nicht zu gefährden.“

Die Orientierung an einem ganzheitlich-integrierten Rehabilitationsverständnis wird durch die Teilhabe der RehabilitationsberaterInnen die Anerkennung ihrer Methoden und Kompetenzen im Rehabilitationsteam der Rehabilitationsanstalten der AUVA⁷⁵ zum Ausdruck gebracht. Die im Kontext der sozialen Rehabilitation⁷⁶ zuordenbare Leistung der Sozialberatung beginnt in der AUVA bereits im Krankenhaus, wo versucht wird, mit den PatientInnen so rasch als möglich Kontakt aufzunehmen. Darüber hinaus wirken die den jeweiligen Landesstellen zugeordneten RehabilitationsberaterInnen an sämtlichen (im Gesetz, ASVG §201) vorgesehenen Maßnahmen der beruflichen und sozialen Rehabilitation mit. Im Einzelfall werden diese Maßnahmen erörtert und in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Behörden (AMS, Dienstgeber, etc.) verwirklicht.⁷⁷ Stärker noch als im Kontext der AUVA, in welcher die Fokussierung eines ganzheitlichen-integrativen Rehabilitationsverständnisses durch die unterschiedlichen Leistungen definiert wird, dürfte sich im Rahmen der beruflichen Rehabilitation der Grundsatz der Ganzheitlichkeit durchgesetzt haben. Als tragende Institution der beruflichen Rehabilitation kann das BBRZ in Linz bzw. dessen regionale Zentren genannt werden.

⁷¹ Vgl. AUVA 2003, Seite 4.

⁷² Vgl. Weber 2001, Seite 295f.

⁷³ Mühlum/Gödecker-Geenen 2003, Seite 125f.

⁷⁴ BFW – Berufsförderwerk. Einrichtung zur beruflichen Rehabilitation. Die wesentlichen Aufgaben des Sozialdienstes im BFW werden von SozialarbeiterInnen, welche auch als RehabilitationsberaterInnen bezeichnet werden, wahrgenommen. Mühlum/Gödecker-Geenen (2003, Seite 124f.) beziehen ihre Ausführungen zur Bedeutung der Beratung im Kontext einer ganzheitlichen-integrativen Rehabilitation, auf das Beratungskonzept des BFW.

⁷⁵ AUVA – Unfallversicherungsanstalt - in ihrer Zuständigkeit für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten.

⁷⁶ Maßnahmen der sozialen Rehabilitation umfassen solche Leistungen, die über die medizinischen und beruflichen Maßnahmen hinaus geeignet sind, die Erreichung des Rehabilitationsziels zu unterstützen. Zu den sozialen Maßnahmen gehört in jedem Fall die regelmäßige Betreuung der RehabilitandInnen vor und nach Erreichung des Rehabilitationsziels. Die Maßnahmen sollen zur Festigung der Rehabilitationsziele beitragen (vgl. AUVA 2003b, Seite 20).

⁷⁷ Vgl. AUVA 2003b, Seite 21.

Die Initiative, ein berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum in Österreich zu gründen, geht auf das Arbeitsmarktförderungsgesetz von 1969 zurück, welches der Arbeitsmarktverwaltung ermöglichte, bestimmte Personengruppen bevorzugt zu behandeln; eine davon war die Gruppe von Menschen mit Behinderungen.⁷⁸ VertreterInnen der ArbeitnehmerInnenorganisationen, der Arbeitsmarktverwaltung und des Sozialministeriums haben zur Umsetzung eines derartigen Zentrums das BFI Linz beauftragt. Die, als politische Entscheidung zu wertende Initiative, für ein Zentrum zur beruflichen Bildung und Rehabilitation ist auf den Umstand eines akuten Mangels an qualifizierten Arbeitskräften zurück zu führen. Die Initiative kann als „Maßnahme der Reaktivierung der beruflichen Reservearmee“ gesehen werden. Personengruppen, welche aufgrund einer Behinderung vorzeitig aus dem Arbeitsprozess ausscheiden mussten, sollten durch „Ein-, Um- und Nachschulungsmaßnahmen“ wieder in den Arbeitsprozess eingegliedert werden.⁷⁹ Die letztendliche Vereinsgründung mit dem Namen „Berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum Linz“ ist auf die 32.ASVG-Novelle von 1977 zurückzuführen, welche sich durch einen erweiterten sozialpolitischen Auftrag der Rehabilitation auf die Pensionsversicherungen kennzeichnet.⁸⁰ Diese hatten entweder selbst für die Bereitstellung von Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation zu sorgen bzw. mussten diesem Auftrag anderweitig gerecht werden. Die verstärkte Fokussierung eines **ganzheitlichen Rehabilitationsansatzes** im Rahmen der beruflichen Rehabilitation ist auf die strukturellen Veränderungen des Arbeitsmarktes und des generellen gesellschaftlichen Veränderungsprozesses in den 80er Jahren zurückzuführen. Moustakakis⁸¹ weist darauf hin, dass neben den technologischen Entwicklungen und Veränderungen am Arbeitsmarkt, die ständig steigenden Arbeitslosenquoten insbesondere Menschen mit Behinderungen von Arbeitslosigkeit betroffen waren. Im BBRZ wurde auf diese Veränderungen reagiert und der beruflichen Rehabilitation eine neue Ausrichtung zugeordnet, die sich auf diese neuen sozioökonomischen Bedingungen einzulassen hatte. Die Erfahrungen des BBRZ in der beruflichen Rehabilitation waren Basis für eine Neugestaltung der Berufsfindung im Sinne der beruflichen Orientierung und der Entwicklung beruflicher Perspektiven abgestimmt auf die Bedürfnisse und regionalen Lebenskontexte der RehabilitandInnen. Die Neugestaltung sollte „weg von der abstrakten Diagnosestraße [...], hin zu einer klientenzentrierten Arbeitsform, Eigeninitiative, Selbstverantwortung bei der Entscheidung für einen beruflichen Neustart, Hilfe zur Selbsthilfe prägen die Maßnahmenkonzepte des BBRZ ab Mitte der Achtziger Jahre.“⁸² Neben der verstärkten Fokussierung auf die Bedürfnisse der RehabilitandInnen selbst, wurde das Augenmerk auch, gerade im Hinblick auf die regionalen Zentren des BBRZ⁸³, auf die jeweils regionalen Anforderungen und Bedingungen der dortigen Arbeitsmärkte gelegt. Die institutionelle berufliche Rehabilitation, wie sie im BBRZ durchgeführt wird, kann in zwei unterschiedliche Bereiche unterteilt werden. Ausgehend von einer umfassenden Perspektivenentwicklung und einer eingehenden Diagnose findet die berufliche Orientierung bzw. Reorientierung der RehabilitandInnen statt. Der zweite Bereich umfasst die berufliche Qualifizierung bzw. Requalifizierung der RehabilitandInnen. Grundsätzlich werden die Ausbildungs- und Qualifizierungspläne im Hinblick auf den ganzen Menschen und nicht nur auf das Fachwissen aufgestellt. Die erlernten Inhalte werden durch die Kooperation und den ständigen Kontakt mit Unternehmen angewendet, erweitert und überprüft und die TeilnehmerInnen haben somit die Möglichkeit das erworbene Wissen auch zu bewerten. Durch die Verbindung von berufsrelevanten Qualifikationen und Maßnahmen kommen auch Hilfen zur adäquaten Bewältigung von Freizeit und allgemeine lebenspraktische Angebote. Im Vordergrund aller Maßnahmen steht die Bemühung um eine dauerhafte Integration der TeilnehmerInnen in den Arbeitsmarkt durch maßgeschnei-

⁷⁸ Vgl. Moustakakis 2001, Seite 110.

⁷⁹ Vgl. ebda.

⁸⁰ Vgl. ebda.

⁸¹ Vgl. Moustakakis 2001, Seite 113.

⁸² Ebda., Seite 113.

⁸³ Regionale Zentren sind z.B. das BBRZ Wien oder Kapfenberg.

derte Angebote. Dies bedeutet auch, dass Personen, welche eine nicht behebbare Behinderung aufweisen, eine dauerhafte Beschäftigung, auch im Rahmen der Geschützten Werkstätten Integration, erreichen sollen. Die Zuweisung der RehabilitandInnen bzw. KursteilnehmerInnen erfolgt durch das Arbeitsmarktservice, durch die Pensionsversicherungsanstalten der Arbeiter und Angestellten oder die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA). Das Zielgruppenspektrum des BBRZ ist breit gestreut. Zum einen zählen Erwachsenen, die ihren erlernten Beruf aus Gründen wie Krankheit oder Unfall nicht mehr ausüben können, als auch Jugendliche oder Erwachsene mit Beeinträchtigungen körperlicher oder/und psychischer Art zur Zielgruppe. Darüber hinaus werden in den Einrichtungen auch Jugendliche mit Lernproblemen oder Familienproblemen betreut. Diese Zielgruppenstreuung erfordert einen breiten professionsbezogenen Arbeitsansatz. So zählen neben Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation auch Maßnahmen aus der Sozial- und Behindertenpädagogik zu den Angeboten des BBRZ.⁸⁴

Nachfolgend soll auf die funktionale und institutionelle Verortung des Rehabilitationssystems in Österreich eingegangen werden.

1.2 Das Rehabilitationssystem in Österreich

Die soziale Integration von Menschen mit Behinderungen, unabhängig von den Ursachen der Entstehung der Behinderung, in die Gesellschaft und in den Beruf gilt als wesentliche Aufgabe der österreichischen Sozialpolitik. Das System der Rehabilitation bzw. dessen zentrale Aufgaben und somit die Umsetzung und Leistungserbringung der medizinischen, beruflichen, sozialen und pädagogischen Rehabilitation ist auf verschiedene Kostenträger aufgeteilt. Die Ausrichtung des österreichischen Rehabilitationssystems orientiert sich nach dem Grundsatz **„Rehabilitation vor Pension“**. Dieser Grundsatz wurde mit dem Strukturanpassungsgesetz 1996, BGBl. Nr. 201/1996 manifestiert. „Das Strukturanpassungsgesetz 1996, [...] war im Hinblick auf Pensionen aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit (Erwerbsunfähigkeit) von der Zielsetzung bestimmt, eine ‚übermäßige‘ Inanspruchnahme dieser Pensionen hintanzustellen“⁸⁵. Zentral ist hier der Gedanke, Menschen mit Behinderungen/chronischen Erkrankungen nicht aus dem Erwerbsleben zu verdrängen, sondern sie nach Maßgabe aller Möglichkeiten weiterhin im Berufsleben zu integrieren. Der Umsetzung dieses Strukturanpassungsgesetzes wird dadurch Rechnung getragen, dass z.B. Pensionen aus den Versicherungsfällen der geminderten Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf die Dauer von zwei Jahren befristet zuerkannt werden und zum anderen ist gleichzeitig jeder Antrag auf Pensionen aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit als ein Antrag auf Leistungen der Rehabilitation zu werten⁸⁶.

Hinsichtlich der Umsetzung und Gewährung von Maßnahmen und Leistungen der Rehabilitation wird innerhalb des österreichischen Systems der sozialen Sicherheit nach folgenden Zuständigkeiten unterschieden⁸⁷:

- Sozialversicherungsanstalten
- Bund
- Arbeitsmarktservice (AMS)
- Bundesländer

⁸⁴ Vgl. Haider 2001, Seite 19f.

⁸⁵ BMSG 2003, Seite 25.

⁸⁶ Vgl. ebda.

⁸⁷ Vgl. ebda., Seite 23f.

1.2.1 Sozialversicherungsanstalten

Die Versicherungsanstalten erbringen Leistungen für Personen, die sozialversichert sind (Versicherte und Angehörige). Die österreichischen Sozialversicherungsträger sind nach Aufgabenbereichen⁸⁸, Berufsgruppen und/oder regional gegliedert⁸⁹:

Übersicht 2: Sozialversicherungsträger

Sozialversicherungsträger	KV	PV	UV
9 Gebietskrankenkassen	X		
7 Betriebskrankenkassen	X		
Versicherungsanstalt der öffentlich Bediensteten ⁹⁰	X		X
Allgemeine Unfallversicherung			X
Pensionsversicherungsanstalt (Arbeiter und Angestellte)		X	
Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft ⁹¹	X	X	
Sozialversicherungsanstalt der Bauern	X	X	X
Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahner und des österreichischen Bergbaus	X	X	X
Versicherungsanstalt des österreichischen Notariats		X	

Quelle: Wörister, Karl (2003) ⁹²

⁸⁸ Pensionsversicherung (PV), Unfallversicherung (UV), Krankenversicherung (KV). Eigenständig organisiert und administriert durch das AMS ist die Arbeitslosenversicherung.

⁸⁹ Vgl. Wörister 2003, Seite 9f.

⁹⁰ Im Bereich der Sozialversicherung für Bedienstete im öffentlichen Dienst gibt es noch einige zusätzliche Einrichtungen für Gruppen von Landes- und Gemeindebediensteten.

⁹¹ Für die Unfallversicherung der Gewerbetreibenden ist die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) zuständig.

⁹² Ebda., Seite 10.

Übersicht 3: Berufliche und soziale Rehabilitation Zuordnung von rehabilitativen Maßnahmen zu Versicherungsträgern nach Grund und Zielsetzung der Rehabilitation

Versicherungsträger	Kommt für medizinische Rehabilitation auf, wenn...	Zielsetzung
Unfallversicherungsträger	der Grund für die Behinderung ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit ist	Besserung der Folgen des Arbeitsunfalls oder der Berufskrankheit, Steigerung der Erwerbsfähigkeit, Verhütung einer Verschlimmerung des Gesundheitszustandes
Pensionsversicherungsträger	die Behinderung ohne die Gewährung von Leistungen der Rehabilitation voraussichtlich zu Invalidität, Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit führen würde oder bereits dazu geführt hat	Erhalt der Berufsfähigkeit, Verhinderung der Pflegebedürftigkeit
Krankenversicherungsträger	kein anderer Versicherungsanspruch besteht	Erhalt der Selbsthilfefähigkeit

Quelle: Handbuch zur Rehabilitation⁹³

Für die Erbringung der **medizinischen Rehabilitation** kommen unterschiedliche Versicherungsträger in Frage. Aufgrund dessen wurde die Reihenfolge der Zuständigkeit vom Hauptverband der Sozialversicherung mit einer Richtlinie geregelt. Als generelles Rehabilitationsziel wird vom Hauptverband der Sozialversicherung angegeben, dass PatientInnen wieder in die Lage zu versetzen sind, möglichst ohne fremde Hilfe ein eigenständiges Leben zu führen, einen Beruf auszuüben oder eine Ausbildung zu absolvieren. Es gilt, behinderungsbedingte Pensionierungen und Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder zumindest aufzuschieben.⁹⁴

(1a.) Die **Unfallversicherungsanstalten**⁹⁵ konzentrieren sich auf Opfer von Arbeitsunfällen⁹⁶ und Berufserkrankungen⁹⁷. Konkret bedeutet dies, dass Personen die aufgrund eines Arbeitsunfalls oder aufgrund einer Berufskrankheit behindert sind nicht nur Anspruch auf die unmittelbare Heilbehandlung haben, sondern auch auf berufliche (soziale) Rehabilitation, um eine Wiedereingliederung von Versehrten in den Arbeitsprozess zu fördern⁹⁸. Konsequenterweise ist das Ziel der Rehabilitation im Rahmen der Unfallversicherung darin zu sehen, Personen wieder in ihren früheren oder in einen anderen

⁹³ Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Handbuch zu Rehabilitation. Ausgabe 2003/2004

⁹⁴ Vgl. Hauptverband österreichischer Sozialversicherungsträger, 2003, Seite 4f.

⁹⁵ Vgl. ebda., Seite 34.

⁹⁶ „Arbeitsunfälle sind Unfälle, die sich im örtlichen, zeitlichen und ursächlichen Zusammenhang mit der versicherten Erwerbstätigkeit oder Ausbildung ereignen“ (Soziale Sicherheit, 2003/Nr. 7/8, Seite 360).

⁹⁷ „Berufskrankheiten sind Schädigungen der Gesundheit durch die versicherte Tätigkeit: Das ASVG führt derzeit 52 verschiedene Berufskrankheiten an. Durch eine Generalklausel stehen auch Krankheiten unter Versicherungsschutz, die nicht in dieser Liste enthalten sind: sie müssen nachweisbar berufsbedingt sein“ (Soziale Sicherheit, 2003/Nr. 7/8, Seite 361).

⁹⁸ Vgl. Moustakakis 2001, Seite 38.

Beruf zu integrieren bzw. darüber hinaus dazu beizutragen, dass verunfallte Personen wieder so selbständig wie möglich am Gesellschaftsleben teilnehmen können.

Bei Privatunfällen werden die notwendigen Rehabilitationsleistungen aus der sozialen Krankenversicherung und im Falle einer Berufstätigkeit auch aus der sozialen Pensionsversicherung erbracht⁹⁹.

(1b.) Die **Pensionsversicherungsanstalten**¹⁰⁰ bieten den Versicherungsnehmern Rehabilitationsmaßnahmen an, um eine drohende Minderung der Arbeitsfähigkeit, die zu einer Pensionierung führen könnte, abzuwenden. Rehabilitationsmaßnahmen werden auch dann getroffen, wenn bei den RehabilitandInnen Aussicht auf Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit besteht. Die Pensionsversicherungsanstalten führen eigene Rehabilitationszentren mit den Schwerpunkten auf Herz-Kreislaufkrankungen, Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, Erkrankungen der Atmungsorgane, Stoffwechselerkrankungen und sämtliche sog. inneren Erkrankungen.

(1c.) Die **Krankenversicherungsanstalten**¹⁰¹ verfügen über eine die Unfallversicherung und die Pensionsversicherung ergänzende Zuständigkeit vorwiegend im Bereich der **medizinischen Rehabilitation**. Hier geht es um die stationäre medizinische Rehabilitation der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen (z.B. Kinder, Hausfrauen) und Pensionisten. Bei versicherten Personen werden entsprechende Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation dann initiiert, wenn ein Krankenstand länger als 3 Monate andauert¹⁰².

1.2.2 Bundesregierung

Bezogen auf die Gliederung des österreichischen Systems der sozialen Sicherung spricht man in diesem Zusammenhang von Leistungen, die im Rahmen eines sog. *Sondersystems* erbracht werden.¹⁰³ Hierbei handelt es vorwiegend um Versorgungen (Sozialentschädigung) für Menschen, die durch staatliche Maßnahmen (z.B. Dienstunfälle im Rahmen des Wehrdienstes, Kriegsoffer) oder im Zusammenhang mit einer besonderen Verantwortung des Staates (z.B. bei der inneren Sicherheit oder in Gesundheitsfragen) Schaden erlitten haben. Die Sozialentschädigung ist nicht einheitlich, sondern mit unterschiedlichen Leistungen auf die einzelnen Personengruppen ausgerichtet.

⁹⁹ Vgl. Soziale Sicherheit, 2003/Nr. 7/8, Seite 358.

¹⁰⁰ Vgl. ebda., Seite 346f.

¹⁰¹ Vgl. ebda., S. 353f.

¹⁰² Vgl. Wörister, 2003, Seite 34.

¹⁰³ Vgl. BMSG 2003, Seite 23f.

Übersicht 5: Gesetzliche Grundlagen und Sozialentschädigung

Gesetzliche Grundlage	Sozialentschädigung
Kriegsopferversorgung (KOVG) Kriegsgefangenenentschädigung (KGEG)	Entschädigung für Kriegsoffer die im Ersten und Zweiten Weltkrieg militärischen Dienst geleistet haben und für Zivilpersonen, die durch militärische Handlungen oder durch Einwirkungen von Waffen unverschuldet eine Gesundheitsschädigung erlitten haben. Dieses Gesetz gewährleistet seit in Krafttretung mit 1.Jänner 2001 gestaffelte Entschädigungszahlungen für österreichische Staatsbürger, die im Verlauf des Zweiten Weltkrieges in Kriegsgefangenschaft mittelost- oder osteuropäischer Staaten gerieten. Die Novellierung des Gesetzes mit 1.Jänner 2002 hat den Bezieherkreis auf Gefangene der westalliierten Mächte und zivilinternierte Personen erweitert.
Heeresversorgung (HVG)	Für Präsenzdiener und Frauen im Ausbildungsdienst die im Zusammenhang mit ihrer Dienstleitung eine Gesundheitsschädigung erleiden. Die Entschädigung erfolgt auch dann, wenn die Schädigung auf einen Wegunfall (von der Wohnung zur Kaserne) zurückzuführen ist.
Entschädigung von Verbrechenopfern (VOG)	Für Personen die Opfer eines vorsätzlich begangenen Verbrechens oder als unbeteiligte Dritte an einer verbrecherischen Handlung eine Körperverletzung oder Gesundheitsschädigung erlitten haben und in ihrer Erwerbstätigkeit gemindert sind.
Opferfürsorge (OFG)	Versorgungsgesetz für Opfer des Widerstands und der politischen Verfolgung, in der Zeit vom 6.März 1933 bis zum 9. Mai 1945.
Impfentschädigung (ISG)	Für Personen die durch eine gesetzlich vorgeschriebene Schutzimpfung oder durch eine empfohlene Impfung eine Gesundheitsschädigung erlitten haben.
Tuberkulosepatienten (TG)	Entschädigung für Tuberkulose PatientInnen.

Quelle: BMSG 2003¹⁰⁴

Neben den Leistungen im Zuge der Sozialentschädigungen werden von Seiten des Bundes auch Maßnahmen im Kontext der Einstellung von Personen mit Behinderungen gewährleistet. Diese Unterstützungen sind in erster Linie auf Ebene der **beruflichen und der sozialen Rehabilitation**¹⁰⁵ angesiedelt.

¹⁰⁴ Vgl. BMSG (Hg.): Bericht über die soziale Lage. Analysen und Ressortaktivitäten 2001-2002. Wien, 2003, Seite 92-93

¹⁰⁵ Soziale Rehabilitation wird hier lediglich auch dinglich-materielle Ebene reduziert. Die „soziale Rehabilitation“ im Sinne ihrer wesentlichen Funktion im Rahmen eines „ganzheitlich-integrierten Rehabilitationsansatzes“ wird in diesem Kontext nicht berücksichtigt.

Übersicht 4: Berufliche und soziale Rehabilitation

Berufliche Rehabilitation	Soziale Rehabilitation
Lohnkostenzuschüsse, Integrative Betriebe, Arbeitsassistenten, Adaptierung des Arbeitsplatzes.	Adaptierung im Wohnbereich, Förderung der Mobilität.

Quelle: BMSG 2003¹⁰⁶

Als gesetzlicher Rahmen für die Umsetzung der Leistungen und Maßnahmen auf Bundesebene gelten das Bundesbehindertengesetz, das Behinderteneinstellungsgesetz und das Arbeitsmarktförderungsgesetz. Administriert werden die Gesamtleistungen größtenteils direkt vom BMSG bzw. auf regionaler Ebene überwiegend von den Landesdienststellen des Bundessozialamtes. Grundsätzlich muss angemerkt werden, dass das Bundessozialamt als Drehscheibe im Zusammenhang mit Agenden der beruflichen Rehabilitation, Integration und umfassender Beratung und Begleitung von Menschen zu sehen ist.

„Es [das Bundessozialamt, Anm.] ist der einzige arbeitsmarktpolitische Akteur, der sich unabhängig von Behinderungsform, Ursachen der Behinderung oder Lebensalter mit den Themenkreisen Behinderung und Rehabilitation/Integration befasst. So versteht sich das BSB (Bundessozialamt, Anm.) als Kompetenzzentrum und zentrale Anlaufstelle. Mit den anderen Hauptakteuren Arbeitsmarktservice (AMS) und Landesregierung erfolgt eine klare Arbeitsteilung. [...] Das Bundessozialamt begleitet die große, breitgefächerte Gruppe der Menschen mit Behinderung, zu deren Eingliederung in den Arbeitsmarkt gezielte, spezifische und längerfristige Maßnahmen und Unterstützungsangebote benötigt werden“¹⁰⁷.

1.2.3 Arbeitsmarktservice

Zu den Leistungen des AMS zählen insbesondere Maßnahmen im Bereich der **beruflichen Rehabilitation** und der Beschäftigung. Zu den Maßnahmen des AMS zählen in erster Linie:¹⁰⁸

- Lohnkostenzuschüsse
- Arbeitsassistenten
- Schulungsmaßnahmen
- Berufsausbildung

Geregelt durch das Arbeitsmarktförderungsgesetz haben die jeweiligen Dienststellen des AMS jeweils im Sinne einer aktiven Arbeitsmarktpolitik zur Erreichung und Aufrechterhaltung der Vollbeschäftigung sowie der Verhütung von Arbeitslosigkeit beizutragen. Ausgehend davon werden vom AMS auch Kosten einer Umschulung bzw. beruflichen Weiterbildung getragen. Im Arbeitsmarktförderungsgesetz wird darauf verwiesen, dass Behinderte im weiteren Sinn (körperlich und psychisch behinderte Personen sowie Personen mit sog. „sozialer Fehlanpassung“) in besonderer Weise zu berücksichtigen sind. Im Arbeitsmarktförderungsgesetz sind darüber hinaus auch Kriterien zur Anweisung einer beruflichen Bildungs- und Rehabilitationsmaßnahme festgelegt¹⁰⁹. Im Kontext der Arbeit mit behinderten Menschen und daraus ablesbarem beruflichem Re-

¹⁰⁶ Vgl. BMSG: Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten Menschen in Österreich. Wien 2003, S.24.

¹⁰⁷ Heckl/Dorr/Sheikh/Simbürger/Rapa/Egger 2003, Seite 11.

¹⁰⁸ Vgl. BMSG 2003, Seite 24.

¹⁰⁹ Vgl. Moustakakis, 2001, Seite 37f.

habilitationsbedarf, agiert das AMS vor allem dort, wo die gesetzten Maßnahmen eine relativ kurzfristige und problemlose Integration und Eingliederung in den Arbeitsmarkt erwartbar machen¹¹⁰.

1.2.4 Bundesländer

Im Rahmen der Sozial- und Behindertenhilfe gewährleisten die jeweiligen Bundesländer Eingliederungshilfen im Bedarfsfall. Der rechtliche Rahmen wird durch die Behinderten- bzw. Sozialhilfegesetze der Bundesländer vorgegeben.

Die Leistungen der Bundesländer sind subsidiär, was bedeutet, dass diese nur dann gewährt werden, wenn keine oder keine gleichwertigen Leistungen durch Bund, Sozialversicherung oder Arbeitsmarktservice erbracht werden¹¹¹. Im Rahmen der gesetzmäßigen Möglichkeiten sind die Länder für Menschen mit Behinderungen zuständig, die für eine Erwerbstätigkeit am sog. ersten Arbeitsmarkt nicht mehr in Frage kommen¹¹². Für die einzelnen Rehabilitationsbereiche werden Unterstützungen in den folgenden Bereichen im Bedarfsfall geleistet:

Übersicht 5: Rehabilitationsbereiche

Medizinische Rehabilitation	Berufliche Rehabilitation	Soziale Rehabilitation
Ärztliche Hilfe, orthopädische Behelfe u.a. Hilfsmittel, Heilmittel und Heilbehelfe.	Lohnkostenzuschüsse, Adaptierung am Arbeitsplatz.	Hilfen zur sozialen Eingliederung, Beschäftigungstherapie, Hilfen zum Lebensunterhalt.

Quelle: BMSG 2003¹¹³

¹¹⁰ Vgl. Heckl/Dorr/Sheikh/Simbürger/Rapa/Egger 2003, Seite 11.

¹¹¹ Vgl. BMSG: Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten Menschen in Österreich. Wien 2003, Seite 24.

¹¹² Vgl. Heckl/Dorr/Sheikh/Simbürger/Rapa/Egger 2003, Seite 11.

¹¹³ Vgl. BMSG: Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten Menschen in Österreich. Wien 2003, Seite.24.

2 Das Lebenslagenkonzept

„Lebenslage“ ist in erster Linie als theoretisches Konzept zu verstehen, welches in der Soziologie, der Sozialplanung¹¹⁴ und der wissenschaftlichen Sozialpolitik zum Einsatz kommt. In den letzten Jahren hat sich vor allem im Kontext der Sozialplanung das Verständnis durchgesetzt, dass die rein statistische Erfassung von Daten nicht ausreicht, um die nicht mehr zu verleugnende Mehrdimensionalität individueller Lebensentwürfe gerecht abzudecken. In diesem Zusammenhang bekommt die Verwendung des Lebenslagenansatzes eine eindeutige sozialpolitische Bedeutung.

Unter Lebenslagenansatz/Lebenslagenkonzept wird mehrheitlich ein theoretischer Zugang verstanden, der sich auf mehrere Lebensbereiche und auf deren Ausprägungen bezieht, der die Verbindung zwischen den einzelnen Bereichen ernst nimmt und objektive Lagen wie subjektive Einstellungen zusammen sieht. *Lebenslage* lässt sich als mehrdimensionales, nicht-kumulatives bzw. nicht hierarchisches Modell beschreiben, welches sowohl ökonomische, kulturelle, soziale und auch immaterielle Dimensionen in die Betrachtung und Analyse der jeweiligen Lebenslage miteinbezieht.¹¹⁵ Die einzelnen zu bewertenden Dimensionen sowie Ressourcen werden dabei verstanden als „je individuelle Handlungsspielräume bzw. individuelle Ressourcen, die den Individuen von der Gesellschaft zur Verfügung gestellt werden, so dass diese dann vom Einzelnen je nach Möglichkeit und Bedürfnissen genutzt werden.“¹¹⁶ Lebenslage bezeichnet somit die unterschiedlichen Voraussetzungen zur Ausbildung und Realisierung von Interessen, Bedürfnissen, Werthaltungen und Deutungsmustern, die den Umgang mit spezifischen Anforderungen und Zumutungen und die gegebenen Handlungsspielräume dazu strukturieren. Lebenslagen sind damit immer auch als strukturierender sozialer Hintergrund für biografische Erfahrungen zu sehen.¹¹⁷

Das Konzept der Lebenslage stellte historisch ursprünglich ein Konzept zur gesellschaftlichen Planung dar, welches bis in die 20er Jahre auf Überlegungen und Konzepte von Otto Neurath, dem sozialistischen Soziologen des Wiener Kreises, zurückreicht. Neurath hatte, so Chassé¹¹⁸ im Zuge seiner Überlegungen zur Planung einer geldlosen Wirtschaft und Gesellschaft die Lebenslagenanalyse als Steuerungsinstrument 1919 konzipiert. Bereits in den Ausführungen von Neurath ist jene dreifache theoretische Perspektive enthalten, die für die Weiterentwicklung des Ansatzes prägend ist. Neurath berücksichtigt die „objektiven Lebensbedingungen, ebenso wie subjektive Orientierungen, Einstellungen, Präferenzen sowie die vermittelnden Instanzen wie Milieu, Kultur und Lebenswelt.“¹¹⁹

Eine wesentliche Weiterentwicklung erfuhr das Lebenslagenkonzept durch Gerhard Weissner in den 50er Jahren. Weissners Arbeiten zum Lebenslagenkonzept sind vorwiegend theoretisch ausgerichtet; erstmals wird auch auf die grundlegende Unterscheidung zwischen „Handlungsressourcen“ und „subjektiver Handlungsspielräume“ hingewiesen. Wie Menschen ihre materiellen und kulturellen Ressourcen einsetzen, ist demnach nicht determiniert; es bestehen „Spielräume“ Diese Spielräume sind nicht nur durch die Individuen allein strukturiert, sondern es bestehen Wechselwirkungen mit den objektiven Ressourcen, den „äußeren Umständen“.¹²⁰

¹¹⁴ Z.B. in der Armutsforschung, Sozialberichterstattung etc.

¹¹⁵ Vgl. Deringer/Zwicky/Hirtz/Gredig 2002, Seite 3.

¹¹⁶ Ebda.

¹¹⁷ Vgl. Chassé 1999, Seite 150.

¹¹⁸ Vgl. ebda., Seite 147.

¹¹⁹ ebda.

¹²⁰ Allmendinger/Hinz 1998, Seite 20.

Durch die Arbeiten von Wolf Rainer Wendt¹²¹ wurde in den 80er Jahren das Konzept verstärkt in die Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit eingebracht. Wendt¹²² versteht die Lebenslage als „relationalen Zusammenhang auf ‚äußeren‘ (gesellschaftlichen und kulturellen) Lebensbedingungen und ‚inneren‘ Zuständen (in Form etwa von kognitiven und emotionalen Deutungs- und Verarbeitungsmustern), in welche Individuen verstrickt sind. Dieser hier verorteten Mehrdimensionalität, wie auch der diagnostizierten zeitlichen Dynamik von Lebenslagen gilt es bei der jeweiligen Beurteilung der Lebenslage zu berücksichtigen, wobei neben den ‚objektiven‘ Faktoren auch die subjektive Deutung der Betroffenen zu berücksichtigen ist.

In der Sozialen Arbeit erfährt die alleinige theoretische Heranziehung des Konzepts der Lebenslage auch eine praktisch handelnde Anwendung. Wesentlich für die Anwendung des Konzeptes der Lebenslage im Kontext der Sozialen Arbeit ist, dass es neben den Möglichkeiten zur Analyse sozialer Ungleichheiten auch dazu geeignet ist, Ressourcen und Belastungen der KlientInnen in der konkreten Hilfsprozessplanung und im Case-Management zu erfassen.¹²³ In einem ersten Schritt werden die „harten Fakten“ aus der Lebenslage analysiert und gesammelt, bevor mehrheitlich mithilfe sog. rekonstruktiver, hermeneutischer Verfahren versucht wird, die je subjektive Seite in Erfahrung zu bringen, um darauf Handlungsmöglichkeiten zu generieren.¹²⁴

Die Einbeziehung des Lebenslagenkonzepts in die Sozialen Arbeit ist vor allem auch im Hinblick auf die in den 80er Jahren aufkommenden Modernisierungsdiskurse¹²⁵ bedeutungsvoll. Die Modernisierungsdebatte zwingt die Soziale Arbeit ihre Handlungsrealität, ihren Auftrag und ihr (gesellschaftspolitisches) Mandat verstärkt in Bezug auf die gesellschaftlichen Anforderungen zu überprüfen und diese mitunter auch neu zu positionieren. In einer zunehmend pluralisierten und individualisierten Gesellschaft, ist die Soziale Arbeit verstärkt durch heterogene Handlungsfelder gekennzeichnet.

Chassé¹²⁶ weist darauf hin, dass im Zuge der gesellschaftlichen Transformierungsprozesse Soziale Arbeit stärker als bisher die Lebenslage der AdressatInnen zum Ausgangspunkt ihrer Konzeptualisierung gemacht werden muss. Das Konzept dient einerseits der Untersuchung der Lebenslagen hinsichtlich unterschiedlicher Zugangsmöglichkeiten zu sozialstaatlichen Unterstützungsangeboten, andererseits ist es auch Aufgabe der Sozialen Arbeit, Integrations- und Partizipationsmöglichkeiten der AdressatInnen kommunalpolitisch zu erweitern bzw. diese überhaupt erst zu schaffen.¹²⁷

Das Konzept der Lebenslage scheint für die handelnde Soziale Arbeit auch eine übergreifende theoretische Perspektive geliefert zu haben, die sich auch in der Methodenkompetenz (siehe Case-Management etc.) niedergeschlagen hat. Die pluralisierten und unübersichtlichen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, in denen die Soziale Arbeit ihren Bezugskontext und Konfrontation mit den je individuellen Lebenslagen ihrer KlientInnen findet, benötigt ein differenziertes Konzept, welches die verschiedenen gesellschaftlichen, kulturellen und persönlichen Ressourcen erfassen kann.

Die Heranziehung des Lebenslagenkonzeptes in der Sozialen Arbeit kann auch als *Thematisierungsprogramm*¹²⁸ von unterschiedlichen Lebensverläufen der KlientInnen. Be-

¹²¹ Vgl. Wendt 1988.

¹²² Vgl. Meier Kressing/Husi 2002, Seite 20f.

¹²³ Vgl. ebda., Seite 20.

¹²⁴ Vgl. ebda. Ausformulierte Vorstellungen zu einer solchen Erfassung der individuellen Lebenslage finden sich in der Sozialen Arbeit unter den Stichworten „biografisch-narrative Gesprächsführung“ (Völzke), „sozialpädagogisch-hermeneutische Diagnostik“ (Mollenhauser/Uhlendorff), „psychosoziale Diagnostik“ (Harnach/Beck) und „biografische Diagnostik“ (Hansens).

¹²⁵ Vgl. Beck 1986.

¹²⁶ Vgl. Chassé 1999, Seite 149.

¹²⁷ Vgl. ebda., Seite 151.

¹²⁸ „Ein Thematisierungsprogramm, das den Standpunkt der Subjekte zu übernehmen versucht [...] geht nicht nur über professionelle Selbstthematisierungen von professioneller Praxis und Institution

sonders die sozial abgestuften Zugänge bzw. Zugangsmöglichkeiten zu materiellen, immateriellen und sozialen Ressourcen (eingeschlossen soziale Unterstützung und Zugänge zu sozialen Netzwerken) und die damit gegebenen Rahmungen sozialer und individueller Spielräume werden in der Sozialen Arbeit zum zentralen Ausgangspunkt gesetzter Interventions- und Unterstützungsleistungen.¹²⁹ Die Thematisierung des Konzeptes der Lebenslage bewegt sich in der Sozialen Arbeit immer vermittelnd zwischen den Polen der sozialstrukturellen (sozialpolitisch und sozialstaatlich determiniert) und der subjektanalytischen Perspektive. Der Unterschied zwischen diesen beiden Polen ist konkret am differenzierten Blick und Zugang auf die Subjekte in den Lebenslagen festzumachen: „Das Interesse der Sozialpolitik richtet sich auf die gestalteten und gestaltbaren Spielräume der Subjekte. Sozialpädagogik (Soziale Arbeit Anm.) interessiert sich dagegen gerade für die handlungstheoretisch gesehenen aktiven Gestaltungsleistungen der Subjekte hinsichtlich ihrer Normalisierung, Integration, Lebensbewältigung und deren Ermöglichung oder Unterstützung.“¹³⁰

In der Vorstellung, dass Lebenslagen auch Entwicklungsperspektiven bestimmen und begrenzen, zeigt sich, dass Lebenslagen strategische Konstellationen sind. Diese strategischen Konstellationen stehen in einem dauernden, eine Biografie konstituierender Prozess der Selektion von Möglichkeiten, die sowohl andere Möglichkeiten ausschließen als auch neue Möglichkeiten eröffnen. Gerade das Eröffnen neuer Möglichkeiten kann im Zuge eines Rehabilitationsprozesses als eine wesentliche Aufgabe gesehen werden. Vor dem Hintergrund jeweils individueller Konfiguration der Lebenslage ergeben sich Handlungsspielräume und Entwicklungsperspektiven für den Einzelnen/die Einzelne, deren Realisierung immer auch abhängig zu sein scheint von der Art der sozialpolitischen Definition und den Formen der öffentlichen Akzeptanz der Zusammenhänge.¹³¹

2.1 Lebensbewältigung

Die Lebenslage von Individuen ist, wie bereits erwähnt, nicht allein durch die „objektiven“, je unterschiedlichen Handlungsspielräume bestimmt, sondern auch durch die „subjektiven“ Beurteilungen und Nutzungen der Lebensbedingungen durch die Betroffenen.¹³² Die jeweils konkret subjektive Seite der Lebenslage lässt sich daher auch mit dem Begriff der „*Lebensbewältigung*“ bezeichnen: Lebensbewältigung umschreibt den subjektiven Prozess des Aufschließens der Zugänge und Möglichkeiten, die in der Lebenslage liegen. Lebensbewältigung ist als aktive Leistung des einzelnen Subjekts, seiner alltäglichen Praktiken ebenso wie seiner Lebensentwürfe und Lebensperspektiven zu verstehen. Die Lebenslage des Individuums bildet dabei den strukturellen Kontext der Lebensbewältigung; das bedeutet nicht ausschließlich, dass die Lebensbewältigung durch die Lebenslage determiniert ist, sondern vielmehr, dass die Ansatzpunkte für die Wahrnehmung sozialer Chancen und gleichzeitig auch ihre Begrenzungen in der Lebenslage enthalten sind.¹³³

aus, es verspricht auch zuallererst, die Leerstellen struktureller Rahmenanalyse zu füllen und die tatsächliche Dynamik und Differenzierung von Lebensläufen und Biografien (gleichwohl vor dem Hintergrund sozialstruktureller Analysen) einzuholen. Erst ein solches Verständnis wird selbst reflexiv, weil es den Dualismus von Subjekt und Strukturbedingungen nicht voraussetzt, sondern zum Thema macht, also rekonstruiert (Chassé 1999, Seite 149).“

¹²⁹ Ebda., Seite 150.

¹³⁰ Ebda., Seite 153.

¹³¹ Im Bezug auf das Feld der Rehabilitation kann hier auf die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (Krise des Wohlfahrtsstaates und der Systeme der sozialen Sicherheit etc.) hingewiesen werden, in denen sie stattfindet.

¹³² Vgl. Deringer/Zwicky/Hirtz/Gredig 2002, Seite 3.

¹³³ Vgl. Böhnisch /Funk 1998, Seite 54f.

Ausgehend von diesen Überlegungen lässt sich das Lebenslagenkonzept als „verstehendes Konzept“¹³⁴ begreifen, welches als Hintergrund für die individuellen Strategien der Lebensbewältigung gesehen werden kann. Als sog. *verstehendes Konzept* gründet es dabei auf Kommunikation und Bewältigungshandeln, also darauf, dass sich die sinnhafte Perspektive des Subjekts nur über die Verwendung hermeneutischer Verfahren rekonstruieren lässt. Durch die Erfassung typischer Belastungen, Chancen, Ressourcen und Entwicklungsaspekte (also der Subjektperspektive der Lebenslage) können Anknüpfungspunkte für die Lebensbewältigung, auch im möglichen Fall eines Rehabilitationsprozesses, gefunden werden.

2.1.1 Konzept der biografischen Lebensbewältigung

Das Konzept der biografischen Lebensbewältigung ist in erster Linie als psychosoziales Handlungskonzept zu verstehen, welches in seiner theoretischen und praktischen Verortung auf die Sozialpädagogik verweisen kann. In der Konzeption der *biografischen Lebensbewältigung*¹³⁵ fokussiert Böhnisch¹³⁶ das subjektive „damit Umgehen“ mit dem, was in den jeweiligen Lebenslagen und sozialstrukturellen Gegebenheiten verortet ist. Im Konzept von Böhnisch werden zwei Schlüsselbegriffe der Sozialpädagogik¹³⁷, nämlich Lebensbewältigung und soziale Integration, mit dem Konzept der Biografie¹³⁸ vermittelt, um für einen empirischen Zugang die nötige Differenzierung zu erhalten.

Zunächst lässt sich das Konzept der Lebensbewältigung/sozialen Integration als Grundkonstellation der Sozialpädagogik wie folgt zusammenfassen:

„Sozialpädagogische (Sozialen Arbeit Anm.) Problemkonstellationen sind von den Klienten und Adressaten dadurch typisch gekennzeichnet, dass Menschen unterschiedlicher Lebensalter versuchen, in biografischen Krisensituationen durchzukommen und dabei in die prekäre Spannung von - Suche nach eigener Handlungsfähigkeit und sozialer Integration - geraten. Die eigene Handlungsfähigkeit kann auch durch sozial desintegratives (abweichendes Verhalten Anm.) wieder hergestellt sein, formale Integration kann dagegen auch bei Verlust der Handlungsfähigkeit institutionell gewährleistet werden (z.B. durch Maßnahmen der Jugendwohlfahrt im Falle dysfunktionaler Familienkonstellationen, abweichenden Verhaltens von Jugendlichen). Sozialpädagogik und Sozialarbeit (die Soziale Arbeit Anm.) haben also Hilfen dort zu leisten, wo biografisch Handlungsfähigkeiten und soziale Integration so bedroht sind, dass sie nicht mehr von den Betroffenen allein wieder hergestellt und ausbalanciert werden können.“¹³⁹

Unter *sozialer Integration* wird im Konzept von Böhnisch¹⁴⁰ zuerst ein Set lebensweltlicher sozialer Bindungen verstanden. In weiterer Folge wird mit dem Begriff der sozialen

¹³⁴ Böhnisch 1994.

¹³⁵ Das Konzept der „biografischen Lebensbewältigung“ scheint im Besonderen dazu geeignet zu sein, Kritikpunkte an das Lebenslagenkonzept, hinsichtlich dessen Unzulänglichkeit in Bezug auf zeitliche Perspektiven und allzu großer Verfasstheit auf aktuelle Strukturen, auszuräumen. Die Struktur der Lebenslage der Individuen, wird im Konzept der „biografischen Lebensbewältigung“ als jeweils aktueller Hintergrund thematisiert. Aus der jeweiligen Lebenslage werden Dimensionen und Ressourcen für die notwendige Bewältigungsaufgabe gespeist.

¹³⁶ Böhnisch 1999. Das Konzept der biografischen Lebensbewältigung wurde vor allem auch im Kontext abweichenden Verhaltens von Jugendlichen ausführlich diskutiert.

¹³⁷ Böhnisch formuliert sein Konzept im Kontext der Begrifflichkeit der Sozialpädagogik. Es soll hier nun in erster Linie auf den Begriff „Sozialpädagogik“ zurückgegriffen werden, in einzelnen Fällen auch auf den Begriff der Sozialen Arbeit. Der Begriff der Sozialen Arbeit inkludiert die Sozialpädagogik und die Sozialarbeit. Es darf beiden Professionen, sofern sie nicht auf genuin getrennte Arbeitsfelder verweisen können, ein gemeinsames Handlungsinteresse unterstellt werden, nämlich das sie als *Hilfen zur Lebensbewältigung* gesehen werden.

¹³⁸ Vgl. Schefold 1999.

¹³⁹ Böhnisch 1999, Seite 33.

¹⁴⁰ Vgl. ebda..

Integration die Vorstellung einer tendenziellen Übereinstimmung von persönlichen, subjektiven Wertorientierungen und den geltenden gesellschaftlichen Werten und Normen verbunden. In einer modernen, pluralistisch und sozialstaatlich verfassten Gesellschaft meint soziale Integration auch, dass Lebenswelten und Subkulturen, die sich längerfristig nicht der Mehrheitsstruktur und der darin herrschenden Sozialnorm anpassen wollen (z.B. Erwerbsbiografie im Erwachsenenalter) oder die es nicht können, auch neben dieser gesellschaftlichen Durchschnittskultur bestehen und toleriert werden müssen. Böhnisch¹⁴¹ führt in diesem Zusammenhang den Begriff der *sekundären Integration* ein, womit gemeint ist, dass eine Eingliederung in und eine Partizipation an der Gesellschaft nicht unbedingt über den Mainstream der gesellschaftlichen Durchschnittskultur verlaufen muss. Der Begriff der sekundären Integration wird von Böhnisch vor allem im Zusammenhang mit der Bereitstellung von „speziellen Milieus mit gesellschaftlichen Sonderkonditionen“ für z.B. gewaltbereite Jugendliche im Kontext sozialpädagogischer Interventionen gewährleistet. Im Rahmen der Beschäftigung mit dem Thema der Rehabilitation, kann dieser Begriff auch hinzugezogen werden. Geht es doch darum unter zu Hilfenahme von Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation Möglichkeiten der Partizipation und Integration bereitzustellen, die nicht an der gesellschaftlichen Durchschnittskultur orientiert sind, aber dennoch ein größtmögliches Set an Anknüpfungs- und Integrationspunkten darstellen sollten.

Das Konzept der Lebensbewältigung wird durch die Hinzuziehung des biografischen Aspektes erweitert. Der für das Konzept der Lebensbewältigung notwendige gesellschaftliche Bezug wird dadurch gewahrt, dass das Biografiekonzept in den durch die Gesellschaft strukturierten Lebenslauf eingebunden wird.¹⁴² Unter Lebenslauf wird hier die „*soziale Tatsache* der Ordnung des Lebens entlang der Achse Lebenszeit verstanden. Über das Konzept der Biografie wird das Geschehen entlang der Lebenszeit aus der Binnenperspektive des sich erinnernden, erzählenden oder seine Zukunft entwerfenden Subjekts gesehen. Die biografische Ebene betont die Handlungs- und Deutungsabhängigkeit dieses Geschehens, bringt somit in hohem Maße die Offenheit, prinzipielle Unabschließbarkeit des Horizonts sozialer wie individueller Entwicklung zum Ausdruck.“¹⁴³ In der individuellen Biografie ist die Bewältigung des Lebenslaufs strukturiert. Nach Böhnisch¹⁴⁴ wird das biografische Gewordensein in der individuellen Erfahrung des Lebenslaufs mit jeweils zunehmendem Lebensalter zur entscheidenden Bezugsdimension für die Bewältigungsarbeit.

Die jeweils individuelle (biografische) Handlungsfähigkeit und die Ausrichtung auf die Erhaltung der eigenen Integrität, sowie das Bestreben nach sozialer Integration wird durch vier psychosozial strukturierte Grundsegmente unterschieden. Wird die Handlungsfähigkeit im Lebenslauf durch unvorhergesehene Ereignisse bedroht, z.B. durch Krankheiten oder Unfälle, werden von den Individuen - bewusst oder unbewusst - zur Behebung dieser (biografischen) Krise vier Grundsegmente aktiviert:

Zu diesen Grunddimensionen der biografischen Lebensbewältigung zählen:¹⁴⁵

1. Die Erfahrung des *Selbstwertverlustes* und die Suche nach Wiedergewinnung des Selbstwertes. Dieser Zusammenhang berührt die Tiefenbereiche der Befindlichkeit und der Betroffenheit genauso wie die sozialen Bezüge der Anerkennung durch andere.
2. Die Erfahrung der *sozialen Orientierungslosigkeit*, des Sich-nicht-mehr-zurechtfinden-könnens und die entsprechende Suche nach unbedingter Orientierung bzw. der Abfall in Rückzug und Apathie.

¹⁴¹ Vgl. ebda., Seite 30f.

¹⁴² Vgl. ebda., Seite 33.

¹⁴³ Schefold 1993, zitiert nach Böhnisch 1999, Seite 33.

¹⁴⁴ Vgl. Böhnisch 1999, Seite 35.

¹⁴⁵ Vgl. ebda., Seite 41.

3. Die Erfahrung des fehlenden *sozialen Rückhalts* angesichts personal nicht mehr überschaubarer biografischer Risikosituationen und die entsprechende Suche nach Halt und Unterstützung.
4. Die Sehnsucht nach *Normalisierung*, nach der Möglichkeit, aus dem Stress der Handlungsunfähigkeit und Desintegration herauszukommen und eine Balance von Handlungsfähigkeit und Integration zu erreichen.

Diese vier Grunddimensionen der Lebensbewältigung, machen laut Böhnisch¹⁴⁶ deutlich wie sehr allgemeine Spannungsverhältnisse von biografischer Lebensbewältigung und sozialer Integration zusammenspielen: „Aus der geschlechtstypischen Grundbefindlichkeit eines bedrohten Selbst heraus werden psychosozialer Rückhalt und soziale Orientierung so gesucht, dass Normalisierungshandlungen als kurzfristige akzidentielle oder als längerfristig biografische, immer aber als subjektiv erfahrbare Wiederherstellung der Handlungsfähigkeit, möglich wird.“ Die einzelnen Dimensionen erhalten eine unterschiedliche Gewichtung je nach Geschlecht, je nach Lebensalter udgl.. Wie der biografisch gefasste Bewältigungsprozess für die einzelnen Lebensalter skizziert.¹⁴⁷ Interessant in diesem Kontext erscheinen in erster Linie seine Ausführungen über das Erwachsenen- und Erwerbssalter als Bewältigungskonstellation. Das Erwachsenenalter wird konsequenterweise im Konzept der biografischen Lebensbewältigung auch als Erwerbssalter dargestellt. Erwerbstätigkeit bzw. die daran ausgerichtete Hausarbeit und Familienorganisation bestimmen das Erwachsenenalter. In der Analyse des Erwachsenenalters verzichtet Böhnisch, durch die Heranziehung dieses *normalbiografischen* Strukturierungsprinzips auf die Realität pluralisierter Lebensformen, die sich in unterschiedlichen Lebensstilen, Familien- und Beschäftigungsformen ausdrücken.

Wird das Erwachsenen- und Erwerbssalter als Bewältigungskonstellation im Sinne des von Böhnisch¹⁴⁸ als sozialpädagogisches Modell der Lebensbewältigung/Sozialintegration strukturiert, so stellen sich die vier Grundsegmente der Bewältigung lebensalterstypisch folgendermaßen dar:

1. Die *Betroffenheitsdimension* in der Integritätsproblematik wird vor allem im Mannsein und im Frausein ausgedrückt. Im Erwachsenenalter können sich biografische Krisensituationen zu Integritätskrisen ausweiten, da das Selbst auf dem bisher biografisch Erreichten und den Gewohnheiten ausgerichtet ist. War das Selbst in seinen Bezügen dominierend nach außen z.B. auf die Erwerbsrolle ausgerichtet, dann ist im Falle einer Bedrohung/Krise (Verlust der Arbeit, Zerbrechen einer Partnerschaft, Erkrankung etc.) damit zu rechnen, dass diese biografisch aufgebaute äußere (soziale) Identität geschwächt wird, zusammenbricht und das innere Selbst bewältigungsrelevant hervortritt. An diesem Punkt wird dann bedeutet, ob man in der Lage ist einen Weg zu-sich-zu-finden, der sich an anderen Bezügen orientieren muss, als den bisher dominierenden nach außen gerichteten. Bezogen auf die Dimension des Mannseins und des Frauseins kommt hier ein weiterer Aspekt zum Tragen: Im Erwachsenenalter geht es nicht nur darum das kritische Lebensproblem zu bewältigen, sondern vielfach auch darum die aufgebrochene und mitunter infrage gestellte Identität als Mann oder als Frau zu bearbeiten. Der unterschiedliche Umgang mit Krisenbewältigung bei Männern und Frauen ist bekannt. Männern wird ein Bewältigungsverhalten nach *außen* und Frauen ein nach *innen* gerichtetes Bewältigungsverhalten zugeschrieben. Diese hier verkürzt, zitierten geschlechtstypischen Bewältigungsstrategien, werden dann bedeutsam, wenn auf diese unterschiedlichen Bewältigungsorientierungen, in der Intervention, der Sozialen Arbeit, zu *geschlechtstypischer Klientelisierung*¹⁴⁹ führen. Ein reflexiver Umgang mit diesen geschlechtstypischen Bewältigungsstrategien und Zuschreibung scheint vor allem dort an-

¹⁴⁶ Ebda., Seite 63.

¹⁴⁷ Kindheit - Jugend - Erwachsenen-Erwerbssalter - Alter.

¹⁴⁸ Ebda., Seite 201f.

¹⁴⁹ Ebda., Seite 209.

gebracht zu sein, wo sich auch die Interventionssetzung bspw. in der Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen zur beruflichen Integration an diesen „Unterschieden“ ausrichtet.

2. Die *Orientierungsdimension* und die *Dimension des sozialen Rückhalts* bekommen vor allem in den verstärkten, wechselnden Anforderungen der Arbeits- und Konsumgesellschaft eine tragende Rolle. Individuen müssen ständig offen und flexibel, risiko- und optionsbereit für kommende Herausforderungen sein, gleichzeitig herrscht aber das Wissen darüber, dass diese offene und mitunter auch riskante Haltung nur dann einzuhalten ist, wenn man bei sich, mit sich ident ist, selbst in der Lage ist oder genug sozialen Rückhalt hat, um sich diesen offenen gesellschaftlichen Strukturen auszusetzen. Im Falle einer Bedrohung/Krise wird diese eigene, nennen wir es verkürzt, „Wettbewerbsfähigkeit“ in Frage gestellt. Gerade das Vorhandensein von Orientierungsmustern wird in den Diskrepanzen der eigenen alltagsweltlichen Verortung und den gesellschaftlichen Ansprüchen und Vorgaben in Krisensituationen in Frage gestellt; die eigene Orientierungssicherheit kann mitunter sogar aufgehoben sein. Die Selbstverständlichkeit des *psychosozialen Rückhalts* ist durch die Pluralisierung und Auflösung tradierter Milieus und auch durch die Infragestellung sozialstaatlich gewährter sozialer Sicherheit, der sozialen Risikoabsicherung brüchig geworden. Im Erwachsenenalter ist diese Hintergrundversicherung, auf der sich die Biografie gründet, vor allem durch die Erwerbstätigkeit und der damit erworbenen Ansprüche aus den sozial staatlichen Systemen gewährleistet. Grundsätzlich ist die psychosoziale Sicherheit von der sozialstaatlich gewährten Risikoabsicherung zu trennen. Sie bekommt aber dann eine Bedeutung, wenn durch unvorhergesehene Ereignisse diese biografische Selbstverständlichkeit der Sicherung berührt wird, wenn z.B. auf Grund von Erkrankungen eine Erwerbstätigkeit nicht mehr in dieser Selbstverständlichkeit ausgeführt werden kann - und wenn zu dem noch Netzwerke des psychosozialen Rückhalts nicht evident sind. Dieser doppelte Rückhaltverlust kann zu einem tragenden Element von Bewältigungsanstrengungen werden.
3. Die *Normalisierungsdimension* ist im Bewältigungskontext von Krisen vor allem deswegen von Bedeutung, da die individuelle Handlungsfähigkeit immer wieder durch strukturelle soziale Überforderungen bedroht sein kann. Erwachsene versuchen in der Regel auch in Krisensituationen Konformität zu wahren und versuchen nicht, anders als vielleicht Jugendliche, durch abweichendes Verhalten (verstanden als Normalisierungshandeln) öffentlich sichtbar ihre Handlungsfähigkeit zu wahren. Dieses „öffentlich sichtbar“ ist insofern von Bedeutung, als beobachtbar ist, dass Erwachsene sich unter sozialem Druck in den „normdiffusen“ Bereich des Nichtöffentlichen, Privaten zurückziehen und dort Handlungsfähigkeit und Normalisierung suchen. Zurück zu führen ist dieser Umstand darauf, dass sich Erwachsene am arbeitsgesellschaftlichen Modell der Trennung von Lebensbereichen in öffentlich und privat orientieren und in diesem Zusammenhang vielfach im Privatraum von Familien und Beziehungen interventionsabwehrende, normbeliebige Tabu- und Willkürzonen entstehen, in denen bspw. von der gesellschaftlichen Norm abweichendes Verhalten nicht als normwidrig empfunden wird und nur die Aufrechterhaltung der Handlungsfähigkeit im Vordergrund des subjektiven Empfindens steht.

Im Erwachsenen- und Erwerbsalter scheint die Rückbeziehung auf Aspekte der *biografischen* Lebensbewältigung vor allem dort an Bedeutung zu gewinnen, wo relativ gefestigte Muster des Rollenhandelns und der Lebensführung, z.B. auf Grund einer schwerwiegenden Erkrankung oder eines abrupten Unfalles brüchig geworden sind und ihre Selbstverständlichkeit verloren haben oder uneindeutig und in Veränderung begriffen sind. In dieser Situation tritt aus Sicht der Subjekte, der betroffenen Menschen, die Frage nach der Handlungsfähigkeit in den Vordergrund, während in der gesellschaftlichen Perspektive der Bewältigung das sozialstrukturelle Problem - im Sinne des *Ausge-*

setztseins der Betroffenen sozialökonomischen Entwicklungen - hervorgehoben ist.¹⁵⁰ „Lebensbewältigung meint in diesem Zusammenhang das Streben nach subjektiver Handlungsfähigkeit in Lebenssituationen, in denen das psychosoziale Gleichgewicht - Selbstwert und soziale Anerkennung - gefährdet ist. Lebenskonstellationen werden von den Subjekten dann als kritisch erlebt, wenn die bislang verfügbaren personalen und sozialen Ressourcen für die Bewältigung nicht mehr ausreichen. Deshalb ist das Streben nach Handlungsfähigkeit in der Regel nicht vornehmlich kognitiv-rational, sondern vor allem emotional und triebdynamisch strukturiert. Darin zeigen sich Gesetzmäßigkeiten, die sich in Anlehnung an das aus der Stressforschung entstammende Coping-Konzept (Haan 1977, Oerter 1985, Brüderl 1988, Stark 1996) herausarbeiten lassen.“¹⁵¹

Für den Bereich der Rehabilitation eröffnet das biografische Lebensbewältigungskonzept die Möglichkeit Behinderung und Rehabilitation im Lebenszusammenhang der Betroffenen zu positionieren und darauf die benötigten Hilfs- und Interventionsstrategien aufzubauen. Mit der Betonung des Lebenszusammenhangs kommt das interdisziplinäre Konzept des Lebenslaufs ins Spiel. Tragende Theorieteile kommen aus dem Konzept der Biografie, der Biografie- und Lebensweltforschung (Hanes/Börgratz 2001), der Lebenslauf- und der Lebensereignisforschung (Filip 1990), der Bewältigungsforschung (Geyer 1999, Brüderl 1988) und der konkreten Erforschung des Lebenslaufs in typischen Phasen oder Stufen wie sie z.B. von Piaget zur kognitiven, von Kohlberg zur moralischen oder von Parsons zur ästhetischen Stufentheorie durchgeführt wurden.¹⁵² Während im Kontext der Biografieforschung verstärkt der Einzelfall in den Vordergrund gerückt wird, ist bei der Lebenslauforschung der Fokus mehrheitlich auf die Fallgeschichte mehrerer Individuen gerichtet.

Mühlum/Gödecker-Geenen¹⁵³ weisen darauf hin, dass sich lebenslauftheoretische Ansätze in unterschiedlichen Disziplinen durchgesetzt haben, nicht zuletzt im Bemühen um struktur- und handlungstheoretische Ansätze. Der Lebenslauf wird hierbei als Lebenszyklus (und Altersgraduierung) oder auch als Sequenz von Statuskonfigurationen betrachtet. Die damit erfasste wechselnde Teilhabe an sozialen Institutionen ist ein wesentliches Element der sozialen Integration. Nicht zuletzt deswegen ist auch der Ansatz der biografischen Lebensbewältigung bei Böhnisch vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Lebensalter thematisiert worden. Wie bereits an vorangegangener Stelle erwähnt, sind die Anstrengungen zur Wiedererlangung der eigenen Handlungsfähigkeit und der sozialen Integration im Falle unvorhergesehener Desintegrationsprozesse immer mit Rücksichtnahme auf das biografische Gewordensein zu gestalten. Diese Rückbeziehung der biografischen Dimension kann hier als Vorgehen im Sinne eines Ganzheitsansatzes verstanden werden. Soweit nun, Mühlum/Gödecker-Geenen¹⁵⁴ eine Rehabilitation im Lebenslauf dem Ganzheitsparadigma verpflichtet ist, muss jede sozialrehabilitative Ausrichtung biografisch sein - in der Praxis, der Ausbildung und der Wissenschaft. Diese Lebenslauforientierung in der Rehabilitation ermöglicht Anknüpfungspunkte an das Konzept eines interaktiven Person-Umwelt-Verständnisses. Damit wird eine Bewältigungsbegriff lanciert, der aus der Tradition der Sozialen Arbeit kommt, die sich in einem sozialökologischen Verständnis positioniert.

¹⁵⁰ Vgl. ebda., Seite 30f.

¹⁵¹ Vgl. ebda., Seite 31.

¹⁵² Mühlum/Gödecker-Geenen 2003, Seite 48f.

¹⁵³ Vgl. ebda., Seite 50.

¹⁵⁴ Vgl. ebda., Seite 51.

2.1.2 Sozialökologische Traditionslinien des Lebensbewältigungs-konzepts

In der Sozialen Arbeit wird neben dem, aus der Sozialpädagogik kommenden, psychosozialen Konzept der *biografischen* Lebensbewältigung auch gerne jener Lebensbewältigungsansatz verwendet, der in Zusammenhang mit *sozialökologischen Konzeptionen* in der Sozialen Arbeit und Beratung verwendet wird. Lebensbewältigung wird in diesem Ansatz als Person-Umwelt-Transaktion gesehen. Lebensbewältigung erfolgt hier über einen angemessenen Austauschprozess (Transfer) von Person und Umwelt; sie wird als ein labiles Gleichgewicht zwischen dem Verhältnis von individueller Bedürfnislage und gesellschaftlichen sowie physikalisch-natürlichen Bedingungen aufgefasst. „Im Mittelpunkt dieser Auffassung von Lebensbewältigung steht der Austauschprozess zur Einhaltung bzw. Wiederherstellung des Fließgewichtes zwischen Person und Umwelt und nicht individuelle Verhaltensweisen und Eigenschaften von Personen und Gruppen. Im Beziehungsverhältnis von Person und Umwelt sind Komponenten und Bedingungen enthalten, die einen angemessenen Austauschprozess für eine angemessene Lebensbewältigung fördern oder behindern bzw. verunmöglichen.“¹⁵⁵ Diese Konzeption geht davon aus, dass es für eine ausgewogene Person-Umwelt-Beziehung notwendig ist, diese Beeinträchtigungen auf der Personenseite oder auf der Umweltseite und in der Art der Begegnung und Auseinandersetzung mit der Umwelt zu bewältigen. Eine unzureichende Lebensbewältigung ergibt sich dann, wenn Missverständnisse zwischen den Bedürfnissen und den Fähigkeiten von Personen einerseits und den sozialen, ökonomischen, physikalischen und biologischen Umweltgegebenheiten andererseits bestehen. Für die Lebensförderlich ist, so Schubert¹⁵⁶, wenn die Diskrepanzen zwischen Person und Umwelt relativ gering gehalten werden können:

1. etwa durch angemessenen Bedürfnisse und/oder durch angemessene Möglichkeiten und Kompetenzen auf der personalen Seite (personale Ressourcen) und/oder
2. durch förderliche, nicht belastende bzw. belastete soziale, ökonomische, kulturelle, technische und natürliche Umweltbedingungen (Umweltressourcen) und
3. durch die Fähigkeit, diese Ressourcen angemessen wahrzunehmen, zu nutzen, zu gestalten und zu pflegen.

In diesem hier kurz zitierten Ansatz der Lebensbewältigung geht es darum den psychosozialen Handlungsansatz zu überwinden, der so Schubert¹⁵⁷, lediglich darauf ausgerichtet sei, das Individuum zu befähigen oder zu heilen. Bewältigung oder Nichtbewältigung von Leben ist somit nicht allein das Ergebnis von individueller Kompetenz oder Inkompetenz, sondern auch oder vor allem Ausdruck der Möglichkeiten, die dem Individuum durch seine Umwelt zur Verfügung stehen und durch die jeweilige Nutzung dieser Ressourcen. Lebensprobleme könnten erst dann ausreichend erfasst und beurteilt werden, wenn die Austauschbeziehungen (Person-Umwelt) angemessen erfasst ist.

2.1.3 Handlungsstrategien, Intervention und Arbeitsprinzipien

Ausgehend davon, dass das Konzept der *biografischen Lebensbewältigung* als „verstehendes Konzept“ konstruiert ist, müssen auch die Interventions- und Unterstützungsprinzipien für die KlientInnen darauf abgestimmt sein. Der Prozess des Verstehens muss im Rahmen von Interventionsleistungen so gestaltet sein, dass er die Vermittlungen von Subjekt, Handlung, Sozialstruktur und Sozialpolitik ebenso wie die Institutionen der Sozialen Arbeit in ihrer (entfaltenden oder hinderlich-beschädigenden) Wirkung

¹⁵⁵ Schubert 2004, Seite 8f.

¹⁵⁶ Ebda., Seite 9.

¹⁵⁷ Ebda., Seite 10.

analytisch zusammenzubinden erlaubt.¹⁵⁸ Für die Soziale Arbeit konstatiert Böhnisch¹⁵⁹, dass gesetzte Interventionen in einem sog. *modernen Interventionsparadox* stattfinden. Die Soziale Arbeit verfügt über ein gesteigertes Wissen der strukturellen Bedingungen in denen die Hilfe gesetzt wird, dies führt aber nicht wie vielleicht erwartet zu einer größeren Interventionsmacht, sondern eher zu einer Ohnmacht und Frustration. Interventionen die gesetzt werden stoßen auf begrenzende Interventionsbarrieren und auch auf den Eigensinn der KlientInnen - die sich gegenläufig zu dem Verhalten was intendiert wird: „Sie (KlientInnen Anm.) teilen oft nicht unsere Diagnose, passen sich manchmal lieber den für sie verhängnisvollen Umständen an, als dass sie aus ihnen herauskommen trachten und sehen unsere Hilfsangebote eher als Einmischung oder gar als Gefahr des Verlusts ihrer personalen und sozialen Eigenständigkeit. Auch das können wir mit unserer Bewältigungstheorie erklären: Das Erlangen subjektiver und akzidentieller Handlungsfähigkeit steht bei vielen KlientInnen vor der Frage, ob damit auf den weiteren Lebenslauf gesehen - biografische Chancen und Ressourcen blockiert werden.“¹⁶⁰

Dennoch lassen sich im Kontext der biografischen Lebensbewältigung fünf Grundsätze der Intervention herausarbeiten, die besonders auch für Hilfemaßnahmen in rehabilitativen Kontexten zur Anwendung kommen können.

1. *Sozialräumlicher Bezug*: Ausgangspunkt für alle gesetzten Interventions- und Hilfsangebote ist das Verständnis für das je subjektive Bewältigungshandeln; dieses muss verstanden werden, darf aber nicht als Maßstab der Intervention gelten. Dieses subjektive Bewältigungshandeln ist zuerst einmal als „blackbox“ zu verstehen, die es von den ProfessionistInnen zu akzeptieren gilt und die aber in das methodische Setting mit aufgenommen werden muss. ProfessionistInnen müssen diesen subjektiven Handlungsspielraum erweitern und mitunter auch überbrücken, ohne die KlientInnen in ihrem Handeln direkt zu behindern.¹⁶¹
2. *Vermittelnde Instanz*: ProfessionistInnen der Sozialen Arbeit, sind nicht nur Helfende sondern auch Vermittelnde. Sie versuchen nicht nur durch direkte soziale Hilfen Interventionen zu setzen, sondern auch durch die Schaffung von Zugängen zu sozialen Ressourcen für die Weckung und Stärkung von Selbsthilfeaktivitäten.¹⁶²
3. *Biografische Reflexivität*: Dieses Grundprinzip verweist auf den Umstand, dass Interventionen nicht kulturell neutral sind, sondern immer durch bestimmte Menschenbilder und Definitionen von Normalität und Zumutbarkeit geprägt sind, die von den KlientInnen gespürt und von den ProfessionistInnen - zwar verdeckt - aber dennoch zurückgegeben werden. Letztlich verweist dieses Grundprinzip auch darauf, dass die gesetzten Hilfsmaßnahmen und Interventionen in das biografische Selbst- und Weltbild der KlientInnen integrierbar sein müssen, um effektiv zu sein. KlientInnen müssen in der gesetzten Intervention eine biografische Verwertbarkeit erkennen, um sie anzunehmen.¹⁶³
4. *Pädagogischer Bezug*: Als viertes Grundprinzip biografischer Interventionen gilt, dass die ProfessionistInnen sich der intervenierenden Bedeutung ihrer Persönlichkeit, dem pädagogischen Bezug ihres Handelns, bewusst sind. Personale Hilfen enthalten immer einen mehr oder weniger deutlichen pädagogischen oder helfenden Bezug, der natürlich in der jeweiligen biografischen Bedeutung je nach Lebensalter variiert. In ihrer Rolle als Vermittlungs- und Vertrauensfiguren

¹⁵⁸ Vgl. Chassé 1999, Seite 152.

¹⁵⁹ Vgl. Böhnisch 1999, Seite 269f.

¹⁶⁰ Vgl. ebda., Seite 270.

¹⁶¹ Vgl. ebda., Seite 271.

¹⁶² Vgl. ebda.

¹⁶³ Vgl. ebda., Seite 272.

zur gesellschaftlichen Außenwelt werden ProfessionistInnen über ihre Berufsrolle hinaus emotional, immer auch in ihrer Persönlichkeit mit dem SozialarbeiterInnen-/TherapeutInnensein etc. konfrontiert.¹⁶⁴

5. *Empowerment*: Wir haben gehört, dass die Belastungs- und Bewältigungskonstellation bei KlientInnen in schwierigen Lebenssituationen selbst negativ besetzt ist. Der Verlust der Handlungsfähigkeit ist oft mit der Einbuße des Selbstwertes verbunden. Erst durch das Erkennen der eigenen Fähigkeiten zur Bewältigung von Krisen kann eine positive Umbewertung der Situation erfolgen. An diesen Aspekt schließt das Empowerment an, wobei hier betont werden muss, dass erst in der prekären Spannung zur Möglichkeit der Entstigmatisierung, die Perspektive des Empowerment eine ernstzunehmende Komponente erhält. Dieses Grundprinzip setzt bei den ProfessionistInnen Empathie und professionelle Risikobereitschaft voraus, dies berührt auch – neben der professionellen Methodenkompetenz und Motivierfähigkeit – die persönliche Sphäre der ProfessionistInnen. Empowerment ist aber auch als Leitperspektive des biografischen Lebensbewältigungs- bzw. Interventionsansatzes zu sehen.¹⁶⁵

Im *sozialökologisch orientierten Bewältigungsansatz* wird für die Soziale Arbeit ein Handlungsmodell beschrieben, welches sich aus den theoretischen Prämissen des zuvor skizzierten Bewältigungsansatzes ableiten lässt. „Aufgabe und Ziel einer sozialökologischen bzw. lebensweltorientierten Arbeit wird somit sein, Kompetenzen zur Lebensbewältigung sowie die Lebensqualität selbst zu mehrern und zu verbessern durch die Optimierung der Transaktionen zwischen Person und Umwelt im Sinne einer Verbesserung von Wahrnehmung, Gestaltung, Nutzung, Entwicklung, Erweiterung und Pflege der Ressourcen von Person und Umwelt einschließlich einer angemessenen Einschätzung der Austauschprozesse selbst.“¹⁶⁶

Der sozialökologische Ansatz, so Schubert¹⁶⁷, verbietet eine Vorgehensweise, die die Lebensweise von Menschen in ihrem situativen Kontext missachtet. ProfessionistInnen müssen sich „einlassen“ auf die familiäre und persönliche Lebensorganisation und auf deren Umwelteinbettung, wie auch auf das bisherige Bewältigungs- und Lösungsverhalten, welches sie vorfinden. Voraussetzung für dieses Handeln ist, dass gemeinsam mit den KlientInnen eine gut strukturierte Übersicht über die bevorstehenden Änderungen erstellt wird. Es muss beiden, den ProfessionistInnen und den KlientInnen möglich sein, sich in der speziellen Lebenslage und den Lebenszusammenhängen zurechtzufinden. Die Beziehung zwischen KlientInnen und ProfessionistInnen muss produktiv gestaltet werden und sich auch als solche bewähren. „Im Unterschied zu herkömmlichen individuellen Behandlungen (Beratungen Anm.) kommt im lebensweltorientierten Ansatz der handelnden und mentalen Gestaltung von Lebensräumen eine wesentliche Bedeutung zu, etwa in Form der Reduktion von verschiedenen Umweltbelastungen oder in der Gestaltung sozialer Netzwerke.“¹⁶⁸ Dazu gehören unter anderem:¹⁶⁹

1. Verfahren zur Kompetenzförderung, zur Entwicklung von Coping-Strategien, zur persönlichen Entfaltung und Wachstum, bezogen auf lebenslauftypische und untypische Veränderungen und Belastungen u.a.
2. Informationsgabe über gesellschaftliche Bedingtheit bzw. Umweltbedingtheit von Problemlagen u.a.
3. Veränderung der individuellen Bewertung und Attributierung durch Kenntniserweiterung. Einsicht in strukturelle, materielle, soziale, politische und natürliche

¹⁶⁴ Vgl. ebda., Seite 272.

¹⁶⁵ Vgl. ebda., Seite 273.

¹⁶⁶ Schubert 2004, Seite 11.

¹⁶⁷ Vgl. ebda., Seite 13.

¹⁶⁸ Ebda., Seite 13.

¹⁶⁹ Vgl. ebda.

Bedingtheit von Problemlagen und Abkehr von Individualisierung und Schuldzuweisung, u.a.

4. Förderung des Hilfe- und Entwicklungspotenzials vorhandener sozialer Stützsysteme im vorhandenen sozialen Nahraum (Familie, Ehe, Freundeskreis, Berufswelt), u.a.
5. Partizipation an Entwicklungs- und Entscheidungsprozessen z.B. bezüglich der Gestaltung des Wohnumfeldes und des natürlichen Lebensraumes, betrieblicher und schulischer Arbeits- und Lernbedingungen, Hilfestrukturen und Angebote kommunaler und freier Trägerschaften [...], die das Alltagsleben von Personengruppen und von „Natur“ betreffen.

Beide hier skizzierten Theorie- und Handlungsansätze zur Bewältigung von schwierigen Lebenslagen bzw. Lebenssituationen ist gemeinsam, auch wenn unterschiede hinsichtlich der wissenschaftstheoretischen Tradition und Herkunft betont werden wollen, dass sie, egal welche Ausrichtung in der praktischen Sozialen Arbeit dominiert, diese auf die plurale Verfasstheit von Lebenswelten direkt reagieren müssen. Beide Ansätze präferieren ein Vorgehen, welches direkt in der Lebenswelt, in den alltäglichen Lebensvollzügen der KlientInnen angesiedelt ist. Die Kompetenz der Lebensbewältigung ist nicht allein als private Angelegenheit der KlientInnen, sondern als soziale Angelegenheit zu verstehen.

Wichtig für die Thematisierung beider Zugangsweisen in diesem Projektkontext ist die Tatsache, dass im Zuge des ICF, des jüngsten Klassifizierungsmodells von Krankheit und Behinderung der WHO 2001, verstärkt Kontextfaktoren und der Lebenshintergrund der Betroffenen für die Entstehung und Bewältigung von gesundheitlichen Problemen miteinbezogen werden. Der Zugang zur Entstehungs- und Bewältigungsthematik von gesundheitlichen Problemen ist dynamischer, flexibler und entspricht darüber hinaus einem zeitgemäßen Verständnis von Behinderung und Rehabilitation.¹⁷⁰ Die Bedeutung für die Soziale Arbeit, liegt wie bereits erwähnt, vor allem darin das eine direkte Anschlussfähigkeit, für eine ganzheitliche Betrachtungsweise im Sinne *des psycho-social functioning* und der methodischen Vorgehensweise im Sinne des *Person-in-Environment-Modells* zusehen ist.

Für die Beantwortung der Fragestellungen zur Lebensbewältigung von RehabilitandInnen können beide Ansätze dienlich sein.

2.1.4 Lebenslagenansatz in Forschungsarbeiten zum Themenbereich Rehabilitation/Behinderter Menschen

Um konkrete Analysen und Angaben zur je individuellen Lebenslage machen zu können, muss festgestellt werden, welche Handlungsspielräume und Dimensionen sich für die betreffenden Person relevant sind. Es ist davon auszugehen, dass nicht alle Dimensionen für alle Menschen von gleicher Bedeutung sind. Bestimmte Handlungsspielräume können nur für bestimmte Personengruppen und Individuen zu bestimmten Zeiten in ihrem Lebenslauf von Bedeutung sein.

Um das Konzept der Lebenslage einer Operationalisierung zu unterziehen und es in diesem Zusammenhang hinsichtlich einer Anwendbarkeit zur deskriptiven Erfassung lebensweltlicher Betrachtungen einer Überprüfung zu unterziehen, sollte es möglich sein, jeweils einzelne Dimensionen zu analysieren. Dering/Zwicky/Hirtz/Gredig weisen in ihrer Schweizer Studie zur Lebenslage von Menschen mit Behinderungen¹⁷¹ darauf hin, dass es in den generell wenige Studien die Lebenslage ins Auge fassen einen sehr unterschiedlichen Umgang mit der Operationalisierung einzelner Dimensionen gibt. Für die von ihnen verfasste Studie wurden die nachfolgend dargestellten Dimensionen für

¹⁷⁰ Vgl. Mühlum/Gödecker-Geenen 2003, Seite 17.

¹⁷¹ Deringer/Zwicky/Hirtz/Gredig 2002.

die Lebenslage von Menschen mit Behinderungen anhand geführter qualitativer Interviews mit Betroffenen, sowie aus weiteren Studien zur Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen in Europa und in der USA herausgearbeitet.

Als maßgebliche Studien für die Heranziehung des Lebenslagekontextes sind sicherlich die Arbeiten von Hradil¹⁷² zu sehen. Zu erwähnen ist hier aktuellere Arbeit über die Analyse von sozialen Ungleichheiten in der Bundesrepublik Deutschland aus dem Jahr 2001. In dieser Studie zieht Hradil¹⁷³ die Dimensionen „Bildung“, „Erwerbstätigkeit“, „Wohlstand“, „Macht“, „Prestige“, „Arbeitsbedingungen“, „Wohnbedingungen“ und „Freizeitbedingungen“ in die Analyse der Lebenslagen mit ein.

Das AutorInnenteam¹⁷⁴ hat in ihren umfassenden Sekundäranalysen die Feststellung gemacht, dass es im Hinblick auf Menschen mit Behinderungen in der wissenschaftlichen Forschung zwar Studien gibt, die hauptsächlich vor allem allgemeine Informationen wie die Prävalenz, Ursachen der Behinderungen sowie Alters- und Geschlechterverteilungen, beinhalten. Studien die sich mit Lebenslagenaspekten von behinderten Menschen beschäftigen, berücksichtigen vielfach lediglich eine Dimension der Lebenslage (z.B. Freizeitverhalten) oder nur Lebenslagen Aspekte von Menschen mit bestimmten Behinderungen. Als vorbildlich werden von den AutorInnen zwei Studien genannt, die eine Kombination von quantitativen und qualitativen Methoden wählten und somit der Komplexität der Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen am ehesten gerecht werden. Diese Studien sind von Eiermann, Häusler et al (2000, Stuttgart) mit dem Titel „Live. Leben und Interessen vertreten – Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderungen“ und von Doring (2001, Opladen) mit dem Titel „Lebenslagen von betreuten Menschen“.¹⁷⁵ Für die Analyse der Lebenslage von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz¹⁷⁶ wurden schließlich die nachfolgenden Lebenslagen (bzw. deren Indikatoren) herangezogen:¹⁷⁷

¹⁷² Hradil hat Anfang der 80er Jahre mit seinem Konzept der „Sozialen Lage“ ein Untersuchungsmodell entwickelt, welches als „Alternative zu schichtungssoziologischen Ungleichheitsmodellen“ zu verstehen ist. Hradil hält in seinem Konzept der „Sozialen Lage“ fest, dass schichtungssoziologische Modelle die aktuellen Formen der sozialen Ungleichheit nicht in ausreichendem Maße abbilden. Hradil analysiert wie sich für verschiedenen Gruppen unterschiedliche Vor- und Nachteile einer Lebenslage zu einer besonderen Gestalt verbinden. Letztlich ist diese „Konfiguration“ das kennzeichnende einer sozialen Lage. Es geht also nicht mehr darum, zu klären, wie sich bestimmte Ressourcen (Einkommen, Bildung etc.) über die Bevölkerung verteilen. (Diezinger/Mayr-Kleffel 1999, Seite 63). Generell unterscheidet Hradil in seinem Konzept den Begriff der „Lebenslage“ von dem der „sozialen Lage“. Die Lebenslage ist die individuelle Ausgestaltung der Lebensbedingungen eines Einzelnen. In einer „sozialen Lage“ werden ähnliche oder relativ häufig vorkommende Konstellationen/Konfigurationen einer Lebenslage zu einer Gruppe zusammengefasst.

¹⁷³ Hradil 2001.

¹⁷⁴ Deringer/Zwicky/Hirtz/Gredig 2002, Seite 4f.

¹⁷⁵ Beide Studien wurden im Kontext dieser Arbeit noch keiner näheren Analyse unterzogen.

¹⁷⁶ Vgl. ebda.

¹⁷⁷ Vgl. ebda, Seite 7f.

Übersicht 6: Lebenslagen und Indikatoren

Lebenslage	Indikatoren
Bildung	Bildungsabschluss oder Berufsausbildung udgl.
Arbeitsintegration / Arbeit	z.B. Erwerbsstatus, Arbeitsplatzsicherheit, Arbeitslosenquote udgl.
Finanzielle Situation / Einkommen	Haushaltsnettoeinkommen, Einkommen aus Erwerbstätigkeit, sozialstaatliche Transferleistungen udgl.
Wohnen und Mobilität	z.B. Wohnraumversorgung, benutzungsgerechte Ausstattung, Zugänglichkeit zu Transportmöglichkeiten udgl.
Soziales Netzwerk und Unterstützung	z.B. Möglichkeiten zur sozialen Integration, Kontakt zu Menschen außerhalb des nahen familiären Umfeldes, Unterstützungsangebote zur Bewältigung von Krisen / Konflikten im Zusammenhang mit der Behinderung udgl.
Freizeitaktivitäten	z.B. Unternehmungen, Ort der Freizeit, Umsetzung individueller Freizeitmöglichkeiten udgl.
Diskriminierende Erfahrungen	z.B. Schlechtere Chancen am Arbeitsmarkt, mangelnde Integrationsangebote in Betriebe, gänzlich fehlende Behindertengerechte Ausstattung im öffentlichen Leben, Verspottung, Intoleranz, Unsensibilität udgl.

Quelle: Deringer/Zwicky/Hirtz/Gredig 2002, Seite 7f.

Die Analyse¹⁷⁸ der Dimensionen hat gezeigt, dass Menschen mit Behinderung über 45 Jahren, Frauen, Personen mit geistiger und psychischer Behinderung, Personen mit hohem Hilfebedarf, erwerbslose Behinderte und Personen mit niedrigem Bildungsniveau besonders benachteiligt sind. Ein weiteres Ergebnis der Sekundäranalyse der AutorInnenteams¹⁷⁹ liegt darin, dass obwohl Menschen mit Behinderungen sich täglich aktiv mit ihrer besonderen Lebenssituation auseinandersetzen müssen, nur wenige Studien konkret die Bewältigungsstrategien ins Auge fassen. Ein konkreter Blick auf das faktische Bewältigungsverhalten von Menschen mit Behinderungen, zeige die Studie von Eiermann, Häusler et al (2000). Je nach Behinderungsform werden von den betroffenen Menschen unterschiedliche Strategien in der Bewältigung verfolgt: „Während Menschen mit chronischen Erkrankungen (z.B. Diabetes, Krebs) vor allem gegen den Verlust der Kontrolle über den Körper kämpfen, sich pragmatisch an die Krankheit anpassen und verdrängen, umfassen die Bewältigungsstrategien von Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen wie z.B. Polio mehr offensive Durchsetzung. Bei Personen mit Sinnesbehinderungen und psychischen Problemen hingegen werden eher Strategien des Rückzugs und der Vermeidung von schwierigen Situationen vorgefunden.“¹⁸⁰

Anhand der durchzuführenden qualitativen Interviews soll auf die subjektiven Bewältigungsstrategien und auf die Bedeutung der erfahrenen professionellen Hilfsangebote eingegangen und analysiert werden. Zuvor sollen aber sekundärstatistische Analysen zur Lebenslage von behinderten Menschen dargestellt werden.

¹⁷⁸ Vgl. Deringer/Zwicky/Hirtz/Gredig 2002.

¹⁷⁹ Ebda Seite 9f.

¹⁸⁰ Ebda Seite 10.

2.2 Sekundärstatistische Analyse von Daten zur Lebenslage von Menschen mit Behinderung/Rehabilitationsbedarf in Österreich

Um die Frage beantworten zu können, welche individuellen und lebenslagenspezifischen Faktoren zu einer erfolgreichen Rehabilitation nach verletzungs- und krankheitsbedingter Abwesenheit aus dem Berufsalltag ausschlaggebend sind, ist es notwendig sekundärstatistische Analysen von Daten durchzuführen, welche einen Einblick in die Lebenslage der betroffenen Personengruppe ermöglichen.

Die vorgenommenen Analysen beziehen sich auf Daten die von der Bundesregierung aufgrund vorliegender Sozialberichte und auf Daten des Arbeitsmarktservice (AMS) vorliegen.

2.3 Krankheiten

Berufskrankheiten

Als Berufskrankheit anerkannt wurden im Jahr 2002 insgesamt 1.587, wobei Männer davon drei Mal so häufig wie Frauen betroffen sind.

2.4 Unfälle

Arbeits- und Wegunfälle

Seit 1990 sind die anerkannten Arbeitsunfälle um mehr als ein Drittel zurückgegangen. Absolut wurden 118.386 Arbeitsunfälle in Österreich von der AUVA anerkannt. Die verzeichneten Rückgänge gehen wahrscheinlich auf die verbesserte Sicherheit am Arbeitsplatz zurück. Die Wegunfälle gingen ebenfalls um ca. ein Drittel zurück und nahmen mit 12.107 unter den Unfallversicherten einen geringeren Umfang als Arbeitsunfälle ein.

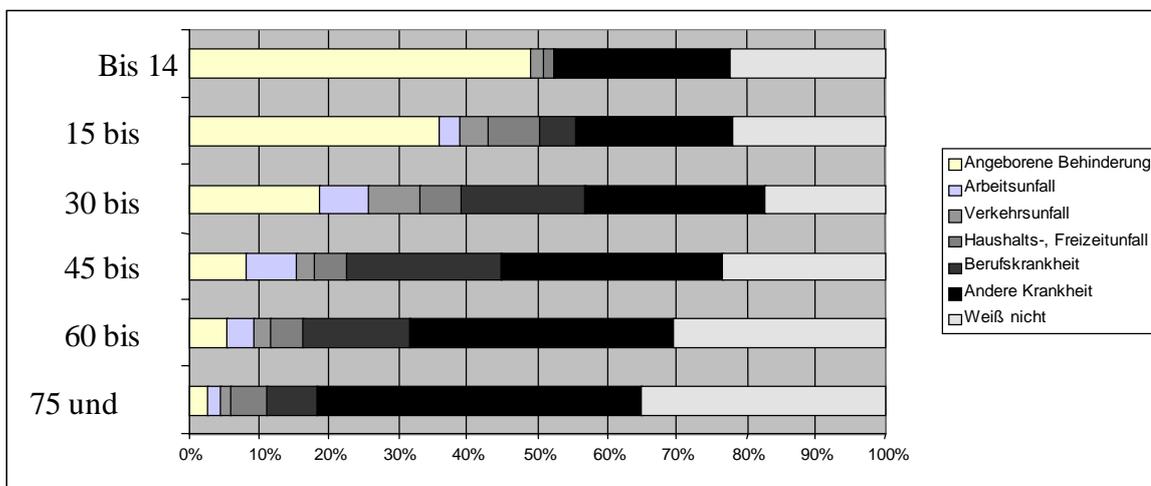
2.5 Behinderungen und Beeinträchtigungen

Im Jahr 2002 führte Statistik Austria vor dem Hintergrund des Europäischen Jahrs der Menschen mit Behinderungen eine Mikrozensus-Befragung durch. Ausgangspunkt war ein weit gefasster Begriff von Beeinträchtigung oder Behinderung, die mindestens über einen Zeitraum von sechs Monaten andauert. Dabei wurden sowohl körperliche als auch mentale oder psychische Behinderungen und Beeinträchtigungen berücksichtigt.

2.5.1 Ursachen für Behinderungen und Beeinträchtigungen

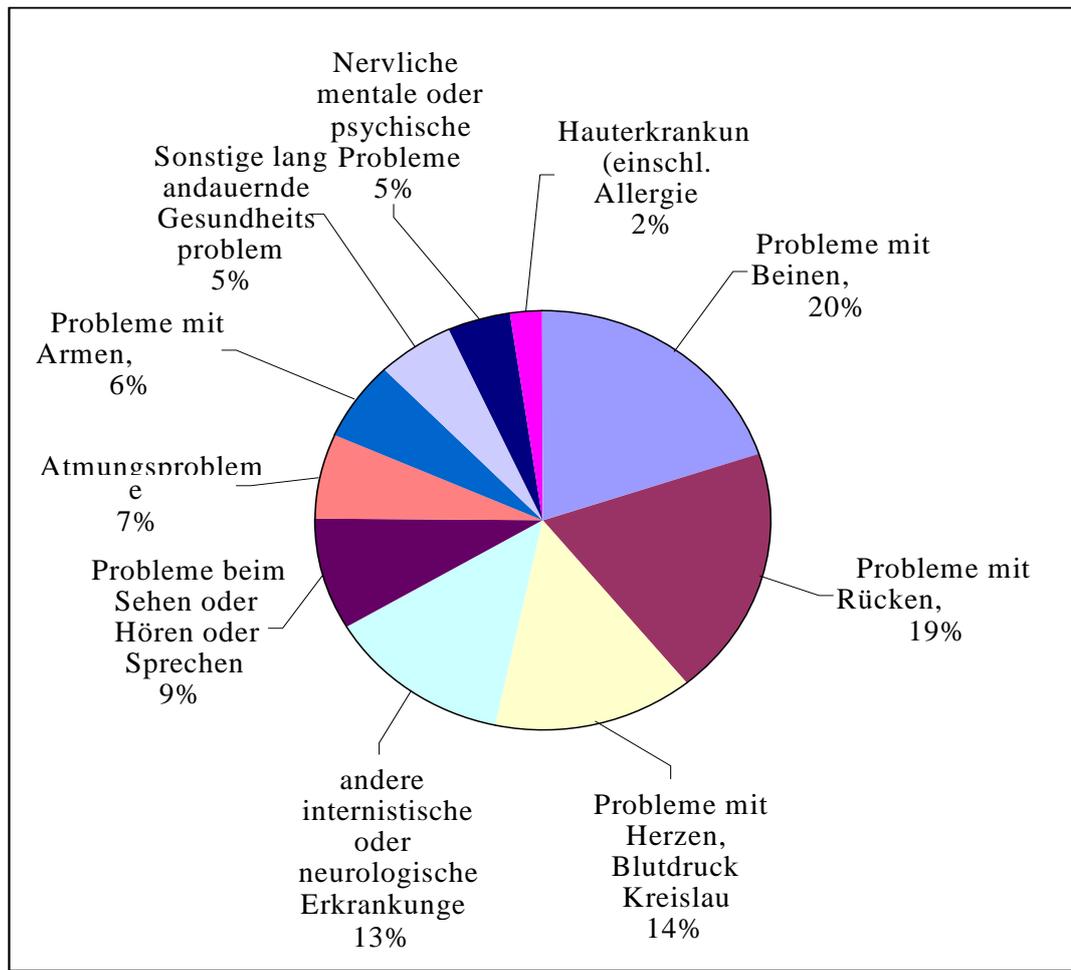
Vergleicht man die Altersgruppen und die Ursachen für die Behinderungen und Beeinträchtigungen, so nehmen unter den unter 14 Jährigen angeborene Behinderungen den größten Anteil ein. Unter den 15 bis 29 Jährigen ist der Anteil der Behinderungen, die auf Freizeit-, Haushalts- oder Verkehrsunfälle zurückgeht, bereits etwas höher, ebenso wie der Anteil der auf Berufskrankheiten zurückzuführen ist. Unter den 30 bis 44 Jährigen ist der Anteil der Behinderungen, der durch Verkehrsunfälle verursacht wird, unter allen Altersgruppen am höchsten. Bereits wesentlich größer ist der Anteil der Behinderungen, die auf Berufskrankheiten oder andere Krankheiten zurückgehen. Unter den 45 bis 59 Jährigen ist der Anteil der Behinderungen durch Berufskrankheiten verursacht unter allen Altersgruppen am höchsten. Mit zunehmenden Alter steigen Behinderungen, die auf Krankheiten oder unbekannte Ursachen zurückzuführen sind. Unfälle nehmen im Vergleich zu den jüngeren Altersgruppen einen geringeren Stellenwert ein.

Grafik 1: Behinderungen und Beeinträchtigungen nach Altersgruppen und Ursachen



Quelle: Mikrozensus Sonderprogramm Juni 2002

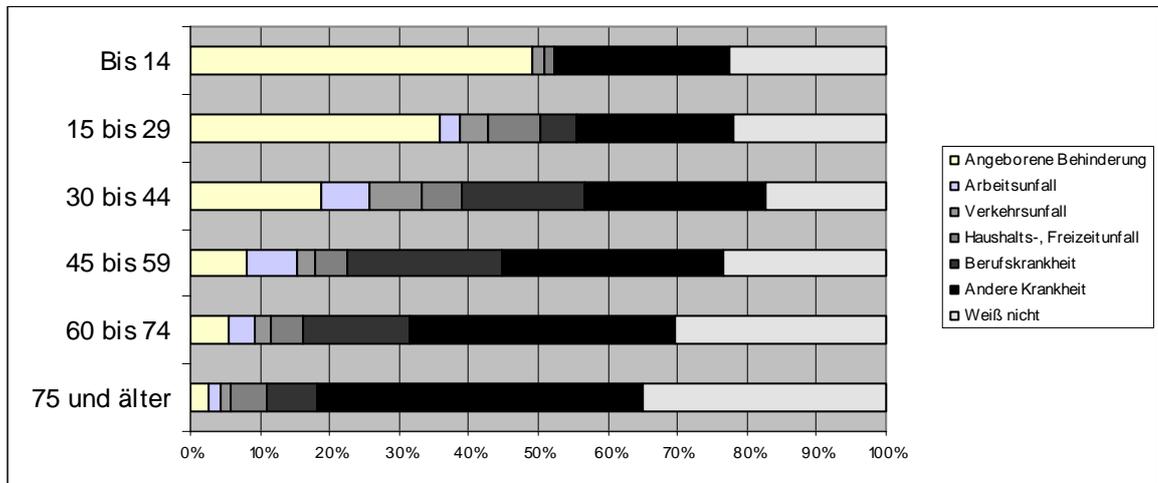
Ohne Berücksichtigung des angegebenen Alters führten 45% derer, die eine Behinderung oder Beeinträchtigung in der Befragung angaben, als schwerstes andauerndes Gesundheitsproblem eines des Bewegungsapparats an (Füße, Beine: 20%; Rücken, Nacken: 19%; Arme, Hände: 6%). 21% gaben Herz-, Kreislaufprobleme oder Atmungsprobleme als wesentlichste Beeinträchtigung an. Insgesamt 10% gaben chronische Erkrankungen als stärkste Beeinträchtigung an (Diabetes, Parkinson, Krebs, MS). Probleme beim Hören oder Sehen gaben 8% als stärkste Behinderung an. Nervliche oder psychische Beeinträchtigungen (einschließlich Lernbehinderungen) wurden von 4% der Befragten, die sich als behindert oder beeinträchtigt sahen, angegeben. Als weitere Ursachen für Behinderungen wurden Probleme mit inneren Organen (4%), Hauterkrankungen (2%) oder Epilepsie (1%). Sprechprobleme wurden von weniger als 1% der Behinderten angegeben.

Grafik 2: Art der Behinderung oder gesundheitlichen Beeinträchtigung 2002

Quelle: Mikrozensus Sonderprogramm Juni 2002

Unterscheidet man die Behinderungen nach ihren Ursachen, so führen 78,5% aller Berufskrankheiten, 81,5% aller Verkehrsunfälle, 83,3% aller Haushalts- und Freizeitunfälle sowie 83,6% aller Arbeitsunfälle zu Behinderungen durch Probleme mit Beinen, Füßen oder Rücken, Nacken oder Händen und Armen. Insgesamt ist die Konzentration auf Behinderungen, die den Bewegungsapparat betreffen, unter den Personen, die einen Unfall welcher Art auch immer oder eine Berufskrankheit hatten, am höchsten.

Bei den Geburtsschädigungen oder anderen sonst wie erworbenen Krankheiten ist die Konzentration eine wesentlich geringere: Vergleichsweise nehmen die Behinderungen, die durch Probleme mit dem Bewegungsapparat verursacht werden, bei den angeborenen Schädigungen (27,9%) und bei den sonst wie aufgetretenen Krankheiten (33,6%) einen wesentlich geringeren Stellenwert ein. Herz-, Kreislauf sowie Atmungsprobleme nehmen unter den Schädigungen, die bereits bei der Geburt vorliegen (19,1%) und bei den anderen Krankheiten (27,7%), einen relativ hohen Stellenwert ein. Ebenso Sehprobleme (11,3) sowie nervliche, mentale oder psychische Probleme (9,8%) nehmen unter den angeborenen Schädigungen einen hohen Anteil ein. Diese sind in geringerem Maße bei den anderen Krankheiten vertreten. So treten Sehprobleme als Hauptproblem nur bei 4,6% und nervliche, mentale oder psychische Probleme nur bei 4,4%. Bei den anderen Krankheiten sind hingegen Probleme mit inneren Organen von 5,3% und Diabetes von 6,1% angegeben worden.

Grafik 3: Ursache des schwersten Gesundheitsproblems nach Alter

Quelle: Mikrozensus Sonderprogramm Juni 2002

2.5.2 Erwerbstätigkeit und Beschäftigung von behinderten oder beeinträchtigten Personen

Insgesamt gaben im Jahr 2002 lt. Mikrozensus-Befragung 2002 518.952 Personen zwischen 15 und 64 Jahren an, bis zu einem gewissen Grad gesundheitlich beeinträchtigt zu sein. Von den zwischen 15 und 64 Jährigen, die angaben bis zu einem gewissen Grad gesundheitlich beeinträchtigt zu sein, lag die Erwerbsquote bei **50,7%**. Insgesamt waren von denen, die angaben gesundheitlich beeinträchtigt zu sein, 46,3% nach dem Labour-Force-Konzept erwerbstätig, 4,4% waren arbeitslos; 49,3% waren nicht erwerbstätig. Vergleicht man Männer und Frauen, so sind Männer (51,9%) mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder Behinderungen zu einem wesentlich höheren Anteil erwerbstätig als Frauen (39,3%).

Unter denen, die zwar eine Behinderung oder gesundheitliche Störung angaben, sich dadurch aber nicht beeinträchtigt fühlten, lag die Erwerbsquote bei **73,5%**. Bei Männern lag die Erwerbsquote bei 81,6%, bei Frauen bei 65,6%.

Tabelle 1: Erwerbsquote und Arbeitslosenquote bei Personen mit und ohne subjektivem Beeinträchtigungsgefühl

	Erwerbsquote (Erwerbstätige und Arbeitslose zus.)		Arbeitslosenquote	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
subjektives Beeinträchtigungsgefühl bis zu einem gewissen Grad vorhanden ¹⁸¹	42,9%	57,0%	3,6%	5,1%
subjektives Beeinträchtigungsgefühl nicht vorhanden	65,6%	81,6%	-	-

Quelle: Mikrozensus Sonderprogramm Juni 2002, eigene Berechnungen

Ebenso nimmt mit der zunehmenden Zahl angegebener Gesundheitsprobleme die Zahl der Erwerbstätigen ab: Sind bei lediglich einem Gesundheitsproblem noch 53,3% erwerbstätig, so sind es mit 2 Problemen nur 39,1% und mit gar drei Problemen nur mehr 32,1%. Zu den gesundheitlichen Problemen, die die Erwerbstätigkeit am schwersten beeinträchtigen, zählen Diabetes (erwerbstätig: 34,5%), Herz-, Kreislaufprobleme (erwerbstätig: 30,3%), nervliche und psychische Probleme (erwerbstätig: 31,3%), fortschreitende Krankheiten (Parkinson, Krebs, MS etc.) (erwerbstätig: 20,7%) sowie Probleme beim Sprechen (erwerbstätig: 24,6%).

Tabelle 2: Anzahl der Gesundheitsprobleme und Erwerbs- bzw. Arbeitslosenquote

	Erwerbsquote (Erwerbstätige und Arbeitslose zus.)	Arbeitslosenquote
1 Gesundheitsproblem	57,7%	4,4%
2 Gesundheitsprobleme	43,6%	4,5%
3 Gesundheitsprobleme	36,7%	4,6%

Quelle: Mikrozensus Sonderprogramm Juni 2002, eigene Berechnungen

¹⁸¹ Nicht enthalten sind in diesen Daten Personen, die angaben, erheblich beeinträchtigt zu sein.

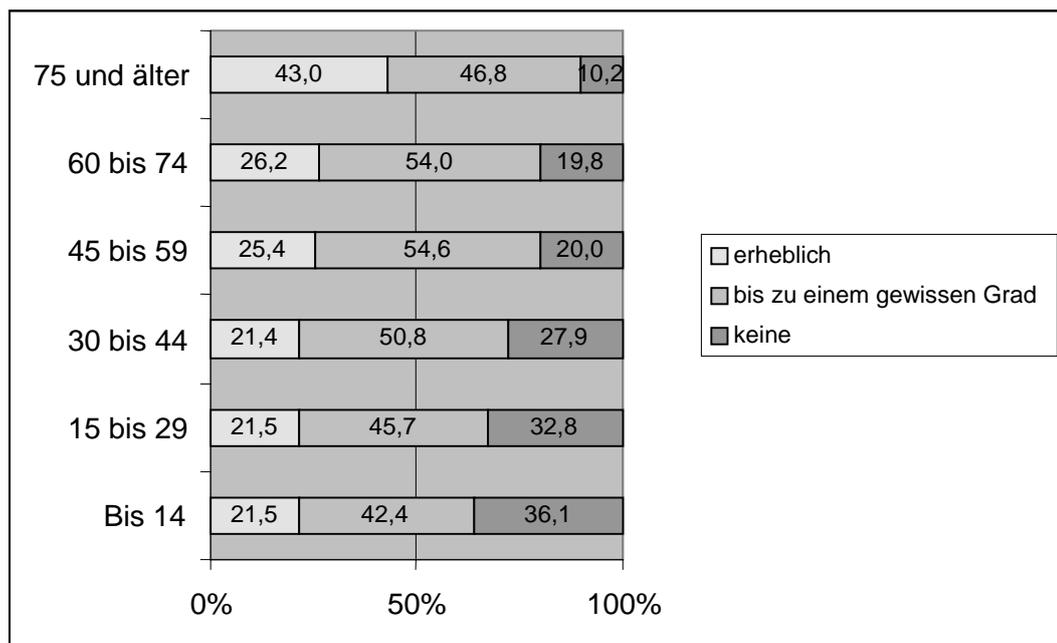
2.5.3 Gesundheitliche Beeinträchtigung nach Branche

Betrachtet man die Erwerbstätigen (lt. Labour Force Konzept) mit gesundheitlichen Problemen nach Branche, so liegt der sekundäre Wirtschaftssektor (Wirtschaftsklasse: Sachgütererzeugung) mit 19,7% all derjenigen, die sich durch ihre gesundheitlichen Probleme bis zu einem gewissen Grad beeinträchtigt fühlen, an der Spitze. Erwerbstätige in Handel, Instandhaltung und Reparatur liegen an zweiter Stelle (11,8%), Beschäftigte im Bauwesen sind an dritte Stelle (9,6%). 9,4% der Beeinträchtigten sind in der Land- und Forstwirtschaft erwerbstätig. 8,8% sind im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen tätig. Damit sind knapp zwei Drittel der beeinträchtigten Beschäftigten in Wirtschaftsbranchen beschäftigt, die größtenteils körperlich schwere Arbeit beinhalten.

2.5.4 Alter und Beeinträchtigung

Vergleicht man die subjektiv empfundene Einschränkung durch Behinderung oder gesundheitliche Beeinträchtigung, so wächst diese mit zunehmendem Alter. Bis zum Alter von 44 Jahren empfinden lediglich etwas mehr als ein Fünftel ihre Behinderung als erhebliche Einschränkung, zwischen 45 und 74 ist es bereits ein Viertel der Befragten.

Grafik 4: Ausmaß der Einschränkung im täglichen Leben nach Alter



Quelle: Mikrozensus Sonderprogramm Juni 2002

2.5.5 Ausmaß der erhaltenen Unterstützung

Im Zuge der Mikrozensus-Befragung 2002 wurde gefragt, ob beeinträchtigte Personen Unterstützung erhalten, um ihrer Arbeit nachgehen zu können. Dabei wurde unterschieden zwischen Unterstützung bei Art und Umfang der Arbeit, bei der Mobilität sowie bei Verständnis bei den Vorgesetzten und KollegInnen.

So gaben 35 % der Erwerbstätigen an, Unterstützung bei Art und Umfang der Arbeit zu erhalten. Je 12% gaben an, Unterstützung im Hinblick auf Mobilität oder Unterstützung von Vorgesetzten oder KollegInnen zu erhalten. Von den nicht Erwerbstätigen gaben 27% an, Unterstützung bei Art und Umfang der Arbeit zu benötigen, 7% würden sich

Unterstützung in Sachen Mobilität und weitere 8% Verständnis bei Vorgesetzten und KollegInnen benötigen.

Im Jahr 2001 lag der Anteil der behinderten Menschen an den gemeldeten Arbeitslosen bei rund 16%.¹⁸² Betrachtet man den Anteil der NotstandshilfebezieherInnen an den Arbeitslosen mit Behinderung, so liegt dieser bei 68,4%. Bei den Arbeitslosen ohne Behinderung sind es vergleichsweise nur 32%. Dies dürfte auf die längere Dauer der Arbeitslosigkeit behinderter Menschen zurückzuführen sein. Im Jahr 2001 bezogen behinderte Menschen durchschnittlich 152 Tage Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe. Der errechnete Durchschnitt liegt um 61 Tage höher als bei nicht behinderten Arbeitslosen. Die durchschnittliche Leistungshöhe für behinderte Menschen lag bei behinderten Menschen im Jahr 2001 bei €568,8, bei nicht behinderten Menschen hingegen bei €647,8.

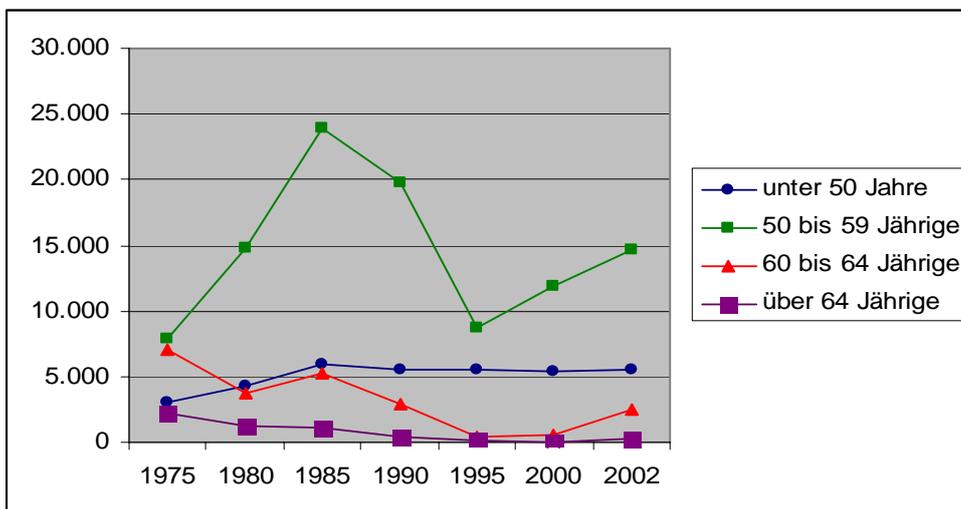
Behinderte Menschen sind somit häufiger und länger von Arbeitslosigkeit betroffen als nicht behinderte. Ihr Leistungsbezug liegt im Durchschnitt unter dem von nicht Behinderten.

2.6 Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit

2.6.1 Pensionen der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. der dauernden Erwerbsunfähigkeit

Betrachtet man die Neuzugänge an Pensionen der geminderten Arbeitsfähigkeit und der dauernden Erwerbsunfähigkeit so sind insbesondere unter den 50 bis 59 Jährigen beträchtliche Anstiege in den letzten 30 Jahren zu verzeichnen. Zwischen 1975 und 1985 verdreifachte sich die Zahl der Neuzugänge. In den Altersgruppen der unter 50 Jährigen kam es im gleichen Zeitraum zu einer Verdoppelung der Neuzugänge. Unter den 60 Jährigen nahmen die Neuzugänge im gleichen Zeitraum eher ab, ebenso in der Gruppe der über 64 Jährigen.

Grafik 5: Neuzugänge an Pensionen der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. der dauernden Erwerbsunfähigkeit in den Jahren 1975-2002



Quelle: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik¹⁸³

¹⁸² Vgl. BMSG (Hg.) 2003, S.13

¹⁸³ Statistik Austria (Hg.) 2004, S.371

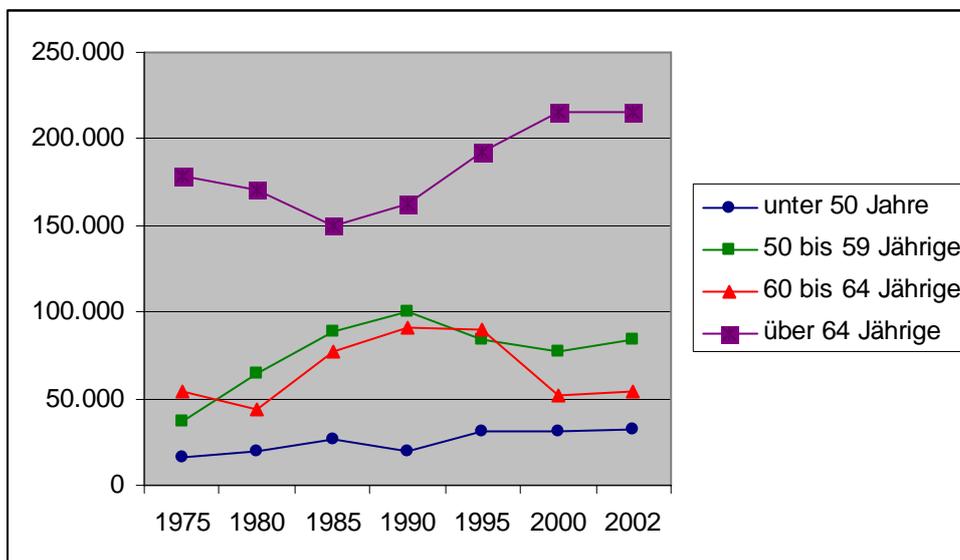
Betrachtet man die Entwicklung des Standes an Pensionen zwischen 1975 und 2002, so konnte unter den unter 50 Jährigen eine Verdoppelung der PensionsbezieherInnen verzeichnet werden. Unter den 50 bis 59 Jährigen stieg diese Personengruppe sogar um das mehr als Doppelte an. Bezogen 1975 36.909 Personen aufgrund einer verminderten Arbeitsfähigkeit oder dauernden Erwerbsunfähigkeit eine Pension, so waren es 2002 immerhin bereits 83.587. Die Veränderung unter den 60 bis 64 Jährigen war vergleichsweise sehr gering. Unter den über 64 Jährigen konnte ein mäßiger Anstieg verzeichnet werden. So bezogen im Jahr 1975 178.058, im Jahr 2002 hingegen 215.492 Personen, die eine Pension aufgrund verminderter Arbeitsfähigkeit bzw. dauernder Erwerbsunfähigkeit bezogen.

Tabelle 3: Anstieg des Standes an Pensionen der geminderten Arbeitsfähigkeit und der dauernden Erwerbsunfähigkeit nach Alter zwischen 1975 und 2002

Altersgruppen	1975	2002	Anstieg in %
Unter 50 Jährige	15.628	32.060	105,1
50 bis 59 Jährige	36.909	83.587	126,5
60 bis 64 Jährige	53.845	54.379	1,0
Über 64 Jährige	178.058	215.492	21,0
Zusammen	284.440	385.518	35,5

Quelle: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2004, eigene Berechnungen¹⁸⁴

Grafik 6: Entwicklung des Standes an Pensionen der geminderten Arbeitsfähigkeit und der dauernden Erwerbsunfähigkeit nach Alter 1975 bis 2002



Gesundheitsstatistik, eigene Quelle: Jahrbuch der Berechnungen¹⁸⁵

Vergleicht man Frauen und Männer, so überwiegen die Männer deutlich unter den Invalitäts- und Berufsunfähigkeitspensionierten. Am deutlichsten überwiegen Männer mit einem Zweidrittel-Anteil (65%) unter den 60 bis 64 Jährigen, unter den 50 bis 59 Jährigen nehmen sie immer noch 61,4% ein. Dieses Ungleichgewicht geht auf die höhere

¹⁸⁴ Ebda., S.370

¹⁸⁵ Ebda.

Erwerbsquote von Männern und die damit verbundenen Pensionsanspruch zurück. Am ausgewogensten ist der Anteil unter über 64 Jährigen, wahrscheinlich aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen, die länger eine derartige Pension beziehen können.

Tabelle 4: Stand an Pensionen der geminderten Arbeitsfähigkeit und der dauernden Erwerbsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht 2002

Altersgruppen	zusammen	Frauenanteil in %	Männeranteil in %
Unter 50 Jährige	32.060	43,8	56,2
50 bis 59 Jährige	83.587	38,6	61,4
60 bis 64 Jährige	54.379	35,0	65,0
Über 64 Jährige	215.492	45,1	54,9
Zusammen	385.518	42,1	57,9

Quelle: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2004, eigene Berechnungen¹⁸⁶

Auch bei den Neuzugängen an Pensionen der geminderten Arbeitsfähigkeit und dauernden Erwerbsunfähigkeit überwiegen Männer immer noch deutlich, am stärksten jedoch mit einem Anteil von 77,7% in der Altersgruppe der 60 bis 64 Jährigen. Unter den 50 bis 59 Jährigen nehmen Männer auch noch immer einen Anteil von knapp zwei Drittel (66,2%) ein. Lediglich die unter 50 Jährigen weisen eine nahezu gleiche Verteilung von Männern und Frauen unter den Pensionsneuzugängen auf. Bei den über 64 Jährigen ist der Männeranteil unter den Neuzugängen mit etwas mehr als einem Viertel (26,2%) verhältnismäßig gering.

Tabelle 5: Neuzugänge an Pensionen der geminderten Arbeitsfähigkeit und der dauernden Erwerbsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht 2002

Altersgruppen	zusammen	Frauenanteil in %	Männeranteil in %
Unter 50 Jährige	5.497	46,6	53,4
50 bis 59 Jährige	14.591	33,8	66,2
60 bis 64 Jährige	2.543	22,3	77,7
Über 64 Jährige	279	73,8	26,2
Zusammen	22.910	36,0	64,0

Quelle: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2004, eigene Berechnungen¹⁸⁷

Betrachtet man die Krankheitsursachen für die Neuzugänge aufgrund einer verminderten Arbeitsfähigkeit oder einer dauernden Erwerbsunfähigkeit im Jahr 2002, so stellen Krankheiten des Bewegungsapparates mit mehr als einem Drittel die Hauptursache dar. Psychiatrische Krankheiten sind bei etwas mehr als einem Fünftel (22,5%) der Neuzugänge die Ursache für die Pensionierung. Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems sind bei 13,1% der Pensionierten die Ursache. Tumorerkrankungen sind bei 9,7% verant-

¹⁸⁶ Ebda.

¹⁸⁷ Ebda.

wortlich für den Bezug einer Pension. Zu den anderen Krankheitsursachen zählen Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane (5,2%), Krankheiten der Atmungsorgane (3,3%), Verletzungen und Vergiftungen (3,0%), Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (2,7%) sowie Krankheiten der Verdauungsorgane (1,9%). Andere Krankheiten sind zu 4,4% die Ursache für den Pensionsneuzugang.

Tabelle 6: Neuzugänge an Pensionen der geminderten Arbeitsfähigkeit und der dauernden Erwerbsunfähigkeit nach häufigsten Krankheitsgruppen und Geschlecht 2002

Krankheitsgruppen	absolut	In % an allen Krankheitsursachen	Frauenanteil in %	Männeranteil in %
Krankheiten des Skeletts, Muskeln, Bindegewebes	7.816	34,1	32,5	67,5
Psychiatrische Krankheiten	5.156	22,5	45,8	54,2
Krankheiten des Kreislaufsystems	3.009	13,1	25,0	75,0
Maligne und nicht-maligne Neubildungen	2.230	9,7	43,7	56,3
Krankheiten des Nervensystems und Sinnesorgane	1.189	5,2	39,4	60,6
Krankheiten der Atmungsorgane	752	3,3	26,3	73,7
Verletzungen und Vergiftungen	682	3,0	18,3	81,7
Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	619	2,7	33,1	66,9
Krankheiten der Verdauungsorgane	442	1,9	28,3	71,7
Andere Krankheitsursachen	1.015	4,4	509	506
Zusammen	22.910	100,0	36,0	64,0

Quelle: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2004, eigene Berechnungen¹⁸⁸

Im Jahr 2002 wurden auf Kosten der Unfallversicherungsträger in Österreich 2.073 Personen in stationärer Heilbehandlung rehabilitiert. Davon waren 87,2% Männer, 22,8% Frauen. Durchschnittlich dauerte die Rehabilitation für Männer 40,5 Tage, für Frauen 43,7 Tage.

Vergleichsweise wurden im selben Jahr auf Kosten der Krankenversicherungsträger 11.627 (Versicherte und Angehörige) stationär rehabilitiert, wobei die durchschnittliche Rehabilitationsdauer bei 26,7 Tagen pro Person lag. Die dafür aufgewendeten Kosten betragen durchschnittlich €3.735 pro Person.

Von Seiten der Pensionsversicherungsträger wurden 2002 18.205 Personen stationär rehabilitiert, wobei dafür 26,4 Tage pro Person durchschnittlich notwendig waren.¹⁸⁹

¹⁸⁸ Ebda.

3 Fragestellung

Vor dem Hintergrund eines ganzheitlich-integrierten Rehabilitationskonzeptes soll folgende Fragestellung beantwortet werden:

Welche individuellen und lebenslagenspezifischen Faktoren führen zu einer erfolgreichen Rehabilitation nach verletzungs- und krankheitsbedingter Abwesenheit vom Berufsalltag?

Entsprechend der vorangegangenen theoretischen Überlegungen wird zwischen „Lebenslage“ und „Lebensbewältigung“ unterschieden und somit auch zwischen „gestaltbaren Handlungsspielräumen“ und „aktiven Gestaltungsleistungen“ von RehabilitandInnen. Diese beiden Perspektiven, Subjektperspektive und objektivierte Außenperspektive, werden zueinander in Beziehung gesetzt. Dabei sollen die Bedingungsfaktoren, die in der konkreten Lebensumwelt der RehabilitandInnen liegen, herausgearbeitet und analysiert werden.

Konkret sollen folgende Fragen beantwortet werden:

I) Lebenslage: Welche allgemeinen Abhängigkeitsfaktoren für „gelingende Rehabilitationsmaßnahmen“ gibt es? Solche Faktoren können beispielsweise folgende sein: Status der Berufstätigkeit und (regionale) Arbeitsbedingungen, Bildungsstatus vor Verunfallung/Krankheitsausbruch, das Alter der betroffenen Person, aber auch die Frage: Welchen Möglichkeitsspielraum haben RehabilitandInnen am Arbeitsmarkt? Diese Frage bezieht sich auf den gesetzlichen, sozial- und arbeitsmarktpolitischen Rahmen von Rehabilitation.

II) Lebensbewältigung (individuelle Lebenslage): Welche individuellen und handlungsorientierten Faktoren tragen zu einer erfolgreichen Rehabilitation bei? Solche Faktoren können etwa motivationale oder familiäre Aspekte sein. Einbettung und/oder Vorhandensein eines sozialen Netzwerkes, Behinderung. Weiters die Frage: Welchen Möglichkeitsspielraum sehen RehabilitandInnen?

III) Wechselwirkungen: Welche Wechselwirkungen zwischen Lebenslage und Lebensbewältigung (subjektive Lebenslage) gibt es? Dies betrifft den Möglichkeitsspielraum der Aktivierung eines Selbsthilfepotenzials der RehabilitandInnen und ist somit im Wesentlichen dem Teilbereich der sozialen Rehabilitation zuzuordnen.

IV) Erfolgreiche Rehabilitation: Welche Faktoren weisen eine bestimmte Lebenslage als *Erfolg* für Rehabilitationsmaßnahmen aus? In diesem Zusammenhang muss auch der Frage nachgegangen werden, wie Erfolg bzw. „erfolgreich“ im Zusammenhang mit Rehabilitation definiert werden. Zu erwarten ist, dass es hier starke Unterschiede in der Auffassung von Erfolg geben wird, sowohl innerhalb der Gruppe der RehabilitandInnen, aufgrund ihrer individuellen Lebenskonzepte, und möglicherweise auch zwischen der Gruppe der RehabilitandInnen und der arbeitsmarktpolitischen Definition von erfolgreicher Rehabilitation. Wie im Kapitel Ausgangssituation erörtert wird, besteht ein Unterschied zwischen sozialpolitischem Verständnis und sozialpädagogischem Verständnis von Rehabilitation. Somit ist auch keine einheitliche Definition von erfolgreicher Rehabilitation auf theoretischer Ebene zu erwarten.

Es stellt sich also die grundsätzliche Frage: Was ist erfolgreiche Rehabilitation? Und weiters: Wie kann Rehabilitation für das Individuum erfolgreich sein? Wie kann Rehabilitation arbeitsmarktpolitisch erfolgreich sein?

Ein weiterführendes Ziel der Studie ist es, arbeitsmarktpolitische Möglichkeiten zu explorieren, welche es erlauben

- die Gestaltungsspielräume der RehabilitandInnen zu erweitern
- diese Spielräume für die RehabilitandInnen sichtbar zu machen

¹⁸⁹ Auskunft des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger per Fax, 8.3.2004, Hr. Grillitsch – Statistik (Tel.: 71132-2601)

- und diese Spielräume für die Rehabilitation nutzbar und im Sinne einer erfolgreichen individuellen Rehabilitation nutzbar zu machen.

Daraus ergeben sich grob folgende Schritte:

- Analyse des Rehabilitationssystems in Österreich und der Rehabilitationsmaßnahmen im Hinblick auf einen ganzheitlich-integrierten Rehabilitationsansatz,
- Analyse der allgemeinen Lebenslage, der individuellen Lebenslage und der Lebensbewältigung von RehabilitandInnen,
- Ableitung von Erkenntnissen über die Relevanz von unterschiedlichen Lebenslagen und damit einhergehenden Erfolgsbedingungen.

3.1 Methodische Vorgehensweise

Zur Beantwortung der einzelnen Fragestellungen wurden unterschiedliche methodische Ansätze gewählt:

Sekundäranalyse und Literaturrecherche

Frage I) zur allgemeinen Lebenslage wird mittels Sekundäranalyse und Literaturrecherche beantwortet. Dabei wird bereits vorhandenes Material, Daten und Literatur unabhängig vom ursprünglichen Zweck und Bezugsrahmen ausgewertet.

Betroffenen-Interviews

Neben den in der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung stark vertretenen quantitativen Forschungsansätzen spielt die qualitative Forschung eine eher randständige Rolle. Dennoch zeigt sich, dass eine stärkere Einbeziehung von qualitativen Forschungsansätzen wichtig ist. „Mit der aus der Rehabilitationspraxis gewonnenen Einsicht in die Bedeutung subjektiver Sicht- und Erlebnisweisen für Akzeptanz und Erfolg der Rehabilitation, für die Stärkung des psychosozialen Immunsystems und für salutogenetische Veränderungen im Gesundheitsverhalten zeichnet sich hier gegenwärtig eine Veränderung in Richtung einer stärkeren Einbeziehung qualitativer Forschung ab.“¹⁹⁰ Es findet sich in der Literatur die Empfehlung, qualitativ-hermeneutische Verfahren¹⁹¹ zur Datengewinnung zur Anwendung zu bringen.

Entsprechend dieser Empfehlung und um den Fragestellungen II und III gerecht zu werden, werden qualitative Interviews mit **acht RehabilitandInnen** durchgeführt, die im Sinne eines subjektorientierten Vorgehens ermöglichen, dass sowohl die für die Fragestellung relevanten Bereiche angesprochen werden als auch die Innensicht (auf die gelebte Situation) bzw. die Selbstbeschreibungsdimension der Betroffenen berücksichtigt werden. Die RehabilitandInnen sollen Positionen zu den in den Interviews angesprochenen Themenbereichen beziehen, aber auch zu möglichen weiteren Problemstellungen, die sie in diesem Zusammenhang für relevant halten, Raum erhalten.

ExpertInnen-Interviews

Ergänzend zu den Interviews mit den RehabilitandInnen werden Interviews mit **vier Rehabilitationsfachkräften** geführt, um weiter Information für die Beantwortung der Fragestellungen III zu bekommen.

Zur Beantwortung der Fragestellung IV) werden die Ergebnisse aus den ExpertInneninterviews, der Betroffenenbefragung und der Literaturrecherche herangezogen und verglichen.

¹⁹⁰ Kardorff, Ernst von 2000, Seite 411.

¹⁹¹ Kardorff (2000, Seite 411) geht davon aus, dass mit Hilfe qualitativer Methoden, deren dialogisch-kommunikativer und prozessorientierter Methodologie und mit deren sinnverstehenden Interpretationsstrategien oft problemgerechter und gegenstandsadäquater Fragestellungen, die die subjektiven Sichtweisen der RehabilitandInnen betreffen, erfasst werden können als hypothesentestende monologische Forschungsstrategien.

4 Auswertung der Interviews

Zur Auswertung der Interviews wird im weitesten Sinne auf Verfahrensschritte der qualitativen Inhaltsanalyse zurück gegriffen. Mit Hilfe inhaltsanalytischer Arbeitsschritte kann das vorliegende Textmaterial¹⁹² methodisch gut aufbereitet und analysiert werden. Mayring¹⁹³ unterscheidet in drei Grundformen der qualitativen Inhaltsanalyse:

Grundformen der qualitativen Inhaltsanalyse	Beschreibung
Zusammenfassung	Materialreduktion auf die wesentlichen Inhalte
Explikation	Ausgewählte Textstellen werden durch die Herantragung zusätzlicher verständnisweiternder Materialien erläutert, erklärt und analysiert
Strukturierung	Bestimmte Aspekte werden aus den Texten heraus gefiltert. Das Material wird anhand ausgewählter Kriterien eingeschätzt. Nach bestimmten vorher festgelegten Ordnungskriterien wird ein Querschnitt dargestellt

Vgl. Mayring (1994), Seite 54.

Im wesentlichen wird bei der Auswertung der konkret vorliegenden Textmaterialien auf die qualitative Technik der Strukturierung zurückgegriffen. Bei der „Strukturierung“ handelt es sich um die zentralste inhaltsanalytische Technik. Um dieses Modell noch weiter zu konkretisieren, werden bei der strukturierenden Inhaltsanalyse vier unterschiedliche Formen genannt:

Grundformen der strukturierenden Inhaltsanalyse	Beschreibung
Formale Strukturierung	Die innere Struktur des Textes wird nach bestimmten formalen Aspekten herausgefiltert
Inhaltliche Strukturierung	Der Text wird zu bestimmten Themen und Inhaltsbereichen extrahiert und zusammengefasst.
Typisierende Strukturierung	Anhand gebildeter, sog. Typisierungsdimensionen, werden einzelne markante Ausprägungen im Text aufgemacht und genauer beschrieben.
Skalierende Strukturierung	Zu einzelnen Dimensionen werden Ausprägungen in Form von Skalenpunkten definiert, das Material wird daraufhin eingeschätzt.

Vgl. Mayring (1994), Seite 79.

¹⁹² 12 RehabilitandInnen-Interviews und 4 ExpertInnen-Interviews

¹⁹³ Mayring, Phillip, 1994 5. Auflage, Seite 42f.

Nachfolgend sollen kurz die Arbeitsschritte beschrieben werden, die unter Heranziehung der *Strukturierenden Inhaltsanalyse* (nach Mayring), für die Analyse der Interviews gesetzt wurden:

Kategorien / Themenbereiche

Zur ersten konkreten Analyse der Interviews wurde ein Kategoriensystem erstellt. Die Kategorien stehen für jeweils definierte „Themen“ die sich aus dem Forschungsprojekt ergeben bzw. sie stehen auch für bestimmte zusammenhängende Inhalte, die sich aus der Struktur der Interviewleitfäden ablesen lassen.

Relevante Kategorien wurden somit einerseits „*deduktiv*“ aus den grundlegenden Hypothesen des Forschungsprojektes und darüberhinaus „*induktiv*“ aus den konkret vorliegenden Interviews gewonnen.

Kodierung

Unter Kodierung versteht man die Zuordnung von Textstellen zu den zuvor beschriebenen „Kategorien“. Der Kodiervorgang beschreibt sich im wesentlichen dadurch, dass hier versucht wird, das Textmaterial systematisch durchzuarbeiten und für die inhaltliche Interpretation der Kategorien aufzubereiten.

Interpretation

Im Zusammenhang mit den Auswertungen der RehabilitandInnen Interviews richtet sich das Interesse auf die Einschätzungen, Meinungen und Erfahrungen der befragten Personen. Im wesentlichen wurde in den Gesprächen versucht die je individuelle Lebenssituation der InterviewpartnerInnen im Kontext der jeweiligen Rehabilitationsmaßnahmen zu erfragen. Letztlich ging es darum zu erfahren, welche rehabilitativen, unterstützenden Maßnahmen im Falle eines Rehabilitationsbedarfes realisiert wurden und welche Ressourcen genutzt und entwickelt werden konnten um wieder die Integration in den Arbeitsalltag zu erreichen.

4.1 Interviewergebnisse

Bei den Auswertungen der RehabilitandInnen-Interviews richtet sich das Interesse auf die Einschätzungen, Meinungen und Erfahrungen der befragten Personen. Im wesentlichen wurde in den Gesprächen versucht, die individuelle Lebenssituation der InterviewpartnerInnen im Kontext der jeweiligen Rehabilitationsmaßnahmen zu erfragen. Die darüber hinaus geführten Interviews mit den RehabilitationsexpertInnen liefern dazu ergänzende Informationen und unterstreichen die Wahrnehmungen der RehabilitandInnen aus ExpertInnensicht. Grundsätzlich ging es darum zu erfahren, welche rehabilitativen, unterstützenden Maßnahmen im Falle eines Rehabilitationsbedarfes realisiert, welche Ressourcen genutzt und entwickelt werden konnten, um die Re-Integration in den Arbeitsalltag zu erreichen.

4.2 Wahrnehmung und Umgang mit Krankheiten und Unfällen

RehabilitandInnen entwickeln in der Bewältigung ihrer Erkrankungen unterschiedliche Strategien. Die Bewältigungsstrategien hängen einerseits von der Art der Krankheit und der Schwere der Beeinträchtigung ab. Andererseits kommen in der Bewältigung auch Bewältigungsmechanismen zum Tragen, welche die betroffenen Personen bereits auch vor einer Erkrankung oder Verunfallung in schwierigen Situationen eingesetzt haben. So kann es z.B. sein, dass RehabilitandInnen auch dann, wenn von Seiten der Medizin das Signal gegeben wird, dass einer Reintegration in den Arbeitsmarkt nichts mehr entgegensteht, diesen nächsten Schritt noch nicht in der Lage sind zu nehmen, weil der Bewältigungsdruck und die Angst vor einem möglichen Scheitern zu groß sind. Problematisch kann die Situation werden, wenn RehabilitandInnen sich nicht dazu motivieren können, den Schritt in die Arbeitswelt wieder zu schaffen. Auch wenn der vermutete

Leidensdruck in der Situation der Arbeitslosigkeit groß zu sein scheint, geben die betroffenen Personen an, dass es ihnen gut gehe.

Eine Rehabilitationsexpertin verwendet in diesem Zusammenhang auch den Begriff des „sekundären Krankheitsgewinns“. RehabilitandInnen geben an, dass es ihnen in der Situation der Arbeitslosigkeit gut geht, vor allem auch deswegen, so die Expertin, weil man sich aus Angst nicht den Anforderungen einer neuen Arbeit stellen muss:

Man hat es sich so eingerichtet das es einem zwar nicht gut geht, aber man sich den Anforderungen des Arbeitsmarktes nicht mehr stellen braucht. Man ist krank und es tut einem alles mögliche weh. Der Arbeitsmarkt hat sich verändert in fünf Jahren Arbeitslosigkeit. Die Anforderungen sind gestiegen. Man kennt sich nicht mehr aus, muss neue Leute kennen lernen, in Sozialkontakte treten.¹⁹⁴

Die Reintegration in den Arbeitsprozess ist vielschichtig. Die *Überwindung* oder *Akzeptanz* körperlicher Einschränkungen, Behinderungen allein reicht noch nicht aus, um sich selbst wieder bereit für den Arbeitsmarkt zu sehen. Empfundene *Defizite* werden von den handelnden Personen unterschiedlich bewertet und wahrgenommen. *Defizite* können von außen nicht immer sichtbar sein und für Außenstehende als gar nicht mehr behindernd für eine Reintegration bewertet werden.

Wie letztlich die Integration in den Arbeitsmarkt erfolgt, ist im wesentlichen an das individuelle Problemlösungsverhalten der RehabilitandInnen und darüber hinaus auch stark an die handelnden Akteure auf Seiten der professionellen, institutionalisierten arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen geknüpft.

4.2.1 Wahrnehmung der empfundenen Defizite

Die Interviews mit den RehabilitandInnen haben gezeigt, dass die Art der Defizite bei den RehabilitandInnen vielfach solche sind, die auf den ersten Blick nicht sichtbar sind. Im **körperlichen Bereich** ist es häufig eine **verringerte Belastbarkeit**, die vor allem bei körperlich schwerer Tätigkeit (in allen manuellen Berufen) beeinträchtigend ist. RehabilitandInnen mit z.B. Wirbelsäulenschäden (bedingt durch Bruch oder Bandscheibenvorfall) können weder Tätigkeiten, die mit schwerem Heben oder aber auch lang andauernde sitzende Arbeiten, wie z.B. Arbeiten am PC und Bildschirm, nicht mehr zu verrichten.

Im mentalen Bereich sind es häufig **Konzentrationschwierigkeiten und Müdigkeit**, die dazu führen, das geistige Arbeiten langsamer oder gar nicht verrichtet werden können. Mangelnde Konzentration und geistige Leistungsfähigkeit kann auch auf die Einnahme von Medikamenten (z.B. gegen Schmerzen oder epileptische Anfälle) zurückgehen. Auch bei Aus- und Weiterbildungen führt die Problematik, sich nicht konzentrieren zu können, dazu, sich in der Leistungsfähigkeit beeinträchtigt zu fühlen.

Psychische Beeinträchtigungen (etwa Depression, Angstneurose, Panikstörung) können – je nach Schwere des Auftretens – bei allen Arten von Arbeiten als belastend empfunden werden. Neurosen und Depressionen führen häufig sogar dazu, dass soziale Kontakte nach außen nicht mehr wahrgenommen werden können. Eine Konsequenz davon kann z.B. sein, dass betroffene Personen nicht einmal mehr Behördenkontakte wahrnehmen können, die einer personenbezogenen Kontaktaufnahme bedürfen. So kann es sein, dass das AMS nicht aufgesucht werden kann, was letztlich auch zu einer Streichung der Leistungsbezüge (Arbeitslosengeld, Notstandshilfe) führt.

Die Einschränkung bei an **Depressionen** Erkrankten besteht im „Nicht-Wollen-Können“, d.h. an einer starken Antriebslosigkeit und mangelnder Lebensfreude. Diese Form der Beeinträchtigung betrifft alle beruflichen Tätigkeiten. Solange die Depression nicht extrem ist, kann diese Personengruppe ihrer Arbeit noch am ehesten nachgehen. Selbst dann, wenn die Lebensqualität bereits extrem eingeschränkt ist, wird trotzdem versucht, im Job solange wie möglich zu „funktionieren“, so die Aussage einer Expertin.

¹⁹⁴ Interviewtranskript VS, Seite 3

Bei **Angsterkrankungen** können die Betroffenen häufig das Haus gar nicht oder nicht allein verlassen. Diese Form der psychischen Beeinträchtigung führt am stärksten dazu, dass einer beruflichen Tätigkeit nicht mehr nachgegangen werden kann. Trotzdem pflegen AngstneurotikerInnen ihr soziales Umfeld aufgrund der Erfahrung einer Leiterin einer Selbsterfahrungsgruppe wesentlich stärker als dies bei Depressionserkrankten der Fall ist. Bei Menschen mit Borderline-Syndrom ist das soziale Umfeld häufig auch nicht eingeschränkt. Männer, die an einer Depression oder Angstneurose erkranken, flüchten sich außerdem häufiger in eine Alkoholabhängigkeit als dies bei Frauen der Fall ist.

Bei Auftreten einer **Krebserkrankung** ist je nach Schwere der Krankheit (auch nach Behandlungsende) mit einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit zu rechnen.

Die Gespräche mit den RehabilitandInnen haben gezeigt, dass sie ihre individuellen Defizite sehr genau benennen können und sich auch der Tatsache bewusst sind, dass der „ursprüngliche“ Zustand (vor dem Unfall oder dem Auftreten einer Erkrankung) nicht wieder hergestellt wurde bzw. nicht mehr hergestellt werden kann. Damit ist auch das Bewusstsein verbunden, von anderen (Freunden, Bekannten und Verwandten) in manchen Belangen (noch) abhängig zu sein. Nach Unfällen können zu verschiedenen körperlichen Beeinträchtigungen noch psychische Probleme (Depressionen, Angstzustände) hinzukommen. Vielfach ist auch eine Ungewissheit vorhanden, ob sich die vorhandene Beeinträchtigung noch verbessert, d.h. in wie lange es dauern wird und in welchem Ausmaß das der Fall sein wird.

4.2.2 Information zum Rehabilitationsprozess

In den Gesprächen zeigt sich, dass die InterviewpartnerInnen sich durch ein tw. sehr großes „Detailwissen“ über ihre Diagnosen im Zusammenhang mit Erkrankungen und Unfällen verfügen. In den Interviewsituationen wechseln die InterviewpartnerInnen in diesen Erzählabschnitten tw. vom Dialekt in die Hochsprache. Sie sind sicherlich als „ExpertInnen“ über ihre „gesundheitlichen Defizite“ zu identifizieren. Diese Form des ExpertInnenwissens in eigener Sache, ist vor allem dann sehr hilfreich, wenn es den RehabilitandInnen gelingt, den eigenen Rehabilitationsbedarf einzufordern. So meint etwa ein Interviewpartner, dass schließlich die genauen Informationen über den Gesundheitszustand und vor allem den damit verbunden Problemen, die er durch seine Ärzte erfahren hat, dazu geführt hätten auch gemeinsam mit dem AMS mehr als bisher und vor allem konkreter über eine berufliche Neuorientierung nachzudenken.

(...) Aufgeklärt bin ich schon geworden. Es gibt keine Medikamente oder Lösungen für Bandscheiben. Man kann das nur lösen, wenn man auf sich selbst aufpasst. Wenn man wirklich schwere Tätigkeiten ausübt, dann könnte es sein, dass man operieren muss. Und man sollte sich einfach zurückhalten, jeder Mensch sollte auf die Gesundheit schauen. Man sollte sich einfach zurückhalten und schauen was man macht bevor das ganz schlimm wird. Wenn es ganz schlimm wird ist es eh zu spät. Das waren die Empfehlungen von den Ärzten. Das hat der Hausarzt und der Amtsarzt auch empfohlen. Zehn Minuten oder ein Tag, das kommt darauf an, was man ausübt, täte man schon aushalten aber einen Job, den man jahrelang ausüben muss wird das sicher nicht gehen. Und es ist sehr fahrlässig irgendeinen Job zu machen und zu probieren und nach einen Monat in den Krankenstand und dann wieder ins AMS zu gehen. Ich laufe dann immer hin und her und da gibt's dann keine Zukunft mehr. Ich werde jetzt eine Ausbildung machen und eine richtige Tätigkeit ausüben wo ich arbeiten kann (...).¹⁹⁵

Umso erstaunlicher ist es, dass die RehabilitandInnen in den Gesprächen fast einheitlich Bemerkungen, dass sie relativ wenig *Wissen* und *Informationen* über versicherungsrechtliche, arbeitsmarktpolitische Ansprüche und Rechte (Was steht mir zu? Was muss ich tun? Was passiert nach dem Krankenhaus? Etc.) zum Zeitpunkt des Krankheitsausbruchs, der Verunfallung hatten. D.h. alle Informationen, z.B. zu beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen, Ansprüche wurden teilweise erst Schritt für Schritt in Erfahrung gebracht. Vielfach oft auch nur durch Zufall, weil man im Zuge von arbeitsmarktpoliti-

¹⁹⁵ Interviewtranskript, Interviewpartner MS, Seite 5.

schen Rehabilitationsmaßnahmen andere Betroffene kennengelernt oder weil sich wie im Falle von Interviewpartner HP die Beratungsperson des AMS geändert hat. Interviewpartner HP erhält drei Jahre nach einem Arbeitsunfall mit schwerwiegenden Auswirkungen und langwieriger physiotherapeutischer Nachbehandlung die Auskunft, dass er Anspruch auf eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme im Zuge einer arbeitsmarktpolitischen Initiative hat.

Information wird einerseits, als zufälliges Produkt, als Ergebnis persönlicher Kontakte beschrieben. Eine Person, die aufgrund einer psychischen Erkrankung tablettenabhängig war, stieß per Zufall auf einen Sozialarbeiter, der über Möglichkeiten des Entzugs berichtete.

Die befragten RehabilitandInnen beschreiben die Informationen, die sie über ihre Beeinträchtigung und die Möglichkeiten der Rehabilitation in sozialer oder medizinischer Hinsicht beschreiben, als unzureichend, teilweise sogar als gar nicht vorhanden. Von Seite der Versicherung (z.B. AUVA), von der ein Rehabilitand nach einem Unfall eine Versicherungsleistung in Anspruch nimmt, wird dieser von einer Neuropsychologin dahingehend informiert, dass er Konzentrationsschwächen, vor allem nach längerer Belastung, habe. Dieser Umstand ist ihm allerdings auch schon vor dem Gespräch nach Absolvieren des Konzentrationstests bei der AUVA bekannt gewesen. Auch die Tatsache, dass die Müdigkeit und die verringerte geistige Belastbarkeit durch die Medikamente gegen die epileptischen Anfälle hervorgerufen werden – also die Nebenwirkungen von Medikamenten – sollte als Information weitergegeben werden. Auch von Seiten des Krankenhauses und der danach besuchten Reha-Einrichtung gibt es oft keine Information über die Beeinträchtigung, mögliche Folgen oder die Art und Weise, wie damit umzugehen ist. Ein anderer Rehabilitand beschreibt, er habe Psychopharmaka im Spital nach seiner Einlieferung und der Diagnose Wirbelbruch erhalten, da die Ärzte der Meinung waren, er sei suizidgefährdet. Er wurde jedoch über die Verabreichung nicht informiert.

Alle Rehabilitationszentren bieten **psychologische Betreuung** nach schweren Diagnosen oder Unfällen an. Vielfach ist es den RehabilitandInnen aber nicht bewusst, dass es dieses Angebot gibt bzw. dass dieses zu wenig offensiv angeboten wird, führt dazu, dass einige der RehabilitandInnen dieses gar nicht wahrnehmen oder erst zu spät.

Information hinsichtlich beruflicher Umschulungsmöglichkeiten sollten auch in Krankenhäusern erhältlich sein, insbesondere für PatientInnen, die in gesundheitsgefährdenden Berufen arbeiten. Auch für psychisch Kranke sind Informationen von medizinischer Seite häufig rar: So kommt es vor, dass praktische ÄrztInnen über häufige psychische Erkrankungen nur in geringem Ausmaß Bescheid wissen und den Erkrankten oder Krankheitsgefährdeten auch nicht wirklich an geeignete FachärztInnen, TherapeutInnen weitervermitteln können. Vielfach ist Information in medizinischer und beruflicher Hinsicht von Zufällen abhängig:

(...) das war eines der wirklich sehr positiven Erlebnisse, wo ich gesagt hab da hat von außen jemand fremder also nicht im Freundeskreis wirklich versucht etwas zu tun, das war also vor dem Entzug, da hab ich durch Zufall also bin ich an einen Sozialarbeiter gekommen, der zu mir gekommen ist, mir das ganze erklärt hat, wie das funktioniert, wie der Klinikaufenthalt so in etwa stattfinden wird und der dann gesagt hat, wenn sie das wollen rufen sie innerhalb der nächsten 14 Tage an und der mit mir auch in die Klinik gefahren ist und so diesen Einstieg mir erleichtert hat oder vielleicht sogar ermöglicht hat.¹⁹⁶

Auch von Seiten des AMS ist rechtzeitige und vollständige Information häufig davon abhängig, wie überlastet oder engagiert die AMS-BeraterInnen sind. So berichtet ein Rehabilitand, dass die AMS-Betreuerin quasi zufällig darauf kommt, dass der AMS-Kunde zur Reha-Beratung „geschickt“ werden könnte. Sie nimmt die **Zuweisung zum BBRZ** vor, stellt aber sonst **keine weiteren Informationen** bereit.

Ich hab dann beim AMS im Gespräch gesagt, dass ich mit dem Lehrberater der AUVA sprechen müsste, was denn wegen einer Umschulung möglich wäre. Daraufhin ist meine Be-

¹⁹⁶ Interviewtranskript MH, Seite 7

treuerin, weil sie meinte das wäre ein gutes Stichwort, zur so genannten Rehaberaterin gegangen und ist mit einem Zettel zurückgekommen, dass ich am Montag um neun Uhr am BBRZ sein sollte. Man weiß nicht um was es geht, man erhält keinerlei Informationen, es steht zwar am Informationsblatt, dass man Befunde mitnehmen soll und so weiter, man erfährt aber nicht, was der Sinn und Zweck des Ganzen sein sollte. So bin ich am BBRZ gelandet.¹⁹⁷

Teilweise dürften unter den BBRZ-TrainerInnen auch **Informationen zu den Möglichkeiten im Zuge von Umschulungen** fehlen.

Die Dinge hätte ich teilweise schneller machen können, das war auch mein Eindruck, dass man diese Dinge verkürzen könnte. Und dass sie keine Informationen haben. Sie wissen nicht, was ihre Auftraggeber tatsächlich finanzieren. Sie schaffen es auch nicht zu sagen, dass sie ein Dreiergespräch wollen, mit dem AMS-Berater oder dem Vorgesetzten des AMS-Beraters und der AUVA, um Finanzielles zu regeln.¹⁹⁸

Auch von Seiten der **AUVA**, die für die medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation nach Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten zuständig ist, gibt es über Umschulungsmöglichkeiten und dgl. zu wenig Information. Eine andere Rehabilitandin berichtet wiederum, dass sie sehr wohl darüber informiert wurde, welche der Maßnahmen durch das **AMS** finanziert werden können.

4.2.3 Beratung und Information während und nach dem Rehabilitationsprozess

Das Faktum, dass eine/n SozialarbeiterIn in einem Krankenhaus oder Rehabilitationszentrum aufgesucht werden kann, ist den RehabilitandInnen nicht immer bekannt. Erst durch Gespräche mit anderen KlientInnen wird diese Möglichkeit auch wahrgenommen. Diesbezüglich könnte es von Seiten des Personals in den Kliniken oder Rehabilitationszentren mehr Information geben bzw. könnten von sich aus die Initiative ergreifen – wie dies vielfach auch der Fall ist –, die KlientInnen zu besuchen, um mit ihnen zu reden. In diesen Gesprächen geht es häufig um alltägliche Probleme, darum, welche Möglichkeiten es gibt, Ausbildungen zu absolvieren oder wie berufliche Möglichkeiten von Seiten der RehabilitandInnen wahrgenommen werden können. Die Qualität der Beratung durch das AMS scheint nach Auskunft der befragten RehabilitandInnen und ExpertInnen je nach Engagementrecht unterschiedlich zu sein.

Ich denke, wenn mir mein Berater zwanzig Minuten lang erklärt, dass er ein Problem damit hat, 3000 Euro im Monat auf so und so viele Leute aufzuteilen dann ist das ein Hindernis. Denn es geht mich nichts an, weil er bzw. sie mich berät und nicht umgekehrt, aber sie hat lang genug erzählt was ihr Problem ist und warum sie dieses jenes und auch anderes nicht bezahlen wird können für mich. Ich denke, das ist eine Behinderung, denn wenn man nicht sehr gefestigt ist und sich leicht erschüttern lässt und sich vielleicht schon über vier oder fünf Jahre etwas erkämpft und irgendwie wurschtelt, dann kann dies sehr demotivierend wirken. Es wurde am BBRZ eine sehr starke Aufbauarbeit geleistet, den Eindruck hatte ich in meiner Gruppe, denn die hatte sehr gut zusammengepasst und dort sind auch Leute, die schon so lange zuhause waren wieder motiviert hinausgegangen und hatten ein Ziel vor Augen. Und wenn nun solch eine motivierte Person ans AMS geht und zu meiner Beraterin gelangt, dann waren diese vier Wochen am BBRZ umsonst.¹⁹⁹

¹⁹⁷ Interviewtranskript EP, Seite 5

¹⁹⁸ Interviewtranskript EP, Seite 7

¹⁹⁹ Interviewtranskript ES, Seite 8

4.2.4 Verleugnung oder nicht Erkennen des eigentlichen Defizits

Um den Anforderungen des Arbeitsmarktes gewachsen zu sein, verleugenen ArbeitnehmerInnen vielfach ihre *subjektiven*, aber auch bereits *objektivierte* und *diagnostizieren* Beschwerden und Erkrankungen. So ist auch nicht weiter verwunderlich, wenn eine Rehabilitandin erzählt, sie habe jahrelang darüber Bescheid gewusst, **nicht mehr schwer heben** zu dürfen. Trotzdem wird immer wieder nach mehreren Operationen im Bauchraum mit einer schweren Tätigkeit im Gastgewerbe begonnen. Sie beschreibt, sie habe sich selbst überschätzt, offensichtlich ist es möglich, ein körperliches Defizit und die damit verbundene Handlungsempfehlung durch den Arzt („kein schweres Heben“) über lange Zeit hinweg auszublenden bzw. zu verdrängen. Die damit verbundene Beeinträchtigung beschreibt sie so:

Den Gedanken, dass irgendwann wieder etwas reißt in meinem Bauch, wenn ich so weitermache. Das ist die Beeinträchtigung, denn ich spüre während der Arbeit nicht irgendwelche stechenden Schmerzen oder sonst irgendwas. Es ist der Gedanke daran, dass wieder irgendwas passieren kann. Ich habe eigentlich nicht wirklich eine Beeinträchtigung während ich arbeite. Es sind keine massiven Schmerzen mit dem Heben eines Tableaus verbunden, es ist einfach nur der Gedanke, dass wieder etwas geschehen kann.²⁰⁰

Das heißt, dass auch bereits der Gedanke bzw. die **Angst, dass die Arbeit die Gesundheit beeinträchtigen könnte**, psychisch beeinträchtigend sein kann. Auf körperlicher Ebene besteht die Beeinträchtigung darin, dass die Art der Arbeit die Gesundheit auf lange Sicht betrachtet gefährdet. Vielfach ist auch der mit der Arbeit verbundene Stress (etwa im Gastgewerbe) als psychische Belastung so hoch, dass sie ein körperliches Risiko darstellt, vor allem wenn Krankheitsschübe bei chronischen Erkrankungen stressbedingt auftreten können. Insbesondere ArbeiterInnen, die 50% des Lohnes durch einen Krankenstand verlieren, gehen überdies noch trotz Krankheit arbeiten, was das Krankheitsgeschehen noch weiter verschlimmert.

Bei **Panikattacken, Depressionen und Angststörungen**, die entweder zu Arbeitslosigkeit führen oder auch von ihr ausgelöst werden können:

(...) es gab dazwischen dann wieder Zeiten, wo das also schlechter geworden ist, und ich habe heute schon so den Eindruck, dass das auch mit dem Berufsleben zusammengehängt ist, also nachdem Männer vorrangig schon sehr sozialisiert sind, du musst einen Job haben, dann musst du dein eigenes Geld verdienen, und wenn ich das heute so betrachte, waren die größten Einbrüche immer dann, wenn ich gerade keine Arbeit gehabt habe, also keine Sinnhaftigkeit im Leben quasi, weil als Mann musst du ja arbeiten gehen, nicht? Und da kannst du nicht einfach zu Hause bleiben.²⁰¹

Ähnlich auch die Situation eines anderen Interviewpartners Der Interviewpartner weiß selbst schon länger, dass er unter extremen **Bandscheibenabnützungen** leidet und akut gefährdet ist einen Bandscheibenvorfall zu erleiden. In seiner Arbeit gelingt es ihm seinen Arbeitsplatz geschickt durch abwechselnd sitzende und stehende Tätigkeiten zu gestalten. Langes Stehen und schweres Heben versucht er zu vermeiden. Seinem **Arbeitgeber gegenüber verschweigt** er seine gesundheitlichen Probleme, er hat Angst aus diesen gesundheitlichen Gründen gekündigt zu werden. Ohne das die Firma es weiß, ist der Interviewpartner bereits seit längerem in ärztlicher Behandlung. Der Interviewpartner erzählt, dass er keine Kündigung aufgrund seiner körperlichen Beschwerden riskieren wollte. Sein Einkommen ist wichtig für die Familie. Der Interviewpartner ist verheiratet und hat zwei Kinder. Aufgrund der schlechten Auftragslage der Firma kommt es dennoch zur Kündigung. Seine Situation als Alleinverdiener erhöht seinen Druck unmittelbar nach der Entlassung wieder Arbeit finden zu müssen. Die körperlichen Beeinträchtigungen werden, so der Interviewpartner, verdrängt und vorerst nicht

²⁰⁰ Interviewtranskript ES, Seite 3

²⁰¹ Interviewtranskript Interviewpartnerin MH, Seite 3.

thematisiert. So ist nicht weiter verwunderlich, dass im Zuge des ersten Kontakte mit dem AMS der Interviewpartner seine **gesundheitlichen Beschwerden verschweigt**. Der Interviewpartner versucht in den ersten sechs Monaten der Arbeitslosigkeit wieder eine Stelle in seinem Herkunftberuf zu finden, die schwierige Situation in diesem Arbeitsfeld erschweren die Suche. Für den Interviewpartner entsteht eine ambivalente, belastende Situation. Der Hausarzt rät in jedem Fall dazu **schwere körperliche Tätigkeiten zu vermeiden**, auf der anderen Seite verspürt der Interviewpartner, aufgrund hohen Verantwortungspflicht der Familie gegenüber den Druck jedem Stellenangebot des AMS nachzukommen um die Existenz nicht zu gefährden. Der Interviewpartner nimmt jedes Stellenangebot des AMS wahr, auch solchen die eindeutig mit gesundheitlichen Risiken verbunden sind. Nach mehreren Absagen durch die Firmen und auch durch den Interviewpartner selbst, beginnt der AMS-Betreuer mit gezielten Nachfragen auf die Situation den Interviewpartners einzugehen. Es entsteht die Basis für eine gute Kooperationsbeziehung mit dem zuständigen, regionalen AMS. Schließlich werden die ersten Schritte in Richtung berufliche Rehabilitation gelegt.

(...) Ich habe natürlich die ersten sechs Monate einen Job gesucht, als Drucker. Da haben sie (*regionale AMS-Stelle*) gemeint, dass das wahrscheinlich nichts wird und dann haben sie (*regionale AMS-Stelle*) angefangen mir einen Job anzubieten und da hab ich gesagt, das kann ich wahrscheinlich (*nicht*) weil ich Probleme hab und da sind dann natürlich Fragen gekommen und da habe ich antworten müssen, dass ich einen Bandscheibenvorfall, also Kreuzprobleme habe. Und da gibt es eine Regelung, ich habe einen ärztlichen Befund holen müssen. Mein Arzt hat mich schon jahrelang behandelt und er hat schon gewusst, was er schreiben soll. Mit dem bin ich zum AMS gegangen und dann haben sie mich trotz des ärztlichen Befundes meines Arztes zum Amtsarzt geschickt. Der hat das gleiche festgestellt. Der hat die Befunde nochmals zum AMS geschickt und dort waren sie dann damit einverstanden und dadurch haben sie mir dann angeboten, eine neue Ausbildung zu machen, mich umschulen zu lassen.²⁰²

Schließlich kommt der Interviewpartner auf Initiative eines AMS-Betreuers in ein berufliches Rehabilitationsprogramm des BBRZ. Nach der ersten Orientierungsphase und Berufsorientierungsphase wird klar, dass der Interviewpartner eine Ausbildung als Speditionskaufmann beginnen wird. Im angestrebten Beruf kann der Interviewpartner seine Sprachkenntnisse²⁰³ nutzen.

(...) Ja, das ich hierher gekommen bin, (*da*) ich kann mich bei den AMS-Betreuern bedanken, dass sie mir geholfen haben. Soviel ich gehört habe bekommt das auch nicht jeder. Es gibt bestimmte Bedingungen, die man erfüllen muss. Ich habe immer sehr diplomatisch mit den Leuten gesprochen und habe immer nach Lösungen gesucht und sie haben mir richtig zugehört und sie waren einverstanden damit, dass wir das, was ich vorgeschlagen habe, probieren.²⁰⁴

Der Startpunkt zu seinem Ziel, der beruflichen Re-Integration nach abgeschlossener Ausbildung, wurde mit der guten Zusammenarbeit mit dem lokalen AMS gelegt. Das, dass so gut geklappt hat, hängt für den Interviewpartner damit zusammen, dass man ihn als „Einzelfall“ erkannt hat:

(...) Das hat jetzt erst bei diesem richtigen Betreuer angefangen. Und ich glaube dort (*AMS*) brauchen die Leute einfach eine längere Zeit, bis sie draufkommen, dass man wirklich als **Einzelfall** (*Anm. Hervorhebung nachträglich gesetzt*) aufgenommen werden muss. Bis dort hin war ich eher skeptisch und unentschieden.²⁰⁵

²⁰² Interviewtranskript, Interviewpartner MS, Seite 3.

²⁰³ Der Interviewpartner ist bosnischer Herkunft und spricht serbokroatisch bzw. tw. auch slovenisch.

²⁰⁴ Interviewtranskript, Interviewpartner MS, Seite 5.

²⁰⁵ Interviewtranskript, Interviewpartner MS, Seite 10.

4.2.5 Rehabilitation und psychische Erkrankungen

Psychische und insbesondere psychiatrische Erkrankungen sind ein schwer abgrenzbarer Bereich gesundheitlicher Belastungen.²⁰⁶ Psychische Erkrankungen definieren sich vorwiegend über psychische Symptome wie z.B. Ängste, Zwänge oder depressive Verstimmtheit. Ihre Ursachen sind vorwiegend im seelischen Bereich zu suchen, auch dann, wenn sie nur oder vielleicht sogar überwiegend körperliche Symptome haben²⁰⁷. Oft werden Krankheitssymptome nicht rechtzeitig erkannt und betroffenen Personen haben bis zum Zeitpunkt medizinischer, stationärer Behandlungen einen langen Leidensweg hinter sich. So scheint es nicht verwunderlich zu sein, dass oft leichtere Angstzustände oder depressive Verstimmungen von Betroffenen selbst häufig als nicht sehr einschränkend wahrgenommen und daher lange auch nicht erkannt und therapeutisch behandelt werden. Häufig dauert es geraume Zeit, bis auf eine psychische Erkrankung diagnostiziert wird, die dann auch der entsprechenden Therapie unterzogen wird. Problematisch ist eine psychische Einschränkung vor allem dann, wenn diese schleichend vor sich geht und auch der Umwelt dadurch kaum auffällt oder das Defizit im psychischen Bereich *irgendwie* akzeptiert wird. Eine Therapie wird erst dann ins Auge gefasst, wenn die Symptome bereits die gesamte Alltagsbewältigung erheblich beeinträchtigen oder wenn es zu einem *totalen physischen und psychischen Zusammenbruch* der betroffenen Person kommt. Den Alltag beschreiben psychische Erkrankte häufig als tagtäglichen *Kampf*. Es gilt den Tag irgendwie zu „überstehen“. Gespräche mit den RehabilitandInnen haben gezeigt, dass selbst dann wenn die Person von Arbeitslosigkeit betroffen ist, beim AMS die psychische Erkrankungen häufig verschwiegen wurde. Die Gründe dafür können vielschichtig sein, entweder weil der/die Betroffene die Beeinträchtigung nicht selbst erkennt oder weil psychische Beeinträchtigungen nach wie stark tabuisiert werden und die Betroffenen Angst davor haben, nicht ernst genommen oder stigmatisiert zu werden. Als besonders belastend wird von den Betroffenen aber angegeben, dass auch das engere soziale Umfeld (Freunde, Bekannte, Familie) Depression, Angststörungen etc. nicht ausreichend wahrgenommen hat oder auch ganz offen als empfunden hat. Ein Interviewpartner meint dazu sehr treffend:

Na, auf gar keinen Fall gefallen hat es mir, wenn Leute irgendwie der Meinung waren so man bräuchte nur einen Tritt in den Arsch oder man müsste sich nur zusammenreißen, dann geht's schon bis hin zu ja sauf dich einmal ordentlich an und dann gehen wir fort.²⁰⁸

Unterschiedliche Untersuchungen weisen immer wieder darauf hin, dass vor allem Frauen viel häufiger psychisch krank werden und dass ihre Krankheitsanfälligkeit in einem Ausmaß auch eng verbunden ist mit ihrem Familienstand, ihrer Lebenssituation, ihrer Situation und Verankerung an einem Arbeitsplatz und letztlich auch ihrer Rolle und Verortung als Frau in der Gesellschaft. Ohne nun im Detail auf wissenschaftliche Analysen und deren Ergebnisse vor dem Hintergrund des Themenkomplexes „psychische Erkrankungen unter geschlechterspezifischen Aspekten“ näher einzugehen, lässt sich aus dem Krankheits- und Rehabilitationsverlauf einer Interviewpartnerin durchwegs die Komplexität des Themenfeldes erkennen und in Auszügen aufzeigen.

²⁰⁶ Im Zusammenhang mit dem Themenbereich wurden in erster Linie Personen mit sog. *psychischen Erkrankungen* bzw. mit RehabilitandInnen auf Grund *psychischer Erkrankungen* interviewt.

²⁰⁷ Nach der Internationalen WHO-Klassifikation ICD-10 zählen dazu bei Erwachsenen vor allem organische bzw. symptomatische psychische Störungen, psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, die Schizophrenien, die affektiven und die neurotischen Störungen, Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Funktionsstörungen oder Faktoren, Persönlichkeitsstörungen und Intelligenzminderungen.

²⁰⁸ Interviewtranskript MH, Seite 6.

4.2.5.1 Diagnose und Neubeginn

Wenn gerade betont wurde, dass im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen betroffene Personen auf **langwierige Krankengeschichten** verweisen können, welche sich letztlich durch psychische Belastungen wie z.B. Scheidung, Arbeitslosigkeit, Todesfällen oder ähnlichen traumatischen Ereignissen im Lebenslauf noch verstärken können, dann ist der Krankheitsverlauf der Interviewpartnerin guter Beweis dafür.

(...) Ja, meine Krankheit ist eigentlich schon früher²⁰⁹ ausgebrochen. So, wie sagt man? -schleichend. Es hat einfach angefangen mit Gehstörungen, das hat sich dann so verschlimmert, dass ich einfach nichts mehr essen konnte. (Pause) Und dann zum Zeitpunkt der Scheidung war der totale Zusammenbruch.²¹⁰

Oftmals sind es dann aber dennoch vordergründig physische Ursachen die zu stationären Aufenthalten führen können.

(...) Ich bin eingeliefert worden, weil ich Lähmungserscheinungen hatte. Depressionen wirken sich oft so aus, dass körperliche Beschwerden auftreten. Mir ist der Fuß immer abgeknickt ohne irgendeinen Grund, und ich hab zum damaligen Zeitpunkt weder gegessen noch geschlafen. Sie haben alles getestet, auf körperliche Ursachen und dann haben sie gemerkt, dass ich immer mehr verfallende und immer in Tränen ausgebrochen bin und total zurückgezogen war. (...) Und als sie abgeklärt hatten, dass es keine organischen Ursachen gab, hatte ich ein Gespräch, in dem sie mir gesagt haben, dass ich Depressionen habe und dass ich unbedingt eine Therapie annehmen soll.²¹¹

Die erste Konfrontation mit der Diagnose „Depression“ löst Entsetzen und auch Scham aus. Psychische Erkrankungen sind im Alltag nach wie vor negativ behaftet, vor allem dann so scheint es, wenn man wie die Interviewpartnerin, aus einem kleinen überschaubaren mehrheitlich ländlichem Kontext kommt, wo jeder jeden kennt.

(...) Ich hab einfach raus müssen. Ich konnte nicht mehr. Es ist irrsinnig schwer, weil als erstes sagt man sich, um Gottes Willen ich spinne ja nicht. Wie ich das mitgekriegt habe, war das ein kleiner Schock für mich. Aber jetzt kann ich darüber reden, und damit umgehen und ich weiß dass es eine Krankheit ist und dass man nicht einfach nur verrückt ist. Das ist vielleicht noch vom Volksmund früher.²¹²

Nach dem anfänglichen Schock über die Diagnose stellt sich rasch Erleichterung ein. Langjährige, schleichende (physische) **Symptome der Krankheit werden in einen klaren Kontext gebracht**. Diese erste Klarheit bringt Erleichterung und wirkt sich auch als wesentlicher erster Schritt in eine neue Lebensorientierung aus. Für die Interviewpartnerin wird die Krankheit zu einem wesentlichen Motor eines Neubeginns. Im Zuge von psychotherapeutischen Rehabilitationsmaßnahmen wird neben der Neuorientierung im familiären Kontext nach der Scheidung vor allem auch die Neuausrichtung im Berufsleben thematisiert. Die Interviewpartnerin ist schnell bereit, nicht zuletzt auch aus dem Wunsch heraus, die stationäre Unterbringung in einer größeren Klinik hinter sich zu lassen, eine Psychotherapie zu beginnen. Das Therapieangebot kann in einem regionalen psychosozialen Zentrum in Anspruch genommen werden. Für die Interviewpartnerin ist es wichtig in ihrem vertrauten lokalen Umfeld zu sein. Parallel zur Therapie wird ein medizinischer Versorgungsplan (Medikamentation) erarbeitet. Beide Unterstützungsangebote können als medizinische und psychosoziale Rehabilitationsmaßnahmen verstanden werden.

Psychosoziale Unterstützung ist darüber hinaus ein wesentlicher Aspekt im Rahmen der beruflichen Rehabilitation. Neben konkreten psychologischen Begleitangeboten zeigt sich, dass vor allem die ganzheitlich ausgerichteten Angebote der arbeitsmarktpoliti-

²⁰⁹ Die Interviewpartnerin bezieht sich hier auch den Zeitpunkt des Krankenhausaufenthaltes im Zuge eines kompletten physischen und psychischen Zusammenbruchs.

²¹⁰ Interviewtranskript, Interviewpartnerin MT, Seite 2.

²¹¹ Interviewauswertung; Interviewpartnerin MT, Seite 4.

²¹² Interviewauswertung, Interviewpartnerin MT, Seite 4.

schen Trägereinrichtungen psychosoziale Unterstützung anbieten. RehabilitandInnen loben, dass neben gezielten berufsvorbereiteten Maßnahmen vor allem auch psychische Unterstützungsangebote, Vertrauensbeziehungen zu einzelnen BetreuerInnen die von den RehabilitandInnen positiv wahrgenommen werden. In einzelnen Fällen nehmen RehabilitandInnen, vor allem im Zusammenhange mit beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen nach psychischen Erkrankungen noch gezielt therapeutische Angebote in Anspruch.

Die Rahmenbedingungen in den arbeitsmarktpolitischen Trägereinrichtungen werden von den RehabilitandInnen vielfach auch als *Schutzraum* wahrgenommen. Ein Rehabilitand formuliert dies folgendermaßen:

(...) Und wenn man sich selbst nicht auskennt, dann machen sie immer Vorschläge und fordern einen heraus und man muss reden. Sie stellen sich so, dass man sich selbst bemühen muss, man muss automatisch selbst mitwirken und die Leute geben die Motivation und die Stärke, man macht einfach weiter. Und das positive ist sicher, dass ich Schutz hinter mir habe. Die Leute sind da und wenn es zu Schwierigkeiten kommt helfen sie sicher. (*Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen?*) Ja genau, die sind für jede Fragestellung da. (...) Und es ist momentan, wie gesagt, eine große Sicherheit für mich. Ein Schutz der wirklich im Hintergrund steht und wenn man etwas braucht, beschleunigen die das und sie haben auch die betrieblichen Kontakte dazu und wenn man sich selber nicht traut irgendwo anzurufen sind sie auch da und probieren es selber und das ist wirklich eine gute Sache (...).²¹³

4.2.5.2 Enttabuisierung von psychischen Erkrankungen

Die Enttabuisierung von psychischen Erkrankungen muss zu einem verstärkten Anliegen gesellschaftlicher und vor allem auch arbeitsmarktpolitischer Interventionen und Maßnahmen werden. So erscheint es wichtig zu sein, darauf hinzuweisen, dass generell bei psychischen Erkrankungen nach wie vor die verstärkte Öffentlichkeits- und Informationsarbeit für Betriebe, Betroffene und Angehörige notwendig ist, um ein Klima zu schaffen, das es ermöglicht, über die Beeinträchtigung offen zu sprechen. Betroffene Personen müssen in ihrem Arbeitsumfeld einen notwendigen Spielraum haben, der es ihnen ermöglicht im Falle von krankheitsbedingten Arbeitsausfällen nicht auch gleichzeitig zusätzlich die Angst haben zu müssen wieder aus einem wichtigen Teilbereich des Lebens zu fallen. Eine Rehabilitationsexpertin meint dazu:

(...) Ich kann meine Arbeit machen, aber ich hab einen gewissen Spielraum und ich muss keine Angst haben den Job zu verlieren. Und wenn eben die Betriebe diese Plätze hätten, die irgendwie, weiß ich nicht, vom Staat (*subventioniert sind*), keine Ahnung wie man's ausführen könnte. Aber wie gesagt, ein paar fixe Arbeitsplätze, die eben an Leute mit psychischen Erkrankungen vergeben werden, ja, das wäre wahrscheinlich der größte Gewinn überhaupt und würde wahrscheinlich auch sehr viel bewirken.²¹⁴

Es zeigt sich, dass gerade in diesem Themenfeld noch ein hoher Bedarf an Information und Aufklärungsarbeit von Nöten ist.

²¹³ Interviewtranskript, Interviewpartner MS, Seite 6.

²¹⁴ Interviewtranskript Expertin SB, Seite 7.

4.2.6 Rehabilitation als freiwillige Interventionsform im Lebensverlauf

Die Grenze zwischen *riskantem* Alkoholkonsum und *diagnostizierter* Alkoholabhängigkeit lassen sich in Berufsfeldern, die mit dem Konsum von Alkohol eng verbunden sind, wie z.B. dem Gastgewerbe scheinbar nur sehr ungenau und unscharf ziehen. Bezogen auf den, *systemimmanenten normalen* Umgang mit Alkohol im Gastgewerbe, wie sie ein Interviewpartner schildert, kann sich aber auch bereits ein problematisches Konsumverhalten ableiten lassen, wie sie durchaus auch von alkoholkranken Menschen beschrieben werden. Der vielfach vorherrschende *riskante* Konsum im Berufsfeld, lässt darauf schließen, dass unter der Perspektive der Lebens- und der Arbeitssituation von Menschen im Gastgewerbe und den daraus generell resultierenden gesundheitlich belasteten Arbeitsbedingungen von einem *Kontinuum zwischen riskantem Konsum und Krankheit* ausgegangen werden kann.

Der Interviewpartner hat nach Abschluss der Lehre jahrelang, vorwiegend im saisonalen Gastgewerbe als Barkeeper gearbeitet. Die Struktur des Berufes und der damit verbunden sozialen Dynamik²¹⁵ führen, so der Interviewpartner unweigerlich zu hohem Alkoholkonsum und darüber hinaus vor allem aber zu einem generell gesundheitsfeindlichem Verhalten. Tag – Nachtgrenzen werden verschoben, über Monate hinweg gilt es mit wenig Schlaf auszukommen.

(...) Ja, wie gesagt ich habe 13 Jahre im Gastgewerbe gearbeitet, immer auf Saison, also wirklich in extremen Ballungszentren, im Fremdenverkehr sag ich mal, das heißt da bist du meistens 6, 7 Monate dort oder was, arbeitest eigentlich durch mit einem freien Tag in der Woche, an dem freien Tag hast du aber nicht wirklich viel frei, weil du die ganze Woche eigentlich auf diesen freien Tag hinschiebst und das ist schon wirklich ziemlich hart. Und in der Zeit habe ich viele Leute kennen gelernt, die wirklich den Absprung nicht geschafft haben und die echt untergegangen sind. Man trinkt einfach viel zu viel, man feiert zu viel, man hat ein gestörtes Tag/Nacht Verhältnis, weil man die meiste Zeit in der Nacht lebt sag ich jetzt einmal, weil niemand kann, wenn er voll aufgeputscht von der Arbeit heimkommt gleich schlafen gehen und in der Nacht ein Hobby zu finden ist halt nicht so einfach. Und dann gehst (du) halt meistens noch eine Party feiern und dort ist halt jeder Tag gleich, der Montag wie der Samstag wo anders und ich hab immer gewusst, dass ich irgendwann mal aufhören will, muss mit dem Beruf und ich hab mir gedacht umso früher umso besser.²¹⁶

Diese Beobachtungen des eigenen Berufsfeldes motivieren den Interviewpartner aus dem Beruf auszusteigen. Das zuvor genannte Kontinuum, zwischen riskantem Alkoholkonsum und Krankheit, wird vom Interviewpartner erkannt und schließlich auch abrupt, aber nicht unüberlegt, unterbrochen. Die Entscheidung wird in einem sehr ambivalenten Rahmen getroffen. Auf der einen Seite ist das Gastgewerbe der „Traumjob“, auf der anderen Seite machen sich die körperlichen Beschwerden, vor allem in den *saisonarbeitsfreien* Zeiten bemerkbar. Die Entscheidungen für einen Ausstieg werden gut überlegt. Parallel zu möglichen (neuen) Arbeitsfeldern wird klar, dass der wirkliche körperliche Entzug nur im Rahmen eines professionellen Settings stattfinden kann.

(...) während der Saison hast (du) das nicht so gemerkt, weil du so allgemein in so einem gewissen Spiegel drinnen bist, ja? Oder in einem gewissen Ablauf, und nach der Saison, wenn du heim fährst, wenn sich das ganze abbaut, dann merkst du das eigentlich wie fertig du bist. Ich mein ich hab immer extrem viel gesportelt usw., das heißt ich hab nachher eigentlich kaum noch Sport betrieben oder sonst was. Natürlich merkt man das, wenn man ein bisschen schneller über die Stiege geht, kriegt man

²¹⁵ Der Beruf fordert während der dichtgedrängten Saison dazu auf sich einer permanenten Partystimmung auszusetzen. Die eigenen Freizeit unterscheidet sich durch berufliche Tätigkeit nur durch das Vertauschen der Rollen (vom Barkeeper zum Gast). Die Gäste bevorzugen gut gelaunte Barkeeper, die gefeiert werden sollen und auch wollen wie „Stars“. Ein hoher Status bei den Gästen garantiert ein gutes Einkommen. Dieses schließlich entlohne am Ende der Saison die dafür eingegangenen Strapazen.

²¹⁶ Interviewtranskript, Interviewpartner HK, Seite 2.

keine Luft mehr und man merkt's schon ziemlich und dann hab ich mich entschlossen, mal nachzudenken was könnte ich machen? Weil von der Leidenschaft her ist es nämlich mein Traumberuf, ja? Ja, also Gastgewerbe, nicht das ganze Gastgewerbe, einfach das Barwesen, ja? Und das aufzugeben ist halt nicht einfach und vor allem was zu finden, was erstens einmal zu dir passt und wo du in der Früh aufstehst und sagst: Okay, ich freu mich jetzt auf die Arbeit. Und das sollte dann schon einigermaßen gut überlegt sein, und da hab ich den ganzen letzten Sommer überlegt, dann wollte ich wieder auf Wintersaison gehen und dann war ich eh schon draußen in XXX, also da hab ich die Arbeit und alles schon fix gehabt XXX. Da hab ich meinen *Bekanntenkreis* sag ich einmal wieder gesehen und die waren alle schon wieder ziemlich (...) ziemlich wild unterwegs und da hab ich gesagt: Nein, jetzt ist Schluss und da bin ich, hab ich gar nicht zum Arbeiten angefangen, bin ich Heim gefahren, hab mit meinem Hausarzt geredet, hab gesagt machen wir gleich alles von vorne. Bin dann ins LSF Graz auf Entwöhnungskur, die hab ich dann äh (...) vom November bis Anfang Jänner gemacht.²¹⁷

Der Interviewpartner ist zum Zeitpunkt des Entzuges 27 Jahre alt. Die Entscheidung zum stationären Entzug wird mit dem Hausarzt getroffen. Von Beginn an wird vom Interviewpartner der Begriff **Rehabilitation** verwendet. Dem Interviewpartner wird klar, dass es kein zurück mehr in den *Klassischen* Bereich des Gastgewerbes, für den er ausgebildet wurde geben kann. Es wird auch hier mit dem Beginn der rehabilitativen Maßnahmen, zuerst auf medizinischer und psychologischer Ebene, ein weitreichender Veränderungsprozess initiiert. Während für viele andere InterviewpartnerInnen am Anfang von Rehabilitationsmaßnahmen die Sinnfrage oder die eigene Angst vor dem neuen im Vordergrund steht, ist in diesem Interview vor allem die Erleichterung über das „Wegkommen“ aus dem „Gefährdungsbereich“ spürbar. Die Antwort dazu kann vielleicht darin liegen, dass hier von einer Person zu einem **selbstgewählten Zeitpunkt** der Schritt in eine Veränderung genommen wurde und der belastende körperliche Zustand eine nachhaltige Verbesserung erfährt. Mit dem Hausarzt wird vereinbart, dass für einen, wie auch immer gearteten beruflichen Neubeginn, der *riskante* Alkoholkonsum bedingt durch den Beruf des Interviewpartners, und die daraus bereits resultierenden körperlichen Belastungen professionell medizinisch und psychologisch behandelt werden müssen. Nach der Einweisung in das LSF Graz erfolgt ein zwei Monatiger stationärer Entzug. Begleitet wird das Angebot durch intensive therapeutische Maßnahmen in Gruppen- und Einzelsettings. Körperliche Veränderungen zeigen sich rasch. Der Interviewpartner nennt Veränderungen von regelmäßigem Schlaf, bis zu gesteigerter bzw. wiedererlangter körperlicher Belastbarkeit.

Für viele RehabilitandInnen ist der **Zeitpunkt** der Erkrankung oder des Unfalls **kein selbstgewählter**. Ein Unfall, eine Diagnose ist **unvermittelt und verändert das Leben** nachhaltig. Auch wenn mit gesetzten rehabilitativen Maßnahmen eine Minderung der Beeinträchtigungen erzielt wird, ist der gesundheitliche Zustand ein „schlechterer“ als vor dem Unfall oder der Erkrankung. Vielfach ist es, so einige InterviewpartnerInnen ein sich *arrangieren* mit dem Leben oder mit dem *Schicksal*.

4.2.7 Warum gerade ich? - Rehabilitation nach einem Unfall

Die ersten Fragen, die nach Auftreten eines schweren Unfalls oder einer schweren Erkrankung auftreten, sind häufig **Sinnfragen**, die mit einem Rückblick auf das eigene Leben, aber auch mit der eigenen (*ungewissen*) Zukunft in Zusammenhang stehen. Häufig stehen Fragen wie „Warum gerade ich?“ oder „Das hat mir noch gefehlt.“ oder auch „Warum hat es einen anderen (*Anm. Der/die in den gleichen Unfall verwickelt war*) noch härter getroffen als mich?“ im Zentrum der Reflexion. Diese Gedanken werden zusätzlich noch von einer depressiven Verstimmung und einer oft lähmenden Angst vor der Zukunft begleitet. Bei psychischen Erkrankungen stehen häufig auch die Fragen „Was habe ich überhaupt und warum überhaupt?“ im Mittelpunkt der eigenen Gedanken.

²¹⁷ Interviewtranskript, Interviewpartner HK, Seite 3.

(...) also ich hab einfach nicht gewusst, was ich damit anfangen soll. Das war das schlimmste, dass ich nicht gewusst hab, was ist das und was mache ich dagegen, wieso plötzlich?²¹⁸

Unfälle mit schweren Verletzungen ziehen in vielen Fällen langwierige medizinische, physiotherapeutische Rehabilitationsmaßnahmen nach sich. Neben der direkten Erstversorgung nach dem Unfall folgen lange Aufenthalte in speziellen Rehabilitationskliniken. Die erste Phase der Rehabilitation gehört unmittelbar und fast ausschließlich der Auseinandersetzung mit dem Erleben der Krankheit und des Unfalls. So ist es auch die Aufgabe des Pflegepersonals, der ÄrztInnen und auch der Angehörigen in dieser ersten Phase klare, auf die Krankheit und den daraus resultierenden Einschränkungen gerichtete, Orientierungshilfen zu bieten.²¹⁹ Die dafür notwendige Zeit muss diesem kritischen und wesentlichen Aspekt in der Bewältigung des Geschehnen eingeräumt werden und darf nicht unterbunden oder behindert werden. Hier werden wesentliche Schritte für den weiteren Verlauf des gesamten Rehabilitationsprozesses gelegt. Im Zentrum steht dabei die Mitwirkung der PatientInnen im Hinblick auf alle relevanten Themenbereiche die unmittelbar im Übergang von der Akutmedizin in die medizinische Rehabilitation erfolgen muss. Die Partizipation und Kooperation mit den PatientInnen, muss von Anfang an gefördert werden.

4.3 Rehabilitation als neuer Lebensabschnitt

Es wurde bereits mehrfach darauf hingewiesen, dass mit dem Beginn *einer Rehabilitation*, verstanden in der umfassenden Bedeutung des Begriffs als Ziel, Maßnahme und Institution für und von etwas²²⁰, fast immer bedeutet auch ein **neuer Lebensabschnitt** begonnen wird. Sei es, weil sich auf Grund der Verletzungen, der Erkrankungen, Einschränkungen auf das physische oder psychische Empfinden und Befinden ergeben haben und das Annehmen oder bewältigen dieser nun vorerst im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen. Sei es, weil es darum geht, mit Hilfe von medizinischen, psychologischen und therapeutischen Maßnahmen die Folgen von Erkrankungen, von Unfällen zu bewältigen um wieder eine vollwertige Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Sei es, weil sich auf Grund der Beeinträchtigungen die bisherige berufliche Tätigkeit verändert werden müssen und die Schritte dafür nun gezielt in Angriff genommen werden müssen. Die Zielsetzung rehabilitativer Maßnahmen besteht vorerst einmal darin, Hilfen und Unterstützung bei der Bewältigung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu leisten. Dies bedeutet, dass es aufgrund der gesetzten Maßnahmen zu einer Verringerung der Einschränkungen und Beeinträchtigungen kommt, das krankmachende Zustände stabilisiert werden. Es kann aber auch sein, und dass haben einige der Interviews gezeigt, dass die vorerst wahrgenommene Einschränkung in psychischer und physischer Hinsicht bzw. vor allem die darauf folgenden Maßnahmen der Rehabilitation nicht nur stabilisierend sind, sondern von den Betroffenen auch noch ein großer Leidensdruck genommen wird. Ein Leidensdruck, der es bisher immer verhindert hat das Hemmende zu überwinden. Mit der Rehabilitation, wird das „krankmachende erkannt“ und durch die gesetzten Maßnahmen, z.B. durch Umschulungs- und Therapieangebote, wird eine höhere Lebensqualität als vor dem *erkennen, benennen und begreifen* erzielt.

²¹⁸ Interviewtranskript MH, Seite 2.

²¹⁹ vgl. Mühlum/Gödecker-Geenen 2003, Seite 106.

²²⁰ vgl. Mühlum/Gödecker-Geenen 2003, Seite 18.

4.3.1 Individuelle Strategien bei der Reintegration ins Berufsleben

Im besonderen haben die Gespräche mit den InterviewpartnerInnen gezeigt, dass eine Rehabilitation nur dann gelingen kann, wenn es von Beginn an zu einem optimalen Zusammenspiel von medizinischen – psychologischen – sozialen – letztlich auch arbeitsmarktpolitischen – beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen kommt. Und selbst wenn es hier zu einem *optimalen Zusammenspiel* der genannten Faktoren kommt, können oftmals zusätzliche, nicht vordergründig thematisierte Aspekte aus der Biografie der betroffenen Personen schwierige Konstellationen für das Gelingen einer gesetzten Maßnahme oder für Initiierung einer Maßnahme bedeuten. Konkret bezogen auf z.B. Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation können generell inkonsistente Berufsbiografien von RehabilitandInnen zu besonderen Herausforderungen für RehabilitationsexpertInnen werden. Berufliche Rehabilitationsmaßnahmen sind stark von *äußeren* Bedingungen wie regionale, Arbeitsmärkte oder den generellen Arbeitschancen von Frauen in bestimmten Regionen und Berufssparten abhängig. Gesetzte Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation z.B. als Folge von Unfällen oder Erkrankungen müssen sich dann besonderen Herausforderungen stellen, wenn betroffene Personen über einen generell nicht gesundheitsfördernden Lebensstil oder Gesundheitszustand verfügen. Maßnahmen der sozialen Rehabilitation können abhängig sein, von der grundsätzlichen Dichte, Flexibilität und Stabilität sozialer Netzwerke von betroffenen Personen.

In den Rehabilitationszentren und den arbeitsmarktpolitischen Trägereinrichtungen werden die RehabilitandInnen bei der Organisation und Bewältigung des Alltags unterstützt. Dabei geht es um das Erledigen einfacher Aufgaben bis hin zur Gestaltung und Einhaltung einer Zeitstruktur. Nach Verlassen der Reha-Einrichtungen sind viele RehabilitandInnen bei der Erledigung von Amtswegen oder auch dem Recherchieren von für sie wichtigen Informationen auf sich allein gestellt.

Aber ich tu mir dann halt einfach schwer bei vielen Sachen und es wird trotzdem aber drauf bestanden, „Das musst Du selbst schaffen und wir unterstützen dich in jeder Hinsicht“ (...) da musst du's entweder machen oder nicht machen und wenn du's dann selber machen musst, dann tust du dir schwer dabei. Also vor allem jetzt zum Beispiel ich bin halt grad also ich möchte schauen wie das ist beim Studium. (...) Die Familienbeihilfe (kann man) nur bekommen bis Mindeststudienzeit plus 1 Semester. Jetzt will ich fragen, ob das aus Krankheitsgründen vielleicht verlängert werden könnte, weil ich im ersten Semester genau 4 Stunden gemacht hab, weil ich halt noch nicht mehr zusammengebracht hab und ich hab das halt auch gleich erwähnt, ob man das vielleicht herausfinden könnte und die haben halt auch gesagt, ja da gehst du einfach dort und dort hin und keine Ahnung vielleicht zu dem und dem Ministerium oder zu der und der Stelle und ja das ist halt, wenn man nebenbei eine Seminararbeit schreiben muss, für 3 Prüfungen lernen (muss) und dergleichen, das kommt halt alles dann noch extra dazu. Vor allem diese Wege auf die ganzen Ämter und dergleichen das ist so (...) für mich etwas sehr sehr Anstrengendes und Umständliches meistens, weil die Bürokratie in Österreich nicht gerade das einfachste ist und nicht unkompliziert. Also das find ich auch nicht so förderlich. Es ist, sicher man muss lernen jetzt sich selbst durchzuschlagen (...).²²¹

Der Grat zwischen übermäßiger Fürsorge, die in die Unselbständigkeit führen könnte, und „Im-Stich-lassen“, was zu Problemen bei der Alltagsbewältigung führen kann, ist gerade bei RehabilitandInnen und anderen beeinträchtigten Personen schmal. Das richtige Maß an Empathie und Abgrenzung, Fürsorge und selbständig werden lassen ist individuell verschieden und seitens der Reha-Fachkräfte, SozialarbeiterInnen bzw. PsychologInnen oft nur schwer zu finden. Selbst für die RehabilitandInnen ist der Wunsch nach Fürsorge und Unabhängigkeit ambivalent vorhanden:

(...) so wirklich unterstützt werde ich nicht mehr. Also es ist jetzt vor allem nicht vergessen, aber es war schon lange her, die Freunde nehmen da jetzt auch nicht mehr so Rücksicht drauf und ich will auch nicht, dass man soviel Rücksicht drauf nimmt, weil ich ja ich will ja versuchen wieder ganz normal so wie vor dem Unfall zu werden. Auch

²²¹ Interviewtranskript TK, Seite 7

wenn es vielleicht schwer oder auch nicht möglich ist, aber ich versuch halt also ich will nicht, dass sie so viel Rücksicht nehmen in der Beziehung.²²²

Der Wunsch nach Normalität, nach der Rückkehr zu dem ursprünglichen gesundheitlichen Zustand ist so stark, dass auch von der Umwelt erwartet wird, diese Normalität zu spiegeln. Für die RehabilitandInnen ist es nach längerer (schwerer) Krankheit oder nach einem schweren Unfall schwierig wieder in den Alltag zurück zu kehren.

Es ist daher wichtig zu betonen, dass ein unmittelbarer Berufseinstieg stellt sich nach längerer Krankheit oder Rekonvaleszenz oft als zusätzliche Schwierigkeit schwierig heraus stellt, wenn den RehabilitandInnen von unterschiedlichen Institutionen nicht die notwendige Zeit zur Re-organisation des eigenen Lebens eingeräumt wird. Vielfach nützen RehabilitandInnen die Zeit unmittelbar nach einem Aufenthalt in einem Rehabilitationszentren dazu, ihr Leben wieder neu zu regeln. Oft sind so schon vor der eigentlichen Vermittlung am Arbeitsmarkt kleinere Teilerfolge zu sehen, die aber einen wesentlichen Anteil an einer erfolgreichen Rehabilitation haben: einen Therapieplatz ergattert zu haben, die Zähne repariert zu haben, den drohenden Wohnungsverlust abgewendet zu haben und damit auch den Kopf wieder frei zu haben für anderes.

Ich wollte wieder ins Leben zurückfinden, sprich meinen Haushalt organisieren, mein Leben wieder selbst festigen, denn das ganze habe ich sechs Wochen vernachlässigt und da war in mir das Bedürfnis, mein Privatleben zu regeln, es zu festigen und damit klarzukommen. Und als zweiten Schritt den Wiedereinstieg in den Beruf planen.²²³

In diesem Zusammenhang ist ein frühzeitiges Drängen auf eine Arbeitsaufnahme nicht unbedingt anzuraten. Der Erfolg von Strategien und Maßnahmen zur Re-Integration in das Berufsleben können daher nur unter Bezugnahme auf die individuellen Bedingungen der betroffenen Personen gesehen werden. Darüber hinaus ist es unerlässlich, dass sämtliche Maßnahmen zur beruflichen Re-Integration, also Strategien der beruflichen, sozialen Rehabilitation im wesentlichen bereits parallel zur medizinischen Rehabilitation beginnen. Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass in der medizinischen Rehabilitation, also unmittelbar nach einem Unfall oder im Zusammenhang mit einer Erkrankung, welche dazu zwingt vorübergehend nicht mehr im Arbeitsleben zu stehen, der Fokus darauf gerichtet sein muss, betroffene Personen in die Arbeitswelt wieder zu integrieren. Berufliche Rehabilitation beginnt also bereits dann, wenn

„(...) jemand wieder medizinisch voll hergestellt ist und wo bereits wieder abgeschätzt werden kann, wie die Leistungsfähigkeit und die Leistungsfunktion wieder sein wird.(...) Man versucht mit den PatientInnen, die hier in Behandlung sind, möglichst früh festzustellen, wie die Prognose ausschauen wird um möglichst früh eine Entscheidung zu fällen, ob hier eine Berufswechsel oder eine berufliche Veränderung notwendig sein wird, damit man die Berufsreha-Schritte noch während der medizinischen Reha-Zeit setzen kann“²²⁴

Soweit der *Idealzustand*, medizinische, berufliche und auch soziale Rehabilitationsmaßnahmen sind so rasch als möglich zu initiieren. Die Realität scheint eine andere zu sein. Zwischen dem Abschluss der medizinischen Rehabilitation und dem Beginn einer beruflichen Rehabilitation und sehr viel Zeit vergehen. Die Ursachen dazu könnten unter anderem im Sozialversicherungssystem zu suchen sein.

„Meinem Wissen nach gibt es in Österreich keine Stelle, kein Krankenanstalt oder ambulante Stelle, wo PatientInnen betreut werden, also keine Stelle die sich mit Berufsreha (...) auseinandersetzt. Mit Ausnahme der Berufskrankheiten und der Arbeitsunfälle, da ist die Unfallversicherungsanstalt zuständig und die Krankenanstalten der AUVA setzen sich damit natürlich mit hoher Priorität auseinander und ich glaube, die sind auch in der Hinsicht federführend. Dort ist die Rechtslage eine andere, dort ist Berufsreha natürlich ein Thema. Aber wenn man weiß, dass ungefähr 4 oder 3,5 Prozent aller Erkrankungen, die zur Berufsunfähigkeit oder Berufseinschränkung führen,

²²² Interviewtranskript TK, Seite 8

²²³ Interviewtranskript EP, Seite 4.

²²⁴ Experteninterview, Interviewpartner EH, Seite 1.

jetzt unter Anführungszeichen privater Natur sind, also nichts mit der Arbeit zu tun haben, (...) dann muss man sagen, dass etwa 95 – 97 Prozent aller Erkrankten oder stationär aufgenommenen Leute überhaupt nicht mit Berufsreha konfrontiert werden. Ich glaube, Berufsreha wird vor allem dort zum Problem, wo der Unfall oder die Erkrankung eben nicht mit dem Beruf in Zusammenhang gebracht wird.“²²⁵

Für betroffene Personen entsteht dadurch die Problematik, dass hier die erste notwendige Zeit der Abklärung in Bezug auf die weitere Fähigkeit den Beruf auszuüben nicht richtig genutzt werden kann. PatientInnen werden aus der medizinischen Behandlung entlassen, häufig folgt eine lange Zeit von Krankenständen, die im schlimmsten Fall auch zur Entlassung führen kann.

Erst zu einem viel späteren Zeitpunkt wird mit den jeweils zugeteilten AMS-BetreuerInnen, das erste mal über den weiteren beruflichen Weg „verhandelt“. Die zuvor *nicht genutzte Zeit*, vor allem bei RehabilitandInnen außerhalb des, nennen wir es AUVVA-Systems, kann nunmehr zu einer großen Wiedereinstiegshürde werden. Für die ExpertInnen in der beruflichen Rehabilitation, wird zu Arbeit mit den RehabilitandInnen aus den unterschiedlichen Zuweisungskontexten zu einer großen Herausforderung. Die Rahmenbedingungen für die zu gewährleisteten Maßnahmen sind unterschiedlich. Die Arbeit der ExpertInnen in der beruflichen Rehabilitation muss, davon unabhängig, qualitativ und zielgerichtet sein. Eine Expertin, direkt aus dem Bereich der beruflichen Rehabilitation, meint im Interview dazu:

„(...) Was mir ein Anliegen ist, ist das es ja durchaus Unterschiede gibt bei den Kostenträgern, wer bezahlt nach einem Unfall macht (für unsere Arbeit) ziemliche Unterschiede. Es ist unser Job das auszugleichen.“²²⁶

Wie lässt sich trotz der unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen die Beziehung zwischen RehabilitandInnen und ExpertInnen der beruflichen Rehabilitation beschreiben?

Die Gespräche mit den RehabilitandInnen haben gezeigt, dass neben einer klaren Selbsteinschätzung über die gesundheitliche Konstitution und den damit verbundenen Möglichkeiten der Ausübung eines Berufes bzw. der Re-Integration in den Arbeitsmarkt vor allem auch das Vorhandensein einer konstruktiven und vertrauensvollen Beziehung zu den jeweiligen AMS-BetreuerInnen wichtig ist.

Ein weiterer zentraler Punkt im Kontext mit Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation ist im Umstand zu sehen, dass es neben einer Re-Integration in den „Arbeitsmarkt“ in fast allen Fällen auch darum geht, eine „höher Qualifizierung“ zu erreichen. Anders formuliert, es zeigt sich auch, dass in vielen Fällen eine Re-Integration in den Arbeitsmarkt nur über eine „höher Qualifizierung“ von funktionieren kann, etwa dann, wenn der erlernte Beruf nicht mehr, oder nie ausgeübt wurde, wenn auf Grund der Beeinträchtigung in den Herkunftsberuf nicht mehr zurück gekehrt werden kann auf Grund einer zu starken handwerklichen und körperlich anstrengenden Arbeit.

4.3.1.1 Erkennen von überfordernden Tätigkeiten – realistische Selbsteinschätzung

Einer der ersten und wesentlichsten Schritt zur erfolgreichen Rehabilitation kann in der realistischen Selbsteinschätzung der RehabilitandInnen selbst gesehen werden. D.h. RehabilitandInnen müssen für sich selbst erkennen und auch akzeptieren, welche Tätigkeiten gesundheitlich in psychischer oder physischer Hinsicht überfordernd sind:

(...) Was ich in der HTL-Zeit so mitbekommen hab, auch von meinem Onkel, weil der auch Elektrotechniker ist, ist das doch ein Beruf, wo große Anforderungen an einen gestellt werden, wo man mit viel Stress fertig werden muss und viele Termine hat (...) und eben meine Probleme, dass ich nicht sehr belastbar bin, das merke ich, hab ich auch eben damals beim Zivildienst gemerkt, weil ich da eben geschlafen hab sehr viel.

²²⁵ Experteninterview, Interviewpartner EH, Seite 1f.

²²⁶ Experteninterview, Interviewpartner MP, Seite 9.

Und schon von den kleinsten Tätigkeiten (her) einen irrsinnigen Stress mir selbst gemacht habe oder bekommen habe einfach, ja? Von dem her bin ich da hab ich da einfach wie soll ich sagen Angst davor gehabt vor, dass ich da in den Beruf gehe und dann mir selbst extrem schade dadurch. Dass ich total fertig bin eben einfach (...). Bei diesen Arbeitsschritten, das kann ja alles mögliche sein, spezielle Arbeitsschritte, es hat mich da fast alles belastet, es war schon das kleinste, das mich belastet hat. Also wenn ich vor allem die Termine einhalten (musste), ja? Und an alles gleichzeitig denken, wie's beim Zivildienst eben war: Ich muss den Müll raustragen, das Geschirr abwaschen, auf die Bank gehen mit diesem Auszug und für alle dann Essen holen und dergleichen. Es war halt, es war halt nicht viel aber es hat mich schon sehr belastet.²²⁷

Sicherlich könnte allein schon die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit nach einer Krankheit oder einem Unfall als **erfolgreiche Rehabilitation** gewertet werden. Vielfach wird der Einstieg in die gleiche, oft auch gleich krankmachende, Tätigkeit als **arbeitsmarktpolitischer Erfolg** sowohl individuell als auch institutionell gewertet, da sich ein wie auch immer gearteter Vermittlungserfolg letztlich auch positiv auf die Quote von Maßnahmen auswirkt. In arbeitsmarktpolitischer Hinsicht müsste es in diesem Zusammenhang wohl viel eher auch darum gehen, inne zu halten um sich und die RehabilitandInnen zu fragen, welche Tätigkeit den individuellen Bedürfnissen am besten entspricht und diese dann auch selbstverständlich auf den Bedarf am Arbeitsmarkt abzustimmen²²⁸.

Natürlich scheint auf den ersten Blick der Wiedereinstieg in dasselbe Tätigkeitsfeld sowohl für den/die Einzelne/n als auch für die arbeitsmarktpolitische tätige Institution einfacher, führt aber langfristig eher dazu, dass sich die gesundheitliche Situation verschlechtert und letztlich zu einem generellen vorzeitigen Ausstieg aus dem Erwerbsleben führen kann. Für die RehabilitandInnen selbst bedeuten diese Wiedereinstieg in das „alte/krankmachende“ Tätigkeitsfeld vielfach auch, dass ein derartig erworbener Arbeitsplatz auch schnell wieder verloren geht, weil man den Belastungen letztlich nicht (mehr) gewachsen ist:

Ich hab einfach gemerkt, obwohl mir der Garten und die Arbeit im Garten doch Spaß gemacht hat, dass ich auf lange Sicht gesehen erstens einmal dem Druck nicht nachkommen kann auf Grund der körperlichen Einschränkungen und mein zweites Laster war das Heben. Ich hatte zwar zwei Hilfsarbeiter auf der Baustelle mitgebracht, aber dennoch muss man meist selbst mithelfen. Okay es war dann so, dass ich sagte, ich würde auf keinen Baum mehr gehen. Ich hab eingesehen, dass es nicht mehr so funktioniert, wie ich es will langfristig, man muss realistisch sein. (...) Also ich weiß was ich leisten kann und auf das nimm ich Rücksicht. (...) Je früher man anfängt eine andere Richtung einzuschlagen, desto günstiger ist es. Was nutzt es mir, wenn ich fünf Jahre weiterarbeite und dann körperlich so geschwächt bin, dass mir kaum mehr Möglichkeiten offen stehen mich neu zu orientieren.²²⁹

Körperlich schwere Arbeit bringt enorme Verschleißerscheinungen vor allem dann mit, wenn die Gesundheit der/des Betroffenen bereits in einem gefährdeten Zustand ist. Es ist daher, vor allem aus Sicht des Rehabilitanden wichtig nicht zu warten, bis ein fortgeschritteneres Alter (und damit ein noch schlechterer körperlicher Zustand) erreicht wird und eine Neuorientierung und die damit angestrebte Re-Integration noch schwieriger wird. Um eine optimale körperliche Funktionsfähigkeit wieder herzustellen, werden von einigen RehabilitandInnen, vielfach auch zusätzliche Rehabilitationsmaßnahmen, vorwiegend physiotherapeutischen Zusatzangebote in Anspruch genommen. Oft werden diese Zusatzleistungen nicht durch die Versicherungen gedeckt. Für die Finanzierung werden finanzielle Rücklagen aufgebraucht und tw. werden die RehabilitandInnen auch von ihren Familien finanziell in hohem Ausmaß unterstützt. In unterschiedlichem Aus-

²²⁷ Interviewtranskript TK, Seite 3.

²²⁸ Das eine derartige Strategie erfolgreich sein kann, wird im Gespräch mit Interviewpartner MS deutlich.

²²⁹ Interviewtranskript EP, Seite 1.

maß können RehabilitandInnen auch auf private Kranken- und Unfallzusatzversicherungen zurückgreifen.

(...) Ja, und der Primarius XXX²³⁰ hat damals eben gesagt: also jetzt liegt's an ihnen. Und 2 Rehabilitationszentren, sprich Linz und Graz, die hab ich mir damals selber gezahlt, die sind eben auf Sportverletzungen ausgelegt, weil bei einem Fußballer reißen Bänder oder sonst irgendwas, Miniskus und so und das kann man an und für sich mit dem Knie vergleichen. Deswegen bin ich dort hingegangen, weil von einer normalen Krankenkassa bin ich nach Bad Pirawart und Laab am Walde geschickt worden, und dort ist an und für sich, gut okay es war auch Schwimmen und eine Turnlehrerin und was weiß denn ich alleSeite Weil dadurch (dass) man die linke Hand nicht verwendet, kriegt eine ganz komische Körperhaltung. Mir selber ist es nicht aufgefallen, ja, wenn ich mich dann vor den Spiegel gestellt hab, hab ich schon gesehen, ich steh leicht linkslastig und dadurch hab ich dann was gemacht. (...)

(Das heißt, dass da dann auch große Kosten auf Sie zugekommen sind. Sie haben gesagt, Sie haben die 2 Rehabilitationsaufenthalte (selber gezahlt), wie lang waren die dann?)

(...) Die waren jeweils 8 Wochen, 25 % davon hat die Wiener Städtische damals gezahlt, 35 % die Wiener Gebietskrankenkasse und das restliche war ich und das waren 76.000 Schilling dann pro Reha.²³¹

Rehabilitanden versuchen in einer Situation, ähnlicher dieser hier geschilderten oft um jeden Preis und ohne klare Pläne (Was will ich? Was kann ich?) einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Vielfach ist es auch der ökonomische Druck, die Verantwortung für eine Familie oder einfach das nicht Wahrhaben wollen, dass die Krankheit, der Unfall einer generellen Neuorientierung in vielerlei Hinsicht bedarf. Vielfach sind die Betroffenen auch nicht richtig und ausreichende durch Behörden und Institution informiert und verlieren hier wertvolle Zeit für eine zielgerichteten Wiedereinstieg in das Berufsleben. Der Interviewpartner EP beschreibt weiter, dass er nach dem nicht geglückten Einstieg in den „alten Beruf“ eine Stelle als Finanzberater angenommen, diese aber aufgrund der Depressionen, mit denen er zu kämpfen hatte, nicht weiter ausüben können. Erst nach diesem Wiederausstieg aus einer Berufstätigkeit kommt es zu einer Initiierung der beruflichen Rehabilitationsmaßnahme. Der Interviewpartner beginnt über das BBRZ mit einer gründlichen beruflichen Neuorientierung. Im Vordergrund stehen hier nicht die Defizite des Rehabilitanden sondern seine Leistungsfähigkeit.

Wesentlich für den Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen ist auch, dass RehabilitandInnen eben nicht nur ihre **Defizite**, sondern auch ihre eigene **Leistungsfähigkeit** wahrnehmen können, um so auch wieder **Selbstbewusstsein** aufbauen zu können.

Ich arbeitete bis jetzt mehrere Stunden am Computer jeden Tag, also wirklich durchgehend so vier bis fünf Stunden. (Das beeinträchtigt mich nicht) Ich kann, wenn ich will auch körperlich etwas arbeiten, aber die Beeinträchtigung ist einfach im Zusammenhang mit der Wirbelsäule, denn ich soll nicht soviel heben, nicht permanent.²³²

²³⁰ Der behandelnde Unfallchirurg im Fall Interviewpartner HP.

²³¹ Interviewtranskript, Interviewpartner HP, Seite 5.

²³² Interviewtranskript EP, Seite 3

4.3.1.2 Selbstaufgelegter Erwartungsdruck

Auch wenn das Erkennen der eigenen Leistungsfähigkeit in erster Linie zur Stärkung des Selbstbewußtsein führen kann, können die in Aussicht gestellten beruflichen Umschulungsmaßnahmen viele RehabilitandInnen auch in einen überhöhten und selbstaufgelegten Erwartungsdruck führen, wobei unklar ist, ob dieser von außen an sie herangebracht wird oder in ihnen selbst entsteht, weil der Wunsch wieder „normal“ zu werden, so groß ist.

Ich weiß nicht ob ich es zur vollen Zufriedenheit für mich und für andere bewältigen kann (...) ich kann das schwer sagen. Also ich werde mein Bestes versuchen, immer, ich werde mich in jeder Beziehung immer anstrengen, dass ich es jedem Menschen recht mache, wenn's geht irgendwie. Ja, aber mein zukünftiger Arbeitgeber zum Beispiel müsste, also er muss nicht Verständnis dafür haben. (Aber) wenn er mich einstellt, dann muss er auch akzeptieren, dass ich vielleicht noch, wer weiß, wie's in 5 oder 6 Jahren aussieht, vielleicht noch gewisse Schwächen habe, aber ich werde versuchen die natürlich auszubessern bis dahin.²³³

Die erwartete Rolle, die ArbeitgeberInnen einnehmen sollen, ist differenzierter zu sehen:

So verlangt die Interviewpartnerin, dass diese nicht Rücksicht nehmen oder Verständnis für die Leistungsschwäche aufbringen müssen, dass sie diese jedoch akzeptieren sollen, sodass daraus kein Konflikt entsteht. Dem gegenüber steht der Anspruch an sich selbst, sich immer anzustrengen oder es allen recht machen zu wollen, was schon für Menschen mit „normalem“ Leistungsniveau ein unerreichbares Ziel ist. Auch die hier formulierte Zielsetzung, die Schwäche, unbedingt „auszubessern“ zu wollen, ist als Coping-Strategie in Zusammenhang mit epileptischen Anfällen nach einer schweren Kopfverletzung und damit zusammenhängenden Konzentrationsstörungen, im Hinblick auf den erwarteten Erfolg fragwürdig.

Der selbstaufgelegte Druck ist auch dann sehr hoch, wenn so wie in einem anderen Fall die angestrebte und letztlich auch finanzierte Ausbildung, im Zuge der beruflichen Rehabilitation, nicht nur eine gezielte Vorbereitung auf die Re-Integration den Arbeitsmarkt ist, sondern auch ein Schritt in Richtung „höher Qualifizierung“ und somit eine enorme zusätzliche Re-Integrationsherausforderung auf sich genommen wird. In den Schilderungen über den Verlauf der Ausbildung ist der Stolz über die Bewältigung der Anforderungen unüberhörbar, wenn auch nicht verborgen bleibt, dass z.B. die jahrelange Absenz vom Berufsalltag, letztlich auch der schulische Letztabschluss²³⁴ die Anstrengungen die zur Bewältigung unternommen werden müssen noch mehr hervorheben.

(...) Ich weiß, es ist eine Büroarbeit, und da ist der Umgang total anders als im Gastgewerbe und es ist eine Arbeit, die einen wirklich fordert und einem etwas gibt. Und ich hab gesagt, ich will nicht wieder irgendeinen Kurs machen und wieder als Hilfskraft arbeiten, weil ich weiß, dass ich mehr kann. Ich beurteile mich selbst nach meinen Leistungen und das ist oft ein Problem für mich. (...) Ich will einfach mein bestes geben und auch in der Ausbildung. Es ist egal was ich mache, ich will immer das Beste rausholen, was möglich ist und das ist zeitweise sehr anstrengend. Es ist oft schwierig, wenn man sich selbst danach beurteilt wie man beruflich oder schulisch ist. Daran arbeitet mein Therapeut noch. (...).²³⁵

Der selbstaufgelegte Druck in einem anderen Fall geht vor allem dahin, dass im Rahmen der Berufsorientierung „der richtige Beruf“ gefunden werden muss. Der Druck ist vor allem dann sehr hoch, wenn der Beruf in der Wunschbranche (Gastgewerbe/Tourismus) zu finden ist und somit gleichzeitig auch bedeuten kann, dass man in das „krankma-

²³³ Interviewtranskript TK, Seite 9

²³⁴ Interviewpartnerin MT verfügt lediglich über einen HS- und LehrabschlussSeite

²³⁵ Interviewtranskript, Interviewpartnerin MT. (Zeile 170:179).

chende“ Umfeld zurück kehren könne, wenn auch gleichzeitig nicht im „klassischen Gastgewerbe“ arbeiten zu müssen²³⁶.

4.3.1.3 Aus- und Weiterbildung als Zeitaufschub und Arbeitsmarktvorbereitung

Einige RehabilitandInnen wählen als Übergangsweg bzw. auch als Vorbereitung für eine erfolgreiche Re-Integration in den Regelarbeitsmarkt oft eine zusätzliche Aus- oder Weiterbildung, die vielfach von psychosozialen und medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen begleitet wird :

(...) jetzt hab ich dann halt nach einem Studium gesucht, wollte zuerst Gesundheits-sport studieren, da hab ich die Aufnahmeprüfung nicht geschafft auf der Sportuni und dann hab ich halt gesehen, ja nebenbei wollte ich überhaupt gleich nach der Reha vielleicht Physio- oder Ergotherapie studieren, also die Akademie machen. Jedoch war ich da zu spät dran mit der Anmeldung, die hab ich dann heuer jetzt im Februar glaub ich war die Aufnahmeprüfung, die hab ich dann nicht geschafft und dann ich hab gleich das Pflegewissenschaftsstudium entdeckt und seitdem studier ich das.²³⁷

Die betroffenen Personen werden hier vielfach mit Kriterien der Ausschlusses aufgrund etwaiger körperlichen Einschränkungen konfrontiert. Es wird, vielleicht das erstmal bewußt die Erfahrung gemacht, sie *plötzlich* mit Beeinträchtigungen zu leben haben bzw. als behinderte Menschen bei der Wahl vieler Ausbildungswege benachteiligt sind. Hier ist Im Sinne der gesellschaftspolitischen Zielsetzung, die Teilhabe beeinträchtigter Menschen zu fördern. Es sollte es möglich sein, Menschen mit Lern- und Konzentrationschwäche (wie es bei dem oben zitierten Rehabilitanden der Fall ist) gezielt zu fördern. Etwa würde die Möglichkeit einer Integrationsklasse (Integrationsjahrgang) bzw. zusätzlicher Fördermaßnahmen für Menschen mit Beeinträchtigungen auch für Studien an Universitäten, Fachhochschule oder Akademien durchaus zu begrüßen sein. Allein die Skizzierung dieses einen Falles zeigt, dass im tertiären Bildungsangebot noch ein hoher Aufholbedarf für die Intergration von Menschen mit Bedürfnissen zu gewährleisten ist, auch wenn formal Menschen aufgrund von Behinderungen nicht vom (tertiären) Bildungsangebot ausgeschlossen werden (sollten).

4.3.1.4 Geringfügige und Teilzeitbeschäftigung als Zwischenlösung

Wenn die ursprüngliche Vollzeitbeschäftigung nicht mehr zur Gänze ausgeübt werden kann, ist es vielfach eine Strategie der befragten RehabilitandInnen, sich eine geringfügige oder Teilzeitbeschäftigung zu suchen, um quasi eine Übergangstätigkeit ausüben und um die ökonomische Situation aufbessern zu können. Diese Tätigkeiten werden entweder ergänzend zum Arbeitslosenbezug oder in späterer Folge, wie sich in den Gesprächen herausgestellt hat auch anstatt der ursprünglichen Vollzeitbeschäftigung ausgeübt. Vielfach wird auch eine geringer bezahlte, dafür aber leichtere Tätigkeit in Kauf genommen, um die körperliche Belastung zu reduzieren um aber dennoch die finanzielle Situation aufzubessern. Dennoch ist es notwendig um die Lebenserhaltungskosten finanzieren zu können, den Bezug aus Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe für eine gewisse Zeit aufrecht zu erhalten. Um diese Balance halten zu können, muss davon ausgegangen werden, dass viele RehabilitandInnen auch in Arbeitsverhältnissen zu finden sind, die nicht den sozial- und arbeitsrechtlichen Anforderungen entsprechen. Auch wenn diese Zwischenlösungen die finanzielle Situation verbessern muss das Augenmerk darauf gerichtet sein, RehabilitandInnen wieder durch Qualifizierung und Umschulung in Arbeitsverhältnisse zu bringen, mit Hilfe derer es gelingt die finanzielle Situation zu stabilisieren die den vollen sozial- und arbeitsrechtlichen Ansprüchen genügt und die darüber hinaus auch eine sinnstiftende Tätigkeit zu lassen.

²³⁶ Vgl. Interviewpartner HK.

²³⁷ Interviewtranskript TK, Seite 1.

4.3.1.5 Gelingende Kooperationsbeziehungen in den ersten Schritten der beruflichen Rehabilitation

An anderer Stelle wurde bereits betont, dass ein gutes Betreuungs- und Beratungsverhältnis im Kontext der AMS-Beratung wichtig ist für eine gelingende Re-Integration in den Arbeitsmarkt. Für RehabilitandInnen scheint es vor allem dann wichtig zu sein, wenn es für die betroffene Person einen Anspruch auf Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation geben könnte, der sich aber nicht bereits direkt aus vorausgegangen medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen abgeleitet hat. In dem Fall eines möglicherweise direkten Übergangs von einer medizinischen Rehabilitation in eine Maßnahme der beruflichen Rehabilitation kann unter Umständen der Zwischenschritt „Arbeitslosigkeit – AMS-Betreuung“ umgangen werden. Häufig sind Personen mit mehr oder weniger fragilen Ausbildungs- und Berufsbiografien dazu aufgefordert etwaige Ansprüche auf berufliche Rehabilitationsmaßnahmen direkt mit den jeweiligen AMS-BetreuerInnen auszuverhandeln.

Eine Rehabilitandin schildert z.B. das letztlich ein konstruktives Betätigungsklima in der regionalen AMS-Stelle dazu, dass eine Ausbildung im Rahmen einer arbeitsmarktpolitischen Trägereinrichtungen in Anspruch genommen werden kann.

(...) Ich habe dann mit meinem AMS -Betreuer ein Gespräch geführt, und er hat gesagt ins Gastgewerbe zurück geht nicht mehr²³⁸. Er hat das dann ganz nett ausgedrückt und hat gesagt, wenn er mir einen Tipp geben dürfte, sofern es für mich möglich wäre. Wenn man die Ausbildungen mit Autos vergleicht, ist XXX²³⁹ der Mercedes (...).²⁴⁰

Die grundsätzliche Abklärung über das Ziel der Ausbildung²⁴¹ erfolgt rasch und scheinbar unbürokratisch auf Grund der Maßnahmensetzung des Ams.

Auch ein weiterer Rehabilitand spricht von einem guten Kontakt zur regionalen AMS-Beraterin. Das Klima sei immer auf gegenseitige Wertschätzung und Respekt aufgebaut gewesen. Klar und deutlich seien die gegenseitigen Wünsche und Anforderungen schon beim ersten Treffen formuliert worden.

(...) Ich hab absolut offen mit ihr gesprochen, ich hab ihr gesagt, was ich möchte, sie hat mir gesagt, was sie möchte.

Sicher kann man sich sowieso nie sein bei irgendwas, aber sie hat mir das gleich von Anfang an klar gemacht, dass es da ja wirklich um nicht wenig Geld geht und das sehe ich auch vollkommen richtig so, weil es ist ja ein Blödsinn sehr viel Geld wegzuzwerfen, oder was heißt wegzuzwerfen, beim Fenster raus zu schmeißen, wenn derjenige das nur halb oder irgendwie macht, nur dass er die Zeit hinüber schiebt.²⁴²

Thema der Gespräche war in diesem Fall wieder, die genau Abklärung darüber, dass der Interviewpartner wirklich nicht anstrebe in das „klassische“ Gastgewerbe zurück zu kehren. Tatsächlich sagt der Interviewpartner sei er viel mehr gänzlich Ahnungslos gewesen über seine berufliche Zukunft. Klar war nur mehr nicht mehr „in die eine Form“ des Gastgewerbes zurück zu gehen, wenn auch rasch wieder die Idee vorhanden war – in einem Bereich des Gastgewerbes zu arbeiten. Der Prozess der Arbeitsfindung bzw. Neuorientierung wird letztlich vom AMS voll unterstützt. Der Interviewpartner erhält die Möglichkeit, im Rahmen einer arbeitsmarktpolitischen Maßnahme, an einer Umschulungs- bzw. Berufsorientierungsmaßnahme teilzunehmen.

²³⁸ Anm. Auf Grund der krankheitsbedingten Umstände.

²³⁹ Regionale BBRZ-Stelle Steiermark.

²⁴⁰ Interviewtranskript, Interviewpartnerin MT, Seite 2.

²⁴¹ Assistenz der Finanzbuchhaltung (BBRZ).

²⁴² Interviewtranskript, Interviewpartner HK, Seite 5.

Ähnlich wie Interviewpartnerin MT ist auch für Interviewpartner HK²⁴³ der Einstieg in die Schulungs- bzw. im letzten Fall Berufsorientierungsmaßnahme eine enorme Herausforderung an die eignen Leistungen. Nach anfänglichen „Orientierungsschwierigkeiten“ mit der Einrichtung finden sich der Interviewpartner recht rasch zurecht. Die Zufriedenheit mit der letztlich getroffenen Entscheidung, einer Ausbildung im Wellnessbereich, schreibt der Interviewpartner vor allem den „wirklich sehr kompetenten Leuten“ der arbeitsmarktpolitischen Maßnahme zu. Der Erfahrungsaustausch mit anderen KursteilnehmerInnen ist motivierend, die Gespräche mit den anderen werden als entlastend empfunden.

Nicht immer gestalten sich die Kooperationsbeziehungen zwischen den RehabilitandInnen und den VertreterInnen der institutionalisierten Rehabilitation als positiv.

4.3.1.6 Schwierige Kooperationsbeziehungen in den ersten Schritten der beruflichen Rehabilitation

Schwierig können sich Kooperationsbeziehungen vor allem dann gestalten, wenn neben den *eigentlichen* Rehabilitationsanforderungen auch, wie bereits erwähnt, Themen aus einer bis dahin inkonsistenten Erwerbsbiografie dazu kommen. In diesen Fällen kann man von doppelter „Integrations- bzw. Rehabilitationsleistung“ sprechen. In einem konkreten Fall geht z.B. einerseits um eine Re-Integration nach einem schweren Unfall mit bleibenden körperlichen Schäden und andererseits geht es bzw. ging es um eine Re-Integration des Betroffenen in die Gesellschaft nach einer Inhaftierung im offenen Strafvollzug. Erschwert wurde die Situation hier, dass der Rehabilitand über eine stark fragmentarische Berufslaufbahn verfügt, welche immer wieder von Zeiten der Arbeitslosigkeit unterbrochen war. Zu einem Erstkontakt mit dem AMS kommt es ca. drei Jahre nach dem Unfall²⁴⁴. Zu diesem Zeitpunkt ist die medizinische Rehabilitation abgeschlossen. Der anschließende Prozess gestaltet sich, nach Auskunft des Interviewpartners als schwierig. Interviewpartner HP, sagt er sei lange als „normaler haftentlassener Arbeitsloser“ angesehen worden, die Krankengeschichte und die klar dokumentierte körperliche Einschränkung²⁴⁵ werden nicht thematisiert. Vielmehr werden eine Zeitlang Stellen vermittelt, vorwiegend aus dem Tätigkeitsfeld sind, in dem der Interviewpartner zuletzt tätig war und in die er auf Grund der Verletzungen nicht mehr zurück kann. Die Kooperationsbeziehung zum AMS gestaltet sich als sehr schwierig. Der Interviewpartner verweigert immer wieder Stellen, woraufhin das Arbeitslosengeld, entsprechend der dafür vorgesehenen Fristen gesperrt wird. Ein AMS-Betreuungswechsel führt dazu, dass der Interviewpartner noch einmal dazu aufgefordert wird amtsärztliche Nachweise über den Grad der Einschränkungen vorzulegen. Dies, obwohl es ein gesamtes Dossier aus der Abschließenden Begutachtung durch einen Rehabilitationsmediziner gibt. Grundsätzlich kommt es nach der Vorlage der *neuen* Diagnosen zu einer Dynamisierung in der AMS-Betreuung. Der Interviewpartner nimmt an verschiedenen arbeitsmarktpolitischen Kursmaßnahmen teil.

(...) Also, der Berufsalltag war überhaupt nicht mehr gegeben, war nicht mehr gegeben. Also, wo ich hingegangen bin und gesagt hab ich kann nicht mit der linken Hand schon gar nicht, Büro? Ja, was? Keine Ahnung davon. Also weder Schreibmaschine, noch sonst irgendwas, also ich hab nichts können. Ich hab keine handwerkliche Tätigkeit machen können, und im Büro oder kaufmännisches auch nicht, weil da hab ich auch Null Ahnung davon gehabt.

(...) Also ich hab damals einen AMS- Berater gehabt, der war damals recht auf Zack, der hat damals gesagt: Hören sie, Herr XXX, wir müssen irgendwas machen, weil ich bringe sie weder dort unter noch da unter, ich kann mit ihnen gar nichts machen. Wie viel interessieren sie sich für Computer? Und ich hab damals gesagt gehabt: Pfu, ei-

²⁴³ Interviewpartner HK verfügt lediglich über einen HS- und Lehrabschluss

²⁴⁴ Der Unfall passierte 1998, 2001 kommt es zum Erstkontakt mit dem zuständigen AMS.

²⁴⁵ Der Rehabilitand darf nicht mehr als 8 Kilogramm heben.

gentlich gar nicht. Und er hat gesagt: Das ist mir eigentlich jetzt wurscht (...), sie machen ganz einfach die ECDL Prüfung, ja? Da hab ich ihm drauf gesagt: Wenn's was bringt, wenn ich sehe es bringt mir was und ich kann damit irgendwo einsteigen- Ja, kein Problem! Hab ich auch gemacht und hab wirklich viele Bewerbungen weggeschickt gehabt, hab auch zick Vorstellungsgespräche gehabt und jeder hat dann gesagt: Sie kommen frisch von der Tischbank (*Ausbildung*), sie nutzen mir gar nicht.²⁴⁶

Die darauf folgenden weitem arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen (Bewerbungskurse) sind zu lose, es fehlt die Möglichkeit sie in andere Grundqualifikationen zu integrieren, es gibt keine darauf aufbauenden Strukturen. Das gewünschte Ziel einer beruflichen Re-Integration wird nicht erreicht. Eigeninitiativen im Bereich der Arbeitssuche enden zumeist enttäuschend, weil die Rückmeldungen mehrheitlich negativ sind. Neben den negativen Aspekten stellt sich aber auch ein positiver Nebeneffekt ein: Das Interesse an EDV und IT-Fragen wird geweckt. Mit finanzieller Unterstützung der Familie erwirbt der Interviewpartner im Rahmen unterschiedlichen Weiterbildungsinstitutionen umfassende Kenntnisse im Bereich der Webdesign, Systemwartung udgl. Trotz der unzähligen, tw. auch kostenintensiven Zusatzausbildungen gelingt der Berufseinstieg nicht wirklich. Der Interviewpartner ist weiterhin auf die Unterstützung des AMS angewiesen.

Im Laufe der AMS-Betreuung kommt es zu einer internen Umstrukturierung. Der Interviewpartner erhält wieder eine neue Ansprechperson.

(...) Es ist ja so, durch das – ähm - Nachdem ich mit der AMS Betreuerin überhaupt nicht konnte, hat sie mich, also hat sie gesagt, sie muss mich (für) ein halbes Jahr irgendwo anders als Betreuung hingeben, und da ist eben dieses Reha- (*Arbeitsmarktpolitischer Träger* Genau, dort bin ich hingekommen, war zwar nicht begeistert, aber ich war froh, dass ich von der AMS Betreuerin weg war, nicht? Also ich bin wirklich dem Projekt sehr negativ gegenüber gestanden am Anfang, aber das erste Gespräch, ich glaub 2 Stunden war das damals, mit der einen Frau, da hab ich mir gedacht, ja vielleicht bringt's wirklich was, vielleicht bringt's wirklich was (...).²⁴⁷

Der endgültige Einstieg in die arbeitsmarktpolitische Maßnahme zeigt sich schließlich als positiv. Es kommt zu einer Abklärung der zukünftigen beruflichen Ausrichtung. Der Rehabilitand beginnt eine umfassende, längerfristige Ausbildung im Bereich Büromanagement und Bilanzbuchhaltung. Die Kooperationsbeziehung zwischen AMS und Rehabilitanden ist in diesem Fall als sehr schwierig zu bezeichnen. Aus unterschiedlichen Gründen, die hier nicht detaillierter diskutiert werden können, ist es offensichtlich nur sehr schwer gelungen den subjektiven Bedarf an Unterstützungen zur Re-Integration zu erkennen. Es wurde hier, so zumindest aus der „Geschichte des Rehabilitanden“ lesend, zu lange an Hand ausschließlich objektiver, standardisierter Kriterien der Zuweisung von Maßnahmen gehandelt. Die gesetzten Interventionen sind somit mehrheitlich nach „objektiven Indikationen“ erfolgt und weniger nach dem subjektiven Bedarf des Rehabilitanden, welcher zudem noch mit doppeltem Re-Integrations- und Rehabilitationsansprüchen in das Betreuungsverhältnis gekommen ist. Die Frage die sich hier stellt ist allerdings:

Wie kann in zeitlich limitierten, ressourcenknappen Settings überhaupt möglich sein konkret auf den subjektiven Bedarf von KlientInnen oder KundInnen einzugehen?

²⁴⁶ Interviewtranskript, Interviewpartner HP (Zeile 240:262).

²⁴⁷ Interviewtranskript, Interviewpartner HP, Seite 9.

4.3.1.7 Berufliche Rehabilitationsmaßnahmen – Kontext *bürokratischer Hürden*

Arbeitsmarktpolitische Maßnahmen bzw. Trägereinrichtungen zur beruflichen Rehabilitation sind im Kontext von Berufsorientierung, Einleitung von berufsfördernden Maßnahmen (Ausbildungen, Umschulungen etc.), Klärung der wirtschaftlichen Sicherung und finanzieller Hilfen, Klärung finanz- und sozialrechtlicher Ansprüche udgl. angesiedelt.²⁴⁸

Aufgrund der mangelnden Kooperation zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation, vor allem im Fall von Unfällen und Krankheiten, jenseits der klaren Zuständigkeit wie bei Berufserkrankungen und Berufs- Arbeitsunfällen, erfolgt die erste Zuweisung in der Regel durch das jeweilige AMS, die RehabilitandInnen sind als „arbeitslos“ gemeldet. In der Erfahrung der InterviewpartnerInnen ist die Beziehung zur/zum jeweiligen AMS-BeraterIn ausschlaggebend wie schnell man „in eine Maßnahme“ kommt oder nicht. Für die RehabilitandInnen ist mit der Aufnahme in die Maßnahme zumeist eine große Hürde bewältigt, die sie vielfach bereits ein Stück weiter in die „eigene berufliche Zukunft“ bringt. In vielen Fällen beginnt aber erst nach der ersten Abklärungsphase (Einstufungstest, Berufsorientierung) das große Bangen ob überhaupt weitere Ansprüche auf Ausbildungspakte in den arbeitsmarktpolitischen Trägereinrichtungen, auf maßgeschneiderte Ausbildungspakte in Kooperation mit dem freien Ausbildungsmarkt udgl. von z.B. den Versicherungsträgern, den Behörden etc. finanziert werden oder nicht.

Der Erstkontakt mit dem Ausbildungsträger erfolgt über den Kontakt durch den AMS-Betreuer. Das Berufsorientierungsverfahren wird von Interviewpartnerin MT positiv absolviert. Bevor die Ausbildung aber tatsächlich in Anspruch genommen werden konnte waren, offensichtlich erst zu diesem Zeitpunkt auftauchende, grundsätzliche Finanzierungsfragen zu klären. Die Zeit wird von der Interviewpartnerin MT als sehr anstrengend empfunden. Ihr Alter (sie ist zum Zeitpunkt der Ausbildungsanbahnung 42) wurde, so die Interviewpartnerin immer wieder als Argument für oder gegen eine Finanzierung der Ausbildung im Rahmen der beruflichen Rehabilitation ins Treffen geführt.

(...) Es war zum Beispiel die Berufsorientierung das erste, das abgeklärt worden ist, dann hat das XXX (*arbeitsmarktpolitische Trägereinrichtung*) die Rückmeldungen zum AMS gemacht und dann hab ich müssen, also zwischendurch war ich 4 Wochen zu Hause, wo ich einfach eben warten hab müssen auf einen Bescheid, ob jetzt der Kostenträger einstimmt. Ja, ob das gezahlt wird, oder nicht. Das war nämlich auch die Frage, ob in dem Alter oft noch eine Ausbildung sinnvoll ist. (...) *Ich war 42, ja, und das ist immer sehr schwer, ob das wirklich dann (mit dem Alter, Anm.), ja (möglich ist)*. Und ich hab mich aber dann sehr gut verteidigt und sehr bestimmend gesagt genau das will ich und ich weiß, dass ich das schaffen kann. Ja, und dann war *das* eigentlich das überhaupt kein Problem mehr.²⁴⁹

Eine ähnliche Situation schildert ein andere Rehabilitand. Die grundsätzliche Abklärung über die weitere berufliche Orientierung erfolgt in intensiver Kooperation mit der zuständigen AMS-Beraterin. Beide sind sich darüber einig, dass der Interviewpartner im Rahmen einer Berufsorientierung eines arbeitsmarktpolitischen Trägervereins in einem gezielten, professionellen Assessment seine beruflichen *Wunschvorstellungen* abklären soll. Nach der ersten Orientierungsphase kommt man im Rahmen des Trägers, in Kooperation mit einem Betreuer, auf eine maßgeschneiderte Ausbildung im, wie bereits erwähnt, Wellnessbereich. Kurz vor Abschluss der Maßnahme im arbeitsmarktpolitischen Träger, noch bevor der Interviewpartner mit seiner maßgeschneiderten Ausbildung beginnen kann, kommt es zu einem Rückschlag. Es stellt sich heraus, dass die dafür notwendigen Ausbildungskosten nicht in der veranschlagten Höhe vom AMS getragen werden können. Für den Interviewpartner ist das ein extremer Rückschlag. werden immer wieder auftauchende „*bürokratische Hürden*“ geschildert, die teilweise zu ganz unerwarteten Zeitpunkten im je individuellen Rehabilitationsverlauf auftreten können.

²⁴⁸ vgl. Mühlum /Gödecker-Geenen 2003, Seite 56f.

²⁴⁹ Interviewtranskript, Interviewpartnerin MT, Seite 7.

(...) Naja, das ist fast bis zu den letzten 2 Tagen gegangen, da hat's dann die letzten 2 Tage oder am vorvorletzten Tag da hab ich ein bisschen einen moralischen Einbruch gehabt, weil für die ganze Sinnesfrage und dem ganzen, ja? Weil mir fast gesagt worden ist: Das AMS hat vielleicht 3000 zum Ausgeben und der Kurs kostet aber fast 10.000 und da hab ich mit dem Herrn XXX²⁵⁰ geredet, sag ich: Ja, ich versteh das überhaupt nicht, dass mir nicht von Anfang an gesagt wird: He, du hast 3000. Gut, dass es solche Sachen gibt, mit 3000 kann ich keine Ausbildung machen, ja das ist ein Schnupperkurs für irgendwas und das ist mir eben gesagt worden, dass maximal so und so viel zum Ausgeben ist, ja? Und dann hat's so ausgeschaut, dass es nicht finanzierbar ist (...).²⁵¹

Vor dem zusammenstellen des maßgeschneiderten Ausbildungsprogrammes, so der Interviewpartner, habe er eine Menge an Untersuchungen und Abklärungen gemacht um den richtigen Finanzierungsanspruch in Anspruch nehmen zu könne. Nie, so der Interviewpartner sei wirklich thematisiert worden, dass seine Umschulungsmaßnahme doch nicht finanziert werden könne. Vielmehr stellte sich heraus, dass die Kostenübernahme nur dann erfolgen würde, wenn die Maßnahme direkt beim arbeitsmarktpolitischen Träger angesiedelt sei und nicht wie in seinem Fall eine Ausbildung in einem Weiterbildungsinstitut ohne arbeitsmarktpolitischen Hintergrund. Diese Informationen verunsichern und verärgern den Interviewpartner sehr. Kritik gegen den arbeitsmarktpolitischen Träger wird laut, wenn auch dir grundsätzlich Möglichkeit der intensiven Abklärung, der Berufsorientierung für gut befunden wird. Gerade TeilnehmerInnen, so der Interviewpartner, deren Schulbildung bereits lange zurück liegt, könnten in der ersten Orientierungsphase eine realistische Einschätzung über sich selbst erhalten. Dennoch müsse dann rasch eine realistische Rückmeldung über die Finanzierung von Ausbildungs- und Umschulungsprogrammen erfolgen.

(...) Uns so hat das halt dann ausgeschaut, na und ich hab mich dann fast ein bisschen geärgert, weil mir das nicht von Anfang an gesagt worden ist, weil wenn mir das von Anfang an gesagt worden ist: Und so schaut's bei uns aus, das können wir ausgeben, nachher such ich ja schon erst einmal in der Zeit vor dem XXX²⁵² in diese Richtung, ja? Und such nicht irgendwas raus, weil angeboten wird ja alles, ja? Also du kannst ja wirklich von- bis durchschauen, was kannst du machen? Wo ist dein Wissensstand? Was ja auch sehr interessant war, weil wenn man so lange weg ist von der Schule und zwar glaubt, man kann rechnen und man kann schreiben, und dann diese ganzen Arbeiten auch im XXX²⁵³, dann sieht man wo man eigentlich wirklich steht! Da kann man natürlich auch nicht sagen: okay ich geh jetzt von heute auf morgen studieren oder was, man schafft das locker.²⁵⁴

Im Falle des Interviewpartners gelingt es dem Betreuer in der arbeitsmarktpolitischen Maßnahme, auf Grund hohen persönlichen Einsatzes, eine Finanzierungsmöglichkeit für den Rehabilitanden zu sichern.

Es zeigt sich hier deutlich das hier die Ziele, an denen die TeilnehmerInnen in den beruflichen Orientierungsmaßnahmen arbeiten müssen, immer konkret auch auf die jeweilige Finanzierungsmöglichkeit abgestimmt sein müssen. Bereits zu einem frühen Zeitpunkt, muss neben der realistischen Neuorientierung ein realistisches transparentes Finanzierungskonzept vorliegen. Zum einen um Enttäuschungen zu einem oftmals späten Zeitpunkt zu vermeiden und zum anderen auch um den RehabilitandInnen die Möglichkeit eines realistischen Aufbaus einer beruflichen „Neuorientierung“ zu geben. In jedem Fall müssen, vor allem auch mit RehabilitandInnen, deren Rehabilitation noch nicht abgeschlossen ist, und die noch nicht wissen, was sie nach der Erkrankung oder

²⁵⁰ Betreuer und Bezugsperson in der arbeitsmarktpolitischen Maßnahme

²⁵¹ Interviewtranskript, Interviewpartner HK, Seite 6.

²⁵² Arbeitsmarktpolitische Trägereinrichtung

²⁵³ Arbeitsmarktpolitische Trägereinrichtung

²⁵⁴ Interviewtranskript, Interviewpartner HK, Seite 7.

einem Unfall aus gesundheitlichen Gründen schaffen können oder nicht, von Beginn an klare Ziele gesetzt werden:

Klare Ziele und klare Informationen mit den Versicherungsträgern und sonstigen finanzierungsverantwortlichen Institutionen damit von vornherein späte *enttäuschungsfördernde* Entscheidungen vermieden werden können.

Klare Ziele in die inhaltliche Ausrichtung von Ausbildungen, die sowohl einen „Plan A“ als auch einen „Plan B“ für den Fall eines Scheiterns enthalten.

Neue Aus- und Weiterbildungen können häufig auch Kompromisse sein, die Zustandekommen, weil der jeweilige Versicherungsträger eine Ausbildung nicht bezahlt oder RehabilitandInnen die „Wunschausbildung“ trotz Bemühungen nicht bewältigen. Selbst dann muss der Kompromiss auf Basis der Zustimmung der RehabilitandInnen gefällt werden, nur so kann gewährleistet werden, dass berufliche Rehabilitationsmaßnahmen auch längerfristig als *erfolgreich* bezeichnet werden können.

4.3.1.8 Optimistische Zukunftserwartungen - Realität des Arbeitsmarktes

Häufig stellt sich RehabilitandInnen auch die Frage, wie sie am schnellsten wieder den ursprünglichen Zustand vor dem Unfall oder der Erkrankung herstellen können. Eine stark optimistische Grundhaltung – auch unmittelbar nach einem Unfall oder nach schwerer Krankheit – kann das Rehabilitationsgeschehen auch durchaus positiv beeinflussen:

Ein Rehabilitand nach einem Brustwirbelbruch:

Ich habe gesagt, ich werde mit allem fertig. Ich hab den Krebs überstanden, was soll mich da noch wirklich aus der Bahn werfen. (...) Ich hab mir eigentlich keine Fragen gestellt, ich hab gewusst, es geht bergauf, noch schlimmer kanns nicht werden.²⁵⁵

Eine Rehabilitandin beschreibt, dass sie sich nicht versucht hat, über die Krankheit zu definieren, sondern vor allem mit dem Gedanken beschäftigt war, wieder gesund zu werden, also den „normalen“ Zustand vor der Krankheit wieder herzustellen. Jedoch besteht die Möglichkeit, dass durch diese Haltung die Diagnose einer chronischen Krankheit (wie Morbus Crohn) und damit verbundene Verhaltensempfehlungen (wie etwa Stressvermeidung) nicht ernst genommen werden.

Die Diagnose Morbus Crohn, von dem ich vorher keine Ahnung hatte, hatte ich sehr leicht genommen. Ich hatte keine tiefgründigen Gedanken. Eher der Gedanke an das Wieder-Gesund-Werden und mich nicht als kranken Menschen zu sehen, diese Gedanken waren im Vordergrund. Diese Gedanken sind geblieben, denn ich versuche mich nicht, durch eine Krankheit zu definieren. Aber auch das ist möglicherweise nicht so gut, denn dadurch schont man sich weniger.²⁵⁶

Der Grat zwischen Optimismus und Krankheitsverleugnung ist in diesem Fall sehr schmal: Optimismus ist einerseits eine positive Grundhaltung zur Krankheitsbewältigung, Verleugnung hingegen kann u.U. dazu führen, dass der alte Lebensstil beibehalten wird und die Krankheit sich dadurch auch verschlimmert. Vielfach möchten die RehabilitandInnen auch nicht als behindert gesehen werden, einige fühlen sich trotz Beeinträchtigung ganz normal, auch wenn sie nicht alle Tätigkeiten wie in jüngeren Jahren verrichten können.

Grundsätzlich wird die Frage nach der Einschätzung über die Zukunft in *ersten Beantwortung* von beinahe allen InterviewpartnerInnen dennoch positiv beantwortet. Es zeigt sich, dass die RehabilitandInnen entweder noch in einer Ausbildung im Zuge einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme stehen oder diese erst beginnen häufig mit einer

²⁵⁵ Interviewtranskript EP, Seite 2

²⁵⁶ Interviewtranskript ES, Seite 2

optimistischen Grundhaltung hinsichtlich der Entwicklung ihrer eigenen Zukunft beantworten. Die interviewten RehabilitandInnen sind zum Zeitpunkt der Gespräche zum Großteil noch in Ausbildung in einer arbeitsmarktpolitischen Trägereinrichtungen. Ob nach dem Abschluss der Ausbildung der Einstieg in den Berufsalltag gelingen wird oder nicht ist zu diesem Zeitpunkt noch nicht vorhersehbar. Die RehabilitandInnen sind in Bezug auf ihre Re-Integration in den Arbeitsmarkt optimistisch, wohl auch deswegen, weil sie, wie z.B. eine Interviewpartnerin zum Teil neben der Ausbildung jeweils einen Tag in der Woche in einer Firma arbeitet, wenn auch vorerst nur im Rahmen eines Praktikums. Trotzdem setzt die Interviewpartnerin ihre eigenen Chancen realistische in Bezug mit den Bedingungen des regionalen, lokalen Arbeitsmarktes. Im Zusammenhang mit dem Aspekt der zuvor genannten „höher Qualifizierung“ davon ausgegangen werden kann, dass es für die Interviewpartnerin *leichter* sein kann eine Anstellung nach Beendigung der Ausbildung zu finden. Durch die höher Qualifizierung eröffnen sich neue Arbeitsplatzperspektiven die auch über den regionalen und lokalen Kontext hinausführen. Die Interviewpartnerin scheint im Sinne einer Qualifikationszunahme nunmehr besser auf die Wettbewerbssituation am Arbeitsmarkt vorbereitet zu sein als vor in Anspruchnahme der beruflichen Rehabilitationsmaßnahme²⁵⁷.

Ein Rehabilitant hat die geplante Ausbildung zum Wellnesstrainer zum Zeitpunkt des Interviews noch vor sich. Er selbst sieht seine Zukunft positiv. Sein Motto ist:

(...) wenn man wirklich will und wenn man schauen will (...) ist eigentlich mehr als genug Zeit, dass man wirklich was findet, ja?²⁵⁸

Im Gespräch betont der Interviewpartner immer wieder, dass die **Freiwilligkeit** an arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen letztlich auch ausschlaggebend sein kann für den Erfolg der Maßnahme. Das erfolgreiche absolvieren einer Umschulung oder einer neuen Ausbildung kann nur gewährleistet werden, wenn die TeilnehmerInnen auch tatsächlich *freiwillig* in der für sie *richtigen* Maßnahme sind.

(...) Nur denk ich auch, so generell übers XXX²⁵⁹, man muss halt selber auch ein bisschen wollen, ja? Mir ist aufgefallen bei anderen Gruppen, so in den Raucherräumen und da hörst du ja doch immer ein bisschen mit, dass einfach schon viele Leute auch dabei sind, die einfach geschickt worden sind, die gar nicht wollen, die gar nicht wissen, was passiert da überhaupt. Die kriegen auch das gar nicht wirklich mit um was es da geht, ja? Weil sie's einfach nicht aufnehmen wollen.²⁶⁰

Zwischen dem Zeitpunkt des Unfalls und der konkreten beruflichen Rehabilitationsmaßnahme kann auch, aufgrund unterschiedlicher Umstände viel Zeit vergehen. Es ist daher nicht verwunderlich, dass ein derart langwieriger Prozess betroffene RehabilitandInnen recht pragmatisch in die Zukunft blicken lassen:

(...) Weil, wenn man nimmt, jetzt bin ich seit dem 98er Jahr rausgekommen²⁶¹, (hatte) permanent Kur, Reha, geheiratet, Scheidung (...), äh daheim sitzen vorm Computer, ich mein klar, ich erzeuge diverse Programme selber jetzt schon, nicht? Die Programmierung, weil ich's ja selber kann, nicht? Aber ich kriege nichts gezahlt dafür, nicht, ich mein ich kann was, nur kann ich's nirgends anwenden, weil für jemand anderen wo ich mich bewerben gehe, hab ich genau dieses, wenn ich Büromanagement jetzt hernehme, das Büromanagement nicht²⁶². Und das ist das Problem. Weil, selbst,

²⁵⁷ Die Interviewpartnerin MT hat ihren erlernten Beruf als Friseurin nie wirklich ausgeübt Ausbildung als Friseurin und hat lediglich kurzfristig eine Tätigkeit als ungelernete Aushilfskraft im Gastgewerbe ausgeübt.

²⁵⁸ Interviewtranskript, Interviewpartner HK, Seite 10.

²⁵⁹ Arbeitsmarktpolitische Maßnahme

²⁶⁰ Interviewtranskript, Interviewpartner HK, Seite 10.

²⁶¹ Zeitpunkt der Haftentlassung nach den Unfall.

²⁶² Im Zuge der beruflichen Rehabilitation macht der Interviewpartner eine Ausbildung im Bereich Büromanagement und Bilanzbuchhaltung.

wenn ich jetzt sage äh (Pause): Keine große Firma, also eine große Firma, die holt sich schon da Experten, nicht? Also, wenn dann eher eine kleine Firma, die neue Mitarbeiter sucht und nicht so hohe Gehälter auszahlt, weil wenn er mich mit dem einstuft, was ich an Schulungen hab, müsste er (...) –müsste er mir ein hohes Monatsgehalt zahlen und das zahlt mir keiner. Deswegen gibt's nur die Möglichkeit, eine kleinere Firma und dann, im Prinzip muss ich eh froh sein, wenn ich 1200-1500 kriege, nicht? Das ist realistisch. Ich kann nicht sagen: Ja, ich fang (in der) Bank Austria an mit 5000 Euro im Monat. Das spielt's nicht (...).²⁶³

Wichtig ist dem Interviewpartner grundsätzlich das Gefühl zu haben in der „richtigen“ Maßnahme angekommen zu sein, die verlorenen Zeit seit Abschluss der medizinischen Rehabilitation lässt sich schwer aufholen.

Die Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen ist RehabilitandInnen schon vielfach auch zu einem hohen Prozentsatz die Lösung vieler Probleme. Das erstmal kann nach einem Unfall oder einer Erkrankung wieder in einem sinnstiftenden Kontext an und über die Zukunft nach gedacht werden. So sind für einen Interviewpartner mit dem Beginn der Umschulungsmaßnahme bereits 70% der Probleme gelöst. Die Realisierung einer Anstellung im gewählten Bereich hängt in wesentlichem auch von der Aufnahmekapazität des Arbeitsmarktes ab.

(...) Jetzt bin ich ziemlich entspannt und ich schätze, dass ich 70 % der Probleme schon gelöst habe. Es kann auch sein, dass es schlechter wird aber ich denke positiv und hoffe, dass es nicht passiert (...).²⁶⁴ (...) Ich sage immer 70 % weil das andere die anderen Leute entscheiden und solange das die anderen entscheiden ist das immer schwierig und das letzte, die Ausbildung allein entscheide ich. Und das kann ich in 24 Monaten schaffen oder in fünf Jahren schaffen und wenn ich weiß, dass ich einen super Job bekomme, dann bemühe ich mich, dass ich die Prüfung rechtzeitig ablege, das ich fertig bin in 24 Monaten und es muss fertig sein. Solange die anderen entscheiden sind es immer noch 70 % und wenn ich allein bin schaffe ich es allein. Also ich entscheide dann, dass ich die 30 % leicht machen kann. Deswegen habe ich das auch so eingeteilt. Das ist das restliche, das an mir liegt. Das andere ist größtenteils die Entscheidung der anderen. Das ist immer schwierig.²⁶⁵

Als realistischen Zeithorizont gibt der Rehabilitand an, in ca. zwei bis drei Jahren wieder voll in den Arbeitsmarkt integriert zu sein, vorausgesetzt, es findet sich auch eine dementsprechende Arbeitsstelle. Vordergründig ist zum Zeitpunkt der Ausbildung aber Erleichterung darüber zu spüren, dass die Bewältigung der Zukunft in einem strukturierten Rahmen stattfinden kann.

RehabilitandInnen, die entweder in einer Ausbildung stehen oder – wenn auch nur teilweise – wieder beruflich integriert sind (z.B. geringfügig oder stundenweise beschäftigt), haben häufig eine optimistische Grundhaltung hinsichtlich der Entwicklung ihrer eigenen Zukunft. Die Zuversicht, „es irgendwie zu schaffen“, ist häufig vorhanden. Die Unterstützung, die RehabilitandInnen für sich selbst auf psychischer oder mentaler Ebene leisten können, scheint wesentlich bei der Umsetzung des geplanten beruflichen Weges zu sein.

In dem ich davon ausgehe, dass ich alles fertig mache und nicht daran zweifle und dass ich ganz sicher einen Job finden werde, auch in dieser Richtung, in der ich tätig sein möchte. Das ist die größte Unterstützung, dass man nicht so sehr daran zweifelt.²⁶⁶

²⁶³ Interviewtranskript, Interviewpartner HP, Seite 13.

²⁶⁴ Interviewtranskript, Interviewpartner MS, Seite 5.

²⁶⁵ Interviewtranskript, Interviewpartner MS, Seite 8.

²⁶⁶ Interviewtranskript ES, Seite 8

4.3.1.9 Kriterien für eine erfolgreiche Rehabilitation

Wird Rehabilitation im Hinblick auf eine Integration in den Arbeitsmarkt als Erfolg bezeichnet, so müsste aus Sicht der ExpertInnen, die Integration langfristig für die Dauer von mindestens einem Jahr erfolgen, wobei die Arbeitsbedingungen die Gesundheit des Betroffenen nicht noch mehr beeinträchtigen sollten. Zumindest sollten die Faktoren, die zur gesundheitlichen Beeinträchtigung geführt haben, beseitigt werden, damit es zumindest zu keiner Verschlechterung kommt.

Ausschlaggebend dafür, was als Erfolg bezeichnet wird, ist auch die jeweilige Ausgangssituation. Bei manchen RehabilitandInnen ist bereits ein Erfolg, wenn die alltäglichen Lebensbedingungen verbessert wurde, eine Schuldenproblematik unter Kontrolle gebracht wurde und die drohende Delogierung abgewendet werden konnte.

Auch eine stärkere Motivation ist bereits als Erfolg zu sehen, d.h. wenn sich jemand z.B. dazu aufrafft, eine Therapie zu beginnen. Bei psychischen Erkrankungen sind Heilungserfolge oft erst langfristig sichtbar, daher ist bereits der Umgang mit der Erkrankung als Teilerfolg zu werten. Dieser Umgang kann z.B. bedeuten, dass jemand alleine fähig ist, sein Leben zu gestalten, Ziele zu setzen, mehr Sicherheit auch bezüglich der eigenen finanziellen Zukunft zu haben, soziale Kontakte geknüpft zu haben. Im wesentlichen bedeutet erfolgreiche Rehabilitation, dass jemand für sein eigenes Leben wieder die Verantwortung übernehmen kann.

Das Gefühl, wieder gesellschaftlich integriert zu sein, setzt nicht notwendigerweise voraus, einer 40-Stunden-Beschäftigung nachzugehen. Vielmehr ist es notwendig, einer wie auch immer gearteten sinnvollen Tätigkeit nachzugehen, um sich selbst als gesellschaftlich integriert wahrzunehmen. Das könnte etwa auch eine Ausbildung, eine geringfügige oder stundenweise Beschäftigung oder auch die intensive Verfolgung eines in der Zukunft liegenden Plans (Planung einer Ausbildung oder Beschäftigung) sein. Wesentlich ist in diesem Zusammenhang, dass die Tätigkeit oder die geplanten Tätigkeiten auf freiwilliger Basis geschehen und nicht der Eindruck des „Zeittotschlagens“ bei den RehabilitandInnen entsteht. Auch bei verschiedenen Therapien, die auch mit Tätigkeiten verbunden sind, ist es notwendig, dass die RehabilitandInnen deren Notwendigkeit verstehen oder ein individuelles „Weiterkommen“, „einen Erfolg erkennen können. Wichtig ist mithin der Sinngelhalt einer Tätigkeit – egal ob Therapiebesuch, Schulbesuch oder Beruf – wird dieser vermittelt, so wird auch die Teilhabe an der Gesellschaft, das für das Individuum Sinn macht, vermittelt.

Eine Rehabilitandin definiert eine erfolgreiche Rehabilitation noch enger für sich:

Das würde bedeuten, dass ich die Schule, den Kurs, den ich mir ausgesucht habe, fertig mache und einen der 25 Berufe, die man anschließend nach Beendigung des Kurses ausüben kann, ausüben werde. Das wäre für mich erfolgreich rehabilitiert. Es wäre nicht sehr erfolgreich, wenn ich den Kurs besuchen würde und dann anschließend keinen dieser Berufe ausüben könnte. Das wäre dann am Ziel vorbei.²⁶⁷

Mithin bedeutet langfristig gesehen, erfolgreiche Rehabilitation nach einer Krankheit oder einem Unfall, die Reintegration ins Berufsleben.

Ein Rehabilitand beschreibt, dass es notwendig war, nach dem Entzug noch 2 bis 3 Monate „Auszeit“ zu haben, um sich darauf konzentrieren zu können, nicht wieder rückfällig zu werden.

Dann kam das Angebot eben des Freundes grad richtig im Moment wo ich also mal zu Hause auch etwas beruflich Sinnvolles tun konnte und auch bezahlt dafür bekommen hab. Und das war ein ganz ein wichtiger Schritt, nicht? Dadurch hat man wieder so ein bisschen Sinnhaftigkeit und Wertschätzung bekommen, ich hab wieder einen Job, nicht? Und ich konnte also auch in dem Umfeld sagen: ich arbeite. Dadurch fühlt man sich auch schon wieder wesentlich mehr wert und auch selbstbewusster, aber der Vorteil war eben, dass ich mich so zu Hause mal überhaupt wieder reinfinden konnte, et-

²⁶⁷ Interviewtranskript ES, Seite 8

was zu arbeiten, aber ohne diese zusätzliche Belastung ich sitz in einem Büro, ich muss jeden Tag hinfahren. Das war sicher ganz wichtig.²⁶⁸

Wesentlich ist, dass der Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt an die individuellen Bedürfnisse angepasst ist. Vielfach ist zu Beginn eine stundenweise Beschäftigung, Teilzeitarbeit oder auch Arbeit von zuhause aus sinnvoll, etwa dann, wenn das Normalarbeitsverhältnis eine zu große Belastung für den/die RehabilitandIn darstellen würde und wieder in einen Arbeitsverlust müden würde.

(...) so sukzessives Einsteigen in den Arbeitsprozess ist ein sehr wesentlicher Punkt, der sehr hilfreich ist. Ja, Verständnis und Möglichkeiten, weil es ist ja nicht so weder ich, noch die Leute, die ich kenne sind glücklich über die Situation und freuen sich, dass sie zu Hause sein dürfen. Es fehlt ihnen oft schon alleine schon an den Möglichkeiten, weil meistens gibt's die Alternative entweder du bist zu Hause und arbeitslos oder krank oder du gehst von früh bis spät arbeiten jeden Tag und das ist für die meisten unmöglich und ein unvorstellbarer Gedanke und da war es zum Beispiel wichtig, Möglichkeiten zu schaffen, in einem angenehmen Rahmen, wenn man das sukzessive wieder erlernt ja, auch 8 Stunden an einem Arbeitsplatz auszuhalten und am Anfang ist es ein reines Aushalten. Und dann vielleicht wird das Aushalten weniger.²⁶⁹

In diesem Zusammenhang wäre wesentlich, dass Reha-Einrichtungen auch Beratung, Information und Qualifizierung (z.B. e-Learning) sowie Arbeitstrainings (Telearbeit) für RehabilitandInnen anbieten würden bzw. dürften, die aufgrund einer psychischen Erkrankung die Wohnung nicht verlassen können. Vielfach sind auch Therapieangebote an das Aufsuchen von Therapieeinrichtungen gebunden. Auch in diesem Zusammenhang wäre eine flexiblere Vorgehensweise wünschenswert.

Zum Abschluss der Interviews plädieren einige InterviewpartnerInnen dafür, dass in Hinkunft auch weiterhin Personen, die in ähnlich schwierigen Lebenslagen sind, eine Chance erhalten:

(...) Nein, also ich glaube nur einfach, dass in Zukunft auch andere die Chance kriegen, das wäre eigentlich wichtig, dass es immer eigentlich irgendwo die Möglichkeit gibt, dass man in einer Ausbildung ist (...) (*I: Glauben Sie, dass sich in Zukunft da was verschlechtert?*) Ja, es hat sich schon. Es ist einfach wegen den Kostenträgern, das ist eine finanzielle Sache, aber es ist sehr schwierig für die, die durch einen Unfall oder eine Krankheit die Chance sieht. Jeder wird einfach wieder ein bisschen ja angekurbelt, und das ist sehr wichtig.²⁷⁰

²⁶⁸ Interviewtranskript MH, Seite 7

²⁶⁹ Interviewtranskript MH, Seite 8

²⁷⁰ Interviewtranskript. Interviewpartnerin MT, Seite 8.

4.4 Positive und negative Erfahrungen in der Rehabilitation

4.4.1 Positive Erfahrungen in der Rehabilitation

Physiotherapeutische Maßnahmen werden vor allem gegen Schmerzen, aber auch zur Stärkung der Muskulatur und Verbesserung der Beweglichkeit eingesetzt. Dazu zählt Wirbelsäulengymnastik, Bewegung im Gelände (z.B. bei Wirbelsäulenschäden) aber auch schmerzstillende und verspannungslösende Maßnahmen wie Ultraschall, diverse Packungen und Massagen.

Und dann ins Gelände, im Gelände gehen, da war ich auch vier Wochen im Anfangsstadium und dann zwei Wochen im Fortgeschrittenen Kurs, aber auch nur weil ich gesagt habe, dass ich ins Gelände möchte, wo ich körperlich gefordert werde. In den letzten zwei Wochen kam auch noch die Kraftkammer dazu, parallel. Dann hatte ich einmal in der Woche psychologische Betreuung am Weißen Hof, die habe ich von Anfang an in Anspruch genommen.²⁷¹

Auch die Kraftkammer zur Stärkung der Muskulatur – vor allem nach langer Bettlägerigkeit, Bewusst- bzw. Bewegungslosigkeit, die mit einer Muskelatrophie einhergeht, – wird in Reha-Zentren eingesetzt. Diese Maßnahmen werden von Seiten der RehabilitandInnen als sehr wirksam beschrieben.

Ergotherapeutische Maßnahmen dienen der Wiederherstellung motorischer Fähigkeiten, der Beweglichkeit und des Gleichgewichtssinnes. Insbesondere bei neurologischen Krankheiten oder Unfällen in Zusammenhang mit dem Gehirn stellt Ergotherapie, die bei der Bewältigung des Alltags hilft, einen wesentlichen Bestandteil der Rehabilitation dar. Ein Rehabilitand beschreibt diese Therapieform auch als eine, die mit viel Spaß für ihn verbunden war und zu sichtbaren Erfolgen geführt hat.

(...) die Ergotherapie hat mich in dem Sinn sehr gut unterstützt, da ich irrsinnig viel Spaß daran gehabt hab. Also das hat mich auch so sehr unterstützt, (...) ich hab dort zum Beispiel gelernt wieder nach einer Anleitung zu arbeiten also Wäsche waschen, es hat eine Anleitung zum Wäsche waschen gegeben und wir sind zu einer Waschmaschine gegangen, die sie dort haben und die hat mir eben das in die Hand gedrückt und hat gesagt; „Versuch jetzt also tu jetzt so wie wenn Du das Stück Wäsche waschen willst und versuch das jetzt mal nach der Anleitung zu machen.“ Oder auch von einer Videokamera auf eine Videokassette überspielen und dergleichen, lauter so Anleitungssachen. Das hat mir sehr viel geholfen, (...) und auch die Spiele, die man da gemacht hat, die (...) zum Aufbau des Gleichgewichts wieder geholfen haben und zum Gefühl, das einem in den Händen abgegangen ist, die Fertigkeit, das hat mir auch sehr viel Spaß gemacht also wie man da zum Beispiel (...) das Spiel weiß ich nicht, kennst du das? Mit diesen Turm aus Holzklötzen, wo man immer eins rausziehen muss, das hab ich dann auf einem Fuß auf der Leiter spielen dürfen und das hat mir einfach weitergeholfen, weil ich kann seit dem wenigstens wieder auf einem Fuß stehen. Das hat mir sehr viel gebracht.²⁷²

Parallel zur körperlichen Rehabilitation ist es allen RehabilitandInnen möglich, **psychologische Betreuung** in Anspruch zu nehmen, um die mit dem Unfall oder der Erkrankung verbundene psychologische Belastung besser verkraften zu können. Vielfach ist es auch möglich, eine mögliche Unter- oder Überforderung zu melden, ohne dass dies zu einem Konflikt führt. Auch dass Reha-Fachkräfte oft fordernd sind, wird als positiv wahrgenommen.

Am meisten hat mir die Anfängerwirbelgruppe geholfen, denn die war witzigerweise anstrengender als die Wirbelgruppe der Fortgeschrittenen und die Kraftkammer im Weißen Hof. Das hat mir Spaß gemacht, denn es war wichtig, mich körperlich zu betätigen. Ich kann

²⁷¹ Interviewtranskript EP, Seite 3

²⁷² Interviewtranskript TK, Seite 6

zwar still sitzen, mich dennoch nicht lange auf etwas konzentrieren und das körperliche Training hat mir viel mehr Spaß gemacht.²⁷³

So ist es für RehabilitandInnen wichtig, auch wenn das Training anstrengend ist, sich körperlich, etwa nach einem Unfall, zu betätigen, um den Eindruck zu haben, dass eine positive Entwicklung Richtung Normalität stattfindet. Teilweise müssen Ärzte RehabilitandInnen auch davon abhalten, sich selbst körperlich zu überfordern. Die Betreuung durch die Reha-Kräfte in medizinischen und sozialen Einrichtungen (Krankenhäuser, Rehabilitationszentren, BBRZ) wird allgemein als sehr positiv beschrieben. Eine Rehabilitandin kann sich sogar vorstellen, eine frühere Trainerin des BBRZ auszusuchen, wenn sie Rat in beruflicher Hinsicht sucht.

Im Zuge der beruflichen Rehabilitation wird die Gruppe als soziales Element der Unterstützung als positiv wahrgenommen. Sie hilft, in einer schwierigen Phase dem Leben wieder Freude abzugewinnen. Bei Niedergeschlagenheit motivieren die BetreuerInnen bzw. TrainerInnen die RehabilitandInnen. Sie bieten Hilfestellungen bei diversen Problemen an und versuchen in der Gruppe auftretende Konflikte lösen zu helfen.

Hinsichtlich psychiatrischer Diagnosen oder psychologischer Beeinträchtigungen zählt It. einer Expertin zu den positiven Entwicklungen der letzten Jahre eine schrittweise Enttabuisierung. So gibt es heutzutage für die Betroffenen viel mehr Informationen zu Angst, Depression als noch vor einigen Jahren. So haben Arbeitgeber und ArbeitnehmerInnen heute mehr Verständnis für psychischen Probleme von MitarbeiterInnen oder KollegInnen als früher.

4.4.1.1 Soziale Unterstützung – soziale Netzwerke

Mit dem Begriff der „sozialer Unterstützung“ wird in der Soziologie die Beziehungsqualität gemeint, also eine Qualität sozialen Austausches, eine Qualität hilfreich zu sein. In der Psychologie wird „soziale Unterstützung“ als die Art und Ausmaß von Hilfeleistungen charakterisiert, welche eine Person bei der Bewältigung von Lebensproblemen und Lebensbelastungen von ihrem sozialen Umfeld erfährt²⁷⁴. Die Gespräche mit den RehabilitandInnen haben gezeigt, dass hinsichtlich der soziale (psychischen, emotionalen und auch materiellen)Unterstützungen zwischen unterschiedlichen Personen unterschieden wird.

Die Familie (Eltern, Geschwister, Kinder, Partner) wird in erster Linie im Zusammenhang mit umfassender sozialer – im Sinne von emotionaler, psychischer und auch materieller – Unterstützung genannt. Freunde und Bekannte werden häufig an zweiter Stelle genannt, wobei hier gesagt werden muss, dass vor allem Bekannte, Kollegen aus beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen einen besonderen Stellenwert einnehmen. Die Erfahrung, gleichgesinnte bzw. Personen mit den gleichen oder ähnlichen Erlebnissen um sich zu haben entlastet zum einen und motiviert sich gegenseitig zu unterstützen. Personen, die eindeutig im „professionellen Helfersektor“ anzusiedeln sind, werden vorwiegend dann von den Interviewpartnern genannt, wenn mit ihnen ein besonders wichtiger „Meilenstein“ in der *Rehabilitationsgeschichte* bewältigt wurde. Dies können z.B. AMS-BeraterInnen sein, die nach langen, oft mühevollen Verfahren den entscheidenden Hinweis zur beruflichen Rehabilitation geben. Vielfach sind es aber auch ExpertInnen in den arbeitsmarktpolitischen Trägerinstitutionen die hohen Status im Segment der *sozialen Unterstützung* erhalten, weil hier oft die Erfahrung gemacht wird, Wertschätzung zu erfahren und ermutigt wird „selbstverantwortlich“ Schritte in die Zukunft zu setzen.

So weist etwa Interviewpartnerin MT immer wieder darauf hin, dass ohne Unterstützung der eigenen Eltern der bisherige Erfolg der beruflichen Rehabilitation nicht gegeben wäre. Die Interviewpartnerin kann sich während der Ausbildungswoche (diese fin-

²⁷³ Interviewtranskript EP, Seite 7

²⁷⁴ vgl. Reschke/Schumacher 2001, Seite 116.

det nicht am Heimatort statt) darauf verlassen, dass die Eltern sich um die Kinder sorgen. Neben den eigenen Eltern sind es vor allem aber die Kinder (16–21 Jahre) die die Mutter enorm unterstützen und betonen, dass sie stolz sind auf ihre Mutter, die in ihrem Alter (42 Jahre) noch einmal einen beruflichen Neuanfang wagt.

Im Hinblick auf bestehende soziale Netzwerke, die für jede Krankheits- oder Krisenbewältigung von Bedeutung sind, zeigt sich, dass die Unterstützung durch das soziale Umfeld auch für den Prozess der Rehabilitation wesentlich ist. Soziale Netzwerke, z.B. Partnerschaften, können aber auch im Falle von Erkrankungen zerbrechen, weil sie den möglichen Belastungen nicht gewachsen sind.²⁷⁵ So im Falle des Interviewpartner HP. Die langwierige physiotherapeutische Rehabilitationsphase, sei zwar nicht der ausschließliche Grund, aber dennoch der Auslöser für die Scheidung seiner Ehe gewesen. Nach dem Zerbrechen dieses Unterstützungsnetzwerkes, kristallisiert sich immer stärker die Mutter des Rehabilitanden als konstanter sozialer Bezugspunkt heraus. Ohne psychische und vor allem auch finanzielle Unterstützung durch die Mutter wäre die schwierige Zeit nach dem Unfall nicht bewältigbar gewesen.

Im Fall von Interviewpartner MS erhalten die Begriffe soziale Unterstützung oder soziales Netzwerk eine umgekehrte Bedeutung. Vor allem, wenn man diese Begriffe zunächst auf das familiäre Netzwerk bezieht. Als Alleinverdiener verspürt er großen Druck seiner Familie eine gesicherte Existenz bieten zu können, fast wird dabei auf die gesundheitliche Belastung vergessen. Letztlich ist es auch der Verantwortungssinn der den Interviewpartner dazu ermutigt eine Umschulungsmaßnahme im Rahmen eines beruflichen Rehabilitationsprogramms in Anspruch zu nehmen, anstatt sich mit unterschiedlichen Jobangeboten wieder direkt in den Arbeitsmarkt einzugliedern. Kurzfristige Jobangebote hätten zwar vorübergehend immer wieder das Einkommen der Familien gesichert, hätten aber vermutlich auch garantiert, dass die körperlichen Beschwerden immer wieder zu akuten Problemen geführt hätten. Während hier die Familie vordergründig entlastet zu werden scheint, von der durchaus auch belastenden Situation, holt sich der Interviewpartner die notwendige soziale Unterstützung – um die Situation zu bewältigen – in der Kursgruppe der beruflichen Rehabilitationsmaßnahme. In der Gruppe gibt es keine Geheimnisse, die jeweils „persönlichen Diagnosen“ sind bekannt, man versuche sich gegenseitig zu Helfen und mit Tipps und Vorschlägen für die Bewältigung der beruflichen Neuorientierung zu unterstützen. Neben den anderen KursteilnehmerInnen sind es vor allem die BetreuerInnen die für den Interviewpartner MS eine wichtige soziale Unterstützungsfunktion darstellen. Die Gesamtheit stellt für ihn „im Prinzip ein Team dar, das zusammenarbeitet“.²⁷⁶

Soziale und psychische Unterstützung von Familienmitgliedern und FreundInnen ist für einen erfolgreichen Rehabilitationsprozess von entscheidender Bedeutung.

Freunde haben mich auf jeden Fall so unterstützt, (...) sie haben mich psychisch so unterstützt einfach, sie waren da für mich und sie haben mich abgelenkt von dem ganzen, ich hab mit ihnen nicht nur strikt über den Unfall geredet und über meine Probleme, wenn ich das getan hab, haben sie mir zugehört und haben mir auch weitergeholfen in dem Sinne. Also ja die Freunde haben mich irrsinnig psychisch aufgebaut und mir die Wiedereingliederung in die Gesellschaft, wenn man es extrem ausdrücken will, sehr erleichtert. Ja, meine Eltern, also meine Mutter hat mir sehr viel geholfen auch, vor allem wie ich den Gipsfuß gehabt hab, da kann man ja nicht wirklich baden gehen und dergleichen. Also da hat sie mir irgendwie geholfen und sie hat mich

²⁷⁵ Reschke/Schumacher weisen darauf hin, dass in der Rehabilitation können mit einem konkreten sozialen Beziehungsnetz einige Belastungsfaktoren auftreten die zusätzlich belasten und schließlich auch zum Zerbrechen des Unterstützungsnetzwerkes führen können. Genannt seien hier z.B. eine zusätzliche Emotionalisierung der Beziehung, ein Überengagement der Fürsorge, welches letztlich zur *Entmündigung* des Rehabilitanden führen kann, Erosion und Aushöhlung sozialer Beziehungsnetze durch Überforderung im Falle von Langzeitbetreuenden udgl. (vgl. Reschke/Schumacher 2001, Seite 125).

²⁷⁶ Interviewtranskript, Interviewpartner MS (Zeile 309:311).

auch überall hingefahren und dergleichen. Sie hat mir also sehr fürsorglich war sie und ist sie bis heute jetzt noch.²⁷⁷

Vor allem bei jüngeren RehabilitandInnen ist die Bindung zur Stammfamilie (Eltern, Geschwister) häufig noch stärker und daher auch von wesentlicherer Bedeutung. Generell ist die Unterstützung durch das soziale Umfeld für den Prozess der sozialen Rehabilitation wesentlich. Freunde und Verwandte motivieren bei dem oft mühsamen Prozess des körperlichen und psychischen „Wiederaufbaus“, helfen bei der Bewältigung des Alltags und bei der Bewältigung möglicher depressiver Verstimmungen, die mit dem Unfall oder der Erkrankung verbunden sind.

Insbesondere auch mit anderen RehabilitandInnen, die ein befragter Rehabilitand am Reha-Zentrum kennen gelernt hat, wurde ein soziales Netz aufgebaut, in dessen Rahmen man sich über Probleme und Neuigkeiten austauscht.

Wenn man da einen Tag lang im Spital liegt und vielleicht sogar alleine und keine Angehörigen mehr da hat, das ist der Horror, wenn du keine Unterstützung von außen hast.²⁷⁸

Eine Rehabilitandin nennt ihren Verwandten- und Freundeskreis ihr privates Sicherheitsnetz, wenn es z.B. darum geht, sich ein Auto auszuborgen oder jemanden zu organisieren, der beim Einkaufen behilflich ist. Dies trifft vielfach auch auf psychische Erkrankte zu. Das soziale, private Umfeld war nicht einfach immer schon vorhanden oder ist auch nicht zufällig entstanden. Vielmehr erarbeiten sich die Betroffenen diese Unterstützung im Zuge ihrer Rehabilitation. Nicht nur im Rahmen von Reha-Maßnahmen, sondern etwa auch durch diverse Chatrooms, die für RehabilitandInnen die Funktion von Selbsterfahrungsgruppen erfüllen können, werden soziale Kontakte, die dann auch in private Treffen münden können, aufgebaut. Wesentlich ist in diesem Zusammenhang auch, dass die psychische Erkrankung nicht identifiziert mit der Person, aber auch nicht zu einer unsichtbaren dritten Person (mit eigenem Willen, Interessen etc.) in der Beziehung mutiert. Im sozialen Umfeld ist wichtig, dass vor allem der Druck auf die Betroffenen, der durch die gesamte Umwelt sowieso aufgebaut wird, genommen wird:

Druck nehmen im Sinne von, also diese ganzen Phrasen, die man als psychisch Erkrankter ständig hört: „Reiß Dich zusammen!“ äh „Du hast doch keinen Grund“, also das heißt du musst für den anderen dann irgendeinen Grund vorweisen können (oder) „Wenn du nur wolltest, dann könntest du ja“, „Tu's doch wenigstens für mich“.²⁷⁹

Das private Umfeld reagiert insbesondere auf Beeinträchtigungen, die nicht sichtbar sind, sondern innerpsychisch ablaufen, auch mit Unverständnis oder Motivation, die eher zu Schulgefühlen der Betroffenen führen als zu dem gewünschten Erfolg.

Erwähnt wird auch die Unterstützung durch Freunde, die sich für die Krankheit des anderen interessieren und denjenigen trotzdem wie einen normalen Menschen behandeln. Vielfach wird die Fürsorge durch Verwandte und Freunde (z.B. Essen kochen, einkaufen gehen) auch in psychologischer Hinsicht als Unterstützung gesehen. Bei psychische Beeinträchtigten ist die Begleitung bei alltäglichen Wegen durch Freunde und Verwandte schon unterstützend, wobei wesentlich ist, dass nicht die Erwartungshaltung daran geknüpft wird, dass Hilfe automatisch zum „Gesund werden“ führt.

Auch offene Arbeitsstellen werden durch Mundpropaganda unter Freunden „weitergesagt“.

Als nicht unterstützend wird das private Umfeld von RehabilitandInnen, insbesondere mit psychischen Beeinträchtigungen, erlebt, wenn geglaubt wird, dass die Rückkehr in die Normalität nur von der Willenskraft des Erkrankten abhängig ist oder die Beeinträchtigung selbst nicht ernst genommen wird.

²⁷⁷ Interviewtranskript TK, Seite 5

²⁷⁸ Interviewtranskript TK, Seite 5

²⁷⁹ Interviewtranskript Expertin SB, Seite 7

(...) auf gar keinen Fall gefallen hat es mir, wenn Leute irgendwie der Meinung waren so man bräuchte nur einen Tritt in den Arsch oder man müsste sich nur zusammenreißen, dann geht's schon bis hin zu ja sauf dich einmal ordentlich an und dann gehen wir fort. Oder Leute, die halt der Meinung waren wenn sie jetzt in mein Leben eingreifen, dann funktioniert das und furchtbar enttäuscht waren, wenn's nicht funktioniert hat und ich mich mit der Enttäuschung auch noch auseinandersetzen musste, die ich überhaupt nicht gewollt hab.²⁸⁰

Auch mit Allmachtswünschen seitens des privaten Umfelds werden RehabilitandInnen konfrontiert, die häufig nicht in Hilfe zur Selbsthilfe, sondern in Hilfe zur Verfolgung eigener Zielsetzungen, die, wenn sie nicht genau die von den Helfenden beabsichtigte Wirkung hat, wiederum zu Enttäuschung führt, letztlich aber den RehabilitandInnen nicht ermöglicht, ihr Leben selbst in die Hand zu nehmen.

4.4.2 Negative Erfahrungen in der Rehabilitation

4.4.2.1 Fragmentarische Berufsbiografien - doppelte Hürden für einen Wiedereinstieg

Frauen sind häufiger von unterbrochenen Ausbildungs- und Berufsbiografien betroffen als Männer. Die Fragmentierung von weiblichen Ausbildungs- und Berufsbiografien ist vielfach auf *familiär* bedingte Unterbrechungen zurückzuführen. Frauen bleiben nach der Geburt von Kindern zu Hause oder entschließen sich auf Grund von Versorgungs- und Betreuungsbedürfnissen älterer Familienangehöriger die Ausbildungs- und Berufslaufbahn zu unterbrechen. Es scheint unbestritten zu sein, dass Frauen mit familiär bedingten Unterbrechungen mit einer Vielzahl von Problemen konfrontiert sind, wenn sie nach Unterbrechungszeiten eine Rückkehr in den Arbeitsmarkt anstreben. Darüber hinaus zeigen allein schon Erfahrungen von Frauen nach der Ausbildung bzw. nach einem Arbeitsplatzverlust wie schwierig es ist eine neue Beschäftigung zu finden. Frauen sind hier massiven Hemmnissen und Hürden ausgesetzt. Selbst hinter scheinbar kontinuierlichen Berufslaufbahnen von Frauen zeigen sich problembehaftete Aspekte, vor allem dann, wenn es sich um Teilzeit- oder generelle sonstigen atypischen Beschäftigungsverhältnissen handelt.

Bezogen auf die Interviewpartnerin MT ergibt sich das folgende Bild:

(...) Ich hab zum Schluss dann im Gastgewerbe gearbeitet. (...) Damals hat es noch keine Tagesmütter gegeben und so war ich gezwungen zu Hause zu bleiben und der Einstieg ist dann sehr schwer, wenn man so viele Jahre weg war und im Gastgewerbe hab ich dann sofort einen Job gefunden. Am Anfang hat es mir große Freude gemacht, aber durch den Auslöser, war es mir dann unmöglich. Man hat einfach Angst vor anderen Leuten und man kapselt sich total ab.²⁸¹

Den gelernten Beruf (Friseurin) übt die Interviewpartnerin nie aus. Nach dem Abschluss der Lehre heiratet sie, das erste Kind ist unterwegs. Zwei weitere Kinder werden geboren. Die Interviewpartnerin arbeitet kurzzeitig im Gastgewerbe, der Ausbruch ihrer Krankheit verunmöglicht ihr aber in diesem Arbeitsfeld zu bleiben. Der Umgang mit Menschen wird für sie zu anstrengend. Der im Zuge der Therapie angestrebte Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt wird zur Herausforderung. Die Interviewpartnerin ist für den Arbeitsmarkt nicht nur eine „Wiederein- oder Umsteigerin“ auf Grund Krankheitsbedingter Abwesenheit vom Arbeitsmarkt, sondern auch eine „Wiedereinsteigerin“ in den Arbeitsmarkt auf Grund langjähriger Unterbrechungen durch die erfolgte Kinderbe-

²⁸⁰ Interviewtranskript MH, Seite 6

²⁸¹ Interviewtranskript, Interviewpartnerin MT (Zeile 032:036)

treuung und Haushaltsführung.²⁸² Letztlich wird in diesem konkreten Fall die Erkrankung der Interviewpartnerin zur Chance auf einen „Neubeginn“ am Arbeitsmarkt.

Schwierig gestaltet sich der Prozess der beruflichen Re-Integration im Fall eines anderen Interviewpartners. Die Berufs- und Erwerbsbiografie von Interviewpartner HP ist stark fragmentiert und vor allem gekennzeichnet durch eine Vielzahl von kurzfristigen Tätigkeiten („Jobs“ und Hilfsarbeitertätigkeiten) mit unterschiedliche langen Zeiten des Arbeitslosenanspruchs. Erschwert wird der Einstieg in den Berufsalltag zudem auch durch eine mehrmonatige Haftstrafe in einer offenen Strafvollzugsanstalt.

(...) Also nach der Haft ist sicherlich einmal schwer generell Arbeit zu finden, ja? Das war mir von Anfang an klar, da hab ich aber auch noch nicht den Unfall gehabt, ja?²⁸³

Den ursprünglich erlernten Beruf (Bäcker) kann der Interviewpartner nur kurzfristig nach dem Lehrabschluss ausüben²⁸⁴. Eine Umschulung oder berufliche Neuorientierung ist zum damaligen Zeitpunkt²⁸⁵ kein Thema. Der (Arbeits-) Unfall selbst passiert schließlich während einer Arbeitstätigkeit in der offenen Strafvollzugsanstalt. Die Haftzeit wird, auf Grund des Unfalls und nachfolgenden langwierigen Rehabilitationsphase verkürzt, der Interviewpartner vorzeitig aus der Haft entlassen. In der ersten medizinischen Rehabilitation wird klar, dass eine berufliche Integration nur im Bereich einer Bürotätigkeit möglich sein wird. Auf Grund der körperlichen Einschränkungen fallen die bisher verrichteten Tätigkeiten (Lagerarbeiten, Stapelfahrer, etc.) zur Gänze weg. Zur körperlichen Beeinträchtigung kommt zudem, wie bereits erwähnt, die *Stigmatisierung* als ehemaliger Häftling.

(...) *(Auf Grund der Erkrankung)* Da bin ich 13 Monate auf der sogenannten Baumgartner Höhe, in der Lungenheilstätte damals gelegen, nicht? Also da hab ich mich wieder umtun müssen, nur damals hab ich noch nicht also damals war das Arbeitsamt noch nicht so mit den Umschulungen und so. Das ist ja jetzt um einiges besser, und da bin ich dann gegangen (als) Staplerfahrer und Lagerarbeiter beim XXX²⁸⁶ damals, der hat damals XXX geheißen, (der Supermarkt) der draußen in der Shopping City ist. Dort war ich in der Feinkostabteilung, also da war ich richtiger Abteilungsleiter, (Pause) dann was hab ich noch gehabt? Ja, dann bei der Firma XXX: Export/Import und dann beim XXX. Also ich hab ja eh immer wieder was gemacht, nicht? Aber trotzdem, also eine gewisse Zeit oft, oft bin ich dann noch bevor ein Jahr vorbei war, haben die Firmen dann immer ausgeräumt, das machen ja oft Firmen gern, nicht? Dass sie sich dann, ich mein es ist ja eh nicht viel Abfertigung, was du gekriegt hättest, aber trotzdem. Ja, und dann ist wieder eine Zeit lang eine lange Arbeitslose gekommen. Also 2 bis 3 Jahre waren dann immer wieder dazwischen, nicht? Ja, und dann war eben die Haft mit 18 Monaten (...).²⁸⁷

Rehabilitation wird hier zu einem doppelten Prozess Re-Integration ist hier nicht nur fokussiert auf die Integration in die Berufswelt nach einem Unfall, sondern auch auf die Integration nach einer mehrmonatigen Inhaftierung. Der Anlassfall scheint hier nebensächlich zu sein, die Monate in der Haft sind Bestandteil der je individuellen Biografie des Interviewpartners.

²⁸² Die Interviewpartnerin ist zum Zeitpunkt der Scheidung, des Krankheitsausbruchs und Therapiebeginns ca. 20 Jahre nicht mehr berufstätig. Kurzfristig arbeitet sie im Gastgewerbe, in ihren Herkunftsberuf kehrt sie nicht zurück. Die Veränderungen in der Branche sind eine zu große Hürde und zudem ergibt sich auch, auf Grund des überlaufenen Arbeitsfeldes, keine Möglichkeit diesen Beruf auszuüben.

²⁸³ Interviewtranskript, Interviewpartner HP (Zeile 553:554).

²⁸⁴ Die Ausübung des Berufs ist durch eine Lungenerkrankung „Staublunge“ in weitere Folge nicht mehr möglich.

²⁸⁵ Der Lehrabschluss ist 1981. Anschließend hat der Interviewpartner noch vier Jahre, bis zum Ausbruch der Krankheit als Bäcker gearbeitet. Es folgt ein 13 Monate dauernder Krankenhausaufenthalt in einer Lungenheilstätte.

²⁸⁶ Firmenname.

²⁸⁷ Interviewtranskript, Interviewpartner HP (Zeile 089:105).

4.4.2.2 Chancen auf Reintegration ins Berufsleben unterschiedlicher Reha-Gruppen

Sichtbare körperliche Beeinträchtigungen erschweren häufig den Einstieg in den Arbeitsmarkt, vor allem dann, wenn zusätzlich noch ein Feststellungsbescheid vorliegt, der nur ein unkündbares Beschäftigungsverhältnis ermöglicht. Problematisch ist auch, wenn Menschen nichts Schweres mehr heben dürfen, nicht (lange) sitzen und stehen können, aber ihr ganzes Leben immer nur manuell gearbeitet haben. Kommen dann noch mangelnde Deutschkenntnisse hinzu, dann erscheint eine Vermittlung auf einen Arbeitsplatz, der die Gesundheit nicht noch mehr schädigt, nahezu aussichtslos. Leichtere körperliche Beeinträchtigungen, die bei einem Bewerbungsgespräch verschwiegen werden können und die zu verrichtende Arbeit nicht wesentlich beeinträchtigen, stellen häufig kein Vermittlungshemmnis dar. Bei psychischen Erkrankungen hängt die Vermittlungschance von der Schwere der Diagnose ab. Lange Krankenhausaufenthalte (Lücken im Lebenslauf), eine Erkrankung, die nicht nur schubweise verläuft, sondern sich auch sukzessive verschlechtert, sind Faktoren, die auf den Vermittlungserfolg erschwerend wirken. Bei psychischen Erkrankungen kommt noch erschwerend hinzu, dass sich diese bei nahezu jeder Art von Arbeit beeinträchtigend auswirken, körperliche Beeinträchtigungen häufig nur bei manchen Tätigkeiten.

Auch hängt die Chancen auf Reintegration in den Arbeitsmarkt von anderen Faktoren wie Alter und Qualifikation ab. Körperlich Beeinträchtigte mit guter Qualifikation haben z.B. weniger Probleme bei der Reintegration als solche mit geringer Qualifikation. Auch fortgeschrittenes Alter erhöht die Chance darauf, nicht mehr vermittelt werden zu können.

Im Falle einer schlechten Arbeitsmarktsituation ist es jedoch schwierig zu sagen, welche Personen mit welchen Indikationen es am schwersten haben, weil ja sogar Personen ohne Beeinträchtigung oft keinen Arbeitsplatz finden. Auch die Einschätzung durch Reha-ExpertInnen nach einem oder mehreren Beratungsgesprächen, wie hoch die Chance auf Reintegration in den Arbeitsmarkt steht, deckt sich nicht immer damit, was dann passiert:

Leute bei denen sie wenig bis keine Chance gesehen haben auf einmal selber einen Job gefunden haben und Leute, wo man denkt da wird schnell was weitergehen und die sind super drauf und gut qualifiziert und wissen wie man sich bewirbt etc finden in dem ganzen halben Jahr nichts. Das ist alles schwer nachzuvollziehen und das sind oft Zufälligkeiten. Z.B. ein Inserat steht seit zehn Minuten im Netz und die Person kommt gerade zu mir und ruft gleich an und war früher dran als der zweite.²⁸⁸

Bei Frauen mit Kindern kommt zur Problematik der körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung noch häufig das zusätzliche Vermittlungshemmnis der Betreuungspflicht hinzu:

Bei Frauen ist oft das Problem, wenn sie kleine Kinder haben und die Arbeit verloren haben, der Mann aber den Arbeitsplatz noch hat. Aber wie soll die Frau mit drei kleinen Kindern die alle zu unterschiedlichen Zeiten in die Schule, oder in den Kindergarten müssen einen Ganztagsjob finden. Kinderbetreuungsprobleme sind häufig. Vor allem, wenn man dann einen Job von neun bis fünfzehn Uhr gefunden hat fehlt es meist an einer der beanspruchten Qualifikationen.²⁸⁹

²⁸⁸ Interviewtranskript Expertin VS, Seite 2-3

²⁸⁹ Interviewtranskript VS, Seite 5

4.4.2.3 Abhängigkeit von anderen

Ein gutes und intaktes soziales Netzwerk ist unzweifelhaft ein wesentlicher Bestandteil für einen gelingenden Rehabilitations- und Re-Integrationsprozess. So wird die Tatsache, dass das soziale Umfeld, RehabilitandInnen in ihrer Alltagsbewältigung unterstützt, zwar einerseits positiv wahrgenommen, andererseits wird dies aber auch als *Abhängigkeit* und *Schwäche* gesehen. Die persönliche Unabhängigkeit von *äußeren Faktoren* wird durchaus als erstrebenswerter Zustand gesehen. Ein Verharren in der Abhängigkeit von Beziehung (zu einem Partner oder einer Partnerin) und in einem Arbeitskontext (z.B. bei an depressiven Personen und AngstpatientInnen), die lediglich aufrecht oder beibehalten werden, um eine bestimmte psychische Symptomatik nicht mehr zu bekommen, wird als unangenehm wahrgenommen.

4.4.2.4 Mangel an ganzheitlichen Rehabilitationsansätzen

Ganzheitliche Rehabilitation ist, so zwei der befragten ExpertInnen, in Österreich ein Lippenbekenntnis, diese wird zwar propagiert, gibt es aber in der Praxis nicht. So gibt es immer noch zu wenig Institutionen, die entsprechende Angebote für RehabilitandInnen bereitstellen. Es gibt zwar Therapiemöglichkeiten, Beratung, Information, Arbeitsvermittlung, Qualifizierungsangebote. Es gibt aber keine Institution, die im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes all diese Dinge anbietet. Problematisch ist, dass RehabilitandInnen zwischen verschiedenen Institutionen hin- und hergeschickt werden und dass diese kaum miteinander vernetzt sind. Vor allem für psychische Beeinträchtigte ist dieser Missstand stärker spürbar, da Phobien, Angststörungen oder Depressionen den Handlungsspielraum sowieso stark einschränken. Eine Person, die Menschen bei der Erledigung dieser Wege begleitet, wäre da etwa schon hilfreich. Auch individuelle Betreuung, die den privaten Bereich betrifft, würde zu einem ganzheitlichen Rehabilitationsansatz.

Eingespart wird derzeit im BBRZ auch wieder beim sozialarbeiterisch und psychologisch tätigen Betreuungspersonal. Die Praxis sieht auch vielfach so aus, dass eine BetreuerIn/BeraterIn am BBRZ viele Berichte verschiedenster Institutionen zu einem/r RehabilitandIn erhält, die aber immer noch große Teile der psychologischen, sozialen und qualifikatorischen Situation eines Menschen ausblenden. Zwar wird häufig die augenscheinliche körperliche Behinderung angegeben, dahinter liegende soziale Probleme (drohende Delogierung, Schuldenproblematik) wird aber häufig nicht wahrgenommen bzw. nicht kommuniziert.

4.4.2.5 Selbstüberschätzung und Fremdunterschätzung während der Rehabilitation

Als zu vorsichtig beschreibt ein Rehabilitand die Ärzte im Rehazentrum. So konnte er aufgrund seiner epileptischen Anfälle, die sich lediglich durch ein Zittern der Hand äußerten, keine **Wassertherapie** machen durfte, weil die Ärzte Angst hatten, dass er im Falle des Eintretens einer Bewusstlosigkeit dabei ertrinken hätte können. Diese Angst war aber bei einer Wassertiefe von 1.50m und der permanenten Anwesenheit eines/r TherapeutIn unbegründet. Die Wassertherapie hätte – so seine Ansicht – ihm bei der Wiederherstellung der Muskelkraft schneller helfen können. Dem ist aber entgegen zu halten, dass auch die Möglichkeit einer Selbstüberschätzung durch die RehabilitandInnen besteht.

Neuropsychologisches Training wird zur Wiederherstellung der geistigen bzw. sprachlichen Fähigkeiten, z.B. nach schweren Kopfverletzungen und Schlaganfällen, in Spitälern und Rehabilitationszentren angeboten. Aus Sicht eines Rehabilitanden sollte neuropsychologisches Training bei Kopfverletzten bereits im Spital, nicht erst im Reha-Zentrum einsetzen, aus seiner Sicht hat er während des Spitalsaufenthaltes Zeit verloren, die er jetzt nur mehr schwer aufholen kann. Ein weiterer Rehabilitand beschreibt, dass ihm nach einem schweren Unfall, psychologische Betreuung zur Gänze versagt

wurde. Nur auf Verlangen hat er im Spital nach einem Wirbelbruch an der **Wirbensäulengymnastik** teilnehmen können.

4.4.2.6 Arbeitsmedizinische Anpassung des Arbeitsplatzes

Ein Interviewpartner berichtet, dass er aufgrund der nicht zu bewältigenden körperlichen Belastung gekündigt wurde.

Ja es war von einer Sozialarbeiterin die Rede (...), dass ich in einer Firma, in der ich gearbeitet habe über Jahre, zwar nur saisonbedingt aber trotzdem, wieder einsteige und eine gemischte Tätigkeit ausführe zwischen Baustellenleitung draußen und Bürotätigkeit drinnen. Nur sind dann mein Chef und ich auseinandergedriftet. Denn er war der Ansicht, ich muss nur draußen sein und ich habe keine leitenden Aufgaben und so weiter. Wir sind einfach nicht mehr auf einen grünen Zweig gekommen.²⁹⁰

Hier wäre eine **arbeitsmedizinische Anpassung des Arbeitsplatzes** etwa durch die AUYVA notwendig gewesen, um den Arbeitsplatz zu erhalten.

Das weitgehende mangelnde Bewusstsein für die Bedeutung arbeitsmedizinischer Betreuung von Betrieben in Österreich wird auch von einem Experten im Interview²⁹¹ thematisiert. Arbeitsmedizin kann nicht erst dann zu einem aktiven Thema von Unternehmen werden, wenn es etwa darum geht Arbeitsplätze für RehabilitandInnen entsprechend zu adaptieren. Mit der Umsetzung arbeitsmedizinischer Anliegen und Maßnahmen kann ein wesentlicher Anteil zur allgemeinen Prävention, also zur Unfall- und Krankheitsvermeidung am Arbeitsplatz beigetragen werden. Die mangelnde Wahrnehmung arbeitsmedizinischer Fragestellung in Betrieben führt dazu, dass Maßnahmen im Zusammenhang mit der beruflichen Rehabilitation vielfach nicht umgesetzt werden können. Arbeitsmedizinische Anpassungen von Arbeitsplätzen können nur dann zufriedenstellend erfolgen, wenn es so, der Experte, zwischen den RehabilitationsexpertInnen und den arbeitsmedizinischen, also betriebsärztlichen Diensten eine gute Kommunikation herrscht. ArbeitsmedizinerInnen kennen in der Regel den Gesundheitszustand der RehabilitandInnen vor dem Unfall bzw. der Erkrankung und kennen auch die Anforderungen des Arbeitsplatzes.

4.4.2.7 Zeitliche und organisatorische Organisation der Rehabilitation

Ein Rehabilitand berichtet, dass bei beruflichen Reha-Maßnahmen zu viel Zeit tot geschlagen wird, dass es zu viele „Leerläufe“ gäbe. Dies betrifft etwa die **Berufspotentialanalyse** des BBRZ, die mit dem gleichen Erfolg von vier auf drei Wochen reduziert werden könnte. Auch der zeitliche Abstand zwischen Berufspotentialanalyse (4 Wochen) und **Reha-Planung** (3 Wochen) im Ausmaß von sechs Wochen, in denen die RehabilitandInnen tätigkeitslos warten, sollte reduziert werden. Im Zuge der Berufspotentialanalyse wurden auch Interessen und Neigungen in einem zu geringen Ausmaß getestet. Auch auf die im Zuge der beruflichen Tätigkeit erworbenen Fähigkeiten wurde zu wenig eingegangen. Die Reha-Planung, im Zuge derer eine Recherche zur Arbeitsmarktlage, eine Stellenanalyse und Berufsbilder bzw. -ausbildungen recherchiert werden, erweist sich bei den RehabilitandInnen als zeitlich zu lang, wenn diese bereits eine genaue Vorstellung über die geplante berufliche Veränderung haben.

²⁹⁰ Interviewtranskript EP, Seite.3f.

²⁹¹ vgl. Experteninterview, Interviewtranskript EH, Seite 3f.

4.4.2.8 Finanzielle Probleme während der Rehabilitation

Schulden sind häufig Teil der Gesamtproblematik von RehabilitandInnen, wobei die Unlösbarkeit der Schuldenproblematik auch mit der Arbeitslosigkeit zusammenhängt. Der Privatkonkurs kann erst dann angemeldet werden, wenn für mindestens sechs Monate ein regelmäßiges Einkommen nachgewiesen werden kann.

Häufig finanzieren sich RehabilitandInnen mit einer psychischen Beeinträchtigung ihre Psychotherapie selbst. Auch wenn ein Zuschuss durch die Krankenkasse beantragt wurde, ist die Therapie, die häufig einmal pro Woche aufgesucht wird, immer noch sehr teuer. Die monatliche Belastung liegt häufig bei ca. € 200, was im Falle einer Arbeitslosigkeit noch schwieriger zu finanzieren ist.

Im Zuge der zu **wählenden Berufsausbildungen wird etwa von Seiten der AUVA** die Studienberechtigungsprüfung nicht finanziert, was ein Studium als Ausbildungsalternative und damit viele Berufsausbildungen, die etwa an Fachhochschulen angeboten werden, ausschließt. Dass sich RehabilitandInnen ihre Berufsausbildung selbst finanzieren könnten, ist insofern nicht möglich, als dass sie aufgrund des verringerten Bezugs (Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Sozialhilfe) nur fähig sind, ihren täglichen Lebensbedarf zu decken.

4.5 Forderungen für die Zukunft

Die kurze Zusammenschau von positiven und negativen Erfahrungen, aber auch die Detailanalyse der Interviews haben gezeigt, dass im Bereich der Rehabilitation einige konkrete Maßnahmen verstärkt zur Umsetzung gelangen müssen.

4.5.1 Mehr Maßnahmen in der Frührehabilitation

Um nachhaltig zu bewirken, dass Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in den Arbeitsmarkt integriert werden, wäre es wichtig, dass auch präventive Maßnahmen in den Betrieben gesetzt werden. Dies würde sowohl die Kosten für kurative Medizin als auch für Rehabilitationsmaßnahmen reduzieren.

Frührehabilitation wäre gut, wenn z.B. aus gesundheitlichen Gründen der Arbeitsplatz gefährdet wird, sollte schon geschaut werden, was man dagegen tun kann und nicht erst dann wenn die Leute schon draußen sind und es lange dauert bis sie überhaupt draufkommen, was ihnen fehlt und was die Diagnose ist.²⁹²

Ein derartiger Ansatz der Frührehabilitation wird im Rahmen eines EQUAL-Projektes (AEIOU, <http://www.equal-aeiou.at/>) verfolgt.

Generell sollte es so etwas geben, wie ein Auffangnetz, da Personen mit Beeinträchtigungen oft schon früh erste Symptome zeigen. In größeren Firmen gibt es häufig Projekte, die Gesundheitsprävention betreiben, in mittleren und kleineren Betrieben hingegen nicht. In Betrieben zählt vor allem, dass Beschäftigte „funktionieren“, so eine Expertin. Krankenstände, die zwar notwendig sind, werden aus Angst vor Kündigung hinausgeschoben. Maßnahmen, die zum Erhalt der Arbeitskraft dienen, wie etwa Wirbelsäulengymnastik, Physiotherapie oder Psychotherapie werden auf Initiative der Betroffenen selbst außerhalb der Firmen organisiert.

²⁹² Interviewtranskript ExpertIn VS, Seite 3

4.5.2 Mehr Qualifizierungsangebote im kaufmännischen Bereich

Viele körperlich Beeinträchtigte, die zuvor in einem manuellen Beruf gearbeitet haben, haben den Wunsch in den Bürobereich zu wechseln. Zwar gibt es an Umschulungsmöglichkeiten den ECDL, den viele RehabilitandInnen auch machen, doch fehlt es für eine Bürotätigkeit am nötigen kaufmännischen Know-how.

Erstrebenswert wäre außerdem, dass eher Umschulungen für die gleiche Branche angeboten werden, weil dies die Chance auf Integration erhöht, als wenn der neu erlernte Beruf in einer gänzlich anderen Branche ist.

4.5.3 Erwerb von Berufspraxis im neu erlernten Berufsfeld

Wesentlich ist auch, dass nach einer Umschulung unbedingt auch die Möglichkeit zum Erwerb von Praxiserfahrung angeboten wird. Vielfach ist in Inseraten neben der Qualifikation auch bereits die einschlägigen Berufserfahrung gefordert, über die gerade eben Umgeschulte nicht verfügen.

4.5.4 Wunsch nach geförderter Arbeitsplätze für RehabilitandInnen

Ein größeres Angebot an geförderten Arbeitsplätze sind insbesondere in Zeiten der Rezession wesentlich, da auf Fehlzeiten, die durch Krankenstände verursacht werden, von Seiten der Betriebe stärker geschaut wird. So werden Leistungsschwächere eher „wegrationalisiert“, vor allem Leistungsstarke (ohne jegliche Beeinträchtigungen) gewinnen im Kampf um knappe Arbeitsplätze.

Aus Sicht der Betroffenen und der befragten ExpertInnen gibt es kaum ausreichend geförderte Arbeitsplätze. Für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen (Depression, Zwänge, Phobien, Angststörung) gibt es zwar die Möglichkeit, einen Therapieplatz auf Krankenkasse (deren Zahl auch beschränkt ist), arbeitsintegrative Maßnahmen (GBP's) sind aber kaum ausreichend vorhanden. Insbesondere für Menschen, deren Gesundheitszustand es zulässt, wenn auch in eingeschränktem Maße wieder zu arbeiten, wäre so eine Option von Vorteil. Auch für Menschen mit Feststellungsbescheid (sog. begünstigt Behinderte) gibt es nicht ausreichend Angebote (2.Arbeitsmarkt), die es ermöglichen jenseits einer regulären Beschäftigung zu arbeiten. Dies wäre deshalb wünschenswert, da begünstigt Behinderte kaum die Möglichkeit haben, einer regulärer Beschäftigung nachzugehen.

Insbesondere bei Menschen mit starken psychischen Beeinträchtigungen (Depression, Angsterkrankung) wäre der schrittweise Einstieg in den Arbeitsmarkt wichtig. Bei Angsterkrankten wäre es wichtig, zu Beginn einer Arbeit angehen zu können, die ohne den starken Leistungsdruck, der am ersten Arbeitsmarkt herrscht, auskommt.

4.5.5 Aus- und Weiterbildung für Fachkräfte in der Rehabilitation

Rehabilitationsspezifische Ausbildungen gibt es insbesondere für Fachkräfte, die im Bereich der arbeitsmarktspezifischen Beratung tätig sind, kaum. Häufig haben diese BeraterInnen eine Sozialarbeiter-Ausbildung oder einen Universitätsabschluss in Psychologie bzw. einer verwandten Studienrichtung. Wesentliche Inhalte einer speziellen Zusatzausbildung wären: Case-Management, medizinisches und rechtliches Know-how, psychologische Kenntnisse. Ein Interviewpartner im Experteninterview fordert insbesondere dazu auf, Rehabilitation, vor allem den Bereich der „beruflichen Rehabilitation“ universitär zu verankern. Insbesondere sollen auch MedizinerInnen im Rahmen ihres Studiums mit dem Themenbereich befasst werden. Es kann nicht weiter so sein, dass „in der kurativen Medizin nahezu kein Problembewusstsein für den Bereich der beruflichen Reha-

bilitation gegeben ist.“²⁹³ Die Ausbildung sollte nach Ansicht der ExpertInnen interdisziplinär angelegt sein. Rehabilitation ist ein ganzheitlicher, umfassender Themenbereich. Neben medizinischen, psychologischen, sozialen Fragestellung, geht es vielfach auch um die Beantwortung ökonomischer und juristischer Anliegen. Die Arbeit in der Rehabilitation erfordere neben dem notwendigen Know-How vor allem auch Lebenserfahrung, so eine Interviewpartnerin.²⁹⁴ Es sei daher bei der Etablierung etwaiger Aus- und Weiterbildungsangebote, vor allen an berufs begleitende Studienangebote, mit gut eingebundenen Forschungs- und Entwicklungskonzepten zum Themenbereich Rehabilitation zu denken.

4.6 Zusammenfassung - Bewertung -Arbeitsmarktpolitische Empfehlungen

In jedem Fall hat eine schwere Erkrankung oder ein schwerer Unfall auf die Psyche eines Menschen gravierende Auswirkungen. Vielfach wird so ein Geschehen als schwere Krise bewertet, im Zuge derer alle individuellen Coping-Ressourcen zu mobilisieren sind, damit diese auch bewältigt werden kann. Aus arbeitsmarktpolitischer Sicht können somit Aktivierungsmaßnahmen erst dann greifen, wenn die Krise (physisch, mental oder psychisch) als bewältigt angesehen werden kann. Schwierig wird das Begreifen und Verstehen der Schwere einer Krise dann, wenn diese für Außenstehende kaum sichtbar ist, also etwa eine psychische Erkrankung, eine neurologisch bedingte Leistungsschwäche, Krebs oder auch eine Wirbelsäulenerkrankung (z.B. Bandscheibenvorfall, Wirbelbruch) etc vorliegt. In diesen Fällen sollte jedenfalls auf das Urteil von ExpertInnen (PsychologInnen, ÄrztInnen) der Reha-Einrichtungen aber auch der arbeitsmarktpolitischen Trägereinrichtungen Rücksicht genommen werden. In diesem Zusammenhang kann darauf hingewiesen werden, dass häufig unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt (bei schwerer Krankheit) – selbst wenn der Arzt / die Ärztin die Arbeitsfähigkeit feststellt – eine unmittelbare Arbeitssuche, die auch mit Leistungsdruck verbunden ist, häufig schwierig ist. Eine Gewöhnungsphase an die selbständige Bewältigung des Alltags, eine berufliche Orientierung und eingehende Beratung, ohne den Druck sofort wieder einer Arbeit nachgehen zu müssen, ist in diesen Fällen jedenfalls anzuraten.

Die hier, skizzenhaft dargestellten *Rehabilitationserfahrungen*, können auch unter kritischer Betrachtung als gelungen oder erfolgreich bezeichnet werden. Wohl vermutlich auch unter dem Aspekt, dass es sich um teilweise noch nicht abgeschlossene Re-Integrationsprozesse handelt und daher noch keine wirklichen Aussagen über die endgültige Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt getroffen werden kann. Vielmehr ist es das Aufzeigen individueller Rehabilitationserfahrungen in einem gemeinsamen Kontext, nämlich dem der beruflichen Rehabilitation. Die je individuellen *Geschichten* haben aber mehr oder weniger gemeinsame Linien, die sich durch die hier skizzierten Interviews ziehen. Die Gemeinsamkeiten beziehen sich auf die wahrgenommenen Hilfestellungen, als auch hinsichtlich der erzielten Veränderungen und Zukunftsperspektiven. Aus den einzelnen Interviews können Themenschwerpunkte für die Rehabilitation im Kontext arbeitsmarktpolitischer Ansatzpunkte herausgearbeitet werden, welche sich je nach Problemstellung in den einzelnen Interviews zeigen. So lässt sich sagen, dass RehabilitandInnen und vermutlich auch RehabilitationsexpertInnen immer wieder damit konfrontiert ist, sich mit folgenden Themenbereichen auseinanderzusetzen:

- Fragen in Bezug auf allgemeine Abhängigkeitsfaktoren für „*gelingende Rehabilitationsmaßnahmen*“.

²⁹³ Experteninterview, Interviewtranskript EH, Seite 1f.

²⁹⁴ vgl. Experteninterview, Interviewtranskript MP, Seite 9.

- Fragen in Bezug auf den *Möglichkeitsspielraum* den RehabilitandInnen am Arbeitsmarkt einnehmen.
- Fragen in Bezug auf die *individuellen und handlungsorientierten* Faktoren, die zu einer erfolgreichen Rehabilitation beitragen.
- Fragen in Bezug auf einen *gelingenden*, von Kooperation geprägten Umgang mit arbeitsmarktpolitischen Institutionen und Trägereinrichtungen.
- Fragen in Bezug auf die je individuelle Wechselwirkung zwischen Lebenslage und Lebensbewältigung der RehabilitandInnen.

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

- Wenn die RehabilitandInnen die ihnen zukommende *Wertschätzung* in ihrem *Selbstsein* spüren und diese Wahrnehmung die vorhandene „Defizitwahrnehmung“ – arbeitslos, behindert, krank etc. durchbrochen wird. Dies kann als Basis für arbeitsmarktpolitische Tätigkeiten angesehen werden, durch welche Vertrauen entsteht, sowohl in die Hilfe und Unterstützung (bspw. am AMS) als auch in sich selbst und die dazu motiviert, sich auf *das Kommende einzulassen und sich daran aktiv zu beteiligen*.
- Wenn RehabilitandInnen sich selbst für Veränderungsprozesse *verantwortlich sehen können* und auch dazu aufgefordert werden, *selbstverantwortlich* die dafür notwendigen Kompetenzen und Ressourcen zu aktivieren und nicht durch den professionellen Wissens- und Kompetenzvorsprung der Fachkräfte gehemmt werden. Die arbeitsmarktpolitischen Fachkräfte befinden sich in der Rolle derer, die die Schritte zur *Aktivierung* unterstützen und begleiten, ohne die RehabilitandInnen dabei zu bevormunden, die sehr wohl aber in entscheidenden Situationen aktiv werden und gegebenenfalls auch einschreiten, wobei die gesetzten Handlungen für die RehabilitandInnen transparent sein müssen. Darüber hinaus zeigte sich, dass die RehabilitandInnen die *professionelle Kompetenz* bei den arbeitsmarktpolitischen Fachkräften voraussetzen und auch erwarten.
- Wenn die RehabilitandInnen *unmittelbare* und *konkrete* Entlastungen und Erleichterungen erleben. Als entlastend können einerseits Gespräche empfunden werden, die neue Perspektiven eröffnen; andererseits können aber auch konkrete praktische Unterstützungen entlasten, z.B. die Bewilligung einer Umschulungsmaßnahme, die Bereitstellung von Informationen über weiterführende Hilfsnetzwerke, die Bereitstellung von Informationen über rechtliche und finanzielle Ansprüche.

5 Literatur

Allgemeine Unfallversicherungsanstalten (AUVA), (2003a): „Sozialarbeit im Reha-
ilitationsteam“. Wien.

Allgemeine Unfallversicherungsanstalten (AUVA), (2003b): „Rat und Hilfe bei Arbeitsun-
fällen und Berufskrankheiten. Aufgaben und Leistungen“. Wien.

BÖHNISCH, Lothar/FUNK, Heide (1989): „Jugend im Abseits – Zur Lebenslage Jugendli-
cher im ländlichen Raum“. Weinheim/München.

BÖHNISCH, Lothar (1994): „Gespaltene Normalität. Lebensbewältigung und Sozialpäd-
agogik an den Grenzen der Wohlfahrtsgesellschaft“. Weinheim/München.

BÖHNISCH, Lothar (1999²): „Sozialpädagogik der Lebensalter. Eine Einführung“. Wein-
heim/München.

BÖHNISCH, Lothar (2001³): „Sozialpädagogik der Lebensalter. Eine Einführung“. Wein-
heim/München.

BLUMBERGER Walter (2003): „Wissenschaftliche Grundlagen der beruflichen Rehabilita-
tion“. Linz, Seite 2. (www.ibe.co.at/web/aktuell/aktuell.301.pdf).

BMSG (2002): „Bericht über die soziale Lage. Analysen und Ressortaktivitäten. Soziale
Sicherheit, Gesundheit, Geschlechter, Generationen, Einkommen 2001-2002“, Wien.

BMSG (2003): „Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten Menschen
in Österreich“, Wien.

CHASSÉ Karl-August (1999): „Soziale Arbeit und Lebenslage – Zur Einführung in das
Lebenslage Konzept“. In: TREPTOW R./HÖRSTER R.: ‚Sozialpädagogische Integration –
Entwicklungsperspektiven und Konfliktlinien‘. Weinheim/München, Seite.147-154.

DERINGER, S./ZWICKY H./HIRTZ, M./GREDIG, D.: „Lebenslage und Lebensbewältigung
von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz“. Kurzbericht, Fachhochschule Aargau
Nordostschweiz, Department Soziale Arbeit. Brugg 2002
(www.sozialstaat.ch/global/projects/handicap/gredig/_1.pdf). Stand: 28.12.2003.

GERDES, N./WEIS, J. (2000): „Zur Theorie der Rehabilitation“. In: BENGEL, Jür-
gen/KOCH, Uwe (Hg.), (2000): „Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften“. Berlin,
Seite 41-68.

HAARMANN, Eva Maria/SPIESS, Ilka: „Verbindung schaffen zwischen behinderten-, be-
rufs- und sozialpädagogischer Arbeit: Begleitende Hilfen im Arbeitsleben.“ In: BAABE,
Sabine/HAARMANN, Eva Maria/SPIESS, Ilka (Hg.) (2002): „Für das Leben stärken –
Zukunft gestalten.“ Paderborn, Seite 74-95.

HAIDEN, Claudia (2001): „Möglichkeiten der sozialen Rehabilitation aufgezeigt am Bei-
spiel des BBRZ (Berufsbildendes Rehabilitationszentrum) Steiermark.Kärnten“, Diplom-
arbeit, Graz.

HECKL, Eva/DORR, Andrea/SHEIKH, Sonja/SIMBÜRGER, Elisabeth/RAPA, Silvi-
ja/EGGER, Andrea (2003): „Maßnahmen für Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen –
Evaluierung, Analyse, Zukunftsperspektiven. Arbeitspapier Teil 1 und Teil 2“, KMU For-
schung Austria (Hg.), Wien.

HRADIL, Stefan (1987): „Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft“,
Opladen.

KARDORFF, Ernst von (2000): „Qualitative Forschung in der Rehabilitation“. In: BEN-
GEL, Jürgen/KOCH, Uwe (Hg.): „Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften“. Berlin,
Seite 409-428.

KOCH, Uwe/BENGEL, Jürgen (2000): „Definition und Selbstverständnis der Rehabilitati-
onswissenschaften“. In: BENGEL, Jürgen/KOCH, Uwe (Hg.), (2000): „Grundlagen der
Rehabilitationswissenschaften“. Berlin, Seite 3–17.

KLEVE, Heiko (1999): „Postmoderne Sozialarbeit“. Aachen.

KUNZE, Heinrich/POHL, Julia (2002): „Leitlinien zur Rehabilitation und Integration“. In: SCHMIDT-ZADEL, Regina/PÖRKSEN, Niels (Hg.), (2002): „Teilhabe am Arbeitsleben. Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen“. Bonn, Seite 198-214.

MOUSTAKAKIS, Lambros (2001): „Perspektivenentwicklung im beruflichen Rehabilitationsmanagement. Diagnose, - Prozess, und Implementierungsmanagement zur beruflichen und sozialen Integration Erwachsener Behinderter unter besonderer Berücksichtigung des BBRZ Linz“, Dissertation, Linz.

MÜHLUM, Albert/GÖDECKER-GEENEN, Norbert (2003): „Soziale Arbeit in der Rehabilitation“. München/Basel.

MEIER KRESSIG, Marcel/HUSI, Gregor (2002): „Auf den Spuren des Lebens. Eine Weiterentwicklung des Lebenslagenkonzepts“. In: Sozial Aktuell, Nr. 15, Seite 20–23, Basel.

SCHEFOLD, W. (1999): „Biografie, Lebenslauf und Sozialpädagogik“. Weinheim/München.

SCHUBERT, Franz-Christian (2004): „Den Blick erweitern: Sozialökologische Konzeptionen in Sozialarbeit und Beratung“. Der Artikel spiegelt Teile eines Forschungsprojektes an der Fachhochschule Niederrhein zum Thema: „Bewältigung von Lebenskrisen und psychosozialen Problemen im Rahmen von individuumübergreifenden, umweltorientierten Beratungsverfahren“, wider. http://www.fh-niederrhein.de/fb06/buecher/band_12/grund_3.html Stand: 10.02.2004.

STEINGRUBER; Alfred (2000): „Der Behindertenbegriff im österreichischen Recht“. Diplomarbeit, Graz. Kurzzusammenfassung: <http://www2.uibk.ac.at/bidok/library/recht/steingruber-recht.html>, Stand: 06.01.2004

SOZIALE SICHERHEIT Fachzeitschrift der österreichischen Sozialversicherung (2003/Nr.7/8), Wien.

STATISTIK AUSTRIA (2004): „Jahrbuch der Gesundheitsstatistik“ (Hg.), Wien

STATISTIK AUSTRIA (2002): „Mikrozensus Sonderprogramm Juni 2002 ‚Beeinträchtigungen und Behinderungen‘, Wien

WÖRISTER, Karl/RACK, Herta (2003): „Sozialschutzsysteme in Österreich. Ein Überblick“. BMSG (Hg.), Wien.

WELSCH, Wolfgang (1993): „Unsere Postmoderne Moderne“. 4. Auflage, Berlin.

WEBER, Maria Elisabeth (2001): „Familien als Koproduzenten sozialpädagogischer Interventionen – Zur Innensicht Sozialpädagogischer Familienhilfe“. Dissertation, Graz.

WENDT, Wolf Rainer (1988): „Das Konzept der Lebenslage. Seine Bedeutung für die Praxis der Sozialarbeit.“ In: Blätter der Wohlfahrtspflege, Jg. 135, Heft 4, Seite 79–83.

WENDT, Wolf Rainer (2001): „Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung“. Freiburg im Breisgau. 3. Auflage.