



Gesunde Berufswege

Konzept für die Institutionalisierung von Laufbahnoptionen in präventiver Absicht

*Jörg Flecker
Ingrid Mairhuber
Marion Vogt*

FORBA Forschungsbericht 3/2008

**Machbarkeitsstudie im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales
und Konsumentenschutz**

Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt
A-1020 WIEN, Aspernbrückengasse 4/5
Tel.: +431 21 24 700
Fax: +431 21 24 700-77
office@forba.at
<http://www.forba.at>

INHALT

<i>EINLEITUNG</i>	1
1. <i>KURZFASSUNG</i>	3
2. <i>LAUFBAHNOPTIONEN FÜR BERUFE MIT BEGRENZTER TÄTIGKEITSDAUER – ERGEBNISSE DER LITERATURRECHERCHE</i>	9
2.1. <i>Berufswechsel</i>	9
2.2. <i>Berufe mit begrenzter Tätigkeitsdauer</i>	11
2.3. <i>Lebenserwerbsverlaufsperspektive</i>	13
2.4. <i>Bildungssystem</i>	16
2.5. <i>Auswahl der Berufe</i>	21
2.6. <i>Pflegepersonal</i>	23
2.6.1. <i>Einige Daten</i>	23
2.6.2. <i>Aus- und Weiterbildung</i>	24
2.6.3. <i>Belastungen, Burnout und Krankheiten</i>	26
2.6.4. <i>Berufsverläufe</i>	27
2.6.5. <i>Berufswechsel</i>	29
2.7. <i>Bauberufe</i>	29
2.7.1. <i>Einige Daten</i>	29
2.7.2. <i>Aus- und Weiterbildung</i>	31
2.7.3. <i>Belastungen, Krankheiten, Unfälle</i>	32
2.7.4. <i>Berufliche Verläufe</i>	34
2.8. <i>Prävention und Gesundheitsvorsorge</i>	35
2.8.1. <i>ArbeitnehmerInnenschutz, Betriebliche Gesundheitsförderung und Rehabilitation</i>	35
2.8.2. <i>Ausgewählte Projekte und Maßnahmen</i>	38
3. <i>KONZEPT „GESUNDE BERUFSWEGE“</i>	49
<i>Zielsetzung</i>	49
<i>Das Konzept „Gesunde Berufswege“ im Überblick</i>	50
<i>Interventionsbereich 1: Berufsorientierung und Bildungsberatung</i>	52
<i>Interventionsbereich 2: Vielfältige Zugänge, Gelegenheiten und Anlässe</i>	54

<i>Interventionsbereich 3: Früherkennung möglicher Gesundheitsgefährdungen</i>	59
<i>Interventionsbereich 4: Eröffnen neuer Laufbahnoptionen, Laufbahnberatung und Qualifizierung</i>	62
<i>Interventionsbereich 5: Umstiegsförderung für Personen und Betriebe</i>	65
<i>Interventionsbereich 6: Verbesserung der Voraussetzungen im beruflichen Bildungssystem</i>	66
<i>Interventionsbereich 7: Grundlagen, Bewusstseinsbildung und Vernetzung</i>	69
<i>Umsetzung</i>	71
 <i>INTERVIEWPARTNERINNEN</i>	 73
 <i>LITERATUR</i>	 75

TABELLENVERZEICHNIS

<i>Tabelle 1: Erstausbildungssystem</i>	17
<i>Tabelle 2: Arbeitsbedingungen nach Wirtschaftszweigen, BRD, in %</i>	22
<i>Tabelle 3: Hierarchieebenen in Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen und in der mobilen Pflege</i>	24
<i>Tabelle 4: Arbeitsstätten und unselbständig Beschäftigte nach Größe der Unternehmen, 2001</i>	30

EINLEITUNG

Manche Berufe bzw. Tätigkeiten können unter den gegebenen Bedingungen von Vielen nicht ihr ganzes Erwerbsleben lang ausgeübt werden. Häufig ist ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben die Folge. Um dies zu vermeiden sind zum einen die Arbeitsbedingungen an den entsprechenden Arbeitsplätzen zu verbessern und an die sich wandelnden Fähigkeiten und Belastbarkeiten anzupassen. Zum anderen wird in Pilotprojekten für altersgerechte Arbeitskarrieren nach Möglichkeiten gesucht, durch Arbeitsplatzwechsel einen längeren Verbleib im Betrieb zu erreichen. Solche Maßnahmen fanden bisher aber kaum Verbreitung. Ergänzend sollte die Sicherung der Arbeitsfähigkeit durch altersgerechte Arbeitskarrieren auch überbetrieblich und branchenübergreifend ansetzen. So könnte ein rechtzeitiger Wechsel des Berufs bzw. der Tätigkeit dazu beitragen, die Gesundheit der Arbeitskräfte länger zu erhalten und einem vorzeitigen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben vorzubeugen.

Trotz der schon länger laufenden Diskussion über die Flexibilisierung des Arbeitsmarktes und die zunehmende Notwendigkeit von Berufswechseln im Erwerbsverlauf sind im Berufssystem, abgesehen von der oftmals möglichen Aufstiegsmobilität, keine systematischen Umstiegsmöglichkeiten vorgesehen. Ein Berufswechsel bleibt damit in der Regel ein individueller Ausweg, der im Einzelfall durch Beratung und Qualifizierung unterstützt wird, wobei Beratung und Qualifizierung nur für Arbeitslose flächendeckend gegeben sind. Die fehlende Institutionalisierung von Tätigkeits- und Berufswechseln dürfte nicht nur zur Folge haben, dass individuelle Strategien schwer zu realisieren sind, sondern auch, dass die Betroffenen viel zu spät über Alternativen zu ihrer aktuellen Berufstätigkeit nachzudenken beginnen. Doch gerade Tätigkeits- und Berufswechsel vor dem Auftreten arbeitsbedingter Erkrankungen oder Berufskrankheiten kann Folgekosten senken und das Erwerbsleben verlängern. Viele dürften derzeit arbeitsbedingte Gesundheitsgefährdungen mangels Alternativen schlicht verdrängen oder hinnehmen. Durch die Institutionalisierung von Laufbahnoptionen könnten sie sich ein Gesundheitsbewusstsein wohl eher „leisten“.

Der vorliegende Bericht enthält die zusammengefassten Ergebnisse der Machbarkeitsstudie über „Berufswechsel im Erwerbsverlauf als Prävention“, die im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz durchgeführt wurde. Nach einer Kurzfassung, in der das entwickelte Konzept skizziert wird, werden die Ergebnisse der Literaturrecherche über Berufe mit begrenzter Tätigkeitsdauer und Optionen für Berufswechsel dargestellt. Im Anschluss daran wird das Konzept für „Gesunde Berufswege“ ausführlich dargestellt. Viele Expertinnen und Experten haben sich als GesprächspartnerInnen zur Verfügung gestellt und so diese Studie erst ermöglicht. Wir möchten uns bei allen für die interessanten Informationen und Einblicke sehr herzlich bedanken. Zugleich ist eine Entschuldigung angebracht: Es war keine vollständige Darstellung der vielfältigen bestehenden Angebote in der Gesundheits- und in der Arbeitsmarktpolitik vorgesehen. Einrichtungen, Programme oder Pilotprojekte werden immer nur als Beispiele angeführt. Damit geht einher, dass viele interessante Initiativen leider nicht erwähnt werden können.

1. KURZFASSUNG

Ziel des Konzepts „Gesunde Berufswege“ ist es, Optionen für einen Wechsel der Tätigkeit oder des Berufs zu eröffnen, sobald erkannt wird, dass eine Person die Tätigkeit oder den Beruf voraussichtlich nicht auf Dauer wird ausüben können, aber Maßnahmen der Arbeitsgestaltung und der Gesundheitsförderung nicht greifen oder nicht ausreichen. Das Konzept soll *in Ergänzung zur* alternsgerechten Arbeitsgestaltung und zur Gesundheitsförderung umgesetzt werden, kann und soll den Ausbau dieser Maßnahmen aber keineswegs ersetzen oder weniger vordringlich machen.

Wie die Institutionenanalyse im Rahmen der Machbarkeitsstudie zeigte, ist der Ansatz, den wir hier verfolgen, zwar bisher erst in Deutschland in Entwicklung, in Österreich gibt es aber viele Einrichtungen und Maßnahmen, die in diesem Zusammenhang bereits eine wichtige Rolle spielen. Daher dürfte es nicht sinnvoll sein, diesen eine neue, zentrale Einrichtung zur Unterstützung von „Gesunden Berufswegen“ hinzuzufügen. Nach dem Konzept „Gesunde Berufswege“ sollen die bestehenden Einrichtungen und Maßnahmen vielmehr vernetzt und (vor allem regional) ergänzt werden. Wie die Grafik auf der nächsten Seite zeigt, ist in sieben Interventionsbereichen anzusetzen.

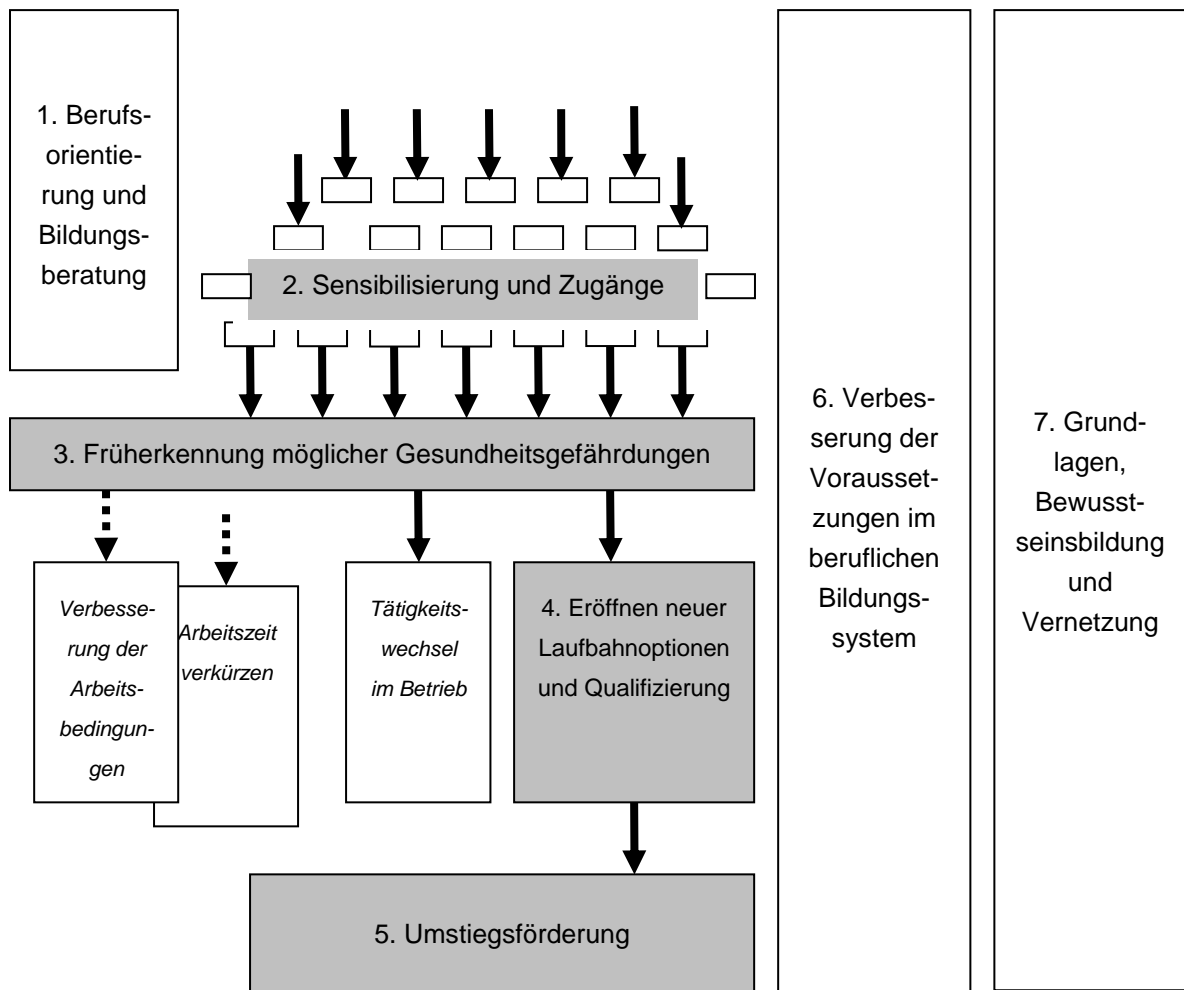
Interventionsbereich 1: Berufsorientierung und Bildungsberatung

Die früheste Interventionsmöglichkeit besteht in der Beratung über Belastungen und gesundheitliche Aspekte von Berufen schon vor und bei der Berufswahl. Diese soll nicht nur zu Überlegungen im Hinblick auf die Eignung für einen bestimmten Beruf Anstoß geben, sondern auch Kompetenzen für die Planung und Gestaltung des eigenen Lebenserwerbsverlaufs vermitteln.

Interventionsbereich 2: Sensibilisierung und Zugänge

Einer der zentralen Aspekte des Konzepts ist es, möglichst breite, vielfältige und frühzeitige Zugänge zu den möglicherweise betroffenen Erwerbstätigen zu etablieren bzw. Zugänge der Erwerbstätigen zu Beratung und Unterstützung zu bieten. Deshalb sollen im Betrieb, in verschiedensten Beratungsstellen im Bereich Gesundheit, Arbeitsmarkt, Bildung, Familie etc. Informationen und Erstberatungen über Arbeitsfähigkeit, Gesundheit und Berufslaufbahn angeboten werden.

Abbildung: Interventionsbereiche



Interventionsbereich 3: Früherkennung möglicher Gesundheitsgefährdungen

Über die in Interventionsbereich 2 gestalteten Zugänge sollen Erwerbstätige bei Bedarf Angebote für die Früherkennung möglicher Gesundheitsgefährdungen im Einzelfall erhalten. Der zweite zentrale Aspekt des Konzepts ist es daher, das Angebot für Beratungen zur Arbeitsbewältigung und Arbeitsfähigkeit und für entsprechende Untersuchungen auszubauen. Werden bei diesen Beratungen und Untersuchungen Probleme erkannt, sollten zunächst die Möglichkeiten zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen bzw. der Anpassung des Arbeitsplatzes an die Fähigkeiten der Person ausgelotet sowie andere innerbetriebliche Lösungen gesucht werden.

Interventionsbereich 4: Eröffnen neuer Laufbahnoptionen und Qualifizierung

Für viele Beschäftigte insbesondere in Klein- und Mittelbetrieben sind innerbetriebliche Möglichkeiten oft nicht gegeben. Deshalb gilt es, außer- und überbetriebliche Laufbahnoptionen aufzuzeigen bzw. zu institutionalisieren sowie fallbezogene Beratung und Unterstützung für Tätigkeits- und Berufswechsel anzubieten. Nur wenn auf das Aufzeigen von (zu erwartenden) Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit konkrete Unterstützungsmaßnahmen und Angebote folgen, ist zu erwarten, dass sich Erwerbstätige tatsächlich stärker mit ihrer gesundheitlichen und beruflichen Zukunft befassen. Deshalb ist dieser Interventionsbereich ein weiterer zentraler Aspekt des Konzepts. Damit die Laufbahnoptionen tatsächlich wahrgenommen werden können, dürfte in vielen Fällen eine Weiterbildung notwendig sein, die im Anschluss an die Laufbahnberatung angeboten werden sollte.

Interventionsbereich 5: Umstiegsförderung

Die Unterstützung und Betreuung sollte jedoch nicht mit der etwaigen Qualifizierung zu möglichen neuen Tätigkeiten oder Berufen enden. Vielmehr gilt es, den Umstieg von einer Tätigkeit bzw. Beschäftigung in eine andere oder den Einstieg von der Arbeitslosigkeit in eine neue Beschäftigung zu begleiten und finanziell zu fördern. Bei Beschäftigten ist jedenfalls ein Umstieg in eine andere Tätigkeit bzw. in einen neuen Beruf ohne den Umweg über die Arbeitslosigkeit anzustreben. Daher sind hier neue Möglichkeiten der Unterstützung von Arbeitsplatzwechseln z.B. in Unternehmensverbänden oder durch Umstiegsförderungen zu entwickeln.

Interventionsbereich 6: Verbesserung der Voraussetzungen im beruflichen Bildungssystem

Viele der derzeit gegebenen Einschränkungen von Laufbahnoptionen sind der spezifischen Ausgestaltung des Bildungssystems geschuldet. Sollen Optionen ausgeweitet werden, sind daher grundlegende Voraussetzungen im beruflichen Bildungssystem im Hinblick auf die Erstausbildung und auf das lebensbegleitende Lernen zu verbessern. Auch wenn diese Studie nicht geeignet ist, grundlegende Innovationen im Bildungssystem anzustoßen, wurde dieser Bereich angesichts der hier dringend erforderlichen Weichenstellungen in diese Arbeit aufgenommen.

Interventionsbereich 7: Grundlagen, Bewusstseinsbildung und Vernetzung

Für die Gestaltung einzelner Maßnahmen und erfolgreiche Beratungstätigkeiten fehlen derzeit noch wissenschaftliche Grundlagen. Dies betrifft insbesondere das Wissen über Erwerbsverläufe und die integrierte Analyse von Berufen sowohl in qualifikatorischer Hinsicht als auch im Hinblick auf Belastungen. Eine umfassende Bewusstseinsbildung ist Voraussetzung dafür, dass Angebote für „Gesunde Berufswege“ breit angenommen werden. Die Realisierung des Konzepts ist weiterhin nur dann möglich, wenn eine Vernetzung und Beteiligung der relevanten Akteure gelingt.

Für die konkrete Umsetzung des Konzepts und die Nutzung der Angebote im Einzelfall bestehen mehrere Möglichkeiten. Folgende drei Modelle der Umsetzung können vorweg definiert werden:

Modell 1: Integrierte Beratungsstelle

Bei diesem Modell können sich interessierte Beschäftigte an eine zentrale Beratungsstelle für „Gesunde Berufswege“ in der Region wenden, in der sie von Arbeitsfähigkeitsgesprächen, einer arbeitsmedizinischen und -psychologischen Diagnose über die Laufbahnberatung bis zur Qualifizierungsberatung und -förderung sowie Jobvermittlung durchgängig betreut werden. Eine solche integrierte Beratung könnte eventuell vom „Service Arbeit und Gesundheit zur Sicherung von Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Arbeitsplatzhalt“ angeboten werden, das die Sozialpartner vorgeschlagen haben, wenn diese Einrichtungen nicht von vornherein nur mit Krankheit und Behinderung assoziiert werden.

Modell 2: Vernetzung

Nach diesem Modell erhalten Erwerbstätige im Betrieb, im Internet oder in einer Beratungsstelle Informationen und eine Erstberatung im Hinblick auf „Gesunde Berufswege“. Sie werden bei Bedarf an Einrichtungen zur Früherkennung möglicher Gesundheitsgefährdungen weiter verwiesen, wo Coachings über die Arbeitsfähigkeit oder arbeitsmedizinische Untersuchungen angeboten werden. Mit den Ergebnissen dieser Beratungen und Untersuchungen ausgestattet wenden sich die Personen an eine Laufbahn- und Qualifizierungsberatungsstelle, die sie während eines Berufswechsels betreut und auch entsprechende Förderungen für die berufliche Weiterentwicklung vergibt.

Modell 3: Vernetzung mit Case Management

Hier könnten die bestehenden und ergänzend regional noch aufzubauenden Einrichtungen wie im Modell 2 vernetzt werden. Da jedoch ein Risiko besteht, dass sich die interessierten Erwerbstätigen mit der nötigen Organisation und Planung schwer tun und auf dem Weg wieder „verloren gehen“, wäre eine Betreuung aus einer Hand in Verbindung mit dem Durchlaufen verschiedener Einrichtungen zu überlegen. Dabei kann eine der besuchten Einrichtungen oder aber eine zusätzliche zentrale Stelle für „Gesunde Berufswege“ das *case management* übernehmen.

Die Umsetzung des Konzepts kann stufenweise erfolgen:

Schritt 1: Grundlagen und Vernetzung:

Zunächst sind Grundlagen für die Ausgestaltung von Maßnahmen und die Unterstützung der Beratung zu erarbeiten z.B. durch die Untersuchung von Berufsverläufen oder die Analyse von Laufbahnoptionen für ausgewählte Berufe, bei der sowohl Qualifikationen als auch Belastungen berücksichtigt werden. Daraus können Grund-

lagen für Informationsmaterial und Beratung über Umstiegsmöglichkeiten in Form einer zu entwickelnden „Berufswanderkarte“ abgeleitet werden. Die Bildung eines Netzwerks „Gesunde Berufswege“ soll die Einbindung der relevanten Akteure und ihre Beteiligung an Maßnahmen sicherstellen.

Schritt 2: Vernetzung und Ergänzung des Beratungsangebots auf regionaler Ebene

Parallel zu Schritt 1 können Maßnahmen zur Vernetzung und Ergänzung bestehender Einrichtungen auf regionaler Ebene begonnen werden. Hier sind grundsätzlich zwei Wege denkbar: „Gesunde Berufswege“ wird als allgemeines Angebot für alle Berufe oder zunächst als berufsspezifisches Angebot z.B. für Bau-, Metall-, Gastgewerbe und/oder Pflegeberufe konzipiert. Ein beruflich offenes Angebot könnte etwa bei Territorialen Beschäftigungspakten verankert werden, wobei Krankenversicherungsträger, Pensionsversicherung, AUVA, Bundessozialamt u.a. einzubeziehen sind. Branchenspezifische Netzwerke und Beratungsangebote könnten von den Sozialpartnern z.B. im Bauwesen, in der Pflege etc. getragen werden und alle relevanten Akteure und Einrichtungen einbeziehen.

Schritt 3: Bewusstseinsbildung und regionale Ausweitung des Angebots

Sind konkrete Angebote für die Beratung und Unterstützung eingerichtet, sind Maßnahmen der Bewusstseinsbildung erforderlich, um die Nutzung des Angebots zu sichern. Zugleich können bisher in einzelnen Regionen bzw. für einzelne Berufe umgesetzte Maßnahmen unter Berücksichtigung der dabei gemachten Erfahrungen auf weitere Bereiche übertragen werden, um eine flächendeckendes Angebot sicherzustellen.

Die Frage der Finanzierung der Maßnahmen ist freilich entscheidend für die Realisierbarkeit und den Erfolg. Sie war allerdings nicht Gegenstand der Machbarkeitsstudie, sondern ist nach einer grundsätzlichen Entscheidung für die Umsetzung getrennt zu behandeln.

2. *LAUFBAHNOPTIONEN FÜR BERUFE MIT BEGRENZTER TÄTIGKEITSDAUER – ERGEBNISSE DER LITERATURRECHERCHE*

Der erste Schritt der Machbarkeitsstudie über „Berufswechsel im Erwerbsverlauf als Prävention“ bestand in einer Literaturrecherche über Berufe mit begrenzter Tätigkeitsdauer und Optionen für Berufswechsel. Darüber hinaus wurden die Diskussionen über Lebenserwerbsverlauf und über das berufliche Bildungssystem einbezogen und bestehende Maßnahmen im deutschsprachigen Raum beispielhaft beschrieben. Für den Fall, dass eine allgemeine Behandlung des Themas nicht zielführend sein sollte, wurden von theoretischen Überlegungen ausgehend zwei Berufsgruppen mit hohen psychischen und/oder physischen Belastungen für Konkretisierungen ausgewählt: die Pflegeberufe und die Bauberufe. Die Situation in diesen Berufsgruppen wird im folgenden Überblick über die Literaturrecherche ebenfalls dargestellt.

2.1. *Berufswechsel*

Immer häufiger ist die Rede von der Brüchigkeit des Erwerbsverlaufes und davon, dass Arbeitsplatz- und Berufswechsel bereits zur Normalbiographie gehören. Demnach müssen sich Erwerbstätige mehrmals im Laufe ihres Lebens beruflich umorientieren und vom „Leitbild des lebenslangen Berufes“ verabschieden (Fitzenberger/Spitz 2003). Dies erfordert von den Beschäftigten Flexibilität ebenso wie die Bereitschaft, sich weiterzubilden und auf einen neuen Beruf mit neuen Anforderungen und Arbeitsbedingungen einzulassen und anzupassen. Die Anforderungen an die Flexibilität werden in der Diskussion häufig übertrieben. Empirische Studien zeichnen ein differenzierteres Bild der Häufigkeit von Berufswechseln.

Die von BIBB und BAUA in Deutschland durchgeführte Befragung von Erwerbstätigen, die eine Ausbildung im dualen Ausbildungssystem abgeschlossen haben, kommt zu folgendem Ergebnis: 60% der Befragten üben nach wie vor Tätigkeiten aus, die ihrer Ausbildung entsprechen oder mit dieser verwandt sind. Jedoch haben 40% der Beschäftigten ihren Beruf gewechselt. Wenn man dabei unterschiedliche Berufe betrachtet, so ist ein Wechsel aus Berufen des Bau-, Bauneben- und Holzgewebes (47%), des Tourismus (44%) wesentlich häufiger der Fall als beispielsweise bei den Gesundheits- (34%) oder Büroberufen (34%) bzw. bei Dienstleistungskaufleuten (25%) (Hall 2007).

Andere Studien differenzieren bezüglich des Berufswechsels nach Beschäftigtengruppen und vergleichen diese gegebenenfalls miteinander. So haben beispielsweise 67% der freien DienstnehmerInnen in Oberösterreich mindestens einmal den Beruf gewechselt, wohingegen dies nur auf 49% der Angestellten zutrifft. Mehr als doppelt so viele freie DienstnehmerInnen (40%) als Angestellte (18%) wechselten bereits mehrmals ihren Beruf (Stagel/Nemella 2002). Ähnliches gilt für atypisch

Beschäftigte,¹ die laut einer deutschen Untersuchung ebenfalls eine Vielzahl von Tätigkeits- und Berufswechseln hinter sich gebracht haben (Hecker et al. 2006). Mehrmalige Berufswechsel scheinen demnach für Personen, die über kein unbefristetes Anstellungsverhältnis verfügen, eher zur „Normalität“ zu gehören.

Einer österreichischen Studie (Mandl et al. 2006) zufolge basiert ein Berufswechsel, wie sich hier bereits andeutet, nicht immer auf einer freiwilligen Entscheidung, sondern kann aus verschiedenen Gründen auch erzwungen werden. Zu diesen zählen vor allem Arbeitslosigkeit und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen, die eine Fortführung des bisherigen Berufes nicht mehr zulassen. Für Personen, die nach mehreren Jahren der Berufsunterbrechung versuchen am Arbeitsmarkt wieder Fuß zu fassen, stellt ein Berufswechsel eine Option dar, dieses Ziel zu erreichen. Auch jene Erwerbslosen, die bereits seit längerer Zeit vergeblich eine neue Stelle in ihrem ursprünglichen Beruf suchten, ziehen eher einen Berufswechsel in Betracht. Ein Berufswechsel spielte jedoch bei jenen Personen relativ schnell eine Rolle, die gesundheitliche Probleme haben, die eine Weiterbeschäftigung in ihrem Beruf nicht zulassen.

In diesem Zusammenhang kann auf eine deutsche Studie verwiesen werden, die ergab, dass laut Funktions- und Krankheitsdiagnosen des Ärztlichen Dienstes 55% der Arbeitslosen, die an einer Erkrankung des Muskel- Skelett- und Bindegewebes und 25%, die an einer psychischen Erkrankung leiden, den Beruf bzw. die Tätigkeiten wechseln müssen und nicht mehr in ihrem ursprünglichen Beruf zurückkehren können. Ein Berufswechsel erschwert die Reintegration insofern, als die Vermittlung in den ersten Arbeitsmarkt für Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen bereits als gering eingestuft werden kann (Hollederer 2003).

Aus diesem Grund ist es auch nicht erstaunlich, dass die österreichische Studie über BerufswechslerInnen (Mandl et al. 2006) ergab, dass vor allem Arbeit suchende Personen und Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, deren Berufswechsel auf einen äußeren Zwang basiert, große Schwierigkeiten hatten, diesen auch in die Praxis umzusetzen. Ein erfolgreicher Berufswechsel vollzog sich eher dann, wenn er aus einem Beschäftigungsverhältnis heraus realisiert wurde und schlechte Arbeitsbedingungen (z.B. Arbeitszeiten, besondere Belastungen), Unzufriedenheit mit den Tätigkeiten bzw. mit dem Berufsprestige oder eine falsche Berufsentscheidung in jungen Jahren die Ursache für den Berufswechsel darstellten.

Die Chancen, den Berufswechsel erfolgreich zu gestalten, stiegen ebenfalls, wenn die für den neuen Beruf notwendigen Qualifikationen bereits während der Ausübung des vorherigen Berufes und nicht durch Qualifizierungsmaßnahmen des Arbeitsmarktservice erworben wurden. Auch Personen, die über die notwendigen sozialen Kontakte und Netzwerke verfügten, um eine neue Position ausfindig zu machen, hatten weniger Schwierigkeiten, ihren Berufswechsel auch zu vollziehen (Mandl et al. 2006).

¹ Diese werden als Teilzeitbeschäftigte, freie MitarbeiterInnen, ZeitarbeiterInnen und Personen mit befristeten Beschäftigungsverhältnissen definiert (Hecker et al. 2006).

Nachdem Arbeit suchende Personen höheren Alters besondere Schwierigkeiten haben, einen Arbeitsplatz zu finden (Krenn/Vogt 2007), ist es nicht verwunderlich, dass dasselbe auch für den Vollzug eines Berufswechsels gilt. Die älteren InterviewpartnerInnen der österreichischen Untersuchung zu Berufswechsel (Mandl et al. 2006) hatten Schwierigkeiten ihren Beruf zu wechseln, was nicht nur an ihrem fortgeschrittenen Alter lag, sondern auch daran, dass es schwierig ist, finanzielle Einbußen oder geringere zeitliche Ressourcen während der Ausbildung hinzunehmen.

Ein Berufswechsel kann für einige Menschen ein krisenhaftes Ereignis im Leben darstellen, denn ein Beruf bzw. ein Arbeitsplatz wirkt nicht nur identitätsstiftend, sondern auch stabilisierend. Den Beruf zu wechseln bedeutet deshalb, Alltagsroutinen und Tätigkeitsfelder aufzugeben, Teams und ArbeitskollegInnen zu verlassen, erworbene Rollen hinter sich zu lassen und sich gleichzeitig auf neue Menschen, einen neu strukturierten Alltag, neue Tätigkeiten und eine neue Rolle einzulassen. Aus diesem Grund erleichtern stabile Lebensumstände, wie eine funktionierende Partnerschaft, ein regelmäßiges Einkommen, aber auch eine stabile psychische Konstellation und ein guter physischer Gesundheitszustand den Berufswechsel (Mandl et al. 2006).

2.2. *Berufe mit begrenzter Tätigkeitsdauer*

Nun gibt es Berufe, die nicht über Jahrzehnte ausgeübt werden können, ohne dass gesundheitliche Schädigungen die Folge sind. Zu diesen so genannten „Berufen mit begrenzter Tätigkeitsdauer“ gehören laut Köchling (2000) bspw. PilotInnen, FluglotsInnen und Bergmann/-frau (in Deutschland gesetzlich bzw. tariflich legitimiert), ebenso wie FahrerInnen des Öffentlichen Personennahverkehrs, BauarbeiterInnen oder LehrerInnen, die ein hohes Risiko haben, ein Burnout-Syndrom zu entwickeln und daraus folgend in Invaliditätspension gehen zu müssen. Auf der anderen Seite können einige Berufe, die bestimmte Tätigkeiten beinhalten, nur begrenzt ausgeübt werden. Köchling nennt dabei zum Beispiel die Kombination von Schicht- und Nachtarbeit, gleichzeitigem Heben und Tragen schwerer Lasten und Belastungen, die sich aus der Umgebung ergeben, so wie dies bspw. bei StahlarbeiterInnen und GießerInnen der Fall ist. Auch die Montage auf Baustellen, bei der häufige Ortswechsel und viele Überstunden notwendig und gegebenenfalls ungünstige klimatische Bedingungen vorhanden sind, kann nicht unbegrenzt ausgeübt werden. Tätigkeiten, die hohe Anforderungen an die Feinmotorik und Wahrnehmung stellen, wie Prüfarbeiten oder die bereits erwähnte Montagearbeit, haben ebenfalls ein „zeitliches Ablaufdatum“. Als weiteren Aspekt, der zu einer begrenzten Tätigkeitsdauer führt, zählt die konstante Überforderung aufgrund von Zeitdruck, Mehrarbeit, zeitparallelem Arbeiten, dem Wechsel der Vorgaben, Learning by Doing, usw. (Köchling 2000).

Der ständig zunehmende Leistungsdruck in der Arbeitswelt führt zu einer Beschleunigung und Verdichtung der Arbeit und lässt zunehmende gesundheitliche Beeinträchtigungen befürchten. So zeigte der *European Working Conditions Survey* der Europäischen Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, dass die Arbeitsintensität in den letzten 15 Jahren deutlich angestiegen ist (Parent-Thirion et al.

2007). Arbeit mit sehr hoher Geschwindigkeit trifft dieser Datenquelle zufolge in der EU27 auf fast 60% und Arbeit mit engen Terminvorgaben auf etwas mehr als 60% der Erwerbstätigen zu. Auch haben körperliche Belastungen nicht abgenommen, wie man aufgrund des Strukturwandels und des technischen Fortschritts annehmen könnte. Beispielsweise ist zwischen 1995 und 2005 die Häufigkeit der Belastungen durch repetitive Bewegungen der Hand oder des Arms in den EU15-Ländern von 56% auf 61% gestiegen (Greenan et al. 2007). Entsprechend häufig beeinträchtigt die Arbeit die Gesundheit der Beschäftigten. Im Durchschnitt der EU27 geben das 36%, in Österreich 32% der Erwerbstätigen an.

Behrens et al. (2002b), die sich in einem größeren Projekt der alternsgerechten Laufbahngestaltung gewidmet haben, gehen ebenso wie dies bei Köchling bereits der Fall ist, weniger von Berufen als von Tätigkeiten und Arbeitsbedingungen aus, die nur begrenzt ausgeübt werden können. Zu diesen zählen beispielsweise die Dauerbelastung und das schwere Heben in der Kranken- und Altenpflege, schwere Gewichte und die Balance kombiniert mit dem Zeitdruck und der fehlenden Hilfestellung im Bauwesen oder die Taktzeiten, die Gruppenarbeit und die Schichtsysteme in der Autozulieferindustrie. Der Grund, warum Tätigkeiten und nicht Berufe im Fokus stehen, liegt darin, dass einerseits nicht alle Tätigkeiten, die einem Beruf zugeordnet sind, sondern nur einige dieser Tätigkeiten langfristig nicht ausgeübt werden können, und dass andererseits in jedem der im Zuge dieser Studie untersuchten Betriebe Bereiche existieren, die eine begrenzte Tätigkeitsdauer aufweisen (Behrens 2001c). Dragano (2007) weist für Deutschland nach, dass psychosoziale Arbeitsbelastungen durch den aktuellen Wandel verstärkt werden und die Wahrscheinlichkeit der Frühverrentung erhöhen.

Behrens (2001a, 2001b, 2001c) führt zwei Aspekte an, die für die Begrenzung verantwortlich sind. Zum einen ist dies der Zuschnitt von Tätigkeiten, die zu qualifikatorischen und gesundheitlichen Sackgassen führen, und die Zuweisung von Personen zu diesen Tätigkeiten nach schulischen Abschlüssen, Geschlecht und Region. Zum anderen sind drei sich wechselseitig verstärkende Komponenten für die Begrenzung von Tätigkeiten verantwortlich. Erstens ist dies der psychophysische Verschleiß, der bei schwerem Heben und Tragen, Arbeitsumgebungseinflüssen, Schicht- und Nachtarbeit, durch Zwangshaltungen, aber auch bei geringer Autonomie und hohen Konzentrationsanforderungen entsteht. Zweitens handelt es sich um veralternde Qualifikationen und drittens um Entmutigung und Rufverlust. Diesen kann mit Mischarbeitsplätzen, Tätigkeitswechseln und Trainings- und Rehabilitationsmaßnahmen, mit dem Erwerb neuer Qualifikationen und mit absehbaren Neuanfängen entgegengewirkt werden.

Vereint finden sich diese Gegenmaßnahmen sowohl in der vertikalen als auch in der horizontalen Laufbahn, wobei erstere aufgrund von begrenzten Positionen nur wenigen Personen offen steht, zweite jedoch für alle eine Option darstellt, weswegen eine horizontale Laufbahn zu favorisieren ist. Diese gewährleistet zudem, dass der Zuschnitt von Tätigkeiten verändert wird (Behrens et al. 2002b; Behrens 2001a). Behrens (2001c) sieht dabei nicht nur die gezielte betriebliche, sondern auch die überbetriebliche

horizontale Laufbahngestaltung als Maßnahme, die die Begrenzungen von Tätigkeiten aufhebt.

Auch Buck et al. (2002) halten eine gezielte Gestaltung der Erwerbsbiographie, die Tätigkeitswechsel auf einer horizontalen Ebene innerhalb des Betriebes oder unternehmensübergreifend vorsieht, für eine geeignete Strategie, gesundheitlichen Beeinträchtigungen, dem Verlust an Qualifikationen und Motivation frühzeitig entgegenzuwirken. Dafür ist ein Umdenken notwendig, sodass nicht mehr die Stelle oder der Beruf im Mittelpunkt rückt, sondern Tätigkeiten bzw. Tätigkeitsfelder mit fachlichen und persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten.

„Für Zukunft anzustreben sind Erwerbsmodelle mit verteilten Ausbildungs- und Erwerbsphasen, d.h. mit flexiblen Möglichkeiten für Berufseinstiege und –ausstiege sowie für zwischenzeitliche Auszeiten zur individuellen Regeneration der Arbeitsfähigkeit (...).“ (Buck et al. 2002:82)

2.3. *Lebenserwerbsverlaufsperspektive*

Mit der Verlängerung des Erwerbslebens und mit der Zunahme von Statusübergängen ist das Interesse an einer Betrachtung der Phänomene des Arbeitsmarktes und der sozialen Sicherheit aus der Perspektive des Lebenserwerbsverlaufs gestiegen. Diese Perspektive fokussiert nicht auf einzelne Ereignisse bzw. Übergänge² oder zeitpunktbezogene Problemlagen, sondern versucht den gesamten Lebenserwerbsverlauf vom Berufseinstieg bis zum Ruhestand in den Blick zu bringen. Auf EU-Ebene (vgl. dazu etwa: Anxo/Boulin 2005 und 2006) geht es dabei insbesondere um die Frage der Umverteilung von Arbeitszeit (d.h. Belastungen durch Erwerbsarbeit und Versorgungsarbeit) und Einkommen (d.h. Absicherung durch Erwerbseinkommen und Sozialtransfers) über den gesamten Lebenserwerbsverlauf. Damit sollten verschiedenste gesellschaftliche und politische Ziele erreicht werden (vgl. Europäische Kommission 2006), allen voran aber eine „Wiederverlängerung“ bzw. eine „De-Komprimierung“ der individuellen Erwerbsbiographien (etwa durch eine Neuverteilung von Zeiten der Aus- und Weiterbildung sowie der Erwerbs- und Versorgungsarbeit über den gesamten Lebenserwerbsverlauf) (vgl. dazu auch: Vaupel/Loichinger 2006).

Bezogen auf die letzten drei Jahrzehnte kann festgehalten werden, dass ein verlängerter Verbleib im Bildungssystem einerseits und ein vorzeitiger Pensionsantritt andererseits dazu geführt haben, dass *die Anforderungen und Belastungen in der Lebensmitte* bzw. in der Mitte der Erwerbskarriere stark zugenommen haben. ArbeitnehmerInnen sollen in einer immer kürzeren Zeitspanne nicht nur dem Arbeitsmarkt sehr umfassend zur Verfügung stehen, sondern die Familiengründung fällt gegebenenfalls auch in diese Lebensphase. Für Frauen bedeutet dies in der Regel, dass wichtige Schritte in der Berufskarriere mit Kinderbetreuungspflichten vereinbart werden müssen. Für Männer –

² Als zentrale Übergänge gelten etwa: der Übergang von der Ausbildung in die Erwerbsarbeit, der Wechsel zwischen Erwerbsarbeit und Erwerbslosigkeit, oder der Übergang von der Erwerbsarbeit in den Ruhestand) (vgl. Mairhuber 2006).

vor allem im unteren, aber auch mittleren Lohnsegment – bedeutet dies vielfach die Sorge ein ausreichendes Einkommen zu erwirtschaften, um den „Ernährerpfllichten“ gegenüber der Familie nachkommen zu können. Für AlleinerzieherInnen ergibt sich eine Kumulierung der Anforderungen und Belastungen aus beiden Dimensionen. Darüber hinaus kommen zeitliche und finanzielle Anforderungen, die sich aus der Strategie des lebenslangen Lernens bzw. der kontinuierlichen Weiterbildung ergeben, zusätzlich für Frauen und Männer hinzu.

Im letzten deutschen Familienbericht aus dem Jahr 2006 wird daher eine „neue Verknüpfung von Lebensbereichen im Lebenslauf“ gefordert. Das so genannte Optionszeitenmodell sieht die Schaffung neuer Rahmenbedingungen zur besseren Verknüpfung von Lebensbereichen und Aktivitäten vor. Durch akzeptierte Unterbrechungsmöglichkeiten der Erwerbsarbeit soll es möglich sein Zeiten für die Versorgung von Kindern und anderen pflegebedürftigen Menschen (Care-Zeiten), Zeiten für präventive oder re-integrative Bildungsmaßnahmen (Bildungszeiten) sowie Zeiten für zivilgesellschaftliches Engagement (Sozialzeiten) über den gesamten Lebensverlauf zu verteilen und damit besser zu integrieren (BMFSFJ 2006:267).

In der neuesten internationalen Lebenslaufforschung, in der etwa die Auswirkungen der Globalisierungsprozesse auf die *männlichen und weiblichen Erwerbsverläufe* untersucht werden (vgl. Blossfeld et al. 2006 und 2008), zeigt sich einerseits, dass junge Menschen aufgrund steigender Unsicherheiten am Arbeitsmarkt (etwa befristete Beschäftigungsverhältnisse und Erwerbslosigkeit) die Familiengründung immer weiter aufschieben und manche Frauen – auch aufgrund anhaltender geschlechtlicher Arbeitsteilung – letztendlich überhaupt auf Kinder verzichten. Dies gilt im zunehmenden Maße auch für Österreich (vgl. zur Entwicklung der Beschäftigungsstabilität bei jungen Menschen: Mahringer 2004 und zum Familienbildungsprozess: Pfeiffer 2002).

Andererseits erweisen sich etwa in Deutschland die Erwerbsverläufe von Männern in der Mitte ihrer beruflichen Karriere als relativ stabil (vgl. dazu auch: Bosch et al. 2006; Blossfeld et al. 2008). Hingegen schränken Frauen – auch in Österreich – in dieser Lebensphase die Erwerbstätigkeit aufgrund von familiären Betreuungspflichten mehrheitlich ein. Erwerbsunterbrechungen und Arbeitszeitreduzierungen ziehen aber berufliche und finanzielle Nachteile nach sich. Es entstehen Einkommensverluste, die im Laufe der gesamten Erwerbsbiographie nicht wettgemacht werden können und sich vor allem auch in der Alterssicherung von Frauen negativ zu Buche schlagen (vgl. etwa: Lutz 2003; Gregoritsch et al. 2002; Mairhuber 2008).

Bezogen auf die letzten Jahrzehnte kann aber auch auf einen starken Anstieg der Erwerbsbeteiligung von Frauen – vor allem in der Mitte der Erwerbskarriere (25 bis 44 Jahre) – verwiesen werden. Obwohl diese Steigerung im internationalen Vergleich weniger stark ausgefallen ist, so kann die Zunahme der Frauenbeschäftigung auch in Österreich vor allem auf eine Zunahme der erwerbstätigen Mütter zurückgeführt werden (vgl. Statistik Austria 2007). Diese zunehmende Erwerbsbeteiligung der Frauen hat positive Auswirkung auf die Beschäftigungsstabilität in der Mitte der beruflichen Karriere. Demnach hat die Beständigkeit der Beschäftigungsverhältnisse für die mittleren Altersgruppen von 25 bis 44 Jahren in Österreich für Männer zwar ein wenig

abgenommen, für Frauen vielfach sogar leicht zugenommen (vgl. Mahringer 2004). Jedoch zeigt eine Differenzierung nach Wirtschaftszeigen, dass die Beschäftigungsstabilität in Österreich etwa im Bauwesen und im Gastgewerbe – vor allem saisonal bedingt – gering ist, hingegen im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen hoch (vgl. Henke 2007).

Die Förderung des frühzeitigen Ausstieges aus dem Erwerbsleben galt etwa in Deutschland und Italien über viele Jahrzehnte als ein wesentliches Instrument, um dem wirtschaftlichen Strukturwandel und dem globalen Wettbewerbsdruck zu begegnen (vgl. Blossfeld et al. 2008). Auch in Österreich wurden die vorzeitigen Alterspensionen seit den späten 70er Jahre eingesetzt, um den Anstieg der Arbeitslosigkeit zu verringern bzw. sozial abzufedern (vgl. Biffel 2007:20). Seit einigen Jahren sind jedoch gegenläufige Tendenzen feststellbar, denn es sollen – wie bereits erwähnt – die Erwerbsbiographie von Frauen und Männern wieder verlängert werden.³ Seit Mitte der 90er Jahre werden die Möglichkeiten zum vorzeitigen Ausstieg aus dem Erwerbsleben wieder eingeschränkt bzw. durch finanzielle Maßnahmen unattraktiv gemacht (vgl. Blossfeld et al. 2008). Auch in Österreich hat eine Politik der Verlängerung der Erwerbsbiographie durch Anhebung des faktischen Pensionsalters zur Abschaffung der vorzeitigen Alterspensionen und zur Einführung von Abschlägen beim Pensionsantritt vor dem Regelpensionsalter geführt. Trotz arbeitsmarktpolitischer Begleitmaßnahmen und Verbesserungen beim Zugang zur Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspension stellt diese neue Politik aber vor allem für jene älteren Menschen ein Problem dar, die unfreiwillig aus dem Erwerbsleben ausscheiden (etwa Arbeitslose und gesundheitlich beeinträchtigte Menschen). Dass gesundheitliche Beeinträchtigungen – nicht nur bei BezieherInnen einer Invaliditätspension – einen wesentlichen Grund für das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben darstellen, zeigen die Ergebnisse der Mikrozensus-Erhebung zum Thema „Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand“ aus dem Jahr 2006:

- Eine „langfristige Erkrankung bzw. Arbeitsunfähigkeit“ stellte bei 17,3% den Status unmittelbar nach der letzten beruflichen Tätigkeit (und vor Pensionsantritt) dar (22% bei den Männern und 12,3% bei den Frauen).
- Hauptgrund für den Pensionsantritt waren bei 15,5% der Personen „Krankheit bzw. Arbeitsunfähigkeit“ (20,3% bei den Männern und 10,9% bei den Frauen).
- Ein besserer persönlicher Gesundheitszustand hätte bei fast einem Drittel der Personen im Ruhestand dazu beigetragen, länger erwerbstätig zu bleiben.⁴ (vgl. Moser/Weidenhofer-Galik 2007).

Zusammenfassend kann hier angemerkt werden, dass es bei der „Wiederverlängerung“ bzw. „De-Komprimierung“ der Erwerbsbiographie neben der Schaffung von entspre-

³ Neben dem bereits erwähnten Grund der „De-Komprimierung“ der Erwerbsbiographien, werden in Österreich vor allem demographische Argumente und die Sicherung der finanziellen Nachhaltigkeit des Pensionsversicherungssystems angeführt (vgl. Mairhuber 2008).

⁴ Aber auch das „Vorhandensein eines Arbeitsplatzes“ spielt – vor allem bei den Frauen – eine wichtige Rolle (vgl. Moser/Weidenhofer-Galik 2007).

chenden Voraussetzungen am Arbeitsmarkt, vor allem darum geht einen guten Gesundheitszustand zu erhalten. Entsprechende Maßnahmen sollten nicht nur frühzeitig ansetzen, sondern müssen auch auf geschlechtsspezifische Unterschiede (etwa geschlechtliche Arbeitsteilung und ihrer langfristigen Folgen) Rücksicht nehmen.

Darüber hinaus sind aber auch entsprechende Maßnahmen im Bildungsbereich zu setzen. Im bereits erwähnten deutschen Familienbericht aus dem Jahr 2006 wird angeregt, für so genannte Sackgassenberufe (d. h. Berufe ohne Aufstiegsmöglichkeiten bzw. mit begrenzter Tätigkeitsdauer) durch neue Verknüpfungen zwischen Erstausbildung und Optionszeitennutzung und per Anrechnungsmöglichkeiten von Berufsausbildung, Berufspraxis und Umstiegsausbildungen neue Berufswege zu ermöglichen. Damit soll es für berufstätige Menschen in Sackgassenberufen (vor allem in den personenbezogenen Dienstleitungen) möglich werden nach einer entsprechend gekürzten Berufsausbildung (Umsteige-Schulung) in einen Beruf umzusteigen, der an die Erstausbildung angrenzt (vgl. BMFSFJ 2006:269).

Welche Voraussetzungen im Bildungsbereich dafür in Österreich geschaffen werden müssten, darauf soll im Folgenden näher eingegangen werden.

2.4. Bildungssystem

Das österreichische Bildungssystem fokussiert – ähnlich wie in Deutschland oder der Schweiz – auf die *Berufsbildung*, d.h. ein Berufsbild mit einem bestimmten Bildungsniveau steht im Vordergrund. Die Absolvierung eines ganz bestimmten Bildungsweges erlaubt die Ausübung eines bestimmten Berufes (Berufsberechtigung). Laut Biffel (2007:14) hat Österreich den Schwerpunkt zudem in der mittleren bis höheren berufsorientierten Ausbildung.

Erstausbildung (formales Lernen – Ausbildung im regulären Schul- und Hochschulsystem)

Die Erstausbildung unterscheidet in Österreich nach der Sekundarstufe I zwischen einer allgemeinen und einer berufsbildenden Ausbildung. Diese Spaltung bzw. Notwendigkeit sich zu entscheiden, erfolgt im internationalen Vergleich relativ früh, nämlich mit 14 Jahren bzw. nach der 8. Schulstufe. Eine berufsbildende Ausbildung kann entweder im dualen Ausbildungssystem (Lehre) oder in einer Vollschnule (BMS oder BHS) erfolgen. Die Lehrausbildung stellt die Hauptform der beruflichen Ausbildung in Österreich dar und erlaubt grundsätzlich – vor allem für junge Männer – einen sanften Übergang ins Erwerbsleben und ist ein Grund für die im internationalen Vergleich immer noch relativ niedrige Jugendarbeitslosigkeit.⁵ Derzeit geht diese aber auf Kosten der Höherqualifizierung und damit der langfristigen Erwerbsintegration:

⁵ Auf die geschlechtsspezifische Segregation und die zunehmende Problematik am Lehrstellenmarkt kann hier nicht eingegangen werden (vgl. dazu: Bergmann et al. 2004; Altenecker et al. 2006; Schneeberger 2005 und 2006).

„Somit begünstigt das berufsorientierte Bildungssystem in Österreich den Einstieg ins Erwerbsleben. Jedoch sind die längerfristigen Beschäftigungs- und Einkommenschancen infolge der Internationalisierung der Arbeitsmärkte und des raschen Wandels der Technologie ohne eine laufende Weiterbildung nicht günstig. Das ist nicht zuletzt ein Grund für die kurze Lebensarbeitszeit der Männern und Frauen in Österreich.“ (Biffl 2006:3)

Tabelle 1: Erstausbildungssystem

Primarbereich	Sonderschule Volksschule
Sekundarbereich I	Hauptschule AHS-Unterstufe
Sekundarbereich II (Schulstufe 9 und höher)	Polytechnische Schule Lehre (Duale Ausbildung) BMS AHS-Oberstufe (Matura) BHS (Matura)
Nichtuniversitärer Tertiärbereich	Kollegs und Akademien
Universitärer Tertiärbereich	Universitäten und Fachhochschulen

Eine Höherqualifizierung (auf Fachhochschul- und Universitätsniveau) ist in Österreich grundsätzlich nur für Personen mit Matura, also nach Absolvierung einer AHS-Oberstufe oder einer BHS möglich. Seit 1997 gibt es mit der Berufsreifeprüfung für AbsolventInnen einer Lehre und einer mittleren Fachschule die Möglichkeit des Zuganges zur Hochschulausbildung. Die Berufsreifeprüfung berechtigt zum Studium an Kollegs, Akademien, Fachhochschulen und Universitäten. Die Berufsreifeprüfung ist jedoch – so wie die Externisten-Matura, die nicht vom Erstausbildungssystem angeboten wird – relativ teuer und muss im Wesentlichen individuell finanziert werden. Jugendliche aus bildungsfernen Schichten mit geringem Einkommen sind daher häufig nicht in der Lage, eine Berufsreifeprüfung oder Externisten-Matura zu absolvieren (vgl. AK Wien 2007). Diese Zugangsschranken für AbsolventInnen mittlerer Schulen und einer Lehre zu höheren Schulen und Universitäten führt zu relativ rigiden Bildungs- und Berufsstruktur der Erwerbsbevölkerung (vgl. Biffl 2007).

Erwachsenenbildung und berufliche Weiterbildung (non-formales Lernen und informelles Lernen)

Die allgemeine sowie die berufliche Weiterbildung sind in Österreich gesetzlich nicht geregelt und wenig institutionalisiert. Im Bereich der *Erwachsenenbildung* besteht grundsätzlich die Möglichkeit, Ausbildungen an Kollegs und Schulen für Berufstätige, in Meister- und Werkmeisterschulen, an Fachakademien sowie an Universitäten zu ergänzen oder auch nachzuholen. Jedoch müssen die entsprechenden Voraussetzungen (etwa Matura) erfüllt sein und auch hier sind die Kosten grundsätzlich selbst zu tragen.

Das *Nachholen von Bildungsabschlüssen* – etwa auch des Hauptschulabschlusses – kann damit sehr teuer bzw. nahezu unerschwinglich werden (vgl. AK Wien 2007).

Die außerbetriebliche *berufliche Weiterbildung* wird überwiegend von den Interessenvertretungen und deren Instituten angeboten (etwa BFI und WIFI), durch Non-Profit-Organisationen (wie etwa Caritas) und zunehmend durch private AnbieterInnen ergänzt (vgl. Statistik Austria 2004). Der größte Teil der beruflichen Weiterbildung wird jedoch von den Betrieben selbst durchgeführt, die zu einem beachtlichen Ausmaß interne Weiterbildungsprogramme durchführen (vgl. Statistik Austria 2004:53). Betriebliche Weiterbildung kommt vor allem Führungskräften und Höherqualifizierten zu gute bzw. steigen die Chancen der Teilnahme an betrieblicher Weiterbildung mit der Höhe des Bildungsniveaus bzw. der Erstausbildung (vgl. Markowitsch/Hefler 2003:77ff). Auf Basis der 3. Europäischen Erhebung über betriebliche Bildung (CVTS III)⁶ zeigen sich zudem geschlechtsspezifische Unterschiede. Demnach lag die Kursteilnehmerquote in allen erfassten Unternehmen im Jahr 2005 bei Männern mit 35,5% höher als bei Frauen mit 29,9%. Differenziert nach Wirtschaftsbranchen zeigt sich, dass der Unterschied mit zwölf Prozentpunkten vor allem im Dienstleistungsbereich besonders groß ist (Frauen: 35% und Männer 47%) (vgl. Salfinger/Sommer-Binder 2007).

Laut Mikrozensus-Sondererhebung vom Juni 2003 („Lebenslanges Lernen“) nahmen 25% der erwerbstätigen Frauen und 24% der erwerbstätigen Männer an einer beruflichen Aus- und Weiterbildung teil. Überdies nimmt die berufliche Weiterbildungsbeteiligung mit der sozialversicherungsrechtlichen Stellung (ArbeiterIn, Angestellte/r, BeamtIn), aber vor allem mit dem Qualifikationsniveau zu. Bezogen auf die Intensität der beruflichen Weiterbildung bestehen zudem geschlechtsspezifische Unterschiede: Bei Frauen betrug der zeitliche Aufwand für den letzten beruflichen Kurs rund 45 Stunden und bei Männern rund 52 Stunden (vgl. Statistik Austria 2004).

Als Motive für die berufsbezogene Weiterbildung geben erwerbstätige Frauen und Männer nur zu 2% einen „Berufswechsel“ an (bei den Arbeitslosen sind es hingegen 25%), immerhin 14% eine „neue Tätigkeit im Betrieb“. Die häufigsten Gründe sind aber: „Weiterentwicklung der betrieblichen Position“ (48%), „veraltete Kenntnisse“ (25%), „Sicherung der Beschäftigung“ (23%) sowie „Verbesserung der Aufstiegsmöglichkeiten“ (21%). Geschlechtsspezifische Unterschiede ergeben sich kaum (vgl. Statistik Austria 2004).

Fast die Hälfte (49%) der beruflichen Kurse und Schulungen fanden ausschließlich, weitere 14% überwiegend in der bezahlten Arbeitszeit statt. Frauen sind allerdings häufiger gezwungen bzw. bereit sich außerhalb der Arbeitszeit beruflich weiter zu bilden, denn insgesamt besuchten 58% der Frauen, aber 67% der Männer den letzten Kurs ausschließlich oder überwiegend während der Arbeitszeit (vgl. Statistik Austria 2004). Dennoch stellt laut Arbeiterkammer der Zeitmangel das Hauptproblem der beruflichen Weiterbildung von Erwerbstätigen dar.

⁶ Die Erhebung bezieht sich auf Unternehmen ab zehn Beschäftigten der Wirtschaftsklassen NACE C bis K und O, d.h. des gesamten Produktions- und Dienstleistungssektor, jedoch ohne öffentliche Verwaltung, Unterricht und Gesundheit.

Bezüglich der Finanzierung der beruflichen Weiterbildung gibt es ebenfalls – aber nur sehr geringe – geschlechtsspezifische Unterschiede: Frauen bezahlen etwa häufiger (33%) als Männer (30%) für ihre berufliche Weiterbildung. Den größten Einfluss auf die persönlichen Ausgaben für die berufsbezogene Weiterbildung hat aber die höchste abgeschlossene Ausbildung. Insgesamt war die berufliche Weiterbildung aber für 69% kostenlos (vgl. Statistik Austria 2004).

Gefragt nach den Veränderungswünschen zeigt sich, dass einerseits, eine hohe Zufriedenheit mit der Aus- und Weiterbildung in Österreich besteht. Frauen wünschen sich jedoch mehr Betreuungsangebote für Kinder und die Bildungsangebote näher am Wohnort. Männer wünschen mehr Abend- und Wochenendkurse sowie betriebliche Bildungsfreistellungen (vgl. Statistik Austria 2004).

Trotz dieser eher positiven Ergebnisse stellen ExpertInnen für die berufliche Weiterbildung in Österreich – vor allem vor dem Hintergrund des strukturellen und beruflichen Wandels – insbesondere folgende grundlegende Probleme fest:

- Weiterbildungsmaßnahmen sind nur in Ausnahmefällen (Meisterausbildung) in das Berufsbildungssystem eingebaut
- Das Weiterbildungssystem ist fragmentiert und erlaubt kaum eine laterale und vertikale Kombination von Berufsbausteinen mit dem Ziel der Höherqualifizierung oder eines erweiterten Berufsbildes
- Weiterbildungseinrichtungen, die Erwachsenenbildung anbieten, sind nicht mit Bildungseinrichtungen der Erstausbildung institutionell verknüpft, sodass Übergänge/Brücken zwischen den Systemen kaum gegeben sind
- Kompetenzen, die am Arbeitsplatz im Zuge des informellen Lernens erworben werden, werden kaum zertifiziert (vgl. dazu etwa: Biffl 2007; Lassnigg 2007)

Lassnigg (2007) führt im Zusammenhang mit der Strategie des Lebenslangen Lernens folgende zentrale Aufgabenstellungen an:

- Aufbau einer Struktur im Bereich der Erwachsenenbildung und der Weiterbildung
- Aufbau einer Struktur zum Zusammenspiel zwischen Erst-/Jugendbildung und Weiter-/Erwachsenenbildung
- Schaffung eines Systems zur Anerkennung/Validierung von außerhalb des formalen Bildungssystems erworbenen Kompetenzen

Einen ersten Schritt zur Lösung der festgestellten Probleme bzw. in Richtung Bewältigung der Aufgabenstellung könnte der so genannte nationale Qualifikationsrahmen in Österreich darstellen.

Entwicklung eines nationalen Qualifikationsrahmens in Österreich

Im Jahr 2005 wurde seitens der Europäischen Kommission ein Entwurf für einen bildungsübergreifenden Europäischen Qualifikationsrahmen (EQR) zur Konsultation in den Mitgliedsländern vorgelegt. Die meisten der in den Konsultationsprozess über den EQR eingebundenen österreichischen Interessengruppen sind sich einig über die

Notwendigkeit der Entwicklung eines nationalen Qualifikationsrahmens (NQR). So sprechen sich etwa auch die Sozialpartner in dem von ihnen im Oktober 2007 vorgestellten „Konzept zum lebensbegleitenden Lernen als Beitrag zur Lissabon-Strategie“ für die „Ausarbeitung eines umfassenden nationalen Qualifikationsrahmens“ aus (vgl. Beirat für Wirtschaft- und Sozialfragen 2007).

Nach dem Strategiepapier der (ministeriumsintern) NQR-Projektgruppe von Anfang 2007 soll – in Anlehnung an den EQR – ein NQR mit acht Stufen entwickelt werden, der das gesamte Bildungs- und Qualifizierungssystem erfasst (einschließlich allgemeine und berufliche Aus- und Weiterbildung, Hochschulausbildung, Validierung non-formalen und informellen Lernens).

Laut BMUKK wird für die Bildung von Deskriptionen ein lernergebnisorientierter Ansatz gewählt, und der NQR soll sich an den Anforderungen des österreichischen Arbeitsmarktes orientieren. Der NQR soll auch dazu dienen a) Kompetenzen, die durch non-formales und informelles Lernen erworben wurde, einfacher zu nutzen, b) vorhandene Barrieren zu erkennen und den Zugang zu Ausbildung zu erleichtern sowie die Transparenz (vertikale und horizontale Mobilität) zu erhöhen, c) ein größeres Gleichgewicht zwischen beruflicher Aus- und Weiterbildung und akademischer Qualifikation herzustellen und d) Veränderungen und Weiterentwicklungen des Bildungssystems (Modernisierung) zu fördern. Bis Ende 2010 werden u.a. folgende Ziele angestrebt:

- Beschreibung und Zuordnung aller Qualifikationen des formalen Bildungssystems entsprechend der festgelegten Referenzniveaus auf der Grundlage von Lernergebnissen
- Erste Schritte, Methoden und Strategien zur Validierung non-formalen und informellen Lernens
(www.bmukk.gv.at/europa/bildung/national_qualifikationsrah.wml, 10.04.2008)

Die Sozialpartner fordern im Zusammenhang mit der Strategie des Lebenslangen Lernens u.a. auch:

- Eine Weiterentwicklung des rechtlichen Rahmens für wechselseitige Übergänge zwischen Ausbildungen. Zwischen den verschiedenen Ausbildungsformen (etwa dualer und vollschulischer Ausbildung, Ausbildungen im Gesundheitsbereich, im Sozialbereich) soll einfach und nach klaren Regeln gewechselt werden können, wobei absolvierte Ausbildungsteile grundsätzlich angerechnet werden sollen.
- Eine Verbesserung der Durchlässigkeit in den tertiären und postsekundären Bereich (etwa durch maturaführende duale Ausbildungsangebote, Anrechnung von in vorgelegerten Ausbildungen erworbenen gleichwertigen Qualifikationen) (vgl. Beirat für Wirtschaft und Sozialfragen 2007:6).

Zudem wird im Hinblick auf die hohen individuellen Kosten der Höherqualifizierung bzw. beim Nachholen von Bildungsabschlüssen von den Sozialpartnern gefordert, dass alle formalen Ausbildungen der Sekundarstufe I und II bis 2010 – unabhängig vom Alter – für die Betroffenen kostenfrei sein sollen. Darüber hinaus soll ein „Qualifizierungsstipendium“ eingeführt werden. Dieses Stipendium soll zur Finanzierung von am Arbeitsmarkt besonders nachgefragten Vollzeitausbildungen (im

ersten Schritt für den Besuch der Schulen für die Gesundheits- und Krankenpflege) dienen (vgl. Beirat für Wirtschaft- und Sozialfragen 2007:3).

2.5. *Auswahl der Berufe*

Für die Auswahl der beiden Berufe, die im Zuge dieser Machbarkeitsstudie bei Bedarf näher beleuchtet werden sollten, wählten wir folgende Vorgehensweise: Zum einen sollte sowohl eine „typisch“ weibliche, als auch eine „typisch“ männliche Branche Eingang in die Überlegungen finden. Dadurch ist gewährleistet, dass die entlang von Geschlechtergrenzen gezogenen Unterschiedlichkeiten in den Arbeitsbedingungen Berücksichtigung finden. Zum anderen gingen wir von den bereits in der wissenschaftlichen Literatur über Berufe mit begrenzter Tätigkeitsdauer dargestellten Berufen als auch Tätigkeiten aus und versuchten anhand von Daten typisch männliche bzw. weibliche Berufsgruppen bzw. Branchen festzumachen, in denen die belastenden Tätigkeiten besonders ausgeprägt sind.

Die in Kapitel 1.1 explizit genannten Berufe, die aufgrund der sie beinhaltenden Belastungen zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen und deshalb zumeist nicht vom Berufseinstieg bis zum Pensionsantrittsalter ausgeübt werden können, reichen von PilotInnen, FluglotsInnen, Bergmännern/-frauen über FahrerInnen des Öffentlichen Personennahverkehrs und Beschäftigten in der Autozulieferindustrie bis zu StahlarbeiterInnen, GießlerInnen und BauarbeiterInnen. Diesen männlich dominierten Berufen stehen zwei weibliche gegenüber: LehrerInnen auf der einen und Pflegekräfte auf der anderen Seite.

Die erwähnten Tätigkeiten, die eine begrenzte Beschäftigungsdauer inkludieren, sind durch besonders schweres Heben und Tragen gekennzeichnet, werden in Zwangshaltungen verrichtet und führen zu qualifikatorischen und gesundheitlichen Sackgassen. Darüber hinaus zeichnen sich Berufe mit begrenzter Tätigkeitsdauer durch Nacht- und Schichtarbeit, häufigen Ortswechsel, negative Arbeitsumgebungseinflüsse, eine hohe Anzahl von Überstunden, konstante Überforderung durch Zeitdruck, Taktzeiten, geringe Autonomie und hohe Konzentrationsanforderung aus.

Wenn man von den angeführten Berufen ausgeht und diese mit den beschriebenen Tätigkeiten, die zu einer Begrenzung der Berufsausübung führen, zusammenführt und über die Wirtschaftsklassen hinweg betrachtet, so wie dies in Tabelle 2 dargestellt ist, dann zeigt sich, dass die belastenden Tätigkeiten im Baugewerbe am häufigsten vorkommen. Im Bauwesen liegen die Belastungen nicht nur über den Durchschnitt aller Branchen, sondern sind darüber hinaus im Vergleich mit den anderen Wirtschaftszweigen am weitesten verbreitet: Sowohl das Arbeiten in Zwangshaltungen (41,5%), schweres Heben oder Tragen (54%) und die hier in drei Kategorien ausgewiesenen Arbeitsumgebungseinflüsse (31,3%, 54%, 34,6%) als auch der Termindruck (61,6%) und die fehlende Autonomie (28,4%) kommen im Bauwesen am häufigsten vor.

Diese Ergebnisse der deutschen Befragung werden auch durch den Vierten Bericht über die Arbeitsbedingungen in Europa (Parent-Thirion et al. 2007) bestätigt. Dieser geht

zwar weniger genau auf die einzelnen Arbeitsbedingungen und Belastungen ein, unterscheidet jedoch zwischen ergonomischen Risikofaktoren einerseits und biologischen und chemischen Risikofaktoren andererseits. Darüber hinaus werden auch Lärm und Temperaturschwankungen betrachtet. In allen drei Risikobereichen sind die Beschäftigten im Bauwesen dem höchsten Risiko ausgesetzt. Der europäische Bericht ermöglicht auch eine genauere Betrachtung der beiden weiblichen Branchen, Erziehung und Unterricht sowie der Gesundheit. Dabei liegt der Gesundheitssektor bzgl. der biologischen und chemischen Risikofaktoren hinter dem Bauwesen an zweiter und bzgl. der ergonomischen Risiken an fünfter Stelle. Die Branche „Erziehung und Unterricht“ rangiert im Vergleich dazu an vorletzter bzw. an drittletzter Stelle.

Tabelle 2: Arbeitsbedingungen nach Wirtschaftszweigen, BRD, in %

	Produzierendes Gewerbe ohne Baugewerbe	Baugewerbe	Handel, Gastgewerbe, Verkehr	Finanzierung, Vermietung und Unternehmensdienstleister	Öffentliche und private Dienstleistungen	Gesamt
Zwangshaltungen	13,5	41,5	12,1	5,7	13,6	14,3
Schweres Heben und Tragen	21,9	54,0	26,9	5,5	20,2	22,8
Arbeitsumgebungseinflüsse:						
Rauch, Gase, Staub, Dämpfe	21,7	31,3	12,9	4,3	7,1	13,9
Kälte, Hitze, Nässe, Feuchtigkeit und Zugluft	20,7	54,0	28,1	7,7	13,6	21,1
Öl, Fett, Schmutz, Dreck	26,5	34,6	15,5	6,4	10,3	17,6
Ständiger Termin und Leistungsdruck	56,3	61,6	50,1	58,3	50,6	53,6
Arbeitsdurchführung in allen Einzelheiten vorgeschrieben	26,0	28,3	25,0	19,9	18,9	22,9

Quelle: Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2005

In Bezug auf die für eine unbegrenzte Ausübung des Berufes angeführten Arbeitszeiten (Überstunden bzw. Nacht- und Schichtarbeit) hält der europäische Bericht über die Arbeitsbedingungen fest, dass im Bauwesen hinter dem Hotel- und Gastgewerbe der größte Anteil an Selbständigen und Beschäftigten arbeitet, deren wöchentliche Arbeitszeit mehr als 48 Stunden beträgt (jeweils über 20%). Die beiden Branchen „Erziehung und Unterricht“ und Gesundheit nehmen mit jeweils ca. 5% gemeinsam den letzten Platz ein (Parent-Thirion et al. 2007).

Wenn man die verschiedenen Branchen in Bezug auf ihren Anteil an Nachtarbeit betrachtet, so spielen diese vor allem im Hotel- und Gastgewerbe (ca. 45%) und in der

Wirtschaftsklasse „Verkehr und Nachrichtenübermittlung“ (ca. 36%) eine große Rolle. An dritter Stelle rangiert bereits der Gesundheitssektor, in dem Nachtarbeit ebenso wie verschiedene Formen der Schichtarbeit (rotierende Schichten, geteilte Schichten, Früh-, Mittel- und Nachtschichten) zum Arbeitsalltag gehören. Der größte Anteil an Schichtarbeit fällt auf den Gesundheitssektor (ca. 35%), wohingegen in der Wirtschaftsklasse „Erziehung und Unterricht“ ebenso wie im Bauwesen Nacht- und Schichtarbeit selten der Fall sind (Parent-Thirion et al. 2007).

Abgesehen von der Nacht- und Schichtarbeit ist das Bauwesen sicherlich jene unter den typisch „männlichen“ Branchen, die die meisten Arbeitsbedingungen und Tätigkeiten aufweist, die eine Beschäftigung bis zum Pensionsantrittsalter erschweren. Bei den beiden typisch weiblichen Berufen hat sich ebenfalls klar gezeigt, dass Berufe mit begrenzter Tätigkeitsdauer eher im Gesundheitsbereich als in „Erziehung und Unterricht“ anzutreffen sind. Aus diesem Grund werden der Gesundheitsbereich, und hier im besonderen das Pflegepersonal, und BauarbeiterInnen als die beiden für die Machbarkeitsstudie relevanten Berufsgruppen ausgewählt. Die Auswahl dieser Berufe gewährleistet darüber hinaus, dass sowohl eine Branche des Produktions- als auch des Dienstleistungssektors Eingang in die Überlegungen finden. Diese beiden Berufsgruppen werden deshalb im Folgenden näher dargestellt.

2.6. *Pflegepersonal*

In Österreich umfasst das Pflegepersonal Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern und -pfleger, PflegehelferInnen und AltenpflegerInnen. Die Einrichtungen, in denen diese unterschiedlichen Berufsgruppen tätig sind, sind sowohl Krankenhäuser und Ambulanzen als auch Alten- und Pflegeheime. Als weiteres Einsatzgebiet des Pflegepersonals gilt die Hauskrankenpflege (mobile Pflege).

2.6.1. *Einige Daten*

In Österreich waren Ende 2006 knapp 51.000 Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern und -pfleger und etwas mehr als 9.300 PflegehelferInnen in Krankenanstalten beschäftigt. Der Großteil des Diplombierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals (86%) ist in der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege tätig. Nur knapp 8% arbeiten in der Kinder- und Jugendlichenpflege und weitere 6% in der Psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege. Die meisten Diplombierten Gesundheits- und Krankenschwestern und -pfleger sind weiblich. Der Anteil der Männer am Diplombierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal macht lediglich 13% aus. Auch der Großteil der PflegehelferInnen ist weiblich. Jedoch sind Männer in dieser Berufsgruppe mit 22% etwas häufiger als beim Diplombierten Personal vertreten (Statistik Austria 2007a).

Der hohe Frauenanteil am Pflegepersonal muss auf die traditionellen geschlechtsspezifischen Rollenbilder zurückgeführt werden, in denen Eigenschaften und Verhaltensweisen wie „dienen und pflegen“ Frauen zugeschrieben werden. Der geschlechtsspezifischen Sichtweise entspricht auch die Aufteilung von Frauen und Männern nach

Stationen: So sind die Hälfte des Pflegepersonals in der Psychiatrie und der Intensivstation, in der es einen hohen Einsatz von Technik gibt, männlich, wohingegen der Anteil der Frauen in der Kinderstation ihren Durchschnittswert von 87% noch übersteigt (Jelenko et al. 2007).

2.6.2. Aus- und Weiterbildung

Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz legt fest,

„... wer wem unter welchen Bedingungen etwas anordnen darf, was wer selbst durchzuführen hat und wer in diesem Anordnungs- und Durchführungsrahmen die Aufsichtspflicht wahrzunehmen hat.“ (ÖBIG 2007:23f)

Die strenge Abgrenzung der Tätigkeiten und der Verantwortungsbereiche der einzelnen Berufsgruppen im Pflegebereich weist auf eine starke Hierarchisierung der Pflegeberufe hin. Tabelle 3 zeigt die einzelnen Hierarchieebenen für Krankenhäuser, Alten- bzw. Pflegeheime und die mobile Pflege.

Tabelle 3: Hierarchieebenen in Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen und in der mobilen Pflege

	Krankenhäuser	Alten- bzw. Pflegeheime	Mobile Pflege
Obere Führungsebene	Kollegiale Führung	Geschäftsführung/ Heimleitung	Geschäftsführung
	Pflegedienstleitung	Pflegedienstleitung	Pflegedienstleitung
Untere bis mittlere Führungsebene	Oberschwester/-pfleger	-----	Bezirks-/Regionalleitung
	Stationsschwester/-pfleger	Stationsschwester/-pfleger	Stützpunktschwester/-pfleger
Basisdienste/-personal	Gehobener Dienst für GuK*	Gehobener Dienst für GuK	Gehobener Dienst für GuK
	-----	AltenfachbetreuerInnen	AltenfachbetreuerInnen
	Pflegehilfe	Pflegehilfe	Pflegehilfe
	Stationärer Bereich		Mobiler Bereich

Quelle: ÖBIG 2007

* GuK ist die Abkürzung für Gesundheits- und Krankenpflege

Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern bzw. -pfleger

Dieser starken Hierarchisierung entspricht auch die Ausbildung zu einer der im Pflegebereich angesiedelten Berufe. So müssen Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern bzw. -pfleger eine mindestens drei Jahre dauernde „Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege“ besuchen, wobei sich der Unterricht in eine theoretische

sche Ausbildung (2.000 Stunden) und eine praktische Ausbildung (2.480 Stunden) unterscheidet (ÖBIG 2007). Das Mindestalter für den Besuch dieser Schule ist mit 17 Jahren festgelegt, was bedeutet, dass zwischen dem Pflichtschulabschluss und dem Schulbeginn mindestens ein Überbrückungsjahr liegt.

Es existieren zur Zeit ca. 60 Schulen für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, die meist an einem Krankenhaus angesiedelt sind. In Österreich werden pro Jahr zwischen 2.000 und 2.400 SchülerInnen ausgebildet. Die Drop-Out-Rate beträgt zwischen 18% und 25%. Der Abschluss der Schule erlaubt es den AbsolventInnen sich „Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester bzw. -pfleger“ zu nennen (Jelenko et al. 2007; ÖBIG 2007).

Jedoch ermöglicht die Absolvierung der Schule nicht, an einer Fachhochschule oder einer Universität zu studieren, denn der Abschluss ist nicht mit einer Matura an einer Allgemeinbildenden bzw. Berufsbildenden höheren Schule gleichgesetzt. Einem vertikalen Wechsel in andere, pflegefremde Berufe sind, wenn nicht bereits vor Beginn der Krankenpflegeschule eine Matura absolviert wurde, somit Grenzen gesetzt.

Allerdings besteht für das Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal die Möglichkeit, sich nicht nur für eine bestimmte Station zu spezialisieren, sondern auch eine Sonderausbildung zur Diplomierten Kinderkrankenschwester/-pfleger zu machen bzw. die Ausbildung zur Diplomierten psychiatrischen Krankenschwester/-pfleger zu absolvieren (ÖBIG 2007).

Karrieremöglichkeiten der Diplomierten Pflegekräfte umfassen die bereits erwähnten vertikalen Karriereschritten (Spezialisierung in Bereichen der Intensivmedizin, Herz-erkrankungen, Nierenersatztherapie, Operationsbereich, etc.) als auch verschiedene über Weiterbildungsmaßnahmen erreichbare horizontale Optionen. So kann das Diplomierte Pflegepersonal die hierarchische Leiter bis zur Pflegedirektion emporklettern oder eine Tätigkeit als Lehrende an einschlägigen Schulen anfangen. Die Pflegeberatung bildet ebenso wie eine beratende Funktion im Qualitätsmanagement einen Weg der Weiterentwicklung für das Diplomierte Pflegepersonal. Für jene Personen, die über eine Matura verfügen, stellt darüber hinaus das Studium der Pflegewissenschaft eine Möglichkeit dar, sich innerhalb der Branche weiterzuentwickeln (Jelenko et al. 2007; AMS-Berufslexikon 2008).

PflegehelferInnen und AltenpflegerInnen

Der Hierarchie entsprechend ist die Ausbildung zu PflegehelferInnen bereits deutlich kürzer und umfasst mindestens ein Jahr und 800 Stunden theoretischer und 800 Stunden praktischer Ausbildung (ÖBIG 2007). Auch hier müssen die InteressentInnen mindestens 17 Jahre alt sein, weswegen bei PflegehelferInnen bis zur Erreichung des 17. Lebensjahres ebenfalls eine Lücke in der Biographie zu füllen ist.

Die Ausbildung zu PflegehelferInnen als auch zu AltenpflegerInnen kann an verschiedenen Einrichtungen absolviert werden. So bieten die Fachschulen für Altendienste und Pflegehilfe, Fachschulen für Familienhilfe und Pflegehilfe und die Fachschule für So-

zialberufe diese Ausbildung an. Aber auch ein Lehrgang für Pflegehilfe kann absolviert werden (AMS-Berufslexikon 2008).

Weiterbildungsmöglichkeiten bestehen für PflegehelferInnen hauptsächlich in der Vertiefung von Fachwissen, wie etwa in der geriatrischen Pflege, der Hauskrankenpflege, Palliativpflege, Pflege bei Demenz, Sterilgutversorgung oder Zentralsterilisation, deren Kurse mindestens vier Wochen dauern müssen und die bei erfolgreicher Absolvierung zur Führung der entsprechenden Zusatzbezeichnung berechtigen (ÖBIG 2007; ÖBIG 2006). Ein anderer Weg die Position als Pflegehilfskraft verlassen zu können, besteht darin, die Ausbildung zum Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal zu absolvieren und einen Schritt in der Hierarchie vorwärts zu kommen. Dies ist durchaus üblich, denn laut einer österreichischen Studie (Jelenko et al. 2007) haben ein Viertel der Personen, die vor ihrer Ausbildung zur Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester bzw. -pfleger einen anderen Beruf ausübten, als PflegehelferInnen gearbeitet.

2.6.3. Belastungen, Burnout und Krankheiten

Die Belastungen, denen das Pflegepersonal in ihrer täglichen Arbeit im Krankenhaus bzw. in Alten- und Pflegeheimen ausgesetzt ist, sind mannigfaltig und umfassen sowohl Belastungen, die durch Infektionsgefahr und gefährliche Stoffe (z.B. Chemotherapeutika) ebenso wie durch Lärm und extreme Temperaturen bedingt sind, als auch körperliche Arbeitsanforderungen, wie schweres Heben und Tragen (z.B. Betten und Lagern von PatientInnen, Bettenmachen, Schieben von Krankenbetten) oder dem ständigen Stehen bei der Arbeit (Simon et al. 2005; BMWA 2003).

Zu diesen Belastungen, mit denen Pflegekräfte konfrontiert sind, kommen noch die fehlende Zeit, um Aufgaben zu verrichten, die ungleiche Verteilung von Aufgaben und der Druck, die Arbeit schnell zu erledigen, hinzu (Simon et al. 2005). Laut dem deutschen Bericht über die Sicherheit und Gesundheit in der Arbeit (BMWA 2003) leidet mehr als die Hälfte der Pflegekräfte unter dem ständigen Termin- und Leistungsdruck. Personen, die besonders diesen Formen von Belastungen ausgesetzt sind, tendieren dazu, mehr Fehltage aufzuweisen, eher ein Burnout-Syndrom zu entwickeln und den Beruf eher verlassen zu wollen. Auch Pflegekräfte, die wenig Einfluss auf den Ablauf und die Ausgestaltung ihrer Arbeit haben oder ihrer Arbeit wenig Bedeutung beimessen, wollen häufiger ihren Beruf wechseln. Das Pflegepersonal gehört darüber hinaus zu jenen ArbeitnehmerInnen, die in ihrer Arbeit mit Krankheiten, dem Leiden und dem Tod konfrontiert werden, die ebenfalls als belastend empfunden werden (Simon et al. 2005).

Wie andere Beschäftigtengruppen auch ist die Arbeit im Krankenhaus oder in Alten- und Pflegeheimen durch unregelmäßige Arbeitszeiten gekennzeichnet. So verrichtet das Pflegepersonal Wochenend- und Nachtdienste ebenso wie Bereitschaftsdienste und muss auch mal für kranke KollegInnen „einspringen“. Diese unregelmäßigen Arbeitszeiten haben nicht nur negative Konsequenzen auf das eigene Wohlbefinden, sondern auch auf das Privatleben, denn dadurch wird die Vereinbarkeit von familiären Ver-

pflichtungen, wie die Betreuung von Kindern und kranken (Schwieger-)Eltern, und den beruflichen Anforderungen besonders erschwert. Simon et al. (2005) konnten dabei einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten in Bezug sowohl auf das persönliche Wohlbefinden als auch das Privatleben auf der einen Seite und Burnout auf der anderen Seite feststellen. Burnout wiederum hat einen eindeutigen Einfluss auf den Wunsch, den Beruf zu wechseln. So weisen „diejenigen, die häufig daran denken, den Beruf zu verlassen, [...] die höchsten Burnout-Werte auf“ (Simon et al. 2005:47).

Zu den gesundheitlichen Beschwerden, unter denen die Beschäftigten in der Pflege leiden, zählen sowohl Kreuzschmerzen (57%) als auch Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich (39%). Beinahe ein Drittel der Pflegenden klagt von einem Gefühl der Müdigkeit, der Mattigkeit und der Erschöpfung (BMWA 2003). Außerdem leiden Pflegekräfte an Kopfschmerzen und Magen- und Darmbeschwerden und berichten von Schlafstörungen und Gereiztheit bzw. Nervosität (AEIOU 2005). Wenn man die anerkannten Berufskrankheiten (AUVA 2006) betrachtet, dann zählen vor allem die Hauterkrankungen und Infektionserkrankungen zu jenen Krankheiten, von denen das Pflegepersonal besonders betroffen ist. Jedoch sind diese häufiger bei den Pflegehilfskräften als beim Diplombierten Personal anzutreffen.

2.6.4. *Berufsverläufe*

Berufseinstieg

Da bereits während der Ausbildung zur Diplombierten Gesundheits- und Krankenschwester bzw. -pfleger im Krankenhaus gearbeitet werden muss, ist bei Berufseinstieg der Praxisschock nicht mehr so groß. Der Übergang von der Ausbildung zur Diplombierten Gesundheits- und Krankenpflegeschwester bzw. -pfleger zum ersten Arbeitsplatz erfolgt darüber hinaus meist fließend, da in den meisten Fällen die jungen AbsolventInnen in ihren Ausbildungseinrichtungen tätig werden. In wenigen Fällen entsteht zwischen dem Schulabschluss und dem ersten Job eine Wartezeit. Dies ist meist dann der Fall, wenn sich die AbsolventInnen aufgrund erhöhter Attraktivität eine bestimmte Station in einer bestimmten Einrichtung ausgewählt haben, die aber nicht gleich zur Verfügung steht. (Jelenko et al. 2007).

Karriereverläufe

Geschlechtsspezifische Berufsverläufe

Zuallererst muss festgehalten werden, dass Berufsverläufe des Diplombierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals stark geschlechtsspezifisch strukturiert sind. Frauen verlassen den Beruf bereits nach zwei, drei Jahren oder fangen ihre Erwerbstätigkeit mit einer Vollzeitbeschäftigung an, in der sie bis zur Geburt ihres ersten Kindes verbleiben. Nach dem Wiedereinstieg hängt es von der Institution ab, ob diese Teilzeitarbeitsplätze anbieten, welche nicht in allen Einrichtungen ausreichend zur Verfügung stehen, und

die Krankenschwestern somit im Beruf verbleiben oder ob sie zu diesem Zeitpunkt aus der Institution ausscheiden. Wenn sie weiter beschäftigt bleiben, dann erhöhen sie ihre Arbeitszeit wieder, wenn die Kinder ein bestimmtes Alter erreicht haben, und gehen einer Vollzeitbeschäftigung nach. Die berufliche Weiterentwicklung von Frauen zeichnet sich weniger durch eine horizontale Karriere, als vielmehr durch die Ausweitung ihrer Tätigkeiten auf neue Arbeitsbereiche oder andere Berufsfelder aus (Jelenko et al. 2007).

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger hingegen entscheiden sich meist bewusst für den Pflegeberuf, was auch auf ihr höheres Alter (sie sind meist älter als 20 Jahre) zurückgeführt werden kann. Sie verlassen den Beruf eher seltener und sind, wie bereits erwähnt in „typisch männlichen“ Stationen, wie der Psychiatrie und der Intensivmedizin tätig. Der kontinuierlichere Berufsverlauf ohne Unterbrechungen durch die Karenzzeit ermöglicht es Pflegern überdies in Leitungs- und Managementfunktionen vorzudringen, in denen sie auch überproportional anzutreffen sind. Für Männer hat die vertikale Karriere eine weit größere Bedeutung, die sie auch zielgerichteter verfolgen (Jelenko et al. 2007).

Wechsel – Um-, Auf-, Aus- und Wiedereinstiege

Prinzipiell hat die Pflege den Ruf, ein Beruf zu sein, in dem die Pflegenden nicht länger als durchschnittlich fünf Jahre verbleiben. Unklar ist dabei aber, ob die Pflegenden nach diesem Zeitraum die Pflege verlassen und den Beruf wechseln oder ob sie lediglich in eine andere Einrichtung wechseln. Jelenko et al. (2007:43) haben deshalb den Begriff der „Verweildauer in einem Beschäftigungsverhältnis“ herangezogen, um diese fünf Jahre zwar fassen zu können, aber offen zu lassen, ob ein Berufswechsel oder ein Wechsel in eine andere Einrichtung auf diese Zeitdauer folgt.

Ihrer quantitativen und qualitativen Untersuchung über das Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal ist jedenfalls zu entnehmen, dass Wechsel innerhalb der Organisation, in eine andere Organisation ebenso vorkommen wie Wechsel in andere Berufsfelder oder in die Karenz bzw. die Arbeitslosigkeit und es immer wieder vorkommt, dass eine Rückkehr in den Pflegeberuf dem Wechsel bzw. der Abkehr folgt (Jelenko et al. 2007).

Zu beruflichen Unterbrechungen führt hauptsächlich die Karenzzeit, aber auch Zeiten der Arbeitslosigkeit, der Weiterbildung und der Krankheit führen zu einem „Ausstieg“ aus dem Beruf. Interessanterweise bereitet es relativ wenig Schwierigkeiten, wieder in den Pflegeberuf einzusteigen. Dies ist meist abhängig von der Dauer der Unterbrechung, den vorherigen und nun beabsichtigten Arbeitsbereichen und ob der Wiedereinstieg in derselben oder einer anderen Organisation erfolgt (Jelenko et al. 2007).

Jelenko et al. (2007) stellten in ihrer Untersuchung fest, dass sowohl Aufstiege als auch Erweiterungen des Tätigkeitsbereiches für das Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal relativ häufig vorkommen. Diesem Ergebnis widerspricht allerdings Endrich (2007), die auf die begrenzte Anzahl an höheren Positionen aufmerksam macht,

weswegen nur wenige den Aufstieg auch realisieren können. Diese unterschiedliche Sichtweise mag allerdings daran liegen, dass Weiterentwicklungen in der Studie von Jelenko et al. nicht nur die Übernahme einer Leitungsfunktion, sondern auch die Spezialisierung auf ein bestimmtes Fachgebiet und die Einschulung von KollegInnen umfassen.

2.6.5. *Berufswechsel*

Die in elf europäischen Ländern durchgeführte NEXT-Studie (nurses' early exit study) kommt zu dem Ergebnis, dass 47% der 3.565 in Deutschland mittels Fragebogen befragten Pflegekräfte nie an einen Berufswechsel dachten und weitere 34% stellen diese Überlegung lediglich mehrmals innerhalb eines Jahres an. Jedoch denken 8,4% der befragten Pflegekräfte mehrmals wöchentlich oder sogar häufiger daran, aus dem Beruf auszusteigen. Auf weitere 10% trifft dies mehrmals im Monat zu (Hasselhorn et al. 2003). Beinahe jeder/jede fünfte Pflegekraft stellt demnach regelmäßig Überlegungen an, den Beruf zu wechseln.

Es konnten in dieser Studie zwei Gruppen von Ausstiegswilligen festgestellt werden: die motivierten und die resignierten AussteigerInnen. Die erste Gruppe ist dadurch gekennzeichnet, dass sie für sich entschieden haben, den Beruf zu verlassen und bspw. ein Studium anzufangen. Die zweite Gruppe hingegen hat wenig Alternativen zu ihrer derzeitigen Beschäftigung und sieht einer Zukunft in diesem Beruf bis zum Pensionsantritt mit negativen Gefühlen entgegen (Hasselhorn et al. 2003).

Die Gründe für den (überlegten) Berufswechsel des Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals sind vielfältig und liegen einerseits in einem zu frühzeitigen Berufseinstieg, im Widerspruch zwischen dem eigenen qualitativen Arbeitsanspruch und dem Zeitdruck, der diesen Anspruch nicht in die Praxis umsetzen lässt, aber auch in der Vereinbarkeitsproblematik, den physischen und psychischen Belastungen und den Arbeitszeiten (Jelenko et al. 2007).

Der Wechsel in einen anderen Beruf gestaltet sich prinzipiell besonders schwierig. Jedoch ist dieser für die geringer qualifizierten Pflegekräfte mit noch größeren Hürden verbunden, da für diese kaum Berufe außerhalb der Pflege vorhanden sind (Endrich 2007). Aber auch das Diplomierte Krankenpflegepersonal hat relativ schlechte Chancen auf dem Arbeitsmarkt, wenn es sich entscheidet, aus dem Beruf auszusteigen und die Branche zu verlassen. Die Situation wird eher als ein Neuanfang in einem komplett anderen Arbeitsgebiet beschrieben (Jelenko et al. 2007).

2.7. *Bauberufe*

2.7.1. *Einige Daten*

Laut Arbeitskräfteerhebung der Statistik Austria (2007b) waren im Jahr 2006 im Durchschnitt 295.400 unselbständig Beschäftigte im Bauwesen tätig. Wenig verwunderlich ist, dass der Großteil der Beschäftigten (97%) männlich ist und nur wenige Frauen in dieser Branche beschäftigt sind. Die Arbeitsstättenzählung des Jahres 2001 (Statistik Austria 2004) kommt zu einer geringeren Anzahl an unselbständig Beschäftigten und weist diese mit 262.258 Personen aus, wobei fast zwei Drittel der Beschäftigten ArbeiterInnen sind. Im Bauwesen werden insgesamt knapp 26.000 Lehrlinge ausgebildet und 17% der unselbständig Beschäftigten (44.810 Personen) besitzen die österreichische StaatsbürgerInnenschaft nicht (Statistik Austria 2004).

Die meisten ArbeitnehmerInnen (54%) sind im Hoch- und Tiefbau, zu dem der Hoch-, Brücken-, Tunnel-, Straßen- und Wasserbau ebenso wie die Zimmerei, Dachdeckerei und Bauspenglerei gehören, beschäftigt. Wesentlich weniger unselbständig Beschäftigte (25%) sind in nächst größeren Bereich des Bauwesens, der Bauinstallation (Elektro-, Gas-, Wasser- und Heizungsinstallation, Wärme-, Kälte-, Schall und Branddämmung), tätig. Im Ausbau- und Bauhilfsgewerbe, das das Stukkaturgewerbe, die Bautischlerei und -schlosserei, die Fußboden-, Fliesen- und Plattenlegerei und die Malerei und Anstreicherei umfasst, sind 18% der ArbeitnehmerInnen beschäftigt. Die restlichen 10% können entweder den vorbereitenden Baustellenarbeiten oder der Vermietung von Baumaschinen zugeordnet werden (Statistik Austria 2004).

Tabelle 4 zeigt, dass im Großteil der Arbeitsstätten des Bauwesens (68,9%) weniger als 10 Personen beschäftigt sind. Gleichzeitig fallen nur 4,5% auf Betriebe, in denen mehr als 50 ArbeitnehmerInnen tätig sind. Das Bauwesen ist in Österreich demnach von einer kleinbetrieblichen Struktur gekennzeichnet (Statistik Austria 2004).

Tabelle 4: Arbeitsstätten und unselbständig Beschäftigte nach Größe der Unternehmen, 2001

Anzahl der Beschäftigten	Arbeitsstätten		Beschäftigte	
	N	%	N	%
1 bis 9	13.918	68,9	53.663	20,5
10 bis 19	3.241	16,0	44.187	16,8
20 bis 49	2.151	10,6	65.085	24,8
50 bis 199	818	4,0	68.657	26,2
200 bis 499	71	0,4	19.580	7,5
> 500	12	0,1	11.086	4,2
Gesamt	20.211	100,0	262.258	100,0

Quelle: Statistik Austria 2004, Prozentzahlen: eigene Berechnung

Wie Tabelle 4 weiters darlegt, arbeitet nur ein Fünftel aller ArbeitnehmerInnen im Bauwesen in Betrieben mit weniger als zehn Beschäftigten. Beinahe 42% aller Beschäftigten sind in Arbeitsstätten tätig, in denen zwischen zehn und 49 ArbeitnehmerInnen beschäftigt sind. Auf Betriebe mit mehr als 49 Beschäftigte hingegen fallen knapp 38% aller im Bauwesen tätigen ArbeitnehmerInnen (Statistik Austria 2004).

2.7.2. Aus- und Weiterbildung

Die Ausbildung im Bauwesen entspricht im Wesentlichen den Ausführungen des Kapitels 2.4. Neben der Lehre können auch Berufsbildende Mittlere und Höhere Schulen besucht werden, um in dieser Branche tätig werden zu können. So kann eine Lehre in allen Bereichen des Bauwesens absolviert werden. Lehrberufe reichen bspw. von Tief- und Schalungsbau über Maurerei, Zimmerei, Dachdeckerei, Bauspenglerei zu Bodenlegeri, Malerei und Anstreicherei, Stukkatur und Sanitär- und Klimatechnik (AMS-Berufsinformationssystem 2008).

Eine Berufsbildende Mittlere Schule ersetzt in einigen dieser Berufe, wie bspw. MaurerIn oder Zimmerer/Zimmerin, den Lehrabschluss im jeweiligen Bereich und deckt darüber hinaus auch Teile der Lehre zum/zur Bautechnischen ZeichnerIn und zum/zur Industriekaufmann/-frau ab. Ein weiterer Vorteil einer BMS gegenüber einer Lehre besteht darin, dass es nicht nur möglich ist, während der Schullaufbahn in eine Berufsbildende Höhere Schule umzusteigen, sondern nach ihrer Vollendung auch ein weiterführendes Kolleg zu besuchen (AMS-Berufsinformationssystem 2008).

Berufsbildende Höhere Schulen bilden ihre SchülerInnen für höhere Positionen im Bauwesen aus. So können AbsolventInnen der HTL für Bautechnik bspw. je nach Art der BHS (Hochbau, Tiefbau, Bauwirtschaft) in der Planung bis Management, in der EDV bis zum Materialprüfwesen oder in Planungsbüros von ArchitektInnen oder

IngenieurskonsulentInnen tätig werden. Der Besuch einer BHS im Bauwesen schließt mit einer Matura ab und berechtigt daher zum Besuch einer Fachhochschule oder einer Universität (AMS-Berufsinformationssystem 2008).

Allerdings besteht die Möglichkeit des Besuchs einer BHS nicht für alle Bauberufe. So führt das AMS-Berufsinformationssystem (2008) bei MalerInnen und AnstreicherInnen, bei Platten- und FliesenlegerInnen oder TapeziererInnen und DekorateurInnen neben der Lehre zwar Berufsbildende Mittlere Schulen, aber keine HTLs als mögliche Ausbildungsstätten an.

Am unteren Ende der Hierarchie im Bauwesen stehen Bauhilfskräfte und Hilfskräfte im Baunebengewerbe. Für diese ist keine Form von Ausbildung vorgesehen, sondern die notwendigen Kenntnisse werden während der Arbeit erworben (AMS-Berufsinformationssystem 2008).

Für im Bauwesen Tätige bestehen Möglichkeiten der Weiterbildung einerseits in der Absolvierung von Kursen einschlägiger Bildungseinrichtungen, wie z.B. beim BFI oder beim WIFI und andererseits darin, weiterführende Schulen zu besuchen, um einen höheren Ausbildungsabschluss zu erwerben. Die Möglichkeiten unterscheiden sich dabei nach Berufen, umfassen in unterschiedlicher Zusammensetzung jedoch eine „Bauhandwerksschule für Zimmerer bzw. für Maurer“, zwei- bis dreijährige Aufbaulehrgänge (MalerInnen, TiefbauerInnen, Zimmerer/Zimmerinnen), Höhere Technische Lehranstalten oder Meister- und Werkmeisterschulen. Die Bauhandwerksschule für MaurerInnen oder für Zimmerer/Zimmerinnen wird von einigen Bautechnikschulen zusätzlich zur BMS und zur BHS angeboten. Diese findet am Abend statt und ermöglicht somit Berufstätigen die Teilnahme an der Ausbildung. Sie stellt eine fachliche Weiterbildung nicht nur für MaurerInnen und Zimmerer/Zimmerinnen, sondern auch für Tief- und SchalungsbauerInnen dar. Voraussetzung für den Besuch der Bauhandwerksschule ist der Lehrabschluss. Die Absolvierung dieser Schule ermöglicht bspw. als Baupolier tätig zu werden (AMS-Berufsinformationssystem 2008; AMS Berufslexikon 2008).

Höhere technische Lehranstalten stellen ebenfalls eine Option dar, um sich im Bauwesen weiterzubilden. Da es für deren Besuch keine finanzielle Unterstützung zur Erhaltung der Lebenskosten gibt, werden HTLs mittlerweile auch in Form von Abendschulen angeboten, sodass auch Berufstätige diese absolvieren können. Voraussetzung für den Besuch der Abend-HTL ist entweder ein Lehrabschluss im Berufsbereich oder, wenn dieser nicht vorhanden ist, der erfolgreiche Abschluss eines Vorbereitungslehrgangs (AMS-Berufsinformationssystem 2008; AMS Berufslexikon 2008).

Als eine weitere Form der Weiterbildung können Interessierte nach einigen Jahren der Berufsausübung die WerkmeisterInnen- oder MeisterInnenschule besuchen, die ebenfalls berufsbegleitend angeboten werden. Diese verspricht nicht nur einen vertikalen Karriereschritt, sondern ermöglicht auch, sich selbständig zu machen (AMS-Berufsinformationssystem 2008; AMS Berufslexikon 2008).

2.7.3. Belastungen, Krankheiten, Unfälle

Das Arbeitsumfeld der Beschäftigten stellt immer die jeweilige Baustelle dar. Sie arbeiten also nicht durchgängig an einem bestimmten Ort, sondern ihr Arbeitsplatz verändert sich in bestimmten Abständen, was bei Reparaturarbeiten mehrmals täglich, bei Bauarbeiten auch erst nach einigen Wochen der Fall sein kann. BauarbeiterInnen verrichten ihre Arbeit häufig im Außenbereich, weswegen sie immer den jeweiligen Witterungsverhältnissen, wie Hitze, Kälte, Nässe, Feuchtigkeit und Zugluft, ausgesetzt sind. Hinzu kommt die durch die Maschinen entstehende Lärmbelastung, aber auch der Staub und der Schmutz, der auf einer Baustelle entsteht, beeinträchtigen die Arbeit. Schweres Heben und Tragen von Materialien und Geräten, die einerseits zur Baustelle transportiert und andererseits dort zu verschiedenen Plätzen getragen werden müssen, sind ein integraler Bestandteil der Arbeit „am Bau“. Viele der im Bauwesen auszuübenden Tätigkeiten müssen in Zwangshaltungen verrichtet werden. So verbringen MaurerInnen, InstallateurInnen und MalerInnen bspw. einen erheblichen Teil ihrer Arbeitszeit im Knien und Hocken. Einige der BauarbeiterInnen, wie bspw. DachdeckerInnen, Zimmerer/Zimmerinnen oder MalerInnen, arbeiten auf Gerüsten und Leitern oder am Dach, weswegen sie einer erhöhten Verletzungsgefahr ausgesetzt sind. (AMS-Berufsinformationssystem 2008; AMS-Berufslexikon 2008; Krenn/Vogt 2004).

Die Sonderauswertung zu den Arbeitsbedingungen des Mikrozensus 1999 (Krenn/Vogt 2004) belegt diese Belastungen und Umwelteinflüsse mit Daten. So gibt mehr als zwei Drittel (69%) der BauarbeiterInnen an, in ihrer Arbeit schweren körperlichen Anstrengungen ausgesetzt zu sein. Knapp 30% sprechen davon, dass sie einseitig körperlich belastet sind und mehr als 40% gehen mit schwerem, unhandlichem Werkzeug um. Drei Viertel der im Bauwesen Beschäftigten sind in ihrer Arbeit Staub und 45% Schmutz ausgesetzt. Lärm, der durch Maschinen und Motoren entsteht, ist für 42% ein Bestandteil ihrer Arbeit, Verkehrslärm für 27% und sonstiger Lärm für 31% der BauarbeiterInnen. Ein weiteres Viertel der BauarbeiterInnen gibt an, in ihrer Arbeit mit Nässe und Feuchtigkeit konfrontiert zu sein. Besonders alarmierend ist, dass 77% der Beschäftigten der Gefahr von Unfällen und Verletzungen ausgesetzt sind. Zu diesen Belastungen kommen noch psychische Belastungsfaktoren hinzu - allen voran ist hier der Termin- und Leistungsdruck, der aufgrund verstärkter Konkurrenz im Bauwesen entstanden ist und sich in Stress und Arbeitsdruck ausdrückt, zu nennen. Laut der Sondererhebung des Mikrozensus 1999 arbeiten 56% der Beschäftigten unter Zeitdruck (Krenn/Vogt 2004).

Die hier dargestellten Arbeitsbedingungen der BauarbeiterInnen widerspiegeln sich in deren Gesundheitszustand. Die Beschäftigten müssen mit einer Reihe von gesundheitlichen Beeinträchtigungen rechnen: Rückenschmerzen, Kopfschmerzen und Muskelschmerzen in Schultern und Nacken (Krenn/Vogt 2004), Schäden an der Wirbelsäule und Abnützungserscheinungen der Gelenke und Gelenksentzündungen (Fasching 1999), Muskel- und Skelett-Erkrankungen (WIFO 2008) und Herz-Kreislaufkrankungen sind hier zu nennen. Zudem kommen noch die anerkannten Berufskrankheiten hinzu. Im Jahr 2007 wurden im Bauwesen 263 Berufskrankheiten anerkannt, wovon 179 auf durch Lärm verursachte Schwerhörigkeit, 26 auf Asbestosefälle und neun auf Hauterkrankungen fallen (AUVA 2008b).

Die Gefahr, während der Arbeit einen Unfall zu erleiden und/oder sich zu verletzen, ist tatsächlich sehr groß und entspricht der oben erwähnten Selbsteinschätzung der Beschäftigten. Im Jahr 2007 ereignete sich jeder fünfte anerkannte Arbeitsunfall im Bauwesen. In etwa 80 von 1.000 BauarbeiterInnen erleiden pro Jahr einen Unfall. Der Durchschnittswert aller Wirtschaftsklassen liegt hingegen bei der Hälfte, nämlich bei unter 40 von 1.000 Beschäftigten. Von den insgesamt 138 tödlichen Arbeitsunfällen entfallen 37 auf das Bauwesen, das sind beinahe 30% aller Arbeitsunfälle, bei der ein/eine Beschäftigte gestorben ist (AUVA 2008b).

Die AUVA (2008b) errechnete für das Jahr 2004, dass insgesamt 22.111 Unfälle im Bauwesen 401.845 Krankenstandstage und Kosten von 324 Millionen Euro verursachten. Der vom Wirtschaftsforschungsinstitut erstellte Fehlzeitenreport 2007 (WIFO 2008) weist das Bauwesen an verschiedenen Stellen ebenfalls als eine „besondere“ Branche aus. Denn neben der Sachgütererzeugung vereint das Bauwesen die höchsten Krankenstandsquote, die 4,5%⁷ beträgt und somit weit über den Durchschnitt aller Branchen (3,6%) liegt. Vor allem die 15- bis 29-jährigen BauarbeiterInnen sind infolge von Krankheit und Unfällen überproportional oft im Krankenstand. Dass diese eher auf Unfälle und seltener auf Krankheiten zurückzuführen ist, wird ersichtlich, wenn man sich die Dauer der Krankenstände ansieht: Die jungen Beschäftigten im Bauwesen sind unterproportional kurz und überproportional lange im Krankenstand.

Die durch die schwierigen Arbeitsbedingungen im Bauwesen verursachten Erkrankungen und Arbeitsunfälle zollen natürlich ihren Tribut und führen häufig dazu, dass die BauarbeiterInnen frühzeitig in Pension gehen müssen. Im Jahr 2007 entfiel fast ein Viertel aller Rentenneuzugänge (1.330 Renten), die aufgrund einer bleibenden Minderung der Erwerbsfähigkeit in Folge von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten zuerkannt wurden, auf das Bauwesen (AUVA 2008b). Dies ist insofern nicht verwunderlich als BauarbeiterInnen eine doppelt so hohe Invaliditätsquote als andere ArbeiterInnen verzeichnen: Sie liegt in dieser Branche bei 15,2 pro 1.000 Versicherten, wohingegen sie bei den sonstigen ArbeiterInnen 7,3 beträgt (Krenn/Vogt 2004). Die Arbeit „am Bau“ beinhaltet demnach das Risiko krankheits- oder unfallbedingt gesundheitliche Schäden davonzutragen, die die Fortsetzung einer Beschäftigung unmöglich machen und ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben nach sich ziehen.

2.7.4. Berufliche Verläufe

In Anbetracht der im Bauwesen vorfindbaren Belastungen, die zu arbeitsbedingten Krankheiten und Berufserkrankungen, (tödlichen) Arbeitsunfällen und/oder Invaliditätspensionen führen, erscheinen Berufsverläufe im Bauwesen als besonders prekär. Erschwerend kommt hinzu, dass der Einstieg in die Branche über eine Lehre, so wie dies meistens der Fall ist, nur unter schwierigen Bedingungen eine vertikale Weiterentwicklung möglich macht.

⁷ Durchschnittswert der Jahre 2000 bis 2004.

Packebusch und Weber (2000) haben dennoch den idealtypischen Verlauf einer Berufskarriere im Bauwesen nachgezeichnet. Der Berufseinstieg erfolgt mit 15 Jahren als Lehrling. Nach der Gesellenprüfung ist man weiter im Ausbildungsbetrieb beschäftigt. Nach einigen Jahren wird man VorarbeiterIn und schließlich BaustellenleiterIn. Nach Absolvierung der (Werks-)Meisterprüfung ist man MeisterIn und macht sich letztendlich selbständig und besitzt einen eigenen Betrieb. Diesem idealtypischen Berufsverlauf stellen sie eine etwas realistischere „Karriere“ gegenüber: Nach der Lehre verlässt man den Betrieb und denkt sogar daran, den Beruf zu wechseln. Es könnte auch sein, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen dazu führen, dass man den Beruf aufgeben muss. In jedem Fall wäre vorstellbar, dass man entweder arbeitslos ist oder sich in Umschulung befindet oder eine alternative Beschäftigung in einem Industriebetrieb gefunden hat.

Im Zusammenhang mit Berufsverläufen im Bauwesen ist es notwendig noch einen weiteren Aspekt, nämlich das Alter der Beschäftigten, hinzuzufügen, denn die schwere Arbeit am Bau kann mit steigendem Alter nicht mehr in allen Aspekten ausgeführt werden. So stellen das Heben schwerer Last oder das Stehen auf hohen Leitern ebenso eine Hürde für ältere Beschäftigte dar, wie das Arbeiten in Zwangshaltungen oder auf Gerüsten und das Benutzen neuer technischer Maschinen. Dennoch können bestimmte Aufgaben und Tätigkeiten auch von älteren Beschäftigten noch ausgeübt werden, wie etwa der Umgang mit KundInnen, Außenarbeiten, Streichen von Innenräumen, Renovierungen oder Ausbau, aber auch die Übernahme der Bauleitung ist ein geeignetes Arbeitsumfeld für Ältere (Behrens 2001a).

2.8. Prävention und Gesundheitsvorsorge

2.8.1. ArbeitnehmerInnenschutz, Betriebliche Gesundheitsförderung und Rehabilitation

An mehreren Stellen wurde bereits auf den Zusammenhang zwischen Belastungen, denen ArbeitnehmerInnen während der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeiten ausgesetzt sind, und den daraus entstehenden Krankheiten hingewiesen. Zur Vermeidung von Arbeitsunfällen und der Entstehung von Berufskrankheiten bzw. arbeitsbedingten Krankheiten dient in Österreich in erster Linie der ArbeitnehmerInnenschutz. Dieser hat zum Ziel, das Leben und die Gesundheit der Beschäftigten zu schützen und die Arbeit menschengerecht zu gestalten. Prinzipiell liegt es im Verantwortungsbereich der ArbeitgeberInnen für die Gesundheit und Sicherheit der MitarbeiterInnen zu sorgen. (<http://netzwerke.oegb.at/gesundearbeit/>).

Gleichzeitig schreibt das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz eine arbeitsmedizinische, -psychologische und sicherheitstechnische Betreuung für alle Beschäftigten in Betrieben vor. Die dafür mindestens aufgewendete Zeit errechnet sich nach der Anzahl der Beschäftigten und der Art des Arbeitsplatzes und wird unter Sicherheitsfachkräften (40%), ArbeitsmedizinerInnen (35%) und sonstigen Fachleuten (ArbeitspsychologInnen, ErgonomInnen, ChemikerInnen) (25%) aufgeteilt.

Sicherheitsfachkräfte beraten über die Sicherheit in Bezug auf das Gebäude, die Arbeitsmittel, Arbeitsstoffe und Arbeitsplätze, aber auch die Beratung bzgl. der Vermeidung von Gefahren und von Unfällen fällt in ihr Aufgabengebiet. Die Beratung der ArbeitsmedizinerInnen beinhaltet vor allem die Beibehaltung und Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz. Der Fokus liegt dabei auf der Verbesserung der Arbeitsbedingungen, wie bspw. der Pausengestaltung, der Arbeitsorganisation oder der Arbeitsmaterialien, ebenso wie auf der Vermeidung von Unfällen und der Reduzierung von beruflichen Belastungen. ArbeitspsychologInnen hingegen widmen sich dem Betriebs- und Arbeitsklima, aber auch der Arbeitsorganisation im Hinblick auf ihre psychologischen Auswirkungen (Vogt 2003).

Diese drei Präventivfachkräfte besichtigen den Betrieb, verfassen einen Bericht und machen Vorschläge zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Die Allgemeine Unfallversicherung (AUVA) bietet diese Betreuung und Beratung für kleine Betriebe kostenlos an und hat dafür Präventionszentren eingerichtet. In großen Betrieben hingegen sind Präventivfachkräfte meist wie andere Beschäftigte auch angestellt (www.auva.at; <http://netzwerke.oegb.at/gesundearbeit/>).

Die Präventivfachkräfte beraten auch die Sicherheitsvertrauensperson, die in jedem Betrieb, in dem mehr als zehn Personen beschäftigt sind, zu bestellen ist. Diese ist eine der ArbeitnehmerInnen, die im Bereich Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz extra ausgebildet worden ist. Sie informiert, berät und unterstützt ihre KollegInnen in allen Belangen des Gesundheitsschutzes und der Sicherheit am Arbeitsplatz (<http://netzwerke.oegb.at/gesundearbeit/>).

Die Arbeitsinspektion ist jene Organisation in Österreich, die die Einhaltung von ArbeitnehmerInnenschutzvorschriften überprüft. Sie kontrolliert nicht nur die Einhaltung der Bestimmungen hinsichtlich des technischen, arbeitsmedizinischen und arbeitshygienischen ArbeitnehmerInnenschutzes (z.B. Arbeitsmittel, -stoffe und -plätze und Anlagen), sondern auch bzgl. des Verwendungsschutzes (z.B. Arbeitszeiten, Mutterschutz). Im Bereich der Unfallvermeidung stellt sie sicher, dass Sicherheitsvertrauenspersonen im Unternehmen ernannt wurden. Die Arbeitsinspektion besichtigt in ihrer Kontrollfunktion die Unternehmen, notiert Übertretungen in den genannten Bereichen und fordert die BetriebsinhaberInnen auf, die Missstände zu beseitigen. Neben diesen Kontrollfunktionen berät sie ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen in allen Fragen der Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz (BMWA 2007; Vogt 2003).

So beraten ArbeitsinspektorInnen in einem eigens konzipierten Projekt mindestens 300 Betriebe bzgl. einer alter(n)sgerechten Arbeitsgestaltung, indem sie dabei helfen eine von der Arbeitsinspektion entwickelte Altersstrukturanalyse für den jeweiligen Betrieb zu erstellen und davon ausgehend Arbeitsplätze altersspezifisch zu evaluieren.⁸ In einem anderen Projekt stehen Muskel- und Skeletterkrankungen, die aufgrund von schwerem Heben und Tragen entstanden sind, im Vordergrund. Ziel dieses Projektes ist es, Daten über die Belastungen zu sammeln und mögliche Maßnahmen und

⁸ Information aus Intranet „Invalidität im Wandel“

Verbesserungsvorschläge zu generieren, die in Broschüren und über das Internet einem größeren Publikum zugänglich gemacht werden sollen. Bisher fand dieses Projekt im Gesundheits- und Transportwesen statt und soll in diesem Jahr auf den Handel und den Bau ausgedehnt werden.⁹

Neben dem ArbeitnehmerInnenschutz hat sich in den letzten Jahren in Österreich die Betriebliche Gesundheitsförderung etabliert. Diese umfasst „alle gemeinsamen Maßnahmen von ArbeitgeberInnen, ArbeitnehmerInnen und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz“ (FGÖ 2006) und fokussiert auf die Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen einerseits und auf die Förderung einer aktiven Beteiligung der MitarbeiterInnen und der Stärkung der persönlichen Kompetenzen andererseits (FGÖ 2006; <http://netzwerke.oegb.at/gesundearbeit/>).

Betriebliche Gesundheitsförderung muss als ganzheitliche Unternehmensstrategie verstanden werden, weswegen sie als fixer Bestandteil der Personalpolitik meist in großen Betrieben anzutreffen ist. Mit der Betrieblichen Gesundheitsförderung versuchen Unternehmen, Krankheiten vorzubeugen, die Gesundheit zu stärken und das Wohlbefinden der Beschäftigten zu verbessern. Betriebliche Gesundheitsförderung besteht aus vier Schritten und reicht von der Problemanalyse über die Strategieentwicklung hin zur Umsetzung der Maßnahmen, der eine Evaluierung folgt (FGÖ 2006; <http://netzwerke.oegb.at/gesundearbeit/>).

Zu den Instrumenten, die im Zuge der Betrieblichen Gesundheitsförderung eingesetzt werden, gehören eine betriebliche Gesundheitskonferenz und die Erstellung von Gesundheitsberichten, die den Ist-Zustand sowohl vor als auch nach der Maßnahme beschreiben, ebenso wie firmenübergreifende Lerngruppen oder der Gesundheitszirkel, der als zentrales Element der Betrieblichen Gesundheitsförderung bezeichnet werden kann. Das Besondere am Gesundheitszirkel ist, dass die MitarbeiterInnen an diesem teilnehmen und die Rolle von „ExpertInnen“ einnehmen, da sie es sind, die die Bedingungen an ihren Arbeitsplätzen am besten kennen (FGÖ 2006; <http://netzwerke.oegb.at/gesundearbeit/>).

Die Abteilung Gesundheitsförderung und Vorsorgemedizin der oberösterreichische Gebietskrankenkasse (OÖGKK) als Koordinationsstelle des seit 2000 gegründeten österreichischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung hat in mehreren großen Betrieben in Oberösterreich Betriebliche Gesundheitsförderungsprojekte durchgeführt. Neben der Einrichtung von Steuerungsgruppen und der Erhebung der IST-Situation im Zuge einer MitarbeiterInnenbefragung und der Analyse von Unfallstatistiken und der Dauer und Häufigkeit von Krankenständen fanden Gesundheitskonferenzen und arbeitsplatzbezogene Gesundheitszirkel statt. Der daraus entstandene Gesundheitsbericht, der bereits Verbesserungsvorschläge enthält, konnte von allen MitarbeiterInnen eingesehen werden. Ausgehend von diesen Ergebnissen beschloss die Steuerungsgruppe jene Maßnahmen, die in weiterer Folge auch umgesetzt

⁹ Information aus Intranet „Invalidität im Wandel“

wurden. Die Evaluierung der Maßnahmen ergab, dass sich die Dauer und Anzahl der Krankenstände reduziert und die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten erhöht haben.¹⁰

Sowohl der ArbeitnehmerInnenschutz als auch die Betriebliche Gesundheitsförderung können als Strategien der Prävention bezeichnet werden, da sie der Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit und somit der Vermeidung von Krankheit dienen. Prävention wird nach drei Formen unterschieden: Die Primärprävention, deren Maßnahmen die Vermeidung von Erkrankungen zum Ziel haben, die Sekundärprävention, die Maßnahmen zur Früherkennung von bestehenden Erkrankungen umfasst, und die Tertiärprävention, die hauptsächlich aus Rehabilitationsmaßnahmen besteht (AK NÖ 2003).

Neben den bereits beschriebenen von der Arbeitsinspektion und der OÖGKK durchgeführten Maßnahmen der Primärprävention, ist das von der AUVA entwickelte Sicherheits- und Gesundheitsmanagement-System (SGM) erwähnenswert. Ziel des SGM ist es, dass sowohl die Sicherheit als auch die Gesundheit strukturell in alle Unternehmensabläufe eingebaut und als Managementaufgabe im Betrieb verankert sind. Die Prozesse im SGM sind vielfältig und umfassen beispielsweise die Gefahrenermittlung und -beurteilung, die Analyse von Arbeitsunfällen, Beinaheunfällen arbeitsbedingten Erkrankungen und Gesundheitsbeeinträchtigungen ebenso wie arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen oder Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit. Wenn das SGM implementiert wird, entstehen neue Strukturen im Unternehmen, da bspw. bestimmte Arbeitsabläufe dahingehend analysiert werden, wie das Zusammenspiel funktioniert oder wie Schnittstellen im Netzwerk beschaffen sind. Außerdem wird genau untersucht, wer welche Tätigkeiten im Betrieb am sinnvollsten übernehmen soll, wie die Kommunikation zwischen der Sicherheitsvertrauensperson und den KollegInnen verbessert werden kann oder wann die ArbeitsmedizinerInnen hinzugezogen werden sollen. Eine Begleiterscheinung bei der Implementierung des SGM ist, dass sich das Selbstbewusstsein und das Demokratieverständnis der Beschäftigten erhöht. Bisher wurde in ca. 50 österreichischen Betrieben das SGM eingeführt, das nicht nur zu einer Reduzierung der Arbeitsunfälle, sondern auch zu einer Verringerung der Dauer und der Anzahl der Krankenstände führte (Zembaty 2007).¹¹

Rehabilitation als tertiäre Prävention untergliedert sich in medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation. Medizinische Rehabilitation hat das Ziel, die durch körperliche Schäden und Beeinträchtigungen nach Unfällen oder Krankheiten entstandene verminderte Erwerbsfähigkeit zu beseitigen oder zumindest eine Verschlechterung des Zustandes zu verhindern. Die berufliche Rehabilitation hat die Rückkehr in den ursprünglichen Beruf oder einen Wechsel in einen anderen Beruf zum Ziel. Die soziale Rehabilitation soll die gesundheitlich beeinträchtigten Personen dabei unterstützen, so selbstständig wie möglich am Leben teilzunehmen (BMSK 2007).

Alle drei Formen der Rehabilitation fallen in den Zuständigkeitsbereich der AUVA, wenn es sich dabei um Arbeitsunfälle bzw. Berufskrankheiten handelt, zu deren Vermeidung bzw. Bekämpfung die AUVA einen gesetzlichen Auftrag hat. Im Bereich der

¹⁰ Information aus Intranet „Invalidität im Wandel“

¹¹ Information aus Intranet „Invalidität im Wandel“

beruflichen Rehabilitation arbeitet die AUVA eng mit dem Arbeitsmarktservice (AMS) zusammen, um Personen den beruflichen Wiedereinstieg zu ermöglichen (AUVA 2008a).

Auch andere Organisationen, wie bspw. das Berufliche Bildungs- und Rehabilitationszentrum (BBRZ), führen im Auftrag des AMS berufliche Rehabilitationsmaßnahmen durch, wobei der Fokus hauptsächlich auf Menschen mit Behinderungen liegt. Das BBRZ ist ebenfalls in allen drei Bereichen der Rehabilitation tätig und bietet beispielsweise Beratungs- und Qualifizierungsmaßnahmen an, berät und qualifiziert behinderte Menschen, konzipiert und führt Personalentwicklungsmaßnahmen durch, berät Unternehmen bei der Einstellung von behinderten Personen und vernetzt ihr Rehabilitationsangebot mit anderen Bildungs- und Ausbildungseinrichtungen (www.bbrz.at).

2.8.2. *Ausgewählte Projekte und Maßnahmen*

Zurzeit existieren nur wenige Projekte, die sich explizit mit dem Wechsel aus Berufen, die eine begrenzte Tätigkeitsdauer aufweisen, widmen. In Österreich konnten nur wenige Projekte angefounden werden, deren primäres Ziel zwar darin besteht, eine Weiterbeschäftigung der gesundheitlich beeinträchtigten Person entweder an ihrem bisherigen Arbeitsplatz oder in einem anderen Unternehmen zu erreichen, jedoch auch die Möglichkeit eines Berufswechsels eröffnen, wenn eine Weiterbeschäftigung nicht möglich ist.

„Service Arbeit und Gesundheit“

Beim BBRZ ist das „Service Arbeit und Gesundheit“ angesiedelt, das vom AMS Wien, dem Bundessozialamt Wien und dem Wiener ArbeitnehmerInnen Förderungsfonds (WAFF) finanziert und von der Wiener Gebietskrankenkasse und der Pensionsversicherungsanstalt unterstützt wird. Dieses Projekt richtet sich sowohl an Firmen, Beschäftigte und Arbeit Suchende gleichermaßen. Unternehmen bietet „Service Arbeit und Gesundheit“ Unterstützung an, wenn diese ArbeitnehmerInnen beschäftigen, die öfters im Krankenstand sind oder unter gesundheitlichen Problemen leiden und hilft ihnen dabei den Arbeitsplatz an die Bedürfnisse der jeweiligen Beschäftigten anzupassen oder alternative Einsatzmöglichkeiten für diese zu finden. Das Ziel dieser Hilfe und Unterstützung ist, dass die Beschäftigten leistungsadäquat eingesetzt sind.

ArbeitnehmerInnen, die gesundheitliche Probleme bzw. Einschränkungen haben, und fürchten, ihren Arbeitsplatz zu verlieren, bietet „Service Arbeit und Gesundheit“ eine Beratungs- und Unterstützungsleistung an, die die Erfassung der beruflichen und gesundheitlichen Situation und eine arbeitsmedizinische Abklärung des Gesundheitszustandes umfasst und um eine Bildungs- und Qualifizierungsberatung, bei der gemeinsam mit den Betroffenen eine berufliche Perspektive erarbeitet wird, erweitert ist. In der Arbeit mit arbeitslosen Menschen hingegen versucht das „Service Arbeit und Gesundheit“ die Arbeitsfähigkeit wieder herzustellen, neue Tätigkeitsbereiche zu entdecken, sodass der berufliche Einstieg möglichst kurzfristig erfolgen kann (www.servicearbeitgesundheit.at).

Workfit

„Workfit“ ist ein Projekt, das die Niederösterreichische Arbeiterkammer, das AMS Niederösterreich, die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse, das Land Niederösterreich und die Pensionsversicherungsanstalt gemeinsam durchführen. Es richtet sich an Personen mit berufsbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen und versucht mit einer frühzeitigen Intervention dem Arbeitsplatzverlust bzw. den Weg in die Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit vorzubeugen. Es zielt somit sowohl auf ArbeitnehmerInnen als auch auf arbeitslose Personen, die durch Veränderungen des bisherigen Arbeitsplatzes wieder an diesen zurückkehren, an einem anderen Arbeitsplatz innerhalb desselben Betriebes tätig werden oder aber ihren Beruf wechseln können sollen (Streicher 2008).

In einer ersten Projektphase fand dieses in zwei niederösterreichischen Bezirken statt und richtete sich ausschließlich an Personen, die aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen einerseits oder psychischen Erkrankungen andererseits mindestens 40 Tage in Krankenstand waren.¹² Die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse erhebt dabei die Daten dieser Personen, die alle telefonisch kontaktiert und um Teilnahme an dieser Maßnahme gebeten werden. Die Ablehnung auf diese Aufforderung hat keinerlei negative Konsequenzen, denn die Teilnahme findet ausschließlich auf freiwilliger Basis statt. Wenn sich die Personen zu einer Teilnahme entschließen, dann findet zuerst eine gesundheitliche Untersuchung durch das Berufliche Bildungs- und Rehabilitationszentrum (BBRZ) bzw. das Arbeits- und Sozialmedizinische Zentrum (AMZ) statt, auf deren Basis ein auf jede Person individuell zugeschnittener Vorschlag für die Rehabilitation erarbeitet wird. Dieser wird in einem Team, das sich aus VertreterInnen des Projektes, der Gebietskrankenkasse, des AMS, der PVA und des Landes Niederösterreich zusammensetzt, diskutiert und die weitere Vorgehensweise beschlossen. Im Anschluss daran wird diese den TeilnehmerInnen vorgeschlagen und gemeinsam diskutiert (Streicher 2008).

Die an der Maßnahme teilnehmenden Personen können entweder eine Lebens- und Sozialberatung aufsuchen, sich nach einer Berufsorientierung mit zwei speziell für diese Personengruppe ausgebildeten BeraterInnen umschulen lassen oder eine Weiterbildung machen. Außerdem kann der bisherige Arbeitsplatz auf die neuen Bedürfnisse hin adaptiert werden (Streicher 2008).

Das Projekt war bisher sehr erfolgreich, denn im Vergleich mit jenen Personen, die die Teilnahme ablehnten, konnte die Zahl der Krankenstände um 79% verringert werden und die Zahl der Anträge auf eine Invaliditätspension betrug 3,1% im Vergleich zu 14,7% bei den Nicht-TeilnehmerInnen (Streicher 2008).

Horizonte 40+

Das vom Beruflichen Bildungs- und Rehabilitationszentrum (BBRZ) Wien durchgeführte Projekt „Horizonte 40+“ richtet sich aufgrund der in diesem Bereich auftretenden besonderen Belastungen ausschließlich an Beschäftigte, die im Gesundheits- und

¹² Ab Februar 2008 wurde das Projekt auf alle Krankheiten ausgeweitet (Streicher 2008).

Sozialbereich tätig sind. Ziel des Projektes ist es, die Arbeitsfähigkeit zu erhalten bzw. wiederherzustellen, wenn bereits psychische und physische gesundheitliche Einschränkungen aufgetreten sind (Endrich 2007).

Das BBRZ bietet dieser Personengruppe eine individuelle Beratung an, um weiterhin am bisherigen Arbeitsplatz tätig zu bleiben oder neue berufliche Perspektiven zu entwickeln. Die Einzelberatung umfasst nicht nur berufsspezifische Schwerpunkte, wie Berufslaufbahnplanung, Arbeitsplatzhaltung, Weiterbildung, Rehabilitationsmaßnahmen, sondern auch eine arbeitsmedizinische Untersuchung, eine Rechtsberatung oder eine Psychotherapie. Die Seminare, die kostenlos von den TeilnehmerInnen besucht werden können, reichen von Entspannungstechniken, Stressmanagement und Burnout-Prävention bis zu Bewegungstraining und Qi Gong (Endrich 2007).

Die angebotenen Kurse zur Berufsorientierung und zur Unterstützung von Bewerbungstrainings richten sich explizit an Beschäftigte, die den Beruf wechseln wollen. Auf der „Basis ihrer Qualifikationen, Interessen, Fähigkeiten und Stärken, aber auch mit Rücksicht auf ihre Einschränkungen“ (Endrich 2007) sollen sich die TeilnehmerInnen über ihre beruflichen Perspektiven klar werden. Durch die frühzeitige Intervention konnten Zeiten der Arbeitslosigkeit verhindert werden und die TeilnehmerInnen direkt von ihrem bisherigen in den neuen Arbeitsplatz wechseln. Dennoch gestalten sich, wie weiter oben bereits ausgeführt wurde, Wechsel in andere Berufe als ausgesprochen schwierig (Endrich 2007).

Tiroler Laufbahnberatung

Neben den beiden beschriebenen Projekten bietet das in mehreren Orten in Tirol ansässige Zukunftszentrum eine kostenlose Laufbahnberatung an. Hintergrund dieser Maßnahme ist die Annahme, dass berufliche Lebensläufe immer brüchiger werden und oftmals Arbeitsplatzwechsel bzw. Berufswechsel vorgenommen werden müssen, bei denen die Personen unterstützt werden sollen. Die Beratung steht Personen jeden Alters und Qualifikationsniveaus offen und zielt darauf ab, unterstützend bei der beruflichen Neuorientierung zu wirken, indem berufliche Möglichkeiten und die dafür notwendigen Weiterbildungen aufgezeigt, längerfristige Perspektiven entwickelt und Hilfestellungen beim Treffen und der Umsetzen der Berufsentscheidung geleistet werden. Das Projekt wird vom Bundesministerium für Unterricht und Kultur, vom Europäischen Sozialfonds (esf), vom Land Tirol und der Tiroler Arbeiterkammer gefördert (www.zukunftszentrum.at).

Mein nächster Beruf

In Deutschland wird zurzeit gerade das Projekt „Mein nächster Beruf“ durchgeführt, das sich ausschließlich dem Tätigkeits- und Berufswechsel von Personen, die in Berufen mit begrenzter Tätigkeitsdauer beschäftigt sind, widmet. Ziel des Projektes ist es, eine Personalentwicklung für diese Berufe zu entwickeln, die sowohl Unterstützung bei der Laufbahngestaltung bietet als auch eine rechtzeitige berufsbegleitende Weiterbildung für den Wechsel in eine andere Tätigkeit in derselben Branche oder in einen neuen

Beruf ermöglicht. Dies soll durch die Erstellung von Beratungs- und Qualifizierungskonzepten erreicht werden. Im Mittelpunkt steht die Verlängerung der Beschäftigung im ursprünglichen Beruf ebenso wie die Berufsberatung und berufsbegleitende Qualifizierung für den nächsten Beruf (Ulbricht et al. 2005).

Auch das deutsche Projekt hat Pflegekräfte als eine der Risikogruppen ausgemacht und die weiteren Projektschritte (zunächst) auf diese Berufsgruppen begrenzt, zu denen das Erstellen eines Anforderungsprofils und die Evaluierung der Aus- und Weiterbildung gehören. Die Definition von Frühwarnindikatoren für berufsbedingte Erkrankungen soll dabei behilflich sein, die Risikofaktoren der derzeitigen Tätigkeit zu erheben und die Anforderungen für den nächsten Beruf, der diese Risikofaktoren ausschließt, festlegen. Besonders interessant erscheint die für die Beratung erstellte Karrierematrix, die vier mögliche Varianten eröffnet: Tätigkeitswechsel im Unternehmen und außerhalb des Unternehmens sowie Berufswechsel im Unternehmen und außerhalb des Unternehmens (Ulbricht et al. 2005).

Humane Arbeitswelt

Das im Zuge des EQUAL-Projektes „Arbeitsfähigkeit erhalten für Individuen, Organisationen und Unternehmen – AEIOU“ von der AUVA durchgeführte Modul „Humane Arbeitswelt“ widmete sich u.a. alternsgerechten Arbeitskarrieren. Dabei entstand die so genannte „Arbeitsplatzlandkarte“, auf der alle in einem Unternehmen vorfindbaren Arbeitsplätze nach ihren Arbeitstätigkeiten, -aufgaben und -inhalten, aber auch psychischen und physischen Belastungen sowie Qualifikationsanforderungen aufgeführt sind. Diese Arbeitsplätze wurden in weiterer Folge nach ihrem Einstiegs-, Umstiegs- oder Entwicklungs-, Verweil- und Ausstiegscharakter unterschieden und nach dem Berufsverlauf eingestuft. In einem zweiten Schritt wurden die einzelnen Arbeitsplätze mit den MitarbeiterInnen des Unternehmens beurteilt und mögliche Karrierewege und die dafür notwendigen Weiterbildungen festgelegt (Geißler-Gruber 2005; Rerych/Nöhmayer 2005).

Projekte für Pflegende und BauarbeiterInnen

Da sowohl die Pflege- als auch die Bauberufe zu jenen Berufsgruppen zählen, die besonderen Belastungen ausgesetzt sind und deshalb die Tätigkeiten in diesen Bereichen nicht über mehrere Jahrzehnte ausgeübt werden können, erfuhren gerade diese beiden in den letzten Jahren, in denen alternsgerechte Arbeitskarrieren in den Mittelpunkt rückten, eine vermehrte Aufmerksamkeit. Aus diesem Grund wurden besonders für diese Berufsgruppen mehrere Maßnahmen gesetzt, um den Beschäftigten einen längeren, vor allem aber in guter Gesundheit befindlichen Verbleib in diesen Berufen zu sichern. Diese Maßnahmen zielen somit darauf ab, die Erwerbskarrieren zu verlängern und nicht den Wechsel aus diesen Berufen für bspw. gesundheitlich beeinträchtigte Personen zu ermöglichen. Da diese aber dennoch interessante Ansatzpunkte für das hier zu entwickelnde „Konzept für eine Institutionalisierung von Laufbahnoptionen in präventiver Absicht“ bieten, sollen diese kurz dargestellt werden.

PFLEGEfit

Im Rahmen des EQUAL-Projektes „Arbeitsfähigkeit erhalten für Individuen, Organisationen und Unternehmen – AEIOU“ stellte die AUVA in ihrem Projekt „PFLEGEfit“ Pflegekräfte und die Bewältigung der beruflichen Belastungen, denen diese ausgesetzt sind, in den Mittelpunkt. Das Projekt verfolgt dabei mehrere Ziele, zu denen die Erhöhung der Beschäftigungsdauer, die Verringerung der Fluktuation und die Vermeidung des durch Krankheit bzw. physischer und psychischer Überbelastung bedingten frühzeitigen Ausscheidens aus dem Beruf gehören (Rerych/Nöhmayer 2005; AUVA 2005).

Zu diesem Zweck erarbeiteten ExpertInnen aus den Bereichen Medizin, Psychologie, Sportwissenschaften, etc. ein spezielles Maßnahmenpaket, das in insgesamt vier Einrichtungen umgesetzt wurde und mehr als 200 Frauen und Männer erreichte. Die Maßnahmen umfassen sowohl Coachings (Führungskräfte, Einzel, Team), Kriseninterventionen und transdisziplinäre Unternehmenskulturzirkel als auch Bewegungstrainings (Rücken stärken, Eurythmie, Kinaesthetics), Stressbewältigungsseminare, Gesundheitszirkel, Erholungs-Beanspruchungscoaching und ein Seminar, das die Zusammenarbeit im Team erleichtern soll (Team Ressource Management). Zusätzlich wurde ein Rhythmusgeberprogramm für das Krankenhauspersonal erstellt, das diesem helfen soll, besser mit den dem biologischen Rhythmus des Körpers widersprechenden Nacht- und Schichtarbeiten umgehen zu können (Rerych/Nöhmayer 2005; AUVA 2003; AUVA 2005).

Die Evaluierung des Projektes ergab, dass sich auf allen Interventionsebenen Verbesserungen zeigten. So konnte der Umgang mit Stress, aber auch die Zusammenarbeit in den Teams verbessert werden. Für die meisten TeilnehmerInnen zeichneten sich positive Veränderungen ab und der Umgang mit den Belastungen konnte erleichtert werden. Besonders die Rückenschulungen und die Ausgleichsübungen wurden von den Pflegekräften als gewinnbringend hervorgehoben. Allerdings nahmen einige Interessierte nicht an den Maßnahmen teil, weil diese sich nicht mit ihren unregelmäßigen Arbeitszeiten in Einklang bringen ließen (Rerych/Nöhmayer 2005; AUVA 2003; AUVA 2005).

BAUfit

Ein anderes von der AUVA finanziertes Projekt, das Projekt „BAUfit“, richtete sich ausschließlich an BauarbeiterInnen. Das Projekt zielte dabei auf die Reduktion der im Baugewerbe häufig vorkommenden Unfälle einerseits und von Über- und Fehlbelastungen andererseits ab. Übergeordnetes Ziel war es, den Stress und Arbeitsdruck der Beschäftigten zu reduzieren. Durch die Interventionsmaßnahmen sollen deshalb Unfälle und somit Krankenstandstage gesenkt und Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, die mitunter zum frühzeitigen Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt und somit zum Bezug einer Invaliditätspension führen, verhindert werden (AUVA ohne Jahr).

BAUfit liegt ein ganzheitlicher Ansatz zugrunde, der in einem interdisziplinären Team, an dem neben ArbeitsmedizinerInnen, PsychologInnen, PhysiologInnen, auch Sport-

und KunsttherapeutInnen, ElektronikerInnen, StatistikerInnen und BetriebsberaterInnen teilnahmen, entwickelt wurde (AUVA ohne Jahr).

BAUfit beinhaltet nicht nur eine Beratung für Führungskräfte, der ein Kommunikationstraining und eine Organisationsberatung folgen, sondern auch verschiedene Übungsprogramme, die sowohl Bewegungstrainings als auch Herz-Kreislauf-Koordinationsübungen (eurythmische Übungen) umfassen. Das Programm „Körpergerechtes Arbeiten“ beispielsweise widmet sich den Bewegungsabläufen und deren Verbesserungspotential. Für jene Tätigkeiten, die sich auf diese Weise nicht verbessern lassen, wurden Ausgleichsübungen entwickelt und eingeführt. Eurythmische Übungen hingegen verbessern nicht nur die physische und psychische Selbstwahrnehmung, sondern fördern auf spielerische Weise auch die soziale Interaktion in der Gruppe, was wiederum zu einer Reduzierung von Stress führt. Die Herz-Kreislauf-Koordination wurde während der Projektlaufzeit laufend durch eine physiologische Begleitforschung ermittelt, bei der eine Verbesserung der Herz-Kreislauf-Koordination festgestellt werden konnte (AUVA ohne Jahr).

BAUfit wurde zwischen Juli und November 2000 in einem großen Bauunternehmen durchgeführt, an deren Maßnahmen insgesamt 27 BauarbeiterInnen und elf Angestellte teilnahmen. In diesem Zeitraum konnte die Anzahl der Unfälle von durchschnittlich 5% pro Quartal auf 0% gesenkt werden. Aufgrund des Erfolges von BAUfit können interessierte Unternehmen nach wie vor einzelne Pakete des Programms kostenlos in Anspruch nehmen (AUVA ohne Jahr).

GALAXEN – Wiedereingliederung von BauarbeiterInnen in Schweden

Die schwedische Non-Profit-Organisation GALAXEN bietet im Rahmen eines regionalen Projektes BauarbeiterInnen, die krankheitsbedingt aus ihrem Unternehmen ausgeschieden und nunmehr arbeitslos sind, an, wieder in Beschäftigung integriert zu werden. Dafür wird ein individueller Wiedereingliederungsplan erstellt, wobei der Schwerpunkt darauf liegt, dass die zukünftigen Arbeitsplätze den Einschränkungen der BauarbeiterInnen entsprechen (CAWA Bulletin 2008).

GALAXEN agiert dabei als Vermittlungsstelle zwischen den ArbeiterInnen und den Unternehmen, was eine gute Kenntnis der Baubranche in der Region voraussetzt. Das Programm hat sowohl für die BauarbeiterInnen als auch für die Unternehmen Vorteile: Die BauarbeiterInnen finden durch dieses Programm wieder Beschäftigung, die Unternehmen hingegen profitieren von dem hohen Erfahrungswissen, über das die hauptsächlich älteren BauarbeiterInnen verfügen (CAWA Bulletin 2008).

Grundsatz des Projektes ist, dass Personen, deren Arbeitsfähigkeit reduziert ist, dennoch über eine, wenn auch eingeschränkte Einsatzfähigkeit verfügen. In Abhängigkeit von ihren körperlichen Einschränkungen können BauarbeiterInnen im Zuge des Programms entweder an Teilzeitarbeitsplätzen tätig werden oder Tätigkeiten durchführen, die bspw. schweres Heben und Tragen nicht inkludieren oder besonders leicht durchzuführen sind. Hier liegt auch eine der Schwierigkeiten des Projektes, da diese Form der Rücksichtnahme auf einige KollegInnen mitunter zu erheblichen Mehrbelastungen der

übrigen ArbeiterInnen führen kann, was deren Gesundheitszustand wiederum beeinträchtigen kann und diese eventuell selbst einmal aus der Branche wegen verminderter Arbeitsfähigkeit ausscheiden müssen (CAWA Bulletin 2008).

Die Betriebe bekommen für die Beschäftigung eines/einer GALAXEN-MitarbeiterIn 40% der Lohnkosten erstattet. Ziel ist dennoch, dass die über das Programm Beschäftigten von den Betrieben in ein reguläres Beschäftigungsverhältnis übernommen werden, was im Jahr 2006 bei 13 der insgesamt 128 BauarbeiterInnen auch gelang (CAWA Bulletin 2008).

Laufbahngestaltung im Handwerk in kleinen deutschen Betrieben

Ein vom deutschen Ministerium für Bildung und Forschung gefördertes Projekt widmet sich der Laufbahngestaltung in Kleinbetrieben des Dachdecker-, Kfz- und Sanitär-, Heizungs- und Klimahandwerkes. Ziel des Projektes ist es, Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten und umzusetzen, damit eine langfristige Bindung im Handwerk erreicht, die Ausübung des Berufes bis zur Pension möglich und die Attraktivität der Berufe erhöht werden kann (Packebusch/Weber 2000).

In diesem Projekt steht die Personalentwicklung und die Erarbeitung eines Beratungs- und Unterstützungskonzeptes im Vordergrund. Die Notwendigkeit, sich der Laufbahngestaltung im Handwerk zuzuwenden, entsteht einerseits durch einen bereits bestehenden Personalmangel, der durch die prognostizierten demographischen Veränderungen noch verschärft werden wird, da der Anteil der älteren Beschäftigten auch in diesen Sparten zunehmen wird. Nun handelt es sich aber um Berufe, die eine begrenzte Tätigkeitsdauer aufweisen, und die nicht über Jahrzehnte hindurch ausgeübt werden können. Gleichzeitig zeigen die jungen Menschen wenig Interesse, diese Berufe zu ergreifen, was die Personalsituation in der Zukunft noch prekärer erscheinen lässt (Packebusch/Weber 2002).

Für die Entwicklung einer Strategie der Laufbahngestaltung finden alle Phasen der Betriebslaufbahn vom Einstieg über die Berufstätigkeit bis zum Ausstieg Berücksichtigung. Zusätzlich werden Tätigkeitsanalysen erstellt und Interviews mit Beschäftigten, BetriebsinhaberInnen und VertreterInnen verschiedener Institutionen, wie Kammern, Innungen und Gewerkschaften durchgeführt (Packebusch/Weber 2002).

Das entwickelte modulare Personalmanagement-Konzept gibt den Rahmen für die Beratung, die auf jeden Betrieb individuell abgestimmt ist, vor. Dieses umfasst insgesamt sechs Bereiche: Personalplanung und -beschaffung, Qualifizierung, Arbeitsorganisation, MitarbeiterInnengespräche inkl. individueller Laufbahngestaltung, und innovative Arbeitsgestaltung, die eine Belastungsreduktion und auch einen innerbetrieblichen Tätigkeitswechsel vorsieht (Packebusch/Weber 2002).

Ausgehend von den Ergebnissen der Erhebungen und Beratungen kommen die Projektverantwortlichen zu dem Schluss, dass sich in Zukunft traditionelle Arbeitsgestaltung und neue Formen der Laufbahngestaltung ergänzen müssen. Damit Beschäftigte möglichst lange in ihrem Beruf bleiben können, ist es notwendig, langfristig wirkende präventive Maßnahmen für eine Laufbahngestaltung zu entwickeln, aber auch Belastun-

gen und Gesundheitsgefährdungen zu reduzieren. Darüber hinaus müssen Laufbahnkonzepte nicht nur innerhalb des Handwerks angedacht werden, sondern auch einen Berufswechsel beinhalten (Packebusch/Weber 2002).

Alternsgerechte Laufbahngestaltung in der Pflege und im Handwerk

In dem bereits erwähnten deutschen Projekt,¹³ das sich einer alternsgerechten Laufbahngestaltung widmet, wurden sowohl im Pflegebereich als auch im Handwerk Projekte durchgeführt, in deren Mittelpunkt der bisherige bzw. mögliche Umgang mit diesen Begrenzungen steht. Die Wahl fiel auf diese beiden Bereiche, da sowohl in der Pflege als auch im Bauwesen Berufe mit Tätigkeiten existieren, deren Ausübung zeitlich begrenzt ist (Behrens 2001a, 2001b; Behrens et al. 2002b).

In mehreren Universitätskliniken in den alten und neuen Bundesländern Deutschlands wurde eine innerbetriebliche Arbeitsgruppe eingerichtet, die Strategien der Sensibilisierung bzgl. des Problems der begrenzten Tätigkeitsdauer, eine Problemanalyse und notwendige Maßnahmen dazu erarbeitet. Gleichzeitig diente eine überbetriebliche Arbeitsgruppe dazu, Unterschiede zwischen den einzelnen Universitätskrankenhäusern so früh wie möglich zu erkennen und festzumachen. In einem später abgehaltenen Workshop wurde die Übertragbarkeit der Ergebnisse der jeweiligen Institutionen auf andere Betriebe diskutiert (Behrens et al. 2002b).

Insgesamt wurden fünf Lösungsansätze erarbeitet, die die Themen Arbeitszeitgestaltung, Arbeitsplatzgestaltung, aber auch Erwerbsverlauf und Verlassen des Unternehmens umfassen. Im Bereich der Arbeitszeiten gilt es, Teilzeitarbeitsplätze einzurichten und regelmäßige Arbeitszeiten ohne Schicht-, Nacht- und Wochenendarbeit und Bereitschaftsdienst zu ermöglichen. Die Arbeitsplatzgestaltung muss sowohl auf Instituts- als auch auf Stationsebene verändert werden, indem bspw. Aufgabenfelder (Beratung von Angehörigen, Praxisanleitung) erweitert und geschaffen, MitarbeiterInnen gezielt angeleitet oder die PatientInnen nach Krankheitstypen geordnet auf die Zimmer aufgeteilt werden. Darüber hinaus wollen die Pflegekräfte mehr Mitbestimmung bei der Dienstplangestaltung und Lob und Anerkennung von der Stationsleitung sowie eine gute Kommunikationsebene mit dieser. Die Laufbahngestaltung wurde in diesem Projekt nur innerbetrieblich angedacht, wobei vor allem der vertikale Aufstieg hilft, Probleme mit begrenzt ausführbaren Tätigkeiten Einhalt zu gebieten. Auf horizontaler Ebene wurde nicht nur ein Wechsel des Tätigkeitsfeldes bzw. der Station, sondern auch ein befristeter Arbeitsplatztausch (job rotation) angedacht. Zusätzlich soll in Zukunft die altersmäßige Zusammensetzung der Teams beachtet, der Personaleinsatz frühzeitig geplant, Supervision und Coachings angeboten und MitarbeiterInnengespräche regelmäßig durchgeführt werden (Behrens et al. 2002b).

Das Projekt im Bau- und Malergewerbe stellte stärker den Umgang mit „älteren“ ArbeitnehmerInnen in den Mittelpunkt. Besonders in dieser Branche sind Lösungsmög-

¹³ Vgl. Kapitel 2.2.

lichkeiten besonders schwierig, da einzelne Arbeiten immer auch Tätigkeiten enthalten, die eine begrenzte Ausführungsdauer aufweisen. Eine, wenn auch schwer zu realisierende Möglichkeit besteht in einer neuen Zusammensetzung von Tätigkeiten, die altersmäßig erledigt werden können (Behrens 2001a).

Das Projekt sammelte auch bisher in den Betrieben durchgeführte Strategien, die die Weiterbeschäftigung von Beschäftigten höheren Alters ermöglichen. Auch im Bauwesen ist der vertikale Aufstieg zum Bauleiter jener, der eine längere Beschäftigungsdauer möglich macht. Die Umsetzung anderer Maßnahmen hängen sowohl vom Alter der InhaberInnen als auch von der Größe des Betriebes ab. Dabei gilt, dass je älter die InhaberInnen sind und je kleiner der Betrieb ist, desto eher wird auf die Bedürfnisse der „Älteren“ Rücksicht genommen. So richten Betriebe, in denen sowohl die InhaberInnen als auch die Angestellten „älter“ sind, ihr Angebot auf bestimmte Tätigkeiten aus und lehnen Aufträge, die bestimmte Formen von Tätigkeiten beinhalten, die nicht mehr ausgeübt werden können, ab. Auch die Vergabe von Arbeiten an SubauftragnehmerInnen stellt eine Strategie dar, wenn diese nicht mehr ausgeführt werden können. Technische Verbesserungen bzgl. Arbeitsmittel und Arbeitsstoffe oder Hebehilfen sind zwar notwendig, jedoch können diese nicht bei allen Tätigkeiten Abhilfe verschaffen. Eine andere Strategie besteht in der internen, an die Bedürfnisse der Beschäftigten angepassten Arbeitsteilung. Diese würde sich zwar eher in größeren Unternehmen umsetzen lassen, jedoch nehmen diese keine Rücksicht auf die MitarbeiterInnen und ihren Gesundheitszustand, weswegen interne Arbeitsteilungen ebenfalls eher in kleinen Betrieben anzutreffen sind (Behrens 2001a).

In beiden Projekten wurden so genannte intermediäre MultiplikatorInnen als BeraterInnen der Betriebe eingesetzt. Ihre Aufgabe besteht darin, bzgl. der Thematik der betrieblichen Laufbahngestaltung aufgrund von Problemen begrenzter Tätigkeitsdauern und bzgl. betrieblicher Strategien der Aufgabenzuweisung zu sensibilisieren und informieren. Sie sollten regelmäßig in Kontakt mit den einzelnen Betrieben sein, damit sie aufgrund von zu lösenden Problemen bei Einzelfällen immer wieder auf das Thema aufmerksam machen können. Aus diesem Grund eignen sich besonders die Rehabilitationsbeauftragten der Rentenversicherungsträger und der Arbeitsämter als intermediäre MultiplikatorInnen. Diese sind entweder für medizinische oder für berufliche Rehabilitation zuständig und betreuen verschiedene RehabilitantInnen in den Unternehmen. Dadurch haben sie immer wieder mit denselben oder ähnlichen Betrieben in einer Region zu tun und kennen den regionalen Arbeitsmarkt sehr gut. Für die Ausbildung der Reha-Beauftragten zu intermediären MultiplikatorInnen spricht außerdem, dass ihre Tätigkeit eindeutig auf die Verlängerung der Erwerbsfähigkeit ausgerichtet ist. Damit sie auf ihre Aufgabe als intermediäre MultiplikatorInnen gut vorbereitet sind, werden in gemeinsamen Workshops Beratungsmaterialien erarbeitet, vorgestellt, und nach ihrem Einsatz auch evaluiert (Behrens 2001b; Behrens et al. 2002b).

3. KONZEPT „GESUNDE BERUFSWEGE“

Zielsetzung:

Will man Gesundheit sichern, Qualifikationen langfristig nutzen und Beschäftigte länger im Erwerbsleben halten, muss man möglichst früh im Lebenserwerbsverlauf ansetzen. In erster Linie gilt es, die Arbeitsbedingungen zu verbessern und altersgerecht zu gestalten sowie die Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb als wesentliche Bestandteile der Personalentwicklung einzuführen bzw. auszubauen. Dadurch soll gewährleistet werden, dass die Beschäftigten langfristig im Unternehmen bzw. in der Branche, in der sie tätig sind, verbleiben können. Dieses Ziel ist jedoch nicht leicht zu erreichen: Zum einen zeigen aktuelle Studien in vielen Bereichen eine Zunahme von Arbeitsbelastungen, wobei insbesondere die psychischen Belastungen hervorzuheben sind (Parent-Thirion et al. 2007, Greenan et al. 2007). Zum anderen führen Betriebe Konzepte der altersgerechten Arbeitsgestaltung nur zögerlich ein, und Arbeitsplätze für gesundheitlich beeinträchtigte und leistungsgewandelte Beschäftigte sind immer schwerer zu finden.

Daher sollten ergänzend Optionen für einen Wechsel der Tätigkeit oder des Berufs eröffnet werden, sobald absehbar ist, dass eine Person die Tätigkeit bzw. den Beruf nicht längerfristig ausüben kann und Arbeitsgestaltungsmaßnahmen nicht greifen oder nicht ausreichen. Dafür gilt es, zunächst für Berufe mit gravierenden psychischen und hohen und einseitigen physischen Belastungen Laufbahnoptionen zu entwickeln, die für die Beschäftigten eine Perspektive auf einen längeren Verbleib im Erwerbsleben eröffnen. Der Tatsache, dass gerade psychische Belastungen in vielen verschiedenen Tätigkeiten zum Problem werden, sollte mit einer Ausweitung auf alle Berufe Rechnung getragen werden. Die Möglichkeiten für einen Tätigkeits- oder Berufswechsel stellen sich je nach Alter der Berufstätigen, je nach Anzahl und Alter ihrer Kinder, je nach weiteren Betreuungspflichten und je nach Haushalts- und Familienform unterschiedlich dar. Daher sind diese Bedingungen jeweils in den Maßnahmen zu berücksichtigen.

Das Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz hat FORBA beauftragt, eine Machbarkeitsstudie über „Berufswechsel im Erwerbsverlauf als Prävention“ durchzuführen. In einem ersten Schritt erfolgte dafür eine Literaturrecherche über Berufe mit begrenzter Tätigkeitsdauer und Optionen für Berufswechsel. Dabei wurden zwei Berufsgruppen mit hohen psychischen und/oder physischen Belastungen eingehender betrachtet: die Pflegeberufe und die Bauberufe. Bei allen Aspekten, bei denen eine allgemeine Behandlung nicht zielführend erscheint, sollten die Überlegungen konkret anhand dieser Berufe angestellt werden.

Aufbauend auf die Literaturrecherche erstellten wir ein erstes Rohkonzept für die „Institutionalisierung von Laufbahnoptionen in präventiver Absicht“. Im nächsten Schritt der Machbarkeitsstudie, einer Institutionenanalyse, wurden bestehende Einrich-

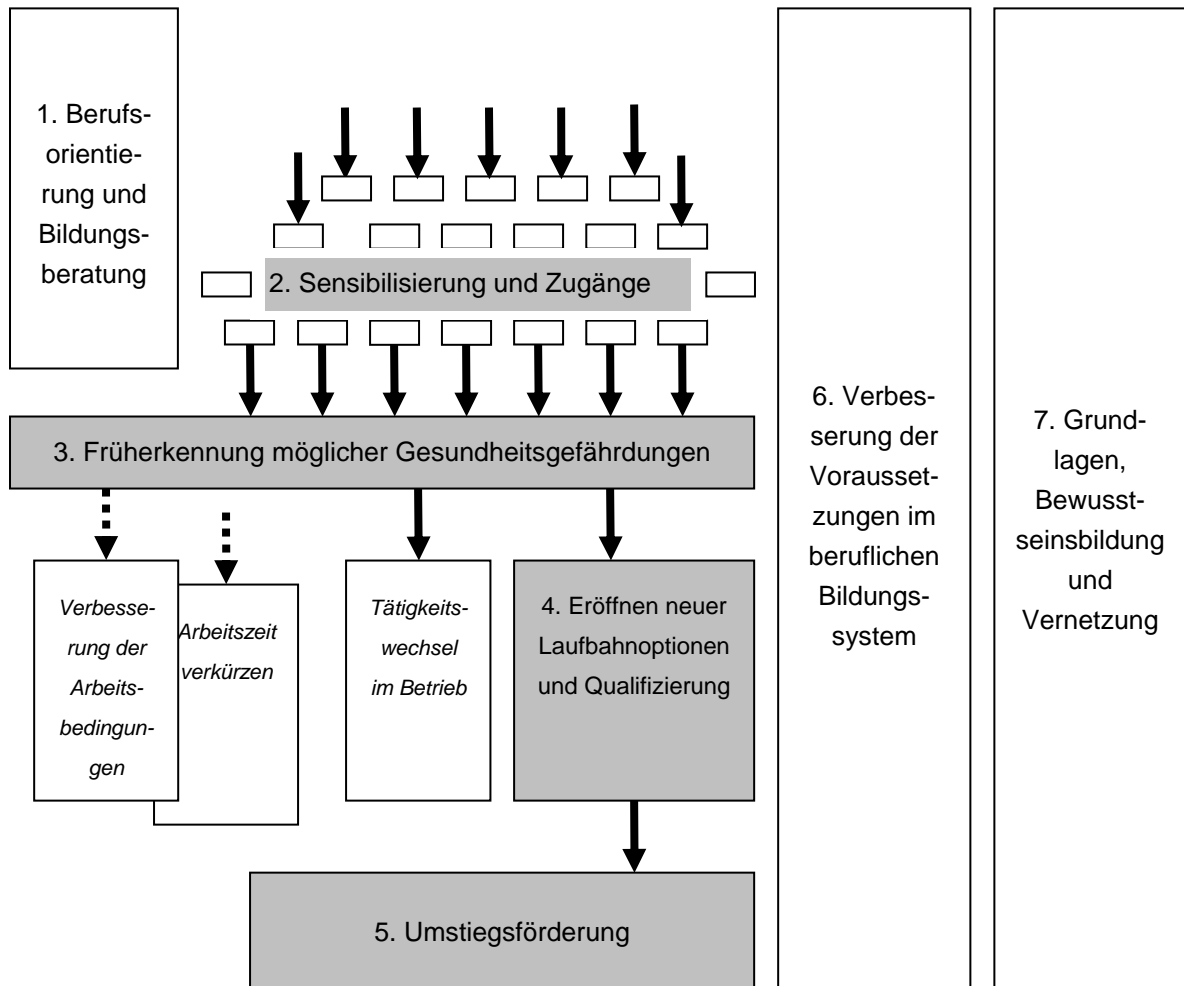
tungen und Vorgangsweisen in der Prävention ebenso wie in der Laufbahnberatung und Qualifizierung beleuchtet und die relevanten Erfahrungen erhoben. Zugleich wurde das Rohkonzept mit InterviewpartnerInnen diskutiert und die darin enthaltenen Maßnahmen auf ihre Realisierbarkeit überprüft. Das folgende Konzept ist das Ergebnis dieser Erhebungen und ihrer Auswertung.

Das Konzept „Gesunde Berufswege“ im Überblick:

Die Institutionenanalyse ergab, dass es viele Einrichtungen und Maßnahmen gibt, die in unserem Zusammenhang bereits eine wichtige Rolle spielen. Daher dürfte es nicht sinnvoll sein, diesen eine neue, zentrale Einrichtung auf Bundesebene zur Unterstützung von „Gesunden Berufswegen“ hinzuzufügen, die alle Schritte von der Information und Erstberatung bis zur Laufbahnberatung, Qualifizierung und Förderung abdeckt. Auch macht es gerade das Ziel, die Menschen frühzeitig anzusprechen, also bevor sie gesundheitliche Probleme haben und sich selbst als krank oder behindert verstehen, nicht gerade leicht, eine spezifische Anlaufstelle für sie einzurichten. Daher sollen mit dem Konzept „Gesunde Berufswege“ die bestehenden Einrichtungen und Maßnahmen vernetzt und ergänzt werden. Viele bestehende Einrichtungen und Maßnahmen haben jedoch einen regionalen Wirkungskreis, sind zeitlich befristet oder müssten zusätzliche Aufgaben übernehmen, weshalb Ergänzungen in der Beratungs- und Unterstützungslandschaft jedenfalls notwendig sind. Wie die Grafik auf der nächsten Seite zeigt, setzt das Konzept in sieben Interventionsbereichen an.

Einer der zentralen Aspekte des Konzepts ist es, möglichst breite, vielfältige und frühzeitige Zugänge zu den möglicherweise betroffenen Erwerbstätigen bzw. Zugänge der Erwerbstätigen zu Beratung und Unterstützung (Interventionsbereich 2) zu bieten. Deshalb sollen im Betrieb, in verschiedensten Beratungsstellen im Bereich Gesundheit, Arbeitsmarkt, Bildung, Familie etc. Informationen und Erstberatungen angeboten werden. Eine umfassende Bewusstseinsbildung ist Voraussetzung dafür, dass Angebote breit angenommen werden. Für die Gestaltung einzelner Maßnahmen und für erfolgreiche Beratungstätigkeiten fehlen zudem noch wissenschaftliche Grundlagen, die für eine Umsetzung des Konzepts zu erarbeiten sind (Interventionsbereich 7). Freilich sollte eine noch frühere Interventionsmöglichkeit nicht übersehen werden: Die Beratung über Belastungen und gesundheitliche Aspekte bei der Berufswahl (Interventionsbereich 1), die nicht nur zu Überlegungen im Hinblick auf die Eignung für einen bestimmten Beruf Anstoß geben, sondern auch Kompetenzen für die Planung und Gestaltung des eigenen Lebenserwerbsverlauf vermitteln soll.

Abbildung: Interventionsbereiche



Über die in Interventionsbereich 2 gestalteten Zugänge sollen Erwerbstätige bei Bedarf im Einzelfall Angebote für die Früherkennung möglicher Gesundheitsgefährdungen erhalten. Der zweite zentrale Aspekt des Konzepts ist es daher, das Angebot für Beratungen zur Arbeitsbewältigung und Arbeitsfähigkeit und für Untersuchungen auszubauen. Für Tätigkeiten und Berufe mit hohen Belastungen ist die Einführung von regelmäßigen Beratungsgesprächen für alle Beschäftigten vorstellbar (Interventionsbereich 3). Werden bei diesen Beratungen und Untersuchungen Probleme erkannt, sollten zunächst die Möglichkeiten zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen bzw. der Anpassung des Arbeitsplatzes an die Fähigkeiten der Person ausgelotet werden. Ist dieser Weg verbaut, könnte es ein Umstieg auf Teilzeit (bei finanzieller Förderung in Anlehnung an die Altersteilzeit) ermöglichen, die Tätigkeit weiter auszuüben. Schließlich könnte ein Wechsel des Arbeitsplatzes bzw. der Tätigkeit im Betrieb eine Lösung sein.

Für viele Beschäftigte insbesondere in Klein- und Mittelbetrieben sind diese innerbetrieblichen Möglichkeiten nicht gegeben. Aufgrund der generellen Entwicklung der Arbeitsbedingungen, wegen der Umstrukturierung von Unternehmen und Organisationen und angesichts der geringen Beteiligung von Betrieben an Maßnahmen für altersgerechte Arbeitskarrieren ist für die Zukunft zu erwarten, dass Lösungen im Betrieb eher unwahrscheinlicher als wahrscheinlicher werden. Deshalb gilt es, ergänzend außer- und überbetriebliche Laufbahnoptionen aufzuzeigen bzw. zu institutionalisieren (Interventionsbereich 4). Nur wenn auf die Sensibilisierung und auf das Aufzeigen von (zu erwartenden) Problemen der Arbeitsfähigkeit konkrete Unterstützungsmaßnahmen und Angebote folgen, ist zu erwarten, dass sich Erwerbstätige tatsächlich stärker mit ihrer gesundheitlichen und beruflichen Zukunft befassen. Deshalb ist dieser Interventionsbereich ein weiterer zentraler Aspekt des Konzepts.

Damit die Laufbahnoptionen aber tatsächlich wahrgenommen werden können, dürfte in vielen Fällen eine Weiterbildung notwendig sein, die im Anschluss an die Laufbahnberatung angeboten werden sollte. Die Unterstützung und Betreuung sollte jedoch nicht mit der etwaigen Qualifizierung zu möglichen neuen Tätigkeiten oder Berufen enden. Vielmehr gilt es, den Umstieg von einer Tätigkeit bzw. Beschäftigung in eine andere oder den Einstieg von der Arbeitslosigkeit in eine neue Beschäftigung zu begleiten und finanziell zu fördern (Interventionsbereich 5). Bei Beschäftigten ist jedenfalls ein Umstieg in eine andere Tätigkeit bzw. in einen neuen Beruf ohne den Umweg über die Arbeitslosigkeit anzustreben. Daher sind hier neue Möglichkeiten der Unterstützung von Arbeitsplatzwechseln z.B. in Unternehmensverbänden oder durch Einstiegsförderungen zu entwickeln.

Viele Einschränkungen von Laufbahnoptionen ergeben sich aus dem beruflichen Bildungssystem. Sollen Optionen ausgeweitet werden, sind daher grundlegende Voraussetzungen im beruflichen Bildungssystem sowohl im Hinblick auf die Erstausbildung als auch mit Bezug auf das lebensbegleitende Lernen zu verbessern (Interventionsbereich 6). Auch wenn hier grundlegende Innovationen nicht kurzfristig zu erwarten sind, wurde dieser Bereich in die Studie aufgenommen, weil hier wichtige Weichenstellungen erfolgen müssen.

Interventionsbereich 1: Berufsorientierung und Bildungsberatung

Ziel:

Bei der Bildungswegentscheidung und der Berufswahl soll eine stärkere Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte erreicht werden. Angesichts der zunehmend geforderten Flexibilität am Arbeitsmarkt und der Rolle der Erwerbstätigen bei der Sicherung ihrer Beschäftigungsfähigkeit ist es unumgänglich, Kompetenzen für die Planung und Gestaltung des Lebenserwerbsverlaufs zu vermitteln.

Maßnahmen:

Die Informationen für junge Menschen und deren Eltern über Arbeitsbedingungen, Belastungen im Beruf und deren gesundheitliche Auswirkungen sind auszuweiten, um eine passende Bildungswegentscheidung und damit Berufswahl auch im Hinblick auf die persönliche Eignung zu erreichen. Dies bedeutet eine entsprechende Ausweitung der Berufsinformation und -orientierung sowie Bildungswegberatung. Die unter Interventionsbereich 7 angeführte und von den Sozialpartnern vorgeschlagene Einführung einer „Berufsorientierung, Berufsinformation und Bildungswegorientierung“ für SchülerInnen (Beirat für Wirtschafts- und Sozialfragen 2007:7) sollte auch diese Aspekte beinhalten. Weiters ist zu prüfen, über die bisherige Praxis hinausgehend für einige Berufe Eignungstests kostenlos anzubieten. So könnte es jungen Menschen erspart werden, erst im Verlauf der Lehrzeit zu erfahren, dass sie z.B. wegen einer Allergie nicht in diesem Beruf werden arbeiten können. Zugleich gilt es, Wissen über Gesundheitsförderung im Beruf im Sinne der Verhaltensprävention zu vermitteln.

Arbeitsbedingungen, Belastungen und daraus folgende gesundheitliche Beeinträchtigungen sollen zum einen bereits in der Schule, zum anderen aber auch dann, wenn konkrete Berufsentscheidungen getroffen werden, vermittelt werden. So könnten diverse Bildungs- und Berufsinformationsmessen um den Aspekt der Gesundheitsförderung erweitert werden. Zudem bietet es sich an, dies auch bei Aufnahmegesprächen für Schulen bzw. Bewerbungsgesprächen für eine Lehrstelle oder während der Berufsausbildung zu thematisieren, sodass Jugendliche und junge Erwachsene konkrete Vorstellungen über ihren zukünftigen Beruf haben und nicht nach Berufs- oder Lehrabschluss bzw. nach dem Berufseinstieg desillusioniert werden.

Die Bildungsberatung und Berufsorientierung soll aber auch anregen, Überlegungen über den gesamten Lebenserwerbsverlauf anzustellen. So ist eine Bildungswegentscheidung bzw. eine Berufswahl eine entscheidende Weichenstellung für das Leben. Es ist daher die Frage zu stellen, ob ein Beruf normalerweise tatsächlich die ganze Berufsbiographie hindurch ausgeübt werden kann. Dies ist umso wichtiger, als die Menschen in Zukunft länger werden arbeiten müssen. Mögliche Tätigkeits- und Berufswechsel sollten auch angesichts sich rasch wandelnder Anforderungen im Berufsleben immer auch mitgedacht werden. So könnte erreicht werden, dass möglicherweise einmal notwendig werdende Berufswechsel nicht mehr stigmatisierend sind. Darüber hinaus soll auf mögliche Kumulierung von beruflichen, weiterbildungsbedingten und privaten Belastungen im Lebenserwerbsverlauf und mögliche Vermeidungsstrategien sowie Beratungs- und Unterstützungsangebote hingewiesen werden.

Werden den jungen Menschen also Kompetenzen für die Planung und Gestaltung des eigenen Lebenserwerbsverlaufs vermittelt, können sie eher Verantwortung für die Aus- und Weiterbildung und ihre Berufslaufbahn übernehmen und so auch eventuell notwendige Tätigkeits- und Berufswechsel positiv wahrnehmen. Das erscheint als entscheidende Voraussetzung für eine frühzeitige Reaktion auf mögliche gesundheitliche Probleme im Beruf.

Spannungsfelder:

- Die Gesundheit und vor allem die Gesundheit in späteren Lebensabschnitten ist in der Regel keineswegs ein Thema, das jemanden in jungen Jahren wirklich interessiert. Zudem verdrängen Jugendliche und junge Menschen häufig, dass ihre Fähigkeiten mit steigendem Alter abnehmen. Aus diesem Grund sind spezifische, altersgemäße Formen der Bewusstseinsbildung zu entwickeln.
- In der Krankenpflegeausbildung z.B. werden die Jugendlichen und jungen Erwachsenen bereits beim Bewerbungsgespräch, aber auch bei der theoretischen Ausbildung mit den real zu erwartenden Bedingungen konfrontiert. Allerdings führen erst Praktika auf der Station dazu, dass die SchülerInnen das Ausmaß der Belastungen auch verstehen können. Die Information im Zuge der Berufsberatung ist dann wirkungsvoller, wenn sie mit eigenen Erfahrungen verbunden werden kann. Daher sollten Berufspraktika in allen Schulformen eine Rolle spielen. Auch braucht es eine Unterstützung einer solchen ausgeweiteten Berufsinformation umfassende Informations- und Bewusstseinsbildungskampagne in der Öffentlichkeit (siehe auch Interventionsbereich 7).

*Interventionsbereich 2: Vielfältige Zugänge, Gelegenheiten und Anlässe**Ziel:*

Es gilt Personen frühzeitig zu erreichen, die ihre Tätigkeit bzw. ihren Beruf voraussichtlich nicht auf Dauer werden ausüben können. Sie sollen zu Selbstreflexion angeregt werden und dafür Zugang zu Information und Beratung bekommen, noch bevor ihre Gesundheit beeinträchtigt ist und solange sie daher noch in der Lage sind, aktiv an ihrer beruflichen Weiterentwicklung zu arbeiten. Die Problemlagen können daher noch diffus, die Anlässe sehr unterschiedlich sein. Die Erwerbstätigen sollten nicht nur über gesundheitliche Themen, sondern auch über die Themen berufliche Weiterentwicklung oder Vereinbarkeit von Beruf und Familie angesprochen werden. Deshalb sieht das Konzept „Gesunde Berufswege“ vor, in erster Linie die bestehenden Angebote und Einrichtungen zu nutzen bzw. zu ergänzen, um möglichst viele Zugänge, Gelegenheiten und Anlässe für eine frühzeitige Reflexion über Arbeitsfähigkeit und Berufswege zu schaffen sowie Informationen über Beratung und Unterstützung zu verbreiten. Trotz dieser Vielfalt kann auf die weiteren Beratungs- und Unterstützungsangebote unter einer einheitlichen „Marke“, wie etwa „Gesunde Berufswege“, hingewiesen werden.

Maßnahmen:

In erster Linie sollen die Einrichtungen und Initiativen der Prävention und Gesundheitsförderung (Unternehmen, AUVA, Arbeitsinspektion, Arbeitsmedizinische Zentren, Krankenversicherungsträger, Pensionsversicherung etc.) einerseits und der Laufbahnberatung und Qualifizierung (AMS, WAFF, WIFI, BFI etc.) andererseits genutzt werden, um Erwerbstätige und Arbeitslose zu sensibilisieren und ihnen als erste Anlaufstelle zu dienen. Darüber hinaus gilt es, den Zugang zu den Erwerbstätigen bzw. den Zugang der

Erwerbstätigen zu Information und Beratung über diverse Beratungsstellen, Interessenvertretungen, Behörden etc. zu verbreitern. Bei Lücken im Beratungsangebot, die regional gegeben sind, sind ergänzende Beratungsleistungen bzw. -stellen einzurichten.

Grundsätzlich kann der Zugang zu Information und Beratung im Betrieb oder außerhalb des Betriebs erfolgen. Zu den wichtigsten AkteurInnen im Betrieb zählen Geschäftsführung, Vorgesetzte und Personalmanagement, bei denen die Verantwortung für Prävention und die Entscheidungskompetenz über gesundheitsfördernde Maßnahmen liegt und von denen MitarbeiterInnen-Gespräche durchgeführt werden, sowie der Betriebsrat, Sicherheitsvertrauenspersonen und BetriebsärztInnen bzw. ArbeitsmedizinerInnen, ArbeitspsychologInnen und Sicherheitsfachkräfte.

Diese AkteurInnen können für Gesundheitsförderung, Selbstreflexion und altersgerechte Arbeitskarrieren sensibilisieren und als AnsprechpartnerInnen fungieren. Weiterhin können sie Informationen über Selbsttests, Untersuchungen, Beratungseinrichtungen etc. an die Beschäftigten weitergeben. Eine andere Möglichkeit auf Beratungsangebote aufmerksam zu machen, bietet sich, wenn sich im Betrieb ein konkreter Anlassfall ereignet hat. Auf diesen Weg können besonders die dem Thema Gesundheit schwer zugänglichen Männer leichter erreicht werden.

Darüber hinaus können auch AkteurInnen, die nicht zum Betrieb gehören, in diesem jedoch (in regelmäßigen Abständen) tätig werden, den Zugang zu den Beschäftigten herstellen bzw. als Anlaufstellen für diese fungieren.

- Externe Präventivfachkräfte (z.B. von den Arbeitsmedizinischen Zentren und AUVA-sicher), die Arbeitsinspektion und externe BeraterInnen im Rahmen von Projekten wie etwa BAUfit der AUVA bzw. das sich gerade in der Testphase befindliche AUVAfit.
- Die Flexibilitätsberatung für Betriebe des AMS umfasst den Aspekt des *productive ageing*. In der Flexibilitätsberatung wie auch in der Qualifizierungsberatung könnte die Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten zum Thema werden.
- Über Beratungsfirmen, die Maßnahmen im Bereich Prävention und Gesundheit im Betrieb durchführen, können Beschäftigte Zugang zu Informationen erhalten. Hier sind beispielsweise das Unternehmen „@rbeitsleben“ und das Institut für humanökologische Unternehmensführung (IBG) zu nennen. Aber auch Institutionen und Organisationen, die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) oder das Sicherheits- und Gesundheitsmanagement (SGM) der AUVA in Unternehmen etablieren, können Erstberatung anbieten. Denn sowohl in den Gesundheitszirkeln des BGF als auch im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen des SGM können erste Beratungsgespräche integriert und/oder Informationen weitergegeben werden, die berufliche Belastungen, gesundheitliche Auswirkungen und institutionelle Beratungsangebote für „Gesunde Berufswege“ zum Inhalt haben. Selbstverständlich ist der Schutz individueller Daten und die Vertraulichkeit der Beratung bei allen diesen Maßnahmen oberstes Gebot.

Nach bisherigen Erfahrungen haben betriebliche Maßnahmen nur begrenzte Verbreitung gefunden. So fiel es den Pilotprojekten zum Thema Arbeitsfähigkeit und alternsgerechte Arbeitskarrieren, die im Rahmen des Älterenprogramms des AMS, aber auch im Rahmen der Gemeinschaftsinitiative EQUAL durchgeführt wurden, schwer Betriebe zur Beteiligung zu animieren. Ebenso wichtig wie der innerbetriebliche Zugang sind daher Anlaufstellen außerhalb des Betriebs, sollen möglichst alle in Frage kommenden Erwerbstätigen erreicht werden. Folgende Einrichtungen bzw. Maßnahmen können dafür beispielhaft genannt werden:

- „Service Arbeit und Gesundheit zur Sicherung von Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Arbeitsplatzergänzung“:

Das Konzept der Sozialpartner „Aktionsplan für Ältere ArbeitnehmerInnen“ („Älterepaket“) (Hundstorfer et al. 2008) schlägt die bundesweite Einrichtung des „Service Arbeit und Gesundheit zur Sicherung von Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Arbeitsplatzergänzung“ nach dem Vorbild der Pilotprojekte „Service Arbeit und Gesundheit - SAG“ (Wien) und „workfit“ (Niederösterreich) vor.

(www.servicearbeitgesundheit.at; Streicher 2008).

Mit der Einführung des „Service Arbeit und Gesundheit zur Sicherung von Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Arbeitsplatzergänzung“ wären deshalb österreichweit Anlaufstellen für Betriebe, Beschäftigte und Arbeitslose in Fragen der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit gegeben. Allerdings könnte der Fokus dieser Einrichtungen auf bereits erkrankte und auf behinderte Personen eine Barriere für jene darstellen, die sich nicht als krank einschätzen (wollen). Daher bedarf es weiterer Zugangsmöglichkeiten.

- Berufsspezifische Beratungsstellen:

Ergänzend zu den geplanten Einrichtungen „Service Arbeit und Gesundheit zur Sicherung von Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Arbeitsplatzergänzung“ sind für frühzeitige Information und Beratung berufsspezifische Beratungsstellen sinnvoll. So könnten zunächst für Berufe mit hohen Belastungen und häufig begrenzter Tätigkeitsdauer, wie etwa für Bauberufe, Pflegeberufe, Metallberufe etc., später für weitere Berufe jeweils eigene regionale Beratungsstellen für „Gesunde Berufswege“ eingerichtet werden.

- Krankenversicherungsträger:

Da die Krankenkassen die zuständigen Stellen für arbeitsbedingte Erkrankungen sind und über Daten zur Dauer und Anzahl von Krankenständen verfügen, könnten sie, so wie dies beim Projekt „workfit“ der Fall ist (Streicher 2008), Personen mit besonders häufigen (kurzen) bzw. langen Krankenständen kontaktieren und ihnen Informationen zukommen lassen oder sich direkt an Betriebe wenden, in denen häufige (lange) Krankenstände vorkommen. Darüber hinaus können Krankenkassen im Rahmen ihrer vielfältigen Informationen über Gesundheit und Gesundheitsförderung gezielte Informationen über das Thema „Gesunde Berufswege“ sowie Einladungen zu Beratungsgesprächen verbreiten.

- HausärztInnen, Ambulatorien und Spitäler:

HausärztInnen sowie ÄrztInnen und Pflegekräfte in Ambulatorien und Spitälern

werden von Erwerbstätigen wegen gesundheitlicher Probleme aufgesucht, die auch durch den Beruf bedingt sein können. Sie können daher zu einem relativ frühen Zeitpunkt Informationen weitergeben. Voraussetzung ist allerdings, dass Ärzte und Ärztinnen berufliche und arbeitsmedizinische Aspekte berücksichtigen, was eine Schulung in diesem Bereich voraussetzt.

- **Arbeitsmedizinische Zentren:**
Zusätzlich können diverse Organisationen und Institutionen, wie etwa arbeitsmedizinische Zentren oder andere Gesundheitseinrichtungen, bei etwaigen Veranstaltungen rund um das Thema Beruf zum Themenbereich „Gesunde Berufswege“ informieren und Beratungen anbieten.
- **Einrichtungen zur Laufbahnberatung und Qualifizierung (AMS, WAFF, Weiterbildungsträger, etc.):**
Einrichtungen, die berufsspezifische Beratungen und/oder Qualifizierungsmaßnahmen anbieten, sollen nach Möglichkeit ihr Angebot um gesundheitliche Aspekte erweitern sowie mit anderen Institutionen, die Gesundheitsberatungen und Untersuchungen durchführen, eng zusammenarbeiten.

Ergänzung und Vernetzung können wie in folgendem Beispiel gestaltet sein: Der WAFF führt in den Wiener Bezirken gemeinsam mit den Bezirksvertretungen Veranstaltungen zu dem Thema „Weiterkommen im Beruf“ durch, bei denen verschiedene Bildungsträger mit Ständen präsent sind und Beratungsgespräche führen. Ein zusätzlicher Stand, an dem von einer kompetenten Einrichtung Gesundheitsberatung im Zusammenhang mit beruflicher Entwicklung angeboten wird, würde nach Auskunft des WAFF wahrscheinlich auf sehr großes Interesse stoßen.

In Gruppencoachings kann beispielsweise das Thema „Gesundheit“ einen gewissen Zeitraum innerhalb von Maßnahmen für Arbeitsuchende einnehmen und den KlientInnen einen besseren Zugang zu und Wissen um ihren Körper und ihre Psyche einerseits, aber auch um den Zusammenhang von beruflichen Belastungen und gesundheitlichen Auswirkungen andererseits zu vermitteln.

- **Betreuung und Beratung von Arbeitslosen (AMS, Beratungseinrichtungen, Bildungsträger, sozialökonomische Betriebe etc.):**
Auch Einrichtungen, die Arbeitsuchende betreuen, können gesundheitliche Aspekte stärker berücksichtigen und mit anderen Institutionen, die Gesundheitsberatungen und Untersuchungen durchführen, zusammenarbeiten. Die Vernetzung kann ähnlich gestaltet sein wie bei der Zusammenarbeit zwischen AMS und BBRZ zur Abklärung der Arbeitsfähigkeit. Allerdings bestehen hier Grenzen und Spannungsfelder, weil Gesundheit nicht zu den Kernthemen des AMS gehört und ein präventiver Tätigkeits- oder Berufswechsel dem Ziel der Vermittlung entgegenstehen kann.

Mit dem Projekt „Xund & Gscheid“ (bfi Kärnten 2008) hat das bfi Kärnten bspw. eine Gesundheitsförderung für Arbeitslose implementiert. Im Zuge dieses Projekts werden sowohl die Lernumgebung und der Unterricht gesundheitsfördernd gestaltet als auch gesundheitsbezogene Impulse bzgl. Bewegung, Ernährung und seelisches Wohlbefinden vermittelt. Ein eigens eingerichteter Infopoint bietet darüber hinaus

Beratungen durch SozialarbeiterInnen, Unterstützung bei psychosozialen und rechtlichen Fragen und die Weitervermittlung an Gesundheits- und Sozialberatungsstellen an. Im Zuge des Projektes kann auf „Gesunde Berufswege“ sowohl im Unterricht als auch am Infopoint aufmerksam gemacht werden und Informationen über Beratungsstellen an die Arbeitssuchenden weiter gegeben werden.

Das Beratungsunternehmen ösb consulting (Korn et al. 2008) fokussiert in dem Projekt „(f)itworks“ auf die Gesundheitsförderung von langzeitarbeitslosen Frauen und Männern in der gemeinnützigen Arbeitskräfteüberlassung „itworks“. Neben Gesundheitszirkeln gibt es verschiedene Gesundheitsangebote vor Ort, wie bspw. Gesundheitssprechstunde, -tage und -inseln. Im Rahmen dieser Angebote besteht die Möglichkeit, Informationen über „Gesunde Berufswege“ und weiterführende Beratungseinrichtungen an die Langzeitarbeitslosen weiterzugeben.

- Interessenvertretungen (AK, Gewerkschaften, WKÖ, IV, Berufsverbände etc.):

Arbeiterkammern, Gewerkschaften, Wirtschaftskammern, die Industriellenvereinigung und Berufsverbände können in ihren Zeitungen, Homepages und diversen spezifischen Internetseiten, wie „Arbeit und Alter“ oder „Arbeit und Gesundheit“, über das Konzept „Gesunde Berufswege“, das Beratungsangebot und diverse Einrichtungen informieren. In Informationsveranstaltungen, Schulungen oder Sitzungen für Mitglieder von Gewerkschaften bzw. der Wirtschaftskammer kann das Thema „Gesunde Berufswege“ ebenfalls Gegenstand sein. Die Interessenvertretungen können aber auch ein eigenes Beratungsangebot für ihre Mitglieder aufbauen.

- Diverse Beratungsstellen (Frauen- und Männergesundheitszentren, Familienberatung, Frauenberatung etc.):

Beratungsstellen können eingebunden werden, um Informationen weiter zu geben und Erwerbstätige über „Gesunde Berufswege“ bzw. spezifische Beratungsangebote zu informieren. Sie können je nach Ausrichtung aber auch selbst eine Funktion im Bereich der Gesundheitssicherung und Laufbahnberatung übernehmen. Ein Beispiel dafür ist der Verein Hebebühne, der im Zuge des EQUAL-Projektes AGEpowerment einen Kurs für arbeitslose „Ältere“ anbot, dessen Schwerpunkt Gesundheit darstellte und von den TeilnehmerInnen besonders positiv angenommen wurde (Krenn/Vogt 2007a).

- Ämter (Gemeinden, Bezirksämter, Gesundheitsämter etc.)

Ein erstes niedrighschwelliges Angebot können Selbsttests auf Websites oder in Zeitschriften sein. Zu prüfen ist, in welcher Form Instrumente, wie der „Impuls-Test“ für psychische Belastungen und Stress oder der derzeit erarbeitete Arbeitsbewältigungsindex plus, als Selbsttest zur frühzeitigen Reflexion und Prüfung beruflicher Belastungen und gesundheitlicher Gefährdungen eingesetzt werden können. In ähnlicher Weise können Frühwarnindikatoren für bestimmte berufsspezifische arbeitsbedingte Erkrankungen für den eigenen Gebrauch aufbereitet werden. Die Selbsttests müssen beworben werden, sodass sie einem möglichst großen Publikum bekannt sind (siehe Interventionsbereich 7). Um zu gewährleisten, dass Erwerbstätige mit den Ergebnissen der

Selbsttests nicht alleine gelassen werden, sollen diese ausgehend von den Ergebnissen die jeweiligen weitere Schritte, aber auch Information über Beratungsmöglichkeiten enthalten.

Interventionsbereich 3: Früherkennung möglicher Gesundheitsgefährdungen

Ziel:

Stellt sich für Personen bei einer der vielfältigen, in Interventionsbereich 2 zu gestaltenden Zugänge die Frage der Abklärung der Arbeitsfähigkeit oder einer entsprechenden Untersuchungen, so müssen sie an Einrichtungen verwiesen werden können, die eine leicht zugängliche Beratung über Arbeitsbewältigung und Arbeitsfähigkeit anbieten und für den Bedarfsfall mit (arbeits-)medizinischer Diagnostik vernetzt sind. Die Beratung soll die Erwerbstätigen bei der Selbsteinschätzung und damit bei der Früherkennung von Problemlagen unterstützen. Angesichts der Zunahme psychosozialer Arbeitsbelastungen ist diesen in der Früherkennung besonderes Augenmerk zu schenken. Falls bei den Beratungen und Untersuchungen Probleme erkannt oder absehbar werden, sind die Personen eingehend über mögliche Reaktionen zu beraten (siehe auch Interventionsbereich 4). Ziel ist ein flächendeckendes Angebot an Beratungen und Untersuchungen zur frühzeitigen Abklärung der Arbeitsfähigkeit sowie möglicher Gesundheitsgefährdungen.

Maßnahmen:

Das Angebot für Beratungsgespräche über Arbeitsfähigkeit und -bewältigung ist deutlich auszuweiten. Dabei können Unternehmen, Krankenversicherungen, AUVA, Pensionsversicherung, AMS, Bundessozialamt, Arbeitsinspektion, arbeitsmedizinische Zentren und Interessenvertretungen entscheidende AkteurInnen sein. Für das AMS gilt die Einschränkung, dass es für Arbeitssuchende zuständig ist, während für Beschäftigte und Betriebe die Förderung von Beschäftigungsfähigkeit und *productive ageing* primär in qualifikatorischer Hinsicht verstanden wird.

Als Grundlage für Beratungsgespräche über Arbeitsfähigkeit und -bewältigung gibt es bereits einige Instrumente, die im Hinblick auf eine breite Anwendbarkeit zu prüfen wären. So kommt in Arbeitsbewältigungsgesprächen z.B. der Arbeitsbewältigungsindex (ABI) zur Anwendung, dessen Ergebnis den Beschäftigten einen Überblick über ihre Fähigkeiten, ihre gegenwärtige Arbeit bewältigen zu können, erlangen (Geißler-Gruber ohne Jahr, Slana-Jöbstl/Leodolter 2007). Derzeit wird ein ABI-plus entwickelt, der über den ABI hinausgeht und für unsere Zielsetzung eingesetzt werden könnte. Speziell für psychosoziale Belastungen kann der „Impuls-Test“ zum Einsatz kommen, der im Auftrag der Sozialpartner entwickelt wurde (Molnar et al. 2007). Das bereits erwähnte Unternehmen @rbeitsleben (Geißler-Gruber ohne Jahr) wendet den ABI im Zuge des im Betrieb durchgeführten Arbeitsbewältigungs-Coaching (AB-C) an. Dabei werden im Anschluss an ein Gespräch gemeinsam mit den einzelnen Beschäftigten persönliche und betriebliche Maßnahmen zum Erhalt bzw. zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit und

auch erste Umsetzungsschritte erarbeitet. Diese Maßnahmen erfolgen in der Regel innerhalb des Betriebs. Da es aber in vielen Unternehmen keine entsprechenden Aktivitäten gibt oder die Beschäftigten mehr Vertrauen zu einer externen Einrichtung haben könnten, sind zusätzlich Angebote außerhalb der Betriebe unumgänglich.

Grundsätzlich können hier vier Typen von Maßnahmen oder Einrichtungen unterschieden werden:

1. Beratungen und Untersuchungen im Betrieb
 2. spezielle Einrichtungen in allen Bundesländern nach dem Muster des von den Sozialpartnern vorgeschlagenen „Service Arbeit und Gesundheit zur Sicherung von Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Arbeitsplatzergänzung“
 3. bestehende Beratungsstellen im Bereich der Gesundheitssicherung oder der Arbeitsmarktpolitik
 4. noch einzurichtende regionale berufsspezifische Beratungsstellen
- *Im Betrieb:* BetriebsärztInnen, im Betrieb angestellte oder externe, von AUVA-sicher oder arbeitsmedizinischen Zentren angeforderte Präventivfachkräfte, Beratungsunternehmen wie @beitsleben etc.

Präventivfachkräfte, BetriebsärztInnen und (externe) ArbeitsmedizinerInnen sowie BeraterInnen führen nach diesem Konzept Gespräche über Arbeitsfähigkeit und Arbeitsbewältigung im Rahmen ihrer Tätigkeit durch. Das genannte Arbeitsbewältigungcoaching zielt vor allem auf innerbetriebliche Maßnahmen in den Bereichen „Gesundheitsvorsorge und -förderung“, „Arbeitsgestaltung“, „Personalentwicklung und Berufsplanung“ und „Führungs- und Unternehmenskultur“ (Geißler-Gruber ohne Jahr) ab.

- *Außerhalb des Betriebes:*
 - „Service Arbeit und Gesundheit zur Sicherung von Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Arbeitsplatzergänzung“

Wird das „Service Arbeit und Gesundheit“ wie von den Sozialpartnern vorgeschlagen in ganz Österreich eingeführt, stehen Beratungsstellen zur Verfügung, die Beratungsgespräche über Arbeitsfähigkeit und -bewältigung sowie Untersuchungen durchführen können. Vorbild dieser Einrichtung sind das „Service Arbeit und Gesundheit – SAG“ des BBRZ in Wien und „workfit“ in Niederösterreich, die Beschäftigten und Arbeitslosen, die bereits unter gesundheitlichen Problemen oder Einschränkungen leiden, Hilfe und Unterstützung anbieten. SAG wendet sich darüber hinaus an Betriebe, deren Beschäftigte bspw. häufige und lange Krankstände verzeichnen. Beide Maßnahmen zielen in erster Linie auf den Erhalt des Arbeitsplatzes bzw. den Wechsel der Tätigkeiten innerhalb des Betriebes. Ihre Besonderheit besteht darin, dass zu Beginn eine arbeitsmedizinische und -psychologische Diagnostik steht, aus der hervorgeht, welche Tätigkeiten die Personen noch bewältigen können (www.servicearbeitgesundheit.at; Streicher 2008).

- Angebote im Rahmen von Laufbahnberatungen:

Andere bestehende Beratungseinrichtungen für Beschäftigte und Arbeit suchende Menschen könnten ihr Beratungsangebot um den Aspekt der Gesundheit und der Früherkennung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen erweitern und im Bedarfsfall Personen an jene Institutionen weiter verweisen, die arbeitsmedizinische und -psychologische Untersuchungen durchführen und Diagnosen erstellen.

- Berufsspezifische Beratungsstellen:

Zunächst für Berufe mit hohen Belastungen und häufig begrenzter Tätigkeitsdauer, wie etwa für Bauberufe, Pflegeberufe, Metallberufe etc., später für weitere Berufe könnten jeweils eigene regionale Beratungsstellen für „Gesunde Berufswege“ eingerichtet werden. Die BeraterInnen sollten, um die Qualität und Akzeptanz zu erhöhen, selbst aus den jeweiligen Berufen kommen und Erfahrung mit gesundheitlichen Belastungen haben. Sie sollten darin geschult sein, Arbeitsfähigkeitsgespräche zu führen und über ein breites Wissen über Einrichtungen zur Beratung, Unterstützung und Diagnostik verfügen, an die sie InteressentInnen weiter verweisen können. Die Beratungsstellen sollen den Besonderheiten der Berufe auch in der Form des Beratungsangebots Rechnung tragen. So sind für Wochenpendler unter den Bauarbeitern, für mobile Pflegekräfte etc. adäquate Formen der aufsuchenden Beratung zu entwickeln. Diese Beratungsstellen sollen in enger Verbindung mit den Sozialpartnern und den Unternehmen der entsprechenden Branche eingerichtet werden.

Für die Beratung über Arbeitsfähigkeit und die Früherkennung von Gesundheitsgefährdungen werden Frühwarnindikatoren benötigt, die auf eine Unverträglichkeit der Belastungskonstellation in der Tätigkeit bzw. im Beruf aufmerksam machen. Das deutsche Projekt „Mein nächster Beruf“ (Ulbricht et al. 2005), das Tätigkeits- und Berufswechsel von Personen in Berufen mit begrenzter Tätigkeitsdauer zum Inhalt hat, nennt für die Pflege beispielsweise Schlafstörungen, allgemeine Erschöpfung, unklare Herz-Kreislaufbeschwerden oder allgemeines Unwohlsein als Frühwarnindikatoren.

Für bestimmte Berufe, die sich durch hohe Belastungen auszeichnen, wie etwa Bau- oder Pflegeberufe, sollte ein Arbeitsbewältigungsgespräch in regelmäßigen Abständen mit der Möglichkeit einer anschließenden medizinischen und psychologischen Untersuchung eingeführt werden. Diese könnten bspw. alle fünf Jahre stattfinden, um sicherzustellen, dass Gesundheitsgefährdungen rechtzeitig erkannt werden. Ein längerer Zeitraum ist, wie die Interviews mit den VertreterInnen der Institutionen ergaben, nicht anzuraten. Für ein Arbeitsbewältigungsgespräch ist durchschnittlich die Dauer von einer Stunde pro Person anzusetzen.

Bei Beratungen und Untersuchungen sollen die Kumulation von Belastungen in bezahlter und unbezahlter Arbeit und insbesondere lebensphasenspezifische Belastungen und Rahmenbedingungen berücksichtigt werden. Darüber hinaus ist es notwendig, das Informationsmaterial geschlechterspezifisch aufzubereiten, da Frauen und Männer einen anderen Zugang zu und Umgang mit Gesundheit haben.

Freiwilligkeit und Vertraulichkeit der Beratungen werden in der Regel als wichtige Voraussetzung für Beteiligung und Erfolg gesehen. Um die Zugangsschwellen möglichst niedrig zu halten, sollte das Angebot kostenlos sein. Wichtig ist, dass ausgehend von den Ergebnissen der Gespräche und Untersuchungen spezifische Handlungsoptionen angegeben werden. Dazu gehört auch Informationsmaterial über „Gesunde Berufswege“, das u.a. Hinweise auf Beratungseinrichtungen für Berufslaufbahnen enthält (siehe auch Interventionsbereich 4).

Spannungsfelder:

- Die Übernahme der Kosten für Beratungsgespräche und Untersuchungen ist im Zusammenhang mit den Zuständigkeiten von Organisationen und Einrichtungen zu klären. Schon bei den bisherigen Ansätzen sind die Finanzierung bzw. die Beiträge verschiedener Einrichtungen die entscheidende Hürde für die Weiterführung. Der Finanzbedarf kann auf der Basis der Beratungsdauer pro Person und der Kosten für etwaige zusätzliche Beratungsstellen abgeschätzt werden.
- Abwehr bei Betroffenen, mit Krankheit konfrontiert zu werden, solange man sich gesund fühlt, oder sich mit absehbaren Beeinträchtigungen zu befassen. Angst um Arbeitsplatzverlust und vor Arbeitslosigkeit. Um diesen entgegenzuwirken benötigt es eine umfassende Bewusstseinsbildungskampagne (siehe auch Interventionsbereich 7).
- Die befragten ExpertInnen wiesen darauf hin, dass HausärztInnen, aber auch BetriebsärztInnen und (externe) ArbeitsmedizinerInnen in der Regel eine spezielle Weiterbildung brauchen, um die gewünschten frühzeitigen Informations- und Beratungsgespräche bzw. Vorsorgeuntersuchungen durchführen zu können, die entweder in das Medizinstudium (HausärztInnen) oder in die Ausbildung zur/zum ArbeitsmedizinerIn integriert werden sollte.
- Schwierigkeiten können auftreten, wenn Beratungsgespräche im Unternehmen stattfinden, da diese von den Beschäftigten missverstanden werden und deren Auskunftsbereitschaft einschränken könnten. So kann es im Betrieb ein Risiko sein, darauf hinzuweisen, dass die eigene Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt ist. Aus diesem Grund sollen die innerbetrieblichen Gespräche jedenfalls mit einem Hinweis auf Angebote externer Einrichtungen verbunden sein.

Interventionsbereich 4: Eröffnen neuer Laufbahnoptionen, Laufbahnberatung und Qualifizierung

Ziel:

Wird in Folge der Sensibilisierung, im Zuge der Selbstreflexion, durch die Arbeitsfähigkeitsberatung oder Untersuchungen klar, dass es nicht anzuraten ist, die Tätigkeit oder den Beruf auf Dauer auszuüben, müssen Betroffene dabei unterstützt werden, Handlungsoptionen zu entwickeln und Veränderungen in Gang zu setzen. Laufbahnoptionen über den Beruf und Betrieb hinaus sollen aufgezeigt werden, wenn eine

Veränderung der Arbeitsbedingungen, ein Umstieg auf Teilzeit oder ein Tätigkeitswechsel im Betrieb nicht möglich oder nicht realistisch sind. Laufbahnoptionen aufzuzeigen ist nicht nur für jene wichtig, die im Rahmen der Früherkennung darauf hingewiesen wurden, dass ein Tätigkeits- oder Berufswechsel vorteilhaft wäre. Für viele dürfte der Mangel an beruflichen Alternativen das größte Hindernis dafür darstellen, sich überhaupt mit der eigenen Gesundheit und der Vermeidung arbeitsbedingter Erkrankungen zu befassen. Ziel ist es, bestehende Angebote für Laufbahnberatungen weiter zu entwickeln bzw. regional auszuweiten und um den Aspekt der Gesundheitssicherung anzureichern sowie in das Konzept „Gesunde Berufswege“ einzubauen.

Die Laufbahnberatung enthält zumeist eine systematische Erfassung der im bisherigen Beruf oder auch im Privatleben erworbenen Fähigkeiten und Fertigkeiten im Sinne einer individuellen Kompetenzbilanz. Für einen Tätigkeits- und Berufswechsel wird in der Regel eine Weiterbildung erforderlich sein. Die Beratung sollte sich daher auch auf die Qualifizierungsmaßnahmen erstrecken und mit einer Qualifizierungsförderung verbunden sein. Dafür könnte u.a. die Vorgehensweise beim Wiener ArbeitnehmerInnenförderungsfonds (WAFF) als Vorbild dienen. Es wird vielfach das Ziel dieser Maßnahmen sein, den Erwerbstätigen eine „zweite berufliche Chance“ zu geben, wie es ein befragter Experte ausdrückte.

Maßnahmen:

Aufbauend auf Arbeitsbewältigungsgespräche und etwaige arbeitsmedizinische und -psychologische Diagnosen in Interventionsbereich 3 wird von entsprechenden Einrichtungen (AMS, WAFF, Zukunftszentrum Tirol, Service Arbeit und Gesundheit etc.) eine gezielte, auf den Einzelfall bezogene Laufbahn- und Qualifizierungsberatung angeboten. Wie dies beispielsweise schon im Projekt „workfit“ gehandhabt wurde, wird aus den arbeitsmedizinischen und -psychologischen Diagnosen im weiteren Verlauf der Beratung abgeleitet, welche Tätigkeiten bzw. Berufe für die Zukunft anzustreben sind. Zugleich fließen die Qualifikationen der Person ein, und es werden (wie bereits im Zukunftszentrum Tirol oder vom WAFF praktiziert) Kompetenzbilanzen erstellt, die auch informell, eventuell im Privatleben erworbene Fähigkeiten und Kenntnisse einbeziehen. Die Beratung muss durch eigens dafür geschulte BeraterInnen erfolgen.

Auch wenn die Laufbahn- und Qualifizierungsberatung für potentielle BerufswechslerInnen eine Einzelfallbetreuung sein soll, braucht sie dennoch allgemeines und berufsspezifisches Grundlagenwissen. So kann sie etwa auf Tätigkeits- und Kompetenzprofilen aufbauen, die für Beschäftigte des jeweiligen Erstberufes typisch sind. Dafür ist es notwendig, die Informationen über berufliche Fähigkeiten und Erfahrungswissen zu ergänzen. Die zu entwickelnde „Berufswanderkarte“ soll mögliche alternative Berufe vom Erstberuf ausgehend aufzeigen, die aufgrund der vorhandenen Qualifikationen einerseits und gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Tätigkeitsprofil) andererseits für die betreffende Person möglich sind.

Wird in der Beratung ein Qualifizierungsbedarf festgestellt, sollen die BeraterInnen mit den KlientInnen notwendige Qualifizierungsmaßnahmen, die einen Tätigkeits- und

Berufswechsel ermöglichen, erarbeiten und konkretisieren. Dabei soll der Erwerb von Berufsabschlüssen bzw. eine Höherqualifizierung in Betracht gezogen werden. Die Beratung sollte mit einer Qualifizierungsförderung verbunden sein, und die Betreuung auch während der Qualifizierungsmaßnahmen bei einem Weiterbildungsträger aufrecht bleiben.

In den bestehenden Laufbahnberatungen sollten gesundheitliche Aspekte generell gestärkt werden. Das Beratungsangebot für die berufliche Weiterentwicklung oder Veränderung soll also nicht nur auf die Qualifikation und Qualifizierung fokussieren, sondern darüber hinaus den Gesundheitszustand der Person und die Belastung in Berufen berücksichtigen.

Bei der Beratung sind die unterschiedlichen Lebensphasen und Lebensentwürfe der Beratenen zu berücksichtigen. Vor allem die Teilnahme an Qualifizierungsmaßnahmen soll durch Teilzeitoptionen bzw. flexible Zeitarrangements ermöglicht werden.

Internetgestützte Navigationshilfe für institutionelle Unterstützung:

Im Internet soll ein Informationspool eingerichtet werden, das Hintergrundinformationen, Instrumente und Hinweise auf Beratungsmöglichkeiten für „Gesunde Berufswege“ enthält. Auf diese zentrale Website kann von den Portalen der relevanten Organisationen verwiesen werden.

Spannungsfelder:

- Die Beschäftigung im möglichen neuen Beruf kann nicht garantiert werden. Es stellt deshalb für die Personen immer ein Risiko dar, sich beruflich umzuorientieren. Dies erklärt zum Teil auch, dass in vielen Bereichen, wie eben der Pflege und dem Bau, die Beschäftigten nicht wechseln wollen und ihre Tätigkeiten so lange ausüben, bis gesundheitliche Beeinträchtigungen eine Weiterführung des Berufes unmöglich machen. Daher ist es entscheidend, dass nach Möglichkeit ein Wechsel aus der Beschäftigung in Beschäftigung ohne den Umweg über die Arbeitslosigkeit gesichert wird.
- Das Durchhalten im Beruf trotz gesundheitlicher Beeinträchtigungen ist meist aus finanziellen Gründen notwendig. So ist im Bauwesen, aber auch durch die Nacht- und Wochenenddienstzuschläge in der Pflege, bei einem Wechsel in ein anderes Berufsfeld mit teils beträchtlichen Einkommenseinbußen zu rechnen. Dieses Problem ist grundsätzlich nur durch die Verringerung von Einkommensunterschieden zwischen Tätigkeiten, Berufen und Kollektivvertragsbereichen zu lösen. Ansatzweise kann aber eine finanzielle Förderung beim Berufswechsel und eine anschließende Unterstützung beim Einstieg Abhilfe schaffen (siehe Interventionsbereich 5).
- Ein wichtiges Hindernis für „Gesunde Berufswege“ kann der Verlust des Berufsschutzes bei einem Wechsel aus dem erlernten Beruf sein. Daraus ergeben sich Nachteile bei Arbeitslosigkeit und bei Invalidität. Hier sind Möglichkeiten zu überlegen, wie diese Nachteile vermieden werden können.

Interventionsbereich 5: Umstiegsförderung für Personen und Betriebe

Ziel:

Ein zentraler Aspekt des Konzepts „Gesunde Berufswege“ besteht darin, dass nicht nur Möglichkeiten für Umstiege aufgezeigt und Qualifizierung angeboten wird, sondern die Betroffenen darüber hinaus konkrete Unterstützung erfahren. Erst dadurch ist zu erwarten, dass sie das Risiko einer beruflichen Veränderung eingehen und einen Wechsel anstreben, bevor die Beeinträchtigung ihrer Gesundheit sie dazu zwingt ihren Beruf aufzugeben. Bei derzeit Beschäftigten ist der Umstieg von Beschäftigung in Beschäftigung ohne den Umweg über die Arbeitslosigkeit ein wichtiges Ziel. Die Einrichtung von Unternehmensverbänden als Plattformen für *Outplacement* ist anzustreben. Weiters stehen finanzielle Fragen im Mittelpunkt, da zusätzliche finanzielle Belastungen während des Umstiegs entstehen können und ein Berufswechsel mit einer Einbuße beim Einkommen verbunden sein kann. Diese Nachteile können durch eine personenbezogene Förderung gemildert werden. Darüber hinaus ist eine Förderung jener Betriebe denkbar, welche BerufswechslerInnen aufnehmen oder Berufswechsel durch *Outplacement* und Kooperation mit anderen Betrieben unterstützen.

Maßnahmen:

Umstiegsbeihilfe:

Analog zur Eingliederungsbeihilfe, die zur Integration von Arbeitslosen gewährt wird, könnte ein Umstieg ohne den Umweg über die Arbeitslosigkeit gefördert werden. Darüber hinaus wäre die Unterstützung der Betriebe bei der Aufnahme von Berufsweslern durch das Bonus-Malus-System der Arbeitslosenversicherung zu prüfen.

Im Hinblick auf die Kosten für Weiterbildung ist die regional unterschiedliche Förderung der Weiterbildung für Berufstätige daraufhin zu überprüfen, ob sie für die Abdeckung der Belastungen bei einem Tätigkeits- oder Berufswechsel ausreichend ist. Entsprechend sind ergänzende Förderungen zu entwickeln, die, wie das beim WAFF der Fall ist, zusammen mit der Laufbahnberatung abgewickelt werden kann. Dazu gehört auch die Unterstützung bei etwaigen Betreuungspflichten und die Berücksichtigung von Betreuungspflichten bei Kurszeiten etc.

Förderung von Unternehmensverbänden:

Nach dem Vorbild der erfolgreichen Qualifizierungsverbände sollen Unternehmensverbände für „Gesunde Berufswege“ eingerichtet werden, die Kontakte zwischen Betrieben herstellen, welche den Wechsel von Beschäftigten zwischen den Betrieben erleichtern können. Günstig wäre es, die Verbände branchenübergreifend einzurichten: So könnte, um ein beliebiges Beispiel zu nennen, etwa ein Tourismusbetrieb eine Kellnerin, die das ständige Stehen, Gehen und Tragen von Lasten voraussichtlich nicht auf Dauer bewältigen wird, aber sehr gut mit KundInnen umgehen kann, an einen Industriebetrieb oder eine Versicherung vermitteln, die für eine geeignete Person für die KundInnen-Betreuung suchen.

Umstiegs- und Implacementstiftungen:

Für Arbeitslose und für Personen, die nicht direkt in eine neue Beschäftigung wechseln

können, kann das Instrument der Arbeitsstiftung genutzt werden. Dabei kann eine Einrichtung nach Branchen oder Berufsgruppen unter Beteiligung der Unternehmen und Sozialpartner sinnvoll sein.

Ausbau des zweiten Arbeitsmarktes:

Damit für Personen, welche die Tätigkeit oder den Beruf wechseln wollen, um ihre Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten, ausreichend Arbeitsplätze zur Verfügung stehen, ist die Nutzung von geförderten Beschäftigungsprojekten zu überlegen. Gemeinnützige Arbeitskräfteüberlassung könnte ein Instrument sein, die Erwerbstätigen beim Umstieg zu unterstützen, indem diese an Beschäftigterbetriebe vermittelt werden, die sie eventuell später übernehmen.

Spannungsfeld:

- Bei Förderung ist immer die Anspruchsberechtigung zu prüfen. Hier kann das Ziel, möglichst frühzeitig Unterstützung zu bieten und gesundheitliche Beeinträchtigungen zu vermeiden, der Notwendigkeit entgegen stehen, nur jene Personen zu fördern, deren Anspruchsberechtigung durch Untersuchungsergebnisse bestätigt ist. Hier sind die unterschiedlichen Vorgangsweisen bei Förderungen im Hinblick auf mögliche Lösungen des Problems zu untersuchen.

Interventionsbereich 6: Verbesserung der Voraussetzungen im beruflichen Bildungssystem

Ziel:

Zur Erleichterung von Berufswechseln soll die aufgrund der Erstausbildung gegebene Berufseignung verbreitert, die Berufsbilder sollen erweitert werden. Darüber hinaus gilt es, die vertikale wie horizontale Durchlässigkeit des Bildungs- und damit des Berufssystems zu erhöhen. Damit sollen sowohl die Höherqualifizierung, die den Zugang zu belastungsärmeren Arbeitsplätzen ermöglicht, als auch der Umstieg auf gleichem Qualifikationsniveau erleichtert werden.

Maßnahmen:

Das „Konzept der österreichischen Sozialpartner zum lebensbegleitenden Lernen“ vom Oktober 2007 (Beirat für Wirtschafts- und Sozialfragen 2007) enthält Maßnahmenvorschläge, die auch die Frage der Eröffnung von Laufbahnoptionen betreffen. Demnach sollte die vertikale und horizontale Durchlässigkeit des österreichischen Bildungssystems einerseits durch die Gewährleistung von wechselseitigen Übergängen zwischen den Systemen der Erstausbildung und der beruflichen Weiterbildung und andererseits durch eine Verbesserung des Zuganges zur Höherbildung, also zum postsekundären und tertiären Bereich geschaffen werden. Die horizontale Durchlässigkeit bzw. der Wechsel zwischen verschiedenen Ausbildungen und Ausbildungsformen könnte konkret etwa durch die wechselseitige Anrechnung von bereits absolvierten Ausbildungsteilen erhöht werden (Beirat für Wirtschafts- und Sozialfragen 2007:6). Aber auch der Abbau von

finanziellen Zugangsbarrieren ist überaus wichtig, denn eine Höherqualifizierung ist in Österreich grundsätzlich nur mit Matura möglich. Mit der Einführung der Berufsreifeprüfung 1997 wurde zwar ein durchaus geeignetes Instrument geschaffen, das auch AbsolventInnen einer Lehre oder einer mittleren Fachschule den Zugang zur Fachhochschul- und Universitätsausbildung eröffnet, jedoch ist diese relativ teuer und muss im Wesentlichen individuell finanziert werden. Die Sozialpartner fordern daher die Gewährleistung eines kostenlosen Zugangs zur formalen Ausbildung bis zur Sekundarstufe II unabhängig vom Alter. Dementsprechend soll auch das Nachholen von Bildungsabschlüssen – einschließlich der Berufsreifeprüfung – kostenfrei sein (Beirat für Wirtschafts- und Sozialfragen 2007:5ff).

Eine Abkehr von der „Institutionenlogik“ hin zu einer LernerInnen-Zentrierung, bei welcher der oder die Lernende bzw. die Art des angestrebten Bildungsabschlusses im Mittelpunkt steht, ist anzustreben. LernerInnen-Zentrierung würde hier bedeuten, dass die Kurse und Prüfungen für die Berufsreifeprüfung von Lehrlingen an den Berufsschulen angeboten werden. Die von den Sozialpartnern vorgeschlagenen maturaführenden dualen Ausbildungsangebote (d.h., die Berufsreifeprüfung kann wahlweise im Rahmen der Lehre erworben werden) sehen daher entsprechende Angebote in den Berufsschulen vor, die für Lehrlinge zudem kostenlos zugänglich sein sollten (Beirat für Wirtschafts- und Sozialfragen 2007:10).

Eine Verbesserung der vertikalen Durchlässigkeit beinhaltet aber auch die Anrechnung von in vorgelagerten Ausbildungen erworbenen gleichwertigen Qualifikationen, damit interessierte Personen (vor allem auch Erwachsene) nicht durch Wiederholung von Bildungsinhalten und Prüfungsvorgaben von einer Höherqualifikation abgehalten werden und sowohl finanzielle Ressourcen der Allgemeinheit sowie persönliche Lebensressourcen geschont werden.

Die Lehrausbildung stellt traditionell die Hauptform der beruflichen Ausbildung in Österreich dar, und die Sozialpartner bekennen sich nach wie vor zur dualen Ausbildung (Beirat für Wirtschafts- und Sozialfragen 2007:10). Jedoch sind auch hier Verbesserungen notwendig, vor allem in Richtung Verbreiterung der Berufseignung und Qualitätssicherung. Die Arbeiterkammer schlägt daher die Reduzierung der Anzahl der Lehrberufe von derzeit 260 auf ca. 100 bei gleichzeitiger inhaltlicher Verbreiterung der Ausbildung und Angleichung der Qualität der Lehrausbildung (bei Lehrberufen geringerer Qualität – etwa durch eine Verlagerung des Schwerpunktes der Ausbildung auf die Schule) vor. Laut Sozialpartner sollte eine duale Ausbildung Jugendliche grundsätzlich zu lebensbegleitendem Lernen befähigen und daher ist auf die Qualität der dualen Ausbildung (Betrieb und Berufsschule) besonderes Augenmerk zu legen (Beirat für Wirtschafts- und Sozialfragen 2007:10).

Zahlreiche österreichische BildungsexpertInnen plädieren aber auch für eine Verbreiterung und Verlängerung der Grundausbildungsphase. So könnte etwa die Einführung eines 10. Schuljahres vor allem zur Vertiefung von Grundkompetenzen und Vermittlung von „soft-skills“ (etwa Präsentations- und Kommunikationsfähigkeiten) dienen, welche für die (spätere) berufliche Mobilität am Arbeitsmarkt besonders wichtig sind und einen Berufswechsel dadurch erleichtern.

Neben Maßnahmen, die in erster Linie die Erstausbildung betreffen, sind für eine Eröffnung von Laufbahnoptionen auch Verbesserungen im Bereich der beruflichen Weiterbildung erforderlich. Dies betrifft Rahmenbedingungen, die Quantität und Qualität der Weiterbildung sowie die Finanzierung. Laut Mikrozensus-Sondererhebung vom Juni 2003 („Lebenslanges Lernen“) wünschen sich Frauen mehr Betreuungsangebote für Kinder und Bildungsangebote näher am Wohnort. Männer wünschen mehr Abend- und Wochenendkurse sowie betriebliche Bildungsfreistellungen (vgl. Statistik Austria 2004). Vor allem aus gleichstellungspolitischer Sicht ist eine Erhöhung des Angebotes an qualitativvoller und kostenloser bzw. kostengünstiger betrieblicher Weiterbildung für Niedrigqualifizierte (Frauen) erforderlich. Die Sozialpartner schlagen die Vereinheitlichung und Verbesserung der finanziellen Förderungen für weiterführende und insbesondere berufliche Weiterbildung vor. Ziel ist die Schaffung eines individuellen und umfassenden Bildungskontos, über das bestehende und zukünftige Förderungen für Weiterbildung auf Bundes- und Landesebene abgewickelt werden können. Laut WKÖ sollten damit nicht nur Kursangebote, sondern auch Beratungsangebote (Bildungsberatung, Berufsorientierung etc.) gekauft werden können. Als weiteres Finanzierungsinstrument nennen die Sozialpartner die Einführung eines so genannten „Qualifizierungsstipendiums“, welches für am Arbeitsmarkt besonders nachgefragte Vollzeitausbildungen gewährt werden soll (Beirat für Wirtschafts- und Sozialfragen 2007:13). Die ebenfalls notwendige Qualitätsgarantie und -kontrolle der außerbetrieblichen beruflichen Weiterbildung könnte etwa durch die Akkreditierung von Weiterbildungsanbietern auf Basis von inhaltlichen Kriterien und Qualitätssicherungssystemen gewährleistet werden.

Darüber hinaus können Laufbahnoptionen ausgeweitet und Berufswechsel erleichtert werden, wenn non-formal erworbene Kompetenzen (d.h. in Kursen ohne öffentlich-rechtliche Abschlüsse in der Erwachsenenbildung oder betrieblichen Weiterbildung) sowie informell erworbene Kenntnisse und berufliche Fähigkeiten (d.h. „selbst angeeignet“ durch die Tätigkeit und Erfahrung in der Arbeit und im Beruf) erfasst, anerkannt und zertifiziert werden. Das oberösterreichische Pilotprojekt „DU kannst was!“ baute auf neueren europäischen Entwicklungen auf und zielte darauf ab, den Zugang zur Weiterbildung für Niedrigqualifizierte zu erleichtern und die Anerkennung von informell und non-formal erworbenen Kompetenzen zu erproben (Bauer 2008). Eine solche Anerkennung ist einerseits für die betroffenen Personen selbst bzw. für ihre Selbsteinschätzung sowie die Erstellung eines individuellen Kompetenzprofils wichtig. Die Anerkennung und Zertifizierung dieser Kompetenzen stellt andererseits eine Voraussetzung für einen Tätigkeits- oder Berufswechsel sowie das Anbieten adäquater Qualifizierungsmaßnahmen für einen solchen Wechsel dar. Das Pilotprojekt konzentrierte sich auf die Lehre und ergänzt damit andere Möglichkeiten zur verkürzten Erreichung des Lehrabschlusses, wie die ausnahmsweise Zulassung zur Lehrabschlussprüfung, die Erfahrungen sind aber auch für andere Bereiche der Berufsbildung nutzbar. Für die vorliegende Machbarkeitsstudie kann der Schluss gezogen werden, dass Erfahrungen und Vorarbeiten für die Einführung des Prinzips der Anerkennung vorliegen, die durch Verallgemeinerung die Voraussetzungen für Tätigkeits- und Berufswechsel im Erwerbsverlauf erheblich verbessern würde.

Spannungsfelder:

Bei den hier vorgeschlagenen Maßnahmen handelt es sich größtenteils um ambitionierte Projekte, die zahlreiche Politikfelder und Institutionen betreffen. Deshalb ist es schwer vorstellbar, dass tief greifende Innovationen kurz- und mittelfristig realisiert werden können. Der derzeit in Entwicklung befindliche „Nationale Qualifikationsrahmen“ oder auch das Konzept der österreichischen Sozialpartner zum lebensbegleitenden Lernen (Beirat für Wirtschaft- und Sozialfragen 2007) können aber als wichtige Schritte verstanden werden bzw. betreffen viele der hier vorgeschlagenen Maßnahmen.

*Interventionsbereich 7: Grundlagen, Bewusstseinsbildung und Vernetzung**Ziel:*

Für die Gestaltung einzelner Maßnahmen und für erfolgreiche Beratungstätigkeiten sind wissenschaftliche Grundlagen zu erarbeiten. Dies betrifft insbesondere das Wissen über Erwerbsverläufe und die integrierte Analyse von Berufen sowohl in qualifikatorischer Hinsicht als auch im Hinblick auf Belastungen. Um die relevanten Organisationen, aber auch die Personalverantwortlichen in den Unternehmen für Maßnahmen zur Unterstützung von Berufswechseln als Prävention zu gewinnen, ist eine breite Sensibilisierung für die Probleme und die vorgeschlagenen Lösungswege notwendig. Die Vernetzung aller AkteurInnen soll durch das zu gründende Netzwerk „Gesunde Berufswege Österreich“ gewährleistet werden. Dieses soll sich in regelmäßigen Treffen über die Vorgehensweise, wie Berufswechsel in präventiver Absicht umgesetzt werden können, austauschen, nötige Maßnahmen erarbeiten und in weiterer Folge auch umsetzen. Das Netzwerk kann zunächst für die beiden ausgewählten Berufe tätig und in weiterer Folge auf alle relevanten Berufe ausgeweitet werden. Aufgrund der Notwendigkeit, Bewusstsein für die Problematik einerseits und für Optionen des Berufswechsels andererseits zu schaffen, zeichnet das Netzwerk auch für Kampagnen zur Bewusstseinsbildung verantwortlich.

Maßnahmen:

Insbesondere für die Laufbahn- und Qualifizierungsberatung sind zusätzliche Grundlagen zu erarbeiten: Die Analyse von Berufsverläufen in ausgewählten Berufen ist erforderlich, um Informationen darüber zu haben, in welche Bereiche Personen aus dem Bauwesen, der Pflege, dem Gastgewerbe etc. von sich aus wechseln. Die Analyse von Erwerbsverläufen kann auch Auskunft über relative Auf- und Abstiege geben. Zudem sind konkrete Berufswechsel auf ihre Erfolgsbedingungen hin zu analysieren. Auf Basis dieser Daten und Forschungsergebnisse kann Informationsmaterial für die individuelle Laufbahnplanung entwickelt werden, das Beispiele für erfolgreiche Berufswechsel enthält.

„Berufswanderkarte“:

Ziel der „Berufswanderkarte“ ist es, für ausgewählte Berufe mit typischerweise begrenzter Tätigkeitsdauer von der Erstausbildung und Berufserfahrung ausgehend

mögliche alternative Berufe aufzuzeigen. Dafür sollen Berufe nach ihren Qualifikationsanforderungen, Tätigkeiten und Lernchancen einerseits und den gesundheitlichen Belastungen und Gesundheitsfolgen andererseits klassifiziert werden, sodass ersichtlich wird, von welchen Berufen ein Wechsel in andere Berufe möglich ist. Darüber hinaus werden Daten darüber einbezogen, in welche Tätigkeiten und Berufe Personen aus den ausgewählten Berufen typischerweise wechseln und welche Konsequenzen mit solchen Wechseln verbunden sind. Auf dieser Basis soll die „Berufswanderkarte“ vielversprechende und vor allem zumutbare Berufswege aufzeigen. Während in einem ersten Schritt mögliche Wechsel aus Berufen mit begrenzter Tätigkeitsdauer, wie Bau- oder Pflegeberufen, behandelt werden, können diese in weiterer Folge um andere Berufe erweitert werden.

„Frühwarnindikatoren“:

Damit jenen Organisationen, Institutionen und Personen, die Arbeitsbewältigungsgespräche und/oder arbeitsmedizinische und -psychologische Untersuchungen durchführen, ausreichend Informationen über sich abzeichnende beruflich bedingte gesundheitliche Beeinträchtigungen zur Verfügung stehen, ist es notwendig Frühwarnindikatoren auf der Basis wissenschaftlich fundierter Analysen zu erarbeiten.

Netzwerk „Gesunde Berufswege“:

Das einzurichtende Netzwerk soll alle relevanten AkteurInnen im Bereich der Arbeitsmarktpolitik und der Gesundheitsvorsorge und Prävention umfassen. Als Vorbild dieses Netzwerkes kann das Netzwerk „Betriebliche Gesundheitsförderung“ dienen, dessen Koordination in der Oberösterreichischen Krankenkasse erfolgt und das über Zweigstellen in allen Bundesländern verfügt. Für die Einrichtung und Koordination der Netzwerkes gibt es verschiedene Möglichkeiten, die noch zu prüfen sind: Das Netzwerk „Gesunde Berufswege“ kann eventuell bei den arbeitsmedizinischen Zentren eingerichtet und unter der Schirmherrschaft der Österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin wirksam werden; es kann vom Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz koordiniert oder vom Fonds Gesundes Österreich getragen werden.

Die AkteurInnen des Netzwerkes erarbeiten gemeinsam die notwendigen Maßnahmen, etwaige Informationsmaterialien, Werbespots und Kampagnen zur Bewusstseinsbildung und setzen diese auch um. Das Ziel der Sensibilisierung der Bevölkerung soll darin bestehen, das Thema „Gesunde Berufswege“ einem breiten Publikum näher zu bringen und auf arbeitsbedingte gesundheitliche Beeinträchtigungen aufmerksam zu machen, damit das Selbstreflexionsvermögen der Erwerbstätigen gestärkt wird. Erfolgreiche Berufswechsel und Informationen über Institutionen, an die sich Interessierte wenden können, sollen dargestellt werden. Dadurch wird der Wechsel in einen anderen Beruf nicht nur positiv besetzt, sondern stellt auch eine reale Option dar.

Umsetzung

Die Umsetzung des Konzepts kann stufenweise erfolgen. Zunächst sind Grundlagen für die Ausgestaltung von Maßnahmen und die Unterstützung der Beratung zu erarbeiten z.B. durch die Analyse von Berufsverläufen oder die Untersuchung von Laufbahnoptionen, bei der sowohl Qualifikationen als auch Belastungen berücksichtigt werden. Parallel dazu können Maßnahmen zur Vernetzung und Ergänzung bestehender Einrichtungen und auf regionaler Ebene begonnen werden. Hier sind grundsätzlich zwei Wege denkbar: „Gesunde Berufswege“ wird als allgemeines Angebot für alle Berufe oder zunächst als berufsspezifisches Angebot z.B. für Bau-, Metall- und/oder Pflegeberufe konzipiert.

Maßnahmen in den Interventionsbereichen 1, 2, 6 und 7 sind auch ohne die spezifische Zielsetzung von „Gesunden Berufswegen“ sinnvoll und könnten jedenfalls angeregt werden. Im Kernbereich des Konzepts, also bei den Interventionsbereichen 3, 4 und 5, gibt es bereits regionale Einrichtungen und Projekte, an denen angesetzt werden kann. Bisher ist die Überlappung und Vernetzung zwischen den Einrichtungen für den ArbeitnehmerInnenschutz, die Prävention und die Gesundheitsförderung einerseits und die Laufbahnberatung und Qualifizierung andererseits gering. Ausnahmen sind u.a. „Service Arbeit und Gesundheit“ in Wien, „Workfit“ in Niederösterreich und die Praxis des AMS, die Arbeitsfähigkeit beim BBRZ abklären zu lassen. Diese Maßnahmen betreffen aber gesundheitlich bereits stark beeinträchtigte Personen. Hier gilt es die Vernetzung zu verstärken und mit den Angeboten frühzeitiger anzusetzen. Dabei bestehen für die konkrete Umsetzung des Konzepts und die Nutzung der Angebote im Einzelfall mehrere Möglichkeiten. Folgende drei Modelle der Umsetzung können vorweg definiert werden:

Modell 1: Integrierte Beratungsstelle

Bei diesem Modell können sich interessierte Beschäftigte an eine zentrale Beratungsstelle für „Gesunde Berufswege“ in der Region wenden, in der sie von Arbeitsfähigkeitsgesprächen, einer arbeitsmedizinischen und -psychologischen Diagnose über die Laufbahnberatung bis zur Qualifizierungsberatung und -förderung sowie Jobvermittlung durchgängig betreut werden. Eine solche integrierte Beratung könnte eventuell vom „Service Arbeit und Gesundheit zur Sicherung von Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Arbeitsplatzhalt“ angeboten werden, das die Sozialpartner vorgeschlagen haben, wenn diese Einrichtungen nicht von vornherein nur mit Krankheit und Behinderung assoziiert werden.

Modell 2: Vernetzung

Nach diesem Modell erhalten Erwerbstätige im Betrieb, im Internet oder in einer Beratungsstelle Informationen und eine Erstberatung im Hinblick auf „Gesunde Berufswege“. Sie werden bei Bedarf an Einrichtungen zur Früherkennung möglicher Gesundheitsgefährdungen weiter verwiesen, wo Coaching über die Arbeitsfähigkeit oder arbeitsmedizinische Untersuchungen angeboten werden. Mit den Ergebnissen dieser Beratungen und Untersuchungen ausgestattet wenden sich die Personen an eine Laufbahn- und Qualifizierungsberatungsstelle, die sie während eines Berufswechsels

betreut und auch entsprechende Förderungen für die berufliche Weiterentwicklung vergibt.

Modell 3: Vernetzung mit Case Management

Hier könnten die bestehenden und ergänzend regional noch aufzubauenden Einrichtungen wie im Modell 2 vernetzt werden. Da jedoch ein Risiko besteht, dass sich die interessierten Erwerbstätigen mit der nötigen Organisation und Planung schwer tun und auf dem Weg wieder „verloren gehen“, wäre eine Betreuung aus einer Hand in Verbindung mit dem Durchlaufen verschiedener Einrichtungen zu überlegen. Dabei kann eine der besuchten Einrichtungen oder bei Bedarf eine zusätzliche Stelle für „Gesunde Berufswege“ das *case management* übernehmen.

Die Umsetzung des Konzepts kann stufenweise erfolgen:

Schritt 1: Grundlagen und Vernetzung:

Zunächst sind Grundlagen für die Ausgestaltung von Maßnahmen und die Unterstützung der Beratung zu erarbeiten z.B. durch die Untersuchung von Berufsverläufen oder die Analyse von Laufbahnoptionen für ausgewählte Berufe, bei der sowohl Qualifikationen als auch Belastungen berücksichtigt werden. Daraus können Grundlagen für Informationsmaterial und Beratung über Umstiegsmöglichkeiten in Form einer zu entwickelnden „Berufswanderkarte“ abgeleitet werden. Die Bildung eines Netzwerks „Gesunde Berufswege“ soll die Einbindung der relevanten Akteure und ihre Beteiligung an Maßnahmen sicherstellen.

Schritt 2: Vernetzung und Ergänzung des Beratungsangebots auf regionaler Ebene

Parallel zu Schritt 1 können Maßnahmen zur Vernetzung und Ergänzung bestehender Einrichtungen auf regionaler Ebene begonnen werden. Hier sind grundsätzlich zwei Wege denkbar: „Gesunde Berufswege“ wird als allgemeines Angebot für alle Berufe oder zunächst als berufsspezifisches Angebot z.B. für Bau-, Metall-, Gastgewerbe und/oder Pflegeberufe konzipiert. Ein beruflich offenes Angebot könnte etwa bei Territorialen Beschäftigungspakten verankert werden, wobei Krankenversicherungsträger, Pensionsversicherung, AUVA, Bundessozialamt u.a. einzubeziehen sind. Branchenspezifische Netzwerke und Beratungsangebote könnten von den Sozialpartnern z.B. im Bauwesen, in der Pflege etc. getragen werden und alle relevanten Akteure und Einrichtungen einbeziehen.

Schritt 3: Bewusstseinsbildung und regionale Ausweitung des Angebots

Sind konkrete Angebote für die Beratung und Unterstützung eingerichtet, sind Maßnahmen der Bewusstseinsbildung erforderlich, um die Nutzung des Angebots zu sichern. Zugleich können bisher in einzelnen Regionen bzw. für einzelne Berufe umgesetzte Maßnahmen unter Berücksichtigung der dabei gemachten Erfahrungen auf weitere Bereiche übertragen werden, um eine flächendeckendes Angebot sicherzustellen.

Die Frage der Finanzierung der Maßnahmen ist freilich entscheidend für die Realisierbarkeit und den Erfolg. Sie war allerdings nicht Gegenstand der Machbarkeitsstudie,

sondern ist nach einer grundsätzlichen Entscheidung für die Umsetzung getrennt zu behandeln.

INTERVIEWPARTNERINNEN

Bernhard Achitz, Österreichischer Gewerkschaftsbund
Erich Bata, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
Romeo Bissuti, Männergesundheitszentrum
Luise Brandstetter, Hebebühne
Heinrich Brauner, Industriellenvereinigung
Renate Czeskleba, Österreichischer Gewerkschaftsbund
Anna Danzinger, Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege am AKH der Stadt Wien
Sonja Ebner, Lebens- und Sozialberaterin
Romana Endrich, Berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum
Herbert Friesenbichler, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
Brigitta Geißler-Gruber, Arbeitsleben
Martin Gleitsmann, Wirtschaftskammer Österreich
Barbara Haider-Novak, Berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum
Ingrid Hallström, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
Anna Katharina Huber, Wirtschaftskammer Österreich
Elsbeth Huber, Arbeitsinspektion
Helmut Ivansits, Arbeiterkammer Wien
Noelani John-Scheder, Lebens- und Sozialberaterin
Brigitte Juraszovich, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
Rudolf Kaske, Gewerkschaft vida
Angelika Kircher, Arbeitsmarktservice Wien
Ursula Köller, Krankenhaus Hietzing
Julia Lischka, Arbeiterkammer Österreich
Thomas Mayr, Institut für Bildungsforschung der Wirtschaft
Gernot Mitter, Arbeiterkammer Wien
Josef Muchitsch, Gewerkschaft Bau-Holz
Monika Nigl, Wiener ArbeitnehmerInnenförderungsfonds
Marc Pointecker, Arbeiterkammer Niederösterreich
Erich Pospischil, Arbeitsmedizinisches Zentrum Mödling
Eva Scherz, Gewerkschaft der Privatangestellten – Druck, Journalismus, Papier
Ruth Schindler, Wirtschaftskammer Österreich
Gabriele Schmid, Arbeiterkammer Wien
Manfred Slana-Jöbstl, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
Ingrid Spicker, Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuzes
Friedrich Streicher, Arbeitsmarktservice Niederösterreich
Eva-Elisabeth Szymanski, Arbeitsinspektion
Elisabeth Wense, Krankenhaus Hietzing
Franz Weinberger, Arbeitsmarktservice Österreich
Günther Zauner, Arbeiterkammer Wien

LITERATUR

- AEIOU (2005): Pflegefit. Endbericht, Wien
- AK NÖ (Arbeiterkammer Niederösterreich) (2003): Monatsbericht 11/2003
- AK Wien (2007): Weiterbildung: 180.000 ohne Chance, www.akwien.at, download November 2007
- Altenecker, Wolfgang/Gregoritsch, Petra/Städtner, Karin/Wagner-Pinter, Michael (2006): Lehrlingsausbildung: Angebot und Nachfrage, Entwicklung und Prognosen 2005 bis 2010, Studie im Auftrag des AMS, Wien
- AMS-Berufsinformationssystem (2008): Gesundheit und Medizin, Krankenpflegepersonal und Hebammen, <http://www.ams.at/bis/>, download 4. 2. 2008
- AMS-Berufslexikon (2008): Gesundheit und Medizin, <http://www.berufslexikon.at/>, download 4. 2. 2008
- Anxo, Dominique/Boulin, Jean-Yves (Coordinators) (2005): Working time options over the life course: Changing social security structures; European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg
- Anxo, Dominique/Boulin, Jean-Yves (Coordinators) (2006): Working time options over the life course: New work patterns and company strategies; European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg
- AUVA (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt) (ohne Jahr): BAU fit. Beratungs- und Trainingsprogramme für Baufirmen. AUVA-Projekt 1999-2000, Endbericht, Nummer 38
- AUVA (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt) (2003): „Die Gesundheit des Pflegepersonals verbessern“. Das Präventions-Projekt „Pflegefit“ der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA)
- AUVA (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt) (2005): „Die Gesundheit des Pflegepersonals verbessern“. Das Präventions-Projekt „Pflegefit“
- AUVA (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt) (2006): Sicherheit im Krankenhaus. Unfallstatistik 2006, Statistikbericht
- AUVA (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt) (2008a): Betriebliche Rehabilitation, www.auva.at, download 18. 2. 2008
- AUVA (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt) (2008b): Bauwesen. Unfallstatistik 2003 – 2007
- Bauer, Fritz (2008): Anerkennung informell und non-formal erworbener Kompetenzen für den Beruf – Perspektiven des oberösterreichischen Pilotprojekts „DU kannst was!“, in: WISO, 31. Jg., Nr. 1, S. 146-160
- Behrens, Johann (2001a): Handwerkstätigkeiten in kleinen Betrieben: bestandener Härtetest für betriebliche und individuelle Laufbahngestaltung, in: Handwerkskammer Hamburg (Hg.), Zukunftsfähige Konzepte für das Handwerk zur Bewältigung des demographischen Wandels, Broschürenreihe: Demographie und Erwerbsarbeit, Stuttgart
- Behrens, Johann (2001b): Arbeits- und Laufbahngestaltung zur Bewältigung begrenzter Tätigkeitsdauer im Generationenaustausch, in: Buck, Hartmut/Schletz, Alexander (Hg.),

Wege aus dem demographischen Dilemma durch Sensibilisierung, Beratung und Gestaltung, Broschürenreihe: Demographie und Erwerbsarbeit, Stuttgart

- Behrens, Johann (2001c): Was uns vorzeitig „alt aussehen“ lässt. Arbeits- und Laufbahngestaltung – Voraussetzung für eine länger andauernde Erwerbstätigkeit, in: Politik und Zeitgeschichte, B 3-4/2001
- Behrens, Johann/Horbach, Annegret/Landenberger, Margarete/Langer, Gero/Prox, Christiane/Solbrig, Brigitte (2002a): Arbeits- und Laufbahngestaltung zur Bewältigung begrenzter Tätigkeitsdauer im Generationenaustausch, in: Projektverbund Öffentlichkeits- und Marketingstrategie demographischer Wandel (Hg.), Handlungsanleitungen für eine altersgerechte Arbeits- und Personalpolitik – Ergebnisse aus dem Transferprojekt, Broschürenreihe: Demographie und Erwerbsarbeit, Stuttgart
- Behrens, Johann/Horbach, Annegret/Solbrig, Brigitte (2002b): Wie Sie Ihre Leute vor der Zeit viel zu alt aussehen lassen können. Oder umgekehrt: Arbeits- und Laufbahngestaltung zur Bewältigung begrenzter Tätigkeitsdauer im Generationenaustausch, in: Moschhäuser, Martina (Hg.), Gesund bis zur Rente. Konzepte gesundheits- und altersgerechter Arbeits- und Personalpolitik, Broschürenreihe: Demographie und Erwerbsarbeit, Stuttgart
- Beirat für Wirtschaft- und Sozialfragen (2007): Chance Bildung – Konzept der österreichischen Sozialpartner zum lebensbegleitenden Lernen als Beitrag zur Lissabon-Strategie, Oktober 2007, Bad Ischl
- Bergmann, Nadja/Gutknecht-Gmeiner, Maria/Wieser, Regine/Willsberger, Barbara (2004): Berufsorientierung und Berufseinstieg von Mädchen in einen geteilten Arbeitsmarkt, AMS report 38, Wien
- bfi Kärnten (2008): Information zum neuen Projekt „Xund & Gscheid“, <http://www2.bfi-kaernten.or.at/bfiktn/index.php?xund>, download 20. 5. 2008
- Biffel, Gudrun (2006): Ausbildung und Arbeitsmarkt – Wo stehen Österreichs Jugendliche im EU-Vergleich? WIFO-Vorträge. 100/2006
- Biffel, Gudrun (2007): Was können wir von Australien und dem Vereinigten Königreich lernen? In: Biffel, Gudrun/Lassnigg, Lorenz (Hg.), Weiterbildung und lebensbegleitendes Lernen, Vergleiche Analyse und Strategievorschläge für Österreich, AK Wien, Materialien zu Wirtschaft und Gesellschaft, 102, S. 9-35
- Blossfeld, Hans-Peter/Hofäcker, Dirk/Hofmeister, Heather/Kurz, Karin (2008): Globalisierung, Flexibilisierung und der Wandel von Lebensläufen in modernen Gesellschaften, in: Szydlik, Marc (Hg.), Flexibilisierung – Folgen für Arbeit und Familie, Wiesbaden
- Blossfeld, Hans-Peter/Hofmeister, Heather (2006): Globalife: Lebensverläufe im Globalisierungsprozess; Ein international vergleichendes Forschungsprojekt, gefördert durch die Volkswagen-Stiftung; Projektskizze, Kernergebnisse und Buchpublikation, <http://www.uni-bamberg.de/sowie/soziologie-i/globalife>, download 26. 2. 2008
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2006): Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit, Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik, 7. Familienbericht, Bonn
- BMSK (Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz) (2007): Rehabilitation. Eine Orientierungshilfe zum Thema Behinderungen, Einblick 3, Broschüre, Wien
- BMWA (Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit) (2003): Bericht der Bundesregierung 2003. Sicherheit und Gesundheit in der Arbeit, Deutschland
- BMWA (Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit) (2007): Die Tätigkeit der Arbeitsinspektion im Jahr 2006, Wien

- Bosch, Gerhard/Haipeter, Thomas/Jansen, Andreas/Latnik, Erich/Lehndoff, Steffen (2006): From sheltered carrier towards patchwork biographies? Life course changes and the national employment model of Germany, unveröffentlichtes Konferenzpapier, Växjö University
- Buck, Hartmut/Kistler, Ernst/Mendius, Hans Gerhard (2002): Demographischer Wandel in der Arbeitswelt. Chancen für eine innovative Arbeitsgestaltung. Broschürenreihe: Demographie und Erwerbsarbeit, Stuttgart
- CAWA Bulletin (2008): Erfolgreiche Wiedereingliederung von BauarbeiterInnen in Schweden, Internationaler Newsletter des ESF-Projektes „Creative Approaches to Workforce Ageing“, Ausgabe 3
- Dragano, Nico (2007): Arbeit, Stress und krankheitsbedingte Frührenten. Zusammenhänge aus theoretischer und empirischer Sicht, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Endrich, Romana (2007): Horizonte 40+. Neue berufliche Perspektiven für ArbeitnehmerInnen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich. Bericht zum Projektabschluss, Juni 2007
- Europäische Kommission (2006): Gemeinsamer Beschäftigungsbericht 2005/2006 – Mehr und bessere Arbeitsplätze: Umsetzung der Prioritäten der Europäischen Beschäftigungsstrategie, Luxemburg
- Fasching, Melitta (1999): Arbeitsbedingungen in Österreich, Studie im Auftrag des Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Wien
- Fessler, Ulrich (1997): Der schwierige Weg zum neuen Beruf. Problembereiche in der beruflichen Rehabilitation und einige Lösungsvorschläge, Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Sonderdruck, 30. Jahrgang
- FGÖ (Fonds Gesundes Österreich) (2006): Gesunde Klein- und Mittelbetriebe. Gesundes MitarbeiterInnen – Erfolgreiche Unternehmen, Wien
- Fitzenberger, Bernd/Spitz, Alexandra (2003): Die Anatomie des Berufswechsel: Eine empirische Bestandsaufnahme auf Basis der BIBB/IAB-Daten 1998/1999, ZEW discussion paper No. 04-05
- Geißler-Gruber, Brigitta (2005): Alternsgerechte Arbeitskarrieren. Endbericht des Submoduls „Partizipative Entwicklung alter(n)sgerechter Berufsverläufe und Karriere-Modelle in Unternehmen“, Juli 2005
- Geißler-Gruber, Brigitta (ohne Jahr): „Arbeitsbewältigungs-Coaching“. Ein Beratungswerkzeug zum Erhalt des Arbeitsvermögens und für mehr Lebensqualität im Beruf
- Greenan, Nathalie/Kalugina, Ekaterina/Walkowiak, Emmanuelle (2007): The transformation of work, Trends in work organisation, WORKS project report D 9.2.2, Leuven
- Gregoritsch, Petra/Kalmár, Monika/Wagner-Pinter, Michael (2002): Zunehmende Einkommensungleichheit zwischen Frauen und Männern, Berichtsband 3 des Gesamtprojektes, BMWA (Hg.), Wien
- Hall, Anja (2007): Beruflichkeit: Fundament oder Hindernis für Flexibilität? Berufswechsel von dual ausgebildeten Fachkräften, in: Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis (BWP) Jahrgang 36, Heft 4
- Hasselhorn, Hans-Martin/Tackenberg, Peter/Büscher, Andreas/Stelzig, Stephanie/Kümmerling, Angelika/Müller, Bernd Hans (2003): Wunsch nach Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland, Übersetzung aus „Working Conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe“, NIWL, Stockholm

- Hecker, Dominik/Galais, Nathalie/Moser Klaus (2006): Atypische Erwerbsverläufe und wahrgenommene Fehlbelastungen, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund, Berlin, Dresden
- Henke, Justus (2007): Beständigkeit von Beschäftigungsverhältnissen – Eine Ereigniszeitanalyse auf Basis des Mikrozensus; in: Statistische Nachrichten 7/2007
- Hollederer, Alfons (2003): Arbeitslos – Gesundheit los – chancenlos?, IAB Kurzbericht Nr. 4, 21. 3. 2003
- <http://netzwerke.oegb.at/gesundearbeit/>, download 18. 2. 2008
- <http://www.auva.at>, download 18. 2. 2008
- <http://www.bbrz.at>, download 18. 2. 2008
- <http://www.servicearbeitgesundheit.at>, download 18. 2. 2008
- <http://www.zukunftszentrum.at>, download 18. 2. 2008
- Hundstorfer, Rudolf/Leitl, Christoph/Sorger, Veit/Tumpel, Herbert (2008): Pressekonferenz. Aktionsplan für Ältere ArbeitnehmerInnen, Wien, 23. April 2008
- Jelenko, Marie/Kaup, Isabella/Kein, Christina/Mosberger, Brigitte (2007): Erwerbsbiographien und Qualifikationsprofile von Diplomierten Pflegebediensteten, Wien, März 2007
- Köchling, Annegret (2000): Leitfaden zur Früherkennung altersstruktureller Probleme im Betrieb, Transferprojekt „Öffentlichkeits- und Marketingstrategie demographischer Wandel“
- Korn, Karin/Pichler, Birgit/Steiner, Sandra/Wolf, Bernhard (2008): (f)itworks. Modellprojekt zur Gesundheitsförderung arbeitsuchender Menschen im arbeitsmarktpolitischen Setting, Informationsbroschüre
- Krenn, Manfred/Vogt, Marion (2004): Ältere Arbeitskräfte in belastungsintensiven Tätigkeitsbereichen: Probleme und Gestaltungsansätze, FORBA-Forschungsbericht 01/2004
- Krenn, Manfred/Vogt, Marion (2007): „... da kräht kein Hahn nach Ihnen.“ Die Situation von „älteren“ Arbeitslosen und ihre Chancen auf Reintegration in Beschäftigung, FORBA-Forschungsbericht 01/2007
- Krenn, Manfred/Vogt, Marion (2007a): Ergebnisse der TeilnehmerInnenbefragung der Qualifizierungsmaßnahmen und der Unternehmensberatung, FORBA-Forschungsbericht Nr. 03/2007, Studie erstellt im Rahmen des EQUAL-Projektes „AGEpowerment“, gefördert aus Mitteln des Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit und des Europäischen Sozialfonds
- Lassnigg, Lorenz (2007): Überlegungen und Befunde zu einer LLL-Strategie in Österreich www.erwachsenenebildung.at/magazin, download Februar 2007
- Lutz, Hedwig (2003): Verdienstaufschlag von Frauen mit Kindern; in: Guger, Alois (Projektleiter), Schätzung der direkten und indirekten Kinderkosten, WIFO-Studie, Wien
- Mahringer, Helmut (2004): Recent Trends in Job Stability: Evidence from Austrian Social Security Records; in: Huber, Peter/Mahringer, Helmut/Schöberl, Marianne/Smeral, Kristin (Hg.), Arbeitsplatzreallokation und Arbeitskräftemobilität, WIFO, Wien, S. 37-72
- Mairhuber, Ingrid (2006): Regulierung und Absicherung von Übergängen im weiblichen und männlichen Lebenserwerbsverlauf in Österreich. Kontinuitäten, Wandel und Herausforderungen, FORBA Schriftenreihe 4/2006

- Mairhuber, Ingrid (2008): Entwicklung der österreichischen Alterssicherung seit den 80er Jahren; in: Herman, Christoph/Atzmüller, Roland (Hg.), Von der brüchigen Kontinuität zum kontinuierlichen Bruch? Elemente zur Analyse der Veränderung des österreichischen Modells, edition sigma, Berlin, im Erscheinen
- Mandl, Irene/Dorr, Andrea/Egger-Subolitsch, Andrea/Leuprecht, Eva (2006): BerufswechslerInnen am österreichischen Arbeitsmarkt. Perspektiven und Chancen in Klein- und Mittelunternehmen, AMS report 50, Wien
- Markowitsch, Jörg/Hefler, Günther (2003): Weiterbildung in Österreich im europäischen Vergleich I, Ergebnisse und Analyse der 2. Europäischen Erhebung zur betrieblichen Weiterbildung (CVTS II); Materialien zur Erwachsenenbildung Nr1/2003
- Molnar, Martina/Geißler-Gruber, Brigitta/Haiden, Christine (2007): Impuls Test. Analyse von Stressfaktoren und Ressourcen im Betrieb, 11. aktualisierte Auflage 2007
- Moser, Cornelia/Weidenhofer-Galik, Beatrix (2007): Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand, Mikrozensus-Arbeitskräfte – Ad-hoc-Modul 2006; in: Statistische Nachrichten 12/2007
- ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) (2006): Österreichischer Pflegebericht, Wien, Mai 2006
- ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) (2007): Österreichischer Pflegebericht 2007, Wien, Mai 2007
- Pack, Jochen/Buck, Hartmut/Kistler, Ernst/Mendius, Hans Gerhard/Moschhäuser, Martina/Wolff, Heimfrid (2000): Zukunftsreport demographischer Wandel. Innovationsfähigkeit in einer alternden Gesellschaft, Bonn
- Packebusch, Lutz/Weber, Birgit (2000): Alternsgerechte Gestaltung von Berufslaufbahnen im Handwerk; in: Personalführung 04/2000
- Packebusch, Lutz/Weber, Birgit (2002): Laufbahngestaltung im Kleinbetrieben, in: Projektverbund Öffentlichkeits- und Marketingstrategie demographischer Wandel (Hg.), Handlungsanleitungen für eine alternsgerechte Arbeits- und Personalpolitik – Ergebnisse aus dem Transferprojekt, Stuttgart
- Parent-Thirion, Agnès; Fernández Macías, Enrique; Hurley, John; Vermeylen, Greet (2007): Fourth European Working Conditions Survey, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin
- Pfeiffer, Christiane (2002): Familienbildungsprozesse aus der Lebensverlaufperspektive, in: SWS-Rundschau 3/2000
- Rerych, Rosemarie/Nöhmayer, Kurt (2005): Das EQUAL-Projekt AEIOU. AEIOU Abschlussbericht
- Salfinger, Brigitte/Sommer-Binder, Guido (2007): Erhebung über die betriebliche Bildung (CVTS3), in: Statistische Nachrichten 12/2007
- Schneeberger, Arthur (2005): Herausforderungen der Aus- und Weiterbildungspolitik durch Strukturwandel, Migration und Internationalisierung; in: ibw-Mitteilungen, 1.Quartal 2005, Wien
- Schneeberger, Arthur (2006): Sekundärstatistische Analyse ausbildungsbezogen benachteiligter Jugendlicher, in: Dornmayer, Helmut/Schlögl, Peter/Schneeberger, Arthur/Wieser, Regine (Hg.), Benachteiligte Jugendliche – Jugendliche ohne Berufsbildung, AMS, März 2006

- Simon, Michael/Tackenberg, Peter/Hasselhorn, Hans-Martin/Kümmerling, Angelika/Büscher, Andreas/Müller, Bernd Hans (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland, Universität Wuppertal, <http://www.next.uni-wuppertal.de>, download 25. 2. 2008
- Slana-Jöbstl, Manfred/Leodolter, Kurt (2007): ABI als Monitor der Arbeitsfähigkeit in Pflegeberufen; in: *Sichere Arbeit* 3/2007, S. 30-35
- Stagel, Wolfgang/Nemella, Joachim (2002): Arbeitssituation freier Dienstnehmer/-innen in Oberösterreich; in: *WISO* 4/2002
- Statistik Austria (2004): Lebenslanges Lernen, Ergebnisse des Mikrozensus Juni 2003, Wien
- Statistik Austria (2004a): Arbeitsstättenzählung 2001, Hauptergebnisse Österreich, Wien
- Statistik Austria (2007): Frauen und Männer in Österreich – Statistische Analysen zu geschlechtsspezifischen Unterschieden, Wien
- Statistik Austria (2007a): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2006, Wien
- Statistik Austria (2007b): Arbeitskräfteerhebung 2006, Ergebnisse des Mikrozensus, Wien
- Streicher, Friedrich (2008): „workfit“ für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen“, Vortrag bei der Enquete des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz „Invalidität im Wandel“, 5. und 6. Februar 2008
- Ulbricht, Sabine/Jahn, Frauke/Kici, Gülcer (2005): Mein nächster Beruf – Personalentwicklung für Berufe mit begrenzter Tätigkeitsdauer, Projektbeschreibung – Ergebnisse
- Vaupel, James W./Loichinger, Elke (2006): Redistributing Work in Aging Europe; in: *Science*, Vol. 312, 30 June 2006, S. 1911-1913
- Vogt, Marion (2003): Branch Survey on Working Conditions: Hotels and Restaurants. National Report Austria, FORBA Research Report 6/2003
- WIFO (Wirtschaftsforschungsinstitut) (2008): Fehlzeitenreport 2007. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich, Wien
- Zembaty, Ilse (2007): SGM: Die Bewährungsprobe; in: *Sichere Arbeit* 3/2007, S. 16-19