Wolfgang Panhölzl

DER LANGE WEG ZUR „GESUNDHEITSSTRASSE“

1. BEDARF NACH EINER „GESUNDHEITSSTRASSE“

Die „Gesundheitsstraße“ wurde schon seit Jahrzehnten von verschiedenen Seiten gewünscht, gefordert und wieder verworfen. Im Rahmen des großangelegten Projekts „Invalidität im Wandel“[1] des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz hat die „Gesundheitsstraße“ im Cluster 2 ein Ausmaß an Zustimmung und Konkretisierung erreicht, das auf eine Umsetzung hoffen lässt. „Gesundheitsstraße“ ist seit geraumer Zeit ein Arbeitstitel, hinter dem das Konzept einer einheitlichen, standardisierten, zentralen und verbindlichen Feststellung der Arbeitsfähigkeit steht. Im Grunde ist an ein Kompetenzzentrum gedacht, das als Dienstleister (für Pensionsversicherungsträger, das AMS, etc.) die medizinische und berufskundliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vornehmen soll. Weiters sollen auf Basis der erstellten Gutachten medizinische und berufliche Rehabilitationsempfehlungen erteilt werden. Im Folgenden wird anstelle des in die Jahre gekommenen Begriffs „Gesundheitsstraße“ die aussagekräftigere Bezeichnung „Kompetenzzentrum Arbeitsfähigkeit“ verwendet.

Dem vorliegenden Konzept für ein Kompetenzzentrum Arbeitsfähigkeit (KompAf) liegt die einvernehmliche Wahrnehmung durch die betroffenen Institutionen, Ministerien und auch die Sozialpartner zugrunde, dass die Schnittstelle zwischen Pensionsversicherung und Arbeitsmarkservice von unterschiedlichen Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit geprägt ist. Das heißt, es kommt zu Begutachtungen durch das AMS und – in weiterer Folge bei der Antragstellung auf eine Pension – durch die PVA, die oft unterschiedliche Beurteilungen der Berufsunfähigkeit oder Invalidität zum Ergebnis haben. Die Betroffenen werden mehrfach untersucht, zwischen den Institutionen hin und her geschickt, ohne eine zuverlässige Auskunft über den Status ihrer Erwerbsfähigkeit zu erhalten. In der dritten Phase landen sie beim Arbeits- und Sozialgericht und dann wieder beim Arbeitsmarktservice, das die Betroffenen nach einer gewissen Zeit wieder zur Pensionsversicherung schickt, womit der Kreislauf von Neuem beginnt. Ein Durchlauf – AMS, PVA, Sozialgericht mit dreimaliger Gesamtbegutachtung – dauert durchschnittlich ein bis zwei Jahre und wird nicht selten mehrfach wiederholt. Das Tragische darin ist, dass sich während der Jahre des Im-Kreis-geschickt-Werdens, der Gesundheitszustand – nicht zuletzt aufgrund der enormen psychischen Belastung – kontinuierlich verschlechtert, und die Betroffenen nach drei, vier oder noch mehr Jahren tatsächlich arbeitsunfähig werden.

Statistisch lässt sich der Bedarf nach einem KompAf durch eine Studie der Landesstelle Wien der Pensionsversicherungsanstalt aus dem Jahr 2007 untermauern. Demnach stehen ledig-

[1] An diesem Projekt, das im Sommer 2007 begonnen wurde und im Herbst 2008 abgeschlossen sein soll, sind die wichtigsten Akteure, die mit dem Phänomen „Minderung der Erwerbsfähigkeit“ konfrontiert sind, beteiligt: die Sozialversicherungsträger, die beruflichen Interessensvertretungen, die Bundesministerien für Soziales und für Finanzen, die Bundesländer, das Arbeitsmarktservices, das Bundessozialamt, etc. Organisiert in die drei Cluster „Prävention“, „Schnittstellenproblematik“ und „Rechtliche Rahmenbedingungen“ sollen neue Wege gefunden werden, um dem Problem Minderung der Erwerbsfähigkeit besser begegnen zu können.

Sozialpolitik in Diskussion, Band 8/2008: Seiten 40–44

lich 14% der AntragstellerInnen einer Invaliditätspension zum Antragszeitpunkt in Beschäftigung. 76% der AntragstellerInnen beziehen zum Antragszeitpunkt eine Leistung der Arbeitslosenversicherung. 10% sind weder beschäftigt noch arbeitslos gemeldet. Über die Pensionsanträge einer repräsentativen Stichprobe wurde zu einem Drittel mit Gewährungen entschieden, zu zwei Dritteln erfolgten Ablehnungen. Die AntragstellerInnen kehren in den Status der Arbeitslosigkeit zurück, ein Teil bringt eine Klage beim Arbeits- und Sozialgericht ein. Von den 21.000 Klagen allein gegen die Bescheide der Pensionsversicherungsanstalt werden wiederum 16.000 (rund 70%) abgelehnt (vgl. Jahresbericht 2007 der PVA). Bekräftigt und ergänzt wird die PVA-Erhebung durch eine Studie des Wirtschaftsforschungsinstitutes (vgl. Guger/Mayrhuber/Platsch 2007, 238), in der die Dauer zwischen Erwerbsaustritt und Pensionseintritt untersucht wurde. Gegenstand der Analyse waren die Pensionsneuzuerkennungen wegen Invalidität zwischen 1998 und 2005 (164.097 Fälle). Grundsätzlich gibt es den Trend, dass der Anteil der Direktübertritte aus dem Erwerbsleben sinkt (1998: ca. 41%; 2005: ca. 37%). Bei 27% der zuerkannten Invaliditätspensionen beträgt die Dauer zwischen Erwerbsaustritt und Pensionseintritt von zwei Monaten bis zu zwei Jahren, bei 12% zwischen zwei und vier Jahren und bei 25% vier Jahre und länger. Das Übergangsverhalten von Männern und Frauen ist in etwa gleich.

Die hohe Anzahl der abgelehnten Anträge aus dem Status der Arbeitslosigkeit und die zum Teil extrem lange Übergangsphase zwischen Erwerbsaustritt und Pensionseintritt, die überwiegend im Status der Arbeitslosigkeit verbracht wird, sind Beleg für ein in hohem Ausmaß ineffizientes Zugangsverfahren und Case-Management. Zum einen „pendeln“ arbeitslose und kranke Menschen jahrelang zwischen dem AMS, der Pensionsversicherungsanstalt und dem Arbeits- und Sozialgericht, zum anderen werden vorhandene Indikatoren für eine drohende Invalidität (Daten des AMS aus medizinischen Gutachten, Daten der Gebietskrankenkasse über Diagnosen, Dauer und Häufigkeit von Krankenständen, etc.) nur unzureichend für möglichst frühzeitige Interventionen genutzt. Diese Defizite führen bei den Betroffenen zu Frustrationen und zur Verschlechterung ihres gesundheitlichen Zustandes und tragen letztlich wesentlich dazu bei, dass sie „pensionsreif“ werden oder sich „pensionsreif“ fühlen.

Eine frühzeitige, rasche und für alle Stellen verbindliche Feststellung der Arbeitsfähigkeit würde aus Sicht der Arbeitsgruppe des Clusters 2 ein effizienteres Zugangsverfahren und Case-Management ermöglichen.

2. MÖGLICHE PARTNER DES KOMPETENZZENTRUMS ARBEITSFÄHIGKEIT

Als Partner kommen grundsätzlich alle Träger und Institutionen in Betracht, für deren Tätigkeit die Feststellung der beruflichen Leistungsfähigkeit relevant ist (Pensions-, Kranken- und Unfallversicherungsträger, das AMS, das Bundessozialamt, Berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum, Bund, Länder, etc.). Das derzeitige Problem besteht darin, dass die genannten Träger die Minderung der Erwerbsfähigkeit und die daraus zu ziehenden Konsequenzen eigenständig und naturgemäß den Trägerinteressen entsprechend beurteilen. Es kommt häufig zu Doppelt- und Mehrfachuntersuchungen, weil die Betroffenen mit verschiedenen Trägern in Kontakt kommen, gleichzeitig fehlen einheitliche Standards der medizinischen und berufskundlichen Beurteilung.

Sozialpolitik in Diskussion, Band 8/2008: Seiten 40–44

Ein Kompetenzzentrum, das von Beginn an Servicecenter für alle betroffenen Institutionen ist, erscheint aufgrund des großen organisatorischen Aufwandes und aufgrund des Umstandes, dass mit dem KompAf Neuland betreten wird, nicht sinnvoll umsetzbar. Es empfiehlt sich eine mehrstufige Umsetzung des Kompetenzzentrums. In einem ersten Schritt sollten lediglich die Pensionsversicherungsträger, das AMS und die Träger der Sozialhilfe einbezogen werden. Sinnvoll erscheint auch die Einbeziehung etwaiger „Frühwarnsysteme" (Gesundheitsstiftungen etc.) soweit es um die Feststellung der Arbeitsfähigkeit und die Empfehlung von Rehabilitationsmaßnahmen geht.

3. AUFGABEN DES KOMPETENZZENTRUMS ARBEITSFÄHIGKEIT

Es sind drei Kernaufgaben ins Auge gefasst:

- Die Feststellung der Invalidität
- Die Feststellung der beruflichen (Rest-)Leistungsfähigkeit
- Die Erteilung von Rehabilitationsempfehlungen.

Diesbezügliche Gutachten sollen auf Basis bundesweit einheitlicher Richtlinien erstellt werden. Dafür sind Standards für medizinische und berufskundliche Gutachten, sowie Standards für Rehabilitationsempfehlungen zu entwickeln. Der Standard der Gutachten ist durch Qualitätsmanagement und durch Service-Level-Agreements[2] sicherzustellen.

Besondere Bedeutung kommt der Verbindlichkeit der Gutachten zu. Die Feststellungen der medizinischen Leistungsfähigkeit ist bezogen auf den Anwendungsbereich (Verweisung auf bestimmte Tätigkeiten) schon aus Haftungsgründen als verbindlich zu erachten. Auch für die Pensionsversicherungsträger muss die Entscheidung über die Berufsunfähigkeit oder Invalidität für einen bestimmten Zeitraum Gültigkeit haben, selbst wenn (noch) kein Pensionsantrag vorliegt.

Rehabilitationsempfehlungen sollen für den, bei der Pensionsversicherungsanstalt eingerichteten, Rehabilitationsausschuss und für Maßnahmen des AMS als Entscheidungshilfe dienen. Die Zuweisung zum KompAf erfolgt bei Vorliegen eines Pensionsantrages über den Pensionsversicherungsträger. Liegt ein solcher nicht vor, erfolgt die Zuweisung durch das AMS, Gesundheitsstiftungen, etc. Damit ist für das AMS die Feststellung der Arbeitsfähigkeit ohne Pensionsantrag im kurzen Weg möglich, was eine deutliche Reduktion der Pensions-Antragszahl und der damit verbundenen Klagen beim Arbeits- und Sozialgericht erwarten lässt. Hinzu kommt die Vermeidung von Doppel- und Mehrfachbegutachtungen.

Gegen ablehnende Pensionsanträge und Leistungsbescheide sollen die bisherigen Rechtsmittelwege offenstehen.

---

[2] Ein Service Level Agreement ist eine Vereinbarung (Vertrag) zwischen zwei Trägern, z.B. Pensionsversicherungsanstalt und AMS, unter welchen Voraussetzungen eine medizinische Begutachtung anerkannt wird. Das heißt konkret, das AMS verpflichtet sich die Gutachten des bei der Pensionsversicherungsanstalt angesiedelten Kompetenzzentrums anzuerkennen, wenn die Gutachten eine – im Agreement festzulegende – bestimmte Qualität aufweisen, die vom AMS durch im Agreement festzulegende Möglichkeiten überprüft werden kann.

4. ORGANISATION DES KOMPETENZZENTRUMS ARBEITSFÄHIGKEIT

Das KompAf sollte im Rahmen der Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger organisiert werden. Denkbar wäre, dass der Hauptverband (Verbandsvorstand) z.B. der Pensionsversicherungsanstalt den Auftrag zur Durchführung der KompAf Aufgaben erteilt, da diese bereits über die organisatorische und weitgehend auch personelle Ausstattung verfügt. Die Einbeziehung anderer Organisationen sollte auf Basis von Service-Level-Agreements gesetzlich geregelt erfolgen. So würde das AMS gesetzlich verpflichtet werden, LeistungsbezieherInnen in das KompAf zuzuweisen und die Gutachten anzuerkennen (derzeit werden ja die Gutachten gegenseitig nicht anerkannt). Diese Verpflichtungen werden jedoch nur wirksam, wenn ein Service-Level-Agreement zustande kommt.

Das KompAf muss als „Bundesträger" mit neun Landesorganisationen nach dem Prinzip „1. Tag in der Landeshauptstadt" organisiert werden. Das heißt, die Betroffenen würden – bei Fahrtkostenersatz – aus den Regionen der Bundesländer in die jeweilige Landeshauptstadt reisen, um an einem Tag bestmöglich alle Untersuchungen zu absolvieren.

5. FINANZIERUNG

Aufgrund der Vermeidung von Doppelbegutachtungen, der geringeren Anzahl von Verfahren vor dem Arbeits- und Sozialgericht und sonstiger Synergieeffekte der Vereinheitlichung und Verkürzung von Verfahren ist gegenüber dem Jetztzustand, auch ohne Vorliegen von exakten Daten, kurz- bis mittelfristig eine deutliche Kostenreduktion zu erwarten. Wobei über die Kostenaufteilung (oder Kostenbeteiligung) zwischen den betroffenen Institutionen noch zu reden sein wird. Wenn man dem KompAf näher tritt, sind jedenfalls exakte Berechnungen dieses Potenzials durchzuführen.

Auf bestehende Expertisen sollte nicht verzichtet werden. Das heißt, das KompAf wird nicht alle Gutachten selbst erstellen, sondern auch – wie heute bei allen beteiligten Partnern üblich – Aufträge zur Gutachtenserstellung erteilen und dabei auf bewährte DienstleisterInnen (wie BBRZ, FachärztInnen, etc.) zurückgreifen.

6. NUTZEN FÜR DIE VERSICHERTEN

Für die Versicherten ist heute die geteilte Kompetenz bei der Feststellung der Arbeitsfähigkeit zwischen den einzelnen Institutionen der Verwaltung nicht nachvollziehbar, zumal die Ergebnisse bei (vermeintlich) gleichen Sachverhalten unterschiedlich ausfallen.

Zudem ist die Durchführung von Untersuchungen durch verschiedene Stellen auch für die Versicherten selbst zeit- und kostenintensiv, und stellt zudem eine psychische Belastung dar.

Sozialpolitik in Diskussion, Band 8/2008: Seiten 40–44

Im Sinne einer transparenten bürgerInnennahen Verwaltung liegen die Vorteile bei den Versicherten in folgenden Bereichen:

- Einmalige Untersuchung(en)
- Verbindliches Ergebnis mit einer Entscheidungsoption, weil das Begutachtungsergebnis für einen Zeitraum in die Zukunft gilt. Ein Pensionsantrag kann, muss aber nicht gestellt werden
- Bekanntgabe der zu erwartenden Pensionsleistung aus dem Versicherungsfall der Krankheit zum Zeitpunkt der medizinischen Untersuchung (eventuell auch Pensionshöhe zum Regelpensionsalter als Vergleich)
- Information über die Möglichkeiten beruflicher oder medizinischer Rehabilitation.

Die bisher aufeinander folgenden Prozessschritte werden zu einem einzigen, parallel laufenden Prozess, an dessen Ende alle Möglichkeiten gleichzeitig aufgezeigt werden.

Der Entscheidungsfreiraum und die Möglichkeiten, die im individuellen Fall vorliegen, werden für die Versicherten dadurch größer, deren Abhängigkeit hingegen geringer.

BIBLIOGRAPHIE

Guger, Alois, Christine *Mayrhuber* und Daniela *Platsch* (2007), Invaliditäts-/Erwerbsunfähigkeitspensionen: Analysen für Österreich und internationale Erfahrungen, in: Soziale Sicherheit 5/2007, 232-248.

Sozialpolitik in Diskussion, Band 8/2008: Seiten 40–44