Gernot Mitter

FRÜHZEITIGE REHABILITATION – DROHENDE INVALIDISIERUNG RECHTZEITIG ERKENNEN UND VERMEIDEN

„Gesundheitsstiftungen" – ein Netz von Beratungsstellen für Arbeitsfähigkeit, Gesundheit und Arbeitsplatzerhalt

EINLEITUNG

Es besteht weithin Einigkeit unter Fachleuten und politischen VerantwortungsträgerInnen, dass die demographische Entwicklung eine Verlängerung der Erwerbstätigkeit, ein Hinausschieben des faktischen Pensionsantrittsalters erfordert. Kurzum, an die ArbeitnehmerInnen wird die Anforderung gestellt, länger zu arbeiten. Den wenigsten ist aber bewusst, dass älter werdende ArbeitnehmerInnen keineswegs länger gesund bleiben. „Arbeiten im Alter" heißt deshalb vielfach „arbeiten mit Krankheit". Die hohen Anforderungen der heutigen Arbeitswelt führen mit zunehmendem Alter häufig zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Dauerndes Heben und Tragen, langes Stehen, dauernder Kontakt zu KundInnen oder der Umgang mit bestimmten Chemikalien kann dann zum Problem werden. Ist dies der Fall, haben es die Betroffenen schwer, ihre berufliche Tätigkeit bis zum Regelpensionsalter auszuüben.

Obwohl sich gesundheitliche Abbauprozesse sehr lange ankündigen, gibt es derzeit kaum funktionierende Frühwarnsysteme, um einer Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit gezielt entgegenzuwirken. So bleiben zu viele ArbeitnehmerInnen so lange in ihrem Job, bis sich ihr Gesundheitszustand soweit verschlechtert, dass eine Erwerbsunfähigkeit droht. Wenn sie ihren Arbeitsplatz verlieren, oszillieren sie dann wiederum zwischen den Systemen Krankenstand, Pensionsantrag (Pensionsvorschuss), Arbeitslosengeld bzw. Notstandshilfe oder gar Sozialhilfe. Denn gerade bei eher schlecht ausgebildeten ArbeitnehmerInnen wirkt die Benachteiligung beim Berufs- und Tätigkeitsschutz in der Arbeitslosen- und Pensionsversicherung in einer Art und Weise, die berechtigt zum Ausspruch führt „Für den Arbeitsmarkt zu krank, für die Pension zu gesund".

Befindet sich jemand über einen geraumen Zeitraum in dieser „Systemfalle", ist die Rückführung in den Arbeitsmarkt überaus schwierig und aufwändig.

Durch die Aufsplitterung der Zuständigkeiten auf behördlicher Ebene (Pensionsversicherungsanstalt, Gebietskrankenkassen, Arbeitsmarktservice, Bundessozialamt, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt etc.) haben Betroffene und Unternehmen oft Schwierigkeiten, überhaupt die passende Ansprechstelle zu finden.

Das führt leider häufig dazu, dass sich Betroffene im Dschungel der Zuständigkeiten zwischen den Institutionen schwer zurechtfinden und daher oft nicht zu den für sie passenden Angeboten finden.

Sozialpolitik in Diskussion, Band 8/2008: Seiten 55–60

ArbeitgeberInnen sind an einfachen, unbürokratischen Lösungen interessiert und ziehen mangels Alternativen oftmals die Kündigung der betreffenden MitarbeiterInnen vor. In kleineren Unternehmen fehlt es häufig an Wissen über Mittel und Möglichkeiten, um richtig und rechtzeitig auf Leistungseinschränkungen von MitarbeiterInnen zu reagieren. Die Tabuisierung von Krankheit auf der betrieblichen Ebene gerade unter den ArbeitnehmerInnen trägt überdies dazu bei, dass auf sich verschlechternde Gesundheitszustände in den Betrieben nicht, zu spät oder inadäquat reagiert wird. Den ArbeitgeberInnen fehlen überdies Anreize für eine intensivere Beschäftigung mit dem Schutz der Gesundheit ihrer Beschäftigten – noch können sie auf ein ausreichendes Arbeitskräfteangebot auf dem Arbeitsmarkt zurückgreifen. Zusätzliche Rekrutierungskosten sind häufig die einzigen finanziellen Folgen für Betriebe, die nichts gegen den Gesundheitsverschleiß ihrer Beschäftigten tun und erkrankte ArbeitnehmerInnen sofort kündigen.

Die Unterstützung gesundheitlich beeinträchtigter ArbeitnehmerInnen am Arbeitsplatz durch Lohnkostenzuschüsse, Umschulungsmaßnahmen oder Arbeitsplatzadaptionen stellt eher die Ausnahme in den heimischen Betrieben dar. Es gibt bei den Betroffenen und in den Betrieben einfach zu wenig Wissen über diese Möglichkeiten. Zudem ist das Nutzen dieser Möglichkeiten durch den schon beschriebenen „Zuständigkeitsdschungel“ sehr aufwändig.

Obwohl der Grundsatz „Rehabilitation vor Pension“ per Gesetz definiert ist, erhalten ArbeitnehmerInnen aufgrund dieser Wissenslücke und wegen der Zersplitterung von Zuständigkeiten, Kompetenzen und Unterstützungsangeboten nur in geringem Ausmaß Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen. Diese beschränken sich noch dazu vielfach auf Aufenthalte in medizinischen Rehabilitationszentren oder Kuranstalten. Frühzeitiges Eingreifen und Unterstützen in den jeweiligen Betrieben, um einerseits die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der betroffenen ArbeitnehmerInnen, andererseits deren Arbeitsplatz zu erhalten, kommt so gut wie nicht vor.

Vor diesem Hintergrund wurden im Jahr 2005 zwei Pilotprojekte[1] vom AMS Wien und Niederösterreich im Rahmen des von den Sozialpartnern kofinanzierten AMS-Sonderprogrammes für ältere Beschäftigte und Arbeitslose gestartet, die mittlerweile zum Bestandteil der Regelarbeitsprogramme dieser beiden AMS-Landesorganisationen geworden sind. Diese beiden Pilotprojekte konnten auf Erfahrungen aus mehreren, im Rahmen der Gemeinschaftsinitiative EQUAL, durchgeführten Projekten zurückgreifen.

Im Folgenden soll am Beispiel des in Wien vom Beruflichen Bildungs- und Rehabilitationszentrum Wien (BBRZ Wien) im Auftrag des AMS Wien, der Wiener Gebietskrankenkasse, des Wiener ArbeitnehmerInnen-Förderungsfonds und des Bundessozialamtes für Wien durchgeführten Projektes „Service Arbeit und Gesundheit“ genauer geschildert werden, welche Zielsetzungen mit diesen Projekten mit welchen Methoden und Ergebnissen verfolgt werden. Abschließend soll dargestellt werden, welche Voraussetzungen für ein österreichweites Netz an solchen Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten im Sinne des Regierungsvorhabens „Beratungs-, Betreuungs- und Eingliederungsangebote für gesundheitlich gefährdete oder beeinträchtigte ArbeitnehmerInnen systematisieren und bündeln (Ziel: flächendeckendes Angebot)“ (vgl. Regierungsprogramm 2007, 49) notwendig sind und erarbeitet werden müssen.

[1] „Service Arbeit und Gesundheit“ in Wien, „workfit“ in Niederösterreich.

Sozialpolitik in Diskussion, Band 8/2008: Seiten 55–60

1. ZIELSETZUNG UND ARBEITSWEISE DER „BERATUNGSSTELLEN FÜR ARBEITSFÄHIGKEIT, GESUNDHEIT UND ARBEITSPLATZERHALT“

Herr A. ist 35 Jahre alt, Ingenieur und seit zwölf Jahren im gehobenen technischen Dienst in einem großen Luftfahrtunternehmen tätig. Die Belastung bei der Arbeit ist hoch – Schichtdienste, Zeitdruck – und Herr A. ist ein äußert engagierter Mitarbeiter. Private Veränderungen kommen dazu, eines Tages wird der Druck zu groß: Herr A. wird psychisch auffällig, er äußert nicht nachvollziehbare Angst- und Verfolgungsideen und muss von seinem Vorgesetzten nach Hause gebracht werden. Ein Spitalsaufenthalt ist notwendig, der anschließende Krankenstand dauert einige Monate. Als der Wiedereinstieg bevorsteht, wendet sich die Betriebsärztin an eine Beraterin des BBRZ. In Eingliederungs- und Potenzialgesprächen mit Herrn A. werden die bisherige Arbeitssituation und die Stressfaktoren ausführlich besprochen. Frühere Berufserfahrungen, Ausbildungen und Qualifizierungen sowie Fähigkeiten und Interessen werden als Potenziale erhoben und mit Herrn A. Einsatzmöglichkeiten in einem weniger belastenden Arbeitsbereich im Unternehmen erarbeitet. Der Betrieb hat großes Interesse Herrn A. weiterzubeschäftigen, es findet vor Ort ein „runder Tisch“ mit Vorgesetztem, Personalleitung, Betriebsärztin, Herrn A. und der Beraterin des BBRZ statt. Das neue Aufgabengebiet wird fixiert und die innerbetrieblichen Umschulungsanforderungen definiert. Um die erreichte psychische Stabilisierung nicht zu gefährden, wird ein Plan für einen kontinuierlichen Anstieg der Arbeitszeit erstellt. Das Unternehmen stellt – unterstützt von der Beraterin des BBRZ – einen Antrag auf Lohnkostenzuschuss als Ausgleich für die einschulungsbedingte Minderleistung. Dieser wird von der Pensionsversicherung schließlich für ein Jahr gewährt. Der Einstieg von Herr A. ins neue Aufgabengebiet nach einem Jahr Krankenstand verläuft sehr gut. Die Beraterin ist weiterhin Ansprechpartnerin für Herrn A. und den Betrieb und vermittelt bei Fragen an die Pensionsversicherung. Auch ein Jahr nach Beginn der Maßnahme ist Herr A. weiterhin beim Unternehmen tätig.

An diesem Beispiel wird die zentrale Zielsetzung der genannten Projekte erkennbar: Es geht zunächst um das Organisieren von Hilfe und Unterstützung zur Überwindung bzw. Stabilisierung gesundheitlicher Beeinträchtigungen von ArbeitnehmerInnen, es geht um den Erhalt der sogenannten Beschäftigungsfähigkeit und des Arbeitsplatzes. Im Ergebnis zielen diese Projekte damit auf das Früherkennen und frühzeitige Bearbeiten von gesundheitlichen Gefährdungen, die mittelfristig eine Invalidisierung der betroffenen Person befürchten lassen und damit auf eine Abwehr der Gefahr eines gesundheitsbedingten Verlusts der Arbeitsfähigkeit. Sie können damit eine wichtige Rolle bei der Vermeidung hohen individuellen Leids und hoher Einkommensverluste für die betroffenen ArbeitnehmerInnen, aber auch zur Vermeidung hoher volkswirtschaftlicher Kosten durch zu frühe Verrentung und durch Verlust wertvoller Arbeitskraft spielen.

Im Rahmen eines Case-Managements werden dabei auf den jeweiligen Einzelfall bezogen vorhandene Förder- und Unterstützungsangebote der unterschiedlichen Systeme sozialer Sicherheit einschließlich der Angebote von Ländern im Rahmen der Sozialhilfe aufgeschlossen. Die Case-ManagerInnen beraten über Gesundheitsförderungsmöglichkeiten, die über die unmittelbare Behandlung der Krankheiten hinausgehen, über Möglichkeiten der Arbeitsplatzadaption und der unter Umständen notwendigen oder sinnvollen beruflichen Umschulung, unterstützen Betriebe bei der Anpassung von Arbeitsabläufen und organisieren eine Unterstützung der Beteiligten bei der Wiedereingliederung eines/r ArbeitnehmerIn in den Betrieb

Sozialpolitik in Diskussion, Band 8/2008: Seiten 55–60

nach langen, krankheitsbedingten Abwesenheiten. Alles erfolgt mit dem Ziel, die aktuelle Beschäftigung der gesundheitlich beeinträchtigen Person möglichst zu erhalten, sie aber jedenfalls so weit zu unterstützen, dass für sie Arbeitsplatzwechsel im Betrieb oder Arbeitgeberwechsel gangbare Wege im Sinne der Vermeidung weiterer Gesundheitsschädigungen werden.

1.1 Erfahrungen und Ergebnisse

Schon aus den erwähnten EQUAL-Projekten musste eine Lehre gezogen werden: Ein nur auf gesundheitlich beeinträchtigte Beschäftigte ausgerichtetes Angebot greift bei weitem zu kurz – es müssen jedenfalls auch arbeitslose ArbeitnehmerInnen einbezogen werden. Denn nach wie vor führen gesundheitliche Probleme sehr rasch zum Verlust des Arbeitsplatzes – so hat insbesondere die Abschaffung des Entgeltfortzahlungsfonds die Beschäftigungssicherheit von ArbeiterInnen mit Gesundheitsproblemen nach den Erfahrungen der Rechtsberatungsstellen der Arbeitkammern deutlich verringert.

Ebenso wenig hat sich die Einschränkung der Zielgruppe auf Beschäftigte über dem 40. Lebensjahr bewährt. Gesundheitsbeeinträchtigungen mit hohem Invalidisierungsrisiko treten bereits bei deutlich jüngeren ArbeitnehmerInnen auf. So richtet sich das Beratungsangebot des Projektes „Service Arbeit und Gesundheit“ mittlerweile an alle Altersgruppen und auch an Arbeitslose, deren Arbeitslosigkeit nicht länger als drei Monate dauert.[2]

Allerdings interessieren sich zunehmend auch Betriebe für das Beratungs- und Unterstützungsangebot des Projektes „Service Arbeit und Gesundheit“, etwa bei der Frage der Wiedereingliederung einer Person in die betrieblichen Abläufe nach längerer gesundheitsbedingter Abwesenheit. Auffallend ist – trotz der einschlägigen Beratungstätigkeit der AUVA und der Arbeitsinspektion – der hohe Bedarf von Unternehmen an Beratung und Hilfe bei gesundheitsfördernden Adaptionen von Arbeitsplätzen und Arbeitsabläufen.

Dass die Angebote des Projektes „Service Arbeit und Gesundheit“ in jenen Branchen und Betrieben mit eher höherer Bestandssicherheit der Arbeitsplätze stärker nachgefragt werden als in Branchen und Betrieben, die auf Erkrankungen von ArbeitnehmerInnen sehr rasch mit Kündigungen reagieren, ist nicht verwunderlich, allerdings sehr bedauerlich: Denn in diesen Branchen arbeiten typischerweise Menschen, die in besonderer Weise von Invalidisierungen gefährdet sind – gering qualifizierte Hilfsarbeits- oder Anlernkräfte mit hoher physischer Belastung, etwa im Bauwesen.

Mit jeweils einem Anteil von 33% waren Erkrankungen des Muskel- und Skelett-Apparates und psychische Erkrankungen die häufigsten Ursachen, die zu einer Betreuung durch das Projekt geführt haben. Herz- Kreislauferkrankungen, neurobiologische Erkrankungen und Allergien waren mit je rund 4% schon deutlich seltener, alle anderen Erkrankungsformen blieben Einzelfälle. Diese Erfahrungen spiegeln die aktuelle Entwicklung bei den Zugangsursachen in krankheitsbedingte Frühpensionen wider – psychische Erkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates sind die zentralen, zur Invalidisierung führenden Krankheitsbilder.

[2] Für gesundheitlich Beeinträchtigte, die länger als drei Monate arbeitslos sind, müssen im Rahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik andere Wege zur Wiederherstellung von Beschäftigungs- und Vermittlungsfähigkeit gegangen werden.

Sozialpolitik in Diskussion, Band 8/2008: Seiten 55–60

Sehr ermutigend sind die Ergebnisse der Einzelfallberatungen und -unterstützungen im Rahmen des Projektes „Service Arbeit und Gesundheit“. Von den bis Ende 2007 unterstützten 521 Personen sind 67% nach Ende der Betreuung in Beschäftigung, je 4% haben entweder einen Antrag auf Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension gestellt oder sind bereits in einer solchen Pension, 11% sind in Umschulungsmaßnahmen, 7% arbeitslos registriert. Das Ziel „Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und der Beschäftigung“ ist damit in rund zwei Drittel der intensiver betreuten Personen erreicht worden – ein im Hinblick auf die in vielen Fällen sehr weit fortgeschrittenen Gesundheitsbeeinträchtigungen sehr hoher Wert. Für weitere knappe 20% konnte wenn schon nicht die Beschäftigung gehalten so doch eine gute Entwicklung abgesichert werden, sei es durch eine Umschulung für einen neuen Beruf, sei es die Ebnung des Weges in die gesundheitsbedingte Frühpension unter Vermeidung der oben angesprochenen Systemfalle.

1.2 Weitere Perspektive

Projekte wie „Service Arbeit und Gesundheit“ erscheinen nach den bisherigen Erfahrungen als eine Erfolgsgeschichte: Mit relativ geringen Investitionen – die Kosten der Beratung und des Organisierens weiterer Unterstützungen betragen pro Einzelfall rund Euro 1.500 bis 2.000 – kann nach den bisherigen Erfahrungen in zwei Drittel der Fälle eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit der Folgearbeitslosigkeit und massivem Invaliditätsrisiko vermieden und die Beschäftigung der betroffenen Personen abgesichert werden. Gleichzeitig wird durch die Methode des Case-Management eine deutliche Steigerung der Effizienz und Effektivität der eingesetzten Förder- und Unterstützungsangebote der Arbeitslosen-, Kranken-, Pensions- und Unfallversicherung erreicht. Durch die Zusammenarbeit aller beteiligten Sozialversicherungsträger in den Projekten werden negative Zuständigkeitskonflikte zulasten der Betroffenen vermieden. Für die betreuten ArbeitnehmerInnen und Betriebe bedeutet die Unterstützung ganz einfach einen deutlichen Zugewinn an Information und die Vermeidung von Zeitverlust und Administrationskosten.

Wie hat das politische System auf die Erfahrungen der Projekte im EQUAL-Förderbogen und im Rahmen des AMS-Sonderprogrammes für ältere ArbeitnehmerInnen bislang reagiert? Die Bundesarbeitskammer fordert durch Beschluss ihrer Hauptversammlung den Aufbau eines bundesweiten Netzes solcher Beratungsstellen. Die Bundesregierung hat sich diese Forderung mit der o.a. Formulierung im Regierungsübereinkommen zu Eigen gemacht. Der Ausbau dieser Beratungsmöglichkeiten wird mittlerweile von beiden Sozialpartnerseiten im Projekt „Invalidität im Wandel“ unter dem Aspekt der Vermeidung von Invalidisierung als Begleitmaßnahme zu einer Reform der Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspension empfohlen. Die Chance auf ein baldiges Ende der Pilotierungsphase und auf einen österreichweiten Roll-out dieses Projektes ist derzeit also gegeben.

Ein solcher Roll-out braucht zunächst ein ausreichendes Budget – es wären rund 20 Millionen Euro von der Kranken-, Pensions- und Arbeitslosenversicherung zur Verfügung zu stellen, damit 15.000 Erstberatungen und rund 10.000 intensive Einzelfallberatungen durchgeführt werden können. Vernünftigerweise sollte der bundesweite Einsatz dieses Beratungs- und Unterstützungsangebotes wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden. Besonders wichtig wäre mehr Wissen über die Motivationslage der Betroffenen, zu erkennen, warum Personen und Betriebe dieses Beratungsangebot annehmen und warum es andere nicht tun. Auf dieser Basis könnten dann sinnvolle Anreizmodelle für die Inanspruchnahme dieser Leistungen geschaffen werden.

Sozialpolitik in Diskussion, Band 8/2008: Seiten 55–60

Jedenfalls sollten Betriebe mit einer branchenuntypischen Häufung von Krankenständen direkt auf dieses Beratungsangebot hingewiesen werden. Auf ArbeitnehmenInnenseite hat sich die Kombination zwischen öffentlicher Bewerbung des Beratungsangebotes und brieflicher Information von Personen, die längere und/oder häufigere Krankenstände insbesondere wegen einer der beiden häufigsten Krankheitsgruppen aufweisen, durch ihre Gebietskrankenkasse bewährt. Eine entsprechende Pflicht zum Handeln der Krankenversicherungen müsste gesetzlich verankert werden.

Derzeit endet die Zuständigkeit der Krankenversicherung bzw. der Pensionsversicherung in Rehabilitationsfällen mit der wiederhergestellten Gesundheit bzw. mit dem Ende der medizinischen bzw. beruflichen Rehabilitation. Beide Sozialversicherungssysteme sind nicht dazu verpflichtet, sich auch noch um die Wiedereingliederung einer beschäftigten Person in einen Betrieb nach der Krankenbehandlung bzw. Rehabilitation zu kümmern. Es sollte daher „betriebliches Eingliederungsmanagement“ als Pflichtleistung der Kranken- bzw. Pensionsversicherung verankert werden, damit die Förderangebote dieser beiden Sozialversicherungszweige voll für diesen Zweck eingesetzt werden können. Derzeit ist das nur durch Einzelfallgenehmigungen und dem hohen Engagement einzelner MitarbeiterInnen der Gebietskrankenkassen bzw. der Pensionsversicherung möglich. Auf eine solche Basis kann aber ein massenweiser Einsatz dieses Beratungs- und Unterstützungsansatzes nicht gestützt werden. Ist die gesetzliche Pflichtleistung „betriebliche Eingliederung ehemals Kranker bzw. Rehabilitierter“ verankert, können in der Folge auch Lücken im derzeitigen Förderangebot – etwa bei der Unterstützung von Personen, die eine herabgesetzte Arbeitszeit am Beginn ihres Wiedereinstieges in den Betrieb brauchen – leichter geschlossen werden.

Insbesondere die Schnittstellenprobleme zwischen Kranken- und Arbeitslosenversicherung bei der Betreuung von arbeitslosen psychisch Erkrankten, bei denen sich typischerweise Phasen der Arbeitsunfähigkeit mit Phasen der Arbeitsfähigkeit abwechseln, sollten Anlass für Überlegungen geben, den Schutz der Arbeitslosenversicherung auch bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit aufrechtzuerhalten und damit den Bezug von Leistungen der Arbeitslosenversicherung auch bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit zu ermöglichen.

Es liegen mittlerweile aus den EQUAL-Projekten und den beiden Pilotprojekten in Wien und Niederösterreich ausreichende Erfahrungen vor, die die hohe Effizienz eines Systems frühzeitiger Rehabilitation in Form einer Einzelfallbetreuung und einer Bündelung von gegebenen Förder- und Unterstützungsmöglichkeiten hinlänglich belegen. Die Kosten eines bundesweiten Einsatzes dieses Instrumentes amortisieren sich bereits bei einer Erfolgsquote von einem Prozent. Die notwendigen Investitionen für die angesprochenen Sozialversicherungstöpfe mit insgesamt 20 Millionen Euro sind überschaubar.

Es kann, es sollte, es muss daher rasch gehandelt werden.

BIBLIOGRAPHIE

Regierungsprogramm für die XIII. Gesetzgebungsperiode (2007).