

Die Reform der Invaliditätspension war laut der Mitte dieses Jahres durchgeführten Rechnungshofprüfung bisher nicht sehr erfolgreich. Anstatt einer Entlastung werden dem Budget in den Jahren 2014-2018 Mehrkosten zwischen 100 und 200 Millionen Euro entstehen. Dies liegt gemäß Rechnungshof (neben der höheren Geldleistung bei Reha-Maßnahmen) zum einen am Zusatzaufwand für Case-Management, zum anderen an der niedrigen Genesungsrate (11-16%) und Wiedereingliederungsrate (12-25%) der ehemaligen Rehageld-Bezieher. So waren für 2015 2500 Personen in beruflicher Rehabilitation geplant, es wurden schließlich jedoch nicht einmal 200.

Thomas Czipionka, Senior Researcher im Bereich angewandter Gesundheitsökonomie am Institut für Höhere Studien (IHS) und promovierter Mediziner, sieht den Grund dafür in einem zur Zeit der Einführung noch relativ unausgereiften System, weshalb die Veränderungen eher nur kosmetischer Art gewesen seien. „Viele Begleitinstrumente waren noch nicht realisiert und so blieb vor allem die Umbenennung der befristeten Invaliditätspension in das Rehabilitationsgeld“, sagt Czipionka. „In unseren Studien sehen wir, dass man Leute nicht zwangsweise in Reha schicken und davon ausgehen kann, dass sie nachher wieder voll arbeiten. Sie sind dann zu einem erheblichen Teil nicht motiviert, an den Maßnahmen teilzuhaben.“



Thomas Czipionka, IHS:
Unausgereiftes System.

Fortschritte auf gesetzlicher Basis

Auch hätten wichtige Voraussetzungen gefehlt. So gehe dem Antrag auf Invaliditätspension eine lange Phase voraus, in der sich der Vorsatz verfestige. Man müsse also früher eingreifen.

Der sich verfestigende Gedanke eines Ausstiegs aus dem Arbeitsleben ist laut einer 2016 präsentierten IHS-Studie¹ besonders charakteristisch für Personen, die eine Invaliditätspension aufgrund psychischer Erkrankungen anstreben. Im internationalen Vergleich seien in Österreich diese Fallzahlen ungewöhnlich hoch. 2014 gründeten unbefristete Invaliditätspensionen bei den Männern zu einem Viertel und bei Frauen zu knapp der Hälfte auf psychischen Erkrankungen, bei beiden Geschlechtern mit steigender Tendenz (seit 2011 Männer +3%, Frauen +5%).² Bei den befristeten Invaliditätspensionen und den ab 2014 erfassbaren Rehageld-Beziehern sind diese Anteile noch weitaus größer: Sie betreffen 57 Prozent der Männer und 69 Prozent der Frauen (Zahlen des Jahres 2015).

Czipionkas Credo lautet demnach Früherkennung im Betrieb samt daraus abgeleiteten Maßnahmen. Die Teilhabe am Ar-

Entlastung statt Schwellenangst

Das Konzept Rehabilitation statt Invaliditätspension verzeichnete bisher nur bescheidene Erfolge. Was geschehen muss, um mehr erkrankte Menschen wieder in das Arbeitsleben zu integrieren und was Care-Management in diesem Kontext leisten kann.

Erika Pichler

beitsleben sei als therapeutischer Faktor zu sehen. Arbeitsplätze müssten so gestaltet werden, dass die Arbeit auch mit einer psychischen Krankheit durchgeführt werden könne. „Ist eine Reha nötig, müssen die Reha-Einrichtungen viel mehr mit den Betrieben kommunizieren, damit die Rehabilitationsmaßnahmen auf den konkreten Beruf und Arbeitsplatz abgestimmt sind“, sagt der Gesundheitsforscher. Auch nach der Reha seien nicht alle Mitarbeiter bereits komplett arbeitsfähig. In dieser Situation sei die Wiedereingliederungsteilzeit³ hilfreich, die allerdings erst seit Mitte dieses Jahres beansprucht werden könne, beziehungsweise die Teilpension bei Invalidität. Speziell diese beiden Möglichkeiten seien zu begrüßen. Insgesamt habe sich von den gesetzlichen Bestimmungen her einiges zum Positiven verändert.

Schwieriger als die Gesetzeslage seien die Prozesse auf betrieblicher Ebene zu verändern: die Integration der Reha mit konkreten Arbeitsstellen und die Früherkennung. Als Beispiele erfolgreichen Case- und Care-Managements auf betrieblicher Ebene nennt der Experte fitzwork (ein Programm, in dessen Rahmen Betriebe geschult und finanziell gefördert werden, die Strategien und Screening der Reintegration schwer oder chronisch erkrankter Mitarbeiter einführen)⁴, außerdem das Wiedereingliederungsmanagement der Erste Bank.

Best-Practice-Beispiel

Im Gesundheitszentrum der Erste Bank Österreich und Erste Group Bank, das für insgesamt 8000 Mitarbeiter zuständig ist, begann man 2011, eine Strategie zur strukturierten Wiedereingliederung von Mitarbeitern zu entwickeln. 2013 wurde eine Betriebsvereinbarung unterzeichnet. Seither wird Mitarbeitern mit Langzeit-Krankenständen ab dem 30. Krankenstandstag die Möglichkeit eines „flexiblen Wiedereinstiegs“ innerhalb eines Zeitrahmens von maximal drei Monaten geboten. „Flexibel“ bedeutet, dass die Wiedereingliederung zwar grundsätzlich am selben Arbeitsplatz erfolgt, jedoch mit Rücksicht auf die Erkrankung und zu Konditionen, die von Arbeitsmedizinern festgelegt werden – beispielsweise der Reduktion der Arbeitszeit auf bis

zu drei Stunden pro Tag, der anfänglichen Vermeidung von Kundenkontakten, der Akzeptanz von Müdigkeit als anhaltende Nachwirkung von Erkrankungen oder der Unmöglichkeit, im Sitzen zu arbeiten, all dies bei vollem Lohnausgleich.

„Die Mitarbeiter können entweder schon während ihres Krankenstandes zu uns kommen oder sofort danach. Mehr als die Hälfte kommen schon während des Krankenstandes. Wir lassen uns dann sehr genau berichten, welchen Aufgabenbereich der Mitarbeiter hat und wie seine Erkrankung verläuft“, beschreibt Eva Höttl, Leiterin des Gesundheitszentrums der Erste Bank AG, den Beginn des Wiedereingliederungsprozesses. „Wenn sich der Mitarbeiter während des Gesprächs entscheidet, wieder einzusteigen, dann fragen wir ihn, unter welchen beruflichen Rahmenbedingungen er sich in den kommenden zwei Wochen vorstellen könnte zu arbeiten. Und da gab es bisher noch niemanden, der sich nicht kooperativ verhalten hat.“ Man verfasse daraufhin gemeinsam mit dem Mitarbeiter einen Brief mit einer Schilderung des Aufgabenbereichs sowie einer Empfehlung für



Arbeitsmedizinerin Eva Höttl, Erste Bank: „Es gab noch niemanden, der sich nicht kooperativ verhalten hat.“

die Rahmenbedingungen in den nächsten zwei Wochen. Diesen Brief übergibt der Mitarbeiter an die jeweilige Führungskraft, die wiederum mit dem Mitarbeiter nach dessen Dienstantritt ein Gespräch führe.

Alle zwei Wochen (und später nach erfolgter Wiedereingliederung im Halbjahres- und Jahresabstand) begutachten die Arbeitsmediziner den Mitarbeiter neu und berichten dem Management, ob die jeweiligen Festlegungen umgesetzt wurden und der Zustand des Mitarbeiters eine Veränderung der Arbeitsbedingungen erlaubt.

Diese an sich aufwendige Vorgangsweise betrifft jene drei Prozent aller kranken Mitarbeiter des Unternehmens, bei denen Langzeit-Krankenstände anfallen, in absoluten Zahlen also 240 Mitarbeiter – eine eigentlich geringe Anzahl. In Österreich sind jedoch diese drei Prozent für 40 Prozent der Gesamtkrankensandstage verantwortlich. Auch angesichts dieser Fakten seien Überlegungen, wie eine Reintegration am besten gelingen könne, prinzipiell sinnvoll, sagt Höttl.

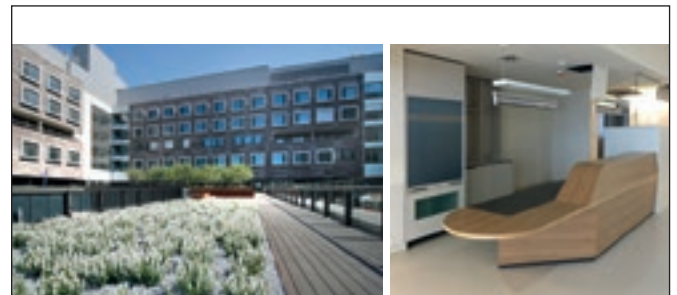
Case-Management auf betrieblicher Ebene

Von diesen drei Prozent wiederum sei nur jeder zehnte tatsächlich nicht mehr wiedereingliederbar, sagt Höttl, was bedeute, dass er oder sie die ursprüngliche Tätigkeit nicht mehr verrich-

ten könne. Dies betreffe sehr schwere Erkrankungen in Kombination mit einer diesbezüglich sehr anspruchsvollen Tätigkeit, wie etwa eine Demenzerkrankung bei wissensintensiven Tätigkeiten. In solchen Fällen werde ein Prozess in Gang gesetzt, der zwar explizit als Case-Management bezeichnet werde, jedoch ebenfalls auf betrieblicher Ebene angesiedelt sei. Dazu gehöre etwa die Anregung der Arbeitsmediziner, mit dem Bundessozialamt Kontakt aufzunehmen, die Kooperation mit der Pensionsversicherungsanstalt, das Einleiten geeigneter Reha-Maßnahmen und der eventuelle Wechsel der Tätigkeit im Unternehmen. Als Case-Manager fungiert in solchen Fällen ein Gremium, das mit Personen aus dem Personalmanagement, dem Betriebsrat sowie dem Gesundheitszentrum besetzt ist.

Entlastung durch Struktur

Es habe durchaus eines Vertrauensvorschlusses seitens des Managements bedurft, um eine Betriebsvereinbarung erreichen zu können, laut der Mitarbeiter bis zu drei Monate lang voll entlohnt werden, obwohl sie beispielsweise nur drei Stunden täglich arbeiten, sagt Eva Höttl. Sie habe jedoch bei der Präsentation des Konzepts zeigen können, dass Unternehmens- und Gesundheitsinteressen dadurch durchaus in Einklang zu bringen seien. Und auch die Evaluierung nach einem Jahr habe gezeigt, dass sich gutes Wiedereingliederungsmanagement wirtschaftlich rechne und zudem alle Beteiligten entlaste. Es sei für das Management eine enorme Erleichterung, sich an klar strukturierte Abläufe und an die Empfehlungen der Arbeitsmediziner zu halten.



Fotos: Albert Wimmer ZT-GmbH

KAUTSCHUK-BODENBELÄGE IM KRANKENHAUS DER ZUKUNFT

Das hochmoderne Krankenhaus Nord des Wiener Krankenanstaltenverbundes wird derzeit in Floridsdorf gebaut. In den Zimmern, auf den Fluren und in Bereichen, in denen es nicht zu einer elektrostatischen Aufladung kommen darf, sind Kautschuk-Bodenbeläge von nora systems verlegt: 85.000 Quadratmeter „noraplan sentica“ und dessen ableitfähige Variante „ed“. Die Oberfläche dieser Bodenbeläge ist fest verschlossen, dadurch nahezu unverwüstlich und äußerst langlebig. Außerdem sind sie beständig gegen Desinfektionsmittel sowie krankenhaustypische Verschmutzungen und besonders einfach zu reinigen.

nora flooring systems GesmbH
Tel.: (+43) 7242/74001-0
info-at@nora.com · www.nora.com

nora®

Inzwischen hätten auch bereits etliche Führungskräfte selbst das Wiedereingliederungsprogramm in Anspruch genommen. Es werde längst als hochprofessionelle Vorgangsweise wahrgenommen und sei speziell auch bei psychischen Erkrankungen wirksam. „Wenn man psychisch Erkrankten das Angebot macht, es einmal für zwei Wochen unter bewältigbaren Rahmenbedingungen zu probieren, nimmt ihnen das die Schwellenangst und sie schieben den Arbeitsantritt nicht mehr hinaus.“ Eine schwedische Studie habe gezeigt, dass andernfalls etwa nach zehn oder elf Monaten die Ängste bereits zu groß würden, um die Arbeit wieder aufnehmen zu können.

In der Erste Bank AG habe das Wiedereingliederungsmanagement jedenfalls zu hunderten Fällen erfolgreicher Reintegration geführt und werde auch in Hinkunft weiterbetrieben. Der wichtigste Rat, den man Unternehmen geben könne, die eine ähnliche Entwicklung anstreben, sei eine Top-Down-Entscheidung, also das volle Bekenntnis des Managements und die klare Information der Führungskräfte über deren Rolle. Abgesehen davon sei es entscheidend, als Arbeitsmediziner mit den Arbeitsumfeldern und -bedingungen der Patienten wirklich vertraut zu sein und auf den jeweiligen Fall abgestimmte Lösungen zu entwickeln.

Case-Management in der Sozialversicherung

Einer der ersten Sozialversicherungsträger, die in Österreich auf Case-Management gesetzt haben, ist die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse. „Weil wir von diesem Konzept überzeugt sind, haben wir uns auch von Anfang an sehr für die österreich-

weite Etablierung des Case- und Care-Managements eingesetzt“, sagt OÖGKK-Direktorin Andrea Wesenauer. „Wir bieten Case-Management unter dem Titel Netzwerk Hilfe seit 2004 für unsere Versicherten als Kundenservice an.“ Personen, bei denen eine berufliche Rehabilitation noch nicht zweckmäßig oder zumutbar wäre, werden hier betreut und bekommen das Rehabilitationsgeld ausbezahlt.

„Wir sind auch der Meinung, dass durch ein frühzeitiges Eingreifen durch Case-Management ein Benefit zu erzielen ist. Beispiele sind das Arbeitsunfähigkeitsmanagement durch die OÖGKK, Early Intervention oder Personen- und Betriebsberatung durch das Programm fitzwork“, sagt Wesenauer. Der Auffassung, dass gerade bei frühem Eingreifen Klienten mehr Vertrauen haben, wenn Case-Manager nicht von der eigenen Sozialversicherung kommen, tritt Wesenauer entgegen. „Erfahrungen im Kundenservice zeigen, dass Versicherte, die im Rahmen des Case-Managements betreut werden, unseren Mitarbeitern ein hohes Vertrauen entgegenbringen.“

Zu hoffen wäre also, dass sich mit effizienteren Maßnahmen auf betrieblicher Ebene auch in der beruflichen Rehabilitation bessere Ergebnisse erzielen lassen. Denn nach der ersten Bilanz über die Anfangsphase des Konzepts Rehabilitation vor Invaliditätspension haben sich die Erwartungen – jedenfalls aus ökonomischer Sicht – nicht erfüllt. In der Regierung war man davon ausgegangen, dass die Umschuldungsdauer bei einem Jahr lie-



Andrea Wesenauer, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse: „Frühes Eingreifen ist entscheidend.“

VinziDorf-Hospiz

Eine Herzenssache der Elisabethinen



Die Elisabethinen Graz haben das erste Hospiz für obdachlose Menschen errichtet. Dort können unheilbar kranke Menschen ohne Heimat ihre letzte Lebensphase verbringen.

Spendenkonto

VinziDorf-Hospiz
IBAN: AT24 2081 5000 4069 2659
BIC: STSPAT2GXXX

Am Ende. Leben
www.vinzidorfhospiz.at

Medizinische und berufliche Rehabilitation

Ob bei einer Person, die Invaliditätspension beantragt, medizinische oder berufliche Rehabilitation angezeigt ist, wird von der Pensionsversicherungsanstalt festgelegt.

Medizinische Rehabilitation: Sind berufliche Maßnahmen der Rehabilitation noch nicht zweckmäßig und zumutbar (neben weiteren Voraussetzungen wie zum Beispiel dem Alter des Versicherten oder des Vorliegens einer vorübergehenden Invalidität/Berufsunfähigkeit), wird Rehabilitationsgeld zuerkannt.

Berufliche Rehabilitation: Sind berufliche Maßnahmen der Rehabilitation zweckmäßig und zumutbar, wird von der Pensionsversicherungsanstalt Umschuldungsgeld zuerkannt – die Geldleistung zahlt das Arbeitsmarktservice aus. Eine berufliche Rehabilitation während des Rehabilitationsgeldbezuges war bis 31.12.2016 ausgeschlossen. Seit dem 1.1.2017 hat auch dieser Personenkreis die Möglichkeit beruflicher Rehabilitation (SVÄG 2017) – es besteht jedoch kein Rechtsanspruch.

gen wird. Tatsächlich betrug sie zwei Jahre: Von 125 Personen, die bis Dezember 2015 Maßnahmen der beruflichen Reha begonnen hatten, hatten zum Zeitpunkt der Studienpräsentation im Sommer 2017 erst 13 die Maßnahmen abgeschlossen.

Dass sich im Bezug auf Case- und Care-Management der Begriff der Wirksamkeit auch in ganz anderen Kriterien als dem Output – der Anzahl umgesetzter medizinischer und beruflicher Rehabilitationen – definieren lässt, beschreibt die Leiterin des Kompetenzzentrums für CCM der PROGES Akademie Maria Pötscher-Eidenberger. Erfolg oder Misserfolg im CM sei immer auch eine Sache der Perspektive, sagt die zertifizierte Case-Management-Ausbildnerin und Pionierin des CCM in Österreich. „Für einen chronisch kranken Schmerzpatienten, der trotz vieler kostenintensiver Therapien einen jahrelangen Leidensprozess hinter sich hat und die Arbeit verliert, der sich verschuldet, dessen Beziehung in die Brüche geht und der schließlich den Alkohol als Problemlösungsmittel entdeckt, ist es ein Erfolg, wenn er mit Hilfe eines CM wieder Perspektiven entwickelt, sich krankheitseinsichtig einem Entzug stellt und sein Leben langsam auf die Reihe bringt.“



Martha Breiteneder

CCM-Ausbildnerin Maria Pötscher-Eidenberger: Überzeugt, dass Case-Management, fachlich umgesetzt, bei Menschen mit Mehrfachproblemlagen wirkt.

Komplexe Probleme

Als Weiterbildungszentrum in unterschiedlichen Handlungsfeldern des CM begleitete PROGES in den letzten Jahren an die 700 Fallarbeiten von Fachkräften, davon rund 60 Fälle im Zusammen-

hang mit Rehabilitationsgeld. „Dabei handelte es sich um Fälle mit Mehrfachproblemlagen, ein Großteil davon mit psychischen Beeinträchtigungen und langjährigen Abhängigkeitskarrieren und bereits erfolgten hohem Ressourceneinsatz“, sagt Pötscher-Eidenberger. „Vereinzelt waren es auch Fälle, die trotz komplexer Probleme über Jahre unterversorgt waren und im Zuge des Reha-Geldes und der verpflichtenden Inanspruchnahme eines Case-Managements eine angemessene Unterstützung erfahren haben. Aufgrund der Verläufe der Fallarbeiten und Evaluationsergebnisse sind wir mehr denn je davon überzeugt, dass Case-Management fachlich umgesetzt bei Menschen mit Mehrfachproblemlagen wirkt.“

Festgestellte Effekte sind laut Pötscher-Eidenberger:

- :: Bessere Erreichbarkeit schwer zugänglicher Klientinnen und Klienten,
- :: Stärkung der Veränderungsbereitschaft durch (Krankheits-)Einsicht,
- :: Verbesserung der Inanspruchnahme von Hilfen,
- :: Aktivere Beteiligung der Klienten vor allem bei der Hilfeplanung und -umsetzung,
- :: Aktivierung und Einbeziehen des sozialen (familiären) Umfeldes
- :: Verbesserung der Wohnsituation

- :: Erkennen ineffektiver Maßnahmen und Abbau von Fehlvorgängen
- :: Stärkere Beteiligung der Kooperationspartner
- :: Imagegewinn der Organisationen

Als besonders positiv nahmen die Klienten zudem das strukturierte, planvolle Vorgehen und den respektvollen Umgang wahr, außerdem das Alles aus einer Hand-Gefühl, also die Möglichkeit, alle Probleme mit einer Person besprechen zu können.

Diese Ansprechpartner müssten allerdings auch auf Systemebene gestärkt werden, sagt Pötscher-Eidenberger. „Das Potenzial der ausgebildeten Fachkräfte kommt vollständig zum Tragen, wenn innerhalb der Organisationen und zwischen den Organisationen entsprechende Kooperationsstrukturen geschaffen werden und Case-Management als Konzept in den Organisationen und auf der Ebene der Politik fachlich verankert ist.“ ::

Literatur und Anmerkungen:

- ¹ Czypionka T et al (2016): Invaliditätspension aufgrund psychischer Erkrankungen. Institut für Höhere Studien, Wien 2016.
- ² ibid., Quelle BMASK (Pensionsversicherung – Jahresstatistik), IHS 2016.
- ³ Mit dem im Jänner 2017 beschlossenen Wiedereingliederungsteilzeitgesetz, das mit 1. Juli 2017 in Kraft trat, wird Menschen, die in Beschäftigung stehen und ernsthaft für längere Zeit physisch oder psychisch erkrankt sind, ermöglicht, schrittweise in den Arbeitsprozess zurückzukehren und während dieser Zeit Wiedereingliederungsgeld zu beziehen.
- ⁴ Die ÖKZ berichtete über das Programm fit2work im Zusammenhang mit der Reform der Invaliditätspension. Pichler E (2016): Reform der Reform. Das österreichische Gesundheitswesen – ÖKZ 03-04. S. 41.

Dr. Erika Pichler
pichler@schaffler-verlag.com

Workshops 2017/2018

Das Department für Evidenzbasierte Medizin und Klinische Epidemiologie der Donau-Universität Krems und Cochrane Österreich bieten Ihnen folgende Workshops an:

Scheinstatistik – stellt die Wahrheit in den Schatten	06.03.2018
Cochrane Reviews: Basiskurs für AutorInnen*	14. – 16.03.2018
Systematische Reviews von diagnostischen Studien	04. – 05.04.2018
Kritische Bewertung medizinischer Studien	10. – 11.04.2018
Systematische Literaturrecherche	15. – 16.05.2018
GRADE – von Studien zu Leitlinien	25. – 26.09.2018

Abschluss: Zertifikat
Dauer: jeweils 1 bzw. 2 Tage, 9.15 – 17.00 Uhr
Kosten: € 320,- (eintägig) | € 590,- (zweitägig)
Ausnahme GRADE: 490,-

*in Kooperation mit Cochrane Deutschland und Cochrane Schweiz: € 175,-

10% Ermäßigung mit Schaffler Verlag-Vorteilskarte

Donau-Universität Krems
+43 (0)2732 893 - 2916
office@cochrane.at
www.cochrane.at

