

Gesundheitspolitische Dimension und Ziele der beruflichen Rehabilitation in Österreich

1. Das aktuelle rechtspolitische Problem	16
2. Das sozialpolitische Problem	17
3. Qualitative Probleme der Rehabilitation und Rehabilitationsaufwand	18
4. Rehabilitationsrecht im Überblick	18
5. Charakteristika des Rehabilitationssystems der Sozialversicherung	19
6. Grundsätze des beruflichen Rehabilitationsrechts in der PV	23
7. Ziele der beruflichen Rehabilitation	26
8. Die Folgen der Rehabilitationsreform im SVÄG 2012	27

Helmut Ivansits

*Leiter der Abteilung
Sozialversicherungen
der AK Wien*

Auszug aus WISO 4/2012

isw

Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften
Volksgartenstraße 40
A-4020 Linz, Austria
Tel.: +43 (0)732 66 92 73, Fax: +43 (0)732 66 92 73 - 2889
E-Mail: wiso@akooe.at
Internet: www.isw-linz.at

1. Das aktuelle rechtspolitische Problem

Trotz mehrerer Novellen seit Mitte der 1990er Jahre mit dem Ziel, die berufliche Rehabilitation massiv zu fördern, sind diese Anstrengungen nicht belohnt worden. In den Jahrbüchern der beiden großen Pensionsversicherungsanstalten (PVarb und PVAng) aus dem Jahr 1995 sind 2.417 Bewilligungen für berufliche Maßnahmen der Rehabilitation ausgewiesen. Bis 2010 stieg diese Zahl in der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) auf 2.800. Im Jahr 2011, dem Jahr des Inkrafttretens des Budgetbegleitgesetzes 2011 (BBG 2011), das die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Intensivierung der beruflichen Rehabilitation schaffen wollte, fiel die Zahl der Bewilligungen jedoch wieder auf den Ausgangswert von 1995 zurück. Somit liegt die Vermutung nahe, es bedürfe eher einer Revision der Verwaltungspraxis der Pensionsversicherungsträger (PV-Träger) als einer Neuregelung der beruflichen Rehabilitation.

Forcierung der beruflichen Neuorientierung statt Rückzug aus Erwerbsleben fördern

Auffällig ist auch die hohe Zahl an Pensionen für erlernte und angeleitete AntragstellerInnen unter 50 (in der Pensionsversicherung (PV) nach dem ASVG im Jahr 2011: 3.205), die über einen „Berufsschutz“ verfügen. Fachleute sind überzeugt: Würde die PVA die berufliche Rehabilitation forcieren, könnten bei unter 50-Jährigen mindestens 1.500, bei unter 55-Jährigen sogar rund 2.500 Pensionen vermieden und könnte diesen Personen eine berufliche Neuorientierung anstelle eines frühzeitigen Rückzuges aus dem Erwerbsleben ermöglicht werden.

PVA steht für pensionsgewährende Stelle, weniger als Rehabilitationsversicherung

Ein maßgeblicher Faktor für die geringe Zahl an beruflichen Rehabilitationsverfahren dürfte sein, dass sich die PVA den Versicherten gegenüber seit jeher in erster Linie als pensionsgewährende Stelle und weniger als „Rehabilitationsversicherung“ präsentiert hat. Diese Einstellung spiegelt sich in den Leistungsdaten wider. Darin wird aber auch die Unterschätzung der ökonomischen und sozialpolitischen Dimensionen von (beruflicher) Rehabilitation sichtbar. Einer Prognos-Studie aus dem Jahr 2009 zufolge beträgt der Return of Investment (ROI) bei Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation 1:5. Eine proaktive Haltung der zuständigen Rehabilitationsträger und – in diesem Sinne – die Überarbeitung der internen Richtlinien ist jedenfalls eine Erfolgsbedingung für das künftige Rehabilitationsgeschehen.

2. Das sozialpolitische Problem

Quantitative Mängel in der beruflichen Rehabilitation sind ohne Zweifel ein wichtiger Kritikpunkt am bestehenden Rehabilitationsregime. Dazu kommen Versorgungslücken in der medizinisch-rehabilitativen Versorgung. Zu bedenken ist jedoch auch, dass in der gesundheitspolitischen Interventionskette der medizinischen und insbesondere der beruflichen Rehabilitation Prävention und Krankenbehandlung vorgelagert sind. Rehabilitation dient der Vorbeugung von Pension und Pflege. Noch zielführender sind jedoch der Aufbau eines funktionierenden Präventionssystems und Verbesserungen in der psychosozialen Versorgung, um auch Rehabilitation vermeiden zu können.

Ebenso wichtig ist es, dass sich die Sozialpolitik um mehr Beschäftigung von gesundheitlich beeinträchtigten, aber noch nicht gänzlich erwerbsunfähigen Menschen bemüht. Insbesondere Personen, die eine berufliche Rehabilitation auf sich genommen haben, benötigen bei der Vermittlung auf neue Rehabilitationsberufe besonderer Hilfestellung durch das AMS. Daher sind für diesen Personenkreis spezifische Unterstützungsprogramme zu entwickeln.

*spezifische
Unterstützungs-
programme des
AMS notwendig*

Derzeit gewähren die PV-Träger rund 28.000 Pensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit (ein Drittel davon wegen psychischer Erkrankungen). Von den rund 7.500 an Personen unter 50 gewährten Pensionen sind mehr als die Hälfte auf psychische Erkrankungen zurückzuführen. Die höchste Invaliditätsquote bei psychischen Erkrankungen haben Arbeiterinnen (2,67/1.000 Erwerbstätige), gefolgt von Arbeitern (1,77) und weiblichen Angestellten (0,83). Unter den Arbeitern schnitten Unqualifizierte besonders schlecht ab. Von den Invaliditätspensionen an Versicherte unter 50 sind 85 % befristet. Ein beachtlicher Teil der Betroffenen ist vorher schon über längere Zeit arbeitslos gewesen (nur 25 % kommen aus der Erwerbstätigkeit) und hat bereits öfter Pensionsanträge gestellt (die Übergangsdauer von der letzten Beschäftigung in die Invaliditätspension über alle Altersgruppen liegt durchschnittlich bei über zwei Jahren). Diese Entwicklung (Zunahme der Leistungsfälle bei psychischen Erkrankungen, Multimorbidität) verlangt daher nach neuen gesundheits- und arbeitsmarktpolitischen Strategien.

*Invaliditätsquote
bei psychischer
Erkrankung*

3. Qualitative Probleme der Rehabilitation und Rehabilitationsaufwand

Entsprechende Hinweise auf Versorgungsdefizite liefert der Rehabilitationsplan 2012 (ÖBIG). Medizinische Rehabilitationshäufigkeit und die Versorgungsdichte schwanken in den vier österreichischen Versorgungsregionen. Nachholbedarf besteht insbesondere im Bereich der ambulanten Rehabilitation.

In Österreich waren 2010 rund 9.774 systemisierte Rehabilitationsbetten vorhanden. Insgesamt wurden 309.000 Heilverfahren (davon 40 % für medizinische Rehabilitation, der Rest für Kuren) beantragt. Die Zahl der medizinischen Rehabilitationsverfahren betrug 104.000 (rund 2,52 Millionen Belegstage, durchschnittliche Belagsdauer: 24,4 Tage).

Rehabilitationsplan: Aufstockung der Betten notwendig

Hinsichtlich des zukünftigen Bedarfs geht der Rehabilitationsplan von einer Aufstockung der Betten bis 2020 auf 10.853 aus; diese fehlen in erster Linie bei Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates, für Unfälle und für neurologische Fälle. Im Bereich der ambulanten Rehabilitation wird österreichweit ein Zusatzbedarf von 1.340 Rehabilitationsplätzen angezeigt.

2010: 1.188 Mio. Euro für Reha ausgegeben

Die Aufwendungen für Rehabilitation in Millionen Euro im Jahr 2010 betragen in der Krankenversicherung (KV) 322, in der Unfallversicherung (UV) 81 (inklusive berufliche Rehabilitation) und in der PV (inklusive Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge und der beruflichen Rehabilitation) 785 Millionen Euro. Das sind zusammen 1,188 Millionen Euro.

4. Rehabilitationsrecht im Überblick

Rehabilitation vor Pension

Entscheidend geprägt wurde die Rehabilitation durch die 32. Novelle zum ASVG (1976), in der die Rehabilitation eine Pflichtaufgabe der PV wurde; erstmals wurde zwischen medizinischen, beruflichen und sozialen Maßnahmen der Rehabilitation unterschieden. Das Rehabilitationsrecht wurde 1996 im Strukturanpassungsgesetz erneut novelliert. Im Vordergrund steht seither nicht mehr die Gewährung von Pensionen, sondern der Einsatz medizinischer und vor allem beruflicher Maßnahmen der Rehabilitation mit dem Ziel, Pensionen zu vermeiden

(„Rehabilitation vor Pension“). Dieser Grundsatz wurde im BBG 2011 noch verstärkt.

Rehabilitation ist verfassungsrechtlich gesehen eine „Querschnittmaterie“. Die Regelungs- und Vollziehungskompetenzen sind auf den Bund (Sozialversicherung, Versorgungsrecht) und auf die Länder (Behindertenrecht) verteilt. Neben diesen Leistungsgesetzen im Bereich der Rehabilitation stehen weitere für den Erfolg der Rehabilitation maßgebende Bundesgesetze in Kraft: Das Bundesbehindertengesetz dient der Koordination und Kostenübernahme der Rehabilitation. Rehabilitation wird dort in Anlehnung an die WHO-Definition „als die Summe der aufeinander abgestimmten Maßnahmen definiert, die darauf gerichtet sind, körperlich, geistig und seelisch behinderte Menschen bis zum höchsten Grad der beruflichen Leistungsfähigkeit herzustellen oder wiederherzustellen, damit sie einen Platz in der Gesellschaft finden“.

Reha ist „Querschnittmaterie“

WHO-Definition

Das Behinderteneinstellungsgesetz fördert die Schaffung und Sicherung von Arbeitsplätzen. Das Arbeitslosenversicherungsrecht enthält Regelungen über die Beratung und Vermittlung arbeitsloser behinderter Personen.

5. Charakteristika des Rehabilitationssystems der Sozialversicherung

5.1. Theorie der Rehabilitation

Allen Formen der Rehabilitation liegt eine Gesundheitsstörung zugrunde. Rehabilitation dient der Krankheitsfolgenbewältigung. Durch medizinisch-rehabilitative Interventionen soll zunächst verhindert werden, dass Krankheit zu einer dauernden Behinderung führt. In einem übergreifenden Sinn ist Rehabilitation als koordinierter Einsatz von medizinischen, beruflichen und sozialen Maßnahmen mit dem Ziel zu sehen, die aus gesundheitlichen Gründen eingeschränkten Betätigungsmöglichkeiten möglichst weitgehend – wenn auch in vielen Fällen nicht im gleichen Umfang wie vor der Erkrankung – wiederherzustellen. Insgesamt handelt es sich um ein in hohem Umfang individualisiertes Verfahren: Rehabilitation richtet sich an Personen, die durch Krankheitsfolgen ihre ursprüngliche gesellschaftliche und berufliche Stellung verloren haben. Im Idealfall soll Rehabilitation

Reha dient der Krankheitsfolgenbewältigung ...

... und soll so weit wie möglich in ursprüngliche Position zurückführen

sie wieder in die ursprüngliche Position oder möglichst nahe an diese zurückführen.

5.2. Rehabilitation und Krankenbehandlung

Das oben verwendete weite – rehabilitationswissenschaftliche – Verständnis von Rehabilitation unterscheidet sich vom engeren sozialrechtlichen Rehabilitationsbegriff. § 154a ASVG fordert für die Krankenversicherung ausdrücklich, dass Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation erst im Anschluss an die Krankenbehandlung einsetzen dürfen. Ausgelöst wird die Krankenbehandlung durch den Versicherungsfall der Krankheit. Dabei handelt es sich um einen regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand, der eine Krankenbehandlung notwendig macht. Ist der Zustand nicht mehr beeinflussbar, liegt ein Gebrechen vor. Aber auch Personen mit Gebrechen bedürfen neben Betreuung und Hilfe im Rahmen des Pflegesicherungssystems medizinischer Rehabilitation. Gerade auch bei Pflegefällen sind rehabilitative Maßnahmen zur Vermeidung eines höheren Grades der Pflegebedürftigkeit unabdingbar.

*Gesetzgeber will
medizinische
Reha von Kran-
kenbehandlung
abgrenzen*

Der Gesetzgeber will die medizinische Rehabilitation von der Krankenbehandlung abgrenzen. Medizinische Rehabilitation ist keineswegs ein Teil der Krankenbehandlung, sondern materiell ein eigener Versicherungsfall mit einem eigenen Leistungskatalog. Die Abgrenzung hat überdies auch für die Trägerzuständigkeit und die Kostentragung Relevanz. Wann in der Praxis die Krankenbehandlung endet und die medizinische Rehabilitation beginnt, ist im Einzelfall eine medizinische Frage.

5.3. Rehabilitation und Reintegration in den Arbeitsmarkt

Maßnahmen der Rehabilitation richten sich an Personen, die durch eine krankheitsbedingte Beeinträchtigung ihre gesellschaftliche und berufliche Stellung verloren haben. Die mit der Rehabilitation angestrebten Ziele beziehen sich daher auf eine über die medizinische Akutversorgung hinaus gehende Wiederherstellung der physischen und psychischen Leistungsfähigkeit (medizinische Rehabilitation), bei Bedarf auch auf eine berufliche Neuorientierung durch Umschulung, wenn der bisherige Beruf nicht mehr ausgeübt werden kann (berufliche Rehabilitation), sowie auf die Herstellung von Gemeinschaftsfähigkeit (soziale Rehabilitation).

5.4. Das Problem der beruflichen Rehabilitation von „Unqualifizierten“

Berufliche Rehabilitation von unqualifizierten ArbeitnehmerInnen findet derzeit in der PV nicht statt. Aber auch das AMS gewährt keine systematischen Umschulungen für diesen Personenkreis, obwohl die „Ungelernten“ eigentlich die zentrale Zielgruppe für aktive Arbeitsmarktpolitik sein sollten. Sie sind am stärksten vom Risiko einer dauerhaften Arbeitsmarktausgrenzung betroffen und stellen die größte Reserve für die Schulung zu Facharbeitskräften dar.

5.5. „Gegliedertes Rehabilitationssystem“ und Kausalprinzip

Es gibt im österreichischen Rehabilitationssystem weder einen für alle Sektoren der Rehabilitation zuständigen Rehabilitationsträger noch ein einheitliches „Rehabilitationsgesetz“. Das Rehabilitationssystem folgt demnach dem „gegliederten System“ der SV.

Eine Analyse über den Umfang, die Leistungen und den persönlichen Geltungsbereich dieser Rehabilitationsrechte ergibt, dass Unterschiede zwischen den Versicherungszweigen (KV, UV, PV) auf unterschiedliche Rehabilitationsziele zurückgehen. In der UV und PV fokussiert die medizinische Rehabilitation „die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit der zu rehabilitierenden Person bis zu einem solchen Grad, der sie in die Lage versetzt, im beruflichen und wirtschaftlichen Leben und in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauernd einnehmen zu können“. Vordergründiges Rehabilitationsziel ist demnach die Vermeidung von Pensionen und Renten. In der KV steht dem gegenüber die Wiederherstellung des Gesundheitszustandes und der Fähigkeit, „in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauernd und ohne Betreuung und Hilfe einnehmen zu können“, im Vordergrund.

Unterschiede zwischen Versicherungszweigen bei Rehabilitationszielen

Von den drei Rehabilitationsarten (medizinische – berufliche – soziale Rehabilitation) kommen in der UV und PV alle zur Anwendung; in der KV ist Rehabilitation nur in ihrer medizinischen Ausformung vorgesehen.

Dem Kausalprinzip folgend ist die UV für Versehrte, die einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit erlitten haben, zuständig, während die KV und PV im Sinne des Finalitätsprinzips die medizinische Rehabilitation (die PV für erwerbstätige Versicherte

und BezieherInnen von Invaliditätspensionen, die KV von BezieherInnen von Alterspensionen und für Angehörige) durchführen.

*Reha-System
folgt Träger-
organisationen*

5.6. Medizinische Rehabilitationszuständigkeit: PV oder KV?
Das österreichische Rehabilitationssystem folgt der Trägerorganisation, setzt aber auf Kooperation zwischen den Trägern mit Hilfe von Vereinbarungen, die in eine Rehabilitationsrichtlinie des Hauptverbandes münden (RRK 2005). Versicherte mit schweren körperlichen Diagnosen werden von den Kassen früher erfasst. Darüber hinaus werden Versicherte, die in den letzten 365 Tagen mindestens 40 Tage wegen besonderer (auch psychischer) Indikationen arbeitsunfähig waren, von den Kassen zu fit2work zu einem Beratungsgespräch eingeladen.

*Problem der
Zuordnung der
medizinischen
Reha auf
Träger ...*

Da die Kassen über schwere Erkrankungen ihrer Versicherten Bescheid wissen, bietet sich ein Case-Management an, das schwer kranke Patienten nicht nur zur Krankenbehandlung, sondern bei Bedarf auch in Richtung medizinischer Rehabilitation lenkt. In dieser Logik müsste eine rationale Organisationsreform die medizinische Rehabilitation wohl der KV zuordnen, weil diese nach einem Antrag auf eine Invaliditätspension sonst zu spät käme.

Umgekehrt hätte das Modell, die PVA der Unselbständigen zu einem Pensions- und Rehabilitationsträger auszubauen, den Vorteil, dass die PVA allein für Rehabilitation zuständig wäre („Rehabilitation aus einer Hand“). Aber: Ohne eine durchgehende Vernetzung mit den Kassen zur Feststellung potenzieller Rehabilitationsfälle muss ein solcher Ansatz scheitern.

*... aber organi-
satorische Re-
formen aufgrund
unterschiedli-
cher Interessen
schwer durch-
setzbar*

Organisatorische Reformen im Bereich der Rehabilitation sind politisch nur schwer durchsetzbar, weil sehr unterschiedliche Interessen im Spiel sind. Konsequente Reformen sind zudem mit einem Eigentümerwechsel bei Einrichtungen der Versicherungsträger verbunden, was für alle Beteiligten Unsicherheiten mit sich brächte.

5.7. Berufliche Rehabilitationszuständigkeit: PV oder AMS?

Die berufliche Rehabilitation obliegt derzeit den PV- bzw bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten den UV-Trägern. Mitunter wird gefordert, sie zur Gänze dem AMS zu übertragen. Der Vorteil läge vermutlich in der Arbeitsmarktnähe des AMS. Sowohl die PVA als auch das AMS bedienen sich derzeit der gleichen externen

Dienstleister (wie zB des BBRZ). Sachlich zwingend ist eine Zuweisung zum AMS jedoch nicht, weil es Aufgabe der PV-Träger ist, Pensionen durch berufliche Rehabilitation zu vermeiden.

5.8. Rehabilitationsarten und Leistungen

Die für die einzelnen Rehabilitationsarten vorgesehenen Leistungen differieren in den Versicherungszweigen nur geringfügig. Bei den sozialen und beruflichen Maßnahmen bestehen zwischen UV und PV kaum Unterschiede; wo sie bestehen, sind sie sachlich nicht nachvollziehbar. Hingegen sind im Bereich der medizinischen Rehabilitation die Anspruchsvoraussetzungen unterschiedlich geregelt. So dürfen medizinische Maßnahmen der Kassen nur im Anschluss an die Krankenbehandlung gewährt werden. Dieser Passus fehlt für die medizinische Rehabilitation in der PV. Dafür kennt die PV auch Maßnahmen der ambulanten Rehabilitation.

*vorgesehene
Leistungen
differieren nur
geringfügig*

5.9. Pflichtleistungen oder Pflichtaufgaben?

Von einigen Ausnahmen abgesehen (medizinische Rehabilitation als Unfallheilbehandlung in der UV bzw die berufliche Rehabilitation in der PV) stellt die Rehabilitation eine gesetzliche Pflichtaufgabe dar. Die Leistungen sind zwar nach pflichtgemäßem Ermessen zu gewähren, ein Rechtsanspruch ist jedoch nicht normiert. Die Versicherten können, da es sich nur um Pflichtaufgaben handelt, Entscheidungen der Träger nicht vor die Arbeits- und Sozialgerichte bringen.

*kein
Rechtsanspruch*

Bevor die Ziele der beruflichen Rehabilitation behandelt werden, sollen kurz die Grundsätze dieser Sozialversicherungsleistung dargestellt werden.

6. Grundsätze des beruflichen Rehabilitationsrechts in der PV

6.1. Kein Zustimmungsrecht zur Rehabilitation

Mit dem Strukturanpassungsgesetz 1996 hat der Gesetzgeber das Erfordernis der Einholung einer Zustimmung der zu rehabilitierenden Versicherten zur Einleitung von Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation aufgehoben. Das bedeutet, dass mit der Einleitung des Rehabilitationsverfahrens bei Verweigerung der Maßnahmen auch keine Pension gebührt. Die Aufhebung der Zustimmung zu Rehabilitationsmaßnahmen bewirkt selbstverständlich keinen unmittelbaren Zwang zur Re-

habilitation gegen den Willen der Versicherten. Dennoch liegt es im Interesse der Versicherungsgemeinschaft, auch einen ökonomischen Druck auf die zu Rehabilitierenden durch Vorenthaltung von einkommenssichernden Leistungen (Pension, Übergangsgeld) auszuüben. Natürlich sollte der Träger stets auf die Bereitschaft zur Rehabilitation hinwirken.

6.2. Recht auf berufliche Rehabilitation

Obgleich bereits seit Jahrzehnten in Aussicht gestellt, gab es bis zum BBG 2011 nur in der UV einen einklagbaren Anspruch auf medizinische Rehabilitationsleistungen. Seit 1.1.2012 ist die berufliche Rehabilitation in § 254e ASVG eine Pflichtleistung der PV. In diesen Fällen ist aber nur dann ein Bescheid zu erlassen, wenn die beantragte Leistung ganz oder teilweise abgelehnt und der Bescheid ausdrücklich verlangt wird.

6.3. Geltung des Pensionsantrages „vorrangig“ als Rehabilitationsantrag

§ 261 Abs 1 ASVG ordnet die vorrangige Geltung des Antrags auf eine Pension aus den Versicherungsfällen der geminderten Arbeitsfähigkeit als Antrag auf Leistungen der Rehabilitation an.

6.4. Kein Übergangsgeld bei Verweigerung von Rehabilitationsmaßnahmen

Wird berufliche Rehabilitation gewährt, gebührt ein Übergangsgeld. Versicherte erhalten kein Übergangsgeld, wenn sie sich der Rehabilitationsmaßnahme entziehen oder sie vereiteln.

6.5. Kein Pensionsanspruch während Rehabilitationsmaßnahmen

Während der Rehabilitationsmaßnahme kann kein Pensionsanspruch entstehen und insofern auch keine Pension anfallen. Er ist jedoch nicht ausgeschlossen, wenn die Pension bereits vor der Gewährung von Maßnahmen der Rehabilitation angefallen ist.

6.6. Kein Pensionsanfall während Maßnahmen der Rehabilitation

Werden dem Versicherten zumutbare Maßnahmen der Rehabilitation gewährt, kann die Invaliditätspension erst dann anfallen, wenn durch die Rehabilitationsmaßnahmen die „Wiedereinglieder-

... in das Berufsleben nicht bewirkt werden kann“ (§ 86 Abs 1 Z 2 ASVG). Das ist nicht erst anzunehmen, wenn tatsächlich ein Arbeitsplatz gefunden wird, sondern bereits dann, wenn die Rehabilitationsmaßnahme erfolgreich zum Abschluss gebracht wird. Wird keine Arbeit gefunden, ist das AMS zuständig.

6.7. Der Grundsatz der „pensionsvermeidenden Rehabilitation“

Die auch als „Grundsatz der pensionsvermeidenden Rehabilitation“ bezeichnete Regelung des § 254 Abs 1 ASVG normiert einen Anspruch auf Invaliditätspension, wenn kein Anspruch auf Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation nach § 253e ASVG besteht. Nach dieser Bestimmung sind entsprechende Maßnahmen zu gewähren, wenn Versicherte die Voraussetzungen für die Invaliditätspension entweder schon erfüllen, wahrscheinlich erfüllen oder in absehbarer Zeit (nach Praxis der PVA um fünf Jahre) erfüllen werden. Diese Gesetzesstelle sieht also auch einen Rechtsanspruch auf eine „präventive Rehabilitation“ vor, welcher in der Praxis leider keine Rolle spielt.

Die Praxis hingegen betrachtet diese Gesetzesstelle als exklusives Anwendungsfeld für die berufliche Rehabilitation berufsgeschützter Versicherter.

6.8. Keine berufliche Rehabilitation „nach unten“

Für die Praxis stellt sich die Frage, ob vor allem im Bereich der Arbeiterversicherung die Möglichkeit einer den Berufsschutz übersteigenden Rehabilitation besteht. Dabei handelt es sich um ein Thema, das unter den Sozialpartnern seit jeher kontrovers diskutiert wird. Die Arbeitnehmerseite hat stets betont, dass die Grenzen des Berufsschutzes durch die Rehabilitation nicht substantiell verändert werden dürfen. Die Wirtschaft hingegen versucht den Berufsschutz abzuschaffen oder ihn im Wege der beruflichen Rehabilitation aufzuweichen. Politische Verhandlungen mündeten in einen als „Überlagerung des Berufsschutzes“ bekannt gewordenen Kompromiss („Qualifikationsschutz“), der etwas breiter ist als der Verweisungsschutz im Invaliditätsrecht.

*kontroverse
Diskussion der
Sozialpartner*

Das bedeutet im Ergebnis, dass in der PV der Arbeiter auch eine sog Querrehabilitation (von Arbeiter- auf Angestelltentätigkeiten) zulässig ist. Eine Rehabilitation von Facharbeitern auf Hilfsarbei-

tertätigkeiten ist ausgeschlossen. Die seit Jahren von der Judikatur für rechtmäßig erklärte Verweisung von Facharbeitern auf Berater in Baumärkten ist kein Problem der Rehabilitation, sondern eines des Verweisungsschutzes bei IP. Das Rehabilitationsrecht der Angestellten ergibt sich aus dem Charakter ihrer PV als Berufsversicherung.

Die Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation müssen zweckmäßig und zumutbar sein. Zumutbarkeit liegt vor, wenn die Maßnahmen für die versicherte Person „unter Berücksichtigung ihrer Neigung, ihrer physikalischen Eignung, ihrer bisherigen Tätigkeit sowie der Dauer und des Umfangs ihrer bisherigen Ausbildung (Qualifikationsniveau) sowie ihres Alters, ihres Gesundheitszustandes und der Dauer eines Pensionsbezuges festgesetzt und durchgeführt werden“. Personen, die eine Tätigkeit mit Lehrabschluss oder mit mittlerem Schulabschluss ausgeübt haben oder diesen gleichzuhalten sind, können daher nicht auf Tätigkeiten unterhalb dieser Qualifikationsschwelle rehabilitiert werden. Von zentraler Bedeutung für das Rehabilitationsfeld ist auch, dass durch die berufliche Ausbildung das bisherige Qualifikationsniveau (Fachkompetenz) außer mit Zustimmung der RehabilitandInnen nicht wesentlich unterschritten werden darf. Damit sich AnwärterInnen für Rehabilitationsmaßnahmen nicht der Rehabilitation entziehen können, müssen persönliche Ablehnungsgründe außer Betracht bleiben.

7. Ziele der beruflichen Rehabilitation

*Hauptziel ist
Ausweitung
der beruflichen
Reha*

Zukünftige Rehabilitationsreformen müssen sich an folgenden Grundsätzen orientieren: Hauptziel ist die Ausweitung der beruflichen Rehabilitation. Das bedeutet nicht nur eine Verstärkung der Rehabilitation von berufsgeschützten Versicherten, sondern auch die obligatorische und systematische Erfassung von rehabilitationsfähigen Unqualifizierten durch das AMS und berufliche Umschulung. Zu verhindern ist, dass Personen unterhalb ihres beruflichen Qualifikationsniveaus rehabilitiert werden. Für den Erfolg einer beruflichen Rehabilitation ist nicht nur eine abgeschlossene Rehabilitation auf einen vermittlungsfähigen Beruf maßgebend, sondern auch, RehabilitandInnen, allenfalls in Sonderprogrammen, im Anschluss an die Maßnahmen tatsächlich eine Beschäftigung zu ermöglichen. Schließlich ist es notwendig, Versicherte so früh wie möglich (präventiv) zu rehabilitieren. Zu diesem Zweck ist eine entsprechende Rehabilitationsbetreuung der Versicherten notwendig.

8. Die Folgen der Rehabilitationsreform im SVÄG 2012

8.1. Allgemeines

In diesem Teil wird auf die wichtigsten Änderungen des Rehabilitationsrechts eingegangen, die aufgrund des SVÄG 2012 voraussichtlich (zum Zeitpunkt der Verfassung dieses Artikels war das Gesetz noch nicht beschlossen) mit 1.1.2014 in Kraft treten werden. Darüber hinaus erhebt sich die Frage, ob mit Hilfe dieser Bestimmungen tatsächlich die im ersten Teil des Aufsatzes angeführten Potenziale ausgeschöpft werden können.

8.2. Grundzüge der Rehabilitationsreform 2012

Das 1. SVÄG 2012 wird zu keinem Paradigmenwandel im österreichischen Rehabilitationsrecht führen. Zum Teil wird mit Verbesserungen zu rechnen sein, es bestehen aber auch einige Unwägbarkeiten. Das Ergebnis hängt vielfach auch davon ab, wie die Gerichte auf die neue Rechtslage reagieren werden.

kein Paradigmenwechsel

Umschulungsgeld

Das Umschulungsgeld wird vom AMS gewährt, wenn nach den Bestimmungen des ASVG eine zumutbare und zweckmäßige berufliche Rehabilitation anstelle der IP möglich ist. Die Grundentscheidungen sowohl über das Vorliegen von Invalidität bei Versicherten mit Berufsschutz als auch über die Einleitung der beruflichen Rehabilitation bleiben beim PV-Träger; das AMS prüft, für „welches konkrete Berufsfeld“ die versicherte Person durch Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation qualifiziert werden kann. Unklar ist, wie das AMS seine neue Aufgabe angehen wird. Das darf jedenfalls nicht dazu führen, dass der Berufsschutz in der PV durch das AMS unterminiert wird. Nicht passieren sollte auch, dass die PVA an der bisherigen Rehabilitationspraxis festhält.

Berufsschutz darf nicht unterminiert werden

Rehabilitation von Unqualifizierten

Grundsätzlich positiv, aber in der Sache noch immer unbefriedigend zu sehen ist die Neuregelung der Aufgaben des AMS bei beruflichen Umschulungen von unqualifizierten Personen, die arbeitslos und krank (aber noch nicht erwerbsunfähig) sind. Die Umschulung ist eine Pflichtaufgabe geworden, ein Rechtsanspruch darauf besteht jedoch nach wie vor nicht.

„Kompetenz-
zentrum
Begutachtung“

„Einheitliche Begutachtungsstelle“

Für die Erstellung von medizinischen, berufskundlichen und arbeitsmarktbezogenen Gutachten wird in der PVA ein „Kompetenzzentrum Begutachtung“ eingerichtet. Bei der Begutachtung sind die medizinischen Standards der Fachgesellschaften zu beachten, für die berufliche Rehabilitation ist eine Verordnung des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz vorgesehen. Außerdem sollen die GutachterInnen in einer Akademie im Rahmen eines gemeinnützigen Vereins aller PV-Träger ausgebildet werden. Dieses Maßnahmenpaket dürfte zu einer höheren Zugangsgerechtigkeit für IP führen.

Recht auf medizinische und berufliche Rehabilitation

Es besteht weiterhin kein Recht auf medizinische Rehabilitation. Bedauerlicherweise hat der Gesetzgeber nunmehr auch das Recht auf berufliche Rehabilitation abgeschafft.

Rehabilitationsgeld

Ergänzend zu den rehabilitationsrechtlichen Regelungen wird anstelle befristeter Pensionen in Zukunft von den Krankenkassen (!) ein Rehabilitationsgeld gewährt, wenn vorübergehende Invalidität vorliegt. Die PV-Träger müssen den Kassen den Aufwand ersetzen. Warum die Kassen und nicht die PV-Träger die Auszahlung des Rehabilitationsgeldes übernehmen müssen, hat keine sachliche Grundlage. Ein Fortschritt ist in der Einführung des Case-Managements bei Krankenkassen auszumachen, das BezieherInnen von Rehabilitationsgeld einen raschen Übergang von der Krankenbehandlung zur medizinischen Rehabilitation ermöglichen soll. Ein Case-Management für andere Krankheitsfälle fehlt nach wie vor.

Fortschritt:
„Case-Management“

Literatur

- Radics, Die Grenzen der Krankenbehandlung, SozSi 2007, 100
- Rehabilitationsplan 2012 (GÖG 2012)
- Hannemann-Peterka, Die Rehabilitation im Bereich der Sozialversicherung, SozSi 1979, 154
- Etmayer/Posch, Gedanken zum Krankheitsbegriff, DRdA 2006, 199
- Frank, Berufliche und soziale Maßnahmen der Rehabilitation in der PVA, SozSi 2005, 432
- Karl, Rehabilitation in der Pensionsversicherung, RdA 2008, 103
- Luthe (Hrsg.), Rehabilitationsrecht, Berlin 2009
- Sonntag (Hrsg.), ASVG-Jahreskommentar, 2012

INSTITUT FÜR SOZIAL- UND WIRTSCHAFTSWISSENSCHAFTEN

WISO

WIRTSCHAFTS-UND SOZIALPOLITISCHE ZEITSCHRIFT

Die Zeitschrift WISO wird vom Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften (ISW) herausgegeben. Sie dient der Veröffentlichung neuer sozial- und wirtschaftswissenschaftlicher Erkenntnisse sowie der Behandlung wichtiger gesellschaftspolitischer Fragen aus Arbeitnehmersicht.

Lohnpolitik, soziale Sicherheit, Arbeitsmarkt und Arbeitslosigkeit, Arbeit und Bildung, Frauenpolitik, Mitbestimmung, EU-Integration - das sind einige der Themen, mit denen sich WISO bereits intensiv auseinander gesetzt hat.

WISO richtet sich an BetriebsrätInnen, GewerkschafterInnen, WissenschaftlerInnen, StudentInnen, Aktive in Verbänden, Kammern, Parteien und Institutionen sowie an alle, die Interesse an Arbeitnehmerfragen haben.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Preise:* Jahresabonnement EUR 22,00 (Ausland EUR 28,00)
Studenten mit Inskriptionsnachweis EUR 13,00
Einzelausgabe EUR 7,00 (Ausland EUR 12,00)

(* Stand 2005 - Die aktuellen Preise finden Sie auf unserer Homepage unter www.isw-linz.at)

Wir laden Sie ein, kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen ein WISO-Probeexemplar zu bestellen. Natürlich können Sie auch gerne das WISO-Jahresabonnement anfordern.

Informationen zum ISW und zu unseren Publikationen - inklusive Bestellmöglichkeit - finden Sie unter www.isw-linz.at.



Oberösterreich

BESTELLSCHEIN*

Bitte senden Sie mir kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen

- 1 Probeexemplar der Zeitschrift WISO
 1 ISW Publikationsverzeichnis

Ich bestelle _____ Exemplare des WISO-Jahresabonnements (Normalpreis)

Ich bestelle _____ Exemplare des WISO-Jahresabonnements für StudentInnen mit Inskriptionsnachweis

* Schneller und einfacher bestellen Sie über das Internet: www.isw-linz.at

Name _____

Institution/Firma _____

Straße _____

Plz/Ort _____

E-Mail _____

BESTELLADRESSE:

ISW
Volksgartenstraße 40, A-4020 Linz
Tel. ++43/732/66 92 73
Fax ++43/732/66 92 73-28 89
E-Mail: wiso@isw-linz.at
Internet: www.isw-linz.at