

Wozu early intervention?

Eine Einführung in das Thema

Übersicht:

- I. Ausgangssituation
- II. Schwachstellen
- III. Mögliche Handlungsfelder und aktuelle Maßnahmen
 - A. Arbeitsrecht
 - B. Sozialversicherungsrecht
 - C. Übergreifende Ansätze
- IV. Ausblick

I. Ausgangssituation

Verliert eine erwerbstätige Person, vor allem wenn es sich dabei um eine/n Arbeitnehmer/in (AN) handelt, *vorübergehend* ihre Arbeitsfähigkeit, wird sie regelmäßig durch ein relativ *dichtes Netz* von arbeitsrechtlichen bzw sozialversicherungsrechtlichen Vorkehrungen aufgefangen: Erwerbstätige genießen grundsätzlich¹⁾ den Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung (KV) und können zur Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit insb Leistungen im Rahmen der Krankenbehandlung oder der Anstaltspflege beanspruchen (vgl nur §§ 133 bzw 144 ASVG).

AN erleiden durch eine solche Arbeitsunfähigkeit zunächst auch keinen Einkommensausfall, weil ihre Arbeitgeber/innen (AG) zur Entgeltfortzahlung verpflichtet sind.²⁾ Ist dieser Anspruch erschöpft oder besteht er nur mehr in halber Höhe, gebührt (anteilig) Krankengeld aus der KV (vgl §§ 138 ff ASVG). Diese Leistungen können auch freie Dienstnehmer/innen iSd § 4 Abs 4 ASVG beanspruchen, ja sogar die KV der Selbständigen sieht ähnliche Geldleistungen vor.³⁾

¹⁾ Bei bloß geringfügig Beschäftigten, das sind Personen, deren monatliches Einkommen den Betrag von € 438,05 nicht überschreitet (Wert für 2018, vgl § 5 Abs 2 ASVG idF der Anpassung durch Art 1 § 2 Z 1 der Verordnung BGBl II 2017/339), besteht dieser Schutz nur nach Maßgabe einer freiwilligen Versicherung nach § 19a ASVG.

²⁾ Die diesbezüglichen Regelungen sahen bis vor kurzem noch Unterschiede zwischen Arbeitern und Angestellten vor, welche aber aufgrund der *Vereinheitlichung* durch BGBl I 2017/153 ab 1. 7. 2018 sukzessive beseitigt werden sollen.

³⁾ Vgl nur die „Unterstützungsleistung bei lang dauernder Krankheit“ nach § 104a GSVG sowie das vom Bestand einer Zusatzversicherung abhängige Krankengeld nach §§ 105 f GSVG.

Reicht die herkömmliche Behandlung nicht aus, um die Arbeitsfähigkeit angemessen wiederherzustellen, kennt das KV-Recht medizinische Maßnahmen der *Rehabilitation*, „um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder die Folgen der Krankheit zu erleichtern“ (vgl nur § 154 a ASVG). Geht die Beeinträchtigung auf einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit zurück, besteht sogar Anspruch auf Unfallheilbehandlung „mit allen geeigneten Mitteln“ (§ 189 Abs 1 ASVG) und ohne zeitliche Begrenzung (§ 190 ASVG), erforderlichenfalls gebühren auch Leistungen der beruflichen bzw der sozialen Rehabilitation (vgl nur §§ 198 bzw 201 ASVG). Hat der Arbeitsunfall (die Berufskrankheit) eine dauerhafte Minderung der Erwerbsfähigkeit im Ausmaß von mindestens 20% zur Folge, besteht überdies Anspruch auf eine 14 Mal pro Jahr ausbezahlte Versehrtenrente, und zwar allenfalls auch unabhängig davon, ob diese Minderung konkret auch zu einem Einkommensverlust geführt hat.

In all diesen Fällen ist somit umfangreiche Vorsorge dafür getroffen, dass die Phase bis zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit rasch und nachhaltig überbrückt werden kann. Anders ist die Situation dagegen, wenn die *Rückkehr zur Arbeit nicht möglich* ist. Das kann darauf zurückzuführen sein, dass die Arbeitsunfähigkeit nicht bloß vorübergehend andauert und/oder dass diese Einschränkung zur Beendigung der Beschäftigung geführt oder diese zumindest beschleunigt hat. Bei einer dauerhaften Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit kommt es ganz wesentlich darauf an, ob die betreffende Person *Berufsschutz* genießt oder nicht, inwieweit ihr also andere Tätigkeiten als bisher zugemutet werden können. Ist das nicht der Fall und kommt auch keine Rehabilitation in Betracht, besteht bei Vorliegen eines Mindestmaßes von Versicherungszeiten⁴⁾ Anspruch auf eine *Pension* wegen geminderter Arbeitsfähigkeit aus der gesetzlichen Pensionsversicherung (PV).⁵⁾

Erweist sich dagegen eine Rehabilitation als zweckmäßig und zumutbar, können entsprechend des seit 2014 in der PV dominierenden Prinzips „*Rehabilitation vor Pension*“ zunächst nur medizinische oder berufliche Maßnahmen beansprucht werden.⁶⁾ Solange sich die betreffende Person diesen Maßnahmen unterzieht bzw sich dabei entsprechend einbringt, gebührt ihr Rehabilitationsgeld (§§ 143 a ff ASVG) oder – bei beruflicher Reha – Umschulungsgeld.⁷⁾ Erklärtes – und insoweit nicht in Frage zu stellendes – Ziel dieser Maßnahmen ist es, gesundheitlich eingeschränkten Personen weitestgehend eine Rückkehr ins Erwerbsleben zu ermöglichen.

Das ist auch die vorrangige Aufgabe des *Arbeitsmarktservice*, gegenüber der die Erbringung von Leistungen zur Sicherung der wirtschaftlichen Existenz von

⁴⁾ Für die Erfüllung dieser Wartezeit genügen regelmäßig 60 Versicherungsmonate, bei unter 27-Jährigen reichen sogar sechs Versicherungsmonate (vgl nur § 236 Abs 1 bzw Abs 4 Z 3 ASVG).

⁵⁾ Für Arbeiter in Form der Invaliditätspension (§§ 254 ff ASVG), für Angestellte als Berufsunfähigkeitspension (§§ 271 ff ASVG) und für Selbständige als Erwerbsunfähigkeitspension (vgl nur §§ 132 ff GSVG).

⁶⁾ Vgl zu dieser Systemumstellung nur Pfeil, Systemfragen der geminderten Arbeitsfähigkeit, DRdA 2013, 363 ff.

⁷⁾ Vgl § 39 b AIVG.

Arbeitslosen eindeutig in den Hintergrund tritt.⁸⁾ Dementsprechend gebühren die dafür primär vorgesehenen Geldleistungen Arbeitslosengeld bzw. Notstandshilfe auch nicht, wenn die betreffende Person dauerhaft arbeitsunfähig ist. Dafür gelten nach § 8 AIVG materiell die gleichen Maßstäbe und auch die gleichen prozeduralen Regeln wie bei der geminderten Arbeitsfähigkeit in der PV.

II. Schwachstellen

Bereits dieser kurze Überblick hat einige *Schwachstellen* des bestehenden Systems sichtbar werden lassen. Diese wiegen umso schwerer, als bisher und wohl auch weiterhin ein *unstrittiges Ziel der Sozialpolitik* darin bestehen muss, Erwerbstätigkeit und die gesundheitsbedingte Fähigkeit, eine solche zu erlangen bzw. fortzuführen, nach Möglichkeit aufrechtzuerhalten oder wiederherzustellen.

Die aus Sicht der AN wohl gravierendste Schwachstelle liegt wohl darin, dass es bei eingeschränkter Arbeitsfähigkeit kaum Schutz vor einer *Beendigung* des Arbeitsverhältnisses gibt. Dass es zu einer solchen Beendigung kommt, hat vielfach auch damit zu tun, dass es wenig Begleitung bzw. Unterstützung der AN bei längeren Krankenständen gibt, welche es auch den jeweiligen AG leichter machen würden, Arbeitsverhältnisse trotz bestehender Einschränkungen fortzusetzen. In diesem Zusammenhang bleiben allerdings auch – abgesehen von Arbeitsunfällen und den nicht sehr zahlreich anerkannten Berufskrankheiten – die *Ursachen* für diese Einschränkungen häufig *ausgeblendet*.

Wenn es dann um (den Zugang zu) Maßnahmen der *Rehabilitation* geht, ist nach wie vor zu bemängeln, dass Versicherte ohne Berufsschutz, namentlich also unqualifizierte Arbeiter/innen, krass benachteiligt sind. Daran dürfte auch die jüngste Erweiterung des Anspruchs auf berufliche Rehabilitation bei drohender Invalidität (vgl. § 253 e ASVG) nichts ändern. Ähnlich prekär erscheint die Situation für „bloß“ eingeschränkt Arbeitsfähige, die bei – zumal längerer – Arbeitslosigkeit keinen Berufsschutz beanspruchen können, sondern nach der Logik des AIVG bei sonst drohendem Anspruchsverlust letztlich jede zumutbare Beschäftigung annehmen müssen, um die Arbeitslosigkeit zu beenden.

Wer dennoch in den Genuss von Rehabilitationsleistungen kommt, muss u.U. feststellen, dass diese Maßnahmen *viel zu spät* einsetzen. Ursprünglich wurde darüber meist erst entschieden, wenn bereits ein Pensionsantrag gestellt wurde.⁹⁾ Und auch der eben erwähnte nun „vorverlegte“ Anspruch auf Rehabilitation setzt voraus, dass die Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit bereits wahrscheinlich vorliegt oder in absehbarer Zeit vorliegen wird (vgl. § 253 e Abs 1 bzw. § 270 a Abs 1 ASVG). Dazu kommt, dass die Maßnahmen der Rehabilitation vielfach wenig Veränderung bewirken, was nicht verwundern darf, wenn als medizinische Maßnahme in offenbar nicht wenigen Fällen schlicht vorgesehen ist, die weitere Entwicklung des (die Arbeitsunfähigkeit begründenden!) Zustands abzuwarten.

⁸⁾ Vgl. insb. § 29 AMSG.

⁹⁾ Der dann nach § 361 Abs 1 letzter Satz ASVG in einen Antrag auf Rehabilitation bzw. Feststellung des Berufsfeldes, in das umgeschult werden soll, umzudeuten ist.

III. Mögliche Handlungsfelder und aktuelle Maßnahmen

All das legt den Befund nahe, dass die bisherigen Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung eines Mindestmaßes an Arbeitsfähigkeit objektiv zu kurz greifen bzw zu spät kommen. Betrachtet man das theoretische Spektrum möglicher Ansätze zur Verbesserung dieser Situation, ist rasch erkennbar, dass manche Handlungsfelder (vor allem auch politisch) eher realistisch bzw Erfolg versprechend sind als andere.

A. Arbeitsrecht

Zu den eher weniger realistischen Ansätzen zählt aktuell wohl – leider – die Verstärkung des Schutzes der AN vor einer Beendigung des Arbeitsverhältnisses bei eingeschränkter Arbeitsfähigkeit bzw bei Krankheit. Diese Umstände sind zwar im Rahmen der Interessenabwägung beim allgemeinen Kündigungsschutz insb bei älteren, länger dem Betrieb angehörenden AN zu berücksichtigen,¹⁰⁾ dürften aber kaum eine größere Bedeutung zugemessen erhalten, wenn nicht einmal bei besonders bestandgeschützten AN längere Arbeitsunfähigkeit eine Beendigung ausschließen kann.¹¹⁾

Ein anderes Problem im Zusammenhang mit der Beendigung von Arbeitsverhältnissen wurde dagegen inzwischen entschärft. Bisher war nur vorgesehen, dass die Dauer des Entgeltfortzahlungsanspruchs bei Krankheit nicht dadurch begrenzt werden kann, dass der/die AG das Arbeitsverhältnis kündigt, ohne wichtigen Grund eine Entlassung ausspricht oder den vorzeitigen AN-Austritt verschuldet. Das führte offenbar nicht selten dazu, dass AG den/der bereits (oder zumindest absehbar) länger im Krankenstand befindlichen AN eine *einvernehmliche Auflösung* nahelegten, die dann meist zustande kam, insb weil eine Wiedereinstellung nach Wiedergenesung in Aussicht gestellt wurde, und der/die AN ohnedies Krankengeld beziehen konnte. Ob es sich dabei um eine Umgehungshandlung und einen unzulässigen „Vertrag zu Lasten Dritter“ (konkret der Versichertengemeinschaft in der KV) handelte, war nicht immer erweislich.¹²⁾ Für die betroffenen AN bestand in jedem Fall das Risiko, sowohl den Anspruch auf Entgeltfortzahlung als auch jenen auf Krankengeld zu verlieren. Dem wurde nun ebenfalls durch BGBl I 2017/153 insofern ein Riegel vorgeschoben, als der Entgeltfortzahlungsanspruch auch dann bestehen bleibt, wenn das Arbeitsverhältnis während einer Dienstverhinderung oder im Hinblick auf eine solche einvernehmlich beendet wird.¹³⁾

¹⁰⁾ Vgl zur diesbezüglichen Handhabung des hier maßgebenden § 105 Abs 3 Z 2 lit a ArbVG nur *Trost in Jabornegg/Resch* (Hrsg), Arbeitsverfassungsgesetz (hier 26. Lieferung, 2012) § 105 Rz 376 ff.

¹¹⁾ Vgl etwa nur den Kündigungstatbestand für Betriebsratsmitglieder in § 121 Z 2 ArbVG.

¹²⁾ Vgl nur *Drs in Mosler/Müller/Pfeil* (Hrsg), SV-Komm (hier 173. Lieferung, 2017) § 143 ASVG Rz 9.

¹³⁾ Die entsprechenden Neuregelungen in § 9 Abs 1 AngG bzw § 5 EFZG sollen ebenfalls mit 1. 7. 2018 in Kraft treten.

Bisher nur punktuell angegangen wurde das Problem, dass eingeschränkte Arbeitsfähigkeit nicht nur, aber doch sehr häufig zumindest auch arbeits- oder betriebsbedingte Ursachen hat. Hier entgegenzuwirken wäre an sich Aufgabe des *ArbeitnehmerInnenschutzrechts*. Dieser Rechtsbereich ist freilich zuletzt zunehmend in die Defensive geraten, steht er doch unter dem ständigen Verdacht, die wirtschaftliche Entfaltung insb durch überbürokratische Auflagen zu hemmen.¹⁴⁾ Auf der anderen Seite gibt es nach wie vor wenig Instrumente und Anreize für Entwicklung und Ausbau von Maßnahmen der *betrieblichen Gesundheitsförderung*. Dazu gehört nicht zuletzt eine aktive Förderung der Aufrechterhaltung von Arbeitsverhältnissen trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung oder wenn diese noch nicht ganz überwunden ist. Auf diesen Punkt ist sogleich zurückzukommen (III.C.).

B. Sozialversicherungsrecht

Wechselt man von vorrangig arbeitsrechtlichen zu möglichen sozialversicherungsrechtlichen Maßnahmen, so ist zuallererst noch einmal das Problem des *fehlenden Berufsschutzes* zu betonen, durch den unqualifizierte Arbeiter/innen nicht nur weitgehend¹⁵⁾ von einem Anspruch auf eine Pension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit, sondern meist auch vom Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen ausgeschlossen sind.

Die Erleichterung des Zugangs zumindest zur Rehabilitation gerade für Personen, die aufgrund ihrer fehlenden (oder nicht mehr zeitgemäßen) Qualifizierung auch ohne gesundheitliche Beeinträchtigung schlechte Chancen am Arbeitsmarkt haben, muss daher ein vorrangiges Anliegen sein. Mit den jüngsten *Erweiterungen* (insb durch BGBl I 2017/38) im Hinblick auf die berufliche Rehabilitation in der PV wurde dafür ein wichtiger Schritt gesetzt: Zum einen wurden die BezieherInnen von Rehabilitationsgeld ausdrücklich in den Kreis der AdressatInnen von Rehabilitationsmaßnahmen aufgenommen (vgl § 300 Abs 1 bzw § 303 ASVG). Zum anderen wurde das Maßnahmenpektrum um die *medizinisch-berufsorientierte Rehabilitation* (§ 302 Abs 1 Z 1 a ASVG) sowie um Berufsfindungs- und Berufsorientierungsmaßnahmen bzw Arbeitstrainings (§ 303 letzter Satz ASVG) erweitert.

Derartige Maßnahmen müssen aber die betroffenen Versicherten auch erreichen. Dafür müssen diese Personen frühestmöglich, also jedenfalls noch vor dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben „abgeholt“ werden. Diesem Zweck dient auch die Novellierung der *Rehabilitations-Richtlinien* des Hauptverband-

¹⁴⁾ So lautet auch die Überschrift im einschlägigen Kapitel des aktuellen Programms der Bundesregierung („Zusammen. Für unser Österreich. Regierungsprogramm 2017-2022“, vgl etwa <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/documents/131008/569203/Regierungsprogramm>) „Entbürokratisierung von Arbeitsinspektorat und Arbeitnehmerschutzvorschriften“ (147).

¹⁵⁾ Die diesbezüglichen Ausnahmen für älter bzw bereits länger arbeitslose Versicherte insb in § 255 Abs 3 a und 4 ASVG sind schmal gehalten, zeigen aber immerhin, dass sich der Gesetzgeber des Problems bewusst ist.

des der Sozialversicherungsträger,¹⁶⁾ deren gesetzliche Grundlage auch eine entsprechende Ergänzung erfahren hat: § 31 Abs 5 Z 20 ASVG nennt als Ziel dieser Richtlinien nun ausdrücklich „die Koordinierung der Aufgaben der Krankenversicherungsträger im Bereich der Frühintervention zur Verhinderung des Ausscheidens aus dem Erwerbsleben“. Auf dieser Basis wurde mit Wirkung am 1. 4. 2017 (avsv Nr 177/2016) ein neuer Abschnitt 7 a („*Frühintervention*“) in die RRK eingefügt, deren § 34 a nun explizit vorsieht, dass „Versicherte, die seit mindestens 28 Tagen durchgehend arbeitsunfähig in Folge Krankheit sind ... vom Krankenversicherungsträger zu einem freiwilligen Beratungsgespräch einzuladen [sind] ... In diesem Gespräch ist der weitere Krankheits- und Heilungsverlauf zu erörtern, auf bestehende Präventions-, Frühinterventions- und Rehabilitationsmaßnahmen aufmerksam zu machen“ und „insbesondere auf die im Rahmen des Beschäftigungsverhältnisses ausgeübte Tätigkeit sowie auf die konkrete Arbeitsplatzsituation Bedacht zu nehmen“.

Diese Regelungen korrespondieren mit der Ergänzung des Leistungskatalogs der PV in § 222 ASVG, in dem durch BGBl I 2017/29 ein neuer Abs 4 angefügt wurde, der eine *Zuweisung zum Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangebot von fit2work* vorsieht, wenn vom PV-Träger (bescheidmäßig, § 367 Abs 4 Z 1 ASVG) festgestellt wird, dass bei Versicherten mit aufrechtem Dienstverhältnis bei Fortsetzung der bisherigen Erwerbstätigkeit (!) in absehbarer Zeit Invalidität (Berufsunfähigkeit) eintreten wird. Auf diese Neuerungen, die die schon erwähnten Maßnahmen zur Weiterentwicklung des Prinzips Rehabilitation vor Pension (insb durch das SVÄG, BGBl I 2017/38) sinnvoll ergänzen, wird im vorliegenden Band ausführlich eingegangen.¹⁷⁾

C. Übergreifende Ansätze

Schon bei den bisher erwähnten Ansatzmöglichkeiten bzw bereits vorgesehenen Maßnahmen ist wohl sichtbar geworden, wie wichtig das Zusammenspiel zwischen innerbetrieblichen Vorkehrungen und außerbetrieblichen flankierungen ist, um tatsächlich eine effektive und nachhaltige „early intervention“ zu gewährleisten. Dabei geht es aus rechtlicher Sicht nicht zuletzt um ein übergreifendes Zusammenwirken von arbeits- und sozialversicherungsrechtlichen Vorkehrungen.

Bei ersteren wäre es natürlich denkbar, AG stärker in die Pflicht zu nehmen und/oder zusätzliche gesetzliche Möglichkeiten vorzusehen, um Maßnahmen des betrieblichen Gesundheits- und Wiedereingliederungsmanagements zumindest im Wege von Betriebsvereinbarungen verbindlich regeln zu können. Andererseits besteht aber auch das Problem, dass die Beurteilung vorübergehender Arbeitsunfähigkeit, die dann einen arbeitsrechtlichen Entgeltfortzahlungsanspruch auslöst, bisher nach einem „Alles oder nichts“-Prinzip erfolgt und daher

¹⁶⁾ Richtlinien für die Erbringung von Leistungen im Rahmen der Rehabilitation sowie von Leistungen im Rahmen der Festigung der Gesundheit und der Gesundheitsvorsorge (RRK 2005), avsv Nr 114/2005.

¹⁷⁾ Vgl den Beitrag in diesem Band von *Sigrid Röhrich*, *Early Intervention* und *fit2work*.

die Verweisung von AN auf Teilbereiche ihres vertraglichen festgelegten Tätigkeitsfelds (und damit ein Weiterarbeiten) kaum in Betracht kommt.¹⁸⁾

Die rechtspolitische Ablehnung eines solchen „Teilkrankenstandes“ hat eine andere Lösung begünstigt, die als gutes Beispiel für eine grundsätzlich gelungene Verknüpfung von innerbetrieblichen Maßnahmen mit Unterstützung „von außen“ gesehen werden. Dabei handelt es sich um die Verankerung der Möglichkeit der Vereinbarung einer Reduzierung der Arbeitszeit zwischen AG und AN zu Zwecken der Wiedereingliederung nach längeren Krankenständen, wobei der daraus resultierende Entgeltausfall für den/die AN weitgehend durch eine Geldleistung aus der KV kompensiert wird. Auch dieses Modell der *Wiedereingliederungsteilzeit* (nach § 13 a AVRAG) in Verbindung mit dem *Wiedereingliederungsgeld* (§ 143 d ASVG) ist daher Gegenstand eines eigenen Beitrags.¹⁹⁾

IV. Ausblick

Der vorliegende Band versucht eine Bestandsaufnahme der bestehenden Instrumentarien für eine early intervention zur weitestmöglichen Vermeidung von dauerhafter Arbeitsunfähigkeit. Die verschiedenen Beiträge sind in weiterer Folge um die Bewertung dieser Maßnahmen und das Aufzeigen von künftigen Möglichkeiten aus unterschiedlichen Blickwinkeln und vor dem Hintergrund unterschiedlicher Disziplinen bemüht.

Das Stichwort „early intervention“ findet sich auch im aktuellen Programm der Bundesregierung,²⁰⁾ wobei – im Kontext „Altersgerechtes Arbeiten sozial und wirtschaftlich garantieren“ – angekündigt wird, dass Case Management schon bei kürzeren Krankenständen erfolgen soll und zwar auch unter Berücksichtigung beruflicher Belastungen, um die Gesundheit und damit die Arbeitskraft des Einzelnen zu erhalten (109). In eine ähnliche Richtung weist das Vorhaben, die betriebliche Gesundheitsförderung weiter forcieren (112). Dagegen steht bei der geplanten Reform der Invaliditäts- bzw Berufsunfähigkeitspensionen offenbar ein anderer Aspekt im Vordergrund, wenn dort insb die Treffsicherheit von Gutachten problematisiert wird (110). Es bleibt daher abzuwarten, welche Maßnahmen hier in der nächsten Zukunft ergriffen werden und ob nicht doch der eine oder andere fachkundige Vorschlag, von denen sich zahlreiche in den folgenden Beiträgen finden, aufgegriffen wird.

¹⁸⁾ Vgl nur *Drs in Reissner/Neumayr* (Hrsg), Zeller Kommentar zum Arbeitsrecht³ (2018) § 8 AngG Rz 39 ff.

¹⁹⁾ Vgl den Beitrag in diesem Band von *Birgit Schrattbauer*, Die neue Wiedereingliederungsteilzeit.

²⁰⁾ Siehe oben FN 14.

Sigrid Röhrich, Wien

Early Intervention und fit2work

Übersicht:

- I. Einleitung
- II. Schritte zur Frühintervention von 2010 bis 2017
- III. Der Beitrag des Präventionsprogramms fit2work
 - A. Die fit2work Personenberatung
 - B. Die fit2work Betriebsberatung
 - C. Stand der Umsetzung
 - D. Zu Organisation und Finanzierung
 - E. Monitoring und Evaluierung
 - F. Neuerungen der letzten Jahre und Weiterentwicklung
- IV. Resümee

I. Einleitung

Die Leitfrage der Interdisziplinären Tagung zur Early Intervention an der Universität Salzburg am 27. 4. 2017 war „Was kann betriebliches Gesundheits- und Wiedereingliederungsmanagement?“.

Zum betrieblichen Gesundheitsmanagement gehören drei Säulen bzw. Bereiche: der gesetzlich verpflichtende ArbeitnehmerInnenschutz (inkl. Evaluierung psychischer Belastungen) und die freiwillige betriebliche Gesundheitsförderung im Bereich der Primärprävention sowie das Wiedereingliederungsmanagement, um die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit zu stärken bzw. nachhaltig abzusichern.

Die folgende Grafik¹⁾ geht über das „Drei-Säulen-Modell“ hinaus und integriert die drei Bereiche in einen Kreislauf.

¹⁾ Quelle: www.gfb.or.at. Das Vernetzungsprojekt „Gesundheit fördert Beschäftigung – Gesundheit im Betrieb“ wird vom Sozialministerium gefördert.

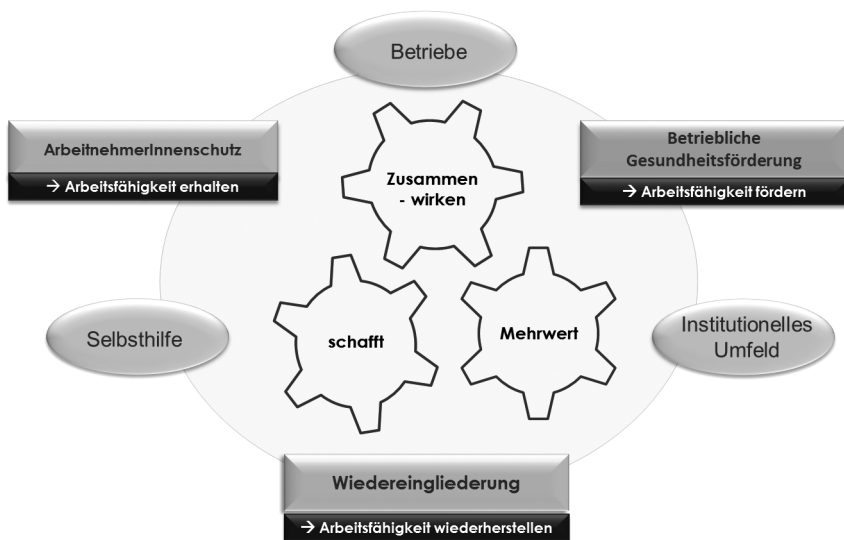


Abbildung 1: Gesundheitsmanagement im Betrieb

Doch was soll unter Early Intervention eigentlich verstanden werden? Definitiv „zu spät“ ist es wohl, wenn ein Antrag auf Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension gestellt wird, auch wenn dieser vorrangig als Antrag auf Leistungen der Rehabilitation gilt. Eine mögliche, erwerbsarbeitsbezogene Erfolgsdefinition von Early Intervention bei gesundheitlichen Problemen wäre, dass die Intervention früh genug stattgefunden hat, wenn die Beschäftigung erhalten werden konnte. Dass dies bisher oft nicht der Fall ist, wird der folgende Beitrag anhand des Präventionsprogramms fit2work zeigen, das sowohl inner- als auch außerbetrieblich tätig ist.

Dass eine frühzeitige Intervention bei gesundheitlichen Problemen sinnvoll ist, (volks- wie betriebs-)wirtschaftliche Folgekosten und nicht zuletzt persönliches Leid verhindern kann, ist unbestritten. So wurden auch in Österreich in den letzten Jahren einige wichtige Maßnahmen gesetzt. Von der OECD²⁾ wurden im Länderbericht 2015 zu „Psychischer Gesundheit und Beschäftigung“ etwa die „vielversprechenden“ Angebote von fit2work als „Schritt in die richtige Richtung“ erwähnt – das Early Intervention-Prinzip sollte aus Sicht der OECD in Österreich insgesamt jedoch noch verstärkt werden.

²⁾ OECD (2015), Mental Health and Work: Austria – s <http://www.oecd.org/austria/mental-health-and-work-austria-9789264228047-en.htm>.