

Bericht des Rechnungshofes

Invaliditätspension Neu

III-411 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXV. GP

Reihe BUND 2017/33

Vorbemerkungen

Vorlage an den Nationalrat

Der Rechnungshof erstattet dem Nationalrat gemäß Art. 126d Abs. 1 Bundes-Verfassungsgesetz nachstehenden Bericht über Wahrnehmungen, die er bei einer Gebarungsüberprüfung getroffen hat.

Berichtsaufbau

In der Regel werden bei der Berichterstattung punkteweise zusammenfassend die Sachverhaltsdarstellung (Kennzeichnung mit 1 an der zweiten Stelle der Textzahl), deren Beurteilung durch den Rechnungshof (Kennzeichnung mit 2), die Stellungnahme der überprüften Stelle (Kennzeichnung mit 3) sowie die allfällige Gegenüberung des Rechnungshofes (Kennzeichnung mit 4) aneinandergereiht. Das in diesem Bericht enthaltene Zahlenwerk beinhaltet allenfalls kaufmännische Auf- und Abrundungen.

Der vorliegende Bericht des Rechnungshofes ist nach der Vorlage über die Website des Rechnungshofes „<http://www.rechnungshof.gv.at>“ verfügbar.





Bericht des Rechnungshofes

Invaliditätspension Neu

Reihe BUND 2017/33

IMPRESSUM

Herausgeber: Rechnungshof
1031 Wien,
Dampfschiffstraße 2
<http://www.rechnungshof.gv.at>
Redaktion und Grafik: Rechnungshof
Herausgegeben: Wien, im Juli 2017

AUSKÜNFTE

Rechnungshof
Telefon (+43 1) 711 71 - 8644
Fax (+43 1) 712 49 17
E-Mail presse@rechnungshof.gv.at
facebook/RechnungshofAT
Twitter: @RHSprecher

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	7
Kurzfassung	9
Kenndaten	13
Prüfungsablauf und –gegenstand	14
Einleitung	15
Allgemeines und Pensionsreformen 2000 bis 2012	15
Inhalte der Reform 2012	17
Zielerreichung	21
Grundannahmen der Reform 2012	21
Finanzielle Ziele und Auswirkungen der Reform 2012	24
Rehabilitationsgeld	27
Abwicklung der Geldleistung	27
Berechnung des Rehabilitationsgelds	28
Bedarfsregelung	29
Übergangsregelung	30
Auszahlungs- und Berechnungsmodalitäten	32
Durchschnittliche Höhe des Rehabilitationsgelds	33
Zusammenhang mit anderen Leistungen und Transparenz der Leistungshöhe	35
Berechnung der Invaliditätspension	37
Konsequenzen der Teilversicherung	39

Betreuung der Beziehenden von Rehabilitationsgeld	41
Allgemeines	41
Case Management: Kostentragung	42
Case Management: Ergebnisziele	43
Case Management: Definition des Auftrags	44
Zielgruppe	47
Erkrankungen und Behandlungsformen	50
Kooperation zwischen den Trägern	51
Berufliche Rehabilitation	53
Anzahl der Personen in beruflicher Rehabilitation	53
Umsetzung der beruflichen Rehabilitation	56
Umschulungsgeld	58
Freiwillige berufliche Rehabilitation	59
Aktuelle Entwicklungen	60
Auswirkungen der „Invaliditätspension Neu“ auf das Pensionsantrittsalter	64
Gesamtentwicklung des Pensionsantrittsalters	64
Zusammensetzung der Pensionsantritte	66
Maßgebliche Faktoren im Bereich der Invaliditätspension	68
Vorzeitige Alterspensionen	72
Monitoring im Kontext des Arbeitsmarkts	75
Finanzielle Aspekte unabhängig vom Pensionsantrittsalter	76
Zusammenfassung zum Pensionsantrittsalter	78
Schlussempfehlungen	80

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Rehabilitation: Unterschiede in der Geldleistung, der Betreuungsleistung und der Begutachtung	20
Tabelle 2: Vergleich der Annahmen der Regierungsvorlage zum Sozialrechts-Änderungsgesetz 2012 mit den Ist-Werten 2015	22
Tabelle 3: Erwartete Gesamteinsparungen durch die berufliche und medizinische Rehabilitation, Sozialrechts-Änderungsgesetz 2012	24
Tabelle 4: Rehabilitationsgeldbeziehende und durchschnittliche Höhe des Rehabilitationsgelds 2015	34
Tabelle 5: Gegenüberstellung wesentlicher Parameter bei AMS-Leistungen, Pensionen wegen geminderter Erwerbsfähigkeit und Rehabilitationsgeld (Stand 2016)	35
Tabelle 6: Gegenüberstellung wesentlicher Parameter beruflicher Rehabilitation nach Rechtsgrundlage	59

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Erledigungen der Pensionsanträge wegen geminderter Arbeitsfähigkeit 2015 (Neugewährungen, PVA) _____	18
Abbildung 2:	Entscheidungsalternativen Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit nach dem Sozialrechts-Änderungs- gesetz 2012 _____	19
Abbildung 3:	Entwicklung Pensionsantrittsalter 2000 bis 2015, Eigenpensionen gesamt _____	65
Abbildung 4:	Anteil der Pensionsarten an den Pensionsantritten 2004 bis 2015 _____	67
Abbildung 5:	Entwicklung Pensionsantrittsalter 2000 bis 2015, Invaliditätspensionen _____	71
Abbildung 6:	Vorzeitige Alterspensionen – Pensionsantritte 2004 bis 2015 _____	73
Abbildung 7:	Entwicklung Pensionsantrittsalter 2000 bis 2015 – Alters- pension _____	74

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AIVG	Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977, BGBl. Nr. 609 i.d.g.F.
AMS	Arbeitsmarktservice
AMPFG	Arbeitsmarktpolitik-Finanzierungsgesetz, BGBl. Nr. 315/1994 i.d.g.F.
APG	Allgemeines Pensionsgesetz, BGBl. I Nr. 142/2004 i.d.g.F.
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955 i.d.g.F.
BBRZ	Berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum
B-KUVG	Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 200/1967 i.d.g.F.
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
bspw.	beispielsweise
BVA	Bundesvoranschlag
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
etc.	et cetera
EuGH	Europäischer Gerichtshof
EUR	Euro
exkl.	exklusive
(f)f.	folgend(e) Seite (Seiten)
FLAF	Familienlastenausgleichsfonds
GKK	Gebietskrankenkasse(n)
GZ	Geschäftszahl
Hauptverband	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
i.d.(g.)F.	in der (geltenden) Fassung
inkl.	inklusive
IT	Informationstechnologie
i.H.v.	in Höhe von
LGKK	Leistungswesen der Gebietskrankenkassen
lit.	litera (Buchstabe)
lt.	laut

Invaliditätspension Neu

ME	Ministerialentwurf
Mio.	Million(en)
Mrd.	Milliarde(n)
Nr.	Nummer(n)
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OGH	Oberster Gerichtshof
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
rd.	rund
RH	Rechnungshof
S.	Seite
SRÄG 2012	Sozialrechts–Änderungsgesetz 2012, BGBl. I Nr. 3/2013
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
usw.	und so weiter
v.a.	vor allem
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel

Wirkungsbereich der Bundesministerien für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz Gesundheit und Frauen

Invaliditätspension Neu

Kurzfassung

Allgemeines

Der RH führte zwischen April und September 2016 eine Geburungsüberprüfung zum Thema „Invaliditätspension Neu“ durch. Prüfungshandlungen erfolgten bei der Pensionsversicherungsanstalt (**PVA**), der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (**OÖGKK**), dem Arbeitsmarktservice (**AMS**), beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (**Hauptverband**) und beim BMASK. (**TZ 1**)

Ziel der Geburungsüberprüfung war die Beurteilung,

- ob die Ziele der „Invaliditätspension Neu“ erreicht wurden,
- ob die Umstellung der Geldleistung zweckmäßig und sachgerecht war,
- ob die veränderte Betreuung der betroffenen Personen zweckmäßig war und
- ob die Verwaltung der Leistungen für den betroffenen Personenkreis zweckmäßig war.

Der Prüfungszeitraum umfasste die Jahre 2014 bis 2015. Soweit erforderlich nahm der RH auch auf frühere bzw. aktuellere Entwicklungen Bezug. (**TZ 1**)

Mit der „Invaliditätspension Neu“ bzw. dem Sozialrechts-Änderungsgesetz 2012 (**SRÄG 2012**) löste der Gesetzgeber das System der befristeten Invaliditätspension ab. Die Reform gestaltete insbesondere die Geldleistungen bei Invalidität um, schuf mit dem Case Management eine neue Betreuungsform, gewährte einen Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation und änderte die Parameter für die berufli-

che Rehabilitation. Mit diesen Maßnahmen strebte die Bundesregierung — grundsätzlich in Übereinstimmung mit den Empfehlungen des RH — eine Anhebung des faktischen Pensionsantrittsalters zur Sicherung der nachhaltigen Finanzierbarkeit des Pensionssystems an. (TZ 2, TZ 3)

Zielerreichung

Die Regierungsvorlage ging davon aus, dass die „Invaliditätspension Neu“ die öffentliche Hand bereits in den Jahren 2014 bis 2018 um rd. 648,62 Mio. EUR entlasten würde. Bereits 2015 sollten etwa 4.000 Personen in medizinischer Rehabilitation und rd. 2.500 in beruflicher Rehabilitation betreut werden. Rund 90 % der Rehabilitationsgeldbeziehenden sollten nach einem Jahr als gesund wieder auf den Arbeitsmarkt kommen und 60 % wieder arbeiten. Tatsächlich waren im Jahr 2015 fast 19.000 Personen im Rehabilitationsgeld und weniger als 200 Personen in beruflicher Rehabilitation gemäß SRÄG 2012. Die Quote der Genesungen nach einem Jahr lag bei rd. 12 %, wobei nur rd. 12 % bis rd. 25 % dieser Personen wieder erwerbstätig waren. Nach einer Hochrechnung des RH werden die mit der Einführung des Rehabilitationsgelds verbundene, etwas höhere Geldleistung und der zusätzliche Betreuungsaufwand — ohne Gegensteuerungsmaßnahmen — statt den erwarteten Einsparungen einen Mehraufwand bis zum Jahr 2018 von rd. 100 Mio. EUR bis 200 Mio. EUR verursachen. (TZ 4, TZ 5)

Geldleistungen

Die Geldleistung während der medizinischen Rehabilitation („Rehabilitationsgeld“) konnte von der OÖGKK ohne Verzögerungen implementiert werden. (TZ 6)

Die Konzeption der Leistung wies jedoch wesentliche Schwächen auf:

- Die Bemessungsgrundlage war mit nur einem Monat zu kurz, was zu nicht sachgerechten Leistungen führte. (TZ 7)
- Die zur Existenzsicherung konzipierte Mindesthöhe berücksichtigte weder bedarfserhöhende Faktoren (z.B. Unterhaltpflichten) noch bedarfssenkende Faktoren (z.B. weitere Einkommen). (TZ 8)
- Die Übergangsregel für Personen, die aus einer befristeten Invaliditätspension in die Neuregelung übernommen wurden, war hinsichtlich Valorisierung und Berücksichtigung geänderter Umstände nicht sachgerecht. (TZ 9)
- Die Auszahlungsmodalitäten (z.B. Auszahlungsrhythmus, steuerliche Behandlung) waren für die Betroffenen unzweckmäßig. (TZ 10)

Gegenüber der bisherigen Invaliditätspension war das Rehabilitationsgeld für Neugewährungsfälle im Schnitt um rd. 9 % höher. (TZ 11)

Aufgrund der unterschiedlichen Detailregelungen konnte die Höhe des Rehabilitationsgelds gegenüber einer Invaliditätspension bzw. AMS-Leistungen wesentlich höher oder auch niedriger sein. Die Transparenz für die Betroffenen war gering, eine gezielte Steuerungswirkung (z.B. Anreiz für die Rehabilitation und den Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt) war nicht gegeben. (TZ 12)

Während des Bezugs des Rehabilitationsgelds waren die Betroffenen weiterhin pensionsversichert. Je nach vorherigem Erwerbsleben und Höhe des Rehabilitationsgelds konnte sich die Pensionsleistung – zum Teil erheblich – erhöhen, aber auch reduzieren. Weder die Betroffenen (z.B. für die Entscheidung über ein Rechtsmittel) noch der Bund (für die finanzielle Bewertung des SRÄG 2012) verfügten über die notwendigen Informationen über Ausmaß und Richtung der Auswirkungen. (TZ 14)

Insgesamt brachte durch die Berechnung der Invaliditätspension ein längeres Verweilen im Erwerbsleben nicht immer Vorteile für die Versicherten. Dies stellte zumindest bei bestimmten Krankheitsverläufen einen Widerspruch zur Logik der Alterspensionen dar. (TZ 13)

Inhaltliche Betreuung der Rehabilitationsgeldbeziehenden

Ein wesentlicher Schwerpunkt der Neuregelung war die Einführung des Case Managements für Rehabilitationsgeldbeziehende, d.h. deren individuelle Betreuung und Begleitung im Rehabilitationsprozess durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gebietskrankenkassen, als neue Leistung der Sozialversicherung. Es blieb jedoch unklar, wer die Kosten dafür zu tragen hatte. Auch die Aufgabendefinition blieb sehr abstrakt; so blieben etwa die erwartete Betreuungsintensität oder die Betreuungsfelder (nur medizinische Betreuung, auch allgemeine Rehabilitationshinderisse) weitgehend offen. Konkrete Zielvorgaben, welche Ergebnisse durch das Case Management erreicht werden sollten, fehlten ebenfalls. Die Zahl der tatsächlich betreuten Personen war 2015 mehr als viermal so hoch wie in der Regierungsvorlage zum SRÄG 2012 erwartet. Es gab Hinweise darauf, dass auch Personen, bei denen nur eine geringe Wahrscheinlichkeit für eine Besserung bestand, Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation erhielten und Rehabilitationsgeld bezogen. (TZ 15 bis TZ 21)

Die Betreuung war zwischen PVA, GKK und AMS aufgeteilt, eine strategische Zielvereinbarung zwischen diesen Stellen fehlte ebenso wie eine Gesamtverantwortung, mehrere operative Probleme an den Schnittstellen (z.B. hinsichtlich des Umfangs und des Formats der Datenübermittlung) waren noch nicht gelöst. (TZ 22, TZ 23)

Berufliche Rehabilitation und Umschulung

Die Anzahl der Personen, die nach einem Antrag auf Invaliditätspension beruflich rehabilitiert wurden, war bis zur Zeit der Geburungsüberprüfung mit rd. 150 wesentlich geringer als in den finanziellen Erläuterungen zum SRÄG 2012 erwartet (rd. 4.600). ([TZ 24](#))

Dies war insbesondere darauf zurückzuführen, dass die Anwendungsvoraussetzungen im Hinblick auf die Regelungen zum Berufsschutz sehr eng gefasst waren. Weiters brach ein hoher Anteil der Betroffenen die Umschulungsmaßnahmen ab. Die Dauer – und damit die Kosten – der Maßnahmen lagen wesentlich über den Planwerten der Regierungsvorlage. Demgegenüber nahmen rd. 5.900 Personen im Jahr 2014 eine berufliche Rehabilitation unabhängig von einem Pensionsantrag in Anspruch. ([TZ 24](#), [TZ 25](#), [TZ 26](#), [TZ 29](#))

Auswirkung der Invaliditätspension Neu auf das Pensionsantrittsalter

Die „Invaliditätspension Neu“ hatte auch Auswirkungen auf das Pensionsantrittsalter und die Erreichung des diesbezüglichen Regierungsziels: Im Gegensatz zur Entwicklung in den Jahren 2003 bis 2010 stieg das Pensionsantrittsalter ausgehend von 58,1 Jahren im Jahr 2010 auf 60,2 Jahre im Jahr 2015 an. ([TZ 31](#))

Bei Berücksichtigung der Rehabilitationsgeldbeziehenden (die keine Pension antraten, aber auch aus dem Erwerbsleben ausschieden) war der Anstieg geringer (59,1 Jahre im Jahr 2015), aber immer noch erkennbar. Dieser Anstieg war insbesondere auf einen Rückgang der invaliditätsbedingten Pensionen infolge Verschärfungen beim Tätigkeitsschutz und bei Sperrfristen sowie auf rechtliche Änderungen bei der Langzeitversichertenregelung („Hacklerregelung“) zurückzuführen. ([TZ 31](#))

Die Zielformulierung bzw. das Monitoring der Erfolge hinsichtlich des Pensionsantrittsalters wies wesentliche Schwächen auf: Die Bundesregierung hatte lediglich ein Gesamtziel für das faktische Pensionsantrittsalter angegeben, obwohl Regel-pensionen, vorzeitige Alterspensionen und krankheitsbedingte Erwerbsunfähigkeit von sehr unterschiedlichen Einflussfaktoren abhingen. Die Statistik war durch verschiedene Faktoren verzerrt. Ein Monitoring, das Entwicklungen und Effekte gesetzlicher Änderungen auf das Pensionssystem und den Arbeitsmarkt übergreifend auswertete, fehlte. Unter Finanzierungsgesichtspunkten wesentliche Aspekte (z.B. zwischenstaatliche Pensionen, Korridor-pensionen, Zuschläge bei Frauen jenseits des Regelpensionsantrittsalters) wurden durch das bloße Abstellen auf das Antrittsalter nicht erfasst. ([TZ 33](#) bis [TZ 36](#))

Kenndaten

Invaliditätspension Neu		
Rechtsgrundlagen	Sozialrechts-Änderungsgesetz 2012 (SRÄG 2012) – BGBl. I Nr. 3/2013 Sozialversicherungs-Anpassungsgesetz – BGBl. I Nr. 2/2015 Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977, BGBl. Nr. 609 i.d.g.F. Arbeitsmarktpolitik-Finanzierungsgesetz, BGBl. Nr. 315/1994 i.d.g.F. Arbeitsmarktservicegesetz, BGBl. Nr. 313/1994 i.d.g.F. Arbeit-und-Gesundheit-Gesetz, BGBl. Nr. 3/2013 i.d.g.F. Allgemeines Sozialversicherungsgesetz BGBl. Nr. 189/1955 i.d.g.F.	
Rehabilitationsgeld	2014	2015
Personenanzahl (Beziehende):		
gemäß Regierungsvorlage	3.685	4.069
Bund (PVA und VAEB) Ist	11.267	18.643
Aufwand in Mio. EUR		
gemäß Regierungsvorlage	62,08	70,61
Bund Ist	92,10	246,80 ³
Teilversicherung gemäß Regierungsvorlage	20,17	22,93
Teilversicherung Bund Ist	37,80	101,70 ³
Krankenversicherungsbeitrag gemäß Regierungsvorlage	4,75	5,40
Krankenversicherungsbeitrag Bund Ist	7,05	18,88 ³
Umschulungsgeld	2014	2015
Personenanzahl (Beziehende):		
gemäß Regierungsvorlage	Bestand: 908 Zugänge: 1.815	Bestand: 2.278 Zugänge: 2.741
Bund (PVA und VAEB) Ist	maximal 152 ²	
Aufwand in Mio. EUR		
gemäß Regierungsvorlage	16,29	42,12
Ausgaben für Umschulungsgeld Bund Ist (ohne Sozialversicherungsbeiträge) ¹	2,12	

¹ Zeitraum von 1. Februar 2014 bis 30. Juni 2016

² Zugänge von 3. Februar 2014 bis 29. April 2016 berücksichtigt. Von den in diesem Zeitraum registrierten 163 Personen sind 152 Umschulungsgeldbeziehende.

³ Evaluierungsbericht vom 31. März 2016, Werte daher teilweise lt. vorläufiger Erfolgsrechnung der Krankenversicherungsträger

Quellen: Regierungsvorlage SRÄG 2012; Hauptverband; AMS; OÖGKK; RH

Prüfungsablauf und –gegenstand

1

(1) Der RH führte zwischen April und September 2016 eine Gebarungsüberprüfung zum Thema „Invaliditätspension Neu“ durch. Prüfungshandlungen erfolgten bei der Pensionsversicherungsanstalt (**PVA**, sie entschied über den Leistungsanspruch), der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (**OÖGKK**, sie zahlte einen Teil der Geldleistung aus und übernahm das Case Management während der medizinischen Rehabilitation), dem Arbeitsmarktservice (**AMS**, es zahlte einen Teil der Geldleistung aus und übernahm die Betreuung während der beruflichen Rehabilitation), beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (**Hauptverband**, er koordinierte zwischen den beteiligten Stellen) und beim BMASK.

Ziel der Gebarungsüberprüfung war die Beurteilung,

- ob die Ziele der „Invaliditätspension Neu“ erreicht wurden,
- ob die Umstellung der Geldleistung zweckmäßig und sachgerecht war,
- ob die veränderte Betreuung der betroffenen Personen zweckmäßig war und
- ob die Verwaltung der Leistungen für den betroffenen Personenkreis zweckmäßig war.

Im Zuständigkeitsbereich der OÖGKK nahm der RH auch eine Einzelfallprüfung auf Basis einer Stichprobenziehung vor. Der Prüfungszeitraum umfasste die Jahre 2014 bis 2015. Soweit erforderlich nahm der RH auch auf frühere bzw. aktuellere Entwicklungen Bezug.

(2) Zu dem im Dezember 2016 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen das AMS im Jänner 2017, die übrigen geprüften Stellen im März 2017 Stellung. Der RH erstattete seine Gegenäußerung im Juni 2017.

(3) Das BMASK, der Hauptverband, die OÖGKK und die PVA merkten an, dass die Zeit seit dem Start der „Invaliditätspension Neu“ im Jahr 2014 eine abschließende Beurteilung noch nicht zulasse. Alle geprüften Stellen sagten jedoch zu, sich um die Berücksichtigung und Umsetzung der Empfehlungen im jeweiligen Zuständigkeitsbereich zu bemühen.

¹ Das ASVG verwendet für Arbeiterinnen und Arbeiter den Begriff „Invalidität“ und für Angestellte den Begriff „Berufsunfähigkeit“. Das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz und das Bauern–Sozialversicherungsgesetz verwenden den Begriff „Erwerbsunfähigkeit“. Der RH verwendet zur leichteren Lesbarkeit einheitlich den Begriff der Invaliditätspension.

Das BMASK führte weiters aus, die gegenständliche Prüfung widme sich überwiegend dem Gesetzesvorhaben „Invaliditätspension Neu“ als solchem im Sinne einer vorweggenommenen Evaluierung. Dies sei bereits aus den dargelegten „Zielen“ der Prüfung in der Kurzfassung auf Seite 7 erkennbar. Nur in wenigen Punkten würde der RH tatsächlich dem Auftrag einer Gebarungsprüfung im Sinne des Art. 126b B–VG entsprechend konkrete Vollzugsprobleme aufzeigen.

Der Hauptverband beurteilte die Bewertung der operativen Umsetzung im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben durch den RH als ein erfreuliches Ergebnis und wertete die Ergebnisse des RH als wertvollen Input zur weiteren Qualitätssteigerung.

(4) Der RH verwies hinsichtlich des Zeitpunktes der Prüfung einerseits auf das betroffene Gebarungsvolumen (Differenz zwischen Zielvorstellung und tatsächlichen Auswirkungen von rd. 750 Mio. EUR bereits bis 2018), das eine zeitnahe Gegensteuerung schon finanziell geboten erscheinen ließ. Andererseits verwies der RH auf die Festlegung im Regierungsprogramm, wonach das faktische Pensionsantrittsalter 2018 die wesentliche Entscheidungsgrundlage für die weitere Pensionsstrategie sein soll, die voraussichtlich ein noch deutlich größeres Gebarungsvolumen (Auszahlungen 2016 in der Untergliederung 22: rd. 10 Mrd. EUR) beeinflussen wird. Er hielt auch deshalb ein Zuwarten bis 2018 angesichts der relevanten Vorlaufzeiten für die Analyse für verspätet.

Hinsichtlich des vom BMASK eingewendeten verfassungsmäßigen Auftrags zur Gebarungsüberprüfung im Sinne des Art. 126b B–VG hielt der RH fest, dass die Analyse der Auswirkungen von Reformmaßnahmen im Vergleich zu den ursprünglichen Zielsetzungen unter Berücksichtigung der Wirkungsorientierten Folgeabschätzungen ein wichtiger Bestandteil des Auftrags an den RH ist. Der RH bedauerte daher, dass das BMASK mit Hinweis auf die verfassungsgesetzlichen Grundlagen für den RH auf eine inhaltliche Auseinandersetzung mit dessen Empfehlungen verzichtet hatte.

Einleitung

Allgemeines und Pensionsreformen 2000 bis 2012

2.1

(1) Die Auszahlungen des Bundes für öffentliche Pensionssysteme (Unselbstständige, Selbstständige sowie Beamtinnen und Beamte) betrugen im Jahr 2015 insgesamt rd. 19,185 Mrd. EUR. Sie machten somit rd. 26 % der Gesamtauszahlungen des Bundes aus (Positionen für eine nachhaltige Entwicklung Österreichs, Reihe 2016/2, 5.11 Pensionen). Ihre Entwicklung war daher ein entscheidender Faktor für die Nachhaltigkeit der öffentlichen Finanzen.

(2) Nach dem EU-Ageing Report 2015 wird das Verhältnis der über 64-Jährigen zu den 15– bis 64-Jährigen an der Bevölkerung in Österreich von rd. 27 % (2013) auf rd. 51 % (2060) steigen. Bereits in den Jahren 2000 und 2003 beschloss die Regierung daher Pensionsreformmaßnahmen², insbesondere die Ausweitung des Durchrechnungszeitraums oder die Senkung des Steigerungsbetrags.³ Diese Maßnahmen bewirkten eine geringere Ersatzrate⁴ der Pension gegenüber dem Aktiveinkommen, trugen aber auch dazu bei, dass zur Zeit der Gebarungsüberprüfung aktuelle Prognosen nur einen relativ geringen Anstieg des Gesamtaufwands für Pensionen⁵ von rd. 13,9 % im Jahr 2013 auf rd. 14,4 % des BIP im Jahr 2060 berechneten. Der Anteil der Bundesmittel am BIP für die Pensionssysteme wird demnach in diesem Zeitraum unter Einbeziehung der Beamtenversicherung von 6,0 % auf 6,4 % steigen.

(3) Dieses Szenario ging allerdings auch von einer Erhöhung des durchschnittlichen faktischen Pensionsantrittsalters und von einer erhöhten Erwerbsbeteiligung älterer Menschen aus.

Der RH hatte sich zuletzt im Jahr 2010 in seinem Bericht „Einführung des Pensionskontos“ (Reihe Bund 2011/8, TZ 17) umfassend mit der Entwicklung des Pensionsantrittsalters bis zum Jahr 2009 auseinandergesetzt. Er hatte dabei darauf hingewiesen, dass das Pensionsantrittsalter seit 2005 nicht mehr gestiegen war, obwohl dies Ziel der Pensionssicherungsreform 2003 gewesen war. Der RH hatte daher empfohlen, die Bemühungen zur Anhebung des Pensionsantrittsalters zu intensivieren und im Zusammenwirken von Dienstgebern sowie Kranken- und Pensionsversicherungsträgern verstärkt Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation zu ergreifen. Weiters hatte der RH auf die Auswirkungen der Änderungen im Bereich der Langzeitversichertenregelung („Hacklerregelung“) hingewiesen.

(4) Mehrere Gesetzesänderungen in den Jahren 2011 und 2012, insbesondere auch die prüfungsgegenständliche Neuregelung der Invaliditätspension, sollten zu einer Erhöhung des faktischen Pensionsantrittsalters beitragen. Im Regierungsprogramm 2013⁶ legte die Bundesregierung im Kapitel Pensionen die Priorität erneut auf die Anhebung des faktischen Pensionsantrittsalters.

2.2

Der RH hielt fest, dass die Auszahlungen des Bundes für öffentliche Pensionssysteme im Jahr 2015 insgesamt rd. 19,185 Mrd. EUR betrugen und somit rd. 26 % der

² z.B. Budgetbegleitgesetz 2003, BGBl. Nr. I 71/2003

³ Das heißt, die Pensionen werden auf Basis einer geringeren Bemessungsgrundlage ermittelt und der gewährte Prozentsatz der Bemessungsgrundlage sinkt.

⁴ d.h. das Verhältnis der Pension zu den vorherigen Arbeitseinkommen

⁵ die gesetzliche Pensionsversicherung bzw. die Pensionsversicherung der Beamtinnen und Beamten

⁶ BKA, Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung für die Jahre 2013 bis 2018 (2013) S. 63 ff.

Bericht des Rechnungshofes

Invaliditätspension Neu



Gesamtauszahlungen des Bundes ausmachten. Er wies erneut darauf hin, dass zur Sicherung der Nachhaltigkeit des Pensionssystems und damit der öffentlichen Finanzen einer höheren Erwerbsbeteiligung älterer Personen eine erhebliche Bedeutung zukam. Dies insbesondere dann, wenn nach den Einschnitten der Jahre 2000 und 2003 weitere Senkungen der Ersatzrate vermieden werden sollen. Dies stellte einen wichtigen Kontext für die Beurteilung der Zielerreichung des Projekts „Invaliditätspension Neu“ dar. Die Entwicklung des Pensionsantrittsalters analysierte der RH unter **TZ 31**.

Inhalte der Reform 2012

3.1

(1) Die Regelung der „Invaliditätspension Neu“ im SRÄG 2012 verfolgte die Ziele, gesundheitlich beeinträchtigte Menschen länger im Erwerbsleben zu halten, sie zu aktivieren, statt passive Leistungen zu gewähren, und sie besser in den Arbeitsmarkt zu integrieren.

Um dies zu erreichen, schaffte der Gesetzgeber ab dem 1. Jänner 2014 für alle ab 1. Jänner 1964 Geborenen die bisherige befristete Invaliditätspension ab und verlagerte die Zuständigkeit für die Betreuung für bestimmte Fälle von der PVA auf die GKK bzw. das AMS.⁷ Bei vorübergehender Invalidität für voraussichtlich länger als sechs Monate bestanden nunmehr folgende Möglichkeiten:

- **Umschulungsgeld und Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation (Umschulung)**, wenn Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation zumutbar bzw. zweckmäßig waren (§ 303 ASVG und § 39b AlVG),
- **Rehabilitationsgeld und Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation**, wenn Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation (noch) nicht zweckmäßig oder nicht zumutbar waren (§§ 253f, 270b und 276f ASVG),
- **befristete Invaliditätspension** bei Versicherten mit Geburtsjahrgängen bis 1963.

Gegenüber der Rechtslage vor dem SRÄG 2012 unverändert blieben folgende Entscheidungsalternativen:⁸

- **Ablehnung des Antrags, wenn keine Invalidität vorlag**,

⁷ Für alle vor diesem Stichtag geborenen Personen waren die davor geltenden pensionsrechtlichen Bestimmungen weiter anzuwenden (§ 669 Abs. 5 ASVG).

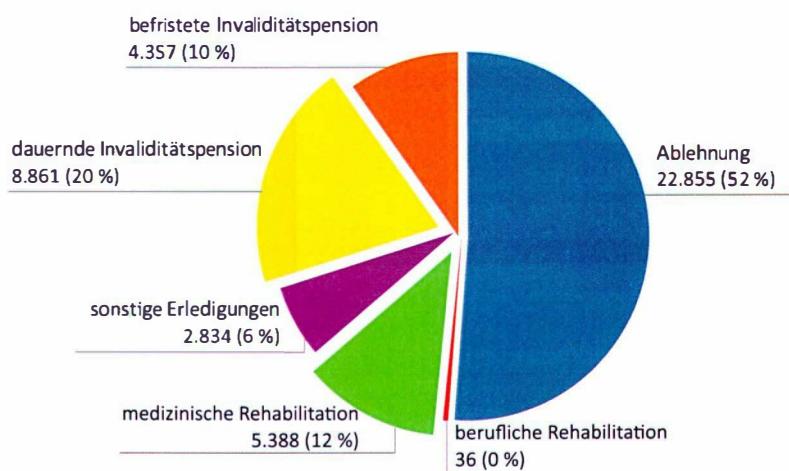
⁸ Weiters musste eine Wartezeit erfüllt sein und durfte noch kein Anspruch auf Alterspension o.ä. bestehen (§ 254 Abs. 1 ASVG). Brachte die bzw. der Versicherte innerhalb von 18 Monaten erneut einen Antrag ein und bestand keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands, hatte die PVA den Antrag gemäß § 362 ASVG zurückzuweisen (18 Monate „(Sperr)frist“).

Invaliditätspension Neu

- unbefristete Invaliditätspension („Dauerleistung“), wenn Invalidität voraussichtlich dauerhaft vorlag und eine Rehabilitation nicht zweckmäßig oder nicht zumutbar war (§ 254 ASVG).

(2) Die folgende Abbildung zeigt, wie häufig die PVA im Jahr 2015 von den einzelnen Entscheidungsmöglichkeiten bei der Neugewährung⁹ Gebrauch machte:

Abbildung 1: Erledigungen der Pensionsanträge wegen geminderter Arbeitsfähigkeit 2015 (Neugewährungen, PVA)



Quellen: PVA; RH

Wie der Abbildung zu entnehmen ist, lehnte die PVA rund die Hälfte der Anträge auf Neugewährung einer Invaliditätspension ab. Rund 20 % der Anträge führten zu einer Dauerleistung, bei rd. 22 % erkannte die PVA eine vorläufige Leistung zu (TZ 29). Die verbleibenden Fälle waren sonstige Erledigungen, wie z.B. Rückziehung oder Entfall der Entscheidung wegen Todesfalls. Bei den vorläufigen Leistungen entfielen rd. 5.400 Fälle auf medizinische Rehabilitation, rd. 4.400 auf befristete Invaliditätspension nach der alten Rechtslage und lediglich Einzelfälle auf berufliche Rehabilitation.¹⁰

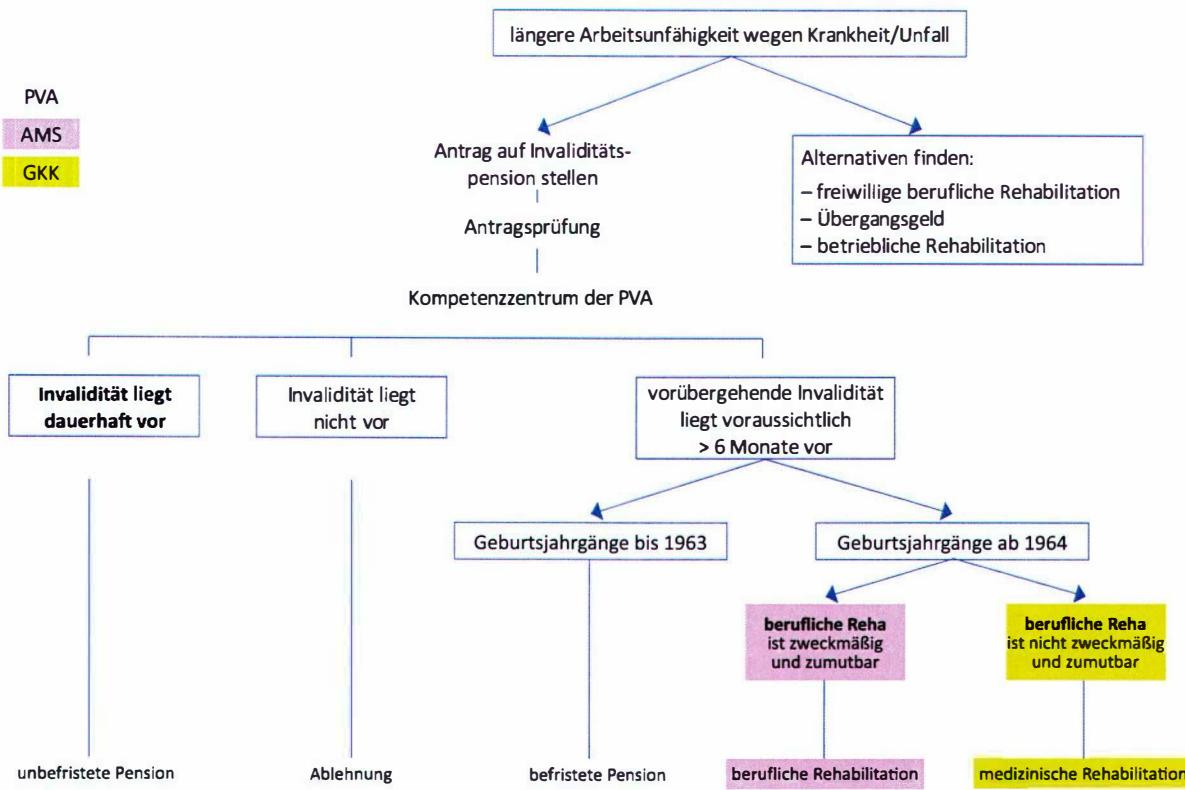
(3) Die folgende Abbildung zeigt eine schematische Übersicht über die fünf wichtigsten Entscheidungsalternativen bei längerer Arbeitsunfähigkeit:

⁹ Bei den Weitergewährungsfällen wurden im Jahr 2015 18.795 Anträge erledigt, davon wurden 2.385 abgelehnt, 4.928 Personen wurde medizinische und 59 berufliche Rehabilitation gewährt.

¹⁰ Die berufliche Rehabilitation kommt – im Gegensatz zur medizinischen Rehabilitation – nur für Personen mit Berufsschutz in Frage (siehe dazu TZ 24 ff.).

Invaliditätspension Neu

Abbildung 2: Entscheidungsalternativen Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit nach dem Sozialrechts-Änderungsgesetz 2012



Quelle: RH

Ein Antrag auf Invaliditätspension war gesetzlich vorrangig als Antrag auf medizinische oder berufliche Rehabilitation zu werten (§ 361 Abs. 1 ASVG). Die PVA entschied dann unter Einsatz eines neu geschaffenen, einheitlichen Begutachtungszentrums auf Basis verschiedener (medizinischer, berufskundlicher und arbeitsmarktbezogener) Gutachten¹¹ mittels Bescheid, ob ein und welcher Leistungsanspruch für die Versicherte bzw. den Versicherten bestand.

(4) Die Geldleistung, die Betreuungsleistung und der Zeitpunkt der Begutachtung waren bei voraussichtlich vorübergehender Invalidität je nach Entscheidungsvariante unterschiedlich:

¹¹ Die Gutachten umfassten medizinische, berufskundliche und arbeitsmarktbezogene Aspekte und erfolgten in einem einheitlichen, neu bei der PVA eingerichteten Begutachtungszentrum (§ 307g ASVG), wobei die PVA für Potenzialanalysen und Berufsfindung teilweise auch externe Stellen heranzog. Auch das zuständige AMS konnte sich an das Begutachtungszentrum wenden, wenn zu entscheiden war, ob eine beim AMS vorzumerkende Person als invalid oder berufsunfähig einzustufen war. Mittels Feststellungsantrag konnte eine versicherte Person zudem für die Prüfung der Durchführbarkeit von Rehabilitationsmaßnahmen klären lassen, ob seine Invalidität oder Berufsunfähigkeit voraussichtlich dauerhaft vorlagen (§ 255a ASVG).

Tabelle 1: Rehabilitation: Unterschiede in der Geldleistung, der Betreuungsleistung und der Begutachtung

	Invaliditätspension ¹	Berufliche Rehabilitation	Medizinische Rehabilitation
Geldleistung	Invaliditätspension	Umschulungsgeld	Rehabilitationsgeld
Zuständigkeit	PVA	AMS	GKK
Betreuungsleistung	keine	Umschulungsmaßnahmen	Case Management
Begutachtung	zumindest alle 24 Monate, bei Bedarf früher	bei Bedarf	im Regelfall nach 12 Monaten, bei Bedarf früher

¹ Diese Regelung bezog sich auf die alte Rechtslage und kam nach dem SRÄG 2012 nur mehr für vor dem 1. Jänner 1964 Geborene zur Anwendung.

Quelle: RH

Die Geldleistungen für jede der drei Varianten unterschieden sich in Bemessungsgrundlage, Berechnung und Auszahlungsmodus (**TZ 7**).

Im Gegensatz zur befristeten Invaliditätspension waren im neu geschaffenen System für die Beziehenden von Rehabilitations- und Umschulungsgeld Betreuungsleistungen vorgesehen: Case Managerinnen und Manager der GKK betreuten Rehabilitationsgeldbeziehende (**TZ 15**). Umschulungsgeldbeziehende erhielten Schulungsmaßnahmen, die das AMS bzw. dessen Partnereinrichtungen begleiteten (**TZ 24**).

Weiters wurde im neuen System die Frequenz der Wiederbegutachtung erhöht. Betrug diese bei der befristeten Invaliditätspension im Regelfall bis zu 24 Monate¹², war nunmehr bei der medizinischen Rehabilitation eine etwa jährliche Wiederbegutachtung vorgesehen (§§ 143a Abs. 1, 143b, 307g ASVG).

(5) Die Regelungen des SRÄG 2012 wurden in den Jahren nach der Beschlussfassung mehrfach novelliert, primär zur Klarstellung einzelner Bestimmungen oder um Härtefälle abzufedern.¹³

(6) Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (**OECD**) bewertete in der Studie „Mental Health and Work Austria“ (2015) die Reform als vielversprechend, wies jedoch darauf hin, dass der Erfolg stark von der Implementierung abhänge. Es bestehe das erhebliche Risiko, dass die Reform an Strukturproblemen scheitere; medizinische Rehabilitation könnte (wie in der Vergangenheit)

¹² Beziehungsweise war von der versicherten Person für eine weitere Zuerkennung der befristeten Pension gemäß Bescheid spätestens innerhalb von drei Monaten nach dem Ende des Leistungsbezugs die Weitergewährung zu beantragen. Vor der neuerlichen Zuerkennung musste die bzw. der Versicherte den Fortbestand der geminderten Arbeitsfähigkeit bei der Wiederbegutachtung glaubhaft machen.

¹³ Beispielsweise in Form einer Übergangsbestimmung für Personen, die von einer befristeten Invaliditätspension auf Rehabilitationsgeld umgestellt wurden und deren Leistungshöhe gewahrt werden sollte (§ 669 Abs. 6a ASVG, BGBl. I Nr. 30/2014). Es wurde auch die Möglichkeit eines durch die GKK verhängten Ruhens des Bezugs bei fehlender Mitwirkung eingeführt (§ 143a Abs. 5 ASVG, BGBl. I Nr. 2/2015) oder Klarstellungen zur Berechnung vorgenommen (§ 143a Abs. 3–4, BGBl. I Nr. 2/2015).

lediglich einen Schritt zur Dauerleistung darstellen, die berufliche Rehabilitation als Leistungserhöhung für Langzeitarbeitslose enden. Eine rigorose Umsetzung müsse daher sichergestellt werden.¹⁴

3.2

Der RH bewertete grundsätzlich positiv, dass für Personen mit vorübergehender Invalidität nunmehr eine medizinische bzw. berufliche Betreuung und eine häufigere Wiederbegutachtung vorgesehen waren. Allerdings war der RH der Ansicht, dass der Erfolg der Reform 2012 nicht allein aus der gesetzlichen Änderung zu erwarten ist. Die OECD teilte diese Einschätzung.

Zielerreichung

Grundannahmen der Reform 2012

4.1

(1) In der folgenden Tabelle stellt der RH die vom BMASK in der Regierungsvorlage zum SRÄG 2012 getroffenen Annahmen den Ist-Werten des Jahres 2015 gegenüber:

¹⁴ OECD, Mental Health and Work Austria (2015) (mit einem Kapitel über das SRÄG 2012), S. 55. „success hinges entirely on its implementation, great risk that the reform could eventually founder if it fails to address other structural problems. Rehabilitation benefit could (like in the past) turn into a stepping stone on the way to permanent disability, the retraining scheme could end up as just a higher benefit for the long term unemployed“.

Tabelle 2: Vergleich der Annahmen der Regierungsvorlage zum Sozialrechts-Änderungsgesetz 2012 mit den Ist-Werten 2015

Thema	Annahmen der Regierungsvorlage zum SRÄG 2012	Ist-Werte 2015
Rehabilitationsgeld		
Beziehende (nur PVA)	2015: 4.069 Personen	18.546 Personen, davon rd. 7.300 Neugewährungsfälle
Dauer des Bezugs	durchschnittlich 12 Monate	in rd. 70 % der Fälle über 12 Monate
durchschnittliche Höhe (12x im Jahr)	Rehabilitationsgeld (2015): rd. 1.450 EUR gegenüber Dauerleistung: 1.165,50 EUR	Rehabilitationsgeld ¹ : rd. 1.162 EUR Neugewährungsfälle ¹ : rd. 1.240 EUR
Gesundungsrate ² (gegenüber befristet Invaliditätspension Beziehenden)	Anstieg von rd. 12 % auf rd. 90 % erwerbsaktive Personen	Weitergewährungsfälle ² : 10,51 % Neugewährungsfälle: 15,83 % ³
Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt	Reintegration von 60 % der Rehabilitationsgeldbeziehenden in den Arbeitsmarkt ³	zwischen 12 % und 25 %
Betreuungsaufwand		
Zusatzkosten Verwaltung bzw. Case Management	keine Angaben	ca. 8,74 Mio. EUR (Mehrkosten Krankenversicherung rd. 10,59 Mio. EUR und Einsparung Pensionsversicherung rd. 1,85 Mio. EUR)
zusätzlich medizinische Versorgungskosten	keine Angaben	unklar ⁴
Umschulungsgeld		
Zugänge bei Umschulungsgeld-beziehenden	2015: 2.741 Zugänge	maximal 122 Zugänge ⁵

¹ Durchschnittswerte 2015 lt. Hauptverband, jedoch ohne Zugänge Dezember 2015

² ausgedrückt als Anteil der Entziehungen, weil Invalidität nicht mehr vorliegt, an den begutachteten Fällen; zu berücksichtigen ist, dass die Begutachtung bei Rehabilitationsgeldbezug häufiger als bei befristet Invaliditätspension Beziehenden erfolgt, allerdings dort auch die Quote erfolgreicher Klagen höher ist. Eine Weiterbeobachtung der Genesungsrate über einen längeren Zeitraum ist daher erforderlich.

³ Annahme der Regierungsvorlage: 10 % werden pro Jahr arbeitslos, 20 % gehen in berufliche Rehabilitation und 10 % gehen in Pension.

⁴ Eine kausale Zuordnung zusätzlicher Betreuungsaufwände auf die veränderte Betreuung (z.B. Beratung durch Case Management) erfolgte seitens der Krankenversicherungsträger nicht, eine Stichprobenanalyse des RH zeigte jedoch durchaus zusätzliche Maßnahmen.

⁵ Zugänge bis Mitte 2016 berücksichtigt: 2014: 49, 2015: 122 und bis Mitte 2016: 55 Zugänge. Unterbricht eine Person ihre Maßnahme für länger als 28 Tage, wird erneut ein Zugang gezählt.

Quellen: Regierungsvorlage; PVA; OÖGKK; AMS; RH

(3) Wie die Tabelle zeigt, wich die tatsächliche Entwicklung ganz wesentlich von den Annahmen des BMASK in der Regierungsvorlage ab:

- Es waren mehr als viermal so viele Personen von der medizinischen Rehabilitation betroffen, dagegen nur weniger als ein Zehntel von der beruflichen Rehabilitation.
- Die Maßnahmen dauerten in rd. 70 % der Fälle länger als erwartet.

- Die Erfolge der Maßnahmen während des Rehabilitationsgelds waren wesentlich geringer als vom BMASK angenommen; statt einer Gesundungsrate von rd. 90 % betrug diese bisher nur rd. 11 % bis 16 %.
- Der Erfolg am Arbeitsmarkt lag mit rd. 12 % bis 25 % der ehemaligen Rehabilitationsgeldbeziehenden weit unter den Erwartungen von rd. 60 %.

Eine Begründung, warum die Genesungsrate bei Rehabilitationsgeldbeziehenden so hoch steigen sollte, war der Regierungsvorlage zum SRÄG 2012 nicht zu entnehmen.

(4) Wichtige finanziell maßgebliche Punkte, wie insbesondere der Zusatzaufwand für das Case Management bzw. eine veränderte medizinische Betreuung, waren gar nicht bewertet. Tatsächlich wiesen die Krankenversicherungsträger in der Kostenrechnung zur Vollziehung des Rehabilitationsgelds Kosten von rd. 10,59 Mio. EUR im Jahr 2015 aus.

4.2

Der RH kritisierte die Annahmen, die der Beschlussfassung der Regierungsvorlage und der Implementierung der „Invaliditätspension Neu“ zugrunde lagen, als unzureichend: mehrere Aspekte fehlten völlig (z.B. der Zusatzaufwand des Case Managements), andere waren unrealistisch bzw. nicht begründet, insbesondere die Gesundungsrate von Rehabilitationsgeldbeziehenden von 90 % ohne zusätzliche Kosten der Betreuung.

Da die tatsächlichen Kennzahlen stark von den Planwerten der Regierungsvorlage abwichen, empfahl der RH dem BMASK,

- die wesentlichen Annahmen zur „Invaliditätspension Neu“ mit den aktuell zur Verfügung stehenden Daten erneut zu prüfen und allenfalls zu aktualisieren sowie
- die Parameter dabei möglichst vollständig (z.B. hinsichtlich der Kosten des Case Managements und der medizinischen Betreuung) und realistisch (insbesondere hinsichtlich der Genesungsraten) anzusetzen.

4.3

Die OÖGKK führte in ihrer Stellungnahme aus, sie kenne durch ihre tägliche Arbeit die Materie „Rehabilitationsgeld“ genau. Die Richtung stimme, sie sei selbstverständlich bereit, auch weiterhin an Verbesserungen mitzuarbeiten. Zu den Empfehlungen des RH, insbesondere zu einer Definition eines erfolgreichen Case Managements und der Zielgruppe für das Rehabilitationsgeld bzw. das Case Management, einer rechtlichen Klarstellung des Kostenersatzes und eines gemeinsamen Datenaustausches, sicherte die OÖGKK ihre Unterstützung zu.

Finanzielle Ziele und Auswirkungen der Reform 2012

5.1

(1) Das BMASK stellte in der Regierungsvorlage zum SRÄG 2012 die finanziellen Auswirkungen der „Invaliditätspension Neu“ auf Basis der unter **TZ 4** dargestellten Annahmen mit Einsparungen für den Bund von rd. 648,7 Mio. EUR in den Jahren 2014 bis 2018 dar.

Tabelle 3: Erwartete Gesamteinsparungen durch die berufliche und medizinische Rehabilitation, Sozialrechts-Änderungsgesetz 2012

Jahr	Berufliche Rehabilitation	Medizinische Rehabilitation	Einsparung Summe
	Einsparungen in Mio. EUR		
2014	-8,6	-14,8	-23,4
2015	2,1	31,7	33,8
2016	34,4	81,0	115,4
2017	76,1	134,3	210,4
2018	120,4	192,1	312,5
Summe	224,4	424,3	648,7¹

Positive Werte stellen in der Darstellung der Regierungsvorlage eine Einsparung dar, negative Werte einen Zusatzaufwand.

¹ Durch die Beschränkung der Berechnung der Regierungsvorlage auf eine Kommastelle ergeben sich Abweichungen zur genaueren vom BMASK übermittelten Summe i.H.v. 648,62 Mio. EUR (Rundungsdifferenzen)

Quellen: Regierungsvorlage SRÄG 2012; RH

(2) Obwohl das Monitoring des BMASK die von den Annahmen stark abweichenden Ist-Werte (insbesondere hinsichtlich Anzahl der betroffenen Personen und Genussungsrate) zeigte, nahm das BMASK keine Neuberechnungen mit veränderten Parametern vor.¹⁵ Der RH erstellte im Rahmen der Gebarungsüberprüfung auf Basis der Berechnungsschemata der finanziellen Erläuterungen zum SRÄG 2012 mit den Ist-Werten des Jahres 2014 bzw. 2015 eine vereinfachte Hochrechnung der finanziellen Auswirkungen bis 2018.¹⁶ Diese zeigte, dass – sollten von den beteiligten Stellen keine Gegensteuerungsmaßnahmen ergriffen werden – statt den kalkulierten Einsparungen

¹⁵ Für den Bundesvoranschlag 2014 und 2015 sowie den Bundesfinanzrahmen 2015–2018 übernahm das BMASK jedoch die Gebarungsvorschaurechnung der Pensionsversicherungsträger. Nach Angabe des BMASK waren damit die hohen Einsparziele der Regierungsvorlagen in den Budgetwerten nicht mehr enthalten. Die Auswirkungen der „Invaliditätspension Neu“ gegenüber der alten Rechtslage waren jedoch in diesen Berechnungsgrundlagen nicht mehr erkennbar.

¹⁶ Für die Kalkulation rechnete der RH die Ist-Personenzahlen der Jahre 2014 und 2015 hoch. Unter der Annahme einer gleichbleibenden prozentuellen Verteilung bei den Abgängen kalkulierte er Bestandzahlen, die monetär auf Basis der von der OÖGKK rückgemeldeten Werte mit dem Szenario „kein Sozialrechts-Änderungsgesetz 2012“ verglichen wurden. Da die Pensionsleistung und die Arbeitslosenleistung jedoch betragsmäßig günstiger als die Rehabilitationsleistung war, zeigte sich schnell, dass – auch ohne Berücksichtigung der diversen Zusatzkosten – im Vergleich zur alten Rechtslage im betrachteten Zeitraum kein Einsparungspotenzial realisiert werden konnte. Ohne Korrekturmaßnahmen wäre so bis 2018 bei einem Rehabilitationsgeld neu i.H.v. 1.280 EUR und einem Arbeitserfolg von 12,2 % mit kumulierten Mehrkosten i.H.v. rd. 203,10 Mio. EUR (exkl. Teilversicherungsbeiträgen) zu rechnen.

von rd. 648,7 Mio. EUR jedenfalls ein Zusatzaufwand von rd. 100 Mio. EUR bis 200 Mio. EUR bis 2018 wahrscheinlich war.

Dieses Ergebnis ergab sich v.a. durch

- den Zusatzaufwand wegen der höheren Geldleistung bei Rehabilitationsmaßnahmen gegenüber den bisherigen befristeten Pensionsleistungen (TZ 11),
- den Zusatzaufwand für Case Management und medizinische Versorgung,
- den Zusatzaufwand für die Betreuung der aus dem Rehabilitationsgeld bzw. Umschulungsgeld kommenden Personen auf dem Arbeitsmarkt¹⁷ sowie
- die geringeren Einsparungseffekte aufgrund der niedrigen Genesungsrate und der geringeren Erfolge am Arbeitsmarkt.¹⁸

Darüber hinaus war noch die Weiterversicherung der Betroffenen in der Pensionsversicherung während des Leistungsbezugs¹⁹ zu berücksichtigen. Sie war in der Regierungsvorlage zum SRÄG 2012 zwar mit rd. 22,9 Mio. EUR für das Jahr 2015 bewertet²⁰, allerdings mit der Anmerkung, dass „dabei kein echter Aufwand“ entstehe, sondern es sich vielmehr um eine interne Umschichtung von der Ausfallhaftung des Bundes handle. Das BMASK bewertete nicht, ob Zusatzkosten dadurch entstanden, dass jenen Personen, die durch den Bezug des Rehabilitationsgelds eine längere Versicherungsdauer erreichten, möglicherweise später eine höhere dauerhafte Pensionsleistung zustand. Eine Auswertung des RH ergab allerdings, dass ein Anstieg der Pensionen erwartbar war (siehe TZ 14).

¹⁷ Die Leistungs- und Maßnahmenkosten für Personen, die nach medizinischer Rehabilitation zusätzlich in das AMS-Vormerkregister kamen, wurden in der Regierungsvorlage vom BMASK mit jährlich rd. 15.000 EUR angenommen. Vom AMS wurden anhand einer repräsentativen Vergleichsgruppe errechnet, dass ein durchschnittlicher Rehabilitationsabsolvent im Jahr 2015 im Schnitt 13.716 EUR an AMS-Geldern bezog. Dieser Wert setzte sich aus einem durchschnittlichen Leistungsbezug i.H.v. 8.146 EUR und durchschnittlichen Maßnahmenkosten i.H.v. 5.570 EUR zusammen.

¹⁸ Eine Szenarien-Analyse zeigte, dass (abgesehen von der Ausgestaltung der Geldleistung) v.a. den Parametern Genesungsrate, Fallanzahl (Definition der Zielgruppe) und Arbeitsmarkterfolg besondere Bedeutung zukam.

¹⁹ Rehabilitationsgeldbeziehende waren gemäß § 8 Abs. 1 Z 1 lit. d und Abs. 1 Z 2 lit. c ASVG in der Kranken- und Pensionsversicherung teilversichert. Umschulungsgeldbeziehende waren ebenfalls als Beziehende einer Geldleistung des AIVG gemäß § 8 Abs. 1 Z 2 lit. b ASVG in der PVA teilversichert – gemäß § 40 AIVG waren sie krankenversichert und während der Teilnahme an Maßnahmen gemäß § 40a AIVG auch unfallversichert.

²⁰ In der Kalkulation zur Regierungsvorlage wurden vom BMASK 22,8 % der Beitragsgrundlage für die Teilversicherung in der Pensionsvorsorge für fünf Jahre berechnet.

Die Zahlungen für die Weiterversicherung für das Jahr 2015 betrugen rd. 101,7 Mio. EUR, somit mehr als viermal so viel wie in der Regierungsvorlage angenommen.

(3) Eine Bewertung der langfristigen Auswirkungen über die fünf kalkulierten Jahre hinaus (z.B. unter Berücksichtigung der lebenslangen Folgen einer Rehabilitation bzw. der Weiterversicherung in der Pensionsversicherung) erstellte das BMASK weder zur Zeit der Beschlussfassung noch auf Basis der veränderten Parameter zur Zeit der Gebarungsüberprüfung.

5.2

Der RH merkte kritisch an, dass die vom BMASK prognostizierte Einsparung von rd. 648,62 Mio. EUR bis 2018 auf unrealistischen Annahmen basierte und voraussichtlich nicht eintreten wird, sondern im Gegenteil sogar mit einem Zusatzaufwand von rd. 100 Mio. EUR bis rd. 200 Mio. EUR zu rechnen sein wird. Die Beschränkung der Kalkulation auf fünf Jahre (und damit einhergehend z.B. die nicht berücksichtigten Auswirkungen höherer Teilversicherungsbeiträge in Hinblick auf die Dauerleistungen bzw. die langfristigen Effekte einer eventuell erhöhten Gesundungsrate) war aus Sicht des RH unzweckmäßig.

Der RH wiederholte daher seine Empfehlung einer Neubewertung der „Invaliditätspension Neu“ unter [TZ 4](#) und empfahl dem BMASK ergänzend, dabei

- die finanziellen Auswirkungen der „Invaliditätspension Neu“ mit den aktuell zur Verfügung stehenden Daten erneut zu berechnen,
- auch die langfristigen Auswirkungen der Maßnahmen zu bewerten (inkl. Berücksichtigung der Auswirkung einer weiteren Versicherung der Rehabilitationsgeldbeziehenden),
- gegebenenfalls bei den wesentlichen (im Folgenden vom RH dargestellten) Problemfeldern Gegensteuerungsmaßnahmen einzuleiten (siehe dazu [TZ 30](#)).

5.3

(1) Das BMASK wies in seiner Stellungnahme auf einige durch den Gesetzgeber mittlerweile erfolgte Änderungen hin, mit denen Anregungen des RH teilweise bereits Rechnung getragen sei:

Im SVÄG 2016 (BGBI. I Nr. 29/2017) sei im Rahmen des neu gestalteten § 253e Abs. 1 Z 1 ASVG eine berufliche Rehabilitation bei drohender Invalidität eingeführt und damit das Problem der Rehabilitation für Menschen ohne Berufsschutz adressiert worden.

Durch Richtlinien des Hauptverbands sei der Grundsatz der „early Intervention“ umgesetzt worden. Die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt nach langen Krankenständen sei mit dem Wiedereingliederungsteilzeitgesetz, BGBl. I Nr. 30/2017, umgesetzt worden, welches zum 1. Juli 2017 in Kraft treten werde.

Im Übrigen würden die Auswirkungen der „Invaliditätspension Neu“ laufend beobachtet. Die im Zuge einer derartigen Neuordnung erwartbaren Probleme seien auf Vollzugsebene durch entsprechende Maßnahmen adressiert worden.

(2) Die OÖGKK führte in ihrer Stellungnahme neuerlich aus, sie kenne durch ihre tägliche Arbeit die Materie „Rehabilitationsgeld“ genau und sei der Ansicht gewesen, dass die Richtung stimme. Die OÖGKK sei selbstverständlich bereit, auch weiterhin an Verbesserungen mitzuarbeiten. Sie sicherte insbesondere hinsichtlich der Empfehlungen des RH zu einer Definition eines erfolgreichen Case Managements und der Zielgruppe für das Rehabilitationsgeld bzw. das Case Management, einer rechtlichen Klarstellung des Kostenersatzes und einem gemeinsamen Datenaustausch ihre Unterstützung zu.

Rehabilitationsgeld

Abwicklung der Geldleistung

6.1 Nach Erlassung des Bescheides über die Zuerkennung von Rehabilitationsgeld übermittelte die PVA die Information elektronisch auch an die jeweilige GKK. Diese ermittelte daraufhin, wie hoch das Rehabilitationsgeld war, informierte die Betroffenen darüber und lud sie zu einem Erstgespräch (siehe [TZ 15 f.](#)) ein. Die Ermittlung des Rehabilitationsgelds erfolgte weitgehend analog zum Krankengeld und konnte somit auf der – entsprechend adaptierten – bereits bestehenden EDV–Applikation der GKK erfolgen. Die Anpassungen des EDV–Systems verursachten jedoch einen (in der Regierungsvorlage nicht einkalkulierten) Aufwand von rd. 613.000 EUR in den Jahren 2013 bis 2015.

In den vom RH (siehe [TZ 1](#)) analysierten Fällen konnte die OÖGKK nach Übermittlung der Entscheidung der PVA in allen Fällen innerhalb eines Monats das Rehabilitationsgeld anweisen. Aus den dem RH zur Verfügung gestellten Unterlagen ergaben sich keine Fehler in der Berechnung.

6.2 Der RH begrüßte die rasche und korrekte Abwicklung der Berechnung und Auszahlung des Rehabilitationsgelds durch die OÖGKK, wies allerdings auf den zusätzlichen EDV–Aufwand von rd. 613.000 EUR hin.

Berechnung des Rehabilitationsgelds

7.1

- (1) Gemäß § 143a Abs. 2 ASVG gebührte das Rehabilitationsgeld im Ausmaß des Krankengelds, d.h. zunächst in Höhe von 50 %, ab dem 43. Tag²¹ in Höhe von 60 % des monatlichen Entgelts aus der letzten unselbstständigen Erwerbstätigkeit.²² Da das Rehabilitationsgeld nicht 14–mal ausbezahlt wurde, bestand anstelle von Sonderzahlungen ein Zuschlag von 17 %. Durch die Anlehnung am Krankengeld sollte einerseits die Vollziehung durch die GKK erleichtert werden und andererseits bei den Betroffenen der Eindruck eines Pensionsbezugs vermieden werden. Krankengeld konnte maximal ein Jahr bezogen werden, überwiegend war die Bezugsdauer wesentlich kürzer. Das Rehabilitationsgeld konnte im Gegensatz zum Krankengeld bei lang andauernden Erkrankungen über mehrere Jahre bezogen werden.
- (2) Während für Invaliditätspensionen als Bemessungsgrundlage grundsätzlich das gesamte Erwerbsleben maßgeblich war und für Leistungen der Arbeitslosenversicherung als Bemessungsgrundlage ein Jahr herangezogen wurde, bestimmte sich das Rehabilitationsgeld nach dem Einkommen nur eines Kalendermonats. Dies spiegelte die bisherige Erwerbskarriere der betroffenen Personen nicht wider:

- Verschlechterungen im Erwerbsleben durch die Erkrankung (z.B. Reduzierung auf Teilzeitbeschäftigung) wirkten sich sofort in voller Höhe aus. Beispielsweise betraf einer der vom RH analysierten Einzelfälle eine Person mit Ausbildung an einer höheren kaufmännischen Schule, die nach langjähriger Tätigkeit in der Lohnverrechnung aufgrund ihrer Erkrankung zunächst eine Teilzeitbeschäftigung in einem Call Center und in weiterer Folge als Portier annahm. Die Berechnung des Rehabilitationsgelds stellte nur auf den letzten – in diesem Fall niedrigeren – Verdienst ab.
- Irrelevant war weiters, wie lange der für die Bemessungsgrundlage maßgebliche Zeitraum bereits zurücklag; insbesondere waren dazwischenliegende Zeiten der Arbeitslosigkeit nicht heranzuziehen. So lag das Rehabilitationsgeld in einigen der analysierten Einzelfälle deutlich über den bezogenen Leistungen der letzten Jahre. Dies stand im Gegensatz zur Regelung beim Krankengeld: Während des Bezugs einer Leistung des AMS wurde das Krankengeld an die AMS–Leistung angeglichen, damit aus einer Krankheit weder ein finanzieller Vorteil noch ein finanzieller Nachteil entstehen konnte.

²¹ wobei die unmittelbar vorangehenden Zeiten des Krankengeldanspruches anzurechnen sind

²² Dabei war nur auf eine Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach dem ASVG oder nach dem B–KUVG begründende Erwerbstätigkeiten abzustellen (d.h. nicht auf geringfügige Beschäftigungen – dies aufgrund einer Novelle nach dem SRÄG 2012 (ASVG–Novelle BGBI. I Nr. 162/2015, § 143a Abs. 2) –, nicht auf Selbstversicherungszeiten (auch dies wurde erst im Nachhinein festgelegt) und nicht auf selbstständige Tätigkeiten).

- Bei Personen, deren letzte Erwerbstätigkeit nur einige Tage in einem Monat dauerte, stellte die GKK auf den täglichen Verdienst an den Arbeitstagen in diesem Monat ab. Dies führte dazu, dass Personen, die in den letzten Jahren nur einige Tage, diese allerdings mit hohem Verdienst gearbeitet hatten (etwa bei Ausstellungen), wesentlich höheres Rehabilitationsgeld bezogen als Personen mit durchgängiger Erwerbstätigkeit. Die Dauer der Erwerbstätigkeit spielte für die Höhe des Rehabilitationsgelds keine Rolle.

7.2

Der RH wies kritisch darauf hin, dass die Bemessungsgrundlage des Rehabilitationsgelds mit einem Monat sehr kurz war, obwohl das Rehabilitationsgeld für eine potenziell sehr lange Dauer ausbezahlt werden konnte und eine existenzsichernde Bedeutung für die Beziehenden hatte. Dadurch konnte es, wie der RH aufgrund der Analyse konkreter Einzelfälle feststellte, gegenüber der Erwerbskarriere der Betroffenen zu großen Vor- oder Nachteilen – je nach Höhe des letzten Verdienstes – kommen.

Der RH empfahl dem BMASK darauf hinzuwirken, eine längere Bemessungsgrundlage für das Rehabilitationsgeld zu definieren.

Bedarfsregelung

8.1

(1) Abweichend von der grundsätzlichen Bemessung gebührte das Rehabilitationsgeld jedenfalls in der Höhe des Ausgleichszulagen–Einzelrichtsatzes (im Jahr 2016 882,78 EUR monatlich)²³. In den Jahren 2014 und 2015 kam diese Regelung bei rund einem Drittel der oberösterreichischen Beziehenden von Rehabilitationsgeld²⁴ zur Anwendung.

(2) Bedarfserhöhende Faktoren, wie bspw. Unterhaltpflichten gegenüber Kindern, blieben ebenso unberücksichtigt wie bedarfssenkende Faktoren, wie bspw. andere Einkommen oder Unterhaltsansprüche. Dies konnte einerseits zu Härtefällen (z.B. für alleinerziehende Elternteile, die Aufwendungen für Kinder daraus decken mussten) und andererseits zu überhöhten Leistungen (z.B. für Personen mit anderen Einkommen) führen.

Andere Sozialleistungen, wie z.B. die bedarfsorientierte Mindestsicherung und die Ausgleichszulage, berücksichtigten im Unterschied dazu die Familiensituation oder andere Einkommen.

²³ Ausgleichszulagen–Einzelrichtsatz pro Monat: 2014: 857,73 EUR, 2015: 872,31 EUR. Die Erhöhung bis zu diesem Richtsatz war gemäß § 143a Abs. 2 ASVG nur zu gewähren, solange die das Rehabilitationsgeld beziehende Person ihren rechtmäßigen, gewöhnlichen Aufenthalt im Inland hatte.

²⁴ ohne jene Personen, die aufgrund der Übergangsregelung des § 669 Abs. 6a ASVG ohnehin eine Leistung in Höhe ihrer früheren Pension erhielten

8.2

Der RH kritisierte als nicht sachgerecht, dass bei der Berechnung des Rehabilitationsgelds mit der Untergrenze des Ausgleichszulagenrichtsatzes Elemente der Bedarfsorientierung eingeflossen waren, ohne dass der tatsächliche Bedarf erhoben wurde. Somit blieben Familie, Kinder oder andere Versorgungspflichten unberücksichtigt, was zu besonderen Härten führen konnte. Ebenso blieben – entgegen der Logik der sonstigen bedarfsorientierten Leistungen in Österreich – auch weitere Einkommen oder Unterhaltsansprüche unberücksichtigt, woraus unverhältnismäßig hohe Leistungen resultieren konnten. Der RH wies darauf hin, dass die Regelung in Oberösterreich immerhin rund ein Drittel der Rehabilitationsgeldbeziehenden betraf und für mehrere Jahre gelten konnte.

Der RH empfahl dem BMASK, auf eine Gesetzesänderung hinzuwirken, damit bei Anwendung der Mindestgrenze bei der Berechnung des Rehabilitationsgelds in Zukunft sowohl bedarfserhöhende als auch bedarfssenkende Faktoren berücksichtigt werden können.

Übergangsregelung

9.1

(1) Nach der Übergangsregelung des § 669 Abs. 6a ASVG, die im April 2014 kundgemacht wurde und rückwirkend mit 1. Jänner 2014 in Kraft trat²⁵, gebührte Personen, die Rehabilitationsgeld unmittelbar im Anschluss an eine befristete Invaliditätspension bezogen, dieses im Ausmaß der zuletzt bezogenen Pension,²⁶ und zwar einschließlich der dazu geleisteten Ausgleichszulage (§ 293 Abs. 1 ASVG) und der dazu geleisteten Kinderzuschüsse. Dies sollte „einkommensmäßige Verwerfungen“ verhindern.²⁷

(2) Eine Valorisierung der weitergewährten Leistung war nicht vorgesehen. Während die Pension selbst jährlich valorisiert würde, blieb somit das Rehabilitationsgeld nach § 669 Abs. 6a ASVG unverändert, auch wenn es mehrere Jahre hindurch bezogen wurde. Ebenso wenig war – anders als bei der Pensionsleistung selbst – eine Anpassung an geänderte Umstände (z.B. Wegfall zuvor angerechneter Einkommensbestandteile) vorgesehen. Dies konnte zu erheblichen Härten führen.

²⁵ BGBl. I Nr. 30/2014

²⁶ Dieses wird um 11,5 % erhöht. Dadurch wird berücksichtigt, dass die Pensionsleistung im Unterschied zum Rehabilitationsgeld 14-mal jährlich ausgezahlt wird und von dieser ein Krankenversicherungsbeitrag (samt Ergänzungsbeitrag) in der Höhe von 5,1 % zu leisten ist, weshalb die maßgebliche Pensionsleistung zum einen um ein Sechstel zu erhöhen (= 16,6 %) und zum anderen um 5,1 % zu vermindern ist. Daraus ergibt sich ein Erhöhungsbetrag von 11,5 % der maßgeblichen Pensionsleistung.

²⁷ AB 60 BlgNR XXV. GP, S. 3.

Die Volksanwaltschaft²⁸ stellte einen Fall dar, in dem zu einer Berufsunfähigkeitspension in geringer Höhe keine Ausgleichszulage gewährt wurde, weil eine Beschäftigung zu einem Zusatzeinkommen führte. Nach der Umstellung auf Rehabilitationsgeld fiel aufgrund einer Verschlechterung im Gesundheitszustand das Erwerbseinkommen weg. Mangels Neubeurteilung erhöhte sich das Rehabilitationsgeld nicht. Wäre weiterhin eine Berufsunfähigkeitspension ausbezahlt worden, wäre die Leistung auf das Niveau des Ausgleichszulagenrichtsatzes erhöht worden.

Ähnliche unbeabsichtigte Folgewirkungen würden sich bei einer Änderung der Familiensituation (Wegfall oder Entstehen von Unterhaltpflichten oder Unterhaltsansprüchen, z.B. bei Ehescheidungen) ergeben.

(3) Die Übergangsregelung sollte zwar die Betroffenen vor finanziellen Nachteilen schützen. Sie konnte sich aber auch nachteilig auswirken, weil die Höhe des Rehabilitationsgelds auch dann nicht angepasst wurde, wenn es höher wäre als die vorherige befristete Invaliditätspensionsleistung.²⁹ Dies stand im Gegensatz zur Regelung der Geldleistung bei freiwilliger Rehabilitation (Übergangsgeld)³⁰, wo der jeweils höhere Betrag gewährt wurde. Bezogen auf die Personen, die bei der OÖGKK Rehabilitationsgeld bezogen, waren im Jahr 2014 rd. 9 % und im Jahr 2015 rd. 13 % aller Fälle durch die Übergangsregelung gegenüber der regulären Berechnung benachteiligt.³¹

9.2

Der RH war der Ansicht, dass das in den Gesetzesmaterialien angegebene Ziel nicht erreicht wurde, „einkommensmäßige Verwerfungen“ durch die Übergangsregelung für Rehabilitationsgeldbeziehende, die davor befristete Invaliditätspension bezogen.

²⁸ Bericht der Volksanwaltschaft an den Nationalrat und an den Bundesrat, Kontrolle der öffentlichen Verwaltung 2015, III–235 der Blg XXV. GP, 5. 61 f.

²⁹ Eine Ausnahme bestand für jene Personen, die vor Umsetzung der Übergangsregel (§ 669 Abs. 6a ASVG) von der befristeten Invaliditätspension ins Rehabilitationsgeld übergetreten waren und bereits Rehabilitationsgeld bezogen hatten, das auf Basis des letzten Erwerbseinkommens höher war als die zuvor bezogene – und nun eigentlich fortzusetzende – Invaliditätspensionsleistung. Diese Personengruppe konnte weiterhin unabhängig von der Übergangsregelung das höhere Rehabilitationsgeld beziehen.

³⁰ Nach § 306 ASVG hat der Pensionsversicherungsträger der bzw. dem Versicherten für die Dauer der Gewährung von medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation oder einer Ausbildung gemäß § 198 Abs. 2 Z 1 ein Übergangsgeld zu leisten, wenn kein Anspruch auf Rehabilitationsgeld (§ 143a) oder Umschulungsgeld (§ 39b AlVG) besteht. Das Übergangsgeld gebührt monatlich im Ausmaß der Berechnungsgrundlage; Berechnungsgrundlage ist die Pension aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit, die zu diesem Zeitpunkt gebührt hätte. Die Berechnungsgrundlage ist für die Angehörigen der bzw. des Versicherten (§ 123) zu erhöhen, und zwar für den Ehegatten/die Ehegattin oder die eingetragene Partnerin oder den eingetragenen Partner um 10 vH und für jeden sonstigen Angehörigen um 5 vH. Das Übergangsgeld nach Abs. 2 gebührt mindestens im Ausmaß des jeweils in Betracht kommenden Richtsatzes für die Ausgleichszulage; ist das sonst gebührende Krankengeld höher, gebührt das Übergangsgeld mindestens im Ausmaß dieses Betrags.

³¹ Das waren z.B. Konstellationen, bei denen bei der Pension ein anderes Einkommen wie eine ausländische Pension oder ein Partnereinkommen angerechnet wurde und daher keine Ausgleichszulage gewährt wurde, bei Gewährung des Rehabilitationsgelds eine solche Einschränkung jedoch nicht maßgeblich gewesen wäre.

gen hatten, zu vermeiden. Er kritisierte insbesondere das Fehlen einer Valorisierungsregelung und die nicht vorgesehene Neubewertung von Sachverhalten, die während eines Pensionsbezugs zu einer Änderung der Leistungshöhe geführt hätten. Weiters wies er auf den Wertungswiderspruch zwischen dem Übergangsgeld (Gewährung der höheren Leistung) und der Übergangsregelung hin (Gewährung der Pension, auch wenn diese niedriger war als das Krankengeld).

Der RH empfahl daher dem BMASK, auf eine Gesetzesänderung hinsichtlich der Übergangsregelung nach § 669 Abs. 6a ASVG (Rehabilitationsgeld nach befristeter Invaliditätspension) hinzuwirken, um eine Valorisierung und eine Neubewertung bei wesentlichen Änderungen zu ermöglichen.

Auszahlungs- und Berechnungsmodalitäten

10.1

Die Auszahlungs- und Berechnungsmodalitäten des Rehabilitationsgelds unterschieden sich von vergleichbaren Leistungen:

(1) Die Auszahlung des Rehabilitationsgelds erfolgte alle 28 Tage im Nachhinein. Dies führte zu unterschiedlichen Auszahlungstagen und somit bei den Rehabilitationsgeldbeziehenden bspw. zu Problemen bei der Bedeckung von Daueraufträgen.³²

(2) Das Rehabilitationsgeld gebührte je Kalendertag. Bei einer Erhöhung auf den Ausgleichszulagenrichtsatz gebührte täglich dessen dreißigster Teil. Bei Monaten, die nicht 30 Tage hatten, unterschied sich die Leistungshöhe vom Referenzwert.

(3) Das Rehabilitationsgeld unterlag seit 1. Jänner 2014 einer Pauschalversteuerung von 36,5 %, soweit dieser Bezug 30 EUR täglich überstieg, die bei Auszahlung einzubehalten war. Das Steuerreformgesetz 2015/2016 reduzierte den Steuersatz auf 25 %.³³ Dennoch lag die Steuerbelastung häufig über der Regelbesteuerung. Die Betroffenen konnten nur durch eine Arbeitnehmerveranlagung eine entsprechende Rückvergütung veranlassen.

(4) Während bei Pensionen ein Krankenversicherungsbeitrag abgezogen wurde, erfolgte dies bei Leistungen des AMS und beim Rehabilitationsgeld nicht.³⁴ Umgekehrt war die Leistung des AMS nicht steuerpflichtig, die Pension und das Rehabili-

³² Das Sozialversicherungs-Anpassungsgesetz (BGBl. I Nr. 2/2015) ermöglichte es den GKK, in ihrer Satzung den Auszahlungsrhythmus auf eine monatlichen Auszahlung („monatlich im Nachhinein“, § 104 Abs. 1 ASVG) zu ändern. Zur Zeit der Geburungsüberprüfung war geplant, das Rehabilitationsgeld monatlich im Nachhinein am Ersten des Folgemonats auszuzahlen.

³³ § 69 Abs. 2 EStG i.d.F. BGBl. I Nr. 118/2015, erstmalig anzuwenden für Lohnzahlungszeiträume, die nach dem 31. Dezember 2015 enden.

³⁴ Der durch die Pensionsversicherungsträger an die Krankenversicherungsträger zu leistende Krankenversicherungsbeitrag betrug 7,65 %.

tationsgeld dagegen schon. Das Rehabilitationsgeld unterschied sich somit sowohl von Pensionen als auch von AMS-Leistungen.

(5) Obwohl das Rehabilitationsgeld typischerweise für über ein Jahr gewährt wurde, war es – wie das Krankengeld – in den ersten 42 Tagen niedriger als in der restlichen Zeit.

10.2 Der RH wies kritisch darauf hin, dass die Auszahlungsmodalitäten des Rehabilitationsgelds in mehreren Punkten unzweckmäßig waren, weil:

- die unterschiedlichen Auszahlungszeitpunkte im Monat für die Betroffenen z.B. die Übersicht über die Deckung von Daueraufträgen erschwerten,
- die vorläufig häufig zu hohe Steuerlast weitere Maßnahmen seitens der Betroffenen (z.B. Arbeitnehmerveranlagung) erforderte,
- der Abzug von Steuern – nicht aber von Krankenversicherungsbeiträgen vom Bruttobezug – es erschwerte, den erhaltenen Nettobetrag nachzuvollziehen, sowie
- die geringere Leistung in den ersten 42 Tagen bei typischer Bezugsdauer von mindestens einem Jahr wenig sachgerecht erschien.

Der RH empfahl daher dem BMASK darauf hinzuwirken, die gesetzlichen Grundlagen für die Auszahlungs- und Berechnungsmodalitäten des Rehabilitationsgelds zu überprüfen und dabei auf eine möglichst einfache Gestaltung zu achten.

10.3 Das BMGF wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass die Auszahlungsmodalitäten des Rehabilitationsgelds mittlerweile durch eine verbindliche Bestimmung der Mustersatzung des Hauptverbandes im Sinne der Intention des RH einheitlich neu gestaltet worden seien.

Durchschnittliche Höhe des Rehabilitationsgelds

11.1 (1) Das Rehabilitationsgeld betrug durchschnittlich 1.157 EUR brutto³⁵ im Monat. Im regionalen Vergleich lag es monatlich zwischen 1.080 EUR (Tirol) und 1.226 EUR (Niederösterreich).

³⁵ d.h. vor Steuern und Krankenversicherungsbeiträgen

Tabelle 4: Rehabilitationsgeldbeziehende und durchschnittliche Höhe des Rehabilitationsgelds 2015

Gebietskrankenkassen (GKK)	Anzahl (Stand) Beziehende ¹	Durchschnittliche Höhe (Monat) in EUR
alle GKK	18.539	1.157
GKK Wien	3.498	1.136
GKK Niederösterreich	1.985	1.226
GKK Burgenland	282	1.223
GKK Oberösterreich	3.025	1.201
GKK Steiermark	4.368	1.136
GKK Kärnten	1.852	1.148
GKK Salzburg	1.102	1.159
GKK Tirol	1.580	1.080
GKK Vorarlberg	847	1.183

¹ Zahlen aus 2015 lt. Hauptverband (zeitliche Abgrenzung kann von LGKK abweichen)

Quelle: Hauptverband (Datenquelle: LGKK)

Für „Neufälle“ (Personen, die vorher keine befristete Invaliditätspension bezogen hatten)³⁶ lag das durchschnittliche Rehabilitationsgeld im Jahr 2015 bei rd. 1.240 EUR pro Monat (bei Männern rd. 1.379 EUR, bei Frauen rd. 1.121 EUR).

Demgegenüber lag die durchschnittliche Invaliditätspension in der entsprechenden Altersgruppe österreichweit bei einem Monatsäquivalent von rd. 1.134 EUR.³⁷ Das durchschnittliche Rehabilitationsgeld für Neuzuerkennungen lag somit im Schnitt rd. 106 EUR bzw. rd. 9 % über der Invaliditätspension.³⁸

(2) Die Regierungsvorlage zum SRÄG 2012 rechnete mit einem Monatsäquivalent der Pensionsleistung von 1.165,50 EUR und einem Rehabilitationsgeld von rd. 1.450 EUR (siehe Tabelle 2). Dies hätte einer Differenz von rd. 284,50 EUR bzw. 24 % entsprochen.

11.2

Der RH hielt fest, dass die Ausgestaltung des Rehabilitationsgelds dazu führte, dass die Bruttobezüge um 9 % höher waren als die durchschnittliche Invaliditätspension. Dies war zwar geringer als in der Regierungsvorlage zum SRÄG 2012 angenommen, aber dennoch wesentlich höher als die allgemeine Pensionserhöhung. Der RH wies darauf hin, dass die gesamte Umstellung der „Invaliditätspension Neu“ statt Einsparungen von rd. 648,65 Mio. EUR voraussichtlich zu Zusatzaufwendungen führen

³⁶ Das waren im Jahr 2015 rd. 4.776 Fälle, darunter 2.194 Männer und 2.582 Frauen.

³⁷ Die Pensionsleistung wird 14-mal im Jahr bezogen, der Jahreswert wurde auf zwölf Monate aufgeteilt.

³⁸ Eine korrespondierende Erhöhung der dauerhaft gewährten Invaliditätspensionen war im betrachteten Zeitraum nicht erfolgt.

wird. Er verwies daher auf seine Empfehlung unter **TZ 4** und **TZ 5** eine detaillierte finanzielle Bewertung durchzuführen und gegebenenfalls entsprechend gegenzusteuern.

Zusammenhang mit anderen Leistungen und Transparenz der Leistungshöhe

12.1

(1) Im Vergleich mit Leistungen der Arbeitslosenversicherung und Pensionsleistungen unterschieden sich die von der Krankenversicherung zu erbringenden Leistungen während einer beruflichen oder medizinischen Rehabilitation in zahlreichen Gesichtspunkten wesentlich. Die folgende Tabelle stellt die Unterschiede überblicksweise dar:

Tabelle 5: Gegenüberstellung wesentlicher Parameter bei AMS-Leistungen, Pensionen wegen geminderter Erwerbsfähigkeit und Rehabilitationsgeld (Stand 2016)

	Rehabilitationsgeld	Umschulungsgeld	Arbeitslosengeld (AL) und Notstandshilfe (NH)	Invaliditätspension
Ersatzrate	bis zum 42. Tag 50 % der BMGL, danach 60 %	wie AL-Geld; während Rehabilitationsmaßnahme um 22 % erhöht	AL-Geld: Grundbetrag: 55 % der BMGL, NH: 92 % bzw. 95 % davon	im Wesentlichen 60 % der BMGL
Bemessungsgrundlage	Bruttobezug letzter Kalendermonat unselbstständiger Tätigkeit; keine Aufwertung	durchschnittliches fiktives Nettoeinkommen eines Jahres (Auswahl stichtagsabhängig), Aufwertung	grundsätzlich lebenslange Durchrechnung der Bruttobezüge, Aufwertung	
Sonderzahlungen	als Ausgleich für Sonderzahlungen 17 % monatlicher Zuschlag	keine Sonderzahlungen, kein Zuschlag, aber Sonderzahlungen in der Bemessungsgrundlage berücksichtigt	Sonderzahlungen: 14 Bezüge im Jahr	
allgemeine Zuschläge	keine	1,93 EUR pro Tag während Schulung	keine	
Familienzuschläge	keine	0,97 EUR täglich für Kinder bzw. Partner	29,07 EUR Kinderzuschuss monatlich	
Besteuerung	pauschal 25 % ab 30 EUR täglich	kein Abzug		gemäß Lohnsteuertabelle
KV-Beiträge	kein Abzug	kein Abzug	kein Abzug	Abzug von 5,1 %
Mindesthöhe: Betrag	AZ-Einzelrichtsatz (2016: 29,43 EUR täglich); mindestens bisherige Pension	Existenzminimum (2016: mindestens 34,30 EUR bei Maßnahmenteilnahme)	Ergänzungsbeitrag 60 % vom AZ-Richtsatz, bzw. mit Familienzuschlag 80 %, maximal jedoch 80 % der BMGL	AZ-Einzel- oder Familienerichtsatz (882,78 EUR oder 1.323,58 EUR; 136,21 EUR pro Kind)
bei Mindesthöhe: Anrechnung anderer Einkommen	nein	nein	bei AL: nein, bei NH: ja	ja
Pensionskonto	Gutschrift 100 % der BMGL	bei AL: Gutschrift 70 % der BMGL, bei NH: Gutschrift 92 % von 70 % der BMGL		keine Gutschrift

AZ = Ausgleichszulage

BMGL = Bemessungsgrundlage

Quellen: AMS; PVA; OÖGKK; RH

(2) Die Tabelle zeigt, dass sich alle Leistungen an einer Ersatzrate von 50 % bis 60 % des früheren Erwerbseinkommens orientierten. Viele Regelungsbereiche, z.B. Bemessungsgrundlage, Familienzuschläge und Mindesthöhe waren jedoch unterschiedlich normiert. Die tatsächliche Höhe der Leistung im Einzelfall war daher im Vergleich kaum vorherzusagen.

Der folgende Beispielfall zeigt dies exemplarisch: Person A hatte aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen eine unregelmäßige Erwerbskarriere mit unterschiedlich hohen Verdiensten. Im Jahr 2008 lag ihr Verdienst bei rd. 1.000 EUR monatlich, im Jahr 2009 ging sie keiner Beschäftigung nach, im Jahr 2010 konnte sie über mehrere Monate rd. 1.600 EUR monatlich verdienen. Anfang des Jahres 2011 wurde sie arbeitslos.

Das AMS griff auf die Bemessungsgrundlage des Jahres 2008 zurück, sie erhielt rd. 16 EUR tägliches Arbeitslosengeld und später rd. 15 EUR Notstandshilfe pro Tag. Auch während eines längeren Krankenstandes (von September 2014 bis Juli 2015) bezog sie Krankengeld in dieser Höhe. Da Krankengeld nur für ein Jahr bezogen werden konnte, stellte Person A im Jahr 2015 einen Antrag auf Invaliditätspension und erhielt Rehabilitationsgeld zugesprochen. Bemessungsgrundlage für diese Leistung war der letzte sozialversicherungspflichtige Erwerbsmonat, der im Jahr 2010 lag. Das so errechnete Rehabilitationsgeld betrug 36,38 EUR netto täglich, somit mehr als die doppelte Höhe der bisherigen AMS-Leistung.³⁹ Im Falle einer Genesung würde sie bis zu einer etwaigen Arbeitsaufnahme erneut Notstandshilfe von rd. 15 EUR täglich erhalten. Im Falle einer beruflichen Rehabilitation wäre die Geldleistung rd. 20 EUR pro Tag (Arbeitslosengeld zuzüglich 22 % Zuschlag während Schulungsmaßnahmen).

(3) Der RH verglich bei den insgesamt 51 Fällen aus dem Zuständigkeitsbereich der OÖGKK⁴⁰ die Leistungshöhen des Rehabilitationsgelds, einer fiktiven Invaliditätspension bei Pensionsantritt im Jahr 2016 („Dauerleistung“) sowie eines fiktiven Arbeitslosengelds bei Genesung nach dem Bezug von Rehabilitationsgeld im Jahr 2016 („Genesung“). In 92 % der Fälle war das Rehabilitationsgeld höher als die Leistung des AMS. Bei rd. 61 % der Fälle war das Rehabilitationsgeld auch höher als die fiktive Invaliditätspension (ohne Einberechnung etwaiger Ausgleichszulagen) und bei

³⁹ Die tatsächliche Vollziehung gestaltete sich noch erheblich komplexer, da zunächst eine Zeit der Selbstversicherung (Person A arbeitete gegen ein minimales Entgelt für eine karitative Organisation) herangezogen wurde, was aufgrund einer Entscheidung des Hauptverbands dann rückwirkend korrigiert wurde. Davor erhielt Person A das Rehabilitationsgeld in Höhe der Mindesthöhe, d.h. 29,08 EUR (entsprechend der Regelung zum Ausgleichzulagenrichtsatz).

⁴⁰ Basis der Stichprobe waren oberösterreichische Rehabilitationsgeldbeziehende im Zeitraum 2014 bis April 2016. Von den 51 Versicherten waren 22 Männer und 29 Frauen. Der jüngste Versicherte war 19 Jahre alt, der älteste Versicherte 51; das durchschnittliche Alter betrug 42 Jahre. Bei den 51 Fällen handelte es sich um 22 Neugewährungen von Rehabilitationsgeld, 29 Personen hatten bereits vorher eine befristete Invaliditätspension bezogen.

rd. 78 % war die Pension höher als die AMS-Leistung. Die monatliche durchschnittliche Höhe, bezogen auf die Stichprobe, betrug beim Rehabilitationsgeld 1.225,90 EUR, bei der fiktiven Invaliditätspension (ohne etwaige Ausgleichszulagen) 1.098,18 EUR und beim Arbeitslosengeld 818,49 EUR. In der überwiegenden Anzahl der Fälle ging dem Bezug des Rehabilitationsgelds entweder der Bezug einer Leistung des AMS oder der Pensionsversicherung voraus, nur ein geringer Teil der Betroffenen befand sich direkt vor dem Bezug des Rehabilitationsgelds in einem Beschäftigungsverhältnis.

12.2

Der RH wies kritisch darauf hin, dass für die Betroffenen die Unterschiede zwischen den verschiedenen Leistungen (Rehabilitationsgeld, Umschulungsgeld, AMS-Leistungen, Invaliditätspension) und ihre Gründe nicht nachvollziehbar waren. Dies konnte in konkreten Entscheidungssituationen (z.B. wann ein Antrag gestellt werden sollte) zu Nachteilen führen.

Der RH wies weiters darauf hin, dass dies eine systematische Steuerung der Anreizeffekte für Rehabilitation und Wiedereintritt in den Arbeitsmarkt verhinderte. Der RH bewertete die möglichen hohen Sprünge zwischen den unterschiedlichen Leistungen als nicht in allen Fällen sachlich gerechtfertigt. Er wies insbesondere darauf hin, dass zwar das Krankengeld während einer Arbeitslosigkeit auf die Höhe der AMS-Leistung abgestimmt war, nicht aber das (ansonsten wie Krankengeld konstruierte) Rehabilitationsgeld.

Der RH empfahl dem BMASK, die Effekte der unterschiedlichen Berechnungsparameter der AMS-Leistungen, der Invaliditätspension und des Rehabilitations- bzw. Umschulungsgelds zu überprüfen und auf eine Regelung hinzuwirken, die sachfremde Effekte möglichst vermeidet, die Unterschiede transparent und nachvollziehbar darlegt und eine systematische Anreizsteuerung ermöglicht.

Berechnung der Invaliditätspension

13.1

(1) Die Leistung bei Pensionen wegen geminderter Erwerbsfähigkeit (§ 261 ASVG bzw. §§ 5 und 6 APG) wurde im Wesentlichen wie folgt berechnet: Bemessungsgrundlage war der Durchschnitt der bis zum Eintritt der Invalidität bestehenden (aufgewerteten) Versicherungszeiten.⁴¹ Die Anrechnung sogenannter Zurechnungsmonate fingierte, dass ohne Eintritt der Invalidität bis zum 60. Lebensjahr mit der selben Bemessungsgrundlage weiter gearbeitet würde. Aufgrund der bis dahin erreichbaren Steigerungspunkte bzw. der Abschläge bei Antritt einer Pension zum 60. Lebensjahr ergab sich daraus eine Pension, die im Wesentlichen (bei gutem

⁴¹ Die Bemessungsgrundlage ergibt sich technisch gesehen aus der Gutschrift am Pensionskonto, die derzeit von der sogenannten „Kontoerstgutschrift“ dominiert wird (deren Berechnungslogik alle Regelungen der Parallelrechnungen bzw. Übergangsbestimmungen inkludiert). Zu den Berechnungsschritten im Einzelnen siehe Teschner/Widlär/Pöltner, Kommentar ASVG – Allgemeine Sozialversicherung, § 6 APG, Anmerkung 3.

Versicherungsverlauf vor Eintreten der Invalidität) rd. 60 % der Bemessungsgrundlage ausmachte.⁴²

(2) Aufgrund der Zurechnung von Monaten bis zum 60. Lebensjahr ergab sich für jüngere Versicherte aus einer Verlängerung ihrer Erwerbstätigkeit nicht zwingend ein Vorteil. Wenn sich die Bemessungsgrundlage durch die zusätzliche Versicherungszeit im Schnitt verschlechterte (z.B. durch Weiterarbeit in Teilzeit gegenüber bisheriger Vollzeitarbeit), konnte sich sogar ein Nachteil ergeben. Die Reformen zur Alterspension der letzten Jahre regelten dagegen, dass zusätzliche Arbeitszeit jedenfalls zu einer höheren Pensionsleistung führen sollte.

(3) Das „typische“ Bild der Invalidität veränderte sich im Lauf der Zeit, wie mehrere Projekte des BMASK zum Thema „Invalidität im Wandel“ zeigten.

Gegenüber plötzlich eintretender, schicksalhafter Invalidität (z.B. durch eine plötzliche Erkrankung oder einen Unfall) nahm die Bedeutung chronischer oder psychischer Erkrankungen, bei denen die Erwerbsunfähigkeit schlechend eintreten kann, zu. Teilweise (z.B. bei depressiven Symptomen) wäre eine – auch eingeschränkte – Beteiligung am Erwerbsleben für die Stabilisierung des Gesundheitszustands durchaus positiv zu bewerten. Hinsichtlich der Höhe der Invaliditätspension konnte es für die Betroffenen aber günstiger sein, möglichst schnell eine Pensionsleistung in Anspruch zu nehmen.

Zur Beurteilung, ob tatsächlich eine Erwerbsunfähigkeit gegeben war, erfolgte eine detaillierte gutachterliche Prüfung durch die Pensionsversicherungsträger. Diese lehnten über 50 % der Pensionsanträge (bei Neugewährungen) ab (siehe dazu Abbildung 1).

(4) Andere Leistungssysteme sahen teilweise eine geschützte Bemessungsgrundlage für bestimmte Personenkreise vor, z.B. einen Schutz der Bemessungsgrundlage bei Arbeitslosigkeit ab einem bestimmten Lebensalter (§ 21 Abs. 8 AIVG). Dies ermöglichte eine Weiterarbeit ohne Risiko einer Verschlechterung bestehender Ansprüche.

13.2

Der RH sah einen Wertungswiderspruch zwischen den Reformen der Alterspension, wonach zusätzliche Zeiten der Erwerbstätigkeit jedenfalls pensionserhöhend bewertet wurden, und der Regelung der Invaliditätspension, wonach zusätzliche Er-

⁴² Gegenüber einer Pension zum 60. Lebensjahr können fünf Jahre mit 1,78 % Steigerungsbetrag weniger erreicht werden, weiters fallen max. 13,8 % Abschläge an. Insgesamt war nach § 261 Abs. 5 ASVG eine Begrenzung bei 60 % vorgesehen, nach APG ergab sich derselbe Effekt durch die Begrenzung der Anzahl der Zurechnungsmonate bzw. die genaue Berechnung (Teschner/Widlär/Pöltner, ASVG, § 6 APG, Anmerkung 4). Die Darstellung des RH bezieht sich auf die Altersgruppe, für die nunmehr das Rehabilitationsgeld relevant werden kann, bei sehr jungen bzw. sehr alten Personen kann sich durch eine Begrenzung der Zurechnungsmonate bzw. geringere Abschläge eine abweichende Pensionshöhe ergeben.

werbszeiten auch zu Nachteilen führen konnten. Er anerkannte den Grundsatz, das Risiko der Invalidität umfassend zu versichern, sah jedoch kritisch, dass bei chronischen Erkrankungen, bei denen der Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit schwer zu bestimmen war, eine frühzeitige Pensionierung finanziell günstiger für die Betroffenen sein konnte als eine weitere Arbeitsleistung.

Der RH empfahl daher dem BMASK, im Rahmen seiner Überlegungen zur Invalidität im Wandel auch zu prüfen, inwieweit bei der Berechnung der Invaliditätspension in Fällen langsam eintretender Verschlechterungen des Gesundheitszustands finanzielle Anreize für eine möglichst lange Erwerbskarriere gesetzt werden können.

Konsequenzen der Teilversicherung

14.1

(1) Während sie Rehabilitationsgeld bezogen, waren die Betroffenen weiterhin pensionsversichert. Die Gutschriften auf dem Pensionskonto entsprachen einer Beitragsleistung auf Basis der für das Rehabilitationsgeld verwendeten Bemessungsgrundlage. Wie bereits unter **TZ 5** dargestellt, waren die längerfristigen finanziellen Auswirkungen dieser Regelung vor der Beschlussfassung nicht geprüft worden.

(2) Der RH ermittelte auf Basis von Berechnungen der PVA für von ihm analysierte Einzelfälle,⁴³ dass sich der Bezug des Rehabilitationsgelds bei elf Neufällen negativ und bei sieben Neufällen positiv auf die Höhe der Brutto-Pension auswirkte. In besonderen Konstellationen konnten auch erheblich größere Veränderungen auftreten, wie das folgende Beispiel zeigt:

Person B erkrankte während ihrer Studienzeit mit etwa 23 Jahren plötzlich und wurde pflegebedürftig und erwerbsunfähig. Eine Pensionsleistung würde unter Berücksichtigung aller Versicherungsmonate ermittelt werden (d.h. letztlich aus dem Durchschnitt der Verdienste). Das Rehabilitationsgeld – und damit die Bemessungsgrundlage für die Pensionsbeiträge während des Rehabilitationsgeldbezugs – orientierte sich jedoch nur am letzten Erwerbsmonat. Im Falle von Person B war dieser Monat eine Ferialpraxis und schlechter bewertet als der Durchschnitt der insgesamt gearbeiteten Zeiten. Das Rehabilitationsgeld wäre (ohne Bedachtnahme auf die Mindestgrenze des Ausgleichszulagenrichtsatzes) somit deutlich niedriger gewesen als eine Pensionsleistung. Bei einer (angesichts des Krankheitsverlaufs nicht unwahrscheinlichen) späteren Zuerkennung einer dauernden Invaliditätspension wäre die Pension niedriger als bei sofortiger Zuerkennung einer Dauerleistung, da die zusätzliche Versicherungszeit zu einer Verschlechterung der durchschnittlichen Beitragsgrundlage führen würde. Bereits nach einigen Jahren Rehabilitationsgeldbezugs wäre die Pension von rd. 700 EUR monatlich um rd. 230 EUR monatlich ge-

⁴³ Die PVA verglich die fiktiv aufgewertete dauernde Invaliditätspension mit einer fiktiven Erstgewährung einer dauernden Invaliditätspension zum 1. September 2016. Etwaige Ausgleichszulagen wurden dabei nicht berücksichtigt.

sunken. Dies war bei der Zuerkennung von Rehabilitationsgeld statt einer Dauerleistung für die betroffene Person in keiner Weise transparent.

(3) Für Personen, die direkt nach einer befristeten Invaliditätspension Rehabilitationsgeld bezogen, gab es eine Schutzbestimmung (§ 26 Abs. 3 APG), um bei einer erneuten Pensionsleistung eine Leistungsverminderung gegenüber der (valorisierten) früheren Pension auszuschließen. Die Berücksichtigung der jährlichen Valorisierung war in der Schutzbestimmung allerdings großzügiger als bei der tatsächlichen Pensionsanpassung.⁴⁴

Zwischen dem ersten und dem weiteren Bezug einer Pensionsleistung eingetretene Veränderungen in der Rechtslage (insbesondere die Durchführung der Pensionskonto-Erstgutschrift) konnten zu weiteren Verbesserungen führen (durch die Schutzbestimmung jedoch nicht zu Verschlechterungen). In Einzelfällen der Stichprobe des RH lagen diese Verbesserungen bei bis zu rd. 30 % der früheren Pension (mehrere hundert Euro, wobei teilweise auch weitere Erwerbstätigkeiten während des Rehabilitationsgeldbezugs wirksam wurden).

Bezogen auf alle Weitergewährungsfälle der Stichprobe war die nach Bezug des Rehabilitationsgelds fiktiv berechnete Invaliditätspension um durchschnittlich rd. 8 % höher als die aufgewertete frühere Pension.⁴⁵ Aus den Erläuterungen zur Regierungsvorlage ging nicht hervor, dass dieser Effekt beabsichtigt war.

14.2

Der RH hielt es für intransparent und unzweckmäßig, dass weder für den Bund noch für die betroffene Person die Auswirkung der Weiterversicherung während des Bezugs von Rehabilitationsgeld auf die Höhe einer Dauerleistung erkennbar war. Er wies darauf hin, dass bei den vom RH analysierten Einzelfällen, die zuvor eine Invaliditätspension bezogen hatten, die fiktive Dauerleistung im Schnitt um rd. 8 % anstieg. Er sah keine sachliche Rechtfertigung für eine günstigere Valorisierung des Schutzbetrags nach § 26 APG gegenüber der tatsächlichen Pensionsvalorisierung. Umgekehrt konnte in Einzelfällen eine erhebliche Verschlechterung der Pension für die Betroffenen durch den Rehabilitationsgeldbezug eintreten.

⁴⁴ Die in den Jahren 2013 und 2014 um 1 bzw. 0,8 %-Punkte verringerte Pensionsanpassung (§ 666 Abs. 3 ASVG) war nicht berücksichtigt; ebenso wenig die im ersten Jahr ausgesetzte Valorisierung nach § 108h ASVG.

⁴⁵ Es ist nicht klar, inwieweit die Stichprobe des RH diesbezüglich repräsentativ ist. 8 % einer durchschnittlichen Pensionsleistung von rd. 1.000 EUR monatlich bei 14 Bezügen im Jahr entspricht einer Erhöhung um rd. 1.000 EUR im Jahr pro Person. Bei rd. 11.000 Weitergewährungsfällen im Jahr 2015 entspräche dies rd. 11 Mio. EUR im Jahr insgesamt, das jeweils bis zum Lebensende der Betroffenen. Somit wäre eine erhebliche Belastung für den Bund die Folge.

Der RH verwies auf seine Empfehlungen zu **TZ 5** und **TZ 7**, wonach das BMASK einerseits eine Berechnung der finanziellen Folgen der Teilversicherung vornehmen sollte, andererseits auf eine Ausdehnung der Bemessungsgrundlage hinwirken sollte. Die Regelungen über die Schutzklausel sollten überprüft werden.

Betreuung der Beziehenden von Rehabilitationsgeld

Allgemeines

15

(1) Ein wesentlicher inhaltlicher Schwerpunkt der „Invaliditätspension Neu“ lag darin, durch Maßnahmen der Rehabilitation mehr Personen nach schweren Erkrankungen ins Arbeitsleben zurückzubringen. Nach der Rechtslage vor dem SRÄG 2012 nahm die Sozialversicherung keine zusätzliche systematische Betreuung für Personen in befristeter Pension bis zum nächsten Begutachtungstermin vor, der bis zu 24 Monate nach Zuerkennung der Pension lag. Durch das SRÄG 2012 sollte ein systematisches „Case Management“ eine durchgängige Betreuung sicherstellen.

(2) Laut § 143b ASVG („Case Management“) hatten die Krankenversicherungsträger die Betroffenen „... umfassend zu unterstützen, um einen dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Behandlungsprozess für den Übergang zwischen einer Krankenbehandlung und der Rehabilitation zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit sicherzustellen und für einen optimalen Ablauf der notwendigen Versorgungsschritte zu sorgen. In diesem Rahmen ist die versicherte Person während der Krankenbehandlung sowie der medizinischen Rehabilitation zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bei der Koordinierung der weiter zu setzenden Schritte zu unterstützen und dahingehend zu begleiten, dass nach einer entsprechenden Bedarfserhebung ein individueller Versorgungsplan erstellt und durch die einzelnen LeistungserbringerInnen umgesetzt wird.“ Eine weitere Konkretisierung enthielt das Gesetz nicht.

(3) Wie unter **TZ 4** festgestellt, sollten durch die „Invaliditätspension Neu“ bis zu 90 % der betroffenen Personen wieder in den Arbeitsmarkt integriert werden. Im Jahr 2015 wurde nur rd. 12 % der Beziehenden das Rehabilitationsgeld wegen Wegfalls der Invalidität („Genesung“) entzogen. Die OECD hielt im Jahr 2015 in ihrem Bericht zu dieser Thematik fest, dass die Umstellung der Invaliditätspension selbst keinen positiven Einfluss haben werde, wenn sie nicht neue Formen der Intervention für die Betroffenen und deren Aktivierung schaffe. Die Gewährung einer unbefristeten Geldleistung für den Krankheitsfall ohne zusätzliche Betreuung habe nach Erfahrungen aus anderen Ländern in der Regel sogar zu einer größeren Zahl an Leistungsempfängerinnen und –empfängern geführt.

Der RH untersuchte daher am Beispiel Oberösterreichs, wie die Betreuung in der Praxis erfolgte und welche Verbesserungsmöglichkeiten bestanden (siehe folgende **TZ 16**).

Case Management: Kostentragung

16.1

(1) Gemäß § 143c ASVG hatten die Pensionsversicherungsträger den Krankenversicherungsträgern die Kosten für das Rehabilitationsgeld sowie die anteiligen Verwaltungskosten zu ersetzen. Es war jedoch zur Zeit der Geburungsüberprüfung nicht klar, wer die Kosten des Case Managements der Krankenversicherungsträger zu tragen hatte:

- Das Case Management stellte nach Ansicht der OÖGKK Verwaltungshandeln zur Koordination des Versorgungsprozesses und Begleitung der bzw. des Versicherten dar. Case Managerinnen und Manager seien nicht kurativ tätig.
- In einem als „Erlass“ bezeichneten Schreiben⁴⁶ vom Jänner 2014 vertrat das BMASK die Ansicht, dass die Kosten des Case Managements nicht Teil der anteiligen Verwaltungskosten seien. Daher vergüteten die Pensionsversicherungsträger den diesbezüglichen Aufwand nicht.
- Im Dezember 2015 „präzisierte“ das BMASK „ergänzend“, dass für die Jahre 2016 und 2017 die Pensionsversicherungsträger den Krankenversicherungsträgern 10 Mio. EUR Kostenersatz für das Case Management leisten sollten.⁴⁷

(3) Zur Höhe des Verwaltungskostenersatzes vereinbarten die Finanzleitungen der Pensions- und Krankenversicherungsträger (analog zum Kinderbetreuungsgeld) eine Akontierung von 2 % des Aufwands für Rehabilitationsgeld (d.h. für das Jahr 2014 rd. 1,83 Mio. EUR und für das Jahr 2015 rd. 4,93 Mio. EUR). Die Krankenversicherungsträger meldeten Verwaltungskosten für das Jahr 2014 von 3,92 Mio. EUR und für das Jahr 2015 von 7,61 Mio. EUR. Die gemeldeten Verwaltungskosten betragen zwischen 0,58 % (Steiermärkische GKK) und 6,29 % (Niederösterreichische GKK) des Aufwands für Rehabilitationsgeld. Im Jahr 2015 wiesen die GKK in ihrer Kostenrechnung rd. 10,43 Mio. EUR aus. Die GKK und die PVA hatten die Höhe der zu ersetzenen Verwaltungskosten zur Zeit der Geburungsüberprüfung noch nicht abgestimmt. Die Differenz zwischen den akontierten und den gemeldeten Verwaltungskosten für die Jahre 2014 und 2015 hatte die PVA noch nicht beglichen.

⁴⁶ Erlass BMASK-21111/0001-II/A/2/2014 „Kostenersatz für das Casemanagement“ vom 24. Jänner 2014

⁴⁷ Erlass BMASK-21111/0001-II/A/2/2015 „ASVG–Krankenversicherung Erlass Casemanagement Invaliditätspension Neu“ vom 17. Dezember 2015

16.2 Der RH kritisierte, dass die neue Leistung der Sozialversicherung mit Kosten von mehreren Millionen Euro jährlich eingeführt worden war, ohne gleichzeitig Klarheit bezüglich der Kostentragung zu schaffen. Der RH kritisierte weiters, dass die Höhe der Verwaltungskosten nicht abgestimmt und der gesetzlich vorgesehene Verwaltungskostenersatz durch die Pensionsversicherungsträger noch nicht vollständig erfolgt war. Schließlich hielt der RH die pauschale Festlegung eines Kostenersatzes von 10 Mio. EUR in einem Schreiben des BMASK für problematisch. Er hielt eine gesetzliche Pauschalregelung oder eine analytische Herleitung des Betrags entsprechend der bestehenden gesetzlichen Regelung (Ersatz des tatsächlichen Aufwands) für nötig.

Der RH empfahl dem BMASK rechtlich klarzustellen, wer die Kosten des Case Managements im Zusammenhang mit dem Rehabilitationsgeld zu tragen hat und wie die zu ersetzenen Verwaltungskosten zu ermitteln sind.

Case Management: Ergebnisziele

17.1 Eine Zielvorgabe an das Case Management bzw. an die GKK, welche Leistungen konkret durch das Case Management erbracht bzw. welche Ergebnisse erreicht werden sollten, fehlte. Die Vorgabe einer Genesungsquote hielten Vertreterinnen und Vertreter der überprüften Stellen als Ziel für ungeeignet, da diese stark von der Personengruppe abhängig wäre, die die PVA auswählte. Ebenso gab es keine Zielsetzung im Sinne einer konkreten Beeinflussung der therapeutischen Behandlung (weder Case Management noch chefärztlicher Dienst durften kurativ tätig werden).

Das BMASK hielt in einem Schreiben an die Sozialversicherungsträger fest, dass die PVA nur für jene Fälle einen Kostenersatz an die GKK leisten sollte, bei denen mindestens drei Betreuungsgespräche erfolgten.

17.2 Der RH kritisierte, dass die Erwartungen an das Case Management nicht konkretisiert waren. Er wies darauf hin, dass dies gemeinsam mit der ungeklärten Verantwortung für die Kostentragung und der offenen Diskussion über die richtige Zielgruppe für die Maßnahmen des Case Managements eine Kosten–Nutzen–Analyse unmöglich machte.

Der RH hielt auch die Vorgabe von mindestens drei Betreuungsgesprächen im Jahr für nicht ausreichend, um eine zufriedenstellende Qualität des Case Managements sicherzustellen.

Der RH empfahl dem BMASK, gemeinsam mit der OÖGKK, den übrigen Krankenversicherungsträgern und der PVA die Merkmale eines erfolgreichen Case Managements zu definieren.

Case Management: Definition des Auftrags

18.1

(1) Die Krankenversicherungsträger entwickelten ein Arbeitspapier zur einheitlichen Umsetzung des Case Managements und verwendeten dazu ein Konzept, das sich an Bedarfserhebung, Versorgungsplanung, Implementierung und Evaluierung orientierte. Entsprechend der Definition der österreichischen Gesellschaft für Care und Case Management⁴⁸ sollte entlang des gesamten Betreuungsverlaufs der Patientin bzw. des Patienten quer zu den Grenzen von Versorgungseinrichtungen ein Versorgungspaket erhoben, geplant, implementiert, koordiniert und evaluiert werden.

Nach der Zuerkennung des Rehabilitationsgelds durch die PVA sollte im zuständigen Krankenversicherungsträger ein Erstgespräch zwischen Versicherter bzw. Versichertem, Case Management und gegebenenfalls ärztlichem Dienst der GKK stattfinden. Nach Abklärung der Ist-Situation und Feststellung eventueller Versorgungsbedürfnisse sowie –defizite und vorhandener Ressourcen sollten ein Versorgungsplan erstellt und geeignete Maßnahmen und individuelle Ziele für die Versicherte bzw. den Versicherten vereinbart werden. Die Umsetzung der Maßnahmen und Erreichung der Ziele wurden in Folgeterminen vom Case Management kontrolliert und bei Bedarf angepasst. Das Case Management unterstützte die versicherte Person für die Dauer des Rehabilitationsgeldbezugs in organisatorischen Belangen.

(2) Konkrete Vorgaben für die Betreuerinnen und Betreuer, z.B. wie häufig sie Kontakte mit den Versicherten haben sollten, welche konkreten Ziele bzw. Maßnahmen vereinbart werden sollten, welche Bereiche (nur Gesundheit, auch Betreuungspflichten, Wohnsituation, etc.) sie in die Betreuung aufnehmen sollten oder wie sie mit anderen Institutionen (z.B. Tagesstrukturen der Länder für Menschen mit psychischen Erkrankungen) kooperieren sollten, waren darin nicht enthalten.

(3) Die bzw. der Versicherte war dazu verpflichtet, an der Umsetzung der medizinischen Maßnahmen und der Durchführung des Case Managements mitzuwirken. Andernfalls konnte der Krankenversicherungsträger den Bezug des Rehabilitationsgelds ruhend stellen bzw. die PVA das Rehabilitationsgeld entziehen.

⁴⁸ Grundlagenpapier der österreichischen Gesellschaft für Care und Case Management

(4) Der RH analysierte im Rahmen seiner Geburungsüberprüfung das Case Management der OÖGKK. Er zog dazu eine Zufallsstichprobe⁴⁹. Die Auswertung der Stichprobe ergab:

- Innerhalb eines Jahres erfolgten im Mittel 15 Arbeitsschritte je betreuter Person, wobei neun zu einem Kundenkontakt führten und vier umfassende Betreuungsgespräche darstellten. Pro Person wendete die OÖGKK im Schnitt für das Case Management rund sechs Stunden im Jahr auf.⁵⁰
- In rd. 50 % der Fälle vereinbarte das Case Management konkrete Ziele mit den Versicherten, bei rd. 40 % der Versicherten nur allgemeine Ziele (z.B. Verbesserung des Gesundheitszustands). Bei 10 % der Versicherten⁵¹ wurden aus unterschiedlichen Gründen keine Ziele vereinbart.
- Eine laufende medizinische Versorgung war durch die jeweiligen behandelnden Ärztinnen und Ärzte in allen Fällen gegeben. In etwa der Hälfte der Fälle vereinbarte das Case Management Maßnahmen, die die Versicherten vorher nicht in Anspruch genommen hatten. In einigen Fällen umfassten die neu vereinbarten Maßnahmen auch wesentliche medizinische Angebote (z.B. Konsultation einer Fachärztin bzw. eines Facharztes).
- Bei rd. 20 % der Fälle lagen – unabhängig vom Gesundheitszustand – Lebensumstände vor, die eine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit wesentlich erschwerten, wie z.B. Betreuungspflichten oder Obdachlosigkeit.
- Bei rd. 14 % der Fälle gab es ein angebotsseitiges Versorgungsproblem (z.B. keine Therapiemöglichkeiten in der Muttersprache, Wartezeiten auf medizinische Behandlungen oder fehlende Plätze für die spezifische Erkrankung (z.B. Bulimie)).

18.2

Der RH anerkannte, dass die Krankenversicherungsträger ein Papier zur einheitlichen Umsetzung des Case Managements erstellt hatten. Der RH hielt es jedoch für zweckmäßig, konkreter festzulegen, wie das Case Management erfolgen sollte, z.B. hinsichtlich der Kontaktichte, der Betreuungsfelder bzw. Rehabilitationshinder-

⁴⁹ Basis der Stichprobe waren oberösterreichische Rehabilitationsgeldbeziehende im Zeitraum 2014 bis April 2016. Von den 51 Versicherten waren 22 Männer und 29 Frauen. Der jüngste Versicherte war 19 Jahre alt, der älteste Versicherte 51; das durchschnittliche Alter betrug 42 Jahre. Bei den 51 Fällen handelte es sich um 22 Neugewährungen von Rehabilitationsgeld, 29 Personen hatten bereits vorher eine befristete Invaliditätspension bezogen.

⁵⁰ Die Bandbreite zwischen einzelnen Fällen war groß. Die maximale Betreuungszeit einer Person betrug rd. 16 Stunden.

⁵¹ Gründe hierfür waren z.B., dass die versicherte Person verstorben ist oder dass aus medizinischer Sicht die Formulierung von Zielen nicht notwendig war.

nisse außerhalb der Krankenbehandlung sowie hinsichtlich des Umgangs mit anderen Betreuungseinrichtungen.

Der RH empfahl der OÖGKK darauf zu achten, dass für möglichst alle Rehabilitationsgeldempfängerinnen und –empfänger realistische und konkrete Ziele vereinbart werden.

Der RH empfahl dem BMASK neuerlich (**TZ 17**), die Merkmale eines erfolgreichen Case Managements zu definieren; weiters empfahl er, dabei auch festzulegen, wie intensiv die Betreuung sein sollte und welche Betreuungsbereiche für die GKK relevant sind.

Der RH empfahl dem BMASK, der PVA, der OÖGKK und dem AMS darauf hinzuwirken, dass die im Case Management identifizierten Rehabilitationshindernisse (z.B. mangelnde Therapieplätze, fehlende Unterstützung in sozialen Fragen etc.) nach Maßgabe einer sachlichen Priorisierung ausreichend adressiert werden.

18.3

(1) Das BMGF unterstützte die Empfehlung des RH.

(2) Die OÖGKK stimmte in ihrer Stellungnahme der Empfehlung des RH zu und führte weiters aus, diese Empfehlung stehe in Verbindung mit der Empfehlung an das BMASK zur Definition der Zielgruppe. In einem ersten Schritt sollte die Definition der Zielgruppe geschärft werden. Menschen, bei denen eine Besserung des Gesundheitszustands nicht sehr wahrscheinlich sei, sollten nicht in das Rehabilitationsgeld mit Case Management kommen. Für Personen, bei denen eine Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit absehbar sei, könnten im Rahmen des jährlichen Case Managements realistische und konkrete Ziele bzw. Etappenziele vereinbart werden. Dabei sollte in Abhängigkeit von der Prognose zur Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit eine Differenzierung erfolgen und somit ein an Intensität abgestuftes Case Management ermöglicht werden.

Die OÖGKK teilte weiters mit, dass sie bereits Maßnahmen getroffen habe; so sei ein Projekt zur treffsichereren Rehabilitation von Bezieherinnen und Beziehern von Rehabilitationsgeld mit psychiatrischer Grunderkrankung sowie ein Pilotprojekt zum Arbeitstraining für Bezieherinnen und Bezieher von Rehabilitationsgeld begonnen worden.

Zielgruppe

Entscheidungskriterien

19.1

(1) Die PVA gewährte von Anfang 2014 bis Mitte 2015 Dauerleistungen (Invaliditätspension) nur, wenn mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden konnte, dass eine Besserung des Gesundheitszustands eintreten kann. Es gab mehrere Hinweise darauf, dass die PVA durch die sehr restriktive Gewährung der Dauerleistung Personen auf das Rehabilitationsgeld verwies, bei denen die Wahrscheinlichkeit der Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit sehr gering war. 2015 führte das BMASK eine Einschau zum Thema „Invaliditätspension Neu“ durch. Darin beurteilte das BMASK kritisch, dass durch Fälle, bei denen von einer Besserung des Gesundheitszustands nicht ausgegangen werden könne, der Erfolg des Projekts „Invaliditätspension Neu“ stark geschmälert werde, frustrierte Aufwendungen entstünden und gegen die Interessen der Betroffenen agiert werde.⁵² Weitere Maßnahmen setzte das BMASK bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung allerdings nicht. Während die finanziellen Erläuterungen zum SRÄG 2012 von rd. 5.500 Rehabilitationsgeldbeziehenden im Jahr ausgegangen waren, ergab eine Hochrechnung der PVA und des RH, dass bei konstanter Zuerkennungspraxis im Jahr 2018 tatsächlich rd. 16.500 Neufälle Rehabilitationsgeld beziehen würden. Personen, die Rehabilitationsgeld bezogen, gingen nicht in die Statistik über Pensionsantritte ein.

(2) Im Juli 2015 erkannte der Oberste Gerichtshof (OGH), dass der Bewertungsstab der PVA⁵³ (Ausschluss der Besserung des Gesundheitszustands mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit notwendig) nicht korrekt war. Für die Zuerkennung einer Invaliditätspension genüge vielmehr, dass eine Besserung des Gesundheitszustands nicht sehr wahrscheinlich sei. Die PVA übernahm diese Formulierung in die entsprechende interne Weisung. Der chefärztliche Dienst der PVA wies im Rahmen der gegenständlichen Gebarungsüberprüfung den RH darauf hin, dass die Beurteilung der Wahrscheinlichkeit einer Verbesserung eine sehr abstrakte Einschätzung sei. Es sei keineswegs klar, in welchen Fällen die geänderte Formulierung der abstrakten Voraussetzung eine andere Entscheidung rechtfertige. Ein Einschäubericht des BMASK hielt fest, dass die PVA nicht beabsichtige, ihre Vorgehensweise inhaltlich zu ändern, sondern die weitere Entwicklung der Judikatur abwarten würde.

⁵² Laut BMASK gab es auch Fälle, bei denen von der PVA auch Personen mit offensichtlicher Dauerinvalidität ein Rehabilitationsgeld zuerkannt wurde. Laut PVA wurde auch hoffnungslosen Fällen das Rehabilitationsgeld zuerkannt, damit nicht die Aussichtlosigkeit der Wiedergesundung der Bezieherin bzw. des Beziehers betont wurde.

⁵³ OGH 10 ObS 40/15b vom 30. Juli 2015

Von den im Jahr 2015 erledigten Klagen gegen eine Entziehung von Rehabilitationsgeld wegen Gesundung waren nach einer Auswertung der PVA 82 Personen bzw. 48,5 % erfolgreich (d.h. die Kläger erhielten in der Folge weiterhin Rehabilitationsgeld).⁵⁴

(3) Der Krankenversicherungsträger konnte jene Fälle, bei denen das Case Management bzw. der ärztliche Dienst die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit für unwahrscheinlich hielt, der PVA für eine Dauerleistung vorschlagen. Dies erfolgte jedoch nur in Ausnahmefällen. Die PVA konnte den Patientinnen und Patienten bzw. den GKK Anregungen für die Verbesserung der Betreuung machen (z.B. Optimierung der Medikation, Prüfung einer Operation), musste jedoch keine konkreten Vorschläge machen. Die PVA nahm in den Bescheiden an die Betroffenen eine Kategorisierung in vier Cluster vor. Zwei davon („Gewöhnung an den Leidenzustand bleibt abzuwarten“, „medizinische Rehabilitationsmaßnahme ist zweckmäßig“) wurden sehr selten verwendet, die überwiegende Anzahl der Fälle fiel entweder in die Kategorie „Krankheitsverlauf abwarten“ oder „weitere Therapiemaßnahmen bleiben abzuwarten“.⁵⁵ Der RH konnte keinen wesentlichen Einfluss dieser Clustering auf die weitere Vorgehensweise der OÖGKK feststellen.

(4) Da mehr Personen Rehabilitationsgeld bezogen, reduzierte sich die Anzahl der Pensionsantritte (und erhöhte das rechnerische Durchschnittsalter). Solange jedoch keine Genesung bzw. Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt gelang, bewirkte dies nur eine scheinbare Verbesserung der Nachhaltigkeit des Pensionssystems. Vielmehr entstand ein erhöhter Aufwand durch die im Durchschnitt höhere Geldleistung sowie die zusätzliche Betreuung im Case Management.

19.2

Der RH hielt eine optimale Definition der maßgeblichen Zielgruppe für entscheidend für den Erfolg der Invaliditätspension Neu. Dazu war es erforderlich, die vom OGH verwendete abstrakte Formulierung der Zielgruppe in operative Vorgaben, über deren Interpretation und Auswirkung Einhelligkeit zwischen den beteiligten Akteuren vorliegt, umzusetzen.

Der RH empfahl daher dem BMASK, der PVA und der OÖGKK, gemeinsam die Definition der Zielgruppe für das Rehabilitationsgeld bzw. das Case Management zu verbessern.

⁵⁴ Es gab 2015 169 Klagen; bei 82 der Verfahren erhielt der Kläger danach weiterhin Rehabilitationsgeld. Bei der Rechtslage vor 2012 war für eine Fortsetzung des Bezugs nach Ablauf der Befristung der Pension ein Antrag auf Weitergewährung zu stellen. Daraufhin erfolgte eine neue medizinische Einschätzung. Nach dem SRÄG 2012 wurde das Rehabilitationsgeld unbefristet gewährt, im Falle einer Besserung des Gesundheitszustands war es zu entziehen.

⁵⁵ Dabei handelte es sich um Personen, bei denen entweder der Verlauf einer Krankheit (z.B. einer Krebserkrankung) abzuwarten war, bevor eine endgültige Beurteilung erfolgen konnte, oder bei bereits feststehender Problematik (z.B. Gelenksproblemen) eine bestimmte Maßnahme (z.B. eine Operation) abzuwarten war.

19.3 Die OÖGKK stimmte der Empfehlung des RH zu.

Regionale Unterschiede

20.1 Verschiedene Statistiken zeigten deutliche regionale Unterschiede innerhalb Österreichs: Der Anteil der Rehabilitationsgeldbeziehenden in den einzelnen Bundesländern unterschied sich deutlich vom Anteil an der Gesamtbevölkerung; er lag z.B. in der Steiermark um rd. 9 Prozentpunkte höher, in Niederösterreich um rd. 9 Prozentpunkte niedriger. Auch bei den Quoten der Personen, denen das Rehabilitationsgeld entzogen wurde, weil Invalidität nicht mehr vorlag, zeigten sich hohe Unterschiede: Sie lagen zwischen 6 % in Vorarlberg und 22 % in Niederösterreich. Weiters waren auch die Ursachen für den Bezug des Rehabilitationsgelds regional sehr unterschiedlich: Der Anteil der psychisch Erkrankten an den Rehabilitationsgeldbeziehenden lag zwischen 46 % im Burgenland und 65 % in der Steiermark.⁵⁶

20.2 Nach Ansicht des RH sprachen die statistischen Auffälligkeiten im regionalen Vergleich dafür, dass die Landesstellen das Rehabilitationsgeld unterschiedlich gewährten.

Er empfahl der PVA, Maßnahmen zur Sicherstellung einer einheitlichen Entscheidungspraxis zwischen den Landesstellen zu setzen.

20.3 Die PVA führte in ihrer Stellungnahme aus, statistische Auffälligkeiten im regionalen Vergleich seien ihr seit Jahren bekannt und beträfen alle Antragsgründe. Seit der Zusammenführung der Vorgängerinnenanstalten im Jahr 2003 seien zahlreiche Maßnahmen für eine einheitliche Vorgehensweise getroffen worden. Es bestehে ein Begutachtungsplan, der 2017 überarbeitet worden sei, ein „Glossar zum Leistungskalkül in ärztlichen Gutachten für die PVA“; seit 2015 würden „Peer Reviews“ der Begutachtungen durchgeführt. Mit der Etablierung eines neuen Dokumentationssystems der psychisch-geistigen Leistungsfähigkeit („MELBA“) ab 1. Jänner 2017 werde die Treffsicherheit, Transparenz und Nachvollziehbarkeit in der Beurteilung weiter verbessert. Weiters würden die seit Oktober 2015 implementierten elektronischen Prozesse, die kontinuierlich erweitert würden, einen wesentlichen Beitrag zu einer einheitlichen Vorgangsweise in Begutachtung und Entscheidung leisten. Die Maßnahmen würden von Informations- bzw. Schulungsveranstaltungen begleitet.

⁵⁶ Die OECD stellte 2015 fest, dass die Fähigkeit der Pensionsversicherung, jene Personen auszuwählen, die tatsächlich von Rehabilitationsmaßnahmen profitieren können, von entscheidender Bedeutung für den Erfolg des Projekts „Invaliditätspension Neu“ war. Sie wies in diesem Zusammenhang auf bislang ungeklärte Unterschiede bei der regionalen Verteilung hin. OECD, Mental Health and Work Austria (2015) (mit einem Kapitel über das SRÄG 2012), S. 54.

Die regionalen Unterschiede bei den Zuerkennungen seien Gegenstand regelmäßiger Analysen durch das Controlling und Anlass zu Erörterungen mit den Landesstellen und den Mitgliedern der Kontrollversammlung der PVA. Aus den bisherigen Ergebnissen der Analysen leitete die PVA ab, dass nicht eine unterschiedliche Entscheidungspraxis zugrunde liege, sondern zahlreiche äußere regionale Faktoren, wie ländlicher/urbaner Raum, regionaler Arbeitsmarkt, Anzahl der Personen mit Migrationshintergrund, kulturelle Gepflogenheiten, Inanspruchnahme und Qualität der medizinischen Versorgung vor Ort, etc. maßgeblich seien.

Erkrankungen und Behandlungsformen

21.1

- (1) Der Anteil der Personen mit psychischen Erkrankungen an den Neugewährungen von Invaliditätspensionen war von rd. 10 % im Jahr 1995 auf rd. 35 % im Jahr 2013 gestiegen. Der Anteil der Beziehenden von Rehabilitationsgeld lag noch wesentlich höher: Von den Erstbeantragenden hatten 62 % eine psychische Erkrankung, bei den Weitergewährungsfällen 79 %.⁵⁷ Dies war u.a. darauf zurückzuführen, dass Personen mit psychischen Erkrankungen häufiger keine Dauerleistung erhielten, sondern eine vorübergehende Invalidität angenommen wurde. Allerdings verblieb dieser Personenkreis länger in der Invalidität.
- (2) Eine Beurteilung der Versorgung von Personen mit psychischen Erkrankungen war nicht Gegenstand der Geburungsüberprüfung. Es gab jedoch Hinweise auf Versorgungsprobleme. So bezogen über rd. 800.000 Personen in Österreich Psychopharmaka, die Anzahl der Personen in psychotherapeutischer Behandlung war jedoch wesentlich niedriger (rd. 60.000 Personen). Die gesetzlich vorgesehenen Gesamtverträge über die Versorgung mit Psychotherapie waren seit 1993 ausständig. Der überwiegende Anteil der Medikamentenverschreibungen, und zwar auch der Erstverschreibungen, für Psychopharmaka erfolgte nicht durch Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Psychiatrie, sondern durch Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner.
- (3) Die Maßnahmen des SRÄG 2012 lösten etwaig bestehende Versorgungsprobleme nicht: Das Case Management durfte nicht in die medizinische Behandlung eingreifen, dies oblag weiterhin den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Ebenso durfte der chefärztliche Dienst der Kasse nicht kurativ tätig werden.

Im SRÄG 2012 gewährte der Gesetzgeber zwar den Versicherten einen durchsetzbaren Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation gegen die Pensionsversicherung, die tatsächlichen Angebote der PVA beschränkten sich aber in der Regel auf einzelne, spezifische Maßnahmen, wie z.B. stationäre Aufenthalte für einige Wo-

⁵⁷ Im Jahr 2015 gab es insgesamt 18.546 Rehabilitationsgeld-Anspruchsberechtigte. Davon waren 7.274 Neugewährungen und 11.272 Weitergewährungen aus einer befristeten Invaliditätspension.

chen. Eine Kombination mit beruflichen Maßnahmen war nicht vorgesehen. Die Analyse der vom RH überprüften Einzelfälle bei der OÖGKK zeigte, dass die Behandlung der Beziehenden von Rehabilitationsgeld überwiegend im Rahmen der Krankenbehandlung und nicht als medizinische Rehabilitation durch die PVA erfolgte.

21.2 Der RH hielt fest, dass weder die Gewährung eines individuell durchsetzbaren Rechtsanspruchs auf medizinische Rehabilitation noch die Einführung des Case Managements einen direkten Einfluss auf die vorhandenen Versorgungskapazitäten hatte. Insbesondere im Bereich der psychiatrischen Indikationen gab es Hinweise auf Versorgungsprobleme.

Der RH verwies auf seine Empfehlung unter **TZ 18**, darauf hinzuwirken, dass die im Case Management identifizierten Rehabilitationshindernisse ausreichend adressiert werden, und empfahl ergänzend, dabei Verbesserungen insbesondere bei der Versorgung psychischer Erkrankungen zu prüfen.

Kooperation zwischen den Trägern

22.1 (1) Durch die geteilte Zuständigkeit zwischen Pensionsversicherungsträgern (Entscheidung über Berufsunfähigkeit), Krankenversicherungsträgern (Case Management) und AMS (berufliche Rehabilitation bzw. Umschulung) war deren Zusammenarbeit für eine erfolgreiche Betreuung der Betroffenen essentiell. Grundlegend waren in strategischer Hinsicht die verschiedenen Versicherungsinteressen, Kernkompetenzen und Ressourcen:

- Nur die Pensionsversicherungsträger hatten ein Versicherungsinteresse, die Invalidität zu vermeiden (um Pensionsauszahlungen zu verringern), sie verfügten aufgrund der Regelung zum Bundesbeitrag auch über mehr finanzielle Ressourcen als die Krankenversicherungsträger.
- In beruflicher und medizinischer Hinsicht verfügten aber AMS und Krankenversicherungsträger über mehr Informationen und Erfahrung. Nur die Krankenversicherungsträger hatten z.B. Informationen über die Abrechnungen aus dem bisherigen Krankheitsverlauf.

Das SRÄG 2012 hatte auf diese unterschiedlichen Interessenslagen reagiert, indem es der PVA die Zuständigkeit für die Entscheidung über die Gewährung von Pensionen, medizinischer Rehabilitation oder beruflicher Rehabilitation zuordnete, die Durchführung jedoch an das AMS und die Krankenversicherungsträger delegierte.

(2) Das BMASK richtete eine Steuerungsgruppe unter Beteiligung des BMASK, des Hauptverbands, der PVA, des AMS, der Wiener GKK und der OÖGKK ein, die eine Reihe von operativen Umsetzungsproblemen lösen konnte. Eine operative Zielvereinbarung, in der ein Gesamtziel der Reintegration formuliert, durch ein Mengengerüst unterstützt und auf die jeweiligen Träger heruntergebrochen wurde, gab es nicht. Auch eine gemeinsame Evaluierung war nicht vorgesehen, vielmehr erstellte jeder Träger einen eigenen Evaluierungsbericht zu seinen Aufgaben.⁵⁸

22.2

Der RH hielt fest, dass durch die geteilte Verantwortung bei unterschiedlichen Versicherungsinteressen die Zuordnung einer konkreten Verantwortung schwierig war: Die GKK und das AMS konnten jeweils darauf verweisen, dass sie nur mit von der PVA ausgewählten Personen arbeiten konnten. Die PVA wiederum konnte darauf verweisen, dass die Umsetzung der Betreuung der Personen weitgehend durch andere Einrichtungen erfolgte. Der RH kritisierte, dass eine konkrete Zielvereinbarung zum Ausgleich der unterschiedlichen Interessen fehlte, ebenso eine gemeinsame ex-post Evaluierung.

Der RH empfahl dem BMASK sicherzustellen, dass die Gesamtverantwortung für die Erreichung der Ziele der Rehabilitation klar zugeordnet wird und im Falle einer Delegation der Durchführung die Zuständigkeiten klar geregelt sind. Es wäre auf eine gemeinsame Zielvereinbarung und Evaluierung zwischen BMASK, Pensionsversicherungsträgern, Krankenversicherungsträgern und AMS hinzuwirken.

23.1

(1) Durch die Beteiligung von PVA, GKK und AMS entstand auch eine Vielzahl von Schnittstellen im Verwaltungsablauf. Der Gesetzgeber regelte die Informationsweitergabe zwischen den Rechtsträgern in den §§ 459i und 459h ASVG. Darin war insbesondere der Austausch von „Gutachten und Feststellungen, die der berufskundlichen Beurteilung der versicherten Person zugrunde liegen“ vorgesehen. Der Hauptverband sollte zwischen den Trägern koordinieren und erließ dazu Richtlinien.⁵⁹

(2) In der Praxis ergaben sich mehrere Probleme in der Abwicklung:

- So erfolgte keine zeitnahe Information über gerichtliche Verfahren (z.B. Zurückziehung einer Klage, weil laut Gerichtsgutachten eigentlich gar keine Berufsunfähigkeit bestand).
- Befunde von Rehabilitationseinrichtungen der PVA wurden nicht automatisch an das Case Management der Krankenversicherung weitergeleitet.

⁵⁸ Im März 2016 legte der Hauptverband dem BMASK den Evaluierungsbericht gemäß § 669 Abs.4 ASVG für das Kalenderjahr 2015 vor.

⁵⁹ § 31 Abs. 5 Z 36 und Z 37 ASVG

- Die elektronische Übermittlung der Gutachten von der PVA an die Krankenversicherungsträger funktionierte im Prüfungszeitraum nur in rd. 60 % der Fälle. Die PVA gab an, an technischen Lösungen zu arbeiten.
 - Der Umfang der mitgeteilten Information hing von der Gestaltung der Gutachten ab (insbesondere davon, welche Inhalte aus Vorgutachten erneut dargestellt wurden), ein gleiches Vorgehen in gleichen Fällen war nicht sichergestellt.⁶⁰
- (3) Bei Ruhendstellung und Beendigung des Rehabilitationsgeldbezugs stellte die PVA einen Bescheid aus. Diese Bescheide wurden der versicherten Person zugesellt, nicht aber dem AMS.

23.2

Der RH kritisierte die Probleme bei der operativen Abwicklung.

Der RH empfahl dem BMASK, der PVA, der OÖGKK und dem AMS, die operativen Probleme bei der Zusammenarbeit bzw. beim Datenaustausch (insbesondere die gegenseitige Information über Gerichtsverfahren, die elektronische Übermittlung der Daten, die Klarstellung des zu übermittelnden Inhalts) möglichst rasch zu lösen.

Berufliche Rehabilitation

Anzahl der Personen in beruflicher Rehabilitation

24.1

(1) Bereits seit dem Budgetbegleitgesetz 2011 bestand kein Anspruch auf eine Invaliditätspension, wenn eine berufliche Rehabilitation zweckmäßig und zumutbar war. Durch das SRÄG 2012 gestaltete der Gesetzgeber die Rahmenbedingungen dafür teilweise neu (insbesondere durch die Neuausrichtung der Geldleistung während der beruflichen Rehabilitation und die Übertragung der Zuständigkeit für deren Durchführung an das AMS). Durch die berufliche Rehabilitation und die dadurch bewirkte längere Verbleibdauer im Erwerbsleben sollte bereits bis 2018 das Bundesbudget um rd. 224,40 Mio. EUR entlastet werden (Wegfall von Pensionen, zusätzliche Sozialversicherungsbeiträge und Steuereinnahmen; siehe [TZ 5](#)).

Das BMASK ging in den finanziellen Erläuterungen zum SRÄG 2012 von 1.815 Neuzugängen zur beruflichen Rehabilitation im Jahr 2014 und 3.729 Neuzugängen im Jahr 2018 aus. Das Berufliche Bildungs- und Rehabilitationszentrum (BBRZ), das im Auftrag des AMS die berufliche Rehabilitation für den relevanten Personenkreis

⁶⁰ Zum Beispiel variierte die Information der Krankenversicherungsträger bei posttraumatischen psychischen Störungen je nachdem, ob in der Pensionsversicherung im letzten Gutachten die Ursachen des Traumas beschrieben waren oder lediglich auf ein (nicht übermitteltes) Vorgutachten verwiesen wurde.

organisierte,⁶¹ verzeichnete jedoch für den Zeitraum Februar 2014 bis April 2016 nur 152 Umschulungsgeldbeziehende.

Die PVA verwies bis April 2016 nur 624 Personen gemäß § 307a Abs. 2 ASVG zur Prüfung der Zumutbarkeit und Zweckmäßigkeit der beruflichen Rehabilitation an das BBRZ. Von diesen Personen erschienen 566 Personen bei dem dafür vorgesehenen mehrwöchigen Einstufungsprogramm. Bei 143 Personen beurteilte das BBRZ die Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation als nicht zumutbar bzw. nicht zweckmäßig, 140 Personen schieden bereits während des Einstufungsprogramms aus (z.B. wegen Erkrankung). Für eine berufliche Rehabilitation geeignet befand das BBRZ 264 Personen. Bis April 2016 traten die berufliche Umschulungsmaßnahme 163 Personen an, 152 davon mit Bezug von Umschulungsgeld.⁶² Bis Ende 2015 konnten erst 13 Personen die berufliche Rehabilitation erfolgreich mit dem Beginn eines Dienstverhältnisses beenden. 38 Personen (dreimal so viele) brachen die Maßnahme ab. In den übrigen Fällen liefen die Maßnahmen noch.

24.2

Der RH bemerkte kritisch, dass das BMASK bei der Konzeption des SRÄG 2012 von mehreren tausend Personen ausgegangen war, die eine berufliche Rehabilitation absolvieren würden, tatsächlich jedoch in den Jahren 2014 und 2015 nur maximal 152 Personen eine entsprechende Maßnahme antraten. Der RH hielt diese Abweichung für so gravierend, dass eine Überprüfung der Grundannahmen des SRÄG 2012 angezeigt war.

Der RH wies weiters darauf hin, dass einerseits bereits mit rd. 600 die in Frage kommenden Personen deutlich unter den Schätzungen des SRÄG 2012 lagen, andererseits viele Personen im Rahmen des Verfahrens ausschieden. Dies deutete aus Sicht des RH darauf hin, dass einerseits die gesetzliche Definition der Zielgruppe mit den Erwartungen nicht übereinstimmte, andererseits die Motivation oder Fähigkeiten der betreffenden Personen für die vorgesehenen Maßnahmen häufig nicht ausreichten.

Der RH empfahl daher dem BMASK, eine grundlegende Überprüfung der Rolle der beruflichen Rehabilitation im Konzept „Invaliditätspension Neu“ vorzunehmen.

25.1

(1) Ein Hauptgrund für die geringe Zahl der Personen in beruflicher Rehabilitation im Sinne des SRÄG 2012 war die restriktive Definition der Zielgruppe im Gesetz: Invalidität erforderte gemäß § 255 Abs. 1 ASVG, dass die Arbeitsfähigkeit der Betroffenen auf weniger als die Hälfte derjenigen einer gesunden Person in jenen

⁶¹ Das BBRZ und die vertraglichen Verhältnisse zwischen PVA, AMS und BBRZ waren nicht Gegenstand dieser Prüfung.

⁶² Für die übrigen Personen kam die alte Rechtslage zur Anwendung. Dies war jedoch eine auslaufende Regelung und betraf am 1. Jänner 2014 jene Personen, die das 50. Lebensjahr vollendet hatten (im Folgejahr jene, die das 51. Lebensjahr vollendet hatten etc.).

Berufen, auf die sie verwiesen werden konnten, herabgesunken war.⁶³ Da die Verweisberufe durch die Entwicklung der Judikatur relativ breit definiert waren, bedeutete die Unfähigkeit, für den ausgeübten Beruf „typische“ Tätigkeiten zu erbringen, häufig noch keine Berufsunfähigkeit.

- So konnte bspw. ein Maurer, der nicht mehr schwer heben konnte, auf Fachverkäufer verwiesen werden. Berufsunfähigkeit lag für ihn z.B. dann vor, wenn er nicht mehr stehen konnte. Dann war jedoch häufig auch eine Umschulung nur noch schwer vorstellbar.
- Bei Angestellten konnte das Verweisfeld auch Berufe enthalten, die der bisherigen kollektivvertraglichen Beschäftigungsgruppe unmittelbar nachgeordnet waren. Dadurch bewirkten bspw. stressbedingte Faktoren häufig keine Berufsunfähigkeit. Personen, die aus psychischen Gründen berufsunfähig waren (z.B. weil die erforderliche Konzentrationsfähigkeit oder Selbstmotivation auch für eine „einfache“ Tätigkeit nicht mehr ausreichend war), waren häufig auch nicht mehr für eine Umschulung geeignet.
- Personen, die keinen Berufsschutz⁶⁴ gemäß § 255 ASVG genossen (insbesondere ungelernte Kräfte), konnten auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verwiesen werden, d.h. auf alle möglichen Berufe (wie z.B. Portier oder Museumspersonal). Sie wurden daher nicht zur Umschulung zugelassen. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung fand ein Pilotprojekt (REHA 4 INTEGRATION) statt, bei dem eine berufliche Rehabilitation auch für diesen Personenkreis erprobt werden sollte.

25.2

Der RH wies darauf hin, dass die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Umschulung in Verbindung mit der Judikatur zum Berufsschutz bzw. zu den Verweisfeldern den Personenkreis so einschränkten, dass sich nur ein sehr geringes Anwendungsfeld für die berufliche Rehabilitation ergab. Auch die OECD hatte in einer Studie im Jahr 2015 zur Regelung des Berufsschutzes kritisch angemerkt, dass gering qualifizierte Personen damit weitgehend von der beruflichen Rehabilitation ausgeschlossen würden.

Der RH empfahl dem BMASK, im Rahmen der unter **TZ 4** bzw. **TZ 5** empfohlenen Evaluation insbesondere die Definition der Zielgruppe für berufliche Rehabilitation im Hinblick auf den Berufsschutz zu untersuchen.

⁶³ oder leidensbedingte Krankenstände (inklusive Kuraufenthalte) in der Höhe von sieben bzw. acht Wochen pro Jahr aufgrund der Gesundheitsbeeinträchtigung zu erwarten waren

⁶⁴ Berufsschutz: Waren die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt, also war z.B. eine Arbeiterin in den letzten 15 Jahren mindestens 7,5 Jahre in einem erlernten oder angelernten Lehrberuf oder als Angestellte tätig, so durfte sie nur auf eine ähnliche Tätigkeit in diesem Berufsfeld verwiesen werden. Zur Auswirkung des Berufsschutzes auf die Pensionsantrittsstatistik siehe **TZ 34**.

Umsetzung der beruflichen Rehabilitation

Dauer der Maßnahmen und Erfolgsquoten

26.1 (1) Während die Regierungsvorlage von einer Umschulungsdauer von zwölf Monaten ausging, dauerten die Maßnahmen im Schnitt über zwei Jahre.⁶⁵ Dies war insofern wenig überraschend, als in der Regel eine Qualifikation auf Ebene eines Lehrabschlusses erlangt werden sollte und die Ausbildungen dafür überwiegend mindestens zwei Jahre dauerten.

(2) Von den 125 Personen, welche bis Dezember 2015 Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation begonnen hatten, hatten erst 13 die Maßnahmen abgeschlossen – 38 Personen hatten die Maßnahme abgebrochen (z.B. wegen Erkrankung).

26.2 Der RH hielt fest, dass in jenen Fällen, in denen tatsächlich berufliche Rehabilitation erfolgte, die Maßnahmen im Schnitt fast doppelt so lange wie in der Regierungsvorlage angenommen dauerten und die Maßnahmen wesentlich öfter abgebrochen als erfolgreich beendet wurden.

Der RH empfahl daher dem BMASK, im Rahmen der unter **TZ 4** und **TZ 5** empfohlenen Evaluation auch die Maßnahmendauer und die hohe Abbruchsquote einer kritischen Überprüfung zu unterziehen.

Zuständige Stellen

27.1 (1) Nach der Rechtslage vor dem SRÄG 2012 war die PVA sowohl für die Entscheidung über die Berechtigung bzw. Verpflichtung zur beruflichen Rehabilitation als auch für die Durchführung der konkreten Maßnahmen zuständig. Die Reform 2012 sah dagegen eine Aufgabenteilung vor:

Die PVA gab neben der Entscheidung, dass berufliche Rehabilitation zumutbar und zweckmäßig war, bis zu drei relevante Zielberufe im Bescheid vor, welche sie im Rahmen des Prognose- und Berufsfindungsverfahrens ermittelte.⁶⁶ Bei diesem Prozess war das AMS einzubinden, das die Arbeitsplatzchancen in den ins Auge gefassten Berufen abstrakt – d.h. ohne Rücksicht auf die konkrete Person – zu beurteilen hatte.

⁶⁵ Die durchschnittliche voraussichtliche berufliche Rehabilitationsdauer der bisher einbezogenen 175 Personen lag bei 850 Tagen.

⁶⁶ Alternative Angebote wurden z.B. von einzelnen GKK, dem Arbeitgeber oder dem AMS angeboten – diese beruhten jedoch auf Freiwilligkeit (zur freiwilligen beruflichen Rehabilitation – siehe **TZ 29**).

In weiterer Folge ging die Zuständigkeit auf das AMS über. Die betroffene Person hatte dort einen Antrag auf die Geldleistung Umschulungsgeld zu stellen. Dafür war die Umsetzung der beruflichen Rehabilitation erforderlich und die betroffene Person hatte mit dem AMS einen der von der PVA definierten Zielberufe auszuwählen. De facto übertrug das AMS – ebenso wie zuvor die PVA – die operative Betreuung weitgehend an das BBRZ. Dieses verrechnete dann die vereinbaren Tarife an das AMS, das wiederum einen Ersatz von der PVA erhielt (diese erhielt über den Bundesbeitrag die Mittel letztlich vom Bund bzw. dem BMASK). Im Falle von Komplikationen (z.B. zwischenzeitlichen Erkrankungen der Betroffenen während der Maßnahmen) konnte lediglich die PVA eine grundsätzliche Entscheidung über Weiterführung oder Rücknahme der Maßnahme treffen.

Die Berechnung, Gewährung und Auszahlung des Umschulungsgelds sowie die Durchführung oder Beauftragung der Schulungsmaßnahmen und die Betreuung der Betroffenen erfolgten seit dem SRÄG 2012 durch das AMS. Damit sollte insbesondere bei den Betroffenen der Eindruck des Verbleibs auf dem Arbeitsmarkt gegenüber der Pensionsnähe überwiegen.

Gemäß § 16 Arbeitsmarkt–Finanzierungsgesetz hatte die PVA dem AMS die Maßnahmenkosten zu ersetzen. Das AMS bezifferte den bis zum 30. Juni 2016 entstandenen Aufwand für Bildungsmaßnahmen und Kursnebenkosten mit rd. 9,30 Mio. EUR. Die PVA ersetzte dem AMS auch für einen Zeitraum von drei Jahren nach dem Bezug von Rehabilitations– oder Umschulungsgeld die Hälfte der Aufwendungen für „sonstige der Arbeitsmarktinintegration dienende arbeitsmarktpolitische Maßnahmen“, die für diese Versicherten anfielen.

(2) Das AMS investierte (auf Basis der Erwartungen hinsichtlich des Mengengerüsts der Regierungsvorlage) in den Jahren 2014 bis 2015 rd. 1 Mio. EUR in die Anpassung der EDV, um das Umschulungsgeld auszahlen zu können.⁶⁷ Aufgrund der dezentralen Struktur des AMS und der geringen Anzahl der zu betreuenden Personen konnte bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung des RH wenig entsprechende Routine aufgebaut werden.

27.2

Der RH verkannte nicht, dass durch die Zuständigkeit des AMS für die Betroffenen vermittelt werden sollte, dass sie weiterhin am Arbeitsmarkt orientiert sein sollten. Er hielt jedoch fest, dass die bestehende Struktur der Behördenzuständigkeiten folgende Nachteile aufwies:

⁶⁷ Entwicklungskosten 2014: 913.646,07 EUR,
jährliche Kosten ab 2014: 42.670,30 EUR,
Entwicklungskosten 2015: 15.635,62 EUR.

- Die Aufteilung der Verantwortung auf zwei Stellen (die PVA war mangels Zuständigkeit zur Durchführung der beruflichen Rehabilitation nicht voll verantwortlich, das AMS mangels eigener Auswahl der Betroffenen ebenfalls nicht),
- die hohen Investitionskosten für IT trotz der geringen Zahl der zu betreuenden Personen,
- die mangelnde Routine in der Vollziehung aufgrund der dezentralen Entscheidungsstruktur und der geringen Personenanzahl,
- die Notwendigkeit, zwischen mehreren Institutionen Daten auszutauschen,
- die atypische Zuständigkeit des AMS für nicht arbeitsfähige Personen sowie
- die Verlängerung der Verrechnungskette bzw. Finanzierungsstruktur (BBRZ – AMS – PVA – BMASK).

Der RH verwies auf seine Empfehlung zu **TZ 22** an das BMASK, darauf hinzuwirken, dass die Gesamtverantwortung für die Erreichung der Ziele der Rehabilitation klar zugeordnet wird und im Falle einer Delegation der Durchführung die Zuständigkeiten klar geregelt sind.

Umschulungsgeld

28.1

Die Höhe der Geldleistung während der beruflichen Rehabilitation (Umschulungsgeld) orientierte sich an der Höhe des Arbeitslosengelds, wobei während der Maßnahme ein Zuschlag von 22 % gebührte (siehe **TZ 12**). Umschulungsgeldbeziehende waren vollversichert und erwarben während der Bezugsdauer Pensionsansprüche. Die Rechtslage vor dem SRÄG 2012 sah ein sogenanntes Übergangsgeld vor, das grundsätzlich an der Höhe der Invaliditätspension orientiert war.

Wie unter **TZ 12** ausgeführt, konnte das Umschulungsgeld – je nach Entwicklung der Erwerbskarriere – aufgrund der unterschiedlichen Bemessungsgrundlagen sowohl höher als auch niedriger als das Übergangsgeld ausfallen.

28.2

Der RH wiederholte seine Empfehlung an das BMASK unter **TZ 12**, die Unterschiede zwischen den Geldleistungen auf ihre sachliche Rechtfertigung und ihre Zweckmäßigkeit zu überprüfen.

Freiwillige berufliche Rehabilitation

29.1

- (1) Neben der „verpflichtenden“ beruflichen Rehabilitation für Personen, die einen Antrag auf Invaliditätspension gestellt hatten (§ 253e ASVG), bot die PVA auch – ohne Gewährung eines Rechtsanspruchs – eine „freiwillige“ berufliche Rehabilitation (§ 303 ASVG) auf Basis eines Antrags auf Rehabilitation an. Im Jahr 2014 nahmen 5.893 Personen diese Leistung in Anspruch.
- (2) Die Rahmenbedingungen für die „freiwillige“ berufliche Rehabilitation nach § 303 ASVG unterschieden sich in wesentlichen Punkten von der „verpflichtenden“ beruflichen Rehabilitation für Personen, die einen Antrag auf eine Berufsunfähigkeitspension gestellt hatten.

Tabelle 6: Gegenüberstellung wesentlicher Parameter beruflicher Rehabilitation nach Rechtsgrundlage

	Freiwillige berufliche Rehabilitation § 303 ASVG	„Verpflichtende berufliche Rehabilitation“ nach SRÄG 2012 bzw. § 39b AIVG (geboren nach 1964)	„Verpflichtende berufliche Rehabilitation“ nach § 253e ASVG (geboren vor 1964)
Anzahl der Personen	rd. 5.900 ¹	rd. 270 ¹	
Zeitpunkt	vor Invaliditätspensionsantrag	nach Invaliditätspensionsantrag	
Intention der versicherten Person	Rehabilitation	Pension	
Sperrfrist für einen (neuerlichen) Invaliditätspensionsantrag	nein	ja (ausgenommen bei Nachweis einer Verschlechterung des Gesundheitszustands)	
Rechtsanspruch	nein	ja	
Zuständigkeit	PVA	PVA und AMS	PVA
Geldleistung	Übergangsgeld	Umschulungsgeld	Übergangsgeld

¹ gemäß § 79c ASVG-Bericht für 2014

Quellen: ASVG; RH

Die Tabelle zeigt, dass jene Formen der beruflichen Rehabilitation, bei denen diese erst nach Eintreten der subjektiv wahrgenommenen geminderten Arbeitsfähigkeit und dem Stellen eines Invaliditätspensionsantrags begann und die Intention der versicherten Person im Antragsverfahren auf eine Pensionsleistung gerichtet war, mit unter 300 Fällen deutlich in der Minderzahl blieben; die Anzahl der Personen in „freiwilliger“ beruflicher Rehabilitation betrug rd. 5.900. Die Gewährung eines Rechtsanspruchs, die Aufteilung der Zuständigkeit zwischen PVA und AMS und die Neudefinition der Geldleistung (vom Übergangsgeld zum Umschulungsgeld, ohne eindeutige Aussage, ob dies eine Erhöhung oder eine Senkung der Geldleistung bedeutete) bewirkten bisher keine Erhöhung der Fallanzahl.

Für Personen, die aufgrund eines Antrags auf eine Invaliditätspension an einer Maßnahme der beruflichen Rehabilitation teilnahmen, galt eine 18-monatige Sperrfrist⁶⁸ für einen neuerlichen Antrag auf eine solche Pensionsleistung. Dies betraf nicht Personen, die an einer freiwilligen beruflichen Rehabilitation nach § 303 ASVG teilnahmen.

29.2

Der RH hielt es für zweckmäßig, die wesentlich höhere Anzahl der Personen in freiwilliger beruflicher Rehabilitation nach § 303 ASVG in die Überlegungen zur Evaluierung der beruflichen Rehabilitation nach dem SRÄG 2012 einzubeziehen.

Zusammenfassend empfahl der RH dem BMASK, eine grundlegende Evaluierung der beruflichen Rehabilitation im Rahmen des Konzepts des SRÄG 2012 vorzunehmen und dabei insbesondere die Definition der Zielgruppe im Hinblick auf den Berufsschutz, die längere Maßnahmendauer und die höhere Abbruchsquote als bisher erwartet sowie die Erfahrungen aus der freiwilligen beruflichen Rehabilitation zu berücksichtigen.

Aktuelle Entwicklungen

30.1

(1) Am 29. Februar 2016 fand ein sogenannter „Pensionsgipfel“ zwischen den Regierungsparteien statt, dessen Ergebnisse die Bundesregierung am 1. März 2016 beschloss. Das entsprechende Ergebnispapier hielt fest: „Nach zwei Jahren seit Inkrafttreten der Reformmaßnahmen (des SRÄG 2012) zeigt sich (...), dass erheblicher Handlungsbedarf besteht, um die Wiedereingliederung von vorübergehend arbeitsunfähigen Menschen in den Arbeitsmarkt bestmöglich zu gewährleisten.“ Dennoch wurde vereinbart, dass – abgesehen von den unten angeführten Maßnahmen – in der laufenden Legislaturperiode keine weiteren Maßnahmen im Pensionsbereich getroffen würden. Als Maßnahmen wurden insbesondere folgende Punkte angesprochen:

- Zentraler Aspekt sei es, Invalidität auf Ebene der Krankenversicherungsträger zu vermeiden (Frühintervention, Verbesserung der Versorgung von psychischen Fällen, Disease Management Programme).
- Der bereits angestoßene Bewusstseinswandel (Rehabilitation vor Pension) sollte allgemein verstärkt werden (insbesondere durch Herausstreichen der Rehabilitation auch auf dem Antragsformular, das zuvor primär als Pensionsantrag verstanden wurde).

⁶⁸ § 362 ASVG

- Die Kooperation der beteiligten Träger solle intensiviert werden.
- Neue Methoden der Rehabilitation sollten umgesetzt werden (Verbindung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation, Förderung von beruflicher Tätigkeit gleichzeitig mit medizinischer Rehabilitation, Rehabilitation auch für Menschen ohne Berufsschutz, Rehabilitationsplan auch für berufliche Rehabilitation).

Weiters sollte ein „Rehabilitationsmonitoring“ geschaffen werden, bei dem der Erfolg von Rehabilitation nachvollziehbar dargestellt werden sollte, insbesondere unter Einbeziehung der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt. Im Rahmen einer Studie sollte erarbeitet werden, inwieweit sich berufliche Rehabilitation an der Nachfrage am Arbeitsmarkt orientierte. Nach langem Krankenstand sollte ein besonderes Wiedereingliederungsmodell (auf freiwilliger Basis) geschaffen werden.

(2) Die Reduktion von Pensionierungen aus Krankheitsgründen war auch bereits Gegenstand von umfassenden Analysen sowohl von der OECD als auch von WIFO und IHS.⁶⁹

Ein internationaler Vergleich zeigte dabei, dass Österreich hinsichtlich der Ausgaben für Arbeitsunfähigkeit (gemessen am BIP) im Mittelfeld lag. Bei der Anzahl der Personen in Invaliditätspension (zwischen 20 und 64 Jahren) lag Österreich sogar überdurchschnittlich gut: In einem Ranking von 22 OECD-Staaten lag Österreich auf dem 5. Platz. Die OECD wies diesbezüglich allerdings auf drei in Österreich besondere Punkte hin:

- Es müsse berücksichtigt werden, dass Personen, die bereits in (vorzeitigen) Alterspensionen waren, nicht in der Statistik aufschienen. Das hieß, dass die großzügige Regelung der vorzeitigen Alterspensionen etwaige Invaliditätsprobleme teilweise verdeckte.
- Die Rate der Personen in Invaliditätspension war bei den jüngeren Personen im internationalen Vergleich sehr niedrig, bei den älteren Personen dagegen hoch. Typischerweise würden rund dreimal mehr ältere Personen als jüngere Personen Invaliditätspensionen beanspruchen, in Österreich dagegen elfmal so viele. Als Erklärungsansatz führte die OECD im Wesentlichen leichtere Zugangsregelungen für Ältere (insbesondere hinsichtlich des Berufsschutzes) an.

⁶⁹ WIFO, Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit, Status quo, internationale Erfahrungen und Reformperspektiven (April 2016); IHS, Invaliditätspension aufgrund psychischer Erkrankungen (Februar 2016); OECD, Mental Health and Work Austria (2015) (mit einem Kapitel über das SRÄG 2012).

- Die Zahl der negativ entschiedenen Anträge war sehr hoch. Die auf eine Ablehnung folgenden Erwerbskarrieren waren jedoch wenig erfolgreich: Im Schnitt aller Ablehnungen waren die Betroffenen innerhalb von fünf Jahren nach der Ablehnung nur 0,5 Jahre wieder in Beschäftigung, ansonsten überwiegend in Arbeitslosigkeit bzw. doch (nach neuerlichen Anträgen) in Pension.

Die OECD wies weiters auf mehrere im Vergleich zu den Maßnahmen anderer Länder fehlende Elemente der Regelung der „Invaliditätspension Neu“ hin, insbesondere auf

- eine fehlende Strategie zur Einbeziehung von Arbeitgebern und Arbeitsmedizinerinnen und –medizinern bei Prävention von Invalidität und Wiedereingliederung ins Arbeitsleben,
- den Umstand, dass die bloße Ablehnung von Pensionsanträgen (insbesondere mangels Berufsschutzes) die Probleme nicht löse, im Gegenteil stünde sie einer Umschulung oder medizinischen Rehabilitation häufig eher entgegen,
- gegebenenfalls fehlende Anreize zur Aufnahme einer Beschäftigung im Hinblick auf die Höhe der Geldleistungen bei Erwerbsunfähigkeit,
- die Problematik, dass eine Gesamtverantwortung weiterhin fehle,
- den Mangel an Evaluierungen über die tatsächlichen Erfolge der Maßnahmen der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen,
- die geringe Relevanz der Erreichung von Rehabilitationszielen für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte.

30.2

Der RH hielt kritisch fest, dass die „Invaliditätspension Neu“ voraussichtlich statt der geplanten Einsparungen von rd. 648,62 Mio. EUR bei unveränderten Rahmenbedingungen zu einem Zusatzaufwand von rd. 100 Mio. EUR bis rd. 200 Mio. EUR führen wird (siehe **TZ 5**). Er begrüßte insofern die Auffassung der Bundesregierung, dass erheblicher Handlungsbedarf besteht. Auch nach Auffassung des RH sollte die Neuregelung der Invaliditätspension einen Beitrag zur Nachhaltigkeit des Pensionssystems leisten und eine sachgerechte Versorgung der Betroffenen sichern.

Der RH begrüßte daher, dass die Bundesregierung einige wesentliche Punkte für eine Reduktion von Invalidität im Ergebnispapier angesprochen hatte (insbesondere Frühintervention, Monitoring, verbesserte Rehabilitation). Er wies jedoch kritisch darauf hin, dass zur Zeit der Geburungsüberprüfung noch keine konkreten Maßnahmen umgesetzt waren und die Beschlüsse der Bundesregierung weitere

wichtige Punkte nicht oder nur sehr allgemein ansprachen. Der RH erinnerte in diesem Zusammenhang an seine Feststellungen, wonach

- die Anzahl der betroffenen Personen sich völlig anders als geplant entwickelt hatte und Hinweise auf eine unzweckmäßige Definition der Zielgruppen für medizinische bzw. berufliche Rehabilitation bestanden,
- die Maßnahmen der beruflichen und medizinischen Rehabilitation trotz längerer Dauer und höherer Kosten bisher wesentlich geringere Erfolge bei der Genesung und der Wiedereingliederung am Arbeitsmarkt als geplant gebracht hatten,
- die Gestaltung der Geldleistungen, insbesondere des Rehabilitationsgelds, zu wesentlichen Verwerfungen für die Betroffenen geführt hatte und
- die organisatorischen Rahmenbedingungen zum Fehlen einer klaren Gesamtverantwortung und ungelösten operativen Problemen (Kostenersatz Case Management, Datenübermittlung, etc.) geführt hatten.

Der RH wies weiters auf die Feststellungen der OECD hin, welche die Bundesregierung nicht im Ergebnispapier aufgegriffen hatte, insbesondere

- die weitgehend fehlende Einbeziehung der Dienstgeber bzw. der arbeitsmedizinischen Betreuung sowie
- die mangelnden Angebote für Personen, deren Pensionsanträge abgelehnt wurden, und die Bedeutung des Berufsschutzes dabei.

Der RH wiederholte daher seine Empfehlung, die wesentlichen Annahmen und die finanziellen Auswirkungen von „Invaliditätspension Neu“ mit den aktuell zur Verfügung stehenden Daten erneut zu prüfen (siehe **TZ 4**, **TZ 5**) und bei den wesentlichen Problemfeldern Gegensteuerungsmaßnahmen einzuleiten.

Dazu wären nach Ansicht des RH wesentliche Entscheidungen hinsichtlich der Zielgruppe der Regelungen (siehe **TZ 19**), der Gestaltung der Geldleistungen (siehe **TZ 7** bis **TZ 14**), der inhaltlichen Betreuung (insbesondere Ausrichtung auf konkrete Ziele und klare Kostenverantwortung) (siehe **TZ 15 ff.**) und des organisatorischen Umfelds (Herstellung einer klaren Gesamtverantwortung) (siehe **TZ 22**, **TZ 23**) erforderlich. Weiters sollten die bisher nicht bzw. wenig berücksichtigten Themen (Angebote für Personen ohne Berufsschutz sowie für Personen, deren Invaliditätspensionsantrag abgelehnt wurde, Einbeziehung von Dienstgebern bzw. arbeitsmedizinischer Betreuung) bearbeitet werden.

Es wäre sowohl denkbar, die Anzahl der betroffenen Personen durch Neuformulierung der Zugangskriterien wieder auf die in den Erläuterungen beschriebene Zielgruppe, die mit großer Wahrscheinlichkeit innerhalb eines Jahres gesunden, zu beschränken. Andererseits könnten die Rahmenbedingungen (z.B. Regelungen zur Valorisierung, Eingehen auf geänderte Umstände bei den Mindestgrenzen, etc.) auf die hohe Zahl überwiegend länger kranker Personen ausgerichtet werden. Diese strategische Entscheidung wäre wichtig, um auch für die vollziehenden Stellen konkrete und realistische Zielsetzungen (Genesungsrate, Integration in den Arbeitsmarkt) zu ermöglichen.

Auswirkungen der „Invaliditätspension Neu“ auf das Pensionsantrittsalter

Gesamtentwicklung des Pensionsantrittsalters

31.1

(1) Im Regierungsprogramm 2013⁷⁰ legte die Bundesregierung eine Erhöhung des Pensionsantrittsalters von 58,4 (2012) auf 60,1 Jahre (2018) als maßgebliches Ziel fest.⁷¹ Die Erreichung dieses Ziels sollte auch durch Umsetzung der Reformen der „Invaliditätspension Neu“ erfolgen.⁷² Die Bundesregierung teilte jedoch das zu erreichende Pensionsantrittsalter nicht nach Pensionsart bzw. Geschlecht auf. Ebenso wenig legte sie fest, wie mit den Beziehenden von Rehabilitationsgeld bei der Rechnung des Indikators umzugehen war.

(2) Die folgende Grafik zeigt die tatsächliche Entwicklung des Pensionsantrittsalters in den Jahren 2000 bis 2015 mit und ohne Berücksichtigung der Rehabilitationsgeldbeziehenden.

⁷⁰ BKA, Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung für die Jahre 2013 bis 2018 (2013) S. 63 ff.

⁷¹ Außerdem:

Beschäftigungsquote Männer	Alter 55 bis 59 von 68,1 % (2012) auf 74,6 % (2018),
Beschäftigungsquote Männer	Alter 60 bis 64 von 21,6 % (2012) auf 35,3 % (2018),
Beschäftigungsquote Frauen	Alter 55 bis 59 von 47,9 % (2012) auf 62,9 % (2018)

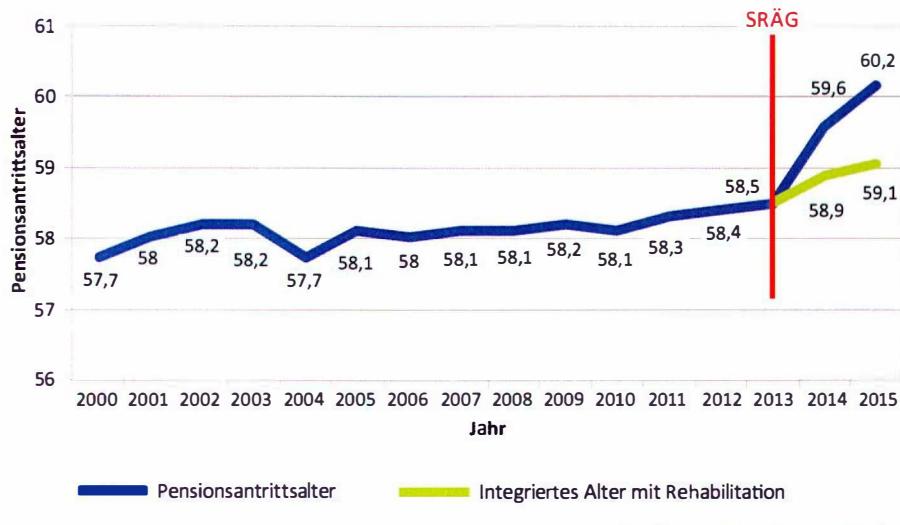
⁷² Die finanziellen Erläuterungen zur Regierungsvorlage des SRÄG 2012 führen aus: „Das – auch im internationalen Vergleich – frühe Zugangsalter zu den Pensionen in Österreich ist vor allem auf den (frühen) Zugang bei den Invaliditätspensionen zurückzuführen.“

Bericht des Rechnungshofes

Invaliditätspension Neu

R
H

Abbildung 3: Entwicklung Pensionsantrittsalter 2000 bis 2015, Eigenpensionen gesamt



Quellen: Hauptverband; PVA; RH

Wie aus der Grafik erkennbar ist,

- stieg das Antrittsalter zwischen 2005 und 2010 im Wesentlichen nicht, sondern blieb bei rd. 58,1 Jahren konstant;
- zwischen 2011 und 2013 stieg es leicht auf 58,5 Jahre an;
- in den Jahren 2014 und 2015 stieg es stärker auf 60,2 Jahre an.

Der stärkere Anstieg des Pensionsantrittsalters in den Jahren 2014 und 2015 war auch darauf zurückzuführen, dass die Zuerkennungen von Rehabilitationsgeld (da sie keine Pensionierungen mehr darstellten) in der Statistik nicht mehr enthalten sind. Unter Einberechnung der Rehabilitationsgeldbeziehenden ergäbe sich allerdings immer noch eine Erhöhung auf rd. 59,1 Jahre und damit eine stärkere Erhöhung des Pensionsantrittsalters als in den Vorjahren.

31.2

Der RH wies darauf hin, dass aufgrund der Nichtberücksichtigung der Beziehenden von Rehabilitationsgeld der im Regierungsprogramm als Ziel gesetzte Anstieg des Pensionsantrittsalters auf 60,1 Jahre bereits im Jahr 2015 erreicht war; unter Einberechnung der Rehabilitationsgeldbeziehenden jedoch noch nicht.⁷³ Auch in diesem Fall wäre jedoch ein stärkerer Anstieg als in den Vorjahren zu beobachten (auf rd. 59,1 Jahre).

⁷³ Eine Festlegung dazu war im Regierungsprogramm nicht enthalten. Die offiziellen Werte zum Pensionsantrittsalter enthalten nur Pensionsantritte im engeren Sinn (also keine Daten über Personen, die aus dem Erwerbsleben in das Rehabilitationsgeld übertraten).

Bericht des Rechnungshofes

Invaliditätspension Neu



Da die Bundesregierung die Berechnung des Indikators nicht festgelegt hatte, war die bisherige Zielerreichung nicht eindeutig. Der RH untersuchte zum besseren Verständnis daher im Folgenden wesentliche Ursachen der dargestellten Entwicklung und bewertete ihren Einfluss auf das Ziel der finanziellen Nachhaltigkeit des Pensionsystems.

Zusammensetzung der Pensionsantritte

32.1

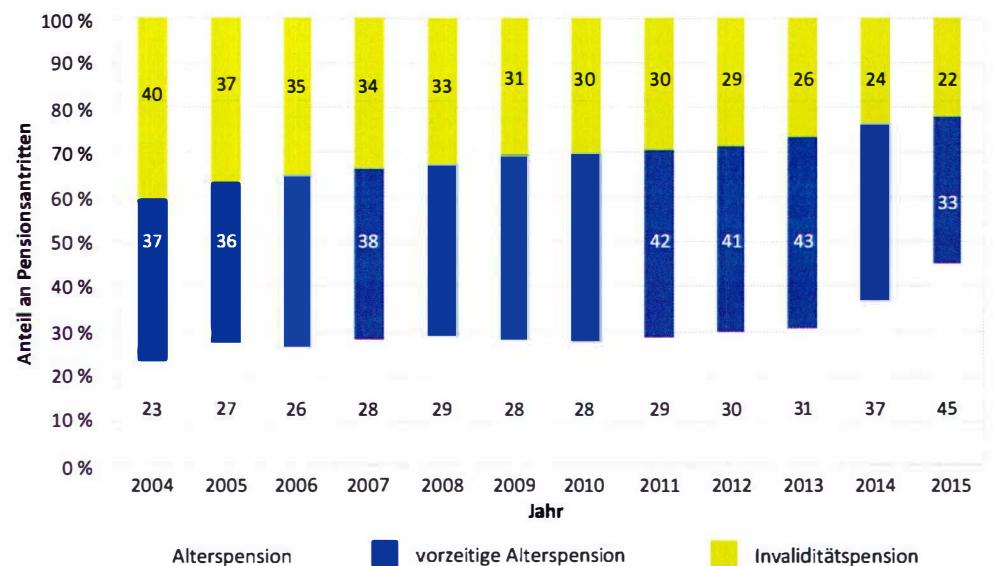
(1) Das durchschnittliche Pensionsantrittsalter errechnete sich aus Daten über sehr unterschiedliche Personengruppen:

- Personen, die aus Krankheitsgründen eine Invaliditätspension antraten (Pensionsantrittsalter 2015 im Schnitt rd. 52 Jahre⁷⁴),
- Personen, die zum gesetzlichen Pensionsalter in Pension gingen (d.h. Männer mit 65 und Frauen mit 60 Jahren, gegebenenfalls sogar später) sowie
- aus vorzeitigen Alterspensionen, z.B. „Hacklerregelung“ oder Schwerarbeiterregelung (Pensionsantrittsalter aller vorzeitigen Alterspensionen im Schnitt rd. 61,6 Jahre).

Die folgende Abbildung zeigt den Anteil dieser Pensionsarten an allen Pensionsantritten im Zeitverlauf.

⁷⁴ unter Einbeziehung der Rehabilitationsgeldbeziehenden

Abbildung 4: Anteil der Pensionsarten an den Pensionsantritten 2004 bis 2015



Quelle: Hauptverband

Die Grafik zeigt, dass sich der Anteil der genannten Personengruppen im Zeitverlauf verschob:

- Selbst vor Einführung des Rehabilitationsgelds sank der Anteil der Invaliditätspensionen zwischen 2004 und 2013 relativ kontinuierlich von rd. 40 % auf rd. 26 %, durch die „Invaliditätspension Neu“ sank er rechnerisch weiter auf rd. 22 %.⁷⁵
- Der Anteil der vorzeitigen Alterspensionen stieg zunächst von rd. 37 % im Jahr 2004 auf rd. 43 % im Jahr 2013 an, erst in den Jahren 2014 und 2015 sank er (infolge der Änderungen bei der „Hacklerregelung“) auf rd. 33 %.
- Korrespondierend dazu stieg der Anteil der regulären Alterspensionen von 23 % im Jahr 2004 auf rd. 45 % im Jahr 2015.

32.2

Der RH hielt fest, dass die Zielerreichung der Bundesregierung zum Pensionsantrittsalter erheblich davon abhing, wie häufig und mit welchem Alter die Betroffenen Invaliditätspensionen, vorzeitige Alterspensionen oder reguläre Alterspensionen in Anspruch nahmen. Die Möglichkeiten, das Pensionsantrittsalter zu beeinflussen, wie insbesondere durch die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, Änderungen bei der Zumutbarkeit der Arbeit bei Krankheit oder die Ermöglichung vorzeitiger Pensionierung bei langer Arbeitszeit, waren je nach Pensionsart

⁷⁵ Unter Einbeziehung der Rehabilitationsgeldzuerkennungen wäre der Anteil in den Jahren 2014 und 2015 mit 27 % bzw. 28 % relativ konstant.

sehr verschieden. Dennoch hatte die Bundesregierung keine eigenen Ziele für die jeweiligen Pensionsarten festgelegt. Es blieb somit offen, welche Möglichkeiten in welchem Ausmaß zur Zielerreichung beitragen sollten, insbesondere auch in welchem Ausmaß Maßnahmen der Rehabilitation beitragen sollten. Für eine Beurteilung, inwieweit die „Invaliditätspension Neu“ zum Ziel der Erhöhung des Pensionsantrittsalters beitrug, fehlte somit eine wesentliche Grundlage.

Der RH hielt es für unzweckmäßig, dass keine spezifischen Ziele hinsichtlich krankheitsbedingter Pensionen und Alterspensionen vorlagen.

Der RH empfahl daher dem BMASK, im Zuge der Weiterentwicklung der für die Beurteilung der finanziellen Nachhaltigkeit des Pensionssystems (siehe TZ 36, TZ 37) maßgeblichen Indikatoren auch die unterschiedlichen Elemente des Pensionsantrittsalters gesondert zu berücksichtigen.

Maßgebliche Faktoren im Bereich der Invaliditätspension

Statistik

33.1

(1) Die Zahl der Antritte von Invaliditätspensionen ging in den Jahren 2004 bis 2015 wesentlich zurück. Die PVA wies in diesem Zusammenhang auf den Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen hin. Maßgeblich waren jedoch auch Einflüsse, die keineswegs auf eine Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung schließen ließen, z.B.

- Verzerrungen der Erledigungsanzahl zwischen einzelnen Jahren aufgrund von Arbeitsrückständen nach der Fusion der Pensionsversicherung der Arbeiter und der Pensionsversicherung der Angestellten (insbesondere eine Erledigung von rd. 5.000 Anträgen aus dem Jahr 2003 im Jahr 2004),
- Verzerrungen hinsichtlich der Zuordnung von verschiedenen Formen des Ausscheidens aus dem Erwerbsleben (die bis 2013 existierende befristete Invaliditätspension ging in die Statistik ein, das ab 2014 maßgebliche Rehabilitationsgeld jedoch nicht),
- Auswirkungen rechtlicher Änderungen (z.B. Änderungen bei Sperrfristen und beim Berufs- bzw. Tätigkeitsschutz, siehe TZ 34).

Eine bereinigte Statistik lag dazu nicht vor.⁷⁶

⁷⁶ Die Statistik Austria erstellte allerdings ein Monitoring, das ein um die Bevölkerungsentwicklung bereinigtes Pensionsantrittsalter ermittelte (das sich aber nicht wesentlich von der unbereinigten Statistik unterschied). Es wären Verzerrungen im Pensionsantrittsalter denkbar, wenn bestimmte Jahrgänge besonders stark oder schwach waren, was jedoch in den letzten Jahren nicht der Fall war.

33.2 Der RH kritisierte, dass eine Statistik über die Pensionsantritte fehlte, die über eine bloße Zählung hinaus eine Ursachenanalyse und Bereinigung um Verzerrungen enthielt. Dies erschwerte eine Einschätzung der tatsächlich erzielten Fortschritte. Es wäre nach Ansicht des RH für die Steuerung des Pensionssystems wesentlich, zu unterscheiden, ob sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung verbesserte, Rehabilitationsmaßnahmen erfolgreich waren, die PVA die Anträge langsamer bearbeitete oder gesetzliche Änderungen die Zuerkennung einer Pension erschwerten.

Der RH empfahl dem BMASK, im Rahmen eines geeigneten Pensionsmonitorings (siehe **TZ 36**) über die bloße Zählung der Antritte hinaus auch eine Bereinigung um Verzerrungen und nach Möglichkeit eine Analyse von Ursachen für Veränderungen vorzunehmen.

Effekte rechtlicher Veränderungen

34.1 (1) Die Möglichkeit, eine Invaliditätspension anzutreten, richtete sich nicht nur nach gesundheitlichen Kriterien, sondern auch nach dem sogenannten Berufsschutz. Das Ausmaß gesundheitlicher Einschränkungen, das für eine Zuerkennung einer Invaliditätspension vorliegen musste, wurde dabei auf bestimmte berufliche Tätigkeiten bezogen. War die bzw. der Versicherte überwiegend in erlernten (angelernten) Berufen tätig, galt sie bzw. er nach § 255 Abs. 1 ASVG als invalid/ berufsunfähig, wenn ihre bzw. seine Arbeitsfähigkeit auf weniger als die Hälfte derjenigen einer gesunden versicherten Person von ähnlicher Ausbildung (...) herabgesunken war. Bestand keine bestimmte Ausbildung (kein „Berufsschutz“), so galt jemand erst dann als invalid, wenn sie bzw. er gar keine zumutbare, am Arbeitsmarkt noch bewertete Tätigkeit mehr ausüben konnte. Ein gleicher Gesundheitszustand konnte also für bestimmte Personen Invalidität bedeuten, für andere nicht. Die Definition des Berufsschutzes hatte somit entscheidende Bedeutung.⁷⁷

(2) Um die Aufhebung der vorzeitigen Alterspension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit abzufedern, erhöhte der Gesetzgeber im Jahr 2000 den Berufsschutz für bestimmte Personengruppen: Auch ungelernte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die während der letzten 15 Jahre über zehn Jahre hinweg eine bestimmte Tätigkeit ausgeübt hatten, genossen demnach ab dem 57. Lebensjahr Berufsschutz. Mit der Pensionsreform 2012 wurde diese Regelung verschärft: Es sollte statt dem 57. Lebensjahr in den Jahren 2013 und 2014 das 58. Lebensjahr, in den Jahren 2015 und 2016 das 59. Lebensjahr sowie ab 2017 das vollendete 60. Lebensjahr maßgeblich sein.

⁷⁷ Hatte jemand Berufsschutz in einem Bereich, der besonders hohe Anforderungen stellte, so konnte Invalidität schon vorliegen, wenn nur verhältnismäßig geringe gesundheitliche Einschränkungen vorlagen.

Diese gesetzliche Änderung wirkte sich massiv auf die tatsächlichen Pensionsantritte aus: Ging im Jahr 2012 noch rd. 4.000 57-Jährige gesundheitsbedingt in Invaliditätspension, waren es im Jahr 2013 nur noch rd. 1.600, somit um 2.400 Personen weniger. Diese Änderung machte rd. 75 % des Rückgangs an Invaliditätspensionen in diesem Jahr aus. Ähnliche Effekte zeigten sich auch bei der Änderung im Jahr 2015. Wie unter **TZ 36** näher ausgeführt, lagen keine Analysen vor, wie sich diese Änderungen auf den Arbeitsmarkt ausgewirkt hatten.

(3) Weiters erschwerte der Gesetzgeber die Antragstellung auf Invaliditätspension durch Verlängerungen der sogenannten Sperrfrist: Nach Ablehnung eines Antrags auf Invaliditätspension konnte – außer im Fall einer wesentlichen gesundheitlichen Änderung – innerhalb einer bestimmten Frist kein weiterer Antrag gestellt werden. Diese Frist betrug bis zum Jahr 2011 ein Jahr, seither 18 Monate. Weiters gab es auch bei Zurückziehung einer Klage auf Zuerkennung einer Invaliditätspension (in der Praxis insbesondere im Fall eines ungünstigen Gerichtsgutachtens) eine Sperrfrist für die Einbringung neuer Anträge. Diese wurde im Jahr 2014 von neun Monaten auf zwölf Monate verlängert.⁷⁸ Auch über die Auswirkungen dieser Maßnahmen lagen keine Analysen vor (z.B. eine Längsschnittbetrachtung über die weitere Entwicklung der betroffenen Personen am Arbeitsmarkt bzw. hinsichtlich ihrer Gesundheit).

(4) Die folgende Grafik zeigte die Entwicklung des Antrittsalters bei Pensionen wegen geminderter Erwerbsfähigkeit mit und ohne Berücksichtigung der Personen im Rehabilitationsgeld.

⁷⁸ § 362 Abs. 3 ASVG. Weiters beeinflussten verschiedene andere Faktoren die Anzahl der Anträge auf Invaliditätspension: z.B. die Einführung der „Gesundheitsstraße“, einer zwischen AMS und PVA abgestimmten Vorgehensweise bei Zweifeln an der Arbeitsfähigkeit (seit 2010).

Bericht des Rechnungshofes

Invaliditätspension Neu

R
H

Abbildung 5: Entwicklung Pensionsantrittsalter 2000 bis 2015, Invaliditätspensionen



Quellen: Hauptverband; PVA; RH

Wurde die Zuerkennung von Rehabilitationsgeld nicht berücksichtigt (blaue Linie ab 2014), so stieg das durchschnittliche Pensionsantrittsalter stark an, da Personen unter 50 Jahren kaum mehr in die Statistik eingingen.

Bei Mitberücksichtigung von Rehabilitationsgeldbeziehenden war dagegen im Wesentlichen keine Erhöhung des Pensionsantrittsalters zu beobachten. Das durchschnittliche Pensionsantrittsalter lag mit 52 Jahren im Jahr 2015 sogar deutlich unter jenem etwa im Jahr 2003 mit 53,4 Jahren.

34.2

Der RH wies darauf hin, dass der Gesetzgeber in den letzten Jahren wesentliche Rahmenbedingungen für den Zugang zu Invaliditätspensionen verändert hatte und dabei die Zumutbarkeit der Arbeitsleistung für Menschen mit Beeinträchtigungen strenger geregelt hatte. Demgegenüber war (bei Bereinigung um die unterschiedliche Zuordnung von Rehabilitationsgeldbeziehenden) bei den Personen, die trotzdem eine Invaliditätspension erhielten, keine Erhöhung des Antrittsalters bei Invaliditätspensionen erfolgt.

Der RH war daher der Ansicht, dass die gesetzlichen Verschärfungen gegenüber den Erfolgen der Rehabilitation den stärkeren Einfluss auf das Pensionsantrittsalter hatten, obwohl das Ziel der „Invaliditätspension Neu“ die Aktivierung und Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt durch Rehabilitation war. Er verwies dazu auf die Analysen der OECD (siehe [TZ 30](#)), nach denen Österreich bezogen auf die Bevölkerung relativ wenige Invaliditätspensionistinnen und –pensionisten hatte, dafür aber eine hohe Zahl an vorzeitigen Alterspensionistinnen und –pensionisten und eine hohe Zahl an Personen mit abgelehntem Invaliditätspensionsantrag, die nicht am Arbeitsmarkt integriert sind.

Bericht des Rechnungshofes

Invaliditätspension Neu

R
H

Der RH analysierte daher in der Folge die Veränderungen bei der vorzeitigen Alterspension und der Auswirkung der Verschärfungen auf den Arbeitsmarkt und verwies auf seine Empfehlungen zur Setzung spezifischer Ziele und eines spezifischen Monitorings. (TZ 32, TZ 36)

Vorzeitige Alterspensionen

35.1 (1) Vorzeitige Alterspensionen ermöglichten es, auch ohne gesundheitliche Einschränkung eine Pension vor dem Regelaltersalter in Anspruch zu nehmen. Als Grund dafür stellte der Gesetzgeber im Zeitablauf auf unterschiedliche Kriterien ab, z.B. eine lange Verweildauer im Erwerbsleben, (körperlich) schwere Arbeit oder schlechte Chancen am Arbeitsmarkt.

Bis zu den Pensionsreformen der Jahre 2000 bzw. 2003 war für Personen mit durchgängigem Versicherungsverlauf der Pensionsantritt mit 55 bzw. 60 Jahren der statistische Regelfall; mehr als die Hälfte der Alterspensionierungen erfolgte vorzeitig. Mit den Pensionsreformen der Jahre 2000 bzw. 2003 sollte dies stark reduziert werden,⁷⁹ insbesondere die vorzeitige Alterspension wegen langer Versicherungsdauer wurde aus dem Dauerrecht entfernt. Lediglich als zunächst vierjährige Übergangsfrist bis 2008 bot die Langzeitversichertenregelung für bereits pensionsnahe Jahrgänge eine ähnliche Alternative.

Die folgende Grafik zeigt die Anzahl der Antritte einer vorzeitigen Alterspension in den Jahren 2004 bis 2015.

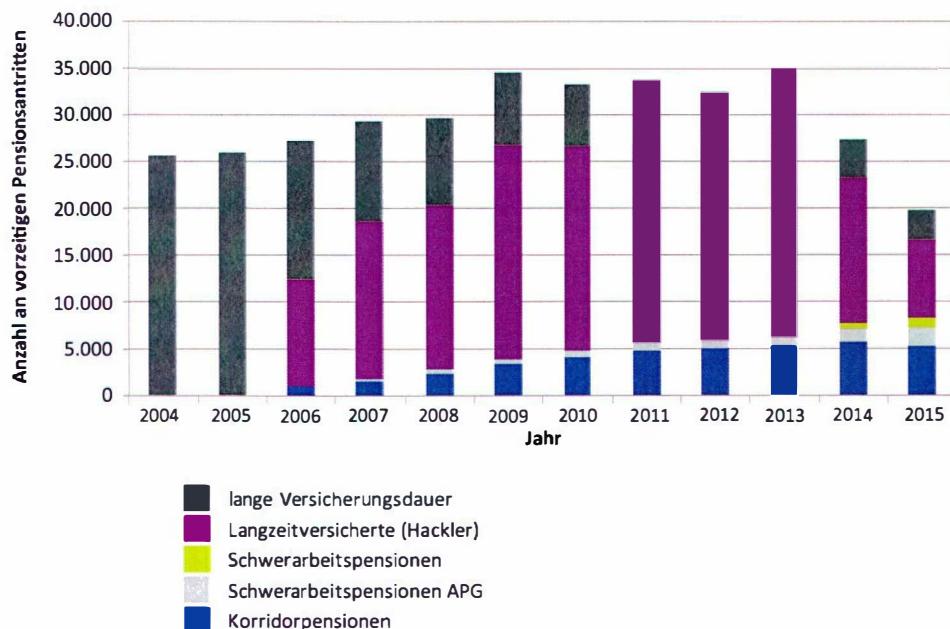
⁷⁹ Zu den vorzeitigen Alterspensionen zählten:
vorzeitige Alterspension bei Arbeitslosigkeit
(§ 253a ASVG; außer Kraft getreten mit Ablauf des 31. Dezember 2003),
vorzeitige Alterspension bei langer Versicherungsdauer
(§ 253b ASVG; außer Kraft getreten mit Ablauf des 30. Juni 2004),
Gleitpension
(§ 253c ASVG; außer Kraft getreten mit Ablauf des 31. Dezember 2003).

Bericht des Rechnungshofes

Invaliditätspension Neu

R
H

Abbildung 6: Vorzeitige Alterspensionen – Pensionsantritte 2004 bis 2015



Quellen: Hauptverband; RH

(2) Wie aus der Grafik ersichtlich, sank in den Jahren 2004 bis 2013 entgegen den Zielen der Pensionsreformen die Zahl der Antritte von vorzeitigen Alterspensionen nicht, es kam sogar zu einer Erhöhung. Dies war vor allem darauf zurückzuführen, dass die „Hacklerregelung“ im Jahr 2008 verlängert und sogar durch die Anrechnung verschiedener Ersatzzeiten (insbesondere beitragsfreie Berücksichtigung des Bezugs von Krankengeld, Berücksichtigung sogenannter „Ausübungzeiten“; Berücksichtigung von Schul- und Studienzeiten bei Nachkauf) erweitert wurde.⁸⁰ Der RH stellte im Jahr 2011 fest, dass 2009 diese Ausweiterungen für rund ein Viertel der Fälle anspruchsbegründend für die Langzeitversichertenpension waren und erhebliche Zusatzaufwendungen (rd. 172,6 Mio. EUR im Jahr 2009) verursachten. Bei Alterspensionen stieg dementsprechend zwischen 2005 und 2013 das durchschnittliche Pensionsantrittsalter nicht.

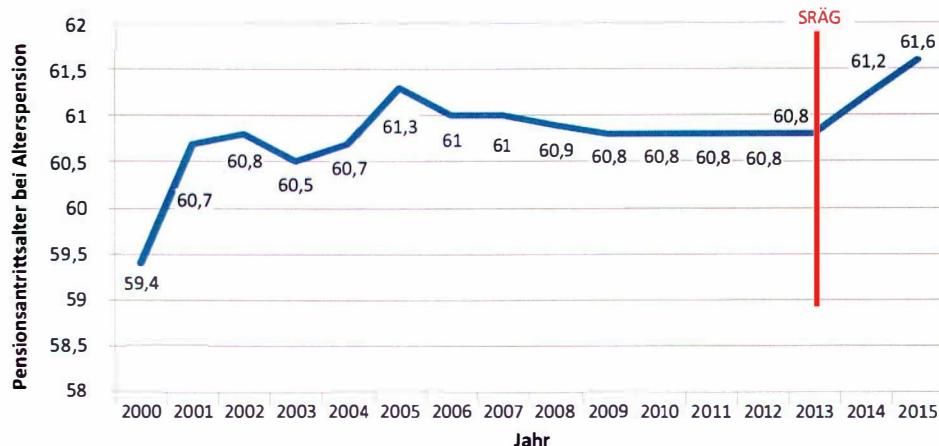
⁸⁰ SRÄG 2008, BGBl. I Nr. 129/2008

Bericht des Rechnungshofes

Invaliditätspension Neu

R
H

Abbildung 7: Entwicklung Pensionsantrittsalter 2000 bis 2015 – Alterspension



Quellen: Hauptverband; PVA; RH

Im Jahr 2011 schränkte der Gesetzgeber⁸¹ die Regelung wieder ein. Die anrechenbaren Monate wurden reduziert und die Anzahl der erforderlichen Versicherungsmonate und das Antrittsalter schrittweise erhöht (auf 62 Jahre für Männer ab dem Jahrgang 1954, für Frauen ab dem Jahrgang 1965). Diese Änderungen bewirkten erstmals mit dem Jahr 2014 einen Rückgang der Anzahl der Pensionsantritte nach der „Hacklerregelung“.

35.2

Der RH wies darauf hin, dass im österreichischen Pensionssystem lange Zeit der vorzeitige Pensionsantritt gegenüber jenem zum gesetzlichen Regelantrittsalter tatsächlich überwog. Der RH hielt kritisch fest, dass die Verlängerung und Ausweitung der „Hacklerregelung“ im Jahr 2008 dem Ziel einer Anhebung des Pensionsantrittsalters entgegenstand und bis zum Jahr 2013 einen Rückgang der Anzahl der vorzeitigen Alterspensionen und eine entsprechende Erhöhung des Pensionsantrittsalters maßgeblich verhinderte. Dies stand nach Ansicht des RH auch in Widerspruch zu den zum Teil erheblichen Verschärfungen im Dauerrecht für die jüngere Bevölkerung. Der RH wies weiters darauf hin, dass die OECD Substitutionsverhältnisse zwischen vorzeitigen Alterspensionen und Invaliditätspensionen sah: Die Anzahl der Invaliditätspensionen war im internationalen Vergleich auch deshalb relativ gering, da viele Betroffene bereits eine vorzeitige Alterspension in Anspruch nehmen konnten.

Der RH empfahl daher dem BMASK darauf hinzuwirken, dass die Möglichkeiten der vorzeitigen Alterspensionen nicht wie im Jahr 2008 neuerlich über Gebühr ausgeweitet werden.

⁸¹ Budgetbegleitgesetz 2011 (75. ASVG–Novelle und Parallelnovellen), § 617 Abs. 13 ASVG. Zum Beispiel zählten Krankengeldmonate nicht mehr, ebenso wenig nachgekauft Schul- und Studienzeiten.

Bericht des Rechnungshofes

Invaliditätspension Neu



Monitoring im Kontext des Arbeitsmarkts

36.1

(1) Ein Monitoring, inwieweit Personen, die aufgrund veränderter Regelungen (Sperrwirkung, geringerer Berufsschutz) keinen Anspruch auf Invaliditätspension mehr hatten, in Beschäftigung verblieben, erfolgte nicht. Ebenso war eine sogenannte „Längsschnittbetrachtung“ (z.B. Analyse der Entwicklung der Erwerbstätigkeit von Personen nach Rehabilitation oder nach abgelehnten Anträgen auf Invaliditätspension) nicht verfügbar. Somit blieb letztlich unklar, ob die ab 2013 verschärften Regelungen zu einer tatsächlichen Entlastung der öffentlichen Finanzen führten oder lediglich zu einer Verschiebung zwischen Leistungen des Pensionsystems und der Arbeitslosenversicherung.

Gerade in der Finanzierungsstruktur der Pensionsversicherung, in der Dienstnehmer- und Dienstgebervertreterinnen und –vertreter über die Pensionierungen entscheiden und der Bund über den Bundesbeitrag zusätzliche Aufwendungen finanziert, wäre es für den Bund essentiell, sich über die tatsächlichen Auswirkungen von Veränderungen im Pensionsantrittsverhalten einen vertieften analytischen Überblick zu verschaffen.

(2) Im Jahr 2014 legte das BMASK einen Entwurf eines Sozialrechtsänderungsgesetzes zur Begutachtung vor,⁸² in dem gemäß Regierungsprogramm der Hauptverband beauftragt werden sollte, ein Beschäftigungs- und Pensions-Monitoring durchzuführen. Dieses sollte neben der Beobachtung der Frühpensionen und des Arbeitsmarkts die Feststellung des laufenden Zielerreichungsgrads (faktisches Pensionsalter, Beschäftigungsquote) sowie ein Maßnahmen-Monitoring umfassen. Damit sollte festgestellt werden, welchen Beitrag die gesetzten arbeitsmarkt- und pensionsreformatorischen Maßnahmen zur Zielerreichung geleistet hatten. Weiters sollten branchenspezifische Informationen gesammelt werden, um eine fundierte Diskussion und sachgerechte Entscheidung über die ab dem Jahr 2016 bzw. 2017 geplanten Bonus- bzw. Malus-Regelungen zu ermöglichen.⁸³

Der Ministerialentwurf wurde zur Begutachtung versandt, aber in der Folge nicht als Regierungsvorlage dem Nationalrat zur Beschlussfassung vorgelegt. Eine entsprechende gesetzliche Änderung unterblieb.

⁸² ME Sozialversicherungs-Änderungsgesetz 2014 26/ME XXV. GP

⁸³ Die tatsächliche Entwicklung der Beschäftigung Älterer soll nun verbindlich gemessen und durch das Sozialministerium veröffentlicht werden. Wird der Zielwert nicht erreicht, greift folgendes System: Unternehmen, die bei der Beschäftigung Älterer über ihrem Branchenvergleich (ÖNACE 2-Steller) liegen, erhalten ab 1. Jänner 2018 einen Bonus in Form einer zusätzlichen Senkung der Lohnnebenkosten in Höhe von 0,1 Prozentpunkte des FLAF. Unternehmen, die unter dem Branchenvergleich liegen, müssen bei Beendigung von Dienstverhältnissen die Auflösungsabgabe in doppelter Höhe leisten (Angaben Oktober 2015).

https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2015_I_144/BGBLA_2015_I_144.pdf (abgerufen am 9. November 2016)

36.2

Der RH kritisierte, dass kein übergreifendes Monitoring zwischen Pensionierungen und Arbeitsmarkt vorlag. Er hielt dies für wesentlich, um die tatsächlichen finanziellen Auswirkungen von rechtlichen Änderungen und faktischen Entwicklungen beobachten zu können, insbesondere, ob eine tatsächliche Entlastung der öffentlichen Finanzen oder lediglich eine Verschiebung zwischen Leistungen des Pensionssystems und der Arbeitslosenversicherung erfolgte.

Der RH rief weiters in Erinnerung, dass er bereits 2008⁸⁴ auf das Zusammenwirken von Dienstgebern und Versicherungsträgern zur Erhöhung des faktischen Pensionsantrittsalters hingewiesen hatte. Durch die Verschärfung der Zumutbarkeitsbestimmungen im Rahmen des Berufsschutzes bzw. der verpflichtenden beruflichen Rehabilitation im Rahmen des SRÄG 2012 wurde die Verantwortung der jeweiligen einzelnen Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer betont. Wie auch die OECD festgestellt hatte, wäre eine Einbindung der Dienstgeber ein wesentliches Erfolgskriterium für eine gelingende Prävention, Rehabilitation und Wiedereingliederung in das Arbeitsleben. Der RH hielt ein geeignetes Monitoring auch für eine fundierte Entscheidung über die Wahrung eines Gleichgewichts zwischen den Beiträgen von Dienstnehmerinnen und Dienstnehmern sowie Dienstgebern zu einem nachhaltigen Pensionssystem für wesentlich.

Der RH empfahl daher dem BMASK, ein den Arbeitsmarkt und die Pensionsantritte umfassendes Monitoring einzurichten.

Finanzielle Aspekte unabhängig vom Pensionsantrittsalter

37.1

In mehreren Bereichen war die Entwicklung des Pensionsantrittsalters keine geeignete Kennzahl für die finanziellen Belastungen des Pensionssystems durch neue Pensionsantritte:

(1) Das Ansteigen des Pensionsantrittsalters beruhte auch auf dem Effekt, dass Personen im Ausland mit Versicherungszeiten in Österreich aufgrund der zunehmenden zwischenstaatlichen Kooperation (z.B. der EU–Osterweiterung) vermehrt Pensionen aus Österreich in Anspruch nehmen konnten. Da sie wegen des im Ausland unter Umständen höheren Pensionsantrittsalters erst später in Pension gehen konnten, stiegen in Österreich sowohl das durchschnittliche Pensionsantrittsalter als auch der Aufwand. Das Antrittsalter für reguläre Alterspensionen lag z.B. bei Frauen, die im Ausland in Pension gingen,⁸⁵ im Jahr 2015 bei rd. 63,1 Jahren; im

⁸⁴ „Einführung des Pensionskontos“ (Reihe Bund 2011/8)

⁸⁵ Theoretisch könnte der Pensionsantritt in unterschiedlichen Ländern zu unterschiedlichen Zeitpunkten erfolgen, wenn die jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. Praktisch ist der Pensionsantritt in der Regel mit dem Ausscheiden aus dem Arbeitsleben verbunden.

Unterschied dazu bei innerstaatlichen Pensionen bei rd. 60,7 Jahren.⁸⁶ Der Anteil der zwischenstaatlichen Pensionsantritte⁸⁷ an allen Pensionsantritten betrug im Jahr 2004 noch rd. 16 %, im Jahr 2015 bereits rd. 26,5 %. Während sich dies bei bloßer Betrachtung des Pensionsantrittsalters als Vorteil darstellte, waren die finanziellen Auswirkungen nachteilig.

(2) Die „Hacklerregelung“ ermöglichte nicht nur einen früheren Pensionsantritt, sondern für verschiedene Personengruppen auch eine höhere Pensionsleistung gegenüber der sonst in Anspruch genommenen Pensionsform (z.B. einer Korridorpension). Dies hatte unabhängig vom Einfluss der Regelung auf das Pensionsantrittsalter auch – und zwar auf Dauer – finanzielle Auswirkung auf das Pensionssystem.

(3) Umgekehrt waren Korridorpensionen versicherungsmathematisch so berechnet, dass ein früherer Pensionsantritt aufgrund der geringeren Pensionshöhe keine nachteiligen Folgen auf das Pensionssystem haben sollte. Die vermehrte Inanspruchnahme von Korridorpensionen bedeutete somit ein niedrigeres Pensionsantrittsalter, aber keine finanzielle Mehrbelastung.

(4) Das faktische Pensionsantrittsalter bei Frauen lag bei regulären Alterspensionen über dem gesetzlichen Antrittsalter, weil freiwillig länger gearbeitet werden konnte (bzw. das Erreichen der Altersgrenze kein Kündigungsgrund war). Dafür fiel jedoch nach geltender Rechtslage ein Bonus an.⁸⁸ Ein späterer Pensionsantritt erhöht so zwar das durchschnittliche Pensionsantrittsalter, führt aber nicht unbedingt zu einer finanziellen Entlastung des Pensionssystems.

37.2

Der RH wies darauf hin, dass in wesentlichen Bereichen (insbesondere Korridorpensionen, Alterspension bei Frauen, zwischenstaatlichen Pensionen, „Hacklerregelung“) das Pensionsantrittsalter allein keine geeignete Kennzahl für den Einfluss der neuen Pensionsantritte auf die nachhaltige Finanzierbarkeit des Pensionssystems darstellte.

Der RH empfahl daher dem BMASK, eine genauere Systematik von maßgeblichen Indikatoren zu entwickeln, die Aussagen über die Entwicklung der Nachhaltigkeit des Pensionssystems zulassen.

⁸⁶ In Verbindung mit den vorzeitigen Alterspensionen lag der Gesamtschnitt für Alterspensionen für Frauen in Auslandsfällen bei 63,0 Jahren, innerstaatlich bei knapp unter 59,8 Jahren und insgesamt bei 60,2 Jahren.

⁸⁷ Das kann sowohl Personen betreffen, die in Österreich gearbeitet haben und derzeit im Ausland leben und dort in Pension gehen, als auch umgekehrt Personen in Österreich, die ausländische Versicherungszeiten erworben haben (de facto etwa gleich verteilt).

⁸⁸ Nach der Rechtsprechung des EuGH ist das Erreichen des gesetzlichen Pensionsantrittsalters für Frauen kein Kündigungsgrund, da dies verbotene Geschlechterdiskriminierung wäre. Für einen späteren Pensionsantritt erhalten Frauen einen jährlichen Bonus von 4,2 %.

Zusammenfassung zum Pensionsantrittsalter

38

Der RH hielt zusammenfassend fest, dass die Beurteilung, ob das Regierungsziel der Anhebung des faktischen Pensionsantrittsalters erreicht wurde, statistisch und definitorisch ambivalent war. Tatsächlich maßgeblich wäre jedoch nicht die Entwicklung dieser einen Kennzahl, sondern die ganzheitliche Beurteilung, ob eine tatsächliche finanzielle Verbesserung erreicht wurde.

- Diesbezüglich wies der RH zunächst darauf hin, dass die Zahl der vorzeitigen Alterspensionen durch die Neuregelung der „Hacklerregelung“ tatsächlich zurückgegangen war und begrüßte diese Entwicklung.
- Weiters wies der RH darauf hin, dass im Bereich der Invaliditätspension zwar ein Rückgang zu beobachten war, dieser aber stärker auf Verschärfungen der Rechtslage als auf Erfolge der Rehabilitation bzw. des Gesundheitszustands der Bevölkerung zurückgehen dürfte. Zur Beurteilung der Auswirkungen dieser Entwicklung auf die finanzielle Nachhaltigkeit der Republik wäre eine genauere Ursachenanalyse und ein Monitoring der Entwicklung am Arbeitsmarkt erforderlich, um feststellen zu können, ob die entsprechende Personengruppe tatsächlich länger in Beschäftigung verblieb oder lediglich vom Pensionssystem in die Versorgung durch die Arbeitslosenversicherung verschoben wurde.
- In mehreren Aspekten konnte die Entwicklung des Pensionsantrittsalters überhaupt keinen Aufschluss über die Auswirkungen der Neuantritte auf die finanzielle Nachhaltigkeit geben (z.B. Korridorpension, internationale Pensionen, etc.).

Zusammenfassend hielt der RH fest, dass folgende Elemente für die Verbesserung der Arbeit an einem nachhaltigen Pensionssystem erforderlich waren:

- Eine genauere Ausrichtung der Indikatoren auf die Zielsetzung der nachhaltigen Finanzierung (nicht die isolierte Fokussierung auf das Pensionsantrittsalter),
- ein Pensionszugänge und Arbeitsmarkt übergreifendes Monitoring (und daraus abgeleitet eine Pensionen und Arbeitsmarkt gemeinsam überblickende Strategie),
- eine differenzierte Betrachtung sowie Zielsetzung zum Regelpensionsalter, zu den Möglichkeiten einer vorzeitigen Alterspension und zu Pensionen wegen geringerer Erwerbsfähigkeit,
- eine Bereinigung der Statistik um Verzerrungen (z.B. Erledigungsverzögerungen in der PVA) bzw. eine detailliertere Analyse der Ursachen von Veränderungen,

Invaliditätspension Neu

- Zurückhaltung bei der Gewährung von vorzeitigen Alterspensionen (Lernen aus den Erfahrungen der „Hacklerregelung“) und
- die Beachtung eines Gleichgewichts der Beiträge der einzelnen Generationen und von Dienstnehmerinnen und Dienstnehmern sowie Dienstgebern zur nachhaltigen Finanzierung des Pensionssystems.

Schlussempfehlungen

39

Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

BMASK

- (1) Es wären die wesentlichen Annahmen zur „Invaliditätspension Neu“ mit den aktuell zur Verfügung stehenden Daten erneut zu prüfen und allenfalls zu aktualisieren. (TZ 4)

Dabei wären

- die Parameter möglichst vollständig (z.B. hinsichtlich der Kosten des Case Managements und der medizinischen Betreuung) und realistisch (insbesondere hinsichtlich der Genesungsrate) anzusetzen; (TZ 4)
- die finanziellen Auswirkungen der „Invaliditätspension Neu“ mit den aktuell zur Verfügung stehenden Daten erneut zu berechnen; (TZ 5)
- auch die langfristigen Auswirkungen der Maßnahmen zu bewerten (inkl. Berücksichtigung der Auswirkung einer weiteren Versicherung der Rehabilitationsgeldbeziehenden). (TZ 5)

- (2) Um sicherzustellen, dass die „Invaliditätspension Neu“ einen Beitrag zur Sicherung der Nachhaltigkeit des Pensionssystems leistet, wären bei den wesentlichen Problemfeldern Gegensteuerungsmaßnahmen einzuleiten. (TZ 5, TZ 31)

Das betraf insbesondere

- die Definition der Zielgruppe für das Rehabilitationsgeld bzw. das Case-Management, (TZ 19)
- der Gestaltung der Geldleistungen, (siehe TZ 7 bis TZ 14)
- die inhaltliche Betreuung (insbesondere Ausrichtung auf konkrete Ziele und klare Kostenverantwortung, (TZ 15 ff.)

- das organisatorische Umfeld (Herstellung einer klaren Gesamtverantwortung) (TZ 22, TZ 23) und
 - die Berücksichtigung bisher fehlender Themen, insbesondere einer Einbeziehung der Dienstgeber bzw. der arbeitsmedizinischen Betreuung und eines Angebots für Personen ohne Berufsschutz sowie für Personen, deren Invaliditätspensionsantrag abgelehnt wurde. (TZ 31)
- (3) Es wäre auf eine Gesetzesänderung zur Berechnung des Rehabilitationsgelds hinzuwirken und dabei
- eine längere Bemessungsgrundlage für das Rehabilitationsgeld einzuführen, (TZ 7)
 - bei Anwendung der Mindestgrenze in Zukunft bedarfserhöhende und auch bedarfssenkende Faktoren zu berücksichtigen, (TZ 8)
 - bei der Übergangsregelung (Rehabilitationsgeld nach befristeter Invaliditätspension) eine Valorisierung und eine Neubewertung bei wesentlichen Änderungen zu ermöglichen, (TZ 9)
 - die Auszahlungs– und Berechnungsmodalitäten möglichst einfach zu gestalten (TZ 10) und
 - die Effekte der unterschiedlichen Berechnungsparameter der AMS–Leistungen, der Invaliditätspension und des Rehabilitations– bzw. Umschulungsgelds zu überprüfen und auf eine Regelung hinzuwirken, die sachfremde Effekte möglichst vermeidet, die Unterschiede transparent und nachvollziehbar darlegt und eine systematische Anreizsteuerung ermöglicht. (TZ 12)
- (4) Es wäre zu prüfen, inwieweit bei der Berechnung der Invaliditätspension in Fällen langsam eintretender Verschlechterungen des Gesundheitszustands finanzielle Anreize für eine möglichst lange Erwerbskarriere gesetzt werden können. (TZ 13)

- (5) Es wäre auf Verbesserungen bei der Betreuung der Personen im Rehabilitationsgeld hinzuwirken, insbesondere
- gemeinsam mit der OÖGKK und der PVA die Merkmale eines erfolgreichen Case Managements zu definieren und dabei festzulegen, wie intensiv die Betreuung sein sollte und welche Betreuungsbereiche relevant sind, (TZ 17, TZ 18)
 - gemeinsam mit der OÖGKK und der PVA die Definition der Zielgruppe für das Rehabilitationsgeld bzw. das Case Management zu verbessern, (TZ 19)
 - rechtlich klarzustellen, wer die Kosten des Case Managements im Zusammenhang mit dem Rehabilitationsgeld zu tragen hat und wie die zu ersetzenen Verwaltungskosten zu ermitteln sind, (TZ 16)
 - sicherzustellen, dass die Gesamtverantwortung für die Erreichung der Ziele der Rehabilitation klar zugeordnet wird und im Falle einer Delegation der Durchführung die Zuständigkeiten klar geregelt sind. Es wäre auf eine gemeinsame Zielvereinbarung und Evaluierung zwischen BMASK, Pensionsversicherungsträgern, Krankenversicherungsträgern und AMS hinzuwirken, (TZ 22)
 - gemeinsam mit OÖGKK, PVA und AMS darauf hinzuwirken, dass die im Case Management identifizierten Rehabilitationshindernisse (z.B. mangelnde Therapieplätze, fehlende Unterstützung in sozialen Fragen, etc.) nach Maßgabe einer sachlichen Priorisierung ausreichend adressiert werden, dies insbesondere im Bereich der Versorgung psychischer Erkrankungen (TZ 18, TZ 21) und
 - gemeinsam mit OÖGKK, PVA und AMS die operativen Probleme bei der Zusammenarbeit bzw. beim Datenaustausch (insbesondere die gegenseitige Information über Gerichtsverfahren, die elektronische Übermittlung der Daten, die Klarstellung des zu übermittelnden Inhalts) möglichst rasch zu lösen. (TZ 23)

- (6) Es wäre eine grundlegende Überprüfung der Rolle der beruflichen Rehabilitation im Konzept „Invaliditätspension Neu“ vorzunehmen. (TZ 24)

Dabei wäre insbesondere

- die Definition der Zielgruppe für berufliche Rehabilitation im Hinblick auf den Berufsschutz zu untersuchen, (TZ 25)
- die längere Maßnahmendauer und höhere Abbruchsquote als erwartet zu berücksichtigen (TZ 26) und
- die Erfahrungen aus der freiwilligen beruflichen Rehabilitation zu berücksichtigen. (TZ 29)

- (7) Es wäre die Einbindung der Neuregelung der Invaliditätspension in die Bemühungen zur Sicherung der Nachhaltigkeit des Pensionssystems klarer zu definieren, insbesondere

- spezifische Ziele für die Entwicklung des Pensionsantrittsalters bei Alterspensionen, vorzeitigen Alterspensionen und Invaliditätspensionen zu entwickeln und dabei darauf zu achten, dass die Möglichkeiten der vorzeitigen Alterspensionen nicht über Gebühr ausgeweitet werden, (TZ 32, TZ 35)
- im Rahmen eines geeigneten Pensionsmonitorings über die bloße Zählung der Antritte hinaus auch eine Bereinigung um Verzerrungen und nach Möglichkeit eine Analyse von Ursachen für Veränderungen vorzunehmen, (TZ 33)
- ein den Arbeitsmarkt und die Pensionsantritte umfassendes Monitoring einzurichten (TZ 36) und
- eine genauere Systematik von maßgeblichen Indikatoren zu entwickeln, die Aussagen über die Entwicklung der Nachhaltigkeit des Pensionssystems zulassen. (TZ 37)



Invaliditätspension Neu

OÖGKK

- (8) Es wären im Rahmen des Case Managements mit möglichst allen Rehabilitationsgeldempfängerinnen und –empfängern realistische und konkrete Ziele zu vereinbaren. (TZ 18)

PVA

- (9) Es wären Maßnahmen zur Sicherstellung einer einheitlichen Entscheidungspraxis zwischen den Landesstellen zu setzen. (TZ 20)



Wien, im Juli 2017
Die Präsidentin:

Dr. Margit Kraker

