

Bundeskongress SGB II Forum A 7 (Folie 0)

Kurzmanuskript von Dr. Berg zum Thema: „**Mit drei Stunden erwerbsfähig? Konsequenzen einer gesetzlichen Definition**“

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bedanke mich herzlich für die Gelegenheit, im Rahmen des Bundeskongresses SGB II das Thema „Mit drei Stunden erwerbsfähig? Konsequenzen einer gesetzlichen Definition“ aus Sicht des Ärztlichen Dienstes (ÄD) der Bundesagentur für Arbeit (BA) aufgreifen zu dürfen.

Gerne berichte ich Ihnen

- zu aktuellen Ergebnissen der ärztlichen Begutachtung bei Klärung von Erwerbsfähigkeit (EF) nach dem SGB II
- über praktische Erfahrungen mit der Umsetzung der gesetzlichen Definition der EF durch die zuständigen Sozialleistungsträger und
- die sich daraus ergebenden Schlussfolgerungen für den ÄD und seine Auftraggeber.

Zuvor noch ein Hinweis zur Begutachtung und Beratung des ÄD im Rahmen des SGB II und zu den Eingliederungsproblemen von Arbeitslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen, die eng mit der Frage „Mit 3 Stunden erwerbsfähig“ verknüpft sind.

Begutachtung und Beratung des ÄD im Rahmen von SGB II

Die Bundesagentur für Arbeit (BA) bzw. die für die Grundsicherungsleistung zugelassenen kommunalen Träger haben bei der Integration von Arbeitslosen und Arbeitssuchenden gesundheitliche Aspekte zu berücksichtigen. Dabei unterstützt der ÄD der BA - wie einige Gesundheitsämter - die Arbeitsgemeinschaften (ARGEn) bei dem gesetzlichen Ziel entsprechend dem § 1 SGB II, d.h. vorrangig Hilfebedürftigkeit zu vermeiden, zu beenden oder zumindest zu verringern und die Erwerbsfähigkeit Hilfebedürftiger zu erhalten oder wieder herzustellen.

Frage nach Eignung und Erwerbsfähigkeit im Mittelpunkt

Leistungen nach den SGB II erhalten Hilfebedürftige insbesondere, sofern sie erwerbsfähig sind (§ 7 Abs. 1 SGB II). Die Klärung der Erwerbsfähigkeit (EF) im Sinne von § 8 Abs. 1, d.h. wer unter den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes im Stande ist, mindestens drei Stunden tgl. erwerbsfähig zu sein (siehe dazu Definition der vollen Erwerbsminderung n. § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI) , steht somit neben der Frage nach der Eignung i.S. d. § 3 SGB II bei der Integration von Kunden mit häufig vielfältigen Gesundheitsproblemen ganz im Mittelpunkt (Folie 1 und 2). Andere Anlässe zur Einschaltung des ÄD wie z.B. Fragen im Zusammenhang bei der Prüfung der Zumutbarkeit nach § 10 SGB II, die Klärung gesundheitlicher Gründe bei Abbruch einer Maßnahme (§ 15 Abs. 3 SGB II), die Nichtannahme oder Beendigung einer Arbeit oder Ausbildung (§ 10 Abs. 1 i.V. mit § 31 Abs.

1 SGB II) oder die Klärung der Notwendigkeit eines Mehrbedarfs (§ 21 Abs. 5 SGB II) spielen zahlenmäßig eine nachrangige Rolle.

Probleme bei der Eingliederung von Arbeitslosen mit Gesundheitsstörungen

Folie 3 soll Ihnen einen IAB-Kurzbericht aus dem Jahre 2003 in Erinnerung rufen, der unter der Überschrift „Arbeitslos – Gesundheit los – Chancenlos?“ besonders auf die Problemlage bei Langzeitarbeitslosen hingewiesen hat, die die primäre Zielgruppe des SGB II sind. Eine Auswertung von Februar 2006 bestätigt die Analyse des IAB von 2003 (Folie 4). Danach wiesen rund 50 % der Langzeitarbeitslosen gesundheitliche Einschränkungen auf. Besonders für diese Arbeitslosen bestehen, wie die IAB-Studie von 2003 gezeigt hat, deutlich geringere Wiedereingliederungschancen in den Arbeitsmarkt. Dies ist bedingt durch die Auswirkungen der Gesundheitsstörungen auf die berufliche Tätigkeit vor allem bei der Altersgruppe über 45 Jahre.

Ergebnisse der EF-Prüfung durch den ÄD

Damit der Fallmanager/persönliche Ansprechpartner die Eingliederungs- bzw. Wiedereingliederungschancen von meist erheblich psychosozial Beeinträchtigten verbessern kann, ist eine schnelle Klärung von begründetem Zweifel an der EF notwendig. Dazu hat die BA in ihren fachlichen Hinweisen Anhaltspunkte zusammengestellt, die ich Ihnen in Auszügen zeige (Folie 5). Eine sorgfältige Analyse der Situation, u.a. durch Prüfung der Selbsteinschätzung und durch umfassende Würdigung des Gesamteindrucks des Probanden, führt zu einer

zielgerichteten Einschaltung des ÄD und ermöglicht so die fachadäquate und zügige Abklärung.

Folie 6 zeigt, dass der ÄD in unterschiedlichem Umfang mit der Klärung der EF eingeschaltet wurde. Dies liegt, wie der Bundesrechnungshof bereits 2005 festgestellt hat, an der „individuellen“ Umsetzung der fachlichen Hinweise zur EF vor Ort, die u.a. in der eben vorgestellten Checkliste niedergelegt sind. Im Schnitt wurde der ÄD in 58,7 % aller abgeschlossenen SGB-II-Fälle (= 12.286 Fälle im 2. Quartal 2007 in 17 Agenturbezirken) mit der EF-Problematik (vorrangige Frage: Liegt EF vor?) konfrontiert.

Interessant ist nun die Auswertung dieser Fälle nach dem Ergebnis der Begutachtung (Folie 7). Insgesamt waren über circa 61 % noch vollschichtig belastbar, circa 7 % waren zeitlich begrenzt belastbar (3 Std. bis unter 6 Std.) und circa 32 % waren weniger als 3 Stunden belastbar. Insgesamt circa 19 % der Fälle (Gesamtzahl 2431) wurden vom ÄD als nicht erwerbsfähig über 6 Monate bzw. auf Dauer eingestuft. Leider liegt die Gesamtzahl der in den ausgewerteten Bezirken gemeldeten „Erwerbsfähigen Hilfebedürftigen“ nicht vor, um deren Anteil an den o.g. 2431 Fällen bestimmen zu können. Eine aktuelle Auswertung des Gesundheitsamtes Stuttgart erbrachte ähnliche Zahlen (circa 57 % der Fälle belastbar über 3 Std; circa 17 % der Fälle belastbar unter 3 Std. für mehr als 6 Monate). Es darf aus den genannten Zahlen geschlossen werden, dass nur ein relativ kleiner Teil der Antragsteller i.S.d. § 8 SGB II nicht erwerbsfähig ist.

In Folie 8 ist am Beispiel des Agenturbezirks Bayreuth eine Auswertung der ärztlichen Begutachtung im SGB II-Bereich nach Diagnosen dargestellt. Wie im SGB III-Bereich wurden häufig psychische

Störungen und Substanzmissbrauch festgestellt. Diese Gesundheitsstörungen führen - wie eine interne Auswertung der Agentur für Arbeit Stuttgart bestätigen konnte - sehr häufig zu einem aufgehobenen Leistungsvermögen (unter 3 Std. für mehr als 6 Monate). Gerade bei diesem Personenkreis sind rechtzeitig eingeleitete Maßnahmen wie stationäre Entwöhnungsmaßnahmen nach § 7 Abs. 4 bzw. Maßnahmen n. § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB II (u.a. Suchtberatung, psychosoziale Betreuung) äußerst wichtig.

Praktische Umsetzung der gesetzl. Definition der EF

Folie 9

Mit Einführung des SGB II kam es zu „Problemen“ bei der Überleitung von Sozialhilfefällen in das SGB II, wobei es sich um Einzelfälle gehandelt hatte (es wurden dauerhaft schwer Erkrankte zuerst in den SGB II-Bereich überführt). Der Bundesrechnungshof wies nach einer Prüfung von neun ARGE n zum Thema „Anspruchsvoraussetzungen zur Gewährung von Alg-II“ im Jahre 2005 darauf hin, dass die Abklärung der EF zu spät bzw. nicht zielgerichtet erfolgte. Seitdem wird verstärkt auf die Dienstleistungen des ÄD zur Klärung der EF zurückgegriffen, um u.a. den medizinischen und beruflichen Rehabedarf schneller zu erkennen.

Abstimmungsprobleme beim Übergang von Hilfebedürftigen vom SGB II-Bereich in die Zuständigkeit des SGB XII gab es bis zum 1.8.06 (Inkrafttreten des Fortentwicklungsgesetzes) mit den örtlichen Sozialhilfeträgern, die für die dauerhaft Leistungsgeminderten ohne Rentenanspruch zuständig sind. Seit o.g. Gesetz hat der SGB XII-Träger bei Anrufung der Einigungsstelle seine gegenteilige Auffassung zu

begründen. In Hamburg und Berlin wurden zwischen den beteiligten Trägern abgestimmte Vorverfahren eingeführt, da die gemeinsame Einigungsstelle eher als bürokratische Notlösung gesehen wird. Die Gutachten des ÄD sind Grundlage für die Entscheidungen in diesen Vorverfahren, wobei eine enge Abstimmung mit den ärztlichen Diensten der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) stattfindet. Diese beruht auf einer Verfahrensabsprache vom 1.1.2005 (Folie 10), die sich bisher insbesondere dort, wo die GRV für die Rentenleistungen zuständig ist, bewährt hat.

Seit 12.12.06 gilt für die Beteiligung der GKV am Einigungsstellenverfahren eine abgestimmte Verlautbarung. Ergebnisse dazu liegen der BA bisher nicht vor.

Schlussfolgerungen

Die in Folie 11 dargestellten Konsequenzen können nach bisherigem Kenntnisstand aus Sicht des ÄD zum Thema „EF-Abklärung“ gezogen werden.

Entscheidend ist

- ein umfassender Betreuungsansatz im gesundheitsbezogenen Fallmanagement auf Basis der Leistungen des ÄD und von Dritten
- Dies verlangt eine Fallmanagementbegleitung durch den ÄD in Kooperation mit der Kurativmedizin unter gezieltem Einsatz von Prävention/Gesundheitsförderung und Reha
- Anstelle eines Defizitansatzes in der ärztlichen Begutachtung liegt die Schwerpunktsetzung auf dem Erkennen der Befähigung mit dem Ziel der besseren Integrationsförderung (dazu u.a. Einführung der ICF = Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit,

Behinderung und Gesundheit in das Gutachten - siehe
Gutachtenbeispiel - und Erprobung neuer Assessmentverfahren)

- Eine verstärkte Nutzung der Systemberatung des ÄD führt zur
Verbesserung der Kooperation mit den Sozialleistungsträgern bzw.
mit den Gesundheitsämtern

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Backup:

Gutachtenbeispiel mit ICF-Kriterien (Folie 12,13)