

Walter Pöltner

Neue rechtliche Grundlagen der Rehabilitation in der Sozialversicherung

1. Allgemeines¹⁾

Medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation²⁾ ist in unterschiedlichen Normen, zum Teil im Landesrecht, zum Teil im Bundesrecht geregelt. Eine systematische Einbettung in die österreichische Rechtslandschaft besteht nicht. Dies hat historische aber auch verfassungsrechtliche Gründe. Zum einen ergibt sich dies schon aus der verfassungsrechtlichen Aufteilung der Kompetenzen in einem Bundesstaat zwischen Bund und Ländern, zum anderen hat die UV³⁾ beispielsweise einen anderen historischen Hintergrund (Ablöse des Schadenersatzrechtes, Kausalitätsprinzip) als etwa die Krankenversicherung (KV) (Finalitätsprinzip).

In der Regel werden Maßnahmen bzw Leistungen aus dem Titel Rehabilitation freiwillig gewährt,⁴⁾ also ohne Rechtsanspruch. Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass in der KV und in der Pensionsversicherung (PV) Rehabilitation als Pflichtaufgabe geregelt ist. Diese ausgeprägte Diversifikation an Regelungen, verknüpft mit dem abgeschwächten Verbindlichkeitsgrad der Normen, führen regelmäßig zu Kompetenzkonflikten. Hier bedauerlicherweise vor allem zu negativen Kompetenzkonflikten, wie etwa die jüngste Diskussion zur Kinderrehabilitation zeigt, wo die Zuordnung als Bundesaufgabe oder Landesaufgabe strittig ist. Diese Rechtslage führt aber auch zu einem verschwommenen Vollzug, wo die

¹⁾ Siehe dazu etwa auch *Windisch-Graetz* in *Mosler/Müller/Pfeil* (Hrsg), Der SV-Komm (2013) zu § 154a ASVG oder *Bergauer* ebendort zu §§ 300 ff ASVG, jeweils mit weiteren Literaturverweisen; ferner grundsätzlich *Pfeil*, Systemfragen der geminderten Arbeitsfähigkeit, DRdA 2013, 363; jüngst auch *Burger/Ivansits*, Medizinische und berufliche Rehabilitation in der Sozialversicherung, DRdA 2013, 106; *Müller*, Neuregelungen in der Pensionsversicherung, DRdA 2013, 99; *Neumann*, Rehabilitation vor Pension, SozSi 2013, 110; *Pöltner*, Das Sozialrechtsänderungsgesetz 2012, ZAS 2013, 13; *Sonntag*, Verfahrens- und materiellrechtliche Probleme des SRÄG 2012, ASoK 2013, 414.

²⁾ Auf Maßnahmen der sozialen Rehabilitation, wie etwa in § 304 ASVG geregelt, wird in dieser Arbeit nicht weiter eingegangen.

³⁾ Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation in der UV werden in dieser Arbeit nicht näher erörtert. Da besteht nach wie vor ein Rechtsanspruch. Die jüngsten Reformen haben diesen Regelungsbereich nicht berührt.

⁴⁾ Anders in der gesetzlichen Unfallversicherung (zB §§ 171 ff ASVG).

Zuständigkeiten oft parallel nebeneinander wahrgenommen werden (Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation werden zB vom Arbeitsmarktservice [AMS] ebenso wie von den PV-Trägern gewährt). Es kommt auch vor, dass einfach eine Institution, mit anderem Finanzierungshintergrund, die Aufgaben einer anderen Institution übernimmt. Als Beispiel sei hier die medizinische Rehabilitation der Pensionisten angeführt, die zwar in die Zuständigkeit der KV fallen (§ 154a ASVG) aber tatsächlich von den PV-Trägern im Rahmen der Gesundheitsvorsorge wahrgenommen werden (§ 307d ASVG).

Der Rahmen dieser Arbeit beschränkt sich auf die Darstellung der Maßnahmen der Rehabilitation, auf medizinische wie auf berufliche Rehabilitation der SV. Hier wiederum schwerpunktmäßig auf die vom Finalitätsprinzip getragenen Sozialversicherungszweige, also auf die KV und PV, ergänzt mit einem Seitenblick auf das AMS.

2. Altes und Neues zur Rehabilitation

2.1 Die medizinische Rehabilitation

2.1.1 Medizinische Rehabilitation als Pflichtaufgabe

Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation sind in der Sozialversicherung (SV) grundsätzlich als Pflichtaufgabe geregelt (§ 154a und §§ 300, 302 ASVG). Die Abgrenzung zur Krankenbehandlung (§ 133 ASVG) ist schon medizinisch schwer zu definieren, umso schwieriger fällt die rechtliche Zuordnung an der Schnittstelle von Krankenbehandlung zur medizinischen Rehabilitation. Ähnliches gilt wohl auch für die Abgrenzung zur Hilfe bei körperlichen Gebrechen (Hilfsmittel nach § 154 ASVG). Diese in der Literatur ausführlich beschriebene Rechtslage⁵⁾ führte in der Verwaltung zwar auch zu Schwierigkeiten, aber doch in einem eher untergeordneten, wenn auch sozial- und gesundheitspolitisch unbefriedigenden Rahmen. Dies deshalb, weil dem Rechtsanspruch auf Krankenbehandlung die Leistungen aus der Rehabilitation und noch mehr die Leistungen bei körperlichen Gebrechen nachrangig als freiwillige Leistungen bei gefügt sind.

Schon mit dem Budgetbegleitgesetz/BBG 2011 (BGBl I 2010/111) änderte sich die Situation in der PV derart, als nun erstmals ein Rechtsanspruch auf Rehabilitation für bestimmte Versichertengruppen in der gesetzlichen PV eingeführt wurde; dazu aber später. Mit dem SRÄG 2012 (BGBl I 2013/3) ist nun auch – ebenfalls nur für bestimmte Personengruppen – ein Rechtsanspruch auf Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation eingeführt worden (§ 253f, § 270b ASVG). Damit steht nun ein Rechtsanspruch auf Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation dem Rechtsanspruch auf Krankenbehandlung gleichwertig, wenn auch nur komplementär, zur Seite. Es ändert wohl nichts daran, dass in der Regel zuerst der Anspruch auf Krankenbehandlung zu prüfen sein wird und erst ergänzend ein Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation in Betracht zu ziehen ist. Die Kernfrage, wann ein Rechtsanspruch auf Kranken-

⁵⁾ Weitere Hinweise dazu bei *Windisch-Graetz und Bergauer in Mosler/Müller/Pfeil (Hrsg)*, Der SV-Komm (2013).

behandlung gerade endet und diesem Rechtsanspruch nun ein neuer, nun auf medizinische Rehabilitation folgt, wird sowohl in der medizinischen Beurteilung als auch in der juristischen Literatur und Judikatur nicht leicht zu beantworten sein. Umso mehr als auch Maßnahmen parallel zur Krankenbehandlung denkbar sein können.⁶⁾

Die Rechtsgrundlagen zur medizinischen Rehabilitation finden sich in den Sozialversicherungsgesetzen einmal in der Richtlinienkompetenz des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (HV): Im § 31 Abs 2 Z 5 sowie Abs 5 Z 20, 21 und 27 ASVG.

Die Erstellung eines Rehabilitationsplanes für die SV-Träger wird nun ab 1. 1. 2014 eine neue Aufgabe des HV sein; nach Meinung vieler, fast zu spät. Im § 31 Abs 5 ASVG wird der Katalog der vom HV zu erstellenden Richtlinien (RL) erweitert:

So hat der HV nun RL für die Vorgangsweise, insb das koordinierende Zusammenwirken, der SV-Träger bei der Behandlung und Beurteilung von Leistungsansprüchen und der Erbringung von Leistungen der Rehabilitation zu erstellen. Gesondert ist nun auch eine RL für das koordinierende Zusammenwirken der eigenen Einrichtungen (Sonderkrankenanstalten) zu erstellen. Ausdrücklich wird die Bindung an den Rehabilitationsplan dabei hervorgehoben.

In der KV sind die Regelungen im Wesentlichen in den §§ 154a ASVG, § 99a GSVG, § 96a BSVG und § 65a B-KUVG zu finden.

So leitet § 154a ASVG mit der Feststellung ein, dass die KV-Träger, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder die Folgen der Krankheit zu erleichtern, im Anschluss an die Krankenbehandlung nach pflichtgemäßem Ermessen medizinische Maßnahmen der Rehabilitation gewähren. Mit dem Verweis auf § 133 Abs 2 ASVG wird klargestellt, dass auch für solche Maßnahmen das Zweckmäßigkeitssgebot gilt und dass es sich dabei um Sachleistungen handelt.

§ 154a Abs 1 ASVG legt auch die Ziele fest und unterstreicht damit auch das Finalitätsprinzip, das solchen Leistungen unterlegt ist: „... mit dem Ziel, den Gesundheitszustand der Versicherten und ihrer Angehörigen so weit wiederherzustellen, dass sie in der Lage sind in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauernd und ohne Betreuung und Hilfe einzunehmen.“ Mit dem Verweis auf § 133 Abs 2 ASVG, der ähnliche Ziele enthält, wird offenbar die Bedeutung dieses Ziels unterstrichen.

Als Maßnahmen kommen nach § 154a Abs 2 ASVG stationäre Versorgung in Sonderkrankenanstalten für Rehabilitation in Frage sowie unter anderem auch die Gewährung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen, aber auch – bei Erfüllung bestimmter Bedingungen – ärztliche Hilfe und die Versorgung mit Heilmitteln und Heilbehelfen.

Aus § 154a Abs 7 ASVG ergibt sich, dass die KV grundsätzlich für Versicherte, Pensionisten und Angehörige zuständig ist. Allerdings trifft die PV nach § 300 Abs 1 ASVG Vorsorge für die Versicherten und Bezieher einer Pension aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit. Nach § 302 Abs 2

⁶⁾ Dies gilt ebenso für die Abfolge von medizinischer zur beruflichen Rehabilitation. Wenngleich in der Regel hier die Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation den medizinischen folgen werden, ist auch ein Nebeneinander solcher Maßnahmen denkbar.

ASVG kann der PV-Träger die Gewährung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation an sich ziehen, was in der Praxis für die Gruppe der Versicherten auch so gelebt wird.

Danach ergibt sich derzeit folgende Einteilung der Zuständigkeiten:

- KV: Angehörige und Pensionisten (mit Ausnahme der Invaliditätspensionisten)
- PV: Versicherte und Invaliditätspensionisten

Die PV-Träger führen dennoch für die Pensionisten „rehabilitationsähnliche“ Leistungen auf Kosten der PV, vor allem die stationäre Versorgung in Rehabilitationszentren, durch und zwar unter dem Rechtstitel Gesundheitsvorsorge nach § 307d ASVG.

Dies obwohl § 154a Abs 6 ASVG klarstellt, dass Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit bzw von Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge (§§ 155 und 307d ASVG) nicht zu den medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation zählen.

2.1.2 Der Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation

Mit 1. 1. 2014 tritt im ASVG im Bereich der Leistungen aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit eine über weite Bereiche neue Rechtslage in Kraft. Die Rechtsgrundlage dafür findet sich im SRÄG 2012 (BGBl I 2013/3). Zusammen mit dem BBG 2011 (BGBl I 2010/111) und dem Stabilitätsgesetz 2012 (BGBl I 2012/35) bildet dies die Grundlage der umfassendsten Reform des Invaliditätsrechtes seit dem Bestehen der gesetzlichen PV.

Neben vielen Detailregelungen, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann,⁷⁾ ragt die Aufhebung der befristeten Pensionszuerkennung aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit aus den umfangreichen Neuerungen heraus. Übergangsbestimmungen nach § 669 Abs 5 ASVG lassen die Regelung zwar erst sanft, erst für Versicherte ab Jahrgang 1964, in Kraft treten, alle damit verbundenen Rechtsfragen und Herausforderungen für den Rechtsanwender stellen sich aber dennoch bereits mit 1. 1. 2014. Für Versicherte nach dem GSVG und BSVG gilt diese Regelung allerdings nicht. Dies nicht zuletzt auch deshalb, weil das neue Leistungsportfolio des ASVG und des AlVG nicht auf diesen Personenkreis übertragbar ist.

Dem Wegfall der befristeten Pension aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit treten nun neue Leistungen zur Seite. Das ist das Rehabilitationsgeld (§§ 143a ff ASVG), das von den zuständigen KV-Trägern ausbezahlt wird und von der PV der KV zu ersetzen ist, sowie das Umschulungsgeld (§ 39b AlVG) als Geldleistung für versicherte Personen, die sich nach dem AlVG Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation unterziehen.

Wird ein Pensionsantrag gestellt, wird gleichzeitig auch ein Antrag auf Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation und Rehabilitationsgeld⁸⁾ ge-

⁷⁾ Zum Beispiel die Erhöhung des „Schutzzalters“ nach § 255 Abs 4 ASVG von 2012 noch 57. auf das 60. Lebensjahr (ab 2017).

⁸⁾ Auch wenn nicht ausdrücklich angeführt, gilt ein Antrag auf Invaliditätspension auch gleichzeitig als Antrag auf Feststellung des Berufsfeldes, für das zweckmäßige und zumutbare berufliche Rehabilitation in Betracht kommt.

stellt (§ 361 Abs 1 ASVG), dies alles beim PVT. Wird nun ein solcher Antrag abgelehnt, weil keine dauernde Minderung der Erwerbsfähigkeit iSd §§ 255, 273 ASVG vorliegt, aber vorübergehende Invalidität/Berufsunfähigkeit mindestens sechs Monate besteht, so hat der oder die Versicherte damit verbunden gleichzeitig (zu Umschulungsgeld oder Rehabilitationsgeld) einen Rechtsanspruch auf Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation gegenüber der PV (§ 253f und § 270b ASVG). Es besteht somit erstmals im Wirkungsbereich der PV ein Rechtsanspruch auf Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation,⁹⁾ aber nur dann und nur für jene, deren Pensionsantrag iSd § 367 Abs 4 ASVG abgelehnt worden ist. Für die PV bedeutet das auch, dass sie erstmals mit Rechtsansprüchen auf medizinische Sachleistungen konfrontiert ist.

Sieht man die Rechtslage streng, so besteht nun bei Antrag auf eine Pension aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit ein während des Leistungsverfahrens rechtlich noch nicht durchsetzbarer Antrag auf Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, der erst mit Ablehnung des primären Antrages auf Pension zu einem Rechtsanspruch mutiert.¹⁰⁾

Bezieht nun eine Person Rehabilitationsgeld (§ 143a ASVG) von der KV, hat sie einen Rechtsanspruch auf Leistung von Rehabilitationsmaßnahmen (§§ 253f, 270b ASVG) gegenüber der PV. Ähnliches gilt bei beruflicher Rehabilitation nach dem AlVG; bezieht eine Person Umschulungsgeld nach § 39b AlVG, so hat sie ebenfalls einen Rechtsanspruch auf Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation gegenüber der PV.

Wie bereits ausgeführt, besteht parallel daneben oder danach auch die Möglichkeit für die PV, Leistungen als freiwillige Leistung anzubieten. Hier kommt dann allenfalls die Geldleistung Übergangsgeld in Betracht (§ 306 ASVG). Bei Leistung von Rehabilitationsgeld geht diese Leistung allerdings dem Übergangsgeld vor (§ 306 Abs 1 ASVG).

Die in den §§ 253f, 270b ASVG geregelten Rechtsansprüche auf Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation stehen nun erstmals auch in rechtlich maßgeblicher, nämlich durchsetzbarer Konkurrenz zum Rechtsanspruch auf Krankenbehandlung: Beiden Regelungen ist gemeinsam, dass die Maßnahmen ausreichend und zweckmäßig sein müssen und dass sie das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. In den §§ 253f, 270b ASVG wird noch dazu die PV dahingehend angehalten, solche Leistungen nur unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes und der Zumutbarkeit zu erbringen.

Gerade die zuletzt beschriebene Gesetzstelle iVm § 361 ASVG (Antrag auf solche Maßnahmen auch ohne Parteiwillen) verdeutlicht die Komplexität der Regelungen zur medizinischen Rehabilitation. Der (vielleicht in bestimmten Verfahrensabschnitten auch nur potentielle) Rechtsanspruch auf Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation läuft gleichzeitig mit der Mitwirkungspflicht zu

⁹⁾ Auf Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation besteht ja für bestimmte Versichertengruppen unter bestimmten Voraussetzungen bereits seit 1. 1. 2011 ein Rechtsanspruch.

¹⁰⁾ § 253f Abs 1 ASVG spricht von Personen, für die bescheidmäßig festgestellt wurde, dass vorübergehende Invalidität von zumindest sechs Monaten vorliegt. Nur diese haben einen Anspruch auf medizinische Maßnahmen der Rehabilitation.

„Angeboten“ der PV auf medizinische Rehabilitation zusammen (§ 366 ASVG). Vor diesem Hintergrund ist auch der besondere Auftrag an die PV zur Berücksichtigung des Gesundheitszustandes und der Zumutbarkeit zu sehen.

Wir haben es im Bereich der medizinischen Rehabilitation nun mit einer nicht einfachen und wohl noch intensiv zu diskutierenden Rechtslage zu tun. Vorerst wird sich die Frage von Rechtsanspruch und Mitwirkungspflicht im Leistungsverfahren stellen. In weiterer Folge wird es zu einer Konkurrenz von Ansprüchen entweder nach der KV (Krankenbehandlung) oder nach der PV (medizinische Rehabilitation) kommen. Motivierend dazu kann sich auch die dabei verbundene Änderung der jeweiligen finanziellen Belastung der Versicherungszweige und damit der SV-Träger auswirken.

2.2 Die berufliche Rehabilitation

Anders als in der gesetzlichen Unfallversicherung (UV)¹¹⁾ war bis zum 31. 12. 2010 berufliche Rehabilitation eine Ermessensentscheidung der PV oder des AMS, also eine freiwillige Leistung. Mit dem BBG 2011 (BGBI I 2010/ 111) wurde nun erstmals ein Rechtsanspruch auf berufliche Rehabilitation in die SV eingeführt (§§ 252e, 270a ASVG). Dieser Rechtsanspruch auf Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation ist gegenüber der PV durchsetzbar und zwar im Verfahren wegen Zuerkennung einer Pension aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit. Hier dann, wenn der Antrag auf Berufsunfähigkeitspension (§ 255 Abs 1 und 2 sowie § 273 Abs 1 ASVG) abgelehnt wird, weil eine zweckmäßige und zumutbare Rehabilitation möglich ist. Bei Invaliditätspensionen nach § 255 Abs 3 ASVG besteht diese Möglichkeit nicht. So findet sich auch nach neuer Rechtslage für ungelernte ArbeitnehmerInnen kein Rechtsanspruch auf Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation, allerdings bei Bezug von Rehabilitationsgeld ein Rechtsanspruch auf Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation.

Nach § 669 Abs 5 ASVG gilt diese Bestimmung ab 1. 1. 2014 allerdings für Versicherte nach dem ASVG nur bis zum Jahrgang 1963. Für Jüngere gilt dann wieder die schon zum 31. 12. 2010 geltende Rechtslage: Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation sind dann wieder eine Pflichtaufgabe der PV, eine Ermessensentscheidung, eine freiwillige Leistung nach § 303 iVm § 198 ASVG. Ebenso bleibt für Versicherte nach dem GSVG und BSVG die durch das BBG 2011 geschaffene, ab 1. 1. 2011 geltende Rechtslage erhalten. Diese Personen haben weiterhin bei Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen einen Rechtsanspruch auf Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation (§ 131 GSVG, § 122 BSVG).

Allerdings besteht im ASVG für Jahrgänge ab 1964 insofern eine wesentliche Neuerung, als zwar der Rechtsanspruch auf Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation gegenüber der PV nicht mehr gilt, dafür aber ein Anspruch auf Feststellung des Berufsfeldes, für das berufliche Rehabilitation zweckmäßig und zumutbar ist (§ 367 Abs 4 ASVG). Daraus resultiert dann ein Rechtsanspruch auf Rehabilitation gegenüber dem AMS. Die Abarbeitung der Frage, wann ein

¹¹⁾ § 198 ASVG.

Rechtsanspruch besteht oder wann es sich um Mitwirkungspflichten (§§ 305, 366 ASVG) handelt, soll der weiteren Diskussion vorbehalten bleiben.¹²⁾

Auch zur beruflichen Rehabilitation hat der HV RL zu erlassen: Gem § 31 Abs 5 Z 36 ASVG solche für die Grundsätze der Erstellung von Gutachten in Angelegenheiten der beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation und gem Z 37 eine RL für das Zusammenwirken der SV-Träger untereinander und mit dem AMS bei der Durchführung der medizinischen und beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation zur Erhaltung oder Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit.

Mit der Feststellung des Berufsfeldes nach § 367 Abs 4 ASVG entsteht wie bereits erwähnt ein Rechtsanspruch auf berufliche Rehabilitation und zwar genau auf die durch das definierte Berufsfeld eingegrenzten Optionen. Dieser Feststellung der PV-Träger folgt nun nicht ein Rechtsanspruch gegenüber der PV, sondern ein Rechtsanspruch gegenüber dem AMS. Dieser Rechtsanspruch ist daher gegenüber dem AMS geltend zu machen und bindet die Versicherten ebenso wie das AMS. Im Einvernehmen zwischen der versicherten Person und dem AMS kann von diesem vorgezeichneten Weg abgewichen werden und andere Maßnahmen, auf ein anderes Berufsfeld, vereinbart werden. Ein Einvernehmen mit der PV ist in diesen Fällen nicht vorgesehen, auch wenn die PV diese Maßnahmen dem AMS ersetzen muss. Kommt das AMS (gemeinsam mit der betroffenen Person) zur Ansicht, dass das vom PV-Träger definierte Berufsfeld nicht umsetzbar ist, hat es das mit Bescheid zu entscheiden. Der Rechtszug führt – anders als in der SV – nicht zum Arbeits- und Sozialgericht, sondern zum Bundesverwaltungsgericht. Im Übrigen kann die versicherte Person nun wieder einen neuen Antrag beim PV-Träger stellen.

Mit dem Anspruch auf Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation ist der Anspruch auf die Geldleistung Umschulungsgeld verbunden (§ 39b ALVG). Sowohl bei der Feststellung des Berufsfeldes durch die PV-Träger als auch bei der Durchführung durch das AMS ist neben der Zweckmäßigkeit vor allem die Zulässigkeit nach § 303 ASVG zu beachten.

3. Zusammenfassung

Mit den jüngsten Novellen zu den SV-Gesetzen, insb zum ASVG hat sich die Rechtssituation der Versicherten im Bereich der Rehabilitation grundlegend verändert. Die PV-Träger und das AMS sind nun vor der neuen Herausforderung gestellt, dass sie über Rechtsansprüche auf Sachleistungen entscheiden müssen. Erstmals sind Leistungen der Rehabilitation einklagbar bzw durchsetzbar. Rechtsansprüche werden neben noch weiterhin gewährten Ermessensleistungen die Vollziehung der Rehabilitation verändern. Rechtsansprüche auf Krankenbehandlung und auf Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation werden Abgrenzungsfragen (auch zwischen KV und PV) generieren. Ob die Frage der Überschneidung von Rechtsanspruch und Mitwirkungspflicht wirklich unbewältigbare Fragen aufwirft, wird meines Erachtens nur die gelebte Praxis (Judikatur)

¹²⁾ Siehe dazu aber jüngst *Taudes*, Mitwirkungspflichten in der Sozialversicherung, ZAS 2012, 240.

und Lehre entscheiden. Für die Versicherten bedeutet dies überdies ein Hin- und Her-Pendeln zwischen drei Institutionen, dass erst durch die Verwaltung (zum Beispiel Case Management nach § 143a Abs 4 ASVG) versichertenfreundlich gestaltet werden muss.

Ungeachtet der gelösten oder noch ungelösten neuen Fragestellungen, handelt es sich bei den neuen Regelungen um ein umfassendes, wichtiges und notwendiges Reformvorhaben, das dem Ziel, länger aktiv im Erwerbsleben zu verbleiben, den nötigen rechtlichen Boden gibt. Wie allen Anfängen gemeinsam, muss man sich an das neue Denken herantasten, lernen und bereit sein sich dem Neuen zu öffnen. Wenn alle Beteiligten sich dieser großen Aufgabe bewusst sind, wird der Erfolg sich auch einstellen.

Sigrid Röhrich

fit2work

Beratungs-, Informations- und Unterstützungsangebot für Sekundärprävention¹⁾

1. Einleitung

Pro-aktive Sozialpolitik ist ein wesentlicher Ansatz für „intelligentes Sparen“. Prävention bedeutet Gesundheit erhalten statt teurer „Reparaturen“ im Nachhinein. Geldmittel werden eingesetzt, um gesundheitliche Schäden erst gar nicht entstehen zu lassen bzw. zu minimieren und gleichzeitig Verwaltungskosten einzusparen, ohne Leistungen zu kürzen. Forcierte Vernetzung soll für die bessere Nutzung und notwendige Weiterentwicklung bestehender Angebote der Institutionen und Träger sorgen.

„fit2work“ ist ein zentrales Element einer (noch zu entwickelnden) Gesamtstrategie zur Erhaltung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit des österreichischen Arbeitskräftepotentials. Damit soll das vorzeitige Ausscheiden aus dem Erwerbsprozess hintangehalten werden und so – angesichts des demografischen Wandels – das Knowhow in den Betrieben gehalten werden. Durch die Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Arbeitswelt soll der Gesundheitszustand verbessert werden. In einer erwerbszentrierten Gesellschaft geht es um die menschliche Würde, möglichst lange gesund in der Arbeitswelt aktiv zu verbleiben.

Dazu kommt noch der ökonomische Nutzen für die Systeme der sozialen Sicherheit. Es liegt auf der Hand, dass – wenn die Krankenstandstage verringert werden und ArbeitnehmerInnen generell länger beschäftigt sind – dem Staat Ausgaben erspart werden. Gleichzeitig steigert der öffentliche Haushalt seine Einnahmen durch ein Mehr an Steuern und Sozialversicherungsabgaben.

¹⁾ Mit herzlichem Dank an Dr. Christian Operschall (BMASK, Leiter der Steuerungsgruppe fit2work), Mag. Robert Kronaus und Andreas Eckwolf (beide BMASK), Mag. Alfred Weber, Silvia Kutrowatz MSc und Mag. (FH) Patrick Berger (alle BSB, Büro der Steuerungsgruppe fit2work) für ihre Vorarbeiten, Beiträge und Kommentare!

2. Kritik, Entwicklung und internationale Vorbilder

Bereits im Jahr 2005 stellte der Rechnungshof in seinem Bericht über die „Gesundheitsförderung durch das BMGF“²⁾ einen besonderen Bedarf hinsichtlich der Koordinierung der Gesundheitsförderung fest. In weiterer Folge bekräftigte der Präsident des Rechnungshofes (Alpbach, September 2009) diese Kritik und sprach von einer „mangelhaften Koordinierung der Gesundheitsförderungsmaßnahmen von Gebietskörperschaften und Sozialversicherungsträgern“ sowie von „Effizienzverlusten.“

Ein Ergebnis der ExpertInnengespräche zu „Invalidität im Wandel“ (2007/08) waren Verbesserungen bei der „Sekundärprävention“ sowie die Einführung von „Early-Intervention-Strategien“ – konkret wurde der flächendeckende Aufbau von Beratungsstellen für Arbeitsfähigkeit, Gesundheit und Arbeitsplatzerhalt formuliert. Parallel dazu wurden in Wien („Service Arbeit und Gesundheit“), der Steiermark („Präventionsmanagement“) und Niederösterreich („WorkFit“) erfolgreiche Pilotversuche eingerichtet, die teilweise bis 2002 zurückreichen.

Im „Fehlzeitenreport 2009“ stellte das WIFO einen Bedarf für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention fest³⁾ und empfahl die Entwicklung eines diesbezüglichen Angebots: „Verknüpfung von Elementen der primären Prävention mit diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen der sekundären und tertiären Prävention“.

Das Programm „FINPAW – Finnish National Programme for Ageing Workers“ (1997 – 2002) lieferte gute Ansätze. Das finnische Reformprogramm – mit *Juhani Ilmarinen* als Mastermind – zeichnete sich durch ein breites Bündel von Maßnahmen und die Beteiligung verschiedener Ministerien, der Sozialpartner und des Finnischen Instituts für Arbeitsmedizin (FIOH) aus. Es galt, Vorurteile gegenüber Älteren aus dem Weg zu räumen und deutlich zu machen, dass Menschen gerne weiterarbeiten wollen, wenn ihre Bedürfnisse im Arbeitsleben berücksichtigt werden. Erst gegen Ende des Programms wurde eine Rentenreform auf den Weg gebracht, die ein Weiterarbeiten auch finanziell belohnt.

Als Erfolgsrezept erwiesen sich dabei insb die durchgeführten Informationskampagnen für aktives Altern und Erhalt der Arbeitsfähigkeit in der breiten Öffentlichkeit. Aber auch Ansätze aus den übrigen skandinavischen Staaten und den Niederlanden flossen in die Programmgestaltung ein. Ebenfalls einen wichtigen Part in der Programmgestaltung leisteten die österreichischen Pilotprojekte.

Ende 2009 erteilte Bundesminister *Rudolf Hundstorfer* einen Projektauftrag zur Entwicklung von Beratungsangeboten zum Zweck einer frühzeitigen Intervention bei gesundheitlichen Problemen erwerbstätiger oder arbeitsloser Personen (berufliche Sekundärprävention). Von Februar bis Juni 2010 wurde dies gemeinsam mit den Sozialpartnern und den geplanten künftigen Umsetzungspartnern Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA), Arbeitsinspektion,

²⁾ RH-Berichte, Reihe Bund 2005/9, siehe www.rechnungshof.gv.at/berichte/berichte-aus-vorjahren/2005/bund.html (abgefragt am 15. 2. 2014).

³⁾ Siehe www.wifo.ac.at/publikationen?detail-view=yes&publikation_id=39561 (abgefragt am 15. 2. 2014).