



© Robert Kneschke - Fotolia.com

Rehabilitation vor Pension

Konkreter gesetzlicher Auftrag oder gesetzlicher Grundsatz ohne Ausgestaltung?



Dr. Thomas Neumann ist Direktor der SVA der gewerblichen Wirtschaft und leitet den Geschäftsbereich Kundenmanagement (Versicherungs-, Gesundheits- und Pensionservice; Public Relations, Recht, Gesundheitsmanagement, internationale Angelegenheiten).

1 Einleitung

Bereits im Strukturanpassungsgesetz 1996 wurde der Grundsatz „Rehabilitation vor Pension“ eingeführt und derart ausgestaltet, dass ein Antrag auf Pension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit gleichzeitig und ohne Zustimmung des Betroffenen als Antrag auf Rehabilitation zu werten war. In den Erläuterungen zum Strukturanpassungsgesetz 1996 wurde festgehalten, dass eine Invaliditätspension nur dann anfallen sollte, wenn zumutbare Rehabilitationsmaßnahmen die Wiedereingliederung ins Berufsleben nicht bewirken konnten.¹

In umfassenden Expertengesprächen in den Jahren 2002² und 2007 bis 2008³ wurden die entscheidenden Grundlagen für die Inhalte des BBG 2011⁴ und des SRÄG 2012⁵ entwickelt. Die maßgeblichen so-

zialpolitischen Grundsätze wurden von Pöltner⁶ folgendermaßen zusammengefasst:

„Zum einen steht unser gesetzliches Pensionssystem aufgrund des früheren faktischen Zugangsalters zur Pension ... vor gravierenden finanziellen Herausforderungen, zum anderen wandelt sich auch der sozialpolitische Ansatz weg vom reaktiven, bloß Sozialleistung auszahlenden Sozialstaat zur aktiven Sozialbetrachtung mit dem Fokus auf Prävention und Rehabilitation. Durch rechtzeitiges Einwirken sollen der Eintritt eines Risikos und daraus folgende Zahlungen, vor allem der SV, vermieden oder zumindest verzögert werden.“⁷

In den Erläuterungen zum BBG 2011 wurde festgehalten, dass „die Forcierung, Bündelung und Standardisierung von Präventionsmaßnahmen an

1 StrukturanpassungsgG BGBl. I 1996/201; EriRV 72 BlgNR 20. GP, 248 f.

2 Expertenkommission zur Rahmenplanung des österreichischen Pensionssystems unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. Tomandl; auf Basis der Vorschläge dieser Expertenkommission wurde dann die Pensionssicherungsreform 2003 und in weiterer Folge in zahlreichen Verhandlungen der Sozialpartner mit der Bundesregierung die Pensionsharmonisierung 2004 entwickelt, die Reform des Invaliditätsrechts wurde aber ausgeklammert.

3 Endbericht der Arbeitsgruppe Neugestaltung des Invaliditätsrechts: BMASK (Hg.), Invalidität im Wandel (2009).

4 BGBl. I 2010/111.

5 BGBl. I 2013/3.

6 Pöltner, Das Sozialrechtsänderungsgesetz 2012 (SRÄG 2012), ZAS 2013/3.

7 Pöltner, Sozialrechtsänderungsgesetz, ZAS 2013/3, 13.

der Spitze der zu ergreifenden Maßnahmen“ stehe. Zentrales Ziel des Entwurfs sei es, „mit dem Anspruch auf Rehabilitation vor der Frage nach einem Pensionsanspruch anzusetzen“⁸. Im Ergebnis wurde mit den gesetzlichen Änderungen die Bedeutung von Prävention hervorgehoben und festgehalten, dass Maßnahmen der Rehabilitation mit Stellung eines Pensionsantrags zu spät einsetzen, weil sich Versicherte zu diesem Zeitpunkt bereits „mit ihrem Schicksal abgefunden haben und nur noch die Pensionsleistung selbst anstreben“⁹.

2 Die gesetzlichen Grundlagen

Auch nach dem BBG 2011 und dem SRÄG 2012 können die Pensionsversicherungsträger erst aufgrund eines Antrags des Versicherten Maßnahmen der Rehabilitation gewähren. Die Möglichkeit eines präventiven Vorgehens des Pensionsversicherungsträgers von Amts wegen wird im Gesetz nicht normiert. Die Bedeutung von Prävention wird lediglich in den entsprechenden Gesetzesmaterialien zum Ausdruck gebracht.

Um den Grundsatz „Rehabilitation vor Pension“ effektiv umsetzen zu können, muss es den Pensionsversicherungsträgern möglich sein, bei entsprechenden Indikationen Maßnahmen der Rehabilitation von Amts wegen möglichst frühzeitig zu ergreifen. Das Gesetz sieht kein amtswegiges Verfahren zur Prävention vor. Nur § 307c ASVG regelt das Verfahren zur rechtzeitigen Einleitung von Maßnahmen der Rehabilitation (Früherfassung).

§ 307c ASVG normiert eine Verordnungsermächtigung für den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB), in denen dieser Richtlinien zur Rehabilitation zu erlassen und dabei insbesondere auch das Verfahren zur rechtzeitigen Einleitung der Maßnahmen der Rehabilitation zu regeln hat.

Im Jahr 2005 hat der HVB Richtlinien für die Erbringung von Leistungen im Rahmen der Rehabilitation sowie von Leistungen im Rahmen der Festigung der Gesundheit und der Gesundheitsvorsorge (RRK 2005) erlassen.¹⁰ Diese Richtlinien gelten grundsätzlich für alle Versicherungsträger. Der die Früherfassung betreffende Abschnitt 7 der Richtlinie ist jedoch nur für die Gebietskrankenkassen (GKK), die Betriebskrankenkassen und die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA) für die „neuen“ Vertragsbediensteten anzuwenden. Bei Vorliegen bestimmter Diagnosen haben diese Versicherungsträger der Pensionsversi-

cherungsanstalt (PVA) den betroffenen Versicherten zu melden.¹¹ Die Auswahl der Versicherten hat so rechtzeitig zu erfolgen, dass die medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation durch den Pensionsversicherungsträger umgehend bei bestehender Rehabilitationsfähigkeit erfolgen können. Die Auswahl erfolgt grundsätzlich im Zuge der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit durch den chefärztlichen Dienst.¹²

Die Meldung der ausgewählten Fälle erfolgt mittels elektronischer Datenfernübertragung in einem bundeseinheitlich festgelegten Datensatz. Dieser Datensatz hat jedenfalls den Namen des Versicherten, die Versicherungsnummer, die Anschrift, den Beginn der Arbeitsunfähigkeit, die Diagnose, den Namen und die Telefonnummer des ärztlichen Ansprechpartners beim Krankenversicherungsträger und die Krankenhausaufenthalte des Versicherten während der Arbeitsunfähigkeit zu enthalten. Die PVA nimmt in weiterer Folge Kontakt mit dem Versicherten auf, um zu prüfen, ob Maßnahmen der Rehabilitation eingeleitet werden können. Spätestens zum Zeitpunkt dieser Kontaktaufnahme ist der Versicherte über die erfolgte Meldung des Krankenversicherungsträgers an den Pensionsversicherungsträger in geeigneter Weise zu informieren.¹³

3 Verfassungsrechtliche Prüfung – Grundrecht auf Datenschutz

a) Allgemeines

Durch das in Abschnitt 7 der RRK 2005 vorgesehene Verfahren wird in das verfassungsgesetzlich gewährleistete Recht auf Geheimhaltung von personenbezogenen Daten eingegriffen. Nach der Verfassungsbestimmung des § 1 Abs. 1 DSGVO 2000 hat jedermann Anspruch auf Geheimhaltung der ihn betreffenden personenbezogenen Daten, soweit ein schutzwürdiges Interesse daran besteht. Ein schutzwürdiges Interesse besteht jedenfalls nicht, wenn die Daten allgemein verfügbar sind oder nicht auf den Betroffenen zurückgeführt werden können (anonyme Daten).

Bei Eingriffen in das verfassungsgesetzlich gewährleistete Recht auf Geheimhaltung ist zu unterscheiden zwischen Eingriffen des Gesetzgebers, Eingriffen durch eine staatliche Behörde und Eingriffen durch Private. Diese Eingriffe können jedenfalls gerechtfertigt werden, wenn sie lebenswichtigen Interessen des Betroffenen dienen oder wenn sie sich auf die Zustimmung des Betroffenen

Rehabilitation vor Pension wurde als gesetzlicher Grundsatz verankert.



Mag. Ursula Koch ist Juristin und Praktikantin in der Stabsstelle Allg. Rechtswesen der SVA d. gew. Wirtschaft sowie in der Abteilung Sozialpolitik und Gesundheit der WKÖ.

8 ErlRV 981 BlgNR 24. GP, 190.

9 ErlRV 981 BlgNR 24. GP, 191.

10 Siehe Abschnitt 7 am Ende des Artikels.

11 § 32 RRK 2005 i. d. F. v. Verlautbarung Nr 125/2011.

12 § 33 RRK 2005 i. d. F. v. Verlautbarung Nr 125/2011.

13 § 34 RRK 2005 i. d. F. v. Verlautbarung Nr 114/2005.



© Adam Gregor - Fotolia.com

Die Übermittlung von personenbezogenen Daten zwischen der Kranken- und der Pensionsversicherung ist in Hinblick auf das Grundrecht auf Datenschutz bedenklich.

stützen oder wenn sie der Wahrung überwiegender berechtigter Interessen eines anderen dienen.

Eingriffe zur Wahrung überwiegender berechtigter Interessen eines anderen durch eine staatliche Behörde sind jedoch nur zulässig, wenn der Eingriff aufgrund einer besonderen gesetzlichen Grundlage erfolgt, die aus den in Art. 8 Abs. 2 EMRK genannten Gründen notwendig ist. Nach Art. 8 Abs. 2 EMRK dürfen Eingriffe staatlicher Behörden nur vorgenommen werden, soweit der Eingriff gesetzlich vorgesehen und in einer demokratischen Gesellschaft für die nationale oder öffentliche Sicherheit, für das wirtschaftliche Wohl des Landes, zur Aufrechterhaltung der Ordnung, zur Verhütung von Straftaten, zum Schutz der Gesundheit oder der Moral oder zum Schutz der Rechte und Freiheiten anderer notwendig ist.

Darüber hinaus normiert § 1 Abs. 2 DSGVO, dass derartige Gesetze die Verwendung von Daten, die ihrer Art nach besonders schutzwürdig sind, nur zur Wahrung wichtiger öffentlicher Interessen vorsehen dürfen und gleichzeitig angemessene Garantien für den Schutz der Geheimhaltungsinteressen der Betroffenen festlegen müssen.

b) Konkrete Prüfung bei Verfahren nach Abschnitt 7 der RRK 2005

Eingriff einer staatlichen Behörde

Durch das in Abschnitt 7 der RRK 2005 geregelte Verfahren der Früherfassung wird durch eine staatliche Behörde in das verfassungsgesetzlich gewährleistete Recht auf Geheimhaltung personenbezogener Daten eingegriffen. Der Eingriff erfolgt

durch die Übermittlung von personenbezogenen Daten des Versicherten von der GKK, einer BKK oder der BVA an die PVA. Selbstverwaltungskörper sind staatliche Behörden im Sinne des § 1 Abs. 2 DSGVO, weil der Begriff im funktionalen Sinn zu verstehen ist.¹⁴

Zulässigkeit des Eingriffs

Eingriffe durch staatliche Behörden können gerechtfertigt sein, wenn sie mit der Zustimmung der betroffenen Person erfolgen. Die Zustimmung muss freiwillig und in Kenntnis der Sachlage in Hinblick auf eine konkrete Datenverwendung erteilt werden. Abschnitt 7 der RRK 2005 sieht keine Zustimmung des Betroffenen vor. Vielmehr wird der Betroffene nach § 34 Abs. 3 RRK 2005 nur über eine bereits erfolgte Übermittlung informiert.

Ebenfalls gerechtfertigt können Eingriffe durch staatliche Behörden sein, wenn sie im lebenswichtigen Interesse des Betroffenen erfolgen. „Unter lebenswichtigen Interessen sind Umstände zu verstehen, die sich auf das Leben des Betroffenen im medizinischen Sinn auswirken.“¹⁵ Im lebenswichtigen Interesse des Betroffenen erfolgen Eingriffe, wenn das körperliche Überleben die Verwendung der Daten erfordert.¹⁶ Für das körperliche Überleben ist eine Übermittlung von personenbezogenen Daten nach Abschnitt 7 der RRK 2005 nicht erforderlich.

Eine weitere Rechtfertigung von Eingriffen in das verfassungsgesetzlich gewährleistete Recht auf Geheimhaltung personenbezogener Daten liegt vor, wenn der Eingriff zur Wahrung überwiegender berechtigter Interessen eines anderen dient. Durch staatliche Behörden dürfen solche Eingriffe jedoch nur aufgrund von Gesetzen, die aus den in Art. 8 Abs. 2 EMRK genannten Gründen notwendig sind, erfolgen. Unter Gesetzen i. S. d. § 1 Abs. 2 DSGVO sind Gesetze im formellen Sinn zu verstehen. Eingriffe auf Grundlage von Rechtsverordnungen sind nicht zulässig.¹⁷ Abschnitt 7 der RRK 2005 ist daher keine ausreichende Grundlage, um einen Eingriff in das Grundrecht auf Datenschutz durch die Sozialversicherungsträger zu rechtfertigen.

Es stellt sich in weiterer Folge die Frage, ob in den sozialversicherungsrechtlichen Materiegesetzen eine geeignete Rechtsgrundlage vorhanden ist. Eine Ermächtigungsnorm i. S. d. § 1 Abs. 2 DSGVO muss jedenfalls den Zweck der Datenverwendung festlegen. Je intensiver der Eingriff und je sensibler die betreffenden Daten, desto genauer ist der

¹⁴ Dohr/Pollirer/Weiss, DSGVO, Anm. 14 zu § 1.

¹⁵ Dohr/Pollirer/Weiss, DSGVO, Anm. 11 zu § 1.

¹⁶ Lechner/Lachmayer in Bauer/Reimer, Handbuch Datenschutzrecht (2009), 101.

¹⁷ Dohr/Pollirer/Weiss, DSGVO, Anm. 16 zu § 1.

Umfang der Ermächtigung zu normieren.¹⁸ Unter anderem wird das Grundrecht auf Datenschutz verletzt, wenn sich der Eingriff auf ein verfassungswidriges Gesetz stützt. Verfassungswidrig ist ein Gesetz, wenn es dem aus Art. 18 B-VG resultierenden Determinierungsgebot nicht entspricht. „Gesetzliche Regelungen, die zu unbestimmt sind oder in anderer Weise das Handeln der Verwaltungsorgane nicht hinreichend genau bestimmen, sondern diesen einen zu großen Spielraum belassen, sind verfassungswidrig.“¹⁹

Als Ermächtigungsnorm zur Übermittlung von personenbezogenen Daten im Rahmen eines Verfahrens zur Früherfassung von Personen, für die Maßnahmen der Rehabilitation in Betracht kommen, kommt § 460e ASVG in Frage.²⁰ Danach sind Versicherungsträger insoweit zur Ermittlung, Verarbeitung und Übermittlung von personenbezogenen Daten im Sinne des DSG 2000 ermächtigt, als dies zur Erfüllung der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben eine wesentliche Voraussetzung ist. Im Rahmen des Verfahrens der Früherfassung nach den RRK 2005 werden unter anderem auch gesundheitsbezogene Daten übermittelt. Diese Daten stellen besonders schutzwürdige Daten im Sinne des DSG 2000 dar. Umso genauer hat die gesetzliche Grundlage die Ermächtigung für einen Eingriff in das Grundrecht auf Datenschutz auszugestalten. Die Norm muss „Art und Umfang der behördlichen Eingriffsmöglichkeiten abschließend (d. h. vollständig) festlegen und die Reichweite der damit verbundenen Grundrechtsbeschränkungen für alle potenziell Betroffenen vorhersehbar machen.“²¹

§ 460e ASVG stellt bei Art und Umfang der Daten lediglich auf personenbezogene Daten ab. Eine Konkretisierung erfolgt nicht. Außerdem finden sich, wie in § 1 Abs. 2 DSG 2000 hinsichtlich besonders schutzwürdiger Daten gefordert, keine angemessenen Garantien für den Schutz der Geheimhaltungsinteressen der Betroffenen.

Ein ausreichende Konkretisierung von § 460e ASVG kann allenfalls aus einer Zusammenschau der vom Hauptverband auf Grundlage des § 31 Abs. 12 ASVG erlassenen Datenschutzverordnung für die gesetzliche Sozialversicherung (SV-Datenschutzverordnung 2012 – SV-DSV 2012)²² und der RRK 2005 abgeleitet werden.

Aus dem Gesetzesvorbehalt zu § 1 Abs. 2 DSG 2000 ergibt sich jedoch, dass ein Eingriff nur auf-

grund eines Gesetzes im formellen Sinn zulässig ist. Das Gesetz im formellen Sinn hat den Erfordernissen der Bestimmtheit zu genügen. Durch eine Verordnungsermächtigung kann eine detaillierte Regelung im Verordnungsweg angeordnet werden, allerdings hat das Gesetz zumindest die Grundsätze, anhand derer ein Eingriff erfolgen soll, festzulegen. Und, wie in § 1 Abs. 2 DSG 2000 explizit gefordert, angemessene Garantien festzulegen. Dies ist bei § 460e ASVG nicht der Fall.

Aufgrund des Gesetzesvorbehaltes des § 1 Abs. 2 DSG 2000 ist es in verfassungsrechtlicher Hinsicht bedenklich, das Verfahren der Früherfassung und die damit verbundene Übermittlung von Gesundheitsdaten auf Grundlage von Richtlinien des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger auszugestalten.

c) Früherfassung durch Mehrspartenträger

Auf Mehrspartenträger – Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA), Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB) und die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) – findet Abschnitt 7 der RRK 2005 keine Anwendung.

Bei Mehrspartenträgern stellt sich die Frage, ob ein Datenaustausch zwischen den verschiedenen Versicherungszweigen überhaupt als „Übermitteln von Daten“ iSd § 4 Z 12 DSG 2000 zu qualifizieren ist.

Eingriffe staatlicher Behörden bedürfen einer formalgesetzlichen Grundlage.



18 Kunnert, „Einbrecherjagd“ mittels „ASFINAG-Kameras“ – politisches Wunschdenken versus (grund)rechtliche Realität, Jahrbuch Datenschutzrecht 2010/93, 143.
 19 Öhlinger, Verfassungsrecht 8 (2009), Rz 583.
 20 Entsprechende Bestimmungen finden sich in § 231a GSVG, § 219a BSVG und § 159a B-KUVG.
 21 Kunnert, „Einbrecherjagd“ mittels „ASFINAG-Kameras“ – politisches Wunschdenken versus (grund)rechtliche Realität, Jahrbuch Datenschutzrecht 2010/93, 143.
 22 Nach § 31 Abs. 12 ASVG hat der Hauptverband eine Datenschutzverordnung für alle Sozialversicherungsträger zu erlassen und im Internet zu veröffentlichen.



Frühpensionen

© Gina Sanders - Fotolia.com

Unter „Übermitteln von Daten“ wird auch die Verwendung von Daten für ein anderes Aufgabengebiet des Auftraggebers verstanden. Das Aufgabengebiet eines Auftraggebers ergibt sich als „eines von mehreren Tätigkeitsfeldern eines Auftraggebers, das in seinem Umfang nach der Verkehrsauffassung geeignet ist, für sich allein den gesamten Geschäftsbereich eines Auftraggebers zu bilden“²³. Da sowohl der Bereich Krankenversicherung als auch der Bereich Pensionsversicherung nach der Verkehrsauffassung geeignet ist, einen eigenständigen Geschäftsbereich eines Versicherungsträgers zu bilden, ist ein Datenaustausch zwischen den verschiedenen Zweigen wohl als Übermitteln iSd § 4 Z 12 DSG 2000 zu qualifizieren.²⁴

Eine Übermittlung von personenbezogenen Daten zwischen den Versicherungszweigen eines Trägers stellt einen Eingriff in das Grundrecht auf Datenschutz dar. Die oben ausgeführten (Punkt b) Überlegungen treffen auch hier zu. **Auch in diesem Fall ist es zweifelhaft, ob § 460e ASVG eine ausreichende gesetzliche Grundlage iSd § 1 Abs. 2 DSG 2000 darstellt.**

Es besteht keine Verpflichtung der Pensionsversicherungsträger präventive Maßnahmen von Amts wegen durchzuführen.

4. Verpflichtung zur amtswegigen Durchführung von präventiven Maßnahmen des Pensionsversicherungsträgers

Selbst wenn eine Übermittlung der Gesundheitsdaten der betroffenen Versicherten zulässig sein sollte, stellt sich in weiterer Folge die Frage, ob die Pensionsversicherungsträger nach der derzeitigen

Rechtslage zur amtswegigen Setzung von präventiven Maßnahmen verpflichtet sind.

Nach § 361 Abs. 1 ASVG sind Leistungsansprüche in der Kranken- und Pensionsversicherung von den Versicherungsträgern im Rahmen ihrer örtlichen und sachlichen Zuständigkeit auf Antrag festzustellen. Lediglich in der Unfallversicherung können Leistungsansprüche von Amts wegen festgestellt werden. Auch der OGH stellt klar, dass für die Feststellung von Leistungsansprüchen in der Pensionsversicherung das Antragsprinzip gilt, eine Leistungsgewährung ist daher nur aufgrund eines Antrags zulässig.²⁵ „Das Antragsprinzip ist in der österreichischen Sozialversicherung ein wesentliches und tragendes Element und wird nur in ganz wenigen Fällen, die ausdrücklich und besonders geregelt sind, durchbrochen. Dementsprechend hat die Judikatur eine sehr genaue Abgrenzung vorgenommen. So wurde für die Unfallversicherung, in der es dem Versicherungsträger freisteht, einen Rentenanspruch auch amtswegig festzustellen, ausgeführt, dass keine Verpflichtung zu einer amtswegigen Rentengewährung vorgesehen ist [...]“²⁶ Obwohl in der Unfallversicherung die amtswegige Feststellung von Leistungsansprüchen vorgesehen ist, wird dadurch keine Verpflichtung des Unfallversicherungsträgers zu einem amtswegigen Tätigwerden begründet. Für Pensionsversicherungsträger ist im Zusammenhang mit der Leistungsgewährung lediglich das Antragsprinzip vorgesehen. Umso weniger kann hier eine Verpflichtung zu einem Tätigwerden von Amts wegen abgeleitet werden. Darüber hinaus sind Leistungen, aufgrund derer der Pensionsversicherungsträger präventive Maßnahmen setzen kann, in den Sozialversicherungsgesetzen als freiwillige Leistungen ausgestaltet.²⁷ **Es kann daher auch aus den konkreten einschlägigen Bestimmungen keine Verpflichtung zur amtswegigen Durchführung von präventiven Maßnahmen abgeleitet werden.**

5. Duldungs- und Mitwirkungspflichten des Versicherten

Nimmt man an, dass trotz oben ausgeführter Überlegungen ein Verfahren der Früherfassung durchgeführt werden kann oder explizite gesetzliche Grundlagen für ein solches Verfahren geschaffen werden, müssen sich für den Versicherten daraus gewisse Verpflichtungen ergeben. Nur so kann die

23 Dohr/Pollirer/Weiss, DSG 2, Anm. 14 zu § 1.

24 § 4 SV-DSV enthält eine abweichende Definition der Aufgabengebiete und stellt bei der Abgrenzung auf die Vollziehung des gesetzlichen Zuständigkeitsbereichs, Wirtschaftsverwaltung einschließlich Finanz- und Beschaffungswesen sowie Kostenrechnung und Personalverwaltung einschließlich Angelegenheiten der Versicherungsvertreter ab.

25 RS0085092.

26 OLG Wien 27.11.1989, 34 Rs. 225/89; ZASB 1991/12.

27 Siehe § 307d ASVG, § 169 GSVG und § 161 BSVG.

Effektivität eines solchen Verfahrens sichergestellt werden.

Beispiel:

Herr A ist Bauarbeiter und hatte im Laufe der vergangenen Jahre bereits mehrere Bandscheibenvorfälle. Die Pensionsversicherung nimmt mit Herrn A Kontakt auf und fordert ihn auf, Maßnahmen der Rehabilitation in Anspruch zu nehmen. Herr A reagiert nicht auf die Aufforderung der Pensionsversicherung. Fünf Jahre später ist Herr A arbeitsunfähig und stellt einen Pensionsantrag. Eine frühzeitige berufliche Rehabilitation hätte den Pensionsanfall verhindert.

Eine allgemeine Norm über die Mitwirkungs- und Duldungspflicht des Versicherten gibt es im österreichischen Sozialversicherungsrecht nicht. Allerdings lässt sich aus einer Vielzahl von sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen eine solche Verpflichtung dennoch ableiten.²⁸ Von der Rechtsprechung wurde in älteren Entscheidungen der Grundsatz von Treu und Glauben zur Begründung von Mitwirkungs- und Duldungspflichten herangezogen. Die neuere Rechtsprechung leitet solche Pflichten bezüglich medizinischer Eingriffe aus den Bestimmungen des bürgerlichen Rechts zur Schadensminderungspflicht ab.²⁹ Zweck dieser Pflichten ist es auch, das durch die Sozialversicherungsträger und die Versichertengemeinschaft an sich zu tragende Risiko möglichst gering zu halten.³⁰ Die Rechtsprechung setzt für das Entstehen von Duldungs- und Mitwirkungspflichten generell eine entsprechende Aufforderung seitens des Versicherungsträgers voraus.³¹

Eine Verletzung der Mitwirkungs- und Duldungspflichten durch den Versicherten kann unter Umständen zum Verlust oder zur Kürzung seines Leistungsanspruchs führen.³²

Im Sinne eines präventiven Vorgehens der Pensionsversicherungsträger werden Versicherte im Rahmen der Gesundheitsvorsorge aufgefordert, Maßnahmen der Rehabilitation in Anspruch zu nehmen. Der Versicherte wird mit dieser Aufforderung in Kenntnis gesetzt, dass ohne Inanspruchnahme solcher Maßnahmen in absehbarer

Zeit Invalidität droht. Stellt der Versicherte in der Folge einen Pensionsantrag aufgrund der Invalidität, ohne auf die Aufforderung des Pensionsversicherungsträgers reagiert zu haben, schädigt er die Versichertengemeinschaft.³³ Dies könnte zur Verneinung des Leistungsanspruchs führen.³⁴

Ihre Grenzen finden Duldungs- und Mitwirkungspflichten jedoch in der Frage der Zumutbarkeit von Maßnahmen. Ob das Verlangen des Versicherungsträgers dem Versicherten zumutbar ist, hängt von den Umständen des Einzelfalls ab.³⁵

Nimmt man nun in diesem Sinne für das oben angeführte Beispiel eine Duldungs- und Mitwirkungsverpflichtung von Herrn A an, wäre in weiterer Folge zu prüfen, ob ihm die vom Pensionsversicherungsträger verlangten Maßnahmen zumutbar waren. Eine schuldhaft Verletzung der Mitwirkungspflicht ist vom Versicherungsträger zu behaupten und zu beweisen.³⁶ Im Zusammenhang mit der Zumutbarkeit können sich jedoch aufgrund eines allenfalls lange zurückliegenden Zeitraums erhebliche Beweisschwierigkeiten ergeben. Im Ergebnis würde dies wiederum dazu führen, dass das vom Versicherten unbeachtet gebliebene Verlangen des Pensionsversicherungsträgers für den Leistungsanspruch von Herrn A keine Auswirkungen hat.

6. Fazit

Auch wenn immer wieder in „sozialpolitischen Sonntagsreden“ die Wichtigkeit und Bedeutung der Prävention und Rehabilitation betont wird und beide wichtige Instrumente zum längeren Erhalt der Erwerbsfähigkeit darstellen, ist der gegenwärtige rechtliche Status zur Erfüllung des Ziels „Rehabilitation vor Pensi-

Duldungs- und Mitwirkungspflichten sind gesetzlich unzureichend verankert.



© Klaus Eppel - Fotolia.com

28 OGH 6.11.2007, 10 Obs 134/071.

29 Taudes, Mitwirkungspflichten in der Sozialversicherung, ZAS 2012/45; OGH 6.11.2007, 10 Obs 134/071.

30 Taudes, Mitwirkungspflichten, ZAS 2012/45; Tomandl, System, 7. Erg.-Lfg., 155.

31 OGH 7.3.2006; 10 Obs 188/04a.

32 Taudes, Mitwirkungspflichten, ZAS 2012/45.

33 Die Frage des Verschuldens wird an dieser Stelle nicht näher behandelt.

34 Zum Alles-oder-Nichts-Prinzip der Verletzung von Mitwirkungspflichten in der Sozialversicherung siehe Taudes, Mitwirkungspflichten, ZAS 2012/45.

35 OGH 6.11.2007, 10 Obs 134/071.

36 OGH 6.11.2007, 10 Obs 134/071.

on“ für die Pensionsversicherungsträger in der Vollziehung als ernüchternd zu bezeichnen. Für die Pensionsversicherungsträger als primäre Akteure der Rehabilitation hat der Gesetzgeber keine konkreten Aufgaben im Zusammenhang mit der Durchführung präventiver Maßnahmen vorgesehen.

Selbst wenn man davon ausgeht, dass Abschnitt 7 der RRK 2005 als rechtliche Grundlage für ein Verfahren der Früherfassung ausreichend ist, so wird dadurch alleine die Effizienz der darin vorgesehenen Maßnahmen nicht gewährleistet. Auch wenn der Pensionsversicherungsträger vom Versicherten die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen verlangt, ist dadurch nicht gewährleistet, dass der Versicherte einem solchen Verlangen auch nachkommt.

Damit der Grundsatz „Rehabilitation vor Pension“ effizient und zielsicher umgesetzt werden kann,

muss der Gesetzgeber klare rechtliche Rahmenbedingungen schaffen, in denen die Pensionsversicherungsträger Maßnahmen setzen können. Hierzu müssen dem Gesetzesvorbehalt des § 1 Abs. 2 DSG 2000 entsprechend eindeutige gesetzliche Regelungen hinsichtlich des Datenaustausches zwischen der Kranken- und der Pensionsversicherung geschaffen werden. Zusätzlich müssen im Rahmen eines präventiven Vorgehens der Pensionsversicherungsträger ausdrücklich Duldungs- und Mitwirkungspflichten des Versicherten normiert werden, deren Verletzung für einen später vom Versicherten geltend gemachten Leistungsanspruch Konsequenzen hat. Nur durch entsprechende klare gesetzliche Grundlagen kann die Effektivität von Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation gewährleistet und dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pension“ entsprochen werden.

ABSCHNITT 7 – Früherfassung der für Maßnahmen der Rehabilitation in Betracht kommenden Personen durch die Gebietskrankenkassen, die Betriebskrankenkassen und die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter für die „neuen“ Vertragsbediensteten; Maßnahmen nach dem Arbeit-und-Gesundheit-Gesetz

Früherfassung der Versicherten nach Diagnosen

§ 32. Für die Früherfassung kommen Versicherte in Betracht, die an folgenden Krankheiten leiden, sofern Rehabilitationsnotwendigkeit, Rehabilitationspotenzial (Vorhandensein von trainierbaren Funktions- bzw. Leistungsdefiziten und das Erfordernis intensiver Schulung) sowie Rehabilitationsfähigkeit vorliegt:

1. Stütz- und Bewegungsapparat – Erkrankungen und Verletzungen
 - a) Zustand nach operativem Eingriff an einem oder mehreren Gelenken
 - b) Zustand nach Amputation (zur Prothesenversorgung)
 - c) Zustand nach (Poly-)trauma
 - d) Zustand nach operativem Eingriff an der Wirbelsäule
2. Herz- und Kreislauferkrankungen
 - a) Zustand nach akutem Koronarsyndrom
 - b) Zustand nach koronarer Bypassoperation
 - c) Zustand nach anderen Operationen am Herzen und an den großen Gefäßen
 - d) Zustand nach Herz- und/oder Lungen-Transplantation
 - e) Patienten nach einer koronaren Intervention
3. Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems
 - a) Zustand nach Insult/cerebraler Durchblutungsstörung
 - b) Zustand nach intracerebraler, Subdural- und Subarachnoidalblutung
 - c) Zustand nach Gehirnoperation (Tumore – maligne und benigne, Abszesse, Gefäße etc.)
 - d) Funktionsstörungen des Rückenmarks mit Teil- oder Komplettlähmung (nach Erkrankung, Operation oder Trauma)
4. Endokrinopathien und Stoffwechselerkrankungen – neu manifestierter Diabetes mellitus
5. Erkrankungen der Lunge/Atemwege
 - a) Zustand nach ausgedehnter Pneumonie
 - b) Zustand nach Pulmonalembolie/-infarkt
 - c) COPD/Asthma bronchiale
 - d) Zustand nach Lungenoperation (auch bei Malignomen) – (z. B. Pneumektomie und Lobektomie)
 - e) Zustand nach Lungentransplantation
6. Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes
 - a) Zustand nach ausgedehntem abdominalem Eingriff (z. B. Gastrektomie, Hemicolektomie)
 - b) Zustand nach Leber-/Pankreastransplantation
 - c) Zustand nach akuter Pankreatitis/chron. Pankreatitis
 - d) Chronische Darmerkrankung (M. Crohn, Colitis ulcerosa) bei akuter Exacerbation oder nach Operation
7. Zustand nach Schädelhirntrauma
8. Lymphabflussstörungen – sekundäres Lymphödem Stadium II und III
9. Onkologische Erkrankungen – elektive Rehabilitationsaufenthalte nach dem Tumorereignis zur Behandlung tumorspezifischer bzw. tumorassoziierter Leiden (z. B. Lymphödem, Ernährungsprobleme nach gastrointestinalen Tumoren etc.)

Auswahl der Versicherten

§ 33. Die nach § 32 in Betracht kommenden Versicherten sind vom Krankenversicherungsträger nach folgenden Grundsätzen für die Meldung an den Pensions- oder Unfallversicherungsträger auszuwählen:

1. Die Auswahl hat so rechtzeitig zu erfolgen, dass die medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation (Unfallheilbehandlung) durch den Pensions- oder Unfallversicherungsträger umgehend bei bestehender Rehabilitationsfähigkeit des Versicherten erfolgen können.
2. Die Auswahl hat grundsätzlich im Zuge der Beurteilung (Untersuchung) der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit durch den chef(kontroll)ärztlichen Dienst zu erfolgen.
3. Versicherte, bei denen innerhalb der letzten 365 Tage mindestens 40 Tage der Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit aufgrund der im § 32 genannten Indikationen vorlag, sind jedenfalls vom chef(kontroll)ärztlichen Dienst hinsichtlich einer Früherfassung zu beurteilen.
4. Dem Unfallversicherungsträger sind nur diejenigen Versicherten zu melden, bei denen der Verdacht besteht, dass die Ursache der Arbeitsunfähigkeit ein Arbeitsunfall (Dienstunfall) oder eine Berufskrankheit sein könnte.

Maßnahmen nach dem Arbeit-und-Gesundheit-Gesetz

§ 33a. (1) Für Maßnahmen nach dem Arbeit-und-Gesundheit-Gesetz kommen Versicherte in Betracht, die an folgenden Krankheiten leiden, sofern in den letzten 365 Tagen eine Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit von mindestens 40 Tagen aufgrund der folgenden Indikationen vorliegt:

1. Stütz- und Bewegungsapparat – Erkrankungen und Verletzungen
 - a) Degenerative und entzündliche Erkrankungen (Morbus Bechterew, PCP etc.)
2. Herz- und Kreislaufkrankheiten
 - a) Chronische Belastungsherzinsuffizienz (NYHA Stadium II, III)
 - b) Patienten mit stabiler koronarer Herzkrankheit
 - c) Pulmonale Hypertonie
 - d) Motivierbare Hochrisikopatienten für kardiovaskuläre Erkrankungen
3. Psychiatrische Krankheiten
 - a) Schizophrenie, schizoaffektive Störungen (Schizophrenie in Verbindung mit depressiven Störungen)
 - b) Affektive Störungen (Gefühlsstörungen), wie manische Episoden, depressive Episoden, bipolare affektive Störungen, rezidivierende depressive Störungen, anhaltende affektive Störungen
 - c) Neurotische Störungen, Belastungsstörungen und somatoforme Störungen, wie phobische Störungen (z. B. Platzangst), Angststörungen, Zwangsstörungen, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, Konversionsstörungen (psychische Störungen werden durch körperliche Symptome ausgedrückt)
- d) Essstörungen: Anorexia nervosa (Magersucht), Bulimie (Brechsucht)
4. Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems
 - a) Demyelinisierende Erkrankungen (multiple Sklerose)
 - b) Zustand nach entzündlichen Erkrankungen (Enzephalitis, Meningitis etc.)
 - c) Periphere Nervenschädigung
5. Endokrinopathien und Stoffwechselkrankheiten – Zustand nach Stoffwechsellentgleisung bei Diabetes mellitus
6. Erkrankungen der Lunge/der Atemwege – Zustand nach Komplikationen bei chronischer Lungenerkrankung (z. B. COPD)
7. Lymphabflussstörungen – Primäres Lymphödem Stadium II und III

(2) Versicherte, bei denen die Voraussetzungen nach Absatz 1 zutreffen, sind vom Krankenversicherungsträger zu einem freiwilligen Beratungsgespräch bei der zuständigen Beratungs- und Case-Managementstelle einzuladen.

Meldung der Versicherten

§ 34. (1) Der Krankenversicherungsträger meldet dem Pensionsversicherungs- oder Unfallversicherungsträger im Sinne des Abs. 2 die von ihm ausgewählten Fälle mittels elektronischer Datenfernübertragung in einem bundeseinheitlich festgelegten Datensatz. Dieser Datensatz hat jedenfalls folgende Angaben zu enthalten:

1. Name des Versicherten,
2. Versicherungsnummer des Versicherten,
3. Anschrift des Versicherten,
4. Beginn der Arbeitsunfähigkeit,
5. Diagnose im ICD-10 – Code und Klartext,
6. Name und Telefonnummer des ärztlichen Ansprechpartners beim Krankenversicherungsträger sowie Angabe der täglichen Erreichbarkeit,
7. Krankenhausaufenthalte des Versicherten während der Arbeitsunfähigkeit.

Weitere beim Krankenversicherungsträger vorhandene Unterlagen (z. B. medizinische Befunde, Gutachten, bezogene Heilmittel, Heilbeihilfe oder Hilfsmittel) sind nur auf gesonderte Anforderung des Pensionsversicherungsträgers oder Unfallversicherungsträgers zu übermitteln.

(2) Als Pensionsversicherungsträger im Sinne des Abs. 1 gilt die Landesstelle des Bundeslandes der Pensionsversicherungsanstalt, in dem der Versicherte seinen Wohnsitz hat. Als Unfallversicherungsträger im Sinne des Abs. 1 gilt die AUVA.

(3) Spätestens zum Zeitpunkt der ersten Kontaktaufnahme mit dem Versicherten zur Prüfung der Einleitung von Maßnahmen der Rehabilitation hat der Pensions- oder Unfallversicherungsträger den Versicherten in geeigneter Weise über die erfolgte Meldung an den Pensions- oder Unfallversicherungsträger durch den Krankenversicherungsträger zu informieren. Der Pensionsversicherungs- oder Unfallversicherungsträger gibt dem Krankenversicherungsträger seine Entscheidung und eine kurze Begründung für diese Entscheidung mittels elektronischer Datenfernübertragung in einem bundeseinheitlich festgelegten Datensatz bekannt. Gleichzeitig ist auch der Versicherte im Falle einer (vorherigen) Kontaktaufnahme über die getroffene Entscheidung in geeigneter Weise zu informieren.