



© Robert Kneschke - Fotolia.com

# Länger arbeiten bei guter Gesundheit – Umsetzung der neuen Leistungen in der Praxis

Der vorliegende Beitrag soll einen Einblick in die Umsetzung und die Wirkung der neuen Leistungen der österreichischen Sozialversicherung zur Eindämmung der krankheitsbedingten Pensionierungen aus den Versicherungsfällen der geminderten Arbeitsfähigkeit (Invalidität, Berufsunfähigkeit), zum Erhalt bzw. zur Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit und zur Wiedereingliederung nach langer Erkrankung geben. Da hauptsächlich unselbstständig Erwerbstätige von den Neuerungen betroffen sind, beschränken sich die nachstehenden Ausführungen auf diese Personengruppe.

Ausgangspunkt der Betrachtung und Vergleichszeitpunkt ist das Jahr 2012, wo die damalige Bundesregierung im Rahmen des Stabilitätspaktes eine Neuregelung des Bereichs „Invaliditätspension unter 50“ vereinbarte, die der Gesetzgeber im Rahmen des Sozialrechts-Änderungsgesetzes (SRÄG) 2012<sup>1</sup> normiert hat. Zudem wurde als Ziel im Regierungsprogramm für die Jahre 2013 bis 2018 die Anhebung des faktischen Pensionsantrittsalters in Österreich von 58,4 Jahren im Jahr 2012 auf 60,1 Jahre bis zum Jahr 2018 festgehalten.

## Die Ausgangslage im Jahr 2012

Personen, die aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr am Arbeitsmarkt teilnehmen konnten, hatten die Möglichkeit, bei Vorliegen einer voraussichtlich mindestens sechs Monate andauernden Invalidität oder Berufsunfähigkeit – sofern auch die weiteren Anspruchsvoraussetzungen vorlagen – eine Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension in Anspruch zu nehmen, die vom Pensionsversicherungsträger im Regelfall (d. h., wenn nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit die Aussage getroffen werden konnte, dass Invalidität

bzw. Berufsunfähigkeit dauerhaft vorliegt) für die Dauer von maximal 24 Monaten zuerkannt wurde. Nach Ablauf der Befristung bestand, sofern sich der Gesundheitszustand nicht wesentlich gebessert hatte, die Möglichkeit der Weitergewährung, wieder nach den oben beschriebenen Grundsätzen der befristeten Zuerkennung im Regelfall. In der Praxis bedeutete dies, dass oftmals im Vorfeld einer dauerhaften Zuerkennung der Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension bereits eine mehr oder weniger oft befristete Leistung bezogen wurde.

## Die Reform der Invaliditätspension

Mit dem SRÄG 2012 wurden die Leistungen bei vorübergehender Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit grundlegend neu gestaltet.

Im Schrifttum treffend formuliert hat die Intention der Neuregelung Fördermayr:

*„Liegt bloß vorübergehend geminderte Arbeitsfähigkeit vor, so greift im neuen Recht ein System aus einer Kombination von Geldleistungen und Rehabilitationsmaßnahmen mit dem Zweck, den Versicherten durch Absolvierung der Maßnahmen dauerhaft eine aktive Teilnahme am Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Diese Leistungen stellen also insoweit keinen bloßen ‚Ersatz‘ der Pensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit dar, sondern implementieren ein völlig neues gesetzliches Konzept.“<sup>2</sup>*

Die Möglichkeit, bei Vorliegen der weiteren Voraussetzung eine auf maximal 24 Monate befristete Pension<sup>3</sup> aus den Versicherungsfällen der geminderten Arbeitsfähigkeit in Anspruch nehmen zu können, wurde für Personen, die zum 1. Jänner 2014 das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten, ersatzlos gestrichen. Eine Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension kann daher von

Mag. Heike Jöbstl ist Juristin und steht im Kundenservice Linz der OÖ Gebietskrankenkasse als Ansprechperson für sämtliche leistungsrechtlichen Fragestellungen zur Verfügung.

Christian Wochner ist als Referent der Abteilung Leistungs-, Versicherungs- und Beitragswesen im Hauptverband u. a. für die Koordinierung der Reform der Invaliditätspension und die Umsetzung der Wiedereingliederungsteilzeit zuständig.

<sup>1</sup> BGBl. I Nr. 3/2013.

<sup>2</sup> Siehe Fördermayr, Rehabilitationsanspruch im Pensionsrecht, DRdA 2017, 174 (175).

<sup>3</sup> Mit Weitergewährungsmöglichkeit auf Antrag, sofern keine Besserung erfolgt ist.

diesem Personenkreis seit dem Jahr 2014 nur mehr dann in Anspruch genommen werden, wenn Invalidität oder Berufsunfähigkeit dauerhaft vorliegt,<sup>4</sup> wobei sich auch der Maßstab für die Feststellung von dauernder Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit laut Judikatur<sup>5</sup> gegenüber der Rechtslage vor dem Jahr 2014 verändert hat. Demnach ist eine Dauerhaftigkeit nicht erst anzunehmen, wenn eine Besserung des Gesundheitszustands mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen ist, sondern bereits dann, wenn eine Besserung nicht sehr wahrscheinlich ist.<sup>6</sup>

Zur finanziellen Absicherung der Versicherten wurden neue Geldleistungen geschaffen, und zwar das Rehabilitationsgeld als Leistung der Krankenversicherung und das Umschulungsgeld als Leistung der Arbeitslosenversicherung.<sup>7</sup>

Da im Verfahren aber immer zu prüfen ist, ob Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit dauernd vorliegt und gegebenenfalls eine Pension aus den Versicherungsfällen der geminderten Arbeitsfähigkeit zu gewähren wäre, wird das Verfahren weiterhin mittels Pensionsantrag beim Pensionsversicherungsträger eingeleitet; vorrangig ist solch ein Antrag jedoch gemäß § 361 Abs. 1 ASVG als Antrag auf Leistung von medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation und von Rehabilitationsgeld sowie auf Feststellung, ob berufliche Maßnahmen der Rehabilitation zweckmäßig und zumutbar sind, einschließlich der Feststellung des Berufsfeldes zu behandeln. Bei vorübergehender Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit trifft den Pensionsversicherungsträger daher faktisch nur mehr die Aufgabe der Feststellung hinsichtlich des Gesundheitszustands<sup>8</sup> und die Gewährung von konkreten Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation.<sup>9</sup> Im Falle der beruflichen Rehabilitierbarkeit werden vom Pensionsversicherungsträger Berufsbilder festgelegt, für die ein Versicherter qualifiziert werden kann.

Im Gegensatz zum abgelösten System der befristeten Pensionsgewährung, wo die Alimentation der Betroffenen durch die Pensionsleistung im Vordergrund stand, soll nach dem neuen Regime das Hauptaugenmerk auf die Rehabilitation der Versicherten und die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit gesetzt werden; die Geldleistungen übernehmen ergänzend die Funktion eines vorübergehenden Einkommensersatzes.

Die Betreuung der Versicherten erfolgt nunmehr durch jene Institutionen, in deren Kernkompetenzen die medizinische Intervention bzw. berufliche Umschulungsmaßnahmen unter Berücksichtigung der Arbeits-

marktsituation fallen. Konkret sind dies die Krankenversicherungsträger bzw. das Arbeitsmarktservice.

Aufgrund der geringen Zahl der Umschulungsgeldfälle (zu den Gründen weiter unten bei den Erkenntnissen) und des Hauptaugenmerks des Beitrags auf die neuen Leistungen der Krankenversicherung wird hier nicht weiter auf die Schiene der beruflichen Rehabilitation eingegangen.

## Rehabilitationsgeld – eine neue Leistung der Krankenversicherung

Da die Berechnung des Rehabilitationsgeldes sowohl in der Literatur als auch in der Judikatur<sup>10</sup> bereits mehrfach detailliert erörtert wurde, erfolgt an dieser Stelle bloß eine grobe und sehr verkürzte Darstellung, um die Unterschiede zur Pensionsberechnung darstellen zu können. Die Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension ist als langfristige (Dauer-)Leistung konzipiert, daher erfolgt die Berechnung – sehr vereinfacht dargestellt – auf Basis eines Durchschnittseinkommens innerhalb eines gewissen Zeitraums (Bemessungszeitraum im Altrecht bzw. Gesamtgutschrift im Pensionskonto), nicht zuletzt, um die Beitragsäquivalenz zu wahren. Bei langfristig angelegten Leistungen ist auch die Geldwertentwicklung zu beachten, es ist daher eine jährliche Wertanpassung der Pension vorgesehen.

Im Gegensatz dazu wurde das Rehabilitationsgeld als kurzfristiger Einkommensersatz<sup>11</sup> konzipiert, die Materialien zum SRÄG 2012 gehen von einer durchschnittlichen Bezugsdauer von zwölf Monaten aus. Substituiert werden soll daher – der Systematik von Leistungen der Krankenversicherung folgend – das letzte krankensichere (Erwerbs-)Einkommen, die Frage der Wertanpassung hat sich für den Gesetzgeber aufgrund der angenommenen Bezugsdauer nicht gestellt.

Im Regelfall leitet sich die Höhe des Rehabilitationsgeldes vom Einkommen aus der letzten krankensicherungspflichtigen Beschäftigung ab.<sup>12</sup> Sonderzahlungen werden bei der Bildung der Bemessungsgrundlage durch einen prozentuellen Aufschlag berücksichtigt.<sup>13</sup> Als Rehabilitationsgeld gebühren vom ersten bis zum 42. Tag 50 Prozent und ab dem 43. Tag<sup>14</sup> 60 Prozent dieser Bemessungsgrundlage (tägliches Wert). Jedenfalls gebührt Rehabilitationsgeld (bei rechtmäßigem, gewöhnlichem Aufenthalt im Inland<sup>15</sup>) jedoch in Höhe des Ausgleichszulagenrichtsatzes für Einzelpersonen (Mindestbetrag). Der Gesetzgeber wollte durch den Mindestbetrag eine existenzsichernde Mindesthöhe etablieren, bewusst hat

4 Für Personen mit Geburtsdatum vor dem 1. Jänner 1964 gilt weiterhin die alte Rechtslage (siehe § 669 Abs. 5 ASVG).

5 OGH 10 ObS 40/15b.

6 Dazu auch Felten, Neue Entwicklungen in der Rechtsprechung zum SV-Leistungsrecht, ZAS 2016/45, 253.

7 Vgl. § 117 Z 3 ASVG und § 39b AIVG.

8 Einführung eines Kompetenzzentrums Begutachtung durch das SRÄG 2012 (§ 307g ASVG).

9 Schaffung eines Rechtsanspruchs auf medizinische Maßnahmen der Rehabilitation (§ 253f ASVG).

10 Zum Beispiel Sonntag, Vorübergehende Invalidität nach dem SRÄG 2012 (2015), Rz 57 ff. und zuletzt OGH 10 ObS 107/17h.

11 Vgl. AB 60 BlgNR 25. GP, 2 und 3 zu § 669 Abs. 6a ASVG – ausdrückliche Nennung der „Einkommensersatzfunktion als Säule des neuen Rechts“.

12 Vgl. § 143a Abs. 2 ASVG.

13 Siehe § 125 Abs. 3 ASVG.

14 Unter Berücksichtigung der Tage aus einem vorangehenden Krankengeldanspruch.

15 Die Aufstockung auf den Mindestbetrag unterliegt dem Exportgebot des Art. 7 der VO (EG) Nr. 883/2004, kommt daher auch bei rechtmäßigem, gewöhnlichem Aufenthalt im EU/EWR-Raum zur Anwendung.

er es jedoch unterlassen, das Ausgleichszulagenrecht in all seinen Ausprägungen (Abstellen auf Familienverhältnisse, Bedürftigkeitsprüfung etc.) zur Anwendung zu bringen, in den Gesetzesmaterialien wird dazu angeführt, dass dies aus verwaltungstechnischer Sicht nicht möglich wäre.<sup>16</sup>

## Case-Management für Rehabilitationsgeldbezieher bei der OÖGKK<sup>17</sup>

Der Gesetzgeber hat im Sozialrechts-Änderungsgesetz (SRÄG) 2012<sup>18</sup> festgelegt, dem Rehabilitationsgeldbezieher einen Case-Manager beiseitezustellen. Die Rechtsgrundlage für das Case-Management während des Rehabilitationsgeldbezugs ist im § 143b ASVG zu finden. Dadurch ist der Krankenversicherungsträger verpflichtet, das Case-Management für die Rehabilitationsgeldbezieher zu erbringen. Der Rehabilitationsgeldbezieher ist bei der Erreichung des Zieles, nämlich der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, vom Case-Manager umfassend zu unterstützen. Der Case-Manager hat für einen optimalen Ablauf der erforderlichen Versorgungsschritte Sorge zu tragen. Der Leistungsbezieher wird dadurch begleitet, dass nach einer Bedarfserhebung ein individueller Versorgungsplan erstellt wird und die einzelnen Maßnahmen umgesetzt werden.

In den Erläuterungen wird klargestellt, dass das Case-Management nach den Phasen des Regelkreises abläuft.<sup>19</sup> Case-Management ist eine auf den Einzelfall ausgerichtete Methode zur Planung, Umsetzung und Überwachung eines ressourcenorientierten Versorgungssystems. Der hilfsbedürftige Klient wird von einem ausgebildeten Case-Manager durch das Gesundheits- und Sozialwesen geführt. Im Mittelpunkt steht der Mensch und sein soziales Umfeld.<sup>20</sup> Das Case-Management beginnt mit der Identifikation und dem Assessment, anschließend kommt es zur Entwicklung und Implementierung des Versorgungsplans sowie zum Monitoring der Leistungserbringung bis hin zu einem allfälligen Re-Assessment und schließt mit der Evaluation ab.<sup>21</sup>

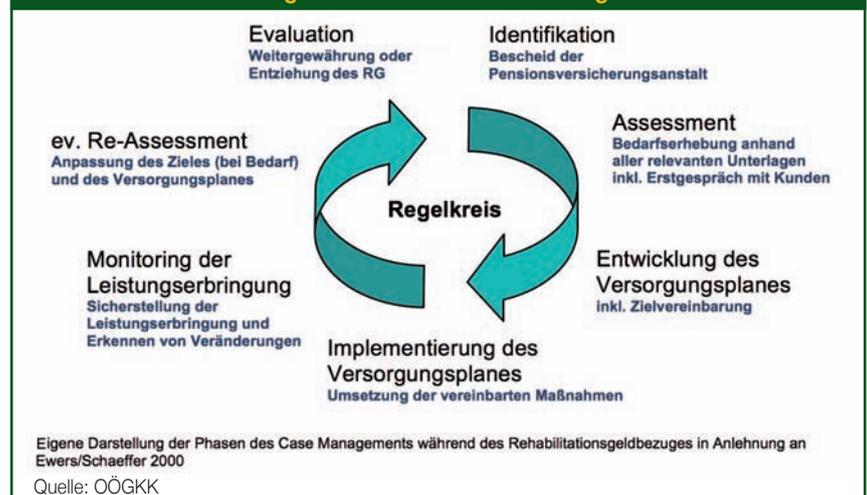
Wie oben näher ausgeführt, startet der Prozess beim Rehabilitationsgeld durch den Antrag eines Versicherten auf eine Invaliditätspension (Arbeiter) bzw. Berufsunfähigkeitspension (Angestellter) (siehe „Die Reform der Invaliditätspension“).<sup>22</sup>

## Identifikation

Wenn die Pensionsversicherungsanstalt die Leistung Rehabilitationsgeld dem Grunde nach zuerkennt (wegen vorübergehender, voraussichtlich zumindest sechs Monate dauernder Invaliddität bzw. Berufsunfähigkeit<sup>23</sup>), übermittelt sie den Zuerkennungsbescheid sowie das medizinische Gutachten auf elektronischem Wege über die Datendrehscheibe an den Krankenversicherungsträger.<sup>24</sup> In weiterer Folge meldet die Pensionsversicherungsanstalt den Rehabilitationsgeldbezieher zur Krankenversicherung an. Dadurch ist der Kunde eindeutig „identifiziert“. Die OÖGKK legt den Versicherungsfall in ihrem System an, berechnet die Höhe des Rehabilitationsgeldes (zur Berechnung weiter oben bei „Rehabilitationsgeld – eine neue Leistung der Krankenversicherung“) und zahlt es an den Versicherten aus. Das Rehabilitationsgeld wird monatlich im Nachhinein am Ersten des Folgemonats ausbezahlt.<sup>25</sup>

Der Rechnungshof führte zwischen April und September 2016 eine Gebarungüberprüfung zum Thema „Invaliditätspension neu“ durch. Der Prüfungszeitraum umfasste die Jahre 2014 und 2015. Prüfungshandlungen erfolgten u. a. auch bei der OÖGKK. Der Rechnungshof begrüßte die rasche und korrekte Abwicklung der Berechnung und Auszahlung des Rehabilitationsgeldes durch die OÖGKK: „In den vom RH analysierten Fällen konnte die OÖGKK nach Übermittlung der Entscheidung der PVA in allen Fällen innerhalb eines Monats das Rehabi-

Abbildung 1: Phasen des Case-Managements



<sup>16</sup> ErläutRV 2000 BlgNR 24. GP, 21.

<sup>17</sup> Zum maßgeschneiderten Case-Management-Konzept für Rehabilitationsgeldempfänger vgl. Rumpelsberger/Zoufal, Rehabilitationsgeld und Case Management durch die Gebietskrankenkassen, Österreichische Zeitschrift für das ärztliche Gutachten 2015/35, 79 ff.; zum Case-Management in der Krankenversicherung während des Rehabilitationsgeldbezugs siehe auch Rumpelsberger/Zoufal/Mayr, Die neuen Leistungen der Krankenversicherung für Empfänger von Rehabilitationsgeld, Soziale Sicherheit 3/2014, 111 ff. mit weiteren Nachweisen.

<sup>18</sup> BGBl. I Nr. 3/2013.

<sup>19</sup> ErläutRV 2000 BlgNR 24. GP, 21.

<sup>20</sup> Zum Case-Management bzw. zum Regelkreis im Detail siehe z. B. Ewers/Schaeffer, Case Management in Theorie und Praxis (2000).

<sup>21</sup> Zu den einzelnen Phasen des Case-Managements für Rehabilitationsgeldempfänger vgl. Rumpelsberger, Rehabilitation und Krankenversicherung Rehabilitationsgeld und Case Management, in Pfeil/Prantner (Hrsg.), Neue Rolle der Rehabilitation in der Sozialversicherung (2014), 34 ff. mit weiteren Nachweisen.

<sup>22</sup> Zur neuen Rechtslage ab 1. Jänner 2014 siehe im Detail Födermayr in Mosler/Müller/Pfeil, Der SV-Komm § 143a ASVG Rz 1 ff. mit weiteren Nachweisen (Stand: 15. November 2017, rdb.at).

<sup>23</sup> Vgl. § 255b ASVG und § 273b ASVG.

<sup>24</sup> Zur Zusammenarbeit zwischen Pensionsversicherungsträger und Krankenversicherungsträger vgl. § 368a ASVG, § 459i ASVG sowie die Richtlinien für das Zusammenwirken der Versicherungsträger untereinander und mit dem Arbeitsmarktservice bei der Durchführung der medizinischen und beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation zur Erhaltung oder Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit (RZR 2013).

<sup>25</sup> Siehe § 48 Abs. 2 Satzung 2016 der OÖGKK in Verbindung mit § 104 ASVG.

litationsgeld anweisen. Aus den dem RH zur Verfügung gestellten Unterlagen ergaben sich keine Fehler in der Berechnung.“<sup>26</sup>

### Assessment

In einem zweiten Schritt erhebt der Case-Manager die Ist-Situation anhand der vorliegenden Unterlagen bzw. Informationen (z. B. Gutachten der Pensionsversicherungsanstalt oder chefärztliches Gutachten zur Arbeitsunfähigkeit). In der Regel findet auch ein Austausch zwischen dem chefärztlichen Dienst der Krankenkasse und dem Case-Manager statt. Im Besonderen geht es jedoch darum, im Rahmen eines persönlichen Gesprächs mit dem Rehabilitationsgeldbezieher seine konkreten Bedürfnisse herauszufiltern. Um dies bewerkstelligen zu können, wird der Versicherte in aller Regel vom Case-Manager zu einem Erstgespräch eingeladen. Zur Abklärung der medizinischen Seite wird der Chefarzt der Kasse in dieses Gespräch einbezogen. Darüber hinaus geht es auch um die soziale und die finanzielle Seite. Der Kunde wird in seiner Gesamtheit betrachtet.

Es stellen sich dabei zum Beispiel folgende Fragen:

- In medizinischer Hinsicht etwa: Welche Erkrankungen stehen hinter der festgestellten Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit? Gibt es noch andere gesundheitliche Probleme? Welche Behandlungsschritte wurden schon gesetzt?
- In Bezug auf die soziale Komponente etwa: Hat der Rehabilitationsgeldbezieher eine Familie? Bestehen im familiären Umfeld weitere Belastungen? Wie sieht der Freundeskreis aus? Von wem erhält der Kunde Unterstützung? Was macht er gerne in der Freizeit? Wie sieht die Wohnsituation aus?
- Bezüglich der finanziellen Seite etwa: Wie sieht die finanzielle Situation aus? Gibt es Schulden, und wenn ja, hat der Versicherte darüber noch einen Überblick? Wurde bereits mit der Schuldnerberatung Kontakt aufgenommen? Wurden alle Förderungsmöglichkeiten genutzt (Rezeptgebührenbefreiung, Wohnbeihilfe etc.)?

Anhand dieses Erstgesprächs ist der Case-Manager in der Lage, die Versorgungsdefizite und den individuellen Versorgungsbedarf sowie vorhandene Ressourcen festzustellen.

### Entwicklung des Versorgungsplans und der Zielvereinbarung

In weiterer Folge wird ein angemessener, bedarfsorientierter und individueller Versorgungsplan erstellt. Es werden gemeinsam mit dem Kunden kurz- und langfristige Ziele definiert und konkrete Maßnahmen zur Zielerreichung vereinbart. Dabei ist zu beachten, dass es sich um realistische und erreichbare sowie verständlich formulierte Ziele handeln muss. Die medizinische Expertise ist vom Chefarzt bei der Erstellung des Versorgungsplans einzubringen.

Zudem werden die am Leistungsprozess beteiligten Netzwerkpartner definiert. Darüber hinaus wird aber auch festgelegt, wer für die Umsetzung einer konkreten Maßnahme verantwortlich ist (Rehabilitationsgeldbezieher oder Case-Manager) sowie bis wann die Maßnahme umzusetzen ist. So kann bei der Zuständigkeit etwa vereinbart werden, dass der Case-Manager den telefonischen Erstkontakt mit der Schuldnerberatungsstelle herstellt, das erste persönliche Gespräch der Rehabilitationsgeldbezieher aber alleine selbst wahrzunehmen hat. All jene Angelegenheiten, die der Rehabilitationsgeldbezieher selbständig erledigen kann, sollen ihm auch nicht abgenommen werden („Hilfe zur Selbsthilfe“).

Der Versorgungsplan inklusive der Zielvereinbarung, wird dem Kunden übergeben. Der Versorgungsplan stellt somit das Spiegelbild zu den im Assessment festgestellten Bedürfnissen dar und gilt als Kernpunkt des Case-Management-Regelkreises.

Folgende Inhalte können festgelegt werden:

- Konkrete medizinische Maßnahmen (z. B. regelmäßige Facharztkontrollen und regelmäßige Medikamenteneinnahme)
- Maßnahmen zur Verbesserung der finanziellen Situation (z. B. Antrag auf Rezeptgebührenbefreiung bzw. Wohnbeihilfe, Zugang zu einer leistbaren Wohnung, Schuldnerberatungsstelle)
- Soziale Themen (z. B. Kontaktaufnahme mit einer Selbsthilfegruppe bzw. einem Verein)

### Implementierung des Versorgungsplans

Bei der Implementierung geht es darum, dass die vereinbarten Maßnahmen zeitgerecht umgesetzt werden. Der Case-Manager fungiert als Bindeglied zwischen den Netzwerkpartnern und den Interessen des Kunden und koordiniert das Leistungsgeschehen. Bei Bedarf finden weitere persönliche oder telefonische Kontakte zwischen Kunde und Case-Manager statt.

### Monitoring der Leistungserbringung und eventuelles Re-Assessment

Im weiteren Verlauf wird beim Monitoring die Leistungserbringung vom Case-Manager sichergestellt bzw. überwacht. Der Case-Manager erkennt dabei Veränderungen im Versorgungsbedarf und Probleme rechtzeitig. Im Bedarfsfall wird in einem Re-Assessment der Fall neu eingeschätzt und der Versorgungsplan bzw. die Zielvereinbarung im Einvernehmen mit dem Kunden angepasst. Dies geschieht etwa dann, wenn es Abweichungen zum Versorgungsplan gibt oder bisher nicht bekannte Bedürfnisse auftreten.

Anhand des neu festgestellten Bedarfs finden weitere Kunden- oder Netzwerkpartnerkontakte bzw. Kontakte mit dem Chefarzt statt, wenn dies erforderlich ist. Es kommt erneut zur Implementierung und zum Monitoring.

<sup>26</sup> Quelle: Bericht des Rechnungshofes, Invaliditätspension Neu, Reihe BUND 2017/33, 10 ff. (Juli 2017).

Gemäß § 143a Abs. 5 ASVG kann der Krankenversicherungsträger verfügen, dass das Rehabilitationsgeld ruht, wenn die zu rehabilitierende Person die im Rahmen des Case-Managements vorgesehenen Abläufe oder Maßnahmen vereitelt oder verzögert, indem sie ihren Mitwirkungsverpflichtungen wiederholt nicht nachkommt, und die versicherte Person vorher auf die Folgen ihres Verhaltens schriftlich hingewiesen worden ist. Das Ruhen des Rehabilitationsgeldes kann auf Dauer oder für eine bestimmte Zeit zur Gänze oder teilweise verfügt werden.<sup>27</sup>

Bei wesentlichen Änderungen oder fehlender Mitwirkung des Rehabilitationsgeldbeziehers übermittelt der Krankenversicherungsträger einen entsprechenden Bericht an die Pensionsversicherungsanstalt, die über eine allfällige Entziehung des Rehabilitationsgeldes entscheidet.

Nach § 143a Abs. 1 in Verbindung mit § 99 Abs. 1a ASVG ist der anspruchsberechtigten Person das Rehabilitationsgeld zu entziehen, wenn sie sich nach Hinweis auf diese Rechtsfolge weigert, an den ihr zumutbaren medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation mitzuwirken. Die Entziehung erfolgt durch Bescheid des Pensionsversicherungsträgers.<sup>28</sup> Während bei der Entziehung eines Leistungsanspruchs das Leistungsverhältnis beendet wird (in concreto durch Bescheid der Pensionsversicherungsanstalt),<sup>29</sup> bleibt im Falle des Ruhens – vorgenommen durch den Krankenversicherungsträger – der Leistungsanspruch bestehen.

## Evaluation

Im Rahmen der Evaluation wird der Versorgungsplan mit einem Abschlussbericht (Verlauf und Ergebnis der Fallbetreuung) über das vergangene Jahr sowie einer medizinischen Stellungnahme des Chefarztes an die Pensionsversicherungsanstalt zur Entscheidung über das weitere Vorliegen der vorübergehenden Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit übermittelt.<sup>30</sup> Längstens ein Jahr nach Zuerkennung des Rehabilitationsgeldes oder der letzten Begutachtung erfolgt eine Überprüfung. Dazu wird der Versicherte in der Regel in die bei der Pensionsversicherung eigens dafür eingerichtete Begutachtungsstelle, das Kompetenzzentrum Begutachtung, eingeladen.<sup>31</sup>

Ist der Versicherte weiterhin vorübergehend invalid bzw. berufsunfähig, übermittelt die Pensionsversicherungsanstalt das Weiterewährungsgutachten an die OÖGKK. Dadurch ist die Person erneut „identifiziert“. Entzieht die Pensionsversicherung das Rehabilitationsgeld, übermittelt sie den Entziehungsbescheid

an die OÖGKK, die OÖGKK stellt in weiterer Folge die Auszahlung der Geldleistung ein. Der Case-Manager führt mit seinem Kunden ein Abschlussgespräch durch und das Case-Management sowie der Fall sind beendet.

## Zusammenfassung

Wie eingangs bereits erwähnt wurde, ist der Krankenversicherungsträger gesetzlich zur Betreuung des Rehabilitationsgeldbeziehers verpflichtet.<sup>32</sup> Das Case-Management wird von den Kunden der OÖGKK überwiegend positiv aufgenommen. In diesem Zusammenhang ist die Wichtigkeit der versichertenannahen Betreuung vor Ort in den Kundenservicestellen der OÖGKK zu betonen. In Oberösterreich gibt es 23 ständig besetzte Kundenservicestellen und 18 Servicestellen mit eingeschränkten Öffnungszeiten.<sup>33</sup> Die Intensität der Betreuung im Rahmen des Case-Managements ist abhängig vom psychischen und physischen Gesundheitszustand des Rehabilitationsgeldbeziehers. Der Mensch, seine konkreten Bedürfnisse und sein Potential stehen im Mittelpunkt. Während der Betreuung reflektiert und verbessert der Case-Manager laufend seine Zusammenarbeit mit den Netzwerkpartnern und baut dieses Netzwerk auch weiter aus.

## Zahlen und Fakten (österreichweit)

Betrachtet man allein die Zahlen und die Erfolgsquote, lässt sich sagen, dass sich die Einführung des neuen Regimes zwar positiv auf die Entwicklung des faktischen Pensionsantrittsalters ausgewirkt hat, sich aber der Erfolg nicht im angenommenen Ausmaß eingestellt hat.

Die eingangs genannte Zielsetzung, das faktische Pensionsantrittsalter in Österreich von 58,4 Jahren im Jahr 2012 auf 60,1 Jahre bis zum Jahr 2018 anzuheben, wurde, wie Abbildung 2 zeigt, bereits im Jahr 2015 erreicht. Die Anzahl der Rehabilitationsgeldbezieher ist seit der



© Robert Kneschke - Fotolia.com

27 Zum Ruhen vgl. ErläutRV 321 BlgNR 25. GP, 6; siehe dazu auch Fördermayr in Mosler/Müller/Pfeil, Der SV-Komm § 143a ASVG Rz 22 mit weiteren Nachweisen (Stand: 15. November 2017, rdb.at); Schramm in Mosler/Müller/Pfeil, Der SV-Komm § 99 ASVG Rz 12/5 mit Nachweisen (Stand: 1. Juni 2017, rdb.at).

28 Zur Entziehung vgl. ErläutRV 2000 BlgNR 24. GP, 21; ErläutRV 321 BlgNR 25. GP, 4; vgl. dazu auch Fördermayr in Mosler/Müller/Pfeil, Der SV-Komm § 143a ASVG Rz 18/1 mit Nachweisen (Stand: 15. November 2017, rdb.at); Schramm in Mosler/Müller/Pfeil, Der SV-Komm § 99 ASVG Rz 12/1 ff. mit weiteren Nachweisen (Stand: 1. Juni 2017, rdb.at).

29 Vgl. dazu Schramm in Mosler/Müller/Pfeil, Der SV-Komm § 99 ASVG Rz 1 mit Nachweisen (Stand: 1. Juni 2017, rdb.at).

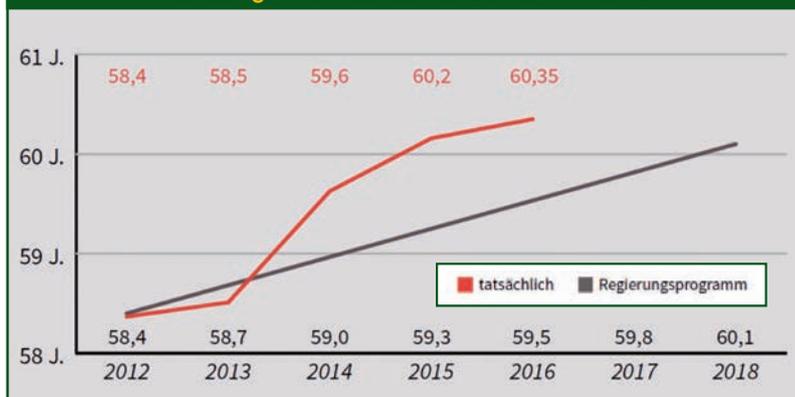
30 Vgl. § 459i ASVG.

31 Vgl. Fördermayr in Mosler/Müller/Pfeil, Der SV-Komm § 143a ASVG Rz 17 mit Nachweisen (Stand: 15. November 2017, rdb.at).

32 Vgl. § 143b ASVG.

33 www.oelogk.at (unter „Kundenservice der OÖGKK“; Standorte, Stand: 27. März 2017).

Abbildung 2: Faktisches Pensionsantrittsalter



Quelle: Sozialministerium

Einführung immer gestiegen, jeweils zum Jahresende waren

- 2014 11.187 Personen,
- 2015 18.546 Personen,
- 2016 19.508 Personen<sup>34</sup>

im Rehabilitationsgeldbezug, Ende des Jahres 2017 waren es rund 20.700 Personen.<sup>35</sup>

Ursächlich für das Vorliegen der vorübergehenden Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit bei den 19.508 Beziehern Ende des Jahres 2016 waren überwiegend psychiatrische Krankheiten (72,1 Prozent), gefolgt von Krankheiten des Bewegungsapparats (6,8 Prozent) und Krebserkrankungen (4,9 Prozent).<sup>36</sup>

## Erkenntnisse aus den ersten Jahren

Die Erfahrungen zeigen, dass zwar der richtige Weg eingeschlagen wurde, eine Systemänderung jedoch von mehreren, oftmals erfolgshemmenden Einflussfaktoren abhängig ist (z. B. Situation auf dem Arbeitsmarkt).

Laut Rückmeldung aller Krankenversicherungsträger wird die Betreuung durch das Case-Management von den Versicherten überwiegend positiv aufgenommen.

Festgestellt wurde, dass die Personen „kranker“ als erwartet sind. So ist teilweise auch die geringe Fallzahl beim Umschulungsgeld, also der beruflichen Rehabilitation durch das Arbeitsmarktservice (im Jahr 2016 sind laut Geschäftsbericht des Arbeitsmarktservice lediglich 214 Personen dieser Gruppe neu in eine Umschulung integriert worden), erklärbar, die Antragsteller bedürfen meist einer medizinischen Intervention, und sofern diese erfolgreich verläuft, ist eine Umschulung oftmals nicht angezeigt, da die bisherige Tätigkeit wieder ausgeübt werden könnte.

Der unerwartet hohe Anteil an psychischen Erkrankungen

hat die Grenzen des bisherigen Versorgungsangebots aufgezeigt. Die bestehenden Versorgungsangebote müssen angepasst oder neu gedacht werden, wie etwa der Ausbau der ambulanten Rehabilitation, das Abgehen vom unflexiblen sechswöchigen stationären Rehabilitationsaufenthalt und die Schaffung von niederschweligen Angeboten (nicht zuletzt, um Wartezeiten zu überbrücken).

Vor allem aber wurde festgestellt, dass zukünftig eine Intervention bzw. Unterstützung der Versicherten bereits früher erfolgen muss, am besten noch während eines aufrechten Beschäftigungsverhältnisses.

Teilweise wurde vonseiten der Sozialversicherung und des Gesetzgebers schon auf den festgestellten Optimierungsbedarf reagiert.

## Angebote der Sozialversicherung zur früheren Intervention

Zusätzlich zu den bestehenden Maßnahmen der Früherfassung von ausgewählten Diagnosen (hier prüft der Pensionsversicherungsträger nach einer bestimmten Anzahl von Krankenstandstagen<sup>37</sup> eine Rehabilitationsfähigkeit) und der Möglichkeit der Inanspruchnahme eines freiwilligen Beratungsangebots für Dienstnehmer und Betriebe im Rahmen von fit2work<sup>38</sup> wurden folgende weitere Maßnahmen eingeführt:

- Sozialversicherungs-Änderungsgesetze (SVÄG) 2016 und 2017:<sup>39</sup>
  - Rechtsanspruch auf berufliche Rehabilitation bereits bei drohender Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit
  - Schaffung der Möglichkeit einer freiwilligen beruflichen Rehabilitation von Rehabilitationsgeldbeziehern durch den Pensionsversicherungsträger
  - Aufnahme der medizinisch-berufsorientierten Rehabilitation (MBOR) in den Katalog der möglichen Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation
- Änderung von Richtlinien des Hauptverbandes:<sup>40</sup>
  - „Early Intervention“ (seit 1. April 2017): Versicherte, die aufgrund bestimmter Indikationen seit mindestens 28 Tagen durchgehend arbeitsunfähig infolge von Krankheit sind, werden vom Krankenversicherungsträger zu einem freiwilligen Beratungsgespräch eingeladen, das insbesondere der Steigerung der Gesundheitskompetenz dienen soll
- Wiedereingliederungsteilzeitgesetz:<sup>41</sup>
  - Möglichkeit einer schrittweisen Rückkehr an den Arbeitsplatz nach einem langen Krankenstand („Wiedereingliederungsteilzeit“)

34 Quelle: Pensionsversicherungsanstalt.

35 Quelle: Versichertenstatistik der Krankenversicherungsträger.

36 Quelle: Jahresbericht 2016 der Pensionsversicherungsanstalt.

37 Tage der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit.

38 Literaturhinweis: Röhrich, fit2work. Beratungs-, Informations- und Unterstützungsangebot für Sekundärprävention, in Pfeil/Prantner (Hrsg.), Neue Rolle der Rehabilitation in der Sozialversicherung (2014).

39 BGBl. I Nr. 29/2017 (SVÄG 2016) und BGBl. I Nr. 38/2017 (SVÄG 2017)

40 5. Änderung der Richtlinien für die Erbringung von Leistungen im Rahmen der Gesundheit sowie von Leistungen im Rahmen der Festigung der Gesundheit und der Gesundheitsvorsorge (RRK 2005).

41 BGBl. I Nr. 30/2017.

## Wiedereingliederungsteilzeit

Das Wiedereingliederungsteilzeitgesetz ist mit 1. Juli 2017 in Kraft getreten.

Zielgruppe der Wiedereingliederungsteilzeit sind Arbeitnehmer, bei denen zwar Arbeitsfähigkeit vorliegt, jedoch ohne begleitende Maßnahmen eine erhöhte Gefahr des Rückfalls in die Arbeitsunfähigkeit besteht. Die Wiedereingliederungsteilzeit soll der Erhaltung der langfristigen Arbeitsfähigkeit dienen.

Zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Wiedereingliederungsteilzeit muss daher eine ärztliche Bestätigung der Arbeitsfähigkeit vorliegen.

Eine Wiedereingliederungsteilzeit kommt nicht in Betracht, sofern

- eine Erkrankung ohne jedwede Nachwirkung vollständig ausgeheilt ist;
- absehbar ist, dass der Arbeitnehmer auch nach Ablauf einer geplanten Wiedereingliederungsteilzeit seine Tätigkeit nicht im vollen Ausmaß ausüben können.

Die Inanspruchnahme bzw. Vereinbarung einer Wiedereingliederungsteilzeit ist freiwillig, es besteht kein Rechtsanspruch auf Abschluss einer Wiedereingliederungsvereinbarung.

Nach mindestens sechswöchigem ununterbrochenem Krankenstand kann unter Einbindung von fit2work oder bei Vorliegen einer arbeitsmedizinischen Zustimmung die Vereinbarung einer Wiedereingliederungsteilzeit zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber für die Dauer von einem Monat bis maximal sechs Monaten erfolgen. Diese Vereinbarung<sup>42</sup> kann im Einvernehmen höchstens zweimal abgeändert werden (Verlängerung oder Änderung des Stundenausmaßes), darüber hinaus sieht § 13a Abs. 1 zweiter Satz AVRAG (Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetz) unter der Bedingung der arbeitsmedizinischen Zweckmäßigkeit eine einmalige Verlängerungsmöglichkeit um einen Monat bis maximal drei Monate vor.

Das der Wiedereingliederungsteilzeit zugrunde liegende Arbeitsverhältnis muss zum Zeitpunkt der geplanten Inanspruchnahme durchgehend mindestens drei Monate gedauert haben. Hier ist auf den arbeitsrechtlichen Bestand des Arbeitsverhältnisses abzustellen, d. h., auf die Mindestbestandsdauer sind auch Zeiten einer Karenzierung oder Zeiten eines Krankenstands anzurechnen. Auch Zeiten einer zeitweise nur geringfügigen Beschäftigung sind bei dieser Betrachtung aus arbeitsrechtlicher Sicht zu berücksichtigen.

Um die Wiedereingliederungsteilzeit in Anspruch nehmen zu können, ist vorab ein Plan zur Wiedereingliederung zu erstellen, der die Basis für die abzuschließende Wiedereingliederungsvereinbarung bildet. Zur



© Industrieblick - Fotolia.com

Erstellung des Wiedereingliederungsplans ist gesetzlich vorgesehen, dass der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber eine Beratung durch fit2work („im Rahmen des Wiedereingliederungsmanagements nach dem Arbeit- und Gesundheit-Gesetz“) in Anspruch nehmen. Substituiert werden kann dieses Erfordernis durch eine arbeitsmedizinische Zustimmung zum Wiedereingliederungsplan und zur Wiedereingliederungsvereinbarung.

Zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber muss<sup>43</sup> eine Herabsetzung der wöchentlichen Normalarbeitszeit zwischen 25 und 50 Prozent vereinbart werden. Die Herabsetzung hat im Verhältnis zur (arbeits-)vertraglich geschuldeten wöchentlichen Normalarbeitszeit vor der Wiedereingliederungsteilzeit zu erfolgen, d. h. auch Teilzeitbeschäftigte sind von der Inanspruchnahme einer Wiedereingliederungsteilzeit nicht ausgeschlossen. Zu beachten ist jedoch, dass die wöchentliche Normalarbeitszeit während der Wiedereingliederung zwölf Stunden nicht unterschreiten darf und ein monatliches Mindestentgelt über der Geringfügigkeitsgrenze<sup>44</sup> (Wert 2018: 438,05 Euro) verbleiben muss.

Für einzelne Monate kann von der zulässigen Bandbreite der Arbeitszeitreduktion zwischen 25 und 50 Prozent abgewichen werden, sofern die Bandbreite im Durchschnitt der vereinbarten Wiedereingliederungsteilzeit eingehalten wird und das Stundenausmaß 30 Prozent der ursprünglichen (vor Antritt der Wiedereingliederungsteilzeit bestehenden) wöchentlichen Normalarbeitszeit nicht unterschreitet.

Dies bedeutet, dass zu Beginn der Wiedereingliederungsteilzeit sogar ein Unterschreiten der Bandbreite durch eine Arbeitszeitreduktion um bis zu 70 Prozent möglich ist, wenn die Arbeitszeit im Durchschnitt während der gesamten Wiedereingliederungsteilzeit zwischen 50 und 75 Prozent der wöchentlichen Normalarbeitszeit vor Antritt der Wiedereingliederungsteilzeit beträgt.

Der Verlauf der vereinbarten Arbeitszeit muss aber innerhalb des Wiedereingliederungszeitraums ansteigen oder zumindest gleich bleiben.<sup>45</sup>

Neben dem entsprechend der Arbeitszeitreduktion ali-

42 Nach § 13a Abs. 1 erster Satz AVRAG (ein bis sechs Monate).

43 Das „Müssen“ bezieht sich auf die Bandbreite der Arbeitszeitreduktion, es besteht keinerlei Verpflichtung für den Arbeitnehmer bzw. den Arbeitgeber zum Abschluss einer Wiedereingliederungsvereinbarung.

44 Dies ist notwendig, da das Wiedereingliederungsgeld allein keinen Krankenversicherungsschutz bewirkt; dieser entsteht durch die vollversicherte (Teilzeit-)Beschäftigung.

45 Vgl. Erläuterung 1362 BgI NR 25. GP, 4.

quot zustehenden Entgelt aus der Teilzeitbeschäftigung steht dem Arbeitnehmer als teilweiser Ersatz des Einkommensverlusts gegenüber der Vollzeitbeschäftigung ein Wiedereingliederungsgeld aus Mitteln der Krankenversicherung zu. Sofern die Arbeitszeit zunächst um mehr als 50 Prozent der ursprünglichen Arbeitszeit reduziert wird, sind sowohl das Entgelt aus der Teilzeitbeschäftigung als auch das Wiedereingliederungsgeld für den gesamten Zeitraum im Ausmaß der durchschnittlichen Reduktion (die in der Bandbreite zwischen 25 und 75 Prozent liegen muss) zu bezahlen.<sup>46</sup>

Die Bewilligung der auf Basis eines Wiedereingliederungsplans erstellten Wiedereingliederungsvereinbarung bzw. der Wiedereingliederungsteilzeit erfolgt durch den Krankenversicherungsträger.

Die Wiedereingliederungsteilzeit endet

- durch Ablauf der vereinbarten Teilzeit;
- bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses;
- bei Erlöschen des Wiedereingliederungsgeldes wegen Zuerkennung (Bezug) einer Eigenpension oder von Rehabilitationsgeld;<sup>47</sup>
- bei Entziehung des Wiedereingliederungsgeldes wegen Überschreitung der vereinbarten Arbeitszeit in einem dem Zweck der Wiedereingliederungsteilzeit widersprechendem Ausmaß nach Hinweis auf diese Rechtsfolge;
- auf schriftliches Verlangen des Arbeitnehmers, sofern die arbeitsmedizinische Zweckmäßigkeit der Wiedereingliederungsteilzeit nicht mehr gegeben ist, frühestens drei Wochen nach der schriftlichen Bekanntgabe des Beendigungswunsches;
- durch Aussteuerung des Wiedereingliederungsgeldes nach Maßgabe von § 139 ASVG bei Eintritt des Versicherungsfalls der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit während der Wiedereingliederungsteilzeit, sofern gegenüber dem Arbeitgeber kein Anspruch auf Weiterleistung oder ein Anspruch auf Weiterleistung von bis zu 50 Prozent der Geld- und Sachbezüge besteht.<sup>48</sup>

## Wiedereingliederungsgeld – erste Erfahrungen aus Sicht der OÖGKK

Vor dem Hintergrund der Zielsetzung „längerer Verbleib von Arbeitnehmern/-innen im Erwerbsleben“<sup>49</sup> hat der Gesetzgeber mit dem Wiedereingliederungsteilzeitgesetz<sup>50</sup> neben dem Kranken-, Wochen- und Rehabilitationsgeld eine neue Geldleistung – das Wiedereingliederungsgeld – im § 117 Z 3a ASVG aufgenommen.

Wie oben bereits näher ausgeführt, soll Personen in einem aufrechten Dienstverhältnis, die für längere Zeit physisch oder psychisch erkrankt waren, durch die Wiedereingliederungsteilzeit und das Wiedereingliederungsgeld die schrittweise Rückkehr in den Arbeitsprozess ermöglicht werden. Ziel dieses arbeits- und sozialversicherungsrechtlichen Modells ist der langfristige Erhalt der Gesundheit sowie die nachhaltige Festigung der Arbeitsfähigkeit. Dadurch soll erreicht werden, dass der arbeitsfähige Kunde langfristig im Arbeitsleben verbleiben kann. Gleichzeitig soll durch die vollständige Wiedereingliederung der Erhalt des Arbeitsplatzes gesichert werden.<sup>51</sup>

Als Leistung aus dem neuen Versicherungsfall „Wiedereingliederung nach langem Krankenstand“, der mit dem tatsächlichen Beginn der Wiedereingliederungsteilzeit eintritt (§ 120 Z 2a ASVG), wird vom Krankenversicherungsträger ein Wiedereingliederungsgeld gewährt (§ 143d ASVG). Das Wiedereingliederungsgeld gebührt neben einem Teilzeitentgelt und dient als monetärer Ausgleich für den Einkommensverlust aufgrund der Teilzeitbeschäftigung.<sup>52</sup>

Voraussetzung ist, dass das Dienstverhältnis seit zumindest drei Monaten besteht und eine mindestens sechswöchige durchgehende Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit vorliegt (zu den Voraussetzungen siehe oben unter „Wiedereingliederungsteilzeit“).<sup>53</sup> Der Antritt der Wiedereingliederungsteilzeit hat unmittelbar nach dem Krankenstand zu erfolgen.<sup>54</sup>

Zur Beantragung des Wiedereingliederungsgeldes beim Krankenversicherungsträger benötigt der Versicherte einen Wiedereingliederungsplan sowie eine Wiedereingliederungsvereinbarung. Diese Unterlagen sind Voraussetzung dafür, dass der Krankenversicherungsträger das Wiedereingliederungsgeld bewilligen kann (§ 143d Abs. 1 ASVG).

Der Wiedereingliederungsplan enthält die Rahmenbedingungen und den Ablauf der Wiedereingliederungsteilzeit sowie die arbeitsmedizinische Einschätzung, ob die medizinische Zweckmäßigkeit der Wiedereingliederungsteilzeit gegeben ist (§ 1 Abs. 2 AGG, § 13a Abs. 1 AVRAG). In der Wiedereingliederungsvereinbarung wird die Reduzierung der wöchentlichen Normalarbeitszeit auf Teilzeit zwischen Dienstgeber und Dienstnehmer festgehalten (§ 13a AVRAG). Inhalt der Vereinbarung sind Beginn, Dauer, Stundenausmaß und Lage der Teilzeitbeschäftigung. Bei der Ausgestaltung sind sowohl die betrieblichen Interessen als auch die

<sup>46</sup> Vgl. ErläutRV 1362 BlgNR 25. GP, 5; in allen anderen Fällen (innerhalb der Bandbreite, auch wenn ein stufenweiser Anstieg der Stunden erfolgt) sind das Entgelt und das Wiedereingliederungsgeld entsprechend der tatsächlichen Arbeitszeitreduktion zu leisten und gegebenenfalls laufend anzupassen.

<sup>47</sup> Allgemeiner Erlöschenstatbestand nach § 100 Abs. 1 lit. a ASVG laut ErläutRV 1362 BlgNR 25. GP, 2.

<sup>48</sup> In diesem Fall übernimmt das Wiedereingliederungsgeld die Funktion des Krankengeldes, daher kommt die Höchstanspruchsdauer nach § 139 ASVG zur Anwendung.

<sup>49</sup> Siehe Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung für die Jahre 2013 bis 2018, 70 ff.

<sup>50</sup> BGBl. I Nr. 30/2017.

<sup>51</sup> Vgl. ErläutRV 1362 BlgNR 25. GP, 1, 4 und 5.

<sup>52</sup> Vgl. ErläutRV 1362 BlgNR 25. GP, 1 und 5.

<sup>53</sup> Vgl. ErläutRV 1362 BlgNR 25. GP, 4.

<sup>54</sup> Zur umstrittenen Thematik, ob die Wiedereingliederungsteilzeit nahtlos an den Krankenstand anschließen muss, siehe Drs in Mosler/Müller/Pfeil, Der SV-Komm § 143d ASVG Rz 14 mit weiteren Nachweisen (Stand: 15. November 2017, rdb.at); zum direkten Anschluss an den Krankenstand vgl. die Broschüre des BMASK, Wiedereingliederungsteilzeit. Arbeitsrechtlicher und sozialversicherungsrechtlicher Leitfadens (13. Juli 2017).

Interessen des Dienstnehmers zu berücksichtigen. In Betrieben, in denen ein Betriebsrat eingerichtet ist, ist dieser den Verhandlungen über die Ausgestaltung der Wiedereingliederungsteilzeit beizuziehen, das bedeutet, dass der Betriebsrat zu den Gesprächen eingeladen werden muss.<sup>55</sup>

Wichtig ist, dass durch die Inanspruchnahme der Wiedereingliederungsteilzeit keine Änderung der arbeitsvertraglich vereinbarten Pflichten bzw. der kollektivvertraglichen Einstufung erfolgt (§ 13a Abs. 2 AVRAG).<sup>56</sup> Der Dienstnehmer soll am gleichen Arbeitsplatz wiederingegliedert werden, es wird lediglich die Arbeitszeit vorübergehend geändert.

Für die Vereinbarung und den Plan stehen österreichweit einheitliche Musterformulare zur Verfügung, die allerdings nicht zwingend zu verwenden sind. Werden die Musterformulare verwendet, ist jedoch gewährleistet, dass der Krankenversicherungsträger alle notwendigen Angaben hat, die zur Beurteilung erforderlich sind.<sup>57</sup>

Der Anspruch auf die Geldleistung und damit auch auf die Wiedereingliederungsteilzeit besteht nur dann, wenn der chef- und kontrollärztliche Dienst der Krankenkasse das Wiedereingliederungsgeld bewilligt. Die Bewilligung darf nur erteilt werden, wenn die Wiedereingliederung medizinisch zweckmäßig ist (zur medizinischen Zweckmäßigkeit siehe oben unter „Wiedereingliederungsteilzeit“). Eine allfällige Verlängerung der Wiedereingliederungsmaßnahme ist erneut vom Chefarzt zu bewilligen.<sup>58</sup>

Der Versicherungsfall tritt mit dem tatsächlichen Beginn der Wiedereingliederungsteilzeit ein. Dies kann jedoch frühestens mit dem – auf die Zustellung der Mitteilung über die Bewilligung des Wiedereingliederungsgeldes – folgenden Tag erfolgen bzw. mit einem vereinbarten späteren Beginndatum.<sup>59</sup> Da die Bewilligung beiden Vertragsparteien zugestellt wird, wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass für den Zeitpunkt des Beginns die Zustellung an den Dienstnehmer maßgebend ist.<sup>60</sup>

Das Wiedereingliederungsgeld errechnet sich aus dem erhöhten Krankengeld nach § 141 Abs. 2 ASVG (= 60 Prozent der Bemessungsgrundlage), das aus jener Erwerbstätigkeit gebührt bzw. gebühren würde, für welche die Wiedereingliederungsteilzeit in Anspruch genommen wird. Die Bemessungsgrundlage wird gemäß § 125 ASVG aus dem letzten vollen Beitragsmonat (analog Krankengeld-Anspruch) auf Basis der ursprünglichen

Arbeitszeit gebildet. Das Wiedereingliederungsgeld ist entsprechend der vereinbarten wöchentlichen Arbeitszeit zu aliquotieren (zum Entgelt aus der Teilzeitbeschäftigung und dem Wiedereingliederungsgeld bei einer Reduzierung der Arbeitszeit außerhalb der gesetzlichen Bandbreite siehe oben unter Wiedereingliederungsteilzeit).<sup>61</sup> Sonderzahlungen sind bei der Berechnung mittels eines durch die Satzung des Versicherungsträgers festzusetzenden Sonderzahlungszuschlags zu berücksichtigen.<sup>62</sup>

Das Wiedereingliederungsgeld ist eine tägliche Leistung, alle Bezüge über 30,- Euro täglich werden mit 25 Prozent pauschal besteuert.<sup>63</sup>

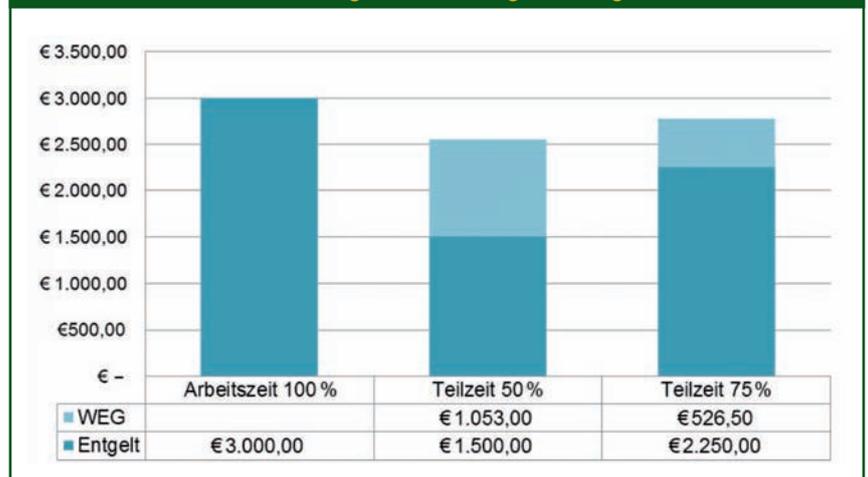
Neben dem Anspruch auf Wiedereingliederungsgeld gegenüber dem Krankenversicherungsträger hat der Dienstnehmer im Gegensatz zum Modell der „stufenweisen Wiedereingliederung“ in Deutschland im Rahmen der Wiedereingliederungsteilzeit in Österreich auch gegenüber seinem Dienstgeber einen Anspruch auf ein Teilzeitentgelt.<sup>64</sup>

### Wiedereingliederungsgeld als teilweiser Einkommensersatz

Bei wiederholter Inanspruchnahme entsteht ein neuerlicher Anspruch auf Wiedereingliederungsgeld erst nach dem Ablauf von 18 Monaten nach dem Ende der Wiedereingliederungsteilzeit (Sperrfrist).<sup>65</sup>

Wie sieht nun der Prozess im Zusammenhang mit der Beantragung des Wiedereingliederungsgeldes bei der OÖGKK aus?

Abbildung 3: Wiedereingliederung



55 Vgl. ErläutRV 1362 BlgNR 25. GP, 4; zur Wiedereingliederungsvereinbarung im Detail siehe Drs in Mosler/Müller/Pfeil, Der SV-Komm § 143d ASVG Rz 14 ff. mit weiteren Nachweisen (Stand: 15. November 2017, rdb.at).

56 Vgl. ErläutRV 1362 BlgNR 25. GP, 5.

57 So etwa auf der Homepage der OÖGKK unter [www.oogkk.at](http://www.oogkk.at) (unter „Wiedereingliederungsgeld“, Stand: 27. März 2018).

58 Vgl. ErläutRV 1362 BlgNR 25. GP, 1 f. und 5.

59 Vgl. ErläutRV 1362 BlgNR 25. GP, 4.

60 Vgl. die Broschüre des BMASK, Wiedereingliederungsteilzeit. Arbeitsrechtlicher und sozialversicherungsrechtlicher Leitfaden (13. Juli 2017).

61 Vgl. ErläutRV 1362 BlgNR 25. GP, 2 und 5.

62 Zur anteiligen Berücksichtigung der Sonderzahlungen (Zuschlag in Höhe von 17 Prozent) vgl. § 21 Abs. 2 Satzung 2016 der OÖGKK in Verbindung mit § 125 Abs. 3 ASVG.

63 Vgl. ErläutRV 1362 BlgNR 25. GP, 6; zur Lohnsteuerpflicht siehe § 25 Abs. 1 Z 1 lit. c in Verbindung mit § 41 Abs. 1 Z 3 in Verbindung mit § 69 Abs. 2 erster Satz EStG.

64 Vgl. ErläutRV 1362 BlgNR 25. GP, 1 und 5; zur „stufenweisen Wiedereingliederung“ in Deutschland vgl. Drs in Mosler/Müller/Pfeil, Der SV-Komm § 143d ASVG Rz 1 mit Nachweisen (Stand: 15. November 2017, rdb.at).

65 Vgl. ErläutRV 1362 BlgNR 25. GP, 3.



## Wiedereingliederungsgeld

© drubig-photo - Fotolia.com

Nach Einlangen aller Unterlagen (Wiedereingliederungsplan und Wiedereingliederungsvereinbarung, weitere medizinische Unterlagen) prüft die OÖGKK das Vorliegen der leistungsrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen, etwa ob das aufrechte Dienstverhältnis seit zumindest drei Monaten besteht oder die Reduzierung der Arbeitszeit dem gesetzlichen Rahmen entspricht (zu den Anspruchsvoraussetzungen siehe weiter oben).<sup>66</sup>

Die medizinische Zweckmäßigkeit der Wiedereingliederungsmaßnahme ist vom cheftztlichen Dienst der Kasse – auf Basis des vorgelegten Wiedereingliederungsplans – zu prüfen.<sup>67</sup> Ist die Zweckmäßigkeit zu bejahen, hat der Chefarzt die Bewilligung zu erteilen. Grundsätzlich handelt es sich dabei um eine Entscheidung anhand der Unterlagen ohne Kundenvorsprache (ist im Einzelfall jedoch möglich). Bei Bedarf erfolgt seitens des Chefarztes eine Rücksprache mit dem behandelnden Arzt, dem Arbeitsmediziner oder dem Berater bei fit2work.

Für die Zeit ab Beginn der Wiedereingliederungsteilzeit muss Arbeitsfähigkeit vorliegen. Diese ist ärztlich zu bestätigen. Bei der OÖGKK erfolgt die Gesundheitsmeldung in der Regel im Zuge der notwendigen Bewilligung durch den Chefarzt. Die Bestätigung über die Arbeitsfähigkeit kann aber auch vom behandelnden Arzt erstellt werden (Facharzt, Hausarzt). In dieser Voraussetzung liegt – neben dem Entgeltanspruch gegenüber dem Dienstgeber – der zweite wesentliche Unterschied zur deutschen Rechtslage. Die Wiedereingliederungsteilzeit begründet keinen Teil(zeit)krankensstand.<sup>68</sup>

Liegen alle – leistungsrechtlichen und medizinischen – Voraussetzungen vor, wird vom Krankenversicherungsträger ein Bewilligungsschreiben an den Versicherten und den Dienstgeber versendet. Ab dem Tag des tatsächlichen Dienstantrittes der Wiedereingliederungsteilzeit, frühestens aber mit dem – auf die Zustellung der Mitteilung über die Bewilligung an den Dienstnehmer – folgenden Tag besteht der Anspruch auf die Geldleistung. Die OÖGKK berechnet die Höhe des Wiedereingliederungsgeldes und zahlt es an den Versicherten alle vier Wochen im Nachhinein aus.<sup>69</sup>

### Zusammenfassung

Die Vereinbarung einer Wiedereingliederungsteilzeit basiert auf dem Prinzip der Freiwilligkeit, sowohl für den Dienstnehmer als auch für den Dienstgeber. Der Dienstnehmer hat keinen Rechtsanspruch gegenüber seinem Dienstgeber. Es besteht für den Dienstnehmer ein Motivkündigungsschutz, d. h., eine Kündigung wegen der Inanspruchnahme einer Wiedereingliederungsteilzeit bzw. wegen der Ablehnung kann bei Gericht angefochten werden.<sup>70</sup> Im Gegensatz dazu besteht aber ein Rechtsanspruch auf diese Geldleistung gegenüber dem Krankenversicherungsträger, wenn alle Voraussetzungen vorliegen.<sup>71</sup>

Abschließend ist zu betonen, dass in Oberösterreich die Wiedereingliederungsteilzeit von den Dienstnehmern und Dienstgebern sehr gut angenommen wird. Bei der OÖGKK sind bis zum 31. Oktober 2017 österreichweit die meisten Anträge auf Wiedereingliederungsgeld eingelangt (Anzahl bei der OÖGKK: 222).<sup>72</sup>

<sup>66</sup> Zu den Anspruchsvoraussetzungen im Detail vgl. etwa Drs in Mosler/Müller/Pfeil, Der SV-Komm § 143d ASVG Rz 13 ff. mit weiteren Nachweisen (Stand: 15. November 2017, rdb.at).

<sup>67</sup> Vgl. ErläutRV 1362 BlgNR 25. GP, 1 f. und 5.

<sup>68</sup> Vgl. ErläutRV 1362 BlgNR 25. GP, 5 („Die Ausübung der Wiedereingliederungsteilzeit schafft keinen Sonderstatus zwischen ‚arbeitsfähig‘ und ‚arbeitsunfähig‘“); vgl. auch Drs in Mosler/Müller/Pfeil, Der SV-Komm § 143d ASVG Rz 14 mit weiteren Nachweisen (Stand: 15. November 2017, rdb.at); zur „stufenweisen Wiedereingliederung“ in Deutschland vgl. Drs in Mosler/Müller/Pfeil, Der SV-Komm § 143d ASVG Rz 1 mit Nachweisen (Stand: 15. November 2017, rdb.at).

<sup>69</sup> Siehe § 48 Abs. 1 Z 3 Satzung 2016 der OÖGKK in Verbindung mit § 104 ASVG.

<sup>70</sup> Vgl. ErläutRV 1362 BlgNR 25. GP, 6.

<sup>71</sup> Vgl. den eindeutigen Wortlaut in § 143d Abs. 1 ASVG („Personen, die eine Wiedereingliederungsteilzeit nach § 13a AVRAG vereinbart haben, haben [...] Anspruch auf Wiedereingliederungsgeld“).

<sup>72</sup> Quelle: OÖGKK.