

1. Grundlagen

1.1. Begriff und System

Sozialrecht ist jener Rechtsbereich, der sich mit der Deckung des Risikos der Krankheit, der Mutterschaft, der Arbeitslosigkeit, des Alters, der Invalidität, des Arbeitsunfalls, der Berufskrankheit, des Todes und des unverschuldeten Verlustes der Unterhaltsmittel im Wege der staatlichen Versicherung, Versorgung oder Sozialhilfe befasst (vgl. *Tomandl Rz 5*). Zweck des Sozialrechts ist somit der Schutz des Einzelnen vor existenzbedrohenden Wechselfällen des Lebens (Risiken) durch **staatliche Leistungen**.

Zur Absicherung gegen die sozialen Risiken gibt es verschiedene **Sicherungssysteme**:

- Sozialversicherung,
- Versorgung und
- Sozialhilfe.

Die **Sozialversicherung** (SV) soll den Schutz des Einzelnen bei Eintritt bestimmter Risiken in Form einer Versicherung bewirken (*Pfeil/Auer-Mayer 13*). Die Finanzierung erfolgt größtenteils durch Pflichtbeiträge der Versicherten und Dienstgeber.

Eine **Versorgung** ist zum Ausgleich von Sonderopfern (zB Kriegsopferversorgung, Heeresversorgung, Impfschäden, Verbrechensopfer) und als Belohnung für besondere Dienste (zB die auslaufende Altersversorgung der Bundesbeamten) vorgesehen (*Drs, Arbeits- und Sozialrecht⁶ 6*). Versorgungsleistungen werden aus allgemeinen Steuermitteln finanziert.

Die **Sozialhilfe** (Fürsorge) ist gekennzeichnet durch die Grundsätze der Individualität (Abstellen auf die individuelle Bedürftigkeit des Leistungsberechtigten) und Subsidiarität (es bestehen keine anderen Möglichkeiten zur Sicherung des Lebensbedarfs). Sozialhilfeleistungen werden aus dem allgemeinen Steueraufkommen finanziert.

Die wichtigsten **Rechtsquellen** des Sozialrechts sind (Bundes-) **Gesetze**. Die allgemeine SV ist im ASVG, die Sondersicherungen sind in eigenen Sondergesetzen (B-KUVG, BSVG, FSVG, GSVG) geregelt. Versorgungsgesetze sind bspw das PG, KOVG, HEG, VOG. Die Sozialhilfe wird durch das SH-GG und die Ausführungsgesetze der Länder geregelt.

Sozialrecht gehört überwiegend zum **öffentlichen Recht** (Verwaltungsrecht).

1.2. Allgemeines zur Sozialversicherung

Die **SV im engeren Sinn** umfasst die drei Versicherungszweige Krankenversicherung (KV), Unfallversicherung (UV) und Pensionsversicherung (PV). Zur **SV im**

1. Grundlagen

weiteren Sinn zählt noch die Arbeitslosenversicherung, welche nicht von SV-Trägern, sondern vom Arbeitsmarktservice durchgeführt wird.

Die SV unterscheidet sich in wesentlichen Punkten von der Privatversicherung:

Sozialversicherung	Privatversicherung
Begründung durch Gesetz (Pflichtversicherung)	privatrechtlicher Vertrag
sozialer Ausgleich (Umverteilung)	kein sozialer Ausgleich
keine Riskenauslese (keine Unterscheidung nach guten und schlechten Risiken)	Riskenauslese (risikoabhängige Beiträge)
Finanzierung nach dem Umlageverfahren	Kapitaldeckungsverfahren
keine Gewinnerzielungsabsicht	Gewinnerzielung
Durchführung durch SV-Träger als Körperschaften des öffentlichen Rechtes	private Versicherungsunternehmen

Die **Finanzierung** der SV erfolgt nach dem **Umlageverfahren**. Die aktuell versicherten Erwerbstätigen zahlen dabei mit ihren Beiträgen die Leistungen (zB Versehrtenrenten, Pensionen) der aktuell Leistungsberechtigten.

Die private Versicherung beruht hingegen auf dem **Kapitaldeckungsverfahren**. Hier werden die eingezahlten Prämien (Beiträge) veranlagt und ein Kapitalstock gebildet, um mit diesem Kapital und den Kapitalerträgen die späteren Leistungen zu finanzieren.

Die Gesamtheit der zwischen dem SV-Träger, dem Versicherten und bestimmten dritten Personen (zB Dienstgeber) bestehenden sv-rechtlichen Rechte und Pflichten bildet ein eigenständiges, **öffentlich-rechtliches** Rechtsverhältnis, das als **sozialversicherungsrechtliches Schuldverhältnis** bezeichnet wird (vgl SV-System 1.1. mwN).

Es kann in das

- **Versicherungsverhältnis** (Versicherungspflicht und Beitragsangelegenheiten) und das
- **Leistungsverhältnis** (Rechte und Pflichten im Zusammenhang mit der Erbringung von SV-Leistungen)

unterteilt werden.

1.3. Leistungsansprüche

Die Ansprüche auf die Leistungen aus der KV, UV und PV **entstehen** in dem Zeitpunkt, in dem die hierfür vorgesehenen gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt werden (§ 85 Abs 1 ASVG).

1.3. Leistungsansprüche

1.3.1. Anfall der Leistungen

Leistungsanfall ist der Zeitpunkt, ab dem die Leistung zusteht. Leistungen fallen an (§ 86 ASVG):

- Soweit nichts anderes bestimmt ist, mit dem Entstehen des Anspruches (Abs 1).
- Hinterbliebenenpensionen fallen mit dem dem Eintritt des Versicherungsfalles folgenden Tag an, wenn der Antrag binnen 6 Monaten nach Eintritt des Versicherungsfalles gestellt wird. Wird der Antrag nach Ablauf dieser Frist gestellt, so fällt die Pension erst mit dem Tag der Antragstellung an (Abs 3 Z 1).
- Eigenpensionen fallen mit Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen an, wenn sie auf einen Monatsersten fällt, sonst mit dem der Erfüllung der Voraussetzungen folgenden Monatsersten, sofern die Pension binnen einem Monat nach Erfüllung der Voraussetzungen beantragt wird. Wird der Antrag auf die Pension erst nach Ablauf dieser Frist gestellt, so fällt die Pension mit dem Stichtag an. Für den Anfall einer Pension aus den Versicherungsfällen der **geminderten Arbeitsfähigkeit** ist zusätzlich die **Aufgabe** oder Karenzierung **der Tätigkeit**, auf Grund welcher der Versicherte als invalid (berufsunfähig) gilt, erforderlich (Abs 3 Z 2).
- Leistungen aus der **UV** fallen, wenn innerhalb von 2 Jahren nach Eintritt des Versicherungsfalles weder der Anspruch von Amts wegen festgestellt noch ein Antrag auf Feststellung des Anspruches gestellt wurde, mit dem Tag der späteren Antragstellung bzw mit dem Tag der Einleitung des Verfahrens an, das zur Feststellung des Anspruches führt (Abs 4).

1.3.2. Entziehung von Leistungsansprüchen

Eine Leistung ist nach § 99 ASVG aus folgenden Gründen zu **entziehen**:

- Wenn die Voraussetzungen des Anspruches auf eine laufende Leistung nicht mehr vorhanden sind und der Anspruch nicht automatisch erloschen ist (Abs 1).
- Das **Rehabilitationsgeld** ist der anspruchsberechtigten Person zu entziehen, wenn sie sich nach Hinweis auf diese Rechtsfolge **weigert**, an den ihr zumutbaren medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation **mitzuwirken** (Abs 1a).
- Die Leistung kann ferner auf Zeit ganz oder teilweise entzogen werden, wenn sich der Anspruchsberechtigte nach Hinweis auf diese Folge einer Nachuntersuchung entzieht (Abs 2).

Die Entziehung hat in Form eines **Bescheides** zu erfolgen (§ 367 Abs 2 ASVG) und setzt voraus, dass eine **wesentliche Änderung** der Verhältnisse (zB Besserung des Gesundheitszustandes, Änderungen im Pflegebedarf) gegenüber dem Zeitpunkt der Leistungszuerkennung eingetreten ist (RS0083884).

Haben die objektiven Grundlagen für eine Leistungszuerkennung keine wesentliche Änderung erfahren, so steht die **Rechtskraft** der Gewährungsentscheidung

1. Grundlagen

der Entziehung entgegen; an einer solchen Änderung fehlt es regelmäßig dann, wenn bestimmte Leistungsvoraussetzungen nie vorhanden waren. Hier ist Rechtsicherheit vor Rechtmäßigkeit zu reihen (RS0106704).

Nach jüngster Rsp berechtigt aber auch eine **geringfügige Verbesserung** des Gesundheitszustandes zur Entziehung einer zu Unrecht gewährten Leistung (10 Obs 87/16s: Versehrtenrente; 10 Obs 78/17v: Pflegegeld; 10 Obs 65/18h, 10 Obs 40/20k: Rehabilitationsgeld).

1.3.3. Erlöschen von Leistungsansprüchen

Der Anspruch auf eine laufende Leistung erlischt nach § 100 ASVG **automatisch** (ohne weiteres Verfahren):

- in der KV, wenn die Voraussetzungen für den Anspruch weggefallen sind;
- in der UV und PV mit dem Tod des Anspruchsberechtigten, mit der Verheiratung der Witwe (des Witwers), mit der Vollendung des 18. Lebensjahres bei Waisenrenten (-Pensionen) sowie nach Ablauf der Dauer, für die eine Rente (Pension) zuerkannt wurde.

1.3.4. Rückwirkende Herstellung des gesetzlichen Zustandes

Ergibt sich nachträglich, dass eine Geldleistung bescheidmäßig infolge eines wesentlichen **Irrtums** über den Sachverhalt oder eines offenkundigen Versehens zu Unrecht abgelehnt, entzogen, eingestellt, zu niedrig bemessen oder zum Ruhen gebracht wurde, so ist mit Wirkung vom Tag der Auswirkung des Irrtums oder Versehens der gesetzliche Zustand herzustellen (§ 101 ASVG).

Die Entscheidung darüber, **ob** die Voraussetzungen für die rückwirkende Herstellung des gesetzlichen Zustandes vorliegen, ist eine **Verwaltungssache** iSd § 355 ASVG. Gegen einen Bescheid, mit dem eine solche verfahrensrechtliche Maßnahme abgelehnt wird, kann daher keine Klage erhoben werden (RS0084076). Die Herstellung des gesetzlichen Zustandes selbst ist hingegen eine Leistungssache iSd § 354 ASVG und damit eine Sozialrechtssache (10 Obs 357/02a).

1.3.5. Aufrechnung

Die Versicherungsträger dürfen auf die von ihnen zu erbringenden Geldleistungen **aufrechnen** (§ 103 ASVG):

- vom Anspruchsberechtigten einem SV-Träger geschuldete fällige **Beiträge**, soweit das Recht auf Einforderung nicht verjährt ist;
- von SV-Trägern zu Unrecht erbrachte, vom Anspruchsberechtigten rückzuerstattende Leistungen, soweit das Recht auf **Rückforderung** nicht verjährt ist;
- von Versicherungsträgern gewährte **Vorschüsse**.

1.3. Leistungsansprüche

Die Aufrechnung ist bei fälligen Beitragsschulden und Rückforderungsansprüchen nur bis zur Hälfte der zu erbringenden Geldleistung zulässig; bei Vorschüssen in voller Höhe.

1.3.6. Rückforderung zu Unrecht erbrachter Leistungen

Der SV-Träger hat zu Unrecht erbrachte Geldleistungen sowie Aufwendungen für Heilbehelfe und Anstaltspflege und an Stelle von Sachleistungen erbrachte Kostenersätze bzw bare Leistungen **mit Bescheid zurückzufordern** (§ 107 ASVG), wenn der Leistungsempfänger den Bezug durch

- bewusst unwahre Angaben oder
- bewusste Verschweigung maßgebender Tatsachen oder
- (auch leicht fahrlässige) Verletzung der Meldevorschriften herbeigeführt hat oder
- erkennen musste, dass die Leistung nicht oder nicht in dieser Höhe gebührte.

Das Recht auf Rückforderung **besteht nicht**, wenn der SV-Träger zum Zeitpunkt, in dem er erkennen musste, dass die Leistung zu Unrecht erbracht worden ist, die für eine bescheidmäßige Feststellung erforderlichen Maßnahmen innerhalb einer angemessenen Frist unterlassen hat.

Das Recht auf Rückforderung **verjährt** binnen 3 Jahren nach dem Zeitpunkt, in dem dem SV-Träger bekannt geworden ist, dass die Leistung zu Unrecht erbracht worden ist.

Der SV-Träger kann bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände auf die Rückforderung **verzichten** oder eine Ratenzahlung zulassen.

Praktische **Beispiele** für Rückforderungen sind nicht gemeldete Einkünfte bei Ausgleichszulagenbeziehern oder die Nichtmeldung von Umständen, die den Verlust der Kindeseigenschaft und damit den Verlust der Waisenpension bewirken (*Pfeil/Auer-Mayer* 127 mwN).

2. Organisation

Im „Sozialversicherungswesen“ (SV-Recht) obliegen Gesetzgebung und Vollziehung dem **Bund** (Art 10 Abs 1 Z 11 B-VG).

Historischer Grundgedanke der **Selbstverwaltung** ist, dass die SV von den Versicherten und ihren Dienstgebern verwaltet werden soll (*Tomandl Rz 9*). Unter Selbstverwaltung versteht man die Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben durch öffentlich-rechtliche Körperschaften, die bei der Erfüllung dieser Aufgaben **weisungsfrei** sind und nur einer staatlichen Aufsicht unterliegen (*Pfeil/Auer-Mayer 135*).

Die Versicherungsträger und der Dachverband sind Körperschaften des öffentlichen Rechtes mit **Rechtspersönlichkeit** (§ 32 ASVG).

2.1. Sozialversicherungsträger

Durch eine umfassende **Organisationsreform** (Sozialversicherungs-Organisationsgesetz, SV-OG, BGBl I 2018/100) wurde die Zahl der SV-Träger mit 1.1.2020 von 21 auf 5 verringert:

SV-Träger	KV	UV	PV
Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK)	✓		
Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA)		✓	
Pensionsversicherungsanstalt (PVA)			✓
Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS)	✓	✓	✓
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB)	✓	✓	✓

Der VfGH hat die im Rahmen der SV-Organisationsreform erlassenen Bestimmungen über die Fusion der Gebietskrankenkassen zur ÖGK als verfassungskonform bestätigt. Auch die paritätische (je zur Hälfte) Zusammensetzung der Organe der ÖGK, der AUVA und der PVA aus Vertretern der Dienstnehmer und der Dienstgeber sowie die Auflösung der Betriebskrankenkassen wurden vom VfGH als nicht verfassungswidrig erkannt. In einigen Teilbereichen der Reform stellte der VfGH Verfassungswidrigkeiten fest. Verfassungswidrig waren ua die Bestimmungen über die Übertragung der Sozialversicherungsprüfung (§ 41a Abs 1 ASVG) an die Abgabenbehörden des Bundes sowie die Bestimmungen über den Eignungstest für die in die Organe der SV-Träger zu entsendenden Vertreter der Dienstnehmer und der Dienstgeber (VfGH 13.12.2019, G 78/2019, G 67/2019 ua).

Die **Verwaltungskörper** der SV-Träger sind

- der Verwaltungsrat,

2.2. Dachverband der Sozialversicherungsträger

- die Hauptversammlung und
- die Landesstellenausschüsse am Sitz der Landesstellen (§ 419 ASVG).

Die Mitglieder der Selbstverwaltungskörper werden **Versicherungsvertreter** genannt (§ 420 ASVG). Sie stammen aus dem Kreis der Versicherten bzw der Dienstgeber und werden von ihrer zuständigen gesetzlichen Interessenvertretung (Kammer) für jeweils 5 Jahre entsandt (§§ 421, 425 ASVG).

Dem **Verwaltungsrat** obliegt die Geschäftsführung, die Vertretung des Versicherungsträgers sowie die Vorbereitung der in der Hauptversammlung zu treffenden Beschlüsse (§ 432 ASVG).

Die **Hauptversammlung** beschließt den Jahresvoranschlag (Haushaltsplan), den Jahresbericht des Verwaltungsrates (bestehend aus Rechnungsabschluss und Statistischen Nachweisungen), die Entlastung des Verwaltungsrates sowie die **Satzung** und die **Krankenordnung** (§ 433 ASVG).

Den **Landesstellenausschüssen** obliegt die Geschäftsführung hinsichtlich der ihnen zugewiesenen Aufgaben. Die Landesstellenausschüsse sind bei ihrer Geschäftsführung an die Weisungen des Verwaltungsrates gebunden; der Verwaltungsrat kann Beschlüsse der Landesstellenausschüsse aufheben oder ändern (§ 434 ASVG).

2.2. Dachverband der Sozialversicherungsträger

Der ehemalige Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger wurde mit 1.1.2020 in Dachverband (DV) der Sozialversicherungsträger umbenannt. Dem DV gehören die fünf SV-Träger an.

Zu den **Aufgaben** des DV zählen die Beschlussfassung von **Richtlinien**, die Koordination der Vollziehungstätigkeit der SV-Träger und die Wahrnehmung trägerübergreifender Verwaltungsaufgaben im Bereich der SV (§ 30 ASVG).

Der DV hat für die ÖGK jährlich eine **Verordnung** zu erlassen, in der festgestellt wird, ob und in welcher Höhe ein **Kostenbeitrag** bei Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe, bei Inanspruchnahme chirurgischer oder konservierender Zahnbehandlung und bei Behandlung in einer Spitalsambulanz im nächstfolgenden Kalenderjahr zu entrichten ist. Er hat hierbei insb auf die wirtschaftlichen Verhältnisse der Versicherten Bedacht zu nehmen. Diese Verordnung bedarf zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung des für Gesundheit zuständigen BM (§ 31 ASVG).

Die **Verwaltungskörper** des DV sind

- die Konferenz der SV-Träger und
- die Hauptversammlung der SV-Träger (§ 441 ASVG).

Zu den Aufgaben der **Konferenz** gehört die Besorgung aller Aufgaben des DV, die nicht ausdrücklich der Hauptversammlung zugewiesen sind. Sie vertritt den

2. Organisation

DV nach außen. Die Konferenz hat einen Jahresbericht des DV und der bei ihm errichteten Fonds zu erstellen (§ 441c ASVG).

Die **Hauptversammlung** beschließt den von der Konferenz vorgelegten Jahresvoranschlag des DV, genehmigt den Rechnungsabschluss und entlastet die Konferenz (§ 441d ASVG).

2.3. Rechtsetzung durch die Sozialversicherungsträger (den Dachverband)

Die SV-Träger und der DV haben als Verwaltungsbehörden **hoheitliche Befugnisse** und können einseitig (autonom) generelle (Verordnungen) oder individuelle (Bescheide) Rechtsakte erlassen (vgl *Burger/Mair/Wachter 22*).

Der DV hat zur Förderung der Zweckmäßigkeit und der Einheitlichkeit der Vollzugspraxis der SV-Träger **Richtlinien** zu beschließen, welche für diese **verbindlich** sind (§§ 30, 30a ASVG).

Bspw sind Richtlinien über

- die Befreiung von der Rezeptgebühr bzw eine Obergrenze für die Entrichtung der Rezeptgebühren,
- die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung (sind auch für die Vertragspartner verbindlich),
- die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen (sind ebenfalls auch für die Vertragspartner verbindlich),
- die Durchführung der Vorsorge-(Gesunden-)Untersuchungen,
- die einheitliche Anwendung des BPGG

zu erlassen.

Die **Satzung** hat die Tätigkeit der SV-Träger zu regeln und enthält ua Bestimmungen über Rechte und Pflichten der Versicherten (Anspruchsberechtigten) und der Beitragsschuldner sowie über die Form der Kundmachungen und rechtsverbindlichen Akte (§ 453 ASVG). Die Satzung und jede ihrer Änderungen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der **Genehmigung** durch den zuständigen BM und sind unverzüglich nach der Genehmigung im Internet (www.ris.bka.gv.at/avsv) zu verlautbaren (§ 455 Abs 1 ASVG).

Die Konferenz des DV hat für den Bereich der KV eine **Mustersatzung** zu beschließen und kann Bestimmungen dieser Mustersatzung für alle Versicherungsträger für verbindlich erklären. Dabei ist auch auf das Interesse der Versicherten und der Dienstgeber an einer bundeseinheitlichen Vorgangsweise der SV-Träger Bedacht zu nehmen. In der Mustersatzung ist unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der KV eine für alle KV-Träger verbindliche Bandbreite für die über die gesetzlichen Mindestleistungen hinausgehenden Mehrleistungen

2.4. Aufsicht des Bundes

festzulegen. Die Erklärung der Verbindlichkeit von Bestimmungen der Mustersatzung und die Mustersatzung selbst bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der **Genehmigung** durch den für Gesundheit zuständigen BM und sind unverzüglich nach der Genehmigung im Internet zu verlautbaren (§ 455 Abs 2 ASVG).

Der KV-Träger hat eine **Krankenordnung** aufzustellen, die insb die Pflichten der Versicherten und der Leistungsempfänger im Leistungsfall, das Verfahren bei Inanspruchnahme von Leistungen der KV und die Kontrolle der Kranken zu regeln hat. Die **Genehmigung** der Krankenordnung und jeder ihrer Änderungen erfolgt durch den für Gesundheit zuständigen BM (§ 456 Abs 1 ASVG).

Der DV hat eine **Musterkrankenordnung** zu erlassen (§ 456 Abs 2 ASVG).

Die Richtlinien des DV, (Muster-)Satzungen und (Muster-)Krankenordnungen sind als **Verordnungen** zu qualifizieren (vgl *Tomandl Rz 323 mwN*).

2.4. Aufsicht des Bundes

Die Versicherungsträger und der DV unterliegen der Aufsicht des Bundes. Aufsichtsbehörde ist der BM für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Der BM für Finanzen kann zu den Sitzungen der Verwaltungskörper der SV-Träger und des DV einen Vertreter zur Wahrung der finanziellen Interessen des Bundes entsenden (§ 448 ASVG).

Die Aufsichtsbehörde hat die **Gebarung** der SV-Träger und des DV zu überwachen und darauf hinzuwirken, dass im Zuge dieser Gebarung nicht gegen Rechtsvorschriften (Gesetz und Satzung) verstoßen wird. Sie kann ihre Aufsicht auf Fragen der Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit erstrecken. Sie soll sich in diesen Fällen aber auf wichtige Fragen beschränken und in das Eigenleben und die Selbstverantwortung der Versicherungsträger und des DV nicht unnötig eingreifen. Die Aufsichtsbehörde kann in Ausübung des Aufsichtsrechtes Beschlüsse der Verwaltungskörper aufheben (§ 449 ASVG).

Gegen Bescheide der Aufsichtsbehörde und wegen Verletzung ihrer Entscheidungspflicht kann **Beschwerde an das BVwG** erhoben werden (§ 452a ASVG).

3. Verfahren

3.1. Verfahren vor den Versicherungsträgern

Beim SV-Träger ist jedes Verfahren ein Verwaltungsverfahren.

3.1.1. Leistungssachen

Leistungssachen sind (taxative Aufzählung in § 354 ASVG) Angelegenheiten betreffend

- Bestand, Umfang oder Ruhen eines Anspruches auf eine **Versicherungsleistung** (ausgenommen: Versicherungs- oder Leistungszugehörigkeit, Versicherungs- oder Leistungszuständigkeit);
- Feststellung der Verpflichtung zum Rückersatz zu Unrecht empfangener Leistungen;
- Feststellung von Versicherungs- und Schwerarbeitszeiten in der PV außerhalb des Leistungsfeststellungsverfahrens;
- Feststellung der Invalidität (Berufsunfähigkeit);
- Feststellung der Kontoerstgutschrift sowie einer Ergänzungsgutschrift;
- Feststellung des Rechtsanspruches auf berufliche Maßnahmen der Rehabilitation;
- Streitigkeiten über Ersatzansprüche der Sozialhilfeträger.

Das Verfahren über die Gewährung von Leistungen wird über **Antrag** (in der UV auch von Amts wegen) beim zuständigen SV-Träger eingeleitet. Für das Verfahren gelten die Bestimmungen des **AVG**, sofern nicht § 360b ASVG Ausnahmen vorsieht.

Anträge auf Zuerkennung einer Invaliditätspension (Berufsunfähigkeitspension) **sind zurückzuweisen**, wenn seit Rechtskraft der letzten Entscheidung noch nicht 18 Monate bzw nach Zurückziehung der Klage im SG-Verfahren noch keine 12 Monate verstrichen sind (**Sperrfrist**) und keine wesentliche Änderung der zuletzt festgestellten Minderung der Arbeitsfähigkeit glaubhaft bescheinigt wird (§ 362 ASVG).

Versicherte sind **verpflichtet**, sich einer **ärztlichen Untersuchung** zu unterziehen, die der zuständige Versicherungsträger anordnet, um das Vorliegen und den Grad von gesundheitlichen Schädigungen festzustellen, die Voraussetzung für den Anspruch auf eine Leistung sind (**Mitwirkungspflicht**). Wird einer Anordnung des SV-Trägers nicht entsprochen, so kann er der Entscheidung über den Leistungsanspruch den Sachverhalt, soweit er festgestellt ist, zugrunde legen. Dies darf jedoch nur geschehen, wenn die Anordnung unter Androhung der Säumnisfolgen und mit Setzung einer angemessenen Frist vorgenommen wird. Die Anordnung ist aufzuheben, wenn der Versicherte glaubhaft macht, dass er durch ein unvorhergesehenes oder unabwendbares Ereignis **ohne sein Verschulden** verhindert war, der Anordnung fristgerecht nachzukommen (§ 366 ASVG).