

sva Aktuell

Informationen über die Pensions- und Krankenversicherung der gewerblichen Wirtschaft

INHALT

- 3** **Abkommen mit der Schweiz**
Seit 1. Juni 2002 gibt es auch ein Sozialversicherungsabkommen zwischen der Schweiz und der Europäischen Gemeinschaft. Der Artikel informiert über Details des Vertrages.
- 4** **Die geförderte Altersteilzeit**
Frauen ab 50 und Männer ab 55 können eine Altersteilzeitvereinbarung treffen; durch einen Lohnausgleich des AMS erhält man mehr Entgelt als es der vereinbarten Arbeitszeit entsprechen würde.
- 6** **Kostensätze für Sachleister**
Sachleistungsberechtigte, die einen Arzt als Privatpatient aufsuchen, erhalten einen Kostenersatz. In diesem Beitrag finden Sie die wichtigsten Positionen.
- 8** **Positive Erfahrungen mit dem Pflegegeld**
Im Jahr 1993 wurde die Pflegevorsorge neu geregelt. Die Höhe des Pflegegeldes orientiert sich seither am individuellen Pflegebedarf; insgesamt sind sieben Stufen vorgesehen.

NRZ Rosenhügel nimmt Betrieb auf

Mitte Juni 2002 nimmt nach nur zweieinhalbjähriger Bauzeit die vierte eigene Einrichtung der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, die „Sonderkrankenanstalt für neurologische und neuropsychologische Rehabilitation“ ihren Betrieb auf. Das Rehabilitationszentrum befindet sich in Wien am Rosenhügel, in unmittelbarer Nachbarschaft zum Neurologischen Krankenhaus der Stadt Wien.

Betreuungslücke wird geschlossen

Als im Jahr 1993 das Projekt eines neurologischen Rehabilitationszentrums erstmals von der SVA aufgegrif-

fen wurde, erfolgte dies aus der Erkenntnis, dass in Österreich zur Rehabilitation von Patienten mit neurologischen Krankheiten – vorwiegend nach Schlaganfällen – nur wenige medizinische Ein-

jüngere Menschen betroffen sind. Eine Analyse ergab zum Beispiel, dass damals im gesamten Bundesgebiet für die Behandlung von Hirngefäßkrankungen lediglich 280 Betten zur Verfügung standen. Die Folgen waren lange Wartezeiten und leider oft auch irreparable Dauerschädigungen, wenn die Rehabilitation zu spät einsetzte. Von den 11.000 Menschen, die jährlich z. B. nach Schlaganfällen starben, hätten nach Expertenmeinung rund 2.000 Patienten durch eine Intensivierung der Therapie gerettet werden können. Mit der Inbetriebnahme des NRZ Rosenhügel hofft die SVA, eine wesentliche Lücke in der



Das NRZ Rosenhügel – hier die Ansicht der Terrasse – befindet sich unmittelbar neben dem Neurologischen Krankenhaus der Stadt Wien

richtungen zur Verfügung stehen. Solche Erkrankungen waren seit Jahren im Vormarsch, wobei nicht nur ältere, sondern in zunehmendem Maße auch

Versorgung und Betreuung von Neuro-Patienten zu schließen. **Mit Blick über Wien** Die Entscheidung für den Standort in Wien am Rosenhügel fiel aufgrund der räumlichen Nähe zum Neurologischen Krankenhaus der Stadt Wien und den damit zu erzielenden Synergieeffekten. Die gegenseitige Kooperation im Diagnostik- und Therapiebereich sollte



sich sowohl aus medizinischer als auch ökonomischer Sicht für alle Beteiligten positiv auswirken. Erfahrungen zeigen, dass die Behandlung dann den größten Erfolg bringt, wenn die Patienten sofort nach der Primärversorgung in einer spezialisierten Einrichtung weiterbehandelt werden.



In der künstlerisch gestalteten Eingangshalle befindet sich die Rezeption.

Das NRZ Rosenhügel wurde auf einem fast 12.000 m² großen Areal mit herrlichem Ausblick auf die Stadt Wien errichtet. Das sechsgeschossige Bauwerk (Bruttogeschossfläche: 17.700 m²) beinhaltet eine Bettenstation mit 122 Betten, eine Tagesklinik sowie alle notwendigen Diagnose- und Therapiebereiche auf modernem medizintechnischem Niveau. Man rechnet, dass jährlich rund 1.900 Patienten (1.600 stationär und 300 in der Tagesklinik) behandelt werden können. Für die Unterbringung der Patienten stehen 42 Ein- und 40 Zweibettzimmer zur Verfügung.

Richtungweisende Betriebsführung

Beim Betrieb der Sonderkrankenanstalt werden erstmals in Österreich neue Wege beschritten. Nachdem in der 25. GSVG-Novelle die „Ermächtigung zur Nutzung marktwirtschaftlicher Betreibermodelle“, damit also auch die Möglichkeit einer Ausgliederung,

vorgesehen ist, wird der laufende Betrieb durch eine „Errichtungs- und Betriebs-GmbH“ erfolgen. Bei dieser Gesellschaft handelt es sich um eine 100%-Tochter der SVA, die in gemeinnütziger Form betrieben wird. Das Management wurde an die VAMED-Gruppe vergeben. Diese soll die zentrale Verwaltung der Sonderkrankenanstalt (z. B. Kostenrechnung, Buchhaltung, Gehaltsverrechnung und Controlling) durchführen.

Das medizinische Konzept

Das neurologische Rehabilitationszentrum steht Patienten nicht nur nach Schlaganfällen, sondern auch bei Verletzungen des Nervensystems, Schädelverletzungen, Gehirnblutungen, Querschnittlähmungen, Parkinson, Bandscheibenvorfall etc. zur Verfügung. Möglichst sofort nach der Erstversorgung im Krankenhaus sollen die Patienten in das Rehabilitationszentrum überstellt werden. Bei der Akutbehandlung im Krankenhaus wird primär versucht, Leben zu retten bzw. weiteren Schädigungen vorzubeugen. Viele Patienten sind bewusstlos, müssen „künstlich“ beatmet werden, können ihre Ausscheidungsfunktionen nicht kontrollieren

und sind in dieser Phase meist nicht in der Lage, aktiv an einem Rehabilitationsprogramm mitzuarbeiten. Im Spital steht also die medizinische Betreuung im Vordergrund, daneben sind aber auch intensive Pflegedienste zu verrichten. Patienten eines Rehabilitationszentrums werden zwar häufig ebenfalls noch der Pflege bedürfen, ihr allgemeiner Gesundheitszustand sollte aber soweit stabilisiert sein, dass keine Gefahr einer lebensbedrohlichen Komplikation mehr besteht. Daher hat

das Rehabilitationszentrum auch andere Aufgaben als das Krankenhaus.

Ziele der Rehabilitation

Medizinischer Schwerpunkt ist zunächst die detaillierte diagnostische Untersuchung der durch die Erkrankung des Nervensystems hervorgerufenen Störungen der Beweglichkeit (Lähmungen), der Gefühlswelt (z. B. Schmerzempfinden, Kalt-Warm-Differenzierung) und der höheren Hirnleistungen wie Gedächtnis, Sprechfähigkeit, Sprachverständnis und Konzentration.

An Hand der gefundenen Ergebnisse wird im nächsten Schritt ein Rehabilitationsplan ausgearbeitet und erst dann kann mit den eigentlichen Rehabilitationsmaßnahmen begonnen werden. Ziel der physikalischen, medikamentösen, chemischen und neurophysiologischen Therapien ist es, die Beeinträchtigungen so weit zu beseitigen, dass der Patient ohne intensive Pflege auskommt und allmählich in seinem gewohnten Lebensumfeld weitgehend wieder selbstständig handeln kann.

Tagesklinik zur Therapiefortsetzung

Nach der Entlassung aus dem Rehabilitationszentrum können die Be-



Der für viele schönste Bereich ist die Schwimmhalle mit zwei von einander getrennten Wasserbecken.

handlungen in der angeschlossenen Tagesklinik weitergeführt werden. Sie ist als Übergangsphase von der stationären zur ambulanten Betreuung zu sehen. ■



Abkommen zwischen der Schweiz und der Europäischen Gemeinschaft

Im Dezember 1992 hat die eidgenössische Bevölkerung in einer Volksabstimmung den Beitritt zum

Europäischen Wirtschaftsraum abgelehnt. Neuneinhalb Jahre später schloss die Schweiz mit der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten mehrere Abkommen, die sie stärker in die Europäische Gemeinschaft integrieren sollen. Das Vertragswerk ist am 1. Juni 2002 in Kraft getreten und enthält neben dem für den Bereich der sozialen Sicherheit wichtigen Abkommen über die Personenfreizügigkeit auch Verträge über die Bereiche Landverkehr, Luftverkehr, Landwirtschaft, öffentliches Beschaffungswesen, technische Handelshemmnisse sowie Forschung.

Das Abkommen über den freien Personenverkehr wird unter anderem durch die wechselseitige Anerkennung von Berufsdiplomen zu einer schrittweisen Öffnung des Arbeitsmarktes führen.

Wichtig ist auch die Koordinierung der national unterschiedlichen Sozialrechtssysteme. Die für EU- bzw. EWR-Mitgliedstaaten geltenden Verordnungen Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 werden sowohl für schweizerische Staatsbürger als auch für EU-Staatsbürger mit Wohnsitz und/oder Erwerbstätigkeit in der Schweiz in weiten Bereichen für anwendbar erklärt. Die Folge ist die Realisierung eines grenzüberschreitenden sozialen Versicherungsschutzes.

Änderungen am Versicherungs- und Beitragssektor

Bei gleichzeitiger Ausübung einer Tätigkeit in Österreich und in der Schweiz galten aufgrund des bisherigen Vertrages die Rechtsvorschriften

beider Staaten. Das führte dazu, dass sowohl in der Schweiz als auch in Österreich eine Pflichtversicherung



entstehen konnte. Nunmehr soll eine Person auch bei Ausübung von mehreren Tätigkeiten grundsätzlich nur noch den Rechtsvorschriften eines Staates unterliegen.

Das schaut folgendermaßen aus: Für in der Schweiz wohnhafte Personen, die sowohl in der Schweiz als auch in einem EU-Staat selbstständig erwerbstätig sind, gelten nur noch die versicherungsrechtlichen Bestimmungen der Schweiz; im anderen Staat, z. B. in Österreich, besteht Versicherungsfreiheit.

Analoges gilt, wenn in der Schweiz eine unselbstständige Beschäftigung ausgeübt wird. Eine allfällige GSVG-Pflichtversicherung aufgrund einer selbstständigen Erwerbstätigkeit in Österreich müsste beendet werden, und zwar unabhängig vom Wohnsitz. In beiden Fällen ist eine diesbezügliche Bescheinigung seitens des zuständigen Versicherungsträgers im Nachbarstaat vorzulegen.

Der nach Prüfung der Zuständigkeitsregeln bestimmte Staat hat die Versicherungspflicht ausschließlich nach

seinen Rechtsvorschriften festzustellen, wobei die in den anderen Staaten ausgeübten und grundsätzlich versicherungsfreien Tätigkeiten so behandelt werden, als ob sie im Gebiet des zuständigen Staates ausgeübt würden. Eine Zusammenrechnung sämtlicher Einkünfte bis zu einer allfälligen Höchstbeitragsgrundlage ist zulässig.

Änderungen am Krankenversicherungssektor

Erstmals ist auch bei Urlaub in der Schweiz im Falle einer plötzlichen Erkrankung die kostenlose Behandlung – mit Ausnahme ausländischer Selbstbehalte – durch die jeweiligen Vertragseinrichtungen garantiert.

Pensionisten mit Wohnsitz in der Schweiz, die nur eine Leistung aus Österreich beziehen, haben ab Inkraft-Treten des Vertrages ein Anrecht auf die gleichen Behandlungen, so als ob sie in der Schweiz selbst versichert wären. Erfolgt die Behandlung auf Kosten der österreichischen

Krankenversicherung, so wird ein Krankenversicherungsbeitrag in Höhe von 3,75 Prozent der Bruttopension einbehalten.

Änderungen am Pensionssektor

Die Berechnung der österreichischen Pensionen erfolgt bei Pensionsbeginn ab 1. Juni 2002 auf Basis der gemeinschaftsrechtlichen Verordnungsbestimmungen. Werden die Voraussetzungen für den österreichischen Pensionsanspruch nur unter Berücksichtigung schweizerischer Versicherungsmonate erfüllt, so steht ab 1. Juni 2002 eine zwischenstaatliche Teilleistung zu (Verhältnis der inländischen Versicherungszeiten zur Gesamtversicherungszeit). Sind sämtliche Pensionsvoraussetzungen bereits mit österreichischen Versicherungsmonaten erfüllt, gebührt eine ausschließlich mit diesen Versicherungszeiten berechnete Pension, sofern nicht die zwischenstaatliche Teilpensionsberechnung zu einem höheren Ergebnis führt (Günstigkeitsvergleich). Nähere Auskünfte erhalten Sie in Ihrer SVA-Landesstelle. ■



Die geförderte „Altersteilzeit“

– interessant für Dienstnehmer und Arbeitgeber

Unselbstständig beschäftigte Frauen und Männer können einige Jahre vor der Pension mit dem Arbeitgeber eine so genannte Altersteilzeitvereinbarung treffen. Das gilt auch für im Betrieb beschäftigte Ehepartner eines Unternehmers. Die wichtigsten Auswirkungen:

- Die Arbeitszeit wird reduziert oder verkürzt; im gleichen Ausmaß wird sich zumeist auch das Entgelt verringern. Zusätzlich erhält man jedoch einen „Lohnausgleich“ und somit mehr als es der vereinbarten Arbeitszeit entsprechen würde.
- Der Dienstgeber spart Personalkosten bzw. kann (sozial verträglich) Personal reduzieren. Er braucht keine zusätzliche Arbeitskraft einzustellen.
- Das Arbeitsmarktservice (AMS) ersetzt dem Dienstgeber die Mehrkosten, die ihm durch die Vereinbarung der Altersteilzeit entstehen.

Altersteilzeit zwischen 40 und 60 %
Altersteilzeit ist für Frauen ab dem 50. und für Männer ab dem 55. Lebensjahr für die Dauer von maximal 6,5 Jahren möglich. Man kann eine Teilzeit im Ausmaß zwischen 40 und 60 Prozent der bisherigen Vollarbeitszeit vereinbaren.

Der vereinbarte Prozentsatz gilt im Durchschnitt für die gesamte Dauer. Wird beispielsweise für 6 Jahre eine 50-prozentige Altersteilzeit vereinbart, so kann man drei Jahre voll weiterarbeiten und danach drei Jahre zu Hause bleiben. Durch eine solche „blockweise“ Arbeitszeit kann der Übertritt in den Ruhestand vorverlegt werden. (siehe auch Seite 5, 2. Beispiel).

Die Höhe des Lohnausgleiches

Zum anteiligen Lohn kommt ein „Lohnausgleich“. Unabhängig davon, welche Altersteilzeit vereinbart wird, der Lohnausgleich gebührt grundsätzlich immer in der halben Differenz zum

Vollzeitbezug. Bei einer Altersteilzeit von 50 Prozent bekommt der Dienstnehmer 50 Prozent Lohn und weitere 25 Prozent Lohnausgleich. Bei einer Arbeitszeit von 40 Prozent erreicht er 70 Prozent und bei einer Altersteilzeit von 60 Prozent sogar 80 Prozent des früheren Entgelts. Wurden vor Beginn der Altersteilzeit regelmäßig Überstunden geleistet, so sind diese mit einem Durchschnittswert zu berücksichtigen (siehe 3. Beispiel).

Weiterzahlung der Sozialabgaben

Der Arbeitgeber zahlt dem Dienstnehmer den anteiligen Lohn inklusive Lohnausgleich. Er muss auch die anfallenden **Dienstgeberbeiträge** zur Sozialversicherung (Pensions-, Kranken-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung) übernehmen und ist weiters verpflichtet, die **Dienstnehmer- und Dienstgeberbeiträge** für die Differenz zwischen Bezug (Teillohn + Lohnausgleich) und Vollzeitbezug abzuführen.

AMS ersetzt den Mehraufwand

Wie bereits erwähnt, wird dem Dienstgeber der durch die Altersteilzeit entstehende Mehraufwand ersetzt. Er erhält das Altersteilzeitgeld.

Beispiel: Ein Arbeitnehmer mit einer Arbeitszeit von 40 Wochenstunden und einem monatlichen Bruttolohn von 2.000 € vereinbart eine 20-Stunden-Altersteilzeit (50 %). Er erhält:

Teillohn (50 %)	1.000,00 €
Lohnausgleich (50 % der Differenz auf Vollbezug)	500,00 €
Gesamt brutto	1.500,00 €

Das AMS zahlt dem Arbeitgeber folgendes Altersteilzeitgeld:

Lohnausgleich (100 %)	500,00 €
DG-Beiträge für Lohnausgleich (21,15 % von 500)	105,75 €
DG- und DN-Beiträge der Differenz zum Vollzeitbezug (37,8 % von 500)	189,00 €
	794,75 €

Höchstgrenze beachten

Das dem Dienstgeber zustehende Altersteilzeitgeld gebührt nur bis zu einem Teilzeitbezug im Ausmaß der Höchstbeitragsgrundlage (Wert 2002: 3.270 €). Der Lohnausgleich inklusive Sozialversicherungsbeiträge wird dem Dienstgeber also nur soweit ersetzt, als mit dem Teilzeitbezug die Höchstbeitragsgrundlage nicht überschritten wird.

Daraus kann man errechnen, dass beispielsweise bei einer 50-prozentigen Altersteilzeit der volle Ersatz durch das AMS nur bei einem Vollzeitbezug bis zum 1,333fachen Betrag der Höchstbeitragsgrundlage (= 4.360 €) möglich ist. Diese Obergrenze wird sich daher im Normalfall auch auf die Teilzeitvereinbarung auswirken. Je höher nämlich der volle Bruttolohn ist, desto geringer wird der Lohnausgleich ausfallen (siehe 4. Beispiel).

Sicherung des Pensionsanspruches

Durch die Verpflichtung des Dienstgebers, die Sozialabgaben auf Basis des Vollzeitbezuges weiterhin zu entrichten, ist gewährleistet, dass kein Pensionsnachteil eintritt. Die Bemessungsgrundlage wird durch das geringere Einkommen nicht geschmälert. Selbst bei einer blockweisen Ableistung der Altersteilzeit erwirbt man Versicherungsmonate bis zum Ablauf der Vereinbarung.

Weitere Voraussetzungen

Neben den bereits erwähnten Altersgrenzen müssen weitere Voraussetzungen erfüllt sein. So wird verlangt, dass der Dienstnehmer (die Dienstnehmerin) in den letzten 25 Jahren vor Beginn der Altersteilzeit mindestens 780 Wochen (= 15 Jahre) lang eine arbeitslosenversicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt hat. Es darf auch noch keine Pension, kein Sonderruhegeld oder kein Ruhegenuss aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis bezogen werden (ausgenommen Leistungen an Hinterbliebene).

Die Vereinbarung zwischen Dienstgeber und Dienstnehmer muss folgende Punkte umfassen: ➔



- Ausmaß der Teilarbeitszeit (40 bis 60 % der gesetzlichen oder kollektivvertraglichen Normalarbeitszeit);
- Höhe des Entgeltes unter Berücksichtigung des mindestens 50-prozentigen Lohnausgleiches (siehe oben);
- Verpflichtung zur weiteren Entrichtung der Sozialversicherungsbeiträge entsprechend der Beitragsgrundlage vor Ausübung der Altersteilzeit;
- Bestätigung des Anspruches auf Berechnung einer Abfertigung auf Grundlage der Arbeitszeit vor der Herabsetzung der Normalarbeitszeit.

Anträge an das AMS

Das Altersteilzeitgeld ist unter Anschluss einer Kopie der Altersteilzeitvereinbarung bei der für den Sitz des Betriebes zuständigen Geschäftsstelle des Arbeitsmarktservice zu beantragen. Sie berechnet und überweist dem Dienstgeber monatlich das gebührende Altersteilzeitgeld.

Gehaltsänderungen und damit Änderungen des Lohnausgleiches sind dem AMS durch eine Änderungsmeldung bekannt zu geben. Antragsformulare sind beim AMS erhältlich und können auch aus dem Internet bezogen werden (www.ams.or.at).

Ruhen des Anspruches auf Altersteilzeitgeld

Leistet der Arbeitnehmer über die Altersteilzeitarbeit hinaus Mehrarbeit, die zu einem über der Geringfügigkeitsgrenze (Wert 2002: 301,54 € monatlich) liegenden Einkommen führt, so gebührt für diesen Zeitraum kein Altersteilzeitgeld. Das gilt auch für die Leistung von Überstunden bei einer blockweisen Altersteilzeit.

Befristung der Regelung

Die Altersteilzeitregelung ist bis 31. Dezember 2003 gesetzlich befristet. Auf laufende Fälle ist die Regelung aber unbefristet weiter anzuwenden. Eine entsprechende Vereinbarung kann daher auch noch unmittelbar vor Fristablauf für die Maximaldauer von 6,5 Jahre getroffen werden.

Ob die Altersteilzeitregelung durch den Gesetzgeber über 2003 hinaus verlängert werden kann, wird wohl in erster Linie von deren weiterer Finanzierbarkeit abhängen.

1. Eine 52-jährige Frau geht in 40%ige Altersteilzeit (16 Stunden pro Woche).

Bezug für 40 Stunden	3.000,00 €
Teilzeitbezug	1.200,00 €
Lohnausgleich	900,00 €
(= Hälfte der Differenz zum Vollzeitbezug von 1.800 €)	

Gesamt-Altersteilzeit brutto **2.100,00 €**

Altersteilzeitgeld für den Dienstgeber:

Lohnausgleich	900,00 €
SV-DG-Beiträge vom Lohnausgleich (21,15 %)	190,35 €
SV-DN- und DG-Beiträge von der Differenz zum Vollzeitbezug (37,8 % von 900 €)	340,20 €
	1.430,55 €

2. Ein Arbeitnehmer geht mit 55 ½ Jahren zum 1. Juli 2002 in 50-%ige Altersteilzeit; Dauer 6 Jahre bis zum Anspruch auf Alterspension mit 61 ½ Jahren. Die Teilzeit wird in der Weise vereinbart, dass zunächst 3 Jahre voll weitergearbeitet wird. Anschließend folgt eine Freizeitphase in der Dauer von ebenfalls 3 Jahren. Im Endeffekt führt dies zu einer Vorverlegung des Ruhestandes um 3 Jahre. Der Vollzeitbezug beträgt 4.000 €.

Teilzeitbezug	2.000,00 €
Lohnausgleich	1.000,00 €
(= Hälfte der Differenz zum Vollzeitbezug von 1.000 €)	

Gesamt-Altersteilzeit brutto **3.000,00 €**

Altersteilzeitgeld für den Dienstgeber:

Lohnausgleich	1.000,00 €
SV-DG-Beiträge vom Lohnausgleich (21,15 %)	211,50 €
SV-DN- und DG-Beiträge über Lohnausgleich bis zur SV-Höchstbeitragsgrundlage (2002: 3.270 €; daher 37,8 % von 270 €)	102,06 €
	1.313,56 €

3. Ein 57-jähriger Arbeitnehmer geht in 50%ige Altersteilzeit mit 20 Stunden pro Woche; Vollzeitbezug 2.400 €; in den letzten drei Monaten vor Beginn der Altersteilzeit wurde ein durchschnittliches Überstundenentgelt von 600 € pro Monat erzielt.

Teilzeitbezug	1.200,00 €
Lohnausgleich	2.400,00 € (VZ-Bezug)
	+ 600,00 € (ÜSt.)
	<u>3.000,00 €</u>
	- 1.200,00 € (TZ-Bezug)
	<u>1.800,00 € : 2 =</u>
	900,00 €

Gesamtbezug Altersteilzeit brutto **2.100,00 €**

Altersteilzeitgeld für den Dienstgeber:

Lohnausgleich	900,00 €
SV-DG-Beiträge zum Lohnausgleich (21,15 %)	190,35 €
SV-DN- und DG-Beiträge über Lohnausgleich bis Vollzeitbezug (37,8 % von 900 €)	340,20 €
	1.430,55 €

4. Ein 58-jähriger Abteilungsleiter geht in 50%ige Altersteilzeit, 20 Stunden pro Woche; Bezug für 40 Stunden 4.800 €.

Teilzeitbezug	2.400,00 €
Lohnausgleich	870,00 € *
(Differenz zur SV-Höchstbeitragsgrundlage von 3.270 € mtl.)	

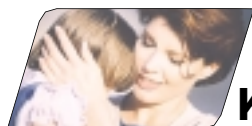
Gesamtbezug Altersteilzeit brutto **3.270,00 €**

Altersteilzeitgeld für Dienstgeber:

Lohnausgleich	870,00 €
SV-DG-Beiträge zum Lohnausgleich (21,15 %)	184,01 €
keine SV-Beiträge über Lohnausgleich, da SV-Höchstbeitragsgrundlage bereits erreicht	
	1.054,01 €

In diesem Beispiel wurde der Lohnausgleich aufgrund der Begrenzung mit der SV-Höchstbeitragsgrundlage deutlich gekürzt.

*) Zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer kann natürlich auch ein höherer Lohnausgleich vereinbart werden, geforderte Altersteilzeit samt Anspruch auf Altersteilzeitgeld liegt auch dann allerdings nur bis zur SV-Höchstbeitragsgrundlage vor.



Kostensätze für Sachleister

Sachleistungsberechtigte können grundsätzlich sämtliche Pflichtleistungen der GSVG-Krankenversicherung ohne vorherige Auslagen in Anspruch nehmen. Die Leistungen werden direkt zwischen den Vertragspartnern und der SVA abgerechnet. Lässt ein Sachleistungsberechtigter Untersuchungen oder Behandlungen privat durchführen, so können die Honorarnoten oder Rechnungen im Original zur Vergütung eingereicht werden. Es wird ein Kostensatz bis zur Höhe jenes Betrages geleistet, den die SVA als Sachleistung aufzuwenden gehabt hätte.

Der nachstehende Tarifauszug gibt Aufschluss über die Höhe der Vergütungen für die in der Praxis häufigsten Leistungen. Der 20-prozentige Kostenanteil ist bereits abgezogen, die Beträge gelten auch für Versicherte und Pensionisten, die von der Zahlung eines Kostenanteils befreit sind. Bei Behandlung von Kindern erhöhen sich die Beträge um 25 Prozent.

GRUNDLEISTUNGEN

Praktischer Arzt	€	
Erste Ordination		
- einmal im Monat	12,84	
Weitere Ordination	8,38	
Zuschlag bei Nacht	12,58	
Zuschlag an Sonn- und Feiertagen	7,34	
Erste Visite	28,32	
Weitere Visite	23,86	
Zuschlag bei Nacht	25,17	
Zuschlag an Sonn- und Feiertagen	14,16	
Facharzt		
Erste Ordination,	von 18,61	
je nach Fachgebiet	bis 16,77	
Weitere Ordination	8,38	
Erste Visite,	von 34,09	
je nach Fachgebiet	bis 32,25	
Weitere Visite	23,86	

SONDERLEISTUNGEN

Injektionen	€
intramuskulär	2,10
intravenös	3,14
in ein großes Gelenk	26,20
Infiltration	9,43
Infusion	18,34
Endoskopien	
Nasen-Rachen-Raum	18,34
Harnröhre, -blase	41,93
Luftröhre und Bronchien	78,61
Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm	94,86
Darm	94,86

SONDERLEISTUNGEN NACH FACHGEBIETEN

Augenheilkunde	
Brillenbestimmung	
bei Astigmatismus	5,24
Augendruckmessung	7,86
Sondierung oder Spülung eines Tränenweges (pro Quartal)	39,31
Entfernung von Fremdkörpern	10,48

Chirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie

Versorgung einer kleinen Wunde mit Naht	8,38
Kleine operative Eingriffe	bis 7,86
Gips-/Modellverbände	bis 78,61
Zinkleimverband	bis 15,72

Dermatologie

Warzenentfernung	bis 7,86
Photochemotherapie	bis 8,39

Frauenheilkunde

Gewebeentnahme für zytologische Untersuchung	3,67
Untersuchung mit dem Kolposkop	8,91

Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

Tonschwellenaudiometrie	15,72
Sprachaudiometrie	20,96
Entfernung von Fremdkörpern	5,24

Spülung beider Ohren	6,29
Punktion einer Nebenhöhle	23,58
Innere Medizin, Lungenheilkunde	
EKG-komplett	28,24
Ergometrie	55,87
Lungenfunktionsprüfung	17,82
Neurologie und Psychiatrie	
Ausführliche psychiatrische Exploration	20,96
Psychotherapeutische orientierte Abklärung	bis 48,99
EEG	62,98
ENG	35,64

Radiologie

Durchleuchtung	16,89
Röntgenaufnahme Format 18 x 24	8,63
An Stelle der Ordination gebührt beim Radiologen für die erste Leistung	10,89
für jede weitere Leistung	5,88

Sonographien (Ultraschall)

Oberbauch	29,88
Nieren, Unterbauch	19,65
Kindliche Hüfte	24,14

Urologie

Katheterismus der Harnblase	5,24
Blasenspülung	2,10

Laboratorium

Blutuntersuchungen

Blutbild komplett	10,43
Stoffwechseluntersuchungen (z. B. Blutzucker, Cholesterin, Harnsäure, Kreatinin)	4,81
Elektrolyte (z. B. Natrium, Kalium, Kalzium)	4,81
Enzyme (z. B. GOT, GPT)	4,81
Rheumafaktor	bis 7,22

Harnuntersuchungen

Harnbefund komplett	1,60
Untersuchung mit Teststreifen	0,80
Zytodiagnostik	bis 5,62

PHYSIKALISCHE BEHANDLUNG

Manuelle Massage	4,72
Einzelheilgymnastik	5,11
Elektrophysikalische Behandlung (z. B. Kurzweile)	4,72
Ultraschall pro Sitzung	6,30
Inhalation	3,93
Moorpackungen	5,90



NEUE FINANZIERUNG DER PRIVATKRANKENANSTALTEN

Seit Jänner 2002 gilt ein neues Finanzierungssystem für private Krankenanstalten. Bisher war es so, dass von der SVA ein vertraglich festgelegter Tagsatz verrechnet wurde. Jetzt wird das „leistungsorientierte“ Verrechnungsmodell sowohl für stationäre als auch tagesklinische Aufenthalte angewandt. Von der Neuregelung sind 48 private Krankenanstalten betroffen. Die Verrechnung erfolgt über einen eigenen Fonds. Zwei Verrechnungsmöglichkeiten kommen in Betracht: die Direktverrechnung und die Vergütung für privat gezahlte Honorarnoten.

Direktverrechnung

Hat die SVA mit der privaten Krankenanstalt einen Einzelvertrag, so erfolgt eine Direktverrechnung zwischen dem Privatkrankenanstaltenfinanzierungsfonds und der Krankenanstalt. Das gilt für folgende Anstalten:

Wien

Confraternität-Privatklinik Josefstadt; Kranken- und Entbindungsanstalt „Goldenes Kreuz“; Sanatorium Hera; Rudolfinerhaus; Sanatorium Liebhartstal; Wiener Privatklinik; Privatklinik Döbling.

Niederösterreich

Sonderkrankenanstalt Großgerungs; Sonderkrankenanstalt Harbach.

Oberösterreich

Diakonissen-Krankenhaus Linz; Sanatorium Dr. Rupp, St. Georgen.

Steiermark

Sanatorium Dr. Hoff, Graz; Sanatorium der Kreuzschwestern „Maria Hilf“, Graz; Sanatorium St. Leonhard GmbH; Privatklinik Graz/Ragnitz; Sanatorium Hansa, Graz; Sanatorium Dr. Edlinger, Feldbach; Sanatorium Kastanienhof, Graz; Sanatorium Lassnitzhöhe; Sonderkrankenanstalt Theresienhof (Frohnleiten).

Kärnten

Sanatorium der Kreuzschwestern „Maria Hilf“, Klagenfurt; Sanatorium Althofen; Sanatorium Villach.

Salzburg

Diakonissen-Krankenhaus Salzburg; Sanatorium Dr. Wehrle, Salzburg; Sanatorium Ritzensee, Saalfelden; Sanatorium EMCO Privatklinik; Sonderkrankenanstalt Vigaun; Krankenanstalt Altenmarkt Dr. Gruber (Tagesklinik); Sanatorium Dr. Pierer, Salzburg.

Tirol

Sanatorium „Kettenbrücke“ der Barmherzigen Schwestern, Innsbruck; Sanatorium der Kreuzschwestern, Rum.

Vorarlberg

Spital St. Josef Au; Sanatorium Mehnerau, Bregenz; Sanatorium Dr. Schenk, Schruns (Tagesklinik).

Vergütung

Besteht zwischen der privaten Krankenanstalt und der SVA kein Einzelvertragsverhältnis, so muss der Patient das Honorar bezahlen und die saldierte Rechnung bei der SVA einreichen. Dieser Beleg wird mit einer Bestätigung des Leistungsanspruches an den Fonds weitergeleitet, der dem Patienten im Namen der SVA den vorgesehenen Kostenersatz erbringt und schriftlich über die Höhe des Erstattungsbetrages informiert. ■

Beitragsnachbemessung

In den ersten drei Jahren der selbstständigen Erwerbstätigkeit werden die Pensions- und Krankenversicherungsbeiträge vorläufig auf Basis der jeweils geltenden *Mindestbeitragsgrundlage* (1.045,63 €) vorgeschrieben. Das gilt auch, wenn wegen einer Unterbrechung der Erwerbstätigkeit aus dem drittvorangegangenen Kalenderjahr ein Steuerbescheid nicht vorhanden ist. Sobald die rechtskräftigen Einkommensteuerbescheide dieser Jahre vorliegen, werden die vorläufigen Beiträge nachbemessen. Die endgültigen Beitragsgrundlagen sind nach unten durch die Mindestbeitragsgrundlage (Wert 2002: mtl. 1.045,63 €) bzw. nach oben durch die Höchstbeitragsgrundlage (Wert 2002: mtl. 3.815 €) begrenzt.

Begünstigung seit 1999

Im Falle der **erstmaligen** Aufnahme einer selbstständigen Erwerbstätigkeit (also nicht nach einer Unterbrechung) hat der Gesetzgeber im Jahre 1999 eine Erleichterung eingeführt. Seit diesem Zeitpunkt gilt in den ersten drei Kalenderjahren eine deutlich reduzierte *Mindestbeitragsgrundlage* (Werte: vorläufig 587,79 €, endgültig 537,78 € mtl).

Verteuerung ab dem 4. Jahr

Ab dem 4. Jahr wird für die vorläufige Beitragsberechnung auf die Einkommensteuerbescheidendaten des jeweils drittvorangegangenen Kalenderjahres zurückgegriffen. Für 2002 bedeutet das somit, dass der Einkommensteuerbescheid 1999 maßgeblich ist. Außerdem gilt ab dem vierten Jahr nicht mehr die reduzierte, sondern die „normale“ Mindestbeitragsgrundlage. Diese Vorgangsweise hat anlässlich der ersten Quartalsvorschreibung 2002 bei vielen Versicherten mit niedrigen Einkommensverhältnissen zu finanziellen Engpässen und vermehrten Rückfragen geführt, zumal die reguläre *Mindestbeitragsgrundlage* deutlich höher ist als die in den ersten drei Jahren zur Anwendung gelangte *reduzierte Mindestbeitragsgrundlage*.

Betroffener Personenkreis

Abschließend wird noch angemerkt, dass all jene Neuzugänge betroffen sind, die nicht dem Versichertenkreis der so genannten Neuen Selbstständigen zuzuordnen sind. Das sind daher die Mitglieder der Kammern der gewerblichen Wirtschaft, die Gesellschafter einer kammerzugehörigen OHG/OEG, die persönlich haftenden Gesellschafter einer kammerzugehörigen KG/KEG, die geschäftsführenden Gesellschafter einer kammerzugehörigen GmbH, sowie die nach dem FSVG versicherten selbstständigen Ärzte, Apotheker und Patentanwälte.



TOP-PENSIONSBERATUNG

Positive Erfahrungen mit dem Pflegegeld

Vor rund neun Jahren, genau mit 1. Juli 1993, wurde die Pflegevorsorge in Österreich neu geregelt. Das siebenstufige Bundespflegegeld löste den für alle gleich hohen Hilflosenzuschuss ab. Seit einer Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes im Jahr 2001 kann Pflegegeld auch bei Aufenthalt in einem EWR-Mitgliedsstaat bezogen werden.

Zweck und Verwendung des Pflegegeldes

Mit dem Pflegegeldgesetz wurde eine seit Jahrzehnten bestehende Forderung erfüllt, nämlich den erhöhten Aufwand für die Lebensführung bis zu einem gewissen Grad abzudecken. Pflegebedürftige Menschen erhalten monatlich einen Pauschalbetrag, der dem Grad ihrer Beeinträchtigung und dem erforderlichen Pflegeaufwand angepasst ist.

Der Pflegebedarf wird individuell ermittelt und in „Stunden pro Monat“ bzw. nach weiteren Kriterien festgelegt (siehe weiter unten). Für die Beurteilung des Pflegebedarfes, die Einreihung in eine der sieben Pflegegeldstufen und für die Auszahlung ist bei Pensionisten jenes Pensionsinstitut zuständig, von dem die Eigenpension bezogen wird.

Das Pflegegeld kann für die Betreuung durch Angehörige, Privatpersonen oder professionelle Organisationen verwendet werden. Die österreichweit eingerichteten sozialen Stützpunkte geben Auskunft über Einrichtungen wie Heimhilfen oder Essen auf Rädern. Auch beim Sozialministerium wurde eine Beratung für Pflegenden eingerichtet:

Telefon: 0800/20 16 22

Fax: 01/711100/16 332

E-Mail: pflegetelefon@bmsgv.gv.at

Betreuungs- und Hilferfordernisse

Zur Pflege gehören Betreuungs- und Hilfsverrichtungen, wobei die Anleitung und Beaufsichtigung von geistig und psychisch behinderten Menschen der Pflege gleichgesetzt ist. Die Stundenbemessung geht von Durchschnittswerten aus, die das Sozialministerium per Verordnung festgelegt hat. Der Pflegeaufwand muss monatlich mehr als 50 Stunden ausmachen, damit ein Pflegegeld der Stufe 1 zuerkannt werden kann.

Die Hilfe bei der Herbeischaffung von Nahrungsmitteln, für die Reinigung der Wohnung, die Pflege der Leib- und Bettwäsche, die Beheizung des Wohnraumes und Mobilitätshilfe im weiteren Sinn wird mit jeweils 10 Stunden monatlich bewertet. Alle fünf Positionen ergeben einen Betreuungsaufwand von genau 50 Stunden, was für Pflegegeld der Stufe 1 allerdings noch

nicht ausreicht. Es muss also noch ein zusätzlicher Betreuungsaufwand vorliegen. Beispielsweise wird die Hilfe für die tägliche Körperpflege mit 25 Stunden, die Zubereitung von Mahlzeiten mit 30 Stunden oder für das An- und Auskleiden mit 20 Stunden monatlich bewertet.

Einstufung aufgrund bestimmter Diagnosen

Für hochgradig sehbehinderte bzw. für blinde oder taubblinde Menschen und für Rollstuhlfahrer sind diagnosebezogene Mindesteinstufungen zwischen den Stufen 3 und 5 vorgesehen.

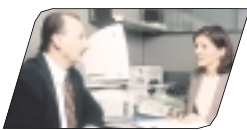
Auszahlung und Ruhen

Das Pflegegeld gebührt 12-mal jährlich im Nachhinein gemeinsam mit der Pension. Es ruht für die Dauer eines Spitalaufenthaltes (ausgenommen Aufnahme- und Entlassungstag). Das Ruhen kann über Antrag entfallen, wenn die Kosten für eine Pflegeperson weitergetragen werden müssen oder für diese eine begünstigte Weiterversicherung besteht.

Rationelle Verfahrensabwicklung

Die SVA zahlt Pflegegeld an über 22.000 Pensionisten monatlich aus. Pro Jahr werden rund 10.000 Anträge (davon richten sich rund 50 % auf eine Erhöhung) gestellt.

	monatliches Erfordernis	Mindesteinstufung	
Stufe 1	mehr als 50 Stunden		145,40
Stufe 2	mehr als 75 Stunden		268,00
Stufe 3	mehr als 120 Stunden	hochgradige Sehbehinderung oder Rollstuhl	413,50
Stufe 4	mehr als 160 Stunden	Blindheit oder Rollstuhl und Inkontinenz	620,30
Stufe 5	mehr als 180 Stunden und außergewöhnlicher Pflegeaufwand	Taubblindheit oder Rollstuhl und Armlähmung	842,40
Stufe 6	mehr als 180 Stunden und dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson bei Tag und Nacht		1.148,70
Stufe 7	mehr als 180 Stunden und vollständige Bewegungsunfähigkeit		1.531,50



Im darauf folgenden Verfahren wird eine ärztliche Untersuchung im Rahmen eines Hausbesuches durchgeführt. Dabei wird neben dem Gesundheits-



Foto: Paul Wilke

zustand auch das Umfeld des Pflegebedürftigen, z. B. die Art der Heizung und die Situation der Nahversorgung beurteilt.

Das von den Medizinern erstellte Gutachten bildet die Grundlage für die Entscheidung der SVA. Die Verfahrensdauer beträgt durchschnittlich acht Wochen. Das – erste bzw. erhöhte – Pflegegeld wird dann rückwirkend ab dem Kalendermonat nach Antrag ausbezahlt.

Kontrolle durch Ministerium

Durch die Vielzahl gleichartiger Verfahren, aber auch durch die ständige Rechtsprechung, wurde in der Qualität der Einstufung bereits ein sehr hohes Niveau erreicht. Darüber hinaus erfolgen ständig Maßnahmen zur Qualitätssicherung, in die auch die für die SVA tätigen Vertrauensärzte eingebunden sind. Im vergangenen Herbst fand eine Überprüfung der Praxis der SVA durch das Sozialministerium statt. Dabei wurde von den Einschauorganen hervorgehoben, dass die Verfahren äußerst rasch, effizient und auf das Wesentliche beschränkt durchgeführt werden.

Als weitere Verbesserungen wurde der Ausbau der Informationstätigkeit angeregt. Der Gesetzgeber hat beispielsweise eine begünstigte Weiterversicherung in der Pensionsversicherung für Pflegepersonen geschaffen,

die einen Pflegegeldbezieher ab Stufe 4 in häuslicher Umgebung praktisch hauptberuflich betreuen. Auch die Nachvollziehbarkeit im Bescheid über die Pflegegeldentscheidung könne noch verbessert werden. Die SVA arbeitet an der Realisierung dieser Verbesserungsvorschläge.

Möglichkeit eines Rechtsmittels

Ist der Antragsteller mit einer Entscheidung nicht einverstanden, so ist innerhalb von drei Monaten ab Zustellung des Bescheides eine Klage beim Arbeits- und Sozialgericht des Wohnortes möglich, wobei in diesem Verfahren eine neuerliche Entscheidung aufgrund vom Gericht beauftragter beideter Sachverständiger zu treffen ist.

Erhöhungsanträge

Erfahrungsgemäß kann sich der Gesundheitszustand bei älteren Menschen rasch ändern. Ist eine Einstufung einmal getroffen worden, so kann jederzeit bei einer Verschlechterung ein neuer Antrag eingebracht werden. Liegt seit der letzten Einstufung weniger als ein Jahr, so ist dem Antrag ein ärztliches Zeugnis, welches die kürzlich eingetretene Verschlechterung bescheinigt, beizuschließen.

Jahresaufwand

Die SVA wendet für das Pflegegeld jährlich über 110 Millionen Euro auf, die nicht durch Beiträge finanziert, sondern zur Gänze vom Staat getragen werden. ■

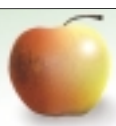
Zusammenarbeit im Back-Office-Bereich

In der Zeit des immer schärfer werdenden Wettbewerbes genügt es nicht, sich auf den Erfolgen der Vergangenheit auszuruhen, es muss vielmehr kontinuierlich nach Einsparungsmöglichkeiten gesucht werden. Unter diesem Aspekt ist auch das derzeit laufende Projekt SVA-TOP 2003 zu sehen (siehe Artikel in svAktuell, Nr. 2/2002), mit dem sich die gewerbliche Sozialversicherung aus eigenem Antrieb einer umfassenden Reorganisation unterzieht.

Schwerpunkt der Reform ist unter anderem eine Konzentration auf die so genannten Kernbereiche, also die Bereiche „Versicherung und Beitragsberechnung bzw. Beitragseinhebung“, „Pensionsversicherung“ und „Krankenversicherung“. Verwaltungsaufgaben hingegen sollen in Zukunft weitgehend ausgelagert oder kostengünstig in Kooperation mit anderen Versicherungsträgern erledigt werden. Der Vorteil liegt klar auf der Hand: durch die Bündelung des Einkaufes sowie eine Vereinheitlichung der Artikel verbunden mit einer Reduzierung der Lieferanten ergibt sich ein beträchtliches Einsparungspotenzial.

Bereits in der Realisierungsphase ist ein Gemeinschaftsprojekt mit der Sozialversicherungsanstalt der Bauern. Die Bereiche „Beschaffungswesen“, „Facility-Management“ (Gebäude- und Liegenschaftsverwaltung), „Druckerei“ und „Mikroverfilmung“ werden künftig in Kooperation erledigt. Zu diesem Zweck wird eine eigene „Back-Office-GmbH“ gegründet, an der beide Institute je zur Hälfte beteiligt sind.

Nach einer Wirtschaftlichkeitsberechnung werden mit dem Projekt SVA/SVB in den Jahren 2002 bis 2005 Einsparungen in Höhe von 4,89 Millionen Euro erzielt. Mittelfristig wird aber mit wesentlich höheren Einsparungspotentialen gerechnet, da geplant ist, dass sich auch andere Versicherungsträger beteiligen.



AKTION „SICHER FÜR DICH DA“

Mehr Schutz für Kleinkinder

Unfälle sind die häufigsten Verletzungs- und Todesursachen bei Kleinkindern im Alter bis zu 6 Jahren. Das Institut „Sicher leben“ hat deshalb eine Informationskampagne (Europäische Child Safety Week) gestartet, bei der über die Verhütung und Vermeidung von Unfallursachen aufgeklärt wird.



Nach einer UNICEF-Studie belegt Österreich innerhalb der EU bei Unfällen im Kindesalter den unrühmlichen vorletzten Platz. Dabei wären viele Unfälle, die sich vorwiegend im Haushalt, im Wohnungsumfeld oder durch unzureichende Sicherung im Auto ereignen, in den meisten Fällen leicht vermeidbar. Institutionen aus nahezu allen EU-Mitgliedstaaten haben sich daher zum Ziel gesetzt, die Zahl der Unfälle zu reduzieren und als Plattform die „European Child Safety Alliance“ gegründet.

Als Teil des EU-Aktionsplans für mehr Kindersicherheit startet das Institut „Sicher leben“ gemeinsam mit dem Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen und zwei Sponsor-Firmen aus der Privatwirtschaft eine breit angelegte Informationskampagne. Viele Partner wie beispielsweise

se Gesundheitseinrichtungen, Kinder- und Jugendorganisationen, Banken und Versicherungen sowie Print- und elektronische Medien unterstützen die Aktion, um Risiken aufzuzeigen; gleichzeitig sollen Eltern, Großeltern, KindergärtnerInnen etc. über dieses Thema informiert und auf bekannte Gefahrenquellen aufmerksam gemacht werden. Die Patronanz über diese Aktion hat Edith Rolles, selbst dreifache Mutter und seit Jahren in den Medien und im Fernsehen für Kinder engagiert, übernommen.

Kinderunfälle sind keine Zufälle, sondern haben Ursachen

Kinderunfälle sind keine Zufälle, sondern haben Ursachen, die durch entsprechende präventive Maßnahmen meist beseitigt werden können. Kinder müssen erst lernen, Gefahren und Risiken einzuschätzen und mit ihnen umzugehen. Viele Unfälle sind nicht auf eine Verkettung unglücklicher Umstände, sondern auf klar erkennbare Mängel der Umgebung und fehlende Sicherheitsvorkehrungen zurückzuführen.

Stürze sind die Unfallursache Nr. 1 bei Kindern im Alter von 3 bis 6 Jahren. Vor allem Vorschulkinder sind betroffen. Experten des Institutes „Sicher leben“ weisen auf die mangelnden motorischen Fähigkeiten und Fertigkeiten, die häufig Unfallursache bei Stürzen sind, und warnen vor übertriebener Ängstlichkeit: Fehlende Kraft, zu lange Reaktionszeiten, ein nicht ausreichend entwickeltes Gleichgewicht sowie die fehlende Ausdauer und Koordinationsfähigkeit sind verantwortlich, dass Kinder oft stürzen.

Unter dem Motto „Sicher für dich da!“ finden daher in der Zeit vom

**14. bis 16. Juni 2002
die Erlebnistage Kindersicherheit
im Technischen Museum Wien**

statt. Am Freitag, dem 14. Juni, ist für alle Besucher freier Eintritt. Am Wochenende gibt es eine Familienermäßigung.

Ein ganzes Wochenende lang wird neben viel Spaß und Action für die Kleinsten auf fast 3000 m² Ausstellungsfläche viel Informatives zu den Bereichen „Haushalt & Wohnen“, „Auto & Verkehr“, „Bewegung & Spiel“ sowie „Gesundheit & Vorsorge“ in anschaulicher und erlebnisgerechter Weise geboten. Den Erwachsenen stehen eine Riesenküche, ein Riesensendersitz und vieles mehr zur Verfügung, um die Welt auch einmal mit Kinderaugen sehen zu können. Mit Clown-Shows, Verkehrssparcours, Matenturnen, Bewegungsbaustelle, aber auch Falltraining, Sinnes-Ausstellung



und anderen Bewegungsspielen werden die Kleinsten bestens unterhalten und informiert. Gewinnspiele mit tollen Sachpreisen (ein Wochenende auf einem Bauernhof oder ein Aufenthalt in einem Kinderhotel, Mal- & Bastelsachen, Spielzeug, Bücher, Babyschwimmkurse) werden an allen drei Tagen jeweils um 13.00 und 17.00 Uhr verlost. ■

Informationsmaterial und Auskünfte zur Aktion kann man beim Institut „Sicher Leben“ in
**1030 Wien, Ölzeltgasse 3,
Telefon 01/715 66 44
(Frau Mag. Astrid Roth)**
erhalten.



FSVG-Beitragssatz ist nicht verfassungswidrig

Die Vorgeschichte

Gewerbetreibende und die meisten Freiberufler müssen 15 Prozent ihrer Beitragsgrundlage für die Pensionsversicherung zahlen. Für die nach dem Bundesgesetz über die Sozialversicherung freiberuflich selbstständig Erwerbstätiger (FSVG) versicherten Ärztinnen und Ärzte, Apotheker(innen) und Patentanwälte beträgt der Beitragssatz hingegen 20 Prozent.

Der Verfassungsgerichtshof (VfGH) hat bereits vor einiger Zeit entschieden, dass die unterschiedlichen Beitragssätze verfassungskonform sind. Jetzt fällt er aufgrund von (mittlerweile mehreren tausend) neuerlichen Beschwerden erneut die Entscheidung (Geschäftszahl G 217, 218/01): Die Regelung **„wird nicht als verfassungswidrig aufgehoben.“**

Die Entscheidung des VfGH

Der VfGH führt „in der Sache“ wörtlich aus:

„Der VfGH geht davon aus, dass ... beide sozialversicherungsrechtlichen Regelungen ein grundsätzlich vergleichbares System der Pflichtversicherung mit Pflichtbeiträgen und Leistungsansprüchen begründen. Das Pensionsleistungsrecht für die Versicherten nach FSVG und GSVG ist ... mittlerweile weitgehend vereinheitlicht. ... Hingegen ist das Beitragsrecht in den verschiedenen Sozialversicherungsgesetzen zum Teil in der Bemessung, zum Teil in der Beitragshöhe unterschiedlich ausgestaltet:

... Während etwa die nach dem GSVG pflichtversicherten Personen Pensionsversicherungsbeiträge von 15 Prozent zu entrichten haben, ist der entsprechende Prozentsatz in § 8 FSVG mit 20 Prozent festgelegt. ...

Hinsichtlich der hier in Rede stehenden Berufsgruppen im Sinne des § 2 FSVG ist auch davon auszugehen, dass das auf sie entfallende Beitragsaufkommen von der Sozialversiche-

rungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft in einem gesonderten Rechnungskreis (also getrennt von den Beitragseinnahmen der nach dem GSVG Versicherten) verwaltet wird.“ Der VfGH hat ... „die Auffassung vertreten, dass alle Pflichtversicherten eine Riskengemeinschaft darstellen und es daher dem Gesetzgeber grundsätzlich nicht verwehrt sei, die Höhe der Beiträge auch ohne direkte Relation zu den Versicherungsleistungen unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit der Pflichtversicherten verschieden hoch anzusetzen und so dem Versicherungs- im Verhältnis zum Versorgungsgedanken ... unterschiedliches Gewicht zukommen zu lassen. ...

Die Angleichung des Leistungsrechtes für sich allein vermag ... noch nicht die Verfassungswidrigkeit unterschiedlicher Beitragssätze zu bewirken. Bei Ausgestaltung des Beitragsrechts darf der Gesetzgeber die sozial Schwächsten wegen der relativ größeren Vorteile, die sie aus der Einbeziehung in die gesetzliche Sozialversicherung ziehen, nicht stärker belasten als andere Versicherte ...

Wenn der Gesetzgeber nach mehrfachen vergeblichen Versuchen in der Vergangenheit im Hinblick auf eine nunmehr erwartete Einverständniserklärung der zuständigen gesetzlichen beruflichen Vertretung zur Einbeziehung ihrer Mitglieder in die gesetzliche Pensionsversicherung ein Modell bereitgestellt hat, das der veränderten Sachlage entsprechend andere finanzielle Rahmenbedingungen vorgesehen hat als jene, die noch den Versicherten nach dem GSPVG 1957 gewährt werden konnten, so muss dies dann und insoweit als verfassungsrechtlich unbedenklich angesehen werden, als die jeweilige Interessenvertretung nicht gehalten war, einen solchen Antrag zu stellen (das Modell

also auch ablehnen konnte), (und) die finanziellen Lasten, die den einbezogenen Personenkreisen der Ärzte und Apotheker aus beitragsrechtlicher Sicht zugemutet wurden, unter entsprechender Berücksichtigung ihrer Leistungsfähigkeit bemessen wurden. Das Gesetzesprüfungsverfahren hat – vor dem Hintergrund des von der Bundesregierung dargelegten, für die Leistungsfähigkeit der Ärzte und Apotheker durchaus aussagekräftigen Zahlenmaterials ... nicht ergeben, dass bei dem in § 8 FSVG bestimmten Pensionsversicherungsbeitrag in Höhe von 20 v. H. die Leistungsfähigkeit der betreffenden Personengruppe außer acht bliebe.

Auch hat die Bundesregierung zu Recht darauf aufmerksam gemacht, dass der Unterschied in der Höhe der Beitragssätze nach dem GSVG und dem FSVG sich gegenüber den Ausgangsgrößen des Jahres 1979 in erheblichem Maße vermindert habe: So wurden die Pensionsversicherungsbeiträge nach dem ASVG von 18,5 v. H. (1979) auf 22,8 v. H. (2002), nach dem GSVG von 10,5 v. H. (1979) auf 15 v. H. (2002) angehoben, jene nach § 8 FSVG dagegen von 18,5 v. H. (1979) auf 20 v. H. ...

Stellt man aber – bei gebotener gesamthafter Betrachtung – sämtliche für die unterschiedlichen Beitragshöhen seinerzeit maßgeblichen Umstände einschließlich der seitherigen Entwicklung in Rechnung, insbesondere unter Bedachtnahme auf die ohnehin eingetretene, nicht unbedeutende absolute und relative Verminderung der Differenz der Beitragssätze gegenüber der Vergleichsgruppe der nach dem GSVG Versicherten, aber auch im Verhältnis zu anderen Versichertengemeinschaften, so kann noch nicht gesagt werden, dass die unterschiedliche beitragsrechtliche Behandlung der Ärzte und Apotheker im Verhältnis zu den nach dem GSVG Versicherten sich sachlich nicht mehr rechtfertigen lasse.

Die in Prüfung gezogene Wortfolge in § 8 FSVG war daher nicht als verfassungswidrig aufzuheben.“ ■



NEUE KUNDENZONE IN VORARLBERG

Einen neuen Weg in der Kundenbetreuung beschreitet die SVA-Landesstelle Vorarlberg. In Feldkirch wurde kürzlich ein modernes Servicezentrum eröffnet, in dem Kundenanfragen noch effizienter erledigt werden können.

Ab sofort stehen insgesamt sechs Arbeitsplätze ausschließlich für die persönliche Kundenbetreuung zur Verfügung. Von hier aus werden die Versicherten und Pensionisten der SVA in allen Angelegenheiten der Kranken- und Pensionsversicherung, des Beitrags- und Versicherungsrechtes sowie des vertrauensärztlichen Dienstes beraten.

Anträge, z. B. zur Erlangung einer Pension, eines Pflegegeldes, der Kriegs-

gefangenenentschädigung oder des Kinderbetreuungsgeldes werden gemeinsam mit dem Versicherten aufgenommen. Diese Hilfestellung erspart



den Versicherten viel Zeit und Mühe. In einer zweiten Umbauphase wird

eine Konzentration der Büroflächen in den Obergeschossen vorgenommen, die ganz bewusst auf eine effizientere Büroinfrastruktur und eine nachhaltige Kosteneinsparung abzielt. Komplettiert wird das Gesamtkonzept mit einer verkehrstechnisch und architektonisch ansprechenden Neugestaltung des Vorplatzes.

Die bewährten Sprechtage in den Bezirken des Landes werden weiterhin abgehalten. Durch die zuletzt vorgenommene Ausdehnung des Sprechtagdienstes auf den Bregenzerwald wurde das Beratungsnetz sogar noch weiter verdichtet.

Neue Öffnungszeiten der SVA-Landesstelle

Montag bis Donnerstag

8.00 – 15.30 Uhr

Freitag

8.00 – 13.30 Uhr

www.sva.or.at

KURHOTEL LEONARDO-SPEZIALANGEBOT

eine der schönsten Hotelanlagen Österreichs

3945 Nondorf 110,
bei Gmünd im Waldviertel
Tel. 0 28 55/500, Fax 0 28 55/246

LEONARDO- GESUNDHEITSWOCHE

mit Wirbelsäulentraining

- > 7 Nächte mit Vollpension
- > 1 Gesundheitsuntersuchung durch unseren Hausarzt
- > 1 kosmetische Gesichtsbildung (60 min) für die Dame
- > 1 Vollmassage (40 min) für den Herrn
- > 1 Bürstenmassage
- > 2 Teilmassagen
- > wochentags 2 Einheiten Wirbelsäulentraining à 20 min zum Preis von € 571,21 pro Person.

Der Partner im Doppelzimmer bezahlt bei gleicher Leistung den halben Preis.



Foto: Kurhotel Leonardo

PRIVATES KURANGEBOT

- > 21 Nächte mit Vollpension
 - > 3 kurärztliche Untersuchungen
 - > 50 therapeutische Behandlungen vom Arzt verordnet
- zum Preis von € 1.541,39

Der Partner im Doppelzimmer bezahlt € 49,40 für Vollpension pro Tag.

In beiden angeführten Arrangements sind folgende Leistungen noch zusätzlich enthalten:

- > täglich reichhaltiges Frühstücksbuffet sowie mittags und abends je 3 Menüs zur Wahl und ein vitaminreiches Salatbuffet. (Auf Wunsch auch Reduktionskost.)
- > Benützung von Hallenbad, Sauna, Dampfbad, Kräutersauna und Teebar im Therapiebereich.

Werbung