

svaAktuell

Informationen über die Pensions- und Krankenversicherung der gewerblichen Wirtschaft

INHALT

- 3** **Teilzeitbeihilfe auch für Väter**
Seit 1. Juli 2001 können auch Väter Teilzeitbeihilfe beziehen. SVAktuell bringt die Details.
- 6** **Hilfe durch Patientenanwälte**
Unabhängige Patientenanwälte leisten Hilfe, wenn man mit der medizinischen Behandlung nicht zufrieden ist; wir bringen die Namen der Patientenanwälte.
- 7** **Auswirkungen der Pensionsreform 2000**
Dieser Artikel bringt eine Nachlese zur letzten Pensionsreform, die mit 1. Oktober 2000 wirksam geworden ist.
- 9** **Beiträge & Steuer**
Beiträge zur Pflichtversicherung können steuerlich als Betriebsausgaben geltend gemacht werden.
- 10** **Der Euro in der Sozialversicherung**
Ab 1. Jänner 2002 ist der Euro das gesetzliche Zahlungsmittel. In dieser Reihe wird gezeigt, worauf Unternehmer bei der Umstellung achten müssen.

Neue Strukturen für die SVA bis 2003

Mit einem alle Bereiche umfassenden Reformvorhaben beschreitet die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft neue Wege in der Verwaltung. Oberstes Ziel des aktuellen Projektes „SVA-Top 2003“ ist es, bei den Verwaltungskosten rund 190 Millionen Schilling einzusparen.

Sparpaket als Ausgangsbasis
Mitentscheidend für die Durchführung des Projektes war vor allem die Forderung der Politik nach einer Veränderung der bestehenden Systeme.

Bereits im vergangenen Jahr wurde allen Sozialversicherungsinstituten vom Gesetzgeber ein rigoroses Sparpaket verordnet: Die Verwaltungskosten im Jahr 2003 dürfen den Wert des Jahres 1999 nicht überschreiten. Die SVA nimmt diesen Sparauftrag nicht nur sehr ernst, sondern sieht darin auch eine Chance, strukturelle Veränderungen vorzunehmen. Obmann Viktor Sigl verlangt eine Verbesserung des Kundenservices in Richtung modernem Dienstleis-

tungsbetrieb unter Nutzung modernster technischer Kommunikationsmittel. Anliegen des Generaldirektors ist, dieses Ziel mit motivierten Mitarbeitern zu erreichen. Beide streben an, mit einem attraktiven Leistungsangebot die Kundenzufriedenheit erheblich zu steigern.

Mitarbeiter prüfen Strukturen

Seit Sommer befindet sich die SVA in einer Aufbruchsstimmung. Über 100 engagierte Mitarbeiter aus ganz Österreich erklärten sich bereit, neben ihrer eigentlichen Tätigkeit an

der Reorganisation mitzuwirken.

In der Zwischenzeit wurden acht Projektgruppen gebildet, die mit Hilfe von externen Beratern die für die Erreichung der Ziele erforderlichen Maßnahmen

ausgearbeitet haben. Sie wurden vor kurzem dem SVA-Vorstand vorgelegt, der mit seiner Zustimmung die Phase 2 des ehrgeizigen Projektes – Evaluierung und Bewertung – eingeleitet hat. Mehr über das Projekt „SVA-Top 2003“ in der nächsten Ausgabe. ■





Sozialminister Haupt besucht Rehazentrum

Im September überzeugten sich Bundesminister Mag. Herbert Haupt und Staatssekretär Dr. Reinhart Waneck persönlich vom Baufortschritt des neuen SVA-Rehabilitationszentrums in Wien. Die knapp vor Fertigstellung befindliche

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. Die Gesellschaft wurde bereits gegründet; es handelt sich dabei um eine 100%-Tochter der SVA, die in gemeinnütziger Form betrieben werden soll. Die Vergabe des Managements wird in Kürze erfolgen. Dieses soll die zentrale Verwaltung der Sonderkranken-



Sozialminister Mag. Herbert Haupt (links) konnte sich persönlich vom Baufortschritt überzeugen.

vierte Sonderkrankenanstalt der SVA dient der neurologischen und neuropsychologischen Rehabilitation, vor allem nach Schlaganfällen, bei Querschnittslähmungen, Gehirnblutungen oder Verletzungen des Nervensystems.

Bauzeit wesentlich verkürzt

Als im Dezember 1999 der Spatenstich für das Rehazentrum erfolgte, ging man von einer Fertigstellung des Baues im Frühsommer 2002 und einer Inbetriebnahme im darauf folgenden September aus. Etwas begünstigt durch die milden Winter kamen die Baufirmen wesentlich rascher voran, sodass das medizinisch so wichtige Rehabilitationszentrum bereits ein halbes Jahr früher seiner Bestimmung übergeben werden kann.

Richtungweisende

Betriebsführung

Beim Betrieb der Sonderkrankenanstalt werden erstmals in Österreich

anstellung (z. B. Kostenrechnung, Buchhaltung, Gehaltsverrechnung und Controlling) durchführen.

Das medizinische Konzept

Die Sonderkrankenanstalt befindet sich am Rosenhügel, in unmittelbarer Nähe des neurologischen Krankenhauses der Stadt Wien. Diese Nähe zum Akutspital birgt einmalige Chancen der Zusammenarbeit und damit der Nutzung von Synergieeffekten. Ausgangspunkt der medizinischen Betreuung ist die genaueste Untersuchung

der durch die Erkrankung des Nervensystems hervorgerufenen Störungen, wie Lähmungen, Schmerz-

empfindungen, oder Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, beim Sprechen, in der Konzentration oder bei der Aufmerksamkeit.

An Hand der gefundenen Ergebnisse erfolgt die Erstellung eines individuellen Rehabilitationsplanes. Die eigentlichen Therapiemaßnahmen erfolgen dann unter dem Aspekt, Restfunktionen des Nervensystems physikalisch, medikamentös, chemisch und neuropsychologisch zu aktivieren bzw. zu steigern. Erklärtes Ziel ist es, eine weitgehende Selbständigkeit des Patienten in seinem Lebensumfeld herbeizuführen.

Die medizinische Versorgung und Rehabilitation von Patienten mit neurologischen Erkrankungen erfolgt vom Akutereignis in verschiedenen Phasen: Akutbehandlung, Frührehabilitation, postprimäre Rehabilitation, Langzeitrehabilitation, semi-stationäre Rehabilitation und ambulante Nachbetreuung.

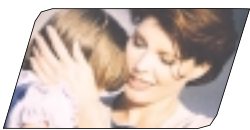
Tagesklinik zur Therapiefortsetzung

Schwerpunkt des Rehazentrums ist auch die postprimäre Rehabilitation. Neben einem stationären Bereich mit 122 Betten ist auch eine Tagesklinik mit zusätzlich 20 Behandlungsplätzen vorgesehen. Aufgabe der Tagesklinik ist die semi-stationäre Rehabilitation von Patienten nach neurologischen Beeinträchtigungen. Die Einrichtung



von links: Sozialminister Haupt, Gen.Dir. Vlasich, Arch. DI Fehringer und Frau Dozent Dr. Pinter

der Tagesklinik ist als Übergangsphase von der stationären zur ambulanten Betreuung zu sehen. ■



Betreuungsgeld für Kinder ab 2002

Kinderbetreuungsgeld ist für Kinder vorgesehen, die ab dem 1. Jänner 2002 geboren werden. SVAktuell hat in der August-Ausgabe ausführlich berichtet. Was aber gilt für jene Kinder, die früher zur Welt kamen? Im Folgenden die Übergangsbestimmungen für selbständig Erwerbstätige.



Vorweggenommen sei, dass die erwähnten Übergangsbestimmungen nur für jene Kinder gelten, die nach dem 30. Juni 2000 und vor dem 1. Jänner 2002 geboren wurden bzw. geboren werden.

Übergangsregelungen für Mütter

Versicherte Mütter, die am 1. Jänner 2002 (noch) Anspruch auf Teilzeitbeihilfe haben, erhalten ab 1. Jänner 2002 bis zur Vollendung des 30. Lebensmonates des Kindes Teilzeitbeihilfe in der Höhe des halben Kinderbetreuungsgeldes, das sind 100 Schilling bzw. 7,27 € pro Tag. Sowohl die Erhöhung des auszahlenden Betrages als auch die Verlängerung des

Anspruchszeitraumes erfolgt ab 1. Jänner 2002 von Amts wegen.

Die versicherten Mütter brauchen keinen Antrag stellen und können – wie auch schon bisher – unbeschränkt dazuverdienen.

Optionsmöglichkeit

Versicherte Mütter können bei ihrer SVA-Landesstelle allerdings auch beantragen, dass ihnen ab 1. Jänner 2002 die Teilzeitbeihilfe in Höhe des vollen Kinderbetreuungsgeldes ausbezahlt wird, das sind 200 Schilling (14,53 €) täglich. In diesem Fall gilt jedoch die Zuverdienstgrenze von 200.000 Schilling (14.600 €) pro Kalenderjahr.

Übergangsregelungen für Väter

Versicherte Väter, deren Kinder nach dem 30. Juni 2001 und vor dem 1. Jänner 2002 geboren worden sind und die am 1. Jänner 2002 Anspruch

auf Teilzeitbeihilfe haben, erhalten ab 1. Jänner 2002 bis zur Vollendung des 30. Lebensmonates des Kindes ebenfalls Teilzeitbeihilfe in der Höhe des halben Kinderbetreuungsgeldes (= 100 S / 7,27 € pro Tag).

Auch für Väter erfolgt sowohl die Erhöhung des auszahlenden Betrages als auch die Verlängerung des Anspruchszeitraumes ab 1. Jänner 2002 von Amts wegen. Ein Zuerdienst ist unbeschränkt möglich.

Optionsmöglichkeit

Die Möglichkeit, Teilzeitbeihilfe in voller Höhe des Kinderbetreuungsgeldes zu beantragen, haben auch Väter, deren Kinder im genannten Zeitraum geboren worden sind. Die erwähnte Zuverdienstgrenze gilt auch hier.

Wechsel im Teilzeitbeihilfenbezug

Wechseln sich Mutter und Vater eines Kindes im Teilzeitbeihilfenbezug ab, was seit 1. Juli 2001 möglich ist, so gebührt Teilzeitbeihilfe ab 1. Jänner 2002 längstens bis zur Vollendung des 36. Lebensmonates des Kindes, wenn der zweite Elternteil Teilzeitbeihilfe für mindestens drei Monate in Anspruch nimmt. ■

KIEFERORTHOPÄDIE

Kieferregulierungen sind Pflichtleistungen der gewerblichen Krankenversicherung, sie müssen allerdings vor Behandlungsbeginn von der SVA-Landesstelle bewilligt werden. Dem Antrag auf Bewilligung ist eine genaue medizinische Begründung über die Notwendigkeit der Kieferregulierung beizulegen.

Die Zusicherung der Kostenübernahme durch die SVA ist für jedes Behandlungsjahr einzuholen. Die Behandlungsdauer umfasst grundsätzlich drei Jahre. Die SVA hat im Jahr 2000 rund 51 Millionen Schilling für kieferorthopädische Behandlungen aufgewendet.

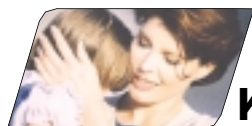
In den vergangenen Jahren wurden die Bestimmungen über den Kostenanteil bei kieferorthopädischen Behandlungen mehrmals geändert. Bis Juli 1999 war eine Zuzahlung im Aus-

maß von 50 Prozent zu leisten, danach galt der in der SVA übliche Kostenanteil in Höhe von 20 Prozent. Ab 1. Jänner 2000 waren Kieferregulierungen für Kinder vom Selbstbehalt befreit.

Jetzt wieder: 20 % Selbstbehalt

Mit Inkrafttreten der 25. GSVG-Novelle wurde bei Kindern für Kieferregulierungen neuerlich der 20-prozentige Selbstbehalt eingeführt. Diese Gleichstellung mit den Erwachsenen gilt für Behandlungen, die ab dem 1. August 2001 vom Zahnbehandler abgerechnet werden, oder – bei privater Inanspruchnahme – in Form eines Kostenersatzes rückvergütet werden.

Der Tarif mit den Vertragszahnbehandlern beträgt 2001 11.680 Schilling (848,82 €) für ein Behandlungsjahr, woraus ein Kostenanteil von 2.336 Schilling (169,76 €) resultiert. ■



Teilzeitbeihilfe jetzt auch für Väter

Auf Grund eines Erkenntnisses des Verfassungsgerichtshofes können künftig auch Väter „Teilzeitbeihilfe“ beziehen; bisher war diese Geldleistung aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft nur Frauen vorbehalten. Gleichzeitig wurden im Zusammenhang mit dem neuen Kinderbetreuungsgeld Übergangsbestimmungen geschaffen, die für Mütter und Väter von Interesse sind (siehe Seite 3).

Allgemeine Anspruchsvoraussetzungen

Seit 1. Juli 2001 haben nicht nur Mütter sondern auch Väter Anspruch auf Teilzeitbeihilfe. Voraussetzung ist, dass die Mutter/der Vater nach dem GSVG pflichtversichert ist, mit dem Kind im gemeinsamen Haushalt lebt und das Kind vom jeweiligen Elternteil gepflegt wird (ein Spitalaufenthalt des Kindes schadet nicht).

Der Geburt eines Kindes steht die Annahme eines Wahlkindes (Adoption) oder die Übernahme in unentgeltliche Pflege gleich, sofern die Übernahme in Pflege in der Absicht erfolgt, das Kind zu adoptieren.

Teilzeitbeihilfe gebührt im Anschluss an den Bezug von Wochengeld bzw. nach der Inanspruchnahme von Betriebshilfe. Wird weder Wochengeld noch Betriebshilfe geleistet, so kann Teilzeitbeihilfe bereits ab dem Tag der Geburt des Kindes gezahlt werden.

Ausschlussregelung für Väter

Väter haben dann keinen Anspruch auf Teilzeitbeihilfe, wenn die Mutter eine der folgenden Leistungen zur Gänze oder zumindest für einen bestimmten Zeitraum bezieht:

- Karenzgeld nach dem Karenzgesetz (KGG);
- Teilzeitbeihilfe nach dem KGG;
- Karenzurlaubsgeld oder eine gleichartige Leistung auf Grund landesgesetzlicher Vorschriften;

- Teilzeitbeihilfe nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz oder nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz.

Es liegt in der Natur der Sache, dass die Kindesmutter vorrangig behandelt wird. Nimmt sie selbst die Teilzeitbeihilfe in Anspruch, so ist der Vater vom Leistungsbezug ausgeschlossen. Es liegt demnach in der Disposition der Mutter, ob der Vater Teilzeitbeihilfe erhält oder nicht. Beansprucht der Vater Teilzeitbeihilfe, so muss er nachweisen, dass die Mutter keine der genannten Leistungen bezieht.

Anspruchsdauer und Anspruchshöhe

Teilzeitbeihilfe gebührt – wie bereits erwähnt – sowohl für Mütter als auch für Väter erst im Anschluss an die in Anspruch genommene Betriebshilfe oder den Bezug von Wochengeld. Um

Teilzeitbeihilfe zu erhalten, bedarf es eines entsprechenden Antrages bei der zuständigen SVA-Landesstelle.

Nach der neuen Regelung haben Väter bei Erfüllung der Voraussetzungen auch dann Anspruch auf Teilzeitbeihilfe, wenn deren Kinder vor dem 1. Juli 2001 geboren worden sind. Teilzeitbeihilfe kann Vätern jedoch erst ab dem 1. Juli 2001 ausbezahlt werden, da die neue Regelung mit diesem Zeitpunkt in Kraft gesetzt worden ist. Teilzeitbeihilfe gebührt längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensmonates des Kindes. Die Leistung beträgt 94 Schilling pro Tag (das entspricht 6,83 €).

Ruhen des Anspruchs

Der Anspruch auf Teilzeitbeihilfe ruht insbesondere während des Bezuges von Kranken- oder Wochengeld, von Karenzgeld oder Teilzeitbeihilfe nach dem KGG, von Karenzurlaubsgeld nach dem KUG und von Teilzeitbeihilfe nach dem BSVG. Über die Auswirkungen bei Zusammentreffen von Teilzeitbeihilfe mit dem neuen Kinderbetreuungsgeld lesen Sie bitte Seite 3. ■

GEWINN-MESSE 18. - 21. OKTOBER 2001

Die österreichische Sozialversicherung ist auch heuer wieder mit einem großen Beratungs- und Informations-

stand bei der Gewinn-Messe am Wiener Messegelände vertreten; Sie finden uns in Halle 14, Stand 14/100.



Schwerpunkt sind Informationen über die Pensions- und Krankenversicherung, Rauchentwöhnung und gesunde Ernährung. Jeder Besucher erhält kostenlos eine Aufstellung seiner bisher erworbenen Pensionsmonate und erfährt auch die Höhe seiner Pension. (Bitte Ausweis bzw. Vollmacht mitbringen.) ■



Versicherungspflicht statt Pflichtversicherung?

Owohl von Experten das System der „Pflichtversicherung“ eindeutig bevorzugt wird, taucht in der Diskussion über Strukturänderungen regelmäßig die Forderung nach einer „Versicherungspflicht“ auf. Wo liegen die Unterschiede?

Pflichtversicherung bedeutet unter anderem, dass der Versicherungsschutz kraft Gesetzes eintritt, sobald bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Damit steht von vornherein auch fest, wer bei welchem Institut krankenversichert ist, z. B. der Gewerbetreibende bei der SVA der gewerblichen Wirtschaft oder der Angestellte bei der Gebietskrankenkasse.

Das Wesen der Versicherungspflicht besteht hingegen darin, dass der Einzelne zwar verpflichtet ist, eine Versicherung abzuschließen, er sich aber sein Versicherungsinstitut aussuchen kann. Diese Wahlmöglichkeit, wobei primär an Privatversicherungen gedacht ist, wird von vielen auf den ersten Blick als Pluspunkt angesehen.

Vorteile der Pflichtversicherung

- Ein Abgehen von der Pflichtversicherung wäre für große Teile der Bevölkerung mit Nachteilen verbunden. Vor allem den finanziell schlechter gestellten Bevölkerungsschichten droht bei einer (auch nur teilweisen) Privatisierung die Gefahr, dass sie vom hohen Niveau der medizinischen Betreuung ausgeschlossen wären.

- Die sozialen Krankenversicherungen sind im Unterschied zu einem privaten Institut nicht auf die Erzielung eines Gewinnes ausgerichtet. Daraus resultiert der grundlegende Vorteil, dass die eingenommenen Versicherungsbeiträge fast zur Gänze für Leistungen ausgegeben werden können.

- Beim System Pflichtversicherung kann niemand vom Versicherungsschutz ausgeschlossen werden. Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand oder

Finanzkraft spielen in der Sozialversicherung keine Rolle. Das ist bei Privatversicherungen anders. Vor allem deshalb, weil sie um ihre Versicherten werben müssen, was mit hohen Kosten verbunden ist, die in der Sozialversicherung nicht anfallen. Aus Kostengründen muss auch versucht werden, primär „gute Risiken“ (z. B. junge, gesunde Menschen) zu versichern.

- In der Privatversicherung herrscht das Äquivalenzprinzip, das heißt, dass die Höhe der Beiträge vom Versicherungsrisiko und dem zu erwartenden Leistungsausmaß abhängt. In der Sozialversicherung gilt hingegen das Solidaritätsprinzip: Die Höhe der Beiträge richtet sich nach der wirtschaftlichen Belastbarkeit des Einzelnen.

- Das Solidaritätsprinzip macht zusammen mit dem Ausschluss der Risikoausslese das Wesen des sozialen

Ausgleichs aus. Auf der Beitragsseite erfolgt ein Ausgleich zwischen den Besser- und Minderverdienern. Auf der Leistungsseite findet ein Ausgleich zwischen den gefährdeten und weniger gefährdeten Personen statt.

Auswirkungen der Versicherungspflicht am Beispiel Deutschland

In Deutschland wurde das System Versicherungspflicht vor einiger Zeit eingeführt. Die eher negativen Erfahrungen: Von der Wahlfreiheit haben nur 3 Prozent der Versicherten Gebrauch gemacht. Es kam zu einem Wettbewerb zwischen den Kassen, der jedoch Versicherte mit schlechtem Risiko eindeutig benachteiligt. Die Einführung der Versicherungspflicht hat nicht die erwarteten Einsparungen gebracht. Im Gegenteil: Die Krankenversicherungsbeiträge und Verwaltungskosten sind gestiegen.

Fazit: Das System der Versicherungspflicht hat sich nicht bewährt. Nur die Pflichtversicherung ist – basierend auf dem Solidaritätsprinzip – ein Garant für den Risikoausgleich. ■

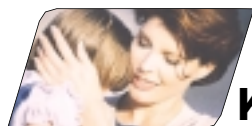
Antrag auf Berücksichtigung der Einkünfte 1995 bis 1997

Bis zum Jahr 1997 wurde die Beitragsgrundlage in der gewerblichen Sozialversicherung aus den Einkünften des drittvorangegangenen Kalenderjahres ermittelt. Für die Beitragsgrundlage des Jahres 1997 zählten daher die Einkünfte laut Einkommensteuerbescheid 1994.

Im Jahr 1998 wurde der Berechnungsmodus umgestellt. Der Steuerbescheid des drittvorangegangenen Jahres zählt nur noch für die Berechnung der vorläufigen Beiträge, die endgültigen Beiträge richten sich nach den Einkünften im Beitragsjahr; die Beitragsgrundlage 1998 wird also von den Einkünften des Jahres 1998 abgeleitet.

Die Umstellung hat dazu geführt, dass sich die Einkünfte der Jahre 1995 bis 1997 auf die Beitragsgrundlagen der Jahre 1998 bis 2000 nicht auswirken. Dadurch kann es für Versicherte, die keinen kontinuierlichen Einkommensverlauf aufweisen, im Einzelfall zu hohen Beitragsbelastungen oder pensionsrechtlichen Nachteilen kommen.

Der Gesetzgeber hat daher eine Übergangsregelung geschaffen, nach der bis spätestens 31. Dezember 2001 beantragt werden kann, dass für die Beitragsbemessung der Jahre 1998 bis 2000 die Einkünfte der Jahre 1995 bis 1997 maßgebend sind. Ein solcher Antrag gilt immer für alle drei Jahre, ein Herausgreifen einzelner Jahre ist nicht möglich. Für individuelle Auskünfte, ob ein solcher Antrag zu empfehlen ist, stehen die SVA-Landesstellen gerne zur Verfügung.



Hilfe durch Patientenanwälte

Die Patientenanwaltschaften sind unabhängige und weisungsfreie Anlaufstellen im Gesundheits- und Spitalsbereich. Sie werden nicht nur von Patienten, sondern auch von Ärzten in Anspruch genommen; ihre Tätigkeit dient der Stärkung und Position der Patienten im Gesundheitsbereich, aber auch der weiteren Verbesserung des Verhältnisses zwischen Patienten und allen Gesundheitsdiensten.



Die erste Patienten-anwaltschaft wurde im Jahr 1990 in Kärnten ins Leben gerufen. Nach und nach kamen weitere Bundesländer hinzu. Seit geraumer Zeit sind in allen Bundesländern Patientenvertretungen eingerichtet. Nachdem vom Bund aber lediglich allgemeine Grundsätze hinsichtlich der Patientenrechte und Patientenvertretungen vorgegeben sind und die entsprechenden Ausführungsgesetze in die Kompetenz der Länder fallen, sind deren Befugnisse unterschiedlich geregelt.

Umfassende Kompetenz

Die umfassendsten Kompetenzen hat die Wiener Patienten-anwaltschaft, die „mit der Wahrung und Sicherung der Rechte und Interessen der Patienten in allen Bereichen des Gesundheitswesens“ beauftragt ist. Die Zuständigkeit umfasst daher Krankenanstalten, Pflegeheime, Rettung und Krankenbeförderung, Dienste im Gesund-

heitsbereich, freipraktizierende Ärzte, Apotheker, Dentisten und Hebammen. Die Befugnisse der Patientenvertretungen in anderen Bundesländern sind weniger weit reichend beziehungsweise erstrecken sich lediglich auf den Spitalsbereich.

Patientenrechte

Die allgemeinen Bemühungen um die Stärkung des Bürgerschutzes umfassen auch den Gesundheitsbereich. Insbesondere sind die Spitäler gesetzlich verpflichtet, vorzusorgen, dass die Rechte der Patienten beachtet werden und ihnen die Wahrnehmung folgender Rechte ermöglicht wird:

- Recht auf fachgerechte, rück-sichtsvolle und möglichst schmerzarme Behandlung;
- Recht auf Information und ärztliche Aufklärung;
- Recht auf Einsicht in die Krankengeschichte und Ausfertigung einer Kopie, sowie Ausstellung eines Patientenbriefes;
- Recht auf Zustimmung bzw. Verweigerung der Behandlung sowie auf vorzeitige Entlassung;
- Recht auf Wahrung der Privatsphäre und Vertraulichkeit;
- Recht auf Besuchsmöglichkeiten und Kontakt mit Vertrauenspersonen;
- Recht auf religiöse Betreuung und psychische Unterstützung;
- Recht auf Sterbebegleitung und würdevolles Sterben;
- Recht auf Einbringung von Anregungen und Beschwerden.

Patientenvertretungen

Patienten, die mit der medizinischen Behandlung oder Betreuung nicht zufrieden sind, können sich direkt an die Patienten-anwaltschaft/Patientenvertretung ihres Bundeslandes wenden. Man wird dann der Sache nachgehen und sich bemühen, allfällige Mängel oder Missstände abzuschaffen.

WIEN

Wiener Patienten-anwalt
Dr. Walter Dohr
(voraussichtl. ab Mitte Oktober)
1040 Wien, Schönbrunner Str. 7
Tel.: 01/587 12 04

NIEDERÖSTERREICH

Niederösterreichischer Patienten- und Pflege-anwalt
Dr. Gerald Bachinger
3109 St. Pölten, Tor zum Landhaus, Rennbahnstraße 29
Tel.: 02742/9005/15575

BURGENLAND

Burgenländischer Gesundheits- und Patienten-anwalt
Dr. Josef Weiss
7000 Eisenstadt, Hartlsteig 2
Tel.: 02682/600/2153

OBERÖSTERREICH

Vorsitzender der Oberösterreichischen Patientenvertretung
Dr. Jakob Gratzer
4020 Linz, Harrachstraße 16 A
Tel.: 0732/7720/4215

STEIERMARK

Patientenombudsfrau
Mag. Renate Skledar
8010 Graz, Palais Trauttmansdorff
Tel.: 0316/877/3350

KÄRNTEN

Patienten-anwalt
Dr. Erwin Kalbhenn
9020 Klagenfurt,
St. Veiter Straße 47
Tel.: 0463/57 230

SALZBURG

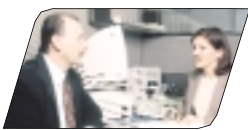
Salzburger Patientenvertreterin
Dr. Mercedes Zsifkovic
5020 Salzburg,
Sigmund Haffner Gasse 18/3
Tel.: 0662/8042/2030

TIROL

Patientenvertreterin für die Landeskrankenhäuser Innsbruck, Natters, Hochzirl und das Landesnervenkrankenhaus Hall
Dr. Gertrud Kalchschmid
6020 Innsbruck, Anichstraße 35
Tel.: 0512/504/4069 oder 4070

VORARLBERG

Patienten-anwalt
Dr. Alexander Wolf
6800 Feldkirch, Markt-gasse 8
Tel.: 05522/81553



Auswirkungen der Pensionsreform 2000

Am 1. Oktober 2000, also vor einem Jahr, ist die große Pensionsreform in Kraft getreten. Ursachen für die umfangreichen Änderungen war das vergleichsweise geringe Pensionsantrittsalter bei einem kontinuierlichen Anstieg der Lebenserwartung. Um zu vermeiden, dass die Pensionszuschüsse aus dem Bundesbudget weiter anwachsen, sah sich die Regierung gezwungen, mit gezielten Maßnahmen den Zeitpunkt des Pensionsantrittes hinauszuschieben.

Dieser Artikel befasst sich mit den Auswirkungen der Reform. Gleichzeitig soll aber an Hand eines einfachen Beispiels auch gezeigt werden, dass das Pensionsniveau trotz der geänderten Bedingungen nicht absinken wird.

Was geändert wurde

Die Pensionsreform 2000 bestand aus einem Maßnahmenpaket. Die wichtigsten:

- Abschaffung der vorzeitigen Alterspension wegen Erwerbsunfähigkeit ab 1. Juli 2000.
- Schrittweise Anhebung des frühestmöglichen Antrittsalters für die übrigen Frühpensionen: bei Frauen von 55 auf 56,5 Jahre und bei Männern von 60 auf 61,5 Jahre. Vorgesehen sind neun Quartalsschritte zu je zwei Monaten, beginnend ab dem 1. Oktober 2000.
- Anhebung der Abschläge für Pensionsantritte vor dem Regelpensionsalter von 2 auf 3 Prozentpunkte pro Jahr der früheren Inanspruchnahme (maximaler Abschlag 10,5 Prozentpunkte oder 15 % der Pension).
- Erleichterter Zugang zur Erwerbsunfähigkeitspension für Versicherte ab dem 57. Lebensjahr. Alternativberechnung für diese Pensionsart bis 2004, um die höheren Abschläge „abzufedern“.

Bisherige Auswirkungen

Die Maßnahmen zeitigen den erwarteten Erfolg. Die Zahl der Frühpensionen ist insgesamt spürbar zurückgegangen. Allein in der gewerblichen Pensionsversicherung werden momentan monatlich über 200 Frühpensionen weniger beantragt als in der Vergangenheit. Dadurch wird auch das durchschnittliche Pensionsanfallsalter allmählich ansteigen.

Die verschärften Abschläge zeigen keine gravierenden Nachteile für den einzelnen Pensionsanwärter. Das resultiert daher, dass die Abschläge infolge der späteren Inanspruchnahme der Pension weitgehend ausgeglichen werden. Folgende Parameter können dafür entscheidend sein:

- Ein um eineinhalb Jahre späterer Pensionsbeginn kann zum Erwerb von 18 zusätzlichen Beitragsmonaten führen, die höhere Pensionsprozentpunkte bringen.
- Der prozentuelle Abschlag sinkt mit jedem Monat, um das eine Frühpension später in Anspruch genommen wird.
- Durch die Weiterarbeit kann bei guter betrieblicher Ertragslage die Bemessungsgrundlage ansteigen.

Wichtige Bemessungsgrundlage

Die Bemessungsgrundlage ist für die Höhe der Pension ausschlaggebend. Sie wird derzeit aus dem Durchschnitt der 15 besten Erwerbsjahre (= 180 Beitragsmonate) gebildet, ab dem Jahr 2003 steigt die Bemessungszeit schrittweise auf bis zu 18 Jahre (= 216 Beitragsmonate) an. Wer allerdings erst zum Regelpensionsalter in Pension geht, ist vom Anstieg der Bemessungszeit nicht betroffen.

Die Pension ist ein Prozentsatz der Bemessungsgrundlage. Für je zwölf Versicherungsmonate werden zwei Pensionsprozente vergeben. Höchst-

ausmaß einer Pension ist – nach Abzug des Abschlages – 80 Prozent der höchsten Bemessungsgrundlage. Kindererziehungszeiten werden von einer separaten, fixen Bemessungsgrundlage honoriert.

Folgendes Beispiel soll die Veränderung der Pensionshöhe bei einem vom Gesetzgeber erzwungenen Hinausschieben des Pensionsantritts verdeutlichen:

Ein Versicherter würde am 1. Jänner 2003 zu seinem 60. Lebensjahr mit 35 erworbenen Versicherungsjahren und einer Bemessungsgrundlage von 25.000 Schilling eine Pension von 15.000 Schilling bzw. 1.090,09 € (60 % von 25.000) erhalten.

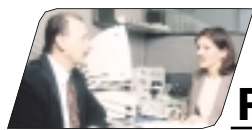
Bedingt durch die Reform kann die Pension erst um 1,5 Jahre später, also zum 1. Juli 2004, in Anspruch genommen werden.

Die Weiterarbeit um 1,5 Jahre führt zu insgesamt 36,5 Versicherungsjahren. Unter Berücksichtigung der Pensionsabschläge ergeben sich 62,5 Pensionsprozente. Steigt die Bemessungsgrundlage zu diesem Zeitpunkt auf beispielsweise 25.600 Schilling an, so beträgt die Pension bereits 16.000 Schilling (1.162,77 €).

Individueller Pensionsantritt

Vor dem Lebensrisiko der früh eintretenden Invalidisierung sind Versicherte weiterhin voll geschützt. Die Erwerbsunfähigkeitspension gebührt unabhängig vom Lebensalter, wenn die Wartezeit erfüllt und Erwerbsunfähigkeit durch mindestens sechs Monate gegeben ist.

Keinerlei Verschlechterungen haben sich bei der Alterspension zum Regelpensionsalter von 60 (Frauen) bzw. 65 Jahren (Männer) ergeben. Bei dieser Pension ist auch die Aufgabe der Erwerbstätigkeit nicht erforderlich. Sie kann ungekürzt neben einem Erwerbseinkommen bezogen werden. Die Alterspension erhöht sich überdies, wenn sie erst nach dem Regelpensionsalter beantragt wird („Bonifikation“). ■



Novellen der Sozial-gesetze beschlossen

Die Entwürfe einer 58. ASVG- und einer 25. GSVG-Novelle wurden in der August-Ausgabe von SV-Aktuell vorgestellt. In der Zwischenzeit erfolgte die Beschlussfassung. Die wichtigsten Neuerungen werden noch einmal zusammengefasst.

Neuregelungen der 58. ASVG-Novelle

Die Novelle regelt beispielsweise die Neuorganisation des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger. Folgende Verwaltungskörper sind vorgesehen:

- Hauptversammlung
- Verwaltungsrat
- Geschäftsführung
- Controllinggruppe
- Sozial- und Gesundheitsforum Österreich

Der Verwaltungsrat hat sich mittlerweile konstituiert. Dr. Herwig Frad (von der Gewerkschaft Öffentlicher Dienst) wurde zum Präsidenten gewählt. Dr. Martin Gleitsmann (von der Wirtschaftskammer Österreich) wurde Vizepräsident des Hauptverbandes.

Weitere wichtige Bestimmungen der ASVG-Novelle betreffen die Möglichkeit für Ärzte, sich in zu Gruppenpraxen zusammen zu schließen.

Neuregelungen der 25. GSVG-Novelle

- „Kleinstunternehmerregelung“: Unternehmerinnen und Unternehmer mit einem Jahresumsatz von höchstens 300.000 Schilling (21.801,85 €) und einem Gewinn bis zur „Geringfügigkeitsgrenze“ (48.912 S oder 3.554,57 €) werden auf Antrag von der Pflichtversicherung in der Kranken- und der Pensionsversicherung ausgenommen. Diese Ausnahme gilt seit 1. August 2001 auch für mindestens 57-jährige Wirtschaftstreibende, die in den letzten fünf Jahren vor Antragstellung entsprechend niedrige Umsätze und Gewinne erzielt haben, sowie für FSVG-Versicherte.

- Einheitlicher Beitragssatz: Ab dem 1. August 2001 gilt in der GSVG-Pensionspflichtversicherung der Beitragssatz von 15 Prozent.
- Rechtsgrundlage für „Betreibermodelle“: Ebenfalls ab dem 1. August 2001 ist die Errichtung von oder die Beteiligung an Vereinen, Fonds bzw. GmbH's zum Betrieb von Krankenanstalten zulässig. Diese Bestimmung erlaubt es der SVA, wenn dies der Verbesserung der Servicequalität oder der Erzielung von Einsparungen dient, z. B. Sonderkrankenanstalten in der Rechtsform einer GmbH zu betreiben.
- Ab dem 1. Juli 2001 können unter bestimmten Voraussetzungen auch Väter, die mit einem Kleinkind in Hausgemeinschaft leben und dieses

Kleinkind überwiegend selbst pflegen, Teilzeitbeihilfe beziehen.

- Anpassungen des Krankenversicherungsrechtes an die Möglichkeit ärztlicher Gruppenpraxen.
- Wiedereinführung eines Selbstbehaltes für Angehörige bei Kieferregulierungen.
- Verlängerung des Provisoriums in der „Kranken-Mehrfachversicherung“: Auch im Jahr 2002 haben Personen (z. B. nach dem ASVG und dem GSVG) krankenversichert sind, die Wahl, von welchem Versicherungsträger sie jeweils eine Leistung in Anspruch nehmen.
- Möglichkeit der Verlängerung der Angehörigeneigenschaft in der Krankenversicherung für „Kinder“, die an einem Programm der Europäischen Gemeinschaften zur Förderung der Mobilität junger Menschen teilnehmen, längstens bis zur Vollendung ihres 27. Lebensjahres. ■

Pensionen in ATS oder Euro?

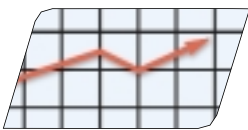
Pensionen sind am Ersten des Folgemonats fällig. Fällt dieser Tag auf einen Samstag, Sonntag, Feiertag oder auf einen 31. Dezember, ist die Leistung am vorhergehenden letzten Werktag auszuzahlen. Die SVA wird die Pensionen für Dezember 2001 am 28. Dezember überweisen, so-

dass sie an diesem Tag auf dem Pensionskonto gutgeschrieben werden. Die Gutschrift erfolgt in Schilling, die Umrechnung auf Euro nimmt das Geldinstitut vor.

Ab 2. Jänner können jedoch nur noch Euro am Bankschalter behoben werden.

Bei der Barauszahlung durch die Post müssen vom Geldbriefträger am 28. Dezember noch Schilling ausgezahlt werden. Will man den Aufwand für das Umwechseln am Bankschalter oder das Wechselgeldproblem in einem Geschäft vermeiden, empfiehlt sich, noch schnell ein Pensionskonto bei einem Geldinstitut zu eröffnen und der SVA-Landesstelle den vom Versicherten unterschriebenen und von der Bank ausgestellten und gleichfalls unterfertigten Beleg bis spätestens Ende November zu übermitteln. Die Vertreter der Geldwirtschaft haben zugesagt, für sozial Schutzbedürftige besonders günstige Konditionen anzubieten. Die Jännerpension 2002 wird erstmals in Euro angewiesen.





Beiträge & Steuer

Beiträge zur Sozialversicherung werden steuerlich der privaten Sphäre des Versicherten zugerechnet. Als Betriebsausgaben können somit nur jene Beiträge berücksichtigt werden, die im Betriebsausgaben-Katalog des Einkommensteuergesetzes dezidiert angeführt sind.

Beiträge als Betriebsausgaben

Betriebsausgaben sind alle Beiträge zur Pflichtversicherung, und zwar für die Kranken-, Pensions- und Unfallversicherung. Dazu zählen auch

- Kranken-Pflichtbeiträge, die von GSVG-versicherten „Neuen Selbständigen“, Gewerbetreibenden, GmbH-Geschäftsführern oder Ärzten zur Gebietskrankenkasse gezahlt werden.
- Pflichtbeiträge der selbständig erwerbstätigen Mitglieder der Kammern der Freien Berufe zur Pensionsversicherung und Unfallversicherung.
- Pflichtbeiträge/-prämien zur Krankenversicherung der selbständig erwerbstätigen Mitglieder der Kammern der Freien Berufe, unabhängig davon, ob diese zur Gebietskrankenkasse, SVA oder zu einer Kammer-Gruppenkrankenversicherung geleistet werden.
- Freiwillige Beiträge zu einer inländischen gesetzlichen Krankenversicherung (z. B. nach dem GSVG, ASVG), soweit sie ihrer Höhe nach den Pflichtbeiträgen entsprechen.

Tipp: Prämien zur privaten Krankenversicherung sind Sonderausgaben und – wenn überhaupt – nur sehr eingeschränkt steuerlich abzugsfähig.

Personen ohne Pflichtversicherung, die einen Krankenschutz suchen, sollten daher aus steuerlicher Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung den Vorzug geben und nur zusätzliche Risiken (z. B. Sonderklasse) privat versichern.

- Krankenversicherungsbeiträge für nicht mehr beitragsfrei anspruchsberechtigten Ehepartner (3,4 %).

- Beiträge zu einer freiwilligen Zusatzversicherung auf Kranken- und Taggeld, wobei die aus einer solchen Versicherung bezogenen Leistungen steuerpflichtig sind.

Beiträge als Sonderausgaben

Freiwillige Beiträge/Prämien sind – mit wenigen Ausnahmen – steuerlich nur sehr eingeschränkt als Sonderausgabe abzugsfähig und wirken sich ab Jahreseinkünften von über 700.000 Schilling (50.900 €) steuerlich überhaupt nicht mehr aus. Man sollte daher vorab die steuerlichen Auswirkungen von freiwilligen GSVG-Beiträgen klären. Die folgende Übersicht soll dabei helfen.

1. Voll abzugsfähig sind

- nur Beiträge zu einer freiwilligen Weiterversicherung in der gesetzlichen Pensionsversicherung. Dies gilt auch für den Nachkauf von Schul- und Studienzeiten.

2. Beschränkt abzugsfähig sind

- Beiträge zur Höherreihung in der GSVG-Krankenversicherung. Werden später durch die Nachbemessung Höchstbeiträge gezahlt, so werden die Höherreihungsbeiträge angerechnet und damit zu voll abzugsfähigen Betriebsausgaben. Es empfiehlt sich, die vorläufigen Höherreihungsbeiträge bereits bei Zahlung als Betriebsausgabe zu buchen und die aus der Nachbemessung zu erwartende Nachzahlung in der Bilanz rückzustellen bzw. bei Einnahmen- und Ausgaben-Rechnung noch vor Jahresende zu schätzen und an die SVA zu überweisen.

- Beiträge zur Weiterversicherung in der Krankenversicherung.

- Beiträge zu einer freiwilligen Familienversicherung. Werden solche Beiträge nicht vom Pflichtversicherten, sondern vom versicherten Familienmitglied geleistet, so sind sie bei diesem als Betriebsausgaben (Werbungskosten) abzugsfähig.

- Beiträge zur freiwilligen Selbst- und Höherversicherung in der Unfallversicherung.

GmbH-Geschäftsführer

Lohnsteuerpflichtige Geschäftsführer sind nach dem ASVG pflichtversichert, einkommensteuerpflichtige in der Regel nach dem GSVG. Zahlt ein lohnsteuerpflichtiger Geschäftsführer (auf Grund einer Übergangsregelung) GSVG-Pflichtbeiträge, so können sie bei der laufenden Lohnverrechnung berücksichtigt werden, wenn sie von der GmbH einbehalten und im Namen des Geschäftsführers der SVA gezahlt werden. Andernfalls – wenn der Geschäftsführer selbst überweist – erfolgt die Berücksichtigung als Werbungskosten erst bei der Arbeitnehmer- oder Einkommensteuerveranlagung.

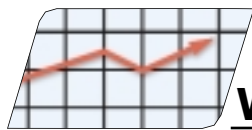
Tipp: Geschäftsführer sollten ihre Pflichtbeiträge selbst tragen: Übernimmt sie die GmbH ohne sie von den Bezügen des Geschäftsführers einzubehalten, so kann das Finanzamt von einer (steuerlich sehr teuren) „verdeckten Gewinnausschüttung“ ausgehen, vor allem dann, wenn die Übernahme durch die GmbH nicht von Beginn an schriftlich vereinbart wurde.

Rückzahlung von Pflichtbeiträgen

Wird im Rahmen der Mehrfachversicherung die Jahreshöchstbeitragsgrundlage überschritten, kommt es auf Antrag zur Rückzahlung von Pflichtbeiträgen. Der sich daraus ergebende Erstattungsbetrag ist steuerpflichtig. Die SVA hat darüber in der Regel einen Lohnzettel auszustellen und diesen an das Finanzamt zu übermitteln.

Tipp: Mehrfachversicherte sollten die „Differenzvorschreibung“ oder – wenn im ASVG bereits Höchstbeitragsgrundlage vorliegt – die Befreiung von der Zahlungspflicht beantragen.

Prof. Werner Sedlacek
Gesellschafter der TPA Treuhand
Partner Austria Wirtschaftstreuhand
und Steuerberatung GmbH
www.tpawt.com



Der Euro in der Sozialversicherung

In knapp 3 Monaten wird der Euro gesetzliches Zahlungsmittel sein. In der gesamten Sozialversicherung wurden bereits vor geraumer Zeit die Arbeiten für die Währungsumstellung aufgenommen, um für den Einsatz des Euro gerüstet zu sein. Speziell im Bereich der EDV waren umfangreiche Programmadaptierungen erforderlich. Um eine einheitliche Vorgangsweise aller Sozialversicherungsträger sicherzustellen, wurde ein „Masterplan“ erstellt, in dem alle Schritte im Zusammenhang mit der Euroumstellung verbindlich festgelegt wurden. Für die Versicherten und Pensionisten der SVA sind folgende Punkte von Interesse:



Foto: EZB

- Bis 31. Dezember 2001 erfolgen alle Zahlungen durch die SVA in Schilling; die Dezember-Pension (fällig Ende Dezember) wird also noch in Schilling angewiesen.
- In der Zeit vom 1. Jänner bis 28. Februar 2002 (Übergangsfrist) können Zahlungen der Versicherten grundsätzlich sowohl in Schilling als auch in Euro erfolgen. Die Beitragsvorschreibung für das 1. Quartal 2002, die Anfang Februar verschickt

wird, erfolgt bereits in Euro, allerdings ist der Gesamtbetrag auch in Schilling angeführt. Die Jänner-Pension (fällig Ende Jänner) wird ebenfalls bereits in Euro überwiesen; auf dem Zahlungsbeleg für die Jänner- und Februar-Pension scheint jedoch der Auszahlungsbetrag auch noch in Schilling auf.

Vergütungen, Arzthonorare etc. werden von der SVA bereits ab dem 1. Jänner 2002 in Euro angewiesen. Allfällige Beitragsrückstände sowie Ratenzahlungen können in der Übergangsfrist in Schilling oder Euro überwiesen werden.

- Ab 1. März 2002 können sämtliche Zahlungen nur noch in Euro erfolgen. In den Pensionsanweisungen (ab März) und Beitragsvorschreibungen (ab dem 2. Quartal) scheinen ausschließlich Euro-Beträge auf.

Worauf Unternehmer achten müssen

In den Unternehmen gilt, dass bis Ende des Jahres die Umstellung erfolgt sein muss und ab 1. Jänner 2002 die Abwicklung aller finanziellen Angelegenheiten sowohl intern als auch extern in Euro zu erfolgen hat.

Steuern und Abgaben Steuererklärungen können bis 31. Dezember 2001 in Schilling oder Euro eingereicht werden. Die Wahlmöglichkeit besteht unabhängig davon, ob die Bücher und Aufzeichnungen in Schilling oder Euro geführt werden.

Lohnverrechnung Lohnzettel und Beitragsnachweise

zur gesetzlichen Sozialversicherung müssen bis 31. Dezember 2001 ausschließlich in Schilling erstellt werden. Elektronisch können sie aber bereits in Euro übermittelt werden.

Rechnungswesen

Das Rechnungswesen kann innerhalb des Übergangszeitraumes zu jedem beliebigen Datum umgestellt werden, wobei die Umstellung der Buchführung nicht unbedingt zum Bilanzstichtag erfolgen muss. Auch hier gilt der 1. Jänner 2002 als Stichtag. Es gibt keine gesetzliche Verordnung, das gesamte Rechnungswesen in einem Akt umzustellen, eine sukzessive Umstellung der einzelnen Teilbereiche macht jedoch wechselweise Umrechnungen erforderlich; eine „in zwei Währungen“ geführte Buchhaltung ist überdies wesentlich schwieriger zu handhaben. Unternehmer haben auf die Ordnungsmäßigkeit des Umstellungsvorganges selbst Bedacht zu nehmen.

So wird richtig umgerechnet

Bei der Umrechnung von Schilling in Euro und umgekehrt ist zu beachten, dass nicht der Umrechnungskurs, sondern nur das Umrechnungsergebnis gerundet werden darf. Die Rundung hat kaufmännisch auf zwei Dezimalstellen zu erfolgen (Abrundung bis 4, Aufrundung ab 5), wobei auf den nächstliegenden Cent – die Untereinheit des Euro – ab- oder aufzurunden ist.

$$1 \text{ Euro (€)} = 13,7603 \text{ Schilling}$$

Beispiel

Umrechnung von Schilling in Euro:
 35.345,56 S : 13,7603 = 2.568,6620 €, **gerundet 2.568,66 €**
Umrechnung von Euro in Schilling:
 15.367,60 € x 13,7603 = 211.462,7863 S,
gerundet 211.462,79 S

Umrechnung mehrerer Schilling-Beträge in Euro:

1.000 S	=	72,6728
5.000 S	=	363,3642
10.000 S	=	<u>726,7283</u>
Summe		1.162,7653
		gerundet 1.162,77 €



**„ALTEN- UND PFLEGEHEIME
IN ÖSTERREICH“**

Die Lebenserwartung der Österreicherinnen und Österreicher hat sich in den letzten Jahrzehnten stetig erhöht und diese Entwicklung wird sich auch in Zukunft fortsetzen. Mit dem Anstieg der Lebenserwartung erhöht sich aber auch das Risiko für ältere Menschen, einmal pflegebedürftig zu werden. Seit der Einführung des Pflegegeldes haben sich zwar die Voraussetzungen für eine Pflege in den eigenen vier Wänden gebessert, dennoch bleibt manchmal nur die Pflege in einem Heim die einzige realistische Möglichkeit. Das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen hat vor kurzem die 3. Auflage der Broschüren „Alten- und Pflegeheime in Österreich“ herausgegeben, die als Orientierungshilfe bei der Auswahl eines Alten- oder Pflegeheimes dienen sollen. Im gesamten Bundesgebiet wurden insgesamt 761 Heime erfasst, die Wohn- beziehungsweise Pflegemöglichkeiten für ältere Menschen anbieten. In den nach Bundesländern sortierten Verzeichnissen sind nicht nur Größe und Ausstattung der Heime, sondern auch die Kosten (Tagsätze), Serviceangebote, Dienstleistungen und allfällige Besonderheiten beschrieben. Wegen des Umfangs wurden drei Broschüren aufgelegt:

- ÖSTERREICH OST**
(Wien, Niederösterreich, Burgenland)
 - ÖSTERREICH MITTE**
(Oberösterreich, Steiermark, Kärnten)
 - ÖSTERREICH WEST**
(Salzburg, Tirol, Vorarlberg)
- Die Broschüren können beim Socialservice des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen kostenlos angefordert werden:
- Telefon:**
01/544 15 97/DW 315 oder 319
Fax: 01/545 70 00
E-mail:
sozialservice.bmsg@apanet.at

**Altenheime und Pflegeheime
in Österreich – ost**
Burgenland – Niederösterreich – Wien



„GESUND LEBEN“

**1. Kärntner
Gesundheitsmesse**
23. – 25. November 2001
Messegelände Klagenfurt

Die neue Messe für Gesundheit, Wohlbefinden und Schönheit, die „Gesund Leben“ findet erstmals parallel zur Familienmesse statt. Die Ausstellungspalette reicht von der klassischen Schulmedizin über Alternativmedizin bis hin zur richtigen Ernährung. Darüber hinaus sind hochkarätige Workshops, Vorträge und Seminare zum Thema „Gesund Leben“ geplant. Die SVA wird bei der Messe mit einem Informationsstand vertreten sein, wo Ihnen fachkundige Mitarbeiter der SVA-Landesstelle Kärnten für Auskünfte zur Verfügung stehen und Sie bei einem kostenlosen Ernährungs-Check Ihre Essgewohnheiten von Ernährungsexperten überprüfen lassen können.

**ERWEITERTES SERVICEANGEBOT
DER LANDESSTELLE STEIERMARK**

Die SVA-Landesstelle Steiermark hat in der Bezirksstelle Graz-Stadt der Wirtschaftskammer Steiermark einen zusätzlichen Sprechtagdienst im Innenstadtbereich eingerichtet. Die Versicherten und Pensionisten der gewerblichen Sozialversicherung können hier Leistungen beantragen und erhalten alle Auskünfte über ihren Versicherungsschutz.

**Die Sprechtage werden jeden Mittwoch
von 9.00 bis 12.00 Uhr
in der Bezirksstelle Graz-Stadt
8010 Graz, Albrechtgasse 5, abgehalten.**

Die Landesstelle in 8011 Graz, Körblergasse 115, und der Sprechtagdienst in 21 Bezirksstellen der Wirtschaftskammer Steiermark stehen für Auskünfte und Beratungen weiterhin gerne zur Verfügung.



Frühes Impfen ist der beste Schutz

Impfungen haben in der Vergangenheit unzählige Menschenleben gerettet und gefährliche Infektionskrankheiten entweder ganz zum Verschwinden gebracht oder stark eingedämmt. Durch eine Impfung gelangen ungefährlich gemachte Krankheitserreger – abgetötete oder abgeschwächte Keime – in den Körper. Der Körper wird dadurch angeregt, Abwehrstoffe gegen diese Eindringlinge zu bilden. Diese Abwehrstoffe, so genannte Antikör-

senshaft angepasst. Neu ist vor allem eine Impfung, die Babys ab dem dritten Lebensmonat mit nur einer Spritze, also nur einem Stich, Schutz gegen insgesamt sechs Krankheiten ermöglicht. Der neue Impfstoff schützt gegen Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Hämophilus influenzae b, Hepatitis B und Kinderlähmung. Ebenfalls neu ist die Empfehlung, die Schluckimpfung gegen Kinderlähmung durch eine Stichimpfung zu ersetzen.

Die empfohlenen Impfungen können bis zum vollendeten 15. Lebensjahr gratis in Anspruch genommen werden. Die kostenlosen Impfungen werden in Gesundheitsämtern, Mutterberatungsstellen, Schulen, Kinderambulatorien der Sozialversicherungsträger etc. durchgeführt. In Wien stehen auch die Gesundheitszentren



per, verhindern beim Kontakt mit dem Krankheitserreger die Erkrankung oder bewirken einen leichteren und unkomplizierteren Verlauf. Impfungen werden in der Regel gut vertragen. In seltenen Fällen können Nebenwirkungen auftreten, die aber meist nur wenige Tage dauern. Am ehesten kommt es zu lokalen Reaktionen rund um die Einstichstelle (Rötung, Schwellung), eventuell auch zu Fieber und allgemeinem Krankheitsgefühl. Schwerwiegende Nebenwirkungen sind selten und – verglichen mit einem Krankheitsverlauf ohne Impfung – relativ unbedeutend.

Der Oberste Sanitätsrat hat nunmehr die Empfehlungen für Impfungen und Impftermine bei Kindern dem jüngsten Stand der medizinischen Wis-

ser Gebietskrankenkasse für die Impfungen zur Verfügung.

Impfplan 2001 für Kinder im Vorschulalter:

- **Ab 3. Lebensmonat** (9. Lebenswoche):
 1. Impfung gegen Hepatitis B, Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten, Hämophilus influenzae b, Kinderlähmung
- **Ab 4. Lebensmonat** (13. Lebenswoche):
 2. Impfung gegen Hepatitis B, Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten, Hämophilus influenzae b, Kinderlähmung
- **Ab 5. Lebensmonat** (17. Lebenswoche):
 3. Impfung gegen Hepatitis B, Diphtherie-Tetanus

Keuchhusten, Hämophilus influenzae b, Kinderlähmung

● **Ab 14. Lebensmonat:** Impfung gegen Masern-Mumps-Röteln

● **2. Lebensjahr:**

4. Impfung gegen Hepatitis B, Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten, Hämophilus influenzae b, Kinderlähmung

Impfplan 2001 für Kinder im Schulalter:

● **Im 6. Lebensjahr:**

2. Impfung gegen Masern-Mumps-Röteln

● **Im 7. Lebensjahr:**

- Auffrischung gegen Diphtherie-Tetanus, Kinderlähmung

● **Im 12. Lebensjahr:**

- Grundimmunisierung/Auffrischung gegen Hepatitis B

● **Im 13. Lebensjahr:**

2. Impfung gegen Röteln bzw. Masern-Mumps-Röteln

● **Im 14. Lebensjahr:**

- Auffrischung gegen Diphtherie-Tetanus, Kinderlähmung

Bei dem angegebenen Impfalter handelt es sich um eine Leitlinie; wird der empfohlene Zeitpunkt aus irgendeinem Grund versäumt, so kann die Impfung zum ehestmöglichen Termin nachgeholt werden.

Weitere Impfungen für Kinder

Als spezielle Impfungen auch für Kinder kommen eine Impfung gegen Tuberkulose und gegen die „Zeckenkrankheit“ FSME in Betracht.

Die Tuberkulose-Impfung wird jedoch nur für Kinder mit einer erhöhten Ansteckungsgefahr (Erkrankung im Familienkreis bzw. Kontakt mit Tuberkulosekranken) und nach einer vorhergehenden Tuberkulintestung angeraten; eine Impfung ist ab dem 6. Lebensmonat möglich.

Eine FSME-Impfung empfiehlt sich, wenn der Wohnort in einem „zeckenverseuchten“ Gebiet liegt oder eine solche Region beispielsweise im Urlaub aufgesucht wird. Kleinkinder können ab dem 1. Lebensjahr geimpft werden. Nach der dreiteiligen Grundimpfung werden Auffrischungsimpfungen in Intervallen von drei Jahren empfohlen. ■