

sva Aktuell

Informationen über die Pensions- und Krankenversicherung der gewerblichen Wirtschaft

INHALT

3 **Mehrfache Krankenversicherung**
Seit 1. Jänner 2000 gelten die Bestimmungen über die Mehrfachversicherung auch in der Krankenversicherung. Für jede Erwerbstätigkeit bzw. Pensionsbezug sind grundsätzlich Beiträge zu zahlen.

6 **Abkommen mit Jugoslawien**
Seit 1. Mai 2002 ist mit Jugoslawien ein Sozialversicherungsabkommen in Kraft; es umfasst die Kranken-, Pensions- und Unfallversicherung.

7 **Was bringt ein Pensionsaufschub?**
Frauen, die über das 60. und Männer, die über das 65. Lebensjahr hinaus weiterarbeiten, erhalten einen Zuschlag zur Pension. SVAktuell zeigt, unter welchen Voraussetzungen eine Weiterarbeit rentabel ist.

11 **Arzttarife für Geldleister**
Geldleistungsberechtigte, die einen Arzt als Privatpatient aufsuchen, erhalten eine tarifmäßige Vergütung. In dem Beitrag finden sich die wichtigsten Positionen.

Finanzielle Entlastung der Gewerbetreibenden

Die knapp vor der Sommerpause vom Nationalrat beschlossene Novelle zum Gewerblichen Sozialversicherungs-gesetz (GSVG) führt ab nächstem Jahr zur finanziellen Entlastung von Unternehmern und Unternehmerinnen mit geringen Einkünften. Auch bei erstmaliger Aufnahme einer selbständigen Erwerbstätigkeit, die einen Gewerbeschein erfordert, kann es zu einer Verringerung der Beitragsbelastung kommen.

Die Sonderausgabe von Sozialversicherung Aktuell, die sofort nach der Beschlussfassung im Parlament in Zusammenarbeit mit der Wirtschaftskammer Österreich erstellt und an alle aktiv erwerbstätigen Versicherten versandt wurde, enthielt bereits Informationen über die Neuregelungen. Im Folgenden werden auch andere wichtige Gesetzesänderungen behandelt.

Für Gewerbetreibende: Geringere KV-Mindestbeitragsgrundlage

Die Beiträge zur gewerblichen Sozialversicherung werden von einer „Beitragsgrundlage“ berechnet, die wiederum von jenen Einkünften abgeleitet wird, die im Beitragsjahr aus der selbständigen Erwerbstätigkeit erzielt wurden. Allerdings gibt es auch eine Mindestbeitragsgrundlage, die dazu

führt, dass der Beitrag in einer gewissen Höhe auch dann zu leisten ist, wenn keine Einkünfte oder sogar ein Verlust vorliegen.

Für Versicherte, die ihre Erwerbstätigkeit aufgrund einer Gewerbeberechtigung ausüben, gilt im Bereich der Kranken- und Pensionsversicherung derzeit die relativ hohe Mindestbeitragsgrundlage von 1.045,63 Euro monatlich; für die so genannten „Neuen Selbständigen“, das sind freiberuf-



lich tätige Frauen und Männer, die keine Gewerbeberechtigung brauchen (z. B. KünstlerInnen oder PhysiotherapeutInnen), beträgt die Mindestbeitragsgrundlage hingegen nur 537,78 Euro, unter bestimmten Voraussetzungen sogar nur 301,54 Euro. Dieser Unterschied wird nun durch die 27. Novelle zum Teil

beseitigt: Ab nächstem Jahr wird auch für Gewerbetreibende die Mindestbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung reduziert, und zwar auf 537,78 Euro (Wert 2002). Die reduzierte Mindestbeitragsgrundlage wird jährlich aufgewertet; die erste Aufwertung erfolgt bereits zum 1. Jänner 2003, wobei das Ausmaß vermutlich erst im Spätherbst bekannt gegeben wird.



Mit dieser Erleichterung werden langjährige Forderungen der gewerblichen Sozialversicherung erfüllt. Die Ersparnis kann im Monat bis zu 45 Euro (pro Jahr also bis 540 Euro) ausmachen, was für KleinunternehmerInnen doch eine erfreuliche Erleichterung darstellen wird.

Es sei aber speziell darauf hingewiesen, dass es für Gewerbetreibende im Bereich der Pensionsversicherung bei der höheren Mindestbeitragsgrundlage von 1.045,63 Euro (Wert 2002) bleibt.

Keine Nachbemessung der KV-Beiträge für JungunternehmerInnen

In den ersten drei Jahren einer selbständigen Erwerbstätigkeit werden die vorläufigen Beiträge zur Sozialversicherung von einer (für einzelne Berufsgruppen unterschiedlich hohen) Mindestbeitragsgrundlage berechnet. Sobald der Einkommensteuerbescheid eines Jahres vorliegt, kommt es zur „Nachbemessung“. Ergibt sich dadurch eine höhere Beitragsgrundlage, so müssen nach derzeitiger Rechtslage sowohl Kranken- als auch Pensionsversicherungsbeiträge nachgezahlt werden.

Ab kommendem Jahr entfällt die Nachbemessung der Krankenversicherungsbeiträge für die beiden ersten Jahre einer gewerblichen Erwerbstätigkeit, wenn innerhalb der letzten 120 Monate nicht bereits eine (auch andere) GSVG-Pflichtversicherung bestanden hat. Je nachdem in welchem Kalendermonat die Gewerbetätigkeit aufgenommen wurde, unterbleibt die Nachbemessung der Krankenversicherungsbeiträge (nicht der Pensionsbeiträge!) für 13 bis 24 Kalendermonate. Die Ersparnis kann im Monat bis zu 291,68 Euro (Wert 2002) ausmachen.

Diese Begünstigung gilt ausdrücklich nur für Mitglieder der Kammern der gewerblichen Wirtschaft, also für Gewerbetreibende und für jene pflichtversicherten GesellschafterInnen, deren Gesellschaft Mitglied einer Kammer der gewerblichen Wirtschaft ist. Alle anderen GSVG- oder FSVG-versicherte Berufsgruppen, die mit einem

Sammelbegriff als „Neue Selbständige“ bezeichnet werden, unterliegen weiterhin der vollen Nachbemessung. Dazu gehören beispielsweise die Mitglieder der Wirtschaftstreuhandkammer, Ärztekammer oder Apothekerkammer, aber auch Kunstschaffende, JournalistInnen, TherapeutInnen, KonsulentInnen usw. Die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft prüft, ob die Neuregelung ab nächstem Jahr auch für Gewerbetreibende gilt, die sich bereits 2002 selbständig gemacht haben.

Weitere Änderungen

● An- und Abmeldungen per E-Mail

Selbständig Erwerbstätige müssen der SVA unter anderem die Erlangung einer Gewerbeberechtigung innerhalb eines Monats persönlich bekannt geben. Künftig können diese Meldungen auch auf „automationsunterstütztem“ Weg gegenüber der Gewerbebehörde (Bezirkshauptmannschaft bzw. Magistrat) abgegeben werden.

● Begünstigte Weiterversicherung in der Pensionsversicherung

Personen, die ihre Erwerbstätigkeit wegen der Pflege von nahen Angehörigen aufgeben, können eine Weiterversicherung in der Pensionsversicherung zu einem begünstigten Beitragsatz (10,25 statt 22,8 Prozent) abschließen. Diese Begünstigung war bisher nur möglich, wenn der (die) nahe Angehörige zumindest ein Pflegegeld der Stufe 4 bezieht. Ab September 2002 genügt ein Pflegegeld der Stufe 3.

● Angehörigen- bzw. Kindeseigenschaft

Die Angehörigeneigenschaft (beitragsfreie Anspruchsberechtigung) in der Krankenversicherung und die Kindeseigenschaft in der Pensionsversicherung – wichtig im Zusammenhang mit Kinderzuschuss oder Waisenpension – sollen (z. B. bei Hochschulbesuch) über das 18. Lebensjahr hinaus automatisch bestehen, wenn für diese „Kinder“ Familienbeihilfe nach dem Familienlastenausgleichsgesetz 1967 bezogen wird. Diese Neuregelung soll der SVA die Anerkennung der An-

gehörigen- bzw. Kindeseigenschaft ohne weitere, zeitaufwändige Prüfungen (etwa ob ein Studium „zielstrebig“ betrieben wird) ermöglichen.

● Pensionszuständigkeit in der Wanderversicherung

Hat jemand Versicherungszeiten nach verschiedenen Bundesgesetzen, also z. B. in den ersten Jahren der Berufstätigkeit nach dem ASVG und später nach dem GSVG, erworben, so spricht man von einer „Wanderversicherung“. Dafür gelten spezielle gesetzliche Bestimmungen. Ein wichtiger Punkt betrifft die Frage, welches Pensionsversicherungsinstitut für die Prüfung der Pensionsvoraussetzungen bzw. für die Berechnung und Auszahlung der Pension zuständig ist.

Nach derzeitiger Rechtslage ist ausschließlich jenes Institut pensionszuständig, bei dem man in den letzten 15 Jahren vor dem Pensionsstichtag überwiegend pensionsversichert war. Für die Prüfung der Zuständigkeit wird also nicht das gesamte Erwerbsleben herangezogen.

Eine abweichende Regelung gilt nun für jene Fälle, in denen jemand bereits eine Pension aus Krankheitsgründen (z. B. Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension) bezieht, daneben aber (z. B. als Selbständiger) weiterarbeitet und schließlich aus Altersgründen endgültig in den Ruhestand tritt. Die Alterspension gebührt, unabhängig von der Dauer der (selbständigen) Erwerbstätigkeit von jenem Institut, das auch für die erste Pension zuständig war. (Anmerkung: Die Alterspension wird aus allen erworbenen Versicherungsmonaten berechnet. Die frühere Pension fällt weg.)

● Ruhen der Teilzeitbeihilfe bei Bezug von Kinderbetreuungsgeld

Damit nicht ein und derselbe Elternteil Kinderbetreuungsgeld und Teilzeitbeihilfe nebeneinander bezieht, sieht eine Neuregelung vor, dass auch bei vom 1. Juli 2000 bis zum 31. Dezember 2001 geborenen Kindern dann, wenn ein Elternteil Kinderbetreuungsgeld für ein ab dem 1. Jänner 2002 geborenes Kind bezieht, dessen Teilzeitbeihilfe nach dem GSVG ruht. ■



Mehrfache Krankenversicherung

Unselbständig Beschäftigte (z. B. im Angestelltenverhältnis), die auch eine selbständige Erwerbstätigkeit ausüben, sind sowohl nach dem ASVG als auch nach dem GSVG bzw. BSVG versichert. Während in der Pensionsversicherung eine „Mehrfachversicherung“ schon seit langem besteht, wurde sie in der Krankenversicherung erst ab 2000 wirksam. Die (rückwirkende) Vorschiebung von GSVG-Krankenversicherungsbeiträgen führte zu mehreren Fragen der Mehrfachversicherten, die im Folgenden beantwortet werden.

1. Warum wurde die KV-Mehrfachversicherung eingeführt?

Selbstverständlich wurde mit Einführung der Mehrfachversicherung eine wichtige Einnahmequelle für die soziale Krankenversicherung erschlossen. Aber es ging nicht nur ums Geld. Den Versicherten steht seither ein größeres Leistungsangebot zur Verfügung und ganz nebenbei wurde damit auch eine kaum erklärbare Beitragsungerechtigkeit beseitigt:

Unter den Krankenversicherungen galt früher eine „Rangordnung“, die vor allem bewirkte, dass bei Zusammentreffen von Erwerbstätigkeiten (Leistungen) mit unterschiedlichen Krankenversicherungen die Beiträge immer nur an das „vorrangige“ Institut zu entrichten waren. Diese Rangordnung (1. B-KUVG, 2. GSVG, 3. BSVG, 4. ASVG) führte zu ungerechten Beitragsbelastungen, wie an Hand eines Beispielles gezeigt werden kann:

Ein Gewerbetreibender zahlte stets die höchsten GSVG-Krankenversicherungsbeiträge (mehr als 3.000 S). Als seine Frau plötzlich starb, bekam er eine geringe ASVG-Witwerpension, die zur Ausnahme von der GSVG-Krankenversicherung führte. Da es keine Mehrfachversicherung gab, reduzierten sich seine monatlichen Beiträge für den Krankenschutz auf 270 Schilling.

Jedes Dienstverhältnis führte zur Ausnahme von der GSVG-Krankenversicherung, desgleichen die Pflichtmitgliedschaft zu einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers (KfA) oder eine Pflichtversicherung nach dem KOVG (Kriegsopferversorgungsgesetz) bzw. HVG (Heeresversorgungsgesetz). Seit Einführung der Mehrfachversicherung müssen nun grundsätzlich Beiträge an alle beteiligten Krankenkassen geleistet werden, was wesentlich

zur Beitragsgerechtigkeit beiträgt. Wenn jemand z. B. 3.000 Euro verdient, so ist es jetzt unerheblich, ob eine oder mehrere Erwerbstätigkeiten ausgeübt und/oder Leistungen bezogen werden. Die Summe der Einkünfte wird bis zur Höchstbeitragsgrundlage (heuer 45.780 Euro) zur Bemessung der Beiträge herangezogen.

2. Wie werden die Beiträge zur Krankenversicherung berechnet?

Jedes Institut hebt Krankenversicherungsbeiträge nach seinen Bestimmungen ein. Dadurch könnte es insgesamt auch zur Überschreitung der Höchstbeitragsgrundlage kommen, so dass erst im Nachhinein die zu viel entrichteten Beiträge zurückgezahlt werden könnten (s. nächste Seite).

Ein Solidaritätsbeitrag der SVA

Zusätzliche Überweisungen an den Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger

Die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft muss an den Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger 72 Millionen Euro zusätzlich überweisen. Die Geschäftsführung der SVA war von Anfang an dagegen, „Not leidenden“ Krankenkassen ein Darlehen zu gewähren, für dessen Rückzahlung keine Garantie gegeben wird. Obmann Sigl in einer Presseaussendung vom Juni 2002: „Die gewerbliche Sozialversicherung spricht sich vehement gegen die Herausgabe von Geldern der Wirtschaftstreibenden an den Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger ohne jegliche Besicherung aus. Die Solidarität hat ihre Grenzen, wenn entsprechende Sicherheiten nicht gegeben sind.“

Die ablehnende Haltung hat sich in den nachfolgenden Verhandlungsrunden nicht geändert. In diesem Zusammenhang darf auch darauf hingewiesen werden, dass SVA-Obmann-Stellvertreter, der Vorarlberger Abgeordnete zum Nationalrat, Generalsekretär Karlheinz Kopf, bis zuletzt gegen die Gesetzesänderung gestimmt hat.

Andererseits wurde offensichtlich, dass die Politik zum Handeln gezwungen war. Da Leistungskürzungen bzw. Beitragserhöhungen nicht zu akzeptieren sind, blieb dem Gesetzgeber nichts mehr anderes übrig. Die strittige Novelle wurde mit einigen wesentlichen Abänderungen beschlossen, die nicht zuletzt auch auf das Verhandlungsgeschick der SVA-Vertreter und die Unterstützung der Wirtschaftskammer zurückzuführen sind.

Folgende Verbesserung konnte erreicht werden: Die Rückzahlung des Darlehens erfolgt aufgrund eines konkreten Tilgungsplanes ab dem Jahr 2005. Sollten die vereinbarten Ratenzahlungen nicht eingehalten werden, kann die SVA künftig zu zahlende Beiträge an den Ausgleichsfonds mit den ausstehenden Rückzahlungen gegenverrechnen. Und noch eine Verbesserung: Auch positiv bilanzierende Sozialversicherungsträger, wie die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, erhalten künftig einen Anspruch auf Mittel aus dem Ausgleichsfonds.



Im Bereich der SVA gilt jedoch die Bestimmung über die „Differenzvorschreibung“, die Überschreitungen von vornherein weitgehend verhindert. Eine weitere Bestimmung, die „Zehntelregelung“, führt dazu, dass die zusätzliche Beitragsbelastung nicht sofort in vollem Umfang eingetreten ist.

3. Wie funktioniert die Differenzvorschreibung?

Die Rangordnung gilt etwas abgeschwächt auch in der Mehrfachversicherung: Die vorrangige Krankenversicherung (z. B. Gebietskrankenkasse) erhält die Beiträge in voller Höhe. Bei der nachrangigen Versicherung, also z. B. bei der SVA, kann beantragt werden, dass die (vorläufige) Beitragsgrundlage so weit reduziert wird, dass insgesamt die Höchstbeitragsgrundlage nicht überschritten wird. (Ein(e) GSVG-Versicherte(r) mit einer Landwirtschaft kann hinsichtlich der BSVG-Beiträge bei der SVA der Bauern einen Antrag auf Differenzvorschreibung stellen.) Werden in der vorrangigen Krankenversicherung bereits Höchstbeiträge entrichtet, so entfällt die Vorschreibung der nachrangigen Beiträge zur Gänze. Auch die an sich geltende GSVG-Mindestbeitragsgrundlage spielt keine Rolle, wenn aus der unselbständigen Erwerbstätigkeit ein Einkommen über der GSVG-Mindestbeitragsgrundlage resultiert.

Sonderfall Pensionsbezug

Derzeit lassen die gesetzlichen Bestimmungen eine Differenzvorschreibung nur bei Zusammentreffen mehrerer Erwerbstätigkeiten, nicht aber bei Zusammentreffen von Erwerbseinkünften mit einem Pensionsbezug zu. Daraus folgt, dass die SVA die GSVG-Krankenversicherungsbeiträge für eine selbständige Erwerbstätigkeit trotz einer Krankenversicherung als Pensionist(in) nach dem ASVG bzw. B-KUVG in voller Höhe vorschreiben müsste. In Einzelfällen könnte daher die Summe der Beitragsgrundlagen (= Brutto-Pension bzw. Brutto-Ruhegenuss einerseits und Erwerbseinkünften andererseits) die jährliche Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung überschreiten.

Um erwerbstätige PensionistInnen nicht mit Beiträgen zu belasten, die im Endergebnis wieder zurückgezahlt werden müssen, sind in der SVA intensive Überlegungen im Gange, auch in jenen Fällen eine Differenzvorschreibung hinsichtlich der GSVG-Beiträge vorzunehmen, in denen aufgrund eines vorrangigen Pensions- oder Ruhegenussbezuges bereits Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung einbehalten werden. Über die weitere Entwicklung werden wir in den nächsten Ausgaben von SV-Aktuell informieren.

Antrag von B-KUVG-Versicherten notwendig

Bei GSVG-Versicherten, die schon vor dem Jahr 2000 aufgrund einer unselbständigen Beschäftigung mehrfach pensionsversichert waren und eine Differenzvorschreibung beantragt hatten, werden die GSVG-Krankenversicherungsbeiträge automatisch auf Basis der Differenzgrundlage berechnet.

B-KUVG-Versicherte, denen erstmals GSVG-Krankenversicherungsbeiträge vorgeschrieben wurden, können bei der SVA rückwirkend ab 2000 eine Differenzvorschreibung beantragen.

Nachträgliche Überprüfung

Nach Vorliegen des Steuerbescheides für das Beitragsjahr wird geprüft, ob das Dienstverhältnis das ganze Jahr parallel zur selbständigen Erwerbstätigkeit ausgeübt wurde, ob das Entgelt in jedem Monat gleich hoch war und welche GSVG-Einkünfte erzielt wurden. Dadurch können sich noch – meist geringe – Nachforderungen bzw. Rückzahlungen ergeben.

4. Was tut man bei Überschreitung der Höchstbeitragsgrundlage?

Für diesen Fall ist vorgesehen, dass jene Beiträge, die auf den über der Höchstbeitragsgrundlage liegenden Überschreibungsbetrag entfallen, von einem der beteiligten Krankenversi-

cherungsträger auf Antrag mit einem bestimmten Prozentsatz zurückzuerstatten sind.

5. Was versteht man unter „Zehntelung“ der Beiträge?

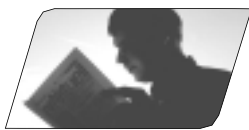
Versicherte, die ab 1. Jänner 2000 aufgrund der Mehrfachversicherung von zusätzlichen Krankenversicherungsbeiträgen betroffen sind, sollten nicht sofort in voller Höhe belastet werden. Für sie gilt folgende Übergangsbestimmung: Wer aufgrund einer vorrangigen Krankenversicherung nach der Rechtslage zum 31. Dezember 1999 von der Pflichtversicherung in der GSVG-Krankenversicherung ausgenommen war, muss im Jahr 2000 nur ein Zehntel, 2001 zwei Zehntel, 2002 drei Zehntel usw. der GSVG-Krankenversicherungsbeiträge entrichten; das sind also im Jahr 2000 nur 0,91 Prozent, im Jahr 2001 1,78 Prozent usw. der (Differenz-)Beitragsgrundlage. Erst im Jahr 2009 wird der volle Krankenversicherungsbeitrag (8,9 % der Beitragsgrundlage) vorgeschrieben.

SVA hilft auf Antrag mit Zahlungserleichterungen

Aufgrund der notwendigen EDV-Programmänderungen konnten in Fällen der Mehrfachversicherung die Beiträge erst im 2. Quartal 2002 vorgeschrieben werden. Sollten sich dadurch finanzielle Engpässe ergeben, so kann man mit der SVA-Landesstelle – wie auch in anderen Fällen – eine Ratenvereinbarung abschließen.

Sonderfall KfA-Versicherung

Für Versicherte, die neben einer Mitgliedschaft zu einer Krankenfürsorgeeinrichtung (KfA) begründenden Erwerbstätigkeit oder Rentenleistung eine GSVG-pflichtige Erwerbstätigkeit ausüben, kommt weder eine Differenzvorschreibung noch eine Beitrags-erstattung in Betracht, da diese Regelungen nur zwischen mehreren bundesgesetzlich geregelten (Pflicht-)Krankenversicherungen zur Anwendung kommen. Die Zehntelregelung gilt jedoch auch in diesen Fällen. In der nächsten Ausgabe wird die Leistungsseite eines mehrfachen Krankenschutzes behandelt. ■



LESERBRIEFE ZUR ALTERSTEILZEIT

Herr Leopold S. aus Wien stellt folgende Frage:

Ich habe Ihren Beitrag über die geförderte Altersteilzeit in der Juni-Ausgabe mit Interesse gelesen. Zur möglichen Verkürzung der Arbeitszeit bis zum Pensionsantritt habe ich noch eine Frage: Wie lange muss ich meinem Dienstnehmer, der sich für die Altersteilzeitregelung entscheidet, das Entgelt in der vereinbarten Höhe (z. B. 75 Prozent des vollen Lohnes) weiterzahlen, wenn er in die Freizeitphase überwechselt?

Der Altersteilzeitbezug inklusive Lohnausgleich gebührt immer für den vollen Zeitraum der Altersteilzeit, egal, ob im gesamten Zeitraum Teilzeitarbeit vereinbart ist (Teilzeitvariante) oder ob der vereinbarte Zeitrahmen (z. B. „bis zum frühest möglichen Pensionsantritt“) in eine Arbeits- und eine Freizeitphase aufgeteilt wird (Blockzeitvariante).

Der Altersteilzeitbezug gebührt daher auch in der Freizeitphase im Ausmaß von 70 bis 80 Prozent des vollen Bezugs. Wird die Altersteilzeit zur Vorverlegung des Ruhestandes verwendet, kommt es für den Dienstnehmer zu keinem Entgeltausfall während der arbeitsfreien Zeit. Und Sie als Arbeitgeber erhalten auch in dieser Zeit die vorgesehenen Abgeltungen durch das Arbeitsmarktservice.

Herr Josef K. aus Graz stellt folgende Frage:

Was passiert, wenn das Dienstverhältnis während der Arbeitsphase einer geblockten Altersteilzeit gelöst wird, zum Beispiel, wenn der Arbeitgeber in Konkurs geht? Der Dienstnehmer hat dann ja eigentlich mehr gearbeitet, als es seinen Bezügen entspricht. Muss der Arbeitgeber irgend einen Ausgleich zahlen?

Wird ein Dienstverhältnis während einer laufenden geblockten Altersteilzeit beendet, kommt es zu einer Nachzahlung für den Dienstnehmer, und

zwar unabhängig davon, ob das Ende des Dienstverhältnisses in die Arbeits- oder in die Freizeitphase fällt.

Ausgleich zwischen erbrachter Arbeit und Bezahlung

Im Fall der geblockten Altersteilzeit erbringt der Dienstnehmer sofort seine gesamte Arbeitsverpflichtung wie ein Vollzeitbediensteter, um anschließend – als Ausgleich für die erbrachte Vorleistung an Arbeit – eine ununterbrochene Freizeitphase zu genießen. Bei vorzeitiger Beendigung des Dienstverhältnisses (z. B. durch Kündigung, einvernehmliche Lösung, Tod des Dienstnehmers etc.) ergibt sich dadurch das Problem, dass der Dienstnehmer generell mehr gearbeitet hat, als es seinen bisherigen Bezügen entspricht. Der Arbeitgeber hat dem Dienstnehmer die Differenz zwischen dem Teilzeitbezug ohne Lohnausgleich und dem der erbrachten Arbeitsleistung entsprechenden Bezug zu bezahlen.

Beispiel 1

Ein Dienstnehmer geht mit 57^{1/2} Jahren zum 1.7.2002 in 50%ige Altersteilzeit; geplant ist die volle Weiterarbeit bis zum 30.6.2004 und danach die Freizeitphase bis 30.6.2006. Der Vollzeitbezug beträgt 3.000 €. Überraschend wird er mit 1.1.2004 berufs-unfähig; das Dienstverhältnis endet daher mit 31.12.2003.

Die Ansprüche des Dienstnehmers: bisherige Bezüge brutto (ohne Lohnausgleich):

laufender Bezug (7/02–12/03)	
1.500 € x 18 Monate	27.000 €
Sonderzahlungen	
1.500 € x 3	4.500 €
	<hr/>
	31.500 €

Gebührende Bezüge brutto (ohne Lohnausgleich):

laufender Bezug (7/02–12/03)	
3.000 € x 18 Monate	4.000 €
Sonderzahlungen	
3.000 € x 3	9.000 €
	<hr/>
	63.000 €

Differenz 31.500 €

Der Dienstnehmer hat bis zum plötzlichen Eintritt der Berufsunfähigkeit voll gearbeitet, aber nur einen Teil des ihm dafür gebührenden Entgelts bezogen. In diesem Beispiel muss ihm daher die Differenz von 31.500 € nachgezahlt werden. Da es sich um 50%ige Altersteilzeit handelt, entspricht der gebührende Betrag genau dem Doppelten des bereits bezahlten Teilzeitbezuges.

Wird das Dienstverhältnis erst während der Freizeitphase gelöst, kommt es ebenfalls zu einer Nachzahlung. Diese wird allerdings aufgrund der bereits konsumierten Freizeit entsprechend geringer ausfallen.

Beispiel 2

Ein Arbeitnehmer geht mit 56^{1/2} Jahren zum 1.8.2002 in 50%ige Altersteilzeit; geplant ist, dass bis 31.7.2005 voll weitergearbeitet und danach bis 31.7.2008 die Freizeitphase beansprucht wird. Der Vollzeitbezug beträgt 2.000 €. Am 31.7.2007 wird der Dienstgeber insolvent, so dass das Dienstverhältnis mit diesem Zeitpunkt endet.

Die Ansprüche des Dienstnehmers errechnen sich folgendermaßen:

Bisherige Bezüge brutto (ohne Lohnausgleich):	
laufender Bezug (8/02–7/07)	
1.000 € x 60 Monate	60.000 €
Sonderzahlungen	
1.000 € x 10	10.000 €
	<hr/>
	70.000 €

Gebührende Bezüge brutto (ohne Lohnausgleich):

laufender Bezug (8/02–7/07)	
2.000 € x 36 Monate	72.000 €
Sonderzahlungen	
2.000 € x 6	12.000 €
	<hr/>
	84.000 €

Differenz 14.000 €

Der Dienstnehmer erhält 14.000 € brutto nachgezahlt. Durch die teilweise Konsumation der Freizeitphase verringert sich die Nachzahlung.

Im zweiten Beispiel wurde als Grund der Lösung des Dienstverhältnisses eine Insolvenz des Arbeitgebers angegeben. Wie auch sonst im Insolvenzverfahren können die genannten Altersteilzeit-Ansprüche des Dienstneh-



→ Fortsetzung von Seite 5

mers beim Insolvenz-Entgeltsicherungsfonds geltend gemacht werden.

Lohnausgleich bei Beendigung des Dienstverhältnisses

Wie bereits erwähnt, ist der Lohnausgleich bei Beendigung des Dienstverhältnisses während Altersteilzeit völlig unabhängig von den übrigen Bezügen zu betrachten. Der Lohnausgleich für den Dienstnehmer gebührt aus der Altersteilzeitvereinbarung mit dem Dienstgeber bis zum Zeitpunkt der Beendigung des Dienstverhältnisses. Es besteht diesbezüglich kein Rückforderungs- oder Verrechnungsanspruch des Arbeitgebers. Korrespondierend dazu hat auch der Arbeitgeber bis zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses Anspruch auf das Altersteilzeitgeld vom AMS, das die Aufwendungen für den Lohnausgleich ersetzt.

Im Beispiel 1 gebührt somit der Lohnausgleich für den Dienstnehmer und das Altersteilzeitgeld für den Arbeitgeber 18 Monate lang im Ausmaß von monatlich 750 € zu den laufenden Bezügen und zu den Sonderzahlungen. Im Beispiel 2 besteht Anspruch auf den Lohnausgleich für 60 Monate im Ausmaß von 500 € monatlich. Für den gleichen Zeitraum besteht Anspruch auf Altersteilzeitgeld.

Rückforderung des Altersteilzeitgeldes durch das AMS

Vorsicht ist aus Arbeitgebersicht allerdings in folgendem Fall geboten. Sachlich nicht gerechtfertigte Kündigungen durch den Arbeitgeber während der Altersteilzeit können zur Rückforderung des Altersteilzeitgeldes durch das AMS führen, ohne dass der Dienstnehmer seinen Anspruch auf Lohnausgleich verliert. Der Arbeitgeber bleibt diesfalls auf dem Lohnausgleich sitzen. Grund dafür ist, dass derartige unmotivierte Kündigungen als Gesetzesumgehung angesehen werden, um das Altersteilzeitgeld vom AMS flüssig zu machen, ohne dass letztendlich die Voraussetzungen gegeben sind. Vor derartigen Kündigungen während der Altersteilzeit ist daher dringend abzuraten. ■

Abkommen über soziale Sicherheit mit Jugoslawien

Das Abkommen zwischen der Republik Österreich und der früheren Sozialistischen Föderativen Republik Jugoslawien aus dem Jahre 1965, welches für die Bundesrepublik Jugoslawien als Nachfolgestaat weiter anzuwenden war, wurde zum 30. September 1996 gekündigt.

Die Bestimmungen des Abkommens sehen eine rückwirkende Anwendung unmittelbar im Anschluss an das Außer-Kraft-Treten des bisherigen Vertrages vor. Der neue Vertrag enthält ab 1. Mai 2002 keine Einschränkungen bezüglich der Staatsangehörigkeit, weshalb Leistungen erstmals auch an Personen erbracht werden können, die nicht die österreichische bzw. die Staatsbürgerschaft einer der jugoslawischen Nachfolgestaaten besitzen.

Obwohl in der Zwischenzeit (Oktober 1996 – April 2002) formal keine vertraglichen Beziehungen zwischen Österreich und der Bundesrepublik Jugoslawien bestanden, haben die österreichischen Sozialversicherungsträger das „alte“ Abkommen (ohne Familienbeihilfe) weiter angewendet, zumal die österreichische Bundesregierung ein neues Abkommen in Aussicht stellte.

Daher wurden für die Bundesrepublik Jugoslawien auch in diesem Zeitraum Urlaubskrankenscheine zur Inanspruchnahme von Leistungen aus der Krankenversicherung ausgestellt.

Auch im Pensionsbereich erbrachte die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft die ganze Zeit über Leistungen so, als wäre das alte Abkommen noch gültig. Die vorschussweise festgestellten Pensionen können unter Hinweis auf das geltende Abkommen nunmehr bescheidmäßig abgeschlossen werden.

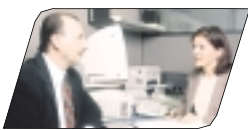
Bereits in Kraft sind die Abkommen mit Bosnien-Herzegowina, Kroatien, Mazedonien und Slowenien. ■



Neuer Vertrag ab 1. Mai 2002

Der neue Vertrag, welcher mit 1. Mai 2002 in Kraft trat, umfasst die Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung (sowie das Arbeitslosengeld), enthält jedoch keine Regelungen mehr über den Bereich der Familienbeihilfe.

(Anmerkung: Die Kündigung des alten Vertrages erfolgte, um sicher zu stellen, dass österreichische Familienbeihilfe für Kinder mit Wohnsitz in Jugoslawien nicht mehr gezahlt werden muss).



TOP PENSIONSBERATUNG

Was bringt ein Pensionsaufschub?

Es dürfte weitgehend bekannt sein, dass mit der Pensionsreform vom Oktober 2000 das Pensionsrecht in wesentlichen Punkten geändert wurde und dass beispielsweise ein Pensionsantritt vor Erreichung des „Regelpensionsalters“ (60 für Frauen, 65 für Männer) mit erheblichen Pensionsabschlägen verbunden ist.

Kaum herumgesprochen hat sich hingegen die Tatsache, dass seit damals für einen Pensionsantritt nach den genannten Altersgrenzen deutliche Pensionszuschläge vorgesehen sind. (Nach altem Recht gab es eine so genannte „Bonifikation“, die jedoch keinen besonderen Anreiz für einen Pensionsaufschub darstellte.)

Da Gewerbetreibende und Freiberufler im Allgemeinen den Zeitpunkt ihres Pensionsantritts relativ frei wählen können, kann sich eine nähere Betrachtung der neuen Zuschlagsregelungen lohnen.

Voraussetzungen für die Alterspension

Von einem Pensionsaufschub im Sinne dieses Beitrages kann nur gesprochen werden, wenn man alle für den Bezug einer „normalen“ Alterspension vorgesehenen Voraussetzungen erfüllt und dennoch die Pension nicht in Anspruch nimmt. Das heißt, dass man nicht nur das Regelpensionsalter erreicht haben muss, sondern im Laufe des Arbeitslebens auch die für eine Alterspension erforderliche Mindestversicherungsdauer (= Wartezeit) von 180 Beitragsmonaten oder 300 Versicherungsmonaten erworben hat. Anzumerken ist, dass für die Erfüllung der Wartezeit alle in Österreich bzw. in einem Vertragsstaat erworbenen Versicherungsmonate zählen.

Sind alle Pensionsvoraussetzungen gegeben (zur Prüfung dient eine „Pensionsanfrage“ bei der SVA-Landesstelle), so ist nur noch ein Antrag notwendig, damit die Pension ab nächstfolgendem Monatsersten gebührt. (Anmerkung: Für eine „normale“ Alterspension ist die Aufgabe der Erwerbstätigkeit nicht erforderlich. Wer jedoch neben dem Pensionsbezug weiterarbeitet, muss auch weiterhin Sozialversicherungsbeiträge leisten, ohne für die zusätzlich erworbenen Versicherungsmonate eine finanzielle Abgeltung zu erhalten. Die Pension wird also nicht erhöht, wenn die Erwerbstätigkeit eines Tages eingestellt wird.)

Zwei Möglichkeiten bei Erreichen des Pensionsalters zur Wahl

Selbständig Erwerbstätige beabsichtigen relativ häufig, über das Pensionsalter hinaus erwerbstätig zu sein. Dafür gibt es viele gute Gründe, der häufigste ist jedoch, dass die Betriebsnachfolge nicht rechtzeitig geregelt werden konnte. Sofern sämtliche Pensionsvoraussetzungen erfüllt sind, stehen in einem solchen Fall zwei Möglichkeiten zur Auswahl:

- Bezug der Alterspension und weitere Beitragsleistung ohne Pensionserhöhung oder
- vorübergehender Verzicht auf die Pension, um zu einem späteren Zeitpunkt eine Alterspension mit Zuschlag beziehen zu können, dessen Höhe von der Dauer des Pensionsaufschubes abhängt. Hier spielt auch die Frage eine Rolle, ob während des Pensionsaufschubes weitere Versicherungszeiten erworben wurden oder nicht. Nach der neuen Rechtslage erhöhen sich die Pensionsprozente nämlich allein durch das Zuwarten mit dem Pensionsantrag, während die Bo-

nifikation nach altem Muster stets den Erwerb von mindestens zwölf weiteren Versicherungsmonaten voraussetzte.

Erhöhung der Pensionsprozente

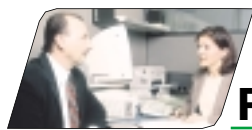
Die Pensionshöhe hängt bekanntlich von der Gesamtbemessungsgrundlage und den aus der Versicherungsdauer resultierenden Pensionsprozenten ab (12 Versicherungsmonate ergeben 2 Pensionsprozente). Bei Versicherungen, die ihre Pensionierung um ein Jahr aufschieben, werden die für die Versicherungsdauer gebührenden Pensionsprozente um 4 Prozentpunkte erhöht; jeder Aufschubsmonat bringt somit zusätzliche 0,33 Pensionsprozente.

Beispiel: *Wer mit dem Antrag auf Alterspension ein Jahr zuwartet und zum Regelpensionsalter 30 Versicherungsjahre erworben hat, erhält 4 zusätzliche Pensionsprozente. Seine Pension beträgt anstelle 60 Prozent (30 Versicherungsjahre á 2 %) 64 Prozent der Bemessungsgrundlage, auch wenn während des Aufschubes kein weiterer Versicherungsmonat erworben wurde. Dieser Zuwachs allein scheint nicht besonders lukrativ, wenn man bedenkt, dass man dafür ein ganzes Jahr auf die Pension, also auf 14 Monatsbezüge verzichtet hat.*

„Höherer“ Gewinn bei Weiterarbeit

Interessant wird es erst, wenn – wo man im Regelfall ja ohnehin ausgehen kann – in der Zeit des Aufschubes die frühere Erwerbstätigkeit weiter ausgeübt wird. Dann erwirbt man nämlich für 12 zusätzliche Versicherungsmonate weitere 2 Pensionsprozente und die Pension steigt pro Jahr des Aufschubes bereits um 6 Prozentpunkte.

Bei Berechnung des Zuschlages ist das Höchstausmaß einer Pension zu beachten. Demnach ist die Pension zum Regelpensionsalter stets mit 80 Prozent der Bemessungsgrundlage begrenzt. Dieses Ausmaß gilt nicht für Fälle des Pensionsaufschubes: Je 6 Kalendermonate späterer Inanspruchnahme einer Alterspension erhöhen das Höchstausmaß um einen Prozentpunkt. →



Dies bedeutet, dass beispielsweise ein Mann mit 66 Jahren oder eine Frau mit 61 Jahren ein Höchstausmaß von 82 Prozent der Bemessungsgrundlage als Pension erhalten kann. Die absolute Höchstgrenze liegt bei 90 Pensionsprozenten.

Aufschub mitunter nur wenig ratsam

Für Versicherte, die zum Regelpensionsalter bereits in die Nähe von 80 Pensionsprozenten kommen, rentiert sich der Pensionsaufschub nicht, weil die zusätzlichen Pensionsprozente (pro Jahr 6%) nicht im vollen Ausmaß ausgeschöpft werden können. Es wird geraten, dass in einem solchen Fall die Alterspension sofort mit 60 (Frauen) bzw. 65 Jahren (Männer) beantragt wird.

Aufschubfälle mit hoher Rentabilität

Interessant ist der Aufschub daher eher für Personen, die noch nicht so viele Versicherungsmonate erworben haben, dass sie in die Nähe der 80-prozentigen Obergrenze kommen. Das wird primär auf Frauen zutreffen, die durch längere Kinderbetreuung und des um 5 Jahre vorgezogenen Regelpensionsalters meist weniger Versicherungszeiten als Männer nachweisen können. Das nachstehende Beispiel zeigt, wie attraktiv das Zuwarten sein kann:

Eine gewerbetreibende Frau hat mit 60 Jahren insgesamt 20 Versicherungsjahre erworben; dafür gebühren 40 Pensionsprozente. Die Bemessungsgrundlage beträgt 2.000 €. Die Versicherte würde gerne ihren Betrieb noch 5 Jahre weiterführen.

Ergebnis: Die Pension würde zum 60. Lebensjahr 800 € ausmachen (40% von 2.000). Geht sie jedoch erst mit 65 und nach 5 Jahren Weiterarbeit in Pension, so steigt der Anspruch auf 70 Prozenz bzw. auf 1.400 €. (25 Jahre á 2% = 50 Prozent, die um weitere 20 Prozentpunkte für 5 Aufschubsjahre erhöht werden.)

Der Pensionszuwachs wird in der Praxis noch höher ausfallen, weil sich in diesen 5 Jahren voraussichtlich auch die Bemessungsgrundlage von 2.000 € erhöhen wird.

Bei der Rentabilitätsberechnung sollte man die unterschiedlichen Pensionshöhen auf die durchschnittliche Lebenserwartung umlegen und dem Pensionsverzicht für die Aufschubszeit gegenüberstellen. Ergibt der kürzere Bezug der höheren Pension einen deutlichen Mehrertrag, so rentiert sich der Pensionsaufschub. Dazu kommt noch, dass während der Aufschubszeit ja auch aktive Erwerbseinkünfte bezogen werden.

Individuelle Beratung

Versicherte, die über das Regelpensionsalter hinaus weiterarbeiten möchten, können sich in ihrer SVA-Landesstelle die Varianten für verschiedene Pensionsantrittstermine ausrechnen lassen. Die Mitarbeiter werden sich bemühen, den jeweils günstigsten Pensionsantritt zu eruieren. Die Entscheidung über den Pensionsantrag liegt jedoch stets beim Versicherten. ■

Kostenanteil neu ab 1. Juli 2002

Das System der gewerblichen Krankenversicherung sieht seit jeher eine gesetzlich normierte Kostenbeteiligung des Versicherten vor. Eine Befreiung von der Kostenbeteiligung war bisher meist nur bei Vorliegen sozialer Schutzbedürftigkeit möglich, wobei primär die Einkommensverhältnisse der Versicherten eine Rolle spielten.

Durch eine Gesetzesänderung wurde nunmehr der SVA ein größerer Handlungsspielraum eingeräumt, so dass nicht nur das Einkommen als Beurteilungskriterium heranzuziehen ist. Die Höhe des Kostenanteiles kann unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers, die Art und Frequenz der Leistungserbringung, gesundheitspolitische Zielvorgaben und die wirtschaftlichen Verhältnisse der Versicherten innerhalb einer Bandbreite von 0 bis 30 Prozent festgelegt werden.

Die SVA hat aufgrund der gesetzlichen Änderungen als Sofortmaßnahme beschlossen, einige Personengruppen und Leistungen generell vom Kostenanteil zu befreien:

- Bezieher von Waisenspensionen sind ab Juli 2002 – unabhängig vom Einkommen – von der Kostenbeteiligung befreit. Zuzahlungen für Zahnersätze und Kieferregulierungen sind jedoch weiterhin zu entrichten.

- Versicherte, die im laufenden Kalenderjahr eine Chemo- oder Strahlentherapie oder eine Dialysebehandlung erhalten, können ab 1. Juli 2002 über Antrag von der Kostenbeteiligung befreit werden. Der Antrag ist formlos mit einer Bestätigung des behandelnden Arztes über die Inanspruchnahme der Behandlungen bei der zuständigen Landesstelle einzureichen.

Wie bei den Waisenspensionisten sind auch bei einer Befreiung wegen Chemo-/Strahlentherapie oder Dialysebehandlung Zuzahlungen nur noch für Zahnersätze und Kieferregulierungen zu leisten.

- Vorsorge und Prävention sind eine gesundheitspolitische Zielvorgabe. Aus diesem Grund wurden daher zwei Leistungen der bestehenden Honorarordnung ausgewählt, die besonderen Vorsorgecharakter haben und ab 1. Juli 2002 ohne Kostenanteil abgerechnet bzw. nach Vorlage der saldierten Honorarnote rückvergütet werden. Es handelt sich um die endoskopische Untersuchung der Speiseröhre und des Magens.

Mit den erwähnten Maßnahmen wurde ein erster Schritt in Richtung Liberalisierung des Kostenanteiles getan. Die SVA ist bemüht, noch weitere Verbesserungen vorzunehmen, um eine Entlastung der Versichertengemeinschaft zu bewirken. ■



ONE-STOP-SHOPS IN ALLEN BUNDESLÄNDERN

Unter dem Motto „Vom Parteienverkehr zum Kundenkontakt“, werden künftig in allen Bundesländern One-Stop-Shops eingerichtet, in denen alle Informationen über die Sozialversicherung eingeholt oder Anträge gestellt werden können. Neu ist, dass die Beratungen in diesen Service-Centern sparten- und trägerübergreifend erfolgen werden; sie stehen also Wirtschaftstreibenden, Arbeitern, Angestellten und Bauern gleichermaßen offen.

One-Stop-Shops werden in den SVA-Landesstellen Wien, Eisenstadt, Salzburg, Klagenfurt, Innsbruck und Feldkirch eingerichtet; die Vorarbeiten sind bereits angelaufen. Noch im heurigen Jahr werden die Kundenzonen in den Landesstellen so adaptiert, dass sie den vereinbarten Standards entsprechen. Parallel dazu werden die technischen und organisatorischen Voraussetzungen für eine „spartenübergreifende Beratung“ geschaffen.

In der Endausbaustufe werden die Versicherten in den One-Stop-Shops spartenübergreifende Auskünfte in allen sozialversicherungsrechtlichen Fragen und darüber hinaus auch Beratung in Gesundheits- und anderen Sozialbereichen erhalten. Das Angebot geht also weit über die bisherigen Bereiche Versicherungs- und Beitragswesen, Pensionsversicherung und Krankenversicherung hinaus.

Da es sich bei dem Projekt um ein äußerst komplexes Vorhaben handelt, wird um Verständnis dafür gebeten, dass nicht von Beginn an das gesamte Spektrum zur Verfügung gestellt werden kann. Im ersten Takt ist folgendes Angebot vorgesehen: Beratung in Versicherungs- und Beitragsangelegenheiten, Bewilligung chefarztpflichtiger Medikamente, Einreichen von Wahlarztrechnungen, Erledigung des Kinderbetreuungsgeldes, Entgegennahme sämtlicher Anträge, spezielle Informationen für Dienstgeber. ■

PARTEIENVERKEHRSZEITEN IN DER LANDESSTELLE WIEN

Die Mitarbeiter der Landesstelle Wien stehen den Versicherten zur Auskunftserteilung im Leistungsbereich der Pensions- und Krankenversicherung sowie für versicherungs- und beitragsrechtliche Angelegenheiten nicht nur telefonisch, sondern auch im Rahmen der Parteienverkehrszeiten persönlich zur Verfügung.

Während telefonische Auskünfte von Montag bis Donnerstag in der Zeit von 7.30 bis 16.00 Uhr und am Freitag von 7.30 bis 14.45 Uhr eingeholt werden können, sind die Auskunftsschalter derzeit für die persönliche Betreuung von Montag bis Freitag von 7.30 bis 13.30 Uhr besetzt. (Anmerkung: Eine Ausweitung der Parteienver-

kehrszeiten bis 16.00 Uhr bzw. 14.45 Uhr ist ab Herbst geplant.) Da eine Anmeldung zur Vorsprache nicht erforderlich ist, kann es mitunter gerade im Bereich der Versicherungs- und Beitragsabteilung zur Mittagszeit zu einem erhöhten Andrang kommen. Dies führt zu längeren Wartezeiten und damit verbunden auch zur Verärgerung der Versicherten.

Um eine möglichst kurze Wartezeit und eine rasche Auskunftserteilung gewährleisten zu können, weist die SVA nochmals auf die Möglichkeit hin, bereits ab 7.30 Uhr eine persönliche Beratung in Anspruch zu nehmen. Die Mitarbeiter der SVA sind stets um die Anliegen und die Zufriedenheit der Versicherten bemüht. ■

Betriebliche Gesundheitsvorsorge – ein Modellprojekt in NÖ

Friseurinnen und Friseure sind bekanntlich einem hohen gesundheitlichen Risiko ausgesetzt; sie klagen oft über Rückenschmerzen und leiden häufiger als andere Berufsgruppen unter Hauterkrankungen und Sehenscheidenentzündungen.

Hinzu kommt, dass der Arbeitstag in diesem Beruf meist lang dauert und hektisch verläuft, sodass nur wenig Zeit für erholsame Pausen bleibt.

Aus diesen Gründen wurde nun ein richtungweisendes Gesundheitsförderungsprojekt ins Leben gerufen, das sich an alle Friseurmeisterinnen und -meister und deren DienstnehmerInnen im Bezirk Amstetten wendet.

Das Ziel: Gesundheitsfördernde Maßnahmen sollen über einen längeren Zeitraum angeboten werden und damit zur Verbesserung der Gesundheit in der gesamten Branche beitragen. Das Projekt wird von der SVA der gewerblichen Wirtschaft, der NÖ Gebietskrankenkasse, der AUVA, dem Gesundheitsforum NÖ, den beruflichen Interessenvertretungen sowie dem Fonds Gesundes Österreich als Kooperationspartner getragen.

Zur Präsentation des Projektes werden die Friseure im Herbst persönlich eingeladen, weil ihre Erfahrung zählt, und sie die Präventivmaßnahmen auch mitgestalten sollen. Zunächst wird in den Betrieben eine Fragebogenaktion durchgeführt, mit der das Gesundheitsbewusstsein der Berufsgruppe, aber auch die gesundheitlichen und arbeitsmäßigen Belastungen festgestellt werden, um konkrete Maßnahmen anbieten zu können. Die soziale Krankenversicherung hofft, damit einen Beitrag zur Vorbeugung von Krankheiten sowie zur Stärkung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Versicherten dieser Berufsgruppe zu leisten.



AKTION SICHERE JOSEFSTADT

Kundenfreundlicher Geschäftsraum

Vor kurzem wurde im 8. Wiener Gemeindebezirk das Projekt „Kundenfreundlicher Geschäftsraum“ präsentiert. Geschäftsleute wurden eingeladen, auf die Bedürfnisse alter und gebrechlicher Kunden mehr Rücksicht zu nehmen. Werden bestimmte Kriterien wie beispielsweise Barrierefreiheit und Sicherheit erfüllt, können Geschäftsräume ein Gütesiegel erhalten.



Ein bequemer und beleuchteter Eingang. Eine Auffahrrampe für Kinderwagen und Rollstühle. Eine Türe, die sich auch von Kindern und älteren Menschen leicht öffnen lässt und die sich langsam schließt. Genug Licht, Übersichtlichkeit, sanfte Kanten und ein Stuhl zum Hinsetzen. Solche Geschäftslokale haben etwas zum Wohlfühlen, vermitteln Ästhetik und passen zu den Menschen, die ihre Besorgungen machen. Und sie sind sicher, denn sie schützen vor Stößen und anderen Unfällen. Schließ-

lich müssen jährlich 800 Sturzunfälle in Häusern und Gebäuden in der Josefstadt spitalsbehandelt werden. Stolperunfälle machen einen nicht unerheblichen Anteil an der Gesamtzahl aller Unfälle aus, nämlich 23 Prozent. Diese Bilanz lässt nach möglichen Verbesserungen suchen.

Geschäftsräume für ältere Menschen, Kinder und Personen mit Behinderung

„Josefstadt – ganz schön sicher“ und das Institut „Sicher Leben“ verleihen für Geschäftsgestaltungen, die für alle Besucher, besonders aber auch für ältere Menschen, Kinder oder Personen mit einer Behinderung komfortabel und angenehm sind, ein Qualitätssiegel. Dieses Siegel dient nicht nur zur Imagepflege, sondern weist auch darauf hin, dass auf Serviceleistung und Sicherheit besonderer Wert gelegt wird. Alle Handels- und Gewerbebetriebe der Josefstadt wurden eingeladen, sich zu beteiligen und ihre Geschäftsräume zu prüfen und eventuell umzugestalten. Geschäftsleute können sich kostenlos beraten lassen.

Kriterien für Gütesiegel

Die Kriterien für den Erhalt des Siegels für „Komfort und Sicherheit“ orientieren sich an den Bauvorschriften. Sie nehmen aber auch Bezug auf die besonderen Bedürfnisse der Einkaufenden, die mit Taschen, übermühten Kindern oder schon müden Beinen ein Geschäft, eine Praxis, ein Büro oder einen Gewerbebetrieb betreten. So gelten u. a. verzögerte Schließmechanismen bei automatischen Türen, Türdurchgangsbreiten von mindestens 80 cm, gut markierte und rutschsichere Stufen mit beidseitigen Handläufen oder Abtretmatten aus Material, das beim Be-

fahren mit Kinderwagen oder Rollstuhl nicht einsinkt, als obligatorisch.

Präsentation mit Publikumswettbewerb

Seinen Probelauf erlebte das Gütesiegel in der Josefstadt, einem Bezirk mit vielen kleinen, „old-fashioned“ Geschäften. Die erste Auszeichnung erwarb eine Papierwarenhandlung, die zu diesem Anlass beispielsweise scharfkantige Regalwände und Tische mit spitzen Ecken in Augenhöhe von Kleinkindern durch sanfte Holzkonstruktionen ersetzte. Das Projekt wird von einem Publikumswettbewerb begleitet. In diversen Geschäften liegen Stimmkarten auf, die den Kunden die Möglichkeit geben, das kundenfreundlichste Geschäft der Josefstadt zu wählen. ■

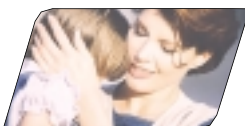
INDEX

Der Verbraucherpreisindex (VPI: 2000 = 100) für den Monat Juni 2002 wird von der STATISTIK AUSTRIA mit 104,7 angegeben. Die Inflationsrate für Juni 2002 beträgt gegenüber Juni 2001 1,7 Prozent, ist damit niedriger als in den Vormonaten und etwa gleich hoch wie Anfang 2000.

Die Preise sind gegenüber Mai 2002 um nur 0,1 Prozent gestiegen, weil die Preissteigerungen bei vielen Nahrungsmitteln durch starke Preissenkungen bei Gemüse mehr als kompensiert wurden.

Der Indexstand des für die Währungsunion zu berechnenden Europäischen Harmonisierten Verbraucherpreisindex (HVPI; 1996 = 100) beträgt 108,8. Die harmonisierte Inflationsrate für Juni 2002 liegt mit 1,5 Prozent unter dem erwarteten Durchschnitt für die Währungsunion.

Die verketteten Werte des VPI für Juni 2002 betragen bezogen auf den Index 1996 (1996 = 100) 110,1, auf den Index 1986 (1986 = 100) 144,1, auf den Index 1976 (1976 = 100) 224,0 und auf den Index 1966 (1966 = 100) 393,0. ■



Arzttarife für Geldleister

Der Vergütungstarif für private Arzthonorare wurde überarbeitet. Von den über 1.200 Einzelpositionen werden die wichtigsten abgedruckt, sie sind ab 1. Juli 2002 gültig. Die Summe der einzelnen Positionen ergibt die Gesamtvergütung, die maximal 80 Prozent der tatsächlichen Kosten ausmachen darf. Bitte achten Sie auf die Anführung aller ärztlichen Leistungen auf der Honorarnote.

GRUNDLEISTUNGEN

Praktischer Arzt	€
Erste Ordination im Monat	16,24
Weitere Ordination	10,60
Zuschlag bei Nacht	15,90
an Sonn- und Feiertagen	9,28
Erste Visite im Monat	35,79
Weitere Visite	30,15
Zuschlag bei Nacht	31,81
an Sonn- und Feiertagen	17,89
Therapeutische Aussprache	10,90

Facharzt

Erste Ordination im Monat	
je nach Fachgebiet	21,21 – 23,53
Weitere Ordination	10,60
Erste Visite im Monat	
je nach Fachgebiet	40,76 – 43,08
Therapeutische Aussprache	10,90
Befundbericht	9,94

SONDERLEISTUNGEN ALLGEMEIN

Blutabnahme aus der Vene	3,98
Injektion in den Muskel	2,65
in die Vene	3,98
Intraarticuläre Injektion große Gelenke	33,14
Intraarticuläre Injektion kleine Gelenke	19,88
Infiltration eines Nervs bis	53,02
Infusion in die Vene bis	26,51
Dauertropfinfusion bis	6,63
Lokale (örtliche) Anästhesie	6,63
Digitaluntersuchung (Abtastung) des Mastdarms	3,31

Wundversorgung

	€
Kleine Wunde mit Naht	10,60
Größerer Verband	11,27
Heftpflasterverband	9,94

Punktionen

(Gewebsentnahmen) aus Gelenken	19,88
der Prostata	19,88
der Schilddrüse	9,28
der Leber	9,28
Vaginale Probepunktion (Douglas)	19,88

Endoskopien

Nasen-Rachen-Raum	23,19
Harnröhre, -blase bis	53,01
Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm bis	99,40

SONDERLEISTUNGEN NACH FACHGEBIETEN

Augenheilkunde

Brillenbestimmung bei Astigmatismus	6,63
Augendruckmessung bis	6,63
Farbsinnprüfung	6,63
Entfernung von Fremdkörpern	13,25

Chirurgie

Versorgung einer kleinen Wunde mit Naht	10,60
Gipsverbände bis	19,22

Dermatologie

Warzenentfernung bis	9,94
Photochemotherapie (z. B. bei Psoriasis) bis	10,60

Frauenheilkunde

Gewebeentnahme für zytologische Untersuchung	4,64
Untersuchung mit dem Kolposkop	11,27

Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

Tonschwellenaudiometrie	19,88
Sprachaudiometrie	26,51
Entfernung von Fremdkörpern	6,63

Spülung beider Ohren	€	5,30
Punktion einer Nebenhöhle		29,82
Innere Medizin, Lungenheilkunde		
EKG komplett		40,37
Ergometrie		79,85
Echokardiographie		74,69
Neurologie und Psychiatrie		
Ausführliche psychiatrische Exploration		26,51
Psychotherapeutisch orientierte Abklärung		64,94
EEG		79,52
ENG		45,06
Urologie		
Katheterismus der Harnblase bis		6,63
Blasenspülung		2,65

Sonographien

(Ultraschalldiagnostik) Oberbauch	48,38
Nieren	31,81
Unterbauch	31,81
Schilddrüse	31,81
Kindliche Hüfte	39,10
Prostata	35,12
Hirnversorgende Arterien	56,99

Radiologie (Röntgen)

Durchleuchtung bis	27,76
Aufnahme Format 18 x 24	13,32

Laboratorium

Blutbild komplett	16,25
Stoffwechseluntersuchungen (z. B. Blutzucker, Cholesterin, Harnsäure, Kreatinin)	7,50
Elektrolyte (z. B. Natrium, Kalium, Kalzium)	7,50
Enzyme (z. B. GOT, GPT)	7,50
Harnbefund komplett	2,50
Zytodiagnostik bis	25,00
Hormone bis	26,88

PHYSIKALISCHE BEHANDLUNG

Manuelle Massage	6,03
Einzelheilgymnastik	6,54
Elektrophysikalische Behandlung bis	5,03
Ultraschall pro Sitzung	8,05



AKTION „SICHER LEBEN“

Inline-Skater: Schutz- ausrüstung wichtig

Der Boom hat zwar nachgelassen, dennoch verletzen sich jährlich rund 10.000 Inline-Skater so stark, dass sie im Spital behandelt werden müssen. Das Institut „Sicher Leben“ hat vor kurzem Tipps veröffentlicht, um auch weiterhin entspannt in den Frühling zu gleiten.

Sonnenschein, milde Temperaturen, nicht zu heiß: Der Frühling ist die ideale Jahreszeit zum Inline-Skaten. Obwohl der anfängliche Boom – der letztendlich bei jeder Trendsportart ausbricht – bereits etwas nachgelassen hat, gehen immerhin 1 Million Menschen dieser Sportart nach. Nichtsdestotrotz gilt das Gleiten auf acht Rädern immer noch als „trendy“ und bietet zudem hervorragende Trainingsmöglichkeiten.

So können etwa Ausdauer, Schnelligkeit, Kraft und koordinative Fähigkeiten verbessert werden. Durch Kurvenfahren und Sprünge werden Gleichgewicht, Rhythmusgefühl und Orientierungsverhalten bestens geschult. Das ist die eine Seite. Die andere – weniger erfreuliche – Seite dieser Sportart sind rund 10.000 spitalsbehandelte Verletzte pro Jahr.

Hand und Unterarm besonders gefährdet

Rund drei Viertel der verletzten Skater sind unter 30 Jahre alt. Weit mehr als die Hälfte der Verletzungen sind Knochenbrüche (Handgelenk, Finger und Ellenbogen), 14 Prozent Quetschungen bzw. Prellungen (Handgelenk, Knie, Ellbogen und Kopf). Knochenbrüche sind nicht nur besonders

schmerzhaft, sondern stehen häufig mit langwierigen Heilungsprozessen und Krankenhausaufenthalten in Verbindung.

Ein Viertel verwendet keine Schutzausrüstung

Rund ein Viertel aller Inline-Skater sind ohne Mindestausrüstung unter-



wegs und bremst im Notfall mit der blanken Haut. Damit es erst gar nicht so weit kommt, empfiehlt das Institut „Sicher Leben“ unbedingt eine komplette Schutzausrüstung bestehend aus Handgelenksschützern, Ellbogenschützern, Knieschützern und Helm. Aus Untersuchungen ist bekannt, dass Skater ohne Schutzausrüstung ein mindestens dreimal so hohes Verletzungsrisiko haben.

Auch Skaten will gelernt sein

Die Grundtechniken des Skatens sollen dort geübt werden, wo niemand gefährdet wird, also in geeigneten Freizeitflächen für Skater, Skatehallen oder Fun Parks.

Der Besuch von Inline-Skating-Kursen ist gerade für Anfänger sehr zu empfehlen. Aber auch Fortgeschrittene können von den Tipps der Profis profitieren. Man lernt dabei die Grundtechniken (Bewegungsmuster, Brems-technik) und im Fall eines Sturzes die entsprechende Sturztechnik. Wer richtig fällt vermeidet Knochenbrüche. Kursbesucher sind außerdem in der Lage, den Bremsweg dramatisch zu verkürzen.

Verkehrsregeln gelten auch für Inline-Skater

Inline-Skater nehmen im Straßenverkehr einen chameleonartigen Status ein, je nachdem welche Verkehrsfläche sie benutzen. Fest steht, dass sich auch Inline-Skater an die Verkehrsregeln halten müssen. Rechtsverkehr, Vorrangregel und Verkehrszeichen gelten ebenso für die „rollenden Fußgänger“.

Wer sich an die folgenden Regeln hält, liegt aber sicher richtig:

- Auf Fahrbahnen ist Inline-Skating verboten.
- Auf Radfahranlagen darf „geskatet“ werden; nicht jedoch auf Radfahrstreifen außerhalb des Ortsgebietes.
- Das Benützen von Gehsteigen und Gehwegen ist erlaubt, wenn andere Personen weder behindert noch gefährdet werden. Den Fußgängern ist grundsätzlich Vortritt zu lassen.
- Das Fahren mit Inline-Skates in Wohnstraßen, Fußgängerzonen und für den Verkehr gesperrten Straßen ist gestattet.
- Für Kinder unter 12 Jahren besteht Aufsichtspflicht (ausgenommen Wohnstraßen).
- Werden Fußgänger, Radfahrer oder andere Inline-Skater überholt, so sollte dies immer links erfolgen.
- Das Benützen öffentlicher Verkehrsmittel mit Inline-Skates ist nicht gestattet. ■