

JETZT NEU:

DIE SVA ONLINESERVICES

svagw.at/onlineservices

**Jetzt Handy-Signatur
aktivieren und Vorteile
nutzen!**

Digitales SV-Postfach
einrichten unter
svagw.at/aktivierung

SVA-App
downloaden:
svagw.at/svaapp

The SVA logo consists of the letters 'SVA' in a bold, sans-serif font. The 'S' and 'V' are dark green, while the 'A' is a lighter shade of green. The logo is set against a light grey rounded square background that has a subtle drop shadow effect.

DIGITAL
Gesünder online.

Inhalt

ALLGEMEINES ZUR SOZIALVERSICHERUNG FÜR GEWERBETREIBENDE UND GESELLSCHAFTER	3
Versicherungsbeginn	4
Ausnahmen von der Pflichtversicherung	5
VERSICHERUNGSBEITRÄGE	8
Beitragsgrundlage	8
Beitragssätze	9
Mehrfachversicherung	13
PENSIONSVERSICHERUNG	15
Zuständigkeit für Pension	15
Zuständigkeit bei Mehrfachversicherung	16
Leistungsübersicht	17
Pensionsberechnung	17
Höherversicherung	20
LEISTUNGEN DER KRANKENVERSICHERUNG	20
Versicherte Personengruppen	21
Sach- oder Geldleistungen	23
Optionen in der GSVG-Krankenversicherung	24
Leistungsübersicht	25
UNFALLVERSICHERUNG	34
FÖRDERUNGEN BEI BETRIEBSGRÜNDUNG	37
SELBSTÄNDIGENVORSORGE	38
ARBEITSLOSENVERSICHERUNG	40

1. Allgemeines zur Sozialversicherung für Gewerbetreibende und Gesellschafter

Welche Gesetze regeln meine Versicherung?

GSVG: Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz

ASVG: Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

FSVG: Freiberuflich Selbständigen-Sozialversicherungsgesetz

BSVG: Bauern-Sozialversicherungsgesetz

NVG: Notarversicherungsgesetz

B-KUVG: Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz

Unter welchen Voraussetzungen ist die SVA für meine Sozialversicherung zuständig?

Wenn Sie **selbständig erwerbstätig** sind, ist die SVA mit der Durchführung Ihrer Sozialversicherung betraut. Die vorliegende Broschüre richtet sich an **Gewerbetreibende** und **Gesellschafter**. Diese sind grundsätzlich bei der SVA pflichtversichert. Im Einzelnen betreffen die folgenden Ausführungen also:

- Inhaber von Gewerbeberechtigungen
- Gesellschafter einer OG*
- Persönlich haftende Gesellschafter (Komplementäre) einer KG*
- Geschäftsführende GmbH-Gesellschafter*, die nicht nach dem ASVG pflichtversichert sind.

* Wenn die Gesellschaft Mitglied der Kammer der gewerblichen Wirtschaft ist.

Die genannten Personengruppen sind in den folgenden Bereichen versichert:

- **GSVG-Pensionsversicherung**
- **GSVG-Krankenversicherung**
- **ASVG-Unfallversicherung**

Was muss ich zu Beginn der Versicherung tun?

Zu Beginn der Versicherung erhalten Sie von uns einen Willkommensbrief, der Sie über den Beginn Ihrer Versicherung und über Ihre weiteren Möglichkeiten informiert.

Diesem Willkommensbrief wird auch eine Versicherungserklärung und eine Einverständniserklärung beiliegen. Diese Formulare benötigen wir, um Ihre persönlichen Daten zu kontrollieren und zu prüfen, ob möglicherweise eine Ausnahme von der Gewerblichen Sozialversicherung vorliegt, und Ihnen rasch und unkompliziert Auskünfte am Telefon oder per Mail erteilen zu können. Diese Formulare stehen Ihnen auch als Onlineformulare zur Verfügung und können von Ihnen auf elektronischem Weg übermittelt werden.

Wann beginnt die Pflichtversicherung?

Die Pflichtversicherung in der Kranken-, Pensions- und Unfallversicherung beginnt mit dem Tag, an dem die Voraussetzungen eingetreten sind.

Beispiele

Beginn der Pflichtversicherung

- der Tag, an dem Sie Ihr Gewerbe angemeldet haben
- der Tag, an dem Ihnen eine Konzession erteilt wurde
- der Tag, an dem Sie als GesellschafterIn in eine OG eingetreten sind
- der Tag, an dem Sie zum Komplementär einer KG bestellt wurden
- der Tag, an dem Sie zum Geschäftsführer einer GmbH-Gesellschaft bestellt wurden
- etc.

In welchen Fällen bin ich von der Pflichtversicherung ausgenommen?

Eine Ausnahme aus der Pflichtversicherung bedeutet, dass Sie weder versichert sind, noch Beiträge leisten müssen. Sobald der Grund für die Ausnahme wegfällt, sind Sie (wieder) pflichtversichert.

Ausnahmen von der Pensions-, Kranken- und Unfallversicherung

- **Ruhen eines Gewerberechtes**

Wenn Ihr Gewerbeamt ruht, sind Sie von der gesamten GSVG-Sozialversicherung ausgenommen. Das Ruhen Ihres Gewerberechtes („Nichtbetrieb“) müssen Sie Ihrer zuständigen **Interessenvertretung** (Kammer der gewerblichen Wirtschaft) **melden**.

Achtung:

Eine Ruhendmeldung ist maximal für 18 Monate **rückwirkend** möglich. Haben Sie Leistungen aus der Versicherung bezogen (z. B. Arztbesuch, Krankenhausaufenthalt), ist keine rückwirkende Ruhendmeldung in diesem Versicherungszweig möglich.

- **Ruhen eines Gewerberechtes während des Mutterschutzes**

Im Zeitraum des Wochengeldbezuges können Sie Ihre selbständige Erwerbstätigkeit unterbrechen und Ihr **Gewerberecht** bei Ihrer zuständigen Interessenvertretung **ruhend melden**. Der Anspruch auf Wochengeld geht dadurch nicht verloren!

Während der Unterbrechung besteht eine Teilversicherung in der Pensionsversicherung, wenn in diesem Zeitraum keine andere gesetzliche Pensionsversicherung aufrecht ist. Dadurch werden pensionsrechtliche Nachteile vermieden! Auch in der Krankenversicherung haben Sie in diesem Zeitraum einen Anspruch auf Leistungen!

Achtung:

Diese Ausnahme ist nur möglich, wenn Sie weiblich sind und zum Zeitpunkt der Ausnahme eine aufrechte Pflicht- oder Selbstversicherung in der Krankenversicherung nach dem GSVG haben! Anspruch auf Wochengeld besteht im Zeitraum der Unterbrechung nur, wenn die Pflichtversicherung vor dem Beginn der Unterbrechung mindestens sechs Monate bestanden hat!

- **Verpachtung eines Gewerbebetriebs** (gilt für Gewerbetreibende und Inhaber einer Konzession, nicht aber für Gesellschafter)

Wenn Sie Ihr Gewerberecht verpachten, sind Sie von der gesamten GSVG-Sozialversicherung ausgenommen. Die Verpachtung müssen Sie bei der **Gewerbebehörde melden** (Bezirkshauptmannschaft oder Magistrat).

Ausnahmen von der Pensions- und Krankenversicherung

- **Ausnahme wegen „geringfügiger“ Einkünfte** (gilt für Gewerbetreibende und Inhaber einer Konzession, nicht aber für Gesellschafter)

Sie können eine Ausnahme von der GSVG-Pensions- und Krankenversicherung bei uns beantragen, wenn Sie

- innerhalb der letzten 60 Kalendermonate **nicht mehr als 12 Kalendermonate** nach dem GSVG/FSVG pflichtversichert waren oder
- das **60. Lebensjahr** bereits vollendet haben

und

- Ihre **Umsätze 30.000 Euro** im Jahr nicht übersteigen
- die **Einkünfte** aus dieser Tätigkeit **5.361,72 Euro** im Jahr (Wert 2019) nicht übersteigen

- das **57. Lebensjahr** bereits vollendet haben **und** in den **5 Jahren**, bevor Sie den Antrag stellen
 - Ihre **Umsätze 30.000 Euro** im Jahr nicht überstiegen haben.
 - Die Einkünfte aus dieser Tätigkeit **5.361,72 Euro** im Jahr (Wert 2019) nicht überstiegen haben.
 - Ihre Umsätze und Einkünfte **auch weiterhin** unter diesen Grenzwerten liegen.

oder

- **Ausnahme:**

Die **Vorversicherungszeit** spielt keine Rolle, wenn Sie die Ausnahme **während des Bezuges von Kinderbetreuungsgeld** bzw. während **einer Teilversicherung für Kindererziehung** beantragen.

Achtung:

Eine **Ausnahme von der Pflichtversicherung** führt immer auch dazu, dass Sie im jeweiligen Versicherungszweig **keinen Anspruch auf Leistungen** mehr besitzen.

Das bedeutet:

- bei einer Ausnahme in der **Pensionsversicherung**: Sie erwerben für Ihre zukünftige Pension keine zusätzlichen Versicherungszeiten mehr.
- bei einer Ausnahme in der **Krankenversicherung**: Sie können auf Kosten der SVA keine Leistungen wie etwa ärztliche Hilfe oder Spitalspflege in Anspruch nehmen.

Ausnahmen:

Während des Bezuges von Kinderbetreuungsgeld besteht ein Versicherungsschutz in der Krankenversicherung und es werden Pensionsversicherungszeiten (sofern solche nicht bereits vorliegen) erworben. **Während der Kindererziehungszeit** besteht eine Teilversicherung in der Pensionsversicherung (max. 48 oder 60 Kalendermonate pro Kind). Dadurch werden ebenfalls Pensionsversicherungszeiten erworben.

2. Versicherungsbeiträge

Als Gewerbetreibender oder Gewerbegegesellschafter zahlen Sie Beiträge zur Pensions,- Kranken- und Unfallversicherung. Die Beiträge werden Ihnen von uns vierteljährlich vorgeschrieben. Die Beiträge müssen bis zum Ablauf des zweiten Monats eines jeden Kalendervierteljahres gezahlt werden. Das bedeutet bis

- 28./29. Februar
- 31. Mai
- 31. August
- 30. November

Darüber hinaus gibt es auch die **Möglichkeit**, dass die SVA die vorgeschriebenen Beiträge in **monatlichen Teilbeträgen** einzieht – wenn Sie das wünschen und beantragen. Der Vorteil: Fälligkeitstermine (z.B. Sozialversicherung und Finanzamt) lassen sich besser aufeinander abstimmen und Liquiditätsengpässe vermeiden. Wenn Sie sich dafür entscheiden, erhalten Sie noch vor der Beitragsvorschreibung eine Information über die Höhe der Beiträge und die Einziehungstermine.

Achtung:

Auch für den Monat, in dem Ihre Pflichtversicherung beginnt, müssen Sie einen **vollen Monatsbeitrag** bezahlen.

Wie hoch sind meine Beiträge?

Pensions- und Krankenversicherung: Die Höhe Ihrer Beiträge hängt von den Einkünften ab, die Sie aus Ihrer versicherten Erwerbstätigkeit beziehen.

Unfallversicherung: Sie zahlen einen fixen Monatsbeitrag, unabhängig von der Höhe Ihrer Einkünfte.

Die Höhe jener Einkünfte, die für die Berechnung der Beiträge maßgeblich ist, wird uns vom Bundesrechenamt übermittelt. Dazu müssen Sie uns aber Ihre **Einkommen-Steuer Nummer** bekannt geben.

In Ausnahmefällen kann es vorkommen, dass der Datenaustausch nicht funktioniert. Wir werden Sie dann bitten, uns den entsprechenden Einkommensteuerbescheid zuzusenden.

Was ist die Beitragsgrundlage?

Aus der Beitragsgrundlage ergibt sich Ihr konkreter Versicherungsbeitrag. Die Beiträge zur Pensions- und Krankenversicherung werden nach folgender **Formel** berechnet:

$$\boxed{\text{Beitragsgrundlage}} \times \boxed{\text{Beitragssatz}} = \boxed{\text{Beitrag}}$$

Ihr Beitrag ist also ein konkreter prozentueller Anteil (=Beitragssatz) Ihrer Beitragsgrundlage.

Achtung:

Wir unterscheiden zwischen „vorläufigen“ und „endgültigen“ Beitragsgrundlagen.

- Es gibt zwei **Mindest-Beitragsgrundlagen**, die Ihre Beiträge nach unten hin begrenzen.
- Es gibt eine **Höchst-Beitragsgrundlage**, die Ihre Beiträge nach oben begrenzen.

Wie hoch ist der Beitragssatz?

	Beitragssatz
Pensionsversicherung	18,50 %
Krankenversicherung	7,65 %

Wie hoch ist meine Beitragsgrundlage?

Ihre Beitragsgrundlage ist nach oben hin durch die **Höchstbeitragsgrundlage** und nach unten durch die **Mindestbeitragsgrundlage** begrenzt:

gesetzliche Mindestbeitragsgrundlage (Minimum) \leq Ihre Beitragsgrundlage \leq gesetzliche Höchstbeitragsgrundlage (Maximum)

Ihre Beitragsgrundlage wird aus Ihren durchschnittlichen monatlichen Einkünften aus der versicherten Erwerbstätigkeit ermittelt, wie sie in Ihrem **Einkommensteuerbescheid** aufscheinen. Für die Beitragsgrundlage 2019 ist der Einkommensteuerbescheid 2019 entscheidend.

Versicherungsbeiträge hinzurechnen!

In Ihrem Einkommensteuerbescheid werden Versicherungsbeiträge als Betriebsausgaben behandelt und sind daher bereits von Ihren Einkünften abgezogen. Für Ihre Beitragsgrundlage müssen Sie daher zu den oben angeführten Einkünften auch die **Beiträge zur Pensions- und Krankenversicherung** nach dem GSVG **hinzurechnen**, die Ihnen im betreffenden Kalenderjahr **vorgeschrieben** wurden. Wenn Sie selbständig erwerbstätig sind und der Krankenversicherung nach dem ASVG unterliegen (z. B. als Künstler, Tierarzt etc.), müssen Sie auch Ihre **ASVG-Beiträge** hinzurechnen. Wenn Sie sich zusätzlich für die freiwillige Arbeitslosenversicherung (siehe Punkt 8) entschieden haben, müssen Sie auch die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung hinzurechnen.

Was bedeutet die vorläufige Beitragsgrundlage?

Solange für ein Kalenderjahr noch kein Einkommensteuerbescheid vorliegt, errechnen wir eine **vorläufige Beitragsgrundlage**. Hier muss man zwei Fälle unterscheiden:

- Sie sind **neu** bei uns versichert: Für Sie gilt die jeweilige **Mindestbeitragsgrundlage** als vorläufige Beitragsgrundlage.
- Sie sind **bereits bei uns versichert**: Ihre vorläufige Beitragsgrundlage wird von den **Einkünften des drittvorangegangenen Jahres** (2016 für 2019) und den damals vorgeschriebenen Pensions- und Krankenversicherungsbeiträgen abgeleitet. Wir **„aktualisieren“** die Summe dieser Beiträge, um die Inflation auszugleichen (Faktor 2019: 1,075), und teilen sie dann durch die Anzahl der Monate, in denen Sie im drittvorangegangenen Jahr versichert waren. Das Ergebnis ist die vorläufige Beitragsgrundlage.

Beispiel

Sie waren 2016 für zehn Monate bei uns pflichtversichert und haben in dieser Zeit insgesamt 32.000 Euro an versicherungspflichtigen Einkünften erzielt. Die „aktualisierte“ Gesamtsumme für 2019 beträgt damit 34.400 Euro ($32.000 \times 1,075$). Ihre vorläufige Beitragsgrundlage für 2019 beträgt monatlich 3.440,00 Euro ($34.400 \div 10$).

Wie wird die endgültige Beitragsgrundlage errechnet?

Sobald der **Einkommensteuerbescheid** des Beitragsjahres vorliegt, wird die endgültige Beitragsgrundlage berechnet. Dazu dividieren wir die

Summe aus Ihren Erwerbseinkünften und den für Sie in diesem Beitragsjahr vorgeschriebenen Pensions- und Krankenversicherungsbeiträgen durch die Zahl Ihrer Pflichtversicherungsmonate in dem jeweiligen Beitragsjahr.

Wir vergleichen nun die Beiträge, die für Sie auf Basis der vorläufigen Beitragsgrundlage errechnet wurden, mit den Beiträgen, die auf Basis der endgültigen Beitragsgrundlage anfallen. Diesen Vorgang nennt man „**Nachbemessung**“ und er kann dazu führen, dass Sie Beiträge nachzahlen müssen oder Beiträge von uns vergütet bekommen.

Gibt es einen Minimalbetrag für meine Beitragsgrundlage?

Gilt für Sie die Pflichtversicherung, müssen Sie eine bestimmte Mindestsumme als Versicherungsbeitrag leisten, auch wenn Sie nur ein geringes Einkommen beziehen. Diesen Mindestbeitrag errechnen wir auf Basis der sogenannten Mindestbeitragsgrundlage. Für die Pensions- und die Krankenversicherung gelten unterschiedliche Mindestbeitragsgrundlagen.

	monatliche Mindestbeitragsgrundlage
Pensionsversicherung	654,25 Euro (Wert 2019)
Krankenversicherung	446,81 Euro (Wert 2019)

Gibt es einen Maximalbetrag für meine Beitragsgrundlage?

Die **Höchstbeitragsgrundlage** ist die maximal mögliche Beitragsgrundlage zur Berechnung Ihrer Beiträge. Sollten Sie darüber hinaus versicherungspflichtige Einkünfte erzielt haben, werden Ihre Beiträge dennoch nur auf Basis der Höchstbeitragsgrundlage berechnet. Die vorläufige und endgültige Höchstbeitragsgrundlage beträgt 2019 sowohl für die vorläufigen als auch für die endgültigen Beiträge einheitlich **6.090 Euro monatlich** (73.080 Euro pro Jahr).

Antrag auf Erhöhung der Beitragsgrundlage in der Pensionsversicherung

Um Ihren **Pensionsanspruch zu verbessern**, können Sie für die ersten drei Jahre der Pflichtversicherung einen Antrag stellen, Ihre endgültige Beitragsgrundlage in der Pensionsversicherung aufgrund von **Investitionen zur Betriebsgründung** auf die **Höchstbeitragsgrundlage** zu erhöhen. Sie können diesen Antrag bis zum Pensionsstichtag stellen. Die Beitragsdifferenz ist nachzuzahlen (inklusive einer möglichen Aufwertung).

Sie sind Gewerbetreibender oder Gesellschafter in den ersten drei Jahren nach einer Neugründung

Fixe Beitragsgrundlage für Neugründer

Um die Sozialversicherungskosten kalkulierbar zu machen, gilt für Neugründer (Neuzugänge in der Wirtschaftskammer) **in den ersten beiden Kalenderjahren** einer Pflichtversicherung in der **Krankenversicherung** eine fixe Beitragsgrundlage in der Höhe von **446,81 Euro** (Wert 2019) monatlich. Die Beiträge werden nicht mehr nachbemessen. Im dritten Jahr der Pflichtversicherung gilt für Ihre Krankenversicherung die Mindestbeitragsgrundlage als vorläufige Beitragsgrundlage.

In der Pensionsversicherung gilt die Mindestbeitragsgrundlage für alle drei Jahre als vorläufige Beitragsgrundlage.

Achtung:

Diese Regelungen beziehen sich immer auf **Kalenderjahre**.

Beispiel: Sie haben Ihre Tätigkeit im Juli eines Jahres aufgenommen. Von der fixen Beitragsgrundlage in der Krankenversicherung profitieren Sie 18 Monate.

(Mindest-) Beitragsgrundlage für Neugründer (monatlich)	Höchstbeitragsgrundlage monatlich
Pensionsversicherung 654,25 Euro Krankenversicherung 446,81 Euro	6.090 Euro
Beitrag Pensionsversicherung (vierteljährlich) 363,12 Euro	3.321,69 Euro
Krankenversicherungsbeitrag (vierteljährlich) 102,54 Euro	
Beitrag Unfallversicherung (vierteljährlich) 29,37 Euro	

Beiträge 2019 (für Neugründer)

Wann gelte ich als mehrfachversichert?

Sie sind in der Pensions-, Kranken- und Unfallversicherung **mehrfachversichert**, wenn Sie neben Ihrer selbständigen Erwerbstätigkeit auch

- eine versicherungspflichtige **unselbständige Beschäftigung** ausüben;
- eine **Land-/Forstwirtschaft** führen.

Auswirkung der Mehrfachversicherung:

- **in der Pensionsversicherung:** Wir rechnen Ihre Beiträge zusammen. Dadurch erhalten Sie eine höhere Pension.
- **in der Krankenversicherung:** Sie haben die Wahl zwischen den einzelnen Krankenversicherungen.
- **in der Unfallversicherung:** Sie sind in allen versicherten Erwerbstätigkeiten geschützt.

Ich bin mehrfachversichert. Was geschieht, wenn ich durch die Summe meiner Einkünfte die Höchstbeitragsgrundlage überschreite?

Wenn Sie mehrfach versichert sind, müssen Sie in jedes beteiligte System Kranken- und Pensionsbeiträge zahlen. Dazu werden Ihre einzelnen Beitragsgrundlagen zusammengerechnet. Die **Höchstbeitragsgrundlage** ist in allen Gesetzen gleich. Wenn Sie mehrfach versichert sind, ist sie damit auch die **Obergrenze für die Summe Ihrer Beitragsgrundlagen**.

Die Höchstbeitragsgrundlage pro Beitragsjahr können Sie durch folgende Formel ermitteln:

$$\begin{array}{|c|} \hline \text{monatliche Höchst-} \\ \text{beitragsgrundlage} \\ \hline \end{array} \times \begin{array}{|c|} \hline \text{Anzahl der Pflicht-} \\ \text{versicherungsmonate} \\ \text{einer Erwerbstätigkeit} \\ \hline \end{array} = \begin{array}{|c|} \hline \text{Höchstbeitrags-} \\ \text{grundlage} \\ \text{pro Beitragsjahr} \\ \hline \end{array}$$

Wird die Höchstbeitragsgrundlage (voraussichtlich) überschritten, führen wir automatisch eine **Differenzbeitragsvorschreibung** durch. Dabei wird die Beitragsgrundlage in einer Höhe festgesetzt, die das Überschreiten der Höchstbeitragsgrundlage ausschließt.

Achtung:

Im laufenden Jahr ist noch offen, wie viele Monate Sie pflichtversichert sein werden. Daher können wir auch die Höchstbeitragsgrundlage für dieses Jahr noch nicht ermitteln. Die Differenzbeitragsvorschrift wird daher vorläufig **monatlich** berechnet:

$$\begin{array}{|c|} \hline \text{monatliche} \\ \text{Höchstbeitrags-} \\ \text{grundlage} \\ \hline \end{array} - \begin{array}{|c|} \hline \text{monatliche Beitrags-} \\ \text{grundlage Ihrer} \\ \text{unselbständigen} \\ \text{Erwerbstätigkeit} \\ \hline \end{array} = \begin{array}{|c|} \hline \text{Differenzbeitrags-} \\ \text{grundlage (= GSVG-} \\ \text{Beitragsgrundlage)} \\ \hline \end{array}$$

Sobald alle Beitragsgrundlagen endgültig feststehen, werden die GSVG-Beiträge endgültig berechnet. Das kann zu einer Nachbelastung oder zu einer Gutschrift von Beiträgen führen. Als Obergrenze gilt nun wieder die **jährliche** Höchstbeitragsgrundlage.

Auch bei folgenden Mehrfachversicherungen ist eine Differenzbeitragsvorschrift möglich:

- Sie beziehen GSVG-versicherungspflichtige Erwerbseinkünfte und eine **Pension** (Differenzvorschrift nur in der Krankenversicherung möglich).
- Sie üben gleichzeitig ein Gewerbe und eine **Land-/Forstwirtschaft** aus (Differenzbeitragsvorschrift durch die SVA der Bauern).

Ich bin Beamtin bzw. Beamter und übe gleichzeitig ein Gewerbe aus bzw. führe eine Land-/Forstwirtschaft. Gelten für mich die Bestimmungen der Mehrfachversicherung?

Pensionsversicherung:

In der gewerblichen bzw. bäuerlichen Pensionsversicherung müssen Sie **Beiträge bis zur Höchstbeitragsgrundlage** entrichten (keine Mehrfachversicherung).

Krankenversicherung:

Im Bereich der Krankenversicherung ist eine **Differenzbeitragsvorschrift** möglich.

Hat Mehrfachversicherung Einfluss auf die Mindestbeitragsgrundlage?

Bei Mehrfachversicherung GSVG mit ASVG gilt für Ihre GSVG-Beiträge kein Mindestwert, wenn die **Summe aus allen Beitragsgrundlagen** die **GSVG-Mindestbeitragsgrundlage** erreicht.

Die GSVG-Beiträge leiten sich bei Mehrfachversicherung nur von den tatsächlichen Gewerbeeinkünften ab. Zum Beispiel müssen Sie **keine GSVG-Beiträge** bezahlen, wenn Sie keine GSVG-Einkünfte (oder sogar Verluste) erzielen und weiters Ihre anderen Einkünfte die GSVG-Mindestbeitragsgrundlage erreichen. Liegen Ihre anderen Einkünfte allerdings unter der GSVG-Mindestbeitragsgrundlage, so gilt die Differenz zu dieser als Grundlage für Ihre GSVG-Beiträge.

Bei Mehrfachversicherung GSVG mit B-KUVG gelten diese Bestimmungen nur in der Krankenversicherung!

3. Pensionsversicherung

Für neue Versicherte spielt der Gedanke an die zukünftige Pension meist noch keine große Rolle. Aus diesem Grund behandeln wir das Kapitel Pensionsversicherung nur kurz.

Achtung:

Versicherungszeiten, die Sie in anderen Pensionsversicherungen erworben haben, bleiben für die Pension erhalten. Der Wechsel zur gewerblichen Sozialversicherung bringt für Versicherte keinen Nachteil. In **sämtlichen Pensionsgesetzen** ist vorgesehen, dass **Versicherungszeiten zusammengerechnet** werden.

Wer ist für meine Pension zuständig?

Auch wenn Sie im Laufe Ihres Lebens Versicherungszeiten in mehreren Pensionsversicherungen erworben haben, ist letztlich nur **ein Pensionsversicherungsträger** für die Berechnung und Auszahlung Ihrer Pension zuständig. Und zwar jener, bei dem für die letzten 15 Jahre die meisten

Versicherungsmonate liegen. Dieser Versicherungsträger behandelt dann alle Zeiten, die Sie bei anderen Versicherungen erworben haben so, als wären es seine eigenen Versicherungszeiten. Er wendet dabei nur jene Bestimmungen an, die bei ihm gelten.

Ich war über bestimmte Zeiträume mehrfach versichert. Welcher Pensionsversicherung werden diese Zeiten zugerechnet?

Wenn Sie gleichzeitig selbständige und unselbständige Tätigkeiten ausüben, so können Sie Beitragsmonate in mehreren Pensionsversicherungssystemen erwerben. Anschließend ist es aber notwendig, diese Beitragszeiten einer einzigen Versicherung zuzuordnen. Dies geschieht nach folgendem System:

- ASVG + GSVG --> Alle Versicherungsmonate zählen für die ASVG-Pensionsversicherung. (Auch wenn das GSVG-Einkommen höher liegt.)
- GSVG + BSVG --> Alle Versicherungsmonate zählen für die GSVG-Pensionsversicherung. (Auch wenn das BSVG-Einkommen höher liegt.)

Für Ihre Pensionsberechnung werden die Beitragsgrundlagen aller Versicherungen berücksichtigt, die an Ihrer Mehrfachversicherung beteiligt waren.

Welche Leistungen umfasst die Pensionsversicherung?

Die Pensionsversicherung sorgt dafür, dass der Versicherte und seine Angehörigen auch im **Alter**, bei **Erwerbsunfähigkeit** oder nach dem **Tod** des Versicherten finanziell abgesichert sind. Die wichtigste Leistung ist die Pension. Es gibt folgende Formen:

- Alterspension (Frauen ab 60*/Männer ab 65)
- vorzeitige Alterspension
- Korridorpension
- Schwerarbeitspension
- Erwerbsunfähigkeitspension (unabhängig vom Alter)
- Witwenpension/Witwerpension, Pension für hinterbliebene eingetragene Partner
- Waisenspension

Achtung:

Jeder Antrag auf Erwerbsunfähigkeitspension gilt vorrangig als Antrag auf Rehabilitationsmaßnahmen. Sollte Erwerbsunfähigkeit durch diese Maßnahmen verhindert werden können, besteht unter bestimmten Voraussetzungen ein diesbezüglicher Rechtsanspruch auf diese Rehabilitationsmaßnahmen.

Gesundheitsvorsorge

Die Pensionsversicherung finanziert neben der Pension auch Aufenthalte in Kurorten bzw. Kuranstalten oder stellt Kostenzuschüsse zur Verfügung.

Wie berechnet sich meine Pension?

Mit der Pensionsharmonisierung 2005 wurde ein einheitliches Pensionsystem geschaffen:

- Sie sind **ab dem 1. Jänner 1955** geboren: Für Sie gibt es seit 1. Jänner 2005 ein **Pensionskonto**.
- Sie sind **vor dem 1. Jänner 1955** geboren: Für Sie gilt das **alte Pensionsrecht** (vor 2005) weiter.

Pensionsberechnung für Personen, die ab 1. Jänner 1955 geboren sind:

Für Sie ist ab 1. Jänner 2005 ein Pensionskonto eingerichtet, aus dem Sie Ihre Pension ermitteln können. Jede Beitragszahlung führt dazu, dass sich Ihr Pensionsanspruch erhöht. Alte Beitragszahlungen werten wir entsprechend dem Lohnniveau auf.

Wann beginnt mein Pensionskonto?

Die Kontoführung beginnt mit dem Kalenderjahr, in dem Sie erstmals in ein Versicherungsverhältnis mit Pensionsversicherung eingetreten sind.

Wann endet mein Pensionskonto?

Das Pensionskonto endet mit dem Kalenderjahr, in das Ihr Pensionsstichtag fällt.

* Das Pensionsalter der Frauen wird zwischen 2024 und 2032 an das Pensionsalter der Männer angeglichen.

Auf dem Pensionskonto werden die Beitragsgrundlagen für alle Versicherungszeiten erfasst. Dazu zählen zum Beispiel:

- Erwerbstätigkeit
- Kindererziehung
- Präsenz- und Zivildienst
- Arbeitslosigkeit
- Zeiten freiwilliger Versicherung

Formel 65-45-80

Wenn Sie mit **65 Jahren** in Pension gehen, bekommen Sie nach **45 Versicherungsjahren 80%** Ihres gesamten monatlichen **durchschnittlichen Lebenseinkommens** (brutto, bis zur Höchstbeitragsgrundlage) als Pension.

Achtung:

Wenn Sie Ihre **Pension früher antreten** (Pensionskorridor ab 62), müssen Sie mit **Abschlägen** von Ihrer Pension rechnen. Wenn Sie Ihre Pension **später** als mit 65 antreten, kommt es zu einer **Erhöhung**.

Sie haben bereits vor 2005 Versicherungsmonate erworben

Auch für Sie ergibt sich Ihre Pension ausschließlich aus dem Pensionskonto. Mit 1. Jänner 2014 wurde das bisher komplizierte Berechnungssystem vereinfacht. Wir berechnen zum 1. Jänner 2014 eine **Kontoerstgutschrift**. Diese berücksichtigt alle Versicherungszeiten bis zum 31. Dezember 2013 und wird als Gesamtgutschrift für das Jahr 2013 ins bereits bestehende Pensionskonto eingetragen. Über die Kontoerstgutschrift erhalten Sie automatisch eine Mitteilung.

Für jedes weitere Jahr ab 2014 werden wir Ihre Beitragszahlungen im Pensionskonto gutschreiben und zur Kontoerstgutschrift hinzurechnen. Die Beträge werden jedes Jahr aufgewertet und ergeben in Summe die Gesamtgutschrift. Die Gesamtgutschrift geteilt durch 14, ergibt den monatlichen Pensionswert im Bruttobetrag. Zukünftige Versicherungszeiten sowie Abschläge bei einem Pensionsantritt vor dem Regelpensionsalter sind in diesem Wert nicht berücksichtigt.

Pensionsberechnung für Personen, die vor dem 1. Jänner 1955 geboren sind:

Für die Höhe Ihrer Pension sind drei Faktoren ausschlaggebend:

- die Gesamtbemessungsgrundlage
- die Pensionsprozente
- das Alter bei Pensionsantritt

Gesamtbemessungsgrundlage: errechnen wir aus der Bemessungsgrundlage zum Stichtag und – wenn vorhanden – aus der Bemessungsgrundlage für Kindererziehungszeiten.

- **Bemessungsgrundlage zum Stichtag:** errechnen wir aus dem Durchschnitt der 360 „besten“ monatlichen Gesamtbeitragsgrundlagen.
- **Bemessungsgrundlage für Kindererziehungszeiten:** Fixbetrag

Ausführliche Informationen zur Pensionsberechnung - **SVA-Informationsbroschüren** zum Thema Pension.

Die **Pension** ist ein bestimmter **Prozentsatz der Bemessungsgrundlage**. Dieser Prozentsatz

- wird aus der Versicherungsdauer ermittelt;
- fällt umso höher aus, je mehr Versicherungsmonate Sie erworben haben.

Für **je 12 Versicherungsmonate** gebühren Ihnen 1,78 % der Bemessungsgrundlage.

Ein Rest von weniger als 12 Monaten wird anteilig berücksichtigt.

Achtung:

Wenn Sie vor dem **60. Lebensjahr (Frauen)** bzw. vor dem **65. Lebensjahr (Männer)** Ihre Pension antreten, müssen Sie mit Abschlägen rechnen.

Gibt es die Möglichkeit, freiwillig höhere Beiträge zu zahlen, um später eine höhere Pension zu erhalten?

Jeder Pflichtversicherte hat die Möglichkeit der freiwilligen **Höherversicherung**. Sie können Ihre Beitragshöhe damit bis zu einer bestimmten Obergrenze (2019: 10.440 Euro) frei wählen.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Zahlungen für die Höherversicherung vorzunehmen. Wenn Sie Ihre Pension antreten, erhalten Sie für diese Zahlungen eine **Zusatzpension**, wie sie auch von privaten Institutionen angeboten wird.

Der Betrag, um den wir Ihre monatliche Pension erhöhen können, hängt von folgenden Faktoren ab:

- **Lebensalter zum Zeitpunkt der Einzahlung**
- **Lebensalter zum Zeitpunkt des Pensionsantritts**

Die Pensionserhöhung ist umso größer, je früher die Einzahlung erfolgt bzw. je später Sie Ihre Pension in Anspruch nehmen.

4. Krankenversicherung

Welche Personen umfasst meine Krankenversicherung?

Nicht nur Sie selbst als Versicherter fallen unter den Schutz der gewerblichen Krankenversicherung, sondern unter bestimmten Voraussetzungen auch:

- **Ihre Kinder**
- **Ihr Ehepartner**
- **Ihr eingetragener Partner bzw. Lebensgefährtin**
- **Ihr pflegender Angehöriger**

Alle genannten Personen sind anspruchsberechtigt, wenn sie keinen eigenen (gesetzlichen) Krankenschutz haben.

Achtung:

Melden Sie uns die **Namen und Geburtsdaten Ihrer Angehörigen**, damit wir Leistungen erbringen können!

Mitversicherte Kinder

Sie können:

- eheliche Kinder
- uneheliche Kinder
- legitimierte Kinder
- Wahlkinder
- Stiefkinder
- Enkel

mitversichern, wenn sie ständig mit Ihnen in Hausgemeinschaft leben.

- **Pflegekinder**

können mitversichert werden, wenn sie von Ihnen **unentgeltlich** oder **aufgrund einer behördlichen Bewilligung** gepflegt werden.

Achtung:

Wenn Sie und Ihr **Ehepartner** bei **verschiedenen Krankenversicherungen** versichert sind, sind Ihre Kinder prinzipiell bei beiden Versicherungsinstituten mitversichert.

Altersbeschränkung für die Mitversicherung

Sie können Kinder generell bis zu ihrem **18. Geburtstag** mitversichern. Wenn Ihre Kinder eine Schul- oder Berufsausbildung absolvieren, ist die Mitversicherung bis zum **27. Geburtstag** möglich. Darüber hinaus nur in Ausnahmefällen.

Für mitversicherte Kinder müssen Sie **keine zusätzlichen Beiträge** zahlen.

Mitversicherte Partner und Lebensgefährten

Für mitversicherte Partner und Lebensgefährten müssen Sie einen **Zusatzbeitrag** bezahlen.

In folgenden Fällen gilt eine **Ausnahme** und Sie müssen auch für Partner und Lebensgefährten keine zusätzlichen Beiträge zahlen:

- Ihr Partner/Lebensgefährte erzieht ein oder mehrere **Kinder**, die im gemeinsamen Haushalt leben.
- Ihr Partner/Lebensgefährte hat in der Vergangenheit mindestens **4 Jahre** ein **Kind** im gemeinsamen Haushalt **erzogen**.
- Sie beziehen als Versicherter **Pflegegeld der Stufe 3** und werden von Ihrem Partner/Lebensgefährten gepflegt.
- Ihr Partner/Lebensgefährte bezieht **Pflegegeld der Stufe 3**.

- Ihr Nettoeinkommen liegt unter dem **Ausgleichszulagenrichtsatz** für Ehepaare (1.398,97 Euro).
- Es liegt eine besondere **soziale Schutzbedürftigkeit** vor.

Mitversicherung von pflegenden Angehörigen

Folgende Angehörige haben einen Anspruch auf Mitversicherung, wenn keine andere Krankenversicherung besteht und sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Österreich haben:

- Ehepartner
- eingetragene Partner
- Lebensgefährten
- Verschwägerte bis zum 4. Grad (in gerader Linie oder in Seitenlinie)
- Verwandte bis zum 4. Grad (in gerader Linie oder in Seitenlinie)
- Wahl-, Stief- und Pflegekinder
- Wahl-, Stief- und Pflegeeltern

Außerdem gelten folgende Voraussetzungen:

- Der Hauptversicherte bezieht **Pflegegeld der Stufe 3** oder höher.
- Der Hauptversicherte wird in **häuslicher Umgebung** (nicht im Krankenhaus oder im Pflegeheim) gepflegt.
- Der Pflegende widmet seine **Arbeitskraft überwiegend der Pflege**.
- Die Pflege wird **nicht gewerblich** ausgeübt.

Pflegende Angehörige zahlen generell **keinen Zusatzbeitrag**.

Was unterscheidet Sachleistungen und Geldleistungen in der Krankenversicherung?

Als Versicherter in der gewerblichen Krankenversicherung sind Sie entweder **sachleistungsberechtigt** oder **geldleistungsberechtigt**.

Sachleistungen

Als Sachleistungsberechtigter können Sie bei **Vertragsärzten** Ihre **e-card** vorweisen und werden **dort auf Rechnung der SVA** behandelt.

Geldleistungen

Als Geldleistungsberechtigter gelten Sie beim Arzt als **Privatpatient** und müssen die Honorare vorerst selbst bezahlen. Im Nachhinein erhalten Sie von uns eine **Vergütung** nach Tarif.

Habe ich Anspruch auf Sachleistungen oder Geldleistungen?

- In den **ersten drei Jahren** der GSVG-Krankenversicherung oder bei **Mehrfachversicherung**: Sie haben Anspruch auf **Sachleistungen**.
- Ab dem vierten Jahr der GSVG-Krankenversicherung: Die Höhe Ihrer vorläufigen Beitragsgrundlage entscheidet über Ihren Leistungsanspruch.
 - Ihr Jahreseinkommen liegt **unter** der „**Sachleistungsgrenze**“ (2019: 73.079,99 Euro):
Sie haben Anspruch auf **Sachleistungen**.
 - Ihr Jahreseinkommen liegt **über** der „**Sachleistungsgrenze**“ (2019: 73.079,99 Euro):
Sie haben Anspruch auf **Geldleistungen**.

Welche Optionen gibt es in der GSVG-Krankenversicherung?

Sie können Ihren Versicherungsschutz Ihren Bedürfnissen individuell anpassen. Dabei haben Sie folgende Optionen:

- Für Sachleistungsberechtigte
 - die „volle Geldleistungsberechtigung“ oder
 - die „Sonderklasse-Geldleistungsberechtigung“
- Für Geldleistungsberechtigte
 - die „Sonderklasse-Geldleistungsberechtigung“

Die „volle Geldleistungsberechtigung“

Diese Option entspricht der früheren Höherreihung. Beim **Arztbesuch**, beim **Medikamentenbezug** und in der **Spital-Sonderklasse** gelten Sie als **Privatpatient** und bezahlen die Leistung zunächst selbst. Wir vergüten Ihnen die Kosten nach Tarif, bezahlen aber maximal 80% der Kosten.

Diese Option kostet **107,30 Euro** (Wert 2019) monatlich zusätzlich zu den normalen Krankenversicherungsbeiträgen.

Die „Sonderklasse-Geldleistungsberechtigung“

In dieser Option sind Sie nur hinsichtlich der **Spital-Sonderklasse** zu Geldleistungen berechtigt.

Diese Option kostet für **Sachleistungsberechtigte 85,86 Euro** (Wert 2019) monatlich zusätzlich zu den normalen Krankenversicherungsbeiträgen. Für Geldleistungsberechtigte ist diese Option kostenlos.

Wann beginnen und wann enden die Optionen?

Die Option **beginnt** grundsätzlich mit dem **ersten Tag des Monats**, nachdem Sie den Antrag gestellt haben. Die Option kann aber auch mit Beginn der Pflichtversicherung wirksam werden. Dazu müssen Sie innerhalb von 4 Wochen, nachdem wir Sie über den Beginn der Pflichtversicherung verständigt haben, einen Antrag stellen.

Die **Option** endet mit dem **Ende der Pflichtversicherung**. Sie kann aber auch durch Austritt beendet werden. Sie können frühestens am Ende jenes Kalenderjahres austreten, das auf den Beginn der Option folgt. Danach ist der Austritt immer nur zum **Ende eines Kalenderjahres** möglich. Wenn Sie die Zusatzbeträge nicht bezahlen, ist es auch möglich, dass wir Sie aus der Option ausschließen müssen.

Achtung:

Wenn Sie **sachleistungsberechtigt** sind und in die „volle Geldleistungsberechtigung“ oder in die „Sonderklasse-Geldleistungsberechtigung“ optieren, können wir Ihnen erst nach Ablauf einer **Wartezeit** von 6 Monaten die **Spital-Sonderklasse** vergüten. Wenn Sie unmittelbar vor Beginn der Option geldleistungsberechtigt waren, verkürzt sich die Wartezeit um diesen Zeitraum.

Sie haben eine private Zusatzversicherung abgeschlossen

Die Optionen können für Sie interessant sein, wenn Sie sachleistungsberechtigt sind und eine **private Spital-Zusatzversicherung** abgeschlossen haben. In diesem Fall kann die Geldleistungsberechtigung für die Spital-Sonderklasse dazu führen, dass sich die Prämie Ihrer Privatversicherung reduziert.

Welche Leistungen beinhaltet die Krankenversicherung?

Achtung:

Wenn Sie zu **Sachleistungen** berechtigt sind, müssen Sie für einen Teil der Kosten für Ihre Behandlung selbst aufkommen. Dieser Anteil wird als **Selbstbehalt** bezeichnet.

Sie können vom **Selbstbehalt befreit** werden. Das ist in folgenden Fällen möglich:

- soziale Schutzbedürftigkeit (geringes Familieneinkommen)
- laufende Chemo- oder Strahlentherapie
- Dialysebehandlung
- nach erfolgter Organtransplantation
- bei einem Behindertengrad von mindestens 50 %
- als Schwerversehrter

Außerdem sind beitragsfrei mitversicherte **Kinder** generell vom Selbstbehalt befreit. (Ausnahme: Heilbehelfe/Hilfsmittel ab dem 15. Lebensjahr, Kieferregulierungen)

Bei besonderer sozialer Schutzbedürftigkeit können Sie von der **Rezeptgebühr befreit** werden.

Arzthilfe

Sachleistung

Wenn Sie Ihre e-card bei einem **Vertragsarzt** vorweisen, verrechnet er sein Honorar direkt mit der SVA. Wir fordern im Nachhinein 20 % (oder 10 % bei Teilnahme an einem Gesundheitscheck und Erreichung der Gesundheitsziele bzw. Teilnahme an „Disease Management-Diabetes Typ 2“-Projekten) der Kosten von Ihnen als **Selbstbehalt** zurück.

Geldleistung

Sie gelten beim Arztbesuch als **Privatpatient**. Das Honorar müssen Sie zunächst selbst bezahlen. Nachdem Sie die Rechnung bei uns **vorlegen**, bekommen Sie einen Kostenersatz. Der Kostenersatz erfolgt nach einem Vergütungstarif. Bei Teilnahme an einem Gesundheitscheck und Erreichung der Gesundheitsziele bzw. Teilnahme an „Disease Management-Diabetes Typ 2“-Projekten erhalten Sie eine um 10 % höhere Vergütung. Sie bekommen jedoch höchstens 80 % der tatsächlichen Kosten vergütet.

Medikamente

Sachleistung

Wenn Ihnen Medikamente auf **Kassenrezept** verordnet wurden, erhalten Sie diese in der Apotheke gegen die **Rezeptgebühr** von 6,10 Euro.

Geldleistung

Auch für Geldleistungsberechtigte können Medikamente auf Kassenrezept verordnet werden. Falls Ihr Arzt kein SVA Vertragsarzt ist, stellt er ein Privatrezept aus.

Sofern auf dem Privatrezept keine bewilligungspflichtigen Medikamente verordnet sind, werden diese von Apotheken wie Kassenrezepte behandelt und Sie bezahlen lediglich die Rezeptgebühr von 6,10 Euro pro Verschreibung.

Sie haben auch die Möglichkeit, Privatrezepte in Ihrer SVA Landesstelle in Kassenrezepte umwandeln zu lassen.

Heilbehelfe/Hilfsmittel

Kein Unterschied zwischen Sachleistung und Geldleistung

Alle GSVG-Versicherten haben Anspruch auf Heilbehelfe und Hilfsmittel wie z. B. orthopädische Schuheinlagen oder Gummistrümpfe. Sie können diese als **Sachleistung** bei unseren Vertragspartnern beziehen.

Achtung:

- Wir verrechnen Ihnen für Heilbehelfe und Hilfsmittel einen **Selbstbehalt** von **20%**. Der Selbstbehalt muss aber **mindestens 34,80 Euro** betragen.
- Für **Brillen und Kontaktlinsen** muss der Selbstbehalt ab 1. Jänner 2019 **mindestens 104,40 Euro** betragen.

Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr sind vom Selbstbehalt ausgenommen.

Spitalpflege

- **Allgemeine Gebührenklasse**

kein Unterschied zwischen Sachleistung und Geldleistung

Für die Behandlung in der allgemeinen Gebührenklasse eines Vertragskrankenhauses müssen Sie nur einen täglichen Spitalskostenbeitrag bezahlen. Darüber hinaus ist die Behandlung für Sie kostenlos.

- **Sonderklasse**

Sachleistung

Für Behandlungen in einem Spital, das keinen Vertrag mit der SVA hat, erhalten Sie von uns einen Kostenersatz von 251,37 Euro/Tag. Das entspricht dem Pflegekostenzuschuss. Die Mehrkosten der Sonderklasse können wir Ihnen nicht ersetzen.

Geldleistung

Wenn Sie geldleistungsberechtigt sind und sich für die Sonderklasse entscheiden, so erhalten Sie:

- einen Kostenersatz für die Anstaltsgebühr
- eine Pauschalvergütung für Sondergebühren
- eventuell einen Operationskostenersatz

Achtung:

Geldleistungsberechtigten können wir maximal 80% der Kosten eines Spitalaufenthalts zurückerstatten. Der tatsächliche Betrag wird meistens noch geringer ausfallen. Um die restlichen Kosten abzudecken, raten wir Ihnen daher zu einer privaten Spital-Zusatzversicherung.

Mutterschaftsleistungen

Kein Unterschied zwischen Sachleistung und Geldleistung

Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen sowie Beistand durch **Hebammen** und **diplomierte Kinderkranken-/Säuglingsschwestern** sind für alle Versicherten kostenlos. Für die Entbindung im Spital gelten die Ausführungen zum Punkt „Spitalpflege“.

Wochengeld

Kein Unterschied zwischen Sachleistung und Geldleistung

Das Wochengeld erhalten Sie, wenn Sie, sofern möglich, eine **Hilfskraft** einstellen. Mütter haben Anspruch auf ein Wochengeld von **55,04 Euro pro Tag**:

- während der letzten acht Wochen vor der Entbindung
- am Entbindungstag selbst
- während der ersten acht Wochen nach der Entbindung

Bei einer **Mehrlingsgeburt, Frühgeburt** oder einem **Kaiserschnitt** wird das Wochengeld 12 Wochen lang nach der Geburt ausgezahlt.

Kinderbetreuungsgeld

Das Kinderbetreuungsgeld steht in zwei Systemen zur Verfügung. Es kann entweder als Pauschalleistung (Kinderbetreuungsgeld-Konto für Geburten ab 1.3.2017 bzw. 4 Pauschalvarianten für Geburten bis 28.2.2017) oder als einkommensabhängiges Kinderbetreuungsgeld bezogen werden.

Durch das Kinderbetreuungsgeld als Pauschalleistung wird die Betreuungsleistung der Eltern anerkannt und teilweise abgegolten. Das pauschale Kinderbetreuungsgeld erhalten Eltern unabhängig von einer vor der Geburt des Kindes ausgeübten Erwerbstätigkeit.

Das einkommensabhängige Kinderbetreuungsgeld hat die primäre Funktion, jenen Eltern, die sich nur für kurze Zeit aus dem Berufsleben zurückziehen wollen und über ein höheres Einkommen verfügen, die Möglichkeit zu geben, in dieser Zeit einen Einkommensersatz zu erhalten.

Pauschalleistung

Für Geburten ab 1.3.2017: Kinderbetreuungsgeld-Konto

Für Geburten ab 1.3.2017 werden die bisherigen 4 Pauschalvarianten durch das Kinderbetreuungsgeld-Konto ersetzt. Die Höhe des täglichen Kinderbetreuungsgeldes (14,53 - 33,88 Euro) hängt hier von der innerhalb eines vorgegebenen Rahmens ab der Geburt des Kindes (365 bis 851 Tage für einen Elternteil bzw. 456 bis 1063 Tage bei Inanspruchnahme durch beide Elternteile) flexibel wählbaren Anspruchsdauer ab. Von der jeweiligen Gesamtanspruchsdauer pro Kind sind 20 % dem zweiten Elternteil unübertragbar vorbehalten.

Für Geburten bis 28.2.2017: 4 Pauschalvarianten

Pauschalvariante 30+6

Das Kinderbetreuungsgeld beträgt 14,53 Euro täglich. Sie bekommen es bis zur Vollendung des 30. Lebensmonats des Kindes, wenn nur ein Elternteil bezieht. Bei Inanspruchnahme durch beide Elternteile verlängert sich die Bezugsdauer um jenen Zeitraum, den der andere Elternteil tatsächlich bezogen hat, maximal aber gebührt Kinderbetreuungsgeld bis zur Vollendung des 36. Lebensmonats des Kindes.

Pauschalvariante 20+4

Das Kinderbetreuungsgeld beträgt 20,80 Euro täglich. Sie bekommen es bis zur Vollendung des 20. Lebensmonats des Kindes, wenn nur ein Elternteil bezieht. Bei Inanspruchnahme durch beide Elternteile verlängert sich die Bezugsdauer um jenen Zeitraum, den der andere Elternteil tatsächlich bezogen hat, maximal aber gebührt Kinderbetreuungsgeld bis zur Vollendung des 24. Lebensmonats des Kindes.

Pauschalvariante 15+3

Das Kinderbetreuungsgeld beträgt 26,60 Euro täglich. Sie bekommen es bis zur Vollendung des 15. Lebensmonats des Kindes, wenn nur ein Elternteil bezieht. Bei Inanspruchnahme durch beide Elternteile verlängert sich die Bezugsdauer um jenen Zeitraum, den der andere Elternteil tatsächlich bezogen hat, maximal aber gebührt Kinderbetreuungsgeld bis zur Vollendung des 18. Lebensmonats des Kindes.

Pauschalvariante 12+2

Das Kinderbetreuungsgeld beträgt 33 Euro täglich. Sie bekommen es bis zur Vollendung des 12. Lebensmonats des Kindes, wenn nur ein Elternteil bezieht. Bei Inanspruchnahme durch beide Elternteile verlängert sich die Bezugsdauer um jenen Zeitraum, den der andere Elternteil tatsächlich bezogen hat, maximal aber gebührt Kinderbetreuungsgeld bis zur Vollendung des 14. Lebensmonats des Kindes.

Einkommensabhängiges Kinderbetreuungsgeld

Das Kinderbetreuungsgeld beträgt 80% Ihrer Letzteinkünfte, maximal jedoch 66 Euro täglich. Sie bekommen es bis zum 365. Tag ab der Geburt des Kindes (für Geburten bis 28.2.2017: bis zur Vollendung des 12. Lebensmonats des Kindes), wenn nur ein Elternteil bezieht. Bei Inanspruchnahme durch beide Elternteile verlängert sich die Bezugsdauer um jenen Zeitraum, den der andere Elternteil tatsächlich bezogen hat, maximal aber gebührt das einkommensabhängige Kinderbetreuungsgeld bis zu 426 Tage ab der Geburt des Kindes (für Geburten bis 28.2.2017: bis zur Vollendung des 14. Lebensmonats des Kindes).

Um Kinderbetreuungsgeld beziehen zu können, müssen gewisse allgemeine **Anspruchsvoraussetzungen** erfüllt werden (z.B. Anspruch und Bezug der Familienbeihilfe für das Kind, gemeinsamer Haushalt mit dem Kind samt identer Hauptwohnsitzmeldung). Für den Bezug des einkommensabhängigen Kinderbetreuungsgeldes muss zudem das Erwerbstätigkeitserfordernis erfüllt werden.

Achtung:

Während des Bezuges von Kinderbetreuungsgeld müssen jährliche **Zuverdienstgrenzen** eingehalten werden:

- Für die 4 Pauschalvarianten bzw. das Kinderbetreuungsgeld-Konto gelten zwei Grenzen:
 - der allgemeine Grenzbetrag von 16.200 Euro jährlich.
 - der individuelle Grenzbetrag von 60 % Ihrer maßgeblichen Einkünfte aus dem relevanten Kalenderjahr vor der Geburt. Ist der berechnete individuelle Grenzbetrag höher als 16.200 Euro jährlich, dann können Sie während des gesamten Bezugszeitraumes des pauschalen Kinderbetreuungsgeldes diesen entsprechend höheren jährlichen Zuverdienst erzielen.
- Für das einkommensabhängige Kinderbetreuungsgeld dürfen Ihre maßgeblichen Einkünfte den Grenzbetrag von 6.800 Euro (bis 2016: 6.400 Euro) jährlich nicht übersteigen.

Wird die jeweils relevante jährliche Zuverdienstgrenze überschritten, droht eine nachträgliche Rückforderung!

Tipp: Wenn Sie mit Ihren selbständigen **Jahreseinkünften** die Zuverdienstgrenze überschreiten und nicht das ganze Kalenderjahr Kinderbetreuungsgeld beziehen, denken Sie daran, rechtzeitig bis zum Ablauf des zweiten auf das Bezugsjahr folgenden Kalenderjahres eine Zwischenbilanz bzw. Zwischen-Einnahmen-Ausgabenrechnung vorzulegen, sofern Sie damit die Zuverdienstgrenze einhalten und eine Rückforderung vermeiden können.

Während eines Anspruches auf Wochengeld oder eine wochengeldähnliche Leistung (seit 1.3.2017 auch während eines Anspruches auf Betriebshilfe) kommt es zu einem **Ruhen** des Kinderbetreuungsgeldes. Ist aber diese Leistung geringer als das Kinderbetreuungsgeld, gebührt eine Differenzzahlung.

Beihilfe zum pauschalen Kinderbetreuungsgeld

Eltern mit geringem Einkommen können außerdem eine Beihilfe zum pauschalen Kinderbetreuungsgeld in Höhe von 6,06 Euro täglich maximal für die Dauer von 365 Tagen (bzw. für Geburten bis 28.2.2017: 12 Monaten) ab Antragstellung beantragen.

Anspruchsberechtigt sind

- Alleinerziehende, die Anspruch auf pauschales Kinderbetreuungsgeld haben und nicht mehr als 6.800 Euro (bis 2016: 6.400 Euro) im Kalenderjahr verdienen
- Elternteile, die in Ehe bzw. Lebensgemeinschaft leben und Anspruch auf pauschales Kinderbetreuungsgeld haben, wobei der beziehende Elternteil nicht mehr als 6.800 Euro (bis 2016: 6.400 Euro) sowie der zweite Elternteil bzw. der/die Partner/in nicht mehr als 16.200 Euro im Kalenderjahr verdienen darf.

Wenn Sie einkommensabhängiges Kinderbetreuungsgeld beziehen, haben Sie keinen Anspruch auf Beihilfe!

Das Kinderbetreuungsgeld sowie die Beihilfe zum pauschalen Kinderbetreuungsgeld gebühren **nur auf Antrag**, wobei die Leistungen nur bis zu 182 Tage (für Geburten bis 28.2.2017: 6 Monate) rückwirkend geltend gemacht werden können.

Für Geburten ab 1.3.2017:

Partnerschaftsbonus und Familienzeitbonus

Haben die Eltern das pauschale oder das einkommensabhängige Kinderbetreuungsgeld zu annähernd gleichen Teilen (50:50 bis 60:40) und mindestens im Ausmaß von je 124 Tagen rechtmäßig bezogen, so gebührt für Geburten ab 1.3.2017 jedem Elternteil nach Ende des Gesamtanspruchszeitraums auf Antrag ein Partnerschaftsbonus in Höhe von 500 Euro als Einmalzahlung.

Für Geburten ab 1.3.2017 besteht für erwerbstätige Väter, die sich nach der Geburt ihres Kindes (innerhalb eines Zeitrahmens von 91 Tagen) ausschließlich der Familie widmen und dazu ihre Erwerbstätigkeit für einen ununterbrochenen Zeitraum zwischen 28 und 31 Tagen unterbrechen, die Möglichkeit eine finanzielle Unterstützung (in Höhe von 22,60 Euro täglich) in Form eines „Familienzeitbonus“ zu beantragen.

Nähere Informationen rund um das Thema Kinderbetreuungsgeld und Familienzeitbonus finden Sie auf der Homepage der Sektion Familien und Jugend des Bundeskanzleramtes abrufbar unter **www.bmfj.gv.at**

Zusatzversicherung

Die **freiwillige Zusatzversicherung** bietet Ihnen die Möglichkeit, gegen **höhere Beiträge** Krankengeld zu beziehen.

Krankengeld: bei Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit

Die Zusatzversicherung können Sie durch einen **Antrag** bei uns abschließen. Ihre Beiträge erhöhen sich dadurch monatlich um **2,5%** Ihrer vorläufigen **Beitragsgrundlage**, wobei ein Mindestbeitrag in Höhe von 30,77 Euro (Wert 2019) vorgesehen ist.

Sie können Leistungen aus der Zusatzversicherung erst in Anspruch nehmen, nachdem Sie sechs Monate versichert waren (**Wartefrist**).

Ich bin wegen einer Krankheit arbeitsunfähig und möchte Leistungen aus der Zusatzversicherung beziehen.

Was muss ich tun?

Melden Sie Ihre Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 7 Tagen bei einer unserer Landesstellen. Dabei müssen Sie eine ärztliche Bestätigung beilegen. Alle 14 Tage müssen Sie nachweisen, dass Ihre Arbeitsunfähigkeit andauert.

Wie hoch ist mein Krankengeld?

Das tägliche Krankengeld beträgt 60 % der vorläufigen täglichen Beitragsgrundlage – im Jahr 2019 mindestens 8,94 Euro.

monatliche Beitragsgrundlage	÷ 30 =	tägliche Beitragsgrundlage
---------------------------------	--------	-------------------------------

Achtung:

Sie können die Leistungen **ab dem 4. Tag** Ihrer Arbeitsunfähigkeit beziehen.

Sie können die Leistungen ununterbrochen **maximal für 26 Wochen** beziehen.

Unterstützungsleistung bei lang andauernder Krankheit

Mit der „Unterstützungsleistung bei lang andauernder Krankheit“ wird die soziale Absicherung von Selbständigen entscheidend verbessert.

Sie haben Anspruch auf eine „Unterstützungsleistung bei lang andauernder Krankheit“, wenn und solange Sie:

- Selbständig erwerbstätig und in der Krankenversicherung nach dem GSVG versichert sind.
- Regelmäßig keinen oder weniger als 25 Mitarbeiter beschäftigen.
- Die Aufrechterhaltung des Betriebes von Ihrer persönlichen Arbeitsleistung abhängt.

Wie lange habe ich Anspruch?

Für Erkrankungen, die nach dem 30. Juni 2018 eintreten und zu einem mindestens 43 Tage dauernden Arbeitsausfall führen, zahlt die SVA die Unterstützungsleistung rückwirkend ab dem 4. Tag der Arbeitsunfähigkeit.

Der Anspruch besteht für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit; für ein und dieselbe Krankheit maximal 20 Wochen.

Wie hoch ist mein Anspruch?

Die Leistung beträgt täglich 30,53 Euro und ist nicht von der Höhe des Einkommens abhängig.

Wie und wo kann ich die Unterstützungsleistung beantragen?

Sie können die Leistung bei Ihrer SVA-Landesstelle beantragen. Dazu benötigen Sie eine ärztliche Bestätigung über Ihre Arbeitsunfähigkeit. Diese stellt Ihr Arzt aus.

Welche Fristen muss ich einhalten um die Unterstützungsleistung zu bekommen?

Wenn sich eine längere Krankheit abzeichnet, suchen Sie am besten einen Arzt auf und lassen sich Ihre Arbeitsunfähigkeit bestätigen. Dafür haben Sie maximal 4 Wochen ab Beginn Ihrer Arbeitsunfähigkeit Zeit.

Die Krankmeldung müssen Sie binnen 6 Wochen ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit bei der SVA vorlegen.

Achtung:

Melden Sie den Beginn nicht zeitgerecht, besteht jedenfalls bis zum Meldetag kein Anspruch auf Leistung.

Der Fortbestand der Arbeitsunfähigkeit ist 14-tägig vom Arzt zu bestätigen und innerhalb einer Woche der SVA zu melden.

Kann ich zusätzlich zur Unterstützungsleistung Krankengeld aus der Zusatzversicherung beziehen?

Ja, neben der gesetzlichen Unterstützung von 30,53 Euro können Sie Krankengeld aus der Zusatzversicherung beziehen.

5. Unfallversicherung

Welche Gefahren deckt die Unfallversicherung ab?

Die wichtigste Aufgabe der Unfallversicherung ist der Schutz des Menschen bei der Arbeit oder auf dem Weg zur Arbeit. Haben Sie dennoch einen **Arbeitsunfall** oder eine **Berufskrankheit**, so wird versucht Ihnen im Rahmen der Unfallversicherung in medizinischer, beruflicher und sozialer Hinsicht zu helfen. Darüber hinaus sind auch bei bestimmten Berufskrankheiten Leistungen vorgesehen. Unfälle ohne Bezug zur beruflichen Tätigkeit sind durch die gesetzliche Krankenversicherung abgedeckt.

Nach dem GSVG versicherte Selbständige und nach dem FSVG versicherte freiberuflich tätige Ärzte sind nach den Bestimmungen des ASVG unfallversichert.

Der Beitrag zur ASVG- bzw. FSVG-Unfallversicherung richtet sich nicht nach dem Einkommen, sondern ist **für alle gleich hoch**. 2019 beträgt der monatliche Unfallversicherungsbeitrag 9,79 Euro. Die Beiträge werden von der SVA vierteljährlich eingehoben und an die AUVA, die für die Durchführung der Unfallversicherung zuständig ist, überwiesen.

Leistungen – welche Hilfe kann die Unfallversicherung erbringen?

Ob und ab welchem Zeitpunkt Ihnen Leistungen aus der Unfallversicherung zustehen, erfahren Sie bei der AUVA.

Neben der Unfallheilbehandlung (stationär oder ambulant) spielt in der Unfallversicherung die Rehabilitation eine große Rolle, um den Versehrten eine selbständige Lebensführung und Berufstätigkeit zu ermöglichen. Bei schwerer gesundheitlicher Beeinträchtigung durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit werden auch Geldleistungen (Renten, Pflegegeld, etc.) erbracht. Für Barleistungen der Unfallversicherung ist die Bemessungsgrundlage relevant. Sie liegt für den oben genannten Beitrag bei 20.473,43 Euro (Wert 2019) jährlich.

Höherversicherung in der Unfallversicherung

Durch den „Pflichtbeitrag“ haben Sie bei einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit Anspruch auf Sach- und Barleistungen. Die oben angeführte Bemessungsgrundlage für Barleistungen – vor allem für Renten – ist eher gering. Daher können Sie sich in der Unfallversicherung höher versichern lassen und damit eine höhere Bemessungsgrundlage erreichen.

Sie müssen die Höerversicherung bei der zuständigen Landesstelle der AUVA beantragen. Der zusätzliche Beitrag wird direkt von der AUVA eingehoben.

Beispiele – was bringt die Höerversicherung?

(alle Werte 2019)

Minderung der Erwerbsfähigkeit von 20 %

Ein selbständiger Tischler gerät mit der Hand in die Kreissäge. Der Daumen wird dabei vollständig abgetrennt. Die AUVA stellt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von 20 % fest. Der Versicherte bekommt von der AUVA 14 x pro Jahr eine Versehrtenrente von 194,99 € aus der Pflichtversicherung in der Unfallversicherung ausbezahlt. Mit der Höerversicherung der Stufe I hätte er 14 x pro Jahr 318,86 € bekommen. Hätte er die Höerversicherung in der Stufe II abgeschlossen, bekäme er 381,71 € 14 x pro Jahr.

Minderung der Erwerbsfähigkeit von 50 %

Eine selbständige Physiotherapeutin erleidet auf der Fahrt in ihre Praxis einen Autounfall. Sie wird dabei so schwer verletzt, dass ihr Bein knapp oberhalb des Kniegelenks amputiert werden muss. Die AUVA stellt eine

Minderung der Erwerbsfähigkeit von 50 % fest. Die Versicherte bekommt von der AUVA 14 x pro Jahr eine Versehrtenrente samt Zusatzrente von 584,96 € aus der Pflichtversicherung in der Unfallversicherung ausbezahlt. Mit der Höherversicherung der Stufe I hätte sie 14 x pro Jahr 956,57 € bekommen. Hätte sie die Höherversicherung in der Stufe II abgeschlossen, bekäme sie 1.145,12 € 14 x pro Jahr.

Minderung der Erwerbsfähigkeit von 100 %

Ein selbständiger Dachdecker stürzt von einem Dach und ist querschnittsgelähmt. Die AUVA stellt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von 100 % fest. Der Versicherte bekommt von der AUVA 14 x pro Jahr eine Versehrtenrente samt Zusatzrente von 1.462,39 € aus der Pflichtversicherung in der Unfallversicherung ausbezahlt. Mit der Höherversicherung der Stufe I hätte er 14 x pro Jahr 2.391,43 € bekommen. Hätte er die Höherversicherung in der Stufe II abgeschlossen, bekäme er 2.862,81 € 14 x pro Jahr.

Tod

Ein selbständiger Bergführer gerät in einen Felssturz und stürzt 200 Meter ab. Er ist sofort tot. Seine Witwe bekommt von der AUVA 14 x pro Jahr eine Witwenrente von 292,48 € aus der Pflichtversicherung in der Unfallversicherung ausbezahlt. Mit der Höherversicherung der Stufe I hätte sie 14 x pro Jahr 478,29 € bekommen. Hätte er die Höherversicherung in der Stufe II abgeschlossen, bekäme sie 572,56 € 14 x pro Jahr.

Soziale Unfallversicherung für selbständig Erwerbstätige	Pflichtversicherung	Höherversicherung Stufe I	Höherversicherung Stufe II
Beitrag	9,79 € monatlich	117,49 € jährlich	176,50 € jährlich
Bemessungsgrundlage	20.473,43 €	33.480,01 €	40.079,32 €
Monatsrente 14 x jährlich bei Erwerbsminderung von 20 %	194,99 €	318,86 €	381,71 €
Monatsrente 14 x jährlich bei Erwerbsminderung von 50 %	584,96 €	956,57 €	1.145,12 €
Monatsrente 14 x jährlich bei Erwerbsminderung von 100 %	1.462,39 €	2.391,43 €	2.862,81 €
Witwen-/Witwer-/Waisenrente	292,47 €	478,29 €	572,56 €

Sie müssen die Höherversicherung bei der zuständigen Landesstelle der AUVA beantragen. Der zusätzliche Beitrag wird direkt von der AUVA eingehoben.

Bei einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit gebühren Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen Leistungen aus der Unfallversicherung. Ob und ab welchem Zeitpunkt Ihnen Leistungen aus der Unfallversicherung zustehen, erfahren Sie bei der AUVA.

6. Förderungen bei Betriebsgründung

NEUFÖG: Neugründungs-Förderungsgesetz

Das NEUFÖG soll Betriebsgründer **finanziell** dadurch **entlasten**, dass auf Antrag bestimmte Abgaben nicht eingehoben werden. Dazu gehören bestimmte

- Stempelgebühren
- Verwaltungsabgaben
- Lohnabgaben für Arbeitnehmer
- Steuern

Mit Einschränkungen gilt das NEUFÖG auch für **Betriebsübernahmen**.

Wer kann Förderungen erhalten und wo informiere ich mich?

Die Förderungen stehen grundsätzlich allen selbständig Erwerbstätigen zu. Beratung erhalten Sie:

- bei den gesetzlichen Interessenvertretungen
- in den SVA-Landesstellen

Betriebsneugründung: Eine betriebliche Struktur wird neu geschaffen, um Einkünfte aus einer der folgenden Gebiete zu erzielen:

- Gewerbebetrieb
- selbständige Arbeit
- Land- und Forstwirtschaft

Betriebsübertragung: Ein bereits vorhandener Betrieb wird von dem bisherigen Inhaber einer anderen Person überlassen. Diese Übertragung kann entgeltlich oder unentgeltlich erfolgen.

Achtung:

Wenn sich nur die **Rechtsform** einer Gesellschaft ändert (z. B. von OG zu GmbH), handelt es sich nicht um eine Neugründung.

Außerdem darf sich der **Betriebsinhaber** des neu gegründeten oder übertragenen Betriebes nicht in vergleichbarer Art betrieblich betätigt haben.

Weiters darf der neu geschaffene Betrieb im ersten Jahr nicht um andere, bereits bestehende **(Teil-)Betriebe** erweitert werden. Eine solche Erweiterung müssten Sie den betroffenen Behörden unverzüglich melden. Die Begünstigungen werden dann rückgängig gemacht.

Beispiel

Ein Tischler hat sich vor fünf Jahren **selbständig** gemacht, musste den Betrieb aber nach zwei Jahren aus finanziellen Gründen schließen. Danach wechselte er in ein **Anstellungsverhältnis**. Wenn er nun wieder einen selbständigen Tischlereibetrieb gründen möchte, darf er die Begünstigungen nicht in Anspruch nehmen.

7. Selbständigenvorsorge

Als Gewerbetreibender oder Gesellschafter, der nach dem GSVG in der Krankenversicherung pflichtversichert ist, müssen Sie seit 1. Jänner 2008 aufgrund des BMSVG Beiträge zur Selbständigenvorsorge bezahlen. Ausgenommen sind „Opting in“-Krankenversicherte und Selbst- bzw. Pflichtversicherte nach §§ 14a, b GSVG.

BMSVG = Betriebliches Mitarbeiter- und Selbständigenvorsorgegesetz

Wenn Sie nach dem GSVG oder FSVG pensionsversichert und von der GSVG-Krankenversicherung nach § 5 GSVG („Opting out“) ausgenommen sind oder nach dem ASVG pflichtversichert sind, können Sie der Selbständigenvorsorge **innerhalb von 12 Monaten**, nachdem Sie Ihre freiberufliche Tätigkeit aufgenommen haben, **freiwillig** beitreten.

Die **Beiträge** machen **1,53 %** der vorläufigen Beitragsgrundlage aus. Welche Beitragsgrundlage herangezogen wird, hängt vom jeweiligen Modell ab:

- Pflichtmodell: Beitragsgrundlage der Krankenversicherung
- freiwilliges Modell: Beitragsgrundlage der Pensionsversicherung

Die Beiträge werden von uns gemeinsam mit den Sozialversicherungsbeiträgen eingehoben.

Achtung:

Beiträge für die Selbständigenvorsorge gehen immer von der vorläufigen Beitragsgrundlage aus und werden **nicht nachbemessen**.

Wir überweisen die Beiträge an die von Ihnen ausgewählte **Vorsorgekasse**, wobei 8 entsprechende Kassen zur Auswahl stehen - Liste Seite 44. Haben Sie für Ihre Dienstnehmer bereits eine Vorsorgekasse gewählt, sind Sie ebenfalls an diese Kasse gebunden. Wählen Sie nicht rechtzeitig eine Vorsorgekasse, wird Ihnen eine Kasse zugeteilt. Die Vorsorgekasse veranlagt Ihre Beiträge.

Wann kann ich Leistungen aus der Selbständigenvorsorge beziehen?

Sie können **Leistungen** aus der Selbständigenvorsorge beziehen, wenn Sie

- für mindestens 3 Jahre Beiträge bezahlt haben und Ihre freiberufliche Tätigkeit vor mindestens 2 Jahren beendet haben

oder

- Ihre gesetzliche Pension antreten

oder

- vor 5 Jahren das letzte Mal in der Vorsorge beitragspflichtig waren.

Bei **Tod des Versicherten** wird das Kapital an nahe Angehörige ausbezahlt; sonst fällt es in die Verlassenschaft.

In welcher Form kann ich Leistungen aus der Selbständigenvorsorge beziehen und wie hoch sind diese?

Die **Höhe der Leistung** hängt von der Höhe der eingezahlten Beiträge und vom Veranlagungserfolg der Vorsorgekassen ab. Die Vorsorgekasse informiert Sie jährlich über den aktuellen Kontostand.

Sie können über die Leistungen in verschiedener Form verfügen:

- Auszahlung als **Einmalbetrag**
- Übertragung an eine **neue Vorsorgekasse** (z. B. wenn Sie im Anschluss an Ihre selbständige Tätigkeit eine unselbständige Erwerbstätigkeit aufnehmen)
- Übertragung an eine **Pensionskasse** bzw. eine **Privatversicherung** (zur Auszahlung einer Rente)

Wie wird die Selbständigenvorsorge steuerlich behandelt?

Die Vorsorgebeiträge sind **Betriebsausgaben**. Die **Veranlagung** in der Vorsorgekasse ist **steuerfrei**. Die Auszahlung der Leistungen als Einmalbetrag ist mit 6% steuerbegünstigt, die Auszahlung als Rente (nach der o.a. Übertragung des Kapitalbetrages an eine Pensionszusatzversicherung bzw. Pensionskasse) überhaupt steuerfrei.

8. Arbeitslosenversicherung

Seit 1. Jänner 2009 können Selbständige **freiwillig** der Arbeitslosenversicherung beitreten und damit ihren sozialen Schutz verbessern. Es handelt sich um eine **echte Arbeitslosenversicherung**, mit der Sie einen Anspruch auf sämtliche Leistungen der Arbeitslosenversicherung (Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, etc.) erwerben können. Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung der Selbständigen werden von uns eingehoben und an das Arbeitsmarktservice (**AMS**) überwiesen. Für die Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung ist ausschließlich das AMS zuständig.

Wer kann beitreten?

Sie können der Arbeitslosenversicherung beitreten, wenn Sie

- nach dem **GSVG** bzw. **FSVG** pensionsversichert sind

oder

- **freiberuflich tätiger Rechtsanwalt** und nach § 5 GSVG („Opting out“) von der GSVG-Pensionsversicherung ausgenommen sind.

Achtung:

Es ist **nicht möglich**, dass Sie in die **Arbeitslosenversicherung** einbezogen werden, wenn Sie

- das **60. Lebensjahr** überschritten haben
oder
- das **Mindestalter** für eine **vorzeitige Alterspension** erreicht haben
oder
- bereits **Anspruch** auf eine **Alterspension** bzw. einen **Ruhegenuss**

Bis wann muss ich meinen Beitritt zur Arbeitslosenversicherung erklären und wann beginnt der Versicherungsschutz?

Sie müssen uns Ihren Beitritt zur Arbeitslosenversicherung **innerhalb von 6 Monaten**, ab dem Sie von uns über den Beginn der GSVG-/FSVG-Pensionsversicherung bzw. der Ausnahme nach § 5 GSVG unterrichtet werden, bekannt geben. Je nach Zeitpunkt der Beitrittserklärung beginnt die Arbeitslosenversicherung entweder:

- mit **Beginn der Pensionsversicherung** bzw. der Ausnahme (Bekanntgabe des Beitritts innerhalb von 3 Monaten)
oder
- mit dem **auf den Beitritt folgenden Monat** (Bekanntgabe des Beitritts nach dem 3. Monat)

Wenn Sie den Beitritt nicht innerhalb der Frist erklärt haben, ist er erst wieder nach 8, 16, 24 ... Jahren (innerhalb von 6 Monaten ab Ende dieses Zeitraumes) möglich.

Wie kann ich beitreten?

Das Eintrittsformular finden Sie

- auf unserer Homepage unter **www.svagw.at** oder
- in Ihrer Landesstelle.

Was kostet die Arbeitslosenversicherung?

Haben Sie sich einmal für die Arbeitslosenversicherung gemeldet, müssen Sie für die Dauer der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung bzw. der

Ausnahme nach § 5 GSVG Beiträge zahlen, wobei der Beitragssatz 3 % oder 6 % der Beitragsgrundlage beträgt. Ihnen stehen dabei drei Optionen zur Auswahl:

Beitragsgrundlage	Beitragssatz	monatlicher Beitrag (Werte 2019)
¼ der GSVG-Höchstbeitragsgrundlage	3 %	45,68 Euro
½ der GSVG-Höchstbeitragsgrundlage	6 %	182,70 Euro
¾ der GSVG-Höchstbeitragsgrundlage	6 %	274,05 Euro

Achtung:

Die Beitragsgrundlage, die Sie gewählt haben, gilt **für die gesamte Dauer der Arbeitslosenversicherung**. Sie beeinflusst nicht nur die Höhe der Beiträge, sondern auch das Ausmaß möglicher Geldleistungen (z. B. Arbeitslosengeld).

Wir heben die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung gemeinsam mit den übrigen Beiträgen ein. Sie können nur dann Zeiten erwerben, die einen Anspruch der freiwilligen Arbeitslosenversicherung begründen, wenn Sie alle vorgeschriebenen Beiträge für den entsprechenden Zeitraum auch bezahlt haben.

Kann ich aus der Arbeitslosenversicherung austreten?

Sie können frühestens nach 8, 16, 24 ... Jahren (innerhalb von 6 Monaten ab Ende dieses Zeitraumes) aus der freiwilligen Arbeitslosenversicherung austreten.

Ich habe bereits vor dem 31. Dezember 2008 Ansprüche aus der Arbeitslosenversicherung erworben. Bleiben diese erhalten?

Es gibt **Übergangsbestimmungen**, die sicherstellen, dass die bis 31. Dezember 2008 wirksame unbefristete Verlängerung der Rahmenfrist und die Frist für den Fortbezug von Arbeitslosengeld und Notstandshilfe ganz oder teilweise weiterhin gilt. In diesem Fall müssen Sie sich überlegen,

- ob der dadurch gegebene Schutz für Sie ausreicht und Sie daher der freiwilligen Arbeitslosenversicherung nicht beitreten wollen

oder

- ob der Beitritt zur Arbeitslosenversicherung sinnvoll ist.

Rahmenfrist = Frist, innerhalb der in einem bestimmten Ausmaß Zeiten der Arbeitslosenversicherung vorliegen müssen, damit Sie **Anspruch auf Arbeitslosengeld** haben.

Zeiten, in denen Sie selbständig tätig und nach GSVG oder BSVG krankenversichert waren, verlängern diese Frist.

Sie sind mit dem Anspruch aus einer früheren Arbeitslosenversicherung geschützt, wenn Sie

- vor dem 1. Jänner 2009 sowohl arbeitslosenversichert als auch selbständig tätig und daher nach GSVG oder BSVG krankenversichert waren. In diesem Fall gilt die unbefristete Verlängerung der Fristen weiterhin.
- nach dem 31. Dezember 2008 eine selbständige Tätigkeit aufgenommen haben und vorher aufgrund einer Beschäftigung mindestens 5 Jahre arbeitslosenversichert waren. Auch in diesem Fall gilt die unbefristete Verlängerung der Fristen weiterhin.
- nach dem 31. Dezember 2008 eine selbständige Tätigkeit aufgenommen haben und vorher weniger als 5 Jahre arbeitslosenversichert waren. In diesem Fall ist die Verlängerung der Frist mit 5 Jahren begrenzt.

Achtung:

Die Verlängerung der Fristen schützt Sie nur dann, wenn Ihr **Anspruch auf Arbeitslosengeld** noch **besteht** oder Sie weiterhin Arbeitslosengeld bzw. Notstandshilfe beziehen können. Andernfalls nützt die Verlängerung der Fristen nichts und Sie sollten sich den Eintritt in die freiwillige Arbeitslosenversicherung überlegen, wenn Sie sich vor dem Risiko der Arbeitslosigkeit auch als Selbständiger schützen wollen.

Welche Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung stehen mir zu?

Ausführliche Informationen zum Arbeitslosengeld und zur Notstandshilfe - www.ams.at - Service für Arbeitsuchende - Finanzielles - Leistungen.

Werte für das **tägliche Arbeitslosengeld**, wenn der Anspruch ausschließlich auf Grund der gewählten Beitragsgrundlage aus der freiwilligen Arbeitslosenversicherung berechnet wird (Werte 2019):

- **24,47 Euro** (bei 1/4 der GSVG-Höchstbeitragsgrundlage)
- **38,86 Euro** (bei 1/2 der GSVG-Höchstbeitragsgrundlage)
- **53,71 Euro** (bei 3/4 der GSVG-Höchstbeitragsgrundlage)

Ab wann habe ich Anspruch auf Leistungen?

Wenn Sie das Arbeitslosengeld **zum ersten Mal** in Anspruch nehmen, müssen Sie **in den letzten 24 Monaten (= Rahmenfrist)** vor Ihrem Antrag auf Arbeitslosengeld **mindestens 52 Wochen** in einer Beschäftigung tätig gewesen sein, durch die Sie arbeitslosenversichert waren. Wenn Sie das Arbeitslosengeld bereits einmal in Anspruch genommen haben, genügen 28 Wochen Arbeitslosenversicherung innerhalb der letzten 12 Monate (=Rahmenfrist). Für **Personen unter 25 Jahren** gibt es günstigere **Sonderregelungen**.

Betriebliche Vorsorgekassen

Allianz Vorsorgekasse AG (Kassenleitzahl 71500 und 71510)

1130 Wien, Hietzinger Kai 101-105

T +43 (0)5 9009-88750

E servicekasse@allianz.at www.allianzvka.at

APK Vorsorgekasse AG (Kassenleitzahl 71100)

1030 Wien, Thomas-Klestil-Platz 13, 4020 Linz, Stahlstraße 2-4

T +43 (0)5 0275-50

E office@apk-vk.at www.apk-vk.at

BONUS Vorsorgekasse AG (Kassenleitzahl 71200)

1030 Wien, Traungasse 14-16

T +43 (0)1 994 99 74

E kundenservice@bonusvorsorge.at www.bonusvorsorge.at/vk

BUAK Betriebliche Vorsorgekasse GesmbH (Kassenleitzahl 71900)

1050 Wien, Kliebergasse 1a

T +43 (0)5 795 79-3000

E buak-bvk@buak.at www.buak-bvk.at

fair finance Vorsorgekasse AG (Kassenleitzahl 71150)

1080 Wien, Alser Straße 21

T +43 (0)1 405 71 71-0

E info@fair-finance.at www.fair-finance.at

Niederösterreichische Vorsorgekasse AG (Kassenleitzahl 71700)

3100 St. Pölten, Neue Herrengasse 10

T +43 (0)2742 90555-7160

E office@noevk.at www.noevk.at

Valida Plus AG (Kassenleitzahl 71300)

1190 Wien, Mooslackengasse 12

T +43 (0)1 316 48-0

E service-plus@valida.at www.valida.at

VBV - Vorsorgekasse AG (Kassenleitzahl 71600)

1190 Wien, Mooslackengasse 12

T +43 (0)1 217 01-8500

E info@vorsorgekasse.at www.vorsorgekasse.at

Adressen der SVA-Landesstellen

Die SVA-Landesstellen erreichen Sie unter der
österreichweit einheitlichen Telefonnummer 050 808 808.

Wien	1051 Wien, Wiedner Hauptstraße 84-86 E-Mail: vs.w@svagw.at
Niederösterreich	3100 St. Pölten, Neugebäudeplatz 1 E-Mail: vs.noe@svagw.at
Burgenland	7000 Eisenstadt, Osterwiese 2 E-Mail: vs.bgld@svagw.at
Oberösterreich	4010 Linz, Mozartstraße 41 E-Mail: vs.ooe@svagw.at
Steiermark	8010 Graz, Körblergasse 115 E-Mail: vs.stmk@svagw.at
Kärnten	9020 Klagenfurt am Wörthersee, Bahnhofstraße 67 E-Mail: vs.ktn@svagw.at
Salzburg	5020 Salzburg, Auerspergstraße 24 E-Mail: vs.sbg@svagw.at
Tirol	6020 Innsbruck, Klara-Pölt-Weg 1 E-Mail: vs.t@svagw.at
Vorarlberg	6800 Feldkirch, Schloßgraben 14 E-Mail: vs.vbg@svagw.at

