

SOZIALVERSICHERUNG



SOZIALVERSICHERUNG



*Hey Tina!
Was lernt man in diesem Kapitel?*



*Ganz einfach Tim! Hier lernt man alles rund um **die Sozialversicherung in Österreich**.
Du lernst welche Versicherungen es gibt und welche Leistungen sie anbieten.*



Und wozu lernen wir das?



Damit wir wissen, wie das System funktioniert und was eine Sozialversicherung dir bietet.

INHALTSVERZEICHNIS

1 Versicherungen allgemein4

 1.1 Unterschiede Sozialversicherung - Privatversicherung4

 1.2 Unterschiede Pflichtversicherung - Versicherungspflicht.....5

2 Sozialversicherung.....5

 2.1 Gesetzliche Grundlagen5

 2.2 Versicherungszweige6

 2.2.1 Organisation der Sozialversicherung7

 2.2.2 Inhaltliche Aufteilungen7

 2.3 Finanzierung.....9

 2.3.1 Versicherungsbeiträge9

 2.3.2 Freiwillige Versicherung10

 2.4 Der Dachverband der Sozialversicherungsträger10

 2.4.1 Hauptversammlung der Sozialversicherungsträger10

 2.4.2 Konferenz der Sozialversicherungsträger.....10

 2.4.3 Aufgaben11

 2.5 Leistungen nach den Versicherungszweigen12

 2.5.1 Leistungen aus der Pensionsversicherung12

 2.5.2 Pensionsvoraussetzungen13

 2.5.3 Der Versicherungsfall13

 2.6 Leistungen aus der Krankenversicherung14

 2.6.1 Versicherungsfall der Krankheit.....15

 2.6.2 Versicherungsfall der Mutterschaft17

 2.6.3 Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit.....18

 Anspruchsberechtigung18

 2.6.4 Versicherungsfall der Wiedereingliederung nach langem Krankenstand19

 2.7 Leistungen aus der Unfallversicherung.....20

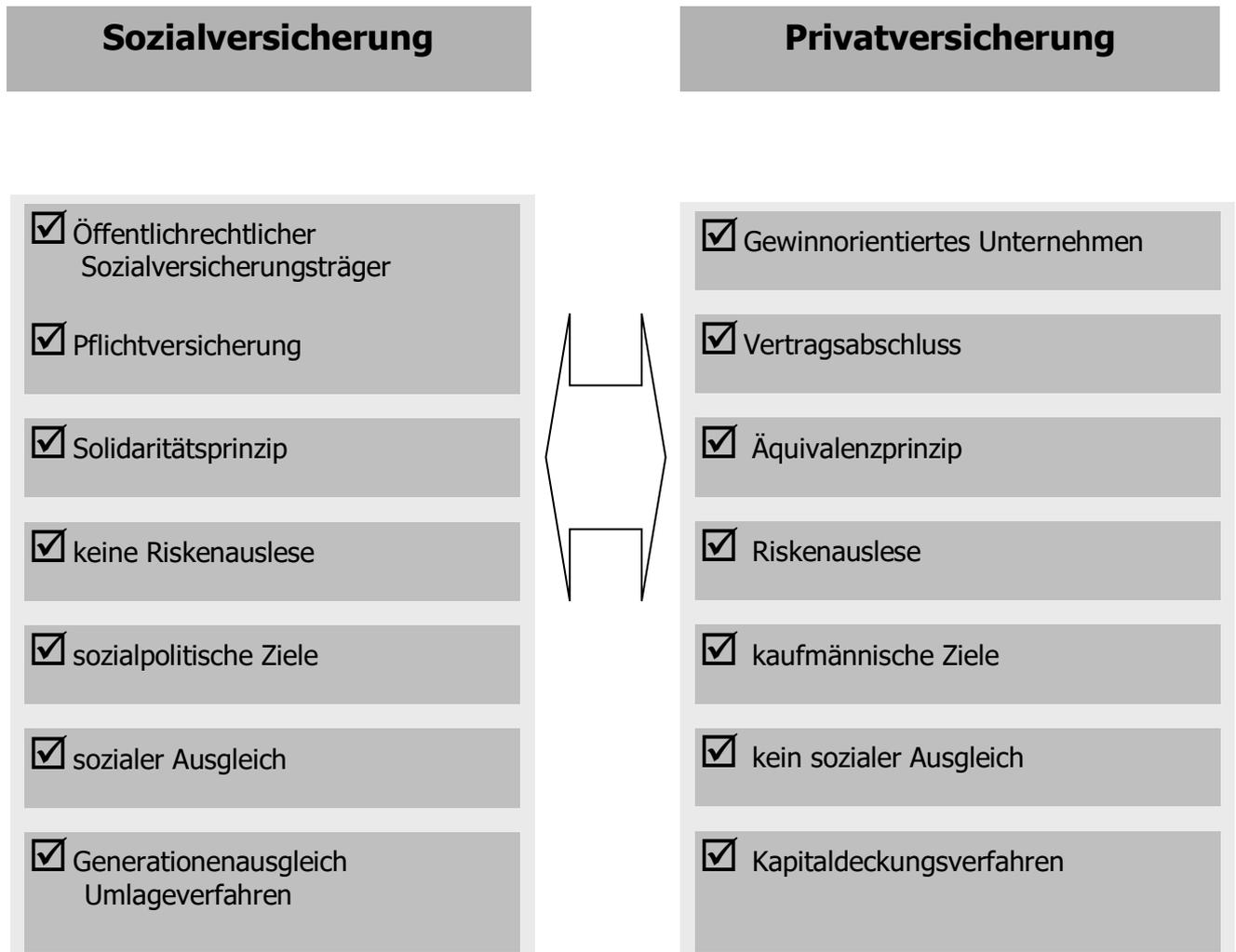
Versicherungen allgemein



Mit **Versicherung** wird das Grundprinzip der kollektiven Risikoübernahme bezeichnet: Viele zahlen einen Geldbetrag in den Geldtopf ein, um beim Eintreten des Versicherungsfalles aus diesem Geldtopf einen Schadenausgleich zu erhalten. Da der Versicherungsfall nur bei wenigen Versicherten eintreten wird, reicht der Geldtopf bei bezahlbarem Beitrag aus. Umfangreiche Berechnungen sind notwendig.

Eine Sozialversicherung ist daher eine Risikogemeinschaft, deren Mitglieder alle von gleichartigen Gefahren bedroht sind. Ziel dieser Gemeinschaft ist es, dem Einzelnen und seinen Familienangehörigen bei Eintritt bestimmter Ereignisse wie Krankheit, Unfall, Verlust der Leistungsfähigkeit, Tod und bei Einkommensentfall aufgrund einer bestimmten Altersgrenze, Schutz zu bieten.

1.1 Unterschiede Sozialversicherung - Privatversicherung



1.2 Unterschiede Pflichtversicherung - Versicherungspflicht

Hierbei handelt es sich um einen unterschiedlichen Zugang zum Thema des Versicherungswesens.



Unter **Pflichtversicherung** versteht man eine Versicherung, die unabhängig vom Willen der betroffenen Personen bei Vorliegen der im Gesetz vorgesehenen Voraussetzungen, eintritt. Im Falle der Sozialversicherungen hängt der Versicherer vom ausgeübten Beruf ab.

Anders ist es, wenn es lediglich eine **Versicherungspflicht** gibt. Das heißt, z.B. eine Sache ist gemäß einer gesetzlichen Vorgabe zu versichern. Bei welcher Versicherung bleibt dem Versicherungsnehmer selbst überlassen, z.B. Kfz-Haftpflichtversicherung.

2 Sozialversicherung

Sozialversicherungen arbeiten genauso wie die Kammern in staatlich übertragenen Wirkungsbereichen im Sinne eines Selbstverwaltungskörpers (siehe Kapitel „Kammern“).

Das Sozialversicherungsrecht soll der gesamten Bevölkerung Österreichs Schutz bei Krankheit, Erwerbsunfähigkeit, Mutterschaft, Unfall, Alter und Tod bieten. Grundsätzlich gibt es keine vertragliche Begründung des Versicherungsverhältnisses und auch keine Einschränkung auf eine bestimmte Staatsbürgerschaft. Jeder In- und Ausländer ist sozialversichert, sobald er in Österreich eine "versicherungspflichtige Tätigkeit" ausübt.

Das Versicherungsverhältnis ist Ausgangspunkt für einen Leistungsanspruch. Alle Rechte, Pflichten und Aufgaben des Versicherten und des Versicherungsträgers gehen auf das Versicherungsverhältnis zurück.

2.1 Gesetzliche Grundlagen

Die Sozialversicherung fällt in die Zuständigkeit des Bundes und wird auf Grund von Bundesgesetzen durchgeführt. Aus der geschichtlichen Entwicklung ist zu erklären, dass es in diesem Bereich kein einheitliches Gesetz für alle Erwerbstätigen gibt.



Hier einige Beispiele für gesetzliche Grundlagen:

- Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG)
- Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz (GSVG)
- Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG)
- Beamten,-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (B-KUVG)

Von diesen Gesetzen regeln nur das ASVG und das BSVG alle drei Zweige der Sozialversicherung (Pensions-, Kranken- und Unfallversicherung).

2.2 Versicherungszweige

Die Sozialversicherung unterscheidet drei Versicherungszweige:

- Krankenversicherung
- Pensionsversicherung
- Unfallversicherung



Die **Pensionsversicherung** sorgt in erster Linie für die Versicherungsfälle des Alters und der Erwerbsunfähigkeit bzw. geminderten Arbeitsfähigkeit vor. Im Falle des Todes eines Versicherten sind Leistungen an Hinterbliebene vorgesehen. Die wichtigsten Leistungen sind die verschiedenen Arten von Pensionen.

Die **Krankenversicherung** erbringt Leistungen im Falle der Erkrankung eines Versicherten oder eines seiner Angehörigen. Wichtige Leistungen sind die Anstaltspflege, die ärztliche Hilfe oder die Bereitstellung von Medikamenten.

Die **Unfallversicherung** bietet den Versicherten Leistungen im Falle eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit.

Zur Sozialversicherung im weiteren Sinn gehört auch noch die Arbeitslosenversicherung, die allerdings nicht von Sozialversicherungsträgern, sondern vom Arbeitsmarktservice durchgeführt wird.

2.2.1 Organisation der Sozialversicherung

In den einzelnen Sozialversicherungsgesetzen werden die mit der Durchführung der Sozialversicherung betrauten Versicherungsträger bestimmt. Auch die Verwaltung der Sozialversicherungsträger wurde einer Neuordnung zugeführt, indem diese ab 2020 durch folgende Sozialversicherungskörper durchgeführt wird:

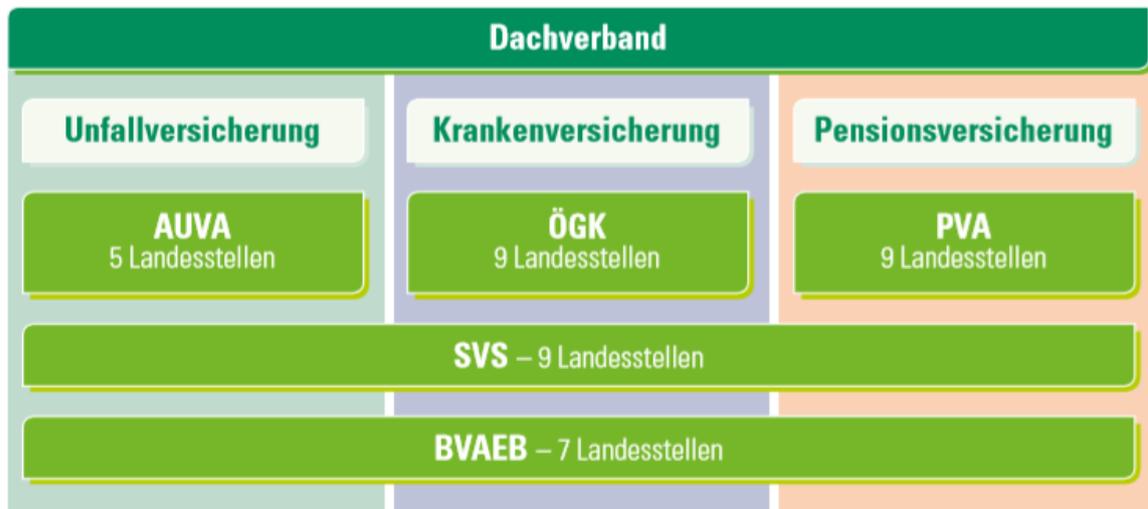
- Hauptversammlung – rechtssetzendes Organ
- Verwaltungsrat – geschäftsführendes Organ
- Landesstellenausschüsse - sind ab 2020 bei allen fünf Sozialversicherungsträgern einzurichten.

Weder eine Kontrollversammlung noch ein Beirat sind in der neuen Struktur vorgesehen.

Die Versicherungsträger sind dezentral organisiert, dezentrale Verwaltung bedeutet, dass neben der Hauptstelle auch Landesstellen bestimmte Leitungsaufgaben erfüllen und eigene Zuständigkeiten haben.



Hier die 5 Sozialversicherungsträger in übersichtlicher Form



2.2.2 Inhaltliche Aufteilungen

- Versicherungszweige
- Aufgabenbereiche



Manche Versicherungsträger verwalten nur einen einzigen **Versicherungszweig**, österreichische Gesundheitskasse, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt und Pensionsversicherungsanstalt. Die Sozialversicherung der Selbstständigen und die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau verwalten alle drei Versicherungszweige.

Der **Aufgabenbereich** eines Versicherungsträgers erstreckt sich auf das gesamte Bundesgebiet.

2.3 Finanzierung

Die Sozialversicherungsleistungen müssen durch entsprechende Einnahmen ausreichend gedeckt sein. Die Finanzierung erfolgt nach dem "Umlageverfahren".



Umlageverfahren bedeutet, dass die für einen bestimmten Zeitraum erforderlichen Geldmittel durch zumindest gleich hohe Einnahmen des selben Zeitraumes aufzubringen sind. Die Mittel sind in überwiegenderem Ausmaß von den Versicherten aufzubringen.

In der Kranken- und Pensionsversicherung der **unselbstständig Beschäftigten** werden die Beiträge vom Dienstnehmer und Dienstgeber geleistet. Die Beiträge zur Unfallversicherung zahlt – aufgrund der betrieblichen Haftung – zur Gänze der Dienstgeber.

Da bei den **selbstständig Erwerbstätigen** der Dienstgeberanteil fehlt, ist in der Pensionsversicherung eine andere Einnahmequelle erforderlich: Das sind bei den Unternehmern die Überweisungen aus dem allgemeinen Steueraufkommen, beziehungsweise bei den Bauern die Abgaben für land- und forstwirtschaftliche Betriebe.

Da auf dem Pensionssektor die Höhe der Beitragszahlungen in einem relativ ungünstigen Verhältnis zur Höhe der erbrachten Leistungen steht, müssen öffentliche Mittel zugesprochen werden (z.B. Ausfallhaftung des Bundes).



Unselbstständig beschäftigte Menschen sind im rechtlichen Rahmen eines Arbeitsverhältnisses auf Grund eines privatrechtlichen Vertrags (Arbeitsvertrag) verpflichtet, ihre Arbeitskraft gegen Entgelt zur Verfügung zu stellen.

Selbstständig Erwerbstätige kennzeichnet das eigene Unternehmerrisiko, die Verfügungsmöglichkeit über die eigene Arbeitskraft und die im Wesentlichen freigestellte Tätigkeit und Arbeitszeit.

2.3.1 Versicherungsbeiträge

In der gesetzlichen Sozialversicherung kann der Versicherte die Höhe der Beiträge nicht selbst wählen, sie sind durch das Gesetz festgelegt. Ausgangspunkt für die Beitragsermittlung in der Pensions- und Krankenversicherung ist die **Beitragsgrundlage** und der jeweilige **Beitragsatz**.



Die monatliche Beitragsgrundlage errechnet sich immer aus dem versicherungspflichtigen Einkommen des Versicherten. Einkünfte über einem gewissen Betrag sind nicht mehr beitragspflichtig. Man spricht in diesem Zusammenhang von der Höchstbeitragsgrundlage. Diese ist im Wesentlichen nach allen Gesetzen gleich hoch.

2.3.2 Freiwillige Versicherung

Im Gegensatz zur Pflichtversicherung handelt es sich bei den freiwilligen Versicherungen um Versicherungsarten, für deren Begründung ein Antrag notwendig ist.

Das Ende der freiwilligen Versicherung ist ebenfalls von einer entsprechenden Willensäußerung des Versicherten abhängig. (Werden allerdings die Beiträge eine bestimmte Zeit hindurch nicht gezahlt, so kann im Regelfall auch der Versicherungsträger das Versicherungsverhältnis lösen.)

Ziel einer freiwilligen Versicherung ist es entweder Leistungsansprüche zu erwerben, zu erhöhen oder Versicherungslücken zu schließen. Zu den häufiger in Anspruch genommenen Arten zählen hier beispielsweise:

- Die Weiterversicherung in der KV (z.B. nach einer Scheidung).
- Die Selbstversicherung bei geringfügiger Beschäftigung (Schutz auch in KV+PV).
- Die Höherversicherung in der PV.

2.4 Der Dachverband der Sozialversicherungsträger

Der Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger wurde mit 01.01.2020 in den Dachverband der Sozialversicherungsträger umbenannt. Neben einigen Änderungen bei den einzelnen im Gesetz aufgezählten Aufgaben wurde auch hier die Organisationsstruktur umgestellt.

Die Selbstverwaltungskörper sind:

- Hauptversammlung der Sozialversicherungsträger – rechtssetzendes Organ
- Konferenz der Sozialversicherungsträger – geschäftsführendes Organ

Der Dachverband verfügt ab 2020 über keinen Beirat mehr.

2.4.1 Hauptversammlung der Sozialversicherungsträger

Die Hauptversammlung setzt sich ab 2020 aus den vorsitzführenden Obmännern und je einem Obmann-Stellvertreter der Versicherungsträger, den Vorsitzenden der Hauptversammlungen der Versicherungsträger und deren Stellvertreter sowie je drei Senioren- und Behindertenvertretern zusammen.

Ihr obliegt die Beschlussfassung über den Jahresvoranschlag des Dachverbandes und die Genehmigung des Jahresberichtes bzw. Rechnungsabschlusses des Dachverbandes (inkl. der bei ihm errichteten Fonds) sowie die Entlastung der Konferenz.

2.4.2 Konferenz der Sozialversicherungsträger

Die Konferenz besteht ab 2020 aus 10 Mitgliedern und setzt sich aus den vorsitzführenden Obmännern und je einem Obmann-Stellvertreter der Versicherungsträger zusammen.

Ihr obliegt die Wahrnehmung aller Aufgaben, die nicht ausdrücklich der Hauptversammlung zugewiesen sind und die Vertretung des Dachverbandes nach außen. Zu ihren Aufgaben zählt z.B. auch die Beschlussfassung über die Satzung des Dachverbandes, die Mustersatzung, die Musterkrankenordnung und die Richtlinien sowie deren Änderungen. Ebenso hat die Hauptversammlung Zielvereinbarungen zu beschließen.

2.4.3 Aufgaben

Im Dachverband sind zur Wahrnehmung gemeinsamer Interessen sämtliche Träger der österreichischen Sozialversicherung zusammengeschlossen. Sein Aufgabenbereich erstreckt sich vor allem auf

Die Koordinierung der Sozialversicherungsträger.

- Die Erstattung von Gutachten in grundsätzlichen Fragen der Sozialversicherung.
- Die zentrale Speicherung von Sozialversicherungsdaten.
- Der Abschluss von Verträgen.
- Die Ausarbeitung von Richtlinien (zum Beispiel für die Regelung von dienst- und besoldungsrechtlichen Angelegenheiten der Sozialversicherungsbediensteten, für die fachliche Aus- und Weiterbildung, über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze).

2.5 Leistungen nach den Versicherungszweigen

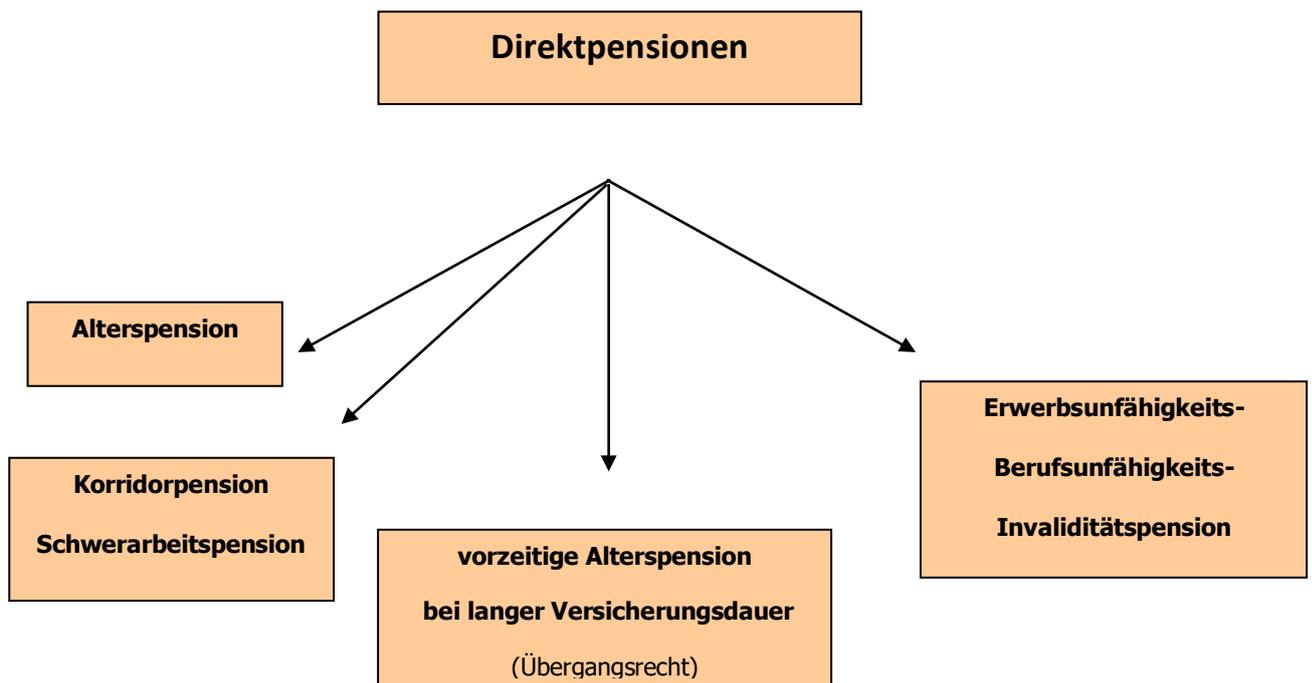
Wie bereits beschrieben gibt es drei Versicherungszweige, Pensionsversicherung, Krankenversicherung und Unfallversicherung. In der Folge werden die Leistungen näher beschrieben.

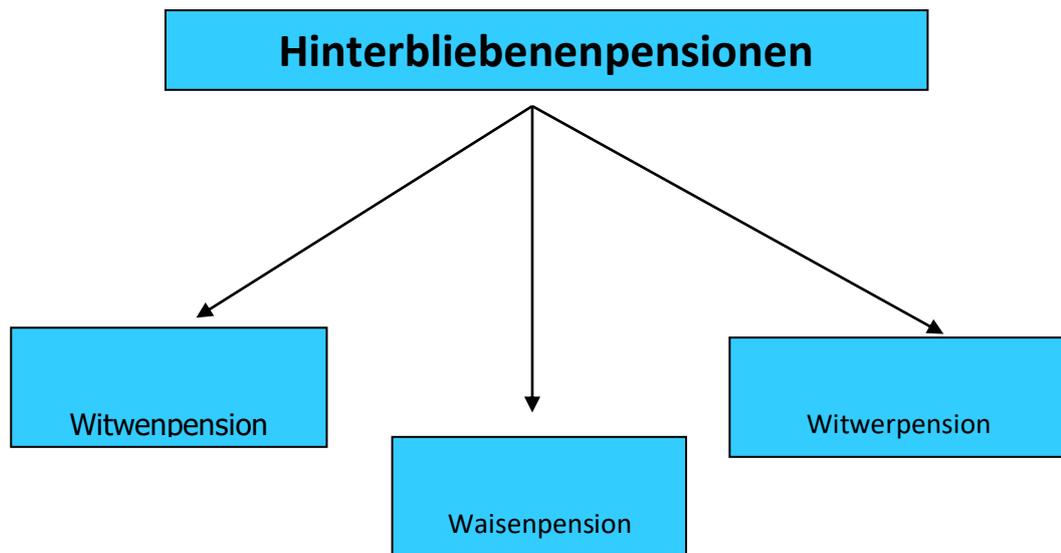
2.5.1 Leistungen aus der Pensionsversicherung

Die wichtigsten Leistungen aus der Pensionsversicherung sind die Pensionen. Das sind regelmäßig wiederkehrende Geldzahlungen, die durch bestimmte Ereignisse entstandene Einkommensausfälle – teilweise – ersetzen sollen. Daneben hat die Pensionsversicherung auch weitere wichtige Aufgaben, wie z.B. Rehabilitation und Gesundheitsvorsorge sowie Service für die Versicherten und Pensionisten.

In der Pensionsversicherung gilt das Antragsprinzip. Das bedeutet, dass Pensionen nur dann gezahlt werden, wenn sie vom Versicherten auch tatsächlich gewollt werden.

Grundsätzlich gibt es zwei Gruppen von Pensionen: Man unterscheidet Pensionen, die selbst erarbeitet wurden ("Eigenpensionen") und Pensionen, die aus dem Versicherungsverhältnis eines anderen abgeleitet werden ("Hinterbliebenenpensionen").





2.5.2 Pensionsvoraussetzungen

Für die einzelnen Pensionsarten müssen unterschiedliche Voraussetzungen erfüllt sein. Allgemein kann jedoch gesagt werden, dass ein Pensionsanspruch dann vorliegt, wenn der "Versicherungsfall" eingetreten eine gewisse Vorversicherungszeit erfüllt ist und eventuell weitere Voraussetzungen gegeben sind.

2.5.3 Der Versicherungsfall

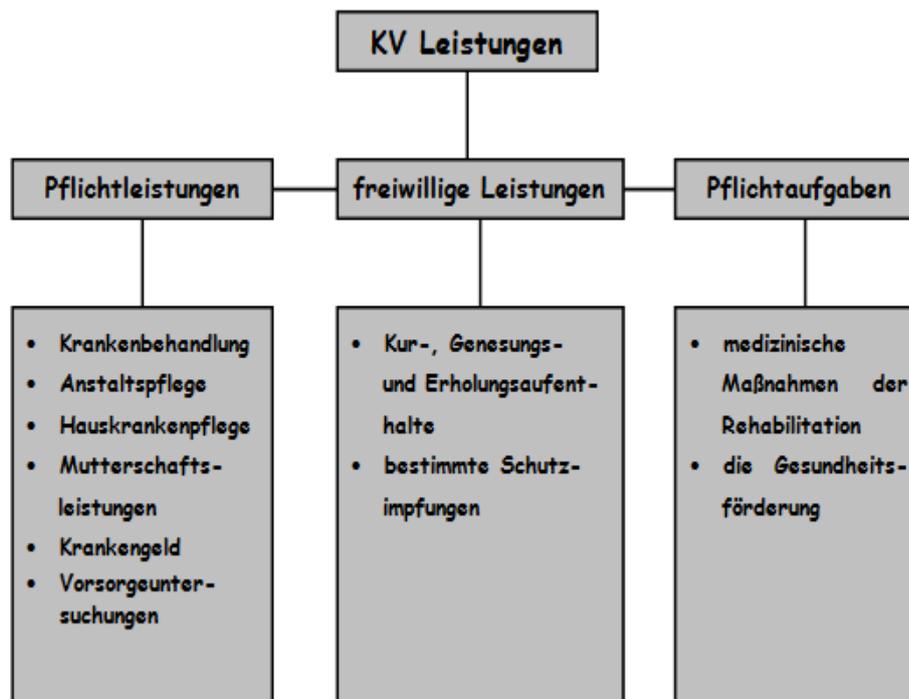
Der Versicherungsfall umschreibt das versicherte Lebensrisiko (zB. Erwerbsunfähigkeit), das eintreten muss, damit es grundsätzlich zu einem Leistungsanspruch kommen kann.

Bei der "normalen" Alterspension versteht man darunter das Erreichen der Altersgrenze. Das sogenannte Regelpensionsalter liegt bei Frauen derzeit beim 60. und bei Männern beim 65. Geburtstag. Bei den Erwerbsunfähigkeitspensionen (bzw. Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspensionen) gilt der Eintritt der Erwerbsunfähigkeit (bzw. Invalidität und Berufsunfähigkeit) und bei der Hinterbliebenenpension das Ableben des Versicherten als Versicherungsfall.

2.6 Leistungen aus der Krankenversicherung

Ob Krankheit oder Geburt, Zahnschmerz oder Gesundheitsvorsorge, in all diesen Fällen ist es Aufgabe der Sozialversicherungsträger, eine umfassende Vorsorge zu treffen bzw. eine ausreichende medizinische Versorgung sicherzustellen. Die Aufgaben der Krankenversicherung sind in den entsprechenden Gesetzen festgelegt.

Die Leistungen der Krankenversicherung lassen sich in "Pflichtleistungen" und "freiwillige Leistungen" unterteilen. Pflichtleistungen sind solche, die der Versicherungsträger erbringen muss.

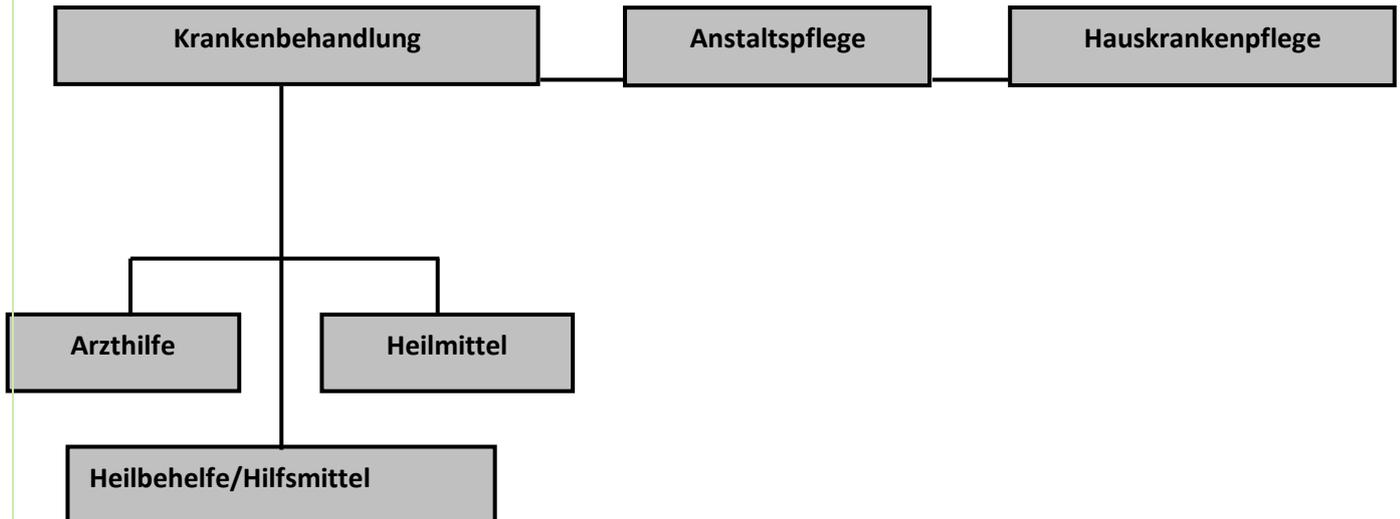


Die Anspruchsberechtigung auf Leistungen der Krankenversicherung liegt grundsätzlich bei der pflichtversicherten Person (Hauptversicherter). Leistungsempfänger können darüber hinaus aber auch andere Personen sein, die mit der hauptversicherten Person zumeist in familienrechtlicher Beziehung stehen – die Angehörigen. Die meisten Angehörigen sind beitragsfrei mitversichert, das heißt, für diese Gruppe muss kein zusätzlicher Beitrag bezahlt werden. Zu dieser Personengruppe zählen der Ehegatte (die Ehegattin), die Kinder und der Lebensgefährte (die Lebensgefährtin). Grundlegende Voraussetzung für die Anspruchsberechtigung ist jedoch, dass die betreffende Person selbst nicht krankenversichert ist und sich der Wohnsitz im Inland befindet.

2.6.1 Versicherungsfall der Krankheit

Unter Krankheit versteht man in der Sozialversicherung einen regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand, der die "Krankenbehandlung" notwendig macht. Durch die Krankenbehandlung soll versucht werden, eine Wiederherstellung oder eine Besserung der Gesundheit zu erreichen.

Folgende Leistungen sind im Versicherungsfall der Krankheit vorgesehen:



Ärztliche Hilfe

Anspruchsberechtigte erhalten mit ihrer e-card kostenlos ärztliche Hilfe bei "Vertragsärzten" des SVT. Die Vertragspartner verrechnen ihre Leistungen direkt mit dem SVT. Versicherte außerhalb des ASVG müssen einen "Selbstbehalt" zahlen, so werden zB Versicherten nach dem GSVG zur Zeit 20% der Kosten nach Abrechnung des Arztes mit der SVA vorgeschrieben bzw. von der Pension einbehalten.

Heilmittel

Anspruchsberechtigte erhalten ihre Medikamente auf "Kassenrezept" verordnet. In der Apotheke wird das Medikament gegen Rezeptgebühr (2019 € 6,10) pro Packung ausgefolgt. Außer der Rezeptgebühr gibt es keinen Selbstbehalt bei Medikamenten. Für Personen mit besonderer sozialer Schutzbedürftigkeit gibt es Befreiungsmöglichkeiten von der Rezeptgebühr. Weiters wurde 2008 eine jährliche Rezeptgebührenobergrenze eingezogen. Wurde einem Patienten ein Medikament auf Privatrezept verschrieben, so kann er das Privatrezept auf ein Kassenrezept umschreiben lassen.

Heilbehelfe und Hilfsmittel

Brillen, orthopädische Schuheinlagen, Bruchbänder und sonstige notwendige Heilbehelfe (die den Großteil darstellen) werden in einfacher und zweckentsprechender Ausführung gewährt.

Grundsätzlich hat der Versicherte einen Kostenanteil im Ausmaß von 10 % (ASVG, B-KUVG und BSVG) bzw. 20% (GSVG) der Kosten, mindestens jedoch 20 % der täglichen Höchstbeitragsgrundlage selbst zu bezahlen (=sogenannter Mindestkostenanteil).

Sind die Kosten des Heilbehelfes niedriger als dieser Mindestbetrag, hat sie der Versicherte zur Gänze selbst zu tragen. Auch hierfür gibt es Befreiungsmöglichkeiten.

Anstaltspflege

Wenn und solange es die Krankheit erfordert, ist an Stelle der Krankenbehandlung Anstaltspflege zu gewähren (Pflichtleistung). Die Krankenversicherungsträger gewähren Anstaltspflege in

- Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds (LGHF) finanziert werden
- in Krankenanstalten, die nicht über einen LGHF sondern vom PRIKRAF (privater Krankenanstaltenfonds) mitfinanziert werden
- in nicht-LGHF-finanzierten Krankenanstalten (z.B. Heereskrankenanstalten, privaten Sanatorien), mit denen der Versicherungsträger in einem Vertragsverhältnis steht.

Die LGHF-finanzierten Krankenanstalten sind kraft Gesetzes verpflichtet, von den Krankenversicherungsträgern eingewiesene Erkrankte in die allgemeine Gebührenklasse aufzunehmen, nicht-LGHF-finanzierte Krankenanstalten nur auf Grund eines mit dem Versicherungsträger bestehenden Vertrages.

Für Anspruchsberechtigte ist die Behandlung in der "allgemeinen Gebührenklasse" eines Krankenhauses – abgesehen von einem kleinen Kostenbeitrag* der zeitlich begrenzt ist – kostenlos.

Hauskrankenpflege

Medizinische Hauskrankenpflege ist als krankenhausersetzende Maßnahme vom Gesetzgeber als Pflichtleistung eingeführt worden, um die enormen Kosten der Anstaltspflege einzudämmen.

Wenn und solange es die Krankheit erfordert, wird sie auf ärztliche Anordnung durch diplomiertes Pflegepersonal erbracht.

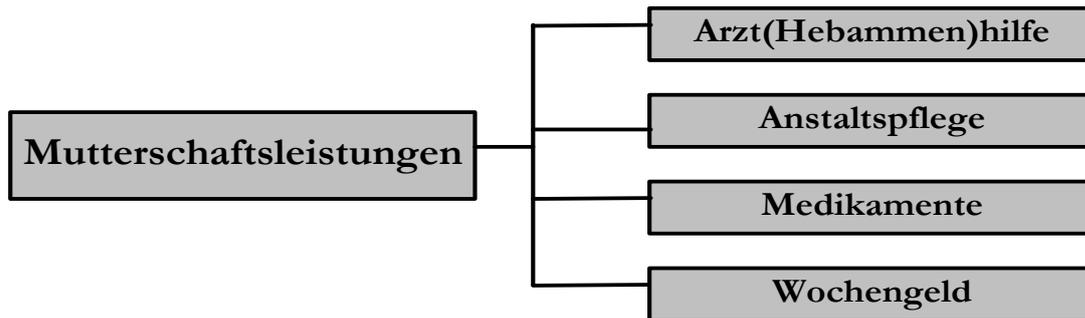
Der Leistungsanspruch ist zeitlich begrenzt und umfasst ausschließlich medizinische Leistungen sowie qualifizierte Pflegeleistungen. Unter diesen Titel fallen also nicht die hauswirtschaftliche Versorgung und die Grundpflege des Kranken.

* maximal für 28 Tage pro Kalenderjahr zB gemäß ASVG oder L-KAG

2.6.2 Versicherungsfall der Mutterschaft

Der "Versicherungsfall der Mutterschaft" darf nicht mit der gesamten Schwangerschaft verwechselt werden. Er umfasst die acht Wochen vor der Entbindung, die Entbindung und die sich daraus ergebenden Folgen, soweit diese nicht als ein anderer Versicherungsfall anzusehen sind.

Leistungsübersicht:



Für Anspruchsberechtigte ist die ärztliche Behandlung wegen Schwangerschaftsbeschwerden und die Hebammenhilfe kostenlos.

Für die Entbindung bietet die Krankenversicherung Anstaltspflege bis zu zehn Tagen. Dieser Spitalsaufenthalt ist auf der allgemeinen Gebührenklasse eines Vertragskrankenhauses kostenlos; ein Kostenbeitrag wird nicht verrechnet.

Ist Anstaltspflege länger als 10 Tage erforderlich, so ist sie - ab dem 11. Tag - nicht aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft, sondern aus dem Versicherungsfall der Krankheit zu gewähren. Ein allfälliger Kostenbeitrag ist daher zu leisten.

Wochengeld

Wochengeld wird nach dem ASVG, GSVG und BSVG - allerdings mit unterschiedlicher Funktion - gewährt. Vertragsbedienstete des Bundes, die nach dem B-KUVG pflichtversichert sind, erhalten Wochengeld nach den Bestimmungen des ASVG.

Nach dem ASVG haben nur weibliche Pflichtversicherte Anspruch auf Wochengeld, die bei Eintritt des Versicherungsfalles der Mutterschaft einen Verdienstaufschlag erleiden.

Als Bezugszeitraum kommen grundsätzlich die acht Wochen vor und nach der Entbindung in Betracht; bei Frühgeburten, Mehrlingsgeburten und Kaiserschnittgeburten verlängert sich der Wochengeldanspruch nach der Geburt auf zwölf Wochen.

Das Wochengeld soll den durch die Mutterschaft entfallenden Arbeitsverdienst voll ersetzen. Bei der Berechnung des Wochengeldes ist daher auch der Teil des Arbeitsverdienstes, der die Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung übersteigt, zu berücksichtigen.

Für die Höhe des Wochengeldes ist der Nettoarbeitsverdienst aus den letzten drei Kalendermonaten vor dem Eintritt des Versicherungsfalles maßgebend. Dieser

Arbeitsverdienst ist um das Ausmaß der gebührenden Sonderzahlungen zu erhöhen. Von dem auf diese Weise erhöhten Nettoarbeitslohn ist der Tagesdurchschnitt zu rechnen, welcher als tägliches Wochengeld gebührt.

2.6.3 Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit

Anspruchsberechtigung

Dieser Versicherungsfall ist nur im ASVG vorgesehen. Der Versicherungsfall gilt mit dem Beginn der durch die Krankheit herbeigeführten Arbeitsunfähigkeit als eingetreten.

Als arbeitsunfähig gilt, wer infolge einer Krankheit nicht oder nur mit der Gefahr einer Verschlimmerung seines Zustandes fähig ist, jene Beschäftigung, die die Pflichtversicherung begründet hat, auszuüben.

Aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit wird als einzige Leistung das Krankengeld erbracht. Es soll den wegen der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit entfallenden Arbeitsverdienst zumindest teilweise ersetzen.

Anspruch auf Krankengeld haben daher nur jene Versicherte, bei denen durch die Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit ein Einkommensausfall eintreten kann. Es sind dies grundsätzlich Pflichtversicherte, die einer Erwerbstätigkeit nachgehen.

Das Krankengeld

Das Krankengeld gebührt täglich ab dem 4. Tag der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit für ein und denselben Versicherungsfall bis zur Dauer von 26 Wochen. War der Anspruchsberechtigte innerhalb der letzten 12 Monate vor dem Eintritt des Versicherungsfalles mindestens 6 Monate in der Krankenversicherung versichert, verlängert sich der Anspruch auf die Dauer bis zu 52 Wochen (gesetzliche Mindestleistung). Durch die Satzung kann die Höchstdauer des Krankengeldanspruches bis auf 78 Wochen verlängert werden (satzungsmäßige Mehrleistung).

Das Krankengeld beträgt:

vom 4. bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit 50 %,

ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit 60 %

der Bemessungsgrundlage (gesetzliche Mindestleistung). Diese errechnet sich aus dem zuvor bezogenen Entgelt inklusive der anteiligen Sonderzahlungen. Zusätzlich sind noch Familienzuschläge möglich. Das Gesamtausmaß des erhöhten Krankengeldes darf aber 75 % der Bemessungsgrundlage nicht übersteigen.

2.6.4 Versicherungsfall der Wiedereingliederung nach langem Krankenstand

Für Menschen, die in Beschäftigung stehen und für längere Zeit physisch oder psychisch erkrankt sind, besteht seit 1. Juli 2017 die Möglichkeit, mit dem Arbeitgeber eine Wiedereingliederungsteilzeit zu vereinbaren. Zur Erleichterung der Wiedereingliederung in den Arbeitsalltag können Arbeitnehmer nach langer Krankheit nunmehr ihre Arbeitszeit vorläufig herabsetzen (um mindestens 25 %, um maximal 50 %) und somit schrittweise in den Arbeitsprozess zurückkehren.

Zur finanziellen und sozialversicherungsrechtlichen Absicherung der betroffenen Personen sind gesetzliche Begleitmaßnahmen vorgesehen. Den Arbeitnehmern steht neben dem entsprechend der Arbeitszeitreduktion gebührenden Entgelt aus der Teilzeitbeschäftigung ein Anspruch auf Wiedereingliederungsgeld aus Mitteln der Krankenversicherung zu.

Voraussetzungen

Mindestens 3-monatiges Dienstverhältnis

Mindestens 6-wöchiger, durchgehender Krankenstand

Schriftliche Vereinbarung von Dienstgeber und Dienstnehmer („Wiedereingliederungsplan“: Beginn, Dauer und Ausmaß der Beschäftigung)

Beratungen durch „fit2work“ oder medizinische Stellungnahme durch den arbeitsmedizinischen Dienst

Aufrechtes Dienstverhältnis, keine Änderung des Dienstvertrages

Ärztliche Bestätigung über die wiedererlangte Arbeitsfähigkeit

Das reduzierte Gehalt muss über der Geringfügigkeitsgrenze liegen (2019: EUR 446,81)

Die reduzierte Wochenarbeitszeit beträgt mindestens zwölf Stunden

Wiedereingliederungsgeld

Das Wiedereingliederungsgeld gebührt als teilweiser Ersatz für jenes Einkommen, das durch die Reduzierung der Arbeitszeit wegfällt.

Als Berechnungsgrundlage wird das dem Arbeitnehmer jeweils zustehende erhöhte Krankengeld herangezogen; dies entspricht 60 % der Bemessungsgrundlage, welche in der Regel das Entgelt (inklusive anteiliger Berücksichtigung der Sonderzahlungen) darstellt.

Das Wiedereingliederungsgeld gebührt dann anteilig, und zwar entsprechend der vereinbarten wöchentlichen Normalarbeitszeit.

Ausbezahlt wird das Wiedereingliederungsgeld für die vereinbarte Dauer, mindestens einen Monat, maximal sechs Monate lang. Eine einmalige Verlängerung um maximal drei weitere Monate ist möglich.

2.7 Leistungen aus der Unfallversicherung

Die Unfallversicherung ist die älteste Sparte der österreichischen Sozialversicherung. Die erste Regelung erfolgte durch das "Gesetz vom 28. Dezember 1887 betreffend die Unfallversicherung der Arbeiter" (Wirksamkeitsbeginn 1. November 1889). Das historische Grundkonzept dieses Gesetzes findet sich heute noch im ASVG.

Die Unfallversicherung trifft Vorsorge für die

- Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten
- Erste Hilfe-Leistung bei Arbeitsunfällen
- Unfallheilbehandlung
- Rehabilitation von Arbeitsversehrten
- Entschädigung nach Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten
- Forschung nach den wirksamsten Methoden und Mitteln zur Erfüllung dieser Aufgaben
- Arbeitsmedizinischen Betreuungsaufgaben

Die vom Gesetzgeber bewusst gewählte Reihenfolge in der Darstellung der Aufgaben ist von wesentlicher Bedeutung. Sie gibt zu erkennen, dass Verhütungs- und Wiederherstellungsmaßnahmen aus sozialen und wirtschaftlichen Gründen im Vordergrund stehen.

Die Unfallversicherung kennt „Arbeitsunfälle“ und „Berufskrankheiten“ als Versicherungsfälle. Als Eintritt des Versicherungsfalles gilt das Unfallereignis bzw. der Beginn der Berufskrankheit.



Arbeitsunfälle sind Unfälle die im örtlichen, zeitlichen und ursächlichen Zusammenhang mit der versicherten Beschäftigung geschehen. Ein Arbeitsunfall liegt also dann vor, wenn sich zum Beispiel ein Schlosser unmittelbar bei der Ausübung seines Berufes verletzt. Grundsätzlich sind nur für diesen Fall Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung vorgesehen. „Wegunfälle“ gelten auch als Arbeitsunfälle.

Die **Berufskrankheiten** der Unfallversicherung – es gibt derzeit 53 – sind in einer Liste zusammengefasst, die sich in der Anlage 1 zum ASVG findet. (Zu den häufigsten Berufskrankheiten gehören die Staublunge, Taubheit, Lähmungen der Nerven sowie Erkrankungen durch Chemikalien.) Darüber hinaus gibt es eine so genannte "Generalklausel", nach der jene Krankheiten als Berufskrankheiten anerkannt werden können, die durch die berufliche Verwendung schädlicher Stoffe oder Strahlen entstanden sind.

Wird ein Versicherter durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit körperlich geschädigt, so werden von der Unfallversicherung Sachleistungen und Geldleistungen erbracht.

Zu den Sachleistungen gehören die ärztliche Behandlung, Heilmittel, Anstaltspflege und die Rehabilitation. Als Geldleistungen sind vor allem "Versehrtenrenten" und Renten an Hinterbliebene vorgesehen.



Hier einige Beispiele für Leistungen aus der Unfallversicherung

- Ärztliche Hilfe
- Heilmittel
- Heilbehelfe
- Anstaltspflege (Krankenhausaufenthalt)
- Rehabilitation
- Versehrtenrente (aufgrund einer Erwerbsminderung)
- Hinterbliebenenrente (Ableben des Versicherten aufgrund eines Arbeitsunfalls)



Ein **Heilmittel** ist ein Stoff, Gegenstand oder Behandlungsverfahren, von dem eine heilsame Wirkung auf den Patienten ausgehen soll. Bis ins 19. Jahrhundert wurde das Wort Heilmittel synonym zu Arzneimittel oder Medikament benutzt.

Ein **Heilbehelf** soll wie ein Heilmittel die Leiden des Patienten heilen. Hierbei handelt es sich jedoch um Gegenstände wie z.B Krücken.

Rehabilitation oder **Rehabilitierung** bezeichnet die Bestrebung oder ihren Erfolg, einen Menschen wieder in seinen vormals existierenden körperlichen Zustand zu versetzen.



Übersicht der Abkürzungen

Die wichtigsten Abkürzungen sind hier noch einmal übersichtlich dargestellt:

Abkürzung	Bezeichnung
------------------	--------------------

ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
-------------	---------------------------------------

B-KUVG	Beamten-Kranken und Unfallversicherungsgesetz
---------------	---

BSVG	Bauern-Sozialversicherungsrecht
-------------	---------------------------------

GSVG	Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz
-------------	--

KV	Krankenversicherung
-----------	---------------------

PV	Pensionsversicherung
-----------	----------------------

PVA	pensionsversicherungsanstalt
------------	------------------------------

SVA	Sozialversicherungsanstalt
------------	---------------------------------

UV	Unfallversicherung
-----------	--------------------

VA	Versicherungsanstalt
-----------	----------------------------



Glossar

Begriff

Erklärung

Arbeitsunfall

Arbeitsunfälle sind Unfälle, die im örtlichen, zeitlichen und ursächlichen Zusammenhang mit der versicherten Beschäftigung geschehen. „Wegunfälle“ gelten auch als Arbeitsunfälle.

Berufskrankheit

Die Berufskrankheiten der Unfallversicherung – es gibt derzeit 53 – sind in einer Liste zusammengefasst, die sich in der Anlage 1 zum ASVG findet. (Zu den häufigsten Berufskrankheiten gehören die Staublunge, Taubheit, Lähmungen der Nerven sowie Erkrankungen durch Chemikalien.)

Heilbehelf

Ein Heilbehelf soll wie ein Heilmittel die Leiden des Patienten heilen. Hierbei handelt es sich jedoch um Gegenstände wie z.B. Krücken.

Heilmittel

Ein Heilmittel ist ein Stoff, Gegenstand oder Behandlungsverfahren, von dem eine heilsame Wirkung auf den Patienten ausgehen soll. Bis ins 19. Jahrhundert wurde das Wort Heilmittel synonym zu Arzneimittel oder Medikament benutzt.

Pflichtversicherung

Unter Pflichtversicherung versteht man eine Versicherung, die unabhängig vom Willen der betroffenen Personen bei Vorliegen der im Gesetz vorgesehenen Voraussetzungen eintritt. Im Falle der Sozialversicherungen hängt der Versicherer vom ausgeübten Beruf ab.

Rehabilitation

Rehabilitation oder Rehabilitierung bezeichnet die Bestrebung oder ihren Erfolg, einen Menschen wieder in seinen vormals existierenden körperlichen Zustand zu versetzen.

selbständig erwerbstätig

Selbständig Erwerbstätige kennzeichnet das eigene Unternehmerrisiko, die Verfügungsmöglichkeit über die eigene Arbeitskraft und die im Wesentlichen freigestellte Tätigkeit und Arbeitszeit.

Umlageverfahren

Umlageverfahren bedeutet, dass die für einen bestimmten Zeitraum erforderlichen Geldmittel durch zumindest gleich hohe Einnahmen des selben Zeitraumes aufzubringen sind. Die Mittel sind in überwiegendem Ausmaß von den Versicherten aufzubringen.

**unselbständig
beschäftigt**

Unselbständig beschäftigte Menschen sind im rechtlichen Rahmen eines Arbeitsverhältnisses auf Grund eines privatrechtlichen Vertrages (Arbeitsvertrag) verpflichtet, ihre Arbeitskraft gegen Entgelt zur Verfügung zu stellen.

Versicherung

Mit Versicherung wird das Grundprinzip der kollektiven Risikoübernahme bezeichnet: Viele zahlen einen Geldbetrag in den Geldtopf ein, um beim Eintreten des Versicherungsfalles aus diesem Geldtopf einen Schadenausgleich zu erhalten.

Versicherungspflicht

Anders ist es, wenn es lediglich eine Versicherungspflicht gibt. Das heißt z.B. eine Sache ist gemäß einer gesetzlichen Vorgabe zu versichern. Bei welcher Versicherung bleibt dem Versicherungsnehmer selbst überlassen, z.B. Kfz-Haftpflichtversicherung.

Wissensfragen

Jetzt seid ihr an der Reihe und könnt durch die Beantwortung der folgenden Fragen euer Wissen unter Beweis stellen.

1. Nennt bitte mindestens vier Merkmale der Sozialversicherung?
2. Welche drei Versicherungszweige kennt die Sozialversicherung?
3. Welche wichtigen Sozialversicherungsgesetze kennt ihr?
4. Was bedeutet „Umlageverfahren“?
5. Wie viele Sozialversicherungsträger (SVT) gibt es derzeit in Österreich?
6. Wie heißt die Dachorganisation aller SVT?
7. Was versteht man unter Selbstverwaltung?
8. Welche zwei Arten von Versicherungsverhältnissen gibt es in der SV?
9. Was versteht man unter einer Pflichtversicherung?
10. Nennt bitte mindestens zwei Personengruppen, die nach dem ASVG pensions-, kranken- und unfallversichert sind.
11. In welche zwei Gruppen lassen sich die Pensionsleistungen einteilen?
12. Welche Hinterbliebenenpensionen gibt es?
13. In welche drei Gruppen lassen sich die Leistungen der Krankenversicherung einteilen, wenn man eine Unterscheidung nach der Rechtsnatur der Leistungen trifft?
14. Welche Pflichtleistungen der gesetzlichen KV kennt ihr?
15. Auf welche Leistungen hat der Versicherte aus dem Versicherungsfall der Krankheit Anspruch?
16. Auf welche Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft hat die Versicherte Anspruch?
17. Welcher Versicherungsträger ist für die Durchführung der Unfallversicherung der unselbständig Erwerbstätigen zuständig?
18. Welche Versicherungsfälle kennt die Unfallversicherung?
19. Nennen Sie die wichtigsten Leistungen der Unfallversicherung.

Arbeitsaufgaben



Zum Schluss bräuchte ich jetzt noch Unterstützung bei der Bearbeitung der folgenden Aufgaben.



1. Ihr Vorgesetzter weiß, dass Sie etwas über die Krankenversicherung gelernt haben. Nunmehr sind Sie aufgefordert, einen Bericht über die Leistungen einer Krankenversicherung zu erstellen und eine Recherche darüber durchzuführen, in welchem Umfang diese Leistungen bei der Österreichischen Gesundheitskasse erbracht werden.

Ermitteln Sie zu jeder Leistung (z.B. Krankengeld) wie diese im Detail aussieht (Abfrage Homepage etc.).

2. Es gibt 53 Berufskrankheiten. Sie sollen für Ihre Dienststelle eine Liste dieser Krankheiten erstellen.

Suchen Sie hierfür die gesetzlichen Bestimmungen.