



Europäische  
Kommission

# Ihre Rechte der sozialen Sicherheit

*in Österreich*

Die Informationen in diesem Leitfaden wurden in enger Zusammenarbeit mit den nationalen Ansprechpartnern des Gegenseitigen Informationssystems für soziale Sicherheit (MISSOC) erstellt und aktualisiert. Nähere Informationen über das MISSOC-Netzwerk finden Sie unter:

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=de&catId=815>.

Der vorliegende Leitfaden enthält eine allgemeine Beschreibung der geltenden nationalen Regelungen zur sozialen Sicherheit. Nähere Informationen finden Sie in den verschiedenen MISSOC Veröffentlichungen unter dem oben aufgeführten Link zur MISSOC-Internetseite. Sie können auch die im Anhang aufgeführten kompetenten Behörden und Einrichtungen kontaktieren.

Weder die Europäische Kommission noch Personen, die in ihrem Namen handeln, sind für die Verwendung der in dieser Veröffentlichung enthaltenen Informationen verantwortlich.

## Inhaltsverzeichnis

Kapitel I: Allgemeines, Organisation und Finanzierung .....	4
Allgemeines .....	4
Organisation der sozialen Sicherheit .....	4
Finanzierung .....	5
Kapitel II: Sachleistungen bei Krankheit .....	6
Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit .....	6
Abgedeckte Leistungen .....	6
Bezug von Sachleistungen bei Krankheit .....	7
Kapitel III: Geldleistungen bei Krankheit .....	9
Anspruch auf Geldleistungen bei Krankheit .....	9
Abgedeckte Leistungen .....	9
Bezug von Geldleistungen bei Krankheit .....	9
Kapitel IV: Leistungen bei Mutterschaft und Vaterschaft .....	10
Anspruch auf Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft .....	10
Abgedeckte Leistungen .....	10
Bezug von Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft .....	11
Kapitel V: Leistungen bei Invalidität .....	12
Anspruch auf Leistungen bei Invalidität .....	12
Abgedeckte Leistungen .....	13
Bezug von Leistungen bei Invalidität .....	14
Kapitel VI: Renten und Leistungen im Alter .....	15
Anspruch auf Altersrente .....	15
Abgedeckte Leistungen .....	15
Bezug von Altersrenten .....	16
Kapitel VII: Hinterbliebenenleistungen .....	18
Anspruch auf Hinterbliebenenleistungen .....	18
Abgedeckte Leistungen .....	18
Bezug von Hinterbliebenenleistungen .....	19
Kapitel VIII: Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten .....	20
Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten .....	20
Abgedeckte Leistungen .....	20
Bezug von Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten .....	22
Kapitel IX: Familienleistungen .....	23
Anspruch auf Familienleistungen .....	23
Abgedeckte Leistungen .....	23
Bezug von Familienleistungen .....	25
Kapitel X: Leistungen bei Arbeitslosigkeit .....	26
Anspruch auf Leistungen bei Arbeitslosigkeit .....	26
Abgedeckte Leistungen .....	26
Bezug von Leistungen bei Arbeitslosigkeit .....	28
Kapitel XI: Mindestsicherung .....	29
Anspruch auf Leistungen zur Mindestsicherung .....	29
Abgedeckte Leistungen .....	29
Bezug von Leistungen zur Mindestsicherung .....	30
Kapitel XII: Leistungen bei Pflegebedürftigkeit .....	31
Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit .....	31
Abgedeckte Leistungen .....	31
Bezug von Leistungen bei Pflegebedürftigkeit .....	32
Anhang: Nützliche Kontaktdaten und Internetadressen .....	33

## Kapitel I: Allgemeines, Organisation und Finanzierung

### Allgemeines

#### Anmeldung

Sobald Sie in Österreich eine Beschäftigung aufgenommen haben, hat Ihr Arbeitgeber die für die Anmeldung zur Sozialversicherung erforderlichen Formalitäten zu erledigen. Zunächst erfolgt die Anmeldung bei der Krankenkasse, diese informiert dann die zuständigen Träger der Unfallversicherung, Rentenversicherung (Pensionsversicherung) und Arbeitslosenversicherung. Sie erhalten eine Versicherungsnummer, unter der Ihre Versicherungszeiten und Ihr beitragspflichtiges Arbeitsentgelt gespeichert werden. Nach Erledigung der Anmeldeformalitäten erhalten Sie vom Arbeitgeber eine Abschrift der von der Krankenkasse bestätigten Meldung.

Als Selbständiger müssen Sie sich an die für Sie zuständige Sozialversicherungsanstalt wenden. Diese wird Sie über die in Ihrem Fall geltenden Melde- und Beitragsbestimmungen informieren.

#### Überblick

Die österreichische Sozialversicherung umfasst die Kranken-, Unfall- (Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten), Renten- und Arbeitslosenversicherung. Die Sozialversicherung beruht auf einer Erwerbstätigkeit (kein Einwohnersystem); es besteht für den Versicherten keine Wahlfreiheit zwischen den Versicherungsträgern. Aus historischen Gründen gliedert sich die Sozialversicherung nicht nur territorial, sondern auch berufsständisch. Demzufolge gibt es Sondersicherungsanstalten für Eisenbahner und Bergarbeiter, für öffentlich Bedienstete sowie für Landwirte, Gewerbetreibende und Notare.

Die Krankenkassen führen neben der gesetzlichen Krankenversicherung auch den Einzug der Beiträge für die Unfall-, Renten- und Arbeitslosenversicherung durch. Sie sind auch für die Auszahlung des Kinderbetreuungsgeldes zuständig. Die Leistungen der Krankenversicherung werden in erster Linie durch Vertragsärzte und andere Partner erbracht. Bedürftige Personen können unter Umständen bedarfsorientierte Mindestsicherung erhalten.

#### Organisation der sozialen Sicherheit

Alle Versicherungsträger sind im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zusammengefasst, der die allgemeinen Interessen der Sozialversicherung wahrnimmt. Der Verband ist mit trägerübergreifenden Kompetenzen ausgestattet, um die Aktivitäten der österreichischen Sozialversicherung besser zu koordinieren.

Die Durchführung der Sozialversicherung obliegt 22 Versicherungsträgern, die als öffentlich-rechtliche Körperschaften mit Selbstverwaltung ausgestattet sind. Manche Versicherungsträger haben die Verwaltung für zwei oder alle drei Zweige wahrzunehmen. Es gibt 19 Krankenkassen, fünf Rentenversicherungsträger und vier Unfallversicherungsträger.

Die Systeme der österreichischen Kranken- und Unfallversicherung stehen unter der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. Hinsichtlich der Krankenhauspflege wurden neun Landesgesundheitsfonds eingerichtet, die in diesem Bereich die Funktion der Krankenversicherungsträger übernommen haben.

Das österreichische Rentenversicherungssystem steht unter der Aufsicht des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.

Für die unter der Aufsicht des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz stehende Arbeitslosenversicherung ist das Arbeitsmarktservice zuständig. Dem Arbeitsmarktservice Österreich sind dabei neun Landes- und ca. 100 regionale Geschäftsstellen vollständig untergeordnet.

Für die Familienleistungen ist das Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend zuständig. Für die Familienbeihilfen sind die Finanzämter zuständig, die dem Ministerium direkt unterstellt sind.

Für das Kinderbetreuungsgeld sind die Krankenversicherungsträger zuständig, die dem Ministerium direkt unterstellt sind.

Das Pflegegeld wird je nach dem Hilfs- und Betreuungsbedarf in 7 Stufen als Ausgleich der pflegebedingten Mehraufwendungen geleistet. Zudem wurde zwischen dem Bund und den Ländern vereinbart, ein umfassendes Pflegeleistungssystem an Geld- und Sachleistungen einzurichten. Die Auszahlung des Pflegegeldes erfolgt durch den jeweils zuständigen Entscheidungsträger.

Neben der Sozialversicherung und dem Pflegegeld gibt es ein Sozialhilfesystem, das durch die Bezirksverwaltungsbehörden bzw. Magistrate verwaltet wird.

## Finanzierung

Als Arbeitnehmer müssen Sie Beiträge zur Kranken-, Arbeitslosen- und Rentenversicherung (Pensionsversicherung) – Invalidität, Alter und Tod – entrichten. Die Höhe Ihres Beitrags entspricht einem bestimmten prozentualen Anteil Ihres Einkommens. Die Beiträge werden im Allgemeinen je zur Hälfte von Ihnen und von Ihrem Arbeitgeber getragen. Für die Entrichtung der Beiträge ist allerdings Ihr Arbeitgeber verantwortlich. Er behält Ihren Beitragsanteil bei jeder Entgeltzahlung ein.

Beiträge zur Unfallversicherung (diese werden von Ihrem Arbeitgeber übernommen) sowie für Kindergeld (Familienbeihilfe, finanziert durch Arbeitgeberbeiträge und Steuern) oder Pflegegeld (steuerfinanziert) sind von Ihnen nicht zu entrichten. Als Selbständiger haben Sie Beiträge zur Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung (Pensionsversicherung) abzuführen.

Die Beiträge von Arbeitnehmern sind vom Bruttoeinkommen (einschließlich 13. und 14. Gehalt) abhängig, die Beiträge Selbständiger vom Erwerbseinkommen (gegebenenfalls ist ein Mindestbeitrag zu entrichten), und zwar bis zu einer jährlich zu bestimmenden Bemessungsgrenze (€ 4.440 monatlich).

Die Kostentragung der bedarfsorientierten Mindestsicherung erfolgt primär durch die Länder und Kommunen.

## Kapitel II: Sachleistungen bei Krankheit

### Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit

#### Versicherte Personen

Alle Krankenversicherten haben Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit. Folgende Personengruppen sind pflichtversichert: alle Arbeitnehmer einschließlich Auszubildende, Arbeitslose, die Leistungen bei Arbeitslosigkeit beziehen, Bezieher einer Leistung der bedarfsorientierten Mindestsicherung, Altersrentenempfänger und -antragsteller, Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen der Rehabilitation, Wehrdienst- und Zivildienstleistende, Selbstständige, die in ihren Betrieben mitarbeitenden Familienangehörigen, so genannte „freie Dienstnehmer“ und weitere kleinere Personengruppen, sodass für nahezu die gesamte Bevölkerung Krankenversicherungsschutz besteht.

Personen, die aus einem oder mehreren Beschäftigungsverhältnissen (insgesamt) ein Entgelt beziehen, das unter einer Mindestgrenze (Geringfügigkeitsgrenze: € 386,80 monatlich) liegt, sind von der Versicherungspflicht ausgenommen. Eine besondere freiwillige Versicherung ist möglich.

Alle in Österreich wohnenden, nicht pflichtversicherten Personen können sich freiwillig versichern. Freiwillig Versicherte können medizinische Leistungen allerdings erst nach sechs Monaten der freiwilligen Versicherung in Anspruch nehmen.

#### Familienangehörige

Ihre in Österreich wohnenden Familienangehörigen haben ebenso wie Sie selbst Anspruch auf Sachleistungen der Krankenversicherung. Als Familienangehörige gelten in der Regel Ihre Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres bzw. im Fall von Schul- oder Berufsausbildung bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres.

Auch ihr Ehegatte ist als Familienmitglied mitversichert. Diese Mitversicherung ist allerdings nur dann kostenlos, wenn sich dieser der Kindererziehung widmet oder mindestens vier Jahre lang gewidmet hat, wenn er Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 3 bezieht oder den pflegebedürftigen Versicherten (Pflegegeldstufe 3) pflegt. Ansonsten sind Zusatzbeiträge (3,4% des Bruttogehalts) zu entrichten.

Zusätzliche Anspruchsvoraussetzungen gelten für zusammenlebende Lebensgefährten (auch gleichgeschlechtliche). Es darf keine Verwandtschaft zum Versicherten vorliegen, die Hausgemeinschaft muss seit mindestens 10 Monaten bestehen und die Haushaltsführung unentgeltlich erfolgen.

#### Abgedeckte Leistungen

##### Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten

Um die Früherkennung bestimmter Krankheiten zu gewährleisten, haben Sie und Ihre Familienangehörigen Anspruch auf Vorsorgeuntersuchungen. Es gibt Sonderprogramme für Jugendliche bis zur Vollendung des 19. Lebensjahres sowie einmal jährlich eine Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Krebs, Diabetes

und Herz-Kreislaufkrankungen. Darüber hinaus werden von den Krankenkassen auch Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen übernommen, um eine Verschlechterung des Gesundheitszustands zu verhindern.

### **Sachleistungen bei Krankheit**

Sie haben für sich und Ihre Familienangehörigen Anspruch auf Behandlung durch Allgemeinmediziner, Fachärzte und Zahnärzte. Ferner haben Sie bei entsprechender medizinischer Indikation Anspruch auf Arznei- und Hilfsmittel.

Auch häusliche Krankenpflege wird von der Krankenkasse übernommen. Sie umfasst bestimmte medizinische Leistungen (z. B. die Verabreichung von Injektionen, Sondenernährung, Wundversorgung usw.), die von diplomierten Krankenschwestern oder -pflegern erbracht werden.

Wenn die Art der Krankheit es erfordert, haben Sie Anspruch auf (zeitlich unbegrenzte) stationäre Behandlung im Krankenhaus in der allgemeinen Gebührenklasse.

### **Bezug von Sachleistungen bei Krankheit**

#### **Sachleistungen bei Krankheit**

Vor Behandlungsbeginn müssen Sie dem Arzt Ihre e-card vorlegen. Mit dieser landesweit gültigen Chipkarte erbringen Sie den Nachweis, dass Sie in Österreich Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung haben. Sie wird automatisch für jeden Versicherten und seine Angehörigen erstellt, ohne dass ein Antrag nötig wäre. Für diese e-card ist eine jährliche Selbstbeteiligung in Höhe von 10 EUR vorgesehen (ausgenommen Kinder, Rentner und Bedürftige). In dringenden Fällen behandelt der Arzt Sie auch ohne Ihre e-card. In diesem Fall sollten Sie ihm mitteilen, bei welcher Krankenversicherung Sie versichert sind, und Ihre e-card nachreichen.

Die Behandlung erfolgt durch Vertragsärzte oder Vertragszahnärzte, die die Mehrheit der niedergelassenen Ärzte ausmachen. Unter ihnen können Sie zu Beginn der Behandlung oder zu Beginn jedes Kalendervierteljahres bzw. jedes Monats wählen. Ein Verzeichnis dieser Ärzte können Sie bei Ihrer Krankenkasse einsehen.

Sie können aber auch einen Arzt ohne Krankenkassenvertrag aufsuchen. In diesem Fall werden Ihre Kosten zu 80% des Betrages ersetzt, den Ihre Krankenkasse für die Behandlung durch einen Vertragsarzt bezahlt hätte.

Falls Ihr Arzt die Überweisung an einen Facharzt, eine Klinik oder eine ähnliche Einrichtung für erforderlich hält, stellt er Ihnen zu diesem Zweck einen Überweisungsschein aus.

#### **Arzneimittel, Heilbehelfe**

Arzneimittel werden vom Vertragsarzt verordnet und werden von allen Apotheken abgegeben. In der Regel ist für jedes verordnete Arzneimittel eine Gebühr in der Höhe von € 5,30 zu entrichten. Keine Rezeptgebühr wird bei anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten oder Bedürftigkeit erhoben. Außerdem ist die Summe der von einer Person in einem Jahr zu bezahlenden Rezeptgebühren – je nach der Höhe ihres Einkommens - begrenzt. Die Krankenkasse übernimmt in der Regel die Kosten

für Körperersatzstücke und andere Heilbehelfe, gegebenenfalls bis zu einer bestimmten Höchstgrenze.

### **Zahnbehandlung**

Die Leistungen der Krankenkassen umfassen konservierende und chirurgische Zahnbehandlungen sowie Kieferregulierungen (kieferorthopädische Behandlungen) und den notwendigen Zahnersatz (z. B. Metallgerüstprothesen). Allerdings werden die Kosten eines Zahnersatzes und für kieferorthopädische Behandlungen nicht vollständig übernommen, sodass vom Versicherten häufig erhebliche Selbstbehalte zu tragen sind.

### **Häusliche Krankenpflege**

Die häusliche Krankenpflege (Hauskrankenpflege) wird auf ärztliche Anordnung erbracht.

### **Stationäre Behandlung**

Eine stationäre Behandlung erfolgt in der nächstgelegenen Krankenanstalt. Für Familienangehörige ist im System für Arbeitnehmer in den ersten vier Wochen des Krankenhausaufenthalts eine Kostenbeteiligung von 10% der Pflegegebührensätze vorgesehen. Der Versicherte selbst hat nur einen geringen täglichen Kostenbeitrag pro Tag des Krankenhausaufenthalts (für höchstens 28 Kalendertage im Jahr) zu zahlen. Ab Beginn der fünften Woche ist die Behandlung im Krankenhaus für Versicherte und Angehörige kostenlos.

Unter bestimmten Voraussetzungen können Fahrtkosten, die notwendig werden, um eine medizinische Behandlung in Anspruch zu nehmen, vollständig oder teilweise von der Krankenkasse übernommen werden.

## Kapitel III: Geldleistungen bei Krankheit

### Anspruch auf Geldleistungen bei Krankheit

Im Fall von Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheit besteht Anspruch auf Krankengeld für alle gegen Entgelt beschäftigten Arbeitnehmer, Arbeitslosen, die Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung beziehen, und Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen der Rehabilitation.

Das Krankengeld ruht jedoch solange der arbeitsunfähige Versicherte Anspruch auf Weiterbezug seines Arbeitseinkommens auf Grund arbeitsrechtlicher Vorschriften hat. Je nach Dauer des Arbeitsverhältnisses besteht zwischen sechs und 12 Wochen Anspruch auf Weitergewährung des vollen Entgelts. Danach besteht für weitere vier Wochen Anspruch auf Weitergewährung der Hälfte des Entgelts und das Krankengeld gebührt zur Hälfte.

Es bestehen keine Pflichtversicherung und kein Anspruch auf Krankengeld, wenn die Summe der Entgelte unter der Geringfügigkeitsgrenze von monatlich € 386,80 liegt. In diesem Fall ist eine besondere freiwillige Versicherung möglich.

### Abgedeckte Leistungen

Die Arbeitsunfähigkeit muss länger als drei Tage andauern. Krankengeld wird in der Regel vom vierten Krankheitstag an gezahlt. Sofern die Arbeitsunfähigkeit nicht innerhalb einer Woche gemeldet wurde, erfolgt der Leistungsbeginn erst ab Meldung.

Die Höhe des Krankengeldes wird auf der Grundlage des letzten Entgelts (bis zur Bemessungsgrenze von € 4.440 monatlich) berechnet. Es beträgt 50% des Entgelts (bis zum 42. Tag) bzw. 60% (ab dem 43. Tag). Falls die Satzung der jeweiligen Krankenkasse es vorsieht, kann sich der entsprechende Betrag um einen bestimmten Prozentsatz für den Ehegatten und/oder für andere Familienangehörige erhöhen; insgesamt darf die erhöhte Leistung jedoch 75% des Entgelts nicht übersteigen.

Für geringfügig Beschäftigte, die sich freiwillig versichert haben, beträgt das Krankengeld € 138,90.

Krankengeld wird grundsätzlich für bis zu 52 Wochen (ein Jahr) gezahlt; die Satzung des jeweiligen Krankenversicherungsträgers kann diese Dauer auf bis zu 78 Wochen (anderthalb Jahre) verlängern.

### Bezug von Geldleistungen bei Krankheit

Der Anspruch auf Krankengeld muss durch eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Arztes nachgewiesen werden.

## Kapitel IV: Leistungen bei Mutterschaft und Vaterschaft

### Anspruch auf Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft

Weibliche Krankenversicherte und weibliche Angehörige von Versicherten haben Anspruch auf Sachleistungen, z. B. Krankenhausbehandlung vor, während und nach der Entbindung.

Gegen Entgelt beschäftigte Arbeitnehmerinnen, arbeitslose Frauen, die Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung beziehen, sowie Teilnehmerinnen an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation haben für die Dauer der gesetzlichen Schutzfrist, für die ein Beschäftigungsverbot gilt (grundsätzlich 8 Wochen vor und 8 Wochen nach der Entbindung), Anspruch auf Wochengeld. Ihr Anspruch auf Wochengeld ruht, solange Ihr Entgelt von Ihrem Arbeitgeber weitergezahlt wird (Lohnfortzahlung).

### Abgedeckte Leistungen

#### Sachleistungen

Alle Frauen, die Anspruch auf Sachleistungen der Krankenversicherung haben, haben auch Anspruch auf Sachleistungen während der Schwangerschaft sowie bei und nach der Entbindung. Die Sachleistungen bei Mutterschaft umfassen:

- ärztliche Betreuung und Hilfe durch eine Hebamme während der Schwangerschaft und nach der Entbindung;
- Versorgung mit Arzneimitteln sowie Heilbehelfen
- Betreuung in einem Krankenhaus oder in einer Geburtsklinik für eine Dauer von längstens zehn Tagen (oder länger, falls während der Schwangerschaft oder der Entbindung Komplikationen auftreten). Beistand kann ebenfalls durch diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwwestern geleistet werden.

In Österreich besteht zudem Anspruch auf einen 70%igen Kostenersatz für *In-vitro*-Fertilisation. Die diesbezüglichen Anspruchsvoraussetzungen sind in einem eigenen Gesetz festgelegt.

#### Mutterschaftsurlaub und -geld

Die Höhe des Wochengelds berechnet sich auf der Grundlage des Nettoentgelts der letzten 13 Wochen (drei Monate).

Für den Fall, dass der Arbeitgeber keine Entgeltfortzahlung leistet, wird das Wochengeld acht Wochen vor und acht Wochen nach der Entbindung gezahlt. Bei Früh- und Mehrlingsgeburten sowie bei Kaiserschnittentbindungen kann die Zahlung auf bis zu 12 Wochen verlängert werden.

Selbstständige Frauen haben für denselben Zeitraum Anspruch auf einen Pauschalbetrag. Für geringfügig Beschäftigte mit freiwilliger Versicherung beläuft sich die Unterstützung auf € 8,45 pro Tag.

## Bezug von Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft

Wenn Sie schwanger sind, sollten Sie unverzüglich zum Arzt gehen und sich einen Mutter-Kind-Pass besorgen, der Hinweise zu den vor und nach der Geburt durchzuführenden Untersuchungen enthält. In diesem Pass bestätigen die Ärzte die durchgeführten Schwangerschafts- und Kindesuntersuchungen. Die Durchführung der im Mutter-Kind-Pass vorgesehenen Untersuchungen ist Voraussetzung für den Bezug des vollen Kinderbetreuungsgeldes (je nach gewählter Variante ab dem 10., 13., 17. oder 25. Lebensmonat des Kindes). Die ärztlichen Bestätigungen im Mutter-Kind-Pass sind dem Krankenversicherungsträger vorzulegen.

Wochengeld ist bei der zuständigen Krankenkasse zu beantragen.

## Kapitel V: Leistungen bei Invalidität

### Anspruch auf Leistungen bei Invalidität

#### Versicherte Personen

Alle gegen Entgelt beschäftigten Arbeitnehmer und Lehrlinge, in den Betrieben Selbstständiger mitarbeitende Familienangehörigen und Personen, die zwar keinen Arbeitsvertrag haben, im Wesentlichen aber wie ein Arbeitnehmer tätig werden (freie Dienstnehmer) sind für den Fall der Invalidität pflichtversichert.

Keine Versicherungspflicht besteht für Personen, deren Einkünfte unter der Geringfügigkeitsgrenze von monatlich € 386,80 liegen. Das Einkommen aus mehreren Tätigkeiten wird zusammengerechnet.

Alle nicht pflichtversicherten Personen mit Wohnsitz in Österreich, die älter als 15 Jahre sind, haben die Möglichkeit, sich freiwillig in der österreichischen Rentenversicherung (Pensionsversicherung) zu versichern. Bei Beendigung einer Pflichtversicherung besteht unabhängig vom Wohnsitz die Möglichkeit der freiwilligen Weiterversicherung.

#### Grad der Invalidität

In Österreich gibt es keine Teilinvalidität, eine Person ist entweder arbeitsunfähig oder arbeitsfähig. Angestellte sowie Arbeiter, die in erlernten Berufen tätig sind, fallen unter den sogenannten Berufsschutz, d. h. es wird geprüft, ob sie tatsächlich einen bestimmten Beruf noch ausüben können. Ungelernte Arbeiter und Selbständige können jedoch sämtlichen am Arbeitsmarkt verfügbaren Beschäftigungen zugewiesen werden. Unter bestimmten Voraussetzungen genießen alle Versicherten bis zum 57. Lebensjahr einen besonderen Schutz, d. h. es wird geprüft, ob sie der konkreten Tätigkeit, die sie zuvor ausgeübt haben, noch nachgehen können (Tätigkeitsschutz).

Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn sich die Arbeitsfähigkeit von Angestellten und Arbeitern, die überwiegend in erlernten (angelernten) Berufen tätig waren, aus gesundheitlichen Gründen auf weniger als 50% der Arbeitsfähigkeit eines gesunden Versicherten in demselben Beruf mindert (Berufsschutz). Für Selbständige ist die Unfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen, einem regelmäßigen Erwerb nachzugehen, nachzuweisen.

Erwerbsunfähigkeit liegt vor, wenn ein Arbeiter aufgrund seines körperlichen oder geistigen Zustandes nicht mehr imstande ist, mit irgendeiner Tätigkeit wenigstens die Hälfte des Entgelts zu verdienen, das eine gesunde Person mit dieser Tätigkeit verdienen könnte.

Invalidität liegt vor, wenn Versicherte nach Vollendung des 57. Lebensjahres infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder der Schwächung ihrer körperlichen oder geistigen Kräfte außer Stande sind, einer Tätigkeit, die sie in den letzten 180 Kalendermonaten vor dem Stichtag mindestens 120 Kalendermonate hindurch ausgeübt haben, nachzugehen. Dabei sind zumutbare Änderungen dieser Tätigkeit zu berücksichtigen.

Originäre Invalidität liegt vor bei Personen, die bei Eintritt in die Erwerbstätigkeit auf Grund ihrer starken gesundheitlichen Einschränkungen grundsätzlich arbeitsunfähig waren, aber dennoch mindestens 10 Beitragsjahre erworben haben.

## Abgedeckte Leistungen

### Invalidenrente

Für einen Anspruch auf Invaliditätsrente ist eine Mindestbeitragszeit von 60 Versicherungsmonaten innerhalb der letzten 120 Kalendermonate erforderlich. Nach Vollendung des 50. Lebensjahres werden die Wartezeit um einen Monat und der Referenzzeitraum um jeweils zwei Monate angehoben, bis zu höchstens 180 Versicherungsmonaten innerhalb der letzten 360 Kalendermonate. Bei 180 Beitragsmonaten oder 300 Versicherungsmonaten ist kein Rahmenzeitraum erforderlich.

Eine Wartezeit (Mindestversicherungszeit) ist nicht erforderlich, wenn die Invalidität auf einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit zurückzuführen ist oder, für den Fall, dass die Invalidität vor Vollendung des 27. Lebensjahres eintritt, wenn zumindest sechs Versicherungsmonate vorliegen.

Seit 2005 werden bestimmte Zeiten als Beitragszeiten anerkannt, für die Beiträge aus öffentlichen Mitteln entrichtet werden. Dazu gehören: Kindererziehungszeiten (maximal 4 Jahre pro Kind, im Falle einer Mehrlingsgeburt 5 Jahre), Militär- bzw. Kriegsdienstzeiten sowie gleichgestellte Zeiten (z. B. Zivildienstzeiten), Zeiten des Bezugs von Wochengeld (Zeiten des Mutterschaftsurlaubes) und Zeiten des Bezuges von Arbeitslosengeld bzw. Krankengeld.

Für Versicherungszeiten, die vor 2005 erworben wurden, sowie für Personen, die Anfang 2005 das 50. Lebensjahr bereits vollendet haben, werden die oben genannten Zeiten beitragsfrei als gleichgestellte Zeiten angerechnet.

Die Höhe der Invaliditätsrente wird auf Grundlage des Alters und der Versicherungszeit des Antragstellers berechnet. Für Personen, die am 1. Januar 2005 das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten, und für Versicherungszeiten nach Januar 2005 besteht ein leistungsorientiertes Rentenkontensystem auf der Basis des Umlageverfahrens.

Bei diesem System wird der erworbene Rentenanspruch jährlich festgestellt. Berechnungsgrundlage ist das durchschnittliche Erwerbseinkommen im Kalenderjahr bis zur Bemessungsgrenze (Höchstbeitragsgrundlage). Hiervon werden 1,78% pro Kalenderjahr dem Rentenkonto gutgeschrieben.

Bis zum 60. Lebensjahr werden gegebenenfalls fiktive Versicherungsmonate zugerechnet. Die Rentenhöhe bestimmt sich nach einer Berechnungsformel auf der Grundlage der Summe der Versicherungs- und Zurechnungsmonate.

Im Fall eines vorzeitigen Renteneintritts erfolgt ein Abschlag von der Leistung von 4,2% pro Jahr, jedoch höchstens 15%.

Auf Personen, die am 1. Januar 2005 das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet, aber vor diesem Zeitpunkt bereits Versicherungsmonate zurückgelegt hatten, kommen sowohl die alten Rechtsvorschriften als auch die neuen Rechtsvorschriften zur Anwendung. Die Berechnung der Rente erfolgt durch eine Parallelrechnung unter

Anwendung der *Pro-rata-temporis*-Methode. Teilrenten werden auf Grundlage der neuen bzw. der alten Rechtsvorschriften errechnet. Die Invaliditätsrente entspricht der Summe der Teilrenten.

Auf Personen, die am 1. Januar 2005 das 50. Lebensjahr bereits vollendet hatten, kommt noch das Ende 2004 geltende Recht zur Anwendung. Die Berechnungsgrundlage für die Rente ist der Durchschnitt der Erwerbseinkommen der besten 24 Versicherungsjahre. Dieser Zeitraum wird bis zum Jahr 2028 schrittweise auf 40 Versicherungsjahre erhöht. Renten ab 1. Januar 2004 dürfen um höchstens 5% niedriger sein als eine Vergleichsrente nach der Rechtslage zum 31. Dezember 2003. Dieser Wert wird bis zum Jahr 2024 schrittweise auf 10% erhöht.

Die Invaliditätsrente wird 14-mal jährlich ausbezahlt. Für Bergleute können Sonderregelungen gelten.

## Zulagen

Sofern die monatliche Rente bzw. Renten einschließlich sonstiger Einkünfte (auch jener des im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehegatten) bestimmte Beträge nicht erreichen, gebührt eine Ausgleichszulage in Höhe der Differenz zwischen dem Einkommen und der Grenze. Dieser Zuschlag sowie die Invaliditätsrente können bei minderjährigen Kindern angehoben werden. Zusätzlich kann Pflegegeld gewährt werden.

## Rehabilitationsmaßnahmen

Die Rentenversicherungsträger können die verschiedensten medizinischen, beruflichen oder sozialen Rehabilitationsmaßnahmen gewähren, um die Leistungsfähigkeit der Versicherten wiederherzustellen und es ihnen zu ermöglichen, im beruflichen und wirtschaftlichen Leben wieder einen angemessenen Platz einzunehmen. Es gilt der Grundsatz Rehabilitation vor Pension.

## Bezug von Leistungen bei Invalidität

Bitte beachten Sie, dass Renten grundsätzlich nur auf Antrag gewährt werden. Dieser Antrag ist unter Verwendung des entsprechenden Vordrucks vorzugsweise beim zuständigen Sozialversicherungsträger zu stellen (kann aber auch an jede Krankenkasse oder kommunale Behörde gerichtet werden). Es werden aber auch formlose Anträge berücksichtigt.

Invaliditätsrente wird vom Monatsersten, der dem Eintritt der Invalidität bzw. der späteren Antragstellung folgt, gewährt.

Die Invaliditätsrente wird längstens für 24 Monate zuerkannt. Dann erfolgt eine Überprüfung des Gesundheitszustandes und die Zuerkennung erfolgt wieder für längstens 24 Monate. Die Rente wird ohne zeitliche Befristung zuerkannt, wenn aufgrund des körperlichen oder geistigen Zustandes dauernde Invalidität anzunehmen ist.

Bei Erreichung des Renteneintrittsalters wird die Invaliditätsrente im selben Betrag weitergewährt. Über einen entsprechenden Antrag ist zudem eine Umwandlung in eine Altersrente möglich.

## Kapitel VI: Renten und Leistungen im Alter

### Anspruch auf Altersrente

Anspruch auf Altersleistungen besteht bei Rentenversicherung (näher erläutert unter Leistungen bei Invalidität).

Darüber hinaus sind bestimmte Wartezeiten zurückzulegen:

- Für Personen, die am 1. Januar 2005 das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet und noch keine Versicherungsmonate zurückgelegt hatten, beträgt diese 180 Versicherungsmonate, von denen mindestens 84 aufgrund einer Erwerbstätigkeit erworben wurden.
- Für Personen, die am 1. Januar 2005 das 50. Lebensjahr vollendet hatten, müssen 180 Versicherungsmonate in den letzten 360 Kalendermonaten oder 180 Beitragsmonate bzw. 300 Versicherungsmonate ohne Zeitrahmen zurückgelegt haben.
- Für Personen, die am 1. Januar 2005 das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet, aber bereits mindestens einen Versicherungsmonat zurückgelegt hatten, ist die für den Versicherten günstigere Regelung anwendbar.

### Abgedeckte Leistungen

#### Regelaltersrente (Normale Alterspension)

Sie wird Frauen mit Vollendung des 60. Lebensjahres und Männern mit Vollendung des 65. Lebensjahres gewährt. Die für Frauen geltende Altersgrenze wird zwischen den Jahren 2024 und 2033 schrittweise auf jene der Männer (65 Jahre) angehoben.

#### Vorzeitige Altersrente (Vorzeitige Alterspension)

Vorgezogene Rente kann mit 62 Jahren für Männer und Frauen beansprucht werden. Sie kann mit vollendetem 60. Lebensjahr für Menschen, die Schwerarbeit geleistet haben, beantragt werden, wenn mindestens 10 Jahre Schwerarbeit innerhalb der letzten 20 Jahre vor dem Stichtag geleistet und insgesamt 45 Versicherungsjahre erworben wurden.

Zudem gibt es eine Übergangszeit. Darüber hinaus kommen für Personen, die 2005 das 50. Lebensjahr vollendet hatten, sowie für jüngere Personen, die zu diesem Zeitpunkt bereits mindestens einen Versicherungsmonat zurückgelegt hatten, besondere Alterskriterien zur Anwendung, nämlich 772 Lebensmonate für Männer, 712 Lebensmonate für Frauen. Diese Altersgrenzen werden zwischen 2004 und 2014 schrittweise angehoben (Abschaffung dieser Form der vorzeitigen Altersrente).

Darüber hinaus gibt es nur für bestimmte Geburtsjahrgänge zwei Formen von vorzeitiger Altersrente: für Personen mit sehr langen Versicherungsverläufen bzw. Personen, die unter besonders belastenden Arbeitsbedingungen tätig waren.

Bei Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit werden die vorzeitig in Anspruch genommenen Altersrenten nicht mehr gewährt.

## Höhe der Rente

Die Höhe der Altersrente wird auf Grundlage des Alters und der Versicherungszeit des Antragstellers berechnet. Für Personen, die am 1. Januar 2005 das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten, und für Versicherungszeiten nach Januar 2005 besteht ein leistungsorientiertes Rentenkontensystem auf Basis des Umlageverfahrens.

Bei diesem System wird der erworbene Rentenanspruch jährlich festgestellt. Berechnungsgrundlage ist das durchschnittliche Erwerbseinkommen im Kalenderjahr bis zur Bemessungsgrenze (Höchstbeitragsgrundlage). Hiervon werden 1,78% pro Kalenderjahr dem Rentenkonto gutgeschrieben.

Im Fall eines vorzeitigen Renteneintritts erfolgt ein Abschlag von der Leistung von 4,2% pro Jahr (höchstens 2,1% bei Schwerarbeitern, abhängig von der Anzahl der Monate, in denen Schwerarbeit geleistet wurde), jedoch höchstens 15%. Bei aufgeschobenem Renteneintritt erhöht sich die Leistung um 4,2% pro Kalenderjahr, jedoch um höchstens 12,6%.

Auf Personen, die am 1. Januar 2005 das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet, aber vor diesem Zeitpunkt bereits Versicherungsmonate zurückgelegt hatten, kommen sowohl die alten Rechtsvorschriften als auch die neuen Rechtsvorschriften zur Anwendung. Die Berechnung der Rente erfolgt durch eine Parallelrechnung unter Anwendung der *Pro-rata-temporis*-Methode. Teilrenten werden auf Grundlage der neuen bzw. der alten Rechtsvorschriften errechnet. Die Invaliditätsrente entspricht der Summe der Teilrenten.

Auf Personen, die am 1. Januar 2005 das 50. Lebensjahr bereits vollendet hatten, kommt noch das Ende 2004 geltende Recht zur Anwendung. Die Berechnungsgrundlage für die Rente ist der Durchschnitt der Erwerbseinkommen der besten 24 Versicherungsjahre. Der Zeitraum wird bis zum Jahr 2028 schrittweise auf 40 Versicherungsjahre erhöht. Hiervon werden 1,78% pro Kalenderjahr dem Rentenkonto gutgeschrieben. Abschläge und Erhöhungen der Rente erfolgen wie bereits beschrieben. Die erhöhte Leistung darf allerdings 91,76% der Berechnungsgrundlage nicht übersteigen.

Renten ab 1. Januar 2004 dürfen um höchstens 5% niedriger sein als eine Vergleichsrente nach der Rechtslage zum 31. Dezember 2003. Dieser Wert wird bis zum Jahr 2024 schrittweise auf 10% erhöht.

Die Rente wird 14-mal jährlich ausbezahlt. Für Bergleute können Sonderregelungen gelten.

## Zulagen

Sofern die monatliche Rente bzw. Renten einschließlich sonstiger Einkünfte (auch jener des im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehegatten) bestimmte Beträge nicht erreichen, gebührt eine Ausgleichszulage in Höhe der Differenz zwischen dem Einkommen und der Grenze. Dieser Zuschlag kann bei unterhaltsberechtigten Kindern angehoben werden. Zusätzlich kann Pflegegeld gewährt werden.

## Bezug von Altersrenten

Renten werden grundsätzlich nur auf Antrag gewährt. Dieser Antrag ist unter Verwendung des entsprechenden Vordrucks vorzugsweise beim zuständigen

Rentenversicherungsträger zu stellen (kann aber auch an jede Krankenkasse oder kommunale Behörde gerichtet werden). Es werden aber auch formlose Anträge berücksichtigt.

## Kapitel VII: Hinterbliebenenleistungen

### Anspruch auf Hinterbliebenenleistungen

Anspruch auf Hinterbliebenenleistungen besteht bei Rentenversicherung und bei Zurücklegung einer bestimmten Wartezeit. Es gilt dieselbe Wartezeit wie für die Leistungen bei Invalidität.

### Abgedeckte Leistungen

#### Witwen- und Witwerrente (Witwen- und Witwerpension)

Wenn der überlebende Ehegatte (oder der unterhaltsberechtigten frühere Ehegatte) zum Zeitpunkt des Todes des Versicherten das 35. Lebensjahr bereits vollendet hatte oder wenn in der Ehe ein Kind geboren wurde, besteht Anspruch auf Witwenpension oder Witwerpension.

Der Ehegatte erhält eine Rente (Pension), deren Höhe von seinen eigenen Einkünften abhängt und zwischen 0% und 60% der Rente betragen kann, auf die der verstorbene Versicherte Anspruch hatte oder gehabt hätte (die Voraussetzungen wurden im Vorangehenden für [Invaliditäts-](#) und [Altersrenten](#) beschrieben).

Bleibt die Summe aus der Hinterbliebenenrente und eigenen Einkünften des Empfängers unter dem Betrag von € 1.812,34 monatlich, wird ein entsprechender Differenzbetrag bis zur Höchstgrenze von 60% der Rente des Verstorbenen gewährt. Auch zu dieser Rente kann zusätzlich eine Ausgleichszulage bzw. Pflegegeld gewährt werden.

#### Waisenrente

Anspruch auf Waisenrente besteht bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bzw. bei in Ausbildung stehenden Waisen bis höchstens zum vollendeten 27. Lebensjahr. Im Fall von behinderten Kindern gibt es kein Höchstalter.

Die Waisenrente beträgt bei Halbweisen 40% und bei Vollweisen 60% der Rente, auf die der verstorbene Versicherte Anspruch hatte oder gehabt hätte (die Voraussetzungen wurden im Vorangehenden für [Invaliditäts-](#) und [Altersrenten](#) beschrieben).

Die Ausgleichszulagenrichtsätze für Waisenrenten hängen vom Alter der Waise ab. Auch zu Waisenrenten kann zusätzlich Pflegegeld gewährt werden.

#### Bestattungskosten

Ein Zuschuss zu den Bestattungskosten bis maximal € 436,04 kann bei Bedürftigkeit nach Maßgabe der Satzungen der Versicherungsträger gewährt werden und ist nur noch vereinzelt vorgesehen.

---

## Bezug von Hinterbliebenenleistungen

Renten werden grundsätzlich nur auf Antrag gewährt. Dieser Antrag ist unter Verwendung des entsprechenden Vordrucks beim zuständigen Rentenversicherungsträger zu stellen.

Ein Zuschuss zu den Bestattungskosten ist beim Krankenversicherungsträger zu stellen (sofern er diese Leistung anbietet).

## **Kapitel VIII: Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten**

### **Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten**

Die Unfallversicherung schützt Sie während der Ausübung Ihrer Tätigkeit und auf dem Weg zu und dem Rückweg von Ihrer Tätigkeit. Sie umfasst Maßnahmen der Unfallverhütung sowie Leistungen in Schadensfällen.

Alle auf Grund eines Arbeits- oder Lehrvertrages beschäftigten Personen sowie ein Großteil der Selbstständigen (und der in ihren Betrieben mitarbeitenden Familienangehörigen) sind in der Unfallversicherung pflichtversichert. Versichert sind auch Schüler während des Besuchs einer allgemeinbildenden Schule sowie Studierende.

Die anerkannten Berufskrankheiten werden in einer Liste genannt und darüber hinaus kann eine Krankheit, die nicht in dem Verzeichnis aufgeführt wird, fallweise als Berufskrankheit anerkannt werden.

### **Abgedeckte Leistungen**

Zur Unfallverhütung gibt es einschlägige Vorschriften, die den Arbeitgeber verpflichten, Arbeitsplätze so einzurichten und zu erhalten, dass die Arbeitnehmer vor Unfällen und Berufskrankheiten geschützt sind.

### **Heilbehandlung und kurzfristige Geldleistungen**

Bei einem Unfall oder einer Berufskrankheit besteht Anspruch auf erste Hilfe und Heilbehandlung. Dies umfasst ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arzneimitteln und Heilbehelfen sowie die Behandlung in einer Krankenanstalt oder besonderen Heilanstalt. In der Regel werden diese Leistungen in den ersten vier Wochen vom Krankenversicherungsträger erbracht, doch kann der Unfallversicherungsträger die Leistungserbringung jederzeit an sich ziehen. In der Regel ist keine Kostenbeteiligung des Versicherten vorgesehen, mit Ausnahme eines geringfügigen Kostenbeitrages bei Krankenhauspflege, für Kranken- und Zahnbehandlung sowie für Arzneimittel.

Zunächst besteht Anspruch auf die bei Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit vorgesehenen Geldleistungen (Lohnfortzahlung bzw. Krankengeld). Wäre der Betrag der Invalidenrente (Versehrtenrente) höher, so wird ein Differenzbetrag gezahlt. Bei Behandlung in einer Krankenanstalt oder einer besonderen Heilanstalt besteht Anspruch auf eine Leistung, die je nach Familienstand Familien- oder Taggeld genannt wird, da in diesen Fällen die Invalidenrente (Versehrtenrente) ruht.

### **Rehabilitation**

Bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten werden neben der medizinischen Rehabilitation auch berufliche und soziale Rehabilitationsmaßnahmen angeboten.

Soziale Rehabilitation wird beispielsweise in Form eines Zuschusses zum Umbau der Wohnung gewährt.

Zur beruflichen Rehabilitation sind insbesondere folgende Maßnahmen vorgesehen: Hilfe zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes sowie Weiterbildung und Umschulung. Während der Ausbildung wird ein Übergangsgeld gezahlt.

### **Invalidenrente (Versehrtenrente)**

Nach Ablauf des Zeitraums, in dem Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit gewährt werden, erhalten Sie – spätestens ab der 27. Woche – eine Invalidenrente (Versehrtenrente), wenn Ihre Erwerbsfähigkeit infolge des Unfalls oder der Berufskrankheit länger als drei Monate um mindestens 20% (bei Schülern und Studenten: 50%) gemindert ist.

Bei 100%iger Minderung der Erwerbsfähigkeit beläuft sich Ihre Rente auf zwei Drittel (66%) der Bemessungsgrundlage (des Durchschnitts des versicherten Einkommens während des vorangegangenen Jahres); bei geringerer Erwerbsunfähigkeit reduziert sich die Rente anteilmäßig.

Diese Rente wird 14-mal jährlich ausgezahlt (12 Monatsbeträge sowie Sonderzahlungen im Mai und im Oktober).

Zu der Rente wird gegebenenfalls eine Zusatzrente für Schwerversehrte in Höhe von 20% (bei einer weniger als 70%igen Minderung der Erwerbsfähigkeit) bzw. 50% (bei einer mindestens 70%igen Minderung der Erwerbsfähigkeit) der Rente gezahlt. Für jedes unterhaltsberechtigten Kind bis zum 18. Lebensjahr (bei Schul- oder Berufsausbildung bis zum 27. Lebensjahr) wird ein Kinderzuschuss in Höhe von 10% der Rente gezahlt. Voraussetzung für diese Zulage ist jedoch eine mindestens 50%ige Minderung Ihrer Erwerbsfähigkeit.

Werden Sie durch den Unfall oder die Berufskrankheit pflegebedürftig, so können Sie neben der Rente auch ein Pflegegeld erhalten.

Bei Verursachung des Arbeitsunfalls oder der Berufskrankheit durch grob fahrlässige Außerachtlassung von Arbeitnehmerschutzvorschriften erhalten Sie neben der Rente auch eine Integritätsabgeltung entsprechend dem Ausmaß der Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Integrität als einmalige Leistung.

Unter bestimmten Voraussetzungen kann anstelle einer Versehrtenrente eine Abfindung gezahlt werden (in der Regel bei Einstufung der Erwerbsunfähigkeit auf unter 25%).

### **Hinterbliebenenrente**

Als Ehepartner oder eingetragener Partner eines verstorbenen Versicherten, dessen Tod Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit ist, haben Sie Anspruch auf eine Hinterbliebenenrente der Unfallversicherung. Dieser Anspruch kann unter gewissen Voraussetzungen auch nach einer Auflösung der Ehe (Partnerschaft) bestehen.

Die Hinterbliebenenrente entspricht 40% der für den verstorbenen Versicherten geltenden Bemessungsgrundlage, wenn Sie das gesetzliche Rentenalter erreicht haben oder selbst zumindest zu 50% erwerbsunfähig sind. Sind Sie jünger, entspricht die Rente 20% der Bemessungsgrundlage.

Kinder bis zum 18. Lebensjahr (bei Schul- oder Berufsausbildung bis zum 27. Lebensjahr) erhalten eine Waisenrente. Eine Halbwaise erhält 20%, eine Vollwaise 30% der Bemessungsgrundlage des Versicherten.

Eine Rente kann auch an bedürftige Eltern (Großeltern) bzw. unversorgte Geschwister (Vorrang der Eltern) gezahlt werden, wenn der Verstorbene überwiegend ihren Lebensunterhalt bestritten hat.

Die Maximalrente für alle Empfänger darf grundsätzlich nicht mehr als 80% der Rentenbemessungsgrundlage des Verstorbenen betragen.

### **Bestattungskosten**

Tritt der Tod als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit ein, gebührt ein Zuschuss zu den Bestattungskosten.

### **Bezug von Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten**

Bei einem Arbeitsunfall ist der Arbeitgeber unverzüglich zu benachrichtigen; dieser ist seinerseits dazu verpflichtet, die Unfallversicherung über den Arbeitsunfall zu informieren. Der Arbeitsunfall ist vom Arbeitgeber oder dem behandelnden Arzt innerhalb von fünf Tagen zu melden.

Leistungen werden zum Teil nur auf Antrag gewährt. Ein Antrag ist unter Verwendung des entsprechenden Vordrucks beim zuständigen Unfallversicherungsträger zu stellen. Es werden aber auch formlose Anträge berücksichtigt.

Bei wesentlichen Änderungen ist eine erneute Feststellung des Rentenanspruchs möglich. Nach den ersten zwei Jahren kann dies in der Regel nur in Abständen von mindestens einem Jahr nach der letzten Feststellung beantragt werden.

## Kapitel IX: Familienleistungen

### Anspruch auf Familienleistungen

Die Familienbeihilfe ist ein aus Arbeitgeberbeiträgen und Steuern finanziertes universelles System für alle Einwohner.

Anspruch auf Familienbeihilfe haben grundsätzlich Personen, die im Bundesgebiet einen Wohnsitz oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben, für ihre minderjährigen Kinder, die bei ihnen haushaltszugehörig sind oder für die sie überwiegend den Unterhalt leisten. Anspruchsberechtigt können leibliche Eltern, Großeltern, Adoptiv- oder Pflegeeltern sein, bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen aber auch das Kind selbst.

Leibliche Eltern, Adoptiv- oder Pflegeeltern haben Anspruch auf Kinderbetreuungsgeld (KBG). Es wird unabhängig von einer früheren Erwerbstätigkeit oder einer Pflichtversicherung gewährt. Das einkommensabhängige Kinderbetreuungsgeld setzt eine sechsmonatige Erwerbstätigkeit vor der Geburt bzw. vor dem Beschäftigungsverbot voraus.

Das Kinderbetreuungsgeld soll die Betreuungsleistung der Eltern während der Kleinkindphase anerkennen und teilweise abgelten.

Voraussetzung für die Zahlung des Kinderbetreuungsgeldes ist der Anspruch auf und der Bezug von Familienbeihilfe. Ferner ist das Zusammenleben in einem gemeinsamen Haushalt (samt identer Wohnsitzmeldung) erforderlich. Eine weitere Anspruchsvoraussetzung ist, dass der Gesamtbetrag der Einkünfte während des Bezuges 60% der Letzteinkünfte nicht übersteigt, wobei man jedoch maximal € 16.200 im Kalenderjahr dazuverdienen kann. Beim einkommensabhängigen Kinderbetreuungsgeld darf nur geringfügig dazuverdient werden (€ 5.800 pro Kalenderjahr). Hierzu werden nur die Einkünfte des Elternteils herangezogen, der das KBG bezieht. Das Einkommen des anderen Elternteils bleibt unberücksichtigt.

### Abgedeckte Leistungen

#### Beihilfebetrug für jedes Kind

Die Höhe der Familienbeihilfe richtet sich nach dem Alter des Kindes. Zusätzlich wird ab dem zweiten Kind ein Erhöhungsbetrag gewährt. Handelt es sich um ein erheblich behindertes Kind, so erhöht sich die Familienbeihilfe.

Die Familienbeihilfe beträgt für jedes Kind monatlich € 105,40. Sie erhöht sich mit dem Alter des Kindes: ab dem 3. Lebensjahr auf € 112,70, ab dem 10. Lebensjahr auf € 130,90 und ab dem 19. Lebensjahr auf € 152,70.

Ab 1. Januar 2008 erhöht sich der monatliche Gesamtbetrag der Familienbeihilfe um € 12,80 für zwei Kinder, € 47,80 für drei Kinder, € 97,80 für vier Kinder und € 50,00 für jedes weitere Kind.

Für erheblich behinderte Kinder werden zusätzlich € 138,30 pro Monat gezahlt. Im September wird zusätzlich zur Familienbeihilfe ein Schulstartgeld von € 100 für jedes

Kind zwischen 6 und 15 Jahren ausbezahlt; es ist hierzu kein eigener Antrag erforderlich.

Die Familienbeihilfe wird bis zur Volljährigkeit des Kindes (mit 18 Jahren) gezahlt. Für Kinder, die für einen Beruf ausgebildet oder in einem erlernten Beruf in einer Fachschule fortgebildet werden, kann der Bezug bis zur Vollendung des 24. Lebensjahres (in bestimmten Ausnahmefällen des 25. Lebensjahres: Schwangere, Frauen mit Kind, Präsenzdienler, Behinderte, langes Studium, freiwilliger Sozialdienst) verlängert werden. Die Familienbeihilfe wird ohne Altersgrenze für Kinder gewährt, die wegen einer vor Vollendung des 21. Lebensjahres oder während einer späteren Berufsausbildung, jedoch vor Vollendung des 25. Lebensjahres eingetretenen Behinderung voraussichtlich dauernd erwerbsunfähig sind.

Kein Anspruch auf Familienbeihilfe besteht insbesondere dann, wenn ein Kind, das das 18. Lebensjahr vollendet hat, eigene Einkünfte bezieht, die eine bestimmte Höhe pro Monat überschreiten (€ 10.000 pro Jahr).

### **Mehrkindzuschlag**

Ein Mehrkindzuschlag in Höhe von € 20 monatlich wird für jedes dritte und weitere Kind gezahlt, für das Familienbeihilfe gewährt wird, wenn das zu versteuernde Familieneinkommen im Kalenderjahr, das vor dem Kalenderjahr liegt, für das der Antrag gestellt wird, € 55.000 nicht überschritten hat.

### **Kinderbetreuungsgeld**

Um das Kinderbetreuungsgeld für die gesamte Bezugsdauer in voller Höhe zu erhalten, sind die zehn (kostenlosen) Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen (fünf während der Schwangerschaft, fünf nach der Geburt) in den vorgeschriebenen Zeiträumen durchzuführen und dem Krankenversicherungsträger nachzuweisen. Erfolgt das nicht, wird das Kinderbetreuungsgeld je nach gewählter Variante ab dem 10., 13., 17. oder 25. Lebensmonat des Kindes halbiert.

Für das Kinderbetreuungsgeld stehen ab dem 1. Januar 2011 fünf Varianten zur Auswahl (vier Pauschalbeträge und ein einkommensabhängiger Betrag):

- € 14,53 pro Tag bis zum 30. Lebensmonat des Kindes (Verlängerung auf 36 Monate durch Bezug des anderen Elternteils möglich),
- € 20,80 pro Tag bis zum 20. Lebensmonat des Kindes (Verlängerung auf 24 Monate durch Bezug des anderen Elternteils möglich),
- € 26,60 pro Tag bis zum 15. Lebensmonat des Kindes (Verlängerung auf 18 Monate durch Bezug des anderen Elternteils möglich),
- € 33 EUR Tag bis zum 12. Lebensmonat des Kindes (Verlängerung auf 14 Monate durch Bezug des anderen Elternteils möglich),
- einkommensabhängige Variante (gleiche Dauer und Verlängerungsmöglichkeiten wie in Variante 4).

Die Wahl der Variante erfolgt bei der erstmaligen Antragstellung und kann danach nicht mehr geändert werden. Auch der andere Elternteil ist an die gewählte Variante gebunden.

Eine Verlängerung des Bezuges ist möglich, sofern auch der andere Elternteil Kinderbetreuungsgeld bezieht.

Die Eltern können sich maximal zweimal beim Bezug abwechseln, ein gleichzeitiger Bezug ist nicht möglich. Die Mindestbezugsdauer beträgt 2 Monate.

Das Kinderbetreuungsgeld wird immer nur für das jüngste Kind gewährt. Dies gilt auch für Mehrlingskinder. Für jedes weitere Mehrlingskind (z.B. Zwillinge) gibt es einen Zuschlag in der Höhe des halben Kinderbetreuungsgeldes. Kein Mehrlingszuschlag gebührt in der einkommensabhängigen Variante.

Während eines Wochengeldbezuges und während des Bezuges einer ausländischen Leistung ruht das Kinderbetreuungsgeld in der Höhe dieser Bezüge.

Einkommensschwache Familien erhalten eine Beihilfe zum pauschalen Kinderbetreuungsgeld in der Höhe von € 6,06 täglich für maximal 12 Monate. Keine Beihilfe gebührt zum einkommensabhängigen Kinderbetreuungsgeld.

### **Kinderabsetzbetrag**

Ein Kinderabsetzbetrag in Höhe von € 58,40 pro Kind und Monat wird aus allgemeinen Steuermitteln gemeinsam mit der Familienbeihilfe ausbezahlt.

### **Bezug von Familienleistungen**

Familienbeihilfe wird nur auf Antrag gewährt; die Auszahlung kann bis zu fünf Jahren rückwirkend erfolgen. Der Antrag ist beim zuständigen Finanzamt mittels Formular zu stellen. Die Familienbeihilfe wird zweimonatlich jeweils im ersten Anspruchsmonat ausgezahlt.

Bezieher von Familienbeihilfe sind verpflichtet, Tatsachen, die zum Erlöschen des Anspruchs führen, sowie Änderungen der für den Anspruch maßgeblichen Daten innerhalb eines Monats ab deren Bekanntwerden dem zuständigen Finanzamt zu melden.

Der Mehrkindzuschlag ist für jedes Kalenderjahr gesondert beim Wohnsitzfinanzamt im Rahmen der steuerlichen (Arbeitnehmer-)Veranlagung zu beantragen.

Kinderbetreuungsgeld ist bei der zuständigen Krankenkasse zu beantragen. Es kann höchstens sechs Monate rückwirkend gewährt werden. Bezieher sind verpflichtet, sämtliche Änderungen der Lebensumstände und der bei Antragstellung gemachten Angaben unverzüglich dem zuständigen Krankenversicherungsträger zu melden.

## Kapitel X: Leistungen bei Arbeitslosigkeit

### Anspruch auf Leistungen bei Arbeitslosigkeit

Alle Arbeitnehmer, Auszubildende und Heimarbeiter, deren Entgelt die Geringfügigkeitsgrenze von € 386,80 monatlich übersteigt, fallen unter die Arbeitslosenversicherung.

Es besteht grundsätzlich keine Möglichkeit einer freiwilligen Versicherung. Allerdings können Selbstständige seit dem 1. Januar 2011 freiwilliges Mitglied der Arbeitslosenversicherung werden.

Sie haben Anspruch auf Arbeitslosengeld, wenn Sie in den letzten 24 Monaten zumindest 52 Wochen oder, wenn Sie das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, in den letzten 12 Monaten zumindest 26 Wochen lang arbeitslosenversichert waren.

Nach Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld und in einer Notlage kann Notstandshilfe beantragt werden. Diese Voraussetzung ist erfüllt, wenn das verfügbare Familieneinkommen zur Befriedigung lebensnotwendiger Bedürfnisse nicht ausreicht.

### Abgedeckte Leistungen

Die Prüfung der Anträge und die Auszahlung der Geldleistungen bei Arbeitslosigkeit erfolgt durch das österreichische Arbeitsmarktservice. Die Leistungen umfassen im Wesentlichen Arbeitslosengeld und Notstandshilfe.

Darüber hinaus informiert das österreichische Arbeitsmarktservice über Leistungsansprüche, vermittelt Arbeitsplätze und fördert die Aus- und Weiterbildung arbeitsloser Personen.

### Arbeitslosengeld (Arbeitslosenentschädigung)

Für den Anspruch auf Arbeitslosengeld muss die betreffende Person arbeitslos, arbeitsfähig und arbeitswillig (eine angemessene Beschäftigung anzunehmen) sein, der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen und die Bezugsdauer noch nicht erschöpft haben. Darüber hinaus muss sie die erforderliche Wartezeit (Mindestversicherungszeit) zurückgelegt haben.

Arbeitslosengeld wird auf Grundlage des durchschnittlichen Entgelts des vorletzten (bei Antragstellung bis 30. Juni) bzw. letzten (bei Antragstellung ab 1. Juli) vollen Kalenderjahres mit einer Bemessungsgrenze von € 4.110 monatlich berechnet. Sonderzahlungen (13. und 14. Gehalt) sind anteilig zu berücksichtigen. Der Grundbetrag beträgt 55% des täglichen Nettoeinkommens (bis zu 80 % bei Anspruch auf Familienzuschläge). Der niedrigste und der höchste Tagessatz ergeben sich aus der jeweils maßgeblichen Geringfügigkeitsgrenze und Höchstbemessungsgrundlage (= Höchstbeitragsgrundlage vor drei Jahren).

Die Dauer des Leistungsbezugs richtet sich nach der Versicherungsdauer und dem Lebensalter. Sie beträgt mindestens 20 Wochen und erhöht sich auf

- 30 Wochen bei drei Versicherungsjahren innerhalb von fünf Jahren;

- 39 Wochen bei sechs Versicherungsjahren innerhalb der letzten zehn Jahre, wenn Sie mindestens 40 Jahre alt sind; und
- 52 Wochen bei neun Versicherungsjahren innerhalb von 15 Jahren, wenn Sie mindestens 50 Jahre alt sind.

Diese Bezugsdauer verlängert sich bei Teilnahme an einer Maßnahme der Nach- und Umschulung sowie zur Wiedereingliederung im Auftrag des Arbeitsmarktservice um die Dauer der Ausbildung und bei Teilnahme an einer Arbeitsstiftung (spezielle Ausbildungsmaßnahme) um bis zu drei oder vier Jahre.

Falls Sie eine Ihnen angebotene Beschäftigung oder eine Schulung zur beruflichen Qualifikation verweigern oder diese entsprechenden Versuche vereiteln, wird als Sanktion der Bezug des Arbeitslosengeldes für mindestens sechs Wochen gesperrt, wodurch sich die Anspruchsdauer verkürzt. Das Arbeitslosengeld wird ab dem Tag der Antragstellung ausbezahlt. Haben Sie jedoch ohne triftigen Grund selbst gekündigt, so wird das Arbeitslosengeld vier Wochen später ausbezahlt.

### **Notstandshilfe**

Die Notstandshilfe beläuft sich auf 92% (in einigen Fällen 95%) des Grundbetrages des Arbeitslosengeldes. Bei kurzer Anspruchsdauer des Arbeitslosengeldes kann nach 6 Monaten eine Kürzung erfolgen. Die Notstandshilfe wird zeitlich unbefristet, aber jeweils für ein Jahr gewährt.

### **Teilarbeitslosigkeit**

Bei Teilarbeitslosigkeit werden bestimmte Leistungen gewährt, z. B. Kurzarbeitsunterstützung an den Dienstgeber bei Kurzarbeit. In diesem Fall besteht kein Rechtsanspruch, da die Förderung an den Arbeitgeber gezahlt wird. Die Arbeitgeber haben den Arbeitnehmern im Baubereich eine Schlechtwetterentschädigung für ausgefallene Arbeitsstunden aufgrund von Schlechtwetter zu zahlen.

Unter bestimmten Voraussetzungen kann Weiterbildungsgeld gewährt werden. Altersteilzeitgeld kann ab einem bestimmten Lebensalter für Arbeitnehmer, die ihre Arbeitszeit vermindern, gezahlt werden.

### **Andere Leistungen**

Während Ihrer Arbeitslosigkeit übernimmt die Arbeitslosenversicherung in Ihrem Namen die Zahlung der Kranken- und Rentenversicherungsbeiträge (Pensionsversicherungsbeiträge). Außerdem sind Sie bedingt unfallversichert.

Die Insolvenz-Entgelt-Fonds-Service GmbH (IEF-Service GmbH) übernimmt die Zahlung eines Insolvenzgeldes (Insolvenz-Entgelt). Diese Leistung wird bei Insolvenz eines Unternehmens zum Schutz der Arbeitnehmer vor Einkommensverlusten oder Verzögerungen bei der Erfüllung berechtigter Entgeltforderungen ausgezahlt.

Familienzuschläge können Ehegatten (Lebensgefährten), Kindern und Enkeln gewährt werden.

Übergangsgeld und Übergangsgeld nach Altersteilzeit können bis zur Erfüllung der Voraussetzungen für eine Alterspension gewährt werden. Im Rahmen der Arbeitslosenversicherung kann Sonderunterstützung für ältere Arbeitslose im Bereich Bergbau ab einem Alter von 52 Jahren bereitgestellt werden.

## Bezug von Leistungen bei Arbeitslosigkeit

Wenn Sie arbeitslos werden, müssen Sie ihre Arbeitslosigkeit beim Arbeitsmarktservice melden und Arbeitslosengeld beantragen. Für die Dauer des Leistungsbezugs sind Sie verpflichtet, sich zu vereinbarten Terminen beim Arbeitsmarktservice einzufinden, um die Lage mit Ihrem Betreuer zu besprechen.

Sie sind ferner verpflichtet, dem Arbeitsmarktservice unaufgefordert jede Änderung Ihrer persönlichen Verhältnisse oder der Verhältnisse Ihrer Familienangehörigen zu melden, wenn diese Auswirkungen auf Ihre Leistungsansprüche haben könnten (z. B. Aufnahme einer Beschäftigung, sonstige Veränderung der Einkommenssituation).

## Kapitel XI: Mindestsicherung

### Anspruch auf Leistungen zur Mindestsicherung

Die Bedarfsorientierte Mindestsicherung ist eine modernisierte Form der ehemaligen Sozialhilfe, welche bis 2011 gültig war.

Ziel der Bedarfsorientierten Mindestsicherung ist es, jenen Personen ein menschenwürdiges Leben zu ermöglichen, die ihren Lebensbedarf bzw. den ihrer Angehörigen nicht aus eigenen Mitteln decken können.

Die Bedarfsorientierte Mindestsicherung ist ein allgemeines beitragsunabhängiges System für alle Bevölkerungsgruppen und ist daher zwingend an einen Wohnsitz in Österreich geknüpft. Österreichischen Staatsbürger/innen sind unter anderem gleichgestellt: EWR-Bürger/innen, Drittstaatsangehörige mit bestimmten Aufenthaltstiteln (vornehmlich: „Daueraufenthalt-EG“), anerkannte Flüchtlinge.

Ein eigenes Erwerbseinkommen oder andere Leistungen, wie etwa Arbeitslosenunterstützungen und Unterhaltsleistungen, werden zuerst als Einkommen angerechnet. Allerdings werden pflegebezogene Leistungen oder Familienbeihilfen bei der Einkommensberechnung nicht berücksichtigt. Einzelpersonen und Haushalte (Familien, Lebensgemeinschaften) haben Anspruch auf bedarfsabhängige Leistungen der Mindestsicherung. Auch die Vermögensverhältnisse spielen bei der Bedarfsprüfung eine Rolle.

### Abgedeckte Leistungen

#### Mindeststandards und Wohnen

Wenn das Haushaltseinkommen einer Bedarfsgemeinschaft unter einen bestimmten Grenzwert fällt, wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass Bedürftigkeit vorliegt. Als Familienverband gelten der Leistungsempfänger und die mit ihm im gemeinsamen Haushalt lebenden unterhaltsberechtigten Angehörigen, Ehepartner oder Lebensgefährten.

Die Bundesländer legen Mindeststandards zur Abdeckung des Bedarfs an Nahrung, Instandhaltung der Kleidung, Körperpflege, Beheizung, Strom, sowie den persönlichen Bedürfnissen wie die angemessene soziale und kulturelle Teilhabe fest. Der Mindeststandard für ein Paar mit zwei Kindern im Alter von fünf und zehn Jahren liegt bei mindestens € 1.478,52. Darin enthalten ist bereits ein 25%-iger Wohnkostenanteil. Die Mindestsicherung wird entweder ergänzend als Differenzialleistung zwischen eigenem Einkommen und Mindeststandard oder in voller Höhe der Mindeststandards gezahlt, wenn kein anrechenbares Einkommen des Empfängers (Familie oder Haushalt) vorliegt.

Die Bedarfsorientierte Mindestsicherung wird solange gewährt, solange eine Notlage besteht.

## Zusätzliche Leistungen

Der nicht durch den Mindeststandard gedeckte Bedarf (beispielsweise Ausgaben für eine angemessene Unterkunft oder Heizung) kann durch zusätzliche Geld- oder Sachleistungen gedeckt werden.

Diese Leistungen sind uneinheitlich und reichen von einem pauschalierten Zuschuss zum Wohnen bis hin zur Übernahme der tatsächlichen Wohnkosten, soweit diese angemessen sind. Darüber hinaus können die Länder außerhalb der oder zusätzlich zur Mindestsicherung Wohnbeihilfen gewähren.

Jede Person die nicht krankenversichert ist und eine Leistung der bedarfsorientierten Mindestsicherung bezieht, wird zur gesetzlichen Krankenversicherung von den Sozialbehörden angemeldet.

## Bezug von Leistungen zur Mindestsicherung

Der Berechtigte hat grundsätzlich Rechtsanspruch auf bedarfsorientierte Mindestsicherung. Anhand des Antrages sowie der Einkommens- und Vermögensnachweise werden die Voraussetzungen für die Gewährung einer Leistung von der Sozialhilfebehörde geprüft.

Eine periodische Überprüfung, ob die Anspruchsvoraussetzungen noch bestehen, ist gängige Praxis.

Arbeitsfähige Personen müssen grundsätzlich zur Leistung zumutbarer Arbeit bereit sein. Sie können zum zuständigen Arbeitsamt geschickt werden, um sich dort als arbeitsuchend vormerken zu lassen. Ausnahmen gibt es z. B. mit Rücksicht auf das Alter (Männer über 65, Frauen über 60), auf Betreuungspflichten oder eine laufende Erwerbs- oder Schulausbildung die vor dem 18. Lebensjahr begonnen wurde (mit Ausnahme eines Studiums). In diesem Fall sind die Empfänger von bedarfsorientierter Mindestsicherung nicht zur Arbeit oder zur Arbeitssuche verpflichtet.

## Kapitel XII: Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

### Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Wenn Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Österreich haben und ständig auf Pflege durch Dritte angewiesen sind, haben Sie unabhängig von Ihrem Alter Anspruch auf Geld- und Sachleistungen im Pflegefall. Die Gewährung von Pflegegeld im EWR-Raum ist unter bestimmten Voraussetzungen möglich.

Es gibt keine Wartezeit für den Anspruch auf Geldleistungen. Allerdings besteht ein Anspruch auf Pflegegeld lediglich für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 60 Stunden monatlich beträgt und voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird.

Bei Wohnsitzwechsel in ein anderes Bundesland kann es erforderlich sein, eine Mindestdauer des ständigen Aufenthaltes zu erfüllen, um Anspruch auf Sachleistungen (stationäre Unterbringung) zu erhalten.

### Abgedeckte Leistungen

#### Sachleistungen

Sachleistungen können mobile und ambulante Dienste (z. B. Besuchsdienst, Heimhilfe, 24-Stunden-Betreuung, Pflegehilfe, Essen auf Rädern, Familienhilfe, Hauskrankenpflege, psychosozialer Dienst), teilstationäre Pflege (z. B. in Tagesheimen) und vollstationäre Pflege (z. B. Pflegeheim oder vollbetreute Wohngemeinschaft) umfassen. Bei der Inanspruchnahme von professionellen Sachleistungen werden grundsätzlich soziale Aspekte berücksichtigt.

Zusätzlich steht Beratung und Information für pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige zur Verfügung, wie z. B. Pflegetelefon, Behindertenanwalt, Pflegeanwälte der Länder sowie Selbsthilfegruppen.

Sachleistungen werden in der Regel innerhalb des im Vertrag festgelegten Zeitraums gewährt.

#### Geldleistungen

Das Pflegegeld stellt eine pauschale Leistung dar, die unabhängig von Einkommen und Vermögen des Empfängers gezahlt wird. Es dient als Ersatz für den Aufwand für Pflegeleistungen und soll Pflegebedürftigen so weit wie möglich die nötige Pflege und Betreuung ermöglichen. Es soll die Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung stärken. Anspruch auf Pflegegeld besteht bei einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung.

Es gibt sieben Pflegegeldstufen von Pflegestufe 1 (monatlicher Pflegebedarf von mehr als 60 bis 85 Stunden) bis Pflegestufe 7 (Pflegebedarf von mehr als 180 Stunden, wenn keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich sind oder ein analoger Zustand vorliegt).

Die Höhe des Pflegegeldes richtet sich nach der Pflegestufe. Es beläuft sich auf € 154,20 monatlich in Pflegestufe 1 und auf € 1.655,80 monatlich in Pflegestufe 7.

Bei stationärer Unterbringung gehen maximal 80% des Pflegegeldes auf den Träger über. Den Pflegebedürftigen verbleibt ein monatlicher Betrag in Höhe von € 44,30.

Das Pflegegeld wird für die Dauer der Pflegebedürftigkeit gezahlt.

### **Bezug von Leistungen bei Pflegebedürftigkeit**

Sachleistungen werden nach vertraglicher Vereinbarung durch öffentliche und private Anbieter gewährt.

Die medizinische Beurteilung der Pflegebedürftigkeit erfolgt anhand einer Verordnung des zuständigen Bundesministers. Als Indikatoren gelten die Aktivitäten des täglichen Lebens, z. B.: An- und Auskleiden, Körperpflege, Zubereitung von Mahlzeiten, Verrichtung der Notdurft, Einnahme von Medikamenten. Eine Neubewertung der Pflegebedürftigkeit ist bei Antrag durch den Pflegebedürftigen oder aus besonderem Anlass möglich.

Pflegegeld wird an den Empfänger ausbezahlt und kann von diesem nach eigenem Ermessen für die Finanzierung der Pflege verwendet werden. Grundsätzlich besteht keine freie Wahl zwischen Geld- und Sachleistungen. Wird das Pflegegeld zweckwidrig verwendet, so können stattdessen Sachleistungen erbracht werden.

Nur bei Zahlung der Pflegegelder durch die Länder ist die Wahl von Sachleistungen durch den Empfänger möglich, wenn dadurch der Zweck der Leistung besser erreicht wird als durch eine Geldleistung.

## Anhang: Nützliche Kontaktdaten und Internetadressen

Für nähere Informationen zu den Anspruchsvoraussetzungen und den einzelnen Sozialleistungen in Österreich wenden Sie sich bitte an die staatlichen Verwaltungsstellen im Bereich Sozialschutz.

Für Fragen der sozialen Sicherheit, die mehr als einen Mitgliedstaat der EU betreffen, können Sie in dem von der Europäischen Kommission geführten Verzeichnis der Träger einen Kontakt-Träger auswählen. Das Verzeichnis finden Sie unter: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social-security-directory/=de](http://ec.europa.eu/employment_social/social-security-directory/=de).

Wenn Sie wissen möchten, wie sich eine Versicherung in zwei oder mehr Mitgliedstaaten auf bestimmte Leistungen auswirkt, wenden Sie sich bitte an folgende Stelle:

### **Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz**

*Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz*  
Stubenring 1  
1010 Wien  
Tel.: +43 1 71100 0  
Fax: +43 1 71100 0  
E-Mail: [briefkasten@bmask.gv.at](mailto:briefkasten@bmask.gv.at)  
<http://www.bmask.gv.at>

### **Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend**

*Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend*  
Franz-Josefs-Kai 51  
1010 Wien  
Tel.: +43 1 71100 0  
Fax: +43 1 71100 933279  
E-Mail: [POST@II1.bmwfj.gv.at](mailto:POST@II1.bmwfj.gv.at)  
<http://www.bmwfj.gv.at>

### **Bundesministerium für Gesundheit**

*Bundesministerium für Gesundheit*  
Radetzkystraße 2  
1030 Wien  
Tel.: +43-1/711 00-0  
Fax: +43-1/711 00-14300  
E-Mail: [buergerservice@bmg.gv.at](mailto:buergerservice@bmg.gv.at)  
<http://www.bmg.gv.at>

## **Bundesministerium für Finanzen**

*Bundesministerium für Finanzen*  
Hintere Zollamtstraße 2b  
1030 Wien  
Tel.: +43 1 51433  
Fax: +43 1 51433 507075  
E-Mail: [Post.V-6-EP@bmf.gv.at](mailto:Post.V-6-EP@bmf.gv.at)  
<http://www.bmf.gv.at>

## **Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger**

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger  
Kundmanngasse 21  
1030 Wien  
Tel.: +43 711 32 2400  
Fax: +43 711 32 3777  
E-Mail: [posteingang.allgemein@hvb.sozvers.at](mailto:posteingang.allgemein@hvb.sozvers.at)  
<http://www.hauptverband.at>

## **Arbeitsmarktservice Österreich, Bundesgeschäftsstelle**

*Arbeitsmarktservice Österreich, Bundesgeschäftsstelle*  
Treustrasse 35-43  
1200 Wien  
Tel.: +43 1 33178  
Fax: +43 1 33178 120  
E-Mail: [ams.oesterreich@ams.at](mailto:ams.oesterreich@ams.at)  
<http://www.ams.at>

## **Pensionsversicherungsanstalt, Hauptstelle**

*Pensionsversicherungsanstalt, Hauptstelle*  
Friedrich-Hillegeist-Straße 1  
1021 Wien  
Tel.: +43 50303  
Fax: +43 50303 28850  
E-Mail: [pva@pva.sozvers.at](mailto:pva@pva.sozvers.at)  
<http://www.pensionsversicherung.at>

## **Allgemeine Unfallversicherungsanstalt**

*Allgemeine Unfallversicherungsanstalt*  
Adalbert Stifter-Straße 65  
1201 Wien  
Tel.: +43 1 33111 404  
Fax: +43 1 33111 737  
E-Mail: [hfa@auva.at](mailto:hfa@auva.at)  
<http://www.auva.at>