

S k r i p t u m

Recht: Kranken- und Pensionsversicherung, Pflegegeld

AutorIn: Dr. Luise Fornleitner (FH Campus Wien)



Inhalt:

1. Krankenversicherung:	2
2. Pensionsversicherung:	9
3. Pflegegeld:	17
4. Abkürzungen	23

1. Krankenversicherung:**1.1 Versicherungsfall der Krankheit (§ 120) und Leistungen (§ 117)**

"Krankheit im sozialrechtlichen Sinn ist ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der die Krankenbehandlung notwendig macht." (§ 120)

D. h., Krankheit ist ein Zustand, der durch therapeutische Mittel noch positiv beeinflussbar ist. Ist dies nicht mehr möglich, so gewährt die Krankenversicherung weder Geld- noch Sachleistung. Diese sozialpolitisch problematische Situation trifft vor allem Geisteskranke, Alte und chronisch Kranke.

Der Versicherungsfall ist mit **Beginn der Krankheit** eingetreten.
Zentraler Begriff der Krankenversicherung ist der Begriff **Krankheit**.¹

Achtung:

Vom Begriff der Krankheit ist der des **Gebrechens** (§ 154) zu unterscheiden:
Gebrechen ist ein nicht mehr beeinflussbarer gänzlicher oder teilweiser Ausfall normaler Körperfunktionen, der medizinisch in seinem Wesen nicht mehr beeinflussbar ist und daher nicht mehr als Krankheit beurteilt werden kann. Näheres siehe Seite 46.

Für den Versicherungsfall der Krankheit sieht die Krankenversicherung folgende **Leistungen** vor:

1.1.1 Krankenbehandlung (§§ 133 bis 137)**1.1.2 Anstaltspflege (§§ 144 bis 150)****1.1.3 Hauskrankenpflege (§ 151)****1.1.1 Krankenbehandlung**

Die **Krankenbehandlung umfasst**

- ärztliche Hilfe
- Heilmittel
- Heilbehelfe

"Die Krankenbehandlung muß

- **ausreichend** und **zweckmäßig** sein,
- sie darf aber das **Maß des Notwendigen** nicht überschreiten." (§ 133 Abs. 2)

¹ Der Krankheit gleichgestellt sind Maßnahmen zur Organentnahme (nur bei unentgeltlicher Spende) mit der ersten ärztlichen Handlung.

Krankenbehandlung wird **während der Versicherung** für die Dauer der Krankheit **ohne zeitliche Begrenzung** gewährt.

Sie wird grundsätzlich als **Sachleistung** durch einen Vertragspartner oder durch eigene Einrichtungen des Krankenversicherungsträgers (z. B. Ambulatorium) erbracht. Sonst nur Kostenerstattung in der Höhe, die die Krankenversicherung für die Sachleistung hätte aufwenden müssen.

Ziel der Krankenbehandlung ist die positive Beeinflussung von Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Selbsthilfefähigkeit. **Krankenbehandlung** wird **unbefristet** erbracht, solange Krankheit im Sinne der ASVG(s. oben) vorliegt.

Aber:

Sind Leidenszustände nicht mehr therapeutisch beeinflussbar (nur noch Wartung und Hilfe) so erfolgt keine Krankenbehandlung auf Kosten der KV mehr.

*** ärztliche Hilfe**

wird gegen Vorlage eines Krankenkassenschecks¹⁾ (einer Überweisung) erbracht durch

- einen Vertragsarzt
- eine Vertrags-Gruppenpraxis
- einen Wahlarzt
- eine Wahl-Gruppenpraxis oder durch
- einen Arzt in einem Kassenambulatorium.

Bei Inanspruchnahme eines Wahlarztes ist dieser privat zu honorieren und Kostenerstattung zu beantragen. Die Ausstellung eines Krankenscheines kann vor den Sozialgerichten geltend gemacht werden.

B-KUVG, BSVG und GSVG sehen eine Kostenbeteiligung (Selbstbehalt) vor.

B-KUVG: 20% des Vertragshonorars für bestimmte Leistungen; für Versicherte der VA der Eisenbahner kann dieser Beitrag bis zu 25% betragen. Kostenbefreiung wegen sozialer Bedürftigkeit möglich.

GSVG: 20% des Vertragshonorars. Befreiung wie oben.

BSVG: Pro Behandlungsfall²⁾ ist ein Betrag von ATS 92,- (2001) als Behandlungsbeitrag zu leisten.

Im Rahmen der Krankenbehandlung ist der ärztlichen Hilfe gleichgestellt:

¹⁾ Für jeden Krankenkassenscheck (Zahnschein) ist vom Anspruchsberechtigten eine Gebühr von € 3,63 zu zahlen. Keine Gebühr ist für Zuweisungs- und Überweisungsscheine zu leisten. Bestimmte Personengruppen - z.B. Kinder, Pensionisten - sind von dieser Gebühr befreit. Es gelten dieselben Grenzbeträge wie für die Rezeptgebührenbefreiung. Siehe S. 39.
Über die Einführung der Chipkarte siehe Anhang 2.

²⁾ Einmalige oder kausal zusammenhängende öftere Leistung.

- physiotherapeutische,
 - logopädisch-phoniatriisch-audiometrische sowie
 - ergotherapeutische Behandlung,
- sofern diese ärztlich verordnet wurde.

Seit **1. Jänner 1992** besteht auch ein **Anspruch auf psychotherapeutische Behandlung** durch einen Psychotherapeuten i. S. des Psychotherapiegesetzes, sofern vor oder nach der 1. Behandlung nachweislich eine ärztliche Untersuchung erfolgte.

Wird ein Vertragstherapeut³⁾ konsultiert, so ist ein 20%iger Behandlungsbeitrag von Patienten zu leisten.

NEU ab 1.1.2001

Wird ambulante Hilfe in Anspruch genommen

- in einer öffentlichen Krankenanstalt,
- in einer bettenführenden Vertragskrankenanstalt
oder
- in einem Kassenambulatorium (ausgenommen Reha)

ist ein **Behandlungsbeitrag** zu entrichten.

Er beträgt

- € 10,90 wenn ein Überweisungsschein vorliegt, sonst
- € 18,17 pro Ambulanzbesuch; max. aber öS 1.000,- pro Versicherten (Angehörige) und Jahr.

In bestimmten Fällen wird **kein Ambulanzbeitrag** eingehoben so z.B.:

- in Notfällen,
- wenn Untersuchungs-/Behandlungsmöglichkeiten beim niedergelassenen Arzt in angemessener Entfernung nicht oder nur unzureichend vorhanden sind.

ABER:

Wird Ambulanzbesuch wegen Raufhandel, Trunkenheit oder Suchtmittelmissbrauch notwendig, ist dies kein Notfall.

*** Bereitstellung von Heilmittel**

diese umfassen:

- notwendige **Arzneien** und
- **sonstige Mittel**, die zur Besserung/Linderung der Krankheit bzw. zur Sicherung des Heilerfolges dienen

Pro Heilmittel ist derzeit eine Rezeptgebühr von € 4,14 (2002) zu leisten.

Von der **Rezeptgebühr** kann eine **Befreiung** (Reduktion) erfolgen.
Befreit sind:

³⁾ Derzeit (2000) besteht aber noch kein Gesamtvertrag.

- Versicherte mit **anzeigepflichtigen übertragbaren** Krankheiten. Dafür gibt es eigene Rezeptformulare.
- **Pensionisten**, die **AZ** beziehen.
- Versicherte, deren Einkommen nicht über dem AZ-Richtsatz liegt.
- Versicherte, die wegen **Leiden oder Gebrechen überdurchschnittliche Ausgaben** nachweisen, wenn ihre Nettoeinkünfte
 - ATS 9.703,- (Alleinstehende) bzw.
 - ATS 13.843,- (Paare)nicht übersteigen, sind über Antrag (bei der Krankenkasse) zu befreien. Diese Grenzbeträge erhöhen sich für jedes Kind um ATS 898,-.

* **Heilbehilfe**

... in einfacher und zweckmäßiger Ausführung (Brillen, Einlagen); 10 % (20 % BSVG, GSVG) Selbstbehalt (entfällt bei besonderer Schutzbedürftigkeit, bei Versicherten und Angehörigen unter 15 Jahren, bei Versicherten und Angehörigen mit erhöhter FBH). Sind Heilbehilfe bzw. Hilfsmittel im Rahmen der **medizinischen Rehabilitation** zu leisten, so ist **keine Kostenbeteiligung** vorgesehen. Real erfolgen jedoch - gemessen an den Kosten - nur Zuschüsse, die insbesondere bei teuren Hilfsmitteln (wie Rollstuhl) problematisch niedrig sind.

1.1.2 Anstaltspflege

Die Normen über die Anstaltspflege stehen mit dem Krankenanstaltenrecht in einem engen Zusammenhang.

Das Krankenanstaltenrecht ist Bundessache nur in der Grundsatzgesetzgebung (Art. 12 B-VG).

Anstaltspflege ist in der allgemeinen Gebührenklasse einer öffentlichen Krankenanstalt **ohne zeitliche Beschränkung** zu gewähren, wenn und solange es die Art der **Krankheit erfordert (Pflichtleistung)**. In nicht öffentlichen Krankenanstalten mit denen ein Vertragsverhältnis besteht, wird Anstaltspflege nur mit Zustimmung des Erkrankten erbracht.

Als **freiwillige Leistung** wird Anstaltspflege erbracht, wenn

- häusliche Pflege oder Hauskrankenpflege nicht möglich ist oder
- als Hilfe bei körperlichen Gebrechen (siehe dazu später)

Achtung:

Ist Anstaltspflege nicht bzw. nicht mehr durch die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung geboten, sondern durch die Pflegebedürftigkeit bzw. durch die Sicherheitsverwahrung (Pflegefall) so kommt es zur **Asylierung**. Die Kosten dafür trägt nicht mehr die Krankenversicherung. Am häufigsten erfolgt die Asylierung bei Alterserscheinungen und Geisteskrankheiten.

Bei Notwendigkeit der Anstaltspflege ist grundsätzlich in die nächstgelegene öffentliche Krankenanstalt **einzuweisen**, die über entsprechende Einrichtungen verfügt. In bestimmten Fällen besteht **Verpflichtung zur Anstaltspflege** z. B. bei wiederholtem Zuwiderhandeln gegen die Krankenordnung, bei ansteckender Krankheit oder wenn die Behandlung bei häuslicher Pflege nicht gewährleistet ist.

Aufgrund der SV-Gesetze kann auf den Erkrankten **kein unmittelbarer Zwang** ausgeübt werden; die KV kann nur das Krankengeld auf Dauer oder für eine bestimmte Zeit ganz oder teilweise ruhen lassen.

Allerdings ist z.B. nach dem Tuberkulosegesetz für uneinsichtige Kranke eine zwangsweise Einweisung vorgesehen. Auch für Geisteskranke gibt es entsprechende gesetzliche Normen. (Siehe dazu: Unterbringungsgesetz)

Kostenbeteiligung nach dem ASVG

Bei Anstaltspflege **eines Angehörigen ist Kostenbeteiligung**, und zwar **10 % der Pflegegebührensätze** vom 31. Dezember 1996, die dann jährlich valorisiert werden, vorgesehen. Diese Kostenbeteiligung ist nur für die ersten 4 Wochen der Anstaltspflege innerhalb eines Kalenderjahres zu leisten. Übersteigt der Anstaltsaufenthalt diese Dauer, so ist kein Kostenbeitrag mehr zu leisten.

D.h. 1999 ist das ein Selbstbehalt von öS 167,50 pro Tag.

Im Versicherungsfall der Mutterschaft sowie bei Organspende entfällt die Kostenbeteiligung.

Achtung:

Versicherte nach dem **BSVG** haben **für sich** (und für Angehörige) 10 % Kostenanteil zu tragen; auch dieser entfällt, wenn die Anstaltspflege innerhalb von 12 Monaten 4 Wochen übersteigt.

Kostenbeitrag gem. § 27 a KAG:

Übernimmt ein KV-Träger die Pflegegebühren im Krankenhaus als Sachleistung **zur Gänze**, so ist pro Verpflegungstag ein Kostenbeitrag (z.B. 1998 im Durchschnitt S 70,-) an die Krankenanstalt (maximal für 28 Tage pro Kalenderjahr) zu entrichten, der jedoch bei sozialer Bedürftigkeit und in weiteren Fällen entfällt.

Trifft den Pflegling bereits eine Kostenbeteiligung nach dem KV-Recht, so entfällt der Kostenbeitrag gem. KAG.

In der bäuerlichen Krankenversicherung entfällt dieser Kostenbeitrag gänzlich.

1.1.3 Medizinische Hauskrankenpflege (§ 151)

Seit 1.1.1992 besteht ein **Rechtsanspruch** auf "medizinische" Hauskrankenpflege, die als **Sachleistung** gewährt werden soll.

Sie wird nur über **ärztliche Anordnung** erbracht und umfasst:

- bestimmte **medizinische Leistungen** und
- qualifizierte **Pflegeleistungen**, (z. B.: Injektionen, Sonderernährung, Dekubitusversorgung).

Nicht darunter fällt die Grundpflege und die hauswirts. Versorgung des Kranken.

Voraussetzung ist das Vorliegen einer **Krankheit**; gedacht ist diese Leistung als "krankenhausersetzende" Leistung und zwar als flankierende Maßnahme zur Bettenreduktion in den Spitälern.

Der Erkrankte soll in seiner gewohnten Umgebung vom Hausarzt und Pflegepersonal behandelt bzw. betreut werden.

Dauer:

Für ein und dieselbe Krankheit wird Hauskrankenpflege für längstens 4 Wochen gewährt. Darüber hinaus: Chef(Kontroll)ärztliche Genehmigung.

Wie bei der Anstaltspflege wird medizinische Hauskrankenpflege nicht erbracht, wenn sie nicht (mehr) durch die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung bedingt ist (**Asylierung**).

Erbracht wird Hauskrankenpflege von diplomierten Pflegepersonen, die

- von der KV beigestellt werden oder
- mit der KV unter Vertrag stehen oder
- bei Vertragseinrichtungen tätig sind, die Hauskrankenpflege anbieten.

**** Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG)¹****4. Unterabschnitt: Anstaltspflege, medizinische Hauskrankenpflege**

§ 144 Gewährung der Pflege in einer öffentlichen Krankenanstalt oder der medizinischen Hauskrankenpflege

- (1) Pflege in der allgemeinen Gebührenklasse einer Krankenanstalt...ist zu gewähren, wenn und solange es die Art der **Krankheit** erfordert. § 134 gilt entsprechend. Wenn und solange es die Art der Krankheit zuläßt, ist anstelle von Anstaltspflege medizinische Hauskrankenpflege zu gewähren /§151). ...
- (2) Der ...
- (3) Ist die Anstaltspflege oder die medizinische Hauskrankenpflege nicht durch die Notwendigkeit ärztlicher Betreuung bedingt (Asylierung), so wird sie nicht gewährt.

§ 134 Dauer der Krankenbehandlung

- (1) Die Krankenbehandlung wird während der Versicherung für die Dauer der **Krankheit** ohne zeitliche Begrenzung gewährt.

§ 133 Umfang der Krankenbehandlung

- (1) Die...
- (2) Die Krankenbehandlung muß ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Durch die Krankenbehandlung sollen die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden.....

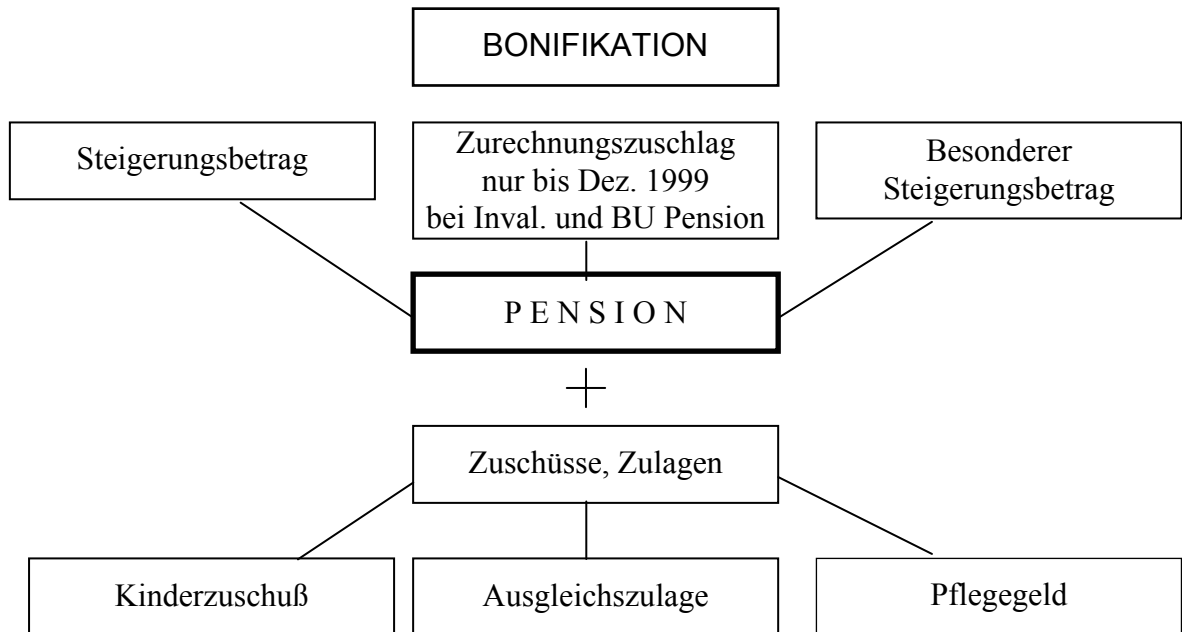
§ 120 Eintritt des Versicherungsfalles

- (1) Der Versicherungsfall gilt als eingetreten:
 1. im Versicherungsfall der **Krankheit** mit dem Beginn der Krankheit das ist des regelwidrigen Körper- oder Geisteszustandes, der die Krankenbehandlung notwendig macht;

¹ Hier werden die für diesen Fall wesentlichen Bestimmungen des ASVG wiedergegeben. Wenn Sie darüber hinaus gehend Gesetzes stellen des ASVG benötigen, so finden sich diese unter der Internetadresse: www.sozdok.at

2. Pensionsversicherung:

Zusammensetzung der Eigenpension



VERSICHERUNGSFÄLLE UND LEISTUNGEN DER PENSIONS-VERSICHERUNG

Versicherungsfälle des Alters und Leistungen

Achtung:

Die unterschiedlichen Altersgrenzen zwischen Frauen und Männern in der Alterspension wurden durch ein eigenes **Bundesverfassungsgesetz** (BGBl. 832/1992) geregelt.

1. **Vorläufig** bleiben die **unterschiedlichen Altersgrenzen weiterhin** bestehen.
2. Bei den **vorzeitigen Alterspensionen der Frauen** erhöht sich - beginnend mit 1.1.2019 - die derzeitige Altersgrenze (55. Lebensjahr) jährlich um je 6 Monate, so daß 2028 auch die Altersgrenze der Frauen beim vollendeten 60. Lebensjahres liegt.
3. Bei den **normalen Alterspensionen der Frauen** wird dieser Angleichungsmodus von 2024 bis 2033 durchgeführt.

* Alterspension (§ 253)

• Versicherungsfall

Männer: Vollendung des 65. Lebensjahres (Regelpensionsalter)
 Frauen: Vollendung des 60. Lebensjahres (Regelpensionsalter)

• Allgemeine Anspruchsvoraussetzung:

Die **Wartezeit** gilt jedenfalls als erfüllt, wenn

- ◆ mind. **180 BM** oder
- ◆ mind. **300 VM** bis zum Stichtag vorliegen, wobei Ersatzmonate nur ab 1.1.1956 gezählt werden (Ewige Anwartschaft)
- ◆ andernfalls beträgt die WZ **180 VM** innerhalb der letzten **360 KM** vor dem Stichtag.

- **Besondere Anspruchsvoraussetzungen: keine**
- **Antrag**

Ungeschmälerter Zuverdienst zur Alterspension

Bisher galt bei Erwerbsarbeit neben dem Bezug einer Alterspension für Über-60-Jährige (Frauen) bzw. Über-65-Jährige (Männer) folgende Regelung: Die Alterspension wurde in eine Teilpension in der Höhe von mindestens 85% der sonst gebührenden Alterspension umgewandelt, wenn das zusätzlich zur Alterspension verdiente Erwerbseinkommen über dem Ausgleichszulagenrichtsatz lag (2000: S 8.312,-). Die Teilpensionsregelung kam nur zur Anwendung bei Personen mit weniger als 35 Beitragsjahren.

Diese Bestimmung wird ersatzlos gestrichen. Von der Regierung wird zur Begründung dieser Änderung vorgebracht, dass damit ein Anreiz geschaffen werden soll, dass Menschen länger arbeiten.

Von dieser Regelung profitieren vor allem Selbständige, wie sich anhand der vorliegenden Zahlen erkennen lässt:

Über dem Regelpensionsalter sind erwerbstätig im Dezember 1998:

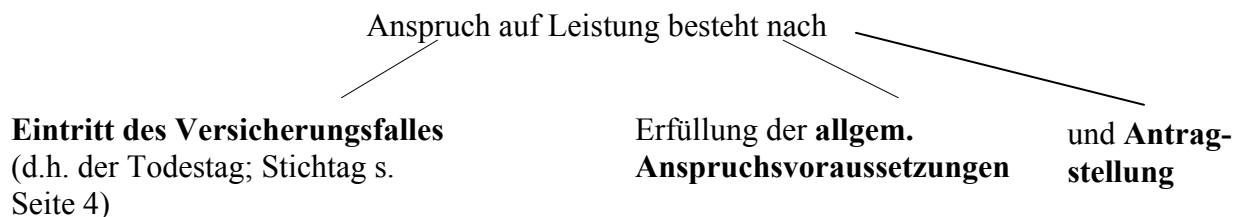
Versicherungsträger	Zahl der Personen
GSVG – Gewerblich Selbständige	6.500
BSVG – Bauern	2.000
Freiberuflich	300
ASVG	1.200 Männer und 3.000 Frauen

Quelle: Hauptverband der Sozialversicherungsträger, AK Wien, 1999

Versicherungsfall des Todes (Verschollenheit)² und Leistungen

Aus dem Versicherungsfall des Todes gebühren

- Witwen(Witwer)pension, Pension für den früheren Gatten
- Abfertigung
- Waisenpension
- Abfindung



Allgem. Anspruchsvoraussetzung

- Die **Wartezeit** gilt – wie im Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit – jedenfalls als erfüllt, wenn

² **Verschollenheit** (§§ 87)

... wird wie Tod behandelt.

Eine Person gilt als verschollen, wenn ihr **Aufenthalt länger als ein Jahr unbekannt** ist, ohne daß Nachrichten vorliegen, ob sie in dieser Zeit noch gelebt hat oder gestorben ist.

Als Todestag gilt jener Tag, der wahrscheinlich nicht überlebt wurde, spätestens der Tag nach Ablauf der Einjahresfrist.

Den Todestag stellt der Versicherungsträger selbst fest, es sei denn, es gibt einen gerichtlich früher festgestellten Todeszeitpunkt.

- ◆ mind. **180 BM** oder
- ◆ mind. **300 VM** bis zum Stichtag vorliegen, wobei Ersatzmonate erst ab 1.1.1956 zählen,
- Andernfalls beträgt die Wartezeit (WZ)
 - ◆ bei einem **Stichtag vor dem vollendeten 50 Lj.:**
60 VM innerhalb der letzten 120 KM (Rahmenzeit) vor dem Stichtag.
 - ◆ bei einem **Stichtag nach vollendetem 50 Lj.:**
60 VM + 1 VM für jeden Lebensmonat über 50 (max. auf 180 VM). Für jeden VM um den die WZ erweitert wird, verlängert sich die Rahmenzeit um 2 KM (max. auf 360 KM).

* **Witwen(Witwer)Pension** (§ 258)

Voraussetzung für eine Witwen(Witwer)pension ist, daß

- der Tod des versicherten **Ehepartners** ("Versicherungsfall"), erfolgte,
- die Wartezeit durch den (die) Verstorbene(n), erfüllt wurde,

Achtung:

- **Schul/Studienzeiten** werden hier auf die Wartezeit auch ohne Einkauf **angerechnet**.
- **Entfall der Wartezeit** siehe oben S. 9.
- Hatte der (die) Verstorbene bereits **einen Anspruch auf Pension** so ist die Wartezeit jedenfalls erfüllt.
- zum Zeitpunkt des Todes des (der) Versicherten die **Ehe aufrecht** war und vom Überlebenden keine neue Eheschließung erfolgt ist sowie
- ein **Antrag** gestellt wurde.

Höhe der Witwenpension (§§ 264, 270)

Die Hinterbliebenenleistungen werden von den Leistungsansprüchen abgeleitet, die der versicherte Verstorbene erworben hat. Maßgebend ist dabei die Pension, auf die der Verstorbene Anspruch gehabt hat (hätte); Kinderzuschüsse und AZ bleiben dabei außer Betracht.

Bei der Berechnung wird allerdings das gesamte Einkommen des (der) Hinterbliebenen in Relation zum gesamten Familieneinkommen vor dem Tod des Ehepartners gesetzt.

- **bei aufrechter Ehe zum Zeitpunkt des Todes des Versicherten**

Achtung:

Die **Pensionsreform 2000** brachte für alle ab **1. Oktober 2000** neu zuerkannte **Witwen/Witwerpensionen** eine gravierende Änderung:

Die Höhe der WiP wird in Hinkunft zwischen **0% bis 60% der Pension des/r Verstorbenen** EhepartnerIn betragen (bisher: 40% - 60%); der Schutzbetrag wurde mit ATS 20.000,- festgelegt¹⁾ (bisher: ATS 16.936,- für 2000). Beträgt die Summe aus Erwerbseinkommen bzw. Eigenpension des Überlebenden zuzüglich der WiPension mehr als ATS 86.400,- mtl., so wird die WiPension um den Überstiegsbetrag bis auf 0 gekürzt.

¹⁾ Wenn WiP und Einkommen des Überlebenden ATS 20.000,- nicht erreichen, so wird die vorerst festgestellte WiP so lange erhöht, bis das Gesamteinkommen des Überlebenden diese Grenze erreicht. Die WiP darf aber 60% nicht übersteigen.

Wirkungen dieser Änderung:

Hatten beide Ehegatten vor dem Tod des einen

- a) **gleich hohe Einkommen**, so liegt die **WiP** nur mehr **bei 40%** (bisher 52%);
- b) **sehr unterschiedlich hohe Einkommen** und stirbt der Partner mit dem kl. Einkommen, so sinkt die **WiP sehr rasch auf 0**.
- c) Im mittleren Einkommensbereich greift der Schutzbetrag von ATS 20.000,- nicht, sodass sich empfindliche Leistungskürzungen ergeben.

*** Ausgleichszulage (§§ 292 bis 299)**

Eine Pension aus der Pensionsversicherung ist grundsätzlich ein Ersatz für das weggefallene Erwerbseinkommen. Das österreichische Pensionsberechnungssystem hat zur Folge, daß bei kurzer Versicherungsdauer und (oder) sehr kleiner Bemessungsgrundlage, sehr kleine Pensionsansprüche entstehen. Früher kannte das Pensionsrecht Mindestrenten, die jedem Versicherten - unabhängig vom sonstigen Einkommen - garantiert waren.

Heute ist eine Mindestpension nicht vorgesehen.

Um aber dennoch eine Mindestsicherung zu erreichen wird seit dem Bestehen des ASVG das konventionelle Existenzminimum - rechtlich im **Ausgleichszulagenrichtsatz** generell festgelegt - nur mehr Bedürftigen garantiert:

Erreicht die Pension (brutto) zuzüglich sonstigem ausrechenbarem Nettoeinkommen ¹⁾ und Unterhaltsansprüchen des Pensionisten nicht diesen Richtsatz, so gebührt die Differenz als **Ausgleichszulage (AZ)**.

Die AZ – Prinzip der Sozialhilfe – wird nur gewährt, solange der Pensionist seinen gewöhnlichen Aufenthalt im Inland hat. AZ kann sowohl zur Eigen- als auch Hinterbliebenenpension gewährt werden.

Die Ausgleichszulage ist also **individuell variabel**.

Zusammenfassung:

AZ erhält nur

- wer **SV-Pensionist** ist,
 - sich im **Inland** aufhält,
 - dessen **Bruttopension samt sonstigem Nettoeinkommen unter dem Richtsatz** liegt und
 - der einen **Antrag** bei seiner **Pensionsversicherungsanstalt** stellt.
- **Anrechnung von Unterhalt** bei Bestimmung der **AZ**:

Es ist zu unterscheiden, ob es sich

1. um **gesetzliche Unterhaltsansprüche** oder
2. um **Unterhalt aus einem Vertrag, Vergleich oder auf freiwilliger Basis** handelt.

Zu 1.:

In diesen Fällen gibt es im ASVG **pauschalisierte Unterhaltshöhen**, die zur Anrechnung kommen. Ob und in welcher Höhe tatsächlich Unterhalt geleistet wird ist für die Anrechnung grundsätzlich ohne Bedeutung. Anzurechnen sind von

- dem getrennt lebenden Ehegatten 25%
- dem geschiedenen Ehegatten 12,5%
- den im selben Haushalt lebenden Eltern 12,5%

seines mtl. Nettoeinkommens als Unterhaltsverpflichteter.

- Wenn diese pauschale Unterhaltsleistung trotz Exekution uneinbringlich oder
 - die Verfolgung offenbar aussichtslos bzw. unzumutbar ist,
- so erfolgt die Anrechnung nur im Ausmaß 1/14 (wegen der Sonderzahlungen) des jährl. tatsächlich geleisteten Unterhalts.

Mehrfache Unterhaltsleistung des Verpflichteten wird dabei berücksichtigt.

Zu 2.:

Liegt **kein gesetzlicher Unterhaltsanspruch** vor (z.B. einvernehmliche Scheidung), so wird der vereinbarte Unterhalt angerechnet; ebenso, wenn es sich um freiwillige Unterhaltsleistung handelt.

Keine Unterhaltsanrechnung erfolgt dann, wenn der **Unterhaltsverzicht** spätestens **10 Jahre vor dem Stichtag** erfolgte.

– Es gibt **mehrere Ausgleichszulagenrichtsätze:**

1. Einzelrichtsatz

(2002: € 630,92 monatlich)

Er gilt

- für Pensionisten aus **eigener Pensionsversicherung**, die **nicht** mit dem Ehepartner **im gemeinsamen Haushalt wohnen** und
- **für Witwen/Witwerpensionisten.**

2. Ehepaarrichtsatz

(2002: € 900,13 monatlich)

Er wird angewendet, wenn ein Pensionist **mit dem Ehepartner im gemeinsamen Haushalt lebt.**

Haben beide Gatten Pension, so wird die AZ dem gewährt, bei dem der Anspruch früher entstanden ist. Es wird in diesem Fall das gesamte anrechenbare Nettoeinkommen des im

Bei der Feststellung des Nettoeinkommens bleiben insbesondere außer Betracht: Wohnungs- und Mietzinsbeihilfen, Familien-, Studien-, Schülerbeihilfen, Kinderzuschüsse sowie die Renten (Pensions)sonderzahlungen aus der Sozialversicherung, Einkünfte, die wegen des besonderen körperlichen Zustandes gewährt werden (Pflegegeld, Blindenzulage usw.)

gemeinsamen Haushalt lebenden Gatten, der Bruttopension des Anspruchswerbers zuzüglich seines sonstigen Nettoeinkommens hinzugerechnet. Bleibt diese Summe unter dem Richtsatz, wird die Differenz als AZ gewährt.

Lebt im Haushalt eines Pensionisten (ausgenommen Witwen(Witwer)pensionist) ein Kind, dessen Nettoeinkommen weniger als € 235,63 (2002) monatlich ist, so erhöht sich der Richtsatz um € 67,15 (2002) pro Kind und Monat.

3. Richtsätze für Waisen:

Für Waisenpensionen sind mehrere unterschiedliche Richtsätze vorgesehen, wobei einerseits zwischen einfach bzw. doppelt verwaisten Kindern und nach dem Lebensalter (bis zum 24. Lebensjahr und darüber) unterschieden wird.

Diese Richtsätze belaufen sich 2002 zwischen € 235,63 und € 630,92.

Es ist eine jährliche Anpassung der Richtsätze vorgesehen.

**** Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG)⁴****Abschnitt II – Pensionsversicherung der Arbeiter****§ 253 Alterspension**

- (1) Anspruch auf Alterspension hat der Versicherte nach Vollendung des 65. Lebensjahres (Regelpensionsalter), die Versicherte nach Vollendung 60 Lebensjahres (Regelpensionsalter), wenn die Wartezeit (§ 236)⁵ erfüllt ist.
- (2) aufgehoben
- (3) Ein Antrag auf Alterspension gemäß Abs. 1 ist nicht zulässig, wenn bereits Anspruch auf eine vorzeitige Alterspension bei Arbeitslosigkeit (§ 253 a), eine vorzeitige Alterspension bei langer Versicherungsdauer (§253 b) oder Gleitpension (253 c) besteht.

§ 258 Witwen(Witwer)pension

- (1) Anspruch auf
 1. Witwenpension hat die Witwe nach dem Tode des versicherten Ehegatten;
 2. Witwerpension hat der Witwer nach dem Tod der versicherten Ehegattin.
- (2)
- (3)
- (4) Die Pension nach Abs. 1 gebührt nach Maßgabe der Abs. 2 und 3 auch
 1. der Frau,
 2. dem Mann,deren (dessen) Ehe mit dem (der) Versicherten für nichtig erklärt, aufgehoben oder geschieden worden ist, wenn ihr (ihm) der (die) Versicherte zur Zeit seines (ihres) Todes Unterhalt (einen Unterhaltsbeitrag) zu leisten hatte bzw. Unterhalt geleistet hat, und zwar
 - a) auf Grund eines gerichtlichen Urteiles,
 - b) auf Grund eines gerichtlichen Vergleiches,
 - c) auf Grund einer vor Auflösung (Nichtigerklärung) der Ehe eingegangenen vertraglichen Verpflichtung,
 - d) regelmäßig zur Deckung des Unterhaltsbedarfs ab einem Zeitpunkt nach der Rechtskraft der Scheidung bis zu seinem (ihrem) Tod, mindestens während der Dauer des letzten Jahres vor seinem (ihrem) Tod, wenn die Ehe mindestens zehn Jahre gedauert hat, sofern und solange die Frau (der Mann) nicht eine neue Ehe geschlossen hat.

§ 264 Witwen(Witwer)pension, Ausmaß

- (1) Das Ausmaß der Witwen(Witwer)pension ergibt sich aus einem Hundertsatz der Pension des Versicherten (der Versicherten).⁶
- (2) – (10)

⁴ Hier werden die für die Falllösung relevanten Gesetzesstellen wiedergegeben. Mehr finden Sie unter www.sozdok.at

⁵ Da diese Norm sehr lange ist, bitte diese im Kodex „Sozialversicherung“ nachlesen.

⁶ In den folgenden Absätzen wird in sehr komplizierter Form geregelt, wie dieser Hundertsatz gebildet wird.

Abschnitt V – Ausgleichszulage zu Pensionen aus der Pensionsversicherung und Wertausgleich

§ 292 Voraussetzungen für den Anspruch auf Ausgleichszulage

- (1) Erreicht die Pension zuzüglich eines aus übrigen Einkünften des Pensionsberechtigten erwachsenden Nettoeinkommens und der gemäß § 294 zu berücksichtigenden Beträge nicht die Höhe des Richtsatzes (§ 293), so hat der Pensionsberechtigte, solange er seinen gewöhnlichen Aufenthalt im Inland hat, nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Abschnittes Anspruch auf eine Ausgleichszulage zur Pension. Dies gilt nicht im Fall des Bezuges einer Geleitpension.
- (2) Bei Feststellung des Anspruches nach Abs. 1 ist auch das gesamte Nettoeinkommen des (der) im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehegatten (Ehegattin) unter Bedachtnahme auf § 294) Abs. 4 zu berücksichtigen.
- (3) ..(Definition des Nettoeinkommens)..
- (4) Liste der nicht anzurechnenden Einkünfte

§ 293 Richtsätze⁷

§ 294 Unterhaltsansprüche und Nettoeinkommen⁸

§ 296 Höhe und Feststellung der Ausgleichszulage

- (1) Die Ausgleichszulage gebührt in der Höhe des Unterschiedes zwischen der Summe aus Pension, Nettoeinkommen (§ 292) und den gemäß § 294 zu berücksichtigenden Beträge einerseits und dem Richtsatz (293) andererseits.

⁷ Näheres, ausführlich und aktuell unter: www.sozdok.at; Suchmaske „Was hat sich geändert“

⁸ Wie oben

3. Pflegegeld:

DIE PFLEGEVORSORGE

Mit Wirkung **1. Juli 1993** wurde das bis dahin in Österreich geltende System der **pflegebezogenen Leistungen neu** geregelt. Dieses **neue System** hat eine **Vereinheitlichung der bis dahin sehr unterschiedlichen pflegebezogenen Leistungen** gebracht. Die Harmonisierung erfolgte sowohl im Hinblick auf die Anspruchsvoraussetzungen als auch was die Höhe der Leistungen betrifft.

An die Stelle des **Hilflosenzuschusses** und anderer pflegebezogener Bundesleistungen trat das **Bundespflegegeld**, geregelt im **Bundespflegegeldgesetz** (BPGG, BGBl. 457/1993); an die Stelle der jeweiligen Landesleistungen trat ein Landespflegegeld geregelt im **jeweiligen Landespflegegeldgesetz**. Es gibt also **9 Landes-Pflegegeldgesetze**.

Zweck des Pflegegeldes ist die pauschalierte Abgeltung pflegebezogener Mehraufwendungen, um pflegebedürftigen Personen soweit als möglich die notwendige Betreuung und Hilfe zu sichern.

Derzeit sind in Österreich rund **360.000 Personen pflegebedürftig** und zwar:

235.000	Personen	frühere HZ-Bezieher (Sozialversicherung)
44.000	"	erhöhte Familienbeihilfe (FBH)
47.000	"	Pflegegeld bzw. Blindenbeihilfe der Länder
32.000	"	Hilflosenzulagen-Bezieher (öffentl. Bedienstete von Bund und Ländern), sowie
4.500	"	Pflege-, Blinden- und Hilflosenzulagen nach den Versorgungsgesetzen

Das System der Pflegevorsorge umfaßt das Bundespflegegeldgesetz und 9 Landespflegegeldgesetze. Das Pflegegeld ist eine **beitragsunabhängige** Leistung. Es wird überwiegend aus Steuermitteln finanziert; daher ist der **gewöhnliche Aufenthalt im Inland** für seine Zuerkennung Voraussetzung.

3.1 Das Bundespflegegeld

Das Pflegegeld ist eine zweckgebundene Leistung für pflegebedingten Mehraufwand.

Anspruch auf Bundespflegegeld hat, wer

- aufgrund einer körperlichen, geistigen, psychischen oder Sinnes**behinderung**,
- **ständigen Pflegebedarf** für **mindestens 6 Monate**,
- im Ausmaß von **durchschnittlich mehr als 50 Stunden mtl.** hat sowie
- seinen **gewöhnlichen Aufenthalt in Österreich** hat.

Anspruchsberechtigter Personenkreis

- Bezieher einer Vollrente, wenn die Pflegebedürftigkeit durch Arbeitsunfall (Berufskrankheit) verursacht wurde;
- Bezieher einer Pension (ausgenommen Knappschaftspension) aus der Sozialversicherung
- in der UV versicherte Schüler und Studenten, wenn die Pflegebedürftigkeit durch Arbeitsunfall (Berufskrankheit) verursacht wurde;
- Bezieher einer Beamtenpension des Bundes;
- Bezieher eines Sonderruhegeldes nach dem NSchG;
- Bezieher einer Rente, Beihilfe oder eines Ausgleichs nach den Versorgungsgesetzen (z.B. KOVG)
- Personen, deren Rente nach den SV-Gesetzen abgefunden wurde, wenn der Pflegebedarf durch Arbeits(Dienst)unfall oder Berufskrankheit verursacht wurde.

Neu seit 1.1. 1999:

- emeritierte Universitätsprofessoren;
- Bezieher von Leistungen nach dem Verbrechenopfergesetz.

Antrag

Pflegegeld gebührt üblicherweise über **Antrag** des

- * Antragswerbers,
- * gesetzlichen Vertreters oder
- * Sachwalters, der mit dieser Angelegenheit betraut wurde.

Der Antrag kann auch **durch Familienangehörige** oder **Haushaltsangehörige u.zw. ohne Vertretungsbefugnis** gestellt werden, wenn kein Zweifel über Bestand und Umfang der Vertretungsbefugnis besteht.

Einzubringen ist der **Antrag** bei der **pensions(renten)auszahlenden Stelle**. Es genügt ein formloses Schreiben; wobei die Stelle ein Formular zusenden kann.

Treffen mehrere Ansprüche auf Bundespflegegeld zusammen, so ist **Pflegegeld nur einmal** zu leisten und zwar in folgender Reihenfolge:

- UV-Träger
- PV-Träger
- Bundespensionsamt
- Bundessozialamt
- Landeshauptmann

Bei gleichrangigen Ansprüchen ist zuständig

1. der Träger gegen den ein Eigenanspruch besteht vor dem, gegen den ein Hinterbliebenenanspruch besteht;
2. subsidiär der Träger gegen den der höchste Anspruch besteht.

Mit dem Antrag auf Gewährung kann auch einen **Vorschußantrag** verbunden werden.

Amtswegiges Verfahren

Ein **amtswegiges Verfahren** erfolgt dann, wenn

- * entweder ein UV-Träger das Verfahren einleitet
- * oder bisher Landespflegegeld bezogen wurde und nun der Bund zur Leistung von Pflegegeld zuständig wird. Wenn anstelle eines Bundeslandes (Landespflegegeld) der Bund zur Leistung von Pflegegeld zuständig wird. (renten)**auszahlenden** Stelle einzubringen.

Entscheidungsverfahren

Vor der Entscheidung erfolgt eine **ärztliche Untersuchung und Begutachtung**. Bei dieser Untersuchung ist auf Wunsch des Pflegebedürftigen (gesetzl. Vertreters, Sachwalters) die **Anwesenheit und Anhörung einer Person seines Vertrauens** zu ermöglichen.

Bei der Begutachtung von Personen in stationären Einrichtungen oder die von ambulanten Diensten betreut werden, sind zur Beurteilung der Pflegesituation auch **Informationen des Pflegepersonals einzuholen und die Pflegedokumentation zu berücksichtigen**.

Entschieden wird über den Antrag durch einen **schriftlichen Bescheid**. Anträge auf Zuerkennung von Pflegegeld sind binnen 6 Monaten ab Einlangen des Antrages zu entscheiden. Kann diese Frist nicht eingehalten werden – weil der Sachverhalt nicht ausreichend geklärt ist – so ist, wenn die Leistungspflicht feststeht, ein **Vorschuß** zu gewähren. Der Bescheid kann mittels **Klage** beim Gerichtshof 1. Instanz als **Arbeits- und Sozialgericht** bekämpft werden. Diese Klage ist **innerhalb von 3 Monaten** ab Zustellung des Bescheides zu erheben.

Beginn, Befristung und Ende

Pflegegeld gebührt mit **Beginn des Monats** in dem die Voraussetzungen - insbes. der Pflegebedarf - erfüllt sind, frühestens aber mit Beginn des auf die Antragstellung oder die Einleitung des amtswegigen Verfahrens folgenden Monats.

Kommt es zu einer **wesentlichen Veränderung** so wird das **Pflegegeld neu bemessen** oder **entzogen**. Wichtigste Veränderung ist eine **Änderung im Pflegebedarf**:

- eine **Entziehung** oder **Herabsetzung** des Pflegegeldes aus diesem Grund, wird mit Ende des Monats wirksam, der der Zustellung des Bescheides folgt;
- eine **Erhöhung des Pflegegeldes** wirkt mit Beginn des Monats, der auf die Geltendmachung folgt.

Eine **befristete Zuerkennung von Pflegegeld** ist dann möglich, wenn bereits bei der Zuerkennung mit Sicherheit oder sehr hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass Voraussetzungen für die Gewährung wegfallen werden.

Liegt aber nach Auslaufen des Pflegegeldes weiterhin Pflegebedürftigkeit vor und wird innerhalb von 3 Monaten ab dem Auslaufen die Weitergewährung beantragt, so ist das Pflegegeld ohne Unterbrechung zu gewähren..

Pflegegeld erlischt mit dem Todestag des Pflégling; in diesem Monat ist die **Leistung zu aliquotieren**.

Ruhen

Zum Ruhen des Pflegegeldes kommt es:

- * während des **stationären Aufenthaltes** in einem Krankenhaus oder einer Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation, bei Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge, zur Festigung der Gesundheit oder der Unfallheilbehandlung im In- und Ausland, wenn ein Träger der SV oder der Bund die Kosten des Aufenthaltes überwiegend trägt, **ab dem 1. Tag nach Aufnahme** in die Einrichtung.
Die KV bzw. UV hat den stationären Aufenthalt umgehend zu melden.
- * Für die Dauer der Verbüßung einer Freiheitsstrafe sowie
- * Für die Dauer eines Maßnahmenvollzuges.

Das **Pflegegeld** ist jedoch **über Antrag weiterzuleisten**:

- * für die **Dauer von max. 3 Monaten** in dem Ausmaß, in dem **pflegebedingte Aufwendungen** nachgewiesen werden, die sich aus einem **versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis** ergeben.
Über diesen Zeitraum hinaus ist weiterzuleisten, wenn damit für den Pflegebedürftigen **besondere Härte** vermieden werden kann;
- * für die **Dauer des stationären Aufenthaltes die Beiträge zur Weiterversicherung der Pflegeperson**;
- * während des stationären Aufenthaltes, wenn und solange **auch die Pflegeperson als Begleitperson stationär aufgenommen** wurde, weil der Aufenthalt ohne diese nicht möglich wäre oder bei Kindern, unmündig Minderjährigen oder geistig Behinderten in deren Interesse erforderlich ist.

Achtung:

Bescheide über das Ruhen des Pflegegeldes sind nur dann zu erlassen, wenn der Pflegegeldbezieher dies innerhalb eines Monats nach Wegfall des Ruhensgrundes **beantragt**.

Bei **Heimunterbringung** auf Kosten eines Landes, einer Gemeinde oder eines SH-Trägers geht der Pflegegeldanspruch max. bis zur Höhe der Verpflegungskosten auf den jeweiligen Träger über.

Dem Pflégling müssen aber 10% des Pflegegeldes Stufe 3 (d.s. 1998: S 569,- mtl.) als Taschengeld bleiben.

Pflegestufen und Höhe des Pflegegeldes

Das Pflegegeld gebührt entsprechend dem Pflegebedarf **12 mal jährlich**. Die Einstufung erfolgt auf der Basis einer Verordnung zum BPGG (Einstufungsverordnung), aufgrund ärztlicher Gutachten durch jene Stellen, die das BPG auszahlen.

Das Pflegegeld wird jährlich von amtswegen aufgewertet; für 1996, 1997 und 1998 wurde diese Valorisierung ausgesetzt, auch für 2002 wurde keine Erhöhung vorgenommen.

Die Stufen betragen **2002:**

Stufe 1	€	145,40	bei einem Pflegebedarf von durchschnittlich mehr als 50 Std. mtl. ; für Anträge vor 1.5.1996: S 2.635,-
Stufe 2	"	268,00	bei einem Pflegebedarf von durchschnittlich mehr als 75 Std. mtl. ;
Stufe 3	"	413,50	bei einem Pflegebedarf von durchschnittlich mehr als 120 Std. mtl. ;
Stufe 4	"	620,30	bei einem Pflegebedarf von durchschnittl. mehr als 160 Std. mtl. ; ⁹
Stufe 5	"	842,40	bei einem Pflegebedarf von durchschnittlich mehr als 180 Std. mtl. und einem außergewöhnl. Pflegeaufwand;
Stufe 6	"	1.148,70	bei einem Pflegebedarf von durchschnittlich mehr als 180 Std. mtl. , wenn entweder dauernde Beaufsichtigung während der Tages und der Nacht erforderlich ist oder zeitlich unkoordinierbare Betreuung regelmäßig Tag und Nacht zu erbringen sind.
Stufe 7	"	1.531,50	bei einem Pflegebedarf von durchschnittlich mehr als 180 Std. mtl. , wenn entweder keine zielführenden Bewegungen der 4 Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich sind oder ein gleichzuhaltender Zustand vorliegt.

Mindesteinstufungen

Die **Mindesteinstufungen für Rollstuhlfahrer** und **Sehbehinderte/Blinde** wurden durch die letzte Novelle abgeändert und im Gesetz – bisher in der Einstufungsverordnung – geregelt.

* Diese neuen **Mindesteinstufungen** richten sich nicht nur nach dem Hilfsmittel „**Rollstuhl**“ sondern werden **mit bestimmten Diagnosen verknüpft**.

* Für die möglichst objektive Beurteilung der **Schleistung** gilt die **aufgrund ärztlicher Untersuchung** festgestellte Schleistung **als Einstufungskriterium**.

Anrechnung

Geldleistungen, die wegen Pflegebedürftigkeit nach anderen bundesgesetzlichen oder ausländischen Vorschriften gewährt werden, sind auf das Pflegegeld anzurechnen.

Bei der erhöhten Familienbeihilfe für erheblich behinderte Kinder werden 50 % des Erhöhungsteiles auf das Pflegegeld angerechnet.

Sachleistungen und Auszahlung

Sachleistungen sind **anstelle** des gesamten oder eines Teils **des Pflegegeldes** zu gewähren, wenn der angestrebte Zweck durch das Pflegegeld nicht erreicht wird.

Wird die Annahme der Sachleistung ohne triftigen Grund verweigert, so ruht der entsprechende Teil des Pflegegeldes.

⁹ Vor dem 1.1.1999 waren 180 –std. mtl. erforderlich. Personen, die zum 31.12.1998 Stufe 3 erhielten, ist ohne neuerliche Untersuchung – von amtswegen Stufe 4 zuzuerkennen, wenn die Voraussetzungen vorliegen und der Sachverhalt ausreichend geklärt ist.

Wenn bei **ambulant (teilstationär) erbrachten Pflegeleistungen** ein **Kostenrückstand** von mindestens 2 Monaten gegeben ist, kann das Pflegegeld direkt an den Empfänger des Kostenersatzes ausgezahlt werden.

3.2 Pflegegeld der Bundesländer

Mit dem Ziel, Österreichweit einheitliche pflegebezogene Leistungen zu haben, wurde von den Ländern **jeweils ein Landespflegegeldgesetz** erlassen. Es gibt also **9 Landes-Pflegegeldgesetze**.

Anspruch auf das **Landespflegegeld** haben - entsprechenden Pflegebedarf vorausgesetzt - Personen, die

- eine **Beamtenpension (Rente)** des Landes oder der **Gemeinde** erhalten sowie
-
- **Personen**, die sonst **keinen Anspruch** auf das **Bundes/Landespflegegeld** haben, wie z.B.
-
- * Berufstätige,
- * mitversicherte Angehörige(Ehepartner, Kinder),
- * Bezieher von Sozialhilfe.

Die **Stufung** ist **ident** mit der des **Bundespflegegeldes**.

Ansässigkeit im jeweiligen Bundesland ist i.d. Regel erforderlich.

Der **Antrag** wird von der Bezirkshauptmannschaft bzw. dem Magistrat, dem Gemeindeamt oder dem Amt der Landesregierung entgegengenommen.

**** Bundespflegegeldgesetz**

Der Volltext des Bundespflegegeldgesetzes (BPGG) kann unter der Internetadresse www.sozdok.at abgefragt und nachgelesen werden.

Die für diesen Fall relevanten Regelungen finden sich in den folgenden Paragraphen des BPGG: §§ 3 – 9 und 12.

4. Abkürzungen

AbGB	Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BSVG	Bäuerliches Sozialversicherungsgesetz
GSVG	Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz
HZ	Hilflosenzuschuß
KV	Krankenversicherung
PV	Pensionsversicherung
UV	Unfallversicherung
WKH	Wilhelminenkrankenhaus