GESUNDHEIT & SOZIALES
info

SCHWERARBEITSPENSION

Achtung!
Antrag auf Feststellung von Schwerarbeitszeiten seit 1. 7. 2006 möglich!

Seit 1. Juli 2006 können bei der Pensionsversicherungsanstalt Anträge auf Feststellung von Schwerarbeitszeiten gestellt werden, um – frühestens – ab 1. 1. 2007 eine Schwerarbeitspension in Anspruch zu nehmen. Die Kundmachung im Bundesgesetzblatt erfolgte am 27. 7. 2006 (BGBl. I Nr. 130/2006). Der Vorteil der Schwerarbeitspension besteht in einem früheren Pensionsantritt und in der Vermeidung der Korridorabschläge. Für Frauen wird die Schwerarbeitsregelung erst mit 1. Juli 2010 wirksam, ein Antrag auf Feststellung von Schwerarbeitszeiten ist daher derzeit für Frauen nicht möglich

Voraussetzungen für eine Schwerarbeitspension

- Frühestens ab dem 60. Lebensjahr
- 45 Versicherungsjahre (Ersatzzeiten wie Arbeitslosengeldbezug, etc. zählen mit)
- 10 Schwerarbeitsjahre innerhalb der letzten 20 Jahre vor dem Stichtag

Welche Tätigkeiten gelten als Schwerarbeit?

Gemäß der Schwerarbeitsverordnung gelten Tätigkeiten als besonders belastend, wenn sie zumindest unter einer der folgenden Bedingungen erbracht wurden:

- Unregelmäßige Nachtarbeit zwischen 22 Uhr und 6 Uhr im Ausmaß von mindestens 6 Stunden und zumindest an sechs Arbeitstagen im Kalendermonat
- Regelmäßig unter Hitze und Kälte im Sinn des Nachtschwerarbeitsgesetzes
- Unter chemischen und physikalischen Einflüssen im Sinn des Nachtschwerarbeitsgesetzes, wenn dadurch eine Minderung der Erwerbsfähigkeit im Ausmaß von mindestens 10 % verursacht wurde
- Schwere körperliche Arbeit (2.000 Arbeitskilokalorien bei einer achtstündigen Arbeitszeit)
- Zur berufsbedingten Pflege von erkrankten und behinderten Menschen mit besonderem Behandlungs- und Pflegebedarf
- Trotz Vorliegens einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 80 % und ab 1993 eines Anspruchs auf Pflegegeld mindestens der Stufe 3
- Alle Tätigkeiten, für die ein Nachtschwerarbeitsbeitrag geleistet wurde

Eine Arbeitsgruppe im Sozialministerium ist derzeit mit der Erstellung einer Liste von Tätigkeiten befasst, bei denen typischerweise mindestens 2.000 Arbeitskilokalorien verbraucht werden. Diese Liste soll im Herbst vorliegen und ist als Entscheidunghilfe für die Pensionsversicherungsanstalt gedacht, um einen Großteil der Schwerarbeitsanträge in einem durch die Liste vereinfachten Verfahren zu bearbeiten. Das bedeutet jedoch nicht, dass Tätigkeiten, die nicht auf der Liste stehen, keine Schwerarbeitszeiten sind, sondern lediglich, dass dies im Einzelfall genau überprüft werden muss.

Es kann grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass bei Arbeitertätigkeiten mit überwiegendem körperlichem Einsatz, die Grenze von 2.000 Arbeitskilokalorien überschritten wird (z.B. Bauhilfsarbeiten ohne Maschineneinsatz, Schlosser auf Montage, etc.). Ebenso bei Angestellten, die inhaltlich Tätigkeiten verrichten, die mit der Schwere von Arbeitertätigkeiten vergleichbar sind.

Nummer 3, August 2006

AK ÖSTERREICH

Wer sollte einen Antrag auf Feststellung von Schwerarbeitszeiten stellen?

Grundsätzlich kann ein Antrag auf Feststellung der Schwerarbeitszeiten ab 1. 7. 2006 von Männern gestellt werden, die drei Jahre vor dem Anfallsalter für eine Schwerarbeitspension – damit ab dem 57. Lebensjahr – stehen. Dringend zu empfehlen ist eine Antragstellung vor allem jenen Männern, die bereits bis 31. Dezember 2006 60 Jahre und älter sind und daher eine Schwerarbeitspension bereits ab dem 1. 1. 2007 in Anspruch nehmen können, sofern sie die sonstigen Voraussetzungen erfüllen. Im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme einer Schwerarbeitspension sind auch die Kündigungsfristen zu beachten. Bei Arbeitern kann die Kündigungsfrist für Dienstnehmer abhängig von der Beschäftigungsdauer 6 Wochen betragen (Metall/Industrie); bei Angestellten kann die Kündigungsfrist nach dem Angestelltengesetz bis zu 6 Monate betragen. In diesen Fällen erscheint eine Antragstellung und eine entsprechende Bearbeitung durch die Pensionsversicherungsanstalt besonders dringlich.

Wer sollte also einen Antrag auf Feststellung der Schwerarbeitszeiten stellen?

- Männer, die ab Oktober 1944 bis Dezember 1946 geboren sind; sie können bei Erfüllen der Voraussetzungen bereits mit 1. 1. 2007 in eine Schwerarbeitspension gehen.
- Männer, die 1947, 1948 und 1949 geboren sind, können ebenfalls bereits Anträge auf Feststellung von Schwerarbeitszeiten stellen. Die Dringlichkeit einer Antragstellung nimmt jedoch ab, je weiter jemand von der Vollendung des 60. Lebensjahres entfernt ist.
- Eine Antragstellung ist nur sinnvoll, wenn zum Pensionsstichtag 45 Versicherungsjahre erreicht werden. Zu den Versicherungsjahren zählen auch die so genannten Ersatzzeiten wie Arbeitslosengeldbezug, Notstandshilfe, Krankengeldbezug, Kindererziehungszeiten, Bundesheer, etc.
- In den letzten 20 Jahren vor dem Pensionsstichtag müssen mindestens 10 Schwerarbeitsjahre liegen.

Wann ist ein Antrag auf Feststellung von Schwerarbeitszeiten nicht sinnvoll?

- Frauen können erst ab 1. 7. 2007 Anträge auf Feststellung von Schwerarbeitszeiten stellen, weil für sie die Schwerarbeitsregelung erst ab 1. 7. 2010 wirksam wird.
- Für Männer, die jünger als 57 Jahre sind
- Wer 45 Versicherungsjahre bis zum Pensionsstichtag nicht erreicht
- Wer im Jahr 2007 in die Hacklerregelung gehen kann, weil 45 Beitragsjahre vorliegen. Bei der Hacklerregelung sind im Jahr 2007 keine Abschläge vorgesehen, diese Pensionsform ist daher günstiger als die Schwerarbeitspension
- Für Männer, die vor Oktober 1944 geboren sind, ermöglicht die Schwerarbeitspension keinen vorzeitigen Pensionsantritt, weil ohnehin die vorzeitige Alterspension bei langer Versicherungsdauer in Anspruch genommen werden kann. Ein Antrag auf Feststellung der Schwerarbeitszeiten ist daher nicht sinnvoll.

Für nähere Informationen sollte die Pensionsversicherungsanstalt oder die Arbeiterkammer kontaktiert werden.

Pensionsversicherungsanstalt:
Friedrich-Hillegeist-Straße 1, 1021 Wien,
Tel.: 050303

Arbeiterkammer Wien:
Terminvereinbarung: 501 65-344
Telefonische Beratung: 501 65-204

Mitversicherung von LebensgefährtInnen

In seinem Erkenntnis G 87-88/05, V 65-66/05 vom 10. Oktober 2005 hat der Verfassungsgerichtshof unter anderem § 123 Abs 8 lit b ASVG als verfassungswidrig aufgehoben. Die Aufhebung trat mit Ablauf des 31. Juli 2006 in Kraft. Diese Bestimmung sah eine Satzungsermächtigung vor, nach der nach Maßgabe der finanziellen Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers andersgeschlechtliche LebensgefährtInnen als Angehörige in den Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen werden konnten.

Als Begründung für die Verfassungswidrigkeit wird vom VfGH angeführt, dass die Gesetzesbestimmung gleichgeschlechtliche haushaltsführende Hausgenossen diskriminiere und damit gegen den Gleichheitssatz verstoße.

Die nunmehr im Parlament von den Parteien der Regierungsmehrheit nach einem Einspruch des Bundesrates erneut beschlossene Regelung schränkt die Möglichkeit der Mitversicherung von LebensgefährtInnen noch weiter ein – praktisch auf Partnerschaften mit Kindern.

Am 1. 8. 2006 trat der neue § 123 Abs 7a ASVG in Kraft: LebensgefährtInnen können in Zukunft nur als Angehörige mitversichert sein, wenn sie seit zehn Monaten in Hausgemeinschaft leben und unentgeltlich den Haushalt führen UND

- sie sich der Kinderziehung (KEZ) widmen oder sich durch mindestens vier Jahre hindurch der KEZ gewidmet haben (es muss sich nicht um gemeinsame Kinder handeln, d.h. auch der KEZ während früherer Partnerschaften) ODER
- sie selbst Anspruch auf Pflegegeld zumindest der Stufe 4 haben ODER
- den Versicherten/die Versicherte mit Anspruch auf Pflegegeld zumindest der Stufe 4 pflegen.

Es gelten folgende Übergangsbestimmungen:

- Personen, die am 31. Juli 2006 als LebensgefährtInnen anspruchsberechtigt sind, bleiben – solange sich der maßgebliche Sachverhalt nicht ändert – weiter als Angehörige anspruchsberechtigt.
- Personen, die zu diesem Zeitpunkt das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, längstens bis zum Ablauf des 31. 12. 2009; Personen, die das 27. Lebensjahr bereits vollendet haben, ohne zeitliche Begrenzung.

Interessant in diesem Zusammenhang ist, dass die Möglichkeit der Mitversicherung von Lebensgefährtinnen bzw. eine Ermächtigung für die Satzungen der Versicherungsträger dazu bereits in der Stammfassung des ASVG enthalten war. Bereits der Gesetzgeber des Jahres 1955 hielt eine Mitversicherung – damals nur für weibliche Lebensgefährtinnen – für sozialpolitisch sinnvoll. Mit der 36. ASVG Novelle (BGBl Nr 282/1981) wurde diese Möglichkeit der Mitversicherung geschlechtsneutral auch für männliche Lebensgefährten ab 1. 6. 1981 geschaffen.

Die früher beitragsfreie Mitversicherung von Angehörigen wurde jedoch mit dem Budgetbegleitgesetz 2001 eingeschränkt. Seit 1. 1. 2001 muss für mitversicherte (EhegattInnen und) LebensgefährtInnen gem § 51 d ASVG ein Zusatzbeitrag in der Höhe von 3,4 % bezahlt werden – es sei denn der Angehörige widmet sich der Kindererziehung oder der Pflege bzw. bezieht selbst Pflegegeld (ab Stufe 4).

Weitere Befreiungsmöglichkeiten von der Zahlung des Zusatzbeitrages z.B. bei sozialer Schutzbedürftigkeit sehen die Richtlinien des Hauptverbandes vor. So besteht beispielsweise eine Befreiungsmöglichkeit bis zu einem Familiennettoeinkommen in Höhe des Ehepaarrichtsatzes (2006: monatlich € 1.055,99).

Die gesellschaftspolitischen Vorstellungen der derzeitigen Bundesregierung lassen sich aus den Erläuternden Bemerkungen (EB) zum Sozialrechts-Änderungsgesetz 2006 (SRÄG 2006) ablesen:

„Es kann der Versichertengemeinschaft grundsätzlich nicht zugemutet werden, die bloße Existenz von Lebensgemeinschaften ohne Kinder, in denen ein Partner nur den Haushalt führt (egal, ob diese zwischen gleich – oder verschieden geschlechtlichen Personen bestehen) finanziell durch eine Mitversicherung zu fördern. Dies umso mehr, als gerade das Fehlen von gegenseitigen Rechten und Pflichten ein Wesensmerkmal einer Lebensgemeinschaft ist, also nicht einmal der versicherte Lebensgefährte selbst irgendeine Verpflichtung hat, die Krankenversicherung seines Partners sicherzustellen.“

Doch anstelle in einer gesetzlichen Neuregelung Rechte und Pflichten auch für Lebensgemeinschaften zu schaffen, wird die verfassungswidrige Diskriminierung prolongiert und erweitert – auch für verschiedengeschlechtliche Partnerschaften ohne Kinder besteht in Zukunft keine Möglichkeit der Mitversicherung mehr.

In Zukunft ist nur mehr ein Antrag auf Selbstversicherung in der Krankenversicherung möglich. Der monatliche Beitrag beträgt € 312,13 (2006) und kann über Antrag herabgesetzt werden. Gemäß den Richtlinien des Hauptverbandes kann bei Personen, die ihren Lebensunterhalt von Unterhaltsleistungen anderer Personen bestreiten, der Beitrag aber nicht unter € 78,03 gesenkt werden.

Verlängerung der Schutzfrist in der Krankenversicherung

Wer aufgrund einer Beschäftigung krankenversichert war, ist im Falle der Erwerbslosigkeit eine bestimmte Zeit nachversichert (sogenannte Schutzfrist). Bedingung dafür ist, dass man im letzten Jahr vor dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung 26 Wochen versichert war oder unmittelbar vor dem Ausscheiden 6 Wochen. Bisher betrug diese Schutzfrist **3 Wochen,** mit Wirksamkeit **1. Juli 2006 wurde die Schutzfrist auf 6 Wochen verlängert.**

Die Deutsche Gesundheitsreform

Im deutschen Wahlkampf standen einander zwei im Prinzip unversöhnliche Grundausrichtungen der Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens gegenüber: die auch in Deutschland in Geltung stehende klassische Sozialversicherung mit einkommensabhängigen Beiträgen und das „Gesundheitsprämienmodell“; erstere wird von der SPD und den Gewerkschaften vertreten, zweiteres vor allem von CDU und FDP.

Die Sozialversicherung beruht auf folgenden Prinzipien: Sie ist eine Pflichtversicherung. Beiträge werden vom Einkommen des Versicherten von den Versicherten und ihren DienstgeberInnen entrichtet, die Leistung richtet sich nach dem Bedarf. Beide Elemente bewirken ein hohes Maß an sozialer Umverteilung: Einkommensstärkere finanzieren die Leistungen der Einkommensschwächeren mit („solidarische Finanzierung“).

Grundsätzlich anders ist dies bei der Gesundheitsprämie: Auch hier besteht eine Pflichtversicherung, aber der Versicherte muss für sich und seine Angehörigen „Kopfprämien“ leisten. Im Vergleich zur Sozialversicherung müssen sozial Schwächere höhere Beiträge leisten. Das gilt insbesondere dann, wenn auch für Mitversicherte Beiträ-

GESUNDHEIT & SOZIALES

P.b.b. Zulassungsnummer 02Z034643M Bak
Erscheinungsort Wien, Verlagspostamt 1040 Wien
Herausgeber, Verleger: Bundeskammer für Arbeiter und Angestellte,
1040 Wien, Prinz-Eugen-Straße 20-22
Redaktion: Günter Flemmich, Helmut Ivansits, Wolfgang Panhölzl,
Monika Weissensteiner
Telefon: 501 65-2482, FAX: 501 65-2695,
Internet: wien.arbeiterkammer.at
E-Mail: sabrine.hums@akwien.at
Hersteller: Eigendruck, Verlags- und Herstellort: Wien

ge entrichtet werden müssen. In der Schweiz (seit Mitte der 90er Jahre) und neuerdings auch in den Niederlanden werden Kinder von der Beitragspflicht befreit; der Staat übernimmt in diesen Fällen die Beitragsleistung.

Für Deutschland würde die Gesundheitsprämie rund € 180,-- pro Erwachsenen bzw. rund € 75,-- für Kinder betragen. Auch in Österreich wäre mit Beiträgen in dieser Höhe zu rechnen. Derzeit beträgt bei einem Bruttoeinkommen von 1000 Euro der Beitrag zur Krankenversicherung (Beitragssatz 7,5 %) 75 Euro, der für die DienstnehmerInnen spürbare Dienstnehmeranteil (3,95 %) 39,5 Euro. Einer Kopfprämie von 180 Euro entspräche somit ein Dienstnehmerbeitrag von einem Bruttoeinkommen von rund 4500 Euro. Ist ein Ehegatte nicht erwerbstätig, verdoppelt sich die Kopfprämie.

Mit einer Umstellung auf die Kopfprämie zwar nicht zwingend verbunden, aber in den diversen Modellen meist mitgedacht ist auch die Auszahlung des Dienstgeberbeitrags in den Löhnen bzw. Gehältern. Das hätte zur Folge, dass künftig der Versicherte allein die Beiträge zu zahlen haben wird. Dadurch wird man bei einem reellen Belastungsvergleich den gesamten Beitrag von 75 Euro (bei den angenommenem 1000 Euro) heranziehen müssen. Dann liegt bei Alleinverdienern (!) die Einkommensgrenze, ab der die Kopfprämie günstiger ist als der auf das Einkommen bezogene Beitrag, bei rund 2400 Euro!

Eine weitere Folge der Auszahlung des Dienstgeberbeitrags ist, dass spätere Beitragserhöhungen von den Versicherten getragen werden müssen, außer den Gewerkschaften gelingt es in den Lohnverhandlungen, sie auf die Dienstgeber zu überwälzen. Ein weiterer Einwand gegen Kopfprämien ergibt sich aus Wirtschaftlichkeitserwägungen. Wenn sozial Schwächere unterstützt werden müssen, ist der Verwaltungsaufwand, den jeweiligen Subventionsbedarf festzustellen, entsprechend hoch. Außerdem lösen Kopfprämien keineswegs die Finanzierungsprobleme. Sie ersetzen lediglich die bisherige Beitragsfinanzierung.

Schon während der Koalitionsverhandlungen wurde deutlich, dass sich das Gesundheitsprämienmodell in seiner reinen Form nicht durchsetzen wird. Lange Zeit schaute es nach einem politischen Kompromiss aus. Überlegt wurde u.a. eine (niedrigere) Gesundheitsprämie mit einer steuerfinanzierten Mitversicherung und Beitragssubventionen für sozial Schwächere sowie eine Belastungsgrenze mit eine bestimmten Prozentsatz des Einkommens. Da in Deutschland Personen über der Höchstbeitragsgrundlage aus der sozialen Krankenversicherung hinausoptieren können, wurde auch eine Einbeziehung in die Sozialversicherung gefordert („Bürgerversicherung“). Die gesetzliche Krankenversicherung soll zudem durch eine Verbreiterung der Beitragsgrundlage in Form einer Solidaritätsabgabe nicht nur auf Erwerbseinkommen, sondern auf alle sonstigen Einkünfte, also auch Vermögenseinkünfte (beispielsweise aus Aktienbesitz) finanziert werden.

Noch vor dem Sommer sollten die Weichen für eine Gesundheitsreform gestellt werden. Was letztlich herausgekommen ist, hat – erfreulicherweise – mit der ursprünglichen Gesundheitsprämie so gut wie nichts mehr zu tun und wird hoffentlich auch für die österreichische Gesundheitspolitik maßgebend sein.

Es soll beim Sozialversicherungssystem bleiben, nur für die mitversicherten Kindern wird es ab 2008 stufenweise eine Steuerfinanzierung geben. Welche Steuern davon betroffen sind, ist offen. Die Beiträge in Deutschland liegen durchschnittlich bei 14 % (Dienstnehmer u. Dienstgeber!), sollen aber ab 2007 erhöht werden, dafür aber – ein zusätzlicher Erfolg der SPD – Zuzahlungen zu Arzneimitteln abgeschafft und weitere Leistungskürzungen vermieden werden. Den Privatversicherern (nach wie vor zuständig für Personen über der Höchstbeitragsgrundlage) wird vorgeschrieben, auch Kranke aufzunehmen bzw. Rückkehrwilligen die Wiederaufnahme in die soziale Krankenversicherung zu gestatten. Darüber hinaus sollen Strukturmaßnahmen wie beispielsweise die Möglichkeit der Kassen, mit Ärzten Gruppenverträge abzuschließen den Maßnahmenkatalog ergänzen.

Für Österreich, wo die Finanzsituation der Kassen ähnlich angespannt ist wie in Deutschland, sind vor allem die Überlegungen zur künftigen Finanzierung der sozialen Krankenversicherung interessant. Sie könnte nicht mehr ausschließlich aus der beitragspflichtigen Lohnsumme, sondern auch aus (Solidar)Abgaben auf anderen Einkunftsarten erfolgen. Überlegenswert ist die Abschaffung der Abzugsfähigkeit der Sozialversicherungsbeiträge von der Steuer und höhere direkte Steuern anstelle von Beiträgen. Der Vorteil der Steuerfinanzierung ist eine höhere Umverteilung. Je größer der Steueranteil aber ist, desto abhängiger wird die Krankenversicherung auch vom staatlichen Budget.