



# 100 Antworten auf Ihre Fragen zum Thema Krebs und Beruf



ÖSTERREICHISCHE  
KREBSHILFE  
WIEN

Impressum:

Herausgeber und Medieninhaber, Redaktion:

Österreichische Krebshilfe Wien

Inhaltliche und administrative Koordination: Andrea Pirker

1180 Wien, Theresiengasse 46

Tel. 01/402 19 22, Fax 01/408 22 41

service@krebshilfe-wien.at

www.krebshilfe-wien.at

In Zusammenarbeit mit der Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien,  
Bereich Soziales

Martina Chlestil, Murat Izgi, Martina Richter, Norman Wagner

1040 Wien, Prinz-Eugen-Straße 20-22, Tel. 01/501 65 - 0

sowie der Wirtschaftskammer Wien

1010 Wien, Stubenring 8-10, Tel. 01/514 50

Photos: Shutterstock, Paul Sturm/ÖGB-Verlag (Seite 13)

Layout: Tasso Bogg [tasso.bogg@aon.at]

Druck: Ueberreuter Print GmbH, 2100 Korneuburg

© 2015, Österreichische Krebshilfe Wien

Die vorliegende Broschüre ist in der Schreibweise von Substantiven möglichst geschlechtsneutral verfasst. Im Sinne einer guten Lesbarkeit haben wir uns dafür entschieden, weder männliche noch weibliche Substantive zu verwenden, sondern ein „I“ am Ende des Hauptwortes einzusetzen. Dies macht darauf aufmerksam, dass durchgängig Frauen wie Männer im Text angesprochen sind.

Haftungsausschluss

Die Österreichische Krebshilfe Wien übernimmt keinerlei Gewähr für die Vollständigkeit, Richtigkeit, Aktualität oder Qualität jeglicher von ihr erteilten Auskünfte, jeglichen von ihr erteilten Rates und jeglicher von ihr zur Verfügung gestellter Informationen. Eine Haftung für Schäden, die durch Rat, Information und Auskunft der Österreichischen Krebshilfe Wien verursacht wurden, ist ausgeschlossen.

## 100 Antworten auf Ihre Fragen zum Thema Krebs und Beruf



ÖSTERREICHISCHE  
KREBSHILFE  
WIEN



„Krebs und Beruf“ ist ein vom Sozialministeriumsservice/Landesstelle Wien gefördertes Projekt.

Der Inhalt dieser Broschüre ist auf die Beschäftigung als ArbeitnehmerIn in privatrechtlichen Arbeitsverhältnissen mit Zugehörigkeit zum Allgemeinen Sozialversicherungsrecht ausgerichtet.

In einem Exkurs werden die Ansprüche von Selbständigen nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsrecht umrissen. Haben Sie bitte Verständnis dafür, dass eine weitere Berücksichtigung von Besonderheiten von öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnissen bzw. von speziellen Versicherungsgruppen den Rahmen dieser Broschüre sprengen würde.

## Inhaltsverzeichnis

### Kapitel I: Probleme am Arbeitsplatz

1. Muss ich den ArbeitgeberInnen meine Krebserkrankung mitteilen?	15
2. Was passiert, wenn ich wegen meiner Erkrankung nicht mehr die volle Leistung erbringen kann?	15
3. An wen kann ich mich im Betrieb vertrauensvoll wenden, um über meine Krebserkrankung zu sprechen?	16
4. Habe ich krankheitsbedingt ein Recht auf Teilzeitarbeit?	16
5. Welche Möglichkeiten habe ich, wenn ich feststelle, dass ich meine bisherige Tätigkeit nicht mehr ohne Gefährdung meiner Gesundheit ausüben kann?	17
6. Welche Formen der Auflösung eines Arbeitsverhältnisses gibt es?	18
7. Kann ich während meines Krankenstandes oder wegen/bzw. trotz meiner Krebserkrankung gekündigt werden?	18
8. Gibt es bei einer Krebserkrankung einen erhöhten Kündigungsschutz?	19

### Kapitel II: Im Krankenstand

9. Wie lange erhalten Angestellte oder ArbeiterInnen bei einer Dienstverhinderung Entgeltfortzahlung durch die ArbeitgeberInnen?	20
10. Ab wann haben Angestellte oder ArbeiterInnen einen neuerlichen Grundanspruch auf Entgeltfortzahlung?	21
11. Wie lange darf ein Krankenstand maximal dauern?	21
12. Habe ich ein Recht auf Krankengeldbezug und wie hoch ist dieser?	22
13. Wie lange kann ich Krankengeld beziehen?	22
14. Erfolgt die Auszahlung des Krankengeldes automatisch?	22
15. Wie geht es weiter, wenn das Krankengeld erschöpft ist?	23
16. Darf ich bei Krankengeldbezug etwas dazu verdienen?	23
17. Gibt es Krankengeld während des Arbeitslosengeldbezuges?	23
18. Gibt es Krankengeld, wenn ich in Karenz bin?	23

### Kapitel III: Allgemeines zum Kreis der „begünstigten behinderten“ Personen

19. Wer gehört zum Kreis der „begünstigten behinderten“ Personen und wo ist der Antrag auf Prüfung der Zugehörigkeit einzubringen?	25
--	----

20. Bin ich verpflichtet, ArbeitgeberInnen über meine „Begünstigteneigenschaft“ zu informieren und können damit auch Nachteile verbunden sein?	25
21. Kann mein Lohn bzw. mein Gehalt aufgrund meiner Behinderung gekürzt werden? Habe ich als KrebspatientIn das Recht auf mehr Urlaub?	26
22. Ich gehöre zum Kreis der „begünstigten behinderten“ Personen. Gibt es persönliche Betreuung für mich?	27
23. Welche Förderungen gibt es bei Vorliegen der Begünstigteneigenschaft bzw. einer Behinderung für ArbeitgeberInnen sowie für betroffene ArbeitnehmerInnen?	27
24. Welche weiteren, insbesondere steuerliche Vergünstigungen können in Anspruch genommen werden?	29
25. Kann ich auf den „Begünstigtenstatus“ verzichten?	31

#### **Kapitel IV: Besonderer Kündigungsschutz und Diskriminierungsverbot**

26. Was bedeutet besonderer Kündigungsschutz und wie komme ich dazu?	32
27. Was passiert bei Kündigung oder ungerechtfertigter fristloser Entlassung durch die ArbeitgeberInnen, wenn der besondere Kündigungsschutz bereits wirksam ist?	34
28. Was bedeutet Diskriminierung aufgrund einer Behinderung?	34
29. Welche Bereiche sind vom Diskriminierungsverbot umfasst?	35
30. Wer ist vor Diskriminierung geschützt?	36
31. Welche Folgen hat die Verletzung des Diskriminierungsverbots in der Arbeitswelt und wie wird dagegen vorgegangen?	36

#### **Kapitel V: Arbeitslosengeld und Notstandshilfe**

32. Was muss ich bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses und bei Beginn des Anspruches auf Arbeitslosengeld beachten?	38
33. Wie hoch ist das Arbeitslosengeld?	39
34. Wie lange kann Arbeitslosengeld bezogen werden?	40
35. Besteht Anspruch auf Arbeitslosengeld, wenn ich selbst kündige?	40
36. Was versteht man unter Ruhen des Arbeitslosengeldes?	41
37. Darf ich als BezieherIn von Arbeitslosengeld etwas dazu verdienen?	41

38. Wie lange gibt es Arbeitslosengeld nach einer Unterbrechung?	41
39. Gibt es den Fortbezug von Arbeitslosengeld/Notstandshilfe nach der Unterbrechung durch einen Krankenstand?	43
40. Darf ich trotz Bezug der Arbeitslosenunterstützung auf Urlaub gehen?	43
41. Geht der Anspruch auf Arbeitslosengeld verloren, wenn ich eine neue Beschäftigung finde?	44
42. Was ist eine Notstandshilfe und was sind die Voraussetzungen für den Bezug einer Notstandshilfe?	44
43. Wie bemisst sich die Notstandshilfe und wie lange kann ich Notstandshilfe beziehen?	45
44. Welche vermittelte Beschäftigung ist zumutbar?	45
45. Gibt es Sonderregelungen in der Zumutbarkeit der Beschäftigung für krebskranke Menschen?	47

#### **Kapitel VI: Pension, Berufsunfähigkeit und Invalidität**

46. Was ist eine Alterspension bzw. eine vorzeitige Alterspension?	48
47. Kann ich eine Pension beziehen, wenn ich durch eine Krebserkrankung berufs- oder erwerbsunfähig bin und wie stelle ich einen Antrag auf diese Pension?	48
48. Wann erhalte ich einen Pensionsvorschuss?	49
49. Wann erhalte ich Umschulungsgeld und wie hoch ist es?	50
50. Was ist eine Ausgleichszulage?	51
51. Was ist eine Berufsunfähigkeitspension bzw. eine Invaliditätspension?	51
52. Was versteht man unter Berufsschutz?	53
53. Was versteht man unter Tätigkeitsschutz?	54
54. Wie lange kann ich Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension oder auch Rehabilitationsgeld beziehen und darf ich etwas dazu verdienen?	54
55. Meine Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension wurde abgelehnt, was muss ich beachten – brauche ich dabei anwaltliche Vertretung?	55
56. Was ist das Pensionskonto?	56
57. Was ist die Kontoerstgutschrift?	57
58. Wie funktioniert das neue Pensionskonto?	57

## Kapitel VII: Hilfe in sozialen Notlagen – die bedarfsorientierte Mindestsicherung (BMS)

59. Was ist die BMS, wer hat Anspruch darauf und wie hoch ist die Leistung? 58
60. Inwieweit werden mein Einkommen und meine Ersparnisse berücksichtigt? 59
61. Muss ich eine Beschäftigung annehmen und welche ist zumutbar? 60
62. Wo kann ich den Antrag auf BMS stellen und bin ich durch den Bezug der BMS kranken- oder pensionsversichert? 61

## Kapitel VIII: Medizinische, berufliche, soziale und onkologische Rehabilitation sowie Kuraufenthalte

63. Was ist Rehabilitation? 62
64. Welche Leistungen erhalte ich während der beruflichen und sozialen Rehabilitation? 63
65. Welche Leistungen kann ich als medizinische Rehabilitation bekommen und wie oft können diese gewährt werden? 64
66. Wie komme ich als KrebspatientIn zu einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme und entstehen für mich dadurch Kosten? 64
67. Bin ich während der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme wirtschaftlich abgesichert? 65
68. Wer ist für die Leistungsgewährung eines Kuraufenthaltes zuständig und fallen für mich durch den Kuraufenthalt Kosten an? 66
69. Wird während eines Kuraufenthaltes/einer onkologischen Rehabilitation das Entgelt bzw. das Krankengeld weiterbezahlt? 66
70. Wozu dient onkologische Rehabilitation? 67
71. Welche Therapieelemente werden in der onkologischen Rehabilitation aus unterschiedlichen fachlichen Disziplinen angeboten? 67
72. Wer übernimmt die Kosten der onkologischen Rehabilitation und wo ist der Antrag auf Bewilligung einzubringen? 68
73. Aufgrund welcher Rechtsgrundlagen werden Kosten der onkologischen Rehabilitation übernommen? 69
74. Welche Zentren in Österreich stehen derzeit zur onkologischen Rehabilitation zur Verfügung? 69

75. Unter welchen Voraussetzungen ist onkologische Rehabilitation nicht möglich? 70

## Kapitel IX: Leistungen, die von den Krankenkassen getragen werden

76. Für welche Hilfestellungen ist grundsätzlich die Krankenkasse zuständig? 72
77. Gibt es bei lang andauernder ambulanter Behandlung die Möglichkeit der Fahrtkostenübernahme durch die Krankenkasse? 73
78. Wann übernimmt die Krankenkasse die Kosten der Krankenhausbildung und der stationären Pflege nicht mehr? 73
79. Besteht die Möglichkeit zur Mitversicherung von krebserkrankten Angehörigen in der Krankenversicherung? 74

## Kapitel X: Pflegebedürftigkeit

80. Durch Operation und Therapie fühle ich mich so geschwächt, dass ich nur mit Mühe meinen Haushalt bewältigen kann. Habe ich Anspruch auf Pflegegeld? 75
81. Kommen bei mir als KrebspatientIn besondere Voraussetzungen für die Bewilligung des Pflegegeldes zum Tragen? 76
82. Wie hoch ist das monatliche Pflegegeld? 78
83. Was mache ich, wenn ich mit der Entscheidung über das Pflegegeld nicht einverstanden bin? 78
84. Was sind soziale Dienste und welche mobilen Hilfen kann ich zur Unterstützung für die Pflege zu Hause organisieren? 79
85. Ich oder meine Angehörigen können die öffentlichen Verkehrsmittel nicht mehr benützen. Welche Unterstützungsmöglichkeiten gibt es? 82
86. Wie erhalte ich eine Bewilligung, um auf Behindertenparkplätzen parken zu dürfen? 83
87. Palliative Betreuung stationär oder mobil – was ist damit gemeint? 83

## Kapitel XI: Pflege von Angehörigen

88. Gibt es Pflegefreistellung für Angehörige und wie lange kann sie dauern? 86

89. Kann ich Pflegekarenz oder Pflegeteilzeit in Anspruch nehmen?	87
90. Was versteht man unter Familienhospizkarenz und wer kann davon Gebrauch machen?	88
91. Für welche Dauer kann Familienhospizkarenz in Anspruch genommen werden?	88
92. Können ArbeitgeberInnen meinen Antrag auf Familienhospizkarenz ablehnen oder mich während der Familienhospizkarenz kündigen oder entlassen?	89
93. Bin ich während der Familienhospizkarenz sozial abgesichert und besteht die Möglichkeit einer finanziellen Hilfestellung aufgrund des Wegfalls der Lohnzahlungen während der Familienhospizkarenz?	90
94. Besteht für mich bei länger andauernder Pflege von Angehörigen die Möglichkeit einer beitragsfreien bzw. begünstigten Versicherung in der Kranken- und Pensionsversicherung?	91
95. Gibt es finanzielle Unterstützung für pflegende Angehörige durch das Sozialministeriumservice?	91

**Kapitel XII: Neuorientierung**

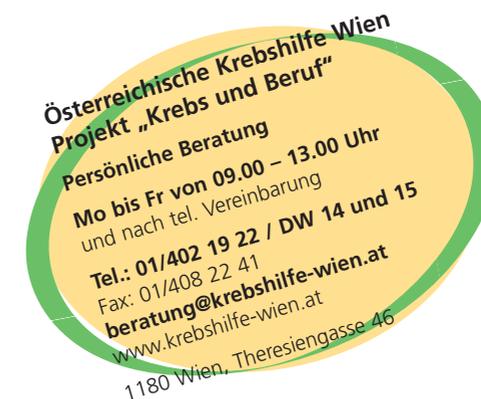
96. Was ist Bildungskarenz und wie wird diese Möglichkeit zur Weiterbildung finanziert?	93
97. Die medizinische Therapie ist abgeschlossen und mein Arbeitsverhältnis ist aufrecht. Wie bereite ich mich auf die Rückkehr in den Beruf vor?	94
98. Mein Arbeitsverhältnis wurde während des Krankenstandes aufgelöst und mein Anspruch auf Krankengeld ist ausgeschöpft. Wie beginne ich neu?	95
99. Ich bin seit meiner Erkrankung nicht mehr in der Lage, meine bisherige Tätigkeit auszuüben. Welche Wiedereingliederungs-Programme im Rahmen der beruflichen Rehabilitation gibt es?	96
100. Was kann „Krebs und Beruf“ für meinen Wiedereinstieg in das Berufsleben tun?	97

**Exkurs I**

Ich bin UnternehmerIn und mit einer Krebserkrankung konfrontiert – welche Unterstützungsmöglichkeiten stehen mir zur Verfügung?	100
---	-----

**Exkurs II**

Ich arbeite als freie DienstnehmerIn oder auf Basis eines Werkvertrages und bin mit einer Krebserkrankung konfrontiert – welche Unterstützungsmöglichkeiten stehen mir zur Verfügung?	112
---	-----



## Vorwort

Die meisten Menschen verbinden mit einer Krebserkrankung in erster Linie aufwändige medizinische Therapien und lange Krankenstände verbunden mit der Sorge, ob man wieder so richtig gesund wird.

Tatsächlich zieht eine Krebserkrankung noch viel weitere Kreise. Ein wesentlicher Bereich dabei ist die Frage der beruflichen Situation. Eine Krebserkrankung reißt viele mitten aus dem Arbeitsleben und sorgt damit für existenzielle Fragen zur beruflichen Zukunft. Im Extremfall kann wegen einer langen Krankenstandsphase sogar der Arbeitsplatz bedroht sein. Aber auch, wenn das nicht der Fall ist, tauchen immer wieder Fragen, Unsicherheiten und Ängste in Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz auf.

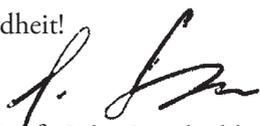
„Krebs und Beruf“, vor 16 Jahren als Pilotprojekt in Wien gestartet, lässt sich aus dem Beratungsangebot der Österreichischen Krebshilfe Wien nicht mehr wegdenken. Rund 600 KrebspatientInnen unterstützt das Projekt pro Jahr mit Informationen, Beratung und Begleitung.

„100 Antworten auf Ihre Fragen zum Thema Krebs und Beruf“ gibt einen schnellen und informativen Überblick über die arbeits- und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen, mit denen sich KrebspatientInnen konfrontiert sehen.

Bei der Erstellung des Ratgebers ist uns die Arbeiterkammer Wien mit Rat und Tat zur Seite gestanden und wir bedanken uns speziell bei Mag.<sup>a</sup> Martina Chlestil und Mag. Murat Izgi (Abteilung Sozialpolitik der AK Wien) für die engagierte Zusammenarbeit und die inhaltliche Koordination der Broschüre. Darüber hinaus danken wir der Wirtschaftskammer Wien für den wertvollen fachlichen Input.

Das persönliche Beratungsgespräch kann und will der Ratgeber natürlich nicht ersetzen. Vereinbaren Sie bei Bedarf einen kostenlosen Gesprächstermin mit unseren Sozialarbeiterinnen unter Telefon 01/402 19 22/DW 15 (DSA Andrea Pirker, MA) oder DW 14 (DSA Manuela Strommer).

Mit den besten Wünschen für Ihre Gesundheit!



Mag.<sup>a</sup> Gaby Sonnlichler  
Geschäftsführerin Österreichische Krebshilfe Wien



Mag.<sup>a</sup> Gaby Sonnlichler  
Geschäftsführerin  
Österr. Krebshilfe Wien

## Vorwort

Für die Arbeiterkammer ist es ein großes Anliegen, dass Menschen, die an Krebs erkrankt sind, so unbeeinträchtigt wie möglich am gesellschaftlichen und beruflichen Leben teilhaben können.

Betroffenheit und Mitgefühl werden häufig erste und sehr menschliche Reaktionen sein, wenn das Arbeitsumfeld von der Erkrankung erfährt.

Langfristig gesehen ist es für die Erkrankten aber von zentraler Bedeutung, dass sie in die täglichen Arbeitsprozesse eingebunden bleiben. Das bringt Herausforderungen mit sich, die Betroffene, ArbeitgeberInnen und ArbeitskollegInnen bewältigen müssen. Es erfordert den Mut und die Kraft, mit den Veränderungen, die diese Krankheit auch im beruflichen Alltag mit sich bringt, umgehen zu lernen.

Eine Unterstützung für alle Beteiligten kann sein, dass sie über die arbeitsrechtlichen und sozialrechtlichen Möglichkeiten Bescheid wissen.

Die vorliegende Broschüre bietet einen guten Überblick und beantwortet viele Fragen, die in der Praxis auftauchen. Für weiterführende Gespräche und Beratungen steht die Arbeiterkammer selbstverständlich allen ihren Mitgliedern zur Verfügung.



Präsident der AK Wien



Rudolf Kaske  
Präsident der AK Wien

## Vorwort

Eine Krebsdiagnose bedeutet für den betroffenen Menschen und seine Angehörigen immer einen Einschnitt in der Biographie. Die Ängste sind groß und erstrecken sich von der eigenen Sterblichkeit bis zum Arbeitsplatzverlust.

Deshalb ist es einerseits natürlich richtig und notwendig, sich auf die medizinische Behandlung, Therapie und Rehabilitation zu konzentrieren, andererseits ist es aber auch wichtig, den Arbeitsplatz zu sichern.

Dafür ist der rechtliche Schutz durch das Behinderteneinstellungsgesetz oft ebenso wichtig wie das Gespräch über die Erkrankung mit Vorgesetzten und KollegInnen, um Verständnis und Rücksicht zu erreichen.

In diesem Umfeld arbeitet das Sozialministeriumservice seit Jahren mit der Österreichischen Krebshilfe Wien zusammen. Diese Zusammenarbeit gestaltet sich sehr erfreulich.

Die vorliegende Broschüre wurde schon mehrfach überarbeitet und an den neuesten Stand der rechtlichen Situation angepasst. Sie ist sehr praxisnah aufgebaut und beantwortet in erster Linie die häufig aufgeworfenen Fragen von Betroffenen und ihrer Umgebung. Damit unterstützt die Broschüre unter anderem die Erreichung eines wichtigen Zieles: dass krebserkrankte Menschen ihre Interessen am Arbeitsplatz rechtzeitig und konsequent wahrnehmen können.



HR.in Dr.in Andrea Schmon  
Sozialministeriumservice  
Leiterin der Landesstelle  
Wien

Sozialministeriumservice  
Leiterin der Landesstelle Wien  
HR.in Dr.in Andrea Schmon

## Kapitel I Probleme am Arbeitsplatz

### 1. Muss ich den ArbeitgeberInnen meine Krebserkrankung mitteilen?

Nein. ArbeitnehmerInnen sind grundsätzlich nicht verpflichtet, eine Krebserkrankung mitzuteilen, weil sich aus dem Arbeitsverhältnis keine Pflicht zur Offenbarung privater Angelegenheiten ergibt. Bei einer Dienstverhinderung ist als Ursache nur anzuführen, ob es sich um eine Krankheit, einen Kuraufenthalt, einen Arbeitsunfall oder um eine Berufskrankheit handelt.

Ausnahmsweise können Umstände besonderer Art die Mitteilung erforderlich machen, dass eine Krankheit vorliegt, die voraussichtlich länger andauernde Abwesenheiten zur Folge haben wird (z.B.: wenn ArbeitnehmerInnen eine wichtige Schlüsselposition einnehmen, müssen ArbeitgeberInnen die Möglichkeit bekommen, rechtzeitig für geeignete Vertretung zu sorgen).

ArbeitnehmerInnen und Arbeitsuchende müssen sich auch keiner ärztlichen Untersuchung unterziehen, soweit dies nicht gesetzlich festgelegt ist oder sich aus der Art der Tätigkeit (z.B. Arbeit im Gesundheitsbereich) ergibt. Bei Ausübung von Tätigkeiten, bei denen erfahrungsgemäß die Gefahr besteht, dass die Gesundheit der Betroffenen beeinträchtigt wird bzw. werden kann, werden sich ArbeitnehmerInnen und Arbeitssuchende zur weiteren Abklärung ärztlich untersuchen lassen müssen. Diese Untersuchung wird bei Fortdauer der Tätigkeit regelmäßig wiederholt. ÄrztInnen dürfen den ArbeitgeberInnen in diesem Zusammenhang lediglich bekannt geben, ob die ArbeitnehmerInnen oder die Arbeitssuchenden für eine bestimmte Tätigkeit geeignet sind oder nicht.

### 2. Was passiert, wenn ich wegen meiner Erkrankung nicht mehr die volle Leistung erbringen kann?

Die Tatsache allein, dass eine Leistungsminderung besteht, löst noch keine unmittelbare Wirkung aus. Ob es zu Auswirkungen kommt, hängt weitge-

hend von der Reaktion der unmittelbaren Vorgesetzten bzw. der ArbeitgeberInnen ab. Im Berufsleben kann es von Vorteil sein, wenn Menschen mit einer schweren Erkrankung oder Behinderung dem Kreis der „begünstigten behinderten“ Personen angehören, weil in diesem Fall nach einer bestimmten Dauer des Arbeitsverhältnisses ein besonderer Kündigungsschutz besteht. ArbeitgeberInnen von begünstigten behinderten Menschen können auch Förderungen zum Ausgleich einer allenfalls vorhandenen Leistungsminderung in Anspruch nehmen. Zur Möglichkeit, eine Kündigung durch die ArbeitgeberInnen wegen Sozialwidrigkeit oder wegen Diskriminierung aufgrund einer Behinderung anzufechten, siehe Kapitel IV.

### 3. An wen kann ich mich im Betrieb vertrauensvoll wenden, um über meine Krebserkrankung zu sprechen?

ArbeitnehmerInnen können sich jederzeit an die betriebliche Interessenvertretung, d.h. an die Mitglieder des Betriebsrates, wenden. Betriebsräte vertreten die ArbeitnehmerInnen in wirtschaftlichen, sozialen, gesundheitlichen und kulturellen Belangen gegenüber den ArbeitgeberInnen und haben persönliche Informationen und Gesprächsinhalte vertraulich zu behandeln. Eine weitere Ansprechperson ist die Behindertenvertrauensperson. Da die Behindertenvertrauensperson dem Kreis der „begünstigten behinderten ArbeitnehmerInnen“ angehört, ist über den Weg der Selbstbetroffenheit ein besonderes Verständnis für die Anliegen von Menschen mit Behinderungen vorhanden. Auch ArbeitsmedizinerInnen oder Präventivdienste nach dem ArbeitnehmerInnenschutzgesetz können beratend zur Seite stehen.

### 4. Habe ich krankheitsbedingt ein Recht auf Teilzeitarbeit?

Grundsätzlich nicht. Es gibt jedoch für „begünstigte behinderte“ ArbeitnehmerInnen die Bestimmung im Behinderteneinstellungsgesetz, wonach die ArbeitgeberInnen auf den „Gesundheitszustand je nach Beschaffenheit der Betriebsgattung und nach Art der Betriebsstätte und der Arbeitsbedingungen mögliche Rücksicht zu nehmen“ haben.

Weiters haben ArbeitgeberInnen die geeigneten und im konkreten Fall erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen, um Menschen mit Behinderungen unter anderem den Zugang zur Beschäftigung und die Ausübung eines Berufes zu ermöglichen.

Dies würde möglicherweise auch Teilzeitarbeit umfassen. Allerdings besteht keine Strafbestimmung bei Nichteinhaltung der Gesetze. Auch die finanzielle Abgeltung des entstehenden „Fehlbetrages“ ist nicht vorgesehen.

Klären Sie bitte ab, ob für Sie Regelungen eines Kollektivvertrages oder einer Betriebsvereinbarung zur Anwendung gelangen, die einen Anspruch auf Teilzeitarbeit im Falle einer Krankheit oder Behinderung vorsehen.

### 5. Welche Möglichkeiten habe ich, wenn ich feststelle, dass ich meine bisherige Tätigkeit nicht mehr ohne Gefährdung meiner Gesundheit ausüben kann?

ArbeitnehmerInnen müssen ArbeitgeberInnen auf diesen Umstand – dass die bisherige Tätigkeit die Gesundheit gefährden könnte – aufmerksam machen und um eine andere, dem Arbeitsvertrag entsprechende, die Gesundheit nicht gefährdende Arbeit, ersuchen. Können ArbeitgeberInnen keine entsprechende Arbeit anbieten, haben ArbeitnehmerInnen die Möglichkeit, das Arbeitsverhältnis durch berechtigten vorzeitigen Austritt aufzulösen. In diesem Fall besteht bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen sowohl nach altem, als auch nach neuem Abfertigungsrecht ein Anspruch auf Auszahlung der Abfertigung.

Die Gesundheitsgefährdung muss durch ein fachärztliches Gutachten festgestellt werden, aus dem hervorgeht, welche konkreten Tätigkeiten ArbeitnehmerInnen nicht mehr durchführen können, ohne die Gesundheit zu gefährden. Die Bezeichnung der Krankheit alleine genügt nicht.

Nur Formulierungen, die eindeutig ausdrücken, dass durch die Tätigkeit der ArbeitnehmerInnen die Gesundheit tatsächlich gefährdet ist, reichen für einen berechtigten vorzeitigen Austritt. Um Streitfälle zu vermeiden, raten wir zu einer vorherigen Beratung durch die Fachgewerkschaft oder die Kammer für Arbeiter und Angestellte.

## 6. Welche Formen der Auflösung eines Arbeitsverhältnisses gibt es?

Ein Arbeitsvertrag kann von vornherein nur für eine bestimmte Zeitdauer (d.h. befristet) abgeschlossen werden. In diesem Fall endet das Arbeitsverhältnis mit dem Erreichen des vereinbarten Endzeitpunktes.

Ist das Arbeitsverhältnis ohne Befristung abgeschlossen, kann es dadurch beendet werden, dass ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen einvernehmlich beschließen, es auflösen zu wollen (einvernehmliche Auflösung). Durch die einvernehmliche Auflösung kann das Arbeitsverhältnis zu jedem beliebigen Termin und ohne Einhaltung irgendwelcher Fristen aufgelöst werden.

Im Gegensatz dazu ist die Kündigung die Form der einseitigen Beendigung – entweder durch ArbeitgeberInnen oder durch ArbeitnehmerInnen. Dabei sind die durch Gesetz oder allenfalls durch Kollektivvertrag, Betriebsvereinbarung oder im Arbeitsvertrag vorgesehenen Termine und Fristen einzuhalten.

Auch der Austritt (durch ArbeitnehmerInnen) oder die Entlassung (durch ArbeitgeberInnen) erfolgt durch eine einseitige Erklärung. Im Gegensatz zur Kündigung wird dadurch das Arbeitsverhältnis jedoch sofort beendet und es muss, damit die Erklärung rechtmäßig erfolgt, ein wichtiger Grund (wie beispielsweise die Gesundheitsgefährdung beim berechtigten Austritt durch ArbeitnehmerInnen, beharrliche Pflichtenverletzung bei der berechtigten Entlassung durch ArbeitgeberInnen) vorliegen.

Da die Art der Beendigung des Arbeitsverhältnisses Auswirkungen auf die Beendigungsansprüche und das Arbeitslosengeld hat, sollte in jedem Fall vorher eine Beratung durch die Gewerkschaft oder Kammer für Arbeiter und Angestellte in Anspruch genommen werden.

## 7. Kann ich während meines Krankenstandes oder wegen/bzw. trotz meiner Krebserkrankung gekündigt werden?

In Österreich besteht ein relativ freies Kündigungsrecht. Es kann daher grund-

sätzlich auch während eines Krankenstandes eine Kündigung ausgesprochen werden, soweit dies nicht ein Kollektivvertrag, eine Betriebsvereinbarung oder der Arbeitsvertrag ausdrücklich ausschließen. Von diesem Recht können sowohl ArbeitgeberInnen als auch ArbeitnehmerInnen Gebrauch machen.

Beim Vorliegen einer Krebserkrankung kann jedoch von einer Behinderung im Sinne der Regelungen des Diskriminierungsverbots nach dem Behinderteneinstellungsgesetz ausgegangen werden. Danach dürfen ArbeitnehmerInnen allein aufgrund der Tatsache der diagnostizierten Krebserkrankung nicht benachteiligt, d.h. nicht gekündigt werden und sie können dagegen vorgehen. Erfahrungen, wie die Gerichte bei einer derartigen Frage entscheiden werden, liegen leider nicht vor. Zusätzlich ist noch auf die Möglichkeit der Kündigungsanfechtung wegen Sozialwidrigkeit hinzuweisen.

In einem solchen Fall ist dringend anzuraten, umgehende Beratung durch die Fachgewerkschaft oder Kammer für Arbeiter und Angestellte in Anspruch zu nehmen. Beachte! Die Fristen, um gegen eine Kündigung vorzugehen, sind äußerst kurz!

## 8. Gibt es bei einer Krebserkrankung einen erhöhten Kündigungsschutz?

Wenn Sie aufgrund eines Feststellungsbescheids des Sozialministeriumsservice dem Kreis der „begünstigten behinderten“ Personen angehören, so wird nach einer gewissen Dauer des Arbeitsverhältnisses ein besonderer Kündigungsschutz wirksam. In diesem Fall können Sie nur mit Zustimmung des Behindertenausschusses rechtswirksam gekündigt werden (siehe dazu ausführlicher Kapitel III und IV).

Auch wenn Sie einen solchen nicht haben, können Sie sich von „Krebs und Beruf“ oder einer Arbeitsassistentz Hilfestellung geben lassen, um den Arbeitsplatz zu erhalten.

## Kapitel II Im Krankenstand

### 9. Wie lange erhalten Angestellte oder ArbeiterInnen bei einer Dienstverhinderung Entgeltfortzahlung durch die ArbeitgeberInnen?

#### Angestellte:

Nach den gesetzlichen Regelungen haben Angestellte nach Antritt des Arbeitsverhältnisses, abhängig von der Dauer des Arbeitsverhältnisses, folgenden Entgeltfortzahlungsanspruch (sog. Grundanspruch):

bis zu 5 Arbeitsjahren	6 Wo volles	und 4 Wo halbes Entgelt
nach 5 Arbeitsjahren	8 Wo volles	und 4 Wo halbes Entgelt
nach 15 Arbeitsjahren	10 Wo volles	und 4 Wo halbes Entgelt
nach 25 Arbeitsjahren	12 Wo volles	und 4 Wo halbes Entgelt

Tritt innerhalb eines halben Jahres nach Wiederantritt der Arbeit abermals eine Dienstverhinderung (Krankheit, Unfall, Kur- und Erholungsaufenthalt) ein, so kommt zunächst der nicht ausgeschöpfte Rest dieses Grundanspruchs zur Auszahlung.

Ist der Rest des Grundanspruchs verbraucht und dauert die Dienstverhinderung noch an, dann steht Angestellten ein weiterer Anspruch auf Entgeltfortzahlung in Höhe des halben Grundanspruchs zu. Pro Krankenstand ist der Entgeltfortzahlungsanspruch auf einen Zeitraum im Ausmaß der Dauer des jeweiligen Grundanspruchs begrenzt (Höchstentgeltdauer).

#### ArbeiterInnen:

ArbeiterInnen erhalten – ebenfalls abhängig von der Dauer des Arbeitsverhältnisses – pro Arbeitsjahr – Entgeltfortzahlung durch die ArbeitgeberInnen im Ausmaß von:

bis zu 5 Arbeitsjahren	6 Wo volles	und 4 Wo halbes Entgelt
nach 5 Arbeitsjahren	8 Wo volles	und 4 Wo halbes Entgelt
nach 15 Arbeitsjahren	10 Wo volles	und 4 Wo halbes Entgelt
nach 25 Arbeitsjahren	12 Wo volles	und 4 Wo halbes Entgelt

Bei einer Dienstverhinderung infolge eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit besteht ein erhöhter Anspruch.

### 10. Ab wann haben Angestellte oder ArbeiterInnen einen neuerlichen Grundanspruch auf Entgeltfortzahlung?

Tritt bei Angestellten eine (weitere) Erkrankung nach 6 Monaten, gerechnet vom Zeitpunkt des Wiederantrittes der Arbeit nach Beendigung des „ersten“ Krankenstandes auf, so wird nach dem Gesetz dieser Krankenstand wieder als „erster Krankenstand“ mit vollem neuen Anspruch (Grundanspruch) gewertet.

Bei ArbeiterInnen wird im Gegensatz dazu das Arbeitsjahr betrachtet. Bei wiederholten Krankenständen innerhalb eines Arbeitsjahres gibt es nur mehr den noch nicht ausgeschöpften Restanspruch.

Unterstützung bei der Prüfung Ihres Anspruchs bieten die zuständige Fachgewerkschaft und die Kammer für Arbeiter und Angestellte.

### 11. Wie lange darf ein Krankenstand maximal dauern?

Ein Krankenstand dauert solange, wie die Erkrankung zu einer Arbeitsunfähigkeit führt. Als arbeitsunfähig gilt, wer infolge Krankheit nicht oder nur mit Gefahr einer Verschlimmerung seines Zustandes fähig ist, jene Beschäftigung, die die Pflichtversicherung begründet hat, auszuüben.

ArbeitnehmerInnen sind jedoch verpflichtet, ohne Verzug die Dienstverhinderung den ArbeitgeberInnen anzuzeigen. Auf Verlangen der ArbeitgeberInnen ist eine Krankenstandsbestätigung vorzulegen. Kommen ArbeitnehmerInnen diesem Verlangen nicht nach, verlieren sie für die Dauer der Säumnis den Entgeltfortzahlungsanspruch.

## 12. Habe ich ein Recht auf Krankengeldbezug und wie hoch ist dieser?

Wenn eine Arbeitsunfähigkeit zu einem Verdienstentgang führt, dann soll das Krankengeld diesen Verdienstentgang (teilweise) ersetzen. Das bedeutet, dass nach teilweiser (50%) oder gänzlicher Reduzierung der Entgeltfortzahlung durch ArbeitgeberInnen, die jeweilige Gebietskrankenkasse eine zusätzliche Zahlung leistet. Das Krankengeld gebührt grundsätzlich ab dem 4. Tag der Arbeitsunfähigkeit für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit in der Höhe von 50% der Bemessungsgrundlage (die Bemessungsgrundlage entspricht in etwa dem beitragspflichtigen Bruttoentgelt des letzten voll entlohnten Monats). Ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit erhöht sich das Krankengeld auf 60% der Bemessungsgrundlage.

## 13. Wie lange kann ich Krankengeld beziehen?

Grundsätzlich für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, längstens jedoch für 26 Wochen. Die Anspruchsdauer erhöht sich auf bis zu 52 Wochen, wenn man in den letzten 12 Monaten vor Eintritt des Versicherungsfalles mindestens 6 Monate in der Krankenversicherung versichert war.

In besonderen Fällen kann die jeweilige Gebietskrankenkasse die Höchstanspruchsdauer auf bis zu 78 Wochen verlängern. Wird jedoch eine eigene Pension während des Krankengeldbezuges zuerkannt, so endet dadurch der Krankengeldanspruch.

## 14. Erfolgt die Auszahlung des Krankengeldes automatisch?

Nein. Die Auszahlung muss bei der Gebietskrankenkasse beantragt werden. Dazu benötigt die Gebietskrankenkasse eine von ArbeitgeberInnen ausgestellte „Arbeits- und Entgeltsbestätigung“. Diese muss die Angaben über die Einkommenshöhe und die Dauer einer eventuellen Entgeltfortzahlung enthalten. Weiters wird die Krankmeldung bzw. die Aufenthaltsbestätigung einer Krankenhauspflege benötigt.

BezieherInnen einer Geldleistung nach dem Arbeitslosenversicherungsgesetz

benötigen keine „Arbeits- und Entgeltsbestätigung“.

## 15. Wie geht es weiter, wenn das Krankengeld erschöpft ist?

Wenn nach 52 Wochen das Krankengeld erschöpft ist, müssen ArbeitnehmerInnen erst einmal wieder 13 Wochen arbeiten und pflichtversichert sein, damit ein neuerlicher Anspruch auf Krankengeld entsteht. Dauert die Arbeitsunfähigkeit über die Höchstbeanspruchungsdauer hinaus, kann um Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension angesucht werden. Steht zu Beginn der gesundheitlichen Beeinträchtigung fest, dass voraussichtlich die Krankheit länger als sechs Monate dauern wird, so empfiehlt es sich, den Antrag auf Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension umgehend zu stellen.

## 16. Darf ich bei Krankengeldbezug etwas dazu verdienen?

Der Begriff „Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit“ schließt ein „dazu verdienen“ aus, denn dann würde ja die Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit nicht mehr bestehen.

## 17. Gibt es Krankengeld während des Arbeitslosengeldbezuges?

Liegt während des Arbeitslosengeldbezuges Arbeitsunfähigkeit vor, so gebührt ab dem 4. Tag des Krankenstandes Krankengeld in der Höhe des vorher bezogenen Arbeitslosengeldes.

Während der ersten drei Tage des Krankenstandes wird vom Arbeitsmarktservice das Arbeitslosengeld weiter bezahlt. Bei einem Krankenhausaufenthalt verhält es sich wie bei einem Krankenstand: während der ersten drei Tage zahlt das Arbeitsmarktservice, ab dem 4. Tag gebührt das Krankengeld.

Unmittelbar nach dem Ende des Krankenstandes bzw. des Krankenhausaufenthaltes ist eine persönliche Meldung beim Arbeitsmarktservice erforderlich.

## 18. Gibt es Krankengeld, wenn ich in Karenz bin?

Personen, die Bildungskarenz oder Familienhospizkarenz in Anspruch nehmen

bzw. Personen, die in Elternkarenz sind und Kinderbetreuungsgeld beziehen, sind krankenversichert. Sie haben daher Anspruch auf Sachleistungen aus der Krankenversicherung; Krankengeld gibt es nur während der Bildungskarenz.

## Kapitel III Allgemeines zum Kreis der „begünstigten behinderten“ Personen

### 19. Wer gehört zum Kreis der „begünstigten behinderten“ Personen und wo ist der Antrag auf Prüfung der Zugehörigkeit einzubringen?

Zum Kreis der „begünstigten behinderten“ Personen gehört man nicht automatisch aufgrund einer Behinderung, sondern es bedarf einer Antragstellung bei der zuständigen Behörde.

Die Feststellung der Zugehörigkeit zu diesem Personenkreis erfolgt grundsätzlich nach Antragsbringung durch einen Feststellungsbescheid des Sozialministeriumservice, wenn ein Grad der Behinderung von mindestens 50% vorliegt. Antragsberechtigt sind österreichische StaatsbürgerInnen, weiters u.a. UnionsbürgerInnen, EWR-BürgerInnen, langfristig aufenthaltsberechtigte Drittstaatsangehörige sowie deren Familienangehörige, anerkannte Flüchtlinge. Der Grad der Behinderung wird aufgrund eines Gutachtens eines ärztlichen Sachverständigen festgesetzt. Gegen den Bescheid des Sozialministeriumservice kann die betroffene Person ein Rechtsmittel erheben. Bereits vor Bescheiderlassung haben AntragstellerInnen die Gelegenheit zur Stellungnahme zum Ergebnis des Verfahrens. In der Regel entfaltet der Antrag seine Wirksamkeit mit Antragstellung, also rückwirkend.

Der Antrag ist beim Sozialministeriumservice einzubringen; zuständig ist in jedem Bundesland eine eigene Landesstelle. Österreichweit erreichen Sie das Sozialministeriumservice unter der Tel. Nr: 05 99 88 - 0.

### 20. Bin ich verpflichtet, ArbeitgeberInnen über meine „Begünstigteneigenschaft“ zu informieren und können damit auch Nachteile verbunden sein?

Die Frage nach dem Umgang mit der Behinderung stellt sich bereits beim Vorstellungsgespräch zumeist unausweichlich. Es gilt eine Antwort auf fol-

gende Fragen zu finden: Soll die Behinderung angesprochen werden oder nicht? Wenn ja, wie soll sie am geschicktesten angesprochen werden? Wie geht man damit um, wenn Fragen nach dem gesundheitlichen Befinden gestellt werden?

Handelt es sich um eine für Ihr Gegenüber wahrnehmbare (sichtbare, hörbare, spürbare) Behinderung, so ist es sinnvoll, sie selbst anzusprechen.

Hat die Behinderung keine unmittelbare Auswirkung auf die Arbeitsleistung, gibt es keine rechtliche Verpflichtung, diese anzusprechen. Auf konkrete Fragen sollte aber wahrheitsgemäß geantwortet werden, weil sonst ArbeitgeberInnen das Vertrauen gegenüber ihren ArbeitnehmerInnen in Frage stellen könnten. Es wird darauf hingewiesen, dass ArbeitgeberInnen, sofern sie einstellungspflichtig sind (ArbeitgeberInnen müssen pro 25 ArbeitnehmerInnen mindestens einen begünstigten behinderten Arbeitnehmer/eine begünstigte behinderte Arbeitnehmerin beschäftigen), bei der Vorschreibung der Ausgleichstaxe durch das Sozialministeriumservice Kenntnis über das Vorhandensein ihrer „begünstigten behinderten“ MitarbeiterInnen erlangen.

Auch bei aufrechtem Arbeitsverhältnis sollte eine festgestellte Begünstigteneigenschaft den ArbeitgeberInnen mitgeteilt werden, weil diese steuerliche Vorteile geltend machen und allenfalls Förderungen beantragen können.

Nachteile sind mit der Rechtsstellung von „begünstigten behinderten ArbeitnehmerInnen“ nicht direkt verbunden. Beratungserfahrungen zeigen allerdings, dass die festgestellte Begünstigteneigenschaft manche ArbeitgeberInnen davon abhält, die BewerberInnen einzustellen. Zum Thema Begünstigteneigenschaft und besonderer Kündigungsschutz, siehe Kapitel IV.

## 21. Kann mein Lohn bzw. mein Gehalt aufgrund meiner Behinderung gekürzt werden? Habe ich als KrebspatientIn das Recht auf mehr Urlaub?

Nach der gesetzlichen Regelung im Behinderteneinstellungsgesetz darf „das Entgelt ... aus dem Grunde der Behinderung nicht gemindert werden“. Auskünfte zu sonstigen Änderungen von Arbeitsverträgen oder Arbeitsbedingungen erhalten Sie bei der zuständigen Fachgewerkschaft oder Kammer für

Arbeiter und Angestellte. Zum Ausgleich einer allenfalls vorhandenen Leistungsminderung besteht für ArbeitgeberInnen die Möglichkeit, bei Erfüllen gewisser Voraussetzungen, Zuschüsse zu den Lohnkosten, den Kosten für die Adaptierung des Arbeitsplatzes, u.a. zu erhalten.

Die Krebserkrankung an sich bewirkt keinen erhöhten Urlaubsanspruch. Bei einem festgestellten Grad der Behinderung kann es aber je nach Kollektivvertrag, allenfalls aufgrund einer Betriebsvereinbarung oder gesetzlichen Regelung einen Anspruch auf Zusatzurlaub geben. Nähere Auskünfte dazu kann die Kammer für Arbeiter und Angestellte oder die zuständige Fachgewerkschaft erteilen.

## 22. Ich gehöre zum Kreis der „begünstigten behinderten“ Personen. Gibt es persönliche Betreuung für mich?

In jeder Landesstelle des Sozialministeriumservice gibt es zuständige BetreuungsreferentInnen für Sie. Außerdem gibt es Hilfestellung im Rahmen der Arbeitsassistenten.

Im Bundesland Wien gibt es auch das Angebot „Krebs und Beruf“ im Rahmen der Österreichischen Krebshilfe Wien. Hier werden Information, Beratung und Begleitung zur Unterstützung bei der Erhaltung eines Arbeitsplatzes bzw. zur beruflichen Neuorientierung angeboten.

## 23. Welche Förderungen gibt es bei Vorliegen der Begünstigteneigenschaft bzw. einer Behinderung für ArbeitgeberInnen sowie für betroffene ArbeitnehmerInnen?

Für ArbeitgeberInnen, aber auch für betroffene ArbeitnehmerInnen stehen besondere Fördermöglichkeiten zur Verfügung.

Das Sozialministeriumservice hilft bei der Beantragung der jeweiligen Förderungen.

**Im beruflichen Bereich können das Zuschüsse zu**

- Kosten von technischen Arbeitshilfen, Arbeitsplatzadaptierung
- Lohn- und Ausbildungskosten

- Kosten für Ein-, Um- und Nachschulung
- sonstige Kosten, die nachweislich zur Erreichung des Arbeitsplatzes oder zur Ausübung einer Beschäftigung erforderlich sind (Mobilitätsförderungen)
- Kosten zur Gründung einer selbständigen Erwerbstätigkeit sein.

Weitere Maßnahmen sind die sogenannten „Beruflichen Assistenzen – NEBA“, die den Prozess der Integration in ein Arbeitsverhältnis absichern sollen und die unentgeltlich in Anspruch genommen werden können. Dazu gehören insbesondere die Arbeitsassistentin oder das Jobcoaching (nähere Infos unter [www.neba.at](http://www.neba.at)). Es gibt daneben noch ein breites Angebot an Projekten, u.a. auch die Persönliche Assistentin am Arbeitsplatz und fit2work.

Auch andere Rehabilitationsträger übernehmen Kosten für medizinische und berufliche Rehabilitation (Umschulungsmaßnahmen, Arbeitsplatzadaptierungen usw.). Die Leistungen der einzelnen Träger, wie etwa des Arbeitsmarktservice Österreich zur Schaffung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen, der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, der Pensionsversicherungsanstalt sind unterschiedlich. Darüber hinaus können Zuschüsse von den Bundesländern gewährt werden.

#### Unterstützungsmöglichkeiten sind auch:

- das Pflegegeld: es soll pflegebedingte Mehraufwendungen pauschaliert abdecken (siehe dazu Kapitel X)
- der Zuschuss für Krankheitskosten: liegt eine Behinderung vor, gibt es die Möglichkeit einmaliger Zuschüsse zu behinderungsbedingten Mehraufwendungen, soweit diese nicht von anderen Kostenträgern übernommen werden.

Ansprechstellen sind die Sozialversicherungsträger (Kranken- oder Pensionsversicherung) und die Behindertenhilfe der jeweiligen Bundesländer. Im Rahmen des „Wiener Chancengleichheitsgesetzes“ ist die zuständige Abteilung die „MA 40 Soziales, Abteilung Sozial- und Gesundheitsrecht“, Tel. 01/4000/8040 wie auch der „Fonds Soziales Wien“, Tel. 01/24 5 24.

## 24. Welche weiteren, insbesondere steuerlichen Vergünstigungen können in Anspruch genommen werden?

Als betroffene ArbeitnehmerInnen haben Sie die Möglichkeit, beim Finanzamt Steuerfreibeträge geltend zu machen. Bei Vorliegen von Mehraufwendungen infolge einer längerfristigen körperlichen oder geistigen Behinderung, wenn der Grad der Behinderung mindestens 25% beträgt, vermindern besondere Pauschalbeträge das zu versteuernde Einkommen.

Der Pauschalbetrag ist abhängig vom Grad der Behinderung und beträgt jährlich:

Grad der Behinderung	Jahresfreibetrag
25 % bis 34 %	75 €
35 % bis 44 %	99 €
45 % bis 54 %	243 €
55 % bis 64 %	294 €
65 % bis 74 %	363 €
75 % bis 84 %	435 €
85 % bis 94 %	507 €
ab 95 %	726 €

Die Behinderung und ihr Ausmaß sind durch eine amtliche Bescheinigung der dafür zuständigen Stelle nachzuweisen.

#### Die zuständige Stelle ist:

- der Landeshauptmann bei EmpfängerInnen einer Opferrente
- die Sozialversicherungsträger bei Berufskrankheiten oder Berufsunfällen von ArbeitnehmerInnen
- das Sozialministeriumservice in allen übrigen Fällen sowie bei Zusammentreffen von Behinderungen verschiedener Art. Dieses hat den Grad der Behinderung durch Ausstellung eines Behindertenpasses bzw. im negativen Fall durch einen Abweisungsbescheid zu bescheinigen. Der Antrag auf Ausstellung eines Behindertenpasses erfolgt mittels Formular. Diesem Antrag sind die vorhandenen Unterlagen (ärztliche Gutachten, aktuelles Lichtbild) beizulegen.

Bei ganzjährigem Bezug einer pflegebedingten Geldleistung (Pflegegeld, Pflegezulage oder Blindenzulage) steht der Pauschalbetrag nicht zu.

AlleinvertreterInnen (sowie bei Einkünften der EhepartnerInnen bis höchstens € 6.000,-) können die Mehraufwendungen aufgrund einer Behinderung der (Ehe-) PartnerInnen geltend machen.

### Hilfsmittel

Nicht regelmäßig anfallende Aufwendungen für Hilfsmittel – z.B. Rollstuhl, rollstuhlgerechte Adaptierung der Wohnung, Hörgerät oder Blindenhilfsmittel – werden zusätzlich und ohne Kürzung durch den Selbstbehalt anerkannt.

### Heilbehandlung

Im Falle einer Behinderung können auch die Kosten einer Heilbehandlung zusätzlich zum Pauschalbetrag und ohne Kürzung durch den Selbstbehalt berücksichtigt werden. Als Kosten der Heilbehandlung gelten Arztkosten, Spitalskosten, Kurkosten, Therapiekosten, Kosten für Medikamente, die im Zusammenhang mit der Behinderung stehen. Nicht als Kosten der Heilbehandlung gelten Aufwendungen, die regelmäßig durch die Pflegebedürftigkeit verursacht werden, wie z.B. Kosten für Pflegepersonal, Bettwäsche oder Verbandsmaterial.

### Krankendiätverpflegung

Wer auf Grund der Behinderung Diätverpflegung benötigt, kann zusätzlich Pauschalbeträge für Diätverpflegung geltend machen. In diesem Fall ist sowohl die Behinderung als auch das Diäterfordernis von der zuständigen Stelle (Sozialministeriumservice) zu bestätigen. Anstelle der Pauschalbeträge können natürlich auch die tatsächlichen Kosten der Behinderung geltend gemacht werden.

### Pauschalbeträge für Krankendiätverpflegung

Krankheit	Freibetrag pro Kalendermonat
Tuberkulose, Zuckerkrankheit, Zöliakie oder Aids	70 €
Gallen-, Leber- oder Nierenkrankheit andere vom Arzt verordnete Diäten	51 €
wegen innerer Krankheiten (Magen, Herz)	42 €

Weitere Begünstigungen bei Erfüllen der Voraussetzungen:

- Freibetrag für eigenes Kfz bzw Aufwendungen für Taxifahrten
- Zuschüsse zur Erlangung der Lenkerberechtigung und zum Erwerb eines Kfz
- Großes Pendlerpauschale
- Freibetrag wegen der Behinderung eines Kindes
- Erhöhte Familienbeihilfe
- Befreiung von der motorbezogenen Versicherungssteuer
- Kostenlose Autobahnvignette
- Befreiung von der Rundfunkgebühr
- Zuschuss zum Fernsprechentgelt
- Befreiung von der Rezeptgebühr und E-Card Entgelt
- Ausweis gemäß § 29b Straßenverkehrsordnung
- Behindertenpass

Eine weitere Möglichkeit besteht darin, sich einen Behindertenpass ausstellen zu lassen, der als Nachweis der Behinderung gilt und bei Ämtern zu einer bevorzugten Behandlung berechtigt. Viele VeranstalterInnen bieten Vergünstigungen für behinderte Menschen an.

Für ArbeitgeberInnen entfallen für „begünstigte behinderte ArbeitnehmerInnen“ die Kommunalsteuer, U-Bahnsteuer in Wien, der Dienstgeber-Beitrag zum Familienlastenausgleichsfonds und die (Wirtschafts-)Kammerumlage II; die Ausgleichstaxe verringert sich entsprechend.

## 25. Kann ich auf den „Begünstigtenstatus“ verzichten?

Nach einem Erkenntnis des Verwaltungsgerichtshofes aus dem Jahr 2011 kann auf die Begünstigteneigenschaft verzichtet werden. D.h., eine „begünstigte behinderte“ Person hat das Recht, bei der zuständigen Landesstelle des Sozialministeriumservice einen Feststellungsbescheid zu beantragen, dass sie nicht mehr dem Kreis der „begünstigten behinderten“ Menschen angehört. Bevor Sie diesen Schritt überlegen, holen Sie bitte Beratung beim Sozialministeriumservice ein, da noch nicht klar ist, wie lange dieser Verzicht wirkt und ob, bzw. unter welchen Voraussetzungen, Sie wieder einen Feststellungsantrag auf Zuerkennung der Begünstigteneigenschaft einbringen können.

## Kapitel IV Besonderer Kündigungsschutz und Diskriminierungsverbot

### 26. Was bedeutet besonderer Kündigungsschutz und wie komme ich dazu?

Der Kündigungsschutz soll verhindern, dass „begünstigte behinderte“ ArbeitnehmerInnen in sozial ungerechtfertigter Weise gekündigt werden. ArbeitgeberInnen müssen vor Ausspruch der Kündigung die Zustimmung des Behindertenausschusses (dieser ist bei der jeweiligen Landesstelle des Sozialministeriumservice eingerichtet) einholen. Eine Kündigung ohne vorherige Zustimmung ist rechtsunwirksam, wenn der Behindertenausschuss nicht in besonderen Ausnahmefällen nachträglich die Zustimmung erteilt.

Zur Verhandlung im Behindertenausschuss werden ArbeitgeberInnen, ArbeitnehmerInnen, gewählte BetriebsrätInnen und Behindertenvertrauenspersonen geladen. Die VerhandlungsleiterInnen sollen in dieser Verhandlung auf einen Vergleich hinwirken. Ein solcher könnte entweder in einer Weiterbeschäftigung unter bestimmten Bedingungen (z.B. Förderungen) oder einer einvernehmlichen Lösung des Arbeitsverhältnisses bestehen. Kommt ein Vergleich nicht zustande, werden die Aussagen der verschiedenen Beteiligten aufgenommen. Auch können weitere Beweise (Zeugenaussagen, Sachverständigengutachten, Urkunden oder Lokalaugenschein) zur Untermauerung der Aussagen notwendig sein.

Nach Abschluss der Ermittlungen entscheidet der Behindertenausschuss in Form einer Interessenabwägung, ob der Kündigung zugestimmt wird oder nicht. Nach Zustellung des Bescheides an die ArbeitgeberInnen und an die ArbeitnehmerInnen besteht die Möglichkeit, eine Beschwerde beim Sozialministeriumservice einzubringen. Über die Beschwerde entscheidet das Bundesverwaltungsgericht.

Die Zustimmung zur Kündigung wird nach einer Interessenabwägung nur

dann erteilt, wenn die Weiterbeschäftigung der begünstigten behinderten ArbeitnehmerInnen den ArbeitgeberInnen nicht zumutbar ist, z.B.

- wenn der Arbeitsplatz von „begünstigten Behinderten“ wegfällt und im Unternehmen kein geeigneter Ersatzarbeitsplatz vorhanden ist
- wenn „begünstigte Behinderte“ unfähig werden, die im Arbeitsvertrag vereinbarte Arbeit zu leisten, sofern in absehbarer Zeit eine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit nicht zu erwarten ist und kein geeigneter Ersatzarbeitsplatz vorhanden ist
- eine beharrliche Pflichtverletzung durch die ArbeitnehmerInnen vorliegt.

Der besondere Kündigungsschutz besteht nur für „begünstigte behinderte“ ArbeitnehmerInnen und er wird erst nach einer gewissen Dauer des Arbeitsverhältnisses wirksam:

Bei Arbeitsverhältnissen, die bis zum 31.12.2010 abgeschlossen wurden, wird der Kündigungsschutz nach dem Ablauf von sechs Monaten (ab Beginn des Arbeitsverhältnisses) wirksam. Für Arbeitsverhältnisse, die ab dem 1.1.2011 neu begründet werden, wird der Kündigungsschutz für Menschen, die den Begünstigtenstatus bereits haben, erst nach Ablauf von 4 Jahren wirksam. Anderes gilt für Menschen, die den Begünstigtenstatus innerhalb des Vierjahreszeitraumes erst feststellen lassen: Hier wird der Kündigungsschutz wie bisher bereits nach dem Ablauf von sechs Monaten wirksam. Dabei macht es keinen Unterschied, ob die Behinderung bei Aufnahme des Arbeitsverhältnisses bereits bestanden hat oder erst nachträglich eingetreten ist.

Der besondere Kündigungsschutz besteht auch für Teilzeitbeschäftigte, ein Mindestausmaß der Beschäftigung ist nicht vorgeschrieben. Der Kündigungsschutz besteht weiters unabhängig davon, ob ArbeitgeberInnen der Einstellungspflicht unterliegen oder nicht (nach dem Behinderteneinstellungsgesetz sind ArbeitgeberInnen verpflichtet, pro 25 ArbeitnehmerInnen eine Person mit Begünstigteneigenschaften einzustellen. Andernfalls ist eine Ausgleichssteuer zu entrichten).

Bei der einvernehmlichen Auflösung des Arbeitsverhältnisses, dem Ende eines befristeten Arbeitsverhältnisses durch Zeitablauf oder bei berechtigter

fristloser Entlassung gilt der besondere Kündigungsschutz nicht (zum Diskriminierungsschutz siehe Frage 28ff).

### 27. Was passiert bei Kündigung oder ungerechtfertigter fristloser Entlassung durch die ArbeitgeberInnen, wenn der besondere Kündigungsschutz bereits wirksam ist?

Die Kündigung ohne Zustimmung des Behindertenausschusses ist rechtsunwirksam. Um dies jedoch durchzusetzen, müssen ArbeitnehmerInnen beim jeweils zuständigen Arbeits- und Sozialgericht eine „Klage auf Feststellung des aufrechten Arbeitsverhältnisses“ einbringen.

Jedenfalls sollten ArbeitnehmerInnen unverzüglich schriftlich auf die Rechtsunwirksamkeit hinweisen und sich bei den ArbeitgeberInnen „arbeitsbereit“ erklären.

Wurden ArbeitnehmerInnen von ArbeitgeberInnen ohne wichtigen Grund fristlos entlassen, können sie ebenfalls dagegen vorgehen und wählen, ob sie anstelle des aufrechten Bestandes des Arbeitsverhältnisses finanzielle Ersatzansprüche geltend machen möchten.

Unterstützung bieten die zuständige Fachgewerkschaft sowie die Kammer für Arbeiter und Angestellte.

### 28. Was bedeutet Diskriminierung aufgrund einer Behinderung?

Der Begriff Diskriminierung umfasst alle Äußerungen, Handlungen und Unterlassungen, die ArbeitnehmerInnen aus dem Grund einer Behinderung benachteiligen. Es besteht eine unzulässige, unmittelbare Diskriminierung, wenn eine Person aufgrund ihrer Behinderung in einer vergleichbaren Situation eine weniger günstige Behandlung erfährt als eine andere Person: z.B. weil eine Behinderung vorliegt, werden Arbeitsuchende vom weiteren Bewerbungsvorgang ausgeschlossen. Verboten ist auch eine mittelbare Diskriminierung, die vorliegt, wenn dem Anschein nach neutrale Vorschriften, Kriterien oder Verfahren sowie Merkmale gestalteter Lebensbereiche (z.B. bauliche Barrieren) Menschen mit Behinderungen gegenüber anderen Personen in be-

sonderer Weise benachteiligen: z.B. wenn MitarbeiterInnen, die den Rollstuhl benützen, nicht an einer Weiterbildungsmaßnahme teilnehmen können, weil ein rollstuhlgerechter Zugang nicht vorhanden ist. Es ist in jedem Einzelfall zu prüfen, ob eine Diskriminierung vorliegt. So kann eine benachteiligende Bedingung unter Umständen durch ein rechtmäßiges Ziel sachlich gerechtfertigt sein (z.B. Brandschutztüre) oder die Beseitigung einer Barriere für die ArbeitgeberInnen eine unverhältnismäßige Belastung bedeuten.

Auch eine Belästigung aufgrund einer Behinderung ist verboten. Das Verbot umfasst weiters die Anweisung einer Person zur Diskriminierung oder Belästigung.

Im Zusammenhang mit dem Diskriminierungsverbot bedeutet Behinderung die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen oder psychischen Funktionsbeeinträchtigung oder Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen, die voraussichtlich länger als 6 Monate dauern wird und die geeignet ist, die Teilhabe am Arbeitsleben zu erschweren. Der Diskriminierungsschutz besteht unabhängig von einer bestimmten Staatsbürgerschaft und es ist auch nicht erforderlich, dass ein bestimmter Grad der Behinderung festgestellt ist! Es wäre daher z.B. auch im Falle einer diagnostizierten, aber noch nicht virulenten Multiplen Sklerose von einer Behinderung im Sinne dieses Gesetzes auszugehen.

### 29. Welche Bereiche sind vom Diskriminierungsverbot umfasst?

Schutz vor Diskriminierung besteht einerseits innerhalb der Arbeitswelt: Das bedeutet, dass sowohl das Arbeitsverhältnis, aber auch der Zugang zur Berufsberatung, der Berufsausbildung, der beruflichen Weiterbildung und der Umschulung, die Bedingungen für den Zugang zu selbständiger Erwerbstätigkeit sowie die Mitgliedschaft und Mitwirkung in ArbeitnehmerInnen- oder ArbeitgeberInnen-Organisationen, einschließlich der Inanspruchnahme der Leistungen solcher Organisationen umfasst sind.

**Im Arbeitsverhältnis darf nicht diskriminiert werden:**

- bei der Begründung des Arbeitsverhältnisses

- beim Entgelt
- bei freiwilligen Sozialleistungen
- bei der Aus- und Weiterbildung und Umschulung
- beim beruflichen Aufstieg
- bei den sonstigen Arbeitsbedingungen
- bei der Beendigung des Arbeitsverhältnisses

Schutz vor Diskriminierung besteht für Menschen mit Behinderungen andererseits auch außerhalb der Arbeitswelt bzw. im „täglichen Leben“: Der Diskriminierungsschutz gilt vor allem beim Zugang zu und der Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen, die der Öffentlichkeit zur Verfügung stehen und für die der Bund unmittelbar regelungszuständig ist (insbesondere Verbrauchergeschäfte) sowie im Bereich der Bundesverwaltung (beispielsweise Hoheitsverwaltung, Sozialversicherungsträger).

### 30. Wer ist vor Diskriminierung geschützt?

- Menschen mit Behinderung
- Eltern eines Kindes mit einer Behinderung sowie Angehörige (Geschwister, EhepartnerIn, eingetragene PartnerIn, LebensgefährtIn, Verwandte in gerader Linie, Großeltern, Kinder)
- Personen, die aufgrund ihres Naheverhältnisses zu einem Menschen mit einer Behinderung diskriminiert werden (z. B. FreundInnen, betreuende Personen).

Zusätzlich gilt ein Benachteiligungsverbot für die betroffene Person, Zeugen, Auskunftsperson im Verfahren oder UnterstützerInnen einer Beschwerde zur Durchsetzung des Diskriminierungsverbots.

### 31. Welche Folgen hat die Verletzung des Diskriminierungsverbots in der Arbeitswelt und wie wird dagegen vorgegangen?

ArbeitnehmerInnen die diskriminiert wurden, können Ersatz für den Vermögensschaden sowie eine Entschädigung für die erlittene persönliche Beeinträchtigung geltend machen. Bei Belästigung beträgt die Mindesthöhe des

Schadenersatzes € 1.000,-.

Anstelle des Vermögensschadens können aber auch die vorenthaltenen Sozialleistungen, die entsprechenden betrieblichen Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen oder die gleichen Arbeitsbedingungen beansprucht werden. Bei Begründung des Arbeitsverhältnisses und beim beruflichen Aufstieg gibt es ausschließlich Anspruch auf Schadenersatz. Bei diskriminierender Beendigung besteht ein Wahlrecht zwischen Schadenersatz oder Anfechtung.

Bevor Betroffene, die sich diskriminiert fühlen, eine Klage bei Gericht einbringen können, ist ein Schlichtungsverfahren beim Sozialministeriumservice durchzuführen. Dies ist durch einen Antrag bei der Schlichtungsstelle der jeweils zuständigen Landesstelle des Sozialministeriumservice (vormals des Bundessozialamtes) einzuleiten. Ziel des kostenlosen Verfahrens ist eine gütliche Einigung. Dabei wird auch eine externe Mediation angeboten. Auf die zum Teil sehr kurzen Fristen für die Geltendmachung von Ansprüchen aufgrund Diskriminierung (z.B. 14 Tage bei diskriminierender Beendigung) ist Bedacht zu nehmen! Die rechtzeitige Einbringung eines Schlichtungsantrages hemmt den Ablauf der Fristen.

**Beratung und Unterstützung kann bei folgenden Stellen eingeholt werden:**

- Zuständige Landesstelle des Sozialministeriumservice
- Behindertenanwaltschaft
- Österreichischer Gewerkschaftsbund
- Kammer für Arbeiter und Angestellte
- Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (ÖAR)

## Kapitel V Arbeitslosengeld und Notstandshilfe

### 32. Was muss ich bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses und bei Beginn des Anspruches auf Arbeitslosengeld beachten?

Anspruch auf Arbeitslosengeld („Leistungsanspruch“) besteht unter verschiedenen Voraussetzungen. Abgesehen davon, dass Arbeitslosigkeit vorliegen muss, haben Arbeitsuchende Arbeitswilligkeit und Arbeitsfähigkeit dadurch nachzuweisen, indem sie dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen und zumutbare Beschäftigungen annehmen.

Darüber hinaus müssen Arbeitssuchende für einen bestimmten Mindestzeitraum einer arbeitslosenversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgegangen sein: bei der erstmaligen Beanspruchung von Arbeitslosengeld mindestens 52 Wochen innerhalb der letzten zwei Jahre vor Geltendmachung des Anspruches, danach mindestens 28 Wochen innerhalb des letzten Jahres vor Geltendmachung des Anspruches. Jugendliche bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres haben Anspruch auf Arbeitslosengeld, wenn sie innerhalb von 12 Monaten vor Antragstellung zumindest 26 Wochen arbeitslosenversicherungspflichtige Beschäftigungszeiten vorweisen können.

Das Arbeitslosengeld gebührt grundsätzlich ab dem Tag der Geltendmachung. Wird das Arbeitsverhältnis jedoch durch ArbeitnehmerInnen-Kündigung, Entlassung oder unberechtigten vorzeitigen Austritt beendet, so wird das Arbeitslosengeld frühestens ab dem 29. Tag nach Ende des Arbeitsverhältnisses angewiesen. Diese Sperrfrist von 4 Wochen verringert die Dauer des Leistungsanspruches nicht, sondern schiebt den Anfallstag hinaus.

Wird die Entlassung bekämpft, so sperrt das Arbeitsmarktservice die Leistung vorerst und zahlt nach Klärung, ob die Entlassung gerechtfertigt erfolgte, die Leistung nach. Die Klärung erfolgt anhand der Vorlage von Beweisen wie z.B. einem Anerkenntnis, einem Vergleich oder einem gerichtlichen Urteil, sofern die Bezugsdauer nicht ohnehin bereits ausgeschöpft ist.

Besteht zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem Arbeitsverhältnis Anspruch auf Bezahlung einer Urlaubersatzleistung, so wird das Arbeitslosengeld erst

nach dem Ende dieser sozialversicherungspflichtigen Urlaubersatzleistung angewiesen. Im Falle einer nicht bezahlten Kündigungsschädigung bzw. Urlaubersatzleistung zahlt das Arbeitsmarktservice vorschussweise Arbeitslosengeld und es wird dann bei Auszahlung der Kündigungsschädigung bzw. Urlaubersatzleistung eine Gegenverrechnung vorgenommen sowie der tatsächliche Beginn des Arbeitslosengeldbezuges richtig gestellt.

### 33. Wie hoch ist das Arbeitslosengeld?

Das Arbeitslosengeld besteht aus einem Grundbetrag, den Familienzuschlägen und einem allfälligen Ergänzungsbetrag. Der Grundbetrag richtet sich nach der beim Hauptverband der Sozialversicherungsträger vorliegenden Bruttobeitragsgrundlage. Wird das Arbeitslosengeld im zweiten Halbjahr geltend gemacht (1.7. - 31.12.), wird die Jahresbemessungsgrundlage des Vorjahres, bei Geltendmachung im ersten Halbjahr (1.1. - 30.6.) die des vorletzten Jahres herangezogen. Liegen keine Jahresbeitragsgrundlagen des letzten bzw. vorletzten Jahres vor, so sind jeweils die Jahresbeitragsgrundlagen des zuletzt vorliegenden Kalenderjahres heranzuziehen. Liegt jedoch generell keine Jahresbeitragsgrundlage vor, so ist das Bruttoentgelt der letzten 6 Monate vor der Geltendmachung des Arbeitslosengeldes heranzuziehen.

Wenn die Antragstellung auf Arbeitslosengeld bei Männern und Frauen nach dem 45. Lebensjahr erfolgt, bleibt die Bemessungsgrundlage bis zum Pensionsanfall gewahrt, unabhängig davon, wie viel bei einem späteren Arbeitsverhältnis verdient wird, es sei denn, es ergibt sich ein höheres, nach obigen Ausführungen zu berücksichtigendes Entgelt.

Zusätzlich zum Grundbetrag des Arbeitslosengeldes gebührt ein Familienzuschlag von täglich € 1,93 (Wert 2015) für jene Angehörigen, zu deren Unterhalt die Arbeitslosen wesentlich beitragen und die Anspruch auf Familienbeihilfe haben. Wenn Arbeitslose an Maßnahmen der Nach- und Umschulung sowie zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt im Auftrag des Arbeitsmarktservice teilnehmen, gebührt zusätzlich zum täglichen Arbeitslosengeld ein Zusatzbetrag in der Höhe von € 1,90 täglich.

### 34. Wie lange kann Arbeitslosengeld bezogen werden?

Für welchen Zeitraum das Arbeitslosengeld zuerkannt wird (die Bezugsdauer), richtet sich nach der Dauer der vorangegangenen arbeitslosenversicherungs-pflichtigen Beschäftigungszeit und nach dem Alter der AntragstellerInnen bei Antragstellung.

#### Die Bezugsdauer des Arbeitslosengeldes beträgt:

- 20 Wochen, wenn die Anwartschaft auf Arbeitslosengeld erfüllt ist und erhöht sich auf
- 30 Wochen, wenn Arbeitslose vor der Geltendmachung des Anspruches insgesamt 156 Wochen (= 3 Jahre) arbeitslosenversicherungspflichtig beschäftigt waren
- 39 Wochen beträgt die Bezugsdauer, wenn bei der Antragstellung das 40. Lebensjahr vollendet ist und innerhalb der letzten 10 Jahre insgesamt 312 Wochen (= 6 Jahre) arbeitslosenversicherungspflichtige Beschäftigung nachgewiesen wird
- 52 Wochen beträgt die Bezugsdauer, wenn Arbeitslose bei der Antragstellung das 50. Lebensjahr vollendet haben und innerhalb der letzten 15 Jahre insgesamt 468 Wochen (= 9 Jahre) arbeitslosenversicherungspflichtig beschäftigt waren
- 78 Wochen beträgt die maximale Bezugsdauer nach Absolvierung einer beruflichen Maßnahme der Rehabilitation, die nach dem 31.12.2010 begonnen hat.

Die jeweilige Bezugsdauer verlängert sich um die Zeit, die aufgewendet wurde, um im Auftrag des Arbeitsmarktservices an einer Maßnahme der Nach- oder Umschulung bzw. der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt teilzunehmen.

### 35. Besteht Anspruch auf Arbeitslosengeld, wenn ich selbst kündige?

Ja. Ist aber das Arbeitsverhältnis infolge eigenen Verschuldens durch die arbeitslose Person beendet worden (gerechtfertigte Entlassung, unberechtigter

Austritt) oder von Arbeitslosen freiwillig gelöst worden (Kündigung durch die ArbeitnehmerInnen), so besteht für die ersten vier Wochen eine Wartezeit. Das heißt, das Arbeitslosengeld gebührt erst ab dem 29. Tag der Arbeitslosigkeit. Bei Vorliegen von „Nachsichtsgründen“ kann von dieser Sperrfrist abgesehen werden.

### 36. Was versteht man unter Ruhen des Arbeitslosengeldes?

Vom Ruhen des Leistungsbezuges wird dann gesprochen, wenn arbeitslose Personen trotz zuerkanntem Anspruch die Leistung nicht ausbezahlt bekommen. Die zuerkannte Bezugsdauer wird dadurch nicht gekürzt; nach dem Ruhen kann der gesamte (Rest)Anspruch bezogen werden.

#### Ruhegründe können sein:

- Der Bezug von Kranken- oder Wochengeld
- die Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt
- die Bezahlung einer Urlaubersatzleistung

Der Eintritt eines „Ruhestatbestandes“ muss dem AMS unverzüglich mitgeteilt werden.

### 37. Darf ich als BezieherIn von Arbeitslosengeld etwas dazu verdienen?

Gehen Sie während eines Bezuges von Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung einer Beschäftigung nach, müssen Sie dies dem Arbeitsmarktservice melden. Dies gilt insbesondere auch für Beschäftigungen, die unter der Geringfügigkeitsgrenze nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (€ 405,98 Wert 2015) entlohnt werden. Da der Zuverdienst ein relativ kompliziertes Kapitel in der Arbeitslosenversicherung ist, wird im Einzelfall vom Arbeitsmarktservice zu prüfen sein, um welche Form des Zusatzverdienstes es sich handelt und welche Grenzen gelten.

### 38. Wie lange gibt es Arbeitslosengeld nach einer Unterbrechung?

Wird der Arbeitslosengeldbezug durch eine schriftliche oder persönliche

Abmeldung beim Arbeitsmarktservice unterbrochen und ist der Leistungsanspruch noch nicht zur Gänze ausgeschöpft, so bleibt der Restanspruch auf Arbeitslosengeld erhalten, wenn Arbeitslose innerhalb von fünf Jahren, gerechnet ab dem Tag der Abmeldung, den Fortbezug des Restanspruches beantragen.

**Die Fünf-Jahres-Frist verlängert sich unter anderem um Zeiträume, in denen Sie:**

- Krankengeld bzw. Wochengeld bezogen haben oder in einer Heil- oder Pflegeanstalt untergebracht waren
- nach Erschöpfen des Anspruches auf Krankengeld aus der gesetzlichen Krankenversicherung nachweislich arbeitsunfähig waren
- wegen Invalidität, Berufsunfähigkeit oder Minderung der Erwerbsfähigkeit eine Pension aus der gesetzlichen Pensionsversicherung bezogen haben
- nahe Angehörige mit Anspruch auf Pflegegeld mindestens in der Höhe der Stufe 3 pflegen und in der Pensionsversicherung weiterversichert waren
- im Ausland oben angeführte Pensionsleistung bezogen haben, soweit mit dem betreffenden Staat eine zwischenstaatliche Regelung in Bezug auf Arbeitslosenversicherung besteht oder dies in internationalen Verträgen festgelegt wurde
- nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz oder Bauern-Sozialversicherungsgesetz in der Krankenversicherung pflichtversichert waren, sofern Sie vor dem 1.1.2009 sowohl Versicherungszeiten in der Arbeitslosenversicherung erworben haben als auch Zeiträume einer krankenversicherungsspflichtigen Erwerbstätigkeit nach dem GSVG oder BSVG aufweisen
- einer der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung unterliegen oder einer gemäß § 5 GSVG von der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung ausgenommenen Erwerbstätigkeit nachgegangen sind, sofern davor zumindest 5 Jahre arbeitslosenversicherungspflichtige Beschäftigung liegen
- Kinderbetreuungsgeld bezogen haben.

### 39. Gibt es den Fortbezug von Arbeitslosengeld/Notstandshilfe nach der Unterbrechung durch einen Krankenstand?

Ja. Werden Arbeitslose während eines Arbeitslosengeldbezuges von ÄrztInnen krankgeschrieben, muss die Krankmeldung den BeraterInnen beim Arbeitsmarktservice sofort mitgeteilt werden. Für die ersten 3 Tage des Krankenstandes wird das Arbeitslosengeld vom Arbeitsmarktservice weiter bezahlt. Dauert der Krankenstand länger, wird der Leistungsbezug unterbrochen. Ab dem 4. Tag des Krankenstandes erfolgt die Auszahlung des Krankengeldes in Höhe des Arbeitslosengeldes bzw. der Notstandshilfe durch die Gebietskrankenkasse.

Die Auszahlung des Krankengeldes muss durch die AntragsstellerInnen bzw. durch eine bevollmächtigte Person bei der Gebietskrankenkasse veranlasst werden. Unmittelbar nach Ende des Krankenstandes ist, um den Fortbezug zu sichern, eine persönliche Wiedermeldung beim Arbeitsmarktservice erforderlich.

### 40. Darf ich trotz Bezug der Arbeitslosenunterstützung auf Urlaub gehen?

Sowohl ein Urlaub im Inland als auch ein Urlaub im Ausland ist dem AMS zu melden.

Beim Inlandsurlaub wird das Arbeitslosengeld weiter bezahlt. Allerdings sind vorgeschriebene Kontrollmeldungen zu beachten, weil rechtlich nicht das persönliche Urlaubsinteresse, sondern das öffentliche Interesse an der Vermittlung der Arbeitslosen Vorrang hat. Nach dem Ende des Urlaubs ist eine neuerliche persönliche Meldung unbedingt erforderlich, da ansonsten die Leistung vom Arbeitsmarktservice nicht angewiesen werden kann.

Dauert die Unterbrechung des Bezuges allerdings länger als 62 Tage, so ist es mit der bloßen Meldung nicht getan, sondern ein neuer Antrag muss gestellt werden. Haben sich Arbeitslose beim Arbeitsmarktservice wegen eines Auslandsurlaubes vom Leistungsbezug abgemeldet, kann das verbleibende Arbeitslosengeld nur dann bezogen werden, wenn sich Arbeitslose, gerechnet vom letzten Tag des Arbeitslosengeldbezuges, innerhalb von fünf Jahren wieder in Österreich arbeitslos gemeldet haben.

#### 41. Geht der Anspruch auf Arbeitslosengeld verloren, wenn ich eine neue Beschäftigung finde?

Nein. Finden Sie eine neue Beschäftigung und haben dort noch keine 28 Wochen gearbeitet (und folglich noch keinen neuen Anspruch erworben), so können Sie jedenfalls Ihren alten Anspruch auf Arbeitslosengeld fortsetzen, wenn die Bezugsdauer noch nicht ausgeschöpft ist.

##### Beispiel:

Sie arbeiteten drei Jahre bei einer Firma und stellen dann einen Antrag auf Arbeitslosengeld. Der Anspruch beträgt 30 Wochen. Nach Bezug von 20 Wochen finden Sie wieder eine neue Beschäftigung. Diese endet jedoch nach fünf Monaten. Einen neuen Anspruch haben Sie auf Grund der letzten Beschäftigung zwar noch nicht erworben, Sie können aber Ihren alten Anspruch, der noch nicht ausgeschöpft ist (zehn Wochen sind ja noch offen), durch einen Fortbezugsantrag geltend machen.

#### 42. Was ist eine Notstandshilfe und was sind die Voraussetzungen für den Bezug einer Notstandshilfe?

Die Notstandshilfe ist eine Leistung, die nicht ausschließlich auf dem Versicherungsprinzip beruht. Daher gibt es hier im Gegensatz zur Ermittlung des Grundbetrages des Arbeitslosengeldes Bestimmungen über die Anrechnung vom Einkommen der EhepartnerInnen (LebensgefährtInnen, eingetragenen PartnerInnen) sowie von Einkommen, die LeistungswerberInnen selbst erzielen, sowie aller unterhaltsberechtigten Personen. Besonders wichtig ist deshalb die rechtzeitige Meldung jeder Veränderung der wirtschaftlichen Verhältnisse der NotstandshilfebezieherInnen und im gemeinsamen Haushalt lebender EhepartnerInnen (LebensgefährtInnen, eingetragenen PartnerInnen).

Notstandshilfe ist nur zu gewähren, wenn Arbeitslose der Vermittlung zur Verfügung stehen und sich in Notlage befinden.

Wer nach dem Ausschöpfen des Arbeitslosengeldes arbeitslos ist, kann daher Notstandshilfe beantragen, wenn der Antrag innerhalb von fünf Jahren nach

Ausschöpfen des Arbeitslosengeldes gestellt wird (längere Frist nur in Ausnahmefällen, siehe Antwort zu Frage 38) und wenn

- Arbeitsfähigkeit und
- Arbeitswilligkeit vorliegen und außerdem
- Notlage vorliegt.

#### 43. Wie bemisst sich die Notstandshilfe und wie lange kann ich Notstandshilfe beziehen?

Die Notstandshilfe beträgt 95% des vorher bezogenen Grundbetrages zuzüglich 95% des Ergänzungsbetrages des Arbeitslosengeldes, wenn dieser den Ausgleichszulagenrichtsatz von monatlich € 872,31 (2015) nicht übersteigt. In den übrigen Fällen gebührt als Notstandshilfe 92% des Grundbetrages des Arbeitslosengeldes. Nach Berücksichtigung der wirtschaftlichen Verhältnisse kann der Auszahlungsbetrag unter den genannten Prozentsätzen liegen. Darüber hin-aus orientiert sich die Höhe der Notstandshilfe an der Länge des Zeitraumes, für den das davor liegende Arbeitslosengeld zuerkannt wurde.

Schließt die Notstandshilfe an einen Arbeitslosengeldbezug in der Dauer von 20 Wochen an, darf der Grundbetrag nach Einkommensanrechnung nicht höher als mit dem Betrag des Ausgleichszulagenrichtsatzes (€ 872,31) festgelegt werden. Bei einem Bezug von Arbeitslosengeld in der Dauer von 30 Wochen ist der Grundbetrag der Notstandshilfe durch die Höhe des Existenzminimums begrenzt. Nur bei erstmaliger Beantragung der Notstandshilfe sind diese Regelungen erst ab dem ersten Tag des Monats nach einem sechs monatigen Bezug der Notstandshilfe anzuwenden.

Die Notstandshilfe gebührt zeitlich unbegrenzt, sie wird jedoch jeweils für maximal 52 Wochen bewilligt. Danach ist neuerlich ein Antrag auf Notstandshilfe zu stellen.

#### 44. Welche vermittelte Beschäftigung ist zumutbar?

Es ist nur die Annahme einer Beschäftigung in einem Arbeitsverhältnis zumutbar. Die Annahme von Beschäftigungsangeboten als freie DienstnehmerInnen kann nur auf freiwilliger Basis erfolgen.

Eine Beschäftigung ist nur dann zumutbar, wenn sie den körperlichen Fähigkeiten der arbeitslosen Person angemessen ist und die Gesundheit und Sittlichkeit nicht gefährdet. Außerdem sind bei der Vermittlung die Wegzeit, die Betreuungspflichten und der Berufs- bzw. der Entgeltschutz zu berücksichtigen.

Als zumutbare Beschäftigung gilt auch eine Vermittlung zu einem sozialökonomischen Betrieb oder zu einem gemeinnützigen Beschäftigungsprojekt, das sind z.B. gemeinnützige ArbeitskräfteüberlasserInnen.

#### **Wegzeit:**

Die zumutbare tägliche Wegzeit für Hin- und Rückfahrt beträgt bei einer Teilzeitbeschäftigung jedenfalls eineinhalb Stunden. Unabhängig davon, wie hoch das Ausmaß der Teilzeitbeschäftigung ist.

Bei einer Vollzeitbeschäftigung beträgt die zumutbare Wegzeit jedenfalls zwei Stunden (für beide Wege zusammen). Geringfügige Überschreitungen müssen in Kauf genommen werden.

#### **Berufsschutz und Entgeltschutz:**

In den ersten 100 Tagen des Bezuges von Arbeitslosengeld ist eine Vermittlung in einen anderen als den bisher ausgeübten Beruf nur dann zumutbar, wenn durch diese Vermittlung eine künftige Beschäftigung im „Stammberuf“ nicht wesentlich erschwert wird.

#### **Entgeltschutz:**

Für den Fall, dass auf Grund einer neu erworbenen Anwartschaft

- in eine berufsfremde Beschäftigung oder
- in eine Teilzeitbeschäftigung (unabhängig ob diese Stelle berufsfremd ist) vermittelt wird

gilt für die Dauer von 120 Tagen (gerechnet ab dem Beginn des Arbeitslosengeldbezuges) der sogenannte „Entgeltschutz“.

Das bedeutet, dass Sie in Ihrer neuen Beschäftigung in der Höhe von 80% der letzten Bemessungsgrundlage des Arbeitslosengeldes entlohnt werden müssen.

Nach Ablauf von 120 Tagen bis zum Ende des Arbeitslosengeldanspruches senkt sich diese Grenze auf 75% der Bemessungsgrundlage.

#### **45. Gibt es Sonderregelungen in der Zumutbarkeit der Beschäftigung für krebskranke Menschen?**

Nein. Es gibt keine Sonderregelungen in der Zumutbarkeit der Beschäftigung für krebskranke Menschen. Das Arbeitsmarktservice muss allerdings auf gesundheitliche Einschränkungen Rücksicht nehmen.

Vorerst sind die BeraterInnen des Arbeitsmarktservice von der Krankheit bzw. gesundheitlichen Einschränkung durch die Betroffenen selbst zu informieren. Da die gesundheitliche Einschränkung nicht durch die BeraterInnen des Arbeitsmarktservice beurteilt werden kann, wird eine arbeitsmedizinische Untersuchung vorgeschrieben.

## Kapitel VI Pension, Berufsunfähigkeit und Invalidität

### 46. Was ist eine Alterspension bzw. eine vorzeitige Alterspension?

Die Alterspension ist eine Leistung aus der Pensionsversicherung, die Frauen mit Erreichung des 60. Lebensjahres und Männer mit Erreichung des 65. Lebensjahres (= Regelpensionsalter) beanspruchen können, wenn sie vor dem Pensionsstichtag eine Mindestanzahl von Versicherungszeiten (sogenannte Wartezeit) erworben haben. Das Frauenpensionsalter wird für Jahrgänge ab 1.12.1963 stufenweise dem Männerpensionsalter angehoben. Alle Frauen, die ab Juni 1968 auf die Welt gekommen sind, müssen bereits bis zum 65. Lebensjahr arbeiten.

Die vorzeitige Alterspension ist eine Sonderform für Langzeitversicherte und SchwerarbeiterInnen.

Genauere Informationen über die besonderen Voraussetzungen und das jeweilige Zugangsalter sind bei der Interessenvertretung bzw. der Pensionsversicherungsanstalt zu erhalten.

### 47. Kann ich eine Pension beziehen, wenn ich durch eine Krebserkrankung berufs- oder erwerbsunfähig bin und wie stelle ich einen Antrag auf diese Pension?

Ja, und zwar eine Berufsunfähigkeits- (Angestellte), Invaliditäts- (Arbeiterinnen) oder Erwerbsunfähigkeitspension (Selbstständige, Bauern/Bäuerinnen), im Folgenden Invaliditätspension, sofern die Wartezeit erfüllt ist und Berufsunfähigkeit, Invalidität oder Erwerbsunfähigkeit zumindest sechs Monate vorliegt.

Der Anspruch auf Pension kann nur über einen Antrag geltend gemacht werden. Dieser sollte beim leistungszuständigen Pensionsversicherungsträger mit dem jeweils dafür vorgesehenen Formular eingebracht werden. Dieser kann aber auch bei einem anderen Sozialversicherungsträger, bei einer Behörde der allgemeinen staatlichen Verwaltung oder bei einem Gemeindeamt gestellt werden. Der Zugang zu Invaliditätspensionen wurde mit dem Sozialrechtsänderungs-

gesetz 2012 (SRÄG 2012) für die Gruppe der „unter 50-jährigen“ ab 1.1.2014 geändert. Ziel dieser Änderung ist die verstärkte Arbeitsmarktintegration von gesundheitlich beeinträchtigten Menschen. Vor allem für diesen Personenkreis soll der Grundsatz „Rehabilitation vor Pension“ verwirklicht werden. Das bedeutet, ein Pensionsanspruch soll in Zukunft nur dann bestehen, wenn Versicherte nicht medizinisch oder beruflich rehabilitiert werden können.

Im Zuge dieser Novelle wurde die befristete Pension für unter 50-jährige abgeschafft und die Zuständigkeiten in der beruflichen Rehabilitation neu festgelegt. Als Ersatzleistung für die befristete Invaliditätspension wurde in der Krankenversicherung das Rehabilitationsgeld eingeführt. Während einer beruflichen Rehabilitation wird aus der Arbeitslosenversicherung das Umschulungsgeld (siehe Frage 49) gewährt. Außerdem wurde in der Pensionsversicherung ein Rechtsanspruch auf Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation geschaffen.

Genauere Informationen über die besonderen Voraussetzungen und das jeweilige Zugangsalter sind bei der Interessenvertretung bzw. der Pensionsversicherungsanstalt zu erhalten.

### 48. Wann erhalte ich einen Pensionsvorschuss?

Um eine finanzielle Absicherung von Personen zu gewährleisten, die eine Leistung aus dem Versicherungsfall der Invalidität oder Berufsunfähigkeit oder ein Übergangsgeld aus der gesetzlichen Pensions- oder Unfallversicherung oder einen Antrag auf Alterspension oder auf Sonderruhegeld nach dem Nacht-Schwerarbeitsgesetz beantragt haben, sieht das Arbeitslosenversicherungsgesetz die Möglichkeit vor, bis zur Entscheidung über den Antrag einen Vorschuss vom Arbeitsmarktservice (= Pensionsbevorschussung) zu erhalten. Dies kommt jedoch nur in Betracht, wenn abgesehen von der Arbeitsfähigkeit und der Arbeitswilligkeit die sonstigen Anspruchsvoraussetzungen für Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe erfüllt sind. Außerdem gebührt ein Pensionsvorschuss nur dann, wenn mit der Zuerkennung der Pension (Übergangsgeld, Sonderruhegeld) gerechnet werden kann. Mit der Zuerkennung der Leistung ist allerdings nur dann zu rechnen, wenn die Wartezeit erfüllt ist und im Falle einer Invaliditäts- oder Erwerbsunfähigkeitspension ein Gutachten zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Wege der Pensionsversicherungsanstalt erstellt

wurde und aufgrund dieses Gutachtens anzunehmen ist, dass Arbeitsfähigkeit nicht vorliegt.

Bei Beantragung einer Alterspension gebührt ein Pensionsvorschuss nur dann, wenn eine Bestätigung des Pensionsversicherungsträgers vorliegt, dass voraussichtlich eine Leistungspflicht dem Grunde nach binnen zwei Monaten nach dem Stichtag für die Pension nicht festgestellt werden kann.

Wird der Pensionsantrag bei aufrechem Arbeitsverhältnis gestellt, so gebührt ein Pensionsvorschuss trotz des aufrechten Dienstverhältnisses, wenn daraus kein Entgeltanspruch mehr besteht und auch der Anspruch auf Krankengeld erschöpft ist. In diesem Fall besteht Anspruch auf Pensionsvorschuss jedenfalls bis zur Vorlage des Gutachtens, wenn man sich so rasch wie möglich der Begutachtung unterzieht, da bis dahin davon auszugehen ist, dass Arbeitsfähigkeit nicht vorliegt.

Der Pensionsvorschuss wird grundsätzlich nach der in Betracht kommenden Höhe des Arbeitslosengeldes bzw. der Notstandshilfe bemessen. Liegt eine Bestätigung des Pensionsversicherungsträgers vor, dass die voraussichtliche Pensionshöhe geringer sein wird, wird der Pensionsvorschuss mit dieser Höhe begrenzt.

#### 49. Wann erhalte ich Umschulungsgeld und wie hoch ist es?

Anspruch auf das Umschulungsgeld besteht dann, wenn nach den entsprechenden Regelungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes mittels Bescheid festgestellt wurde, dass Invalidität (Berufsunfähigkeit) voraussichtlich im Ausmaß von mindestens sechs Monaten vorliegt und berufliche Maßnahmen der Rehabilitation zweckmäßig und zumutbar sind und die Bereitschaft besteht, aktiv an in Betracht kommenden beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation teilzunehmen.

Durch berufliche Maßnahmen der Rehabilitation sollen Personen in die Lage versetzt werden, ihren früheren Beruf oder wenn das nicht möglich ist, einen neuen Beruf auszuüben. Nur Maßnahmen, durch die mit hoher Wahrscheinlichkeit auf Dauer Invalidität oder Berufsunfähigkeit beseitigt oder vermieden werden kann und die geeignet sind, mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt auf Dauer sicherzustellen, sind zulässig. Bei Bezug des Umschulungsgeldes besteht die Verpflichtung, bei der Auswahl,

Planung und Durchführung der beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation aktiv mitzuwirken. Wird der Verpflichtung ohne wichtigen Grund nicht nachgekommen, kann eine Sperre des Umschulungsgeldes von 6, im Wiederholungsfall von 8 Wochen verhängt werden. In berücksichtigungswürdigen Fällen zB wenn eine Ausbildung nach kurzer Unterbrechung wieder fortgesetzt wird und der Ausbildungserfolg durch die kurze Unterbrechung nicht gefährdet ist, kann der Verlust des Umschulungsgeldes nachgesehen werden. Das Umschulungsgeld gebührt ab der Feststellung des Pensionsversicherungsträgers, wenn die Geltendmachung innerhalb von vier Wochen erfolgt. Anderenfalls erst ab der Geltendmachung. Es gebührt bis zur Beendigung dieser Maßnahmen, längstens bis zum Monatsende nach Beendigung der letzten Maßnahme.

Das Umschulungsgeld gebührt in der Phase der Auswahl und Planung der beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation in der Höhe des Arbeitslosengeldes. Ab der Teilnahme an der ersten Maßnahme der beruflichen Rehabilitation in der Höhe des um 22 % erhöhten Grundbetrages des Arbeitslosengeldes zuzüglich allfälliger Familienzuschläge, mindestens jedoch in der Höhe von € 33,90 (2015) täglich (Existenzminimum nach der Exekutionsordnung).

#### 50. Was ist eine Ausgleichszulage?

Die Ausgleichszulage soll PensionsbezieherInnen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, ein bestimmtes monatliches Mindesteinkommen sichern. Diese gebührt in der Höhe der Differenz zwischen der Summe aus Bruttopension, Nettoeinkommen und allfälligen Unterhaltsansprüchen und dem jeweiligen Richtsatz (= vom Gesetz festgelegter Betrag). Die Höhe des Richtsatzes ist von der Pensionsart, vom Familienstand und bei Waisen auch vom Lebensalter abhängig.

#### 51. Was ist eine Berufsunfähigkeitspension bzw. eine Invaliditätspension?

Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die Arbeitsfähigkeit von Versicherten infolge des körperlichen oder geistigen Zustandes auf weniger als die Hälfte der Arbeitsfähigkeit von gesunden Versicherten gesunken ist, die über eine ver-

gleichbare Berufsausbildung und gleichwertige Kenntnisse sowie Fähigkeiten verfügen (gesetzliche Definition in § 255 Abs 1 ASVG).

Invalidität liegt vor, wenn man infolge körperlichen oder geistigen Zustandes nicht mehr imstande ist, durch eine Tätigkeit, die auf dem Arbeitsmarkt noch bewertet wird und die unter billiger Berücksichtigung der ausgeübten Tätigkeit zugemutet werden kann, wenigstens die Hälfte des Entgeltes zu erwerben, das körperlich und geistig gesunde Versicherte regelmäßig durch eine solche Tätigkeit zu erzielen pflegt (gesetzliche Definition in § 255 Abs 3 ASVG).

Mit anderen Worten: Berufsunfähig bzw. invalid ist man, wenn man so krank ist, dass man nur mehr so viel arbeiten kann, dass man weniger als die Hälfte einer vergleichbaren gesunden Person leisten kann, unabhängig davon, ob man eine so leichte Arbeit bekommt oder nicht.

Berufsunfähigkeit wird durch eine ärztliche Begutachtung festgestellt, bei der die Leistungsfähigkeit der AntragstellerInnen in ihrem Beruf geprüft wird.

Wenn Berufsunfähigkeit eingetreten ist, diese voraussichtlich sechs Monate dauern wird, die Versicherten die erforderliche Mindestanzahl an Versicherungsmonaten erworben haben und die Voraussetzungen für eine (vorzeitige) Alterspension noch nicht erfüllt sind, besteht Anspruch auf Berufsunfähigkeitspension.

Für den Anfall der Pension muss die Tätigkeit, auf Grund welcher die Versicherten als invalid bzw. berufsunfähig gelten, beendet werden (ausgenommen es liegt ein Pflegegeldbezug ab Stufe 3 vor).

Ohne Vorliegen von Berufsunfähigkeit haben versicherte Ehegatteninnen nach dem Tod des Ehegatten Anspruch auf eine Berufsunfähigkeitspension ab dem 55. Lebensjahr, sofern die Wartezeit erfüllt ist und sie mindestens 4 lebende Kinder geboren haben. Der Begriff „Invalidität“ gilt für ArbeiterInnen. Für die Inanspruchnahme der Invaliditätspension gelten, bis auf die Bestimmungen des Berufsschutzes, dieselben Voraussetzungen wie für die Berufsunfähigkeitspension.

Einen Anspruch auf Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension haben auch Personen, die bereits vor der erstmaligen Aufnahme der Beschäftigung als invalid bzw. berufsunfähig anzusehen waren, dennoch aber mindestens 120 Beitragsmonate der Pflichtversicherung erworben haben und eine weitere

Verschlechterung des Gesundheitszustandes sie zum Ausscheiden aus der Beschäftigung zwingt.

## 52. Was versteht man unter Berufsschutz?

**Berufsschutz:** Waren Versicherte (ArbeiterInnen) überwiegend in erlernten (angelernten) Berufen tätig, gelten sie als invalid, wenn ihre Arbeitsfähigkeit infolge ihres körperlichen oder geistigen Zustandes auf weniger als die Hälfte desjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten in jedem dieser Berufe herabgesunken ist. Innerhalb der letzten 15 Jahre muss – zumindest 90 Pflichtversicherungsmonate lang – eine erlernte (angelernte) Tätigkeit ausgeübt worden sein (gesetzliche Definition im § 255 Abs. 1 ASVG).

**Kein Berufsschutz:** Waren Versicherte (ArbeiterInnen) nicht überwiegend in erlernten (angelernten) Berufen tätig, gelten sie als invalid, wenn sie infolge ihres körperlichen oder geistigen Zustandes nicht mehr imstande sind, durch eine Tätigkeit – die auf dem Arbeitsmarkt noch bewertet wird und die ihnen unter Berücksichtigung ihrer ausgeübten Tätigkeiten zugemutet werden kann – wenigstens die Hälfte des Entgeltes zu erwerben, das körperlich und geistig gesunde Versicherte regelmäßig durch eine solche Tätigkeit zu erzielen pflegen (gesetzliche Definition im § 255 Abs. 3 ASVG).

Mit anderen Worten: Hat jemand keinen Berufsschutz, dann wird bei der Pension geprüft, ob sie noch irgendeine Arbeit machen kann und dort zumindest die Hälfte von einer vergleichbaren gesunden Person leisten kann.

Anders ist das, wenn jemand einen Beruf mit einer Lehre oder einer höheren Schule erlernt hat oder ohne Lehre während einer Arbeit sich so viel beigebracht hat, dass die Person in etwa so viel kann, wie jemand mit Lehrabschluss. Dann spricht man von einem Berufsschutz, das heißt, es ist nicht mehr jede Arbeit, die es überhaupt gibt, zumutbar. Stattdessen muss man prüfen, ob diese Person Arbeiten machen kann, die dem Lehrberuf ähnlich sind, aber von den körperlichen und geistigen Anforderungen her noch möglich sind. Invalid ist die Person, die nicht einmal die halbe Arbeitsfähigkeit von einer vergleichbaren gesunden Person aufbringen kann, die so eine ähnliche Arbeit macht.

Zusätzliche Voraussetzung ist, dass die gelernte und damit geschützte Arbeit in einem bestimmten Ausmaß vor der Pensionierung ausgeübt wurde. Konkret sind das innerhalb der letzten 15 Jahre 7 1/2 Jahre, also die Hälfte der Zeit. Bei jungen Antragstellern verkürzen sich diese Anforderungen.

Der Berufsschutz von Angestellten ist im Prinzip gleich wie bei ArbeiterInnen mit Lehrabschluss, also ArbeiterInnen mit Berufsschutz.

### 53. Was versteht man unter Tätigkeitsschutz?

Personen, die das 60. Lebensjahr (ab 2013 steigend) vollendet haben, gelten ebenfalls als berufsunfähig, wenn sie durch Krankheit oder Gebrechen außer Stande sind, jene Tätigkeit auszuüben, die in den letzten 15 Jahren mindestens 10 Jahre hindurch ausgeübt wurde. Dabei sind zumutbare Änderungen dieser Tätigkeit zu berücksichtigen (gesetzliche Grundlage § 255 Abs. 4 ASVG).

Für Personen, die das 60. Lebensjahr (2014) schon vollendet haben, hat der Gesetzgeber einen erleichterten Pensionszugang geschaffen: Wenn in den letzten 15 Jahren zumindest 10 Jahre dieselbe oder eine ähnliche Arbeit ausgeführt wurde, dann wird nur mehr geprüft, ob aufgrund des Gesundheitszustandes noch sehr ähnliche Arbeiten erledigt werden können.

Damit in Verbindung stehende Härtefallregelung (Personen ab dem 50. Lj.): Besondere Härtefallregelung – Hat eine Person das 50. Lebensjahr vollendet und war sie im letzten Jahr arbeitslos gemeldet und hat sie weiters 20 Jahre gearbeitet und auch insgesamt 30 Versicherungsjahre erworben, dann steht ihr eine Pension zu, wenn die Arbeitsfähigkeit so weit herabgesunken ist, dass nur mehr körperlich leichte Arbeiten mit weiteren Einschränkungen, die den Zeitdruck und die Körperhaltung betreffen, ausführen kann (gesetzliche Grundlage § 255 Abs. 3a ASVG).

### 54. Wie lange kann ich eine Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension oder auch Rehabilitationsgeld beziehen und darf ich etwas dazu verdienen?

Die Pension wird unbefristet gewährt, wenn auf Grund des Gesundheitszustandes dauernde Berufsunfähigkeit vorliegt. Anderenfalls erfolgt bis 2014 ei-

ne Zuerkennung für maximal 2 Jahre (befristete Pension). Eine Weitergewährung für maximal 2 Jahre, sofern Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit weiterhin vorliegt, ist möglich.

Der Zugang zu Invaliditätspensionen wurde wie bereits (in Frage 47) erwähnt, mit dem Sozialrechtsänderungsgesetz 2012 (SRÄG 2012) für die Gruppe der „unter 50-jährigen“ ab 1.1.2014 geändert. Mit dieser Novelle wurde die befristete Pensionen für unter 50-jährige abgeschafft und die Zuständigkeiten in der beruflichen Rehabilitation neu festgelegt. Als Ersatzleistung für die befristete Invaliditätspension wurde in der Krankenversicherung das Rehabilitationsgeld eingeführt. Im Zusammenhang mit dem Rehabilitationsgeld wurde durch die Gebietskrankenkassen ein sogen. „Case-Management“ eingeführt. Im Case-Management wird gemeinsam mit der versicherten Person und den MitarbeiterInnen von der Gebietskrankenkasse ein individueller Versorgungsplan erstellt. Dabei stimmen sich die Case-ManagerInnen auch mit dem AMS und dem zuständigen Pensionsversicherungsträger ab.

Während einer beruflichen Rehabilitation wird aus der Arbeitslosenversicherung das Umschulungsgeld gewährt.

Grundsätzlich können Sie bis zur sogenannten Geringfügigkeitsgrenze von € 405,98 (Wert 2015) zur Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension dazuverdienen. Informieren Sie sich bitte vor Aufnahme einer Erwerbstätigkeit beim zuständigen Pensionsversicherungsträger.

### 55. Meine Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension wurde abgelehnt, was muss ich beachten – brauche ich dabei anwaltliche Vertretung?

Sie haben das Recht, gegen den Ablehnungsbescheid innerhalb von 3 Monaten ab Zustellung des Bescheides zu klagen. Die Klage kann beim zuständigen Arbeits- und Sozialgericht, beim Bezirksgericht Ihres Wohnortes oder bei der Pensionsversicherungsanstalt eingebracht werden.

Die Klage muss eine kurze Darstellung des Sachverhaltes, einen Hinweis auf die Beweismittel und das von Ihnen bestimmte Verlangen enthalten.

Sollte sich Ihr Gesundheitszustand innerhalb eines Jahres nach der rechtskräftigen Ablehnung Ihres Antrages wesentlich ändern, kann ein „Verschlimmerungsantrag“ eingebracht werden. Diesem Antrag ist eine glaubhafte

Bescheinigung über eine wesentliche Änderung des zuletzt festgestellten Gesundheitszustandes beizuschließen. Die Bescheinigung hat nicht nur eine Diagnose, sondern auch einen Befund zu enthalten, dass sich entweder der Gesundheitszustand verschlechtert hat oder ein neues Leiden hinzugetreten ist. Vor dem Arbeits- und Sozialgericht besteht kein Vertretungszwang. Sie müssen also keinen Rechtsanwalt einschalten, sondern können den Rechtsstreit selbst führen oder eine geeignete Person Ihres Vertrauens (z.B. EhegattInnen, LebensgefährtInnen, Kinder, FreundInnen) bevollmächtigen. Auch die gesetzliche Interessenvertretung, die Kammer für Arbeiter und Angestellte kann Ihre Vertretung vor dem Arbeits- und Sozialgericht übernehmen.

## 56. Was ist das Pensionskonto?

Das Pensionskonto steht für eine neue Form der Pensionsberechnung. Diese gilt nur für Menschen, die ab 1955 geboren wurden. Oft sorgt der Begriff „Konto“ für Verwirrung. Unter dem Pensionskonto darf man sich aber kein Girokonto vorstellen, auf das Sie Geld überweisen. Sie können auch kein Geld abheben. Das Pensionskonto ist ein virtuelles Konto, auf das alle Beiträge zur Pensionsversicherung fließen – nicht als richtiges Geld, sondern als Gutschrift.

### Einmal pro Jahr wird aufgewertet.

Alle Gutschriften, die Sie im Laufe des Lebens bekommen, werden dort gesammelt und jährlich der allgemeinen Teuerung und Lohnentwicklung angepasst. So können Sie in Zukunft mitverfolgen, wie sich Ihre Pensionsansprüche jährlich entwickeln.

### Gesamtgutschrift

Wenn Sie einmal in Pension gehen, wird aus der Summe aller Gutschriften (= Gesamtgutschrift) eine monatliche Bruttopension berechnet, die Sie 14 Mal im Jahr bekommen. Sie können also nicht die Gesamtgutschrift auf einmal abheben, denn diese dient nur der Berechnung Ihrer gesetzlichen Pension.

### Pension ein Leben lang

Auf Ihre Pension haben Sie Anspruch, so lange Sie leben. Sie müssen also keine Sorge haben, dass das Guthaben auf Ihrem Pensionskonto eines Tages

aufgebraucht ist.

### Zuschläge oder Abschläge

Ihre erworbene Pensionsleistung, die im Pensionskonto ausgewiesen wird, bekommen Sie nur, wenn Sie zum Regelpensionsalter in Pension gehen. Gehen Sie früher, gibt es Abschläge. Gehen Sie später, bekommen Sie dafür einen Bonus und die Pension fällt höher aus.

## 57. Was ist die Kontoerstgutschrift?

Personen, die ab 1. Jänner 1955 geboren sind und bis zum 31. Dezember 2004 mindestens ein Versicherungsmonat erworben haben, erhalten eine Kontoerstgutschrift: Die bis Ende 2013 erworbenen Versicherungsmonate werden zusammengeführt und als Kontoerstgutschrift ins neue Pensionskonto übertragen. Seit 1. Jänner 2014 gibt es keine andere Pensionsberechnung mehr, es gilt ausschließlich die Berechnung mit dem neuen Pensionskonto. Sie bildet sozusagen das „Startkapital“ für Ihr Pensionskonto.

## 58. Wie funktioniert das neue Pensionskonto?

PensionskontoinhaberInnen, die vor 2005 Versicherungszeiten erworben haben, erhalten zunächst eine Kontoerstgutschrift. Diese bildet den ersten Eintrag im neuen Pensionskonto und berücksichtigt alle bis 2013 erworbenen Versicherungszeiten.

Für PensionskontoinhaberInnen, die erst ab 2005 Versicherungszeiten erworben haben, wird keine Kontoerstgutschrift berechnet. Ihre Versicherungszeiten bis 2013 sind bereits in Form von jährlichen Teilgutschriften im Pensionskonto berücksichtigt.

Allen PensionskontoinhaberInnen werden für Versicherungszeiten ab 2014 jährlich weitere Teilgutschriften ins Pensionskonto eingetragen. Die Teilgutschriften errechnen sich aus den jährlichen Beitragsgrundlagen multipliziert mit dem Kontoprozentsatz von 1,78. Kontoerstgutschrift und Teilgutschriften werden zusammengezählt und bilden die Gesamtgutschrift. Diese wird jedes Jahr aufgewertet. Die Gesamtgutschrift geteilt durch 14 ergibt Ihre monatliche Bruttoalterspension.

## Kapitel VII Hilfe in sozialen Notlagen – die bedarfsorientierte Mindestsicherung

### 59. Was ist die BMS, wer hat Anspruch darauf und wie hoch ist die Leistung?

Die BMS ist eine Sozialleistung für Menschen, die in Not geraten sind und den Lebensbedarf nicht durch eigene Erwerbsarbeit, andere Sozialleistungen oder durch die Hilfe von Familienmitgliedern bestreiten können.

Anspruch auf eine Leistung aus der BMS haben Personen, die:

- kein anderes Einkommen (bzw. Einkommen niedriger als Richtsatz – siehe Frage 60)
- kein Vermögen (Ausnahmen siehe Frage 57) sowie
- Bereitschaft zur Aufnahme einer Erwerbsarbeit (falls Arbeitsfähigkeit gegeben) haben.

Abhängig davon, wie viele Personen in einer Bedarfsgemeinschaft (im Normalfall: in einer Familie) leben, ist die BMS unterschiedlich hoch. Die Leistung der BMS gliedert sich in einen Betrag zur Sicherung des Lebensunterhalts (75%) und einen Wohnzuschuss (25%).

Für 2015 gelten folgende Richtsätze:

1 Erwachsener:	
610 € Lebensunterhalt (75%) + 206 € Wohnzuschuss (25%) =	(netto) 827 €
1 Erwachsener, 1 Kind:	976 €
1 Erwachsener, 2 Kinder:	1.125 €
2 Erwachsene, keine Kinder:	1.241 €
2 Erwachsene, 1 Kind:	1.390 €
2 Erwachsene, 2 Kinder:	1.539 €
2 Erwachsene, 3 Kinder:	1.688 €

### 60. Inwieweit werden mein Einkommen und meine Ersparnisse berücksichtigt?

Bei der Berechnung des Anspruchs auf Mindestsicherung wird das Einkommen aller im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen (EhepartnerInnen, LebensgefährtenInnen, Personen, die als LebenspartnerInnen eingetragen sind, minderjährige Kinder) berücksichtigt. Es zählen fast alle Formen von Einkommen (jeweils netto), also auch Sozialversicherungsleistungen (z.B. Arbeitslosengeld, Notstandshilfe), Unterhaltszahlungen, Kinderbetreuungsgeld etc.

**Nicht eingerechnet werden:**

- Familienbeihilfe
- Pflegegeld und vergleichbare Leistungen
- Freiwillige soziale Zuwendungen
- therapeutisches Taschengeld
- ein Freibetrag bei Einkommen aus eigener Erwerbstätigkeit, wenn die Hilfe suchende Person vor Aufnahme der Erwerbstätigkeit zumindest ein Jahr erwerbslos war

Das 13. und 14. Monatsgehalt wird aliquot eingerechnet. Bei unregelmäßigem Einkommen wird der Schnitt der letzten drei Monate herangezogen. Erhalten LeistungsbezieherInnen im Nachhinein eine deutlich höhere Zahlung als erwartet, kann es zu einer Rückforderung/Neuberechnung des Anspruchs kommen.

**Beispiel:**

Eine alleinerziehende Mutter mit zwei Kindern verdient freiberuflich € 550,- netto pro Monat (sie arbeitet Teilzeit, da keine geeignete Kinderbetreuung verfügbar ist), hat kein relevantes Vermögen und bekommt € 200,- Unterhalt für die Kinder von deren Vater. Sie stellt einen Antrag auf BMS und wird den Richtsatz für Alleinerziehende und 2 Kinder (€ 827,- + € 149,- + € 149,-) erhalten, abzüglich € 550,- Gehalt sowie € 200,- Unterhalt. Die Höhe der BMS beträgt in ihrem Fall daher € 375,- pro Monat.

**Anrechnung von Vermögen:**

Vermögen muss grundsätzlich verwertet werden, bevor Mindestsicherung

beansprucht werden kann.

#### Als nicht verwertbar gelten:

- Gegenstände, die zu einer Erwerbsausübung oder der Befriedigung angemessener kultureller Bedürfnisse der Hilfe suchenden Person dienen (z.B. ein Fernseher).
- Gegenstände, die als angemessener Hausrat anzusehen sind (z.B. Möbel).
- Kraftfahrzeuge, die berufsbedingt oder auf Grund besonderer Umstände (insbesondere Behinderung, unzureichende Infrastruktur) erforderlich sind.
- unbewegliches Vermögen, wenn dieses zur Deckung des angemessenen Wohnbedarfs der Bedarfsgemeinschaft dient (z.B. eine Eigentumswohnung oder ein Haus, die als Hauptwohnsitz genutzt werden, nicht jedoch ein Schrebergarten, der zur „Sommerfrische“ dient). Da es sich bei einer Wohnung bzw. einem Haus jedoch um einen Vermögenswert handelt, kann nach einer 6-monatigen Schonfrist eine Sicherstellung im Grundbuch erfolgen.
- verwertbares Vermögen nach Abs. 2 bis zu einem Freibetrag in Höhe des Fünffachen des Mindeststandards. Der Vermögensfreibetrag 2015 beträgt € 4.139,-.
- sonstige Vermögenswerte, solange Leistungen der bedarfsorientierten Mindestsicherung nicht länger als für eine Dauer von sechs Monaten bezogen wurden. Dabei sind alle ununterbrochenen Bezugszeiträume im Ausmaß von mindestens zwei Monaten innerhalb von zwei Jahren vor der letzten Antragstellung zu berücksichtigen.

Für nähere Informationen können Sie kostenlos das Sozialtelefon des Sozialministeriums unter 0800/201 611 werktags zwischen 9.00 und 16.00 Uhr kontaktieren.

### 61. Muss ich eine Beschäftigung annehmen und welche ist zumutbar?

Arbeitsfähige Personen müssen bereit sein, eine Arbeit anzunehmen, um den Anspruch auf BMS nicht zu verlieren.

#### Ausnahmen bestehen für Personen, die:

- das Regelpensionsalter erreicht haben
- Betreuungspflichten für Kinder haben, die ihr 3. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sofern keine geeignete Betreuungsmöglichkeit vorhanden ist
- Betreuungsleistung gegenüber Angehörigen haben, die Pflegegeld mindestens der Stufe 3 beziehen
- die Sterbebegleitung oder Begleitung von schwerstkranken Kindern leisten
- die in einer bereits vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnenen und zielstrebig verfolgten Erwerbs- oder Schulausbildung stehen (ein Studium zählt hier nicht dazu).

In der BMS gelten dieselben Zumutbarkeitsbestimmungen wie bei Bezug der Notstandshilfe.

### 62. Wo kann ich den Antrag auf BMS stellen und bin ich durch den Bezug der BMS kranken- oder pensionsversichert?

Die Mindestsicherung kann – je nach Bundesland – bei Bezirkshauptmannschaften, Gemeindeämtern oder Magistraten beantragt werden. Zusätzlich können Anträge auch bei den Geschäftsstellen des Arbeitsmarktservice (AMS) abgegeben werden. In Wien sind die Sozialzentren für die Mindestsicherung zuständig.

Grundlegende Fragen zur Mindestsicherung können beim Sozialtelefon des Sozialministeriums unter 0800/201 611 werktags zwischen 9.00 und 16.00 Uhr geklärt werden (kostenlos). Darüber hinausgehende Informationen zur landesspezifischen Gesetzeslage in Wien sind unter der Servicenummer 01/ 4000/80 40 (zum Ortstarif) erhältlich.

BMS-BezieherInnen sind automatisch krankenversichert, inklusive E-Card und Rezeptgebührenbefreiung. Eine Anrechnung von Pensionsversicherungszeiten (wie z.B. in der Arbeitslosenversicherung) erfolgt jedoch nicht.

## Kapitel VIII Medizinische, berufliche, soziale und onkologische Rehabilitation sowie Kuraufenthalte

### 63. Was ist Rehabilitation?

Unter Rehabilitation versteht man gemäß der Definition der Weltgesundheitsorganisation und der Internationalen Arbeitsorganisation:

„ ... die Summe jener aufeinander abgestimmten Maßnahmen, die darauf gerichtet sind, körperlich, geistig und/oder seelisch Behinderte bis zum höchsten, individuell erreichbaren Grad geistiger, sozialer, beruflicher und wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit herzustellen oder wiederherzustellen, damit sie einen angemessenen Platz in der Gemeinschaft finden“.

Die Aufgaben der Rehabilitation wurden den Pensionsversicherungsträgern, Krankenversicherungsträgern und den Unfallversicherungsträgern übertragen. Die Pensionsversicherungsträger führen die medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation für aktiv Versicherte und grundsätzlich für PensionsbezieherInnen durch.

Mit der Novelle zum Sozialrechtsänderungsgesetz 2012 wurde in der Pensionsversicherung ein Anspruch der Versicherten auf medizinische und berufliche Rehabilitation eingeführt. In diesem Zusammenhang wurde in der Krankenversicherung ebenso ein Anspruch der Versicherten auf Rehabilitationsgeld geschaffen, wenn bescheidmäßig festgestellt wurde, dass vorübergehende Invalidität (Berufsunfähigkeit) voraussichtlich im Ausmaß von zumindest sechs Monaten vorliegt und berufliche Maßnahmen der Rehabilitation nicht zweckmäßig oder nicht zumutbar sind.

Unberührt bleibt den Krankenversicherungsträgern die Führung der medizinischen Rehabilitation im Anschluss an die Krankenbehandlung. Dadurch soll der Erfolg der Krankenbehandlung gesichert und die Folgen der Krankheit erleichtert werden.

Die Krankenversicherungsträger sind für folgende Versicherte zuständig: für anspruchsberechtigte Angehörige, PensionsbezieherInnen und für freiwillig Versicherte, die eine Selbstversicherung in der Krankenversicherung abgeschlossen haben.

Die Unfallversicherungsträger und die Pensionsversicherungsträger führen die medizinische, berufliche und die soziale Rehabilitation durch. Die Unfallversicherung ist für die medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation von „Versehrten“ nach einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit zuständig. Die Pensionsversicherungsträger führen die medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation für aktiv Versicherte und grundsätzlich für PensionsbezieherInnen durch.

Ausnahme: Ist für Versicherte die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter zuständig, führt dieser Krankenversicherungsträger als Einziger die medizinische, aber auch die berufliche und soziale Rehabilitation durch.

### 64. Welche Leistungen erhalte ich während der beruflichen und sozialen Rehabilitation?

Es führen ausschließlich die Pensionsversicherungsträger und die Unfallversicherungsträger (Ausnahme: Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter) die berufliche und soziale Rehabilitation durch.

#### Berufliche Rehabilitation:

- Berufliche Weiterbildung
- Berufliche Umschulung
- Hilfe zur Erlangung einer Arbeitsstelle
- Arbeitsplatzausstattung
- Arbeitsprobung

#### Soziale Rehabilitation:

- Darlehen zur behindertengerechten Adaptierung der Wohnung
- Zuschuss zu den Kosten für die Erlangung des Führerscheines
- Darlehen zum Ankauf eines PKW (wenn es den Versicherten unzumutbar ist, ein öffentliches Verkehrsmittel zu benutzen)
- Betreuung und Beratung der Behinderten vor und nach Erreichen des Rehabilitationszieles durch RehabilitationsberaterInnen

Leistungszuständig sind Pensionsversicherungsträger und der Unfallversicherungsträger.

## 65. Welche Leistungen kann ich als medizinische Rehabilitation bekommen und wie oft können diese gewährt werden?

Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation in der Krankenversicherung enthalten folgende Maßnahmen:

- Unterbringung in Rehabilitationszentren
- Körperersatzstücke, orthopädische Behelfe und andere Hilfsmittel einschließlich der notwendigen Änderungen sowie die Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel (z.B. Krankenfahrstuhl, Augenprothese, Colostomie-Ileostomie-Versorgung und Brustprothesen)
- Ärztliche Hilfe
- Versorgung mit Heilbehelfen
- Übernahme der Reise- und Transportkosten (laut Bestimmungen der jeweiligen Satzung des Versicherungsträgers und unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Verhältnisse der Versicherten bzw. Angehörigen)
- bei der Gewährung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln im Rahmen der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation entfällt die Kostenbeteiligung der Versicherten
- für notwendige medizinische Maßnahmen der Rehabilitation sind nach dem derzeitigen Rechtsstand hinsichtlich der Gewährung keine Einschränkungen vorgesehen
- onkologische Rehabilitation ist eine speziell für KrebspatientInnen vorgesehene Leistung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation (siehe Frage 68).

## 66. Wie komme ich als KrebspatientIn zu einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme und entstehen dadurch für mich Kosten?

Die Antragstellung zur Aufnahme in eine Rehabilitationsklinik erfolgt über die behandelnden ÄrztInnen, bei Akuterkrankungen über die SpitalsärztInnen, mittels des dafür vorgesehenen Antragsformulars.

Das Antragsformular wird zur Gänze von den ÄrztInnen ausgefüllt. Unter Angabe einer ausführlichen Diagnose sollte der Antrag grundsätzlich beim zuständigen Sozialversicherungsträger eingereicht werden. Darüber hinaus

gibt es die Möglichkeit, die Rehabilitationsanträge bei jedem Sozialversicherungsträger abzugeben, und diese sind dann verpflichtet, die Anträge an den zuständigen Sozialversicherungsträger weiterzuleiten.

Versicherte, die auf Kosten eines Krankenversicherungsträgers in einem Rehabilitationszentrum untergebracht sind, haben pro „Verpflegungstag“ eine Zuzahlung je nach monatlichem Einkommen zwischen € 7,24 und € 17,58 zu leisten.

Ausnahme: Die Zuzahlung entfällt bei Befreiung von der Rezeptgebühr und bei sozialer Schutzbedürftigkeit.

## 67. Bin ich während der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme wirtschaftlich abgesichert?

Werden Versicherte in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen, untergebracht, so besteht für die Zeit der Unterbringung der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit.

Alle Versicherten, die eine Krankengeld eröffnende Beschäftigung ausüben, erhalten daher vom Krankenversicherungsträger während dieser Zeit Krankengeld, sofern sie nicht ihr monatliches Gehalt (Entgeltfortzahlung) weiter beziehen. Pensionsversicherungsträger haben den Versicherten für die Dauer der Gewährung von medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation Übergangsgeld zu leisten. Ein allfälliges Erwerbseinkommen oder Arbeitslosengeld bzw. eine Beihilfe des Arbeitsmarktservice werden auf das Übergangsgeld angerechnet.

Übergangsgeld gebührt ab Beginn der 27. Woche nach dem letztenmaligen Eintritt des Versicherungsfalles der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, das mit der Gewährung dieser Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation in Zusammenhang steht.

Der Unfallversicherungsträger hat den Versicherten für die Dauer einer Maßnahme der beruflichen Rehabilitation z. B. Während einer Ausbildung, ebenfalls ein Übergangsgeld zu leisten.

## 68. Wer ist für die Leistungsgewährung eines Kuraufenthaltes zuständig und fallen für mich durch den Kuraufenthalt Kosten an?

Kuraufenthalte werden von den Krankenversicherungsträgern grundsätzlich für folgenden Personenkreis gewährt:

- Anspruchsberechtigte Angehörige
- PensionsbezieherInnen, wenn der zuständige Pensionsversicherungsträger die Leistung nicht selbst gewährt
- Freiwillig Versicherte, die eine Selbstversicherung in der Krankenversicherung abgeschlossen haben

Für Kuraufenthalte von Erwerbstätigen sind in erster Linie Pensionsversicherungsträger bzw. die Unfallversicherungsträger zuständig.

Krankenversicherungsträger können für Aufenthalte von Versicherten oder Angehörigen in Kuranstalten für die jeweils vorgesehene Kurdauer einen Zuschuss in der halben Höhe der vereinbarten Tarifsätze übernehmen. Bei besonderer sozialer Begründung können für Versicherte die gesamten Tarifsätze übernommen werden.

Der von der Kasse vorgeschriebene Zuzahlungsbetrag für den Aufenthalt ist von den Anspruchsberechtigten vor Antritt des Aufenthaltes an die Kasse zu zahlen.

## 69. Wird während eines Kuraufenthaltes/einer onkologischen Rehabilitation das Entgelt bzw. das Krankengeld weiterbezahlt?

Während eines Kuraufenthaltes, der von Sozialversicherungsträgern bewilligt oder angeordnet wird, besteht ein Anspruch der ArbeitnehmerInnen auf Entgeltfortzahlung durch die ArbeitgeberInnen (zur Dauer der Entgeltfortzahlung siehe Kapitel II) bzw. auf Krankengeld durch den Krankenversicherungsträger. Der Aufenthalt in einem Kurheim eines Sozialversicherungsträgers gilt als Krankenstand, ohne dass es hierzu einer Krankschreibung durch die behandelnden VertragsärztInnen bedarf. Erhalten die Versicherten jedoch vom Sozialversicherungsträger nur einen Zuschuss oder Kurmittel für einen Kurauf-

enthalt an einem Kurort, so liegt ein Krankenstand nur dann vor, wenn dieser von den Sozialversicherungsträgern bestätigt wird oder wenn die Versicherten von den VertragsärztInnen krankgeschrieben wurden.

## 70. Wozu dient onkologische Rehabilitation?

Als Folge einer Krebserkrankung und deren Behandlung ist häufig nicht nur die Lebensqualität, sondern auch die körperliche wie auch die seelische Stabilität der Betroffenen stark beeinträchtigt. Onkologische Rehabilitation zielt darauf ab, physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden möglichst wieder herzustellen. Durch Therapieanwendungen, die den Menschen als „Ganzes“ betrachten, sollten verbliebene Einschränkungen und Folgestörungen der Erkrankung möglichst reduziert werden.

Onko-Rehab dient als Bindeglied zwischen der Behandlung von KrebspatientInnen im Akut-Spital und einer Nachbetreuung, die außerhalb des Spitals erfolgt. Sie folgt einem fachübergreifenden und möglichst umfassenden Therapiemodell. Dieses meint eine Sicht der Behandlung von Krankheit, in der Menschen als „bio-psycho-soziale“ Einheit wahrgenommen werden.

Mittlerweile konnte nachgewiesen werden, dass 6 – 8 Wochen nach Abschluss der akuten Krebstherapie für die Betroffenen eine „Aufarbeitung des Erlebten“ beginnt. Gedanken darüber, wie es weitergehen kann, Bewusstwerden von Einschränkungen, mit denen in Zukunft zurechtgekommen werden muss. Onko-Rehab ist eine Chance, den Lebensstil zu ändern und den Schock durch Diagnose und Behandlung aufzuarbeiten, Erschöpfungszustände auszugleichen, Einschränkungen durch die Erkrankung und die Therapie zu kompensieren und die Angst vor dem Wiederauftreten des Tumors nicht als einschränkend zu erleben. KrebspatientInnen soll ein Werkzeug in die Hand gegeben werden, wie sie für sich selbst eine bestmögliche Nachsorge gestalten können.

## 71. Welche Therapieelemente werden in der onkologischen Rehabilitation aus unterschiedlichen fachlichen Disziplinen angeboten?

Biologische Ansätze – Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit durch

Krankengymnastik, Sporttherapie, Massage, Lymphödembehandlung, Bewegungstherapie, Ergotherapie, Steigerung der Lebensqualität durch körperliche Ausdauer.

Psychologische Ansätze – psychologische Beratung und Therapie, einzeln oder in der Gruppe, Entspannungstraining, Ausgleich von Stimmungsschwankungen, Maltherapie, Musiktherapie, Gesundheitsbildung, eröffnen von neuen Hobbys und Freizeitaktivitäten, Steigerung der Lebensqualität durch Stärkung der Eigenverantwortung.

Soziale Ansätze – Ernährungsschulung, sozial- und arbeitsrechtliche Information und Beratung, Unterstützung in der beruflichen Integration, Vermittlung von Hilfsmöglichkeiten, wenn Belastungen im sozialen Umfeld zu bewältigen sind, Unterstützung von Angehörigen, Steigerung der Lebensqualität durch Erweitern von Handlungsspielräumen, Beziehungsnetzen, Informationen.

## 72. Wer übernimmt die Kosten der onkologischen Rehabilitation und wo ist der Antrag auf Bewilligung einzubringen?

Für noch im Erwerbsleben stehende Personen, BezieherInnen einer vorübergehenden Berufsunfähigkeitspension / Invaliditätspension, BezieherInnen eines Rehabilitationsgeldes und bei Alters-PensionistInnen ist die jeweilige Pensionsversicherung zuständig. Der Antrag wird in der Abteilung „Medizinische Administration“ bearbeitet.

Für Personen, die keine eigene Pensionsversicherung haben – also mit Familienangehörigen mitversichert sind – ist für einen Antrag auf Onko-Rehab die jeweilige Krankenversicherung zuständig. Gemäß offizieller Verlautbarungen der Krankenkassen muss ein „erheblicher Nutzen und eine Verbesserung des Gesundheitszustandes durch die Therapie zu erwarten sein“. Dies kann im Bewilligungsverfahren zu unterschiedlichen medizinischen Einschätzungen führen und die Krankenversicherung kann den Antrag auf Übernahme der Kosten für die Onko-Rehab ablehnen.

Das Antragsformular muss durch die jeweiligen HausärztInnen oder durch die behandelnden OnkologInnen ausgefüllt werden. Es ist darauf zu achten, dass der Vorschlag für das jeweilige Rehab-Zentrum auch für die individuelle Tumorart geeignet ist. Nicht jede Therapieeinrichtung ist zur Nachbehandlung spezieller Tumorerkrankungen geeignet. Den Pensionsversicherungen obliegt

die letztendliche Entscheidung, für welches Rehab-Zentrum die Bewilligung erfolgt. Dem Antrag sind Kopien der (vorläufig abgeschlossenen) medizinischen Behandlung der Krebserkrankung beizulegen. Dies erleichtert eine raschere Bearbeitung des Antrages.

## 73. Aufgrund welcher Rechtsgrundlagen werden Kosten der onkologischen Rehabilitation übernommen?

Die Krankenversicherungsträger gewähren, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder die Folgen der Krankheit zu erleichtern, im Anschluss an die Krankenbehandlung nach pflichtgemäßem Ermessen und nach Maßgabe des § 133 Abs. 2 medizinische Maßnahmen der Rehabilitation mit dem Ziel, den Gesundheitszustand der Versicherten und ihrer Angehörigen so weit wiederherzustellen, dass sie in der Lage sind, in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauernd und ohne Betreuung und Hilfe einzunehmen (gesetzliche Definition in § 154 ASVG).

Die Pensionsversicherungsträger treffen Vorsorge für die Rehabilitation von Versicherten und Bezieher einer Pension aus einem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit, deren Arbeitskraft infolge einer körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigung herabgesunken ist (gesetzliche Definition in § 300 Abs. 1 ASVG).

Die Rehabilitation umfasst medizinische und berufliche Maßnahmen und, soweit dies zu ihrer Ergänzung erforderlich ist, soziale Maßnahmen mit dem Ziel, die zu rehabilitierenden Personen bis zu einem solchen Grad ihrer Leistungsfähigkeit herzustellen oder wiederherzustellen, der sie in die Lage versetzt, im beruflichen und wirtschaftlichen Leben und in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst andauernd einnehmen zu können (gesetzliche Definition in § 300 Abs. 3 ASVG).

## 74. Welche Zentren in Österreich stehen derzeit zur onkologischen Rehabilitation zur Verfügung?

Insgesamt stehen derzeit in ganz Österreich folgende Zentren zur onkologischen Rehabilitation zur Verfügung:

- Therapiezentrum Rosalienhof, Burgenland, 7431 Bad Tatzmannsdorf,

Tel. +43(0)3353 8387

- Therapiezentrum Sonnberghof, Burgenland, 7202 Bad Sauerbrunn, Tel. +43(0)2625 300 8500
- Humanomed Zentrum Althofen, Kärnten, 9300 Althofen, Tel. +43(0)4262 20710 500
- Kurhaus Bad Schallabach, Oberösterreich, 4701 Bad Schallabach, Tel. +43(0)7294 48114 0
- Zentrum Onkologische Rehabilitation, Salzburg, 5621 St. Veit im Pongau, Tel. +43(0)6415 50300
- Reha Zentrum Münster, Tirol, 6232 Münster, Tel. +43(0)5337 20004
- Lebens.Med Zentrum Bad Erlach, Niederösterreich, 2822 Bad Erlach, Tel. +43(0)2627 81300
- Klinik Judendorf-Strassengel, Steiermark, 8111 Judendorf-Strassengel, Tel. +43(0)3124 90520
- Wittlinger Lyphologie Therapiezentrum, Tirol, 6344 Walchsee, Tel. +43(0)5374 5245
- Lymphologie Zentrum Wolfsberg, Kärnten, 9400 Wolfsberg, Tel.+43(0)4352 533 76903

Sollte die o.a. onkologische Rehabilitationsklinik nicht für eine Tumorart im Speziellen geeignet sein, stehen den Pensionsversicherungen andere „organ-spezifische“ Therapiezentren zur Verfügung.

## 75. Unter welchen Voraussetzungen ist onkologische Rehabilitation nicht möglich?

- Die Strahlentherapie und/oder die chirurgische Therapie ist noch nicht abgeschlossen. Sollte eine Chemotherapie noch andauern – und ist dazu ein Aufenthalt im Krankenhaus erforderlich – kann Onko-Rehab ebenfalls nicht durchgeführt werden.
- KrebspatientInnen, die aufgrund körperlicher, psychischer und geistiger Beeinträchtigung nicht ausreichend belastbar oder mobilisierbar sind, und daher die Maßnahmen der Rehabilitation nicht aktiv nützen können.
- KrebspatientInnen die sich akut selbst- oder fremdgefährdend verhalten.
- KrebspatientInnen, die bereits unter fortgeschrittenen schweren Ein-

schränkungen der Organsysteme leiden.

- KrebspatientInnen, die durch akute Infektionserkrankungen, Entzündungsprozesse, Drogen- und Alkoholkrankheit oder Schwangerschaft gesundheitlich eingeschränkt sind.
- KrebspatientInnen, deren vorrangiger Rehabilitationsbedarf nicht auf die Einschränkung durch die Krebserkrankung zurückzuführen ist.
- KrebspatientInnen, die Träger von ansteckenden Krankenhauskeimen sind.
- KrebspatientInnen, die aufgrund eines herabgesetzten Kommunikationsvermögens nicht in der Lage sind, therapeutische Anweisungen zweifelsfrei zu verstehen, oder nicht eindeutig bzw. nicht ausreichend Auskünfte zur ihrer persönlichen Befindlichkeit geben können oder psychologische Gespräche nur schwer durchführen können.

## Kapitel IX Leistungen, die von den Krankenkassen getragen werden

### 76. Für welche Hilfestellungen ist grundsätzlich die Krankenkasse zuständig?

Vom Krankenversicherungsträger können folgende Hilfen bei körperlicher Hilfsbedürftigkeit gewährt werden:

- ärztliche Hilfe (VertragsärztInnen, eigene Einrichtungen sogen. Gesundheitszentren, Vertragseinrichtungen sogen. Spitalsambulanzen und sogen. WahlärztInnen, die keinen Vertrag im Sinne des 6. Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes haben)
- physiotherapeutische, logopädisch-phoniatrisch-audiometrische oder ergotherapeutische Behandlungen auf Grund einer ärztlichen Verschreibung
- auf Grund einer psychotherapeutischen Zuweisung eine erforderliche diagnostische Leistung durch PsychologInnen
- eine psychotherapeutische Behandlung, wenn vor oder nach der ersten, jedenfalls vor der zweiten psychotherapeutischen Behandlung eine ärztliche Untersuchung stattgefunden hat
- Heilmittel (pharmazeutische Spezialitäten, Langzeitbewilligung für chronisch kranke Menschen, die häufig Medikamente benötigen, medikamentöse Zubereitungen und sonstige Mittel, die zur Linderung der Krankheit oder zur Sicherung des Heilerfolges dienen; sogen. Verbandstoffe)
- Heilbehelfe und Hilfsmittel (z.B. Perücken, Bandagen, Krankenbetten, Zimmer-WC, leihweise Deltec Schmerzpumpen und Mieder)
- Krankenhauspflege in der allgemeinen Gebührenklasse (die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung muss gegeben sein)
- medizinische Hauskrankenpflege (diplomiertes Personal) ist nur aufgrund einer ärztlichen Anordnung möglich. Sie umfasst ausschließlich medizinische Leistungen und qualifizierte Pflegeleistungen wie Injektionen, Sondenernährung, Wundversorgung etc. und darf nur durch diplomiertes Krankenpflegepersonal erbracht werden.

### 77. Gibt es bei lang andauernder ambulanter Behandlung die Möglichkeit der Fahrtkostenübernahme durch die Krankenkasse?

Versicherte oder Angehörige, die in Folge ihrer Krankheit nicht in der Lage sind, für die Inanspruchnahme der notwendigen Behandlungen oder Untersuchungen ein öffentliches Verkehrsmittel zu benützen, deren Zustand aber nicht einen Transport ausschließlich mit einem Krankentransportwagen erfordert, haben die Möglichkeit, sich mit einem Vertragsfahrdienst der Wiener Gebietskrankenkasse kostenlos befördern zu lassen.

Ein von den HausärztInnen gestellter und von der Wiener Gebietskrankenkasse bewilligter Antrag ist dann für die Anzahl der Fahrten für die Dauer von längstens zwei Monaten gültig.

### 78. Wann übernimmt die Krankenkasse die Kosten der Krankenbehandlung und der stationären Pflege nicht mehr?

Sind PatientInnen schwer pflegebedürftig und ersetzt der Krankenhausaufenthalt nur die fehlende häusliche Pflege und Obsorge – dient die Pflege also nicht mehr einer Erfolg versprechenden Behandlung der Krankheit – liegt ein Pflegefall oder eine Asylisierung vor. In solchen Fällen werden vom Krankenversicherungsträger die Kosten für die Anstaltspflege nicht mehr übernommen.

Achtung: Sollte erneut ein Versicherungsfall der Krankheit eintreten, der mit der Asylisierung nicht in Zusammenhang steht, wird die neuerliche Anstaltspflege vom Krankenversicherungsträger wieder gewährt!

Werden PatientInnen in ein Pflegeheim aufgenommen bzw. zu Hause gepflegt, übernimmt der Krankenversicherungsträger die Kosten, die im Zusammenhang mit der Krankenbehandlung stehen. Dies sind ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel.

Verweis: Das Pflegegeld ist keine Leistung der Krankenversicherungsträger, sondern der Pensionsversicherungsträger, Unfallversicherungsträger.

## 79. Besteht die Möglichkeit zur Mitversicherung von krebserkrankten Angehörigen in der Krankenversicherung?

Angehörige, die nicht selbst versichert sind, können sich grundsätzlich bei EhepartnerInnen mitversichern lassen. Unter Umständen ist ein Beitrag von 3,4% der Bemessungsgrundlage der EhepartnerInnen zu bezahlen. Bei Erfüllen von bestimmten Voraussetzungen ist auch die Mitversicherung von LebensgefährtInnen möglich.

Nähere Informationen dazu erhalten Sie bei der Interessenvertretung der Arbeiterkammer bzw. der Wiener Gebietskrankenkasse.

## Kapitel X : Pflegebedürftigkeit

### 80. Durch Operation und Therapie fühle ich mich so geschwächt, dass ich nur mit Mühe meinen Haushalt bewältigen kann. Habe ich Anspruch auf Pflegegeld?

**Ein Pflegegeld gebührt über Antrag, wenn Sie:**

- der ständigen Betreuung und Hilfe von mindestens 60 Stunden im Monat bedürfen
- der Pflegebedarf voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird und
- der gewöhnliche Aufenthalt im Inland liegt

Pflegegeld gebührt, sofern die Voraussetzungen gegeben sind, unabhängig davon, ob man selbst- oder mitversichert ist bzw. auch, wenn man berufstätig ist. Das Pflegegeld kann auch befristet zuerkannt werden. Es ruht aber ab dem 2. Tag eines stationären Aufenthaltes.

**Zuständig für die Bearbeitung des Antrages auf Pflegegeld sind:**

- für ASVG PensionistInnen die Pensionsversicherungsanstalt
- für berufstätige Personen, mitversicherte Angehörige, BezieherInnen einer Mindestsicherung die Pensionsversicherungsanstalt
- für BundespensionistInnen das BVA-Pensionsservice
- für BezieherInnen einer Beamtenpension eines Landes oder einer Gemeinde das Pensionsservice der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
- für BezieherInnen einer Unfallrente die Allgemeine Versicherungsanstalt (AUVA)

Grundsätzlich wird das Pflegegeld direkt an die AntragstellerInnen ausbezahlt, ausgenommen (Pflege-)Heimaufenthalt. Allerdings können auch HeimbewohnerInnen Pflegegeld erhalten.

Wenn Sie mit dem Pflegegeld, Ihrer Pension oder sonstigem Einkommen die gesamten Heimkosten bezahlen können, ändert sich für Sie nichts. Sie erhal-

ten das Pflegegeld wie bisher angewiesen. Oft reichen die Pension und das Pflegegeld aber nicht aus, um die Heimkosten gänzlich abzudecken. In diesem Fall werden 80% der Pension und das Pflegegeld zur Bezahlung herangezogen und die Sozialhilfe des jeweiligen Landes kommt für den Restbetrag auf. Das gilt allerdings nicht, solange eigenes Vermögen verwertet werden kann. Ihnen als pflegebedürftige Person bleiben die Sonderzahlungen, 20% der Pension und ein Teil des Pflegegeldes als Taschengeld. Auf jeden Fall sind Sie verpflichtet, die Übersiedelung in ein Heim binnen vier Wochen dem zuständigen Entscheidungsträger zu melden.

### 81. Kommen bei mir als KrebspatientIn besondere Voraussetzungen für die Bewilligung des Pflegegeldes zum Tragen?

Nein. Für KrebspatientInnen sind keine „besonderen“ Voraussetzungen vorgesehen. Jeder Person gebührt ein Pflegegeld, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt werden. Das Pflegegeld ist je nach erforderlichem Pflegebedarf in sieben Stufen gegliedert.

Dieser wird einerseits für Betreuungsmaßnahmen (diese betreffen den persönlichen Bereich) festgelegt und anerkannt, wenn diese täglich oder zumindest mehrmals wöchentlich erforderlich sind. Andererseits wird Zeitaufwand auch für sogenannte Hilfsverrichtungen (diese betreffen den sachlichen Bereich) festgestellt.

Die Einstufung der Betreuungsmaßnahmen insgesamt erfolgt unter Zugrundelegung einer ärztlichen Begutachtung, die das erforderliche Zeitausmaß des Betreuungsaufwandes überprüft und wird von den dafür zuständigen Leistungsträgern durchgeführt.

**Folgende Zeiteinheiten werden – auf einen Tag bezogen – für den Betreuungsaufwand als Richtwert herangezogen:**

An- und Auskleiden	2 x 20 Minuten
Reinigung von inkontinenten PatientInnen	4 x 10 Minuten
Entleerung und Reinigung des Leibstuhles	4 x 5 Minuten

Einnehmen von Medikamenten (auch bei Sondengabe)	6 Minuten
Reinigung und Pflege künstlicher Darmausgang	15 Minuten
Kanülen- oder Sondenpflege	10 Minuten
Kathederpflege	10 Minuten
Einläufe	30 Minuten
Mobilitätshilfen im engeren Sinn	30 Minuten

Für folgende Verrichtungen werden – auf einen Tag bezogene – zeitliche Mindestwerte festgelegt:

Tägliche Körperpflege	2 x 25 Minuten
Zubereitung von Mahlzeiten (auch Sondennahrung)	1 Stunde
Einnehmen von Mahlzeiten (auch bei Sondennahrung)	1 Stunde
Verrichtung der Notdurft	4 x 15 Minuten

Für jede Hilfsverrichtung ist ein – auf einen Monat bezogener – fixer Zeitwert von 10 Stunden anzunehmen. Zur Hilfe zählen die Herbeischaffung von Nahrungsmitteln, Medikamenten und Bedarfsgütern des täglichen Lebens, die Reinigung der Wohnung und der persönlichen Gebrauchsgegenstände, die Pflege der Leib- und Bettwäsche, die Beheizung des Wohnraumes einschließlich der Herbeischaffung von Heizmaterial und die Mobilitätshilfe im weiteren Sinn.

Den pflegebedürftigen Personen wird die Verwendung einfacher Hilfsmittel zugemutet, die eine möglichst selbständige Bewältigung der täglichen Pflege und Hilfe unterstützen, vor allem dann, wenn die Kosten für dieses Hilfsmittel durch die zuständigen Entscheidungsträger des Pflegegeldes übernommen werden.

Weiters sind im Bundespflegegesetz zusätzliche Betreuungsstunden vorgesehen, wenn ein außergewöhnlicher Pflegeaufwand die dauernde Bereitschaft, nicht jedoch die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson erfordert. Auch wird zusätzlicher Zeitaufwand für die Pflege und Motivation zur Selbständigkeit berücksichtigt, wenn schwere geistige oder psychische Behinderung oder Demenz vorliegt.

Grundsätzlich kann das Bewilligungsverfahren zur Zuerkennung des Pflege-

gegeldes bis zu einem halben Jahr dauern. Es empfiehlt sich daher ca. drei Wochen nach Antragstellung beim zuständigen Leistungsträger nachzufragen, wieweit die Bearbeitung des Antrages fortgeschritten ist. In besonders dringenden Fällen kann so immer auch eine Beschleunigung der Bearbeitung des Antrages erwirkt werden.

## 82. Wie hoch ist das monatliche Pflegegeld?

Nachstehende Tabelle informiert Sie über die monatliche Höhe des Pflegegeldes und die Voraussetzungen für die Einstufung:

Pflegestufe	monatliche Höhe des Pflegegeldes	durchschnittlicher monatl. Pflegebedarf mehr als
1	€ 154,20	65 Stunden
2	€ 284,30	90 Stunden
3	€ 442,90	120 Stunden
4	€ 664,30	160 Stunden
5	€ 902,30	180 Stunden
6	€ 1.260,00	180 Stunden
7	€ 1.655,80	180 Stunden

Eine Zuordnung zu den Stufen 5 bis 7 erfolgt, wenn die notwendige Betreuung und Hilfe (neben dem zeitlichen Ausmaß von mehr als 180 Stunden) nur unter erschwerten Bedingungen erbracht werden kann.

Stufe 5: Die dauernde Bereitschaft einer Pflegeperson ist erforderlich.

Stufe 6: Bei Tag und Nacht sind zeitlich nicht planbare Betreuungsmaßnahmen oder die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson nötig.

Stufe 7: Zielgerichtete Bewegungen der Arme und Beine sind nicht möglich oder der ständige Einsatz lebenserhaltender technischer Geräte ist erforderlich.

## 83. Was mache ich, wenn ich mit der Entscheidung über das Pflegegeld nicht einverstanden bin?

Wenn Sie glauben, dass Ihr Antrag auf Pflegegeld zu Unrecht abgewiesen wurde oder dass Sie zu niedrig eingestuft wurden, können Sie eine Klage beim

zuständigen Arbeits- und Sozialgericht erheben.

Sie können diese Klage schriftlich in zweifacher Ausfertigung einbringen oder während eines Amtstages des zuständigen Gerichtes mündlich zu Protokoll geben. Wichtig ist, dass die Klage innerhalb von 3 Monaten nach der Zustellung des Bescheides eingebracht wird.

### Die Klage muss enthalten:

- die Darstellung des Streitfalles
- die Bezeichnung der geltend gemachten Beweismittel (z. B. ärztliche Gutachten, auf die Sie Ihren Pflegebedarf stützen)
- ein bestimmtes Begehren (z. B. „Ich beantrage Pflegegeld im gesetzlichen Ausmaß“)
- als Beilage den angefochtenen Bescheid im Original oder in Kopie

Wird die Klage rechtzeitig eingebracht, tritt der Bescheid im Umfang des Klagebegehrens außer Kraft. Das Gericht wird die Anspruchsvoraussetzungen prüfen und einen gerichtlich beeideten Sachverständigen mit der Erstellung eines neuen Gutachtens beauftragen.

In diesem Verfahren vor dem Arbeits- und Sozialgericht besteht kein Vertretungszwang und es entstehen Ihnen dadurch auch keine Kosten.

## 84. Was sind Soziale Dienste und welche mobilen Hilfen kann ich zur Unterstützung für die Pflege zu Hause organisieren?

Pflegebedürftige Personen und Menschen mit Behinderung sollen nach ihren Wünschen und Bedürfnissen betreut werden können. Es gibt ambulante Dienste, teilstationäre, stationäre und mobile Dienste. Die sozialen Dienste werden von freien Wohlfahrtsverbänden, Ländern und Gemeinden angeboten und durch Fachkräfte aus Gesundheits- und Krankenpflegeberufen sowie aus Sozialberufen durchgeführt.

Insbesondere werden angeboten: Heimhilfen, Altenhilfe, Pflegehilfe, Hauskrankenpflege, Alten- und Pflegeheime, Teilstationäre Unterbringungsmöglichkeiten, 24 Stunden Pflege zu Hause, Essen auf Rädern, Reinigungsdienste, Fahrtendienste, Angehörigenberatung, Sterbebegleitung u.a.m.

In Wien werden die mobilen Dienstleistungen für pflegebedürftige Menschen über die jeweiligen Beratungszentren für „Pflege und Betreuung zu Hause“ – durch den Fonds Soziales Wien – in der jeweiligen Zuständigkeit des Wohnbezirkes organisiert. Die persönliche Beratung und Koordination in Fragen der gewünschten Hilfestellung erfolgt durch persönliche Kontaktaufnahme von Fachkräften die in den 6 zur Verfügung stehenden Beratungszentren, zur Verfügung stehen.

Für eine erste telefonische Kontaktaufnahme steht Ihnen das FSW-KundInnentelefon 01/24 5 24 werktags von 8:00 bis 15:00 Uhr und auch an Wochenenden und Feiertagen von 8:00 bis 20:00 zur Verfügung.

Das Ausmaß der einzelnen Hilfestellungen für die erforderliche Pflege – wie auch die dadurch anfallenden Kosten – orientieren sich an der Höhe der bewilligten Pflegegeldstufe und dem jeweiligen persönlichen Einkommen.

In den Bundesländern wenden Sie sich dazu an die jeweilige Gemeinde bzw. an die zuständige Bezirkshauptmannschaft, Abteilung Soziales- und Gesundheitswesen. Auch bietet das Sozialministeriumsservice österreichweit in den einzelnen Bundesländern mit der zentralen Tel. Nr. 05 99 88 hilfreiche Unterstützung an.

**In Wien werden folgende Möglichkeiten zur Unterstützung der „Pflege Daheim“ angeboten:**

**HeimbeförderInnen geben Unterstützung:**

- bei Haushaltsführung (putzen, Wäsche waschen, bügeln, aufräumen, kochen)
- bei Hol- und Bringdiensten (einkaufen, Essen bringen, diverse Besorgungen machen)
- bei Förderung des körperlichen Wohlbefindens (persönliche Hygiene, An- und Auskleiden, Vorbereitung der Malzeiten)
- bei persönlicher Begleitung außer Haus (Arztbesuche, Behördenwege, Freizeitaktivitäten)
- bei Arbeiten rund um Haus und Wohnung (Rasen mähen, Stiegenhaus putzen)

**Hauskrankenpflege / Fachpflegehilfe** bietet die erforderliche fachliche Pflege im Wohnbereich. Die mobilen PflegehelferInnen und diplomierten KrankenpflegerInnen führen die von ÄrztInnen angeordnete erforderliche Pflege durch. z.B. Waschen, Wundversorgung, tägliche Bewegung, Medikamentengabe, Sondenernährung, Kathederpflege, Injektionen, etc.

Auch ist es Aufgabe der diplomierten Krankenpflege, die Angehörigen in der Pflege zuhause zu beraten und im Falle auch Unterweisungen geben zu können. Sie verstehen ihre Aufgabe als Bindeglied zwischen PatientInnen, Angehörigen, ÄrztInnen und Spital.

**Besuchsdienst** ist eine wertvolle Hilfe für Zeiten, in denen man sich einsam fühlt. Dieser bietet sozialen Kontakt, Gespräche, Gesellschaft während der Freizeitgestaltung, wenn möglich kleine Ausflüge, Kaffeehausbesuche, Begleitung bei Wegen außer Haus, etc.

**Essen-Zustelldienst** bedeutet die einmal tägliche Versorgung mit fertig zubereiteten Malzeiten. Das Essen wird direkt in den Wohnbereich zugestellt und es können auch Diätvorschriften berücksichtigt werden. Ebenso besteht die Möglichkeit, tiefgekühlte Speisen einmal pro Woche anliefern zu lassen.

**Notruftelefon** ist ein Funksender, der als Hals- oder Armband getragen werden kann und per Knopfdruck aktiviert wird. Das Signal wird an eine rund um die Uhr besetzte Notrufzentrale weitergeleitet. Auch für gehörlose Menschen kann ein Notrufsignal (per SMS oder Fax) eingerichtet werden.

**Familienhilfe** bedeutet die halb- oder ganztägige Hilfestellung im Alltag für Familien, in denen die haushaltsführende Person durch Erkrankung vorübergehend ausfällt. Familienhilfe wird durch ausgebildete FamilienhelferInnen durchgeführt.

Im ländlichen Bereich und im landwirtschaftlichen Betrieb erfüllen diese Aufgabe sogenannte DorfhelferInnen.

**Reinigungsdienst / Wäschepflege** übernimmt schwerere häusliche Arbeiten wie z.B. Fensterputzen, Tür-, Möbel- und Bodenpflege. Auch kann ein Wäscheservice in Anspruch genommen werden. Die Wäsche wird abgeholt, gewaschen,

gebügelt und auch wieder zugestellt.

**Reparaturdienst** führt notwendige Instandsetzungsarbeiten und Reparaturen im Haushalt sowie behindertengerechte Adaptierungen (z. B. Montage von Haltegriffen) durch. Arbeiten an Gas- und Elektrogeräten oder andere Tätigkeiten, die an eine Konzession gebunden sind, werden nicht durchgeführt.

*Verleih von Pflegebehelfen* wie z. B. spezielle Pflegebetten, medizinische Geräte, diverse Hilfsmittel zur täglichen Körperbewegung, usw. werden von den Krankenhäusern, den Krankenkassen oder von privaten Pflegebehelfs-Firmen verliehen.

### 85. Ich oder meine Angehörigen können die öffentlichen Verkehrsmittel nicht mehr benutzen. Welche Unterstützungsmöglichkeiten gibt es?

Ist man nicht mehr in der Lage, ein öffentliches Verkehrsmittel zu benutzen, besteht in Wien die Möglichkeit, den sogenannten „Freizeitfahrtendienst“ in Anspruch zu nehmen. Für Fahrten, die im Alltag notwendig sind, bringen Sie Fahrtendienstunternehmen innerhalb Wiens zum gewünschten Ziel und bei Bedarf wieder zurück. Der Freizeitfahrtendienst wird vom Fonds Soziales Wien gefördert (Selbstbehalt von € 2,20 bzw. € 1,20 pro Fahrt; Einkommensobergrenze von € 1.500,- netto monatlich).

Die erforderliche Bewilligung dazu erteilt der Fonds Soziales Wien. Voraussetzung ist, dass eine dauerhafte schwere Gehbehinderung und eine Unzumutbarkeit den Öffentlichen Personennahverkehr bzw. das eigene Fahrzeug zu nutzen, nachgewiesen wird. Für nähere telefonische Auskünfte steht Ihnen werktags von 8.00 bis 15.00 Uhr das Kundencenter des Fonds Soziales Wien mit der Tel. Nr. 01/24 5 24 zur Verfügung.

In den Bundesländern, den einzelnen Gemeinden werden fallweise ebenso Bewilligungen für Ermäßigungen von Transportkosten (z. B. Fahrtschecks) ausgestellt.

Sind Fahrten zur medizinischen Behandlung (zu ÄrztInnen) oder Therapie

erforderlich, bewilligt die jeweilige Krankenkasse – im Vorhinein – die erforderlichen Transportkosten.

### 86. Wie erhalte ich eine Bewilligung, um auf Behindertenparkplätzen parken zu dürfen?

Parkerleichterungen können mit einem Parkausweis nach § 29b StVO in Anspruch genommen werden. Seit 1.1.2014 ist zur Ausstellung dieser Ausweise das Sozialministeriumservice zuständig. Voraussetzung ist der Besitz eines Behindertenpasses mit der Zusatzeintragung „Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitätseinschränkung aufgrund einer Behinderung“. Sollten Sie nicht in Besitz eines Behindertenpasses mit der entsprechenden Zusatzeintragung sein, müssen Sie diesen vor der Antragstellung auf einen Parkausweis bei ihrer Landesstelle des Sozialministeriumservice beantragen.

Mit dem Parkausweis ist es möglich, mit dem PKW auf Behindertenparkplätzen zu parken, zeitlich unbeschränkt und (zumeist) gebührenfrei den PKW in Kurzparkzonen abzustellen, in Fußgängerzonen erlaubterweise Ladetätigkeit auszuüben und bei Halteverboten kurzfristig ein- und auszusteigen.

### 87. Palliative Betreuung stationär oder mobil – was ist damit gemeint?

Im Zusammenhang mit schwer kranken Menschen sind Sie sicher schon einmal den Begriffen Palliativmedizin, Palliativpflege, Sterbebegleitung oder Hospiz begegnet. Alle diese Begriffe sind Teil der „Palliative Care“. Darunter versteht man alle Maßnahmen, die das Leiden eines unheilbar kranken Menschen lindern und ihm so eine bestmögliche Lebensqualität bis zum Ende verschaffen.

Davon ausgehend beginnt palliative Hilfe dann, wenn Krankheitsverläufe und Krankheitssymptome nicht mehr ursächlich therapiert werden können. Ziel der palliativen Pflege ist die Erhaltung bzw. die Wiederherstellung einer erträglichen, symptomfreien bzw. symptomarmen Lebensqualität der PatientInnen, sodass sie trotz Krankheit am täglichen Leben teilhaben können. Die WHO erstellte 2002 eine Definition für diese Art der Hilfestellung:

„Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von PatientInnen und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, Einschätzen und Behandeln von Schmerzen sowie anderer belastender Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“

Konkret ist damit Folgendes verbunden: Palliative Betreuung lindert Schmerzen und andere belastende Symptome wie Übelkeit und Erbrechen, Atemnot, behandelt Wunden, Lymphödeme, Juckreiz oder Unruhe. Um den anstehenden Problemen der Betroffenen und ihrer Angehörigen gerecht zu werden, wird in einem fachübergreifenden Team gearbeitet – ÄrztInnen, Pflegefachkräfte, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, PhysiotherapeutInnen, SeelsorgerInnen, Pflegedienste, ehrenamtliche Hospiz-MitarbeiterInnen u.a. – nehmen sich der betroffenen PatientInnen an.

In der palliativen Hilfe sind alle Handlungen auf die Betroffenen und deren Angehörige zugeschnitten. Was tut den PatientInnen gut? Was möchten sie? Was ist für sie aus pflegerischer Sicht hilfreich und unterstützend? Ebenso werden psychische und spirituelle Aspekte integriert. Auch Angehörigen und FreundInnen wird bei der Verarbeitung seelischer und sozialer Probleme während des Krankheitsverlaufs hilfreich zur Seite gestanden.

Palliative Hilfe kann im Krankenhaus (stationär) oder auch Zuhause (mobil) angeboten werden. Wenn KrebspatientInnen Zuhause sterben wollen, ist das mobile Palliativ-Team beratend und anleitend tätig und unterstützt Angehörige und FreundInnen mit dem notwendigen Wissen und Erfahrung. Ebenso kann beim Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Versorgung unterstützende Hilfe erfolgen (sogen. Brückenfunktion). Eine palliative Versorgung Zuhause erfordert auch die enge Zusammenarbeit mit den behandelnden HausärztInnen.

Nähere Informationen über Möglichkeiten stationärer und mobiler palliativer Hilfe bietet Ihnen der Dachverband der Palliativ- und Hospizeinrichtungen unter Telefon: 01/803 98 68.

#### **In Wien bestehen derzeit folgende Möglichkeiten einer stationären palliativen Versorgung:**

- Caritas Socialis, 1030 Wien
- AKH Wien, Innere Medizin 1, 1090 Wien
- Krankenhaus Hietzing 5. Med. Abteilung, 1130 Wien
- Krankenhaus Göttlicher Heiland Station Raphael, 1170 Wien
- Wilheminspital 1. Med. Abteilung, 1160 Wien

Sollte palliative Unterbringung im Spital ins Auge gefasst werden, ist es wichtig, möglichst frühzeitig diesen Wunsch mit dem behandelnden ärztlichen Team zu besprechen und eine Unterbringung zu planen (es sind derzeit überall längere Wartezeiten zu erwarten).

#### **Zur mobilen palliativen Hilfe können Sie sich in Wien an folgende Organisationen wenden:**

- Palliativteam der Caritas Socialis Rennweg, 1030 Wien, Tel. 01/71753-3343
- Mobiles Hospiz des Wiener Hilfswerkes, 1070 Wien, Tel. 0664/825 96 75
- Caritas Mobiles- und Tageshospiz Wien, 1230 Wien, Tel. 01/865 28 60
- Mobiles Hospiz der Österreichischen Buddhistischen Religionsgemeinschaft (ÖBR), 1010 Wien, Tel. 0650/523 38 03

## Kapitel XI Pflege von Angehörigen

### 88. Gibt es Pflegefreistellung für Angehörige und wie lange kann sie dauern?

Die Pflegefreistellung ist ein Sonderfall der Dienstverhinderung. Wenn ArbeitnehmerInnen nach Antritt des Arbeitsverhältnisses an der Arbeitsleistung

- wegen der notwendigen Pflege im gemeinsamen Haushalt lebender erkrankter naher Angehöriger oder
- wegen der notwendigen Betreuung ihrer Kinder (Wahl- oder Pflegekinder) oder eines im gemeinsamen Haushalt lebenden leiblichen Kindes des anderen Ehegatten, des/der eingetragenen PartnerIn oder LebensgefährtIn infolge Ausfalls der sonst betreuenden Person oder
- wegen der Begleitung ihrer erkrankten Kinder (Wahl- oder Pflegekinder) oder eines im gemeinsamen Haushalt lebenden leiblichen Kindes des anderen Ehegatten, des/der eingetragenen PartnerIn oder LebensgefährtIn bei einem stationären Aufenthalt in einer Heil- oder Pflegeanstalt, sofern das Kind das zehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, nachweislich verhindert sind, haben ArbeitnehmerInnen pro Arbeitsjahr Anspruch auf Entgeltfortzahlung für die Dauer einer Woche. Der Anspruch ist an keine Wartezeit gebunden, er besteht sofort nach Antritt des Arbeitsverhältnisses.

Nahe Angehörige sind: EhegattInnen, eingetragene PartnerInnen, LebensgefährtInnen, Eltern, Großeltern, Urgroßeltern sowie Kinder, Wahl- und Pflegekinder, Kinder, Enkel und Urenkel sowie im gemeinsamen Haushalt lebende leibliche Kinder des/der anderen Ehegatten oder eingetragenen PartnerIn oder LebensgefährtIn.

Darüber hinaus steht den ArbeitnehmerInnen eine weitere Woche Pflegefreistellung pro Arbeitsjahr (mit einem Anspruch auf Entgeltfortzahlung) zu, wenn ihr Kind (Wahl- oder Pflegekind) oder das im gemeinsamen Haus-

halt lebende leibliche Kind des/der anderen Ehegatten, oder eingetragenen PartnerIn oder LebensgefährtIn, welches das zwölfte Lebensjahr noch nicht überschritten hat, erkrankt ist, und es sich um einen neuerlichen Pflegefall handelt. Zu diesem Zweck kann ohne vorherige Vereinbarung mit dem/der ArbeitgeberIn daran noch Urlaub angeschlossen werden.

Für Angestellte gelten viele Einschränkungen (z.B. gemeinsamer Haushalt, neuerliche Erkrankung, etc.) der Pflegefreistellung nicht, da nach dem Angestelltengesetz Dienstverhinderungsgründe günstiger geregelt sind.

Pflegende Angehörige, die an der Pflege zeitweilig verhindert sind (wegen Krankheit, Urlaub oder Ausbildung), können die Kosten der Ersatzpflege vom Sozialministeriumservice ganz oder teilweise zurückbekommen. Nähere Auskünfte erteilt die jeweilige Landesstelle des Sozialministeriumservice.

### 89. Kann ich Pflegekarenz oder Pflegezeit in Anspruch nehmen?

ArbeitnehmerInnen haben seit 1.1.2014 die Möglichkeit, Pflegekarenz oder Pflegezeit für einen befristeten Zeitraum zu vereinbaren, um Pflege zu organisieren oder selbst die Betreuung zu übernehmen, und zwar: für nahe Angehörige ab der Pflegestufe 3 oder für demenziell erkrankte oder minderjährige nahe Angehörige ab Pflegestufe 1.

Erforderlich ist eine schriftliche Vereinbarung mit den ArbeitgeberInnen, d.h. die ArbeitgeberInnen müssen zustimmen. Vor Abschluss der Vereinbarung muss das Arbeitsverhältnis bereits ununterbrochen 3 Monate gedauert haben.

Pflegekarenz oder Pflegezeit sind Überbrückungsmaßnahmen, die für ein bis maximal drei Monate vereinbart werden können. Bei Pflegezeit darf die wöchentliche Normalarbeitszeit zehn Stunden nicht unterschreiten.

Während der Pflegekarenz oder der Pflegezeit kann Pflegekarenzgeld in der Höhe des Arbeitslosengeldes (55% des täglichen Nettoeinkommens) zuzüglich Kinderzuschläge bezogen werden. Bei Pflegezeit gebührt das Pflege-

karenczgeld aliquot. Kranken- und Pensionsversicherungsbeiträge werden vom Bund übernommen. Das Pflegekarenczgeld ist bei der jeweiligen Landesstelle des Sozialministeriumservice rechtzeitig zu beantragen.

### 90. Was versteht man unter Familienhospizkarencz und wer kann davon Gebrauch machen?

ArbeitnehmerInnen haben Anspruch darauf, zum Zwecke der Sterbebegleitung naher Angehöriger bzw. der Betreuung schwerst erkrankter Kinder für eine gewisse Dauer

- die Arbeitszeit herabzusetzen
- die Lage der Arbeitszeit zu ändern, oder
- sich von der Arbeitsleistung gegen Entfall des Entgelts freistellen zu lassen.

Die Sterbebegleitung kann für nahe Angehörige in Anspruch genommen werden. Als nahe Angehörige gelten EhegattInnen, eingetragene PartnerInnen, LebensgefährtInnen, Kinder, Wahl- oder Pflegekinder, (Ur)Enkel, Eltern und (Ur)Großeltern, Geschwister, Schwiegereltern und Schwiegerkinder, Wahl- und Pflegeeltern, leibliche Kinder des/der EhegattIn bzw. LebensgefährtIn. Es muss kein gemeinsamer Haushalt gegeben sein.

Die Familienhospizkarencz in Form der Begleitung schwerst erkrankter Kinder, Wahl- und Pflegekinder sowie leiblicher Kinder des/der anderen EhegattIn, eingetragenen PartnerIn oder LebensgefährtIn kann jedoch nur in Anspruch genommen werden, wenn das Kind im gemeinsamen Haushalt lebt.

Der Anspruch auf Familienhospizkarencz (sowohl Sterbebegleitung als auch Begleitung schwerst erkrankter Kinder) für Kinder des/der eingetragenen PartnerIn besteht dann, wenn die Begleitung aus wirtschaftlichen oder persönlichen Gründen von keinem Elternteil übernommen werden kann.

### 91. Für welche Dauer kann Familienhospizkarencz in Anspruch genommen werden?

ArbeitnehmerInnen haben das Recht pro Anlassfall für maximal 6 Monate

(3 Monate und bei Bedarf 3 Monate Verlängerung) Familienhospizkarencz in Anspruch zu nehmen. Für die Begleitung eines im gemeinsamen Haushalt lebenden, schwerst erkrankten Kindes sieht das Gesetz eine Dauer von 5 Monaten mit einer Verlängerung auf 9 Monate pro Anlassfall vor.

Die Inanspruchnahme haben ArbeitnehmerInnen von den ArbeitgeberInnen schriftlich zu verlangen. Die ArbeitnehmerInnen haben sowohl den Grund für die Maßnahme (bzw. deren Verlängerung) als auch das Verwandtschaftsverhältnis glaubhaft zu machen.

### 92. Können ArbeitgeberInnen meinen Antrag auf Familienhospizkarencz ablehnen oder mich während der Familienhospizkarencz kündigen oder entlassen?

Kommt es zu keiner Vereinbarung bzw. sind ArbeitgeberInnen mit der Inanspruchnahme der Familienhospizkarencz nicht einverstanden, müssen ArbeitgeberInnen innerhalb von 5 Arbeitstagen (10 Arbeitstagen bei Verlängerung) eine Klage beim zuständigen Arbeits- und Sozialgericht einbringen. Dort wird dann unter Berücksichtigung der betrieblichen Erfordernisse und der Interessen der AntragstellerInnen entschieden.

Wichtig: In der Zwischenzeit können ArbeitnehmerInnen bereits die bekannt gegebene Familienhospizmaßnahme in Anspruch nehmen! Konkret ist dies nach Ablauf von 5 Arbeitstagen (bzw. bei Verlängerung nach 10 Arbeitstagen) ab der schriftlichen Bekanntgabe des Anlassfalles gestattet.

Vom Tag der Bekanntgabe bis vier Wochen nach dem (tatsächlichen) Ende der Änderung der Arbeitszeit bzw. der Karencz besteht für ArbeitnehmerInnen ein Kündigungs- und Entlassungsschutz. Das bedeutet, dass die Kündigung oder Entlassung ohne Zustimmung des Arbeits- und Sozialgerichtes rechtswirksam ist.

Wichtig: Sterben Angehörige oder bessert sich der Zustand der PatientInnen soweit, dass ArbeitnehmerInnen die normale Arbeit vorzeitig wieder aufnehmen können, so können sowohl ArbeitnehmerInnen als auch ArbeitgeberInnen binnen 2 Wochen nach Wegfall der Sterbebegleitung die vorzeitige

Rückkehr der ArbeitnehmerIn zur ursprünglichen Normalarbeitszeit verlangen. ArbeitgeberInnen können dies nur verlangen, wenn keine berechtigten Interessen der ArbeitnehmerInnen dem entgegenstehen.

### 93. Bin ich während der Familienhospizkarenz sozial abgesichert und besteht die Möglichkeit einer finanziellen Hilfestellung aufgrund des Wegfalls der Lohnzahlungen während der Familienhospizkarenz?

Ja. ArbeitnehmerInnen bleiben während der Karenzzeit (bis zu 6 Monaten bei der Begleitung von Erwachsenen bzw. bis zu 9 Monaten bei der Begleitung von Kindern) kranken- und pensionsversichert. In der Krankenversicherung bestehen für die Dauer der Familienhospizkarenz jedoch nur Ansprüche auf Sachleistungen (Krankenbehandlung, Medikamente).

Bezüglich der finanziellen Hilfestellung besteht ab 1.1.2014 auch für Personen, die eine Familienhospizkarenz in Anspruch nehmen, ein Rechtsanspruch auf Pflegekarenzgeld. Dieses gebührt in derselben Höhe wie das Arbeitslosengeld (55 % des täglichen Nettoeinkommens) zuzüglich allfälliger Kinderzuschläge.

Zudem besteht nach wie vor die Möglichkeit für den Fall des Einkommenswegfalls während der Familienhospizkarenz, sich an den sogenannten „Familienhospizkarenz-Härteausgleich“ zu wenden und eine Überbrückungshilfe (Zuschuss) zu beantragen: Personen, die zum Zweck der Betreuung und Begleitung sterbender Angehöriger oder schwerst erkrankter Kinder eine Arbeitsfreistellung mit arbeits- und sozialrechtlicher Absicherung (Familienhospizkarenz) in Anspruch nehmen, können bei daraus entstehender finanzieller Notlage (Haushaltseinkommen unterschreitet den Grenzwert) während des Karenzierungszeitraums einen monatlichen Zuschuss aus dem Familienhospizkarenz-Härteausgleich erhalten.

Die Zuwendungen können gewährt werden, wenn das Durchschnittshaushalts-Nettoeinkommen pro Person unter € 850,- sinkt. Bei weiteren Familienangehörigen im selben Haushalt erhöht sich diese Grenze. Die Höhe des monatlichen Zuschusses ist jedenfalls mit der Höhe des durch die Familienhospizkarenz weggefallenen Einkommens begrenzt. Ein Rechtsanspruch auf

eine Zuschussgewährung besteht nicht.

Weitere Informationen zum Familienhospizkarenz-Härteausgleich erhalten Sie auf den Seiten des Bundesministeriums für Familien und Jugend sowie beim Familienservice unter der Telefonnummer 0800/240 262 (kostenlos aus ganz Österreich). Telefonische Beratung und kurzfristige Auskünfte über die voraussichtliche Höhe eines Zuschusses bekommen Sie bei der zuständigen Stelle.

### 94. Besteht für mich bei länger andauernder Pflege von Angehörigen die Möglichkeit einer beitragsfreien bzw. begünstigten Versicherung in der Kranken- und Pensionsversicherung?

Nach Ablauf der 6- bzw. 9-monatigen Familienhospizkarenz müssen Sie sich selbst in der Pensions- und Krankenversicherung versichern. Sofern Angehörige sich nicht beitragsfrei mitversichern lassen können, besteht die Möglichkeit, sich in der gesetzlichen Krankenversicherung selbst zu versichern. Nähere Informationen dazu erhalten Sie bei der zuständigen Gebietskrankenkasse. Informationen zur beitragsfreien Selbstversicherung in der Pensionsversicherung für Zeiten der Pflege eines behinderten Kindes sowie zur Möglichkeit einer beitragsfreien Selbst- bzw. Weiterversicherung für pflegende Angehörige in der Pensionsversicherung erhalten Sie beim zuständigen Pensionsversicherungsträger.

### 95. Gibt es finanzielle Unterstützung für pflegende Angehörige durch das Sozialministeriumservice?

#### Finanzielle Unterstützung bei Verhinderung

Sind Angehörige, die pflegebedürftigen Menschen seit mindestens einem Jahr überwiegend pflegen, an der Erbringung der Pflegeleistung wegen Krankheit, Urlaub oder aus sonstigen wichtigen Gründen verhindert, kann eine finanzielle Zuwendung gewährt werden, wenn

- der pflegebedürftigen Person seit mindestens einem Jahr Anspruch auf Pflegegeld zumindest der Stufe 3 oder
- einer nachweislich demenziell erkrankten pflegebedürftigen Person seit mindestens einem Jahr Anspruch auf Pflegegeld zumindest der Stufe 1

oder

- einer pflegebedürftigen minderjährigen Person seit mindestens einem Jahr Anspruch auf Pflegegeld zumindest der Stufe 1 gebührt.

Der Zuschuss soll als Beitrag zur Abdeckung der Kosten dienen, die im Falle der Verhinderung der Hauptpflegeperson für die Inanspruchnahme von professioneller oder privater Ersatzpflege erwachsen. Der Antrag auf Gewährung dieser finanziellen Zuwendung ist beim Sozialministeriumservice einzubringen.

### Förderung der 24-Stunden-Betreuung

Wenn die betreuungsbedürftige Person rund um die Uhr betreut werden muss, Pflegegeld ab Stufe 3 bezieht und ihr monatliches Nettoeinkommen € 2.500,- nicht übersteigt, hat sie – bei Vorliegen der weiteren Voraussetzungen – Anspruch auf eine Förderung.

Hinweis: Die Einkommensgrenze von € 2.500,- erhöht sich für unterhaltsberechtigte Angehörige um € 400,-, für behinderte unterhaltsberechtigte Angehörige um € 600,-. Nicht zum Einkommen zählen u.a. Pflegegeld, Sonderzahlungen, Familienbeihilfe, Kinderbetreuungsgeld und Wohnbeihilfe.

Die Förderung kann bis zu € 1.100,- bei Vorliegen von (unselbständigen) Arbeitsverhältnissen oder bis zu € 550,- bei Vorliegen von Werkverträgen (bei selbständigen Betreuungskräften) betragen. Die Betreuung muss gemäß den Bestimmungen des Hausbetreuungsgesetzes erfolgen.

Die Betreuung kann im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses mit der pflegebedürftigen Person (oder Angehörigen) oder eines Vertrages dieser Personen mit einem gemeinnützigen Anbieter oder durch Beschäftigung einer selbständigen Betreuungskraft erfolgen.

Um die Förderung in Anspruch nehmen zu können, muss ab 1. Jänner 2009 nachgewiesen werden, dass die Betreuungskraft über eine theoretische Ausbildung verfügt, die im Wesentlichen jener von HeimhelferInnen entspricht, oder seit mindestens sechs Monaten die Betreuung der FörderwerberInnen sachgerecht durchgeführt haben oder es muss eine fachspezifische Ermächtigung der Betreuungskraft zu pflegerischen Tätigkeiten vorliegen.

Der Antrag auf Förderung ist beim Sozialministeriumservice einzubringen.

## Kapitel XII Neuorientierung

### 96. Was ist Bildungskarenz und wie wird diese Möglichkeit zur Weiterbildung finanziert?

Die Bildungskarenz eröffnet ArbeitnehmerInnen die Möglichkeit, sich für zwei bis zwölf Monate von der Arbeit freistellen zu lassen, um an Weiterbildung teilnehmen zu können. Das Arbeitsverhältnis kann während dieser Zeit aufrechterhalten bleiben. Voraussetzung ist ein bereits sechs Monate lang andauerndes Arbeitsverhältnis sowie das Einverständnis zwischen ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen. Karenzierte Personen müssen die Anspruchsvoraussetzungen auf Arbeitslosengeld erfüllen und an einer oder mehreren Bildungsmaßnahmen teilnehmen (die erfolgreiche Teilnahme muss nachgewiesen werden).

ArbeitnehmerInnen erhalten während der Bildungskarenz Weiterbildungsgeld in der Höhe ihres „fiktiven“ Arbeitslosengeldes, das ihnen im Falle von Arbeitslosigkeit zustehen würde – mindestens jedoch in der Höhe des Kinderbetreuungsgeldes. Während der Bildungskarenz sind ArbeitnehmerInnen auch kranken-, unfall- und pensionsversichert.

Auch eine Bildungsteilzeit für mindestens vier bis maximal 24 Monate kann vereinbart werden, d.h. wenn Sie Arbeitszeit reduzieren um sich weiterzubilden (mindestens 25%, maximal 50%) bekommen Sie für die wegfallenden Stunden einen „Lohnersatz“, das Bildungsteilzeitgeld.

Eine weitere Möglichkeit wäre eine Freistellung gegen Entfall des Arbeitsentgeltes. Auch in diesem Fall können unter Umständen Weiterbildungsgeld oder andere Förderungsschienen des Arbeitsmarktservice in Anspruch genommen werden.

Die jeweiligen Anträge sind beim Arbeitsmarktservice einzubringen.

### 97. Die medizinische Therapie ist abgeschlossen und mein Arbeitsverhältnis ist aufrecht. Wie bereite ich mich auf die Rückkehr in den Beruf vor?

Wenn Sie befürchten, den beruflichen Anforderungen nicht wie gewohnt standhalten zu können, ist es sinnvoll, ArbeitgeberInnen den Wiedereinstieg in den Berufsalltag als „Arbeitsversuch“ vorzuschlagen. Für einen zeitlich befristeten Rahmen kann ein stufenweiser, sanfterer Einstieg in bisher gewohnte Arbeitsbedingungen einvernehmlich vereinbart werden (z.B. durch Verbrauch angesparter Urlaubstage, reduzierte Arbeitszeit, keine Nachtdienste, keine Überstunden, keine Reisetätigkeit, geringfügig veränderte Aufgabenstellungen, etc.).

ArbeitgeberInnen können bei der Beschäftigung von ArbeitnehmerInnen mit einer Behinderung (darunter fällt auch eine Krebserkrankung), Unterstützungsmöglichkeiten in Anspruch nehmen. Das Sozialministeriumservice kann beispielsweise Lohnförderungen („Entgeltbeihilfen“, „Arbeitsplatzsicherungsbeihilfen“) unter bestimmter Voraussetzungen gewähren. Weiters können Zuschüsse zur Adaptierung und Schaffung von Arbeitsplätzen gewährt werden.

Sind bleibende gesundheitliche Einschränkungen durch den Verlauf der Krebserkrankung vorhanden – muss also der Tätigkeitsbereich bei den bisherigen ArbeitgeberInnen grundsätzlich verändert werden – bietet das Sozialministeriumservice gemeinsam mit dem Arbeitsmarktservice Förderungen für Ein- und Umschulungen bzw. berufliche Rehabilitationsmaßnahmen an. In der Regel sind damit längerfristig angelegte, arbeitsplatzsichernde Qualifikationen gemeint.

Hinzuweisen ist auch auf das Beratungsangebot Fit2Work: Fit2Work richtet sich sowohl an ArbeitgeberInnen als auch an ArbeitnehmerInnen, deren Arbeitsplatz aufgrund gesundheitlicher Probleme gefährdet ist und auch an jene, die aufgrund gesundheitlicher Probleme Schwierigkeiten haben, einen adäquaten Arbeitsplatz zu finden. Inhalt der Beratungen sind geeignete Förderungen, mögliche Arbeitsplatzadaptionen, psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen sowie Schulungen. Erwerbsfähige Menschen sollen nach langen

Krankenständen wieder ins Berufsleben eingegliedert werden. Infos und Adressen der Beratungsstellen finden Sie unter [www.fit2work.at](http://www.fit2work.at).

### 98. Mein Arbeitsverhältnis wurde während des Krankenstandes aufgelöst und mein Anspruch auf Krankengeld ist ausgeschöpft. Wie beginne ich neu?

In diesem Fall können Sie einen Antrag auf Arbeitslosengeld stellen. Das ist (einzelfallabhängig) auch dann möglich, wenn Sie noch krankgeschrieben sind. Zu Beginn ist es wichtig, den zuständigen BeraterInnen beim Arbeitsmarktservice die gesundheitlichen Einschränkungen bzw. einschränkende Vermittlungsbedingungen mitzuteilen.

Die arbeitssuchenden Personen erarbeiten gemeinsam mit den BeraterInnen des Arbeitsmarktservices die weiteren Schritte. Dazu kann auch der Rat von MedizinerInnen, PsychologInnen oder DiplomsozialarbeiterInnen miteinbezogen werden.

Das Arbeitsmarktservice in Wien arbeitet eng mit dem Projekt „Berufs Diagnostik Austria“ zusammen. Dies ist eine Einrichtung, die sich im speziellen Menschen widmet, die ihren Beruf aufgrund von Krankheit nicht mehr wie gewohnt ausüben können und ein anderes Tätigkeitsfeld im Betrieb bzw. eine Umschulung benötigen. Es wird eine ausführliche Testung auf mehreren Ebenen durchgeführt und ein Gutachten darüber erstellt, welche Einschränkungen in der Vermittlung für eine neue Arbeitsstelle zu berücksichtigen sind. Ebenso kann ein solches Gutachten auch als Grundlage für Rehabilitationsmaßnahmen des Arbeitsmarktservices verwendet werden.

Wichtige Faktoren zu einer erfolgreichen Umschulung sind die Neigung und Eignung, gekoppelt mit einer eigenverantwortlichen Initiative der RehabilitationswerberInnen. Berufliche Rehabilitation bedeutet, alle notwendigen Schritte zu setzen, welche eine erfolgreiche Umschulung und Wiedereingliederung in das Erwerbsleben ermöglichen.

Grundsätzlich gibt es für Förderungen zum Wiedereinstieg ins Berufsleben durch das Arbeitsmarktservice keine Altersgrenzen. Dies bedeutet, dass auch

ältere ArbeitnehmerInnen im Rahmen der beruflichen Rehabilitation in das Erwerbsleben integriert werden können.

Beispielsweise wird der Wiedereinstieg in den Beruf durch das Arbeitsmarktservice mit sogenannten „Eingliederungsbeihilfen“ gefördert. „Eingliederungsbeihilfe“ bedeutet, dass bei einem neuen Arbeitsverhältnis ArbeitgeberInnen durch die teilweise Finanzierung von Lohn- und Lohnnebenkosten für einen bestimmten Zeitraum unterstützt werden können. Beachten Sie aber, dass es keinen Rechtsanspruch auf Förderungen des Arbeitsmarktservice gibt.

### 99. Ich bin seit meiner Erkrankung nicht mehr in der Lage, meine bisherige Tätigkeit auszuüben. Welche Wiedereingliederungsprogramme im Rahmen der beruflichen Rehabilitation gibt es?

Welches Programm zur Verfügung steht, hängt zunächst davon ab, ob auf Grund der Krankheit eine verübergehende Arbeitsunfähigkeit vor liegt oder nicht. Überprüft wird diese Frage durch die Pensionsversicherungsanstalt im Rahmen des „einheitlichen Kompetenzzentrums für Begutachtungen“ und zwar entweder auf Grund einer Überweisung durch das Arbeitsmarktservice, wenn Arbeitslosigkeit vorliegt, oder durch einen Antrag auf Feststellung bzw Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension.

Ist nach dieser Begutachtung Arbeitsfähigkeit weiter gegeben, ist das Arbeitsmarktservice mit seinen Umschulungs- und Beschäftigungsförderungsmaßnahmen für das Erlernen einer neuen Tätigkeit/eines neuen Berufes und für die Wiedereingliederung auf einen Arbeitsplatz zuständig. Während der Umschulungsmaßnahmen kann weiter Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe bezogen werden. In Wien wird vom Arbeitsmarktservice gemeinsam mit dem Beruflichen Bildungs- und Rehabilitationszentrum (BBRZ) und den Betroffenen ein neues Tätigkeitsfeld gesucht und gezielt für dieses ausgebildet.

Ist das Ergebnis der Begutachtung allerdings eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit und sind keine weiteren Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation notwendig, wird noch im Rahmen des „einheitlichen Kompetenzzentrums“ der Pensionsversicherungsanstalt erarbeitet, auf welchen Beruf die

betroffene Person im Rahmen einer beruflichen Rehabilitation umgeschult werden kann. Bei der Auswahl dieses Berufes sind die tatsächlichen Vermittlungschancen auf einen Arbeitsplatz neben den körperlichen und psychischen Fähigkeiten ein wichtiges Beurteilungskriterium. Die berufliche Rehabilitation selbst wird vom Arbeitsmarktservice organisiert, die betroffenen Personen werden vom Arbeitsmarktservice während dieser Ausbildungszeit auch betreut und erhalten das sogenannte Umschulungsgeld (Arbeitslosengeld + 25%). Nach Abschluss der beruflichen Rehabilitation ist das Arbeitsmarktservice gefordert, den TeilnehmerInnen auch einen entsprechenden Arbeitsplatz zu vermitteln. Dafür können wieder eine Vielzahl verschiedener Förderungen eingesetzt werden.

Neben dem BBRZ gibt es im Raum Wien eine große Vielfalt von Beratungs-, Fortbildungs- und Umschulungseinrichtungen. Die unterschiedlichen Schwerpunkte in der Beratung orientieren sich neben dem Problem der Arbeitslosigkeit an ganz individuell unterschiedlichen Vermittlungshindernissen (wie z. B. körperliche Einschränkungen, psychische Probleme, Zuwanderung/Migration, geschlechtsspezifische Aspekte, sozial benachteiligte Einkommensgruppen, etc.)

Im Rahmen der Beratung von „Krebs und Beruf“ können wir Sie über diese Vielfalt der Beratungsmöglichkeiten informieren.

### 100. Was kann „Krebs und Beruf“ für meinen Wiedereinstieg in das Berufsleben tun?

Die Diagnose Krebs verändert oft von heute auf morgen fast alles im Leben der Betroffenen und meist ist auch das soziale Umfeld davon betroffen. Es braucht Zeit und vor allem Unterstützung, um mit dieser, alle Lebensbereiche beeinflussenden, Erkrankung zurechtzukommen.

Die Beraterinnen von „Krebs und Beruf“ sind Ansprechpartnerinnen für Fragen, die konkret am Thema Berufstätigkeit und im weitesten Sinn an der notwendigen sozialen Sicherheit anknüpfen.

So wie jede Erkrankungssituation individuell unterschiedlich ist, so sind auch die Lebensumstände, welche die persönliche Lebenssituation bestimmen, für

jeden Menschen anders.

Im Beratungsgespräch bemühen wir uns, Sie möglichst gezielt und vor dem Hintergrund des Behandlungsverlaufs Ihrer Erkrankung zu unterstützen.

**Möglicherweise beschäftigen Sie Fragen wie z. B.:**

- Bieten sich Möglichkeiten der Veränderung innerhalb meines bisherigen Arbeitsplatzes?
- Brauche ich Hilfe beim Wiedereinstieg ins Berufsleben?
- Sind die Überlegungen für eine Änderung in meinen beruflichen Möglichkeiten umsetzbar?
- Gibt es für krebserkrankte Menschen einen erhöhten Kündigungsschutz?
- Welche Möglichkeiten der Umschulung oder Fortbildung bieten sich an?
- Unter welchen Voraussetzungen werden Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation und Integration gefördert?
- Wie kann ich meine verborgenen persönlichen Kräfte und Möglichkeiten hervorholen?
- Welche Unterstützungsmöglichkeiten bietet das öffentliche soziale Netz bei lang andauernder Krankheit?
- Welche Behörde/Organisation/Verein/ExpertIn ist für mein Anliegen zuständig?

Die Österreichische Krebshilfe Wien, und so auch die Mitarbeiterinnen von „Krebs und Beruf“, sind in erster Linie Ihren Anliegen und Bedürfnissen verpflichtet. Im Rahmen eines Beratungsgesprächs unterliegen Ihre persönlichen Daten bzw. die besprochene Problemlage der absoluten Schweigepflicht nach außen.

Gleichzeitig kann daher im Beratungsgespräch keine „Maßnahme“ im Rahmen der sozial- und arbeitsrechtlichen Hilfestellung eingeleitet werden. Wenn Sie es wünschen, stehen wir Ihnen als „Vermittlerin“ zu den jeweils zuständigen „Vernetzungs- und KooperationspartnerInnen“ zur Seite.

Nicht immer ist der Wiedereinstieg in den Beruf möglich oder auch nicht das vordringlichste Problem in Ihrer momentanen Lebenssituation. Daraus können sich eine Reihe von anders gelagerten Fragestellungen und Lösungsmöglichkeiten ergeben, wobei Sie von ExpertInnen begleitet werden können.

„Krebs und Beruf“ ist Teil des umfassenden Beratungsteams der Österreichischen Krebshilfe Wien. Darüber hinaus vernetzen wir uns mit Beratungsstellen des sozialen Versorgungsnetzes.

Die Beratung im Rahmen der Österreichischen Krebshilfe Wien ist anonym, kostenlos und findet in den Räumlichkeiten der Österreichischen Krebshilfe Wien (1180 Wien, Theresiengasse 46) statt.

Für einen Beratungstermin nehmen Sie bitte während der Öffnungszeiten von Montag bis Freitag in der Zeit von 9.00 bis 13.00 Uhr telefonisch Kontakt mit uns auf.

Kostenlose „KrebsHotline: 0800 699 900 oder  
Tel.: 01/402 19 22 DW 14 oder 15

DSA Andrea Pirker MA, DSA Manuela Strommer

## Exkurs I

### Ich bin UnternehmerIn und mit einer Krebserkrankung konfrontiert – welche Unterstützungsmöglichkeiten stehen mir zur Verfügung?

#### 1. Sachleistungs- /Geldleistungsberechtigte in der Krankenversicherung

Grundsätzlich unterliegen aktiv Gewerbetreibende der gewerblichen Krankenversicherung nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz (GSVG). Ausgenommen von diesem Grundsatz sind lediglich KleinunternehmerInnen, die eine Ausnahme von der Pflichtversicherung bei der Sozialversicherungsanstalt (SVA) beantragt haben.

In der gewerblichen Krankenversicherung wird hinsichtlich der Leistungserbringung zwischen „Sachleistungsberechtigten“ und „Geldleistungsberechtigten“ unterschieden. Entscheidend für die Einordnung sind die Einkünfte der Versicherten.

##### „Sachleistungsberechtigt“ sind:

- Versicherte in den ersten drei Jahren ihrer Berufsausübung
- Versicherte, deren Einkünfte aus der pflichtversicherten Erwerbstätigkeit im drittvorangegangenen Kalenderjahr (zuzüglich der in diesem Jahr vorgeschriebenen Beiträge zur Kranken- und Pensionsversicherung) die Sachleistungsgrenze von € 65.100,- (Wert 2015) nicht übersteigen
- GewerbepensionistInnen sowie
- Versicherte und PensionistInnen mit mehrfachem Krankenversicherungsschutz.

##### Demgegenüber gelten als „Geldleistungsberechtigte“:

- Krankenversicherte, deren Einkünfte aus der pflichtversicherten Tätigkeit im drittvorangegangenen Kalenderjahr (zuzüglich der in diesem Jahr vorgeschriebenen Beiträge zur Kranken- und Pensionsversicherung) die Sachleistungsgrenze von € 65.100,- (Wert 2015) übersteigen
- GewerbepensionistInnen, die eine GSVG-versicherungspflichtige Erwerbstätigkeit über der Sachleistungsgrenze ausüben

- sowie Versicherte und PensionistInnen, welche die Option „volle Geldleistungsberechtigung“ gewählt haben.

#### 2. Kostenanteil

Bei Sachleistungen ist von Versicherten grundsätzlich ein Kostenanteil zu entrichten. Dieser beträgt normalerweise 20% des von der SVA an die jeweiligen VertragspartnerInnen gezahlten Betrages. Der Kostenanteil wird von der SVA nachträglich vorgeschrieben oder von der Pension einbehalten.

##### 2.1. Reduzierung des Selbstbehaltes:

Das neue Gesundheitsprogramm der SVA bietet seit 2012 für Versicherte die Möglichkeit, eine Halbierung des Selbstbehaltes zu erreichen.

Hierfür wird im Rahmen eines Gesundheitschecks gemeinsam mit Haus- oder VertrauensärztInnen ein individuelles, auf jeden Einzelnen abgestimmtes Programm erarbeitet, das entweder „Gesundheit beibehalten“ oder „Gesundheit verbessern“ lautet.

Zu 5 Gesundheits-Parametern (Blutdruck, Gewicht, Bewegung, Tabak- und Alkoholkonsum) vereinbaren ÄrztInnen gemeinsam mit dem PatientInnen Gesundheitsziele, die auf den Erhalt oder eine Verbesserung der erhobenen Werte innerhalb eines bestimmten Zeitraumes abzielen.

Nach frühestens sechs Monaten überprüfen ÄrztInnen, ob Versicherte die vereinbarten Gesundheitsziele auch erreicht haben. Ist dies der Fall, wird der Selbstbehalt halbiert.

Bei dem Überprüfungstermin werden gleichzeitig neue Gesundheitsziele vereinbart, die dann im Rahmen von zukünftigen Arztterminen überprüft werden.

##### 2.2. Leistungen ohne Kostenanteil:

Bei Sachleistungen, die mit besonders hohen Kosten verbunden sind oder die aus sozialpolitischen Gründen keinen Selbstbehalt gerechtfertigt erscheinen lassen, wird kein Kostenanteil eingehoben; diese sind daher für die Versicherten kostenfrei.

### Dies betrifft insbesondere folgende Leistungen:

- Spitalaufenthalte in der allgemeinen Gebührenklasse, abgesehen vom täglichen Spitalkostenbeitrag, der direkt an das Spital zu zahlen ist
- Jugendlichen-, Vorsorge-(Gesunden-) und Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen
- Behandlung anzeigepflichtiger übertragbarer Krankheiten nach dem Epidemie-, Tuberkulose- und AIDS-Gesetz
- Dialysebehandlung infolge Nierenerkrankung
- humangenetische Vorsorgemaßnahmen und Maßnahmen zur Krankheitsverhütung
- ärztlicher Beistand und Hebammenbeistand aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft
- medizinische Hauskrankenpflege
- medizinische Maßnahmen der Rehabilitation
- Organspenden
- Leistungen für Kinder und WaisenpensionsbezieherInnen, ausgenommen Kieferregulierungen
- endoskopische Untersuchung der Speiseröhre, eventuell des Magens (Ösophagoskopie, Gastroskopie) sowie endoskopische Untersuchung des Magens, eventuell des Duodenums mittels Fiberglasinstrumentes (Gastroskopie, Duodenoskopie).

### 2.3. Befreiung vom Kostenanteil:

PensionistInnen, die eine Ausgleichszulage beziehen, sind von der Zahlung eines Kostenanteiles befreit. Dies wird von der SVA ohne gesonderten Antrag berücksichtigt.

Zudem können Versicherte auf Antrag bei „besonderer sozialer Schutzbedürftigkeit“ befreit werden. Eine solche ist dann anzunehmen, wenn das monatliche Einkommen € 872,31 (Wert 2015) nicht übersteigt. Bei Ehepaaren bzw. LebensgefährtenInnen im gemeinsamen Haushalt beläuft sich die Einkommensgrenze auf € 1.307,89 (Wert 2015).

## 3. Ärztliche Hilfe

Sachleistungsberechtigte Versicherte können ärztliche Hilfe bei allen VertragsärztInnen der SVA ohne vorherige Auslagen in Anspruch nehmen.

Der Selbstbehalt in der Höhe von 20% (oder 10% bei Teilnahme an einem Gesundheitscheck und Erreichung der Gesundheitsziele) wird erst nach der Abrechnung mit den ÄrztInnen durch die SVA vorgeschrieben bzw. von der Pension einbehalten.

Beim Besuch von VertragsärztInnen dient die e-card als Anspruchsnachweis der PatientInnen gegenüber den VertragsärztInnen. Anhand der e-card wird lediglich die Leistungsberechtigung aus der Krankenversicherung geprüft. Diese ist daher bei jedem Arztbesuch vorzulegen. Sie hat kein Ablaufdatum und wird daher nach Beendigung eines Krankenversicherungsanspruches nicht ungültig oder eingezogen.

Für Überweisungen gibt es weiterhin zusätzlich den Überweisungsschein, da mit der Überweisung meist auch medizinische Daten transportiert werden, die nicht auf der e-card gespeichert werden können.

Jedoch haben auch Sachleistungsberechtigte aufgrund des Prinzips der freien ÄrztInnenwahl die Möglichkeit, WahlärztInnen in Anspruch zu nehmen und sich als PrivatpatientInnen behandeln zu lassen. Anschließend können Versicherte die Honorarnoten oder Rechnungen im Original zur Vergütung bei der SVA einreichen. Diese erstattet sodann einen Kostenersatz bis zur Höhe des Betrages, den die SVA als Sachleistung bezahlt hätte, abzüglich des Selbstbehaltes.

Demgegenüber gelten geldleistungsberechtigte Versicherte immer als PrivatpatientInnen. Sie müssen die Arztrechnungen zunächst selbst zahlen. Nach Vorlage der saldierten Honorarnote bekommen sie einen Kostenersatz nach dem „Vergütungsstarif“, doch dürfen höchstens 80% der tatsächlichen Kosten vergütet werden.

## 4. Spitalbehandlung auf der „allgemeinen“ Gebührenklasse

Spitalbehandlungen sind in der allgemeinen Gebührenklasse eines Vertragskrankenhauses kostenlos.

Allerdings fällt ein Kostenbeitrag an das Spital an. Dieser Kostenbeitrag ist je nach Spital unterschiedlich, beträgt ca. € 10,00 bis € 20,00 pro Tag und ist für maximal 4 Wochen (im Laufe eines Kalenderjahres) zu bezahlen.

## 5. Ambulante Behandlung

Die ambulante Behandlung in Krankenanstalten kann als Sachleistung sowohl von Geldleistungs- als auch von Sachleistungsberechtigten in Anspruch genommen werden. Der Selbstbehalt beträgt pro Quartal und Krankenhaus € 21,76 (Wert 2014).

## 6. Physiotherapie/Ergotherapie/Psychotherapie

Diese Leistungen werden den Versicherten als Sachleistung durch VertragspartnerInnen zur Verfügung gestellt; Kostenzuschüsse werden geleistet, wenn entsprechende Verträge fehlen.

Psychotherapie wird den Versicherten als Sachleistung bei der Wiener Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung, 1090 Wien, Lustkandlgasse 23, Telefon: 01/968 80 25 gegen direkte Verrechnung angeboten.

## 7. Heilbehelfe und Hilfsmittel

Alle GSVG-Versicherten und Anspruchsberechtigten haben die Möglichkeit, Heilbehelfe und Hilfsmittel (z.B. Brillen, orthopädische Schuheinlagen, Kompressionsstrümpfe) als Sachleistung bei VertragspartnerInnen der SVA zu beziehen. Voraussetzung dafür ist eine ärztliche Verordnung.

Der Selbstbehalt in der Höhe von 20%, mindestens jedoch € 31,- (Wert 2015), wird erst nachträglich vorgeschrieben bzw. von der Pension einbehalten. Für Brillen und Kontaktlinsen beträgt der Selbstbehalt seit 2015 mindestens € 93,-.

## 8. Transportkosten

Müssen Versicherte in ein Krankenhaus, so werden die Kosten der Fahrt zum nächstgelegenen Spital mit einem Krankenwagen übernommen. Unter Umständen kommt auch ein Mietwagen in Frage, sofern ein Vertrag mit diesem Unternehmen besteht. Selbiges gilt für den Heimtransport.

Voraussetzung für eine Kostenübernahme ist eine ärztliche Bestätigung, dass der körperliche Zustand der PatientInnen die Beförderung notwendig macht. Für Spitaltransporte und für Transporte zu ambulanten Untersuchungen ist ebenfalls ein 20-prozentiger Selbstbehalt zu entrichten.

## 9. Rezeptgebühr und deren Befreiung

Versicherte können die von VertragsärztInnen auf einem Rezept der SVA verordneten Heilmittel gegen eine Rezeptgebühr von € 5,55 (Wert 2015) pro Verschreibung in der Apotheke beziehen. Abgesehen von der Rezeptgebühr entstehen für die Versicherten keine Kosten.

Wie bei der Kostenanteilbefreiung sind auch hier GewerbspensionistInnen mit Ausgleichszulagenanspruch automatisch von der Rezeptgebühr befreit.

Des Weiteren besteht die Möglichkeit, einen Antrag auf Befreiung von der Rezeptgebühr aufgrund besonders sozialer Schutzbedürftigkeit zu stellen. Eine solche ist dann anzunehmen, wenn das Einkommen der Versicherten im Monat € 872,31 (Wert 2015) nicht übersteigt. Dieser Betrag erhöht sich, bei einem gemeinsamen Haushalt mit EhegattInnen oder LebensgefährtInnen, auf € 1.307,89. Sind Kinder vorhanden, so wird die jeweilige Einkommensgrenze pro Kind um € 149,- angehoben (alle Wert 2015).

Die Befreiung von der Rezeptgebühr muss den ÄrztInnen nachgewiesen werden, damit man auf dem Rezept den Vermerk „rezeptgebührenfrei“ anbringen kann.

## 10. Betriebshilfe

Selbstständige, die aus gesundheitlichen Gründen längere Zeit im Betrieb nicht mitarbeiten können, sind häufig mit finanziellen Problemen und organisatorischen Schwierigkeiten konfrontiert. Um den UnternehmerInnen in diesen schwierigen Zeiten beizustehen und sie zu unterstützen, haben die Landeswirtschaftskammern gemeinsam mit der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft die „Betriebshilfe“ als Existenzsicherungsaktion für Klein- und Kleinstbetriebe geschaffen.

Im Rahmen dieser Betriebshilfe erhalten die betroffenen UnternehmerInnen für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit bzw. maximal 70 Arbeitstage pro Kalenderjahr – unter bestimmten Voraussetzungen – kostenlos eine geeignete Kraft zur Unterstützung bzw. Aufrechterhaltung des Betriebes zur Verfügung gestellt.

**10.1. Begünstigter Personenkreis:**

Betriebshilfe kann von allen aktiv Gewerbetreibenden, die MitgliederInnen der Wirtschaftskammer sind, beantragt werden. Damit können nicht nur Einzelunternehmer, sondern auch persönlich haftende Gesellschafter von OG und KG sowie GSVG-versicherte handelsrechtliche Geschäftsführer von GmbHs die Betriebshilfe in Anspruch nehmen.

**10.2. Kurzüberblick der Voraussetzungen:**

- aufrechte Krankenversicherung nach GSVG während der Dauer des Einsatzes
- mehr als 14 Tage dauernde Arbeitsunfähigkeit
- die Betriebshilfe ist zur Aufrechterhaltung des Unternehmens notwendig
- Gesamteinkommen jährlich unter € 19.338,12 bzw. monatlich unter € 1.611,51 (Werte 2014) – mit Ausnahme der Betriebshilfe bei Mutterschaft - oder es muss glaubhaft gemacht werden, dass die derzeitigen persönlichen Einkommensverhältnisse die Aufrechterhaltung des Betriebes ohne Betriebshilfe nicht zulassen

**10.3. Helfer und Helferinnen:**

Die Betriebshilfe wird in Form einer fachlich qualifizierten Person zur Verfügung gestellt, die für die verhinderten UnternehmerInnen einspringt oder im Betrieb mitarbeitet. Diese Person steht dem Betrieb bis zu maximal 40 Stunden in der Woche zur Verfügung und kann auch von UnternehmerInnen selbst vorgeschlagen werden.

Die Kosten übernimmt der Betriebshilfeverein bzw. die SVA der gewerblichen Wirtschaft. Die Gesamtdauer der Unterstützung erfolgt maximal 70 Einsatz-tage pro Kalenderjahr.

**10.4. Weitere Informationen:**

Weitere Informationen können Sie der Internetseite [www.betriebshilfewien.at](http://www.betriebshilfewien.at) entnehmen.

**10.5. Geldleistung:**

In einigen Bundesländern kann statt der „Sachleistung“ in Form einer ko-

stenlosen Arbeitskraft auch eine „Geldleistung“ beantragt werden. (NICHT aktuell z.B. in Wien). Diese kann bis zu € 7,11 pro Stunde, höchstens aber € 63,96 (Wert 2014) pro Tag ausmachen.

Näheres auch dazu in der Landesstelle Ihrer zuständigen SVA der gewerblichen Wirtschaft.

**10.6. Förderungen zur Abgeltung eines laufenden behinderungsbedingten Mehraufwandes von UnternehmerInnen:**

Zweck dieser Förderung ist die Sicherung bereits bestehender selbständiger Erwerbstätigkeiten von Menschen mit Behinderung.

**Personenkreis:**

Menschen mit Behinderung mit einem Grad der Behinderung von mindestens 50%:

- die als EinzelunternehmerInnen nicht der Bilanzierungspflicht im Sinne des § 189 Abs.1 des Unternehmensgesetzbuches (UGB) unterliegen
- oder von der Bilanzierungspflicht gemäß §189 Abs. 4 UGB befreit sind, deren Jahresumsatz aber den erhöhten Stellenwert gemäß § 189 Abs. 2 Z UGB nicht überschreitet
- und mit einem behinderungsbedingten Mehraufwand konfrontiert sind, der eine maßgebliche Belastung für die unternehmerische Tätigkeit darstellt.

EinzelunternehmerInnen gleich zu achten sind landwirtschaftliche BetriebsführerInnen, die ausschließlich Familienmitglieder im Sinne der Mitversicherung gemäß § BSVG beschäftigen oder den Betrieb im Sinne von §§ 2a und 2b BSVG gemeinsam führen.

**Förderhöhe:**

Die monatlichen Förderungen werden pauschal in Höhe der monatlichen Ausgleichstaxe (§ 9 Abs. 2 erster Satz BEinstG) gewährt (€ 244,00 Wert 2014).

**Die Abgeltung kann bei Vorliegen besonderer Umstände verdoppelt werden, wenn UnternehmerInnen:**

- regelmäßig nicht mehr als ein halbes Vollzeitäquivalent als ArbeitnehmerIn beschäftigt
- und aufgrund – mit der Behinderung in Zusammenhang stehenden längeren Abwesenheiten (Krankenstand, Kuraufenthalt) – eine Ersatzkraft einstellen muss
- und der Bestand des Unternehmens durch die Abwesenheit gefährdet wäre.

Die Förderung gilt jedoch nur für die Dauer der Gefährdung.

Das Vorliegen der Fördervoraussetzungen ist durch geeignete Unterlagen glaubhaft zu machen und beim Bundessozialamt einzubringen. Die Abgeltung ist jeweils für höchstens sechs Monate zu gewähren. Sie kann bei gleichbleibenden Voraussetzungen wiederholt gewährt werden.

## 11. Krankengeld für Selbständige

Seit 1.1.2013 haben Selbständige bei lang andauernder Krankheit unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Krankengeld.

Die Geldleistung beträgt unabhängig vom Einkommen € 28,88 (Wert 2015) täglich und wird jährlich angepasst.

**Anspruchsberechtigt sind selbständig Erwerbstätige:**

- die aufgrund lang andauernder Krankheit oder der Folgen eines Unfalls arbeitsunfähig sind
- die nach dem GSVG krankenversichert sind
- deren persönliche Arbeitsleistung zur Aufrechterhaltung des Betriebes notwendig ist und
- die regelmäßig keine oder weniger als 25 MitarbeiterInnen (auch Teilzeitkräfte) beschäftigen.

Anspruch auf Krankengeld besteht ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit für die Dauer von maximal 20 Wochen für ein und dieselbe Krankheit. Mit dem Ende der Arbeitsunfähigkeit endet der Anspruch auf Krankengeld. Nach Ausschöpfen dieses Zeitraumes entsteht ein neuer Anspruch für ein und die-

selbe Krankheit erst wieder, wenn in der Zwischenzeit mindestens 26 Wochen einer gesetzlichen Krankenversicherung vorliegen.

Ein Parallelbezug von Krankengeld aus einer Zusatzversicherung und der Unterstützungsleistung bei lang andauernder Arbeitsunfähigkeit (ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit) ist möglich.

Die Leistung ist bei der SVA zu beantragen. Dazu ist eine ärztliche Bestätigung über die Arbeitsunfähigkeit erforderlich, die von behandelnden ÄrztInnen ausgestellt wird.

Diese Krankmeldung muss innerhalb von vier Wochen ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit von behandelnden ÄrztInnen ausgestellt und dann innerhalb von zwei Wochen der SVA vorgelegt werden. Erfolgt die Meldung nicht innerhalb dieser Fristen, so steht die Unterstützungsleistung erst ab jenem Tag zu, der auf das Einlangen der Meldung folgt.

Der Fortbestand der Arbeitsunfähigkeit ist 14-tägig von ÄrztInnen zu bestätigen und innerhalb einer Woche der SVA der gewerblichen Wirtschaft zu melden.

Wird der Meldeverpflichtung nicht nachgekommen, ruht das Krankengeld.

## 12. Die Erwerbsunfähigkeitspension/Rehabilitation

Falls Versicherte aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkungen außer Stande sind, einer selbstständigen Tätigkeit nachzugehen, kann ein Antrag auf Erwerbsunfähigkeitspension gestellt werden. Im Rahmen des Verfahrens werden Versicherte in der Landesstelle der SVA einer ärztlichen Untersuchung unterzogen. Stellt die SVA keine Erwerbsunfähigkeit fest, kann Klage beim Arbeits- und Sozialgericht gegen den abweisenden Bescheid eingebracht werden.

**Für die Gewährung einer Erwerbsunfähigkeitspension, nennt das Gesetz folgende Voraussetzungen:**

- wenn kein Anspruch auf berufliche Rehabilitation besteht oder die Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation nicht zweckmäßig oder nicht zumutbar sind
- bei Erwerbsunfähigkeit von voraussichtlich 6 Monaten
- wenn die Wartezeit erfüllt ist

- wenn zum Stichtag kein alternativer Pensionsanspruch besteht (Alterspension oder vorzeitige Alterspension wegen langer Versicherungsdauer)
- Für den Anfall der Pension ist es erforderlich, dass die Gewerbeberechtigung zurückgelegt oder ruhend gestellt wird.

Jeder Antrag auf Erwerbsunfähigkeitspension gilt auch als Antrag auf Rehabilitation. Daher wird vor Gewährung der Erwerbsunfähigkeitspension geprüft, ob eine Wiedereingliederung in das Berufsleben möglich ist. Für die Dauer des Rehabilitationsverfahrens besteht Anspruch auf Übergangsgeld, das von der „fiktiven“ Erwerbsunfähigkeitspension berechnet wird.

Die Erwerbsunfähigkeitspension wird erst ausbezahlt, wenn die Erwerbstätigkeit, die für die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit maßgeblich ist, aufgegeben wurde. Als erwerbsunfähig gilt jedenfalls, wer wegen Krankheit oder Gebrechen keine selbständige oder unselbständige Erwerbstätigkeit mehr ausüben kann. Solange ein Wechsel in eine andere, leichtere Tätigkeit gesundheitlich noch zumutbar ist, liegt keine Erwerbsunfähigkeit vor.

**Abgesehen von dieser allgemeinen Bestimmung, sieht das Gesetz zwei weitere Erwerbsunfähigkeitsbegriffe, abhängig von Alter und Tätigkeitsdauer, vor:**

- UnternehmerInnen über 50 Jahre, die eine selbständige Tätigkeit mindestens fünf Jahre ausgeübt haben und, wenn sie innerhalb der letzten 15 Jahre mindestens 90 Pflichtversicherungsmonate als Selbständiger, als Angestellter oder als Arbeiter in einem erlernten oder angelernten Beruf erworben haben, wird ein Wechsel in einen neuen Beruf nicht mehr zugemutet. Ein Wechsel in leichtere selbständige Tätigkeiten in derselben oder in einer verwandten Branche wird nicht geprüft („Berufsschutz“). Die Beurteilung der Zumutbarkeit erfolgt „abstrakt“: Es kommt nur auf die medizinische Belastbarkeit an, wirtschaftliche und persönliche Umstände, die einen Berufswechsel behindern, bleiben außer Betracht.
- UnternehmerInnen über 58 Jahre gelten als erwerbsunfähig, wenn sie aus gesundheitlichen Gründen außerstande sind, einer selbständigen Erwerbs-

tätigkeit nachzugehen, die sie in den letzten 15 Jahren mindestens 10 Jahre hindurch ausgeübt haben. Dabei ist die Möglichkeit einer zumutbaren Änderung der sachlichen und personellen Ausstattung des Betriebes zu berücksichtigen. Bei der Prüfung der selbständigen Tätigkeit (mindestens 10 Jahre in den letzten 15 Jahren) ist auch eine gleichartige unselbständige Erwerbstätigkeit im Ausmaß von maximal 5 Jahren anzurechnen.

Das Alter von 58 Jahren gilt nur mehr für Stichtage im Jahr 2014. Für Stichtage in den Jahren 2015 und 2016 gilt ein Alter ab Vollendung des 59. Lebensjahres und für Stichtage ab 2017 gilt ein Alter ab Vollendung des 60. Lebensjahres.

Die Erwerbsunfähigkeitspension wird für höchstens zwei Jahre befristet zuerkannt. Wird nach Ablauf dieser Frist innerhalb von drei Monaten ein neuerlicher Antrag gestellt, gebührt die Pension für weitere zwei Jahre, sofern Erwerbsunfähigkeit weiter besteht. Bei dauernder Erwerbsunfähigkeit, wenn also eine Besserung des Gesundheitszustandes ausgeschlossen ist, kann die Pension auch unbefristet zuerkannt werden.

Für weitere Fragen im Detail stehen Ihnen die Serviceeinrichtungen der SVA-Landesstelle Wien, Wiedner Hauptstraße 84-86, 1050 Wien unter der Telefonnummer 01/546 54-0 gerne zur Verfügung

## Exkurs II

### Ich arbeite als freie DienstnehmerIn oder auf Basis eines Werkvertrages und bin mit einer Krebserkrankung konfrontiert – welche Unterstützungsmöglichkeiten stehen mir zur Verfügung?

Neben den überwiegend gängigen Arbeitsverhältnissen als sogenannte „echte ArbeitnehmerInnen“ bestehen weitere rechtlich zulässige Möglichkeiten, sich für eine Arbeits- oder Werkleistung zu verpflichten.

Der folgende Exkurs soll Ihnen die Möglichkeit geben, Ihr jeweiliges Vertragsverhältnis einordnen zu können und die sich daraus abzuleitenden arbeitsrechtlichen Ansprüche sowie die Leistungsansprüche aus dem Sozialversicherungssystem nachzuvollziehen.

#### 1. ArbeitnehmerInnen (Arbeitsvertrag)

Ein (echter) Arbeitsvertrag entsteht dann, wenn man sich auf gewisse Zeit zur Arbeitsleistung für einen anderen verpflichtet. Der Arbeitsvertrag ist vor allem durch die persönliche Abhängigkeit der ArbeitnehmerInnen gekennzeichnet. Für das Vorliegen einer persönlichen Abhängigkeit spricht insbesondere Weisungsgebundenheit, persönliche Arbeitspflicht, Fremdbestimmtheit der Arbeit, deren wirtschaftlicher Erfolg den ArbeitgeberInnen zukommt sowie funktionelle Autorität der ArbeitgeberInnen. Diese kommt insbesondere in seiner Regelungsbefugnis hinsichtlich Arbeitszeit, Arbeitsort und Kontrolle zum Ausdruck. Die Arbeitsmittel werden durch die ArbeitgeberInnen beigegeben, der ArbeitnehmerInnen sind in den Betrieb organisatorisch eingegliedert.

In der Praxis müssen nicht alle Merkmale gemeinsam vorliegen, damit von einer persönlichen Abhängigkeit gesprochen werden kann. Die einzelnen Merkmale können auch in unterschiedlich starker Ausprägung bestehen. Entscheidend ist immer das Gesamtbild.

Für (echte) ArbeitnehmerInnen gelten die arbeitsrechtlichen Schutzbestimmungen (z.B. Angestelltengesetz, Behinderteneinstellungsgesetz, Urlaubsgesetz, Entgeltfortzahlungsgesetz, Arbeitszeit- und Arbeitsruhegesetz, etc.). Sie

unterliegen dem Arbeitslosenversicherungsrecht und der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (Zuständigkeit: Gebietskrankenkasse).

#### 1. Geringfügig beschäftigte ArbeitnehmerInnen:

Auch bei geringfügig beschäftigten ArbeitnehmerInnen (mit einem monatlichen Einkommen unterhalb der Geringfügigkeitsgrenze von € 405,98 für 2015) gelten wie bei teilzeit- oder vollzeitbeschäftigten ArbeitnehmerInnen die arbeitsrechtlichen Schutzbestimmungen. Allerdings besteht keine Arbeitslosenversicherung und es liegt keine Versicherungspflicht in der Kranken- und Pensionsversicherung vor, sondern nur in der Unfallversicherung. Für geringfügig beschäftigte ArbeitnehmerInnen gibt es aber die Möglichkeit der freiwilligen Versicherung in der Kranken- und Pensionsversicherung (Kosten dafür € 57,30 pro Monat für 2015).

Beachte: Einkommen aus mehreren (geringfügigen) Beschäftigungsverhältnissen werden zusammengezählt. Bei Überschreiten der Geringfügigkeitsgrenze sind Sie verpflichtend kranken-, pensions- und unfallversichert. Arbeitslosenversichert sind Sie allerdings nicht!

#### 2. Freie DienstnehmerInnen (freier Dienstvertrag):

So wie (echte) ArbeitnehmerInnen, verpflichten sich auch freie DienstnehmerInnen auf bestimmte oder unbestimmte Zeit zur Erbringung von Dienstleistungen. Der wesentliche Unterschied zwischen einem echten und einem freien Dienstverhältnis liegt darin, dass bei freien DienstnehmerInnen die persönliche Abhängigkeit gänzlich fehlt oder dass sie nur schwach ausgeprägt ist.

Freie DienstnehmerInnen können daher den Ablauf der Arbeit weitgehend selbst regeln und jederzeit ändern (z.B. Arbeitszeit, u.U. Arbeitsort), sie sind nicht persönlich weisungsgebunden, es erfolgt keine Eingliederung in die betriebliche Organisation. Ein entscheidendes Kriterium bei der Beurteilung, ob die Dienstleistung in persönlicher Abhängigkeit erbracht wird, ist, ob freie DienstnehmerInnen das Recht haben, einzelne Aufträge abzulehnen, ohne dass Konsequenzen zu befürchten sind. Besteht dieses Ablehnungsrecht für einzelne Aufträge, spricht dies gegen das Vorliegen einer persönlichen Abhängigkeit. Ebenso auch, wenn die Möglichkeit eingeräumt wurde, sich durch

andere Personen vertreten zu lassen.

Grundsätzlich kommen die arbeitsrechtlichen Schutzbestimmungen (z.B. Angestelltengesetz, Behinderteneinstellungsgesetz, Urlaubsgesetz, Entgeltfortzahlungsgesetz, Arbeitszeit- und Arbeitsruhegesetz etc.) nicht zur Anwendung, weil diese Regelungen von einem persönlichen Abhängigkeitsverhältnis ausgehen.

Allerdings kam es während der letzten Jahre zu sozialrechtlichen Verbesserungen:

Seit 1.1.2008 besteht die Arbeitslosenversicherung auch für freie DienstnehmerInnen. Im Bereich der Sozialversicherung unterliegen freie DienstnehmerInnen ebenfalls der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (Zuständigkeit: Gebietskrankenkasse). Hier wurden Verbesserungen im Leistungsrecht geschaffen: Im Bereich der Krankenversicherung haben freie DienstnehmerInnen neben dem schon bisher bestehenden Anspruch auf Sachleistungen auch einen Anspruch auf Krankengeld sowie Wochengeld.

### 2.1 Geringfügig beschäftigte freie DienstnehmerInnen:

Bei einem monatlichen Einkommen unterhalb der Geringfügigkeitsgrenze (€ 405,98 für 2015) besteht keine Arbeitslosenversicherung und es liegt keine Versicherungspflicht in der Kranken- und Pensionsversicherung vor, sondern nur in der Unfallversicherung. Für geringfügig beschäftigte freie DienstnehmerInnen gibt es aber die Möglichkeit der freiwilligen Versicherung in der Kranken- und Pensionsversicherung (Kosten dafür € 57,30 pro Monat für 2015).

Beachte: Einkommen aus mehreren (geringfügigen) Beschäftigungsverhältnissen werden zusammengezählt. Bei Überschreiten der Geringfügigkeitsgrenze sind Sie verpflichtend kranken-, pensions- und unfallversichert. Arbeitslosenversichert sind Sie allerdings nicht!

### 3. Werkvertrag (Neue Selbstständige):

Ein Werkvertrag liegt dann vor, wenn man die Verpflichtung zur Herstellung eines Werkes, i.d.R. bis zu einem bestimmten Termin, gegen Entgelt übernimmt. Im Gegensatz zu einem freien Dienstvertrag (oder Arbeitsvertrag)

wird nicht die Dienst(Arbeits)leistung an sich geschuldet und entlohnt, sondern das Ergebnis der Tätigkeit, nämlich das vereinbarte Werk. Vor ordnungsgemäßer Fertigstellung des Werks gilt der Werkvertrag als nicht erfüllt. Das Unternehmensrisiko tragen demnach die WerkvertragsnehmerInnen. Es handelt sich im weit gehenden Maße um eine selbstständige Arbeit, die im Wesentlichen unter eigener Verantwortung durchzuführen ist.

WerkvertragsnehmerInnen unterliegen ebenfalls nicht den arbeitsrechtlichen Schutzbestimmungen!

Neue Selbstständige sind nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsrecht (GSVG; Zuständigkeit: Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft) kranken-, pensions- und unfallversichert, sofern der Gewinn aus den Werkverträgen eine gewisse Grenze pro Kalenderjahr überschreitet.

Wenn es nur Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit gibt: € 6.453,36.

Bei zusätzlich existierenden anderen Einkünften: € 4.743,72 (Werte für 2014).

Selbstständige können sich ab 1.1.2009 freiwillig in die Arbeitslosenversicherung einbeziehen lassen.

## Wo erhalten Sie Informationen:

### Österreichische Krebshilfe Wien

1180 Wien, Theresieng. 46  
Telefon: 01/408 70 48  
Telefax: 01/408 22 41  
Hotline: 0800 699 900  
E-Mail: [beratung@krebshilfe-wien.at](mailto:beratung@krebshilfe-wien.at)

### Österreichische Krebshilfe Burgenland

7202 Bad Sauerbrunn, Hartiggasse 4  
Telefon: 0650/24 40 821  
Fax: 02625/300-8536  
E-Mail: [office@krebshilfe-bgld.at](mailto:office@krebshilfe-bgld.at)

### Österreichische Krebshilfe Kärnten

9020 Klagenfurt, Bahnhofstr. 24/4  
Telefon 0463/50 70 78  
Fax: 0463/50 70 78-4  
E-Mail: [office@krebshilfe-ktn.at](mailto:office@krebshilfe-ktn.at)

### Österreichische Krebshilfe Niederösterreich

2700 Wr. Neustadt, Wienerstraße 69  
Telefon: 050899/2297 oder 2279  
Fax: 050899/2281  
E-Mail: [krebshilfe@krebshilfe-noe.at](mailto:krebshilfe@krebshilfe-noe.at)

### Österreichische Krebshilfe Oberösterreich

4020 Linz, Harrachstr. 13  
Telefon: 0732/77 77 56-1  
Fax: 0732/77 77 56-4  
E-Mail: [beratung@krebshilfe-ooe.at](mailto:beratung@krebshilfe-ooe.at)

### Österreichische Krebshilfe Salzburg

5020 Salzburg, Mertensstr. 13  
Telefon: 0662/87 35 35  
Fax: 0662/87 35 35-4  
E-Mail: [beratungsstelle@krebshilfe-sbg.at](mailto:beratungsstelle@krebshilfe-sbg.at)

### Österreichische Krebshilfe Steiermark

8042 Graz, Rudolf Hans Bartsch-Str. 15-17  
Telefon: 0316/47 44 33  
Fax: 0316/47 44 33-10  
E-Mail: [beratung@krebshilfe.at](mailto:beratung@krebshilfe.at)

### Österreichische Krebshilfe Tirol

6020 Innsbruck, Wilhelm-Greil-Straße 25/5  
Telefon: 0512/57 77 68  
E-Mail: [krebshilfe@i-med.ac.at](mailto:krebshilfe@i-med.ac.at)

### Österreichische Krebshilfe Vorarlberg

6850 Dornbirn, Rathausplatz 4  
Telefon: 05572/20 23 88  
Fax: 05572/20 23 88-14  
E-Mail: [service@krebshilfe-vbg.at](mailto:service@krebshilfe-vbg.at)

### Österreichische Krebshilfe – Dachverband

1010 Wien, Wolfengasse 4/10  
Telefon: 01/796 64 50  
Fax: 01/796 64 50-9  
E-Mail: [service@krebshilfe.net](mailto:service@krebshilfe.net)









ÖSTERREICHISCHE  
KREBSHILFE  
WIEN

ÖSTERREICHISCHE KREBSHILFE WIEN  
1180 Wien, Theresiengasse 46

Tel: 01/408 70 48  
Fax 01/408 22 41

e-mail: [beratung@krebshilfe-wien.at](mailto:beratung@krebshilfe-wien.at)  
<http://www.krebshilfe-wien.at>