

Zu 517 der Beilagen zu den stenographischen Protokollen des Nationalrates IX. GP.

147/A

Antrag

der Abgeordneten Uhlir, Reich, Moik, Dr. Hofeneder, Preußler, Vollmann, Moser, Kulhanek und Genossen, betreffend Abänderung und Ergänzung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (9. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz).

Die gefertigten Abgeordneten zum Nationalrat stellen den

Antrag:

Der Nationalrat wolle beschließen:

Bundesgesetz vom 1961, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz abgeändert und ergänzt wird (9. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz).

Der Nationalrat hat beschlossen:

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955, in der Fassung der Bundesgesetze BGBl. Nr. 266/1956, BGBl. Nr. 171/1957, BGBl. Nr. 294/1957, BGBl. Nr. 157/1958, BGBl. Nr. 293/1958, BGBl. Nr. 65/1959, BGBl. Nr. 290/1959, BGBl. Nr. 87/1960, BGBl. Nr. 168/1960 und BGBl. Nr. 294/1960, wird abgeändert und ergänzt wie folgt:

Artikel I.

1. § 2 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Für die nachstehend bezeichneten Sonderversicherungen gelten die Vorschriften dieses Bundesgesetzes nur so weit, als dies in den Vorschriften über diese Sonderversicherungen oder in diesem Bundesgesetz angeordnet ist:

1. Krankenversicherung der Bundesangestellten,

2. Meisterkrankenversicherung,

3. Krankenversicherung der Empfänger von Arbeitslosengeld und Notstandshilfe sowie der Bezieher von Karenzurlaubsgeld,

4. Krankenversicherung der Kriegshinterbliebenen,

5. Krankenversicherung der in beruflicher Ausbildung stehenden Beschädigten nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz 1957,

6. Krankenversicherung der Empfänger der Sonderunterstützung nach dem Mutterschutzgesetz,

7. Pensionsversicherung der in der gewerblichen Wirtschaft selbständig Erwerbstätigen,

8. Landwirtschaftliche Zuschußrentenversicherung,

9. Notarversicherung.“

2. a) Im § 3 Abs. 2 lit. d sind die Worte „eines Jahres“ durch die Worte „von zwei Jahren“ zu ersetzen.

b) § 3 Abs. 3 hat zu lauten:

„(3) Als im Inland beschäftigt gelten unbeschadet und unvorgreiflich einer anderen zwischenstaatlichen Regelung insbesondere nicht die Dienstnehmer inländischer Betriebe für die Zeit ihrer dauernden Beschäftigung im Ausland, die ausschließlich für den Dienst im Ausland bestellten Reisenden, die ihren Wohnsitz im Ausland haben, und Dienstnehmer, die sich in Begleitung eines Dienstgebers, der im Inland keinen Wohnsitz hat, nur vorübergehend im Inland aufhalten. Die Dienstnehmer eines ausländischen Betriebes, der im Inland keine Betriebsstätte (Niederlassung, Geschäftsstelle, Niederlage) unterhält, gelten nur dann als im Inland beschäftigt, wenn sie ihre Beschäftigung (Tätigkeit) von einem im Inland gelegenen Wohnsitz aus ausüben und sie nicht auf Grund dieser Beschäftigung einem System der sozialen Sicherheit im Ausland unterliegen.“

3. a) § 4 Abs. 1 Z. 4 hat zu lauten:

„4. Schüler (Schülerinnen) an inländischen Krankenpflegeschulen, medizinisch-technischen Schulen und Schulen für den medizinisch-technischen Fachdienst im Sinne des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 102/1961 sowie Hebammenschülerinnen an einer inländischen Hebammenlehranstalt;“

2

b) Der Punkt am Ende des § 4 Abs. 3 Z. 8 ist durch einen Strichpunkt zu ersetzen. Als Z. 9 ist anzufügen:

„9. selbständige Winzer, das sind Personen, die, ohne auf Grund eines Dienst- oder Lehrverhältnisses beschäftigt zu sein, durch Bearbeitung fremder Weingärten eine Erwerbstätigkeit ausüben, sofern sie dieser Erwerbstätigkeit in der Regel ohne Zuhilfenahme familienfremder Arbeitskräfte nachgehen.“

4. § 5 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Eine Beschäftigung gilt als geringfügig im Sinne des Abs. 1 Z. 2,

- a) wenn sie für eine kürzere Zeit als eine Woche vereinbart ist und dem Dienstnehmer für einen Arbeitstag im Durchschnitt ein geringeres Entgelt als 30 S gebührt,
- b) wenn sie für mindestens eine Woche oder auf unbestimmte Zeit vereinbart ist und dem Dienstnehmer ohne Rücksicht auf die Zahl der Arbeitstage als wöchentliches Entgelt weniger als 90 S oder als monatliches Entgelt weniger als 390 S gebühren,
- c) wenn das Entgelt nicht nach zeitlichen Abschnitten, sondern nach einem anderen Maßstab (Akkordlohn, Stücklohn, Leistungen Dritter) vereinbart ist und dem Dienstnehmer in einem Kalendermonat ein geringeres Entgelt als 390 S gebührt.

Eine Beschäftigung, die in den in Betracht kommenden Zeitabschnitten ein unter den obigen Ansätzen gelegenes Entgelt ergibt, weil infolge Arbeitsmangels im Betrieb die sonst übliche Zahl von Arbeitsstunden nicht erreicht wird (Kurzarbeit), und eine Beschäftigung der in § 1 der Hausbesorgerordnung 1957, BGBl. Nr. 154, bezeichneten Art gilt nicht als geringfügig. Als geringfügig gilt ferner nicht eine auf unbestimmte Zeit vereinbarte Beschäftigung, wenn das daraus gebührende Entgelt nur deshalb weniger als 390 S in einem Monat oder 90 S in einer Woche beträgt, weil die Beschäftigung im Laufe des betreffenden Monats oder der betreffenden Woche begonnen hat, geendet hat oder unterbrochen wurde.“

5. a) § 7 Z. 1 lit. e hat zu lauten:

„e) die Rechtsanwaltsanwärter, soweit sie nicht nach Z. 3 lit. d nur in der Unfallversicherung teilversichert sind;“

b) Im § 7 Z. 3 lit. b sind nach den Worten „die Beamten“ die Worte „des Dienststandes“ einzufügen. Der Punkt am Ende der lit. c ist durch einen Strichpunkt zu ersetzen.

c) Dem § 7 Z. 3 ist als lit. d neu anzufügen:

„d) die Rechtsanwaltsanwärter, die in der Kanzlei der Eltern, Großeltern, Wahl- oder Stiefeltern beschäftigt sind.“

6. a) § 8 Abs. 1 Z. 1 hat zu lauten:

„1. in der Krankenversicherung

- a) die Bezieher einer Rente aus der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz;
- b) die Bezieher einer laufenden Geldleistung aus der zusätzlichen Pensionsversicherung bei den in den §§ 478 und 479 genannten Instituten, sofern sie nicht bereits nach lit. a versichert sind,

alle diese, wenn und solange sie sich ständig im Inland aufhalten;“

b) § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. c hat zu lauten:

„c) die Teilnehmer an Umschulungs-, Nachschulungs- und sonstigen beruflichen Ausbildungslehrgängen der Gebietskörperschaften, der Landesarbeitsämter, Landesinvalidenämter, Sozialversicherungsträger sowie der gesetzlichen beruflichen Vertretungen der Dienstgeber und Dienstnehmer, soweit die Schulung nicht im Rahmen eines Dienst- oder Lehrverhältnisses durchgeführt wird, sowie die Lehrenden bei solchen Lehrgängen, ferner Personen, die eine im Rahmen der Fach-, Mittel- oder Hochschulstudien vorgeschriebene oder übliche praktische Tätigkeit ausüben, und Volontäre;“

c) § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. d hat zu lauten:

„d) Angehörige der Orden und Kongregationen der katholischen Kirche sowie der Diakonissenanstalten der evangelischen Kirche A. B. und H. B. in ihrer Tätigkeit in einem land- oder forstwirtschaftlichen Betrieb ihres Ordens, ihrer Kongregation beziehungsweise ihrer Diakonissenanstalt;“

d) § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. f erhält die Bezeichnung lit. e und hat zu lauten:

„e) die Versicherungsvertreter in den Verwaltungskörpern der Sozialversicherungsträger, des Hauptverbandes und des Verbandes der Meisterkrankenkassen in Ausübung der ihnen auf Grund dieser Funktion obliegenden Pflichten.“

e) § 8 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Die Bestimmungen des Abs. 1 Z. 3 lit. a finden keine Anwendung

- a) auf die nach § 4 Abs. 1 Z. 6 und § 7 Z. 2 lit. b versicherten, den Heimarbeitern nach den jeweiligen gesetzlichen Vorschriften über die Heimarbeit gleichgestellten Zwischenmeister (Stückmeister), sofern ihre Kammermitgliedschaft ausschließlich auf

der ihrer Tätigkeit als Zwischenmeister (Stückmeister) zugrunde liegenden Gewerbeberechtigung beruht;

- b) auf die nach § 4 Abs. 3 Z. 6 den Dienstnehmern gleichgestellten Versicherten, sofern ihre Kammermitgliedschaft ausschließlich auf der ihre Vollversicherung begründenden Tätigkeit beruht;
- c) auf Verpächter von Betrieben sowie auf Inhaber von ruhenden Betrieben, Witwen- und Deszendentenbetrieben, sofern diese Personen im Betrieb nicht tätig sind.“

7. a) § 10 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Die Pflichtversicherung der in der Krankenpflege selbständig erwerbstätigen Personen, der selbständigen Pecher und der selbständigen Winzer (§ 4 Abs. 3 Z. 2, 4 und 9), der selbständig Erwerbstätigen und ihrer Familienangehörigen (§ 8 Abs. 1 Z. 3 lit. a und b), der Teilnehmer an Umschulungs-, Nachschulungs- und sonstigen beruflichen Ausbildungslehrgängen sowie der Lehrenden bei solchen Lehrgängen, der Fach-, Mittel- und Hochschüler, die eine vorgeschriebene oder übliche praktische Tätigkeit ausüben, und der Volontäre (§ 8 Abs. 1 Z. 3 lit. c) beginnt mit dem Tag der Aufnahme der versicherungspflichtigen Tätigkeit.“

b) § 10 Abs. 3 hat zu lauten:

„(3) Die Pflichtversicherung der Hebammen, Markthelfer, Bergführer und Fremdenführer sowie der öffentlichen Verwalter und der Versicherungsvertreter (§ 4 Abs. 3 Z. 1, 5, 7 und 8, § 7 Z. 3 lit. c sowie § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. e) beginnt mit der Erteilung der amtlichen Bewilligung zur Ausübung der versicherungspflichtigen Tätigkeit beziehungsweise der Bestellung zum öffentlichen Verwalter oder Versicherungsvertreter.“

c) § 10 Abs. 4 hat zu lauten:

„(4) Die Pflichtversicherung der Angehörigen der Orden und Kongregationen der katholischen Kirche sowie der Diakonissenanstalten der evangelischen Kirche A. B. und H. B. (§ 8 Abs. 1 Z. 3 lit. d) beginnt mit dem Tage der Aufnahme der versicherungspflichtigen Tätigkeit.“

d) § 10 Abs. 7 letzter Satz hat zu lauten:

„Dieses Recht besteht nicht, wenn der Rentenerwerber bereits in der Krankenversicherung pflichtversichert ist.“

8. a) § 11 Abs. 1 hat zu lauten:

„(1) Die Pflichtversicherung der im § 10 Abs. 1 bezeichneten Personen erlischt, soweit in den Abs. 2 bis 6 nichts anderes bestimmt wird, mit dem Ende des Beschäftigungs-, Lehr- oder Ausbildungsverhältnisses. Fällt jedoch der Zeitpunkt, an dem der Anspruch auf Entgelt endet, nicht mit dem Zeitpunkt des Endes des Beschäftigungs-

verhältnisses zusammen, so erlischt die Pflichtversicherung mit dem Ende des Entgeltanspruches.“

b) § 11 Abs. 3 hat zu lauten:

„(3) Die Pflichtversicherung besteht, wenn das Beschäftigungsverhältnis nicht früher beendet wird, weiter

a) für die Zeit einer Arbeitsunterbrechung infolge Urlaubes ohne Entgeltzahlung, sofern dieser Urlaub die Dauer eines Monats nicht überschreitet,

b) für die Zeit einer Arbeitsunterbrechung infolge Heranziehung zum Dienst als Schöffe oder Geschwornen sowie als Vertrauensperson in den im Geschwornen- und Schöffenlistengesetz zur Bildung der Ur- und Jahreslisten berufenen Kommissionen nach dem Bundesgesetz vom 13. Juni 1946, BGBl. Nr. 135, in der jeweils geltenden Fassung,

c) für die Dauer einer Absonderung auf Grund des Epidemiegesetzes 1950, BGBl. Nr. 186, und für die Dauer der Verhängung einer Sperre wegen Maul- und Klauenseuche nach dem Tierseuchengesetz, RGBl. Nr. 177/1909.“

c) § 11 Abs. 4 hat zu lauten:

„(4) Treten bei Fortbestand des Beschäftigungsverhältnisses die Voraussetzungen für die Ausnahme von der Vollversicherung nach § 5 ein, so endet die Pflichtversicherung, soweit nicht Abs. 5 anderes bestimmt, mit dem Ende des laufenden Beitragszeitraumes, tritt aber der Ausnahmegrund am ersten Tag eines Beitragszeitraumes ein, mit dem Ablauf des vorhergehenden Beitragszeitraumes.“

9. § 12 Abs. 3 hat zu lauten:

„(3) Die Pflichtversicherung der im § 10 Abs. 4 bezeichneten Personen erlischt mit dem Ende der die Pflichtversicherung begründenden Tätigkeit.“

10. a) § 16 Abs. 1 hat zu lauten:

„(1) Personen, die aus der Pflichtversicherung ausscheiden, können sich, solange sie ihren Wohnsitz im Inland haben und nicht nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz in der Krankenversicherung pflichtversichert sind, in der Krankenversicherung weiterversichern, wenn sie in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens sechs Wochen nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz krankenversichert waren; das Erfordernis der Erfüllung der Vorversicherungszeiten entfällt, wenn die Pflichtversicherung infolge einer Aussperrung oder eines Streiks erlischt. Die Frist von zwölf Monaten verlängert sich um die Zeiten,

- a) während derer der Versicherte auf Rechnung eines Versicherungsträgers Anstaltspflege erhält oder auf Rechnung eines Versicherungsträgers in einem Genesungs-, Erholungs- oder Kurheim oder in einer Sonderheilanstalt untergebracht ist oder Anspruch auf Ersatz der Verpflegskosten gemäß § 131 oder § 150 einem Versicherungsträger gegenüber hat, und
- b) des Kranken- oder Wochengeldbezuges.

Das Recht auf Weiterversicherung ist binnen drei Wochen nach dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung geltend zu machen. Fällt das Ausscheiden aus der Pflichtversicherung in eine der in lit. a oder b genannten Zeiten, so beginnt diese Frist mit dem Ende der in Betracht kommenden Zeit. Die Weiterversicherung schließt zeitlich unmittelbar an das Ende der Pflichtversicherung, in den Fällen des vorangehenden Satzes an das Ende der jeweils in Betracht kommenden Zeit an.“

- b) § 16 Abs. 6 hat zu lauten:

„(6) Personen, die nach Abs. 1 oder 2 zur Weiterversicherung berechtigt waren, können dieses Recht, wenn sie binnen drei Wochen nach dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung die Ausstellung einer Bescheinigung nach § 10 Abs. 7 beantragt haben, auch noch innerhalb von drei Wochen nach Ablehnung des Antrages auf die Bescheinigung geltend machen. Die Weiterversicherung beginnt in diesem Fall mit dem Tag der Zustellung des Bescheides über die Ablehnung der Bescheinigung nach § 10 Abs. 7.“

Der bisherige Abs. 6 erhält die Bezeichnung Abs. 7.

11. a) § 17 hat zu lauten:

„Weiterversicherung in der Pensionsversicherung.“

§ 17. (1) Personen, die aus der Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz oder aus einer nach früherer gesetzlicher Regelung ihr entsprechenden Pensions(Renten)versicherung oder aus der Pflichtversicherung nach dem Notarversicherungsgesetz ausgeschieden sind oder ausscheiden, können sich, solange sie nicht in einer Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz, nach dem Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetz oder nach dem Notarversicherungsgesetz pflichtversichert sind, weiterversichern, wenn sie in den letzten zwölf Monaten vor dem Ausscheiden mindestens sechs oder in den letzten 36 Monaten vor dem Ausscheiden mindestens zwölf Versicherungsmonate in einer oder in mehreren der genannten Versicherungen erworben haben. Bei Personen, für die wegen Ausscheidens aus einer versicherungsfreien Beschäftigung ein Überweisungsbetrag geleistet oder die Nachversicherung durchgeführt wird, sind

hiebei auch die der Feststellung des Überweisungsbetrages zugrunde gelegten Zeiten und die Zeiten der Nachversicherung zu berücksichtigen.

(2) Die Weiterversicherung ist in dem Zweig der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz zulässig, dem der Versicherte zuletzt zugehört hat. Hat der Versicherte in den letzten 60 Monaten vor dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung Versicherungszeiten in mehreren Pensionsversicherungen nach diesem Bundesgesetz erworben, so steht ihm die Wahl frei, welche dieser Pensionsversicherungen er fortsetzt. Kommt hienach die Weiterversicherung in der Pensionsversicherung der Arbeiter in Betracht, so ist der letzte Träger der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung der Arbeiter für die Weiterversicherung zuständig. Nach dem Notarversicherungsgesetz erworbene Versicherungszeiten sind wie in der Pensionsversicherung der Angestellten erworbene Versicherungszeiten zu berücksichtigen.

(3) Das Recht auf Weiterversicherung muß bis zum Ende des sechsten auf das Ausscheiden aus der Pflichtversicherung folgenden Monats geltend gemacht werden. Schließt an das Ausscheiden aus der Pflichtversicherung eine neutrale Zeit im Sinne des § 234 an, so verlängert sich die Frist um diese Zeit.

(4) Die in Abs. 1 genannten Zeiträume, in denen mindestens sechs beziehungsweise zwölf Versicherungsmonate erworben sein müssen, und der in Abs. 2 genannte Zeitraum von 60 Monaten verlängern sich um Zeiten eines Rentenbezuges wegen geminderter Arbeitsfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit aus einer der in Abs. 1 genannten Versicherungen, um die Dauer eines Rentenfeststellungsverfahrens bis zur Zustellung des Feststellungsbescheides beziehungsweise bis zur rechtskräftigen Entscheidung im Leistungsverfahren sowie um Zeiten des ordentlichen oder außerordentlichen Präsenzdienstes auf Grund der Bestimmungen des Wehrgesetzes, BGBl. Nr. 181/1955.

(5) Personen, die 120 Beitragsmonate in einer oder mehreren der in Abs. 1 genannten Pensions(Renten)versicherungen erworben haben, können das Recht auf Weiterversicherung jederzeit geltend machen oder eine beendete Weiterversicherung erneuern. Abs. 2 ist mit der Maßgabe anzuwenden, daß die letzten 60 Monate vor dem Ende des zuletzt erworbenen Versicherungsmonates zu berücksichtigen sind.

(6) Die Weiterversicherung beginnt, unbeschadet der Bestimmungen des § 225 Abs. 1 Z. 3 mit dem Monatsersten, den der Versicherte wählt, spätestens jedoch mit dem Monatsersten, der auf die Antragstellung folgt. Dem Versicherten steht es frei, in der Folge die Monate zu bestimmen, die er durch Beitragsentrichtung als Monate der Weiterversicherung erwerben will.

(7) Die Weiterversicherung endet, außer mit dem Wegfall der Voraussetzungen,

1. mit dem Tage des Austrittes;
2. wenn Beiträge für mehr als sechs aufeinanderfolgende Monate nicht entrichtet sind, mit dem Ende des letzten durch Beitragsentrichtung erworbenen Versicherungsmonates.

(8) Bei der Ermittlung der Versicherungsmonate nach Abs. 1 und 5 ist § 231 entsprechend anzuwenden. Soweit dabei Versicherungszeiten in der gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherung zu berücksichtigen sind, gilt § 64 Gewerbliches Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 292/1957.“

12. a) Im § 18 Abs. 1 ist der Punkt am Schluß der Z. 3 durch einen Strichpunkt zu ersetzen. Als Z. 4 und 5 sind anzufügen:

„4. nach dem Tod eines nach Z. 1 versichert gewesenen selbständigen Landwirtes die im § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. b genannten Personen bei Erfüllung der dort angeführten Voraussetzungen;

5. nach Auflösung der Ehe eines nach Z. 1 oder 3 Versicherten durch Aufhebung oder Scheidung dessen früherer Ehegatte.“

b) § 18 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Für die Durchführung der Selbstversicherung nach Abs. 1 Z. 1, 2 und 4 sowie nach Abs. 1 Z. 5, soweit es sich um die Selbstversicherung des früheren Ehegatten eines selbständigen Landwirtes handelt, kann bei den Landwirtschafts-krankenkassen eine Sonderabteilung für die freiwillige Versicherung der selbständigen Landwirte errichtet werden.“

c) § 18 Abs. 4 hat zu lauten:

„(4) Das Recht zum Beitritt ist in den Fällen des Abs. 1 Z. 1 bis 3 von einer durch die Satzung zu bestimmenden Altersgrenze, die nicht höher als mit 50 Jahren festgesetzt werden darf, abhängig. Der Beitritt ist abzulehnen, wenn der Gesundheitszustand des Antragstellers ärztlicherseits als schlecht festgestellt wurde. In den Fällen des Abs. 1 Z. 4 und 5 ist das Recht zum Beitritt innerhalb von sechs Monaten nach dem Tage des Todes beziehungsweise nach dem Tage der Rechtskraft des gerichtlichen Urteiles über die Auflösung der Ehe geltend zu machen.“

d) § 18 Abs. 6 hat zu lauten:

„(6) Für das Ende der Selbstversicherung gilt § 16 Abs. 7 mit der Maßgabe entsprechend, daß das Ausscheiden aus dem Personenkreis nach Abs. 1 nicht als Wegfall der Voraussetzungen anzusehen ist.“

13. § 19 Abs. 3 hat zu lauten:

„(3) Die Selbstversicherung endet

1. mit dem Wegfall ihrer Voraussetzungen;
2. mit dem Tage des Austrittes;

3. wenn der fällige Beitrag nicht binnen einem Monat nach schriftlicher Mahnung gezahlt worden ist, mit dem Ende des Monates, für den zuletzt ein Beitrag entrichtet worden ist.“

14. Nach § 19 ist ein § 19 a mit folgendem Wortlaut einzufügen:

„Selbstversicherung bei mehrfacher Beschäftigung.“

§ 19 a. (1) Personen, die gemäß § 5 Abs. 2 in einem oder mehreren Beschäftigungsverhältnissen von der Vollversicherung ausgenommen sind, können, solange sie ihren Wohnsitz im Inland haben, der Selbstversicherung in der Kranken- und Pensionsversicherung hinsichtlich dieses Beschäftigungsverhältnisses (dieser Beschäftigungsverhältnisse) beitreten, wenn ihnen von mehreren Dienstgebern zusammen ein Entgelt mindestens in der Höhe der in § 5 Abs. 2 genannten Beiträge gebührt.

(2) Die Selbstversicherung beginnt mit dem auf den Beitritt folgenden Tag.

(3) Die Selbstversicherung endet

1. mit dem Wegfall ihrer Voraussetzungen;

2. mit dem Tage des Austrittes;

3. wenn der fällige Beitrag nicht binnen zwei Monaten nach Ablauf des Monates, für den er gelten soll, gezahlt worden ist, mit dem Ende des Monates, für den zuletzt ein Beitrag entrichtet worden ist.

(4) Der Antrag auf Selbstversicherung ist unter Bedachtnahme auf § 26 bei jenem Krankenversicherungsträger zu stellen, der nach dem Wohnsitz des Antragstellers für die Pflichtversicherung zuständig wäre. Dieser Versicherungsträger ist auch zur Durchführung der Krankenversicherung zuständig. Ist der Antragsteller bereits bei einem anderen Krankenversicherungsträger pflichtversichert, so ist dieser Versicherungsträger zur Entgegennahme des Antrages und zur Durchführung der Versicherung zuständig.

(5) Die nach Abs. 1 Selbstversicherten sind der Pensionsversicherung der Arbeiter zugehörig, es sei denn, daß sie bereits in der Pensionsversicherung der Angestellten oder in der knappschaftlichen Pensionsversicherung pflichtversichert sind. In diesem Falle sind sie auch in Ansehung der Selbstversicherung dem Versicherungszweig zugehörig, in dem die Pflichtversicherung besteht.

(6) In Ansehung der Berechtigung zur Weiterversicherung und der Gewährung von Leistungen sowohl nach diesem Bundesgesetz wie auch nach dem Mutterschutzgesetz, BGBl. Nr. 76/1957, hat die Selbstversicherung nach Abs. 1 die gleichen Rechtswirkungen wie eine Pflichtversicherung in der Kranken- und in der Pensionsversicherung.“

15. Im § 22 Abs. 2 ist der Ausdruck „§ 16 Abs. 6“ durch den Ausdruck „§ 16 Abs. 7“ und der Ausdruck „§ 17 Abs. 4“ durch den Ausdruck „§ 17 Abs. 7“ zu ersetzen.

16. a) § 26 Abs. 1 Z. 2 lit. c hat zu lauten:

„c) für die selbständigen Pecher und die selbständigen Winzer (§ 4 Abs. 3 Z. 4 und 9);“

b) § 26 Abs. 1 Z. 4 lit. c hat zu lauten:

„c) für die Bezieher einer Rente aus einer Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz, wenn die Rente durch die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen ausgezahlt wird, und für die Bezieher einer laufenden Geldleistung aus der zusätzlichen Pensionsversicherung bei einem der in den §§ 478 und 479 genannten Institute.“

17. a) § 28 Z. 2 hat zu lauten:

„2. die Land- und Forstwirtschaftliche Sozialversicherungsanstalt für

a) die Personen, für die eine Landwirtschafts-krankenkasse zur Durchführung der Krankenversicherung sachlich zuständig ist oder nach Art der Beschäftigung zuständig wäre,

b) die Versicherungsvertreter in den Verwaltungskörpern der Land- und Forstwirtschaftlichen Sozialversicherungsanstalt, der Landwirtschaftlichen Zuschußrentenversicherungsanstalt und der Landwirtschafts-krankenkassen,

c) Personen, die eine der im § 176 Abs. 1 Z. 3 genannten Tätigkeiten ausüben,

d) Personen, die eine der im § 176 Abs. 1 Z. 2, 4, 5 und 7 genannten Tätigkeiten ausüben, sofern die Land- und Forstwirtschaftliche Sozialversicherungsanstalt für sie auf Grund einer selbständigen oder unselbständigen Tätigkeit zur Durchführung der Unfallversicherung sachlich zuständig ist, für selbständig erwerbstätige Personen, die eine der im § 176 Abs. 1 Z. 7 genannten Tätigkeiten ausüben, jedoch nur, wenn diese nicht gemäß § 3 Abs. 1 Z. 1 Landwirtschaftliches Zuschußrentenversicherungsgesetz von der Pflichtversicherung ausgenommen sind.“

b) Im § 28 Z. 3 sind nach den Worten „dieser Versicherungsträger“ die Worte „und für die Versicherungsvertreter in den Verwaltungskörpern der Träger der zusätzlichen Pensionsversicherung (§ 479)“ einzufügen.

18. Im § 30 Abs. 3 ist die Zitierung „§ 4 Abs. 3 Z. 2 bis 4 und 6 bis 8“ durch die Zitierung „§ 4 Abs. 3 Z. 2 bis 4 und 6 bis 9“ zu ersetzen.

19. a) § 35 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Bei den in einem Ausbildungsverhältnis stehenden Pflichtversicherten (§ 4 Abs. 1 Z. 3 und 4) gilt der Träger der Einrichtung, in der die Ausbildung erfolgt, als Dienstgeber. Bei Heimarbeitern (§ 4 Abs. 1 Z. 6) gilt als Dienstgeber der Auftraggeber im Sinne der gesetzlichen Vorschriften über die Heimarbeit, auch wenn sich der Auftraggeber zur Weitergabe der Arbeit an die Heimarbeiter einer Mittelsperson bedient.“

b) § 35 Abs. 4 hat zu lauten:

„(4) Der Dienstnehmer hat die in den §§ 33 und 34 vorgeschriebenen Meldungen selbst zu erstatten,

a) wenn der Dienstgeber die Vorrechte der Exterritorialität genießt oder wenn dem Dienstgeber im Zusammenhang mit einem zwischenstaatlichen Vertrag oder der Mitgliedschaft Österreichs bei einer internationalen Organisation besondere Privilegien oder Immunitäten eingeräumt sind, oder

b) wenn der Dienstgeber im Inland keine Betriebsstätte (Niederlassung, Geschäftsstelle, Niederlage) hat.“

20. Dem § 39 ist folgender Satz anzufügen:

„Die gemäß § 19 a Selbstversicherten haben die Meldungen dem zuständigen Krankenversicherungsträger zu erstatten. Diese Meldungen wirken auch für den Bereich der Pensionsversicherung.“

21. § 44 Abs. 2 erster Satz hat zu lauten:

„Der Beitragszeitraum umfaßt für Pflichtversicherte, deren Arbeitsverdienst nach Kalendermonaten bemessen oder abgerechnet wird, den Kalendermonat, wobei dieser einheitlich mit 30 Tagen anzunehmen ist, für die anderen Pflichtversicherten die Kalenderwoche, in die der Monatserste fällt, und die folgenden vollen Kalenderwochen dieses Kalendermonates.“

22. § 47 hat zu lauten:

„Allgemeine Beitragsgrundlage in besonderen Fällen.

§ 47. Als allgemeine Beitragsgrundlage gilt für Zeiten

a) einer Arbeitsunterbrechung ohne Entgeltzahlung im Sinne des § 11 Abs. 3 lit. a und b der Betrag, der auf den der Dauer einer solchen Arbeitsunterbrechung entsprechenden Zeitabschnitt unmittelbar vor der Unterbrechung entfiel;

b) einer Arbeitsunterbrechung im Sinne des § 11 Abs. 3 lit. c die nach den dort genannten Vorschriften gebührende Vergütung für den Verdienstentgang, mindestens jedoch die Beitragsgrundlage des letzten Beitragszeitraumes vor der Arbeitsunterbrechung;

- c) einer Minderung der Beitragsgrundlage infolge Ausübung eines öffentlichen Mandates der Betrag, der auf den letzten Beitragszeitraum unmittelbar vor der Minderung der Beitragsgrundlage entfiel.“

23. a) § 49 Abs. 3 Z. 9 hat zu lauten:

„9. Zuschüsse des Dienstgebers, die für die Zeit des Anspruches auf laufende Geldleistungen aus der Krankenversicherung gewährt werden, sofern diese Zuschüsse weniger als 50 v. H. der vollen Geld- und Sachbezüge vor dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit betragen;“

b) § 49 Abs. 3 Z. 12 hat zu lauten:

„12. Zuschüsse des Dienstgebers zur Verbilligung von Mahlzeiten, ferner Freibier, Freitrunke, Freimilch und Freitabak;“

c) Dem § 49 Abs. 3 ist als Z. 13 anzufügen:

„13. Das Teilentgelt, das Lehrlingen (Anlernlingen) vom Unternehmer nach Art. II Abs. 2 des Bundesgesetzes vom 9. Juli 1953, BGBl. Nr. 141, zu leisten ist.“

d) § 49 Abs. 5 letzter Satz hat zu entfallen.

24. a) § 51 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Der allgemeine Beitrag für die Krankenversicherung darf durch die Satzung für die der Pensionsversicherung der Arbeiter zugehörigen Dienstnehmer sowie für die im Bereich der knappschaftlichen Pensionsversicherung als Arbeiter anzusehenden Personen höchstens mit 73 v. H., für die übrigen Vollversicherten höchstens mit 48 v. H. der allgemeinen Beitragsgrundlage festgesetzt werden. Für jene der Pensionsversicherung der Angestellten zugehörigen Dienstnehmer, deren Beschäftigungsverhältnis nicht durch eines der im § 14 Abs. 1 Z. 1 angeführten Gesetze geregelt ist und deren Entgeltanspruch im Falle der Erkrankung das im § 8 Abs. 1 und 2 des Angestelltengesetzes, BGBl. Nr. 292/1921, vorgesehene Ausmaß nicht erreicht, kann der allgemeine Beitrag für die Krankenversicherung durch die Satzung bis 73 v. H. der allgemeinen Beitragsgrundlage festgesetzt werden. Mit Zustimmung des Hauptausschusses des Nationalrates dürfen höhere Sätze festgesetzt werden, wenn dies zur Deckung des Erfordernisses nötig ist.“

b) Im § 51 Abs. 5 hat der letzte Satz zu lauten:

„Diese Beiträge sind zur Gänze vom Versicherten zu tragen; jedoch haben die gemäß § 4 Abs. 3 Z. 4 und Z. 9 versicherten Personen gegenüber den Besitzern der Wälder, in denen die Gewinnung von Harzprodukten ausgeübt wird, beziehungsweise gegenüber den Besitzern der Weinärten, in denen sie ihre Tätigkeit ausüben, Anspruch auf Erstattung der Hälfte der Beiträge.“

25. a) § 53 Abs. 3 hat zu lauten:

„(3) Der Dienstnehmer hat die Beiträge zur Gänze zu entrichten,

a) wenn die Beiträge vom Dienstgeber, der die Vorrechte der Exterritorialität genießt oder dem im Zusammenhang mit einem zwischenstaatlichen Vertrag oder der Mitgliedschaft Österreichs bei einer internationalen Organisation besondere Privilegien oder Immunitäten eingeräumt sind, nicht entrichtet werden,

b) wenn der Dienstgeber im Inland keine Betriebsstätte (Niederlassung, Geschäftsstelle, Niederlage) hat,

c) für die Dauer des Weiterbestandes einer Pflichtversicherung nach § 11 Abs. 3 lit. a.“

b) Dem § 53 ist als Abs. 4 anzufügen:

„(4) Im Falle des § 47 lit. c hat der Dienstgeber den Beitrag zur Gänze zu entrichten. Er ist berechtigt, unbeschadet der Bestimmungen des § 60 Abs. 1 auch den Unterschiedsbetrag zwischen dem Beitrag, der sich auf Grund der Beitragsgrundlage nach § 47 lit. c und der allgemeinen Beitragsgrundlage nach § 44 ergibt, vom Entgelt in barem abzuziehen.“

26. Dem § 54 ist ein Abs. 4 mit folgendem Wortlaut anzufügen:

„(4) § 44 Abs. 5 gilt entsprechend.“

27. a) § 58 Abs. 1 hat zu lauten:

„(1) Die allgemeinen Beiträge sind am letzten Tage des Kalendermonates fällig, in den das Ende des Beitragszeitraumes fällt. Die Satzung kann, sofern sie einen anderen als den im § 44 Abs. 2 erster Satz bezeichneten Beitragszeitraum bestimmt, vorsehen, daß die Fälligkeit der Beiträge am letzten Tag des Beitragszeitraumes eintritt. Die Fälligkeit der Sonderbeiträge wird durch die Satzung des Versicherungsträgers geregelt.“

b) § 58 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Die auf den Versicherten und den Dienstgeber, bei Heimarbeitern auf den Auftraggeber entfallenden Beiträge schuldet der Dienstgeber (Auftraggeber). Er hat diese Beiträge zur Gänze einzuzahlen. Die den Heimarbeitern gleichgestellten Personen (§ 4 Abs. 1 Z. 6) schulden die Beiträge und haben diese zur Gänze selbst einzuzahlen.“

c) § 58 Abs. 4 hat zu lauten:

„(4) Bei der Berechnung der auf die Versicherten und deren Dienstgeber entfallenden Beiträge kann der Versicherungsträger aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung allgemein Beträge unter fünf Groschen unberücksichtigt lassen; Beträge von fünf oder mehr Groschen können als zehn Groschen gerechnet werden.“

28. § 59 Abs. 3 hat zu lauten:

„(3) Die vom Träger der Krankenversicherung eingehobenen Verzugszinsen sind auf die beteiligten Versicherungsträger schlüsselmäßig nach Maßgabe des auf den einzelnen Versicherungsträger entfallenden Gesamtbeitragsrückstandes am Ende des Vormonates aufzuteilen.“

29. Dem § 60 Abs. 2 ist folgender Satz anzufügen:

„Die nach den im § 11 Abs. 3 lit. c genannten Vorschriften gebührende Vergütung für Verdienstentgang auf Grund einer Absonderung steht dem aus Leistungen Dritter bestehenden Entgelt gleich.“

30. § 64 Abs. 3 hat zu lauten:

„(3) Vor Ausstellung eines Rückstandsausweises ist der rückständige Betrag einzumahlen. Die Bestimmungen des § 227 Abs. 2 und 3 und des § 228 der Bundesabgabenordnung, BGBl. Nr. 194/1961, sind entsprechend anzuwenden.“

31. § 66 hat zu lauten:

„Sicherung der Beiträge.

§ 66. Die Bestimmungen der §§ 232 und 233 der Bundesabgabenordnung, BGBl. Nr. 194/1961, sind auf Beitragsforderungen nach diesem Bundesgesetz mit der Maßgabe entsprechend anzuwenden, daß an Stelle der Abgabenbehörde der Versicherungsträger tritt, der nach § 58 Abs. 5 berufen ist, die Beitragsforderung rechtlich geltend zu machen. Gegen den Sicherstellungsauftrag ist das Rechtsmittel des Einspruches (§ 412) gegeben.“

32. § 67 Abs. 3 letzter Satz hat zu entfallen.

33. Dem § 68 ist als Abs. 3 anzufügen:

„(3) Sind fällige Beiträge durch eine bürgerliche Eintragung gesichert, so kann innerhalb von 30 Jahren nach erfolgter Eintragung gegen die Geltendmachung des dadurch erworbenen Pfandrechtes die seither eingetretene Verjährung des Rechtes auf Einforderung der Beiträge nicht geltend gemacht werden.“

34. a) § 73 Abs. 6 hat zu lauten:

„(6) Die Träger der zusätzlichen Pensionsversicherung nach den §§ 478 und 479 haben von jeder von ihnen zur Auszahlung gelangenden laufenden Geldleistung und Sonderzahlung, durch die eine Teilversicherung nach § 8 Abs. 1 Z. 1 lit. b begründet wird, einen Betrag in der gleichen Höhe einzubehalten, wie er bei den im Abs. 5 genannten Renten gleicher Höhe einzubehalten ist.“

b) § 73 Abs. 7 hat zu lauten:

„(7) In der Krankenversicherung der Bezieher einer Rente aus der knappschaftlichen Pensionsversicherung und — soweit der Aufwand nicht durch die nach Abs. 5 beziehungsweise 6 einbehaltenen Beträge gedeckt ist — auch aus der von der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen durchgeführten Pensionsversicherung der Arbeiter sowie aus der von dieser Anstalt durchgeführten zusätzlichen Pensionsversicherung nach § 478 wird der Aufwand aus den Mitteln der Pensionsversicherung erstattet; die Satzung des Versicherungsträgers kann hiefür einen Pauschbetrag festsetzen.“

c) Dem § 73 wird als Abs. 8 neu angefügt:

„(8) In der Krankenversicherung der nach § 8 Abs. 1 Z. 1 lit. b teilversicherten Bezieher einer laufenden Geldleistung aus der zusätzlichen Pensionsversicherung nach § 479 haben die Träger der zusätzlichen Pensionsversicherung an die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen ab dem Beginn der Krankenversicherung (§ 12 Abs. 6 beziehungsweise 7) bis zu deren Ende (§ 12 Abs. 5) einen Beitrag in gleicher Höhe zu entrichten, wie er von den bei dieser Anstalt in der Krankenversicherung Weiterversicherten nach den jeweils geltenden Bestimmungen zu leisten ist; als Beitragsgrundlage gilt die die Teilversicherung begründende laufende Geldleistung aus der zusätzlichen Pensionsversicherung in ihrer jeweiligen Höhe ohne Berücksichtigung von Ruhensbestimmungen.“

d) Der bisherige Abs. 7 erhält die Bezeichnung Abs. 9.

35. a) Im § 74 Abs. 1 letzter Satz ist die Zitierung „§ 8 Abs. 1 Z. 3 lit. f“ durch die Zitierung „§ 8 Abs. 1 Z. 3 lit. e“ zu ersetzen.

b) Im § 74 Abs. 2 erster Satz ist die Zitierung „§ 8 Abs. 1 Z. 3 lit. c, d und e“ durch die Zitierung „§ 8 Abs. 1 Z. 3 lit. c“ zu ersetzen.

c) Im § 74 Abs. 3 Z. 2 haben die Worte „und für die nach § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. e Teilversicherten“ zu entfallen.

d) § 74 Abs. 3 Z. 3 hat zu entfallen.

e) Der § 74 Abs. 3 Z. 4 erhält die Bezeichnung Z. 3 und hat zu lauten:

„3. für die nach § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. e teilversicherten Versicherungsvertreter von dem in Betracht kommenden Versicherungsträger beziehungsweise vom Hauptverband beziehungsweise vom Verband der Meisterkrankenkassen.“

36. a) Im § 76 Abs. 1 ist der Punkt am Schluß der Z. 3 durch einen Strichpunkt zu ersetzen. Als Z. 4 ist einzufügen:

„4. für in der Kranken- und Pensionsversicherung gemäß § 19 a Selbstversicherte ein Betrag

in der Höhe des durchschnittlichen Einkommens des Versicherten aus den Beschäftigungen, die seine Berechtigung zur Selbstversicherung begründen; dieser Betrag darf nicht niedriger als 20 S täglich und nicht höher als die Höchstbeitragsgrundlage in der in Betracht kommenden Versicherung sein.“

b) § 76 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Die Weiterversicherung in der Kranken- oder Pensionsversicherung ist auf Antrag des Versicherten, soweit dies nach den wirtschaftlichen Verhältnissen des Antragstellers gerechtfertigt erscheint, auf einer niedrigeren als der nach Abs. 1 in Betracht kommenden Beitragsgrundlage, jedoch nicht unter 10 S für den Kalendertag zuzulassen. In der Krankenversicherung kann der Versicherungsträger für die Weiterversicherung eine höhere als die nach Abs. 1 in Betracht kommende Beitragsgrundlage, jedoch nicht über der Höchstbeitragsgrundlage in dieser Versicherung, festsetzen, wenn die Beiträge in einem erheblichen Mißverhältnis zu dem Gesamteinkommen und den im Versicherungsfall zu gewährenden Leistungen stehen. Wurde in der Pensionsversicherung die Weiterversicherung auf einer niedrigeren als der nach Abs. 1 in Betracht kommenden Beitragsgrundlage zugelassen, so hat der Versicherungsträger bei einer Änderung in den wirtschaftlichen Verhältnissen des Versicherten auf dessen Antrag eine Erhöhung der Beitragsgrundlage bis auf das nach Abs. 1 in Betracht kommende Ausmaß vorzunehmen. Eine solche Erhöhung hat der Versicherungsträger auch von Amts wegen vorzunehmen, wenn ihm eine entsprechende Änderung in den wirtschaftlichen Verhältnissen des Versicherten bekannt wird. Solche Festsetzungen wirken in allen diesen Fällen nur für die Zukunft.“

37. a) Im § 77 Abs. 1 sind nach den Worten „Weiter- und Selbstversicherte“ die Worte „mit Ausnahme der Selbstversicherten nach § 19 a“ einzufügen; ferner ist diesem Absatz folgender Satz anzufügen: „Für die nach § 19 a Selbstversicherten gilt der Beitragssatz, wie er in der Satzung des Versicherungsträgers für die Pflichtversicherten festgesetzt ist, die dem nach § 19 a Abs. 5 jeweils in Betracht kommenden Versicherungszweig der Pensionsversicherung zugehören.“

b) § 77 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) In der Pensionsversicherung haben Weiter- und Selbstversicherte den Beitrag mit dem für Pflichtversicherte geltenden Hundertsatz der Beitragsgrundlage zu entrichten. Für die Höhverversicherung in der Pensionsversicherung sind Beiträge in einer vom Versicherten gewählten Höhe, monatlich aber mindestens 10 S zu entrichten; der jährliche Beitrag darf 6000 S nicht übersteigen.“

38. a) § 78 Abs. 1 hat zu lauten:

„(1) Die Beiträge für Weiterversicherte sind zu Beginn des Kalendermonates fällig. Die Fälligkeit der Beiträge für Selbstversicherte ist durch die Satzung des den Beitrag einziehenden Versicherungsträgers zu regeln.“

b) Dem § 78 Abs. 3 ist folgender Satz anzufügen:

„Die gemäß § 19 a Selbstversicherten haben die Beiträge zur Kranken- und Pensionsversicherung an den zuständigen Krankenversicherungsträger einzuzahlen.“

c) Dem § 78 ist folgender Abs. 4 einzufügen:

„(4) In der Selbstversicherung nach § 19 a hat jeder Dienstgeber dem Selbstversicherten gegen Nachweis der bestehenden Selbstversicherung die Hälfte des Beitrages zu ersetzen, der auf das von ihm ausgezahlte Entgelt (§ 49) entfällt; der Ersatzanspruch ist bei sonstigem Verlust spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Zahlung des jeweiligen Entgeltes vom Selbstversicherten geltend zu machen.“

Der bisherige Abs. 4 erhält die Bezeichnung Abs. 5.

39. a) Im § 79 erhält der bisher einzige Absatz die Bezeichnung Abs. 1; in diesem Absatz haben die Worte „in der Kranken- und Unfallversicherung“ zu entfallen.

b) Dem § 79 ist folgender Abs. 2 anzufügen:

„(2) Die Träger der Krankenversicherung haben die bei ihnen von den Selbstversicherten nach § 19 a eingezahlten Beiträge zur Pensionsversicherung in entsprechender Anwendung der Bestimmungen des § 63 an den zuständigen Träger der Pensionsversicherung abzuführen.“

40. § 80 hat zu lauten:

„Beitrag des Bundes.

§ 80. (1) In der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz leistet der Bund für das Jahr 1962 einen Beitrag von 1812,5 Millionen Schilling. Hievon entfallen auf die

Mill. S

- | | |
|--|-------|
| a) Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter | 1178 |
| b) Land- und Forstwirtschaftliche Sozialversicherungsanstalt | 589,5 |
| c) Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen | 45. |

(2) Der Beitrag des Bundes ist monatlich im erforderlichen Ausmaß, nach Tunlichkeit in den Monaten April und September mit je zwei Viertel, in den übrigen Monaten mit je einem Viertel zu bevorschussen.“

41. § 84 hat zu lauten:

„Unterstützungsfonds.

§ 84. (1) Die Versicherungsträger können einen Unterstützungsfonds anlegen.

(2) Dem Unterstützungsfonds können

1. die Träger der Krankenversicherung

a) bis zu 25 v. H. des im abgelaufenen Geschäftsjahr erzielten Gebarungüberschusses, höchstens jedoch 1 v. H. der Einnahmen an Versicherungsbeiträgen in diesem Geschäftsjahr, oder

b) bis zu 3 v. T. der Einnahmen an Versicherungsbeiträgen in diesem Geschäftsjahr,

2. die Träger der Unfallversicherung mit Ausnahme der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen und die Träger der Pensionsversicherung

a) bis zu 5 v. H. des im abgelaufenen Geschäftsjahr erzielten Gebarungüberschusses oder

b) bis zu 1 v. T. der Einnahmen an Versicherungsbeiträgen in diesem Geschäftsjahr überweisen.

(3) Überweisungen nach Abs. 2 Z. 1 lit. b und Z. 2 lit. b dürfen nur so weit erfolgen, daß die Mittel des Unterstützungsfonds am Ende des abgelaufenen Geschäftsjahres bei den Trägern der Krankenversicherung den Betrag von 5 v. T. der Beitragseinnahmen, bei den Trägern der Unfallversicherung und der Pensionsversicherung den Betrag von 2 v. T. der Beitragseinnahmen nicht übersteigen.

(4) Die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen als Träger der Unfallversicherung kann zur Auffüllung des Unterstützungsfonds einen Zuschlag zu den Unfallversicherungsbeiträgen bis zu 5 v. H. dieser Beiträge einheben.

(5) Die Mittel des Unterstützungsfonds können in besonders berücksichtigungswürdigen Fällen, insbesondere in Berücksichtigung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse des zu Unterstützenden, für Unterstützungen nach Maßgabe der hiefür vom Vorstand im Einvernehmen mit dem Überwachungsausschuß zu erlassenden Richtlinien verwendet werden. § 438 Abs. 3 bis 5 werden entsprechend angewendet.“

42. Im § 86 Abs. 3 ist der Punkt am Ende des ersten Satzes durch einen Strichpunkt zu ersetzen. Folgender Halbsatz ist anzufügen:

„diese Antragsfrist beginnt bei Waisenrentenberechtigten, die erst nach dem Eintritt des Versicherungsfalles geboren werden, mit dem Tag der Geburt.“

43. Im § 87 Abs. 3 ist die Zitierung „Abs. 1“ durch die Zitierung „Abs. 2“ zu ersetzen.

44. a) Im § 89 Abs. 1 Z. 1 ist nach den Worten „Bundesanstalt für Erziehungsbedürftige“ einzufügen: „(§ 3 des Jugendgerichtsgesetzes, BGBl. Nr. 272/1949)“.

b) Im § 89 Abs. 2 hat der letzte Satz zu entfallen.

c) § 89 Abs. 3 Z. 3 hat zu lauten:

„3. hinsichtlich der Ansprüche aus der Unfallversicherung und aus der Pensionsversicherung, wenn der Versicherungsträger dem Anspruchsberechtigten die Zustimmung zum Auslandsaufenthalt erteilt.“

45. § 90 hat zu lauten:

„Zusammentreffen eines Rentenanspruches aus eigener Pensionsversicherung mit einem Anspruch auf Krankengeld.

§ 90. (1) Fällt während der ersten drei Tage einer Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, für die gemäß § 138 Abs. 1 Anspruch auf Krankengeld nicht besteht, oder während des Bezuges von Krankengeld ein Rentenanspruch aus eigener Pensionsversicherung des Versicherten an oder lebt eine Rente aus einem der Versicherungsfälle des Alters wieder auf, so ruht der Rentenanspruch für die weitere Dauer des Krankengeldbezuges mit dem Betrag des Krankengeldes; dem Bezug des Krankengeldes sind hiebei auch die auf Rechnung eines Krankenversicherungsträgers gewährte Anstaltspflege, Unterbringung des Versicherten in einem Genesungs-, Erholungs- oder Kurheim oder einer Sonderheilstation und der Ersatz der Verpflegskosten gemäß § 131 oder § 150 gleichzustellen.

(2) Das Ruhen des Rentenanspruches erfaßt den Grundbetrag vor den anderen Rentenbestandteilen.“

46. Nach § 90 ist ein § 90 a mit folgender Überschrift und folgendem Wortlaut einzufügen:

„Zusammentreffen eines Anspruches auf Versehrtenrente mit einem Anspruch auf Krankengeld.

§ 90 a. (1) Trifft der Bezug von Krankengeld mit einem Anspruch auf Versehrtenrente aus der Unfallversicherung zusammen, so ruht, wenn die Arbeitsunfähigkeit Folge des Arbeitsunfalles oder der Berufskrankheit ist, die Versehrtenrente für die weitere Dauer des Krankengeldbezuges mit dem Betrag des Krankengeldes; hiebei sind der Bezug von Versehrtenrente dem Anspruch auf Versehrtenrente und ein ruhender Anspruch auf Krankengeld dem Bezug des Krankengeldes gleichzuhalten.

(2) Das Ruhen gemäß Abs. 1 tritt jedoch in dem Ausmaß nicht ein, in dem die Rente unmittelbar vor der Arbeitsunfähigkeit gebührte.“

47. a) Die Überschrift des § 94 hat zu lauten:
 „Zusammentreffen eines Rentenanspruches aus der Pensionsversicherung mit Erwerbseinkommen.“

b) § 94 Abs. 1 hat zu lauten:

„(1) Wird neben einem Rentenanspruch aus der Pensionsversicherung mit Ausnahme der Ansprüche auf Knappschaftsrente und Knappschafts-sold sowie Waisenrente noch Erwerbseinkommen (Abs. 2 und 3) aus einer gleichzeitig ausgeübten Erwerbstätigkeit erzielt, so ruht der Grundbetrag mit dem Betrag, um den das im Monat gebührende Erwerbseinkommen 680 S übersteigt, höchstens jedoch mit dem Betrag, um den die Summe aus Rente und Erwerbseinkommen im Monat den Betrag von 1800 S übersteigt.“

c) § 94 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Als Erwerbseinkommen im Sinne des Abs. 1 gilt bei einer gleichzeitig ausgeübten

a) unselbständigen Erwerbstätigkeit das aus dieser Tätigkeit gebührende Entgelt;

b) selbständigen Erwerbstätigkeit der auf den Kalendermonat entfallende Teil der nachgewiesenen Einkünfte aus dieser Erwerbstätigkeit.“

d) Der bisherige § 94 Abs. 2 erhält die Bezeichnung Abs. 3. In diesem Absatz ist das Wort „Entgelt“ durch das Wort „Erwerbseinkommen“ zu ersetzen.

e) Der bisherige Abs. 3 erhält die Bezeichnung Abs. 4 und hat zu lauten:

„(4) Tritt an die Stelle des Entgeltes Krankengeld aus der Krankenversicherung oder wird aus dieser Versicherung Anstaltspflege gewährt, so ruht für die Dauer des Bezuges des Krankengeldes oder der Gewährung von Anstaltspflege der Rentenanspruch in der bisherigen Höhe weiter; der Gewährung von Anstaltspflege ist die Unterbringung des Versicherten in einem Genesungs-, Erholungs- oder Kurheim oder einer Sonderheilanstalt und der Ersatz der Verpflegskosten gemäß § 131 oder § 150 gleichzustellen.“

f) Im § 94 erhalten die Abs. 4 und 5 die Bezeichnung Abs. 5 und 6.

48. § 95 hat zu lauten:

„Gemeinsame Bestimmungen für die Anwendung der §§ 90, 90 a und 94.“

§ 95. (1) Bei Anwendung der §§ 90, 90 a und 94 sind die Renten mit dem Hilflosenzuschuß und den Zuschlägen, jedoch ohne die besonderen

Steigerungsbeträge für Höhrversicherung (§ 248 Abs. 1 und § 251 Abs. 3) und die Kinderzuschüsse heranzuziehen.

(2) Liegen die Voraussetzungen für die Anwendung mehrerer der in Abs. 1 angeführten Ruhensbestimmungen vor, so sind diese in der Reihenfolge § 90 a, § 90 und § 94 anzuwenden; bei der Anwendung des § 90 ist das Krankengeld nur mehr mit dem Betrag heranzuziehen, um den es den in der Unfallversicherung gemäß § 90 a ruhenden Rentenanspruch übersteigt.“

49. § 97 hat zu lauten:

„Wirksamkeitsbeginn von Änderungen in den Rentenansprüchen aus der Unfall- und Pensionsversicherung.“

§ 97. (1) Die Erhöhung von Renten aus der Unfallversicherung und der Pensionsversicherung sowie eine wiederzuerkannte Rente aus der Unfallversicherung gebühren nur für die Zeit ab Anmeldung des Anspruches beziehungsweise ab Einleitung des amtswegigen Verfahrens.

(2) Die Erhöhung der Witwenrente aus der Unfallversicherung wegen Krankheit oder anderer Gebrechen ist auch für die Zeit der Minderung der Erwerbsfähigkeit vor der Anmeldung des Anspruches, längstens jedoch bis zu drei Monaten vor der Anmeldung zu gewähren. Das gleiche gilt in der Unfall- und in der Pensionsversicherung für die Erhöhung von Waisenrenten, für die Erhöhung von Renten infolge Zuerkennung von Kinderzuschüssen oder eines Hilflosenzuschusses sowie für die Weitergewährung von Kinderzuschüssen oder Waisenrenten.

(3) Die Herabsetzung einer Rente wird mit dem Ablauf des Kalendermonates wirksam, der auf die Zustellung des Bescheides folgt.“

50. a) Im § 98 Abs. 1 sind nach dem Wort „Bundesgesetz“ die Worte „mit Ausnahme des Hilflosenzuschusses“ einzufügen.

b) § 98 Abs. 3 hat zu lauten:

„(3) Der Hilflosenzuschuß, sonstige Ansprüche sowie die Anwartschaften nach diesem Bundesgesetz können weder übertragen noch verpfändet noch gepfändet werden.“

51. Im § 100 Abs. 1 ist der Punkt am Schluß der lit. b durch einen Strichpunkt zu ersetzen. Als lit. c ist anzufügen:

„c) in der Pensionsversicherung überdies in den Fällen des § 310; die Rente und allfällige Zuschüsse gebühren noch für den Monat, der dem Einlangen des Antrages gemäß § 308 Abs. 1 beim leistungszuständigen Versicherungsträger folgt.“

52. § 101 hat zu lauten:

„Rückwirkende Herstellung des gesetzlichen Zustandes bei Geldleistungen.“

§ 101. Ergibt sich nachträglich, daß eine Geldleistung beschneidmässig infolge eines wesentlichen Irrtums über den Sachverhalt oder eines offenkundigen Versehens zu Unrecht abgelehnt, entzogen, eingestellt, zu niedrig bemessen oder zum Ruhen gebracht wurde, so ist mit Wirkung vom Tage der Auswirkung des Irrtums oder Versehens der gesetzliche Zustand herzustellen.“

53. § 102 Abs. 1 hat zu lauten:

„(1) Der Anspruch auf Leistungen aus der Krankenversicherung ist bei sonstigem Verlust binnen zwei Jahren nach seinem Entstehen, bei nachträglicher Feststellung der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung binnen zwei Jahren nach Rechtskraft dieser Feststellung geltend zu machen.“

54. a) Im § 103 Abs. 1 Z. 2 ist der Ausdruck „vom Versicherungsträger“ durch den Ausdruck „von Versicherungsträgern“ zu ersetzen.

b) Im § 103 Abs. 1 Z. 3 ist der Ausdruck „vom leistungspflichtigen Versicherungsträger“ durch den Ausdruck „von Versicherungsträgern“ zu ersetzen.

55. a) Dem § 104 Abs. 1 ist folgender Satz anzufügen:

„Die laufenden Geldleistungen aus der Krankenversicherung können, wenn die Leistungspflicht dem Grunde nach feststeht, das Ausmaß der Leistung aber aus Gründen, die nicht in der Person des Versicherten gelegen sind, noch nicht ermittelt werden kann, vom Versicherungsträger bevorschusst werden.“

b) § 104 Abs. 4 hat zu lauten:

„(4) Alle Zahlungen können auf zehn Groschen in der Weise gerundet werden, daß Beträge unter fünf Groschen unberücksichtigt bleiben und solche von fünf oder mehr Groschen als zehn Groschen gerechnet werden.“

56. Im § 105 Abs. 4 zweiter Satz ist der Ausdruck „des § 90“ durch den Ausdruck „des § 90 beziehungsweise des § 90 a“ zu ersetzen.

57. Im § 106 Abs. 1 ist der erste Satz durch folgende zwei Sätze zu ersetzen:

„Die Leistungen werden an den Anspruchsberechtigten, wenn dieser aber handlungsunfähig oder ein beschränkt handlungsfähiger Unmündiger ist, an seinen gesetzlichen Vertreter ausbezahlt. In den Fällen des § 361 Abs. 2 dritter Satz ist die Leistung unmittelbar an den Antragsteller auszuzahlen.“

58. § 107 hat zu lauten:

„Rückforderung zu Unrecht erbrachter Leistungen.“

§ 107. (1) Zu Unrecht erbrachte Geldleistungen sind vom Versicherungsträger zurückzufordern, wenn der Empfänger den Bezug durch bewußt unwahre Angaben, bewußte Verschweigung maßgebender Tatsachen oder Verletzung der Meldevorschriften (§ 40) herbeigeführt hat.

(2) Das Recht auf Rückforderung nach Abs. 1 verjährt binnen zwei Jahren nach dem Zeitpunkt, in dem dem Versicherungsträger bekannt geworden ist, daß die Leistung zu Unrecht erbracht worden ist.

(3) Der Versicherungsträger kann bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände, insbesondere in Berücksichtigung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Empfängers,

1. auf die Rückforderung nach Abs. 1 verzichten;

2. die Erstattung des zu Unrecht gezahlten Betrages in Teilbeträgen zulassen.

(4) Zur Eintreibung der Forderungen der Versicherungsträger auf Grund der Rückforderungsbescheide ist den Versicherungsträgern die Einbringung im Verwaltungswege gewährt (§ 3 Abs. 3 Verwaltungsvollstreckungsgesetz 1950).“

59. § 112 Abs. 1 hat zu lauten:

„(1) Die Bestimmungen des § 111 sind auf Dienstgeber beziehungsweise deren Bevollmächtigte entsprechend anzuwenden, die der von ihnen nach § 34 Abs. 2 übernommenen Pflicht zur Vorlage von Entgeltlisten nicht oder nicht rechtzeitig nachkommen oder in diesen Listen unwahre Angaben machen oder die die Bestätigung nach § 361 Abs. 3 nicht oder nicht rechtzeitig ausstellen. Die Bestimmungen des § 111 sind auch auf Betriebsinhaber oder deren Beauftragte entsprechend anzuwenden, die das Betreten beziehungsweise Besichtigen des Betriebes (Anstalt, Einrichtung und dergleichen) durch fachkundige Organe der Träger der Unfallversicherung (§ 187 Abs. 2) verweigern.“

Artikel II.

1. § 118 Abs. 1 hat zu lauten:

„(1) An Stelle der Krankenbehandlung und gegebenenfalls des Krankengeldes tritt nach Maßgabe der §§ 144 bis 150 Anstaltspflege; an Stelle der Anstaltspflege kann neben der Krankenbehandlung und gegebenenfalls neben dem Krankengeld Hauspflege (§ 151) gewährt werden.“

2. § 120 Z. 3 hat zu lauten:

„3. im Versicherungsfall der Mutterschaft mit dem Beginn der sechsten Woche vor der voraus-

sichtlichen Entbindung; wenn aber die Entbindung vor diesem Zeitpunkt erfolgt, mit der Entbindung; ist der Tag der voraussichtlichen Entbindung nicht festgestellt worden, mit dem Beginn der sechsten Woche vor der Entbindung;“

3. § 121 Abs. 4 hat zu lauten:

„(4) Sofern nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes oder der Satzung der Anspruch von der Erfüllung einer Wartezeit abhängig ist, sind auf diese anzurechnen:

1. Zeiten einer Krankenversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz,

2. Zeiten der Zugehörigkeit zu einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers,

3. Zeiten eines Kranken- oder Wochengeldbezuges sowie Zeiten, während derer der Versicherte auf Rechnung eines Versicherungsträgers Anstaltspflege erhalten hat oder auf Rechnung eines Versicherungsträgers in einem Genesungs-, Erholungs- oder Kurheim oder einer Sonderheilanstalt untergebracht war oder Anspruch auf Ersatz der Verpflegskosten gemäß § 131 oder § 150 einem Versicherungsträger gegenüber hatte, sofern diese Leistungen nicht im Falle des § 122 Abs. 2 Z. 2 und Abs. 3 gewährt wurden.

Bei den nach § 16 Abs. 2 Weiterversicherten sind auf die Wartezeit überdies die in Z. 1 bis 3 bezeichneten Zeiten anzurechnen, die der Versicherte, dessen Pflichtversicherung freiwillig fortgesetzt wird, zurückgelegt hat.“

4. a) § 122 Abs. 1 hat zu lauten:

„(1) Der Versicherte hat nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen Anspruch auf die Leistungen der Krankenversicherung für sich und seine Angehörigen (§ 123), wenn der Versicherungsfall

a) während der Versicherung oder

b) vor dem auf das Ende der Versicherung nächstfolgenden Arbeitstag

eingetreten ist (§ 120). Die Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit werden auch gewährt, wenn die Krankheit im Zeitpunkt des Beginnes der Versicherung bereits bestanden hat. Die Leistungen sind in allen diesen Fällen auch über das Ende der Versicherung hinaus bis zum Ablauf der Leistungshöchstdauer weiterzugewähren, solange die Voraussetzungen für den Anspruch gegeben sind.“

b) § 122 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Für Versicherungsfälle, die nach dem Ende der Versicherung oder nach Ablauf des im Abs. 1 lit. b bezeichneten Zeitraumes eintreten, sind Leistungen, und zwar auch für Familienangehörige, nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu gewähren:

1. an Personen, die Anspruch auf Kranken- oder Wochengeld haben, auch wenn dieser An-

spruch ruht, oder die auf Rechnung eines Versicherungsträgers Anstaltspflege erhalten oder auf Rechnung eines Versicherungsträgers in einem Genesungs-, Erholungs- oder Kurheim oder einer Sonderheilanstalt untergebracht sind oder Anspruch auf Ersatz der Verpflegskosten gemäß § 131 oder § 150 einem Versicherungsträger gegenüber haben,

2. an Personen, die innerhalb der letzten zwölf Monate vor dem Ausscheiden aus der durch eine Beschäftigung begründeten Pflichtversicherung mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens sechs Wochen versichert waren und sogleich nach dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung erwerbslos geworden sind, wenn der Versicherungsfall während der Erwerbslosigkeit und binnen drei Wochen nach dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung eintritt; das gleiche gilt, wenn bei einem mehrfach Versicherten (§ 128) ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis endet und das Entgelt aus den weiterbestehenden Beschäftigungsverhältnissen den Betrag von 680 S monatlich nicht übersteigt. War der Versicherte im Zeitpunkt des Ausscheidens aus der Pflichtversicherung infolge Krankheit arbeitsunfähig, so beginnt die Frist von drei Wochen erst ab dem Erlöschen des Anspruches auf Krankengeld (Anstaltspflege) zu laufen. Sterbegeld ist auch zu gewähren, wenn der Versicherungsfall des Todes erst nach Ablauf von drei Wochen nach dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung, aber noch während der Gewährung (des Ruhens) von Krankengeld, Anstalts(Haus)pflge oder Wochengeld eingetreten ist.“

c) Im § 122 Abs. 3 ist der Punkt am Ende des Absatzes durch einen Strichpunkt zu ersetzen; es ist anzufügen:

„tritt in dieser Zeit der Versicherungsfall der Krankheit oder des Todes ein, gebühren die Leistungen aus diesen Versicherungsfällen.“

d) Im § 122 Abs. 4 ist die jeweils vorkommende Zitierung „Abs. 2 Z. 2“ durch die Zitierung „Abs. 2 Z. 2 und Abs. 3“ zu ersetzen.

5. a) Im § 123 Abs. 1 Z. 1 ist der Strichpunkt durch das Wort „und“ zu ersetzen; in Z. 2 ist der Beistrich durch einen Punkt zu ersetzen; das Wort „und“ und die Z. 3 haben zu entfallen.

b) Im § 123 Abs. 2 Z. 4 sind die Worte „im Wege der freiwilligen Gerichtsbarkeit“ durch die Worte „im Verfahren außer Streitsachen“ zu ersetzen.

c) § 123 Abs. 3 zweiter Satz hat zu lauten: „Über diesen Zeitpunkt hinaus gelten sie als Angehörige, wenn sie

1. wegen wissenschaftlicher oder sonstiger regelmäßiger Schul- oder Berufsausbildung sich

noch nicht selbst erhalten können, bis zur ordnungsmäßigen Beendigung der Ausbildung, längstens jedoch bis zur Vollendung des 24. Lebensjahres, oder

2. wegen geistiger oder körperlicher Gebrechen außerstande sind, sich selbst den Unterhalt zu verschaffen, sofern das Gebrechen vor der Vollendung des 18. Lebensjahres oder während des Bestandes der Angehörigeneigenschaft nach Z. 1 eingetreten ist.“

d) Im § 123 ist als Abs. 4 einzufügen:

„(4) Sind beide Elternteile versichert, dann gelten Kinder aus geschiedenen (aufgehobenen, für nichtig erklärten) Ehen als Angehörige jenes Elternteiles, in dessen Hausgemeinschaft sie ständig leben. Kommt bei unehelichen Kindern die Angehörigeneigenschaft nach Abs. 2 Z. 3 und 4 in Betracht, dann gelten die unehelichen Kinder als Angehörige der Kindesmutter, wenn sie mit dieser ständig in Hausgemeinschaft leben. Die ständige Hausgemeinschaft besteht weiter, wenn sich das Kind nur vorübergehend oder wegen schulmäßiger (beruflicher) Ausbildung oder zeitweilig wegen Heilbehandlung außerhalb der Hausgemeinschaft aufhält; das gleiche gilt, wenn sich das Kind auf Veranlassung eines Elternteiles und überwiegend auf seine Kosten in Pflege eines Dritten befindet.“

Der bisherige Abs. 4 erhält die Bezeichnung Abs. 5.

e) Der bisherige Abs. 5 erhält die Bezeichnung Abs. 6 und hat zu lauten:

„(6) Als Angehörige gilt auch die Mutter, Tochter (auch Stief- oder Pflege Tochter), Enkelin oder Schwester des Versicherten, die seit mindestens zehn Monaten mit ihm in Hausgemeinschaft lebt und ihm seit dieser Zeit unentgeltlich den Haushalt führt, bei männlichen Versicherten jedoch nur, wenn eine im gemeinsamen Haushalt lebende arbeitsfähige Ehegattin nicht vorhanden ist. Angehörige aus diesem Grunde kann nur eine einzige Person sein.“

f) Der bisherige Abs. 6 erhält die Bezeichnung Abs. 7; der letzte Satz hat zu entfallen.

6. § 124 hat zu lauten:

„Sonderregelungen für Selbstversicherte und Rentner.“

§ 124. (1) Bei Selbstversicherten (§ 18) ist die Leistungspflicht allgemein, soweit nicht für einzelne Leistungen im folgenden eine längere Wartezeit vorgeschrieben ist, von der Erfüllung einer Wartezeit von sechs Wochen abhängig. Durch die Satzung kann diese Wartezeit auf drei Monate erweitert werden. Bei den nach § 18 Abs. 1 Z. 4 und 5 Versicherten sind auf die Wartezeit die Zeiten anzurechnen, die der frühere Ehegatte bis zur Auflösung der Ehe beziehungsweise der ver-

storbene Landwirt in der Selbstversicherung zurückgelegt hat. Die Satzung kann für Selbstversicherte auch den Kreis der Angehörigen einschränken, doch dürfen weder die Kinder (§ 123 Abs. 2 Z. 2 bis 6) bis zum vollendeten 14. Lebensjahr noch die Ehegattin ausgeschlossen werden, es sei denn, daß diese Personen selbst berechtigt sind, der Selbstversicherung in der Krankenversicherung beizutreten. Die Anspruchsberechtigung kann für diese Personen auch dann ausgeschlossen werden, wenn der selbständige Landwirt seine Zustimmung zum Beitritt nicht erteilt.

(2) Ist der Rentner (§ 8 Abs. 1 Z. 1) oder ein Angehöriger des Rentners (§ 123) in einer Versorgungsanstalt oder in einer Anstalt der allgemeinen Fürsorge, in der er im Rahmen seiner gesamten Betreuung Krankenbehandlung erhält, untergebracht, so besteht während der Dauer dieser Unterbringung für seine Person kein Anspruch auf die Leistungen aus der Krankenversicherung. Dies gilt nicht für den Anspruch auf Sterbegeld.“

7. a) Dem § 125 Abs. 1 ist folgender Satz anzufügen:

„Die Bemessungsgrundlage für die Barleistungen aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit gilt in der gleichen Höhe auch für den Versicherungsfall des Todes, wenn dieser während der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit eingetreten ist oder Sterbegeld gemäß § 169 Abs. 2 gebührt.“

b) Dem § 125 Abs. 4 ist folgender Satz anzufügen:

„Bei Personen, die gemäß § 9 in die Krankenversicherung einbezogen sind, ist die Bemessungsgrundlage für das Sterbegeld die durch die Verordnung für diese Personen bestimmte Beitragsgrundlage.“

8. § 128 Abs. 1 hat zu lauten:

„(1) Bei mehrfacher Krankenversicherung nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes sind die Sachleistungen (die Erstattung von Kosten an Stelle von Sachleistungen) für ein und denselben Versicherungsfall nur einmal zu gewähren, und zwar von dem Versicherungsträger, den der Versicherte zuerst in Anspruch nimmt. Die Barleistungen gebühren aus jeder der in Betracht kommenden Versicherungen.“

9. a) Im § 130 Abs. 3 ist nach dem zweiten Satz folgender Satz einzufügen:

„Für Heilbehelfe sind höchstens jene Kosten zu ersetzen, die dem Versicherungsträger bei Inanspruchnahme der Leistung im Inland erwachsen wären.“

b) § 130 Abs. 4 hat zu lauten:

„(4) Die im Abs. 3 als Ersatz der Kosten für Heilmittel und ärztliche Hilfe für den Kalendertag der Behandlungszeit vorgesehenen Höchstsätze werden für jene Zeit verdoppelt, in welcher der Anspruch des Versicherten auf Krankengeld gemäß § 143 Abs. 1 Z. 3 zur Gänze ruht.“

10. a) § 131 Abs. 1 letzter Satz hat zu lauten: „Wird die Vergütung für die Tätigkeit des entsprechenden Vertragspartners nicht nach den erbrachten Einzelleistungen bestimmt, hat die Satzung des Versicherungsträgers Pauschbeträge für die Kostenerstattung festzusetzen.“

b) Im § 131 Abs. 2 sind die Worte „eine Vertragseinrichtung“ durch die Worte „einen Vertragspartner oder eine eigene Einrichtung (Vertragseinrichtung) des Versicherungsträgers“ zu ersetzen.

11. Nach § 131 ist ein § 131 a folgenden Wortlautes einzufügen:

„Kostenerstattung bei Fehlen vertraglicher Regelungen mit den Ärzten (Dentisten).“

§ 131 a. Stehen Vertragsärzte (Vertragsdentalisten) infolge des Fehlens einer Regelung durch Verträge (§ 338) nicht zur Verfügung, so hat der Versicherungsträger dem Versicherten für die außerhalb einer eigenen Einrichtung in Anspruch genommene Behandlung (den Zahnersatz) die Kostenerstattung in der Höhe des Betrages zu leisten, der vor Eintritt des vertragslosen Zustandes bei Inanspruchnahme eines Wahlarztes (Wahldentisten) zu leisten gewesen wäre. Der Versicherungsträger kann diese Kostenerstattung durch die Satzung unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten erhöhen.“

12. § 132 hat zu lauten:

„Bare Leistungen an Stelle von Sachleistungen.“

§ 132. Die Träger der Krankenversicherung können in ihren Satzungen bestimmen, daß für Versicherte, deren Arbeitsverdienst einen in der Satzung festzusetzenden Betrag überschreitet, an Stelle der Sachleistungen bare Leistungen gewährt werden. Bei den in der Krankenversicherung gemäß § 18 selbstversicherten selbständigen Landwirten tritt an die Stelle des Arbeitsverdienstes der Einheitswert des land(forst)wirtschaftlichen Betriebes, bei Betrieben, für die ein Einheitswert nicht festgesetzt ist, das Erwerbseinkommen des Versicherten. Die Höhe der bare Leistungen darf 80 v. H. der dem Versicherten tatsächlich erwachsenen Kosten nicht überschreiten.“

13. Dem § 133 ist als Abs. 4 anzufügen:

„(4) Für Angehörige, die sonst einen gesetzlichen Anspruch auf Krankenbehandlung haben, besteht kein Anspruch auf die Leistungen der Krankenbehandlung nach diesem Bundesgesetz.“

14. § 134 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Besteht die Notwendigkeit der Krankenbehandlung für eine Erkrankung, die vor dem Ende der Versicherung oder vor dem Ende des Anspruches auf eine der im § 122 Abs. 2 Z. 1 genannten Leistungen eingetreten ist, über diesen Zeitpunkt hinaus, so wird die Krankenbehandlung längstens durch 26 Wochen nach dem Ende der Versicherung beziehungsweise nach dem Ende des Anspruches auf die in Betracht kommende Leistung, wenn aber Krankengeld über diese Zeit hinaus noch gebührt, für die Zeit gewährt, für die Krankengeld gebührt.“

15. Dem § 135 ist ein Abs. 3 mit folgendem Wortlaut anzufügen:

„(3) Bei der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe durch einen Vertragsarzt oder in eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers hat der Erkrankte einen Krankenschein vorzulegen. Der Hauptverband hat hierfür einen einheitlichen, für alle Versicherungsträger gültigen Vordruck aufzulegen.“

16. Im § 138 Abs. 2 lit. b ist das Wort „und“ am Schluß durch einen Beistrich und am Schluß der lit. c der Punkt durch einen Beistrich zu ersetzen. Als lit. d ist anzufügen:

„d) gemäß § 9 in die Krankenversicherung einbezogene Personen.“

17. a) § 139 Abs. 3 hat zu lauten:

„(3) Entsteht nach Wegfall des Krankengeldanspruches vor Ablauf der Höchstdauer neuerlich, und zwar innerhalb von 13 Wochen, infolge der Krankheit, für die der weggefallene Krankengeldanspruch bestanden hat, ein Anspruch auf Krankengeld, so werden die Anspruchszeiten für diese Krankheitsfälle zur Feststellung der Höchstdauer zusammengerechnet; die neuerliche mit Arbeitsunfähigkeit verbundene Erkrankung gilt als Fortsetzung der vorausgegangenen Erkrankung.“

b) § 139 Abs. 4 hat zu lauten:

„(4) Ist mit dem Wegfall des Krankengeldanspruches die Höchstdauer abgelaufen, so kann ein neuer Anspruch auf Krankengeld infolge der Krankheit, für die der weggefallene Krankengeldanspruch bestanden hat, erst wieder entstehen, wenn der Erkrankte in der Zwischenzeit durch mindestens 13 Wochen in einer den Anspruch auf Krankengeld eröffnenden gesetzlichen Krankenversicherung oder durch mindestens

52 Wochen in einer sonstigen gesetzlichen Krankenversicherung versichert war. Liegen Zeiten einer den Anspruch auf Krankengeld eröffnenden gesetzlichen Krankenversicherung und einer sonstigen gesetzlichen Krankenversicherung vor, so entsteht ein neuer Anspruch, wenn die Zusammenrechnung dieser Zeiten 13 Wochen ergibt, wobei Zeiten einer sonstigen gesetzlichen Krankenversicherung mit einem Viertel der tatsächlich zurückgelegten Dauer zu berücksichtigen sind.“

c) Der bisherige Abs. 4 erhält die Bezeichnung Abs. 5; nach den Worten „geminderten Arbeitsfähigkeit“ sind die Worte „oder eine Versehrtenrente aus der Unfallversicherung“ einzufügen.

18. § 140 hat zu lauten:

„Anrechnung von Zeiten auf die Höchstdauer des Krankengeldanspruches.“

§ 140. Auf die Höchstdauer gemäß § 139 sind anzurechnen:

1. Zeiten, für die der Anspruch auf Krankengeld gemäß § 89 oder gemäß § 143 Abs. 1 Z. 1, 2 und 3 zweiter Halbsatz sowie Abs. 6 ruht, soweit es sich nicht um Leistungen der erweiterten Heilfürsorge handelt;

2. Zeiten, für die dem Versicherten ein Kostenersatz für Anstaltspflege gemäß § 131 oder § 150 gewährt wird.“

19. a) § 143 Abs. 1 Z. 2 hat zu lauten:

„2. solange der Versicherte auf Rechnung eines Versicherungsträgers Anstaltspflege erhält oder auf Rechnung eines Versicherungsträgers in einem Genesungs-, Erholungs- oder Kurheim oder einer Sonderheilanstalt untergebracht ist oder Anspruch auf Ersatz der Verpflegskosten gemäß § 131 oder § 150 einem Versicherungsträger gegenüber hat;“.

b) Im § 143 Abs. 3 ist nach dem Wort „Körperschaft“ ein Beistrich zu setzen; anschließend sind folgende Worte einzufügen: „mit Ausnahme der gesetzlichen beruflichen Vertretungen der Dienstnehmer;“.

c) § 143 Abs. 4 hat zu lauten:

„(4) Besteht ein mehrfacher Anspruch auf Krankengeld, so ist Abs. 1 Z. 3 nur auf die Versicherung anzuwenden, die auf einem Beschäftigungsverhältnis beruht, aus dem der Versicherte Anspruch auf Fortbezug von mindestens 50 v. H. der vollen Geld- und Sachbezüge (§ 49 Abs. 1) hat.“

d) die bisherigen Abs. 4 und 5 erhalten die Bezeichnung Abs. 5 und 6.

20. Im § 144 ist ein Abs. 4 mit folgendem Wortlaut einzufügen:

„(4) Als Anstaltspflege gilt nicht die Unterbringung in einem Heim für Genesende, die ärzt-

licher Behandlung und besonderer Wartung bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z. 3 Krankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957), in einer Pflegeanstalt für Kranke, die an chronischen Krankheiten leiden und die ungeachtet ihrer Unheilbarkeit ärztlicher Behandlung und besonderer Pflege bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z. 4 Krankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957). Die stationäre Behandlung von Erkrankungen an Tuberkulose gilt nur dann als Anstaltspflege, wenn eine solche Behandlung in allgemeinen Krankenanstalten (§ 2 Abs. 1 Z. 1 Krankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957) durchgeführt oder vertraglich (§ 148 Z. 7) als Anstaltspflege anerkannt wird.“

Der bisherige Abs. 4 erhält die Bezeichnung Abs. 5.

21. § 146 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) § 139 Abs. 3 und 4 gilt entsprechend.“

22. § 147 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) § 139 Abs. 3 gilt entsprechend. War mit der Beendigung der Anstaltspflege für den Angehörigen die Höchstdauer der Pflege abgelaufen, so entsteht ein neuer Anspruch auf Anstaltspflege für den Angehörigen, wenn der Versicherte nachher mindestens 52 Wochen in einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert war.“

23. § 148 Z. 5 erhält die Bezeichnung Z. 6; die bisherige Z. 6 erhält die Bezeichnung Z. 5 und hat zu lauten:

„5. Bei Unterbringung eines Geisteskranken, dem oder für den ein Anspruch auf Anstaltspflege (§ 144) zusteht, in einer öffentlichen Sonderheilanstalt für Nerven- und Geisteskranke trägt der Versicherungsträger die Kosten der Anstaltspflege bis zur vorgesehenen Höchstdauer (§§ 146, 147) in der Höhe des halben Verpflegskostensatzes der allgemeinen Gebührenklasse.“

24. § 151 hat zu lauten:

„Hauspflege.“

§ 151. Ist die Aufnahme des Erkrankten in eine Krankenanstalt geboten, aber unabhängig von seinem Willen nicht durchführbar und ist die Möglichkeit der Übernahme der Pflege durch einen Haushaltsangehörigen nicht gegeben, so kann der Versicherungsträger mit Zustimmung des Erkrankten oder des gesetzlichen Vertreters Hauspflege durch vom Versicherungsträger beizustellende Pflegepersonen oder durch Leistung von Zuschüssen zu den Kosten für eine Pflegeperson gewähren. Die Hauspflege kann auch gewährt werden, wenn ein sonstiger wichtiger Grund hiefür vorliegt.“

25. § 152 hat zu lauten:

„Familien- und Taggeld.

§ 152. (1) Versicherte erhalten ein Familiengeld, solange sie auf Rechnung des Versicherungsträgers in Anstaltspflege stehen und ihr Anspruch auf Krankengeld ausschließlich aus diesem Grunde ruht, wenn sie Angehörige im Sinne des § 123 Abs. 2, 3 4, 6 oder 7 haben, die sich gewöhnlich im Inland aufhalten. Anspruch auf Familiengeld besteht nicht für einen Angehörigen, der aus selbständiger oder unselbständiger Erwerbstätigkeit, aus einem Lehr- oder Ausbildungsverhältnis oder auf Grund von Rentenansprüchen aus der Unfall- oder der Pensionsversicherung mit Ausnahme des Hilflosenzuschusses ein Einkommen von mehr als 680 S monatlich bezieht. Kommen mehrere Angehörige in Betracht, ist der Anspruch auf Familiengeld gegeben, wenn die Voraussetzungen dafür auch nur bei einem Angehörigen erfüllt sind.

(2) Das Familiengeld ist in folgender Höhe zu gewähren:

- a) solange der Versicherte auf Grund gesetzlicher oder vertraglicher Bestimmungen Anspruch auf Fortbezug von weniger als 50 v. H. der vollen Geld- und Sachbezüge vor dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit hat, in der Höhe des halben Krankengeldes (§ 141 Abs. 1 beziehungsweise Abs. 2),
- b) solange der Versicherte auf Grund gesetzlicher oder vertraglicher Bestimmungen Anspruch auf Fortbezug von 50 v. H. dieser Bezüge hat, in der Höhe eines Viertels des Krankengeldes (§ 141 Abs. 1 beziehungsweise Abs. 2).

Als satzungsmäßige Mehrleistung kann das Familiengeld allgemein in den Fällen der lit. a auf zwei Drittel des Krankengeldes (§ 141 Abs. 1 beziehungsweise Abs. 2), in den Fällen der lit. b auf ein Drittel des Krankengeldes (§ 141 Abs. 1 beziehungsweise Abs. 2) und für Versicherte mit mehr als einem Angehörigen bis zu 5 v. H. der Bemessungsgrundlage für die Barleistungen für jeden weiteren für die Begründung des Anspruches auf Familiengeld nach Abs. 1 in Betracht kommenden Angehörigen erhöht werden. Der Gesamtbetrag des erhöhten Familiengeldes darf in keinem Falle den Betrag des sonst gebührenden Krankengeldes übersteigen.

(3) Durch die Satzung kann bestimmt werden, daß Versicherte, die wegen Fehlens von nach Abs. 1 in Betracht kommenden Angehörigen keinen Anspruch auf Familiengeld haben, für die in Abs. 1 bezeichnete Dauer an Stelle des Familiengeldes ein Taggeld erhalten. Die Höhe des Taggeldes wird durch die Satzung bestimmt; es darf die Höhe des halben Krankengeldes nicht übersteigen.

(4) Das Familiengeld kann vom Versicherungsträger unmittelbar an die Angehörigen ausbezahlt werden.

(5) § 142 und § 143 Abs. 1 Z. 3, Abs. 4 und 5 sind auf den Familien(Tag)geldanspruch entsprechend anzuwenden.“

26. Dem § 153 ist ein Abs. 4 mit folgendem Wortlaut anzufügen:

„(4) Bei der Inanspruchnahme der chirurgischen oder konservierenden Zahnbehandlung durch einen Vertragszahnarzt oder Vertragsdentisten oder in einer eigenen Einrichtung (Vertrags Einrichtung) des Versicherungsträgers ist ein Zahnbehandlungsschein vorzulegen. Der Hauptverband hat hiefür einen einheitlichen, für alle Versicherungsträger gültigen Vordruck aufzulegen.“

27. a) Im § 161 Abs. 1 hat der erste Halbsatz des ersten Satzes zu lauten:

„Für die Entbindung ist Pflege in einer Krankenanstalt (auch in einem Entbindungsheim) längstens für zehn Tage zu gewähren;“.

b) § 161 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Zeiten einer Pflege nach Abs. 1 sind auf die Höchstdauer der Anstaltspflege (§§ 146, 147) oder des Krankengeldanspruches (§ 139) nicht anzurechnen.“

c) § 161 Abs. 3 hat zu entfallen.

28. a) § 162 Abs. 1 hat zu lauten:

„(1) Weiblichen Versicherten gebührt für die letzten sechs Wochen vor der voraussichtlichen Entbindung, für den Tag der Entbindung und für die ersten sechs Wochen nach der Entbindung ein tägliches Wochengeld. Stillende Mütter erhalten das Wochengeld nach der Entbindung bis zu acht Wochen. Mütter nach Frühgeburten erhalten das Wochengeld durch zwölf Wochen.“

b) § 162 Abs. 3 hat zu lauten:

„(3) Das Wochengeld gebührt den nach § 4 Abs. 3 den Dienstnehmern Gleichgestellten und den nach § 8 Abs. 1 Z. 4 teilversicherten bildenden Künstlern in der Höhe des täglichen Krankengeldes, anderen weiblichen Versicherten in der Höhe des auf den Kalendertag entfallenden Teiles des durchschnittlichen in den letzten 13 Wochen (bei Versicherten, deren Arbeitsverdienst nach Kalendermonaten bemessen oder abgerechnet wird, in den letzten drei Kalendermonaten) gebührenden Arbeitsverdienstes, vermindert um die gesetzlichen Abzüge. Bei Versicherten, deren Lehrverhältnis während des genannten Zeitraumes geendet hat, ist, wenn es für die Versicherte günstiger ist, für die Ermittlung der Höhe des Wochengeldes der Arbeitsverdienst im letzten Beitragszeitraum, vermindert um die gesetzlichen Abzüge, heranzuziehen. Fallen in den für die Ermittlung des

durchschnittlichen Arbeitsverdienstes maßgebenden Zeitraum Zeiten, während derer die Versicherte infolge Krankheit oder vorübergehender Kurzarbeit nicht das volle Entgelt bezogen hat, so verlängert sich der maßgebende Zeitraum um diese Zeiten; diese Zeiten bleiben bei der Berechnung des Durchschnittsverdienstes außer Betracht; das gleiche gilt für Zeiten der im § 11 Abs. 3 bezeichneten Art.“

c) Der bisherige Abs. 3 erhält die Bezeichnung Abs. 4; die Ziffer 3 dieses Absatzes hat zu entfallen; die Ziffer 4 erhält die Bezeichnung Ziffer 3.

d) Der bisherige Abs. 4 erhält die Bezeichnung Abs. 5.

29. a) Im § 163 Abs. 1 letzter Satz ist der Ausdruck „§ 162 Abs. 4“ durch den Ausdruck „§ 162 Abs. 5“ zu ersetzen.

b) Im § 163 Abs. 3 sind nach dem Wort „Rente“ die Worte „und in der Krankenversicherung der gemäß § 9 einbezogenen Personen“ einzufügen.

30. a) § 164 Abs. 1 Z. 2 hat zu lauten:

„2. sonstigen weiblichen Versicherten mit Ausnahme der Selbstversicherten (§ 18) im Ausmaß von 600 S; er kann durch die Satzung des Versicherungsträgers bis auf 1200 S erhöht werden;“.

b) Im § 164 Abs. 1 ist als Z. 3 einzufügen:

„3. für Angehörige (§ 158 Abs. 1) und Selbstversicherte (§ 18) im Ausmaß von 300 S; er kann durch die Satzung des Versicherungsträgers bis auf 1000 S erhöht werden.“

c) Im § 164 Abs. 2 sind nach dem Wort „Rente“ die Worte „und in der Krankenversicherung der gemäß § 9 einbezogenen Personen“ einzufügen.

31. a) Dem § 166 Abs. 1 Z. 1 sind folgende Worte anzufügen:

„in der Höhe des dem Versicherungsträger hieraus erwachsenen Aufwandes;“.

b) § 166 Abs. 1 Z. 2 hat zu lauten:

„2. solange die Versicherte auf Grund gesetzlicher oder vertraglicher Bestimmungen Anspruch auf Fortbezug von mehr als 50 v. H. der vollen Geld- und Sachbezüge (§ 49 Abs. 1) hat; besteht ein Anspruch auf Weiterleistung von 50 v. H. dieser Bezüge, so ruht das Wochengeld zur Hälfte. § 143 Abs. 5 gilt entsprechend.“

32. Im § 169 Abs. 1 und 2 ist die Zitierung „§ 122 Abs. 1 und 2“ durch die Zitierung „§ 122 Abs. 1 oder 2“ zu ersetzen.

33. § 170 hat zu lauten:

„Anspruchsberechtigte Personen.

§ 170. (1) Vom Sterbegeld werden zunächst die Kosten der Bestattung bestritten und an den gezahlt, der die Bestattung besorgt hat. Bleibt ein Überschuß, so sind nacheinander der Ehegatte, die leiblichen Kinder und die Wahlkinder, der Vater, die Mutter, die Geschwister bezugsberechtigt, wenn sie mit dem Verstorbenen zur Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben. Fehlen solche Berechtigte, so verbleibt der Überschuß dem Träger der Krankenversicherung.

(2) Wurden die Bestattungskosten auf Grund gesetzlicher, satzungsmäßiger oder vertraglicher Verpflichtung von anderen Personen als den im Abs. 1 bezeichneten Angehörigen bestritten, so gebührt das Sterbegeld zur Gänze den im Abs. 1 bezeichneten Personen in der dort angeführten Reihenfolge.“

34. a) Im § 171 Abs. 1 erster Satz ist der Ausdruck „(§ 125 Abs. 1)“ durch den Ausdruck „(§ 125)“ zu ersetzen.

b) Im § 171 Abs. 2 hat der zweite Halbsatz zu lauten: „es ist um den Betrag des Sterbegeldes zu kürzen, das auf Grund eigener Pflichtversicherung des Verstorbenen gebührt.“

c) Im § 171 Abs. 3 Z. 1 und Abs. 5 Z. 1 sind jeweils nach den Worten „monatlichen Rente“ die Worte „einschließlich einer allfälligen Ausgleichszulage, jedoch“ einzufügen.

Artikel III.

1. Der § 172 erhält die Bezeichnung § 172 Abs. 1; als Abs. 2 ist anzufügen:

„(2) Mittel der Unfallversicherung können auch für weitere Maßnahmen, die der Wiedereingliederung von Verwehrten in den Arbeitsprozeß dienen, verwendet werden (Rehabilitation).“

2. a) Im § 176 Abs. 1 Z. 2 sind nach den Worten „einer solchen Rettung,“ die Worte „bei Herbeiholung eines Arztes oder einer Hebamme zu einer dringenden Hilfeleistung,“ einzufügen.

b) Im § 176 Abs. 1 Z. 4 ist der Punkt nach dem Wort „werden“ durch einen Strichpunkt zu ersetzen.

c) Dem § 176 Abs. 1 sind als Z. 5, 6 und 7 anzufügen:

„5. beim Besuch beruflicher Schulungs(Fortbildungs)kurse, soweit dieser Besuch geeignet ist, das berufliche Fortkommen des Versicherten zu fördern;

6. bei einer betrieblichen Tätigkeit, wie sie sonst ein nach § 4 Versicherter ausübt, auch wenn dies nur vorübergehend geschieht;

7. in Ausübung der den Mitgliedern von freiwilligen Feuerwehren (Feuerwehrverbänden), freiwilligen Wasserwehren, des Österreichischen Roten Kreuzes, der freiwilligen Rettungsgesellschaften, der Rettungsflugwacht und des Österreichischen Bergrettungsdienstes im Rahmen der Ausbildung, der Übungen und des Einsatzfalles obliegenden Pflichten sowie bei Tätigkeiten von freiwilligen Helfern dieser Organisationen und der Pflichtfeuerwehren im Einsatzfall.“

d) Im § 176 Abs. 2 ist der Ausdruck „Abs. 1 Z. 2 und 3“ durch den Ausdruck „Abs. 1 Z. 2, 3, 6 und 7“ zu ersetzen.

3. a) Die Überschrift des § 180 hat zu lauten: „Besondere Bemessungsgrundlage für Personen unter 30 Jahren.“

b) Im § 180 Abs. 2 ist der Ausdruck „21 Jahre“ durch den Ausdruck „30 Jahre“ zu ersetzen.

4. a) Im § 181 Abs. 2 ist der Ausdruck „§ 8 Abs. 1 Z. 3 lit. b“ durch den Ausdruck „§ 8 Abs. 1 Z. 3 lit. b und d“ zu ersetzen.

b) § 181 Abs. 3 hat zu lauten:

„(3) Für die gemäß § 19 in der Unfallversicherung Selbstversicherten gilt als Bemessungsgrundlage das 360fache der Beitragsgrundlage gemäß § 76 Abs. 1 Z. 3.“

c) § 181 Abs. 4 hat zu lauten:

„(4) Für die gemäß § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. c in der Unfallversicherung Teilversicherten gilt als Bemessungsgrundlage das 360fache der Beitragsgrundlage gemäß § 74 Abs. 2.“

d) Dem § 181 ist ein Abs. 5 mit folgendem Wortlaut anzufügen:

„(5) Kommen für Versicherte mehrere der in Abs. 1 bis 4 genannten Bemessungsgrundlagen in Betracht, so sind sie unbeschadet der Bestimmungen des § 178 zusammenzurechnen.“

5. Nach § 181 ist ein § 181 a mit folgendem Wortlaut einzufügen:

„Bemessungsgrundlage in sonstigen Fällen.

§ 181 a. (1) Für die gemäß § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. e in der Unfallversicherung Teilversicherten ist die Bemessungsgrundlage unter Bedachtnahme auf § 178 nach den §§ 179 bis 181 zu ermitteln.

(2) Abs. 1 gilt entsprechend für die Ermittlung der Bemessungsgrundlage in den Fällen des § 176, wenn der Verletzte oder Getötete zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles in der Unfallversicherung versichert war.“

6. Im § 182 ist die Zitierung „§§ 179 und 180“ durch die Zitierung „§§ 179 bis 181 a“ zu ersetzen.

7. a) Im § 184 Abs. 2 hat der zweite Satz zu lauten: „Vor der Entscheidung über den Antrag ist der zuständige Fürsorgeträger anzuhören.“

b) § 184 Abs. 4 hat zu lauten:

„(4) Durch die Abfindung werden Ansprüche auf Heilbehandlung und Berufsfürsorge, Ansprüche auf Versorgung mit Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln sowie der Hilflosenzuschuß, die Kinderzuschüsse und die Ansprüche der Hinterbliebenen nicht berührt.“

8. § 192 zweiter Satz hat zu lauten:

„Der Träger der Unfallversicherung kann unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten durch die Satzung bestimmen, ob, unter welchen Voraussetzungen und inwieweit schon von einem früheren Zeitpunkt an Heilbehandlung nach § 191 oder an deren Stelle Geldleistungen zu gewähren sind.“

9. § 195 hat zu lauten:

„Familien- und Taggeld bei Gewährung der Anstaltspflege als Unfallheilbehandlung.

§ 195. (1) Gewährt der Träger der Unfallversicherung als Unfallheilbehandlung Pflege in einer Kranken-, Kur- oder sonstigen Anstalt, so gebührt dem Versicherten Taggeld und für seine Angehörigen (§ 123 Abs. 2 bis 5) überdies Familiengeld. Das Familiengeld kann unmittelbar den Angehörigen ausgezahlt werden.

(2) Das Taggeld beträgt 5 S. Das tägliche Familiengeld beträgt für jeden Angehörigen 0'6 v. H., zusammen jedoch nicht mehr als 2'4 v. H. eines Zwölftels der Bemessungsgrundlage.

(3) Familien- und Taggeld gebühren nicht, wenn und solange der Versicherte mehr als 50 v. H. der vollen Geld- und Sachbezüge (§ 49 Abs. 1) vor dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit weiter bezieht. Bezieht der Versicherte 50 v. H. der vollen Geld- und Sachbezüge weiter, gebührt das Familiengeld zur Hälfte.“

10. a) Im § 207 Abs. 2 Z. 3 sind die Worte „im Wege der freiwilligen Gerichtsbarkeit“ durch die Worte „im Verfahren außer Streit-sachen“ zu ersetzen.

b) Im § 207 haben die Abs. 3 und 5 zu entfallen. Der Abs. 4 erhält die Bezeichnung Abs. 3. Die Z. 2 in diesem Absatz hat zu lauten:

„2. wegen geistiger oder körperlicher Gebrechen dauernd außerstande ist, sich selbst den Unterhalt zu verschaffen, sofern das Gebrechen

vor Vollendung des 18. Lebensjahres oder während des in Z. 1 bezeichneten Zeitraumes eingetreten ist.“

11. § 208 hat zu lauten:

„Ruhens der Versichertenrente bei Anstaltspflege.“

§ 208. Wird einem Versicherten wegen der Folgen eines Arbeitsunfalles oder wegen einer Berufskrankheit Anstaltspflege aus der Krankenversicherung oder Unfallversicherung gewährt, so ruht während dieser Zeit die auf Grund dieses Versicherungsfalles gebührende Versichertenrente einschließlich allfälliger Zuschüsse. Das Ruhen tritt jedoch in dem Ausmaß nicht ein, in dem die Rente unmittelbar vor der Anstaltspflege gebührt.“

12. a) Im § 210 Abs. 1 werden die Worte „Beschädigung nach dem Kriegsoferversorgungsgesetz“ durch die Worte „anerkannten Schädigung nach dem Kriegsoferversorgungsgesetz 1957, BGBl. Nr. 152, beziehungsweise Opferfürsorgegesetz, BGBl. Nr. 183/1947,“ ersetzt.

b) Im § 210 Abs. 2 sind die Worte „zu bemessen“ durch das Wort „festzustellen“ zu ersetzen.

c) Im § 210 Abs. 4 werden die Worte „Schädigung nach dem Kriegsoferversorgungsgesetz“ durch die Worte „anerkannte Schädigung nach dem Kriegsoferversorgungsgesetz 1957, BGBl. Nr. 152, beziehungsweise Opferfürsorgegesetz, BGBl. Nr. 183/1947,“ ersetzt.

13. a) Im § 211 Abs. 1 erster Satz sind die Worte „ein Jahr“ durch die Worte „zwei Jahre“ zu ersetzen.

b) Im § 211 Abs. 1 zweiter Satz ist das Wort „halben“ zu streichen.

14. § 212 hat zu lauten:

„Versichertengeld aus der Unfallversicherung.“

§ 212. (1) Der Träger der Unfallversicherung kann bis zum Ablauf eines Jahres nach dem Eintritt des Versicherungsfalles an Stelle der Versichertenrente Versichertengeld gewähren, wenn zu erwarten ist, daß über diese Zeit hinaus eine Versichertenrente nicht gebührt. Besteht kein Anspruch auf Versichertenrente, kann der Träger der Unfallversicherung für die Dauer der durch den Arbeitsunfall oder die Berufskrankheit verursachten Arbeitsunfähigkeit Versichertengeld gewähren, wenn und solange der Versicherte keinen Anspruch auf Krankengeld aus der Krankenversicherung hat und keinen Arbeitsverdienst oder keine Einkünfte aus der die Versicherung begründenden Beschäftigung bezieht.

(2) Das Versichertengeld wird für Personen, die nach diesem Bundesgesetz krankenversichert sind, in der Höhe des sonst dem Versicherten in der Krankenversicherung gemäß § 141 gebührenden Krankengeldes gewährt; das Versichertengeld ist auf Ersuchen des Unfallversicherungsträgers vom zuständigen Krankenversicherungsträger gegen Ersatz auszahlend. Für andere Versicherte beträgt das tägliche Versichertengeld den 60. Teil eines Zwölftels der Bemessungsgrundlage in der Unfallversicherung. § 208 gilt entsprechend.“

15. Dem § 214 ist ein Abs. 5 mit folgendem Wortlaut anzufügen:

„(5) In den Fällen des Abs. 1 kann der Versicherungsträger, wenn der Tod im Inland eingetreten ist, unter Bedachtnahme auf die Familienverhältnisse des Verstorbenen und die wirtschaftliche Lage der Hinterbliebenen einen Zuschuß zu den Kosten der Überführung des Leichnams an den Ort des Wohnsitzes des Verstorbenen gewähren oder die Überführungskosten in voller Höhe übernehmen.“

16. Im § 218 haben die Abs. 2 und 4 zu entfallen. Abs. 3 erhält die Bezeichnung Abs. 2.

17. § 219 Abs. 1 hat zu lauten:

„(1) Bedürftige Eltern (Großeltern) und unversorgte Geschwister des Versicherten, dessen Tod durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit verursacht wurde, haben Anspruch auf Eltern- beziehungsweise Geschwisterrente von zusammen jährlich 20 v. H. der Bemessungsgrundlage, wenn der Versicherte ihren Lebensunterhalt überwiegend bestritten hat.“

Artikel IV.

1. Im § 221 erhält der bisher einzige Absatz die Bezeichnung Abs. 1; ein Abs. 2 mit folgendem Wortlaut ist anzufügen:

„(2) Die Pensionsversicherung kann überdies für Versicherte im Zusammenhang mit einem Heilverfahren durch Gewährung einer beruflichen Ausbildung Maßnahmen treffen, um die Arbeitsfähigkeit des Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder zu bessern (Rehabilitation). Das gleiche gilt für Personen, die eine Rente aus einem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit beziehen.“

2. § 222 Abs. 3 hat zu lauten:

„(3) Die Pensionsversicherungsträger können überdies Leistungen der Gesundheitsfürsorge (§§ 300, 301) und der Rehabilitation (§§ 300, 300 a) gewähren; sie haben ferner nach Maßgabe

des § 73 zur Krankenversicherung der Rentner Beiträge zu entrichten beziehungsweise den Aufwand für diese Krankenversicherung zu tragen.“

3. § 225 hat zu lauten:

„Beitragszeiten nach dem 31. Dezember 1955.

§ 225. (1) Als Beitragszeiten aus der Zeit nach dem 31. Dezember 1955 sind anzusehen:

1. Zeiten einer Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung mit Ausnahme der in Z. 2 bezeichneten Zeiten, und zwar

a) wenn die Anmeldung zur Pflichtversicherung binnen sechs Monaten nach Beginn der Beschäftigung beziehungsweise des Lehr- oder Ausbildungsverhältnisses erstattet worden ist, vom Tage des Beginnes der Beschäftigung beziehungsweise des Lehr- oder Ausbildungsverhältnisses an,

b) sonst von dem Tag an, an dem die Anmeldung beim Versicherungsträger eingelangt oder die Pflichtversicherung ohne vorhergehende Anmeldung bescheidmäßig festgestellt worden ist; die vor diesem Tag in einer die Pflichtversicherung begründenden Beschäftigung beziehungsweise in einem Lehr- oder Ausbildungsverhältnis zurückgelegten Zeiten gelten als Beitragszeiten nur, soweit die Beiträge für diese Zeiten innerhalb von vier Jahren nach Fälligkeit wirksam (§ 230) entrichtet worden sind;

2. Zeiten einer Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung auf Grund einer selbstständigen Erwerbstätigkeit (§ 4 Abs. 3), sofern die Beiträge innerhalb von zwei Jahren nach Fälligkeit wirksam (§ 230) entrichtet worden sind;

3. Zeiten freiwilliger Versicherung, wenn die Beiträge innerhalb von zwei Jahren nach Ablauf des Beitragszeitraumes, für den sie gelten sollen, wirksam (§ 230) entrichtet worden sind;

4. Zeiten einer versicherungsfreien Beschäftigung, für die nach ihrer Beendigung auf Grund gesetzlicher Vorschrift ein Überweisungsbetrag entrichtet worden ist, beziehungsweise Zeiten, für die Beiträge im Sinne des § 311 Abs. 3 letzter Satz zurückgezahlt worden sind.

(2) Die im Abs. 1 für die Entrichtung von Beiträgen gesetzten Fristen verlängern sich um die Zeit eines Verfahrens, das zur Entscheidung über die Versicherungspflicht oder über die Versicherungsberechtigung für den Zeitraum, für den die Beiträge entrichtet werden, eingeleitet worden ist.

(3) In Fällen besonderer Härte kann das Bundesministerium für soziale Verwaltung auch Bei-

träge als wirksam entrichtet anerkennen, die für Zeiten nach Abs. 1 Z. 1 nach Ablauf von vier Jahren seit ihrer Fälligkeit entrichtet werden. Ein Fall besonderer Härte ist insbesondere dann anzunehmen, wenn dem Versicherten ansonst ein Nachteil in seinen versicherungsrechtlichen Verhältnissen erwächst, der unter Berücksichtigung seiner Familien- und Einkommensverhältnisse von wesentlicher Bedeutung ist, und der Versicherte die Unterlassung der Anmeldung zur Versicherung nicht vorsätzlich herbeigeführt hat.

(4) Die Beitragszeiten werden in dem Zweig der Pensionsversicherung erworben, in dem die Pflichtversicherung begründet wurde (Abs. 1 Z. 1 und 2) oder zu dem die Beiträge zur freiwilligen Versicherung (Abs. 1 Z. 3) oder der Überweisungsbetrag beziehungsweise die Beiträge im Sinne des § 311 Abs. 3 letzter Satz (Abs. 1 Z. 4) entrichtet worden sind.“

4. a) Die Überschrift des § 226 hat zu lauten:

„Beitragszeiten vor dem 1. Jänner 1956.“

b) Im § 226 ist als Abs. 2 einzufügen:

„(2) Als Beitragszeiten aus der Zeit vor dem 1. Jänner 1956 gelten auch Zeiten einer versicherungsfreien Beschäftigung, für die nach ihrer Beendigung auf Grund gesetzlicher Vorschrift ein Überweisungsbetrag entrichtet worden ist, beziehungsweise Zeiten, für die Beiträge im Sinne des § 311 Abs. 3 letzter Satz zurückgezahlt worden sind.“

c) Der bisherige § 226 Abs. 2 erhält die Bezeichnung Abs. 3 und hat zu lauten:

„(3) In Fällen besonderer Härte kann das Bundesministerium für soziale Verwaltung die Erwerbung von Beitragszeiten durch Nachentrichtung von Beiträgen für eine vor dem 1. Jänner 1956 gelegene Zeit insoweit als wirksam anerkennen, als für diese Zeit nach den für sie in Geltung gestandenen oder nachträglich für sie getroffenen Bestimmungen Beiträge zu entrichten gewesen wären oder hätten entrichtet werden können. Ein Fall besonderer Härte ist insbesondere dann anzunehmen, wenn dem Versicherten ansonst ein Nachteil in seinen versicherungsrechtlichen Verhältnissen erwächst, der unter Berücksichtigung seiner Familien- und Einkommensverhältnisse von wesentlicher Bedeutung ist, und der Versicherte die Unterlassung der Anmeldung zur Versicherung nicht vorsätzlich herbeigeführt hat. § 48 ist entsprechend anzuwenden.“

d) Der bisherige § 226 Abs. 3 erhält die Bezeichnung Abs. 4. Die Zitierung „Abs. 1 und 2“ ist durch die Zitierung „Abs. 1 und 3“ zu ersetzen. Der Punkt am Schluß der Z. 3 ist durch einen Strichpunkt zu ersetzen und folgende Bestimmungen als Z. 4 anzufügen:

„4. der Invalidenversicherung nach der Reichsversicherungsordnung auf Grund einer Beschäftigung als Arbeiter, die in einem im Gebiet der Republik Österreich gelegenen Betrieb seit dem 1. Jänner 1939 bis zu der spätestens am 31. Dezember 1955 erfolgten Einbeziehung der Dienstnehmer dieses Betriebes in die knappschaftliche Rentenversicherung zurückgelegt worden sind, als Beitragszeiten der knappschaftlichen Pensionsversicherung.“

5. § 227 hat zu lauten:

„Ersatzzeiten nach dem 31. Dezember 1955.

§ 227. Als Ersatzzeiten aus der Zeit nach dem 31. Dezember 1955 gelten

1. in dem Zweige der Pensionsversicherung, in dem die erste nachfolgende Beitragszeit vorliegt, die Zeiten, in denen nach Vollendung des 15. Lebensjahres eine inländische, mindestens zweiklassige Berufs(Fach)schule, eine inländische Mittel- oder Hochschule in dem für die betreffende Schul(Studien)art vorgeschriebenen normalen Ausbildungs(Studien)gang besucht wurde, sofern spätestens innerhalb dreier Jahre nach dem Verlassen der Schule eine sonstige Versicherungszeit oder eine neutrale Zeit im Sinne des § 234 Abs. 1 Z. 4 vorliegt; hiebei werden höchstens zwei Jahre des Besuches einer Berufs(Fach)schule, höchstens drei Jahre des Besuches einer Mittelschule und höchstens vier Jahre des Hochschulbesuches berücksichtigt, und zwar jedes volle Schul(Studien)jahr, angefangen von demjenigen, das im Kalenderjahre der Vollendung des 15. Lebensjahres begonnen hat, mit sechs Monaten, gerechnet ab dem in das betreffende Schuljahr fallenden 1. Jänner;

2. die Zeiten

- a) einer aus dem zweiten Weltkrieg herrührenden Kriegsgefangenschaft,
- b) einer Zivilinternierung im Zusammenhang mit dem zweiten Weltkrieg,
- c) der Heimkehr aus der Kriegsgefangenschaft (Zivilinternierung)

nach Maßgabe der entsprechend anzuwendenden Vorschriften des § 228 Abs. 1 Z. 1.“

6. a) Die Überschrift des § 228 hat zu lauten:

„Ersatzzeiten allgemeiner Art aus der Zeit vor dem 1. Jänner 1956.“

b) § 228 Abs. 1 Z. 1 hat zu lauten:

„1. Zeiten, in denen ein Versicherter, der am Stichtag (§ 223 Abs. 2) die österreichische Staatsbürgerschaft besitzt,

- a) während des ersten oder zweiten Weltkrieges Kriegsdienst oder einen nach den jeweils in Geltung gestandenen Vorschriften

dem Kriegsdienst für die Berücksichtigung in der Rentenversicherung gleichgehaltenen Not- oder Luftschutzdienst geleistet oder sich in Kriegsgefangenschaft befunden hat,

- b) eine Wehr- oder Arbeitsdienstpflicht nach den jeweils in Geltung gestandenen Vorschriften erfüllt hat;

diese Zeiten gelten jedoch nur dann als Ersatzzeiten, wenn die letzte Beitrags- oder Ersatzzeit dem Beginn der Dienstleistung (Dienstpflicht) nicht mehr als drei Jahre vorangeht oder die erste Beitrags- oder Ersatzzeit innerhalb dreier Jahre nach dem Ende der Dienstleistung (Dienstpflicht) beginnt; soweit die Zeiten der Dienstleistung (Kriegsgefangenschaft, Dienstpflicht) vor dem 1. Juli 1927 liegen und vorher oder nachher nur eine zu einem Sechstel für die Wartezeit zählende Ersatzzeit liegt, zählen auch sie für die Wartezeit nur mit einem Sechstel ihres Ausmaßes; sie gelten als Ersatzzeiten in dem Zweig der Pensionsversicherung, in dem die letzte nicht mehr als drei Jahre vorangegangene Beitrags- oder Ersatzzeit vorliegt, beziehungsweise beim Fehlen einer solchen in dem Zweig der Pensionsversicherung, in dem die erste nachfolgende Beitrags- oder Ersatzzeit vorliegt.“

c) Im § 228 Abs. 1 ist der Z. 3 folgender Halbsatz anzufügen:

„hiebei ist für die Zeit vor dem 16. Oktober 1918 dem Besuch einer inländischen Schule der Besuch einer gleichartigen, im Gebiet der ehemaligen österreichisch-ungarischen Monarchie gelegenen Schule gleichzuhalten.“

d) § 228 Abs. 2 letzter Satz hat zu lauten:

„Eine Zivilinternierung im Zusammenhang mit dem ersten oder zweiten Weltkrieg ist der Kriegsgefangenschaft gleichzuhalten.“

7. § 229 hat zu lauten:

„Ersatzzeiten für einzelne Zweige der Pensionsversicherung aus der Zeit vor dem 1. Jänner 1956.

§ 229. (1) Als Ersatzzeiten aus der Zeit vor dem 1. Jänner 1956 gelten in den nachstehend angeführten Zweigen der Pensionsversicherung folgende Zeiten:

1. in der Pensionsversicherung der Arbeiter folgende vor dem 1. Jänner 1939 gelegene Zeiten, soweit sie nicht unter Z. 3 fallen:

- a) Zeiten einer Beschäftigung als Arbeiter im Gebiete der Republik Österreich, die nach dem Stande der österreichischen Vorschriften am 31. Dezember 1938 die Krankenversicherungspflicht begründet hat oder begründet hätte,
- b) Zeiten einer Beschäftigung als Arbeiter im Gebiete der Republik Österreich, die nach

dem Stande der österreichischen Vorschriften am 31. Dezember 1938 krankenversicherungsfrei war, weil dem Arbeiter den gesetzlichen Leistungen der Sozialversicherung gleichwertige Leistungen des Dienstgebers oder einer Fürsorgeeinrichtung des Dienstgebers gesichert waren, sofern nach dem Ausscheiden aus dem Beschäftigungsverhältnis keine Versorgungsleistung anfiel,

- c) Zeiten des Militärdienstes als länger dienende Mannschaftsperson oder zeitverpflichteter Unteroffizier des ehemaligen österreichischen Bundesheeres, sofern nach dem Ausscheiden aus dem Dienstverhältnis kein Anspruch auf einen Versorgungsbezug anfiel;

2. in der Pensionsversicherung der Angestellten die vor dem 1. Jänner 1939 und nach Vollenendung des 15. Lebensjahres gelegenen Zeiten einer Beschäftigung als Angestellter, während derer nach dem Stande der Vorschriften vom 31. Dezember 1938, abgesehen von der Vorschrift über das Mindestalter von 17 Jahren und der Ausnahme der Lehrlinge von der Versicherungspflicht, die Pflichtversicherung in der Angestellten-(Pensions)versicherung begründet wurde, soweit sie nicht schon als Beitragszeiten zählen;

3. in der knappschaftlichen Pensionsversicherung

- a) die Zeiten, die vor dem 1. Jänner 1939 in einer nach den Vorschriften der Provisionsversicherung der Bergarbeiter (Bruderladenprovisionsversicherung) versicherungspflichtigen Beschäftigung in dem Gebiete der Republik Österreich als Arbeiter zurückgelegt worden sind,

- b) Zeiten der Beschäftigung als Arbeiter, die in einem im Gebiete der Republik Österreich gelegenen Betriebe seit dem Jahre 1924 bis zu der spätestens am 31. Dezember 1955 erfolgten Einbeziehung der Dienstnehmer dieses Betriebes in die knappschaftliche Rentenversicherung zurückgelegt worden sind, soweit solche Zeiten nicht gemäß § 226 Abs. 3 Z. 4 als Beitragszeiten der knappschaftlichen Pensionsversicherung gelten.

(2) Für die Erfüllung der Wartezeit zählen die im Abs. 1 angeführten Zeiten mit der vollen zurückgelegten Dauer, Zeiten nach Abs. 1 Z. 1 oder 2 jedoch, die vor dem 1. Juli 1927 liegen, nur zu einem Sechstel.

(3) Für die Bemessung der Leistungen gelten bei Vorliegen von Ersatzzeiten nach Abs. 1 Z. 1 oder 2 — ohne Rücksicht auf die tatsächliche Dauer und Lagerung dieser Zeiten — in jedem zwischen der Vollenendung des 15. Lebensjahres

und dem 1. Jänner 1939 liegenden vollen Kalenderjahre

bei Versicherten der Geburtsjahrgänge
bis 1905 8 Monate,
bei Versicherten der Geburtsjahrgänge
1906 bis 1916 7 Monate,
bei Versicherten der Geburtsjahrgänge
1917 und später 6 Monate

an Ersatzzeit als erworben; die sich hienach ergebende Versicherungszeit vermindert sich um acht beziehungsweise sieben beziehungsweise sechs Zwölftel der Dauer anderer Versicherungszeiten und von Zeiten selbständiger Erwerbstätigkeit aus dem Zeitraum vor dem 1. Jänner 1939.

(4) Abs. 3 gilt auch für die Bemessung der Leistungen, wenn in der Zeit vor dem 1. Jänner 1939 in der Pensionsversicherung der Angestellten nur Beitragszeiten vorliegen.

(5) Abs. 3 gilt ferner für die Bemessung der Leistungen, wenn in der Zeit vor dem 1. Jänner 1939 Beitragszeiten in der knappschaftlichen Pensionsversicherung oder Ersatzzeiten nach Abs. 1 Z. 3 vorliegen. Hierbei ist auch die sich aus der Anwendung des Abs. 3 ergebende Versicherungszeit um acht beziehungsweise sieben beziehungsweise sechs Zwölftel der Ersatzzeiten nach Abs. 1 Z. 3 zu vermindern. Die Zeiten nach Abs. 1 Z. 3 sind bei der Bemessung der Leistung mit ihrer vollen Dauer, die Zeiten, für die ein Reserveanteil nach dem Bruderladengesetz, RGBL. Nr. 127/1889, behoben worden ist, unter entsprechender Anwendung des Abs. 3 zu berücksichtigen.“

8. § 230 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Abs. 1 ist nicht anzuwenden

- a) auf Beiträge für Zeiträume, für welche die Versicherungspflicht oder die Berechtigung zur freiwilligen Versicherung erst nach dem Stichtag (§ 223 Abs. 2) in einem schon vorher eingeleiteten Verfahren festgestellt wurde;

- b) auf Beiträge, die auf Grund nachträglicher gerichtlicher Entscheidungen über Entgeltansprüche nachzuentrichten sind;

- c) auf Zahlungen nach § 311.“

9. Im § 231 hat der Einleitungssatz wie folgt zu lauten:

„Zur Feststellung der Leistungen aus der Pensionsversicherung und der Überweisungsbeträge nach den §§ 308 und 311 sind die Versicherungszeiten in Versicherungsmonate in folgender Weise zusammenzufassen:“

10. a) Im § 232 Abs. 3 lit. b ist die Zitierung „§ 229 Z. 1“ durch die Zitierung „§ 229 Abs. 1 Z. 1“ zu ersetzen.

b) Im § 232 Abs. 3 lit. c sind nach dem Wort „vorangegangene“ die Worte „beziehungsweise die erste nachfolgende“ einzufügen.

11. a) Dem § 234 Abs. 1 Z. 5 ist folgender Halbsatz anzufügen:

„den Zeiten des Krankengeld(Wochengeld)bezuges stehen Zeiten des Aufenthaltes in einem Genesungs-, Erholungs- oder Kurheim oder einer Sonderheilanstalt auf Rechnung eines Versicherungsträgers sowie die Zeiten, während deren Anspruch auf Ersatz der Verpflegskosten einem Versicherungsträger gegenüber bestanden hat, gleich;“.

b) § 234 Abs. 1 ist der Punkt am Schluß der Z. 9 durch einen Strichpunkt zu ersetzen; als Z. 10 ist anzufügen:

„10. Zeiten einesurlaubes gegen Entfall des Arbeitsentgeltes im Sinne des Mutterschutzgesetzes, BGBl. Nr. 76/1957, beziehungsweise der zu § 75 h des Landarbeitgesetzes, BGBl. Nr. 140/1948, ergangenen Ausführungsbestimmungen.“

12. a) Im § 235 Abs. 2 sind die Worte „oder ihnen gleichzuhaltende Arbeiten“ durch die Worte „oder ihnen gleichgestellte Arbeiten“ zu ersetzen.

b) § 235 Abs. 3 hat zu lauten:

„(3) Die allgemeinen Voraussetzungen entfallen für eine Leistung aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit oder aus dem Versicherungsfall des Todes, wenn

a) der Versicherungsfall die Folge eines Arbeitsunfalles (§§ 175 und 176) oder einer Berufskrankheit (§ 177) ist, der (die) bei einem in der Pensionsversicherung Pflichtversicherten oder bei einem nach § 19 a Selbstversicherten eingetreten ist, oder

b) der Stichtag (§ 223 Abs. 2) vor dem vollendeten 21. Lebensjahr des Versicherten liegt und der Versicherte mindestens sechs Versicherungsmonate erworben hat.“

13. a) Im § 236 Abs. 1 Z. 2 lit. a ist nach dem Wort „Versicherungsdauer“ der Ausdruck „unbeschadet § 276 Abs. 3“ einzufügen.

b) Im § 236 Abs. 2 erster Satz sind die Worte „oder ihnen nach Schwere und Gefahr gleichzuhaltende Arbeiten“ durch die Worte „oder ihnen gleichgestellte Arbeiten“ zu ersetzen.

c) § 236 Abs. 3 hat zu lauten:

„(3) Als wesentlich bergmännische oder ihnen gleichgestellte Arbeiten gelten die in der Anlage 9 zu diesem Bundesgesetz bezeichneten Arbeiten unter den dort angeführten Voraus-

setzungen. Eine solche Arbeit gilt für einen nicht dienstunfähigen Versicherten als nicht unterbrochen,

a) wenn er aus betrieblichen Gründen eine sonstige Tätigkeit nicht länger als drei Monate im Kalenderjahr ausübt, oder

b) wenn er als Mitglied des Betriebsrates von diesen Arbeiten freigestellt worden ist.“

14. Im § 237 Abs. 2 sind die Worte „drei Vierteln“ durch die Worte „zwei Dritteln“ zu ersetzen.

15. § 238 hat zu lauten:

„Bemessungsgrundlage.

§ 238. (1) Bemessungsgrundlage für die Leistungen aus der Pensionsversicherung ist die in der Bemessungszeit (Abs. 3) im Durchschnitt auf einen Versicherungsmonat entfallende Beitragsgrundlage nach Maßgabe des § 242. Die Bemessungsgrundlage ist auf volle Schilling aufzurunden.

(2) Für die Ermittlung der Bemessungszeit kommen die letzten 60 anrechenbaren Versicherungsmonate aus allen Zweigen der Pensionsversicherung vor dem Bemessungszeitpunkt in Betracht; Versicherungsmonate, die zwischen dem 1. Jänner 1947 und dem 30. September 1950 liegen, bleiben unberücksichtigt, es sei denn, daß Versicherungsmonate nur in diesem Zeitraum vorliegen. Monate der freiwilligen Weiterversicherung, die auch Zeiten enthalten, während welcher Kranken(Wochen)geld, Arbeitslosengeld, Notstandshilfe oder Karenzurlaubsgeld aus gesetzlicher Versicherung bezogen oder während welcher Krankenhauspflege auf Rechnung eines Versicherungsträgers gewährt wurde, sind bei der Feststellung der letzten 60 anrechenbaren Versicherungsmonate außer Betracht zu lassen, wenn dies für den Versicherten günstiger ist. Bemessungszeitpunkt ist der Stichtag (§ 223 Abs. 2).

(3) Die Bemessungszeit umfaßt die nach Abs. 2 in Betracht kommenden Beitragsmonate der Pflichtversicherung, wenn aber solche nicht oder wenn weniger als 36 solche Monate vorliegen, außerdem die letzten sonstigen nach Abs. 2 in Betracht kommenden Versicherungsmonate bis zu einer Bemessungszeit von 36 Monaten; Beitragsmonate der freiwilligen Versicherung sind hierbei nur zur Hälfte zu zählen.“

16. § 241 hat zu lauten:

„Bemessungsgrundlage in besonderen Fällen.

§ 241. Läßt sich in Fällen des § 235 Abs. 3 eine Bemessungsgrundlage nach den §§ 238 bis

240 nicht ermitteln, so ist die Bemessungsgrundlage gleich einem Zwölftel der Bemessungsgrundlage, die für die Leistungen der Unfallversicherung gilt beziehungsweise die bei einem Arbeitsunfall im Zeitpunkt des Eintrittes des Versicherungsfalles gegolten hätte; Erhöhungen dieser Bemessungsgrundlage nach § 180 sind hierbei zu berücksichtigen.“

17. a) Im § 242 Abs. 3 lit. a ist die Zitierung „§ 243 Abs. 1 Z. 1, Z. 2 lit. a, c und e und Z. 3“ durch die Zitierung „§ 243 Abs. 1 Z. 1, Z. 2 lit. a, c, e und f und Z. 3 lit. a und b“ zu ersetzen.

b) Im § 242 Abs. 3 lit. b ist die Zitierung „§ 243 Abs. 1 Z. 2 lit. b und d und Z. 4“ durch die Zitierung „§ 243 Abs. 1 Z. 2 lit. b und d, Z. 3 lit. c und Z. 4“ zu ersetzen.

18. a) Im § 243 Abs. 1 Z. 2 ist nach der lit. e folgende lit. f einzufügen:

„f) nach § 226 Abs. 2 das Entgelt, auf das der Dienstnehmer im pensionsversicherungsrechtlichen Dienstverhältnis jeweils Anspruch hatte;“

b) Im § 243 Abs. 1 Z. 3 lit. a, b und c ist jeweils nach der Zitierung „§ 229“ einzufügen „Abs. 1“.

c) § 243 Abs. 1 Z. 4 hat zu lauten:

„4. a) für Ersatzzeiten nach § 227 Z. 2 und nach § 228 Abs. 1 Z. 4 die Beitragsgrundlage, die sich nach Z. 2 oder 3 im Durchschnitt der letzten drei Versicherungsmonate vor dem Beginn dieser Ersatzzeit ergibt;

b) für Ersatzzeiten nach § 228 Abs. 1 Z. 1 die Beitragsgrundlage, die sich nach Z. 2 oder 3 im Durchschnitt der letzten drei Versicherungsmonate vor dem Beginn oder der ersten drei Versicherungsmonate nach dem Ende dieser Ersatzzeit ergibt;

c) für Ersatzzeiten nach § 227 Z. 1 und nach § 228 Abs. 1 Z. 3 7 S für den Kalendertag (210 S für den Kalendermonat).“

19. Dem § 244 ist ein Abs. 5 mit folgendem Wortlaut anzufügen:

„(5) Für einen Versicherungsmonat, der neben Zeiten der Pflichtversicherung oder Ersatzzeiten auch neutrale Zeiten der in § 234 Abs. 1 Z. 5, 6 und 10 genannten Art enthält, gilt als Beitragsgrundlage das 30fache der durchschnittlichen täglichen Beitragsgrundlage aus der in diesem Monat vorhandenen Versicherungszeit. Das gleiche gilt für Versicherungsmonate, die Zeiten enthalten, in denen nach § 138 Abs. 1 kein Anspruch auf Krankengeld bestanden hat.“

20 a) § 245 Abs. 1 zweiter Satz hat zu lauten: „Die Leistungszugehörigkeit des Versicherten richtet sich für Leistungen aus den im § 221 Abs. 1 angeführten Versicherungsfällen nach den Abs. 2 bis 5, für Leistungen der Gesundheitsfürsorge und der Rehabilitation (§ 221 Abs. 2) nach dem Abs. 6.“

b) Dem § 245 Abs. 3 ist folgender Satz anzufügen:

„Liegen in den letzten 15 Jahren vor dem Stichtag keine anrechenbaren Versicherungsmonate vor, so ist der Versicherte dem Zweigleistungszugehörig, bei dem der letzte Versicherungsmonat vorliegt.“

c) § 245 Abs. 4 hat zu lauten:

„(4) Für die Anwendung der Abs. 2 und 3 zählen neutrale Monate, während deren ein Leistungsanspruch aus einem Versicherungsfall des Alters oder aus einem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit gegeben war, als Versicherungsmonate des Zweiges der Pensionsversicherung, der von dem die Leistung (Gesamtleistung) auszahlenden Versicherungsträger durchgeführt wird.“

d) § 245 Abs. 6 erster Satz hat zu lauten:

„Für Leistungen der Gesundheitsfürsorge und der Rehabilitation (Abschnitt VI) sind Versicherte dem Zweige der Pensionsversicherung, in dem sie zuletzt versichert waren, Rentner dem Zweige leistungszugehörig, aus dem ihnen der Rentenanspruch zusteht.“

21. Dem § 248 ist ein Abs. 4 mit folgendem Wortlaut anzufügen:

„(4) Die nach § 114 Abs. 4 des Sozialversicherungs-Überleitungsgesetzes 1953 in der Fassung der 3. Novelle, BGBl. Nr. 165/1954, oder gemäß § 502 Abs. 4 geleisteten Beiträge sind mit dem für das Jahr 1954 geltenden Faktor (Anlage 5) aufzuwerten.“

22. Im § 250 Abs. 1 sind die Worte „Pensionsinstitut der Elektrizitäts- und Straßenbahngesellschaft Linz“ durch die Worte „Pensionsinstitut der Linzer Elektrizitäts- und Straßenbahn-Aktiengesellschaft“ zu ersetzen.

23. Im § 251 Abs. 3 erster Satz ist die Zitierung „§ 238 Abs. 3“ durch die Zitierung „§ 238 Abs. 2“ zu ersetzen.

24. § 251 a Abs. 3 Z. 9 wird aufgehoben.

25. a) Im § 252 Abs. 1 Z. 3 sind die Worte „im Wege der freiwilligen Gerichtsbarkeit“ durch die Worte „im Verfahren außer Streitsachen“ zu ersetzen.

b) § 252 Abs. 2 Z. 2 hat zu lauten:

„2. wegen geistiger oder körperlicher Gebrechen dauernd außerstande ist, sich selbst den

Unterhalt zu verschaffen, sofern das Gebrechen vor Vollendung des 18. Lebensjahres oder während des in Z. 1 bezeichneten Zeitraumes eingetreten ist und solange dieser Zustand dauert.“

26. § 255 hat zu lauten:

„Begriff der Invalidität.

§ 255. War der Versicherte überwiegend in erlernten (angelernten) Berufen tätig, gilt er als invalid, wenn seine Arbeitsfähigkeit infolge seines körperlichen oder geistigen Zustandes auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich oder geistig gesunden Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten in jedem dieser Berufe herabgesunken ist.

(2) Ein angelernter Beruf im Sinne des Abs. 1 liegt vor, wenn der Versicherte eine Tätigkeit ausübt, für die es erforderlich ist, durch praktische Arbeit qualifizierte Kenntnisse oder Fähigkeiten zu erwerben, welche jenen in einem erlernten Berufe gleichzuhalten sind. Als überwiegend im Sinne des Abs. 1 gelten solche erlernte (angelernte) Berufstätigkeiten, wenn sie in mehr als der Hälfte der Versicherungsmonate nach diesem Bundesgesetz während der letzten 15 Jahre vor dem Antrag auf Invaliditätsrente ausgeübt wurden; hiebei zählen Versicherungsmonate, die mehr als zehn Jahre vor dem Stichtag liegen, nur zur Hälfte.

(3) War der Versicherte nicht überwiegend in erlernten (angelernten) Berufen im Sinne der Abs. 1 und 2 tätig, gilt er als invalid, wenn er infolge seines körperlichen oder geistigen Zustandes nicht mehr imstande ist, durch eine Tätigkeit, die auf dem Arbeitsmarkt noch bewertet wird und die ihm unter billiger Berücksichtigung der von ihm ausgeübten Tätigkeiten zugemutet werden kann, wenigstens die Hälfte des Entgeltes zu erwerben, das ein körperlich und geistig gesunder Versicherter regelmäßig durch eine solche Tätigkeit zu erzielen pflegt.“

27. Im § 256 letzter Satz sind die Worte „ein Rechtsmittel“ durch die Worte „eine Klage an das Schiedsgericht der Sozialversicherung“ zu ersetzen.

28. Im § 258 Abs. 2 Z. 1 sind die Worte „zehn Jahre“ durch den Ausdruck „15 Jahre“ zu ersetzen.

29. § 261 Abs. 4 hat zu lauten:

„(4) Zum Grundbetrag der Rente gebührt ein Zuschlag bis zu 10 v. H. der für den Grundbetrag maßgebenden Bemessungsgrundlage, soweit die Rente einschließlich des Zuschlages 50 v. H.

dieser Bemessungsgrundlage nicht übersteigt. Dieser Zuschlag ist ein Bestandteil des Grundbetrages.“

30. § 264 Abs. 1 hat zu lauten:

„(1) Die Witwen(Witwer)rente beträgt 50 v. H. der Invaliditätsrente, auf die der Versicherte bei seinem Ableben Anspruch gehabt hat oder gehabt hätte; Kinderzuschüsse und Hilflosenzuschuß bleiben hiebei außer Ansatz. Die Witwen(Witwer)rente beträgt aber, wenn die Witwe ein waisenrentenberechtigtes Kind hat oder wenn sie am Stichtag (§ 223 Abs. 2) das 40. Lebensjahr vollendet hat, mindestens 25 v. H. der Bemessungsgrundlage, wenn mehrere Bemessungsgrundlagen angewendet sind, der höchsten Bemessungsgrundlage; 20 v. H. der Bemessungsgrundlage gelten hiebei als Grundbetrag.“

31. Dem § 268 Abs. 1 ist folgender Satz anzufügen:

„Beitragsmonate, welche bei der Feststellung des Bestandes eines Leistungsanspruches schon berücksichtigt wurden, bleiben hiebei außer Betracht.“

32. § 269 Abs. 1 Z. 2 hat zu lauten:

„2. wenn die allgemeinen Voraussetzungen für den Anspruch auf Hinterbliebenenrenten (§ 235) erfüllt, aber anspruchsberechtigte Hinterbliebene nicht vorhanden sind, der Reihe nach die vom Anspruch auf Witwenrente gemäß § 258 Abs. 2 ausgeschlossene Witwe, die Kinder, die Mutter, der Vater, die Geschwister des oder der Versicherten, wenn sie mit dem (der) Versicherten zur Zeit seines (ihres) Todes ständig in Hausgemeinschaft gelebt haben, unversorgt sind und überwiegend von ihm (ihr) erhalten worden sind. Eine vorübergehende Unterbrechung der Hausgemeinschaft oder deren Unterbrechung wegen schulmäßiger (beruflicher) Ausbildung oder wegen Heilbehandlung bleibt außer Betracht. Kindern und Geschwistern gebührt die Abfindung zu gleichen Teilen.“

33. § 273 hat zu lauten:

„Begriff der Berufsunfähigkeit.

§ 273. Als berufsunfähig gilt der Versicherte, dessen Arbeitsfähigkeit infolge seines körperlichen oder geistigen Zustandes auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken ist.“

34. § 275 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Der Anspruch auf Knappschaftssold ruht für die Dauer des Bestandes des Anspruches auf

eine Leistung aus einem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit und für die Dauer des Bestandes des Anspruches auf vorzeitige Knappschaftsrentenrente bei Arbeitslosigkeit. Er fällt mit dem Anfall des Anspruches auf eine sonstige Altersrente weg; § 100 Abs. 2 letzter Satz ist entsprechend anzuwenden.“

35. Im § 278 sind die Worte „von Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte“ durch die Worte „seines körperlichen oder geistigen Zustandes“ zu ersetzen.

36. a) § 281 Abs. 1 hat zu lauten:

„(1) Fällt eine Leistung aus einem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit oder des Alters mit Ausnahme des Knappschaftssoldes an, so besteht auch Anspruch auf die einmalige Leistung des Bergmannstreuegeldes, wenn der Versicherte mindestens ein volles Jahr einer Gewinnungshauertätigkeit oder einer ihr gleichgestellten Tätigkeit (Abs. 3) aufweist und während dieses Jahres Knappschaftssold bezogen hat oder beziehen hätte können.“

b) § 281 Abs. 3 hat zu lauten:

„(3) Als Gewinnungshauertätigkeit oder ihr gleichgestellte Tätigkeit gelten die in der Anlage 10 zu diesem Bundesgesetz bezeichneten Arbeiten unter den dort angeführten Voraussetzungen. Eine solche Arbeit gilt für einen nicht dienstunfähigen Versicherten nicht als unterbrochen,

a) wenn er aus betrieblichen Gründen eine sonstige Tätigkeit nicht länger als drei Monate im Kalenderjahr ausübt, oder

b) wenn er als Mitglied des Betriebsrates von diesen Arbeiten freigestellt worden ist.“

37. a) Im § 284 Abs. 1 sind nach den Worten „aus den Versicherungsfällen des Alters“ die Worte „mit Ausnahme des Knappschaftssoldes“ einzufügen.

b) § 284 Abs. 4 hat zu lauten:

„(4) Zum Grundbetrag der Rente gebührt ein Zuschlag bis zu 10 v. H. der für den Grundbetrag maßgebenden Bemessungsgrundlage, soweit die Rente einschließlich des Zuschlages 56 v. H. dieser Bemessungsgrundlage nicht übersteigt. Dieser Zuschlag ist ein Bestandteil des Grundbetrages.“

c) Im § 284 Abs. 6 hat der erste Satz zu lauten:

„Als monatlicher Leistungszuschlag gebühren für jedes volle Jahr wesentlich bergmännischer Tätigkeit oder ihr gleichgestellter Tätigkeit (§ 236 Abs. 3) 3 v. T. der Bemessungsgrundlage.“

38. a) § 285 Abs. 4 hat zu lauten:

„(4) Zum Grundbetrag der Rente gebührt ein Zuschlag bis zu 5 v. H. der für den Grundbetrag maßgebenden Bemessungsgrundlage, soweit die Rente einschließlich des Zuschlages 28 v. H. dieser Bemessungsgrundlage nicht übersteigt. Dieser Zuschlag ist ein Bestandteil des Grundbetrages.“

b) Im § 285 Abs. 6 hat der erste Satz zu lauten:

„Als monatlicher Leistungszuschlag gebühren für jedes volle Jahr wesentlich bergmännischer Tätigkeit oder ihr gleichgestellter Tätigkeit (§ 236 Abs. 3) 1½ v. T. der Bemessungsgrundlage.“

39. Im § 288 Abs. 1 sind die Worte „Hauertätigkeit oder ihr gleichzuhaltenden Tätigkeit“ durch die Worte „Gewinnungshauertätigkeit oder ihr gleichgestellten Tätigkeit“ zu ersetzen.

40. Im § 289 hat die Z. 2 zu lauten:

„2. Die Witwen(Witwer)rente beträgt, wenn die Witwe ein waisenrentenberechtigtes Kind hat oder wenn sie am Stichtag (§ 223 Abs. 2) das 40. Lebensjahr vollendet hat, mindestens 28 v. H. der Bemessungsgrundlage, wenn mehrere Bemessungsgrundlagen angewendet sind, der höchsten Bemessungsgrundlage. 20 v. H. der Bemessungsgrundlage gelten hiebei als Grundbetrag.“

41. a) Im § 292 Abs. 1 sind die Worte „so steht diesem“ durch die Worte „so steht dem Rentenberechtigten, solange er sich im Inland aufhält,“ zu ersetzen.

b) § 292 Abs. 2 lit. c hat zu lauten:

„c) die Kinderzuschüsse sowie die Rentensonderzahlungen aus der Sozialversicherung;“

c) § 292 Abs. 2 lit. g hat zu lauten:

„g) einmalige Unterstützungen der gesetzlichen beruflichen Vertretungen an ihre Mitglieder, Gewerkschafts- und Betriebsratsunterstützungen und Gnadenpensionen privater Dienstgeber;“

d) Im § 292 Abs. 2 ist der Punkt am Schluß der lit. k durch einen Strichpunkt zu ersetzen und als lit. l anzufügen:

„l) ein Drittel der nach dem Kriegsoferversorgungsgesetz 1957, BGBl. Nr. 152, und dem Opferfürsorgegesetz, BGBl. Nr. 183/1947, gewährten Grundrenten.“

e) § 292 Abs. 3 hat zu lauten:

„(3) Der Richtsatz beträgt

	ab 1. 1. 1962	ab 1. 7. 1962
a) für Rentenberechtigte aus eigener Pensionsversicherung	720 S	750 S,
b) für Rentenberechtigte auf Witwen(Witwer)rente ...	720 S	750 S,
c) für Rentenberechtigte auf Waisenrente		
aa) bis zur Vollendung des 24. Lebensjahres	270 S	285 S,
falls beide Elternteile verstorben sind	405 S	430 S,
bb) nach Vollendung des 24. Lebensjahres	485 S	510 S,
falls beide Elternteile verstorben sind	720 S	750 S:

Der Richtsatz nach lit. a erhöht sich für die Ehegattin (den erwerbsunfähigen Ehegatten) um 320 S und für jedes Kind (§ 252) um 100 S, sofern diese Personen überwiegend vom Rentenberechtigten erhalten werden.“

f) § 292 Abs. 6 erster Satz hat zu lauten: „Sind nach einem Versicherten mehrere Rentenberechtigte auf Hinterbliebenenrenten vorhanden, so darf die Summe der Richtsätze für diese Rentenberechtigten nicht höher sein als der erhöhte Richtsatz, der für den Versicherten selbst, falls er leben würde, unter Berücksichtigung des jeweiligen Standes an Familienangehörigen anzuwenden wäre (fiktiver Richtsatz); dem fiktiven Richtsatz ist die Summe der Kinderzuschüsse zuzuschlagen, die dem Versicherten zu einer Leistung aus der Pensionsversicherung gebührt haben oder gebührt hätten.“

42. § 292 a Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Unterhaltsverpflichtungen im Sinne des Abs. 1 sind, gleichviel ob und in welcher Höhe die Unterhaltsleistung tatsächlich erbracht wird, zu berücksichtigen

bei einem monatlichen Nettoeinkommen des Unterhaltspflichtigen	mit dem Betrag von monatlich
von 800 S bis 850 S	10 S
von mehr als 850 S „ 900 S	25 S
„ „ „ 900 S „ 1000 S	40 S
„ „ „ 1000 S „ 1100 S	55 S
„ „ „ 1100 S „ 1200 S	70 S
„ „ „ 1200 S „ 1300 S	85 S
„ „ „ 1300 S „ 1400 S	110 S
„ „ „ 1400 S „ 1500 S	135 S
„ „ „ 1500 S „ 1600 S	160 S
„ „ „ 1600 S „ 1700 S	190 S
„ „ „ 1700 S „ 1800 S	220 S
„ „ „ 1800 S „ 1900 S	250 S
„ „ „ 1900 S „ 2000 S	300 S

Für je weitere 100 S monatliches Nettoeinkommen erhöht sich der zu berücksichtigende Betrag um je 50 S monatlich. Als Nettoeinkommen gilt die Summe aller Einkünfte des Unterhaltspflichtigen nach Abzug des zur Erzielung dieser Einkünfte notwendigen Aufwandes; § 292 Abs. 2 zweiter und dritter Satz sind hiebei entsprechend anzuwenden.“

43. § 296 hat zu lauten:

„Feststellung der Ausgleichszulage.

§ 296. (1) Die Ausgleichszulage ist erstmalig auf Grund des Rentenantrages festzustellen. Sie gebührt ab dem Tag, an dem die Voraussetzungen für den Anspruch erfüllt sind. Wird die Ausgleichszulage erst nach dem Zeitpunkt der Erfüllung der Voraussetzungen beantragt, so gebührt sie frühestens ab dem Beginn des dritten vor dem Tage der Antragstellung liegenden vollen Kalendermonates. Der Anspruch auf Ausgleichszulage endet mit dem Ende des Monats, in dem die Voraussetzungen für den Anspruch wegfallen. Das gleiche gilt für die Erhöhung beziehungsweise Herabsetzung der Ausgleichszulage.

(2) Bei einer wesentlichen Änderung der Verhältnisse, die für die Feststellung einer zuerkannten Ausgleichszulage maßgebend waren, hat der Träger der Pensionsversicherung auf Antrag des Berechtigten oder von Amts wegen die Ausgleichszulage neu festzustellen. Als wesentlich gilt jede Änderung in der Höhe des Gesamteinkommens oder des in Betracht kommenden Richtsatzes um mindestens 50 S monatlich. Wird die Rente selbst neu festgestellt, so ist auch die Ausgleichszulage, ohne Rücksicht auf ihren Betrag von Amts wegen neu festzustellen.“

44. Die Überschrift des Abschnittes VI des Vierten Teiles hat zu lauten:

„Gesundheitsfürsorge und Rehabilitation.“

45. Nach § 300 ist ein § 300 a mit folgendem Wortlaut einzufügen:

„Rehabilitation.

§ 300 a. Die Pensionsversicherungsträger können Versicherten im Zusammenhang mit einem Heilverfahren zum Zwecke der Erhaltung, Wiederherstellung oder Besserung ihrer Arbeitsfähigkeit Leistungen der beruflichen Ausbildung gewähren; diese Leistung kann auch Personen gewährt werden, welche eine Rente aus einem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit beziehen. Die Bestimmungen der §§ 199 bis 202 sind entsprechend anzuwenden.“

46. a) Im § 301 Abs. 1 sind die Worte „Berufsunfähigkeit oder Dienstunfähigkeit“ durch

die Worte „Berufsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit oder Hilflosigkeit“ zu ersetzen.

b) Im § 301 Abs. 3 ist das Wort „Heilstätte“ durch das Wort „Sonderheilanstalt“ zu ersetzen.

47. § 302 hat zu lauten:

„Familien- und Taggeld.

§ 302. (1) Für die Dauer der Unterbringung eines Versicherten in einer der im § 301 Abs. 3 genannten Einrichtungen hat der Pensionsversicherungsträger dem Versicherten für seine nach § 152 in Betracht kommenden Angehörigen ein Familiengeld und dem Versicherten selbst ein Taggeld zu gewähren; § 142 und § 143 Abs. 1 Z. 3 sind auf das Familien- und das Taggeld entsprechend anzuwenden.

(2) Ist der Versicherte nach diesem Bundesgesetz krankenversichert oder ist er seit nicht mehr als einem Jahr aus der Krankenversicherung ausgeschieden, so gewährt der Pensionsversicherungsträger das Familiengeld in dem Ausmaß, in dem es dem Versicherten gemäß den Bestimmungen über die Krankenversicherung (§ 152) gebühren würde. In allen übrigen Fällen sowie auch für den Fall, daß das aus der Krankenversicherung sonst gebührende Familiengeld niedriger ist als 10 S täglich, gebührt ein Familiengeld in der Höhe von 10 S täglich.

(3) Das Taggeld beträgt 5 S täglich.“

48. § 303 hat zu lauten:

„Heilverfahren (Rehabilitation) und Rente.

§ 303. Der Anspruch auf Rente wird unbeschadet eines allfälligen Ruhens nach § 94 durch die Unterbringung des Erkrankten in einer der im § 301 Abs. 3 genannten Einrichtungen und durch Maßnahmen der Rehabilitation nicht berührt. Familien- und Taggeld nach § 302 werden Rentnern aus eigener Versicherung (ausgenommen Rentenberechtigte, die in der Pensionsversicherung pflichtversichert sind) nicht gewährt.“

49. a) Im § 305 erhält der bisher einzige Absatz die Bezeichnung Abs. 1. Ferner ist diesem Absatz folgender Satz anzufügen:

„Das gleiche gilt, wenn ein Versicherter oder Rentner durch sein Verhalten den Zweck des Heilverfahrens gefährdet oder vereitelt.“

b) Dem § 305 ist ein Abs. 2 mit folgendem Wortlaut anzufügen:

„(2) In den Fällen des Abs. 1 gebührt den im Inland wohnenden Angehörigen (§ 123), die im Falle des Todes des Versicherten oder Rentners Anspruch auf Hinterbliebenenrente aus der Pensionsversicherung hätten, eine Rente in der halben Höhe der versagten Rente. Der Anspruch steht in folgender Reihenfolge zu: Ehegatte, Kin-

der. Wurde die Rente nur teilweise versagt, so darf die dem Versicherten oder Rentner und seinen Angehörigen gewährte Rente den Betrag der sonst gebührenden Rente nicht übersteigen. Den Leistungsansprüchen der Hinterbliebenen nach dem Ableben des Versicherten wird hiedurch nicht vorgegriffen.“

50. § 308 hat zu lauten:

„Überweisungsbeträge.

§ 308. (1) Wird ein Versicherter in ein pensionsversicherungsfreies Dienstverhältnis (Abs. 2) aufgenommen und rechnet der Dienstgeber nach den für ihn geltenden dienstrechtlichen Vorschriften

a) die anrechenbaren Beitragsmonate der Pflichtversicherung und Ersatzmonate nach § 229, während deren der Versicherte bei öffentlich-rechtlichen Dienstgebern beschäftigt war und keinen Ruhegenuß aus einem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis bezog, ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, soweit der Versicherte aber bei privaten Dienstgebern beschäftigt war und keinen Ruhegenuß aus einem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis bezog, ab dem vollendeten 25. Lebensjahr,

b) die anrechenbaren Ersatzmonate nach § 228 Abs. 1 Z. 1 und 4 und § 227 Z. 2, wenn vor diesen eine Beschäftigung bei einem öffentlich-rechtlichen Dienstgeber bestand, ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, sonst ab dem vollendeten 25. Lebensjahr,

c) die anrechenbaren Ersatzzeiten nach § 5 Abs. 2 des Bundesgesetzes vom 18. Juli 1956, BGBl. Nr. 153, über den sozialversicherungsrechtlichen Schutz der den Präsenzdienst leistenden Wehrpflichtigen, soweit sie nach dem vollendeten 18. Lebensjahr liegen, und

d) die anrechenbaren Beitragsmonate der Pflichtversicherung und Ersatzmonate der in lit. a bis c angeführten Art, die zwischen dem vollendeten 18. und 25. Lebensjahr liegen und nicht schon nach lit. a bis c angerechnet werden, bedingt für den Fall des Ausscheidens aus dem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis infolge Dienstunfähigkeit oder Todes

für die Begründung des Anspruches auf einen Ruhe(Versorgungs)genuß und dessen Ausmaß zur Gänze, soweit jedoch eine Teilbeschäftigung vorlag, zum entsprechenden Teil an, so hat der leistungszuständige Versicherungsträger an den Dienstgeber auf dessen Antrag einen Überweisungsbetrag in der Höhe von je 7 v. H. der Bemessungsgrundlage nach Abs. 4 für jeden in der Pensionsversorgung bedingt oder unbedingt an-

gerechneten Beitragsmonat und von je 1 v. H. dieser Bemessungsgrundlage für jeden in der Pensionsversorgung bedingt oder unbedingt angerechneten Ersatzmonat zu leisten. Der Antrag ist binnen 18 Monaten nach Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis zu stellen.

(2) Als pensionsversicherungsfreies Dienstverhältnis ist jedes Dienstverhältnis anzusehen, in dem der Dienstnehmer entweder von der Vollversicherung gemäß § 5 Abs. 1 Z. 3, 4, 5 oder 6 ausgenommen und auch nicht gemäß § 7 Z. 2 lit. a in die Pensionsversicherung einbezogen ist oder in dem er gemäß § 7 Z. 1 nur in der Kranken- und Unfallversicherung teilversichert ist.

(3) Ist nach Abs. 1 ein Überweisungsbetrag zu leisten oder ist ein Überweisungsbetrag nach Abs. 1 deswegen nicht zu leisten, weil die Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis früher als mit dem der Vollendung des 18. Lebensjahres folgenden Monatsersten erfolgt ist, so hat der leistungszuständige Pensionsversicherungsträger dem Versicherten die Beiträge zur Pensionsversicherung zu erstatten, die von dem Versicherten geleistet wurden,

- a) für anrechenbare Beitragsmonate der Pflichtversicherung, die nicht nach Abs. 1 in der Pensionsversorgung anzurechnen waren,
- b) für anrechenbare Beitragsmonate der freiwilligen Versicherung und
- c) zur Höherversicherung für anrechenbare Beitragsmonate

§ 108 ist sinngemäß anzuwenden.

(4) Für die Feststellung der Anrechenbarkeit der Versicherungsmonate (§ 233) und für die Ermittlung der Bemessungsgrundlage ist Stichtag der Zeitpunkt der Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis (§ 11 Abs. 5); für die Ermittlung der Bemessungsgrundlage gilt § 238 mit der Maßgabe, daß bei der Feststellung der Bemessungszeit nur Versicherungszeiten zu berücksichtigen sind, für die ein Überweisungsbetrag zu leisten ist.“

51. § 310 hat zu lauten:

„Wirkung der Zahlung des Überweisungsbetrages und der Erstattung der Beiträge an den Versicherten.

§ 310. Mit der Zahlung des Überweisungsbetrages nach § 308 Abs. 1 und der Erstattung der Beiträge nach § 308 Abs. 3 erlöschen unbeschadet § 100 Abs. 1 lit. c alle Ansprüche und Berechtigungen aus der Pensionsversicherung, die aus den Versicherungsmonaten erhoben werden können, für die der Überweisungsbetrag geleistet oder die Beiträge rückerstattet wurden.“

52. § 311 hat zu lauten:

„Überweisungsbeträge.

§ 311. (1) Ist ein Dienstnehmer aus einem nach diesem Bundesgesetz pensionsversicherungsfreien oder nach früherem Recht rentenversicherungsfreien Dienstverhältnis ausgeschieden oder scheidet er aus einem solchen Dienstverhältnis aus, ohne daß aus diesem ein Anspruch auf einen laufenden Ruhe(Versorgungs)genuß erwachsen ist und ohne daß ein außerordentlicher Ruhe(Versorgungs)genuß in der Höhe des normalmäßigen Ruhe(Versorgungs)genusses unwiderprüflich gewährt wird, so hat der Dienstgeber, soweit in den nachstehenden Abs. 3 und 4 nichts anderes bestimmt wird, dem Pensionsversicherungsträger, der aus dem Dienstverhältnis zuletzt zuständig gewesen wäre, einen Überweisungsbetrag zu leisten.

(2) Tritt der Dienstnehmer im unmittelbaren Anschluß an das Ausscheiden aus einem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis in ein solches Dienstverhältnis zu einem anderen Dienstgeber über und sind die Voraussetzungen des § 308 Abs. 1 gegeben, so hat der frühere Dienstgeber den Überweisungsbetrag unmittelbar an den neuen Dienstgeber unter Anzeige an den Pensionsversicherungsträger zu leisten.

(3) Die Verpflichtung des Dienstgebers nach Abs. 1 entfällt,

- a) wenn beim Ausscheiden des Dienstnehmers durch Tod keine im Sinne der pensionsrechtlichen Bestimmungen des Dienstgebers versorgungsberechtigten Hinterbliebenen vorhanden sind oder
- b) wenn ein verheirateter weiblicher Dienstnehmer innerhalb von zwei Jahren nach seiner Eheschließung oder wenn ein weiblicher Dienstnehmer innerhalb von 18 Jahren nach der Geburt eines eigenen Kindes, das im Zeitpunkt des Ausscheidens noch lebt, aus einem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis ausscheidet und ihm aus diesem Anlaß eine Abfertigung gewährt wird, die mindestens 20 v. H. höher ist als der sonst vom Dienstgeber nach Abs. 5 zu leistende Überweisungsbetrag, oder
- c) wenn der Dienstnehmer beim Ausscheiden aus dem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis nach den Dienst- und Besoldungsvorschriften für seine laufenden Versorgungsansprüche entfertigt wurde.

In den Fällen der lit. b und c kann der Dienstnehmer oder sein anspruchsberechtigter Hinterbliebener innerhalb der in § 312 angegebenen Frist den Überweisungsbetrag in der in Abs. 5 angegebenen Höhe, den Überweisungsbetrag, den der Dienstnehmer aus Anlaß der Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis erhalten hat, sowie auch Beiträge, die dem

Dienstnehmer nach § 308 Abs. 3 erstattet wurden, an den Pensionsversicherungsträger leisten beziehungsweise zurückzahlen. Innerhalb der gleichen Frist kann auch ein Dienstnehmer, für den ein Überweisungsbetrag nach Abs. 1 entrichtet wird, oder sein anspruchsberechtigter Hinterbliebener einen Überweisungsbetrag, den der Dienstnehmer aus Anlaß der Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis erhalten hat, wie auch Beiträge, die dem Dienstnehmer nach § 308 Abs. 3 erstattet wurden, an den Pensionsversicherungsträger zurückzahlen.

(4) Wurde beim Ausscheiden eines Dienstnehmers aus dem pensions(renten)versicherungsfreien Dienstverhältnis ein widerruflicher oder befristeter außerordentlicher Ruhe(Versorgungs)genuß in der Höhe eines normalmäßigen Ruhe(Versorgungs)genusses gewährt, so besteht die Verpflichtung des Dienstgebers zur Leistung des Überweisungsbetrages nach Abs. 1 erst nach Wegfall dieses außerordentlichen Ruhe(Versorgungs)genusses.

(5) Der Überweisungsbetrag beträgt für jeden in einem nach diesem Bundesgesetz pensionsversicherungsfreien oder nach früherem Recht rentenversicherungsfreien Dienstverhältnis zugebrachten Monat 7 v. H. des auf den Monat entfallenden Entgeltes (§ 49), auf das der Dienstnehmer im letzten Monat vor seinem Ausscheiden (§ 11 Abs. 5) Anspruch gehabt hat, höchstens jedoch von dem Betrag von 1800 S beziehungsweise 2400 S beziehungsweise 3600 S beziehungsweise 4800 S, je nachdem das Ausscheiden vor dem 1. August 1954, vor dem 1. Jänner 1956, vor dem 1. Jänner 1961 beziehungsweise später erfolgt. Der Hundertsatz ermäßigt sich auf 1 für Zeiten einer Beschäftigung im Sinne des § 229 Z. 1 lit. a und b, wenn diese Zeiten bei früherem Wirksamkeitsbeginn dieses Bundesgesetzes im Sinne des § 308 Abs. 2 pensionsversicherungsfrei gewesen wären. War der Dienstnehmer unmittelbar vor seinem Ausscheiden aus dem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis gegen Entfall des Entgeltes beurlaubt, so ist der Berechnung des Überweisungsbetrages das letzte volle Monatsentgelt zugrunde zu legen, auf das der Dienstnehmer vor seiner Beurlaubung Anspruch hatte. Kürzungen des Entgeltes, insbesondere aus Anlaß einer Suspendierung, sind bei der Berechnung des Überweisungsbetrages nicht zu berücksichtigen. Der Überweisungsbetrag erhöht sich um einen aus Anlaß der Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis an den Dienstgeber geleisteten Überweisungsbetrag; dieser Überweisungsbetrag ist nach Anlage 5 mit dem jeweils für das Jahr der Aufnahme (§ 11 Abs. 5) geltenden Faktor aufzuwerten. Zeiten, während deren kein Anspruch auf Entgelt aus dem Dienstverhältnis bestanden hat, sind bei der Berechnung des Überweisungsbetrages nur dann zu berücksichtigen, wenn diese Zeiten für die

Bemessung des Ruhegenusses angerechnet wurden. Soweit während einer Zeit, die der Berechnung des Überweisungsbetrages zugrunde gelegt wird, vom Dienstgeber Beiträge zur Weiterversicherung in der Pensionsversicherung entrichtet wurden, sind diese auf den Überweisungsbetrag anzurechnen.“

53. § 313 hat zu lauten:

„Wirkung der Zahlung der Überweisungsbeträge.

§ 313. Die in den Überweisungsbeträgen (Beitragsrückzahlungen) nach § 311 berücksichtigten vollen Monate gelten als Versicherungsmonate im Sinne dieses Bundesgesetzes.“

Artikel V.

1. a) Im § 317 Abs. 1 lit. a ist die Zitierung „(§ 141)“ durch die Zitierung „(§ 141 Abs. 1)“ zu ersetzen.

b) § 317 Abs. 1 lit. b hat zu lauten:

„b) wenn Krankengeld geleistet wurde, ein Betrag in der Höhe des $1\frac{1}{2}$ fachen Krankengeldes (§ 141 Abs. 1);“

c) Im § 317 Abs. 1 ist nach der lit. b folgende lit. c einzufügen:

„c) wenn Anstaltspflege geleistet wurde, ein Betrag in der Höhe des $1\frac{3}{4}$ fachen des dem Versicherten sonst gebührenden Krankengeldes (§ 141 Abs. 1), sofern ein Anspruch auf Krankengeld nicht besteht, ein Betrag in der Höhe der Aufwendungen für diese Anstaltspflege.“

d) Im § 317 Abs. 5 ist das Wort „Monatsgeldes“ durch das Wort „Monatsentgeltes“ zu ersetzen.

2. Im § 319 a Abs. 1 erster Halbsatz sind nach dem Wort „werden“ die Worte „unbeschadet der Bestimmungen des § 319 c“ einzufügen.

3. Nach § 319 b ist ein § 319 c mit folgendem Wortlaut einzufügen:

„Weiterer Ersatzanspruch im Verhältnis zwischen den im § 319 a Abs. 1 genannten Versicherungsträgern.

§ 319 c. (1) Im Verhältnis zwischen den im § 319 a Abs. 1 genannten Versicherungsträgern hat die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt dem Krankenversicherungsträger über den Pauschbetrag nach § 319 a Abs. 1 hinaus die wiederkehrenden Geldleistungen aus der Krankenversicherung sowie die Aufwendungen für Anstaltspflege bei der durch einen Arbeitsunfall verursachten Krankheit oder bei einer Berufskrankheit ab dem ersten Tage der 27. Woche nach dem Arbeitsunfall beziehungsweise nach dem Beginn der Berufskrankheit zu ersetzen.

(2) Soweit das Krankengeld von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt nach Abs. 1 ersetzt wird, entfällt die Ersatzpflicht des Pensionsversicherungsträgers gemäß § 320 a.“

4. Im § 320 erster Satz ist die Zitierung „(§ 141)“ durch die Zitierung „(§ 141 Abs. 1)“ zu ersetzen.

5. Nach § 320 a ist als 3. Unterabschnitt einzufügen:

„3. UNTERABSCHNITT.

Sonstige Ersatzansprüche der Versicherungsträger untereinander.

§ 320 b. Ersatzansprüche der Versicherungsträger untereinander sind, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt ist, bei sonstigem Verlust des Anspruches binnen sechs Jahren von dem Tag an, an dem der Versicherungsträger die letzte Leistung erbracht hat, geltend zu machen.“

Der bisherige 3. Unterabschnitt erhält die Bezeichnung 4. Unterabschnitt.

6. § 324 Abs. 3 hat zu lauten:

„(3) Wird ein Rentenberechtigter auf Kosten eines Fürsorgeträgers in einem Alters(Siechen)heim oder Fürsorgeerziehungsheim, einer Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Geistesranke, einer Trinkerheilstätte oder einer ähnlichen Einrichtung verpflegt, so geht für die Zeit dieser Anstaltspflege der Anspruch auf Rente (jedoch ohne Kinderzuschüsse und Hilflosenzuschuß) bis zur Höhe der Verpflegskosten, höchstens jedoch bis zu 80 v. H. der Rente auf den Fürsorgeträger über. Das gleiche gilt, wenn ein Rentenberechtigter nach Erschöpfung seines Leistungsanspruches aus der Krankenversicherung der Rentner auf Kosten eines Fürsorgeträgers in einer anderen Krankenanstalt als einer Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Geistesranke verpflegt wird. Hat der Rentenberechtigte auf Grund einer gesetzlichen Verpflichtung für den Unterhalt von Angehörigen zu sorgen, so sind ihm 50 v. H. der Rente für den ersten und je 10 v. H. für jeden weiteren unterhaltsberechtigten Angehörigen zu belassen. Die dem Rentenberechtigten für seine Angehörigen zu belassenden Beträge können vom Versicherungsträger unmittelbar an die Angehörigen ausgezahlt werden.“

7. Im § 328 ist die Zitierung „(§ 141)“ durch die Zitierung „(§ 141 Abs. 1)“ zu ersetzen.

8. § 330 Abs. 2 Z. 2 hat zu lauten:

„2. der Anspruch auf Ersatz spätestens innerhalb von zwei Monaten nach dem Tag geltend gemacht wird, an dem der Fürsorgeträger vom Anfall der Geldleistung aus der Sozialversicherung durch den Versicherungsträger benachrichtigt worden ist.“

9. a) Im § 332 Abs. 1 sind nach dem Wort „zustehen“ die Worte einzufügen „oder für die als Angehörige gemäß § 123 Leistungen zu gewähren sind“.

b) Im § 332 Abs. 2 ist nach dem Wort „Versicherten“ der Klammerausdruck „(Angehörigen)“ einzufügen.

c) Dem § 332 ist ein Abs. 5 mit folgendem Wortlaut anzufügen:

„(5) Der Versicherungsträger kann einen im Sinne der Abs. 1 bis 4 auf ihn übergegangenen Schadenersatzanspruch gegen einen Dienstnehmer, der im Zeitpunkt des schädigenden Ereignisses in demselben Betrieb wie der Verletzte oder Getötete beschäftigt war, nur geltend machen, wenn

a) der Dienstnehmer den Versicherungsfall vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht hat oder

b) der Versicherungsfall durch ein Verkehrsmittel verursacht wurde, für dessen Betrieb auf Grund gesetzlicher Vorschrift eine erhöhte Haftpflicht besteht.

In den Fällen der lit. b kann der Versicherungsträger den Schadenersatzanspruch unbeschadet der Bestimmungen des § 336 über das Zusammenreffen von Schadenersatzansprüchen verschiedener Versicherungsträger und den Vorrang eines gerichtlich festgestellten Schmerzensgeldanspruches nur bis zur Höhe der aus einer bestehenden Haftpflichtversicherung zur Verfügung stehenden Versicherungssumme geltend machen, es sei denn, daß der Versicherungsfall durch den Dienstnehmer vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht worden ist.“

10. § 333 Abs. 4 hat zu lauten:

„(4) Die Bestimmungen des Abs. 1 und 2 gelten auch für Ersatzansprüche Versicherter und ihrer Hinterbliebenen gegen gesetzliche oder bevollmächtigte Vertreter des Unternehmers und gegen Aufseher im Betrieb.“

11. § 343 Abs. 2 Z. 3 hat zu lauten:

„3. des Todes des Vertragsarztes, wobei die bis zu diesem Zeitpunkt erworbenen Honoraransprüche des Arztes auf die Erben übergehen;“.

12. § 357 hat zu lauten:

„Anwendung des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes.

§ 357. Für das Verfahren vor den Versicherungsträgern in Leistungssachen und in Verwaltungssachen gelten entsprechend die nachstehenden Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1950, BGBl. Nr. 172: § 6 über die Wahrnehmung der Zuständigkeit mit der Maßgabe, daß § 361 Abs. 4 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes unberührt bleibt, § 7 über die Befangenheit von Verwaltungsorganen,

§ 8 über Beteiligte, Parteien, § 9 über Rechts- und Handlungsfähigkeit, §§ 10 bis 12 über Vertreter, §§ 13 bis 17 über Anbringen, Niederschriften, Aktenvermerke und Akteneinsicht, § 18 Abs. 1 und 2 über Erledigungen, §§ 21 bis 31 über Zustellungen, §§ 32 und 33 über Fristen, § 38 über die Beurteilung von Vorfragen, § 58 Abs. 1 und 2, §§ 59 bis 61 und § 62 Abs. 4 über Inhalt und Form der Bescheide, §§ 69 und 70 über Wiederaufnahme des Verfahrens, §§ 71 und 72 über Wiedereinsetzung in den vorigen Stand.“

13. Im § 359 Abs. 2 ist das Wort „Verdienst-entganges“ durch die Worte „Entganges an Arbeitsverdienst, Krankengeld oder Leistungen nach dem Arbeitslosenversicherungsgesetz 1958“ zu ersetzen.

14. a) Im § 361 Abs. 2 ist nach dem zweiten Satz folgender Satz einzufügen:

„Der Anspruch auf die Leistungen der Krankenversicherung für Angehörige (§ 123) kann auch vom Angehörigen selbst oder von dessen gesetzlichem Vertreter unmittelbar geltend gemacht werden, wenn der Versicherte die Antragstellung ohne triftigen Grund verweigert.“

b) Dem § 361 Abs. 3 sind folgende Bestimmungen anzufügen:

„Bei einem Antrag auf eine Leistung der Krankenversicherung, die von der Höhe einer Bemessungsgrundlage abhängig ist, hat der Antragsteller eine Bestätigung des Dienstgebers über die Höhe des Entgeltes beizubringen. Der Dienstgeber ist zur Ausstellung solcher Bestätigungen sowie zur Ausstellung von Krankenscheinen (§ 135 Abs. 3) und Zahnbehandlungsscheinen (§ 153 Abs. 4) für die bei ihm beschäftigten Versicherten und ihre Angehörigen verpflichtet. Das Nähere über Form und Inhalt der Bestätigung bestimmt die Satzung.“

15. Dem § 362 Abs. 2 ist folgender Satz anzufügen:

„Das gleiche gilt, wenn ein Antrag auf Gewährung eines Hilflosenzuschusses abgelehnt oder ein solcher Zuschuß entzogen worden ist.“

16. § 377 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Gegen seinen Willen kann ein Beisitzer nur durch ein Erkenntnis des Oberlandesgerichtes Wien als Disziplinargericht des Amtes erhoben werden. Auf die Enthebung sind die Bestimmungen des § 21 Abs. 2 des Gerichtsorganisationsgesetzes vom 27. November 1896, RGBl. Nr. 217, sinngemäß anzuwenden. Gegen die Entscheidung des Disziplinargerichtes ist ein Rechtsmittel nicht zulässig.“

17. § 380 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Über die Ablehnung eines Beisitzers entscheidet der Vorsitzende, über die des ständigen Vorsitzenden oder eines seiner Stellvertreter das Oberlandesgericht Wien. Gegen diese Entscheidung ist ein Rechtsmittel nicht zulässig.“

18. § 383 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Eine Klage in einer Leistungssache nach § 354 Z. 1 kann nur erhoben werden,

- a) wenn der Versicherungsträger über den gegenständlichen Anspruch bereits mit Bescheid entschieden hat oder
- b) wenn er den Bescheid innerhalb von neun Monaten nach Zustellung des Antrages auf Zuerkennung des Leistungsanspruches nicht erlassen hat.

Die Klage muß in den Fällen der lit. a bei sonstigem Verlust des Klagrechtes innerhalb der unerstreckbaren Frist von drei Monaten ab Zustellung des Bescheides erhoben werden.“

19. Im § 385 Abs. 1 erster Satz hat der Ausdruck „oder 2“ zu entfallen; dem Abs. 1 ist folgender Satz anzufügen:

„Im Verfahren über eine Leistungssache nach § 354 Z. 2 kann die Klage nicht zurückgenommen werden.“

20. § 386 Abs. 1 Z. 3 hat zu lauten:

„3. Funktionäre und Angestellte der gesetzlichen beruflichen Vertretung, kollektivvertragsfähigen Berufsvereinigung oder Gewerkschaft, die nach ihrem Wirkungsbereich für die Partei in Betracht kommt oder im Falle des Aufenthaltes im Inland in Betracht käme,“.

21. Im § 390 sind der erste und zweite Satz durch folgenden Satz zu ersetzen:

„Der Vorsitzende kann außerhalb der mündlichen Verhandlung die zur Vorbereitung der Verhandlung notwendigen prozeßleitenden Verfügungen treffen; im übrigen hat der Senat über Verfügungen, Zwischenentscheidungen und das Urteil in nichtöffentlicher Sitzung zu beschließen.“

22. Im § 391 ist ein Abs. 4 mit folgendem Wortlaut einzufügen:

„(4) Wird eine Klage in einer Leistungssache nach § 354 Z. 2 abgewiesen, weil eine Verpflichtung zum Rückersatz einer zu Unrecht empfangenen Versicherungsleistung besteht, so ist im Urteil dem Kläger der Rückersatz der zu Unrecht empfangenen Leistung an den Beklagten aufzuerlegen.“

Der bisherige Abs. 4 erhält die Bezeichnung Abs. 5.

23. Dem § 396 Abs. 1 ist als letzter Satz anzufügen:

„Eine Partei, die ihren Wohnsitz oder ständigen Aufenthalt nicht an dem Ort hat, an dem sich der Sitz des Schiedsgerichtes befindet, kann das Gesuch um Bewilligung des Armenrechtes und um Bestellung eines Armenvertreters bei dem Bezirksgericht ihres Wohnsitzes oder ständigen Aufenthaltes zu Protokoll erklären.“

24. § 397 Abs. 1 zweiter Satz hat zu lauten:

„Die Kanzleigeschäfte des Schiedsgerichtes in Bregenz werden vom dortigen Bezirksgericht besorgt.“

25. § 400 hat zu lauten:

„Berufung.“

§ 400. (1) Gegen die Urteile der Schiedsgerichte findet die Berufung statt.

(2) Die Berufung ist nur aus einem der folgenden Gründe zulässig:

1. weil das Urteil wegen eines der im § 477 der Zivilprozeßordnung, RGBl. Nr. 113/1895, in der jeweils geltenden Fassung, bezeichneten Mängel nichtig ist. Der im § 477 Z. 6 der Zivilprozeßordnung bezeichnete Mangel liegt vor, wenn das Schiedsgericht über eine Sache entschieden hat, die im § 371 nicht aufgezählt ist;

2. weil das Verfahren an einem Mangel leidet, der, ohne die Nichtigkeit zu bewirken, eine erschöpfende Erörterung und gründliche Beurteilung der Streitsache zu hindern geeignet war;

3. weil dem Urteil in einem wesentlichen Punkt eine tatsächliche Voraussetzung zugrunde gelegt erscheint, die mit den Akten im Widerspruch steht;

4. weil das Urteil auf einer unrichtigen rechtlichen Beurteilung der Sache beruht.“

26. § 401 hat zu lauten:

„Rekurs.“

§ 401. Beschlüsse des Schiedsgerichtes, durch welche die Einleitung oder Fortsetzung des gesetzmäßigen Verfahrens über die Klage verweigert wurde, ferner Beschlüsse, durch welche der Antrag auf Bewilligung des Armenrechtes abgewiesen, das Armenrecht für erloschen erklärt oder entzogen wurde, können mit Rekurs angefochten werden. Gegen andere Beschlüsse ist ein Rechtsmittel unzulässig.“

27. Im § 406 Abs. 1 lit. b ist nach dem Wort „Arbeitsverdienst“ ein Beistrich zu setzen; folgende Worte sind einzufügen: „an Krankengeld oder an Leistungen nach dem Arbeitslosenversicherungsgesetz 1958.“

28. Im § 408 Abs. 1 sind nach den Worten „die leiblichen Kinder,“ die Worte „die Wahlkinder,“ einzufügen.

29. § 409 hat zu lauten:

„Zuständigkeit der Versicherungsträger in Verwaltungssachen.“

§ 409. Die Versicherungsträger sind im Rahmen ihrer örtlichen und sachlichen Zuständigkeit zur Behandlung der Verwaltungssachen berufen. Zur Behandlung der Verwaltungssachen, welche die Versicherungspflicht sowie den Beginn und das Ende der Versicherung von Vollversicherten, von in der Kranken- und Unfallversicherung Teilversicherten (§ 7 Z. 1 und § 8 Abs. 1 Z. 4) und von in der Unfall- und Pensionsversicherung Teilversicherten (§ 7 Z. 2 und § 8 Abs. 1 Z. 2) und die Beiträge für solche Versicherte betreffen, soweit deren Einhebung den Trägern der Krankenversicherung obliegt, sind, unbeschadet der Bestimmung des § 411, die Träger der Krankenversicherung berufen. Das gleiche gilt für die Zuständigkeit zur Behandlung von Verwaltungssachen, welche die Versicherungsberechtigung sowie den Beginn und das Ende der Versicherung von in der Kranken- und Pensionsversicherung Selbstversicherten (§ 19 a) betreffen.“

30. Dem § 412 Abs. 2 ist folgender Satz anzufügen:

„Der Antrag auf Zuerkennung der aufschiebenden Wirkung ist innerhalb der für die Einbringung des Einspruches vorgesehenen Frist (Abs. 1) beim Versicherungsträger zu stellen.“

31. Im § 420 Abs. 5 hat der erste Halbsatz des ersten Satzes zu lauten:

„Die Mitglieder der Verwaltungskörper versehen ihr Amt auf Grund einer öffentlichen Verpflichtung als Ehrenamt;“

32. Im § 423 Abs. 5 hat der erste Satz zu lauten:

„Die Aufsichtsbehörde hat dem Antrag einer zur Entsendung berufenen öffentlich-rechtlichen Interessenvertretung auf Enthebung der von dieser entsendeten Versicherungsvertreter zu entsprechen, wenn der Antrag aus dem Grunde der Neuwahl in die betreffende Interessenvertretung innerhalb von sechs Monaten nach der Neuwahl gestellt wird.“

33. a) Im § 433 Abs. 2 ist der letzte Satz durch folgende Sätze zu ersetzen:

„Die Zahl der Versicherungsvertreter in der Hauptversammlung beträgt 120. Gehört der Präsident weder als Dienstgeber noch als Versicherter einem der dem Hauptverband angeschlossenen Versicherungsträger an, so erhöht sich die Zahl der Mitglieder auf 121. Die Mitglieder des Vorstandes gemäß Abs. 3 lit. a und b und die Mitglieder des Überwachungsausschusses gehören jedenfalls der Hauptversammlung an.“

Ihre Zahl ist auf die Zahl der Versicherungsvertreter in der Hauptversammlung in der Gruppe anzurechnen, der sie im Vorstand beziehungsweise im Überwachungsausschuß angehören.“

b) § 433 Abs. 3 hat zu lauten:

„(3) Der Vorstand besteht aus

- a) dem Präsidenten des Hauptverbandes sowie den beiden Vizepräsidenten,
- b) den Vorsitzenden der fünf Sektionsausschüsse und dem Stellvertreter des Vorsitzenden des Sektionsausschusses für die Träger der Selbständigen-Pensions(Renten)-versicherung,
- c) dem Vorsitzenden des Überwachungsausschusses und
- d) zehn weiteren Mitgliedern der Hauptversammlung oder Stellvertretern solcher Mitglieder, von denen sechs der Gruppe der Dienstnehmer und vier der Gruppe der Dienstgeber anzugehören haben.

Gehört der Präsident weder als Dienstgeber noch als Versicherter einem der dem Hauptverband angeschlossenen Versicherungsträger an, so gehören dem Vorstand an Stelle von zehn elf weitere Mitglieder der Hauptversammlung oder Stellvertreter solcher Mitglieder an, und zwar sieben aus der Gruppe der Dienstnehmer und vier aus der Gruppe der Dienstgeber.“

c) Im § 433 Abs. 7 ist der Punkt durch einen Beistrich zu ersetzen; folgende Worte sind anzufügen:

„die Bestimmungen des § 421 Abs. 7 jedoch nicht für den Vorstand und für jene Versicherungsvertreter in der Hauptversammlung, die dem Vorstand gemäß Abs. 3 lit. a bis c angehören.“

34. a) § 438 Abs. 1 Z. 2 hat zu lauten:

„2. bei der Errichtung von Gebäuden, die Zwecken der Verwaltung, der Krankenbehandlung oder des Heilverfahrens oder der erweiterten oder vorbeugenden Heilfürsorge dienen sollen, sowie bei der Schaffung von derartigen Zwecken dienenden Einrichtungen in eigenen oder fremden Gebäuden. Das gleiche gilt auch für die Erweiterung von Gebäuden oder Einrichtungen, soweit es sich nicht nur um die Erhaltungs- oder Instandsetzungsarbeiten oder um die Erneuerungen des Inventars handelt.“

b) Im § 438 Abs. 4 hat der letzte Satz zu entfallen.

c) Im § 438 sind nach dem Abs. 4 ein Abs. 5 und Abs. 6 mit folgendem Wortlaut einzufügen:

„(5) Das den Obmännern der Versicherungsträger nach Abs. 4 zustehende Recht steht auch dem Präsidenten (den Vizepräsidenten) des Hauptverbandes zu, wenn eine gültige Beschluß-

fassung nach Abs. 3 nicht zustande kommt und wichtige Interessen des Hauptverbandes oder der im Hauptverband zusammengefaßten Versicherungsträger gefährdet erscheinen.

(6) Ein vom Bundesministerium für soziale Verwaltung genehmigter Beschluß des Vorstandes (Präsidialausschusses) ist zu vollziehen, auch wenn der Überwachungsausschuß nicht zugestimmt hat oder wenn ein gültiger Beschluß des erweiterten Vorstandes nicht zustande gekommen ist.“

d) Im § 438 erhält der bisherige Abs. 5 die Bezeichnung Abs. 7.

35. § 444 Abs. 4 hat zu lauten:

„(4) Die Gebietskrankenkassen, die Landwirtschaftskrankenkassen und die Betriebskrankenkassen haben die Erfolgsrechnung und die statistischen Nachweisungen getrennt nach folgenden Versichertengruppen zu erstellen:

1. Versichertengruppe der in der Pensionsversicherung der Arbeiter pflichtversicherten Personen (§ 13);

2. Versichertengruppe der in der Pensionsversicherung der Angestellten pflichtversicherten Personen (§ 14);

3. Versichertengruppe der sonstigen Versicherten.

Zu der in Z. 1 oder Z. 2 genannten Versichertengruppe gehören, je nachdem sie auf Grund ihrer letzten Beschäftigung der einen oder anderen Pensionsversicherung zugehörten, die Weiterversicherten und die nach dem Arbeitslosenversicherungsgesetz krankenversicherten Bezieher von Arbeitslosengeld, Notstandshilfe oder Karenzurlaubsgeld. Überdies gehören zu der in Z. 1 oder Z. 2 genannten Versichertengruppe die krankenversicherten Bezieher einer Rente aus der Pensionsversicherung, je nachdem, ob sie die Rente von einem Träger der Pensionsversicherung der Arbeiter oder von der Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten erhalten, sofern diese Personen nicht bereits auf Grund einer versicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit in die in Z. 1 oder 2 genannte Versichertengruppe einzureihen sind. Zu der in Z. 1 genannten Versichertengruppe gehören überdies die im § 7 Z. 1 lit. a bis d genannten Teilversicherten und die in der Krankenversicherung nach § 27 Mutterschutzgesetz, BGBl. Nr. 76/1957, pflichtversicherten Personen. Zu der in Z. 3 genannten Versichertengruppe gehören alle übrigen in der Krankenversicherung Versicherten. Gemeinsame Einnahmen und Ausgaben sind auf die genannten Versichertengruppen auf Grund eines Vorschlages des Hauptverbandes, der der Zustimmung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung bedarf, aufzuteilen.“

36. § 453 hat zu lauten:

„Gemeinsame Bestimmungen.

§ 453. Die Satzung hat auf Grund der Vorschriften dieses Bundesgesetzes, soweit dies nicht der Regelung durch die Krankenordnung überlassen ist, die Tätigkeit der Versicherungsträger (des Hauptverbandes) zu regeln und insbesondere Bestimmungen über Nachstehendes zu enthalten:

1. über die Vertretung des Versicherungsträgers (Hauptverbandes) nach außen;
2. über die Form der Kundmachungen und rechtsverbindlichen Akte;
3. über die Geschäftsführung der Verwaltungskörper;
4. über die Errichtung ständiger Ausschüsse, deren Wirkungskreis und Beschlußfassung.“

37. Im § 454 ist die Zitierung „§ 453 Abs. 1“ durch die Zitierung „§ 453“ zu ersetzen.

38. § 455 hat zu lauten:

„Genehmigungspflicht.

(1) Die Satzung und jede ihrer Änderungen bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für soziale Verwaltung und sind binnen einem Monat nach der Genehmigung im „Amtsblatt zur Wiener Zeitung“, wenn es sich aber um die Satzung eines Versicherungsträgers handelt, dessen Wirkungskreis sich über nicht mehr als ein Bundesland erstreckt, in der amtlichen Landeszeitung zu veröffentlichen.

(2) Der Hauptverband hat für den Bereich der Krankenversicherung eine Mustersatzung aufzustellen, die der Genehmigung durch das Bundesministerium für soziale Verwaltung bedarf. Die Bestimmungen dieser Mustersatzung sind für die in Betracht kommenden Versicherungsträger insoweit verbindlich, als dies in der Mustersatzung bestimmt wird. Die verbindlichen Bestimmungen sind in entsprechender Anwendung des Abs. 1 im „Amtsblatt zur Wiener Zeitung“ zu veröffentlichen.

39. § 456 Abs. 1 hat zu lauten:

„(1) Die Träger der Krankenversicherung haben eine Krankenordnung aufzustellen, die insbesondere das Verhalten der Versicherten und der Leistungsempfänger im Leistungsfalle, das Verfahren bei Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenversicherung und die Überwachung der Kranken zu regeln hat.“

40. a) Im § 462 Abs. 1 haben die Worte „mindestens an zehn Arbeitstagen im Kalendermonat“ zu entfallen.

b) § 462 Abs. 4 hat zu entfallen.

41. Der bisherige Inhalt des § 463 erhält die Bezeichnung Abs. 1. Als Abs. 2 ist anzufügen:

„(2) Für die Erfüllung der Vorversicherungszeit von 26 Wochen beziehungsweise sechs Wochen sind je vier Arbeitstage (§ 462 Abs. 3) als eine Woche zu zählen.“

42. § 467 Abs. 1 erster Satz hat zu lauten:

„Auf Antrag des kurzfristig beschäftigten Arbeiters sind die Beiträge fortlaufend für den gesamten Kalendermonat zu berechnen.“

43. Dem § 468 ist als Abs. 3 einzufügen:

„(3) Für die Erfüllung der Wartezeit nach Abs. 1, der Versicherungszeit von 26 Wochen nach Abs. 2 und die Voraussetzungen gemäß § 122 Abs. 2 Z. 2 sind je vier Arbeitstage (§ 462 Abs. 3) als eine Woche und je 15 Arbeitstage als ein Monat zu zählen.“

Die bisherigen Abs. 3 bis 5 erhalten die Bezeichnung Abs. 4 bis 6.

44. § 470 Abs. 1 zweiter Satz hat zu lauten:

„Sind in einem Kalendermonat weniger als 15 Arbeitstage im Ausweis eingetragen, so werden diese Arbeitstage den Arbeitstagen in einem nachfolgenden Kalendermonat, in dem ebenfalls weniger als 15 Arbeitstage eingetragen sind, zugeschlagen.“

45. a) Im § 472 Abs. 1 zweiter Satz sind die Worte „sechs Monate“ durch die Worte „zwölf Monate“ zu ersetzen; der letzte Satz dieses Absatzes hat zu entfallen.

b) Im § 472 Abs. 4 haben die Worte „daß an Stelle der im § 488 Abs. 2 letzter Satz bezogenen Bestimmungen des Gehaltsüberleitungsgesetzes die Bestimmungen des § 24 b der Besoldungsordnung für die Beamten der Österreichischen Bundesbahnen, BGBl. Nr. 263/1947, in der Fassung der Kundmachung BGBl. Nr. 253/1949 heranzuziehen sind und“ zu entfallen; der Ausdruck „4/8 v. H.“ ist durch den Ausdruck „5/1 v. H.“ zu ersetzen.

46. Im § 474 Abs. 1 letzter Satz sind die Worte „solche der Pensionsversicherung der Angestellten zugehörigen“ zu streichen.

47. a) Der bisher einzige Absatz des § 479 ist als Abs. 1 zu bezeichnen. In diesem Absatz sind die Worte „Pensionsinstitut der Elektrizitäts- und Straßenbahngesellschaft in Linz“ durch die Worte „Pensionsinstitut der Linzer Elektrizitäts- und Straßenbahn-Aktiengesellschaft“ zu ersetzen.

b) Dem § 479 sind die folgenden Abs. 2 und 3 anzufügen:

„(2) In der zusätzlichen Pensionsversicherung bei den in Abs. 1 bezeichneten Pensionsinstituten

sind die nachstehenden Bestimmungen entsprechend anzuwenden:

1. von den Bestimmungen des Ersten Teiles die §§ 32, 38, 64 bis 66, 109 und 110;
2. von den Bestimmungen des Fünften Teiles die §§ 321 und 332 bis 337;
3. die Bestimmungen des Siebenten Teiles;
4. von den Bestimmungen des Achten Teiles die §§ 443, 444, 446, 447, 448 bis 453 und 455 Abs. 1.

(3) Die nach den Bestimmungen der Satzungen in die Verwaltungskörper der in Abs. 1 bezeichneten Pensionsinstitute berufenen Versicherungsvertreter unterliegen der Unfallversicherung im Sinne des § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. e.“

48. a) § 480 Abs. 1 Z. 5 hat zu lauten:

„5. die §§ 99, 102, 103, 106 und 107 über Leistungsansprüche, wobei in der Meisterkrankenversicherung bei der Anwendung des § 103 die Aufrechnung bis zur vollen Höhe der zu erbringenden baren Leistung zulässig und bei der Anwendung des § 107 auch der Aufwand für zu Unrecht erbrachte Sachleistungen rückzufordern ist;“.

b) § 480 Abs. 1 Z. 8 hat zu lauten:

„8. § 131 a über die Kostenerstattung bei Fehlen vertraglicher Regelungen mit den Ärzten (Dentisten) und § 132 über die Gewährung von Barleistungen an Stelle von Sachleistungen;“.

c) § 480 Abs. 1 Z. 9 hat zu lauten:

„9. Grundsatzbestimmung: § 148 Z. 1, 3 bis 7 über die Beziehungen zu den öffentlichen Krankenanstalten und § 149 Abs. 2 über die Beziehungen zu den nichtöffentlichen Krankenanstalten;“.

d) § 480 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Die Bestimmungen der §§ 315 bis 319 über die Ersatzansprüche im Verhältnis zwischen Kranken- und Unfallversicherung sowie die Bestimmungen des § 320 b über sonstige Ersatzansprüche der Versicherungsträger untereinander sind auch auf folgende Versicherungsträger entsprechend anzuwenden:

1. Krankenversicherungsanstalt der Bundesangestellten;
2. Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen, auch soweit diese Träger der Krankenversicherung im Sinne des § 473 ist;
3. Träger der Meisterkrankenversicherung, auf diese die Bestimmungen des § 317 Abs. 1 und 2 jedoch mit der Maßgabe, daß als Ersatz
 - a) bei einer als Anstaltspflege gewährten Krankenbehandlung (Unfallheilbehandlung) der für die Träger der Meisterkrankenversicherung jeweils geltende Pflegegebührenersatz,

b) bei einer nicht als Anstaltspflege gewährten Krankenbehandlung (Unfallheilbehandlung) ohne Rücksicht auf den Eintritt der Arbeitsunfähigkeit für jeden Kalendertag des Behandlungszeitraumes, soweit jedoch zwischen den einzelnen ärztlichen Behandlungen mehr als 13 Kalendertage liegen für jeden Behandlungstag, ein Betrag in der Höhe von 25 v. H. des 360. Teiles der im § 181 Abs. 1 erster Satz festgesetzten Bemessungsgrundlage für die gemäß § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. a in der Unfallversicherung Teilversicherten zu leisten ist.“

49. Nach § 480 ist ein § 480 a mit folgendem Wortlaut einzufügen:

„Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft bei Wechsel der Versicherungszuständigkeit.“

§ 480 a. Tritt innerhalb der letzten sechs Wochen vor der voraussichtlichen Entbindung ein Wechsel in der Versicherungszuständigkeit zwischen der Krankenversicherungsanstalt der Bundesangestellten oder der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen, soweit diese Träger der Krankenversicherung im Sinne des § 473 ist, und einem anderen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ein, so ist zur Erbringung der Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft der Versicherungsträger zuständig, bei dem die Versicherung im Zeitpunkt der Entbindung besteht. Der Versicherungsträger, bei dem die Versicherung vor dem Wechsel der Versicherungszuständigkeit bestanden hat, hat, wenn nur aus dem Grunde des Wechsels der Versicherungszuständigkeit keine Leistung erbracht worden ist, dem leistungszuständigen Versicherungsträger die Hälfte dieser Leistungen zu ersetzen.“

50. § 481 hat zu lauten:

„Satzung und Krankenordnung.“

§ 481. Hinsichtlich der Satzung und Krankenordnung für die Krankenversicherungsanstalt der Bundesangestellten und für die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen als Träger der Krankenversicherung im Sinne des § 473 gelten die einschlägigen Bestimmungen des Bundesangestellten-Krankenversicherungsgesetzes 1937, BGBl. Nr. 94, hinsichtlich der Satzung für die Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates die einschlägigen Bestimmungen des Notarversicherungsgesetzes 1938, BGBl. Nr. 2, weiter. Hinsichtlich der Satzung und Krankenordnung für die Meisterkrankenstellen gelten die Bestimmungen der §§ 453, 455 Abs. 1 und 456 Abs. 1 und 2, hinsichtlich der Satzung für den Verband der Meisterkrankenstellen die Bestimmungen der §§ 453 und 455 Abs. 1 entsprechend.“

51. Dem § 483 ist ein Abs. 3 mit folgendem Wortlaut anzufügen:

„(3) Die Mitglieder der Landtage, die nicht nach anderer gesetzlicher Bestimmung in der Krankenversicherung pflichtversichert sind oder denen durch eine Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers mindestens die Leistungen der Krankenversicherung der Bundesangestellten gesichert sind, unterliegen der Krankenversicherungspflicht nach Maßgabe der Bestimmungen des Bundesangestellten-Krankenversicherungsgesetzes 1937, BGBl. Nr. 94, in seiner jeweils geltenden Fassung. Als Dienstgeber im Sinne des bezogenen Gesetzes gilt das Land, dessen Landtag der Versicherte angehört, als Bezug die Entschädigung, die dem Versicherten nach den in Betracht kommenden landesrechtlichen Vorschriften gebührt.“

52. Dem § 485 ist ein Abs. 4 mit folgendem Wortlaut anzufügen:

„(4) Die Bestimmungen des § 133 Abs. 4 sind entsprechend anzuwenden.“

53. Nach § 485 ist ein § 485 a mit folgendem Wortlaut einzufügen:

„Anstaltspflege.

§ 485 a. (1) Als Anstaltspflege im Sinne des § 9 Bundesangestellten - Krankenversicherungsgesetz 1937 gilt nicht die Unterbringung in einem Heim für Genesende, die ärztlicher Behandlung und besonderer Wartung bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z. 3 Krankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957), in einer Pflegeanstalt für Kranke, die an chronischen Krankheiten leiden und die ungeachtet ihrer Unheilbarkeit ärztlicher Behandlung und besonderer Pflege bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z. 4 Krankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957). Die stationäre Behandlung von Erkrankungen an Tuberkulose gilt nur dann als Anstaltspflege, wenn eine solche Behandlung in allgemeinen Krankenanstalten (§ 2 Abs. 1 Z. 1 Krankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957) durchgeführt oder vertraglich (§ 148 Z. 7) als Anstaltspflege anerkannt wird.

(2) Im Falle einer Krankheit, die in der Unfallversicherung im Sinne des § 177 als Berufskrankheit anzusehen ist, ist Anstaltspflege so lange und so oft zu gewähren, als durch sie eine Besserung der Folgen der Berufskrankheit oder eine Steigerung der Erwerbsfähigkeit zu erwarten ist oder in Krankenanstalten durchzuführende Heilmaßnahmen erforderlich sind, um eine Verschlimmerung zu verhüten, falls die Leistung nicht von einem Träger der Unfallversicherung zu gewähren ist.“

54. Im § 488 Abs. 2 letzter Satz ist die Zitierung „§§ 53 bis 55“ durch die Zitierung „§§ 54 und 55“ zu ersetzen.

55. § 491 hat zu lauten:

„Anwendung sonstiger Bestimmungen des Ersten, Zweiten, Fünften und Achten Teiles in der Meisterkrankenversicherung.

§ 491. In der Meisterkrankenversicherung sind außer den gemäß §§ 480 und 481 letzter Satz anzuwendenden Bestimmungen des Ersten bis Achten Teiles noch folgende Bestimmungen des Ersten, Zweiten, Fünften und Achten Teiles entsprechend anzuwenden:

1. von den Bestimmungen des Ersten Teiles die §§ 21, 22, 39, 40, 43, 58 Abs. 3, 59, 64 bis 66, 68, 69, 78 Abs. 1 erster Satz, Abs. 3 und 5, 79, 89, 111 bis 113; ferner die Bestimmungen des § 16 mit der Maßgabe, daß die Frist für die Geltendmachung des Rechtes auf Weiterversicherung mit dem Tag beginnt, an welchem dem Versicherten die Verständigung über das Erlöschen der Pflichtversicherung zugestellt wird, und die Bestimmung des § 98 mit der Maßgabe, daß die Übertragung, Pfändung und Verpfändung von Ansprüchen auf Geldleistungen in der Meisterkrankenversicherung auch wegen rückständiger Beiträge, die nicht seit länger als drei Monaten fällig sind, zulässig ist;

2. von den Bestimmungen des Zweiten Teiles die §§ 120, 121 Abs. 4, 126 bis 129, 131 Abs. 3 und 4, 133 und 144 Abs. 4;

3. von den Bestimmungen des Fünften Teiles die §§ 321 Abs. 1 und 2, 322 bis 325, 329, 330, 332, 336 und 337 Abs. 2;

4. von den Bestimmungen des Achten Teiles die §§ 419 bis 429, 431, 432, 435 bis 438 und 442 mit der Maßgabe, daß die Verwaltungskörper der Meisterkrankenstellen aus Vertretern der Versicherten bestehen, die von den örtlich und sachlich zuständigen öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen der Versicherten in die Verwaltungskörper zu entsenden sind.“

56. § 492 hat zu lauten:

„Ruhe der Meisterkrankenversicherung.

§ 492. (1) Für Personen, die

a) nach diesem Bundesgesetz in der Krankenversicherung auf Grund einer Erwerbstätigkeit pflichtversichert sind oder

b) Anspruch auf Kranken- oder Wochengeld haben, auch wenn dieser Anspruch ruht, oder auf Rechnung des Versicherungsträgers in Anstaltspflege stehen,

ruht eine bestehende beziehungsweise eintretende Pflichtversicherung in der Meisterkrankenversicherung, wenn diese Personen einen diesbezüglichen Antrag an den Träger der Meisterkrankenversicherung stellen. Eine Unterbrechung der in lit. a bezeichneten Pflichtversicherung oder der ihr in lit. b gleichgestellten Zeiten bis zu 14 Tagen

berührt das Ruhen der Pflichtversicherung in der Meisterkrankenversicherung nicht. Tritt die Pflichtversicherung in der Meisterkrankenversicherung während des Bestehens der Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz oder während der Zeit einer Anspruchsberechtigung nach lit. b ein, wirkt das Ruhen ab Beginn der Meisterkrankenversicherung, wenn der Antrag innerhalb von vier Wochen ab dem Tag der Verständigung durch die Meisterkrankenkasse über den Eintritt der Pflichtversicherung gestellt wird, sonst von dem Monatsersten an, der auf den Antrag folgt. Ruht die Pflichtversicherung in der Meisterkrankenversicherung, so ruht auch eine allenfalls bestehende Familien- oder Angehörigenversicherung oder eine sonstige Zusatzversicherung beim Träger der Meisterkrankenversicherung.

(2) Abs. 1 gilt nicht für die gemäß § 5 Abs. 1 Z. 10 von der Vollversicherung ausgenommenen Zwischenmeister (Stückmeister).“

57. Im § 493 Abs. 2 ist der Ausdruck „im § 480“ durch den Ausdruck zu ersetzen „in den §§ 480 und 481 letzter Satz“.

58. § 501 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Renten, auf die der Anspruch nach Abs. 1 wieder auflebt, sind, soweit sie nicht nach den bezogenen Vorschriften Angehörigen des Berechtigten überwiesen worden sind, für die Zeit ab 10. April 1945, wenn der Rentenberechtigte am 1. Dezember 1961 seinen Wohnsitz im Gebiet der Republik Österreich hatte, auch für die Zeit vor dem 10. April 1945 nachzuzahlen. Zu den Rentennachzahlungen für die Zeit vor dem 10. April 1945 kann der Versicherungsträger, wenn der Rentenberechtigte bedürftig ist, aus den Mitteln des Unterstützungsfonds (§ 84) einen Zuschlag bis zu 500 v. H. der nachzuzahlenden Rente gewähren.“

59. a) § 502 Abs. 1 erster Satz hat zu lauten: „Zeiten einer aus den Gründen des § 500 Abs. 1 veranlaßten Untersuchungshaft, Verbüßung einer Freiheitsstrafe, Anhaltung oder Arbeitslosigkeit, ferner Zeiten der Ausbürgerung (§ 501 Abs. 1) gelten für Personen, die vorher in der Zeit seit dem 1. Juli 1927 Beitragszeiten gemäß § 226 oder Ersatzzeiten gemäß §§ 228 oder 229 erworben haben, als Pflichtbeitragszeiten mit der höchstzulässigen Beitragsgrundlage, und zwar in der Pensions(Renten)versicherung, in der der Versicherte vor der Haft, Strafe, Anhaltung, Arbeitslosigkeit oder Ausbürgerung zuletzt Beitrags- oder Ersatzzeiten nachweist.“

b) § 502 Abs. 1 letzter Satz hat zu lauten: „Amtlich bestätigte Zeiten des Militärdienstes in der bewaffneten Macht einer der alliierten Armeen in der Zeit vom 26. August 1939 bis

9. Mai 1945 sind in sozialversicherungsrechtlicher Hinsicht geleistetem Wehrdienst gleichzustellen. § 228 Abs. 1 Z. 1 ist mit der Maßgabe anzuwenden, daß für begünstigte Personen (§ 500 Abs. 1) das Erfordernis der österreichischen Staatsbürgerschaft entfällt.“

60. § 503 hat zu lauten:

„Auslandsaufenthalt.“

§ 503. (1) Die jeweils in Geltung gestandenen Bestimmungen über das Ruhen der Leistungsansprüche bei Auslandsaufenthalt sind auf Rentenansprüche mit Ausnahme des Knappschafts-soldes beim Auslandsaufenthalt begünstigter Personen (§ 500 Abs. 1) ab 1. Mai 1945 nicht anzuwenden.

(2) Die nach Abs. 1 zu gewährenden Leistungen können in den Aufenthaltsstaat des Berechtigten nur nach Maßgabe der Vorschriften der österreichischen Devisengesetzgebung überwiesen werden.“

61. § 504 wird aufgehoben.

62. a) § 506 Abs. 1 hat zu lauten:

„(1) Die Begünstigungen nach den §§ 501 bis 503 werden auf Antrag oder von Amts wegen festgestellt.“

b) § 506 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Anträge auf Begünstigungen nach den §§ 501 und 502 sind bis längstens 31. Dezember 1962 zulässig. Bei Anträgen auf die Begünstigung nach § 503 beginnt die Leistung mit dem Ablauf des Monats, in dem der Versicherungsfall eingetreten und die Wartezeit erfüllt ist, frühestens jedoch ab 1. Mai 1945, auch wenn erst durch eine Begünstigung nach § 502 die Wartezeit erfüllt und die Anrechenbarkeit von Versicherungszeiten gegeben ist.“

63. Im § 509 hat an die Stelle des zweiten und dritten Satzes der folgende Satz zu treten:

„Für die Durchführung der Krankenversicherung dieser Personen gelten die Vorschriften des § 10 Abs. 5, des § 12 Abs. 4, des § 36 Abs. 1 Z. 4, des § 75 und des Zweiten Teiles dieses Bundesgesetzes.“

64. § 510 wird aufgehoben.

65. Im § 513 Abs. 1 hat der erste Satz zu lauten:

„Nach den bisherigen Bestimmungen bestehende Zusatzversicherungen von Rentnern bleiben aufrecht, wenn sie Leistungen zum Gegenstand haben, die über das in diesem Bundesgesetz für Rentner vorgesehene Ausmaß hinausgehen; be-

stehende Zusatzversicherungen auf Sterbegeld bleiben ohne Rücksicht auf ihre Höhe in vollem Umfang aufrecht.“

66. a) Im § 522 Abs. 3 Z. 3 ist die Zitierung „§ 207 Abs. 4“ durch die Zitierung „§ 207 Abs. 3“ zu ersetzen.

b) § 522 Abs. 3 Z. 4 hat zu lauten:

„4. im Bereich der Pensionsversicherung die Bestimmungen der §§ 86 Abs. 3, 87, 88, 222 Abs. 3, 252, 255, 260, 262, 264 Abs. 1, in den Fällen des § 522 f jedoch nur der erste und zweite Satz, 265 bis 267 sowie die diesen Bestimmungen entsprechenden Bestimmungen im Abschnitt III und IV des Vierten Teiles, außerdem die §§ 292 bis 307.“

c) § 522 Abs. 4 hat zu lauten:

„(4) Die Bestimmungen der §§ 215 Abs. 4 und 265 Abs. 1 sind nur anzuwenden, wenn die Wiederverheiratung nach dem 31. Dezember 1955 erfolgt ist.“

d) Im § 522 erhalten die Abs. 5 bis 7 die Bezeichnung Abs. 4 bis 6; im neuen Abs. 6 hat der letzte Satz zu entfallen.

67. a) Im § 522 f Abs. 8 sind nach den Worten „aus eigener Pensionsversicherung“ die Worte „mit Ausnahme der Knappschaftsrente“ einzufügen.

b) Im § 522 f Abs. 9 vorletzter Satz ist die Zitierung „§ 97 Abs. 1 erster Satz erster Halbsatz“ durch die Zitierung „§ 97 Abs. 1“ zu ersetzen.

68. § 524 wird aufgehoben.

69. § 529 hat zu lauten:

„Öffentlich-rechtliche Dienstverhältnisse.

§ 529. (1) Der im Zeitpunkt der Aufnahme in ein öffentlich-rechtliches oder diesem gleichgestelltes Dienstverhältnis leistungszuständige Versicherungsträger (§§ 245 und 246) hat an den Dienstgeber auf dessen Antrag für jeden Monat (§ 231) einer angerechneten Beitrags- beziehungsweise Ersatzzeit einen Überweisungsbetrag zu leisten, wenn

- a) der Dienstnehmer vor dem 1. April 1952 in ein öffentlich-rechtliches oder diesem gleichgestelltes Dienstverhältnis als Angehöriger des Dienststandes aufgenommen worden ist (§ 11 Abs. 5) oder nach dem 31. März 1952 in ein solches Dienstverhältnis aufgenommen worden ist und eine Leistung aus der Pensions(Renten)versicherung vor dem 30. September 1955 angefallen ist,
- b) der Dienstgeber nach den für ihn geltenden dienstrechtlichen Vorschriften bereits er-

worbene Beitrags- beziehungsweise Ersatzzeiten des Dienstnehmers für die Begründung des Anspruches auf einen Ruhe(Versorgungs)genuß und dessen Ausmaß ganz oder teilweise angerechnet hat oder anrechnet,

- c) der Dienstnehmer aus dem Dienststand des Dienstgebers mit dem Anspruch auf Ruhe(Versorgungs)genuß nach dem 9. April 1945 ausgeschieden ist oder ausscheidet und
- d) ein Anspruch auf eine Leistung nach Abs. 7 beziehungsweise nach Abs. 8 oder nach Abs. 9 nicht besteht.

(2) Als einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis nach Abs. 1 gleichgestellte Dienstverhältnisse gelten die in der Anlage 11 zu diesem Bundesgesetz genannten Dienstverhältnisse.

(3) Der Überweisungsbetrag beträgt für jeden zur Gänze bedingt oder unbedingt angerechneten Monat einer Beitragszeit 7 v. H., für jeden zur Gänze bedingt oder unbedingt angerechneten Monat einer Ersatzzeit 1 v. H. einer Bemessungsgrundlage von 1000 S. Für nur teilweise angerechnete Monate beträgt der Überweisungsbetrag den entsprechenden Teil. Die Bemessungsgrundlage von 1000 S ist aufzuwerten:

- a) mit dem am 1. Jänner 1961 für das Jahr 1956 geltenden Faktor der Anlage 5, wenn der Versorgungsfall vor dem 1. Jänner 1962 eingetreten ist;
- b) mit dem im Zeitpunkt des Eintrittes des Versorgungsfalles für das Jahr 1956 geltenden Faktor der Anlage 5, wenn der Versorgungsfall nach dem 31. Dezember 1961 eintritt.

(4) Der Antrag auf Leistung eines Überweisungsbetrages nach Abs. 1 ist anlässlich des Versorgungsfalles beziehungsweise der Entziehung einer Leistung nach Abs. 7 oder nach Abs. 9, spätestens innerhalb von 18 Monaten danach zu stellen; er ist längstens bis 30. Juni 1963 zu stellen, wenn der Versorgungsfall am 31. Dezember 1961 schon eingetreten war.

(5) Ist nach Abs. 1 ein Überweisungsbetrag zu leisten, so hat der leistungszuständige Versicherungsträger dem Versicherten

- a) für jeden vor der Aufnahme in das Dienstverhältnis nach Abs. 1 liegenden Monat einer Beitragszeit der Pflichtversicherung, der nicht in der Pensionsversorgung angerechnet worden ist, 7 v. H. einer Bemessungsgrundlage von 1000 S, soweit aber eine Teilanrechnung stattgefunden hat, nur den im Überweisungsbetrag nicht berücksichtigten Teilbetrag,
- b) die entrichteten Beiträge zur Höherversicherung und
- c) die nach der Aufnahme in das Dienstverhältnis nach Abs. 1 entrichteten freiwilligen

Beiträge, es sei denn, sie wurden nach einer pensions(renten)versicherungspflichtigen Nebenbeschäftigung entrichtet, sowie solche vorher entrichteten Beiträge, soweit die durch ihre Entrichtung erworbenen Beitragszeiten nicht nach Abs. 1 lit. b angerechnet worden sind,

zu erstatten. Abs. 3 letzter Satz und § 108 sind anzuwenden.

(6) Der Überweisungsbetrag nach Abs. 1 und die Erstattungsbeträge nach Abs. 5 sind binnen 18 Monaten nach Einlangen des Antrages des Dienstgebers vom leistungszuständigen Versicherungsträger zu bezahlen. § 309 Abs. 1 zweiter Satz ist anzuwenden.

(7) Leistungsansprüche aus der Pensions(Renten)versicherung, die nach den vor dem 1. Jänner 1961 in Geltung gestandenen Vorschriften in Verbindung mit § 6 beziehungsweise mit § 6 und § 7 des Bundesgesetzes vom 8. Juli 1948, BGBl. Nr. 177, zuerkannt worden sind oder nach dem 31. Dezember 1960 für einen vorher gelegenen Zeitraum noch zuerkannt werden, sind, wenn sie für den Monat Dezember 1960 noch gebühren, mit folgender Maßgabe neu zu bemessen:

- a) Die nach § 6 des Bundesgesetzes vom 8. Juli 1948, BGBl. Nr. 177, zuerkannten Leistungen sind auf das 13fache des im Monat Dezember 1960 ausgezahlten Betrages zu erhöhen,
- b) die nach § 7 des Bundesgesetzes vom 8. Juli 1948, BGBl. Nr. 177, zuerkannten Leistungen sind auf das 13fache des nach Aufhebung der Ruhensbestimmungen im Monat Dezember 1960 gebührenden Betrages zu erhöhen.

Die sich ergebenden Mehrbeträge gebühren zu einem Drittel ab 1. Jänner 1961, zu zwei Dritteln ab 1. Jänner 1962 und ab 1. Jänner 1963 in voller Höhe. Rentenberechtigten der Geburtsjahrgänge 1876 und früher gebührt jedoch schon ab 1. Jänner 1961, Rentenberechtigten des Geburtsjahrganges 1877 ab 1. Jänner 1962 der volle Mehrbetrag.

(8) Für das Ausmaß der Hinterbliebenenrenten nach Beziehern von Renten nach Abs. 7 gelten die Vorschriften des Vierten Teiles dieses Bundesgesetzes über das Ausmaß der Hinterbliebenenrenten, wobei als Invaliditätsrente die nach Abs. 7 im Zeitpunkt des Todes gebührenden Leistungen gelten. Hinterbliebenenrenten nach Rentenberechtigten sind, wenn der Tod des Rentenberechtigten in den Jahren 1961 oder 1962 eintritt, von der Rente zu berechnen, die dem Rentenberechtigten am 1. Jänner 1963 gebührt hätte.

(9) In den Fällen, in denen für eine Leistung nach § 6 beziehungsweise nach § 6 und § 7 des Bundesgesetzes vom 8. Juli 1948, BGBl. Nr. 177, der Stichtag (§ 223 Abs. 2) nach dem 31. Dezem-

ber 1960, aber vor dem 1. Februar 1962 liegt, sind diese Leistungen nach den vor dem 1. Jänner 1961 in Geltung gestandenen Vorschriften festzustellen und nach Abs. 7 beziehungsweise nach Abs. 8 mit der Maßgabe neu zu bemessen, daß die sich ergebenden Mehrbeträge in voller Höhe gebühren.

(10) Bei Anwendung der Bestimmungen der §§ 94 und 95 gilt als Grundbetrag die Hälfte der nach Abs. 7 lit. b, Abs. 8 und Abs. 9 dem Rentner beziehungsweise seinen Hinterbliebenen gebührenden Leistung.

(11) Auf den Überweisungsbetrag nach Abs. 1 und die Beitragserstattung nach Abs. 5 sind § 309 Abs. 2 und § 310 anzuwenden.

(12) Die Bestimmungen des Abs. 1 lit. a, b und d, der Abs. 2 bis 6 und des Abs. 11 sind auch auf Personen anzuwenden, die sich am 12. März 1938 als Angehörige des Dienststandes in einem öffentlich-rechtlichen oder diesem gleichgestellten Dienstverhältnis befunden haben und bei denen der Versorgungsfall nach dem 9. April 1945 eingetreten ist.“

70. Nach § 529 ist ein § 529 a mit folgendem Wortlaut einzufügen:

„Behandlung von Versicherungszeiten, die beim ehemaligen Arbeiter-Kranken- und Renteninstitut der Stadtgemeinde Graz erworben wurden.

§ 529 a. Bei Versicherten, die dem ehemaligen Arbeiter-Kranken- und Renteninstitut der Stadtgemeinde Graz beziehungsweise der Arbeiter-Pensionskasse der Stadtgemeinde als Mitglieder angehört haben, gelten Zeiten, die nach den Überleitungsbestimmungen vom Arbeiter-Kranken- und Renteninstitut der Stadtgemeinde Graz in die Rentenversicherung nach der Reichsversicherungsordnung bei der Bemessung der Rentenleistung zu berücksichtigen sind und gemäß Punkt 17 der angeführten Überleitungsbestimmungen von der Landesversicherungsanstalt Graz mittels Bescheides anerkannt wurden, als Versicherungszeiten im Sinne des § 226.“

71. § 530 wird aufgehoben.

72. § 535 wird aufgehoben.

73. § 536 wird aufgehoben.

74. § 542 hat zu lauten:

„Übergangsbestimmungen für begünstigte Personen.

§ 542. (1) Weibliche Versicherte, denen in der Rentenversicherung aus Anlaß der Verheiratung Beiträge erstattet worden sind und die aus einem der in § 500 Abs. 1 angeführten Gründe binnen 18 Monaten nach Stellung des Antrages auf Erstattung der Beiträge ausgewandert sind, können

bis zum 31. Dezember 1962 durch zinslose Rückzahlung des sechsfachen Erstattungsbetrages die durch die erstatteten Beiträge seinerzeit erworbenen Anwartschaften zurückerwerben. Teilzahlungen sind nach Maßgabe des § 502 Abs. 2 zweiter und dritter Satz zu bewilligen.

(2) Anträge auf Begünstigung nach § 502 Abs. 4 sind bis 31. Dezember 1962 zulässig.“

75. a) In der Anlage 1 hat die lfd. Nr. 1 in der Spalte „Berufskrankheit“ zu lauten:

„Erkrankungen durch Blei, seine Legierungen oder Verbindungen“.

b) In der Anlage 1 hat die lfd. Nr. 3 in der Spalte „Berufskrankheit“ zu lauten:

„Erkrankungen durch Quecksilber, seine Legierungen oder Verbindungen“.

c) In der Anlage 1 hat die lfd. Nr. 16 in der Spalte „Berufskrankheit“ zu lauten:

„Erkrankungen durch ionisierende Strahlen“.

d) In der Anlage 1 hat die lfd. Nr. 17 in der Spalte „Berufskrankheit“ zu lauten:

„Hautkrebs oder zur Krebsbildung neigende Hautveränderungen durch Ruß, Paraffin, Teer, Anthrazen, Pech, Mineralöle, Erdpech und ähnliche Stoffe“.

e) In der Anlage 1 hat die lfd. Nr. 33 in der Spalte „Berufskrankheit“ zu lauten:

„Durch Lärm verursachte Schwerhörigkeit“;

die lfd. Nr. 33 hat in der Spalte „Unternehmen“ zu lauten:

„Alle Unternehmen“.

76. Am Schluß des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes sind nach der Anlage 8 folgende Anlagen als Anlagen 9, 10 und 11 anzufügen:

„Anlage 9

Liste der Arbeiten, die als wesentlich bergmännische oder ihnen gleichgestellte Arbeiten anzusehen sind (§ 236 Abs. 3).

Wesentlich bergmännische oder ihnen gleichgestellte Arbeiten sind folgende von knappschaftlich pensionsversicherten Personen ständig verrichtete Arbeiten:

1. die Tätigkeit aller in Grubenbetrieben ausschließlich oder überwiegend unter Tage beschäftigten Arbeiter;

2. die Tätigkeit aller in Tagbaubetrieben ausschließlich oder überwiegend in Betriebspunkten unter Tage (Entwässerungstrecken, Stollen, Sturzschnitten) beschäftigten Arbeiter, wobei das Begehen und Durchfahren von Untertagebauen nicht als Arbeit unter Tage zählt;

3. die Tätigkeit aller mit der Gewinnung oder Förderung von Bergbauprodukten über Tage in Gebirgslagen ausschließlich oder überwiegend befaßten Arbeiter außerhalb geschützter Räume;

4. die Tätigkeit aller ausschließlich oder überwiegend mit der Beaufsichtigung der in den Z. 1 bis 3 genannten Personen beauftragten technischen Aufsichtspersonen;

5. die Tätigkeit aller technischen Angestellten, die zwecks Leitung, Planung und Vermessung regelmäßig Befahrungen im Arbeitsbereiche der in den Z. 1 bis 4 genannten Personen durchzuführen haben, wenn sie damit die überwiegende Zahl der Arbeitstage innerhalb eines Kalendermonates befaßt sind;

6. in Grubenbetrieben die Tätigkeit der Anschläger über Tag bei Hauptförderschächten;

7. im Braunkohlentagbau die Tätigkeit der Hauer im engeren Sinne, soweit sie ausschließlich oder überwiegend mit Bohren, Schießen, Abräumen, Ablauten und Sichern befaßt sind.

Anlage 10

Liste der Arbeiten, die als Gewinnungshauertätigkeit oder ihr gleichgestellte Tätigkeit anzusehen sind (§ 281 Abs. 3).

Für den Anspruch auf Bergmannstreuegeld kommen unter den angegebenen Voraussetzungen ausschließlich folgende Tätigkeiten in Betracht, sofern sie während einer in der knappschaftlichen Pensionsversicherung zu berücksichtigenden Beitragszeit von Personen verrichtet werden, die im Besitze eines Hauerscheines sind. Soweit der Hauerschein noch nicht eingeführt ist, tritt an seine Stelle die Anerkennung als Hauer durch den Betrieb.

A. In Grubenbetrieben unter Tage, die ständige Tätigkeit:

1. im Abbau als Hauer

a) bei der Gewinnung,

b) bei Ausbau- oder Raubarbeiten,

c) beim Umbau der Fördermittel,

d) beim Gewinnen und Einbringen des Versatzes;

2. im sonstigen Grubenbetrieb als Hauer

a) im Schachtabteufen und bei der Schachtreparatur (ausgenommen Schrägschächte),

b) in der Aus- und Vorrichtung;

3. in einem der unter Z. 1 oder 2 angeführten Arbeitsbereiche

a) als Schießmeister mit überwiegender selbstgetätigter Schießarbeit in der Grube,

b) als Meisterhauer im Lehrbetrieb für Gewinnungsarbeiten,

c) als in der Kür mittätiger, nicht überwiegend mit Aufsicht befaßter Oberhauer.

B. In Tagbaubetrieben in Gebirgs-lagen:

Die ständige Tätigkeit der Tagbauhauer im engeren Sinne, soweit sie ausschließlich oder überwiegend mit Bohren, Schießen, Abräumen, Ablauten und Sichern befaßt sind.

Die Tätigkeiten unter A Z. 1 lit. b, c und d, Z. 2 lit. a und b und Z. 3 lit. a, b und c und unter B setzen ferner eine vorangegangene Tätigkeit als Gewinnungshauer und den Besitz der Arbeitskraft eines vollwertigen Hauers vor Ort voraus, sofern sie für die Durchführung der Arbeiten nach den örtlichen Verhältnissen notwendig ist.

Anlage 11

Bei der Anwendung des § 529 einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis gleichgestellte Dienstverhältnisse.

Die Dienstverhältnisse nachstehender Personen sind öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnissen gleichgestellt:

1. Personen, die auf Grund des § 1 der Besoldungsordnung für die Beamten der Österreichischen Bundesbahnen (Kundmachung des Bundesministeriums für Verkehr vom 14. November 1947, betreffend die Besoldungsordnung für die Beamten der Österreichischen Bundesbahnen, BGBl. Nr. 263) in einem vertraglichen Dienstverhältnis zu den Österreichischen Bundesbahnen stehen;

2. Personen, die auf Grund der vor der im Punkt 1 genannten Besoldungsordnung bestandenen Besoldungsordnungen mit Anspruch auf Ruhe(Versorgungs)genuß von den Österreichischen Bundesbahnen angestellt worden waren;

3. Bahnärzte der Österreichischen Bundesbahnen, die mit Anspruch auf Ruhe(Versorgungs)genuß unter die Bestimmungen der bestehenden Besoldungsordnung für die Bahnärzte (Dienstanweisung Nr. 121 im 19. Stück des Amtsblattes der Generaldirektion der Österreichischen Bundesbahnen, Jahrgang 1948, vom 10. Juni 1948) oder der vorher bestandenen Besoldungsordnungen fallen;

4. Personen, die in einem vertraglichen Dienstverhältnis zu den Steiermärkischen Landesbahnen stehen, auf das gemäß dem Beschluß der Steiermärkischen Landesregierung vom 5. Februar 1948, Z. 1-332 Ste 2/37-1948, die in der Kundmachung des Bundesministeriums für Verkehr vom 14. November 1947, BGBl. Nr. 263, für die Beamten der Österreichischen Bundesbahnen kundgemachte Besoldungsordnung analoge Anwendung zu finden hat;

5. Personen, die bei der Post- und Telegraphenverwaltung in einem vertraglichen Dienstverhältnis stehen und Teilnehmer am ehema-

ligen Provisionsfonds für Postboten und ihrer Hinterbliebenen, BGBl. Nr. 375/1926, waren, sofern sie in die Provisionsanwartschaft des Bundes rückübernommen werden;

6. vertragsmäßig vollbeschäftigte in ständiger Verwendung stehende oder ehemalige Bedienstete der Bundestheater und ihre Hinterbliebenen, die auf Grund des Bundestheaterpensionsgesetzes, BGBl. Nr. 159/1958, Anwartschaft auf Ruhe- und Versorgungsgenüsse aus Bundesmitteln hatten oder haben;

7. ständige Salinenarbeiter (Statut über die Provisionen der Salinenarbeiter und die Versorgungsgenüsse ihrer Witwen und Waisen, genehmigt mit dem Erlasse des Bundesministeriums für Finanzen vom 15. Oktober 1925, Z. 65.055-24, in der jeweiligen Fassung);

8. ständige Arbeiter des Hauptmünzamt (Vorschrift über die Ruhe- und Versorgungsgenüsse der Arbeiterschaft des Hauptmünzamt Wien, genehmigt mit dem Erlaß des Bundesministeriums für Finanzen vom 4. Jänner 1929, Z. 39.751/1927, in der jeweiligen Fassung);

9. Personen, die als „definitive Warte- und Dienstpersonen (definitive Anstaltsbedienstete)“ auf Grund des § 5 Abs. 1 lit. b der „Dienstordnung für das weltliche Warte- und Dienstpersonal des Landeskrankenhauses in Graz“ (genehmigt mit Beschluß der Steiermärkischen Landesregierung vom 1. Mai 1926, Zl. 4-183, Gk 6/1, in der Fassung des Beschlusses vom 6. Dezember 1927, Zl. 1-66 Allg. 43/3-1927) an Landesanstalten in Dienstverwendung stehen oder als solche aufgenommen werden;

10. Personen, auf die gemäß § 6 Abs. 1 und 2 des Gesetzes vom 17. Juli 1930, LGBl. für das Land Steiermark Nr. 21/1931, betreffend die Errichtung einer Landes-Hypothekenanstalt für Steiermark, die für die Landesbeamten des Landes Steiermark jeweils geltenden Bestimmungen einschließlich der Dienstpragmatik, Einrechnung und Vorrückung sinngemäß Anwendung finden, sofern diese Personen nicht überhaupt dem Stande der Landesbeamten entnommen sind;

11. Personen, die als Landesstraßenwärter in ein unkündbares Vertragsverhältnis zum Land Oberösterreich mit Anwartschaft auf die Versorgungsleistungen im Sinne der „Versorgungsvorschrift für die oberösterreichischen Landesstraßenanwärter und ihre Hinterbliebenen“ (Landtagsbeschluß vom 13. Dezember 1928, dtg.-Zl. 317/1927, wieder in Kraft gesetzt durch Landtagsbeschluß vom 15. Oktober 1946, Ldtg.-Zl. 32 /1946) übernommen wurden;

12. die „Angelobten Arbeiter der Österreichischen Staatsdruckerei“, die der für diese Arbeiter geltenden Vorschrift über die Ruhe- und Versorgungsgenüsse in der jeweils geltenden Fassung unterstellt sind;

13. Angestellte des Dorotheums, die nach dem 9. April 1945 in ein Dienstverhältnis der im § 5 Abs. 1 Z. 4 bezeichneten Art aufgenommen worden sind.“

Artikel VI.

Übergangsbestimmungen.

(1) Die erstmaligen Meldungen für Personen, die nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes der Pflichtversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz am 1. Jänner 1962 unterliegen und die nicht schon zur Pflichtversicherung angemeldet sind, sind bis 28. Feber 1962 beim zuständigen Versicherungsträger zu erstatten. Die Bestimmungen der §§ 33 bis 38, 41 bis 43, 111 bis 113 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes sind entsprechend anzuwenden.

(2) Personen, die am 31. Dezember 1961 nach den in diesem Zeitpunkt geltenden Vorschriften pflichtversichert waren, nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes aber nicht mehr pflichtversichert wären, bleiben pflichtversichert, solange die Beschäftigung, welche die Pflichtversicherung nach den bisherigen Vorschriften begründet hat, weiter ausgeübt wird. Im übrigen sind die Bestimmungen dieses Bundesgesetzes auf eine solche Pflichtversicherung anzuwenden, jedoch kann der Versicherte bis 30. Juni 1962 bei dem für die Einhebung der Beiträge in Betracht kommenden Versicherungsträger den Antrag stellen, aus der Pflichtversicherung ausgeschieden zu werden; einem solchen Antrag hat der Versicherungsträger mit Wirkung von dem auf den Antrag folgenden Monatsersten stattzugeben.

(3) Personen, die nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes als Pflichtversicherte in die Kranken- oder Unfallversicherung einbezogen werden und die am 1. Jänner 1962 bei einem Versicherungsunternehmen vertragsmäßig kranken- oder unter Einschluss der Arbeitsunfälle unfallversichert sind, können den Versicherungsvertrag bis 30. Juni 1962 zum Ablauf des auf die Aufkündigung folgenden Kalendermonates aufkündigen. Für den Zeitraum nach dem Erlöschen des Versicherungsvertrages bereits entrichtete Versicherungsbeiträge (Prämien) sind vom Versicherungsunternehmen nicht zu erstatten.

(4) Personen, die nach den am 31. Dezember 1961 in Geltung gestandenen Vorschriften zur freiwilligen Versicherung in der Kranken- oder Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz nicht berechtigt waren, es aber bei früherem Wirksamkeitsbeginn der Bestimmungen des Art. I Z. 10 bis 12 dieses Bundesgesetzes gewesen wären, können das Recht auf freiwillige Versicherung in der Krankenversicherung noch bis zum 28. Februar 1962, in der Pensionsversicherung noch bis zum 30. Juni 1962

geltend machen. Die freiwillige Versicherung beginnt in diesen Fällen mit dem 1. Jänner 1962.

(5) Personen, die am 31. Dezember 1961 nach den an diesem Tag in Geltung gestandenen Vorschriften in der Pensionsversicherung weiterversichert waren, gelten auch im Monat Jänner 1962 als weiterversichert, wenn sie bis 30. Juni 1962 den Beitrag für den Monat Jänner 1962 entrichten.

(6) Die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Bundesgesetzes anhängigen Verfahren im Sinne des § 66 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes sind mit der Maßgabe fortzusetzen, daß die nach den bisherigen Vorschriften erhobene Berufung vom Zeitpunkt ihrer Einbringung als Einspruch gilt.

(7) Die Bestimmung des Art. I Z. 36 lit. b dieses Bundesgesetzes findet hinsichtlich der Mindestbeitragsgrundlage von 10 S nur auf Fälle Anwendung, in denen der Beginn der Weiterversicherung nach dem 31. Dezember 1960 liegt.

(8) Die Bestimmung des Art. I Z. 42 dieses Bundesgesetzes gilt auch für Personen, für die bei früherem Wirksamkeitsbeginn dieser Bestimmung die Antragsfrist am 1. Jänner 1962 noch offen wäre.

(9) Die Bestimmungen des Art. I Z. 46 und 48 sowie des Art. V Z. 3 dieses Bundesgesetzes sind auch auf Fälle anzuwenden, in denen der Arbeitsunfall oder die Berufskrankheit vor dem 1. Jänner 1962 eingetreten ist und der Anspruch auf Krankengeld gemäß § 139 Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes am 31. Dezember 1961 noch nicht erschöpft war.

(10) Die Bestimmungen des Art. II Z. 17, 21 und 22 dieses Bundesgesetzes gelten auch für Fälle, in denen ein am 31. Dezember 1961 bestehender Anspruch auf Krankengeld (Anstaltspflege) über diesen Tag hinaus andauert oder die neuerliche mit Arbeitsunfähigkeit verbundene Erkrankung nach diesem Tag eintritt.

(11) § 152 und § 166 Abs. 1 Z. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Art. II Z. 25 beziehungsweise Z. 31 dieses Bundesgesetzes gelten ab 1. Jänner 1962 für die weitere Anspruchsdauer auch für Versicherungsfälle, die vor dem 1. Jänner 1962 eingetreten sind. Ein am 31. Dezember 1961 bestehender Anspruch auf Familiengeld, der nach § 152 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Art. II Z. 25 dieses Bundesgesetzes ab 1. Jänner 1962 nicht mehr gebühren würde, bleibt für die weitere Anspruchsdauer aufrecht.

(12) Die Bestimmungen des Art. II Z. 28 lit. a dieses Bundesgesetzes gelten auch für die Fälle, in denen die Entbindung nach dem 19. November 1961 erfolgt ist.

(13) Versicherten, die am 31. Dezember 1961 Anspruch auf Wochengeld haben und deren

Lehrverhältnis innerhalb des für die Bemessung ihres Wochengeldes maßgebenden Zeitraumes geendet hat, gebührt ab 1. Jänner 1962 das Wochengeld für die weitere Dauer des Anspruches in der Höhe, die sich bei früherem Wirksamkeitsbeginn des § 162 Abs. 3 zweiter Satz des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Art. II Z. 28 lit. b dieses Bundesgesetzes ergeben hätte.

(14) Personen, die im Monat Dezember 1961 Anspruch auf eine laufende Geldleistung aus der Unfallversicherung haben, gebührt ab 1. Jänner 1962 für die weitere Anspruchsdauer diese Geldleistung in der sich bei früherem Wirksamkeitsbeginn der Bestimmungen des Art. III Z. 3 bis 6 dieses Bundesgesetzes ergebenden Höhe, wenn dies für den Leistungsempfänger günstiger ist und er bis 31. Dezember 1962 einen diesbezüglichen Antrag stellt.

(15) Die Bestimmungen des Art. III Z. 7 lit. b, 9, 11, bis 13 und 17 dieses Bundesgesetzes gelten ab 1. Jänner 1962 auch für Versicherungsfälle, die vor dem 1. Jänner 1962 eingetreten sind.

(16) Die Bestimmungen des Art. IV Z. 12 lit. b, 14, 25 lit. b, 28 und 32 sowie des Art. V Z. 70 dieses Bundesgesetzes sind auf Antrag auch auf Versicherungsfälle anzuwenden, in denen der Stichtag vor dem 1. Jänner 1962 liegt beziehungsweise der Versicherungsfall vor dem 1. Jänner 1956 eingetreten ist, und zwar mit der Maßgabe, daß

- a) Art IV Z. 12 lit. b nur gilt, wenn der Stichtag nach dem 31. Dezember 1955 liegt,
- b) Art. IV Z. 14 nur gilt, wenn es sich um den Versicherungsfall des Todes handelt und der Stichtag nach dem 31. Dezember 1955 liegt, und
- c) Art. IV Z. 32 nur gilt, wenn der Stichtag nach dem 31. Dezember 1955 liegt und ein Anspruch auf Abfindung nur deshalb nicht zustande gekommen ist, weil Anspruchsberechtigte nach § 269 Abs. 1 Z. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der am 31. Dezember 1961 geltenden Fassung nicht vorhanden waren.

In den Fällen, in denen der Antrag bis 31. Dezember 1962 gestellt wird, gebührt die Leistung beziehungsweise die Erhöhung der Leistung ab 1. Jänner 1962, sonst ab dem auf die Antragstellung folgenden Monatsersten.

(17) Die Bestimmungen des Art. IV Z. 29, 37 lit. b und 38 lit. a dieses Bundesgesetzes sind von Amts wegen auch auf Leistungsansprüche anzuwenden, die am 31. Dezember 1961 bereits bestehen.

(18) Vor dem 1. Jänner 1956 gelegene Zeiten, für die zwischen dem 1. Jänner 1956 und dem Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes nachträglich

Beiträge entrichtet wurden, gelten als Beitragszeiten im Sinne des § 226 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes.

(19) Die Vorschriften des § 302 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Art. IV Z. 47 dieses Bundesgesetzes gelten ab 1. Jänner 1962 auch in den Fällen, in denen ein Versicherter am 31. Dezember 1961 in einer der im § 301 Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes genannten Einrichtung untergebracht war, für die weitere Dauer dieser Unterbringung. Ein am 31. Dezember 1961 bestehender Anspruch auf Familiengeld, der nach den ab 1. Jänner 1962 in Geltung stehenden Vorschriften nicht mehr gebühren würde, bleibt für die weitere Amtsdauer aufrecht.

(20) § 362 Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes ist nicht anzuwenden, wenn der Antrag auf Zuerkennung einer Invaliditäts- oder Knappschaftsvollrente mangels Vorliegens der Invalidität im Jahre 1961 durch rechtskräftige Entscheidung abgelehnt worden ist.

(21) Die Bestimmungen des Art. V Z. 25 und 26 dieses Bundesgesetzes sind nicht anzuwenden, wenn die Rechtsmittelfrist vor dem 1. Jänner 1962 zu laufen begonnen hat.

(22) Die Bestimmung des Art. V Z. 30 dieses Bundesgesetzes ist nicht anzuwenden, wenn die Frist für die Einbringung des Einspruches vor dem 1. Jänner 1962 zu laufen begonnen hat.

(23) Die Hauptversammlung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger besteht während der am 31. Dezember 1963 endenden Amtsdauer aus:

1. dem Präsidenten des Hauptverbandes und den beiden Vizepräsidenten,
2. den übrigen Mitgliedern des Vorstandes und den Mitgliedern des Überwachungsausschusses des Hauptverbandes,
3. den für diese Amtsdauer gemäß § 433 Abs. 6 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in die Hauptversammlung entsendeten Versicherungsvertretern, soweit sie nicht schon nach Z. 1 und 2 Mitglieder der Hauptversammlung sind.

§ 425 zweiter und dritter Satz des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes gelten entsprechend.

(24) § 485 a Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Art. V Z. 53 dieses Bundesgesetzes gilt ab 1. Jänner 1962 auch für Fälle, in denen die als Berufskrankheit im Sinne des § 177 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes anzusehende Krankheit vor dem 1. Jänner 1962 eingetreten ist.

(25) Die Bestimmungen des § 502 Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Art. V Z. 59 dieses Bundesgesetzes sind auf Antrag auch auf Leistungsansprüche anzuwenden, die am 31. Dezember 1961 bereits bestehen. Eine sich daraus ergebende Erhöhung der Lei-

stungsansprüche gebührt ab 1. Jänner 1962, wenn der Antrag bis 31. Dezember 1962 gestellt wird, sonst ab dem der Antragstellung folgenden Monatsersten.

(26) Die sich aus § 522 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Art. V Z. 66 dieses Bundesgesetzes ergebenden Leistungsansprüche gebühren ab 1. Jänner 1962, wenn die Leistung bis 31. Dezember 1962 beantragt wird. Wird der Antrag später gestellt, gebührt die Leistung ab dem der Antragstellung folgenden Monatsersten.

(27) Leidet ein Versicherter am 1. Jänner 1962 an einer Krankheit, die erst auf Grund der Bestimmung des Art. V Z. 75 dieses Bundesgesetzes als Berufskrankheit anerkannt wird, so werden ihm die Leistungen der Unfallversicherung gewährt, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. Dezember 1955 eingetreten ist und der Antrag bis 31. Dezember 1962 gestellt wird. Die Leistungen werden frühestens ab 1. Jänner 1962 gewährt.

Artikel VII.

Schl u ß b e s t i m m u n g e n.

(1) Die im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz als Renten bezeichneten Leistungen aus der Pensionsversicherung erhalten die Bezeichnung Pensionen, die auf solche Leistungen Anspruchsberechtigten die Bezeichnung Pensionisten.

(2) Die Bestimmung des Art. V Abs. 3 des Bundesgesetzes vom 5. Dezember 1960, BGBl. Nr. 294, wird aufgehoben.

(3) Ist infolge einer nach dem 31. Dezember 1960 eingetretenen Verringerung des Gesamteinkommens die Ausgleichszulage gemäß § 296 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes neu festzustellen und ergäbe sich durch die Neufeststellung eine Verminderung der Ausgleichszulage, so verbleibt dem Berechtigten die Ausgleichszulage in der bisherigen Höhe.

(4) Die auf Grund der Bestimmungen des Art. IV Z. 41 und 42 dieses Bundesgesetzes gebührende Ausgleichszulage ist von Amts wegen festzustellen.

(5) In den Fällen, in denen ein Dienstnehmer nach dem 31. Dezember 1955 aus dem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis ausgeschieden ist, sind vom Dienstgeber geleistete Beiträge zur Weiterversicherung in der Pensionsversicherung auf den Überweisungsbetrag anzurechnen, wenn die Beiträge für eine Zeit entrichtet wurden, die der Berechnung des Überweisungsbetrages zugrunde gelegt wurde.

(6) Der gemäß § 472 Abs. 4 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes durch die Satzung der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen festgesetzte Beitragssatz erhöht sich ab 1. Jänner 1962 auf 5,1 v. H. der Bemessungs-

grundlage. Diese Erhöhung steht einer Änderung des Beitragssatzes durch den Versicherungsträger im Rahmen der Bestimmung des § 472 Abs. 4 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes nicht entgegen.

(7) Knappschaftsrenten mit einem vor dem 1. Jänner 1961 liegenden Stichtag, die nicht schon nach den Vorschriften des § 522 f des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes neu zu bemessen sind, sind in entsprechender Anwendung des § 285 Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes neu zu berechnen (neu zu bemessen).

(8) Im Bereich der knappschaftlichen Pensionsversicherung sind nur die Renten, für die die Bestimmungen des Vierten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes gemäß § 522 Abs. 1 und 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes nicht gelten, soweit sie nach den vor dem 1. Sozialversicherungs-Neuregelungsgesetz, BGBl. Nr. 86/1952, in Geltung gestandenen Bestimmungen bemessen worden sind und soweit es sich nicht um Hinterbliebenenrenten nach Rentenberechtigten handelt, die nach dem 31. März 1952 gestorben sind und die im Zeitpunkt des Todes noch keinen Anspruch auf eine Invalidenrente oder Knappschaftsvollrente hatten, nach den Bestimmungen des § 522 f Abs. 2 bis 7 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes neu zu bemessen.

(9) Die Amtsdauer der am 31. Dezember 1962 im Amt befindlichen Verwaltungskörper der Landwirtschaftskrankenkasse für das Burgenland endet am 31. Dezember 1963.

Artikel VIII.

W i r k s a m k e i t s b e g i n n.

(1) Dieses Bundesgesetz tritt, soweit nichts anderes bestimmt wird, am 1. Jänner 1962 in Kraft.

(2) Es treten in Kraft

a) rückwirkend mit dem 1. Jänner 1956 die Bestimmungen des Art. V Z. 65;

b) rückwirkend mit dem 1. Juli 1958 die Bestimmung des Art. IV Z. 24;

c) rückwirkend mit dem 1. Jänner 1961 die Bestimmungen des Art. IV Z. 13 lit. a, 17, 21, 37 lit. a, 50 bis 53, des Art. V Z. 67 lit. a, 69 und 76 (letztere nur hinsichtlich der Anlage 11 zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz) und des Art. VII Abs. 3;

d) mit dem Beginn der Beitragsperiode Jänner 1962 die Bestimmungen des Art. I Z. 21 bis 28;

e) mit dem 1. Jänner 1963 die Bestimmungen des Art. V Z. 35;

f) mit dem Ablauf des Tages der Kundmachung dieses Bundesgesetzes die Bestim-

mungen des Art. II Z. 23 und des Art. V Z. 48 lit. c gegenüber den Ländern für die Ausführungsgesetzgebung.

(3) Die Ausführungsgesetze der Länder zu den grundsatzgesetzlichen Bestimmungen dieses Bundesgesetzes (Art. II Z. 23 und Art. V Z. 48 lit. c) sind binnen sechs Monaten ab Kundmachung dieses Bundesgesetzes zu erlassen.

(4) Die Bestimmungen des Art. I Z. 41 treten mit der Maßgabe in Kraft, daß den Überweisungen von Mitteln an den Unterstützungsfonds im Jahre 1962 die Gebarungsüberschüsse beziehungsweise die Einnahmen an Versicherungsbeiträgen des Jahres 1960 zugrunde zu legen sind.

(5) Die Bestimmung des Art. IV Z. 24 tritt mit der Maßgabe in Kraft, daß es in den Fällen, in denen Versicherungszeiten der im § 251 a Abs. 3 Z. 9 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes bezeichneten Art bei der Feststellung des Ausmaßes der Leistung bereits berücksichtigt sind, hiebei zu verbleiben hat; überwiesene Bauschbeträge sind nicht zu erstatten.

(6) Die Bestimmung des Art. IV Z. 50 tritt, soweit es sich um die Anrechnung von nach dem

18. Lebensjahr gelegenen Ersatzzeiten nach § 5 Abs. 2 des Bundesgesetzes vom 18. Juli 1956, BGBl. Nr. 153, durch den Dienstgeber handelt, rückwirkend mit dem 19. Juli 1956 in Kraft.

Artikel IX.

Vollziehung dieses Bundesgesetzes.

(1) Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist hinsichtlich der Bestimmungen des Art. V Z. 16 bis 27 und des Art. VI Abs. 21 das Bundesministerium für Justiz im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für soziale Verwaltung, hinsichtlich aller übrigen Bestimmungen das Bundesministerium für soziale Verwaltung im Einvernehmen mit den beteiligten Bundesministerien betraut.

(2) Mit der Vollziehung der Bestimmungen des Art. II Z. 23 und des Art. V Z. 48 lit. c, die gemäß Art. 12 Abs. 1 Z. 2 des Bundes-Verfassungsgesetzes in die Kompetenz der Länder fallen, ist die zuständige Landesregierung, mit der Wahrnehmung der Rechte des Bundes gemäß Art. 15 Abs. 8 des Bundes-Verfassungsgesetzes das Bundesministerium für soziale Verwaltung betraut.

In formeller Hinsicht wird beantragt, diesen Antrag unter Verzicht auf die Erste Lesung dem Ausschuß für soziale Verwaltung zuzuweisen.

Uhlir
Preussler

Reich
Vollmann

Moser
Wilhelmine Moik

Dr. Hofeneder
Kulhanek

Begründung

des Initiativantrages, betreffend eine 9. Novelle zum ASVG.

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz — ASVG., vom 9. September 1955, BGBl. Nr. 189/1955, wurde seit seinem Bestehen durch die nachstehenden Gesetze ergänzt oder abgeändert:

Die **Novelle zum ASVG.**, BGBl. Nr. 266/1956, brachte eine Erhöhung der Altrenten und eine Verbesserung des Leistungsrechtes der Pensionsversicherung hinsichtlich der Ausgleichszulage zu den Renten aus diesem Versicherungszweig.

Die **2. Novelle zum ASVG.**, BGBl. Nr. 171/1957, gewährte die Rentensonderzahlung (13. Monatsrente) ausnahmslos allen Empfängern von Renten aus der Unfallversicherung.

Die **3. Novelle zum ASVG.**, BGBl. Nr. 294/1957, brachte als eine weitere nicht unwesentliche Leistungsverbesserung im Bereiche der Pensionsversicherung der Unselbständigen die Einführung der vorzeitigen Altersrente bei Arbeitslosigkeit für Männer nach Vollendung des 60., für Frauen nach Vollendung des 55. Lebensjahres. Daneben enthielt die Novelle noch eine Erhöhung der Altrenten aus der Pensionsversicherung der Angestellten, ferner geringfügige Erhöhungen von Leistungen der knappschaftlichen Pensionsversicherung sowie die durch das Inkrafttreten des GSPVG., BGBl. Nr. 292/1957, und des LZVG., BGBl. Nr. 293/1957, notwendig gewordenen Anpassungen des Stammgesetzes.

Die **4. Novelle zum ASVG.**, BGBl. Nr. 293/1958, enthielt vor allem Maßnahmen zur Besserung der angespannten finanziellen Lage der Krankenversicherungsträger, und zwar unter anderem die Ausdehnung der sachlichen Zuständigkeit der Betriebskrankenkassen, die Einführung der Kranken- und Zahnbehandlungsscheingebühr, die Erhöhung des im Gesetz festgelegten Rahmenbeitragssatzes in der Krankenversicherung der Rentner und die Erhöhung des Mindestbeitrages, der von den Beziehern einer Rente (Rentensonderzahlung) mit Ausnahme einer Waisenrente, zur Krankenversicherung zu leisten ist. Darüber hinaus

brachte die Novelle eine Erhöhung der für die Gewährung der Ausgleichszulage maßgebenden Richtsätze. Schließlich wurde durch die Novelle auch noch im Bereich der Krankenversicherung der Bundesangestellten eine Angleichung des Kreises der Anstaltsangehörigen an den Personenkreis der mitgeschützten Familienangehörigen nach dem ASVG. vorgenommen.

Die **5. Novelle zum ASVG.**, BGBl. Nr. 290/1959, brachte die Gewährung des Hilflosenzuschusses auch an Bezieher von Hinterbliebenenrenten aus der Pensionsversicherung, ferner die Erhöhung von Altrenten der Pensionsversicherung, insbesondere durch die Beseitigung der Auswirkungen von Kürzungsmaßnahmen, die bei der Überleitung zum Leistungsrecht des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes im Jahre 1935 in der Angestelltenversicherung vorgenommen worden sind, die Erhöhung der Ersatzleistungen des Bundes an die Träger der Krankenversicherung für deren Aufwendungen an Wochengeld von 40 auf 50 v. H. dieser Aufwendungen und die Änderung der Bestimmungen des Stammgesetzes über die Leistungsansprüche bei Auslandsaufenthalt in dem Sinne, daß nunmehr auch die Möglichkeit der Leistungsgewährung aus der Krankenversicherung bei Auslandsaufenthalt besteht.

Die **6. Novelle zum ASVG.**, BGBl. Nr. 87/1960, diente fast ausschließlich der Verbesserung der finanziellen Lage der Träger der Krankenversicherung nach dem ASVG. Die Novelle brachte die Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung, die Hinaufsetzung des bisherigen Höchstbeitragssatzes, die neuerliche Erhöhung des im Gesetz festgelegten Rahmenbeitragssatzes in der Krankenversicherung der Rentner, den Ersatz des gesamten Aufwandes an Wochengeld durch den Bund für die Zeit vom 1. Mai bis 31. Dezember 1961, die Erhöhung des besonderen Pauschbetrages, den die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt den Krankenversicherungsträgern zu leisten hat,

den Ersatz des Aufwandes an Krankengeld vom Träger der Pensionsversicherung ab dem Beginn der 27. Woche bei Anfall einer Rente, die Errichtung eines Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Daneben brachte die Novelle noch den Wegfall der Kranken- und Zahnbehandlungsscheingebühr, die Gewährung des halben Krankengeldes als Teilkrankengeld für die Zeit des halben Entgeltbezuges, die Nichtanrechnung gewisser Zeiten auf die Höchstdauer des Krankengeldbezuges, die Neufestsetzung des Familiengeldes während der Anstaltspflege eines Versicherten, der Anspruch auf Fortbezug von 50 v. H. seiner Bezüge hat, und das Verbot der Neueinführung, Erhöhung oder Erweiterung von satzungsmäßigen Mehrleistungen sowie der Neueinführung von freiwilligen Leistungen bis 31. März 1961.

Die **7. Novelle zum ASVG.**, BGBl. Nr. 168/1960, erhöhte die für die Gewährung der Ausgleichszulage maßgebenden Richtsätze neuerlich und beseitigte die bisher im Ausgleichszulagenrecht bestandenen Auswirkungen von Unterhaltsverpflichtungen der Eltern gegenüber Kindern im gemeinsamen Haushalt.

Die **8. Novelle zum ASVG.**, BGBl. Nr. 294/1960, wertete alle vorhandenen Renten auf das Lohnniveau des Jahres 1959 auf und beseitigte die unterschiedliche Behandlung der ASVG.-Renten und der Altrenten. Die Novelle hat des weiteren die Ruhensbestimmungen, die bei Zusammentreffen von Rentenansprüchen mit anderen Rentenansprüchen oder einem Anspruch auf Ruhe- und Versorgungsgenuß Platz gegriffen haben, überhaupt aufgehoben und die Ruhensbestimmungen bei Zusammentreffen eines Rentenanspruches mit Entgelt aus einer selbständigen Erwerbstätigkeit wesentlich gemildert. Überdies sah die Novelle für den Bereich der Pensionsversicherung die Gewährung einer zweiten Rentensonderzahlung, einer 14. Rente, vor. Ferner wurde durch die Novelle der Mindestbetrag für den Kinderzuschuß für alle Rentner erhöht. Die Novelle führte außerdem eine neue Form der Altersrente, und zwar die vorzeitige Altersrente bei langer Versicherungsdauer, ein. Eine weitere Verbesserung des Rentenrechtes durch die Novelle bestand darin, daß auch die Renten aus der Unfallversicherung entsprechend den Renten aus der Pensionsversicherung aufgewertet wurden und daß zu den Schwerversehrtenrenten aus der Unfallversicherung eine Zusatzrente gewährt wird. Die Novelle räumte überdies Witwen, deren Ehegatte vor dem 1. Jänner 1939 verstorben ist, einen Anspruch auf Witwenrente aus der Pensionsversicherung ein, wenn sie nicht schon nach den bisherigen Bestim-

mungen einen Rentenanspruch hatten. Durch die Novelle wurden ferner die Bezieher einer Rente aus der Unfallversicherung, bei denen der Versicherungsfall vor dem 1. Jänner 1939 eingetreten ist, in den Krankenversicherungsschutz einbezogen. Schließlich enthielt die Novelle noch Bestimmungen über die Beitragsleistung des Bundes in der Pensionsversicherung sowie Bestimmungen über die Erhöhung der Beitragssätze und der Höchstbeitragsgrundlage in der Pensionsversicherung beziehungsweise auch in der Unfallversicherung.

Das Stammgesetz wurde aber nicht nur durch die Novellen zum ASVG., sondern auch noch durch die nachstehend angeführten Gesetze ergänzt oder abgeändert:

Das **Bundesgesetz BGBl. Nr. 239/1955** ergänzte die Bestimmungen des ASVG. hinsichtlich des Ausmaßes der Leistungen der Geschädigten aus politischen oder religiösen Gründen oder aus Gründen der Abstammung.

Das **Bundesgesetz BGBl. Nr. 153/1956** enthielt Sonderbestimmungen über die Kranken- und Pensionsversicherung der im Präsenzdienst stehenden Wehrpflichtigen.

Das **Künstler-Sozialversicherungsgesetz**, BGBl. Nr. 157/1958, schied die selbständigen bildenden Künstler aus der Vollversicherung aus und bezog sie in die Teilversicherung in der Kranken- und Unfallversicherung ein.

Die **Novelle zum GSPVG.**, BGBl. Nr. 65/1959, erweiterte den Kreis der in der Kranken- und Unfallversicherung teilversicherten Personen hinsichtlich der Berufsschullehrer.

Fast jede Novelle brachte sohin Verbesserungen des Leistungsrechtes. Manche Änderungen — wie etwa die Einführung der vorzeitigen Altersrente bei Arbeitslosigkeit oder die Einführung der vorzeitigen Altersrente bei langer Versicherungsdauer — bedeuteten eine echte Weiterentwicklung unseres Sozialversicherungssystems.

Die zahlreichen Änderungen und Ergänzungen des Stammgesetzes haben allerdings zwangsläufig das praktische Arbeiten mit dem Gesetz außerordentlich erschwert und den Gesetzestext unübersichtlich gemacht. Um diesem Übelstand abzuweichen, nimmt das Bundesministerium für soziale Verwaltung die Wiederverlautbarung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in Aussicht. Vorher sollen jedoch noch alle Änderungen und Ergänzungen vorgenommen werden, die sich im Laufe der nahezu sechsjährigen Wirksamkeit des Gesetzes als notwendig oder empfehlenswert erwiesen haben. Es sind dies zum Teil meritorische Änderungen des Rechtsstoffes, zum Teil lediglich Textbereinigungen, durch die Unstimmigkeiten beseitigt werden sollen. Dar-

über hinaus sollen aber auch einige Änderungen und Ergänzungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes von größerer Tragweite vorgenommen werden, die im folgenden besonders hervorgehoben werden sollen:

1. Eine neue Abgrenzung des Begriffes „geringfügige Beschäftigung“ im § 5 Abs. 2, betreffend die Ausnahme von der Vollversicherung;

2. Neueinführung des Versicherungsschutzes in der Krankenversicherung für die Bezieher einer laufenden Geldleistung aus der zusätzlichen Pensionsversicherung für Bedienstete von Verkehrsunternehmungen, auch soweit diese keine Rente aus der allgemeinen Pensionsversicherung beziehen (sogenannte Administrativrentner);

3. Änderungen der Bestimmungen über die Weiterversicherung in der Kranken- und Pensionsversicherung;

4. Änderung der Bestimmungen, betreffend Überweisung von Mitteln an den Unterstützungsfonds;

5. Erweiterung der dreiwöchigen Schutzfrist für Erwerbslose in der Krankenversicherung durch die Zeiten einer Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, die im Zeitpunkt des Ausscheidens aus der Pflichtversicherung bereits bestanden hat;

6. Aufnahme von Bestimmungen über die Kostenerstattung für den Fall eines sogenannten vertragslosen Zustandes hinsichtlich der Beziehungen zu den Ärzten (Dentisten);

7. Änderung der Bestimmungen über den Anspruch auf Familiengeld;

8. Änderung der Bestimmungen über die Bemessung des Wochengeldes;

9. Neuregelung der Beitragsnachentrichtung in der Pensionsversicherung;

10. Abgrenzung der Begriffe „wesentlich bergmännische oder gleichzuhaltende Arbeiten“ sowie „Hauertätigkeit“ in Anlagen zum Gesetz und damit Entfall der Notwendigkeit einer Regelung im Verordnungswege;

11. Milderung der Bestimmungen über die Dritteldeckung;

12. Neufassung des Begriffes der Invalidität;

13. Neuerliche Erhöhung der Richtsätze in zwei Etappen zum 1. Jänner und 1. Juli 1962;

14. Erweiterung des Berufungsrechtes im Leistungsstreitverfahren.

Zu den einzelnen Bestimmungen wird folgendes bemerkt:

Zu Art. I Z. 1 und 2:

§§ 2 und 3:

Die Aufzählung der neben der Allgemeinen Sozialversicherung bestehenden Sonderversi-

cherungen in § 2 Abs. 2 ASVG. mußte durch die seit dem Inkrafttreten des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes geschaffenen Sonderversicherungen, wie die Krankenversicherung der Empfängerinnen der Sonderunterstützung nach dem Mutterschutzgesetz, BGBl. Nr. 76/1957, der Bezieher von Karenzurlaubsgeld nach dem Arbeitslosenversicherungsgesetz 1958, BGBl. Nr. 199, die Pensionsversicherung nach dem Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 292/1957, und die landwirtschaftliche Zuschußrentenversicherung, BGBl. Nr. 293/1957, ergänzt werden.

Nach der derzeitigen Fassung des § 3 Abs. 2 lit. d erster Halbsatz gelten Dienstnehmer unter den dort näher angeführten Voraussetzungen als im Inland beschäftigt, „sofern ihre Beschäftigung im Ausland die Dauer eines Jahres nicht übersteigt“. In der Praxis hat sich gezeigt, daß die im Ausland zu verrichtenden Arbeiten sehr oft nicht innerhalb eines Jahres abgeschlossen werden können. In allen diesen Fällen muß, wenn der Versicherungsschutz über ein Jahr hinaus erhalten bleiben soll, ein Verfahren nach dem zweiten Halbsatz eingeleitet werden. Um dies zu vermeiden, wird im Interesse einer Entlastung der Dienstgeber und auch der Verwaltung die Frist, während derer der Dienstnehmer als im Inland beschäftigt gilt, von einem Jahr auf zwei Jahre verlängert.

Nach § 3 Abs. 3 gelten unter anderem als nicht im Inland beschäftigt die Dienstnehmer eines ausländischen Betriebes, es sei denn, daß dieser Betrieb im Inland eine Zweigniederlassung hat. Dienstnehmer, die bei ausländischen Firmen beschäftigt sind, die im Inland keine Zweigniederlassung besitzen — ein Fall, der sich bei der gegenwärtigen wirtschaftspolitischen Entwicklung Europas immer häufiger ereignen wird — entbehren daher eines sozialversicherungsrechtlichen Schutzes. Diese Schlechterstellung gegenüber den Dienstnehmern, die nach den geltenden Vorschriften als im Inland beschäftigt gelten, soll zumindest für jene Personen beseitigt werden, die in Österreich einen Wohnsitz haben und die nicht schon auf Grund ihrer Beschäftigung einem ausländischen System der sozialen Sicherheit angehören. Durch die Eingangsworte des Abs. 3 wird sichergestellt, daß durch zwischenstaatliche Regelungen anderes vereinbart werden kann.

Zu Art. I Z. 3 bis 6:

§§ 4, 5, 7 und 8:

Der in den §§ 4 bis 8 umschriebene **Personenkreis der Pflichtversicherten** wurde im wesentlichen unverändert gelassen. Nur dort, wo

sich im Laufe der Geltungsdauer des Gesetzes Schwierigkeiten oder Härten ergeben haben, wurden Änderungen vorgenommen.

So ist bei Schaffung des Gesetzes die ausdrückliche Normierung der Pflichtversicherung auch für männliche **Krankenpflegeschüler** unterblieben (§ 4 Abs. 1 Z. 4). Es bestand aber nicht die Absicht, männliche Krankenpflegeschüler — es kommen hier vor allem die Irrenpflegeschüler in Betracht — von der Pflichtversicherung auszuschließen. Der Ausdruck „Lernschwester“ konnte entfallen, weil es sich um einen reichsdeutschen Terminus handelt, der in Österreich keinen Eingang gefunden hat. Weiters wurde der durch das Krankenpflegegesetz, BGBl. Nr. 102/1961, neu geschaffenen Rechtslage Rechnung getragen und durch die ausdrückliche Nennung der Schüler beziehungsweise Schülerinnen an medizinisch-technischen Schulen und Schulen für den medizinisch-technischen Fachdienst sichergestellt, daß der nach § 4 Abs. 1 Z. 4 ASVG schon bisher pflichtversichert gewesene Personenkreis auch weiterhin den Schutz der Pflichtversicherung genießen wird.

Eine Erweiterung soll der den Dienstnehmern gleichgestellte Personenkreis durch Aufnahme der selbständigen Winzer erfahren. Die Anregung auf Einbeziehung dieser Personen in die Vollversicherung ging von der Burgenländischen Landwirtschaftskrankenkasse aus, die nach ihrer Praxis schon bisher die in Rede stehenden Winzer als der Pflichtversicherung unterliegend behandelt hat. Das Bundesministerium für soziale Verwaltung hat jedoch in seiner Rechtsprechung den gegenteiligen Standpunkt eingenommen. Um den selbständigen Winzern den Versicherungsschutz zu erhalten, wird die gegenständliche Ergänzung beantragt.

Die wichtigste Änderung wird hinsichtlich der Bestimmung des § 5 Abs. 2 über die Abgrenzung der gemäß § 5 Abs. 1 Z. 2 von der Vollversicherung ausgenommenen geringfügig Beschäftigten vorgenommen. Die Bestimmung über die geringfügige Beschäftigung hat in der Praxis zu erheblichen Schwierigkeiten geführt, und zwar sowohl für die Dienstgeber als auch für die Versicherungsträger. Dadurch, daß eine Beschäftigung nur dann als geringfügig anzusehen ist, wenn dem Dienstnehmer von einem oder mehreren Dienstgebern monatlich kein höheres Entgelt als 270 S gebührt, wäre jeder Dienstgeber, der der ihm auferlegten gesetzlichen Meldepflicht nachkommen will, gezwungen, festzustellen, ob der von ihm, oft nur wenige Stunden in der Woche, beschäftigte Dienstnehmer nicht noch auf Grund anderer Beschäftigungen ein höheres Entgelt in dem in

Betracht kommenden Kalendermonat als 270 S erzielt. Ein Beginnen, das für den Dienstgeber vielfach erfolglos bleiben muß. Um den in Durchführung der Bestimmungen des § 5 Abs. 2 aufgetretenen Schwierigkeiten wenigstens zum Teil zu begegnen, haben die Versicherungsträger in der Praxis den Betrag von 270 S auf Kalendertage aufgeteilt (9 S pro Kalendertag) und damit erreicht, daß zwecks Feststellung der Versicherungspflicht nicht erst das Ende des laufenden Kalendermonates abgewartet werden muß, sondern schon am Ende des Arbeitstages der Sachverhalt rechtlich qualifiziert werden kann. Für diese Praxis bietet aber das Gesetz derzeit keine ausreichende Stütze. Da sich die Praxis der Versicherungsträger grundsätzlich bewährt hat, wird sie, allerdings modifiziert, im vorliegenden Entwurf berücksichtigt. Darüber hinaus soll aber — um den Dienstgebern die Erfüllung der ihnen obliegenden Meldepflicht zu erleichtern und sie der Schwierigkeiten der Feststellung allfälliger anderweitiger Beschäftigungen und der daraus erzielten Entgelte zu entheben — in Hinkunft jedes Beschäftigungsverhältnis für sich allein daraufhin untersucht werden, ob es sich um eine geringfügige Beschäftigung handelt oder nicht.

Nach der beantragten Fassung wird in Hinkunft zunächst zu prüfen sein, ob die Beschäftigung für eine kürzere Zeit als eine Woche, für mindestens eine Woche oder für einen unbestimmten Zeitraum vereinbart war. Hat die Beschäftigung nicht eine ganze Woche gedauert, wird die Pflichtversicherung nur eintreten, wenn das tägliche Entgelt 30 oder mehr Schilling betragen hat; war die Beschäftigung für mindestens eine Woche oder für unbestimmte Zeit vereinbart, wird ein wöchentliches Entgelt von 90 oder mehr Schilling beziehungsweise ein monatliches Entgelt von 390 oder mehr Schilling die Pflichtversicherung begründen. Ist das Entgelt nicht nach bestimmten Zeiträumen, sondern nach anderen Maßstäben vereinbart gewesen, wird gleichfalls der Betrag von 390 S monatlich für die Frage der Pflichtversicherung beziehungsweise der Ausnahme von der Pflichtversicherung bedeutsam sein. Der Betrag von weniger als 390 S monatlich wurde mit Rücksicht darauf gewählt, daß gegenwärtig der Sachbezug der vollen freien Station für Zwecke der Lohnsteuer mit 390 S bestimmt ist und diese Bewertung auch für den Bereich der Sozialversicherung gilt (§ 50). Es ist somit sichergestellt, daß alle in der Land- und Forstwirtschaft bloß gegen volle freie Station beschäftigten Arbeitnehmer auch in Zukunft nicht als geringfügig beschäftigt gelten und somit der Vollversicherung unterliegen werden.

Kurzarbeit und Hausbesorgertätigkeit sollen — so wie bisher — ohne Rücksicht auf das ins Verdienen gebrachte Entgelt die Pflichtversicherung begründen. Die Formulierung „... eine Beschäftigung der in § 1 der Hausbesorgerordnung 1957, BGBl. Nr. 154, bezeichneten Art gilt nicht als geringfügig.“ soll die Auslegung ausschließen, daß eine Hausbesorgertätigkeit nur dann unabhängig von der Höhe des Entgeltes geringfügig ist, wenn auf sie die Bestimmungen der Hausbesorgerordnung auch tatsächlich Anwendung finden. Schließlich soll § 5 Abs. 2 noch durch die Bestimmung ergänzt werden, daß eine Beschäftigung, die ein unter den Grenzbeträgen von 90 beziehungsweise 390 S liegendes Entgelt nur deshalb ergibt, weil sie nicht während des ganzen Zeitraumes, auf den sich die Ansätze beziehen, ausgeübt wird, nicht als geringfügig gilt. Hierbei ist vor allem an jene Fälle gedacht, in denen das Entgelt nur deshalb unter den Grenzbeträgen liegt, weil die Arbeitsaufnahme erst an einem Freitag oder bei Monatslöhnern erst am 29. eines Kalendermonates aufgenommen wird. Nach der Praxis der Krankenversicherungsträger und auch nach der Rechtsprechung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung wird schon gegenwärtig in solchen Fällen keine Geringfügigkeit der Beschäftigung angenommen. Der Sachverhalt soll jedoch auch im Gesetz rechtlich einwandfrei geregelt werden.

Es darf angenommen werden, daß die neue Lösung des Problems der Grenzziehung zwischen geringfügiger und damit versicherungsfreier und versicherungspflichtiger Beschäftigung eine wesentliche Vereinfachung für alle Beteiligten bringen wird. Bezüglich des Versicherungsschutzes jener Personen, die in mehreren geringfügigen Beschäftigungen stehen, und jener Personen, die neben einer die Vollversicherung begründenden Beschäftigung noch eine geringfügige Beschäftigung ausüben, wird auf die Bestimmungen des neu in das Gesetz einzufügenden § 19 a verwiesen.

Eine Klarstellung hat sich auch bezüglich des Umfanges der Teilversicherung der Rechtsanwaltsanwärter als notwendig erwiesen. Nach § 7 Z. 1 lit. e sind Rechtsanwaltsanwärter in der Kranken- und Unfallversicherung teilversichert. Nach § 8 Abs. 1 Z. 2 sind die im Betrieb der Eltern, Großeltern, Wahl- oder Stiefeltern beschäftigten Kinder in der Unfall- und Pensionsversicherung teilversichert. Ist also ein Rechtsanwaltsanwärter zum Beispiel in der Kanzlei seines Vaters beschäftigt, so tritt für ihn nach der Judikatur des Verwaltungsgerichtshofes eine Teilversicherung nur in der Unfallversicherung ein. Diese Judikatur soll in einer jeden Zweifel aus-

schließenden Weise im Gesetz ihren Niederschlag finden.

Die Neuformulierung des § 8 Abs. 1 Z. 1, betreffend die Krankenversicherung der Rentner, stellt zunächst klar, daß diese Krankenversicherung nur die Bezieher einer Rente nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz und nicht auch die Bezieher einer Rente aus der im Jahre 1958 neu eingeführten Pensionsversicherung der selbständig Erwerbstätigen (Gewerbliches Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetz) oder einer Rente nach dem Landwirtschaftlichen Zuschußrentenversicherungsgesetz erfaßt.

Weiters soll auf Anregung aus gewerkschaftlichen Kreisen der Schutz der Krankenversicherung der Rentner auch auf die Bezieher einer Rente aus der zusätzlichen Pensionsversicherung bei der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen und bei den Pensionsinstituten der Privatbahnen (§§ 478 und 479) ausgedehnt werden. Hierbei werden aber nur jene Bezieher einer laufenden Geldleistung aus der zusätzlichen Pensionsversicherung erfaßt, die nicht bereits auf Grund des Bezuges einer Rente aus der Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz in der Krankenversicherung teilversichert sind. Es handelt sich hierbei um Personen, bei denen die Eisenbahnunternehmung das Dienstverhältnis wegen eingetretener Dienstunfähigkeit beendet hat und die daher einen Ruhegenuß wegen Dienstunfähigkeit aus der zusätzlichen Pensionsversicherung beziehen, ohne daß Anspruch auf Invaliditäts(Berufsunfähigkeits)rente aus der Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz besteht. Die Aufbringung der Mittel für den in Rede stehenden Personenkreis wird im § 73 Abs. 8 geregelt.

Der Kreis der nach § 8 in der Unfallversicherung Teilversicherten soll einige, wenn auch nicht ins Gewicht fallende Änderungen erfahren.

Zunächst wurde vorgesorgt, daß auch die Teilnehmer an Umschulungs-, Nachschulungs- und sonstigen beruflichen Ausbildungslehrgängen, die von Gebietskörperschaften durchgeführt werden, Unfallversicherungsschutz erhalten. Rein textlicher Natur ist die Änderung, durch welche der Ausdruck „Ferialpraktikanten“ aus dem Gesetz eliminiert wird. Schon nach der geltenden Fassung des § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. c sind Personen, die eine im Rahmen der Mittel- oder Hochschulstudien vorgeschriebene oder übliche praktische Tätigkeit vor den Studien oder während der Studien ausüben, in der Unfallversicherung teilversichert. Das gleiche gilt auch für die Ferial-

praktikanten. Darunter können bei wörtlicher Auslegung nur jene Studenten verstanden werden, die eine vorgeschriebene oder übliche praktische Tätigkeit während der Ferien ausüben, wobei allerdings die derzeitige Fassung Zweifel geschaffen hat, ob es sich bei der Tätigkeit, die der Ferialpraktikant ausübt und die seine Teilversicherung begründet, um eine vorgeschriebene oder übliche praktische Tätigkeit innerhalb seiner Studienrichtung handeln muß. Nach Meinung der Antragsteller sollte dies der Fall sein. Die Neutextierung will klarstellen, daß alle Personen, die im Rahmen des Mittel- oder Hochschulstudiums, aber auch des Studiums an einer Fachschule eine vorgeschriebene oder übliche praktische Tätigkeit ausüben, in der Unfallversicherung teilversichert sein sollen, gleichgültig, ob diese Tätigkeit vor den Studien, während der Studien oder in den Ferien ausgeübt wird. Die Abgrenzung zwischen dem Studenten, der lediglich nach § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. c teilversichert ist, und dem Studenten, der im Rahmen seiner praktischen Tätigkeit wie ein Dienstnehmer tätig wird und daher nach § 4 Abs. 1 Z. 1 der Vollversicherung unterliegt, hat in der Praxis gleichfalls zu Schwierigkeiten geführt. Die Antragsteller sind allerdings der Meinung, daß diese Abgrenzung nicht vom Gesetzgeber, sondern im Zweifelsfall nur im Verfahren in Verwaltungssachen unter Bedachtnahme auf die besonderen Verhältnisse im Einzelfalle wird vorgenommen werden können.

Die land- und forstwirtschaftlichen Betriebe der katholischen Kirche sowie der Diakonissenanstalten müssen nach § 72 Abs. 2 ASVG Beiträge zur Unfallversicherung in der Land- und Forstwirtschaft aufbringen. Sind Angehörige von Orden oder Kongregationen der katholischen Kirche oder der Diakonissenanstalten der evangelischen Kirche in einem solchen Betrieb tätig, genießen sie keinen Unfallversicherungsschutz, weil sie nach § 5 Abs. 1 Z. 7 von der Vollversicherung ausgenommen sind und auch eine Teilversicherung nach § 7 oder nach § 8 nicht vorgesehen ist. Der Anregung, dem oben angeführten Personenkreis für die Dauer der Beschäftigung in einem land- oder forstwirtschaftlichen Betrieb des Ordens und so weiter Versicherungsschutz zu gewähren, wird in der neuen Fassung des § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. d Rechnung getragen.

Der Versicherungsschutz der wie Versicherte nach § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. a bis d oder nach § 4 tätig werdenden Personen wurde neu geregelt. Nach der geltenden Rechtslage sind diese Personen in die Teilversicherung in der Unfallversicherung einbezogen (§ 8 Abs. 1 Z. 3 lit. e). Für sie ist auch eine Beitragsregelung vorgesehen (§ 74 Abs. 3). Da derartige Ver-

sicherungsverhältnisse den Unfallversicherungsträgern nach den Erfahrungen der Praxis stets nur in den Fällen bekannt werden, in denen sich ein Arbeitsunfall ereignet, erwies sich diese Regelung als undurchführbar. Im Antrag wird daher die bisher bestandene Teilversicherung dieser Personengruppen aufgelassen und der Versicherungsschutz dadurch bewirkt, daß Unfälle, die solchen Personen zustößen, im § 176 Abs. 1 Z. 6 den Arbeitsunfällen gleichgestellt werden, wobei die Leistungen der Unfallversicherung auch dann gebühren sollen, wenn die tätig werdenden Personen nicht unfallversichert sind (§ 176 Abs. 2). Bei dieser Gelegenheit wurde der Versicherungsschutz für Personen, die wie ein nach § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. a bis d Versicherter tätig werden, nicht mehr aufrecht erhalten, weil sich solche Fälle in der Praxis nicht ereignet haben und auch kaum denkbar sind.

Die gleiche Konstruktion bezüglich des Unfallversicherungsschutzes, wie sie für die oben genannte Personengruppe gewählt wurde, ist auch für jene Personen vorgesehen, die bisher nach § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. d teilversichert sind.

Die nach § 4 Abs. 1 Z. 6 vollversicherten und die nach § 7 Z. 2 lit. b in der Unfall- und Pensionsversicherung teilversicherten Zwischenmeister sind nach der geltenden Rechtslage auch gemäß § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. a als Mitglieder einer Kammer der gewerblichen Wirtschaft in der Unfallversicherung teilversichert. Für sie hat daher der Auftraggeber Beiträge zur Unfallversicherung nach § 51 Abs. 1 Z. 2 beziehungsweise § 53 zu entrichten. Aber auch sie selbst müssen einen jährlichen Beitrag zur Unfallversicherung nach § 74 Abs. 1 zahlen. Um diese „doppelte Unfallversicherung“ zu beseitigen, wird § 8 Abs. 2 dahin ergänzt, daß die Bestimmungen des Abs. 1 Z. 3 lit. a nicht für die in Rede stehenden Zwischenmeister gelten, es sei denn, daß ein Zwischenmeister neben der Gewerbeberechtigung, die ihn zur Ausübung der Tätigkeit als Zwischenmeister berechtigt, noch eine andere Gewerbeberechtigung besitzt, die seine Mitgliedschaft bei einer Kammer der gewerblichen Wirtschaft begründet.

Das gleiche Problem soll im Abs. 2 lit. b gelöst werden. Eine kleine Gruppe von Gepäckträgern übt nämlich diese Tätigkeit auf Grund einer Gewerbeberechtigung aus, die die Mitgliedschaft dieser Personen bei einer Kammer der gewerblichen Wirtschaft begründet. Auch in der Person dieser Gepäckträger besteht sohin eine zweifache Unfallversicherungspflicht, die gleichfalls beseitigt werden soll.

Zu Art. I. Z. 7:**§ 10:**

Die im Antrag vorgesehenen Änderungen des § 10 stehen zum Großteil mit den bereits besprochenen Änderungen der §§ 4, 7 und 8 im Zusammenhang. Lediglich der Änderung des letzten Satzes im Abs. 7 kommt größere meritorische Bedeutung zu. Nach der geltenden Rechtslage kann das Recht auf eine Bescheinigung für die vorläufige Krankenversicherung nur geltend machen, wer nicht bereits gesetzlich krankenversichert ist. Nach der beantragten Änderung soll in Hinkunft nur mehr eine Pflichtversicherung in der Krankenversicherung das Recht auf Ausstellung einer solchen Bescheinigung ausschließen. Der Änderung liegt die Erwägung zugrunde, daß gerade die für eine vorläufige Krankenversicherung in Betracht kommenden Personen sehr häufig schon in der Krankenversicherung weiterversichert sind und erst nach Beendigung der Weiterversicherung den Antrag auf eine Bescheinigung für die vorläufige Krankenversicherung stellen könnten.

Zu Art. I Z. 8:**§ 11:**

Die Bestimmungen des § 11 über das Ende der Pflichtversicherung haben sich in mehrfacher Hinsicht als abänderungs- und ergänzungsbedürftig erwiesen.

Aus dem Wortlaut des § 11 Abs. 1 („Die Pflichtversicherung ... erlischt, ... mit dem Ende der Beschäftigung ...“) haben einzelne Krankenversicherungsträger den Schluß gezogen, daß mit Beendigung der Arbeitsverrichtung, also bei einer Fünftagewoche etwa mit Arbeitschluß am Freitag, die Pflichtversicherung ende und eine Erkrankung am Samstag oder Sonntag als ein während der Schutzfrist des § 122 Abs. 2 Z. 2 eingetretener Versicherungsfall zu behandeln sei. Um dieser nicht gewollten Auslegung den Boden zu entziehen, soll ebenso wie beim Lehr- und Ausbildungsverhältnis das Ende der Pflichtversicherung auf das Ende des Beschäftigungsverhältnisses abgestellt werden. Dadurch scheint klar zum Ausdruck gebracht, daß durch arbeitsfreie Tage, durch Sonntage oder Feiertage, wenn nicht das Beschäftigungsverhältnis als solches endet, der Versicherungsschutz weiter besteht.

Durch die Neuformulierung der Bestimmungen des § 11 Abs. 3 ASVG. wird Vorsorge getroffen, daß Dienstnehmer, die zum Dienst als Schöffe, Geschworne oder Vertrauensperson, also zu einem öffentlichen Ehrenamt herangezogen werden, hiedurch keinen sozialversicherungsrechtlichen Nachteil erleiden. Das

gleiche soll für die Fälle der Absonderung nach sanitätspolizeilichen Vorschriften gelten.

Die Änderungen im § 11 Abs. 4 sind textlicher Natur.

Zu Art. I Z. 9 bis 11:**§§ 12, 16 und 17:**

Die Änderungen im Bereiche der freiwilligen Versicherung sollen Härten und Unklarheiten beseitigen, die bei der praktischen Anwendung der geltenden einschlägigen Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes zutage getreten sind.

Nach der Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes wird im Falle eines Streiks durch den Zerfall der Willensübereinstimmung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer über die entgeltliche Arbeitsleistung die Beendigung des für die Sozialversicherungspflicht maßgebenden Beschäftigungsverhältnisses herbeigeführt. Durch die im Antrag vorgesehene Ergänzung des Abs. 1 soll in solchen Fällen den Versicherten die Möglichkeit gegeben werden, ohne Rücksicht darauf, ob sie die Vorversicherungszeit erfüllt haben, die Pflichtversicherung freiwillig fortzusetzen. Das gleiche soll für den Fall einer Aussperrung gelten.

Die Rahmenfrist von zwölf Monaten soll, um Härten zu beseitigen, in Hinkunft um die im Antrag näher umschriebenen Zeiten verlängert werden. Diese Zeiten sollen aber auch den Beginn der Dreiwochenfrist hinausschieben.

Der neue Abs. 6 soll eine Lücke schließen, die sich in sehr vielen Fällen für die Versicherten nachteilig ausgewirkt hat. Hat nämlich der aus der Pflichtversicherung Ausgeschiedene in Verbindung mit einem Rentenantrag auch die Ausstellung einer Bescheinigung für die vorläufige Krankenversicherung (§ 10 Abs. 7) beantragt, und ist in der Folge sein Antrag abgelehnt worden, kann er die Pflichtversicherung in der Regel nicht mehr freiwillig fortsetzen, weil die Dreiwochenfrist des § 16 Abs. 1 schon abgelaufen ist. Diese Härte soll für jene Fälle beseitigt werden, die innerhalb von drei Wochen nach dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung die vorläufige Krankenversicherung beantragt haben. Die dreiwöchige Frist für den Antrag auf Weiterversicherung soll dann erst vom Tage der Zustellung des Bescheides über die Ablehnung des Rentenantrages neu zu laufen beginnen. Von diesem Tag an soll auch die Weiterversicherung beginnen.

Die Bestimmungen über die Weiterversicherung in der Pensionsversicherung (§ 17) sind zur Gänze neu gefaßt worden. Zunächst soll durch die Neuformulierung des Abs. 1

sichergestellt werden, daß eine allenfalls bestehende Pflichtversicherung nach dem Landwirtschaftlichen Zuschußrentenversicherungsgesetz einer Weiterversicherung nach § 17 nicht entgegensteht. Es ist dies eine logische Fortsetzung der herrschenden Rechtsauffassung, daß die Landwirtschaftliche Zuschußrentenversicherung nicht als Pensionsversicherung anzusehen ist. Weiters sollen alle im § 17 Abs. 1 genannten Fristen im Interesse einer gleichartigen Behandlung der Versicherten nur mehr auf Monate abgestellt werden. Abs. 2 regelt so wie bisher die Frage, in welchem Zweig der Pensionsversicherung die Weiterversicherung zulässig ist. Der Abs. 3 wurde unverändert übernommen. Die Rahmenzeiträume des Abs. 1 sollen um die im Abs. 4 genannten Zeiten verlängert werden.

Eine Erweiterung erfährt der Anwendungsbereich der Sonderregelung des § 17 Abs. 5 durch die im Antrag vorgesehene Neufassung. Nach der geltenden Rechtslage hat das Vorhandensein von 520 Beitragswochen (120 Beitragsmonaten) lediglich die Auswirkung, daß die im § 17 Abs. 1 vorgesehene Vorversicherungszeit nicht erfüllt und die im § 17 Abs. 3 vorgesehene Antragsfrist nicht eingehalten werden braucht. Hingegen ist das weitere im § 17 Abs. 1 vorgesehene Erfordernis des Ausscheidens aus der Pflichtversicherung auch in den Fällen des § 17 Abs. 5 zu beachten, was unter anderem zur Folge hat, daß eine einmal beendete Weiterversicherung auch unter Heranziehung des § 17 Abs. 5 nicht wieder aufgenommen werden kann.

Die Neufassung der Bestimmung des § 17 Abs. 5 wird Personen, die 120 Beitragsmonate in einer oder in mehreren der im Abs. 1 genannten Pensions(Renten)versicherungen erworben haben, die Möglichkeit geben, jederzeit eine Weiterversicherung einzugehen. Darüber hinaus enthält die Neufassung des § 17 Abs. 5 auch die Abstandnahme von dem oben erwähnten Erfordernis des Ausscheidens aus der Pflichtversicherung. Es kann daher in den Fällen des § 17 Abs. 5 auch eine bereits beendete Weiterversicherung jederzeit und wiederholt wieder aufgenommen und fortgesetzt werden.

Nach der bisherigen Rechtslage bestanden Zweifel darüber, ab wann die freiwillige Weiterversicherung in der Pensionsversicherung zu beginnen habe, und zwar insbesondere dann, wenn das Recht auf Weiterversicherung nicht unmittelbar im Anschluß an die beendete Pflichtversicherung, sondern erst später geltend gemacht wurde. Diese Lücke soll durch den neuen Abs. 6 geschlossen werden.

Der neue Abs. 7 entspricht im wesentlichen dem bisherigen Abs. 4. Der Zeitraum innerhalb dessen rückständige Beiträge noch bezahlt werden können, ohne daß dies auf den Bestand der Versicherung eine Auswirkung hat, ist von 24 auf 6 Monate verringert worden, um die Zeit der Ungewißheit darüber, ob eine Versicherung noch besteht oder nicht, zu verkürzen.

Durch Abs. 8 soll schließlich auch die Regelung des § 231 über die Versicherungsmonate bei der Ermittlung der Versicherungsmonate (Beitragsmonate) im Bereiche der Weiterversicherung in der Pensionsversicherung Anwendung finden. Wenn selbst für die Feststellung der Leistungen aus der Pensionsversicherung eine Versicherungszeit in der Dauer von 15 Tagen oder zwei Beitragswochen den betreffenden Monat zu einem Beitragsmonat macht, sollen solche Monate auch für den Bereich der Weiterversicherung als volle Versicherungsmonate gelten.

Zu Art. I Z. 12 und 13:

§§ 18 und 19:

Der zur Selbstversicherung in der Krankenversicherung berechnete Personenkreis hat über Wunsch der bauerlichen Interessenvertretung eine Erweiterung erfahren.

Nach dem Tod des selbstversichert gewesenen Landwirtes sollen dessen Witwe, seine Kinder, Enkel-, Wahl- und Stiefkinder, weiters die Eltern, Groß-, Wahl- und Stiefeltern, wenn sie im land(forst)wirtschaftlichen Betrieb des Verstorbenen tätig waren, der Selbstversicherung beitreten können. Dieses Recht soll auch dem Ehegatten eines selbstversicherten Landwirtes oder eines selbstversicherten selbständigen Erwerbstätigen (§ 18 Abs. 1 Z. 3) nach Auflösung der Ehe zustehen. Diese Neuregelung stellt eine Annäherung an die Bestimmungen des § 16 Abs. 2 im Bereiche der Weiterversicherung in der Krankenversicherung dar, wobei aber die eingangs angeführten Personen die Versicherung des Verstorbenen beziehungsweise des früheren Ehegatten nicht fortsetzen, sondern selbst der Versicherung beitreten. Durch diese Konstruktion wird bewirkt, daß die nach § 18 Abs. 1 Z. 4 und 5 in der Fassung des Antrages versicherungsberechtigten Personen, soweit sie dem bauerlichen Kreis angehören, bei jenen Landwirtschaftskrankenkassen, die von der Ermächtigung des Abs. 2 Gebrauch gemacht haben, der Sonderabteilung für die freiwillige Versicherung der selbständigen Landwirte angehören werden.

Für das Ende der Selbstversicherung sollen in Zukunft die Endigungsgründe für die

Weiterversicherung in der Krankenversicherung mit der Neuerung gelten, daß die Aufgabe der Tätigkeit als selbständiger Landwirt keinen Endigungsgrund für die Selbstversicherung bildet. Es werden sohin Landwirte auch nach Aufgabe der selbständigen Erwerbstätigkeit, etwa als Bezieher einer Zuschußrente, in der Selbstversicherung verbleiben können.

Die Endigungsgründe für die Selbstversicherung in der Unfallversicherung wurden um den Austritt erweitert. Weiters wurde klargestellt, daß im Falle des Beitragsverzuges die Selbstversicherung mit dem Ende des Monats endet, für den zuletzt ein Beitrag entrichtet worden ist.

Zu Art. I Z. 14:

§ 19 a:

Wie schon in den Erläuterungen zur beantragten Neufassung des § 5 Abs. 2 ausgeführt wurde, soll in Hinkunft jedes Beschäftigungsverhältnis **für sich allein** daraufhin untersucht werden, ob es sich um eine geringfügige Beschäftigung handelt oder nicht. Dies wird zur Folge haben, daß Personen, die in mehreren an sich geringfügigen Beschäftigungen tätig sind und die bisher, weil das Gesamteinkommen aus diesen geringfügigen Beschäftigungen den Betrag von 270 S monatlich überschritten hat, der Pflichtversicherung unterlegen sind, nicht mehr pflichtversichert wären, obwohl sie auf Grund des Entgeltes aus den mehreren geringfügigen Beschäftigungen ihren gesamten Lebensunterhalt bestreiten. Es wird aber auch Personen, die der Vollversicherung nach § 4 unterliegen und die nebenbei noch eine geringfügige Beschäftigung ausüben, das Entgelt aus dieser geringfügigen Beschäftigung sozialversicherungsrechtlich verlorengehen, das heißt, weder die Bemessungsgrundlage für die Barleistungen aus der Krankenversicherung noch die Bemessungsgrundlage für die Leistung aus der Unfall- und Pensionsversicherung erhöhen. Diese Auswirkung der Neufassung des § 5 Abs. 2 ist sozialpolitisch unbefriedigend. Es wurde daher ein Weg gesucht, die Betroffenen vor diesen Nachteilen zu bewahren. Die Einführung einer Pflichtversicherung für solche Fälle schien nicht möglich, weil damit für den Dienstgeber wieder die Notwendigkeit verbunden gewesen wäre, in jedem Fall einer geringfügigen Beschäftigung ein allfälliges Nebeneinkommen und dessen Höhe festzustellen; aber auch jeder Dienstgeber eines Vollversicherten müßte sich davon überzeugen, ob der Dienstnehmer nicht allenfalls nebenbei noch eine geringfügig zu qualifizierende Beschäftigung ausübt.

Die Antragsteller sind der Meinung, daß die einzige Schutzmöglichkeit, die der Gesetzgeber bieten kann, darin besteht, den in Rede stehenden Personen den freiwilligen Beitritt zur Kranken- und Pensionsversicherung zu eröffnen. Der einzelne Betroffene wird daher für sich selbst entscheiden müssen, ob er den Schutz der Sozialversicherung für sich in Anspruch nimmt oder ob er auf diesen Schutz verzichtet. Um eine sozialversicherungsrechtliche Schlechterstellung der zur Selbstversicherung Berechtigten gegenüber der geltenden Rechtslage zu vermeiden, soll die neue Selbstversicherung die Wirkungen einer Pflichtversicherung haben. Die Möglichkeit, auch der Unfallversicherung freiwillig beitreten zu können, brauchte nicht ins Auge gefaßt werden, weil die geringfügig Beschäftigten ohnedies einer Teilversicherung in der Unfallversicherung unterliegen (§ 7 Z. 3. lit a).

Den Beginn der Selbstversicherung soll — dem Grundsatz einer freiwilligen Versicherung entsprechend — der Versicherungsberechtigte selbst bestimmen. Sie soll mit dem Tage des Beitrittes beginnen, wobei als Tag des Beitrittes jener Tag gilt, an dem die Anmeldung zur Selbstversicherung beim Versicherungsträger einlangt. Die Endigungsgründe entsprechen den Gründen, aus denen die Weiterversicherung in der Krankenversicherung endet (§ 16 Abs. 7 in der Fassung des Antrages). Der Antrag zur Selbstversicherung ist beim Träger der Krankenversicherung einzubringen, der nach dem Wohnort des Berechtigten für die Pflichtversicherten zuständig wäre. Selbstverständlich wird auch auf die sachliche Zuständigkeit, wie sie sich aus § 26 ergibt, Bedacht genommen werden müssen.

In jenen Fällen, in denen bereits eine Pflichtversicherung in der Krankenversicherung besteht, wird auch für die Selbstversicherung der Träger der Pflichtversicherung zuständig sein.

Sehr breiten Raum in der Diskussion um die neue Form der Selbstversicherung hat die Frage eingenommen, wer zur Durchführung der Pensionsversicherung zuständig sein soll. Die Antragsteller glauben, daß im Interesse einer Verwaltungsvereinfachung lediglich die Träger der Pensionsversicherung der Arbeiter hierfür in Betracht kommen sollen. Es werden demnach Selbstversicherte, die mehrere geringfügige Beschäftigungen in der Land- und Forstwirtschaft ausüben, ihren Antrag zur Selbstversicherung bei der nach ihrem Wohnsitz zuständigen Landwirtschaftskrankenkasse einbringen müssen; diese Kasse wird die Krankenversicherung durchführen. Träger der Pensionsversicherung wird die Land- und Forstwirtschaftliche Sozialversicherungs-

anstalt sein. Personen, die auf Grund geringfügiger Beschäftigungen im gewerblichen Bereich zur Selbstversicherung berechtigt sind, werden bei der für sie zuständigen Gebietskrankenkasse die Selbstversicherung zu beantragen haben. Träger der Pensionsversicherung wird die Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter sein, und zwar auch dann, wenn es sich um die Tätigkeit eines Angestellten handelt. Nur in jenen Fällen, in denen bereits eine Pflichtversicherung besteht, die die Zuständigkeit der Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten oder die der Pensionsversicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues begründet, wird auch die Selbstversicherung von diesen Versicherungsträgern besorgt werden müssen. Ein schon pflichtversicherter Angestellter, der noch eine geringfügige Beschäftigung ausübt, wird daher, ungeachtet der Art der geringfügigen Beschäftigung, auch von dem Entgelt aus dieser Beschäftigung einen Pensionsversicherungsbeitrag leisten müssen, wie er für die bei der Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten Versicherten festgesetzt ist.

Wie schon erwähnt, wird die Selbstversicherung in Ansehung des Leistungsrechtes, aber auch des Rechtes zur Weiterversicherung die gleichen Rechtswirkungen haben wie eine Pflichtversicherung.

Nach § 39 sind die Selbstversicherten verpflichtet, die für ihre Versicherung bedeutsamen Änderungen binnen einer Woche dem für sie zuständigen Krankenversicherungsträger zu melden. Die Meldungen wirken auch für den Bereich der Pensionsversicherung (Art. I Z. 20).

Als Beitragsgrundlage gilt ein Betrag in der Höhe des durchschnittlichen Einkommens des Versicherten aus den Beschäftigungen, die seine Berechtigung zur Versicherung begründen. Diese Bestimmung könnte bei Beginn der Selbstversicherung zu gewissen Schwierigkeiten führen, weil zu diesem Zeitpunkt, wenn der Beginn der Versicherung mit der Aufnahme von zwei oder mehreren geringfügigen Beschäftigungen zusammenfällt, das Durchschnittseinkommen nicht immer bekannt sein wird. Hier wird jedoch die Bestimmung Abhilfe schaffen, daß die Beitragsgrundlage für den Kalendertag nicht niedriger als 20 S also monatlich nicht niedriger als 600 S sein darf. Die Mindestbeitragsgrundlage in dieser Höhe wurde in Anlehnung an § 44 Abs. 6 gewählt. Die in der Pflichtversicherung jeweils bestehende Höchstbeitragsgrundlage darf auch in der Selbstversicherung nach § 19 a nicht überschritten werden (Art. I Z. 35 lit. a). Der Beitragssatz für Selbstversicherte wird sich nach dem in Betracht kommenden Versicherungszweig bestimmen (Art. I Z. 36 lit. a).

Die Fälligkeit der Beiträge haben die Träger der Krankenversicherung in ihren Satzungen festzusetzen. Der Gesamtbeitrag ist vom Versicherten dem zuständigen Krankenversicherungsträger zu überweisen. Beitragsschuldner sowohl hinsichtlich des Kranken- als auch des Pensionsversicherungsbeitrages ist somit der Selbstversicherte. Er soll jedoch das Recht haben, von jedem seiner Dienstgeber gegen Nachweis der bestehenden Selbstversicherung die Hälfte des Beitrages zu verlangen, der auf das von diesem Dienstgeber gezahlte Entgelt entfällt. Um Nachtragsforderungen für weit zurückliegende Zeiträume auszuschließen, und um damit dem Dienstgeber Gewißheit über die Höhe der Belastung durch Sozialversicherungsbeiträge zu verschaffen, muß der Ersatzanspruch binnen zwei Monaten nach Zahlung des Entgeltes, auf Grund dessen die Beteiligung des Dienstgebers am Sozialversicherungsbeitrag verlangt wird, geltend gemacht werden (Art. I Z. 37 lit. c).

Zu Art. I Z. 15 bis 17:

§§ 22, 26 und 28:

Die Änderungen der Bestimmungen über den Umfang der Versicherung machen auch einige Änderungen des Ersten Teiles, Abschnitt III, 2. Unterabschnitt, über die Zuständigkeit der Versicherungsträger notwendig.

Für die neu in die Pflichtversicherung einbezogenen selbständigen Winzer sollen die Landwirtschaftskrankenkassen die Krankenversicherung durchführen. Die Krankenversicherung der Administrativrentner (Art. I Z. 6 lit. a) soll die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen besorgen.

Größere Änderungen waren bezüglich der sachlichen Zuständigkeit der Land- und Forstwirtschaftlichen Sozialversicherungsanstalt als Träger der Unfallversicherung erforderlich.

Zunächst wurde wegen der besseren Übersicht eine neue äußere Form der Zusammenstellung der Versichertengruppen, für die die Land- und Forstwirtschaftliche Sozialversicherungsanstalt zuständig sein soll, gewählt. Für die Durchführung der Unfallversicherung der unter lit. a und b der Z. 2 des § 28 in der beantragten Fassung genannten Personen war die Land- und Forstwirtschaftliche Sozialversicherungsanstalt schon bisher zuständig; in der lit. b scheinen allerdings nun auch die bisher nicht genannt gewesenen Versicherungsvertreter in den Verwaltungskörpern der Landwirtschaftlichen Zuschußrentenversicherungsanstalt auf. Neu begründet wurde die Zuständigkeit der Land- und Forstwirtschaft-

lichen Sozialversicherungsanstalt für Personen, die eine der im § 176 Abs. 1 Z. 2, 3, 4, 5 und 7 (in der Fassung des Antrages) genannten Tätigkeiten ausüben. Für diese Personen bestanden bisher expressis verbis überhaupt keine Zuständigkeitsvorschriften beziehungsweise sind solche Vorschriften notwendig geworden, weil es sich um Personen handelt, die nach der geltenden Rechtslage in der Unfallversicherung teilversichert sind und erst auf Grund der beantragten Änderungen des Gesetzes im Wege des § 176 geschützt werden sollen. Zur Erbringung der Leistungen der Unfallversicherung für Personen, die eine der im § 176 Abs. 1 Z. 2, 4, 5 und 7 genannten Tätigkeiten ausüben, wird die Land- und Forstwirtschaftliche Sozialversicherungsanstalt aber nur zuständig sein, wenn sie für diese Personen schon auf Grund einer selbständigen oder unselbständigen Tätigkeit die Unfallversicherung durchzuführen hat.

Da zufolge der Generalklausel des § 28 Z. 1 jede Änderung der Z. 2 auch eine Änderung der sachlichen Zuständigkeit der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt bewirkt, kommt der gegenständlichen Neufassung die Bedeutung einer neuen Abgrenzung der sachlichen Zuständigkeit zwischen diesen beiden Versicherungsträgern zu. Für die Abgrenzung war allgemein die Überlegung maßgebend, daß jeder der beiden Versicherungsträger grundsätzlich die Leistungen für jene Personen erbringen soll, die der Risikogemeinschaft angehören, für die der Versicherungsträger eingerichtet worden ist. Arbeitsunfälle (Berufskrankheiten) aus dem land- und forstwirtschaftlichen Bereich sollen durch die Land- und Forstwirtschaftliche Sozialversicherungsanstalt, Arbeitsunfälle (Berufskrankheiten) aus dem gewerblichen Bereich sollen durch die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt entschädigt werden. Für die Abgrenzung soll aber nicht nur die Tätigkeit, die den Unfallversicherungsschutz begründet, sondern auch die Person, die den Arbeitsunfall erleidet, und die sonst von ihr ausgeübte Tätigkeit in Betracht gezogen werden. Wenn also ein gewerblicher Arbeiter bei der Hilfeleistung in einem dem bäuerlichen Bereich zuzurechnenden Unglücksfall, etwa bei dem Versuch der Bergung landwirtschaftlicher Maschinen aus einem brennenden Wirtschaftsgebäude, verunglückt, wird zur Entschädigung des Unfalles die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt bestimmt sein. Wenn sich bei der gleichen Art der Tätigkeit der Arbeitsunfall in der Person eines Landarbeiters ereignet, wird die Land- und Forstwirtschaftliche Sozialversicherungsanstalt die Leistungen der Unfallversicherung zu erbringen haben.

Die Verwirklichung des oben dargelegten Grundsatzes hat auch zu der Sonderregelung unter lit. d für die Personen geführt, die eine der im § 176 Abs. 1 Z. 7 (in der Fassung des Antrages) genannten Tätigkeiten ausüben. Den freiwilligen Feuerwehren stellen sich in den ländlichen Bezirken auch Personen zur Verfügung, die sowohl einen land- oder forstwirtschaftlichen Betrieb als auch einen Gewerbebetrieb ausüben. Den Initiatoren des Antrages schien es unbillig, die Leistungsgewährung für alle diese Personen der Land- und Forstwirtschaftlichen Sozialversicherungsanstalt zu übertragen, zumal in solchen Fällen sehr häufig der Gewerbebetrieb die Haupteinnahmequelle bildet. Es wurde daher auf die im Landwirtschaftlichen Zuschußrentenversicherungsgesetz beziehungsweise auf die im Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetz getroffene Abgrenzung zurückgegriffen. Die Land- und Forstwirtschaftliche Sozialversicherungsanstalt soll die Leistungen der Unfallversicherung für Selbständige, die etwa als Angehörige einer freiwilligen Feuerwehr einen Unfall erleiden, nur erbringen müssen, wenn diese Personen nicht gemäß § 3 Abs. 1 Z. 1 LZVG. von der Zuschußrentenversicherung ausgenommen sind. Da in dieser Gesetzesbestimmung wieder auf das Gewerbliche Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetz Bezug genommen wird, ergibt sich für den in Rede stehenden Personenkreis die Abgrenzung der sachlichen Zuständigkeit praktisch aus § 3 Abs. 1 Z. 4 GSPVG.

Die neuen Abgrenzungsbestimmungen sind auch mit Vertretern der in Betracht kommenden Versicherungsträger eingehend beraten worden, so daß angenommen werden kann, daß die beantragte Lösung allseits befriedigend wird.

Zu Art. I Z. 18 und 19:

§§ 30 und 35:

Die Zitierungsänderung im § 30 Abs. 3 steht mit der Ergänzung des § 4 Abs. 3 durch eine neue Z. 9 (selbständige Winzer) im Zusammenhang. Die Änderung des § 35 Abs. 2 bewirkt, daß hinsichtlich der nach § 4 Abs. 1 Z. 3 und 4 Pflichtversicherten der Träger der Einrichtung, in der die Ausbildung erfolgt, die Stellung des Dienstgebers hat und somit den gesamten Beitrag schuldet. Die Neufassung des § 35 Abs. 4 ist in der Änderung des § 3 Abs. 2 und überdies darin begründet, daß sich die derzeitige Textierung im Hinblick auf die zwischenstaatlichen Bindungen Österreichs und seine Mitgliedschaft zu internationalen Organisationen als zu eng erwiesen hat.

Zu Art. I Z. 21 bis 35:

§§ 44, 47, 49, 51, 53, 54, 58, 59, 60, 64, 66, 67, 68, 73 und 74:

Die folgenden Erläuterungen beziehen sich auf die Änderungen der Bestimmungen des 1. und 2. Unterabschnittes des Abschnittes V über die Mittel der Sozialversicherung. Die Änderungen stehen zum Teil mit bereits besprochenen Änderungen im Zusammenhang, zum Teil sollen Unklarheiten beseitigt beziehungsweise Bestimmungen aufgenommen werden, die die praktische Handhabung des Gesetzes erleichtern.

§ 44 Abs. 2 soll so geändert werden, daß der einen Beitragszeitraum bildende Kalendermonat unabhängig von seiner tatsächlichen Dauer mit 30 Tagen gezählt wird. Der Verwaltungsgerichtshof hat in seinem Erkenntnis vom 15. Juli 1959, Zl. 385/1958, nämlich ausgesprochen, daß auf Grund der geltenden Rechtslage nicht so vorgegangen werden darf, sondern jeder Kalendermonat nach den gegebenen kalendarischen Verhältnissen zu berücksichtigen ist. Durch die vorgeschlagene Neufassung wird überdies die Übereinstimmung des § 44 Abs. 2 mit § 46 Abs. 3 und § 76 Abs. 3 hergestellt.

Bei der unter Z. 22 vorgeschlagenen Neufassung des § 47 muß die Regelung unter lit. c besonders hervorgehoben werden:

Dienstnehmer, die ein öffentliches Mandat (zum Beispiel das eines Bürgermeisters) übernehmen, sind vielfach gezwungen, kürzer als bisher zu arbeiten oder eine geringer entlohnte Beschäftigung anzunehmen, um die zur Ausübung des Mandates erforderliche Zeit zu erübrigen. Infolge des geringeren Entgeltes, das sie verdienen, sinkt ihre Beitragsgrundlage und damit auch die Bemessungsgrundlage. Um diesem Nachteil zu begegnen, soll in solchen Fällen für die Beitragsbemessung die Beitragsgrundlage vor Eintritt der Minderung des Arbeitsverdienstes weiterhin maßgebend sein. Die Differenz zwischen den Beiträgen, die auf Grund des tatsächlichen erzielten Entgeltes entrichtet werden müßten und den Beiträgen, die auf Grund der fiktiven Beitragsgrundlage zu entrichten sind, hat der Versicherte selbst zu tragen (§ 53 Abs. 4 ASVG in der Fassung der Z. 25 lit. b). Die übrigen im § 47 vorgenommenen Änderungen sind im Hinblick auf die im § 11 Abs. 3 vorgesehene Regelung über den Fortbestand der Pflichtversicherung notwendig.

Der Änderung des § 49 Abs. 3 Z. 9 kommt keine meritorische Bedeutung zu. Es soll lediglich die textliche Übereinstimmung mit § 152 in der Fassung der 6. Novelle, BGBl. Nr. 87/1960, herbeigeführt werden. Die Neu-

fassung der Z. 12 hat ihren wesentlichen Grund darin, daß der Entgeltcharakter der in dieser Ziffer genannten Leistungen in Zukunft nicht mehr davon abhängig sein soll, ob sie einkommensteuerrechtlich zum Arbeitslohn gehören. Diese Bindung wurde fallengelassen, weil die einschlägigen einkommensteuerrechtlichen Vorschriften, die noch aus der Zeit der Besetzung Österreichs durch das Deutsche Reich stammen, verfassungsrechtlich höchst bedenklich sind. Durch die Änderung im Eingang der Z. 12 soll der Auslegung begegnet werden, daß im Rahmen einer freien Station verabreichte Mahlzeiten nicht als Entgelt zu werten sind. Schließlich soll der Katalog jener Bezüge, die nicht als Entgelt gelten, um das Teilentgelt nach Art. II Abs. 2 des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 141/1952 erweitert werden.

Nach § 51 Abs. 2 in der geltenden Fassung können die Träger der Krankenversicherung den Beitragssatz für die der Pensionsversicherung der Arbeiter zugehörigen Dienstnehmer sowie für die im Bereich der knappschaftlichen Pensionsversicherung als Arbeiter anzusehenden Personen mit höchstens 7·3 v. H., für die übrigen Versicherten, also im wesentlichen für die der Pensionsversicherung der Angestellten zugehörigen Dienstnehmer, mit höchstens 4·8 v. H. der Beitragsgrundlage festsetzen.

Der niedrigere Beitragssatz für die der Pensionsversicherung der Angestellten zugehörigen Dienstnehmer hat darin seine Begründung, daß die in Betracht kommenden Versicherten im Erkrankungsfall regelmäßig Entgeltansprüche im Umfang des § 8 Abs. 1 und 2 des Angestelltengesetzes gegen den Dienstgeber haben. In der letzten Zeit mehrten sich die Fälle, daß durch die Landesgesetzgebung für die in der Hoheitsverwaltung der Länder selbst oder der Gemeinden beschäftigten Vertragsbediensteten die Entgeltsansprüche im Erkrankungsfall in einem Ausmaß festgesetzt werden, das schon zu einem früheren Zeitpunkt als dies auf Grund der Entgeltansprüche nach dem Angestelltengesetz der Fall wäre, eine Krankengeldleistung aus der Krankenversicherung fällig werden läßt. So hat ein Salzburger Landesgesetz den Gemeindevertragsbediensteten für die ersten drei Tage der Arbeitsunfähigkeit den vollen Entgeltsanspruch, vom vierten Tag der Arbeitsunfähigkeit an jedoch nur einen Anspruch im Ausmaß von 49 v. H. des früheren Entgeltes eingeräumt. Obwohl die Bundesregierung gegen diesen Gesetzesbeschluß wegen Verletzung der Bundesinteressen Einspruch erhoben hat, wurde ein Beharrungsbeschluß gefaßt, so daß diese beanstandeten Bestimmungen in Kraft getreten sind. Maßnahmen

dieser Art dürften im ganzen Bundesgebiet beabsichtigt sein. Hiedurch wird die Gebarung der Krankenversicherungsträger empfindlich belastet, zumal zu der früher einsetzenden Leistungspflicht noch der Entgang an Beiträgen kommt. Um die Äquivalenz zwischen Beitrag und Leistung aufrechtzuerhalten, ist es daher notwendig, den Krankenkassen für Fälle der geschilderten Art die Möglichkeit zu geben, einen höheren Beitragssatz als dies gegenwärtig möglich ist, festzusetzen.

Eine Änderung der Rechtslage wird durch die beantragte Fassung des § 53 Abs. 3 lit. c bezüglich der Beitragsschuldigkeit für die Dauer eines Karenzurlaubes bewirkt. Gegenwärtig schuldet auch die auf solche Zeiträume entfallenden Beiträge der Dienstgeber (§ 58 Abs. 2). Nach § 60 Abs. 1 kann der Dienstgeber den auf den Versicherten entfallenden Beitragsanteil bei der auf die Fälligkeit des Beitrages nächstfolgenden Entgeltzahlung abziehen. Da ein Karenzurlaub fast immer im Interesse des Dienstnehmers gelegen ist, scheint die Belastung des Dienstgebers mit Sozialversicherungsbeiträgen für solche Zeiten nicht gerechtfertigt.

Die gegenwärtige Regelung des § 58 Abs. 1, wonach durch die Satzung des Versicherungsträgers die Fälligkeit der Beiträge für bestimmte Versicherte abweichend von der Regel festgesetzt werden kann, wenn für diese Versicherten ein kürzerer als der normale Beitragszeitraum bestimmt ist (§ 44 Abs. 2), hat sich in der Praxis als zu eng erwiesen. Die Möglichkeit, die Fälligkeit der Beiträge abweichend durch die Satzung auf das Ende des Beitragszeitraumes zu verlegen, soll daher nach dem Entwurf auch in den Fällen gegeben sein, in denen durch die Satzung ein längerer als der normale Beitragszeitraum vorgesehen wird.

In Verfolgung der Überlegung, daß das Verhältnis zwischen dem Auftraggeber und dem Heimarbeiter ähnlich dem zwischen Dienstgeber und Dienstnehmer ist, sollen die Auftraggeber durch § 58 Abs. 2 in der Fassung der Z. 27 lit. b verpflichtet werden, für die Heimarbeiter die Beiträge zur Gänze einzuzahlen. Die den Heimarbeitern gleichgestellten Personen, denen — wie schon aus der Gleichstellung hervorgeht — viele Unternehmereigenschaften zukommen, sollen allerdings die Beiträge selbst einzahlen müssen. Diese Neuregelung macht auch den letzten Satz des § 67 Abs. 3 überflüssig (Art. I Z. 31).

Die Änderung des § 58 Abs. 4 durch Z. 27 lit. c bewirkt, daß es nunmehr dem Versicherungsträger überlassen bleibt, ob er von der Rundungsbestimmung Gebrauch machen will oder nicht. Die Änderung hat sich als

notwendig erwiesen, weil immer häufiger eine automatische Buchung stattfindet, bei der eine Rundung, zu der der Versicherungsträger bisher verpflichtet war, nicht durchgeführt werden kann.

Durch die vorgeschlagene Fassung des § 59 Abs. 3 sollen die administrativen Schwierigkeiten, zu denen die gegenwärtige Fassung führt, beseitigt werden.

Das im § 11 Abs. 3 lit. c in der Fassung des Antrages vorgesehene Weiterbestehen der Pflichtversicherung für die Dauer einer Absonderung nach dem Epidemiegesetz 1950 beziehungsweise nach dem Tierseuchengesetz macht auch eine entsprechende Anpassung im § 60 notwendig. Die Antragsteller sind allerdings der Meinung, daß die Frage der Vergütung für Verdienstentgang auf Grund einer Absonderung und damit im Zusammenhang die Frage der Tragung der Sozialversicherungsbeiträge möglichst bald im Epidemiegesetz, und zwar in ähnlicher Weise geregelt werden sollte, wie dies im § 39 des Gebührenanspruchsgesetzes, BGBl. Nr. 2/1958, für die Gebühren der Schöffen usw. der Fall ist.

Gegen den Sicherstellungsauftrag ist nach § 66 Z. 2 ASVG. das Rechtsmittel der Berufung gegeben. Diesem Rechtsmittel kommt nach § 64 Abs. 1 AVG. 1950, BGBl. Nr. 172, aufschiebende Wirkung zu, wodurch die Sicherstellung unter Umständen in Frage gestellt werden kann. Um diese, dem Zwecke der Sicherstellung zuwiderlaufende Aufschiebung der Vollstreckbarkeit des Sicherstellungsauftrages auszuschließen, soll nunmehr das Rechtsmittel des Einspruches gegeben sein, dem nach § 412 Abs. 2 ASVG. aufschiebende Wirkung nicht zukommt. Bei der Neufassung wurde auf die Änderung der Rechtslage Bedacht genommen, die sich dadurch ergeben hat, daß an die Stelle des Abgabeneinhebungsgesetzes 1951 die Bundesabgabenordnung getreten ist. Dies macht auch eine entsprechende Änderung des § 64 Abs. 3 notwendig.

Durch die Neufassung des § 68 Abs. 3 ASVG. in Z. 33 soll eine gewisse administrative Entlastung der Versicherungsträger bewirkt werden. Nach der gegenwärtigen Rechtslage verjähren auch grundbücherlich sichergestellte Beitragsforderungen nach zwei Jahren. Das bedeutet, daß die Versicherungsträger gezwungen sind, auch bei derart gesicherten Forderungen den Verjährungsablauf durch Vollstreckungsmaßnahmen zu unterbrechen. Um den damit verbundenen Verwaltungsaufwand zu vermeiden, übernimmt der Entwurf die Regelung, die aus den gleichen Erwägungen heraus im Abgabeneinhebungsgesetz 1951 für

die öffentlichen Abgaben vorgesehen war und die sich auch in der Bundesabgabenordnung findet.

Die im Art. I Z. 34 vorgeschlagenen Änderungen des § 73 stehen mit der Einbeziehung der sogenannten Administrativrentner aus der zusätzlichen Pensionsversicherung nach den §§ 478 und 479 in die Krankenversicherung (siehe die Bemerkungen zu Art. I Z. 6) im Zusammenhang.

Die Notwendigkeit der textlichen Änderungen im § 74 ASVG. (Zitierungsänderungen) ergibt sich aus den Änderungen des § 8 Abs. 1 Z. 3 ASVG.

Zu Art. I Z. 36 bis 41:

§§ 76, 77, 78, 79, 80 und 84:

Die geltenden Bestimmungen über die Beitragsgrundlage für die in der Kranken- oder Pensionsversicherung Weiterversicherten (§ 76 Abs. 2 ASVG.) sind nach Meinung der Antragsteller aus mehreren Gründen änderungsbedürftig. Die Bestimmung, daß der Versicherungsträger eine höhere als die nach Abs. 1 in Betracht kommende Beitragsgrundlage festsetzen kann, wenn die Beiträge in einem erheblichen Mißverhältnis zu den im Versicherungsfall zu gewährenden Leistungen stehen, ist für den Bereich der Pensionsversicherung praktisch nicht anwendbar, weil hier ein Mißverhältnis zwischen Beitrag und künftiger Leistung im Zeitpunkt der Beitragsentrichtung nicht festgestellt werden kann.

Bei der Neufassung des § 76 Abs. 2 ASVG. wurde die Möglichkeit für den Versicherten beibehalten, bei Verschlechterung seiner wirtschaftlichen Verhältnisse eine Herabsetzung seiner Beitragsgrundlage in der Weiterversicherung zu erwirken. Ebenso wurde auch — allerdings beschränkt auf den Bereich der Krankenversicherung — für den Versicherungsträger die Möglichkeit belassen, die Beitragsgrundlage, und zwar bis zur Höchstbeitragsgrundlage, zu erhöhen, wenn die Beiträge in einem erheblichen Mißverhältnis zum Gesamteinkommen und zu den im Versicherungsfall zu gewährenden Leistungen stehen. In der Pensionsversicherung wird eine Erhöhung der einmal herabgesetzten Beitragsgrundlage vorgenommen werden müssen, wenn dies der Versicherte unter Nachweis „einer Änderung“ — es kann sich selbstverständlich nur um eine Besserung handeln — seiner wirtschaftlichen Verhältnisse verlangt. Um Spekulationen zu verhindern, wird eine Erhöhung der Beitragsgrundlage über das Ausmaß der letzten Beitragsgrundlage in der Pflichtversicherung nicht möglich sein. Wird dem Versicherungsträger eine Besserung der wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten bekannt, so hat er

von Amts wegen eine Hinaufsetzung der Beitragsgrundlage entsprechend den geänderten wirtschaftlichen Verhältnissen, maximal bis zur letzten Beitragsgrundlage, in der Pflichtversicherung zu verfügen.

Von einer Verpflichtung der Versicherungsträger, die wirtschaftlichen Verhältnisse ihrer freiwillig Versicherten zu prüfen, wurde aus naheliegenden Gründen abgesehen. Andererseits werden die Versicherungsträger, wenn sie Kenntnis von einer Besserung der Verhältnisse erlangen, von Amts wegen einschreiten müssen.

Die Neufassung des § 77 Abs. 1 und des Abs. 2 erster Satz steht mit der Einführung der Selbstversicherung in der Kranken- und Pensionsversicherung (§ 19 a) im Zusammenhang. Durch die Änderung des zweiten Satzes wird die Möglichkeit eröffnet, Höherversicherungsbeiträge bis zu 6000 S jährlich zu entrichten. Dadurch, daß auf einen Jahresbetrag übergegangen wird, wird die Zweifelsfrage beseitigt, ob der im Gesetz derzeit genannte Monatsbetrag (360 S) zwölfmal, dreizehnmal oder gar vierzehnmal jährlich entrichtet werden darf. Außerdem wurde bei der Neufestsetzung des Jahresbetrages auch die inzwischen erfolgte Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlage in der Pflichtversicherung berücksichtigt.

Die Änderungen unter Z. 38 und 39 stehen mit der Einfügung des § 19 a im Zusammenhang.

Bezüglich der Festsetzung des Beitrages des Bundes zur Pensionsversicherung nach dem ASVG. mußte auch für das Jahr 1962 der gleiche Weg beschritten werden wie für das Jahr 1961. Es wurde versucht, den voraussichtlichen Abgang jener Versicherungsträger, die schon im Jahre 1961 einen Bundesbeitrag erhalten haben, für das Jahr 1962 zu ermitteln. Dieser Abgang soll den drei unter lit. a, b und c genannten Versicherungsträgern vom Bund als Bundesbeitrag gegeben werden. Eine für sämtliche Versicherungsträger geltende Formel für die Berechnung des Bundesbeitrages, wie sie von 1956 bis 1960 in Wirksamkeit stand, konnte auch für das Jahr 1962 nicht entwickelt werden, weil die Kosten der Rentenreform noch nicht genau bekannt sind.

Die Antragsteller hoffen, daß nach der vermutlich raschen Durchführung der zweiten Etappe der Rentenreform geeignetes Zahlenmaterial zur Verfügung stehen wird, um ab dem Jahre 1963 wieder eine allgemein geltende Formel für den Beitrag des Bundes zu finden.

Vollständig neu gefaßt und gegenüber dem geltenden Recht stark geändert wurde § 84 über den Unterstützungsfonds. Die geltenden

Vorschriften haben den Nachteil, daß nur jene Versicherungsträger dem Unterstützungsfonds Mittel zuweisen dürfen, die einen Gebarungsüberschuß erzielen konnten. Nun gebaren aber einige Versicherungsträger seit Jahren passiv. Die Mittel der bei diesen Versicherungsträgern bestehenden Unterstützungsfonds, die anlässlich früherer Gebarungsüberschüsse angesammelt wurden, haben daher stark abgenommen und es ist abzusehen, wann mangels eines Vermögens überhaupt keine Leistungen aus dem Unterstützungsfonds mehr erbracht werden können. Die Antragsteller erkennen die Notwendigkeit der Unterstützungsfonds und sind der Auffassung, daß innerhalb der vorgeschlagenen Grenzen auch dann, wenn kein Gebarungsüberschuß im abgelaufenen Geschäftsjahr erzielt wurde, die Möglichkeit der Dotierung der Unterstützungsfonds bestehen soll. Hierbei wird unter Beachtnahme auf die unterschiedlichen Aufgaben und die unterschiedliche Höhe der Einnahmen an Versicherungsbeiträgen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den übrigen Versicherungsträgern unterschieden.

Zu Art. I Z. 42 und 43:

§§ 86 und 87:

Die Ergänzung des § 86 Abs. 3 wird eine bei der praktischen Anwendung des Gesetzes aufgetretene Härte bezüglich des Anfalles von Waisenrenten für nachgeborene Kinder beseitigen.

Die Zitierungsänderung im § 87 Abs. 3 ASVG. stellt den Text des Stammgesetzes richtig.

Zu Art. I Z. 44:

§ 89:

Im § 89 Abs. 1 ASVG. wurde zunächst durch die Zitierung des Jugendgerichtsgesetzes in Z. 1 eine einheitliche Auslegung des Begriffes „Bundesanstalt für Erziehungsbedürftige“ sichergestellt.

Die Änderung im Abs. 2 steht damit im Zusammenhang, daß durch Anführung der Konvention über die Rechtsstellung der Flüchtlinge, BGBl. Nr. 55/1955, die im Zuge der parlamentarischen Beratung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes im Hinblick auf die im Jahre 1955 erfolgte Ratifizierung dieser Konvention vorgenommen worden ist, der Eindruck entstanden ist, daß das von der allgemeinen Konferenz der Internationalen Arbeitsorganisation des Völkerbundes am 5. Juni 1925 angenommene Über-

einkommen über die Gleichbehandlung einheimischer und ausländischer Arbeitnehmer bei Entschädigung aus Anlaß von Betriebsunfällen (Übereinkommen Nr. 19), das für Österreich seit 29. September 1928 wirksam ist, hier keine Anwendung finden soll. Dieser irrigen Ansicht hätte durch die Anführung auch des Übereinkommens Nr. 19 begegnet werden können. Dies hätte jedoch nur eine Wiederholung des schon im Abs. 3 Z. 1 enthaltenen Gesetzesbefehles bedeutet, daß das Ruhen nach Abs. 1 Z. 2 nicht eintritt, wenn durch ein zwischenstaatliches Übereinkommen anderes bestimmt wird. Im Hinblick darauf schien aber auch die Anführung der Flüchtlingskonvention im Abs. 2 entbehrlich, ohne daß dadurch eine Änderung der Rechtslage eintritt.

Im Abs. 3 soll die Z. 3 dahin geändert werden, daß die Träger der Unfall- und Pensionsversicherung jedem Versicherten, also auch einem Ausländer, die Zustimmung zum Auslandsaufenthalt erteilen können, wodurch bewirkt wird, daß das Ruhen des Leistungsanspruches wegen des Auslandsaufenthaltes nicht eintritt. Die Notwendigkeit für diese Änderung hat sich daraus ergeben, daß nicht selten österreichische weibliche Versicherte Ausländer heiraten und dann auch im Ausland ihren Aufenthalt nehmen. Die Leistung des Ausstattungsbeitrages (§ 268 ASVG.) beispielsweise muß in solchen Fällen wegen des Auslandsaufenthaltes abgelehnt werden; auch die Zustimmung zum Auslandsaufenthalt kann nicht erteilt werden, weil die Versicherte durch die Eheschließung in der Regel die österreichische Staatsbürgerschaft verloren hat. Diese Regelung wird von den Betroffenen nicht verstanden. Nun wäre es zwar möglich gewesen, die Sonderfälle der oben geschilderten Art vom Ruhensgrund nach Abs. 2 auszunehmen, die Regelung wäre jedoch sehr kompliziert geworden. Es schien daher zweckmäßiger — vor allem auch im Hinblick auf die in Gang befindliche Integration der europäischen Staaten — die Versicherungsträger zu ermächtigen, nicht nur Inländern, sondern auch Ausländern die Zustimmung zum Auslandsaufenthalt zu erteilen und damit das Ruhen der Leistungsansprüche auszuschließen.

Zu Art. I Z. 45 bis 48:

§§ 90, 90 a, 94 und 95:

Die Ruhensbestimmungen, die schon durch die Aufhebung der §§ 91 bis 93 und die Änderungen der §§ 94 und 95 durch die 8. Novelle zum ASVG. Änderungen erfahren haben, sollen nunmehr neuerlich — wenn auch nicht so tiefgreifend wie in der letzten Novelle —

geändert werden. Es handelt sich diesmal um Änderungen, die bei Behandlung der 8. Novelle wegen der schwierigen Probleme, die die Rentenreform aufgeworfen hat, nicht mehr so eingehend diskutiert werden konnten, wie dies notwendig war.

Allgemein ist zu sagen, daß sich die Antragsteller der von den Betroffenen geäußerten Forderung, die Ruhensbestimmungen überhaupt zu beseitigen — wobei allerdings vor allem an die Ruhensbestimmungen des § 94 ASVG. gedacht wird — nicht anschließen können. Wie der Verfassungsgerichtshof in seinem Erkenntnis, betreffend die Aufhebung des § 93 ASVG., ausgesprochen hat, sind Ruhensbestimmungen an sich nicht verfassungswidrig. Die diesbezüglichen Argumente der Verfechter einer Aufhebung der Ruhensbestimmungen gehen daher ins Leere. Aber auch das Versicherungsprinzip wird durch die Ruhensbestimmungen nicht verletzt, weil die derzeitigen Versicherungsbeiträge in Wirklichkeit keine versicherungsmäßige Deckung der verlangten ungekürzten Leistungen darstellen.

Zu den Änderungen wird im einzelnen folgendes bemerkt:

§ 90 in der Fassung des Entwurfes beinhaltet zunächst die Klarstellung, daß dem Bezug des Krankengeldes nicht nur die Gewährung von Anstaltspflege, sondern auch die Unterbringung des Versicherten in einem Erholungs- oder Genesungsheim oder in einer Kuranstalt oder in einer Sonderheilanstalt auf Rechnung eines Krankenversicherungsträgers und der Ersatz der Verpflegskosten gleichsteht. Weiters soll das Ruhen auch dann eintreten, wenn der Rentenanspruch während der drei sogenannten Karenztage entsteht. Schließlich soll auch das Wiederaufleben einer Rente die gleichen Rechtswirkungen haben wie der Rentenanfall.

Nach der gegenwärtigen Regelung kann die Höchstdauer des Krankengeldanspruches als satzungsmäßige Mehrleistung auf 52 Wochen erweitert werden (§ 139 Abs. 2). Dies gilt zunächst, da gemäß § 119 die Leistungen der Krankenversicherung auch gewährt werden, wenn es sich um die Folgen eines Arbeitsunfalles handelt, auch für Versicherte, bei denen die Arbeitsunfähigkeit durch einen Arbeitsunfall verursacht wurde. Bei diesen Personen fällt aber gemäß § 204 Abs. 1 spätestens mit der 27. Woche nach dem Eintritt des Versicherungsfalles in der Unfallversicherung (Arbeitsunfall) die Versichertenrente an. Für den Zeitraum von der 27. bis zur 52. Woche würde demnach einem Versicherten mangels einer entsprechenden Regelung sowohl das Krankengeld als auch die Versichertenrente gebühren.

Um den Doppelbezug auszuschließen, bestimmen die Satzungen der Krankenversicherungsträger, daß der Anspruch auf die erwähnte satzungsmäßige Mehrleistung in den Fällen nicht besteht, in denen die Arbeitsunfähigkeit die Folge eines Arbeitsunfalles ist. Diese satzungsmäßige Regelung brachte den Versicherten den Nachteil, daß sie im Hinblick auf die Verkürzung der Anspruchsdauer auf Krankengeld von 52 Wochen auf 26 Wochen keine Ansprüche auf die Leistungen der Krankenversicherung in der 26. bis zur 52. Woche geltend machen konnten, die ihnen im Fall eines längeren Krankengeldanspruches gemäß § 122 Abs. 2 Z. 1 zustünden. Um nunmehr einerseits einen ungerechtfertigten Doppelbezug von Krankengeld und Versichertenrente zu vermeiden und andererseits den mit der satzungsmäßigen Regelung verbundenen oben aufgezeigten Nachteil auszuschließen, wird als § 90 a eine Ruhensbestimmung beim Zusammentreffen von Krankengeld und Versichertenrente aufgenommen.

Im Hinblick darauf, daß im Gewerblichen Selbständigen - Pensionsversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 292/1957, und im LandwirtschaftlichenZuschußrentenversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 293/1957, Ruhensbestimmungen nicht nur für den Fall des Zusammentreffens eines Rentenanspruches aus diesen Versicherungen mit Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit, sondern auch für den Fall des Zusammentreffens mit Entgelt aus einer unselbständigen Erwerbstätigkeit vorgesehen sind (§ 42 GSPVG., § 40 LZVG.), erscheint es notwendig, auch im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz einen Ruhenstatbestand für den Fall des Zusammentreffens eines Rentenanspruches aus der Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz mit einem Einkommen aus einer derzeit ausgeübten selbständigen Erwerbstätigkeit, zu schaffen. Dadurch wird auch den aus dem Gesichtspunkt des Gleichheitsgrundsatzes bestehenden verfassungsrechtlichen Bedenken gegen § 94 ASVG. in der geltenden Fassung Rechnung getragen. Um Fehlschlüsse zu vermeiden, sei ausdrücklich betont, daß die Antragsteller den Grenzbetrag von 680 S., welcher der derzeitigen Höhe des Richtsatzes für Direktrentner entspricht, bewußt der beantragten Richtsatzerhöhung nicht anpassen wollen.

Durch die Neufassung des bisherigen Abs. 3 (Abs. 4 in der Fassung des Antrages) wird die textliche Übereinstimmung mit § 90 hergestellt.

Die Änderungen des § 95 ASVG. stehen mit der Einführung des neuen Ruhenstatbestandes des § 90 a im Zusammenhang.

Zu Art. I Z. 49:**§ 97:**

Die Änderungen des § 97 ASVG. dienen im wesentlichen nur der Klarstellung.

Zu Art. I Z. 50:**§ 98:**

Aus der Überlegung, daß dem Hilflosenzuschuß (§ 105 a ASVG.) ein bestimmter Verwendungszweck zugeordnet ist, vertreten die Antragsteller die Meinung, daß diese Leistung unübertragbar, unpfändbar und unverpfändbar sein soll. Dies wird dadurch erreicht, daß der Hilflosenzuschuß aus der Regelung der Abs. 1 und 2 herausgenommen und der Sonderregelung nach Abs. 3 unterworfen wird.

Zu Art. I Z. 51:**§ 100:**

Auch die hier vorgesehene Ergänzung dient lediglich der Klarstellung. Die Wirkung, die den im § 100 vorgesehenen Tatbeständen beim Anspruch auf eine laufende Leistung zukommt, soll auch in den Fällen des § 310 ASVG. mit der Maßgabe eintreten, daß — vor allem aus verwaltungstechnischen Gründen — die Rente samt Zuschüssen noch für den Monat gebührt, der dem Einlangen des Antrages gemäß § 308 ASVG. folgt.

Zu Art. I Z. 52 und Z. 58:**§§ 101 und 107:**

Die gegenwärtig geltende Fassung des § 101 Abs. 1 ASVG. weicht von dem im Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetz 1950, BGBl. Nr. 172, betonten Grundsatz einer möglichst weit gezogenen Wahrung der Rechtskraft einmal ergangener Bescheide sowohl zugunsten als auch zuungunsten des Leistungsberechtigten ab. Die Abweichung zugunsten des Leistungsberechtigten fand sich im Sozialversicherungsrecht, das bis 1955 in Österreich gegolten hat, wenn auch nur als Kann-Bestimmung, im § 1304 RVO. Die Abweichung zuungunsten des Berechtigten war dem Vor-ASVG.-Recht unbekannt. Eine Reihe von Fällen, die insbesondere durch das Wiederaufrollen der Leistungsbemessung infolge der 8. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz zutage getreten sind, gab Anlaß zu einer neuerlichen Überprüfung des Rechtsgehaltes des § 101 ASVG. Der absolute Gesetzesbefehl, den gesetzlichen Zustand rückwirkend wieder herzustellen, führt insbesondere dann zu unbilligen Härten, wenn die Leistung an sich zu Unrecht, aber schon seit Jahrzehnten

erbracht worden ist. Der Gedanke, die Anwendung der Bestimmungen des § 101 unter Rücksichtnahme auf Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Berechtigten in das Ermessen des Versicherungsträgers oder allenfalls des Bundesministeriums für soziale Verwaltung zu stellen, wurde wegen der damit verbundenen Rechtsunsicherheit verworfen. Es wurde vielmehr der Weg gewählt, in den Fällen, in denen es sich um eine Wiederaufnahme des Verfahrens zuungunsten des Berechtigten handelt, ausschließlich nach den Grundsätzen des § 69 AVG. 1950 vorzugehen, der ohnehin nach § 357 ASVG. auch für das Verfahren in Verwaltungs- und in Leistungssachen vor den Versicherungsträgern gilt. Danach können in Rechtskraft erwachsene Bescheide durch ein amtswegiges Wiederaufnahmeverfahren ihrer Rechtskraft entkleidet werden, wenn

- a) der Bescheid durch Fälschung einer Urkunde, falsches Zeugnis oder eine andere gerichtlich strafbare Handlung herbeigeführt oder sonstwie erschlichen worden ist oder
- b) neue Tatsachen oder Beweismittel hervorkommen, die im Verfahren ohne Verschulden der Partei nicht geltend gemacht werden konnten und allein oder in Verbindung mit dem sonstigen Ergebnis des Verfahrens voraussichtlich einen im Hauptinhalt des Spruches anders lautenden Bescheid herbeigeführt hätten oder
- c) der Bescheid gemäß § 38 AVG. von Vorfragen abhängig war und nachträglich über eine solche Vorfrage von der hierfür zuständigen Behörde (Gericht) in wesentlichen Punkten anders entschieden wurde.

Diese Möglichkeit ist allerdings nur in den Fällen nach lit. a) ohne Beschränkung durch eine Frist gegeben, während in den Fällen nach lit. b) und lit. c) das Allgemeine Verwaltungsverfahrensgesetz 1950 die Wiederaufnahme des Verfahrens verbietet, wenn seit Erlassung des Bescheides drei Jahre verstrichen sind. Eine solche Beschränkung der reformatio in peius kommt auch der sozialpolitischen Absicht entgegen, Dauerleistungen, die schon seit langer Zeit erbracht wurden, nicht mehr einzustellen, auch wenn sich die Voraussetzungen für ihre Gewährung als nicht gegeben herausstellen, während Bescheide aus jüngster Zeit wohl mit Recht beseitigt werden sollen, wenn die Voraussetzung für die Leistungsgewährung nicht gegeben ist. Dagegen soll die Abkehr von dem allgemeinen Grundsatz der Rechtskraft von Bescheiden dann weiterhin ohne Beschränkung möglich sein,

wenn es sich um eine mögliche Leistungserhöhung oder überhaupt um die Richtigstellung des ursprünglich ablehnenden Bescheides handelt.

Dieser Gedanke wird durch die beantragte neue Fassung des § 101 verwirklicht, wobei der nicht mehr aufscheinende bisherige Abs. 2 durch eine Erweiterung des § 107 übernommen wird.

Zu Art. I Z. 53 bis 55:

§§ 102, 103 und 104:

Die geltende Fassung des § 102 Abs. 1 ASVG. birgt den Nachteil in sich, daß die zweijährige Frist, innerhalb deren die Leistungsansprüche aus der Krankenversicherung geltend gemacht werden müssen, in allen Fällen mit dem Entstehen des Anspruches zu laufen beginnt. Bei der praktischen Anwendung des Gesetzes hat sich gezeigt, daß ein Verwaltungsverfahren zur Feststellung der Versicherungspflicht oft länger als zwei Jahre dauert, sodaß die Leistungsansprüche nach Abschluß des Verfahrens schon verfallen sind. Diesem Nachteil soll durch Abs. 1 in der Fassung des Antrages begegnet werden.

Auch die zu § 103 Abs. 1 ASVG. vorgeschlagene Änderung geht auf praktische Erfahrungen zurück. Die Aufrechnung soll — dies ist insbesondere im Zusammenhang mit der Wanderversicherungsregelung des § 251 a ASVG. und den entsprechenden Regelungen im Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetz und Landwirtschaftlichen Zuschußrentenversicherungsgesetz notwendig geworden — im Bereich der gesamten Sozialversicherung möglich sein.

Während der nahezu sechsjährigen Geltungsdauer des Gesetzes haben sich einige Fälle ereignet, in denen die Leistungen der Krankenversicherung, obwohl die Leistungspflicht beziehungsweise die Anspruchsberechtigung dem Grunde nach feststanden, nicht bemessen und damit auch nicht ausbezahlt werden konnten, weil die Dienstgeber die Ausstellung der hierfür notwendigen Unterlagen abgelehnt beziehungsweise diese Unterlagen nicht rechtzeitig ausgestellt haben. In solchen Fällen soll in Zukunft eine Bevorschussung der Leistungen möglich sein. Im Zusammenhang damit soll im § 361 Abs. 3 der Antragsteller verpflichtet werden, eine Bescheinigung des Dienstgebers über die Dauer der Beschäftigung und über die Höhe des Entgelts beizubringen; der Dienstgeber wird zur Ausstellung dieser Bescheinigungen verpflichtet. Dienstgeber, die diese Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig ausstellen, sollen der Strafsanktion des § 111 unterliegen. Die

Antragsteller hoffen, daß diese Regelung dazu beitragen wird, eine Wiederholung der Fälle eingangs geschilderter Art zu verhindern.

Bezüglich der Änderung des § 104 Abs. 4 ASVG. wird auf die Bemerkungen des Art. I Z. 27 lit. c verwiesen.

Zu Art. I Z. 56:

§ 105:

Die Ergänzung folgt aus der Einfügung des Ruhenstatbestandes des § 90 a.

Zu Art. I Z. 57 und 59:

§§ 106 und 112:

Die Änderung des § 106 Abs. 1 erster Satz Allgemeines Sozialversicherungsgesetz geht auf eine Anregung des Bundesministeriums für Justiz zurück. Durch die bisherige Fassung dieser Gesetzesbestimmung war nicht eindeutig geregelt, ob unmündige Minderjährige die Leistung selbst in Empfang nehmen dürfen oder ob deren gesetzliche Vertreter empfangsberechtigt sind. Es erscheint nicht angezeigt, solchen Personen die Leistungen selbst auszahlen. Es soll auch in diesen Fällen, so wie bei den Handlungsunfähigen, der gesetzliche Vertreter empfangsberechtigt sein. Die Regelung des neu eingefügten zweiten Satzes des § 106 Abs. 1 steht im Zusammenhang mit der Neuregelung im § 361 Abs. 2 dritter Satz. In den Fällen, in denen die Leistungen der Krankenversicherung auch unmittelbar vom Familienangehörigen beantragt werden können, soll dieser auch zur unmittelbaren Empfangnahme der Leistung berechtigt sein.

Die Ergänzung des § 112 Abs. 1 — soweit sie nicht bereits besprochen worden ist — geht gleichfalls auf praktische Erfahrungen zurück und soll eine derzeit bestehende Lücke des Gesetzes — für den gegenständlichen Fall ist eine Strafsanktion nicht vorgesehen — schließen.

Zu Art. II.

Zu Z. 1:

§ 118:

Bei strenger Auslegung der derzeitigen Fassung dürfte bei Gewährung der Hauspflege keine Krankenbehandlung (§§ 133 bis 137) gewährt werden. Da dies nicht beabsichtigt war, soll durch die nunmehrige Änderung eine eindeutige Rechtslage geschaffen werden.

Zu Z. 2:

§ 120:

Nach der derzeitigen Fassung des § 120 Z. 3 ASVG. ist der Zeitpunkt des Eintrittes des Versicherungsfalles der Mutterschaft für

den Fall nicht bestimmt, daß die Entbindung früher als sechs Wochen vor dem voraussichtlichen Entbindungstermin erfolgt. Durch die vorgesehene Ergänzung des § 120 Z. 3 ASVG. soll klargestellt werden, daß in derartigen Fällen — es wird sich in der Regel um Frühgeburten handeln — der Versicherungsfall als mit der Entbindung eingetreten gilt.

Zu Z. 3:

§ 121:

Durch die Neufassung des § 121 Abs. 4 wird der Katalog der Zeiten, die auf die Wartezeit für den Anspruch auf satzungsmäßige Mehrleistungen angerechnet werden, um die Zeiten eines Kranken- oder Wochengeldbezuges sowie um Zeiten der Anstaltspflege und der Unterbringung in einem Genesungs-, Erholungs- oder Kurheim oder einer Sonderheilanstalt auf Rechnung eines Versicherungsträgers erweitert. Hiedurch sollen Unbilligkeiten vermieden werden, die sich bei der Anwendung der bisherigen Regelung des § 121 Abs. 4 ergeben haben. Der letzte Satz des neu gefaßten § 121 Abs. 4 bedeutet eine konsequente Fortführung des im § 16 Abs. 2 zum Durchbruch gekommenen Gedankens; daß auch bestimmte Familienangehörige die Krankenversicherung eines aus der Pflichtversicherung Ausgeschiedenen freiwillig fortsetzen können. Diesen Personen sollen auch die Versicherungszeiten, die von dem aus der Pflichtversicherung Ausgeschiedenen zurückgelegt worden waren, für die Erfüllung der Wartezeit bei der Geltendmachung ihrer eigenen Leistungsansprüche zugute kommen, so wie auch ihre Versicherungsberechtigung selbst in den vom früheren Pflichtversicherten zurückgelegten Versicherungszeiten ihre Grundlage hat.

Zu Z. 4:

§ 122:

Die Durchführung des § 122 Abs. 1 im Sinne einer wörtlichen Auslegung, wonach ein Leistungsanspruch nur gegeben ist, wenn der Versicherungsfall **während** der Versicherung eingetreten ist, stößt hinsichtlich des Versicherungsfalles der Krankheit in der Praxis auf erhebliche Schwierigkeiten. Abgesehen davon, daß es in vielen Fällen nicht leicht ist, den Beginn eines regelwidrigen Körper- oder Geisteszustandes, der die Krankenbehandlung notwendig macht, auf den Tag genau festzustellen, was aber notwendig wäre, um zu prüfen, ob der Versicherungsfall tatsächlich erst nach dem Beginn der Versicherung

eingetreten ist, erscheint es bei der Unzahl der Fälle, in denen Versicherte die Leistungen der Krankenbehandlung (z. B. ärztliche Hilfe) unter Vorweis ihres Krankenscheines in Anspruch nehmen, geradezu unmöglich, zu prüfen, ob es sich hierbei um einen regelwidrigen Körperzustand handelt, der etwa schon vor dem Beginn der Versicherung eingetreten ist. Es bedürfte hierzu genauer Nachforschungen des Vertragsarztes, der sich dazu auch noch über den Zeitpunkt des Beginnes der Versicherung vergewissern müßte. Im Hinblick auf diese Schwierigkeiten und in der Erwägung, daß im Rahmen einer Pflichtversicherung die Gefahr eines Mißbrauches seitens der Versicherten nicht in einem solchen Maße gegeben ist, wie es etwa im Rahmen einer Selbstversicherung möglich wäre, sollen nach der vorgesehenen Ergänzung des § 122 Abs. 1 die Leistungsansprüche aus dem Versicherungsfall der **Krankheit** auch in den Fällen eingeräumt werden, in denen eine Krankheit im Zeitpunkt des Beginnes der Versicherung bereits bestanden hat.

Zur Herbeiführung einer einheitlichen Praxis der Krankenversicherungsträger erschien auch eine ausdrückliche gesetzliche Regelung für die Fälle zweckmäßig, in denen der Versicherungsfall an einem auf das Ende der Versicherung unmittelbar folgenden arbeitsfreien Tag eintritt. Der Versicherte soll demnach für sich und seine Angehörigen Anspruch auf die Leistungen der Krankenversicherung haben, wenn der Versicherungsfall vor dem auf das Ende der Versicherung nächstfolgenden Arbeitstag eintritt. Hierbei ist besonders die Bedeutung des hier verwendeten Ausdruckes „Arbeitstag“ hervorzuheben. Zum Unterschied von dem Begriff „Werktag“, der ganz allgemein alle Tage der Woche von Montag bis Samstag mit Ausnahme der gesetzlichen Feiertage erfaßt, ist der Ausdruck „Arbeitstag“ auf die für den einzelnen Versicherten individuell geltende Arbeitszeitverteilung abgestellt. Hat ein Versicherter im Schichtbetrieb etwa am Montag arbeitsfrei, so ist dieser Tag für ihn kein Arbeitstag, sondern erst der Dienstag ist für ihn der nächstfolgende Arbeitstag. Daß auch die Sonntage und gesetzlichen Feiertage nicht zu den Arbeitstagen zählen, ergibt sich bei dieser Konstruktion von selbst. Eine unmittelbare Aufeinanderfolge von individuell arbeitsfreien Tagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen bewirkt, daß der Leistungsanspruch des Versicherten gegeben ist, wenn der Versicherungsfall **nach dem Ende der Versicherung** an einem dieser Tage eintritt. Daß der Versicherungsschutz bei einem **fortbestehenden Beschäftigungsverhältnis** auch an dazwischenliegenden Sonntagen, Feiertagen und sonstigen arbeits-

freien Tagen gegeben ist, wird bereits durch die zu § 11 Abs. 1 vorgesehene Änderung in eindeutiger Weise zum Ausdruck gebracht (s. die diesbezüglichen Ausführungen zur Änderung des § 11 Abs. 1).

Nach den vor dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz in Geltung gestandenen Rechtsvorschriften (§ 311 RVO.) galten Zeiten einer Arbeitsunfähigkeit als Mitgliedschaftszeiten, d. h. als Versicherungszeiten mit allen damit zusammenhängenden Rechten des Versicherten. Nach § 11 ASVG. endet hingegen die Pflichtversicherung grundsätzlich mit dem Ende des Beschäftigungs-, Lehr- oder Ausbildungsverhältnisses. Wenn daher eine noch bei aufrechter Versicherungsverhältnis eingetretene Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit über das Ende der Versicherung andauert, und nach Beendigung der Arbeitsunfähigkeit ein neuer Krankheitsfall eintritt, so kann es vorkommen, daß das Ende der Versicherung länger als drei Wochen vom Eintritt dieses Krankheitsfalles an zurückgerechnet liegt. In einem solchen Falle besteht entgegen dem früheren Recht kein Anspruch auf Leistung aus der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese Verschlechterung gegenüber dem früheren Recht soll durch die Änderung des § 122 Abs. 2 Z. 2 ASVG. beseitigt werden. Schwierigkeiten bereitete die derzeit geltende Fassung des § 122 Abs. 2 Z. 2 auch in den Fällen, in denen ein Versicherter aus seiner Hauptbeschäftigung ausscheidet, daneben aber noch eine zweite versicherungspflichtige Beschäftigung weiterführt, aus der ihm ein verhältnismäßig geringes Entgelt zufließt, z. B. eine Tätigkeit als Hausbesorger. In einem solchen Fall könnte nach der gegenwärtig geltenden Regelung ein Leistungsanspruch nach § 122 Abs. 2 Z. 2 nicht entstehen, weil der Betreffende infolge Fortführung seiner Hausbesorgertätigkeit nicht erwerbslos wäre. Er wäre vielmehr auf das niedrige Krankengeld angewiesen, das von der seinem Entgelt als Hausbesorger entsprechenden niedrigen Beitragsgrundlage zu bemessen wäre. Nach der diesbezüglich vorgesehenen Ergänzung des § 122 Abs. 2 Z. 2 sollen daher derartige weiterlaufende Beschäftigungen, aus denen ein eine bestimmte Höhe nicht übersteigendes Entgelt erzielt wird, der Anwendung des § 122 Abs. 2 Z. 2 nicht entgegenstehen. Der maßgebende Grenzbetrag des Entgeltes wurde mit 680 S monatlich in gleicher Höhe festgesetzt wie der derzeit geltende Richtsatz für die Ausgleichszulage in der Pensionsversicherung. Die in der vorliegenden Novelle vorgesehene Erhöhung dieses Richtsatzes wurde bei der Festsetzung des Grenzbetrages im § 122 bewußt wegen des Fehlens eines unmittelbar zwingenden Zusammenhanges nicht berücksichtigt.

Die Bestimmungen des § 122 Abs. 3 ASVG. haben sich insofern als zu eng erwiesen, als für den Fall, daß die Versicherte mehr als drei Wochen vor Eintritt des Versicherungsfalles der Mutterschaft, sei es mit Zustimmung des Einigungsamtes oder sei es auf eigenen Wunsch, aus dem Beschäftigungsverhältnis ausscheidet, für die Zeit zwischen dem Ausscheiden aus der Versicherung und dem Beginn des Wochengeldanspruches Leistungen aus der Krankenversicherung nicht gewährt werden können. In solchen Fällen sollen Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit und des Todes über die dreiwöchige Schutzfrist des § 122 Abs. 2 Z. 2 hinaus bis zum Eintritt des Versicherungsfalles gewährt werden.

Zu Z. 5:

§ 123:

Nach § 123 Abs. 1 Z. 3 ASVG. besteht derzeit ein Anspruch auf die Leistungen der Krankenversicherung für Angehörige nur dann, wenn die Angehörigen nicht sonst einen gesetzlichen Anspruch auf Krankenbehandlung, z. B. nach dem Opferfürsorgegesetz, haben. Diese Bestimmung führt dazu, daß der Anspruch auf Krankenbehandlung, also auf Gewährung von ärztlicher Hilfe, Heilmitteln und dergleichen auf Grund einer anderen gesetzlichen Vorschrift alle Leistungen der Krankenversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz für Angehörige ausschließt. Insbesondere wird auch der Anspruch auf Familien- und Sterbegeld (§ 152 Abs. 1 beziehungsweise § 169 Abs. 1) durch diese Regelung ausgeschlossen. Dies führt zu unbilligen Härten, weil der Bestand eines Anspruches auf Krankenbehandlung allein es nicht rechtfertigt, daß auch alle übrigen Leistungen der Krankenversicherung versagt werden. Diese Härte soll durch den Wegfall der Z. 3 im Abs. 1 des § 123 und die Anfügung eines neuen Abs. 4 an § 133 beseitigt werden, der bestimmen soll, daß für die in Rede stehenden Angehörigen lediglich der Anspruch auf die Leistungen der Krankenbehandlung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz ausgeschlossen ist. Alle anderen für Angehörige vorgesehenen Leistungen, wie Familiengeld, Sterbegeld, Leistungen im Falle der Mutterschaft, werden sohin in Zukunft für die in Betracht kommenden Angehörigen zu gewähren sein.

Die Änderung im § 123 Abs. 2 Z. 4 ist lediglich textlicher Natur und bezweckt die Ersetzung des in der österreichischen Rechtsordnung nicht gebräuchlichen Ausdruckes „freiwillige Gerichtsbarkeit“ durch den Begriff „Verfahren außer Streitsachen“.

Durch die Neufassung des § 123 Abs. 3 zweiter Satz sollen zunächst die Schwierigkeiten beseitigt werden, die sich bei der Ausdehnung der Angehörigeneigenschaft von Kindern über das 18. Lebensjahr hinaus in jenen Fällen ergeben, in denen das Kind vor oder während der Schul- oder Berufsausbildung vorübergehend eine versicherungspflichtige Tätigkeit ausübt. Nach der bisherigen Rechtslage, die nur die Wahrung der Angehörigeneigenschaft über das 18. Lebensjahr hinaus kennt, verliert das Kind durch eine solche versicherungspflichtige Tätigkeit die Angehörigeneigenschaft für alle Zukunft und kann sie auch nicht wieder erwerben, wenn es nach Aufgabe der versicherungspflichtigen Beschäftigung die Schul- oder Berufsausbildung fortsetzt. Nach der Neufassung dieser Bestimmung tun solche vorübergehende versicherungspflichtige Beschäftigungen während der Schul- oder Berufsausbildung dem Bestand der Angehörigeneigenschaft während der anschließenden Schul- oder Berufsausbildung bis zum Ende derselben keinen Abbruch. Eine weitere kleine Erleichterung ist in den als ausgesprochene Katastrophenfälle anzusehenden Fällen des § 123 Abs. 3 Z. 2 vorgesehen. Nach der bisherigen Regelung konnte die Angehörigeneigenschaft von Kindern, die sich wegen körperlicher oder geistiger Gebrechen nicht selbst erhalten können, über das 18. Lebensjahr hinaus nur gewahrt werden, wenn das Gebrechen vor der Vollendung des 18. Lebensjahres eingetreten ist. In Zukunft wird die Verlängerung der Angehörigeneigenschaft in solchen Fällen auch dann noch Platz greifen können, wenn das Gebrechen während einer allfälligen Schul- oder Berufsausbildung im Sinne des § 123 Abs. 3 Z. 1 eingetreten ist.

Die bisherige Regelung der Angehörigeneigenschaft von Kindern führte in der Praxis häufig in den Fällen zu Schwierigkeiten, in denen es sich um Kinder aus geschiedenen (aufgehobenen, für nicht erklärten) Ehen oder um uneheliche Kinder handelt und beide Elternteile versichert sind. Die Prüfung der Angehörigeneigenschaft nach der Unterhaltsberechtigung, wie sie im § 123 Abs. 2 in der geltenden Fassung erforderlich ist, führt oft zur Feststellung der Angehörigeneigenschaft gegenüber dem Elternteil, der vom Kind getrennt lebt, was häufig die Inanspruchnahme der Leistungen erschwert oder zumindest verzögert (Beschaffung des Krankenscheines vom getrennt lebenden Elternteil). Die Angehörigeneigenschaft soll daher nach dem neu eingefügten § 123 Abs. 4 bei Kindern aus geschiedenen Ehen gegenüber dem Elternteil gegeben sein, mit dem das Kind in Hausgemeinschaft lebt, bei unehelichen Kindern soll die Angehörigeneigenschaft gegenüber der

Kindesmutter gegeben sein, wenn das Kind mit ihr, was in der Mehrzahl der Fälle zutreffen wird, in Hausgemeinschaft lebt. Der Hausgemeinschaft wird die vorübergehende oder wegen schulmäßiger (beruflicher) Ausbildung oder wegen Heilbehandlung erforderliche Abwesenheit gleichgestellt. Desgleichen wird dem Bestand der Hausgemeinschaft gleichgehalten, wenn sich das Kind auf Veranlassung eines Elternteiles und überwiegend auf seine Kosten in Pflege eines Dritten befindet.

Die Neufassung des § 123 Abs. 6 (früher Abs. 5) bringt neben der rein textlichen Eliminierung des ungebräuchlichen Ausdrucks „Enkeltochter“ eine Änderung insoweit, als für die Angehörigeneigenschaft der Mutter, Tochter, Enkelin oder Schwester von weiblichen Versicherten nicht mehr die Voraussetzung erforderlich sein soll, daß die Versicherte einen eigenen Haushalt führt. Diese Bestimmung bereitete in der Praxis zahlreiche Schwierigkeiten, da die Angehörigeneigenschaft oft nur von der Zufälligkeit abhängig war, ob die Angehörige oder die Versicherte Eigentümer beziehungsweise Mieter der gemeinsamen Wohnung ist. Aber auch die bisher vorgesehenen weiteren Voraussetzungen, daß die Versicherte entweder in einer die Pflichtversicherung begründenden Beschäftigung stehen oder den Hilflosenzuschuß aus der Pensionsversicherung beziehen müsse, erwiesen sich als eine unbillige Beschränkung des Angehörigenschutzes und wurden daher fallengelassen.

Zu Z. 6:

§ 124:

Nach § 18 Abs. 1 Z. 1 können selbständige Landwirte unter den im Gesetz näher umschriebenen Voraussetzungen der Selbstversicherung in der Krankenversicherung beitreten. Mit Zustimmung des selbständigen Landwirtes können auch die in seinem Betrieb tätigen Familienangehörigen von diesem Recht Gebrauch machen. Es hat sich nun gezeigt, daß wohl eine beachtliche Zahl von Landwirten der Selbstversicherung beigetreten ist, ein Großteil von ihnen aber die mittätigen Angehörigen, vor allem die Ehegattin, nicht der Selbstversicherung beitreten lassen. Dies hat seinen Grund offenbar darin, daß es nach § 124 Abs. 1 den Versicherungsträgern untersagt ist, in ihren Satzungen die Angehörigeneigenschaft der Ehegattin und der Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr auszuschließen und die selbständigen Landwirte daher für diese beiden Gruppen von Angehörigen auf Grund des § 123, ohne daß ein besonderer Beitrag entrichtet werden muß, Leistungen beanspruchen können. Dies hat bei einzelnen

Landwirtschaftskrankenkassen zu Aufwendungen geführt, die aus dem Beitragsaufkommen der Selbstversicherten nicht mehr gedeckt werden können. Um einer weiteren Entwicklung in dieser Richtung vorzubeugen, soll nach der Neufassung des § 124 Abs. 1 letzter Satz in Hinkunft nur mehr für jene Angehörigen von Selbstversicherten ein Leistungsanspruch auf Grund des § 123 bestehen, die nicht berechtigt sind, der Versicherung selbst beizutreten, also etwa für die Ehegattin, die, ohne im Betrieb selbst mitzuarbeiten, lediglich den Haushalt führt und die Kinder betreut. Nur solche Ehegattinnen werden neben den Kindern, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, von der Angehörigeneigenschaft nicht ausgeschlossen sein.

Die weitere Ergänzung des § 124 Abs. 1 dahingehend, daß bei den nach § 18 Abs. 1 Z. 4 und 5 Versicherten auf die Wartezeit die Zeiten anzurechnen sind, die der frühere Ehegatte bis zur Auflösung der Ehe beziehungsweise der verstorbene Landwirt in der Selbstversicherung zurückgelegt hat, wird in Anlehnung an die gleichartige Ergänzung im § 121 Abs. 4 letzter Satz bezüglich der Anrechnung von Zeiten auf die Wartezeit bei Weiterversicherten nach § 16 Abs. 2 vorgenommen.

Die bisherige Fassung des § 124 Abs. 2 hat zu Zweifel Anlaß gegeben, ob der Rentner oder ein Angehöriger des Rentners, wenn er in einer der im Abs. 2 angeführten Anstalten untergebracht ist, sämtliche Leistungsansprüche aus der Krankenversicherung, somit auch den Anspruch auf Sterbegeld, verliert. Durch die Neufassung soll klargestellt werden, daß die Nichtgewährung von Leistungen den Anspruch auf das Sterbegeld und den Anspruch auf Leistungen für Angehörige nicht berührt.

Zu Z. 7:

§ 125:

Aus § 125 Abs. 1 in der geltenden Fassung ergibt sich, daß im Versicherungsfall des Todes, wenn dieser während der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit eingetreten ist, die Bemessungsgrundlage niedriger sein kann als für das vorangegangene Krankengeld, weil das für Zeiten einer Arbeitsunfähigkeit gebührende Entgelt, zum Beispiel gemäß § 8 Angestelltengesetz, unter das Ausmaß des vor dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit bezogenen Entgelts herabgesunken ist. Um eine unbillige Verminderung des Sterbegeldes zu vermeiden, soll in solchen Fällen die Bemessungsgrundlage für die Barleistungen aus

dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit in der gleichen Höhe auch für den Versicherungsfall des Todes gelten, wenn dieser während der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit eingetreten ist oder Sterbegeld gemäß § 169 Abs. 2 gebührt.

Anläßlich der parlamentarischen Behandlung der Verordnung vom 16. Dezember 1959, BGBl. Nr. 287, über die Einbeziehung weiterer Gruppen von Personen in die Krankenversicherung wurde von Mitgliedern des Hauptausschusses des Nationalrates die Anregung gebracht, das Leistungsrecht der nach § 509 als in die Krankenversicherung einbezogen geltenden Personen zu vereinheitlichen. Das Ausmaß der diesen Personen zustehenden Leistungsansprüche beruht derzeit noch auf den seinerzeitigen Erlässen des Bundesministeriums für soziale Verwaltung, die auf Grund des § 363 a RVO. ergangen sind und in denen jeweils auch das Ausmaß der den einbezogenen Personen zustehenden Leistungen geregelt wurde. Um die Grundlage für eine solche Vereinheitlichung zu schaffen, muß zunächst der Umfang der Leistungsansprüche für die nach § 9 einbezogenen Personen, der derzeit im Zweiten Teil des ASVG. nicht ausdrücklich geregelt ist, festgelegt werden. Die entsprechenden Ergänzungen sind diesbezüglich in den §§ 138 Abs. 2, 163 Abs. 3 und 164 Abs. 2 vorgesehen. Die nach § 9 einbezogenen Personen sollen demnach alle Sachleistungen der Krankenversicherung, von den Geldleistungen jedoch nur das Sterbegeld erhalten. Maßgebend hierfür war die Erwägung, daß es sich bei den nach § 9 einbezogenen Personen um solche handelt, die kein Entgelt beziehen und daher auch keiner den Entgeltausfall im Krankheitsfall ersetzenden Geldleistung der Krankenversicherung bedürfen. Sie werden sohin mit ihren Leistungsansprüchen etwa den in der Krankenversicherung der Rentner versicherten Personen gleichgestellt. Eine besondere Bestimmung erwies sich hinsichtlich der Ermittlung der Bemessungsgrundlage für das Sterbegeld im § 125 als notwendig. Da die im § 125 Abs. 1 vorgesehene allgemeine Regel für die Ermittlung der Bemessungsgrundlage für das Sterbegeld bei den in Rede stehenden Personen mangels eines Arbeitsverdienstes nicht anwendbar ist, wird durch eine Ergänzung des § 125 Abs. 4 als Bemessungsgrundlage die Beitragsgrundlage bestimmt, die in der jeweiligen Verordnung, mit der diese Personen in die Krankenversicherung einbezogen werden, festzusetzen ist. Diese Regel ist auch für die nach § 509 als einbezogen geltenden Personen anwendbar, da für alle diese Personen eine Beitragsgrundlage bereits festgesetzt ist (vergleiche § 3 Abs. 1 der Verordnung

vom 23. Jänner 1958, BGBl. Nr. 11, in der Fassung der Verordnung vom 12. November 1958, BGBl. Nr. 252).

Zu Z. 8:

§ 128:

Durch die Inanspruchnahme eines Wahlarztes und des für diesen Fall im § 131 Abs. 1 vorgesehenen Kostenersatzes wird aus der Gewährung der ärztlichen Hilfe als Sachleistung (§ 133 Abs. 2 und § 135 Abs. 1) keine Barleistung. Um diesen Grundsatz auch in den Fällen des § 128 Abs. 1 eindeutig zum Ausdruck zu bringen, soll diese Bestimmung entsprechend ergänzt werden. Es soll damit jeder Zweifel ausgeschlossen werden, daß die Erstattung von Kosten an Stelle von Sachleistungen bei mehrfacher Versicherung — wie alle sonstigen Sachleistungen — nur einmal in Anspruch genommen werden kann. In der geltenden Rechtslage tritt durch diese Neufassung keine Änderung ein.

Zu Z. 9:

§ 130:

In der geltenden Fassung des § 130 Abs. 3 fehlt die Festsetzung einer Höchstgrenze für den vom Versicherungsträger an den Dienstgeber zu leistenden Kostenersatz bei Heilbehelfen. Als Höchstgrenze wird der Betrag vorgesehen, der dem Versicherungsträger bei Inanspruchnahme der Leistungen im Inland erwachsen wäre.

Die Änderung im § 130 Abs. 4 stellt eine notwendige Anpassung an die durch die 6. Novelle zum ASVG. geänderte Bestimmung des § 143 Abs. 1 Z. 3 dar.

Zu Z. 10:

§ 131:

Die Neufassung des § 131 Abs. 1 letzter Satz bringt diese Bestimmung in Übereinstimmung mit § 342 Abs. 2, wonach die Vergütung der vertragsärztlichen Tätigkeit grundsätzlich nach Einzelleistungen zu vereinbaren ist, und soll für den Fall des Zustandekommens solcher Vereinbarungen wie auch im Falle entsprechender Vereinbarungen mit anderen Vertragspartnern die Grundlage dafür schaffen, daß der Versicherungsträger in Befolgung des § 131 Abs. 1 erster Satz den Kostenersatz bei Inanspruchnahme eines Wahlarztes oder einer Wahleinrichtung in der Höhe des Betrages gewähren kann, der von ihm bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner aufzuwenden gewesen wäre.

Um Mißbräuche bei der Inanspruchnahme der Wahlarzthilfe hintanzuhalten, ermächtigt

§ 131 Abs. 2 letzter Satz die Krankenordnung des Versicherungsträgers, die Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung auszuschließen, wenn der Versicherte in demselben Versicherungsfall eine Vertragseinrichtung in Anspruch nimmt. Die gleichen Erwägungen treffen aber auch zu, wenn der Versicherte in demselben Versicherungsfall einen Vertragspartner oder eine eigene Einrichtung des Versicherungsträgers in Anspruch nimmt. Die Bestimmung wird dafür entsprechend ergänzt.

Zu Z. 11:

§ 131 a:

Einer Anregung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger folgend soll durch die neue Bestimmung des § 131 a Vorsorge für den Kostenersatz während eines sogenannten vertragslosen Zustandes getroffen werden. Es wird sichergestellt, daß in einem solchen Fall dem Versicherten, der dann keine Möglichkeit hat, einen Vertragspartner in Anspruch zu nehmen, eine entsprechende Ersatzleistung in Geld erbracht wird. Die Höhe der Ersatzleistung soll sich nach dem Betrag bestimmen, der vor dem Eintritt des vertragslosen Zustandes für die Erstattung von Kosten der Wahlarzthilfe nach § 131 zu leisten gewesen wäre. Der Versicherungsträger soll jedoch die Möglichkeit haben, durch die Satzung unter Berücksichtigung der im Gesetz umschriebenen Schranken auch eine höhere Ersatzleistung festzusetzen.

Zu Z. 12:

§ 132:

Die derzeitige Fassung des § 132 ist nur auf Dienstnehmer unmittelbar anwendbar, nicht aber auch auf die nach § 4 Abs. 3 den Dienstnehmern gleichgestellten Personen und auch nicht auf die gemäß § 18 in der Krankenversicherung selbstversicherten selbstständig Erwerbstätigen, weil durch den Ausdruck „Entgelt“ nur das Arbeitseinkommen der unselbstständig Erwerbstätigen und nicht auch das der selbstständig Erwerbstätigen erfaßt wird. In der neuen Fassung des § 132 wird daher zunächst, um diesen Mangel zu beheben, das Wort „Entgelt“ durch „Arbeitsverdienst“ ersetzt. Darüber hinaus wird unter Bedachtnahme auf die besonderen Verhältnisse in der Land- und Forstwirtschaft für diesen Bereich eine Sonderregelung vorgesehen, nach der der Einheitswert des land(forst)wirtschaftlichen Betriebes beziehungsweise bei Betrieben, für die ein Einheitswert nicht festgesetzt ist (zum Beispiel Imker, Milchmeier, Gärtnereien), das Erwerbseinkommen des Ver-

sicherten von der Satzung des Versicherungsträgers als maßgebendes Kriterium für die Anwendung des § 132 heranzuziehen ist.

Zu Z. 13:

§ 133:

Bezüglich dieser Ergänzung wird auf die Ausführungen in der Begründung zu § 123 Abs. 1 verwiesen.

Zu Z. 14:

§ 134:

Nach dem vor dem ASVG. geltenden Recht behielt ein Versicherter während der Zeit der Arbeitsunfähigkeit die Mitgliedschaft zur Krankenkasse. Er hatte daher auch für eine Erkrankung, die während der Zeit der Mitgliedschaft eingetreten war, Anspruch auf die Leistungen. Mit der Auflassung des Mitgliedschaftsbegriffes durch das ASVG. bildet das Ende der Versicherung nunmehr den Stichtag für die Anspruchsberechtigung auf Krankenbehandlung. Die Regelung des § 134 Abs. 2, wonach eine über das Ende der Krankenversicherung hinaus notwendig werdende Krankenbehandlung längstens durch 26 Wochen nach diesem Zeitpunkt zu gewähren ist, gilt daher nur, wenn die Krankheit vor dem Ende der Versicherung eingetreten ist. Um diesbezüglich den vor dem ASVG. bestehenden Leistungsumfang wieder zu erreichen, wird in der Neufassung des § 134 Abs. 2 die Weitergewährung der Krankenbehandlung über das Ende der Versicherung hinaus auch dann vorgesehen, wenn die Krankheit vor dem Ende des Anspruches auf eine der im § 122 Abs. 2 Z. 1 genannten Leistungen [Kranken(Wochen)geld, Anstaltspflege] eintritt.

Zu Z. 15:

§ 135:

Die im neu eingefügten Abs. 3 des § 135 enthaltenen Bestimmungen waren bereits in dem durch die 4. Novelle zum ASVG. eingefügten Abs. 3 des § 135 enthalten, wurden aber dann im Zuge der Aufhebung dieses Absatzes anlässlich der Beseitigung der Krankenscheingebühr in der 6. Novelle zum ASVG. wieder eliminiert. Da jedoch die seit jeher bestehende Einrichtung des Krankenscheines an sich durch den Wegfall der Krankenscheingebühr nicht berührt wird und auch die Vereinheitlichung der Krankenscheinformulare durch vom Hauptverband aufzulegende Vordrucke erstrebenswert ist, ist die diesbezügliche Regelung wieder in das Gesetz aufzunehmen.

Zu Z. 16:

§ 138:

Wie schon in der Begründung zur Ergänzung des § 125 Abs. 4 ausgeführt wurde, soll auch der Umfang der Leistungsansprüche aus der Krankenversicherung für die gemäß § 9 durch Verordnung in diese Versicherung einbezogenen Personen gesetzlich geregelt werden, wobei das Leistungsniveau für diese Personen an das der Krankenversicherung der Rentner angepaßt werden sollte. Dementsprechend sind die gemäß § 9 einbezogenen Personen in gleicher Weise wie die Versicherten in der Krankenversicherung der Rentner im § 138 Abs. 2 vom Anspruch auf Krankengeld auszuschließen. Dies erscheint aus der schon in der Begründung zur Ergänzung des § 125 Abs. 4 aufgezeigten Erwägung gerechtfertigt, daß es sich hier um Personen handelt, die kein Entgelt beziehen, so daß im Erkrankungsfall eine Ersatzleistung für das entfallende Entgelt nicht erforderlich ist.

Zu Z. 17:

§ 139:

Die zu § 139 Abs. 3 und 4 vorgesehene Änderung bedeutet die Legalisierung der schon jetzt geübten Praxis der Krankenversicherungsträger, wonach in den im § 139 Abs. 3 geregelten Fällen der zweite Krankheitsfall eine Fortsetzung des ersten Krankheitsfalles ist. Dadurch wird erreicht, daß der Versicherte im Falle der zweiten Erkrankung das Krankengeld schon vom ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit an erhält und nicht neuerlich die im § 138 Abs. 1 vorgesehenen drei Karenztage auf sich nehmen muß. Die vorgeschlagene Regelung würde jedoch bei Beibehaltung der derzeitigen Frist von vier Monaten zu einer unterschiedlichen Behandlung zwischen jenen führen, die nach der ersten Krankheit versucht haben, zu arbeiten und jenen, die mit der Versicherungsleistung bereits ausgesteuert waren. Der unterschiedlichen Behandlung kann nur dadurch begegnet werden, daß die Frist von vier Monaten gekürzt wird. Ferner erweist es sich als erforderlich, eine Regelung aufzunehmen, wie zu verfahren ist, wenn der Versicherte die zwischen durch erforderliche Krankenversicherungszeit von 13 Wochen beziehungsweise 52 Wochen zum Teil in einer den Anspruch auf Krankengeld eröffnenden Krankenversicherung und zum Teil in einer sonstigen Krankenversicherung zurückgelegt hat. In diesem Fall ist eine Mischung dieser Zeiten möglich, wobei hinsichtlich der Wertigkeit die Zeit einer den Anspruch auf Krankengeld er-

öffnenden Krankenversicherung dem vierfachen Wert der Zeit einer sonstigen Krankenversicherung entspricht.

Die im Abs. 5 (früher Abs. 4) des § 139 vorgenommene Ergänzung steht im Zusammenhang mit der neu eingefügten Bestimmung des § 90 a, die für den Fall des Zusammenstehens eines Anspruches auf Versehrtenrente mit einem Anspruch auf Krankengeld das Ruhen der Versehrtenrente für die weitere Dauer des Krankengeldanspruches mit dem Betrag des Krankengeldes anordnet. Dementsprechend wird im § 139 Abs. 5 bestimmt, daß die Dauer des Anspruches auf Krankengeld durch das Entstehen eines Anspruches auf Versehrtenrente aus der Unfallversicherung nicht berührt wird.

Zu Z. 18:

§ 140:

Die Neufassung des § 140 hat meritorisch keine Änderung der Rechtslage zum Inhalt. Sie wird lediglich durch eine Zitierungsänderung in Z. 1 und eine stilistische Änderung der Ausdrucksweise in Z. 3 erforderlich.

Zu Z. 19:

§ 143:

Die Änderung im § 143 Abs. 1 Z. 2 ist lediglich textlicher Art.

Die Änderung des § 143 Abs. 3 soll bewirken, daß in Zukunft von einer gesetzlichen Interessenvertretung der Dienstnehmer gewährte Erholungsaufenthalte ein Ruhen des Krankengeldanspruches nicht mehr zur Folge haben werden.

Durch die neu eingefügte Bestimmung des Abs. 4 im § 143 wird sichergestellt, daß beim Bestand mehrfacher Versicherungen der Krankengeldanspruch nur aus jener Versicherung ruht, der ein Beschäftigungsverhältnis zugrunde liegt, aus dem der Versicherte Anspruch auf Fortbezug von mindestens 50 v. H. der vollen Geld- und Sachbezüge hat. Dadurch wird eine Härte des geltenden Rechtes, das in solchen Fällen den Krankengeldanspruch aus sämtlichen Versicherungen ruhen ließ, beseitigt.

Zu Z. 20:

§ 144:

§ 2 des Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr. 1/1957, das nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz in Kraft getreten ist, bietet den Rechtsträgern von Heilstätten und Krankenanstalten die Möglichkeit, die Heilstätten in Krankenanstalten umzuwandeln. Diese Umwandlung hat zur Folge,

daß bei Einweisung in solche Anstalten die Krankenversicherungsträger die Verpflegskosten zu übernehmen haben. Um eine solche Verschiebung der Leistungspflicht zu Lasten der Krankenversicherungsträger auszuschließen, soll im neu eingefügten Abs. 4 des § 144 eine Abgrenzung hinsichtlich der von den Krankenversicherungsträgern als Pflichtleistung zu übernehmenden Anstaltspflege getroffen werden.

Zu Z. 21:

§ 146:

Die Neufassung des § 146 Abs. 2 ergibt sich aus den im § 139 Abs. 3 und 4 vorgenommenen Änderungen.

Zu Z. 22:

§ 147:

§ 147 Abs. 2 mußte im Hinblick auf die Neufassung des § 139 Abs. 3 geändert werden. Die Regelung des neuen § 139 Abs. 4 wurde in etwas modifizierter Form in den § 147 Abs. 2 übernommen, indem für das Entstehen eines neuen Anspruches auf Anstaltspflege für Angehörige nach Erschöpfung der Höchstdauer der Pflege die Zurücklegung einer Versicherungszeit von einheitlich 52 Wochen durch den Versicherten erforderlich ist. Diese besondere Regelung erscheint im Hinblick darauf, daß einerseits die Gewährung der Anstaltspflege für Angehörige lediglich eine satzungsmäßige Mehrleistung ist und daß andererseits an die Gesundheit des Angehörigen, der nicht im Erwerbsleben steht, nicht solche Anforderungen gestellt werden wie an die Gesundheit des Pflichtversicherten, vertretbar.

Zu Z. 23:

§ 148:

Die Umstellung der Z. 5 und 6 im § 148 soll die Absicht des Gesetzgebers hinsichtlich der Kostentragung bei Unterbringung der Versicherten und ihrer Angehörigen in Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geistes- kranke noch deutlicher als bisher zum Ausdruck bringen, um den in der Angelegenheit aufgetretenen Streitigkeiten zwischen Versicherungsträgern und Fürsorgeträgern den Boden zu entziehen. Wie in den Erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage des ASVG. (599 der Beilagen zu den stenographischen Protokollen des Nationalrates VII. GP.) zu § 148 Z. 6 ausgeführt wird, übernimmt die Bestimmung des § 148 Z. 6 (neu Z. 5) den vor dem Inkrafttreten des ASVG. in Erlässen festgelegten Grundsatz der Kosten-

teilung zwischen den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung und den Fürsorgeverbänden. Diese Kostenteilung war, wie in den Erläuternden Bemerkungen weiter ausgeführt wird, als Lastenausgleich zwischen den beiden genannten Kostenträgern gedacht, um die sonst in jedem einzelnen Fall notwendige schwierige Untersuchung der Frage zu ersparen, ob die in der Regel durch einen Amtsarzt angeordnete Unterbringung eines Geisteskranken in einer Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Geisteskranke im Interesse des Kranken oder aus sicherheitspolizeilichen Gründen erfolgte. Dies bedeutete, daß jeder der beiden Kostenträger die für die Unterbringung in einer derartigen Anstalt auflaufenden Kosten endgültig je zur Hälfte zu tragen hatte. Dieser Absicht entspricht auch § 148 Z. 5 (neu Z. 6), wonach die Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalten — zu denen gemäß § 2 Abs. 1 Z. 2 Krankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957, auch die Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke zählen — gegenüber dem eingewiesenen Erkrankten und den für ihn unterhaltspflichtigen Personen keinen Anspruch auf Ersatz der Verpflegskosten für die Dauer der vom Versicherungsträger gewährten Anstaltspflege haben. Ungeachtet dieser Vorschriften und der aus den Erläuternden Bemerkungen zum ASVG. feststellbaren Absicht des Gesetzgebers machten sich die Fürsorgeträger die Praxis zu eigen, die durch den Versicherungsträger nicht gedeckte Hälfte der Verpflegskosten beim Versicherten einzutreiben, der sich seinerseits wieder an den Versicherungsträger wandte, demgegenüber er Anspruch auf Gewährung der Anstaltspflege als Sachleistung hatte, so daß der Versicherungsträger letzten Endes auch in den Fällen der Unterbringung in Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke die vollen Verpflegskosten zu tragen hätte. Die Judikatur der Gerichte war, weil vom Obersten Gerichtshof und vom Verwaltungsgerichtshof eine verschiedene Rechtsauffassung vertreten wurde, unterschiedlich. Um die schon seinerzeit bei Schaffung des ASVG. bestandene Absicht, daß die Rechtsträger der Krankenanstalten gegenüber dem Erkrankten und den für ihn unterhaltspflichtigen Personen auch dann keinen Anspruch auf Ersatz der Verpflegskosten haben, wenn sich der Erkrankte in einer Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Geisteskranke befindet, noch deutlicher als bisher hervorzuheben, soll die allgemein geltende Regelung über die Beschränkung des Kostenersatzanspruches gegenüber dem Erkrankten (seinen Angehörigen) auch in der Reihenfolge der Ziffernbezeichnung im § 148 nach der Regelung über die Kosten-

tragung bei Unterbringung in Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke stehen.

Zu Z. 24:

§ 151:

Die Neufassung des § 151 gibt, abgesehen von textlichen Änderungen, dem Versicherungsträger die Möglichkeit, die Hauspflege nicht nur, wie nach der gegenwärtigen Fassung, durch Beistellung von Pflegepersonen, sondern auch durch Leistung von Zuschüssen zu den Kosten für eine Pflegeperson zu gewähren.

Zu Z. 25:

§ 152:

Nach § 143 Abs. 1 Z. 2 ruht der Anspruch auf Krankengeld u. a. solange, als der Versicherte auf Rechnung eines Versicherungsträgers Anstaltspflege erhält. Der Lebensunterhalt seiner Angehörigen wird durch das Familiengeld sichergestellt, das mindestens in der Höhe des halben Krankengeldes gewährt werden muß. Anspruch auf Familiengeld hat allerdings nur jener Versicherte, dem die Anspruchsberechtigung für Angehörige gemäß § 123 zusteht. Nach dieser Bestimmung ist die Angehörigeneigenschaft unter anderem davon abhängig, daß der Angehörige nicht selbst gesetzlich krankenversichert ist oder für ihn seitens einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers Krankenfürsorge vorgesehen ist. Diese Bestimmungen haben zu Härten in jenen Fällen geführt, wo der Angehörige zwar auf Grund eigener Beschäftigung versichert ist, jedoch wegen geringer Höhe des Entgeltes aus dieser Beschäftigung überwiegend vom Versicherten erhalten wird. Dies ist etwa dann der Fall, wenn die Ehegattin des Versicherten auf Grund ihrer Beschäftigung als Hausbesorgerin zwar der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegt, ihr Entgelt aus dieser Tätigkeit aber nicht ausreicht, um ihren Lebensunterhalt bestreiten zu können. Dies trifft auch bei Lehrlingen zu, deren Lehrlingsentschädigung für die Bestreitung der Bedürfnisse des täglichen Lebens nicht ausreicht, ebenso bei Angehörigen, die freiwillig krankenversichert sind. Nach der Neufassung des § 152 ist eine anderweitige Krankenversicherung des Familienangehörigen für den Anspruch auf Familiengeld ohne Bedeutung. Ausschlaggebend soll vielmehr sein, ob der Angehörige aus selbständiger oder unselbständiger Erwerbstätigkeit, aus einem Lehr- oder Ausbildungsverhältnis oder auf Grund von Rentenansprüchen aus der Unfall- oder Pensionsversicherung selbst ein Einkommen bezieht.

Überschreitet dieses Einkommen den Betrag von 680 S, so entfällt der Anspruch auf Familiengeld. Bezüglich der Festsetzung des Grenzbetrages von 680 S wird auf die Ausführungen bei der Festsetzung eines Betrages in gleicher Höhe im § 122 Abs. 2 Z. 2, die auch hier entsprechend gelten, verwiesen. Der Inhalt der Abs. 2 bis 5 der Neufassung des § 152 wurde im wesentlichen unverändert aus der bisherigen Regelung übernommen.

Zu Z. 26:

§ 153:

Für den neu angefügten Abs. 4 im § 153 waren die gleichen Erwägungen maßgebend, wie sie als Begründung für den neu angefügten Abs. 3 im § 135 dargelegt wurden.

Zu Z. 27:

§ 161:

Nach dem geltenden Wortlaut des § 161 Abs. 1 müßte der Versicherungsträger zunächst prüfen, ob eine Hausentbindung angezeigt erscheint. Erst wenn diese Prüfung negativ verläuft, dürfte er Pflege in einer Krankenanstalt (in einem Entbindungsheim) gewähren. Diese Regelung entspricht jedoch nicht der heute allgemein erhobenen medizinischen Forderung, im Interesse der Gesundheit von Mutter und Kind die Entbindung in der Krankenanstalt beziehungsweise im Entbindungsheim zu fördern. In der neuen Fassung des § 161 erster Satz erster Halbsatz wird nur mehr der Fall der Entbindung in einer Krankenanstalt (in einem Entbindungsheim) geregelt. Für den Fall der Hausentbindung muß eine besondere Regelung nicht getroffen werden, weil schon durch die bisherigen Bestimmungen (§§ 159 und 160) der Umfang und das Ausmaß der bei der Hausentbindung zu erbringenden Leistungen (Hebammenbeistand, erforderlichenfalls ärztlicher Beistand, Heilmittel und Heilbehelfe) gesetzlich festgelegt sind. Der Inhalt des neugefaßten Abs. 2 des § 161 entspricht dem bisherigen nunmehr wegfallenden Abs. 3 des § 161.

Zu Z. 28:

§ 162:

Die Bestimmungen des § 162 über das Wochengeld erwiesen sich in mehreren Punkten als änderungsbedürftig. Zunächst wird durch die Neufassung des § 162 Abs. 1 sichergestellt, daß sich die Dauer des Anspruches auf Wochengeld mit der Dauer des Beschäftigungsverbotes vor und nach der Entbindung nach dem Mutterschutzgesetz, BGBl. Nr. 76/1957, deckt. Weiters wird Vorsorge getroffen, daß den

Müttern nach Frühgeburten unabhängig davon, ob sie ihr Kind stillen, Anspruch auf Wochengeld durch zwölf Wochen nach der Entbindung zusteht. Die bisherige Regelung, wonach dieser Wochengeldanspruch nur dann bestanden hat, wenn die Mutter ihr Kind selbst gestillt hat, erwies sich als ungerechtfertigt, weil besonders nach Frühgeburten die Mutter oft nicht in der Lage ist, ihr Kind selbst zu stillen.

Durch die Neuformulierung des § 162 Abs. 3 wird im Zusammenhang mit der Änderung im § 162 Abs. 4 (früher Abs. 3) zunächst einer Anregung Rechnung getragen, die nach § 4 Abs. 3 den Dienstnehmern gleichgestellten weiblichen Pflichtversicherten nicht vom Anspruch auf Wochengeld auszuschließen. Der im § 162 Abs. 3 Z. 3 in der derzeit geltenden Fassung vorgesehene Ausschluß dieser Gruppe von Pflichtversicherten, zu denen auch die selbständigen Hebammen gehören, vom Wochengeldanspruch ist nicht weiter vertretbar, weil die Beiträge dieser Gruppe von Versicherten gleich hoch sind, wie die aller übrigen Pflichtversicherten. Die gleichen Erwägungen gelten auch für die nach § 8 Abs. 1 Z. 4 teilversicherten bildenden Künstler. Bezüglich der Höhe des Wochengeldes für diese Versichertengruppen wird auf die Höhe des täglichen Krankengeldes zurückgegriffen, weil das Wochengeld, ebenso wie das Krankengeld, einen Ersatz für den im Zusammenhang mit der Entbindung stehenden Verlust des Arbeitsverdienstes darstellt. Die für die sonstigen weiblichen Versicherten geltende Bemessungsgrundlage für das Wochengeld (durchschnittlicher Arbeitsverdienst der letzten 13 Wochen, vermindert um die gesetzlichen Abzüge) führte in den Fällen zu Härten, in denen bei einer Versicherten etwa der Übergang von der Lehrlingsentschädigung auf den Gehilfenlohn in den Zeitraum der letzten 13 Wochen fiel, da in diesem Fall auch noch die niedrige Lehrlingsentschädigung bei der Durchschnittsbildung herangezogen werden mußte. Um auch in solchen Fällen eine den tatsächlichen Verhältnissen entsprechende Bemessungsgrundlage für das Wochengeld sicherzustellen, enthält die Neufassung des § 162 Abs. 3 auch die Vorschrift, daß, wenn es für die Versicherte günstiger ist, in solchen Fällen der Durchschnittsbildung der im letzten Beitragszeitraum gebührende Arbeitsverdienst zugrunde zu legen ist. Bedürfnissen der Praxis, denen im Sinne einer weitgehenden Verwaltungsvereinfachung Rechnung getragen wurde, entspricht die Sonderregelung, daß bei Versicherten, deren Arbeitsverdienst nach Kalendermonaten bemessen oder abgerechnet wird, für die Durchschnittsbildung der in den letzten drei Kalen-

dermonaten gebührende Arbeitsverdienst heranzuziehen ist. Schließlich wird in Anlehnung an § 14 des Mutterschutzgesetzes, BGBl. Nr. 76/1957, Vorsorge getroffen, daß Zeiten der Krankheit oder der vorübergehenden Kurzarbeit sowie Zeiten, während deren die nach § 32 Epidemiegesetz 1950, BGBl. Nr. 186, gebührende Vergütung für Verdienstentgang auf Grund einer Absonderung bezogen wurde, bei Ermittlung des Arbeitsverdienstes der letzten 13 Wochen außer Betracht bleiben sollen, um zu verhindern, daß das Wochengeld dadurch eine nicht zu rechtfertigende Herabsetzung erfährt.

Zu Z. 29:

§ 163:

Die Änderung im § 163 Abs. 1 ist lediglich textlicher Natur. Hinsichtlich der Erweiterung im § 163 Abs. 3 wird auf die Ausführungen der Begründung zu § 125 Abs. 4 hingewiesen.

Zu Z. 30:

§ 164:

Durch die Neufassung des § 164 Abs. 1 Z. 2 und 3 wird der Entbindungsbeitrag in verschiedener Höhe festgesetzt, je nachdem ob es sich um sonstige weibliche Versicherte mit Ausnahme der Selbstversicherten (Abs. 1 Z. 2) oder um Angehörige und Selbstversicherte (Abs. 1 Z. 3) handelt. Damit sollen insbesondere die Satzungen der Krankenversicherungsträger, die für sonstige weibliche Versicherte und für Angehörige einen verschieden hohen Entbindungsbeitrag vorsehen, eine eindeutige gesetzliche Stütze erhalten. Hinsichtlich der Ergänzung im § 164 Abs. 2 wird auf die Ausführungen der Begründung zu § 125 Abs. 4 verwiesen.

Zu Z. 31:

§ 166:

Durch die Ergänzung des § 166 Abs. 1 Z. 1 soll eine der gegenwärtigen Fassung dieser Bestimmung innewohnende Unbilligkeit beseitigt werden, die darin besteht, daß der Anspruch auf Wochengeld bei Anstaltspflege ohne Rücksicht auf seine Höhe zur Gänze ruht. Dies wirkt sich insbesondere bei höheren Wochengeldansprüchen zum Nachteil der Versicherten aus. Nach der Ergänzung soll das Ruhen des Wochengeldanspruches bei Anstaltspflege nur in der Höhe des dem Versicherungsträger daraus erwachsenden Aufwandes eintreten. Die Neufassung des § 166 Abs. 1 Z. 2 soll diese Bestimmung an die seit der 6. Novelle zum ASVG. in Geltung stehende Regelung des § 143 Abs. 1 Z. 3 anpassen. Ebenso wie

beim Krankengeld soll auch der Anspruch auf Wochengeld nur zur Hälfte ruhen, wenn die Versicherte auf Grund gesetzlicher oder vertraglicher Bestimmungen Anspruch auf Fortbezug von 50 v. H. der vollen Geld- und Sachbezüge hat. Hat sie Anspruch auf Fortbezug von mehr als 50 v. H. der vollen Geld- und Sachbezüge, so ruht, wie bisher, das Wochengeld zur Gänze.

Zu Z. 32:

§ 169:

Die Änderung im § 169 ist lediglich textlicher Natur.

Zu Z. 33:

§ 170:

Die Neufassung des § 170 hat sich deshalb als notwendig erwiesen, weil die bisherige Regelung es offenließ, wem das Sterbegeld gebührt, wenn die Kosten der Bestattung zur Gänze auf Grund gesetzlicher, satzungsmäßiger oder vertraglicher Verpflichtung bestritten wurden. Diese Lücke wird durch die nunmehrige Fassung beseitigt. Ferner wird zur Klarstellung der Kreis der bezugsberechtigten Kinder dahin näher umschrieben, daß es sich hierbei um die leiblichen und die Wahlkinder handelt.

Zu Z. 34:

§ 171:

Die Änderung der Zitierung „(§ 125 Abs. 1)“ auf „(§ 125)“ im Abs. 1 erster Satz bewirkt, daß auch allfällige Sonderzahlungen bei der Bemessung des Sterbegeldes zu berücksichtigen sind. Durch die Änderung des § 171 Abs. 2 zweiter Halbsatz wird klargestellt, daß nicht auch ein auf Grund freiwilliger Versicherung des Angehörigen gebührendes Sterbegeld, sondern nur ein Sterbegeld aus der Pflichtversicherung des Angehörigen bei der Kürzung des Familiensterbegeldes zu berücksichtigen ist. Schließlich soll durch die Änderungen im § 171 Abs. 3 und 5 in der Krankenversicherung der Rentner das Sterbegeld in den Fällen des Bezuges einer Ausgleichszulage dadurch erhöht werden, daß bei der Ermittlung des Sterbegeldes neben dem Betrag der monatlichen Rente auch die Ausgleichszulage mitzuberechnen ist.

Zu Artikel III.

Zu Z. 1:

§ 172:

Die „Rehabilitation“ ist in der sozialen Sicherheit ein fester Begriff geworden, dessen sich die Praxis seit langer Zeit bedient. Nunmehr soll dieser Begriff in der Unfallversicherung auch im Gesetzestext, und zwar im § 172

ASVG., Aufnahme finden. Maßnahmen der „Rehabilitation“ bilden außer der Unfallheilbehandlung die Berufsfürsorge (§ 198), die berufliche Ausbildung (§ 199), die Hilfe zur Erlangung einer Arbeitsstelle (§ 200) und die Versorgung mit Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln (§ 202).

Zu Z. 2:

§ 176:

Nach der bisherigen Fassung des § 176 Abs. 1 Z. 2 würde nur eine Lebensrettung oder der Versuch einer solchen Rettung unter Versicherungsschutz stehen. In gleicher Weise schutzbedürftig erscheinen aber auch Personen, die bei der Herbeiholung eines Arztes oder einer Hebamme zu einer dringenden Hilfeleistung verunglücken, wobei nicht näher erwähnt zu werden braucht, daß es sich dabei um Hilfeleistungen handeln muß, die in den beruflichen Aufgabenbereich dieser Personen fallen. Die Aufzählung der unfallgeschützten Tätigkeiten im § 176 Abs. 1 Z. 2 wurde daher um diese Fälle erweitert.

Da der Besuch eines beruflichen Schulungs- (Fortbildungs)kurses, wenn er die Einsatzfähigkeit des Versicherten in seinem Beschäftigungsverhältnis fördert, mit diesem in engem Zusammenhang steht, sollen Unfälle beim Besuch derartiger Kurse den Arbeitsunfällen gleichgestellt werden (§ 176 Abs. 1 Z. 5).

Die neu eingefügte Z. 6 im § 176 Abs. 1 regelt den Versicherungsschutz von Personen bei einer Tätigkeit, wie sie sonst ein nach § 4 Versicherter ausübt, auch wenn dies nur vorübergehend geschieht. Nach der bisherigen Rechtslage sind diese Personen in eine Teilversicherung in der Unfallversicherung einbezogen (§ 8 Abs. 1 Z. 3 lit. e). Für sie ist auch eine Beitragsregelung vorgesehen (§ 74 Abs. 2). Da derartige Versicherungsverhältnisse dem Unfallversicherungsträger nach den Erfahrungen der Praxis stets nur in den Fällen bekannt werden, in denen sich ein Arbeitsunfall ereignet, erwies sich diese Regelung als undurchführbar. Es soll daher die bisher bestandene Teilversicherung dieser Personengruppe aufgelassen und der Versicherungsschutz der wie Versicherte tätig werdenden Personen dadurch bewirkt werden, daß Unfälle, die dieser Personengruppe zustoßen, im § 176 Abs. 1 Z. 6 den Arbeitsunfällen gleichgestellt werden, wobei die Leistungen der Unfallversicherung auch dann gewährt werden sollen, wenn die tätig werdenden Personen nicht unfallversichert sind (§ 176 Abs. 2).

Neu eingefügt wurde auch die Z. 7 im § 176 Abs. 1. Für den hier genannten Personenkreis

hatte das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz in der Fassung des Stammgesetzes eine Teilversicherung in der Unfallversicherung im § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. d vorgesehen, wobei die Beiträge für diese Teilversicherung von der Körperschaft zu tragen gewesen wären, der der Versicherte in dieser die Pflichtversicherung begründenden Tätigkeit angehört. Eine solche Beitragspflicht wurde im Hinblick auf den gemeinnützigen Zweck der in Betracht kommenden Institutionen als ungerechtfertigt empfunden. Durch die Einreihung der von den Angehörigen dieser Institutionen auszuübenden Tätigkeiten in den Kreis der unfallgeschützten Tätigkeiten soll nunmehr das Versicherungsrisiko dieser Tätigkeiten auf die Gesamtheit der Unfallversicherten beziehungsweise ihrer Dienstgeber übertragen werden, ohne daß hierfür besondere Unfallversicherungsbeiträge eingehoben werden. Dies erscheint deshalb auch verfassungsrechtlich unbedenklich, weil nahezu alle Personen, die in derartigen Institutionen tätig sind, auf Grund ihrer Erwerbstätigkeit der Unfallversicherung unterliegen, sodaß nicht davon gesprochen werden kann, daß durch diese Regelung etwa ein Personenkreis in den Genuß von Versicherungsleistungen gelangt, für den keine Versicherungsbeiträge entrichtet werden. Mit Rücksicht auf die Schwierigkeiten, die die Abgrenzung des Unfallversicherungsschutzes nach der derzeitigen Fassung des § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. d in der Rechtsprechung bereitete, wurden die Tätigkeiten, die den Unfallversicherungsschutz nach sich ziehen sollen, im Gesetz genau beschrieben. In Betracht werden nur Unfälle kommen, die sich bei der Ausbildung, bei den Übungen und beim Einsatzfall ereignen. Soweit es sich um freiwillige Helfer dieser Organisationen handelt, kommen naturgemäß nur Unfälle im Einsatzfall in Betracht.

Zu Z. 3:

§ 180:

Die im § 180 Abs. 2 bisher enthaltene Altersgrenze des 21. Lebensjahres für die Anwendbarkeit der hier vorgesehenen besonderen Bemessungsbestimmungen erwies sich in der Praxis als zu niedrig. Sie soll daher auf 30 Jahre erhöht werden.

Zu Z. 4 und 5:

§§ 181 und 181 a:

Durch die vorliegende Novelle werden verschiedene Änderungen hinsichtlich des Kreises der in der Unfallversicherung Teilversicherten sowie hinsichtlich des Beitragsrechtes dieser Personen vorgenommen (siehe die Änderungen zu § 8 Abs. 1 Z. 3, § 74 und § 176). Dement-

sprechend sind auch im § 181 und im neu eingefügten § 181 a die Bestimmungen über die Bemessungsgrundlagen für diese Personen anzupassen. Im neu angefügten Abs. 5 des § 181 wird zur Vermeidung von Zweifeln der sich schon derzeit aus § 178 Abs. 1 ASVG. ergebende Grundsatz, daß bei der Ermittlung der Bemessungsgrundlage nach den §§ 179 bis 182 alle Dienstverhältnisse, Erwerbstätigkeiten und sonstigen Tätigkeiten, sofern sie in die Unfallversicherung einbezogen sind, zu berücksichtigen sind, hinsichtlich der im § 181 Abs. 1 bis 4 geregelten Bemessungsgrundlagen noch besonders hervorgehoben.

Zu Z. 6:

§ 182:

Die hier vorgesehene Zitierungsänderung ist im Hinblick auf die Einfügung des § 181 a erforderlich.

Zu Z. 7:

§ 184:

Im Hinblick auf die Aufhebung des Handelskammer-Altersunterstützungsgesetzes durch § 202 Abs. 1 des Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetzes kann bei der Abfindung von Versichertenrenten die derzeit im § 184 Abs. 2 zweiter Satz ASVG. vorgeschriebene Anhörung der Landeskammer der gewerblichen Wirtschaft entfallen. Weiters soll klargestellt werden, daß sich die Abfindung der Versichertenrente nicht auch auf die zu dieser Rente gebührenden Kinder- und Hilfenzuschüsse erstreckt, die sohin auch im Falle der Abfindung einer Versichertenrente weiterhin allmonatlich gesondert flüssiggemacht werden.

Zu Z. 8:

§ 192:

Nach der geltenden Regelung des § 192 zweiter Satz ist die der Satzung des Unfallversicherungsträgers eröffnete Möglichkeit, bei den selbständig Erwerbstätigen und ihren mitversicherten Angehörigen schon früher als vom Beginn des dritten Monates nach dem Eintritt des Versicherungsfalles an die Leistungen der Heilbehandlung zu gewähren, an die Voraussetzung geknüpft, daß die Anzeige des Arbeitsunfalles oder der Berufskrankheit binnen 14 Tagen nach dem Eintritt des Versicherungsfalles beim Träger der Unfallversicherung einlangt. Diese Regelung hat sich im Bereich der Unfallversicherung der selbständigen Landwirte als nicht zweckmäßig erwiesen, weil hier im Hinblick auf die besonderen Verhältnisse dieses Berufsstandes die Einhaltung der 14-tägigen Frist oft auf

Schwierigkeiten stößt. Nach der Neufassung des zweiten Satzes im § 192 soll es nunmehr der Satzung des einzelnen Versicherungsträgers überlassen werden, die Voraussetzungen für die Vorverlegung des Leistungsbeginnes hinsichtlich der Heilbehandlung entsprechend den Bedürfnissen des jeweils in Betracht kommenden Versichertenkreises festzusetzen.

Zu Z. 9:

§ 195:

Im Zusammenhang mit der Änderung der Vorschriften über das Ruhen des Krankengeldes bei Fortbezug des Entgelts im § 143 Abs. 1 Z. 3 und der entsprechenden Vorschriften des § 152 über das Familiengeld in der Krankenversicherung durch die 6. Novelle BGBl. Nr. 87/1960, mußte die Bestimmung des § 195 entsprechend angepaßt werden. Gleichzeitig soll — ebenso wie in der Pensionsversicherung (§ 302) — das Taggeld von 4 S auf 5 S erhöht und damit auf jenes Ausmaß gebracht werden, in dem es in der Krankenversicherung auf Grund satzungsmäßiger Vorschriften von der überwiegenden Zahl der Gebietskrankenkassen geleistet wird.

Zu Z. 10:

§ 207:

Die Änderung im § 207 Abs. 2 Z. 3 ist lediglich textlicher Natur und bezweckt die Ersetzung des in der österreichischen Rechtsordnung nicht gebräuchlichen Ausdruckes „freiwillige Gerichtsbarkeit“ durch den Begriff „Verfahren außer Streitsachen“.

Die gegenwärtige Regelung des Kinderzuschusses zu Versichertenrenten aus der Unfallversicherung enthält Sonderbestimmungen für das Kind einer weiblichen Versicherten einerseits und für das Kind, dessen Eltern beide Anspruch auf Versichertenrente haben (§ 207 Abs. 3 und 5). Diese Bestimmungen, die aus dem früher geltenden Reichsrecht (§ 559 b Abs. 4 und § 592 RVO.) in das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz übernommen wurden, führen zu einer unterschiedlichen Behandlung ein und desselben Kindes im Bereich der Unfallversicherung und Pensionsversicherung, da die letztgenannte Versicherung derartige Sonderbestimmungen nicht kennt. Eine Angleichung der Rechtslage in beiden Versicherungen durch Aufhebung dieser Sonderbestimmungen in der Unfallversicherung erschien daher angezeigt, zumal es sich um Bestimmungen handelt, die nur in verhältnismäßig seltenen Fällen zur Anwendung gelangen. Eine kleine Erleichterung wurde auch in den Fällen vorgesehen, in denen ein Kind wegen geistiger oder körperlicher Gebrechen dauernd außerstande ist, sich selbst

den Unterhalt zu verschaffen. Während bisher der Kinderzuschuß in solchen Fällen über das 18. Lebensjahr hinaus nur gewährt werden konnte, wenn das Gebrechen vor Vollendung des 18. Lebensjahres eingetreten ist, wird dies in Hinkunft auch noch dann möglich sein, wenn das Gebrechen während einer regelmäßigen Schul- oder Berufsausbildung, längstens bis zur Vollendung des 24. Lebensjahres eingetreten ist.

Zu Z. 11:

§ 208:

Die Neufassung des § 208 steht im Zusammenhang mit dem neu eingefügten § 90 a. In gleicher Weise wie beim Zusammentreffen des Bezuges von Krankengeld mit dem Anspruch auf Versehrtenrente soll auch in den Fällen des § 208 die Versehrtenrente in dem vor Beginn der Anstaltspflege gewährten Ausmaß vom Ruhen nicht erfaßt werden. Da die Unfallversicherungsträger, wenn es sich um eine vom Krankenversicherungsträger gewährte Anstaltspflege handelt, regelmäßig erst nach geraumer Zeit von einem Anstaltsaufenthalt des versehrten Rentenempfängers Kenntnis erhalten, wären sie nicht in der Lage, sofort mit Beginn der Anstaltspflege die Versehrtenrente ruhend zu stellen. Soweit aber bedingt durch die Verschlechterung der Unfallsfolgen, die den Anstaltsaufenthalt notwendig machte, auch eine Erhöhung der Minderung der Erwerbsfähigkeit und damit eine Erhöhung der Versehrtenrente eintritt, soll dieser Differenzbetrag zwischen der vor dem Beginn der Anstaltspflege gewährten Versehrtenrente und der auf Grund der Verschlechterung der Unfallsfolgen an sich gebührenden höheren Versehrtenrente ab dem Beginn der Anstaltspflege ruhen.

Zu Z. 12:

§ 210:

In Hinkunft sollen nicht nur Schädigungen nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz, sondern auch nach dem Opferfürsorgegesetz anerkannte Schädigungen bei der Feststellung der Gesamtminderung der Erwerbsfähigkeit im Falle der Entschädigungen aus mehreren Versicherungsfällen gemäß § 210 ASVG. berücksichtigt werden. Eine Schätzung des Mehraufwandes, der wegen der seit Kriegsende vergangenen Zeitdauer vermutlich sehr gering ist, ist nicht durchführbar.

Zu Z. 13:

§ 211:

Die Praxis hat gezeigt, daß die bisherige Höchstdauer für die Gewährung der Übergangsrente gemäß § 211 ASVG. in vielen

Fällen zu kurz ist, um die finanziellen Nachteile, die durch den erzwungenen Arbeitsplatzwechsel eintreten, zu beheben. Die Höchstdauer, während der Übergangsrente gewährt werden kann, wird daher auf zwei Jahre erstreckt. Analog hiezu soll auch der Höchstbetrag des Übergangsgeldes von einer halben Jahresvollrente auf eine ganze Jahresvollrente erhöht werden. Die Auswirkungen der neuen Bestimmungen werden lediglich bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt fühlbar werden und höchstens 100.000 S betragen.

Zu Z. 14:

§ 212:

Nach der vorgesehenen neuen Fassung des § 212 ASVG. soll die Gewährung von Versehrtenrente auch in den Fällen ermöglicht werden, in denen die Minderung der Erwerbsfähigkeit im rentenberechtigenden Grad nicht über drei Monate nach dem Eintritt des Versicherungsfalles hinaus andauert. Die vor dem Inkrafttreten des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in Geltung gestandenen Bestimmungen gaben die Möglichkeit, in solchen Fällen kurz andauernder unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit Krankengeld aus der Unfallversicherung zu gewähren. Durch die Aufhebung dieser Vorschriften ist eine Gesetzeslücke entstanden, für deren Schließung ein Bedürfnis besteht. Von Bedeutung ist die Regelung hauptsächlich für in der Unfallversicherung Teilversicherte, insbesondere für selbständig Erwerbstätige oder deren im Betrieb beschäftigte Kinder (§ 8 Abs. 1 Z. 2 und 3 ASVG.).

Die finanzielle Auswirkung dieser Bestimmung ist ziffernmäßig im vorhinein nicht abschätzbar, wird aber nur geringfügig sein.

Zu Z. 15:

§ 214:

In Berücksichtigung des Umstandes, daß die Überführung des Leichnams eines Versicherten, dessen Tod durch einen Arbeitsunfall (eine Berufskrankheit) verursacht wurde, für die Hinterbliebenen oftmals große finanzielle Schwierigkeiten zur Folge hat, wurde als freiwillige Leistung des Unfallversicherungsträgers unter gewissen Voraussetzungen die Gewährung eines Zuschusses zu den Überführungskosten vorgesehen.

Zu Z. 16:

§ 218:

Aus den gleichen Gründen der Angleichung zwischen Unfallversicherungs- und Pensionsversicherungsrecht, die für die Aufhebung

der Abs. 3 und 5 im § 207 maßgebend waren, wurden auch im § 218 die Abs. 2 und 4 aufgehoben.

Zu Z. 17:

§ 219:

Die Änderung im § 219 Abs. 1 ist lediglich textlicher Natur.

Zu Artikel IV.

Zu Z. 1 und 2:

§§ 221 und 222:

Die Erweiterung des Leistungskataloges ist wegen der Aufnahme des § 300 a, der die Gewährung von Leistungen der beruflichen Ausbildung auch in der Pensionsversicherung ermöglicht, notwendig. Aus diesem Grunde mußte auch § 222 Abs. 3 ergänzt werden.

Zu Z. 3:

§ 225:

Die bisherige Fassung des § 225 Abs. 1 Z. 1 gab zu Zweifel Anlaß, ob unter dem verwendeten Begriff „Dienstnehmer“ auch die übrigen, nach § 4 Abs. 1 versicherungspflichtigen Personen zu verstehen sind. Außerdem waren durch die Zitierung nicht die im § 8 Abs. 1 Z. 2 genannten, als Dienstnehmer im Betrieb der Eltern beschäftigten Kinder, Enkel usw. erfaßt. Diese Unzulänglichkeiten des bisherigen Gesetzestextes sollen durch die Neufassung beseitigt werden. Der verschiedentlich vertretenen Auffassung, daß auch für einzelne Gruppen, der im § 4 Abs. 3 genannten, den Dienstnehmern gleichgestellten selbständig Erwerbstätigen die Regelung des § 225 Abs. 1 Z. 1 zu gelten habe, konnte nicht beigegeben werden. Für diese selbständig Erwerbstätigen war schon in der bisherigen Fassung des § 225 Abs. 1 die Regelung der Z. 2 vorgesehen. Durch die vorgeschlagene Neufassung auch dieser Ziffer wird dies nunmehr in unmißverständlicher Weise zum Ausdruck gebracht.

Z. 4 wurde insofern ergänzt, als auch durch die Rückzahlung von Beiträgen, die dem Dienstnehmer anlässlich seiner Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis für nicht für den Ruhe(Versorgungs)genuß angerechnete Versicherungszeiten vom Versicherungsträger erstattet worden sind, Pflichtbeitragszeiten entstehen sollen.

Die Neufassung des § 225 Abs. 4 hat lediglich eine Anpassung an die geänderten Formulierungen des Abs. 1 zum Inhalt.

Zu Z. 4:

§ 226:

Die Regelung des § 226 Abs. 1 in der bisherigen Fassung ist insofern unvollständig, als lediglich auf die Zeiten Bedacht genommen wird, die als Beitragszeiten nach den am 31. Dezember 1955 in Geltung gestandenen Vorschriften anerkannt waren. Darüber hinaus ordnet aber § 313 des ASVG., also eines am 31. Dezember 1955 noch nicht in Geltung gestandenen Gesetzes, an, daß die in den Überweisungsbeträgen nach § 311 berücksichtigten Monate als Beitragsmonate im Sinne dieses Bundesgesetzes gelten. Es war daher notwendig, die gemäß § 313 durch die Leistung des Überweisungsbetrages (Rückzahlung der erstatteten Beiträge) entstehenden Beitragszeiten aus der Zeit vor dem 1. Jänner 1956 in den § 226 ausdrücklich aufzunehmen (Abs. 2).

Die Änderung des bisherigen Wortlautes des Abs. 2 (neu: Abs. 3) erschien aus folgenden Gründen notwendig:

Nach den Bestimmungen des § 1442 RVO. waren Pflichtbeiträge und freiwillige Beiträge nur wirksam, wenn sie nach Ablauf von zwei Jahren nach Schluß des Kalenderjahres, für das sie gelten sollen, entrichtet worden sind. Über diese Zeit hinaus hatte der Versicherungsträger die Nachentrichtung von Pflichtbeiträgen binnen weiteren zwei Jahren zuzulassen, wenn sie ohne Verschulden des Versicherten nicht rechtzeitig entrichtet worden sind. In Fällen besonderer Härte konnte das Reichsversicherungsamt die Nachentrichtung auch nach Ablauf der genannten Fristen zulassen und hiefür eine Frist bestimmen. Von dieser Ermächtigung wurde auch nach dem April 1945 Gebrauch gemacht und vom Bundesministerium für soziale Verwaltung über Antrag die Zustimmung zur Nachentrichtung von Beiträgen erteilt.

Mit 1. April 1952 traten an die Stelle des bisherigen § 1442 RVO. die Bestimmungen des § 9 Abs. 2 und des § 13 des 1. Sozialversicherungs-Neuregelungsgesetzes, 1. SV.-NG. Nach § 9 Abs. 2 des 1. SV.-NG. konnten für eine vor dem 1. April 1952 gelegene Zeit Beitragszeiten noch insoweit erworben werden, als dies nach den für die betreffende Zeit in Geltung gestandenen oder nachträglich für diese Zeit getroffenen Bestimmungen (mit Ausnahme der Bestimmungen über die Hemmung der Verjährung) möglich gewesen wäre. Nach § 13 des 1. SV.-NG. waren Beitragszahlungen, die nach Eintritt des Versicherungsfalles für frühere Beitragsperioden als die letzte dem Versicherungsfall vorangegangene geleistet worden sind, unwirksam. Auch in der Zeit, während

diese Bestimmungen des 1. SV.-NG. gegolten haben, hat das Bundesministerium für soziale Verwaltung die Nachentrichtung von Beiträgen bewilligt.

Nach der Bestimmung des § 226 Abs. 2 in der geltenden Fassung können nach dem 31. Dezember 1955 für eine vorher gelegene Zeit Beitragszeiten noch insoweit erworben werden, als für diese Zeit nach den für sie in Geltung gestandenen oder nachträglich für sie getroffenen Bestimmungen Beiträge zu entrichten gewesen wären oder hätten entrichtet werden können und eine wirksame Entrichtung solcher Beiträge beieutsprechender Anwendung der Bestimmungen des ASVG. noch zulässig ist. Durch diese Bestimmung wurde es ermöglicht, Zeiten, für die seinerzeit Beiträge zu entrichten gewesen wären oder entrichtet hätten werden können, aber nicht entrichtet wurden, durch Nachentrichtung von Beiträgen in echte Beitragszeiten umzuwandeln. Die Anwendung dieser Bestimmung setzte daher den Nachweis der Pflicht beziehungsweise der Berechtigung zur Beitragsentrichtung vor dem 1. Jänner 1956 voraus. Sobald dieser Nachweis erbracht war, wurde die Bewilligung zur Nachentrichtung von Beiträgen für solche Zeiten vom Bundesministerium für soziale Verwaltung in Fällen besonderer Härte erteilt. Da der Verwaltungsgerichtshof mit den Erkenntnissen vom 27. Jänner 1960, Zl. 847/59 und Zl. 1.536/59, die Kompetenz des Bundesministeriums für soziale Verwaltung zur Entscheidung nach § 226 Abs. 2 verneint hat, war es notwendig, diese Bestimmungen abzuändern und die Kompetenz des Bundesministeriums für soziale Verwaltung ausdrücklich zu normieren. Bei dieser Gelegenheit wurde auch um für die Vollziehung dieser Bestimmung eine Richtlinie zu geben, der Begriff der „besonderen Härte“ näher umschrieben. Um eine gleiche Praxis auch für die Bewilligung der Beitragsnachentrichtung für Zeiten nach dem 31. Dezember 1955 zu erreichen, wurde § 225 Abs. 3 der in Rede stehenden Bestimmung textlich angepaßt.

Die Ergänzung des § 226 Abs. 3 (neu: Abs. 4) soll eine nach der bisherigen Rechtslage bestehende Unbilligkeit beseitigen. Gemäß § 229 Z. 3 lit. b in der derzeitigen Fassung gelten Zeiten der Beschäftigung als Arbeiter, die in einem im Gebiete der Republik Österreich gelegenen Betrieb seit dem Jahre 1924 bis zu der spätestens am 31. Dezember 1955 erfolgten Einbeziehung der Dienstnehmer dieses Betriebes in die knappschaftliche Rentenversicherung zurückgelegt worden sind, als Ersatzzeiten in der knappschaftlichen Pensionsversicherung. Der durch diese Bestimmung erfaßte Zeitraum umfaßt daher die Zeit von 1924 bis 31. Dezember 1938, in der im Gebiet der Republik Österreich keine Invalidenversiche-

rung der Arbeiter bestand und daher auch keine Beiträge entrichtet wurden, und die Zeit ab 1. Jänner 1939, in der eine solche Invalidenversicherung bestand und zu dieser auch Beiträge entrichtet wurden. Soweit es sich um Dienstnehmer von Betrieben handelt, die erst im Laufe dieser Zeit bis spätestens 31. Dezember 1955 zu knappschaftlichen Betrieben erklärt wurden (z. B. einzelne Betriebe der Talkum- und Magnesitgewinnung), werden also sowohl die Zeiten ohne Beitragsentrichtung (bis 1938) als auch die Zeiten mit Beitragsentrichtung (ab 1939) gleich, nämlich als Ersatzzeiten, berücksichtigt. Um nun die Berücksichtigung der zurückgelegten Zeiten in ihrer richtigen Wertigkeit, nämlich Beitragszeiten als Beitragszeiten und Zeiten ohne Beitragsleistung als Ersatzzeiten zu ermöglichen, wurden die in Betracht kommenden Zeiten geteilt in solche bis 1938, die ohne Beitragsentrichtung zurückgelegt wurden, und in solche seit 1. Jänner 1939, für die Beiträge entrichtet wurden. Die erstgenannten bleiben auch nach der Neufassung des § 229 Abs. 1 Z. 3 lit. b — so wie bisher — Ersatzzeiten, die zweitgenannten werden durch die Ergänzung des § 226 Abs. 3 als Beitragszeiten erklärt.

Zu Z. 5:

§ 227:

Nach der gegenwärtigen Fassung des § 227 Z. 1 sollen als Ersatzzeiten auch Zeiten berücksichtigt werden, die nach dem Inkrafttreten des ASVG. liegen und in Schulen zurückgelegt wurden, die im Gebiete der ehemaligen österreichisch-ungarischen Monarchie liegen. Es fehlt jede Begründung dafür, für nach dem 31. Dezember 1955 gelegene Zeiten noch das Gebiet der ehemaligen österreichisch-ungarischen Monarchie zu berücksichtigen. Diese Bestimmung könnte nur solchen Personen zugute kommen, die nach dem 31. Dezember 1955 nach Österreich gekommen sind und nach dem genannten Zeitpunkt gelegene Zeiten des Besuches einer Schule im Gebiete der ehemaligen österreichisch-ungarischen Monarchie nachweisen können. Bedeutung erlangt die Bedachtnahme auf das Gebiet der ehemaligen österreichisch-ungarischen Monarchie erst durch die Bestimmung des § 228 Abs. 1 Z. 3, durch die auch vor dem Inkrafttreten des ASVG. gelegene Zeiten der genannten Art als Ersatzzeiten anerkannt werden. Um dieser Sachlage auch in der Fassung des Gesetzes Rechnung zu tragen, wurde der Verweis auf das Gebiet der ehemaligen österreichisch-ungarischen Monarchie im § 227 Z. 1 gestrichen und dafür die Z. 3 des § 228 Abs. 1 entsprechend ergänzt.

Bei den im § 227 Z. 1 in der bisherigen Fassung aufgezählten Schulen mit Ausnahme der Mittel- und Hochschulen handelt es sich durchwegs um Berufs- oder Fachschulen. Um den Gesetzestext zu vereinfachen und um allfälligen Zweifeln beim Auftreten von in der bisherigen Aufzählung nicht genannten Schultypen zu begegnen, werden in der vorgeschlagenen Neufassung an Stelle namentlich aufgezählter Schultypen alle Berufs(Fach-)schulen erfaßt. Dadurch erscheint auch eine Unstimmigkeit beseitigt, die sich in der bisherigen Fassung des § 227 Z. 1 hinsichtlich der ausdrücklich angeführten Krankenpflegeschulen ergab. Da die Krankenpflegeschülerinnen und auch die Hebammenschülerinnen gemäß § 4 Abs. 1 Z. 4 der Vollversicherung unterliegen, zählen die von diesen Personen zurückgelegten Zeiten des Besuches einer Krankenpflege(Hebammen)schule als Beitragszeiten. Es war daher nicht erforderlich, die Zeiten des Besuches einer Krankenpflegeschule im § 227 Z. 1 als Ersatzzeiten zu werten. Durch die Neufassung wird aber nicht ausgeschlossen, daß der Besuch einer Krankenpflegeschule oder einer Hebammenschule, die ja auch Berufsschulen sind, in der Zeit vor dem Inkrafttreten des ASVG. und auch im Gebiete der ehemaligen österreichisch-ungarischen Monarchie als Ersatzzeit gemäß § 228 Abs. 1 Z. 3 anerkannt wird. Durch die Neufassung der Z. 2 werden die Zeiten der Zivilinternierung auch in den Fällen als Ersatzzeiten anzurechnen sein, in denen die Zivilinternierung schon vor Ausbruch des zweiten Weltkrieges aus Gründen, die mit dem zweiten Weltkrieg im Zusammenhang stehen, verfügt worden ist.

Zu Z. 6:

§ 228:

Nach den bisherigen Bestimmungen konnte eine im § 228 Abs. 1 Z. 1 näher bezeichnete Dienstleistung nur dann als Ersatzzeit berücksichtigt werden, wenn eine Beitrags- oder Ersatzzeit dem Beginn dieser Dienstleistung nicht mehr als drei Jahre vorangegangen ist. Nunmehr soll eine solche Dienstleistung auch dann als Ersatzzeit berücksichtigt werden, wenn innerhalb von drei Jahren nach deren Ende eine Beitrags- oder Ersatzzeit folgt.

Die Neufassung des § 228 Abs. 2 letzter Satz steht mit der Änderung des § 227 Z. 2 im Zusammenhang und bewirkt, daß die dort hinsichtlich des zweiten Weltkrieges getroffene Regelung auch für den ersten Weltkrieg gilt.

Zu Z. 7:

§ 229:

Der § 229 in der bisherigen Fassung erwies sich in zweifacher Hinsicht als abänderungs-

bedürftig. Einerseits waren in ihm Bestimmungen über die Erfüllung der Wartezeit und über die Bemessung der Leistungen vermischt und andererseits führte seine Z. 2 zu einer Benachteiligung der der Pensionsversicherung der Angestellten zugehörigen Versicherten, da diese trotz Anwendbarerklärung der Z. 1 nicht der Begünstigung der Z. 1 hinsichtlich der Bemessung der Leistung teilhaftig werden konnten. Bezüglich der Neufassung des Abs. 1 Z. 3 lit. b wird auf die Erläuternden Bemerkungen zur neu eingefügten Z. 4 des § 226 Abs. 3 (Art. IV Z. 4) verwiesen. Zur Vermeidung von Zweifeln wird darauf hingewiesen, daß nur Beschäftigungszeiten bis Ende 1938 in Betracht kommen. Die Einbeziehung des Betriebes in die knappschaftliche Rentenversicherung kann jedoch bis Ende 1955 erfolgt sein.

Durch die Einfügung des Abs. 4 soll erreicht werden, daß die Pauschalanrechnung auch auf jene Versicherten angewendet wird, die zwar keine Ersatzzeiten im Sinne des Abs. 1 des § 229, wohl aber Beitragszeiten in der Pensionsversicherung der Angestellten nachweisen können.

Nach der Regelung des Abs. 5 sollen bei der Leistung die Zeiten nach Abs. 1 Z. 3 mit ihrer vollen Dauer und jene Zeiten, die weder als Beitrags- noch als Ersatzzeiten gelten, nach der Pauschalanrechnung berücksichtigt werden.

Zu Z. 8:

§ 230:

Wie sich in der Praxis gezeigt hat, ergeben sich mitunter Fälle, in denen Dienstnehmer nach dem Ausscheiden aus dem Dienstverhältnis auf Grund arbeitsgerichtlicher Entscheidung noch Entgeltzahlungen erhalten. Wenn es sich hierbei um Nachzahlungen für Zeiten handelt, die für die Ermittlung der Bemessungsgrundlage in Betracht kommen, kann bei der derzeitigen Fassung des § 230 Abs. 2 der Fall eintreten, daß von der im Falle des Obsiegens beim Arbeitsgericht zugesprochenen Entgeltnachzahlung Beiträge nicht mehr wirksam entrichtet werden können und dem Versicherten für die Leistung aus dem bereits eingetretenen Versicherungsfall nicht mehr nützen. Durch die Neufassung des § 230 Abs. 2 soll ermöglicht werden, daß auch von solchen arbeitsgerichtlich zugesprochenen Entgeltnachzahlungen die Beiträge noch wirksam entrichtet werden können.

Zu Z. 9:

§ 231:

Durch Art. II Z. 6 der 3. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 294/1957, wurden die Bestimmungen des Abschnittes VIII des Vierten Teiles über das

Ausscheiden aus der Pensionsversicherung aus Anlaß der Aufnahme einer selbständigen Erwerbstätigkeit (§ 314) aufgehoben. Damit hat auch die Bezugnahme auf diese Bestimmungen im § 231 ihre Bedeutung verloren und ist daher zu streichen.

Wenn ein Dienstnehmer ohne Anspruch auf einen laufenden Ruhe(Versorgungs)genuß aus einem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis ausscheidet, hat der Dienstgeber gemäß § 311 für jeden im pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis zugebrachten Monat, soweit der Dienstnehmer nicht gegen Karenz der Gebühren beurlaubt war, einen Überweisungsbetrag zu leisten. Wenn der Karenzurlaub mit einem Monatsersten beginnt beziehungsweise mit einem Monatsletzten endet, bereitet die Feststellung des Ausmaßes des Überweisungsbetrages keine Schwierigkeit. Es kommt aber wiederholt vor, daß die Karenzierung im Verlaufe eines Monates beginnt beziehungsweise endet. Bisher fehlte eine Bestimmung, die festlegte, wie in diesen Fällen die Anzahl der Monate, die für die Berechnung des Überweisungsbetrages heranzuziehen sind, zu bestimmen wäre. Diesem Mangel soll dadurch abgeholfen werden, daß die Zählmethode des § 231 auch für die Ermittlung der in einem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis zugebrachten Monate, für die der Überweisungsbetrag nach § 311 zu leisten ist, angewendet werden soll. Wenn auch für den Überweisungsbetrag nach § 311 nicht „Versicherungsmonate“, sondern — wie ausgeführt — „im pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis zugebrachte Monate“ festzustellen sind, wird eine sinngemäße Anwendung des § 231 die bisher bestandenen Schwierigkeiten beseitigen.

Zu Z. 10:

§ 232:

Die im § 232 vorgenommenen Zitierungsänderungen finden ihre Begründung in der Anpassung an die im § 229 vorgesehenen Änderungen und Ergänzungen. Die Ergänzung des Abs. 3 lit. c steht mit der Änderung im § 228 Abs. 1 Z. 1 im Zusammenhang. In jenen Fällen, in denen der Wehrdienstzeit eine Versicherungszeit sowohl vorangeht als auch nachfolgt, wird sich die Zuweisung nach der vorangehenden Versicherungszeit zu richten haben.

Zu Z. 11:

§ 234:

Bisher galten die Zeiten des Krankengeld-(Wochengeld)bezuges als neutrale Zeiten.

Gemäß § 143 Abs. 1 Z. 2 (§ 166 Abs. 1 Z. 1) ruht der Anspruch auf Krankengeld (Wochengeld), solange der Versicherte auf Rechnung eines Versicherungsträgers Anstaltspflege erhält oder auf Rechnung eines Versicherungsträgers in einem Genesungs-, Erholungs- oder Kurheim oder einer Sonderheilanstalt untergebracht ist oder Anspruch auf Ersatz der Verpflegskosten einem Versicherungsträger gegenüber hat. Eine solche Unterbringung tritt damit eigentlich nur an Stelle des Krankengeldes (Wochengeldes). Damit besteht nicht in der Person des Versicherten, sondern nur in der Form der Leistung ein Unterschied. Es werden daher nunmehr die Zeiten des Aufenthaltes in den oben bezeichneten Anstalten den Zeiten des Krankengeld(Wochengeld)bezuges gleichgestellt und ebenfalls als neutrale Zeiten behandelt.

Weiters sollen auch die Zeiten eines Mutterschaftsurlaubes gegen Karenz der Bezüge neutralisiert werden.

Bezüglich der Änderung im Abs. 2 wird auf die Erläuterungen zu § 236 Abs. 3 verwiesen.

Zu Z. 12:

§ 235:

Durch die Erweiterung des § 235 Abs. 3 sollen die Versicherten unter 21 Jahren besonders geschützt werden. Für sie tritt an Stelle der Wartezeit von 60 Versicherungsmonaten das Erfordernis des Vorliegens von mindestens sechs Versicherungsmonaten.

Zu Z. 13:

§ 236:

Die Verweisung auf § 276 Abs. 3 ist erforderlich, weil sonst die in dieser Bestimmung enthaltene Begünstigung für die in der knappschaftlichen Pensionsversicherung Versicherten annulliert worden wäre.

Nach der derzeit geltenden Fassung des § 236 Abs. 3 sollten im Verordnungswege nur die Arbeiten bestimmt werden, die den wesentlich bergmännischen nach Schwere und Gefahr gleichzuhalten sind. Eine solche Verordnung ist bisher nicht erlassen worden. Abgesehen davon, daß sich gegen eine Verordnungsermächtigung in diesem Umfange verfassungsrechtliche Bedenken ergeben haben, erweist es sich aus zwei Beweggründen als zweckmäßig, sowohl für die wesentlich bergmännischen Arbeiten als auch für die ihnen gleichgestellten Arbeiten das System der taxativen Aufzählung anzuwenden, wie dies nunmehr im § 236 Abs. 3 beziehungsweise der dazugehörigen Anlage 9 vorgesehen wird. Vor allem kann

damit die Verwaltungsübung und die Spruchpraxis bei der Leistungsgewährung einheitlich ausgerichtet werden.

Da ferner die in Betracht kommenden Tätigkeiten gemäß § 236 Abs. 2 und 3 nicht nur für die Wartezeit bei der Knappschaftsrente und beim Knappschaftssold und im Zusammenhang mit der letztgenannten Leistung auch beim Bergmannstreuegeld (§ 281 Abs. 1), sondern auch für den Anspruch und das Ausmaß des Leistungszuschlages zur Knappschaftsrente, Knappschaftsalters- und Knappschaftsvollrente gemäß §§ 284 Abs. 1 und 6 und 285 Abs. 1 und 6 von Belang sind, bietet eine vollständige Aufzählung aller in Betracht kommenden Tätigkeiten den Versicherten über ihre Anspruchsberechtigung besser Aufschluß, als dies eine Definition der wesentlich bergmännischen Arbeiten neben einer Aufzählung der dem Umfange nach weitaus geringeren Anzahl der ihnen gleichgestellten Arbeiten vermag. Es liegt in der Natur der Sache, daß es sich bei letzteren Arbeiten auch nur um solche Tätigkeiten handeln kann, die für die Gewinnung und Förderung der Bodenschätze typisch sind und, soweit es auf die Umweltsbedingungen des Arbeitsplatzes und die physische Inanspruchnahme des Versicherten ankommt, zu den eigentlich bergmännischen Tätigkeiten zählen. Eine Änderung wurde auch insofern vorgenommen, als die kurzfristige, aus betrieblichen Gründen bedingte Ausübung einer sonstigen Tätigkeit sowie die Freistellung als Betriebsrat die Verrichtung wesentlich bergmännischer oder ihnen gleichgestellter Arbeiten nicht unterbricht, solange der Versicherte nicht an sich dienstunfähig wird. Das Bestehen der Dienstfähigkeit wird vom Versicherungsträger durch periodische Kontrolluntersuchungen zu prüfen sein. Die Aufzählung in der Anlage 9 entspricht dem derzeitigen Stand der Abbau-, Förderungs- und Sicherungsmethoden bei den bereits erschlossenen Vorkommen von Bodenschätzen.

Zu Z. 14:

§ 237:

Die Bestimmung des § 237 über die Dritteldeckung war Gegenstand eingehender Beratungen. Dem Verlangen nach Beseitigung des Erfordernisses der Dritteldeckung konnten sich die Antragsteller aus verschiedenen Überlegungen nicht anschließen. Es soll jedoch eine Milderung der Rechtslage dadurch eintreten, daß das Erfordernis der Dritteldeckung entfällt, wenn die Zeit vom 1. Jänner 1939 oder vom späteren erstmaligen Eintritt in die Versicherung an bis zum Stichtag nach

Ausschaltung der neutralen Monate zu zwei Dritteln mit Versicherungsmonaten gedeckt ist.

Zu Z. 15:

§ 238:

Gemäß § 238 Abs. 2 in der bisherigen Fassung kommen für die Ermittlung der Bemessungszeit die letzten 60 anrechenbaren Versicherungsmonate aus allen Zweigen der Pensionsversicherung vor dem Bemessungszeitpunkt in Betracht, die nicht zwischen dem 1. Jänner 1947 und dem 30. September 1950 liegen. Der zwischen diesen beiden Zeitpunkten gelegene Zeitraum bleibt, wie in den Erläuternden Bemerkungen der Regierungsvorlage zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz zu § 238 Abs. 2 ausgeführt wird, außer Betracht, weil in dieser Zeit die Höchstgrenze der Beitragsgrundlage nicht entsprechend den geänderten Lohn- und Preisverhältnissen festgesetzt war, daher gegenüber der Zeit vorher und nachher eine Unterversicherung vorlag. Bei Leistungen aus der Pensionsversicherung, bei deren Bemessung auf Grund zwischenstaatlicher Übereinkommen auch in einer fremdstaatlichen Versicherung zurückgelegte Versicherungszeiten zu berücksichtigen sind, kann es vorkommen, daß die aus der österreichischen Pensionsversicherung beziehungsweise aus der nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz geregelten Pensionsversicherung zu erbringende Teilleistung ausschließlich auf Versicherungszeiten beruht, die zwischen dem 1. Jänner 1947 und dem 30. September 1950 liegen. Für diese Sonderfälle sollen auf Grund der Neufassung des § 238 Abs. 2 auch Zeiten zwischen dem 1. Jänner 1947 und dem 30. September 1950 Berücksichtigung finden. Diese Ausnahme soll jedoch nur dann Platz greifen, wenn die in Betracht kommenden Versicherungsmonate ausschließlich in den Zeitraum vom 1. Jänner 1947 bis 30. September 1950 fallen.

Die weitere Änderung liegt darin, daß nach der beantragten Fassung Monate der freiwilligen Versicherung, die Zeiten der im Antrag näher beschriebenen Art enthalten, bei der Feststellung der letzten 60 anrechenbaren Versicherungsmonate außer Betracht bleiben; dies allerdings nur dann, wenn es für den Versicherten günstiger ist. Es wird also im konkreten Falle zu prüfen sein, ob die aufgewerteten Beitragsgrundlagen solcher Zeiten der freiwilligen Versicherung höher sind als die aufgewerteten Beitragsgrundlagen jener Versicherungszeiten, die wegen des Wegfalles der Zeiten der freiwilligen Versicherung zur Auffüllung der 60 anrechenbaren Versicherungsmonate (Bemessungs-

zeit) heranzuziehen sind. In der Regel wird es sich bei solchen Zeiten freiwilliger Versicherung, was das Anwartschaftsrecht betrifft, um an sich unnötige Beitragsleistungen handeln, da ein Verlust von Anwartschaften infolge der sonst gegebenen Neutralisierung dieser Zeiten nicht eintreten kann.

Versicherungsmonate, die derartige Zeiten neben Zeiten der Pflichtversicherung oder Ersatzzeiten enthalten, sind nach dem Antrag — entgegen der bisherigen Rechtslage — zur Bildung der Bemessungszeit heranzuziehen. Die Beitragsgrundlage für Monate dieser Art wird im § 244 Abs. 5 (Art. IV Z. 19) geregelt.

Zu Z. 16:

§ 241:

Hier mußte auf die Versicherten unter 21 Jahren Rücksicht genommen werden, die die Wartezeit von 60 Monaten für eine Leistung aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit oder aus dem Versicherungsfall des Todes nicht zu erfüllen brauchen.

Zu Z. 17:

§ 242:

Die Zitierungsänderungen in lit. a und b dienen lediglich der Bereinigung eines redaktionellen Versehens.

Zu Z. 18:

§ 243:

Als Beitragsgrundlage für jene Beitragszeiten, die durch die Leistung des Überweisungsbetrages nach § 311 entstehen, soll nach der neu eingefügten lit. f im Abs. 1 Z. 2 das Entgelt, auf das der Dienstnehmer vor seinem Ausscheiden jeweils Anspruch hatte, gelten.

Die Zitierungsänderung im Abs. 1 Z. 3 steht im Zusammenhang mit der Neufassung des § 229.

Die Neufassung der Z. 4 steht im Zusammenhang mit der Änderung in § 228 Abs. 1 Z. 1.

Zu Z. 19:

§ 244:

Zu dieser Änderung wird auf die Ausführungen zu Art. IV Z. 15 verwiesen.

Beitragsmonate der Pflichtversicherung, in denen auch Krankengeld oder Arbeitslosengeld gebührt hat, oder Karenzurlaub nach dem Mutterschutzgesetz gewährt wurde, werden gemäß § 238 weder bei der Ermittlung der Bemessungszeit noch bei der Feststellung der Bemessungsgrundlage ausgeschaltet. Um

auch in solchen Fällen zu einer den tatsächlichen Verhältnissen möglichst entsprechenden Bemessungsgrundlage zu kommen, wird die Beitragsgrundlage für einen solchen Beitragsmonat mit dem 30fachen der durchschnittlichen täglichen Beitragsgrundlage aus der in diesem Monat vorhandenen Versicherungszeit festgesetzt.

Zu Z. 20:

§ 245:

Die Neufassung des Abs. 1 zweiter Satz steht im Zusammenhang mit der Einführung der Sonderbestimmung über Rehabilitation.

Die Ergänzung im Abs. 3 enthält eine Regelung für den Fall, daß in den letzten 15 Jahren vor dem Stichtag keine anrechenbaren Versicherungsmonate vorhanden sind.

Die Änderung im Abs. 4 ist lediglich stilistischer Natur.

In der bisherigen Fassung des § 245 Abs. 6 über die Leistungszugehörigkeit der Versicherten für Leistungen der Gesundheitsfürsorge fehlt eine Regelung für den Fall, daß der Versicherte keine ununterbrochene sechsmonatige Versicherungszeit aufweisen kann. Im Zuge der Beseitigung dieser Gesetzeslücke wurde in der Neufassung des Abs. 6 die Leistungszugehörigkeit für Leistungen der Gesundheitsfürsorge in allen Fällen auf den Versicherungsträger abgestellt, bei dem der Versicherte **zuletzt** versichert war. Dies in der Erwägung, daß auch eine sechsmonatige Versicherungszeit bei einem bestimmten Pensionsversicherungsträger, wie sie in der bisherigen Fassung des Abs. 6 vorgesehen war, noch keinen Rückschluß darauf erlaubt, daß der Versicherte diesem Pensionsversicherungsträger auch für den seinerzeit anfallenden Rentenanspruch leistungszugehörig sein wird, weil gemäß § 245 Abs. 3 für diesen Fall der gesamte Versicherungsverlauf in den letzten 15 Jahren vor dem Stichtag zur Beurteilung heranzuziehen ist.

Zu Z. 21:

§ 248:

Die Beiträge, die für Zeiten der Emigration geleistet worden sind, sollen ebenfalls die durch die 8. Novelle verfügte allgemeine Erhöhung der Beitragsgrundlagen mitmachen und werden daher mit dem für das Jahr 1954 geltenden Faktor der Anlage 5 aufgewertet.

Zu Z. 22:

§ 250:

Dis bisher im Gesetz verwendete Bezeichnung dieses Pensionsinstitutes stimmt nicht

mit der satzungsmäßigen Bezeichnung dieses Pensionsinstitutes und auch nicht mit der Eintragung des Unternehmens der Linzer Elektrizitäts- und Straßenbahn-Aktiengesellschaft im Handelsregister überein. Es war daher eine Richtigstellung vorzunehmen, der im Hinblick darauf, daß die Bezeichnung des Pensionsinstitutes „Pensionsinstitut der Linzer Elektrizitäts- und Straßenbahn-Aktiengesellschaft“ schon in der Satzung des Institutes verankert ist, nur formaler Charakter zukommt.

Zu Z. 23:

§ 251:

Die Zitierungsänderung steht mit der Neufassung des § 238 durch Art. IV Z. 15 im Zusammenhang.

Zu Z. 24:

§ 251 a:

Bei den Beratungen des Initiativantrages waren alle Beteiligten der Auffassung, daß möglichst bald die Bestimmungen des § 251 a über die sogenannte Wanderversicherung und auch die entsprechenden Bestimmungen im GSPVG., LZVG. und im Notarversicherungsgesetz dringend einer Änderung bedürfen. Die mit dieser Änderung im Zusammenhang stehenden Probleme sind jedoch außerordentlich schwierig. Dazu kommt, daß auch Fragen finanzieller Bedeutung eine Rolle spielen. Eine Änderung der Wanderversicherungsbestimmungen wird schon seit einiger Zeit zwischen den beteiligten Versicherungsträgern erörtert. Es war aber nicht möglich, bis zum Zeitpunkt des Einbringens dieses Antrages eine Neuregelung zu erarbeiten. Um wenigstens in einigen anhängigen Leistungsfällen die Durchführung des Rentenverfahrens zu ermöglichen, soll Z. 9 des Abs. 3 ersatzlos aufgehoben werden. Im übrigen werden die Beratungen über eine Neuregelung fortgesetzt und unverzüglich nach deren Abschluß eine entsprechende Änderung beantragt werden.

Zu Z. 25:

§ 252:

Die Änderung im Abs. 1 Z. 3 setzt an Stelle des bisherigen — aus der deutschen Terminologie stammenden — Ausdrucks „freiwillige Gerichtsbarkeit“ den der österreichischen Gesetzesterminologie entsprechenden Ausdruck „Verfahren außer Streitsachen“.

Die Bestimmungen des Abs. 2 Z. 2 ermöglichen es nunmehr, auch jene Personen, die über das 18. Lebensjahr hinaus wegen Schul- oder Berufsausbildung als „Kinder“ gelten, auch über das 24. Lebensjahr hinaus

als solche zu behandeln, wenn sie wegen geistiger oder körperlicher Gebrechen, die zwischen ihrem 18. und 24. Lebensjahr eingetreten sind, weiterhin außerstande sind, sich selbst zu erhalten. Gleichartige Änderungen wurden auch in den entsprechenden §§ 123 Abs. 3 und 207 Abs. 4 für den Bereich der Kranken- und Unfallversicherung vorgenommen.

Zu Z. 26:

§ 255:

Nach den derzeit geltenden Vorschriften des ASVG. erhält der Arbeiter die Leistung aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit unter anderen Voraussetzungen als der Angestellte. Der Arbeiter muß zur Erlangung einer solchen Leistung „Invalidität“, der Angestellte „Berufsunfähigkeit“ nachweisen.

Eine Reformierung des Begriffes Berufsunfähigkeit hat sich bisher nicht als notwendig erwiesen. Die allgemeine Tendenz, die sich auf Grund der Entscheidungen der Versicherungsträger, der Schiedsgerichte und des Oberlandesgerichtes Wien abzeichnet, ist sozialpolitisch unbedenklich, so daß wohl nicht sobald Novellierungswünsche in dieser Richtung hin laut werden dürften.

Der Begriff Berufsunfähigkeit in der Pensionsversicherung der Angestellten ist eng mit der spezifischen Tätigkeit des Angestellten verbunden. Wenn auch für eine Leistung wegen Berufsunfähigkeit vorausgesetzt werden muß, daß der Grund für die Unfähigkeit, den Beruf auszuüben, in der körperlichen oder geistigen Verfassung des Angestellten liegt, so ist nicht schlechthin für die Berentung der Umstand maßgebend, daß der Angestellte nicht mehr in der Lage ist, ein bestimmtes Mindestentgelt zu verdienen. Dieses Unvermögen, ein bestimmtes Mindestentgelt zu verdienen, braucht nur in seinem bisher ausgeübten Beruf beziehungsweise diesem ähnlichen Beruf zu bestehen. Die enge Bindung an den bisherigen Beruf läßt es auch nur zu, daß der Angestellte auf solche andere Berufe verwiesen werden kann, die eine ähnliche Ausbildung und gleichwertige Kenntnisse und Fähigkeiten verlangen. Eine Verweisung auf artfremde Berufe ist nicht möglich. Dies zeigt sehr deutlich, daß die Pensionsversicherung der Angestellten, was die Leistung aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit anlangt, eine echte Berufsversicherung ist.

Wesentlich anders sieht es derzeit in der Pensionsversicherung der Arbeiter aus. Der Begriff der Invalidität ist nicht so sehr auf

das Unvermögen, die bisherige Tätigkeit auszuüben, sondern vielmehr auf die Tatsache abgestellt, daß der Versicherte nicht mehr imstande ist, die Hälfte dessen zu erwerben, was eine körperlich und geistig gesunde Person mit ähnlicher Ausbildung zu erzielen vermag. Die Bindung an den bisherigen Beruf ist viel lockerer als bei den Angestellten. Die Möglichkeiten, den Arbeiter auf eine andere Beschäftigung zu verweisen, sind bedeutend größer. Die Entscheidungen der Versicherungsträger und der Schiedsgerichte beweisen dies immer wieder.

Dieser Unterschied zwischen der Pensionsversicherung der Angestellten und der Pensionsversicherung der Arbeiter in bezug auf die Begriffe „Berufsunfähigkeit“ und „Invalidität“ ist der letzte wesentliche Unterschied, der zwischen den beiden Versicherungen überhaupt noch besteht. Auf Grund der Entwicklung der letzten Jahre ist es gerechtfertigt, diesen Unterschied abzubauen.

Es mag richtig sein, daß vor einigen Jahrzehnten die Tätigkeit eines Arbeiters, auch wenn es sich um einen gelernten Arbeiter gehandelt hat, eine rein manuelle gewesen ist und ein Berufswechsel daher leichter vorgenommen werden konnte als bei einem Angestellten. Die technische und wirtschaftliche Weiterentwicklung hat aber in den letzten Jahren dazu beigetragen, daß der gelernte Arbeiter heute über eine Ausbildung verfügt, die ihn kaum mehr von dem Angestellten unterscheidet. Aus dem rein manuell tätigen Arbeiter ist ein fachlich gebildeter und technisch geschulter Arbeiter geworden, der sich, um sich in einem Beruf behaupten zu können, Kenntnisse und Fähigkeiten erwerben muß, die bei einer durch Krankheit erzwungenen Aufgabe des Berufes nicht unbeachtet bleiben dürfen. Die Bindung des gelernten Arbeiters an seinen Beruf ist heute kaum mehr weniger eng als die Bindung des Angestellten an seinen Beruf. Es lag daher nahe, daß die Vertreter der Arbeitnehmer wiederholt und sehr nachdrücklich die Beseitigung des — wie schon erwähnt — einzigen wesentlichen Unterschiedes zwischen der Pensionsversicherung der Arbeiter und der Pensionsversicherung der Angestellten verlangt haben.

Die Änderung des Begriffes der Invalidität ist von den Antragstellern sehr lange und sehr eingehend erörtert worden, hat doch eine solche Änderung nicht nur im Bereiche der Sozialversicherung Auswirkungen, sondern auch arbeitsmarktpolitische Bedeutung.

Nach dem vorher Gesagten war es geradezu selbstverständlich, daß Arbeiter, die einen erlernten Beruf ausüben (Lehrberuf), bezüg-

lich der Anspruchsvoraussetzungen auf eine Rente aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit den Angestellten gleichgestellt werden. Es konnte aber nicht übersehen werden, daß auch sehr viele angelernte Arbeiter heute über Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen, die sie dem gelernten Arbeiter praktisch gleichstellen. Die große Schwierigkeit bei der Neuformulierung des Begriffes „Invalidität“ hat sich aus der Frage ergeben, für welche Kategorien der angelernten Arbeiter gleichfalls der „Berufsunfähigkeits“-Begriff maßgebend sein soll. Es lag daher nahe, den Begriff „angelernter Beruf“ im Gesetz selbst zu definieren. Nur dann, wenn der Versicherte eine Tätigkeit ausübt, für die qualifizierte Kenntnisse oder Fähigkeiten durch praktische Arbeit erworben werden müssen, und diese Kenntnisse oder Fähigkeiten jenen in einem erlernten Beruf gleichzuhalten sind, soll ein angelernter Beruf als gegeben angenommen werden. Die Prüfung, ob diese Voraussetzungen vorliegen, wird keine Schwierigkeiten bereiten, wenn es sich um eine Tätigkeit handelt, die ein Versicherter in einem üblicherweise erlernten Beruf ausübt, ohne daß er tatsächlich den Beruf erlernt hat. Dies wird beispielsweise bei einem Metalldreher der Fall sein, der diesen Beruf ausübt, ohne den Beruf eines Drehers erlernt zu haben. In solchen Fällen soll es für die Anspruchsberechtigung auf eine Leistung aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit gleichgültig sein, ob die Kenntnisse oder Fähigkeiten durch die Absolvierung eines Lehrverhältnisses oder durch praktische Arbeit erworben wurden. Handelt es sich um Fähigkeiten, für die eine Ausbildung in Form eines Lehrverhältnisses überhaupt nicht vorgesehen ist, zum Beispiel für die Tätigkeit als Kraftfahrer, wird die Feststellung notwendig sein, daß eine solche Tätigkeit nach den für sie in Betracht kommenden Voraussetzungen im allgemeinen eine ähnliche Summe besonderer Kenntnisse oder Fähigkeiten erfordert wie die Tätigkeit in einem erlernten Beruf. Es wird sich nicht um den Vergleich mit einem konkreten erlernten Beruf handeln dürfen. Für einen „Berufs“-Kraftfahrer wird in Ansehung der von ihm geforderten Kenntnisse, beispielsweise der Verkehrsvorschriften, und der besonderen Fähigkeiten, ein Kraftfahrzeug zu lenken, die Frage, ob er sich „qualifizierte Kenntnisse oder Fähigkeiten“ erworben hat, „welche jenen in einem erlernten Beruf gleichzuhalten sind“, jedenfalls zu bejahen sein.

Der neue Invaliditätsbegriff wird allerdings für die in erlernten (angelernten) Berufen tätigen Versicherten nur dann gelten, wenn diese Berufe überwiegend ausgeübt worden

sind. Was unter „überwiegend ausgeübt“ zu verstehen ist, wird im zweiten Satz des Abs. 2 definiert. Für Versicherte, die nicht überwiegend in erlernten (angelernten) Berufen im Sinne des Abs. 1 und 2 tätig waren, wird der bisherige Invaliditätsbegriff auch in Zukunft gelten, wobei jedoch bei der Prüfung der sogenannten Verweisungsberufe zu beachten sein wird, daß es sich um eine Tätigkeit handelt, die auf dem Arbeitsmarkt noch bewertet wird.

Im Zusammenhang mit der Neufassung des § 255 war auch eine entsprechende textliche Anpassung der §§ 273 und 278 notwendig.

Zu Z. 27:

§ 256:

Bei der Änderung im § 256 letzter Satz handelt es sich um eine terminologische Richtigestellung. Die Klage an das Schiedsgericht, die unter dem gegenwärtig an dieser Gesetzesstelle verwendeten Ausdruck „Rechtsmittel“ verstanden werden soll, ist kein Rechtsmittel im Sinne der Zivilprozeßordnung.

Zu Z. 28:

§ 258:

Hat ein **Rentner** eine Ehe geschlossen, so gebührt seiner Gattin nach den bisherigen Bestimmungen nach seinem Tode unter anderem nur dann die Witwenrente, wenn die Ehe mindestens drei Jahre gedauert und der Altersunterschied nicht mehr als zehn Jahre betragen hat. Nach den neuen Bestimmungen soll die Witwenrente bereits dann gebühren, wenn der Altersunterschied nicht mehr als 15 Jahre beträgt.

Zu Z. 29:

§ 261:

Durch die Neufassung des Abs. 4 wird die Regelung hinsichtlich des Zuschlages zum Grundbetrag auch auf Altersrenten ausgedehnt. In Betracht kommen Altersrenten mit einer Versicherungszeit von 15 bis zu ungefähr 24 Jahren, wobei die Fälle häufiger sein werden, die mehr zur Ober- als zur Untergrenze neigen. Die Bemessung des Zuschlages „bis zu 10 v. H.“ der maßgebenden Bemessungsgrundlage gegenüber dem „Zuschlag von 10 v. H.“ entspricht der Absicht des Gesetzgebers, die allerdings im Text des Stammgesetzes nicht zweifelsfrei zum Ausdruck kam. Die tatsächliche Absicht des Gesetzgebers geht aus den Erläuternden Bemerkungen zum Stammgesetz hervor. Auch die Praxis der Versicherungsträger entspricht der Absicht des Gesetzgebers, so daß diese

textliche Änderung keine Änderung der Praxis der Versicherungsträger nach sich ziehen wird. Zur Vermeidung von Zweifeln wird schließlich noch zum Ausdruck gebracht, daß dieser Zuschlag als Bestandteil des Grundbetrages anzusehen ist.

Zu Z. 30:

§ 264:

Durch die Neufassung des zweiten Satzes des Abs. 1 soll erreicht werden, daß der an dieser Stelle vorgesehene Mindestbetrag der Witwenrente (25 v. H. der Bemessungsgrundlage) auch der Witwe zugute kommt, die ein nachgeborenes waisenrentenberechtigtes Kind hat.

Zu Z. 31:

§ 268:

Durch die Anfügung des letzten Satzes an Abs. 1 soll verhindert werden, daß ein Ausstattungsbeitrag für Zeiten geleistet werden muß, welche bereits bei der Feststellung des Bestandes eines Leistungsanspruches berücksichtigt worden sind.

Zu Z. 32:

§ 269:

Neu aufgenommen wurde in Abs. 1 Z. 2 die Witwe, die im Hinblick auf die Bestimmungen des § 258 Abs. 2 keinen Anspruch auf Witwenrente hat. Diese Personen, die bisher aus der Pensionsversicherung des verstorbenen Ehegatten überhaupt keinen Leistungsanspruch hatten, erhalten nunmehr bei Erfüllung der im § 269 Abs. 1 Z. 2 festgelegten Voraussetzungen einen Anspruch auf Abfindung.

Von der Voraussetzung, daß die Anspruchsberechtigten erwerbsunfähig sein und ausschließlich von dem Verstorbenen erhalten werden mußten, wurde abgegangen; der Anspruch auf Abfindung soll bereits gegeben sein, wenn sie unversorgt und überwiegend vom Verstorbenen erhalten worden sind.

Zu Z. 33:

§ 273:

In der bisherigen Fassung des § 273 wurde bei der Umschreibung der in Betracht kommenden Vergleichsperson diese unzutreffenderweise als körperlich oder geistig gesunder Versicherter bezeichnet. Als Vergleichsperson kann jedoch nur ein körperlich und geistig gesunder Versicherter in Betracht kommen. Weiters wurde die textliche Übereinstimmung mit § 255 in der Fassung des Antrages hergestellt.

Zu Z. 34:**§ 275:**

Nach der derzeit geltenden Fassung des § 275 Abs. 2 letzter Satz würde der Knappschaftssold auch bei Anfall einer vorzeitigen Knappschaftsaltersrente wegfallen. Diese Konsequenz sollte jedoch vermieden werden und der Knappschaftssold erst mit Erreichung des Anfallsalters für eine sonstige Altersrente wegfallen. In der Neufassung wird daher für die Dauer des Bestandes eines Anspruches auf vorzeitige Knappschaftsaltersrente bei Arbeitslosigkeit der Anspruch auf Knappschaftssold ruhend gestellt, er fällt erst dann weg, wenn die vorzeitige Altersrente über das 65. (60.) Lebensjahr hinaus gewährt wird oder — wie bisher — ein Anspruch auf eine sonstige Altersrente anfällt.

Zu Z. 35:**§ 278:**

Auch § 278 mußte im Hinblick auf die Neufassung des § 255 textlich angepaßt werden.

Zu Z. 36:**§ 281:**

Die Neufassung des Abs. 1 läuft auf die Klarstellung hinaus, daß der Anfall des Knappschaftssoldes — der eine Leistung aus dem Versicherungsfall des Alters ist — nicht auch den Anspruch auf Bergmannstreuegeld bewirkt.

Aus den bereits zu Art. IV Z. 13 (§ 236 Abs. 3) angegebenen Gründen sollen auch Hauertätigkeiten, die den Anspruch auf das Bergmannstreuegeld einräumen, und die ihnen gleichgestellten Tätigkeiten taxativ aufgezählt werden, wozu die Anlage 10 vorgesehen ist. Dabei ist zu berücksichtigen, daß das ASVG im Vergleich zu den vorher in Geltung gestandenen Bestimmungen über das Bergmannstreuegeld nur dessen Ausmaß und die erforderlichen Anspruchsvoraussetzungen, nicht aber den Kreis der anspruchsberechtigten Personen geändert hat. Ausgehend von der Arbeit des Gewinnungshauers im Grubenabbau als der eigentlichen Hauertätigkeit ist nach wie vor eine Reihe von Tätigkeiten festzustellen, die die Merkmale für die Gleichstellung aufweisen. Eine Änderung wurde insofern vorgenommen, als die kurzfristige, aus betrieblichen Gründen bedingte Ausübung einer sonstigen Tätigkeit sowie die Freistellung als Betriebsrat die Verrichtung der Hauertätigkeit oder ihr gleichgestellten Tätigkeiten nicht unterbricht, solange der Versicherte nicht an sich dienstunfähig wird. Das Bestehen der Dienstfähigkeit wird vom Versicherungsträger durch periodische Kontroll-

untersuchungen zu prüfen sein. Alle Hauer- und gleichgestellten Tätigkeiten sind in der Anlage 10 verzeichnet.

Zu Z. 37:**§ 284:**

Das Ausmaß des Knappschaftssoldes ist im § 283 geregelt. Er mußte daher bei der Regelung des Ausmaßes der Leistungen aus den Versicherungsfällen des Alters im § 284 Abs. 1 ausgenommen werden.

Die Ausführungen in den Erläuternden Bemerkungen zu den Änderungen im § 261 gelten entsprechend auch für die Änderungen im § 284 Abs. 4. Hinsichtlich der Änderungen des ersten Satzes des Abs. 6 wird auf die Ausführungen in den Erläuternden Bemerkungen zu § 236 Abs. 3 verwiesen.

Zu Z. 38:**§ 285:**

Aus den bereits zur Änderung des § 261 Abs. 4 dargelegten Gründen wurde auch die Bestimmung des § 285 Abs. 4 in entsprechender Weise neu gefaßt. Im Gegensatz zu den entsprechenden Änderungen bei den §§ 261 Abs. 4 und 284 Abs. 4, die auch eine Erweiterung des Anwendungsbereiches dieser Bestimmungen auf Altersrenten zum Inhalt haben, kommt eine solche Erweiterung des Anwendungsbereiches bei den im § 285 geregelten Knappschaftsrenten begrifflich nicht in Betracht.

Zu Z. 39:**§ 288:**

Die Änderung des Ausdruckes im § 288 Abs. 1 ist durch die gleichartige Änderung im § 281 Abs. 3 bedingt.

Zu Z. 40:**§ 289:**

Durch die Neufassung der Z. 2 des § 289 soll in gleicher Weise wie durch die Neufassung des § 264 Abs. 1 zweiter Satz erreicht werden, daß der an dieser Stelle vorgesehene Mindestbetrag der Witwenrente (28 v. H. der Bemessungsgrundlage) auch der Witwe zugute kommt, die ein nachgeborenes waisenrentenberechtigtes Kind hat. Im übrigen wird auf die Ausführungen zu Art. IV Z. 30 verwiesen.

Zu Z. 41:**§ 292:**

Nach den Erläuternden Bemerkungen zum Abschnitt V (§§ 292 bis 299) in der Fassung des Stammgesetzes ist die Ausgleichszulage, soweit nichts besonderes bestimmt ist, als Bestandteil der Rente anzusehen. Die Aus-

gleichszulage ist also grundsätzlich als Leistung aus der Sozialversicherung konstruiert. Bei der Feststellung, ob eine Ausgleichszulage gebührt, sind jedoch weitgehend die für die Gewährung einer Fürsorgeunterstützung maßgebenden Grundsätze anzuwenden. Einer dieser Grundsätze besagt, daß Leistungen nur an Personen gewährt werden, die sich im Inland aufhalten. Dieser Grundsatz wird durch die Änderung im Abs. 1 (Z. 41 lit. a) nunmehr auch für den Bereich des Ausgleichszulagenrechtes ausdrücklich ausgesprochen.

Einige Änderungen sind im Abs. 2 des § 292, der jene Leistungen aufzählt, die bei der Feststellung des Gesamteinkommens außer Betracht zu bleiben haben, vorgenommen worden. Nach der geltenden Fassung der lit. c bleiben die Kinderzuschüsse sowie die Rentensonderzahlungen „nach diesem Bundesgesetz“ außer Betracht. Das bedeutet, daß Kinderzuschüsse etwa aus der Pensionsversicherung nach dem GSPVG. und Rentensonderzahlungen nach dem GSPVG. bei Beziehern einer Rente nach dem ASVG. als Einkommen gelten, die gleichen Leistungen nach dem ASVG. jedoch nicht zum Gesamteinkommen zählen. Die vorgeschlagene Fassung zielt darauf ab, die Kinderzuschüsse und die Rentensonderzahlungen aus der Sozialversicherung schlechthin nicht auf das Gesamteinkommen anzurechnen.

Die in lit. g des Abs. 2 genannten Leistungen sind um einmalige Unterstützungen der gesetzlichen beruflichen Vertretung an ihre Mitglieder sowie um Betriebsratsunterstützungen erweitert worden. Es handelt sich hier um Leistungen, die den Gewerkschaftsunterstützungen sehr nahe kommen, so daß es unverständlich wäre, warum nicht auch sie von der Anrechnung ausgenommen sind. Eine Erweiterung erfährt der Katalog des § 292 Abs. 2 durch die lit. l. Schon seit langer Zeit vertritt die Zentralorganisation der Kriegsofferverbände die Forderung, die Grundrenten nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz, die nach Auffassung dieser Organisation kein Einkommen, sondern eine Entschädigung darstellen, bei der Feststellung, ob und in welchem Ausmaß eine Ausgleichszulage gebührt, außer Betracht zu lassen. Die Antragsteller sind der Meinung, daß diesem Begehren der Zentralorganisation zumindest teilweise Rechnung getragen werden sollte. Es ist daher in Aussicht genommen, ab 1. Jänner 1962 ein Drittel der Grundrenten nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz 1957 auf das Gesamteinkommen nicht anzurechnen. Die gleiche Regelung soll auch bezüglich der Grundrenten nach dem Opferfürsorgegesetz gelten. Der Jahresaufwand für diese Maßnahmen wird auf rund

22 Millionen Schilling geschätzt; für diesen Aufwand ist budgetmäßig vorgesorgt.

Durch Z. 41 lit. e soll der Abs. 3 des § 292 über die Höhe der Richtsätze neuerlich abgeändert werden. Es ist in Aussicht genommen, den Richtsatz für Rentenberechtigte aus eigener Pensionsversicherung, für Rentenberechtigte auf Witwen(Witwer)rente und für Rentenberechtigte auf Waisenrente nach Vollendung des 24. Lebensjahres (wenn beide Elternteile verstorben sind) von derzeit 680 S ab 1. Jänner 1962 auf 720 S und ab 1. Juli 1962 auf 750 S zu erhöhen. Diese Erhöhung trägt der seit der letzten Richtsaterhöhung (1. November 1960) eingetretenen Veränderung des Preisniveaus Rechnung und berücksichtigt weiters die Tatsache, daß die Bezieher von Ausgleichszulage in der Regel auch auf Grund des Wirksamwerdens der 2. Etappe der Rentenreform mit 1. Jänner 1962 keine Erhöhung ihrer Bezüge erfahren werden. Auch die Richtsätze für einfach Verwaiste und für Doppelwaisen unter dem 24. Lebensjahr werden — wie aus dem Antrag ersichtlich — erhöht. Der Aufwand für die beiden Richtsaterhöhungen wird im Jahre 1962 rund 185 Millionen Schilling betragen. Für diesen Mehraufwand ist gleichfalls budgetär vorgesorgt.

Der Zuschlag für die Ehegattin, der zur Zeit 320 S beträgt, und der Zuschlag für jedes Kind (100 S) soll unverändert bleiben. Die Änderung des § 292 Abs. 3 wurde auch dazu benützt, um klarzustellen, daß für die Auslegung des Begriffes „Kind“ der in der Pensionsversicherung allgemein geltende Kinderbegriff, wie er sich aus § 252 ergibt, maßgebend ist.

Ergänzend wird bemerkt, daß sich die Erhöhung des Richtsatzes für Direktrentner auf die in sonstigen Bestimmungen des Gesetzes enthaltenen Beträge, die der bisherigen Höhe des Richtsatzes entsprochen haben, nicht auswirken soll. Es wird sich daher der im § 253 genannte Betrag von 680 S nicht erhöhen. Im übrigen wird auf die Ausführungen zu den §§ 94, 122 und 152 verwiesen.

Die Neufassung des ersten Satzes des Abs. 6 (Z. 41 lit. f) läuft darauf hinaus, eine bei allen Pensionsversicherungsträgern bestehende Praxis auch im Gesetz zweifelsfrei zu verankern.

Zu Z. 42 und 43:

§§ 292 a und 296:

Im § 292 a Abs. 2 hat der Gesetzgeber bestimmt, mit welchem Betrag Unterhaltsverpflichtungen im Bereiche des Ausgleichszulagenrechtes zu berücksichtigen sind. § 292 a ist durch die 1. Novelle zum ASVG., BGBl. Nr. 266/1956, in das Gesetz eingefügt

worden. Die Ansätze, die aus dem Jahre 1956 stammen, sind durch die Lohn- und Gehaltsentwicklung einerseits, aber auch durch die Entwicklung, die die Richtsätze seither erfahren haben, überholt. Sie werden nunmehr den gegenwärtigen Verhältnissen angepaßt.

Aus Gründen der besseren Übersichtlichkeit wird im § 296 — also innerhalb des Ausgleichszulagenrechtes selbst — gesagt, ab wann die Ausgleichszulage gebührt und wann der Anspruch auf eine Ausgleichszulage endet. Sie gebührt grundsätzlich ab dem Tag, an dem die Voraussetzungen für den Anspruch erfüllt sind. Wird die Ausgleichszulage erst zu einem späteren Zeitpunkt beantragt, so soll sie noch für drei Monate im nachhinein gewährt werden. Diese Ergänzung hat insbesondere für jene Fälle Bedeutung, in denen auf Grund sonstiger Änderungen der Rentenakt neu bearbeitet und bei diesem Anlaß das Bestehen eines Ausgleichszulagenanspruches festgestellt wird. In all diesen Fällen kann die Ausgleichszulage, wenn zutage tritt, daß der Ausgleichszulagenanspruch schon seit Jahren besteht, nur ex nunc gewährt werden. In Zukunft soll die finanzielle Besserstellung wenigstens für ein Vierteljahr zurück erfolgen können.

Zu Z. 44 und 45:

§ 300 a:

Wie schon aus der Erläuterung des Leistungskataloges (§ 221 in der Fassung des Art. IV Z. 1) hervorgeht, sollen die Pensionsversicherungsträger neben den Leistungen der Gesundheitsfürsorge nach Abschnitt VI des Vierten Teiles auch Maßnahmen der Rehabilitation durchführen können. Die Gewährung einer beruflichen Ausbildung wird zweifellos in vielen Fällen geeignet sein, eine sonst notwendige Berentung zu vermeiden oder zumindest hinauszuschieben. Überall dort, wo die Aussicht besteht, die Arbeitsfähigkeit von Versicherten durch eine berufliche Ausbildung — vor allem wird hier die Umschulung in Betracht kommen — zu erhalten, wiederherzustellen oder zu verbessern, wird ein Rehabilitationsverfahren eingeleitet werden können. Allerdings wird ein Rehabilitationsverfahren niemals für sich allein, sondern nur im Zusammenhang mit einem Heilverfahren veranlaßt werden können. Dies entspricht wohl auch den praktischen Erfordernissen, weil die berufliche Umschulung das letzte Mittel sein soll, um dem Versicherten die Teilnahme am Arbeitsleben zu ermöglichen. Primär soll wohl immer versucht werden, im Rahmen eines Heilverfahrens die Arbeitskraft so weit wiederherzustellen, daß der Versicherte in seinem Beruf verbleiben kann. Leistungen der be-

ruflichen Ausbildung werden neben den Versicherten auch den Beziehern einer Rente aus einem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit gewährt werden können. Für die Bezieher einer Altersrente kommen Maßnahmen der beruflichen Ausbildung begrifflich nicht in Betracht. Als Richtschnur für die praktische Durchführung der Rehabilitation sollen die Bestimmungen über die berufliche Ausbildung, die Hilfe zur Erlangung einer Arbeitsstelle, das Zusammenwirken mit den Landesarbeitsämtern und Arbeitsämtern sowie die Versorgung mit Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln aus der Unfallversicherung dienen.

Zu Z. 46:

§ 301:

Durch die Änderung soll erreicht werden, daß auch dann ein Heilverfahren gewährt werden kann, wenn dadurch eine drohende Hilflosigkeit abgewendet oder eine schon bestehende behoben werden kann.

Die Einführung des Begriffes „Sonderheilanstalt“ paßt den Gesetzestext der Terminologie des Krankenanstaltengesetzes an.

Zu Z. 47:

§ 302:

Nach Abs. 1 kann nunmehr auch das Taggeld dem Versicherten gewährt werden, der keinen Anspruch auf Familiengeld hat. Die im Abs. 2 aufgenommene Bestimmung, wonach auch in den Fällen, in denen das aus der Krankenversicherung gebührende Familiengeld niedriger ist als 10 S täglich, ein Familiengeld von 10 S gewährt wird, war notwendig, um denjenigen, der nur Anspruch auf ein geringes Familiengeld aus der Krankenversicherung hat, nicht schlechter zu stellen, als denjenigen, der überhaupt keinen Anspruch auf Familiengeld hat. Schließlich wurde das Ausmaß des Taggeldes von 4 S auf 5 S erhöht und damit dem Ausmaß des Taggeldes angepaßt, wie es im Bundesdurchschnitt von den Trägern der Krankenversicherung gewährt wird.

Zu Z. 48:

§ 303:

Durch die Neufassung dieser Bestimmung wird bewirkt, daß in Fällen, in denen ein Rentenberechtigter auf Grund einer neben dem Rentenbezug ausgeübten Beschäftigung in der Pensionsversicherung pflichtversichert ist, für die Dauer einer beruflichen Ausbildung oder einer Heilbehandlung nach § 301 die Rente gemäß § 94

in der früheren Höhe ruhend bleibt, aber daneben das Familiengeld nach § 302 gewährt wird.

Zu Z. 49:

§ 305:

Durch die in Aussicht genommene Ergänzung des § 305 soll dem Versicherungsträger die Möglichkeit gegeben werden, auch dann mit einer gänzlichen oder teilweisen Versagung der Rente vorzugehen, wenn der Versicherte oder Rentner, dem ein Heilverfahren gewährt wird, durch sein disziplinloses Verhalten den Zweck des Heilverfahrens gefährdet oder vereitelt. In der Praxis haben sich wiederholt Fälle ergeben, in denen solche Personen durch Exzesse in alkoholisiertem Zustand oder durch sonstige Verstöße gegen die Heimordnung die Anstaltsleitung vor die Notwendigkeit stellten, das Heilverfahren vorzeitig abubrechen. In solchen Fällen scheiterte jeder neuerliche Versuch des Versicherungsträgers, bei einer solchen Person das Heilverfahren durchzuführen, weil immer wieder die Entfernung dieser Person aus der Heilstätte aus den oben genannten Gründen notwendig wurde. Da die Angehörigen des Versicherten (Rentners) in den aufgezeigten Fällen an dessen Verhalten nicht schuldtragend sein werden, ist es gerechtfertigt, ihnen eigene Leistungsansprüche in beschränkter Höhe zuzubilligen, wie dies bereits in ähnlicher Form in den §§ 88 Abs. 2, 89 Abs. 4 und 142 Abs. 2 ASVG. vorgesehen ist. Hingegen wurde davon abgesehen, die Rente bei Aufhören des ordnungswidrigen Verhaltens rückwirkend nachzuzahlen. Eine solche Lösung würde eine völlige Neuerung darstellen und ist beispielsweise auch bei der ähnlichen Regelung des § 143 Abs. 5 Z. 3 ASVG. (Ruhens des Krankengeldes bei wiederholter Verletzung von Bestimmungen der Krankenordnung oder von Anordnungen des behandelnden Arztes) nicht vorgesehen. Eine rückwirkende Nachzahlung würde auch deshalb zu Schwierigkeiten führen, weil den schuldlosen Angehörigen für diese Zeit eigene Leistungsansprüche eingeräumt werden sollen. Schließlich darf nicht übersehen werden, daß die Möglichkeit, die Rente ganz oder nur teilweise zu versagen, ohnehin zuläßt, auf die Schwere des Verstoßes Rücksicht zu nehmen.

Zu Z. 50:

§ 308:

Die Worte „und keinen Ruhegenuß aus einem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis bezog“ haben insofern zu Schwierigkeiten in der Auslegung geführt, als die Mei-

nungen geteilt waren, ob sich dieser Ausdruck nur auf die im öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder auch auf die im privatrechtlichen Dienstverhältnis zugebrachten Zeiten zu beziehen hätte. Um jeden Zweifel zu beseitigen, wurden die umstrittenen Worte im Zusammenhang mit einem privatrechtlichen Dienstverhältnis wiederholt. Damit ist eine unterschiedliche Behandlung ausgeschlossen. Nach dieser Neufassung ist der Dienstgeber verpflichtet, wenn er einen Überweisungsbetrag überhaupt erhalten will, die Beitragsmonate, die in einem öffentlich-rechtlichen oder privatrechtlichen Dienstverhältnis erworben worden sind und während deren der Versicherte keinen Ruhegenuß aus einem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis bezogen hat, anzurechnen. Wurde während einer solchen Beitragszeit ein Ruhegenuß aus einem solchen Dienstverhältnis bezogen, braucht diese Zeit vom Dienstgeber nach den Vorschriften des § 308 nicht angerechnet zu werden und trotzdem wird für die übrige, sonst anrechenbare Versicherungszeit ein Überweisungsbetrag geleistet. Rechnet ein Dienstgeber Beitragszeiten, während deren ein Ruhegenuß bezogen worden ist, aber an, werden diese Zeiten natürlich im Überweisungsbetrag berücksichtigt.

Als Bemessungsgrundlage für die Ermittlung des Überweisungsbetrages soll § 238 mit der Maßgabe angewendet werden, daß nur solche Versicherungszeiten zu berücksichtigen sind, für die auch tatsächlich ein Überweisungsbetrag geleistet wird. Eine Beeinflussung der Bemessungsgrundlage durch nicht im Ruhe-(Versorgungs)genuß berücksichtigte Versicherungszeiten wird damit hintangehalten.

Zu Z. 51:

§ 310:

Mit der Leistung des Überweisungsbetrages nach § 308 soll der Versicherte zur Gänze aus der Versicherung ausscheiden. Dies wird dadurch erreicht, daß ein Überweisungsbetrag an den Dienstgeber zu leisten ist und für nicht angerechnete Beitragszeiten die Beiträge dem Versicherten erstattet werden. Durch den Wortlaut des § 310 in der derzeit geltenden Fassung war es nicht möglich, nach Leistung des Überweisungsbetrages irgendwelche Ansprüche oder Berechtigungen in Zukunft geltend zu machen. Nicht vorgesorgt war allerdings für jene Fälle, in denen bereits vor der Aufnahme in ein pensionsversicherungsfreies Dienstverhältnis eine Leistung aus der Pensionsversicherung gewährt wurde. Durch die Ergänzung des § 100 Abs. 1 wurde nun bestimmt, daß der Anspruch auf eine laufende Leistung ohne weiteres Verfahren erlischt,

wenn der Überweisungsbetrag nach § 308 bezahlt wird. Auf diesen Erlösungsgrund wird im § 310 Bedacht genommen, wobei im übrigen der bisherige Wortlaut übernommen wird. Praktisch wird sich diese neue Bestimmung so auswirken, daß sich der Versicherte, der in ein pensionsversicherungsfreies Dienstverhältnis aufgenommen werden soll und bereits eine laufende Leistung aus der Pensionsversicherung bezieht, entscheiden wird müssen, ob er die Leistung aus der Pensionsversicherung weiter beziehen und nur die tatsächlich im pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis zugebrachten Zeiten für den Ruhe(Versorgungs)genuß angerechnet erhalten will oder ob er auf die Leistung aus der Pensionsversicherung verzichten will, wobei ihm dann die dieser Leistung zugrunde liegenden Versicherungszeiten für den Ruhe(Versorgungs)genuß angerechnet werden können. Sollte der Versicherte auf die laufende Leistung aus der Pensionsversicherung nicht verzichten wollen, hat er auch die Möglichkeit, durch freiwillige Versicherung die Leistung aus dem nächsten Versicherungsfall zu erhöhen.

Zu Z. 52:

§ 311:

Die Durchführung des § 311 ASVG. begegnete in der Praxis verschiedentlich Schwierigkeiten, da die bisherige Fassung dieser Bestimmung auf die Besonderheiten des Dienstrechtes nicht in ausreichendem Maße Bedacht nahm. Die vorgesehenen Änderungen und Ergänzungen des § 311 sollen diesem Umstand Rechnung tragen.

Die Regelung des Abs. 1 erfährt eine Ergänzung hinsichtlich der außerordentlichen Ruhe(Versorgungs)genüsse. Gemäß § 311 Abs. 1 erster Satz in der bisherigen Fassung ist ein Überweisungsbetrag nicht zu leisten, wenn dem Bediensteten beim Ausscheiden aus dem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis ein Anspruch auf einen laufenden Ruhe(Versorgungs)genuß erwachsen ist. Die Fälle, in denen einem Bediensteten beim Ausscheiden ein Anspruch auf einen außerordentlichen Ruhe(Versorgungs)genuß zuerkannt wurde, waren hiedurch nicht erfaßt. In solchen Fällen war dennoch der Überweisungsbetrag zu leisten. Diese Regelung erscheint in solchen Fällen unzumutbar, in denen der außerordentliche Ruhe(Versorgungs)genuß unwiderruflich und in der Höhe des normalmäßigen Ruhe(Versorgungs)genusses gewährt wird, da sich ein solcher Ruhe(Versorgungs)genuß außer im Grunde seines Entstehens durch nichts von einem normalmäßigen Ruhe(Versorgungs)genuß unterscheidet. Im Falle der Gewährung eines außerordentlichen Ruhe(Versorgungs)genusses

der bezeichneten Art wird daher gemäß der Neufassung des Abs. 1 ebenfalls ein Überweisungsbetrag nicht zu leisten sein.

Bisher war der Dienstgeber von der Leistung des Überweisungsbetrages befreit, wenn „versorgungsberechtigte Hinterbliebene“ nicht vorhanden waren. Diese Formulierung ließ die Frage offen, ob die Versorgungsberechtigung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz oder nach den pensionsrechtlichen Vorschriften des Dienstgebers gegeben sein müßte. Diese Frage wird nunmehr eindeutig dahingehend geklärt, daß die Versorgungsberechtigung nach den pensionsrechtlichen Bestimmungen des Dienstgebers gegeben sein muß.

Wird nach dem Ausscheiden eines Dienstnehmers ein widerruflicher oder befristeter außerordentlicher Ruhe(Versorgungs)genuß in der Höhe eines normalmäßigen Ruhe(Versorgungs)genusses gewährt, soll der Überweisungsbetrag erst nach Wegfall des Ruhe(Versorgungs)genusses geleistet werden.

Zeiten, die ein Arbeiter vor dem 1. Jänner 1939 in einem pragmatischen Dienstverhältnis zugebracht hat, konnten bisher in einem Überweisungsbetrag nach § 311 nicht berücksichtigt werden, weil es sich bei diesen Zeiten wegen des Fehlens der Pensionsversicherungspflicht für Arbeiter überhaupt um keine pensions(renten)versicherungsfreien Zeiten gehandelt hat. Diesem Mangel soll nun dadurch abgeholfen werden, daß Dienstzeiten eines Arbeiters, während deren dem Arbeiter Leistungen des Dienstgebers zugesichert waren, die den gesetzlichen Leistungen der Sozialversicherung gleichwertig gewesen sind, wie pensionsversicherungsfreie Zeiten behandelt und daher im Überweisungsbetrag nach § 311 berücksichtigt werden sollen. Eine weitere Ergänzung erfolgte noch durch die den dienstrechtlichen Verhältnissen Rechnung tragende Bestimmung hinsichtlich der Beurlaubung gegen Entfall der Gebühren und hinsichtlich der Kürzungen des Entgeltes aus Anlaß einer Suspendierung.

Bei der Leistung des Überweisungsbetrages nach § 311 an den Versicherungsträger zurückzuzahlende Überweisungsbeträge nach § 308, die der Dienstgeber anlässlich der Aufnahme erhalten hat, sind mit den Faktoren der Anlage 5 (entsprechend dem Jahr der Aufnahme) aufzuwerten.

Freiwillige Beiträge, die ein Dienstgeber für einen bei ihm beschäftigten, in der Pensionsversicherung versicherungsfreien Dienstnehmer geleistet hat, sollen auf den Überweisungsbetrag, der vom Dienstgeber beim Ausscheiden des Dienstnehmers an den Pensionsversicherungsträger zu leisten ist, angerechnet werden.

Zu Z. 53:**§ 313:**

Im § 313 wurde der Begriff Beitragsmonate durch den Begriff Versicherungsmonate ersetzt, weil im Sinne des § 311 Abs. 5 zweiter Satz durch die Leistung des Überweisungsbetrages auch Ersatzzeiten entstehen können.

Zu Art. V.**Zu Z. 1:****§ 317:**

Der Ausschuß für soziale Verwaltung hat in seinem Bericht zur Regierungsvorlage des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (613 der Beilagen zu den stenographischen Protokollen des Nationalrates VII. GP., zu den §§ 315 bis 319) der Auffassung Ausdruck verliehen, daß unter dem in den §§ 317 Abs. 1, 320, 328 und 332 Abs. 4 ASVG. verwendeten Begriff des gebührenden Krankengeldes nach § 141 ASVG. lediglich das im § 141 Abs. 1 vorgesehene Normalkrankengeld zu verstehen sei, während die auf mehr oder weniger persönliche Umstände zurückgehenden Erhöhungen des Krankengeldes nach § 141 Abs. 2 und 3 außer Betracht zu lassen seien. Zur Vermeidung von Auslegungsschwierigkeiten wird dies nunmehr an den in Betracht kommenden Gesetzesstellen (§§ 317 Abs. 1, 320 und 328) auch im Gesetzestext in eindeutiger Weise zum Ausdruck gebracht.

Ferner wurde, um die Anwendbarkeit der Ersatzregelung des § 317 Abs. 1 auch für die Versicherten sicherzustellen, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben, eine entsprechende Ergänzung dahingehend aufgenommen, daß, sofern ein Anspruch auf Krankengeld nicht besteht, als Ersatz für geleistete Anstaltspflege ein Betrag in der Höhe der Aufwendungen für diese Anstaltspflege zu leisten ist.

Der derzeit im § 317 Abs. 5 ASVG. verwendete Ausdruck „Monatsgeldes“ beruht auf einem Redaktionsversehen bei der Erstellung des Gesetzestextes des Stammgesetzes. Der Ausdruck soll richtig „Monatsentgeltes“ lauten.

Zu Z. 2 und 3:**§§ 319 a und 319 c:**

Nach der gegenwärtigen Regelung der Ersatzansprüche zwischen der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt und den Krankenversicherungsträgern (§ 319 a) wären mit der Leistung des besonderen Pauschbetrages von 80 Millionen Schilling durch die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt auch die Aufwendungen für die wiederkehrenden Geldleistungen aus der Krankenversicherung sowie

die Aufwendungen für Anstaltspflege bei der durch einen Arbeitsunfall verursachten Krankheit oder bei einer Berufskrankheit ab dem ersten Tag der 27. Woche nach dem Arbeitsunfall beziehungsweise nach dem Beginn der Berufskrankheit abgegolten. Es handelt sich hierbei um die Zeit, für die der Krankenversicherungsträger bis zur Ausschöpfung der Höchstanspruchsdauer von 52 Wochen die Leistung des Krankengeldes beziehungsweise die Leistung der Anstaltspflege zu erbringen hat und für die gemäß dem neu eingefügten § 90 a der Anspruch auf Versehrtenrente ruht. Es wäre unbillig, mit diesen durch die Neuregelung des § 90 a verursachten Aufwendungen aus der Krankenversicherung, denen eine entsprechende Verminderung der Belastung der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt gegenübersteht, den Krankenversicherungsträger endgültig zu belasten, während sich für die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt daraus Ersparnisse ergeben. Durch den neu eingefügten § 319 c soll daher vorgesorgt werden, daß diese Aufwendungen des Krankenversicherungsträgers ab dem ersten Tag der 27. Woche nach dem Arbeitsunfall von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt unabhängig von der Leistung des besonderen Pauschbetrages ersetzt werden.

Zu Z. 4:**§ 320:**

Auf die Ausführungen zu Art V Z. 1 (§ 317) wird hingewiesen.

Zu Z. 5:**§ 320 b:**

Da in den vorangehenden Unterabschnitten des Abschnittes I des Fünften Teiles des ASVG. einzelne Ersatzansprüche der Versicherungsträger untereinander in materiell-rechtlicher Hinsicht geregelt werden, soll in dem neu eingefügten 3. Unterabschnitt aus Gründen der Rechtssicherheit eine Frist für die Geltendmachung sonstiger Ersatzansprüche der Versicherungsträger eingeführt werden, nach deren ungenutztem Ablauf der Ersatzanspruch verloren sein soll.

Zu Z. 6:**§ 324:**

Die derzeitige Fassung des § 324 Abs. 3 ASVG. bildete in mehrfacher Hinsicht Anlaß zu Meinungsverschiedenheiten zwischen den Versicherungsträgern und den Fürsorgeträgern. Zunächst ist der dort verwendete Ausdruck „geschlossene Anstalt“ dem Fürsorgerecht fremd; die Feststellung des Begriffsinhaltes dieses Ausdruckes bewirkte daher Schwierig-

keiten. Da im Klammerausdruck „Alters-, Siechenheim und ähnliche Einrichtungen“ der Kreis der Anstalten, die für die Regelung des § 324 Abs. 3 in Betracht zu ziehen sind, hinlänglich umschrieben wird, kann auf die Verwendung des Ausdrucks „geschlossene Anstalt“ überhaupt verzichtet werden. Darüber hinaus wird der Kreis der in Betracht kommenden Anstalten durch die Anführung weiterer Anstaltstypen noch näher präzisiert.

Die nähere Abgrenzung der von der Legalzession erfaßten Rentenleistung dahingehend, daß der Hilflosenzuschuß und die Kinderzuschüsse ausgenommen sind, bedeutet keine Änderung der bisherigen Rechtslage, da die zu § 324 ASVG. ergangene Rechtsprechung auch schon bisher den Hilflosenzuschuß vom Anspruchsübergang ausgenommen hat. Die Ausnahme der Kinderzuschüsse ergibt sich aus der besonderen Zweckbestimmung dieses Leistungsteiles.

Ergibt sich bei einem Rentenberechtigten die Notwendigkeit einer Krankenanstaltspflege in einer den Leistungsanspruch aus der Krankenversicherung der Rentner übersteigenden Dauer und übernimmt der Fürsorgeträger die Kosten der weiteren Anstaltspflege, so steht ihm nach der derzeitigen Rechtslage kein Ersatzanspruch aus der Rentenleistung zu. Ein solcher erwächst ihm erst dann, wenn z. B. im Einzelfall an die Stelle der Krankenanstaltspflege die Asylierung und Unterbringung in einem Altersheim tritt. Den Wünschen der Fürsorgeträger, die eine Ausdehnung der im § 324 Abs. 3 vorgesehenen Legalzession auch auf die Zeiten beantragen, in denen ein Rentenberechtigter nach Erschöpfung seines Leistungsanspruches aus der Krankenversicherung der Rentner auf Kosten des Fürsorgeträgers weiter in einer Krankenanstalt verpflegt wird, konnte die Berechtigung nicht abgesprochen werden. Eine entsprechende Ergänzung wurde daher im § 324 Abs. 3 aufgenommen. Da sich schließlich herausgestellt hatte, daß viele Rentenberechtigte, insbesondere die in Trinkerheilstätten Untergebrachten, von den ihnen verbleibenden Rentenanteilen, die für den Unterhalt ihrer Angehörigen bestimmt sind, nicht den entsprechenden richtigen Gebrauch machen, wurde zur Vermeidung mißbräuchlicher Verwendung dieser Rententeile die Regelung des § 324 Abs. 3 noch dahingehend ergänzt, daß die Versicherungsträger ermächtigt werden, diese Rententeile unmittelbar an die unterhaltsberechtigten Angehörigen auszuzahlen.

Zu Z. 7:

§ 328:

Auf die Ausführungen zu Art. V Z. 1 (§ 317) wird hingewiesen.

Zu Z. 8:

§ 330:

Um das Verfahren zur Befriedigung der Ersatzansprüche der Fürsorgeträger zu erleichtern und damit die Flüssigmachung der nach Abzug der Ersatzbeträge verbleibenden Spitzenrente an den Rentenempfänger zu beschleunigen, wurde hinsichtlich der Frist für die Geltendmachung der Ersatzansprüche durch die Fürsorgeträger (§ 330 Abs. 2 Z. 2) eine Änderung vorgenommen. Die zweimonatige Frist für die Geltendmachung des Ersatzanspruches durch die Fürsorgeträger soll nicht — wie derzeit — mit dem Ablauf der Fürsorgeleistung, sondern mit der Benachrichtigung durch den Versicherungsträger über den Anfall der Geldleistung aus der Sozialversicherung zu laufen beginnen.

Zu Z. 9:

§ 332:

Die gegenwärtige Fassung des § 332 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz konnte zu Zweifeln Anlaß geben, ob die Legalzession auf den Versicherungsträger auch bei einer Schädigung eines Angehörigen (§ 123 ASVG.) stattfindet. Eine entsprechende Ergänzung des § 332 Abs. 1 und 2, die dies eindeutig zum Ausdruck bringt, erscheint daher geboten.

Der Dienstnehmer kann nach der gegenwärtigen Rechtslage in allen Fällen zum Schadenersatz herangezogen werden, in denen der Geschädigte gegen ihn einen gesetzlichen Anspruch auf Schadenersatz geltend machen kann; das bedeutet, daß der Dienstnehmer auch dann regreßpflichtig ist, wenn er den Arbeitsunfall oder die Berufskrankheit durch leichte Fahrlässigkeit verursacht hat. Durch die Neueinführung des § 332 Abs. 5 soll der Dienstnehmer, der einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit verursacht, grundsätzlich nur mehr bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit zum Ersatz herangezogen werden können. Bei leichter Fahrlässigkeit soll dieser Dienstnehmer nur dann regreßpflichtig werden, wenn der Arbeitsunfall (die Berufskrankheit) durch ein Verkehrsmittel verursacht wird, für dessen Betrieb eine erhöhte Haftpflicht besteht. In diesen Fällen genießt der Dienstnehmer in der Regel den Schutz der gesetzlichen Haftpflichtversicherung.

Die Ausdehnung des Haftungsprivilegs auch auf Unfälle, die durch ein Verkehrsmittel eintreten, für dessen Betrieb eine erhöhte Haftpflicht besteht, ist auch aus verkehrserzieherischen Gründen und im Hinblick auf die Häufigkeit der Verkehrsunfälle nicht vertretbar.

Eine Mehrbelastung der privaten Versicherungsanstalten tritt hiedurch nicht ein.

Zu Z. 10:**§ 333:**

Die Neufassung des § 333 Abs. 4 steht mit der Änderung der Bestimmungen über den Unfallversicherungsschutz der Angehörigen von freiwilligen Feuerwehren, Wasserwehren und so weiter im Zusammenhang (§ 176 Abs. 1 Z. 7 ASVG.), durch die der Inhalt der bisherigen Z. 2 im § 333 Abs. 4 gegenstandslos wird und daher entfallen kann.

Zu Z. 11:**§ 343:**

Durch die Änderung im § 343 Abs. 2 Z. 3 sollen einerseits eine in der bisherigen Fassung enthaltene sprachliche Unstimmigkeit beseitigt und andererseits auch Streitigkeiten zwischen den Versicherungsträgern und den Erben des verstorbenen Vertragsarztes hintangehalten werden.

Zu Z. 12:**§ 357:**

Anlässlich der Verabschiedung der Novelle zum Einführungsgesetz zu den Verwaltungsverfahrensgesetzen, BGBl. Nr. 92/1959, hat der Nationalrat am 18. März 1959 eine Entschließung an die Bundesregierung gerichtet, womit diese unter anderem aufgefordert wurde, durch gesetzliche Maßnahmen die Träger der Sozialversicherung in den Geltungsbereich der Verwaltungsverfahrensgesetze einzubeziehen. Die Frage einer unbeschränkten Anwendbarkeit der Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1950 im Verfahren vor den Sozialversicherungsträgern war schon wiederholt Gegenstand eingehender Prüfungen. Insbesondere wurde anlässlich der Ausarbeitung des Entwurfes des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes diese Frage neuerlich erörtert, wobei zum Ausdruck kam, daß zwar die Anwendung einzelner Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1950 im Verfahren vor den Sozialversicherungsträgern möglich und angezeigt, jedoch eine vollständige Übernahme der Verwaltungsverfahrensgesetze mit Rücksicht auf die besonderen Verhältnisse und Bedürfnisse bei den Sozialversicherungsträgern ausgeschlossen sei. Als Ergebnis dieser Untersuchungen wurde schließlich im § 357 ASVG. eine Reihe einzeln angeführter Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1950 im Verfahren vor den Versicherungsträgern für anwendbar erklärt. Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz folgte mit dieser Regelung dem bewährten Vorbild des früheren österreichischen Rechtes; nach den §§ 127 Abs. 2 und 130 Abs. 5 des Gewerblichen Sozialver-

sicherungsgesetzes 1938, BGBl. Nr. 1, war lediglich die Anwendbarkeit einzelner genau bezeichneter Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes im Verfahren vor den Versicherungsträgern vorgesehen. In den Erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (599 der Beilagen zu den stenographischen Protokollen des Nationalrates VII. GP.) wurde darauf hingewiesen, daß diese im wesentlichen übernommene Regelung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes hinsichtlich der Anwendung von Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1950 auf das Verfahren vor den Versicherungsträgern auf langjährigen Erfahrungen beruhe, die bei der Durchführung der Sozialversicherungsvorschriften gewonnen worden seien. Bei der Prüfung der vorliegenden Frage ist insbesondere zu beachten, daß die vollständige Ingeltungsetzung des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes für die Versicherungsträger nicht nur eine wesentliche zusätzliche Verwaltungsarbeit zur Folge hätte, sondern darüber hinaus die Erledigung der anfallenden Geschäftsstücke zum Nachteil der Versicherten noch mehr verzögert würde, ganz abgesehen davon, daß sich Auswirkungen auch im Bereich der Verwaltungskosten ergeben müßten. Es darf nicht übersehen werden, daß die den Sozialversicherungsträgern zugewiesenen Erledigungen Massenabfertigungen sind und sein müssen. Jede Behinderung durch zusätzliche Verwaltungsvorschriften muß zwangsläufig zu einer Erschwernis, einer verzögerten Erledigung und zu Mehrkosten führen. Insbesondere das Ermittlungsverfahren vor den Sozialversicherungsträgern kann um so eher in einer vereinfachten Form durchgeführt werden, als Rechtsmittel zur Verfügung stehen, die sowohl in Verwaltungssachen als auch in Leistungssachen ein sehr eingehendes weiteres Verfahren gewährleisten. Es erwies sich somit lediglich als möglich, noch einzelne weitere Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1950 im Verfahren vor den Versicherungsträgern für anwendbar zu erklären. Der Katalog der anzuwendenden Bestimmungen im § 357 ASVG. wurde daher um die Bestimmungen der §§ 6 und 18 Abs. 1 und 2 AVG. 1950 erweitert. Überdies wurde die hinsichtlich der Anwendbarkeit des § 21 AVG. 1950 derzeit bestehende Einschränkung, daß eine Zustellung durch die Gemeinden nicht zulässig sei, fallengelassen.

Zu Z. 13:**§ 359:**

Die Bestimmung des § 359 Abs. 2 erwies sich deshalb als ergänzungsbedürftig, weil sie keine

Möglichkeit bot, Dienstnehmern, die als Versicherte, Leistungswerber oder auch nur als Auskunftspersonen von einem Versicherungsträger vorgeladen werden, neben dem Verdienstentgang auch einen allenfalls eintretenden Entgang an Krankengeld oder an Leistungen nach dem Arbeitslosenversicherungsgesetz — insbesondere im Falle einer vom Versicherungsträger verfügten klinischen Durchuntersuchung — zu ersetzen.

Zu Z. 14:

§ 361:

Der Anspruch auf die Leistungen der Krankenversicherung für Angehörige (§ 123) ist nach der geltenden Rechtslage ein Anspruch des Versicherten und nicht des Angehörigen. Er kann daher auch nur vom Versicherten selbst geltend gemacht werden. In der Praxis haben sich nunmehr Fälle ergeben, in denen auf Grund familiärer Zwistigkeiten der Versicherte sich weigerte, für seine Angehörigen, die der Leistungen der Krankenversicherung bedürfen, die entsprechenden Ansprüche beim Versicherungsträger geltend zu machen. Durch die Änderung im § 361 Abs. 2 soll nunmehr unter Beibehaltung der grundsätzlichen Regelung, daß es sich auch bei Leistungen für Familienangehörige um Ansprüche des Versicherten handelt, auch den Angehörigen selbst ein Antragsrecht eingeräumt werden, allerdings nur unter der Voraussetzung, daß der Versicherte selbst die Antragstellung ohne triftigen Grund verweigert.

Die Praxis hat gezeigt, daß die Dienstgeber in vielen Fällen die Ausfolgung einer Bestätigung über die Höhe des Entgeltes verweigern. Abgesehen von den Auseinandersetzungen, die sich daraus zwischen dem Dienstnehmer und dem Dienstgeber ergeben, können aus der Unmöglichkeit der Vorlage einer Entgeltbescheinigung dem Dienstnehmer Nachteile erwachsen. Der Dienstgeber wird daher durch die dem § 361 Abs. 3 anzufügenden Bestimmungen zur Ausstellung einer solchen Bestätigung verhalten werden. Bei dieser Gelegenheit soll auch die dem Dienstgeber schon bisher übertragene Aufgabe, für die bei ihm beschäftigten Versicherten die Kranken- und Zahnbehandlungsscheine auszustellen, im Gesetz festgelegt werden.

Zu Z. 15:

§ 362:

Die Ergänzung des § 362 Abs. 2 entspringt einem Bedürfnis der Praxis, um die Versicherungsträger in gleicher Weise wie bei Rentenanträgen auch bei der kurz aufeinanderfolgenden wiederholten Einbringung von An-

trägen auf Hilflöszuschuß in unbegründeten Fällen vor überflüssiger Verwaltungsarbeit zu schützen.

Zu Z. 16:

§ 377:

Durch die Neufassung des § 377 Abs. 2 soll der Grundsatz der richterlichen Unabsetzbarkeit auch hinsichtlich der Beisitzer des Schiedsgerichtes in einer jeden Zweifel ausschließenden Weise verankert und damit die Qualität der Schiedsgerichte der Sozialversicherung als Gerichte weiter untermauert werden, nachdem bereits der Verfassungsgerichtshof in seinem Erkenntnis vom 3. Oktober 1956, B 167/56, die Schiedsgerichte der Sozialversicherung ausdrücklich als Gerichte deklariert hat.

Zu Z. 17:

§ 380:

Nach der geltenden Fassung des § 380 Abs. 2 entscheidet über die Ablehnung eines ständigen Vorsitzenden oder eines seiner Stellvertreter der Präsident des Oberlandesgerichtes Wien. Es sind nun Zweifel aufgetaucht, ob der Präsident des Oberlandesgerichtes Wien bei dieser Entscheidung als Organ der Rechtsprechung oder der Justizverwaltung handelt. Um diese Zweifel auszuschalten, sieht der Entwurf vor, daß über solche Ablehnungen in Hinkunft das Oberlandesgericht Wien zu entscheiden hat.

Zu Z. 18:

§ 383:

Nach der bisherigen Fassung des § 383 Abs. 2 ASVG. mußte auch eine sogenannte Säumnisklage, das ist eine Klage, die erhoben werden kann, wenn der Versicherungsträger den Bescheid innerhalb von neun Monaten nach Zustellung des Antrages auf Zuerkennung des Leistungsanspruches nicht erlassen hat, innerhalb der Frist von drei Monaten nach Ablauf der neunmonatigen Frist erhoben werden. Durch die Neufassung des Abs. 2 wird die Befristung des Klagerechtes nur auf die Fälle eingeschränkt, in denen der Versicherungsträger bereits mit Bescheid entschieden hat. In den Fällen der Säumnis des Versicherungsträgers kann die Klage nach Ablauf der neunmonatigen Frist ohne Befristung jederzeit erhoben werden.

Zu den Z. 19 und 22:

§§ 385 und 391:

Die im § 385 vorgenommene Änderung soll es hintanhaltend, daß ein Leistungsimp-

fänger, der zu Unrecht eine Leistung erhalten hat und daraufhin vom Versicherungsträger mittels Bescheides zur Rückerstattung der zu Unrecht bezogenen Leistung verhalten wird, durch beliebig lange Zeit diese Absicht des Versicherungsträgers dadurch vereiteln kann, daß er gegen den Bescheid des Versicherungsträgers die Klage an das Schiedsgericht einbringt, worauf der Bescheid des Versicherungsträgers außer Kraft tritt. Diese Klage konnte er nach der bisherigen Rechtslage wieder zurückziehen. Gegen den vom Versicherungsträger neuerlich erlassenen Bescheid konnte er wiederum die Klage einbringen und sich sohin erfolgreich der Rückerstattungsverpflichtung entziehen. In Zukunft wird in den Fällen der Rückforderung einer zu Unrecht bezogenen Leistung eine Zurücknahme der Klage nicht mehr zulässig sein. Es wird in allen solchen Fällen zu einem Urteil des Schiedsgerichtes kommen, das infolge der zu § 391 vorgenommenen Ergänzung darüber hinaus in die Lage versetzt wird, im Falle der Klageabweisung im Urteil dem Kläger den Rückersatz der zu Unrecht empfangenen Leistung an den Versicherungsträger aufzuerlegen. Den Versicherungsträgern wird damit die bisher nicht gebotene Möglichkeit eröffnet, derartige Rückersatzansprüche gegen den Leistungsempfänger auch tatsächlich durchsetzen zu können.

Zu Z. 20:

§ 386:

Die Änderung im § 386 Abs. 1 Z. 3 soll den in Betracht kommenden beruflichen Vertretungen und Gewerkschaften die Vertretungsmöglichkeit vor dem Schiedsgericht auch in den Fällen einräumen, in denen sich die zu vertretende Partei im Ausland aufhält.

Zu Z. 21:

§ 390:

Wie die Erfahrung gezeigt hat, wurde die Bestimmung des § 390 erster Satz ASVG. von verschiedenen Vorsitzenden von Schiedsgerichten der Sozialversicherung dahingehend ausgelegt, daß auch Beschlüsse, mit denen die Einleitung des Verfahrens verweigert wird, durch den Vorsitzenden ohne Mitwirkung des Senates gefaßt werden können. Wenngleich durch die Judikatur des Oberlandesgerichtes Wien die Gesetzwidrigkeit einer solchen Vorgangsweise bereits festgestellt wurde, erscheint es doch zweckmäßig, die in Betracht kommenden Bestimmungen in einer Weise neu zu fassen, die jede Möglichkeit einer solchen Auslegung von vornherein ausschließt.

Zu Z. 23:

§ 396:

Nach der geltenden Regelung sind im Leistungsstreitverfahren die Vorschriften des § 65 Abs. 1 der Zivilprozeßordnung sinngemäß anzuwenden. Danach kann eine arme Partei das Gesuch um Bewilligung des Armenrechtes nur dann beim Bezirksgericht ihres Wohnsitzes oder ständigen Aufenthaltes zu Protokoll erklären, wenn ihr Wohnsitz oder ständiger Aufenthalt nicht im Sprengel des betreffenden Schiedsgerichtes liegt. Da der Sprengel immer ein ganzes Bundesland umfaßt, entstehen durch die Anwendung des § 65 Abs. 1 der Zivilprozeßordnung Härten. Diese sollen durch die hier vorgesehene Regelung ausgeschlossen werden.

Zu Z. 24:

§ 397:

Die Sonderregelung des § 397 Abs. 1 zweiter Satz in der geltenden Fassung, wonach die Kanzleigeschäfte der Schiedsgerichte in Bregenz und Eisenstadt von den dortigen Bezirksgerichten besorgt werden, kommt seit der Errichtung eines für Zivilrechtssachen zuständigen Landesgerichtes in Eisenstadt durch das Bundesgesetz vom 2. Dezember 1958, BGBl. Nr. 269, nur mehr für das Schiedsgericht in Bregenz in Betracht. Der zweite Satz des § 397 Abs. 1 wird daher entsprechend eingeschränkt.

Zu Z. 25:

§ 400:

Nach geltendem Recht kann eine Berufung gegen ein Urteil eines Schiedsgerichtes der Sozialversicherung nur aus den Gründen der Nichtigkeit, der Aktenwidrigkeit und der unrichtigen rechtlichen Beurteilung erhoben werden. Eine Berufung aus den beiden letztgenannten Gründen ist überdies nur dann zulässig, wenn im Verfahren I. Instanz eine der im Gesetz bestimmt bezeichneten Fragen strittig war oder wenn in einer Leistungssache nach § 354 Z. 3 ASVG. (§ 114 Z. 3 GSPVG., § 96 Z. 3 LZVG.) der Streitwert 10.000 S übersteigt. Auf Grund dieser Regelung können daher nur die für die Parteien besonders schwerwiegenden Fragen von der II. Instanz, dem Oberlandesgericht Wien, überprüft werden.

Um nun den Rechtsschutz der Parteien des Leistungsstreitverfahrens dem in sonstigen gerichtlichen Verfahren üblichen Ausmaß anzupassen, soll das Berufungsrecht der Parteien durch die Zulassung der Berufungsgründe der Nichtigkeit, der Mangelhaftigkeit des Verfahrens, der Aktenwidrigkeit und der

unrichtigen rechtlichen Beurteilung in allen Zweigen der Sozialversicherung erweitert werden. Damit wird einer auch von der Praxis immer wieder erhobenen Forderung Rechnung getragen.

Zu Z. 26:

§ 401:

Nach geltendem Recht können die Beschlüsse eines Schiedsgerichtes, durch die das Armenrecht verweigert wurde, nicht angefochten werden. Da diese Entscheidungen für die davon betroffenen Parteien von großer Bedeutung sind, soll in Hinkunft auch gegen Beschlüsse, durch welche der Antrag auf Bewilligung des Armenrechtes abgewiesen, das Armenrecht für erloschen erklärt oder entzogen wurde, ein Rekurs zulässig sein.

Zu Z. 27:

§ 406:

Die Änderungen im § 406 entspringen ähnlichen Erwägungen, wie sie zur gleichartigen Änderung im § 359 dargestellt wurden.

Zu Z. 28:

§ 408:

Die Ergänzung im § 408 beseitigt eine sachlich nicht gerechtfertigte Einschränkung des Kreises der zur Fortsetzung des Verfahrens berechtigten Kinder.

Zu Z. 29:

§ 409:

Die Bestimmung des § 409 ASVG. in der derzeitigen Fassung ist insofern unvollständig, als sie wohl die Zuständigkeit der Träger der Krankenversicherung hinsichtlich der in der Unfall- und Pensionsversicherung Teilversicherten vorsieht, jedoch keine Regelung hinsichtlich der Zuständigkeit für die in der Kranken- und Unfallversicherung Teilversicherten trifft. In die Neufassung des § 409 wurde diese fehlende, Zuständigkeitsregelung aufgenommen. Die Bestimmung wurde außerdem durch die Aufnahme der für die neu eingeführte Selbstversicherung nach § 19 a erforderlichen Zuständigkeitsregelung ergänzt.

Zu Z. 30:

§ 412:

Im Interesse der Rechtssicherheit wird für die Einbringung des Antrages auf aufschiebende Wirkung für den Einspruch an den Landeshauptmann eine Frist eingeführt. Ein derartiger Antrag ist innerhalb der für

die Einbringung des Einspruches vorgesehenen einmonatigen Frist beim Versicherungsträger zu stellen. Der Antrag auf aufschiebende Wirkung wird sohin in der Regel zweckmäßigerweise zugleich mit der Einbringung des Einspruches gestellt werden.

Zu Z. 31:

§ 420:

Von Versicherungsvertretern aus dem Kreise der unselbständig Erwerbstätigen wird oft Klage geführt, daß sie bei ihren Dienstgebern Schwierigkeiten hätten, die für die Ausübung des Amtes als Versicherungsvertreter erforderliche Freizeit zu erhalten. Um allen Beteiligten den Charakter des Amtes eines Versicherungsvertreters als eine öffentliche Verpflichtung — gleichwie etwa das Amt eines Schöffen — deutlich vor Augen zu führen, wird im § 420 Abs. 5 ein entsprechender Hinweis in das Gesetz aufgenommen.

Zu Z. 32:

§ 423:

Bei der Anwendung der Bestimmungen des § 423 Abs. 5 erster Satz ASVG. ergaben sich Zweifel, ob die Zuständigkeit zur Durchführung der Enthebung aus dem Grunde der Neuwahl in die entsendende Interessenvertretung der Aufsichtsbehörde oder dem Obmann des Versicherungsträgers zukomme. Die Bestimmung des § 423 Abs. 5 stellt einen Spezialfall des Abs. 3 dar, der sich von der Regelung des Abs. 3 dadurch unterscheidet, daß die Enthebung im Falle des Abs. 5 vorgenommen werden muß, während sie in den Fällen des Abs. 3 in das Ermessen der entsendenden Stelle, d. i. der Aufsichtsbehörde, gestellt ist. Im Hinblick auf diese zwischen Abs. 3 und Abs. 5 bestehenden Zusammenhänge ergibt sich, daß auch im Falle des Abs. 5 die Aufsichtsbehörde die zur Vornahme der Enthebung zuständige Stelle sein muß. Um dies auch im Gesetzestext in zweifelsfreier Weise zum Ausdruck zu bringen, wurde der erste Satz des Abs. 5 entsprechend abgeändert.

Zu Z. 33:

§ 433:

Durch die Änderungen im § 433 wird die bisher der Satzung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger überlassene Festsetzung der Zahl der Mitglieder der Hauptversammlung des Hauptverbandes im Gesetz selbst vorgenommen; darüber hinaus werden noch weitere Regelungen hinsichtlich der Verwaltungskörper des Hauptverbandes

getroffen, die sich im Interesse eines reibungslosen Funktionierens der Selbstverwaltung als notwendig und zweckmäßig erwiesen haben.

Zu Z. 34:

§ 438:

Zur Hintanhaltung allfälliger Zweifel wurde die Bestimmung des § 438 Abs. 1 Z. 2 neu gefaßt. Bemerkt wird, daß es sich bei den in der Neufassung genannten Instandsetzungsarbeiten begrifflich nur um Instandsetzungsarbeiten an schon bestehenden Einrichtungen handeln kann.

Schon nach der derzeitigen Rechtslage ist das Recht des Präsidenten des Hauptverbandes, bei Nichtzustandekommen eines gültigen Beschlusses des erweiterten Vorstandes eine Entscheidung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung herbeizuführen, gesetzlich verankert, da im § 434 Abs. 1 letzter Satz ASVG. festgelegt ist, daß die im ASVG. für die Obmänner vorgesehenen Bestimmungen auch für den Präsidenten und die Vizepräsidenten des Hauptverbandes gelten. Um jeden Zweifel auszuschließen, wurde eine ausdrückliche diesbezügliche Ergänzung im neuen Abs. 5 des § 438 vorgenommen.

Zu Z. 35:

§ 444:

§ 444 Abs. 4 ASVG. in der bisherigen Fassung bestimmte, daß die Gebietskrankenkassen, die Landwirtschaftskrankenkassen und die Betriebskrankenkassen die Erfolgsrechnung und die statistischen Nachweisungen getrennt nach Versicherten, die der Pensionsversicherung der Arbeiter zugehören, und Versicherten, die der Pensionsversicherung der Angestellten zugehören, zu erstellen haben. Gemeinsame Einnahmen und Ausgaben sollten auf die genannten Versichertengruppen auf Grund eines Vorschlages des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, der der Zustimmung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung bedarf, aufgeteilt werden. Bei diesen Bestimmungen ergaben sich rechtliche Schwierigkeiten insofern, als der Gesetzgeber die Frage offengelassen hat, ob sich die Trennung der Erfolgsrechnung und der statistischen Nachweisungen lediglich auf die Versichertengruppen der (in Beschäftigung stehenden) Arbeiter und der (in Beschäftigung stehenden) Angestellten erstrecken soll oder ob und in welcher Weise auch die übrigen bei den Krankenkassen geführten Versichertengruppen auf die beiden oben genannten Versichertengruppen aufzuteilen sind. Darüber hinaus bedarf es zur Durchführung des § 444

Abs. 4 unter anderem auch der Mitwirkung der Vertragspartner der Krankenversicherungsträger, insbesondere der Ärzte und Apotheker. Diese Mitarbeit kann, weil die Beziehungen zwischen den Trägern der Sozialversicherung und den freiberuflich tätigen Ärzten, Dentisten, Apothekern usw. nach § 338 Abs. 1 ASVG. durch privatrechtliche Verträge geregelt werden, nur vertraglich vereinbart, aber nicht erzwungen werden. Es ist den Krankenversicherungsträgern trotz intensiver Bemühungen bisher nicht gelungen, entsprechende Vereinbarungen mit den Vertragspartnern herbeizuführen. Zur Beseitigung der aufgezeigten rechtlichen Schwierigkeiten hinsichtlich der Aufteilung bestimmter Versichertengruppen sollen die Bestimmungen des § 444 Abs. 4 nunmehr neu gefaßt werden. Um den durch die sonstigen Änderungen der vorliegenden Novelle verwaltungsmäßig stark belasteten Krankenversicherungsträgern Zeit zur Vorbereitung der auf Grund der Neufassung des § 444 Abs. 4 erforderlichen Maßnahmen zu geben, soll diese Regelung erst am 1. Jänner 1963 in Kraft treten.

Zu Z. 36 bis 38:

§§ 453 bis 455:

Gemäß § 453 Abs. 2 ASVG. in der derzeit geltenden Fassung ist die Satzung binnen drei Monaten nach Beschlußfassung im „Amtsblatt zur Wiener Zeitung“ beziehungsweise in der amtlichen Landeszeitung zu verlautbaren. Die Einhaltung dieser Frist begegnete in der Praxis aus technischen Gründen oftmals größten Schwierigkeiten, da das Genehmigungsverfahren bei umfangreichen Satzungen oder Satzungsänderungen beträchtliche Zeit in Anspruch nimmt. In Anlehnung an die Regelung im § 185 Abs. 3 GSPVG. und im § 167 Abs. 3 LZVG. soll die Frist für die Verlautbarung der Satzung daher nunmehr mit der Genehmigung der Satzung zu laufen beginnen. Aus systematischen Gründen wurde die entsprechende Regelung nicht wie bisher im § 453 Abs. 2, sondern in der Neufassung des § 455 Abs. 1 ASVG. vorgesehen.

Zu Z. 39:

§ 456:

Da die Krankenordnung nicht nur das Verhalten der Versicherten sondern auch das Verhalten der als Angehörige geltenden Personen regeln soll und da ferner die Leistungen der Krankenversicherung nicht nur für Erkrankungsfälle, sondern auch für den Versicherungsfall der Mutterschaft gebühren, der keine Erkrankung darstellt, war die bis-

herige Fassung des § 456 Abs. 1 ASVG. über den Inhalt der Krankenordnung zu eng. Die Neufassung sieht eine entsprechende Erweiterung vor.

Zu Z. 40 bis 44:

§§ 462 bis 470:

Die Änderungen im Abschnitt I des Neunten Teiles des ASVG., betreffend die Versicherung der unständig beschäftigten Arbeiter in der Land- und Forstwirtschaft, sind einerseits durch Anpassung an die durch die vorliegende Novelle geänderten Bestimmungen im Ersten und Zweiten Teil des ASVG. bedingt; andererseits finden Anregungen auf Änderungen Berücksichtigung, die sich im Zuge der Anwendung dieser Bestimmungen in der Praxis als zweckmäßig erwiesen haben.

Zu Z. 45:

§ 472:

Nach der Bestimmung des drittletzten Satzes des § 472 Abs. 1 ASVG. in der derzeitigen Fassung sind die Bediensteten der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen bei dieser Anstalt nach den Bestimmungen der Krankenversicherung der Bundesangestellten krankenversichert, sofern sie im Erkrankungsfall Anspruch auf Fortbezug ihrer Dienstbezüge durch mindestens sechs Monate haben. Da in der Krankenversicherung der Bundesangestellten kein Krankengeld gewährt wird, bedeutet diese Regelung eine Unbilligkeit gegenüber den Bediensteten anderer Versicherungsträger, die in der nach dem Zweiten Teil des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes geregelten Krankenversicherung versichert sind. Denn diejenigen Bediensteten, die auf Grund der bestehenden Dienstordnungen im Erkrankungsfall Anspruch auf Fortzahlung des Entgeltes durch mehr als sechs, aber weniger als zwölf Monate haben, hätten, wenn sie der nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz geregelten Krankenversicherung angehörten, Anspruch auf Krankengeld bis zur Dauer von 52 Wochen, während sie aus der Krankenversicherung der Bundesangestellten für diese Zeit keine laufende Geldleistung erhalten können. Durch die vorgesehene Neuregelung sollen daher nur jene Bedienstete der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen der von der Anstalt durchgeführten Krankenversicherung der Bundesangestellten angehören, die Anspruch auf Fortzahlung des Entgeltes durch mindestens zwölf Monate haben, während die übrigen Bediensteten der von der gleichen Anstalt durchgeführten, nach den Bestimmungen des Zweiten Teiles

des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes geregelten Krankenversicherung zugehören sollen.

Der Entfall des letzten Satzes im § 472 Abs. 1 bewirkt, daß in der von der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen nach den Vorschriften über die Krankenversicherung der Bundesangestellten durchgeführten Krankenversicherung an die Stelle der bisher geltenden Höchstbeitragsgrundlage von 3000 S die in der Krankenversicherung der Bundesangestellten gemäß § 488 Abs. 2 ASVG. allgemein geltende Höchstbeitragsgrundlage von 3600 S tritt. Diese Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlage soll zusammen mit der durch die Änderung im § 472 Abs. 4 ASVG. vorgenommenen Erhöhung des höchstzulässigen Beitragssatzes von 4·8 v. H. auf 5·1 v. H. der Bemessungsgrundlage dazu dienen, die finanzielle Gebarung der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen hinsichtlich der nach den Vorschriften über die Krankenversicherung der Bundesangestellten durchgeführten Krankenversicherung, die in den letzten Jahren eine bedrohliche Entwicklung genommen hat, zu sanieren.

Der Entfall der Zitierung des § 24 b der Besoldungsordnung für die Beamten der Österreichischen Bundesbahnen im § 472 Abs. 4 ergibt sich aus der durch die Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes bedingten Änderung im § 488 Abs. 2 letzter Satz.

Zu Z. 46:

§ 474:

Nach der Bestimmung des § 474 Abs. 1 letzter Satz ASVG. wird die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen ermächtigt, in der Satzung für Personen, die der Pensionsversicherung der Angestellten angehören, soweit sie im Erkrankungsfall Anspruch auf Weiterzahlung ihrer Bezüge durch mindestens sechs Wochen haben, einen ermäßigten Beitragssatz in der Krankenversicherung festzusetzen. Unter den bei der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen krankenversicherten Eisenbahnbediensteten gibt es jedoch auch solche Bedienstete von Privatbahnen, die zwar der Pensionsversicherung der Arbeiter angehören, aber dennoch im Erkrankungsfall Anspruch auf Fortzahlung ihrer Bezüge durch länger als sechs Wochen haben. Für diese Personen kann nach der derzeitigen Rechtslage bei gleichen Leistungsansprüchen ein ermäßigter Beitragssatz, wie er für die der Pensionsversicherung der Angestellten zugehörigen Personen festgesetzt werden kann, nicht eingeführt werden. Um diese Unbilligkeit zu be-

seitigen, wurde die Einschränkung der Ausnahmeregelung des § 474 Abs. 1 letzter Satz auf die der Pensionsversicherung der Angestellten zugehörigen Personen fallengelassen.

Zu Z. 47:

§ 479:

Das ASVG. enthält im § 479 ASVG. die gesetzliche Grundlage für die Durchführung der zusätzlichen Pensionsversicherung der Bediensteten von Privatbahnunternehmen. Bis zum Erscheinen eines besonderen Bundesgesetzes zur Regelung der zusätzlichen Pensionsversicherung ist diese Versicherung durch die Satzung der in Betracht kommenden Versicherungsträger zu regeln. § 479 in der bisherigen Fassung enthält darüber hinaus lediglich Bestimmungen über die Rechtsstellung der Pensionsinstitute und über die Aufsicht. Die Anwendbarkeit der Bestimmungen des Siebenten Teiles des ASVG. über das Verfahren ergibt sich aus der ausdrücklichen Anordnung im § 352 ASVG. Alle übrigen Bestimmungen des ASVG. finden nach der gegenwärtigen Rechtslage auf die zusätzliche Pensionsversicherung keine Anwendung, die Regelung ist diesbezüglich ausschließlich der Satzung der Institute überlassen. Durch die Satzung der Pensionsinstitute können aber nicht Angelegenheiten geregelt werden, die über den unmittelbaren Rechtsbereich der Pensionsinstitute hinaus in den Rechtsbereich anderer öffentlich-rechtlicher Körperschaften eingreifen. Bezüglich solcher Angelegenheiten bedarf es einer entsprechenden gesetzlichen Regelung. In dem neu angefügten Abs. 2 des § 479 werden daher bezüglich solcher über den Rechtsbereich der Pensionsinstitute hinausgehender Angelegenheiten die entsprechenden Bestimmungen des ASVG. für anwendbar erklärt.

Bezüglich der Änderung der Bezeichnung des Pensionsinstitutes der Linzer Elektrizitäts- und Straßenbahn-Aktiengesellschaft gelten die entsprechenden Ausführungen in der Begründung zur Änderung des § 250 ASVG.

Zu Z. 48:

§ 480:

Die Aufzählung der Bestimmungen des Ersten bis Achten Teiles des ASVG., die auch in den Sondersicherungen der Krankenversicherung der Bundesangestellten, der Meisterkrankenversicherung und der Notarversicherung entsprechend anwendbar sein sollen, wurde durch die Aufnahme einiger weiterer Bestimmungen ergänzt, deren Anwendung im Bereich der Sondersicherungen sich als angezeigt erwiesen hat. Die Vor-

schrift des § 480 Abs. 2 erwies sich deshalb als ergänzungsbedürftig, weil ihre Anwendung bei der Ermittlung der Ersatzansprüche im Verhältnis zu den Trägern der Meisterkrankenversicherung im Hinblick auf das andersgeartete Leistungssystem dieser Sondersicherung Schwierigkeiten bereitete. Für die Ermittlung der Ersatzansprüche im Verhältnis zu den Trägern der Meisterkrankenversicherung wurden daher entsprechende Sondervorschriften aufgenommen.

Zu Z. 49:

§ 480 a:

Aus dem Umstand, daß in der nach dem Zweiten Teil des ASVG. geregelten Krankenversicherung der Versicherungsfall der Mutterschaft mit dem Beginn der sechsten Woche vor der voraussichtlichen Entbindung eintritt (§ 120 Z. 3), in der nach dem BKVG. 1937 geregelten Krankenversicherung aber mit dem Entbindungstag selbst, kann der Fall eintreten, daß eine Versicherte, die innerhalb der letzten sechs Wochen vor der Entbindung mit ihrer Versicherungszuständigkeit vom Träger der Bundesangestellten-Krankenversicherung zu einem Krankenversicherungsträger nach dem ASVG. überwechselt, in keiner der beiden Versicherungen anspruchsberechtigt wäre, obwohl sie durchlaufend versichert war. Im umgekehrten Fall könnte eine Versicherte, die innerhalb der letzten sechs Wochen vor der Entbindung vom ASVG.-Krankenversicherungsträger zum BKVG.-Krankenversicherungsträger wechselt, allenfalls einen doppelten Leistungsanspruch geltend machen. Zur Vermeidung dieser unerwünschten Auswirkungen wird durch die neu eingefügte Bestimmung des § 480 a festgelegt, daß in solchen Fällen der Versicherungsträger zur Erbringung der Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft zuständig ist, bei dem die Versicherung im Zeitpunkt der Entbindung besteht.

Zu Z. 50:

§ 481:

Nach der gegenwärtigen Rechtslage fehlt eine Bestimmung, daß die Regelung der §§ 453 und 455 Abs. 1 ASVG. bezüglich der Satzungen und der Genehmigung der Satzungen auch für den Verband der Meisterkrankenstellen Anwendung findet. Eine entsprechende Ergänzung der §§ 481 und 493 ist daher erforderlich.

Zu Z. 51:

§ 483:

Es wurde der Wunsch herangetragen, die Mitglieder der Landtage, die nicht bereits auf

Grund anderer gesetzlicher Bestimmung in der Krankenversicherung pflichtversichert sind, in die Krankenversicherung der Bundesangestellten einzubeziehen. Da die im § 1 a Bundesangestellten-Krankenversicherungsgesetz 1937, BGBl. Nr. 94, in der Fassung des § 487 ASVG. vorgesehene Ermächtigung, im Verordnungsweg bestimmte Gruppen von Personen in diese Versicherung einzubeziehen, keine ausreichende Rechtsgrundlage bietet, um den genannten Personenkreis durch Verordnung in die Krankenversicherung der Bundesangestellten einzubeziehen, wird diese Einbeziehung in Anlehnung an die Bestimmungen über die Versicherungspflicht der Mitglieder des Nationalrates und des Bundesrates in der Krankenversicherung der Bundesangestellten (§ 8 des Bundesgesetzes vom 29. Februar 1956, BGBl. Nr. 57) von Gesetzes wegen vorgenommen.

Zu Z. 52:

§ 485:

Aus den zu Art. II Z. 13 (§ 133 Abs. 4) angeführten Erwägungen mußte auch in der Krankenversicherung der Bundesangestellten, in der ebenfalls der Angehörigenbegriff des § 123 ASVG. gilt (§ 485 Abs. 1), eine entsprechende Ergänzung vorgenommen werden.

Zu Z. 53:

§ 485 a:

Diese neu eingefügte Bestimmung entspricht hinsichtlich ihres Abs. 1 dem ebenfalls neu eingefügten Abs. 4 im § 144. Die zur Ergänzung des § 144 aufgenommenen Ausführungen gelten auch für den Inhalt des § 485 a Abs. 1. Die Regelung des Abs. 2 trägt dem Umstand Rechnung, daß für die nach dem BKVG. Versicherten keine Unfallversicherung besteht und daß weiters in der Krankenversicherung nach dem BKVG. die Leistungspflicht hinsichtlich der Gewährung von Anstaltspflege zeitlich begrenzt ist. Erkrankt daher zum Beispiel ein nach dem BKVG. Versicherter an einer Krankheit, die beim Bestehen einer Unfallversicherungspflicht als Berufskrankheit gelten würde, so besteht nach der gegenwärtigen Rechtslage keine Möglichkeit, ihm über die Höchstanspruchsdauer des BKVG. hinaus die noch notwendige Anstaltspflege zu gewähren, während er, wäre er unfallversichert, diese im Rahmen der Unfallheilverfahren erhalten könnte. Für diese an sich seltenen Fälle wird durch die Regelung des § 485 a Abs. 2 eine Verlängerung der Anspruchsdauer für Anstaltspflege für die Dauer der Notwendigkeit ermöglicht.

Zu Z. 54:

§ 488:

Gemäß der Kundmachung des Bundeskanzleramtes vom 29. Juli 1958, BGBl. Nr. 179, wurde § 53 Abs. 1 des Gehalts-Überleitungsgesetzes vom Verfassungsgerichtshof mit Erkenntnis vom 28. Juni 1958, G 20, als verfassungswidrig aufgehoben. Auf diese Aufhebung mußte in der Vorschrift des § 488 Abs. 2 letzter Satz entsprechend Bedacht genommen werden.

Zu Z. 55:

§ 491:

Außer § 480 ASVG. regelt auch § 481 letzter Satz dieses Gesetzes die Anwendbarkeit von Bestimmungen des Achten Teiles in der Meisterkrankenversicherung. Die Zitierung in der Einleitung des § 491 ist daher entsprechend zu ergänzen. Außerdem wurde die Aufzählung der in der Meisterkrankenversicherung anzuwendenden Bestimmungen des Ersten, Zweiten, Fünftens und Achten Teiles des ASVG. noch durch die Anführung einiger weiterer Bestimmungen ergänzt, deren Anwendung in der Meisterkrankenversicherung sich als angezeigt erwiesen hat. Der § 491 wurde unter Berücksichtigung aller dieser Ergänzungen neu gefaßt.

Zu Z. 56:

§ 492:

§ 492 ASVG. in der bisherigen Fassung enthält eine Regelung für den Fall, daß zu einer bestehenden Pflichtversicherung in der nach dem ASVG. geregelten Krankenversicherung eine Pflichtversicherung in der Meisterkrankenversicherung hinzutritt. In solchen Fällen ist auf Antrag des Pflichtversicherten eine Befreiung von der Meisterkrankenversicherung möglich. Eine ähnliche Regelung für die im Zeitpunkt des Inkrafttretens des ASVG. bereits bestehenden Fälle der Ausübung von zwei Erwerbstätigkeiten, die sowohl die Pflichtversicherung nach dem ASVG. als auch die Pflichtversicherung in der Meisterkrankenversicherung begründeten, enthält die Übergangsbestimmung des § 510 ASVG. in der derzeitigen Fassung. Durch die in der Neufassung des § 492 vorgenommene Erweiterung des Anwendungsbereiches dieser Bestimmung auf bereits bestehende Fälle einer derartigen Doppelversicherung wird die Übergangsbestimmung des § 510 völlig entbehrlich. Sie wird daher zugleich mit dem Inkrafttreten der Neufassung des § 492 Abs. 1 aufgehoben. Der in der Fassung des Stammgesetzes des ASVG. vorhanden gewesene Abs. 2 des § 510

wurde bereits durch Art. II Z. 12 der 3. Novelle zum ASVG., BGBl. Nr. 294/1957, mit Wirksamkeit ab 1. Juli 1958 aufgehoben.

Anlässlich der Neufassung des § 492 wurde an Stelle der bisherigen Befreiung von der Meisterkrankenversicherung ein Ruhen dieser Versicherung vorgesehen; darüber hinaus wurde auch Vorsorge getroffen, daß kurzfristige Unterbrechungen der das Ruhen begründenden Pflichtversicherung beziehungsweise des Leistungsbezuges keine Auswirkung auf das Ruhen der Meisterkrankenversicherung haben.

Zu Z. 57:

§ 493:

Zu der hier vorgesehenen Zitierungsänderung im § 493 Abs. 2 wird auf die Ausführungen in der Begründung zur Änderung des § 481 ASVG. verwiesen.

Zu Z. 58:

§ 501:

Nach der gegenwärtigen Regelung des § 501 Abs. 2 sind Renten, auf die der Anspruch gemäß der Begünstigungsbestimmung des § 501 Abs. 1 wieder auflebt, für die Zeit ab 10. April 1945 nachzuzahlen; für die Zeit vor dem 10. April 1945 fand nach den bisherigen Bestimmungen keine Nachzahlung statt. Für diese Regelung, die aus § 113 Abs. 2 Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz 1953, BGBl. Nr. 99, übernommen worden war, ist, wie aus den Erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage des SV-ÜG. zu entnehmen ist, die Erwägung maßgebend gewesen, daß Wiedergutmachungsansprüche für vor dem 10. April 1945 gelegene Zeiträume gegen das Deutsche Reich und nicht gegen die Republik Österreich oder die österreichischen Versicherungsträger zu richten sind, die in diesen Zeiträumen infolge der Besetzung Österreichs an der Ausübung jeglicher Verwaltungstätigkeit verhindert waren und auch nicht als Rechtsnachfolger des Deutschen Reiches beziehungsweise der reichsdeutschen Versicherungsträger zur Übernahme solcher Wiedergutmachungsleistungen für Zeiten vor dem 10. April 1945 herangezogen werden können. In der letzten Zeit wurden auf anderen Verwaltungsbereichen, nämlich im Bereich der Opferfürsorge und im Bereich der Beamtenentschädigung, im Zusammenhang mit den österreichisch-deutschen Vermögensverhandlungen gesetzliche Regelungen geschaffen, die von der Zeit ihres noch in der Zukunft liegenden Inkrafttretens an gewisse Entschädigungen auch für vor dem 10. April 1945 liegende Zeiträume vorsehen. Es erschien unbillig, den noch lebenden Rentenberechtigten aus der Sozial-

versicherung eine ähnliche Behandlung auf die Dauer zu versagen. Nach der Neufassung des § 501 Abs. 2 sollen daher unter der Voraussetzung, daß der Rentenberechtigte am 1. Dezember 1961 seinen Wohnsitz in Österreich hatte, die wiederaufgelebten Renten auch für die Zeit vor dem 10. April 1945 nachgezahlt werden, und zwar in der seinerzeit bestandenen Höhe. Darüber hinaus wird eine Ermächtigung für den Unterstützungsfonds des Versicherungsträgers vorgesehen, zu diesen nachgezahlten Renten einen Zuschlag bis zu 500 v. H. dieser Rente zu gewähren. Dieses Höchstausmaß des Zuschlages entspricht dem Höchstausmaß, welches auch im § 4 Abs. 3 des Beamten-Entschädigungsgesetzes, BGBl. Nr. 181/1952, in der Fassung der Novelle BGBl. Nr. 117/1961 für einen derartigen Zuschlag vorgesehen ist. Die Nachzahlung für die Zeit vor dem 10. April 1945 wurde deshalb auf Personen beschränkt, die ihren Wohnsitz am 1. Dezember 1961 in Österreich hatten, weil die Wiedergutmachung für die im Ausland lebenden politisch Verfolgten Aufgabe des Hilfsfonds sein wird, für den seitens der Republik Österreich auf Grund des Bundesgesetzes vom 22. März 1961, BGBl. Nr. 100, Mittel zur Verfügung gestellt werden.

Zu Z. 59 lit. a:

§ 502 Abs. 1 erster Satz:

Nach § 502 Abs. 1 erster Satz in der geltenden Fassung ist die Berücksichtigung der Zeiten einer Untersuchungshaft, Verbüßung einer Freiheitsstrafe, Anhaltung oder Arbeitslosigkeit sowie der Ausbürgerung als Pflichtbeitragszeiten für Personen vorgesehen, die „vorher versichert waren“. Da die Formulierung dieser Voraussetzung zu verschiedenen Zweifeln Anlaß gegeben hat, soll sie in der Neufassung des ersten Satzes des Abs. 1 genauer umschrieben werden.

Zu Z. 59 lit. b, 60 bis 62 und 74:

§§ 502 Abs. 1 letzter Satz, 503 bis 506 und 542:

Die in Rede stehenden Änderungen werden — zum Teil schon seit längerer Zeit — von den Vertretern der begünstigten Personen als notwendig angestrebt. Die Antragsteller sind der Meinung, daß diesen Wünschen nunmehr im Rahmen dieser großen Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes Rechnung getragen werden sollte.

Zu Z. 63:

§ 509:

Lernschwestern (Krankenpflegeschülerinnen) sind gemäß § 4 Abs. 1 Z. 4 seit dem Inkrafttreten des Allgemeinen Sozialversicherungs-

gesetzes vollversichert. Die nach den früheren Vorschriften (§ 363 a RVO.) für diese Personen vorgesehene Übernahme der Krankenpflege durch die Gebietskrankenkassen ist damit seit 1. Jänner 1956 weggefallen. Damit hatte aber auch der letzte Satz des § 509 von Anfang an keinen normativen Inhalt. Seine Streichung bewirkt keine Änderung der geltenden Rechtslage.

Wie schon in der Begründung zu § 125 ausgeführt wurde, besteht das Bestreben, die derzeit noch aus verschiedenen Zeitabschnitten stammenden Vorschriften für die im Sinne des § 509 einbezogenen Personen und für die nach § 9 einbezogenen Personen, insbesondere hinsichtlich des Umfanges der Leistungsansprüche, zu vereinheitlichen. Für diese im Verordnungsweg zu treffenden Maßnahmen ist zunächst erforderlich, daß die Wirksamkeit der für die Krankenversicherung der nach § 9 einbezogenen Personen geltenden Vorschriften auch auf die im § 509 genannten Personen ausgedehnt wird. Dies soll durch die Neufassung des zweiten Satzes des § 509 bewirkt werden.

Zu Z. 64:

§ 510:

Auf die Ausführungen in der Begründung zu § 492 (Z. 56) wird hingewiesen.

Zu Z. 65:

§ 513:

§ 513 Abs. 1 sah bisher vor, daß nach den vor dem 1. Juni 1956 in Geltung gestandenen Bestimmungen bestehende Zusatzversicherungen von Rentnern in der Krankenversicherung aufrecht bleiben, soweit sie Leistungen zum Gegenstand haben, die über das im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz für Rentner vorgesehene Ausmaß hinausgehen. Soweit es sich hiebei um Zusatzversicherungen auf Sterbegeld handelt, bleiben solche nach dem Wortlaut dieser Bestimmung mit dem Anteil aufrecht, um den die Zusatzversicherungen das nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz gebührende Sterbegeld übersteigen. Auf Grund einer — allerdings vereinzelt gebliebenen — im Verwaltungsverfahren ergangenen Entscheidung eines Landeshauptmannes haben die Versicherungsträger ihre Praxis im Sinne einer Empfehlung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger dahin geändert, daß bestehende Zusatzversicherungen auf Sterbegeld mit ihrer vollen seinerzeit eingegangenen Höhe aufrecht bleiben und die derzeit vorgesehene Anrechnung der nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz gebührenden Sterbegeld-

leistung unterbleibt. Die Rechtsprechung der übrigen damit befaßten Stellen hat sich dieser Praxis im Hinblick auf den klaren Gesetzeswortlaut nicht angeschlossen. Die betroffenen Personen, die eine Zusatzversicherung nach dem früheren Recht eingegangen sind, haben es als große Härte empfunden, daß durch die Regelung, wie sie im § 513 vorgesehen war, die von ihnen seinerzeit geleisteten Beiträge zur Zusatzversicherung keine zusätzliche Mehrleistung beim Sterbegeld bewirkten, wenn die Pflichtleistung erweitert worden ist. Um diese Personen beschwerdefrei stellen zu können und um andererseits die dadurch bewirkte Rechtsunsicherheit zu beseitigen sowie für die bestehende Praxis der Versicherungsträger die gesetzliche Deckung zu verschaffen, erfährt der erste Satz des § 513 Abs. 1 die vorgesehene Neufassung.

Zu Z. 66:

§ 522:

Im Sinne des schon in der 8. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz zutage getretenen Bestrebens, die Rentenberechtigten, deren Rentenansprüche noch aus der Zeit vor dem Wirksamkeitsbeginn des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes stammen (sogenannte Altrentner), zu Rentenberechtigten nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz zu machen, werden durch die Änderungen im § 522 weitere Unterschiede in der Behandlung der Alt- und Neurentner beseitigt. Darüber hinaus werden durch die Änderung des § 522 Abs. 4 Einschränkungen wegfallen, die bisher eine vollständige Anwendung verschiedener Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes auf Altrentenfälle ausschlossen. So wird auch in den Fällen, in denen die Wiederverheiratung vor dem 1. Jänner 1956 erfolgte, die Witwenrente aus der Unfall- und Pensionsversicherung bei Auflösung der zweiten Ehe nach Maßgabe der Bestimmungen der §§ 215 Abs. 5 und 265 Abs. 2 ASVG. frühestens ab 1. Jänner 1962 wieder aufleben können. Hingegen kommt die Anwendung der §§ 215 Abs. 4 beziehungsweise 265 Abs. 1 ASVG., die im Falle der Wiederverheiratung der Witwe die Abfertigung der Witwenrente mit dem fünf-fachen Jahresbetrag vorsehen, nur für die Fälle in Betracht, in denen die Wiederverheiratung nach dem 31. Dezember 1955 erfolgte, da die Gewährung einer Abfertigung in dieser Höhe erst durch das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz ab 1. Jänner 1956 eingeführt wurde. Die Anwendbarkeit von Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes kann aber nur so weit gehen, daß Witwenrentenansprüche, die noch aus

der Zeit vor dem Inkrafttreten des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes stammen, hinsichtlich ihres weiteren rechtlichen Schicksals den Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes unterworfen werden, es besteht aber kein Grund, einmalige Leistungen, die in einem vor dem Inkrafttreten des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes liegenden Zeitpunkt ausgezahlt wurden, nachträglich auf das Ausmaß zu ergänzen, das gebühren würde, wenn die Leistung erst unter der Geltung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes gewährt worden wäre. Durch die Änderung des § 522 Abs. 4 wird ferner bei den Waisenrenten die Einschränkung wegfallen, daß eine Weitergewährung über das 18. Lebensjahr hinaus nur dann in Betracht kommen kann, wenn das Kind das 18. Lebensjahr nach dem 31. Dezember 1952 vollendet hat. In Hinkunft wird eine Weitergewährung über das 18. Lebensjahr hinaus ab 1. Jänner 1962 auch dann möglich sein, wenn das Kind das 18. Lebensjahr bereits vor dem 1. Jänner 1953 vollendet hat.

Zu Z. 67:

§ 522 f.:

Die Einfügung im § 522 f Abs. 8 dient der Richtigstellung eines bei der Redaktion der 8. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz unterlaufenen Versehens.

Zu Z. 68:

§ 524:

Die Übergangsbestimmung des § 524 ist durch Zeitablauf gegenstandslos geworden. Sie wird daher im Zuge der Bereinigung und Entlastung des Gesetzestextes aufgehoben.

Zu Z. 69:

§ 529:

Das Bundesgesetz vom 8. Juli 1948, BGBl. Nr. 177, regelte die sozialversicherungsrechtlichen Verhältnisse aus Anlaß der Aufnahme in ein öffentlich-rechtliches Dienstverhältnis beziehungsweise aus Anlaß des Ausscheidens aus einem solchen. In diesem Bundesgesetz wurde unter anderem bestimmt, daß in den Fällen, in denen der Dienstgeber einem Beamten Versicherungszeiten für den Ruhe(Versorgungs)genuß anrechnet, bei Eintritt des Versicherungsfalles der Teil der Rente, der dem Ausmaß der angerechneten Zeiten entspricht, dem Dienstgeber überwiesen wird. Mit Inkrafttreten des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes wurde diese Konstruktion der „Rentenüberweisung“ durch die Konstruktion des „Überweisungsbetrages“ (§ 308)

abgelöst. Bei Eintritt des Versicherungsfalles wird nun nicht mehr die Rente festgestellt und der den angerechneten Zeiten entsprechende Teil dem Dienstgeber überwiesen, sondern der Dienstgeber erhält anläßlich der Pragmatisierung unter der Voraussetzung, daß er bestimmte Zeiten für den Ruhe(Versorgungs)genuß angerechnet hat, für die angerechneten Zeiten einen Überweisungsbetrag. Die Beiträge für die nicht angerechneten Zeiten werden dem Dienstnehmer erstattet, so daß praktisch alle erworbenen Zeiten entweder durch den Überweisungsbetrag oder durch die Beitragserstattung honoriert werden und daher keinerlei Ansprüche oder Anwartschaften aus der Pensionsversicherung bestehen bleiben. Die Bestimmungen über die Leistung des Überweisungsbetrages traten rückwirkend mit 1. April 1952 in Kraft. Für alle Beamten, die vor dem 1. April 1952 pragmatisiert worden waren, und für alle jene Beamten, die zwar nach dem 31. März 1952 pragmatisiert worden sind, aber bereits vor der Kundmachung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (30. September 1955) eine Leistung aus der Pensions(Renten)versicherung erhalten haben, blieben die Vorschriften des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 177/1948 mit einigen Modifizierungen weiter in Kraft.

Bald nach dem Inkrafttreten des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes und insbesondere nach den Aufwertungen der sogenannten Altrenten zeigte sich, daß die Weiteranwendung der Bestimmungen des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 177/1948 zu immer größer werdenden administrativen Schwierigkeiten führte. Da nicht einmal die Erkenntnisse beziehungsweise Gutachten des Oberlandesgerichtes Wien in dieser Hinsicht eine Erleichterung bringen konnten, wurde von den Versicherungsträgern, von den Interessenvertretungen der Dienstnehmer und auch von den Dienstgebern angeregt, die noch geltenden Vorschriften des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 177/1948 durch neue, dem § 308 (Überweisungsbetrag) analoge Vorschriften abzulösen.

Der von den Bestimmungen des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 177/1948 erfaßte Personenkreis kann grundsätzlich in folgende vier Gruppen unterteilt werden:

1. Personen, die weder einen Anspruch auf Ruhegenuß noch einen Anspruch auf eine Leistung aus der Pensions(Renten)versicherung haben,

2. Personen, die wohl einen Anspruch auf einen Ruhegenuß, nicht aber einen Anspruch auf eine Leistung aus der Pensions(Renten)versicherung haben,

3. Personen, die zwar keinen Anspruch auf einen Ruhegenuß, wohl aber einen Anspruch auf eine Leistung aus der Pensions(Renten)versicherung haben, und

4. Personen, die sowohl einen Anspruch auf Ruhegenuß als auch einen Anspruch auf eine Leistung aus der Pensions(Renten)versicherung haben.

Für die unter 1. bis 3. genannten Personen ist die Leistung eines Überweisungsbetrages an den Dienstgeber für die vom Dienstgeber angerechneten Versicherungszeiten und eine Beitragserstattung an den Dienstnehmer für die nicht angerechneten Versicherungszeiten vorgesehen. Für die unter 4. genannten Personen sollen die bisher gewährten Leistungen nach dem Bundesgesetz BGBl. Nr. 177/1948 erhöht weitergewährt werden.

Den Anregungen, den unter 2. und 3. genannten Personen auch in Hinkunft Leistungen in Verbindung mit dem Bundesgesetz BGBl. Nr. 177/1948 zuzuerkennen, konnte nicht Rechnung getragen werden, da dies eine Perpetuierung der Bestimmungen des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 177/1948 bedeuten würde und gerade dies durch die angestrebte Neufassung des § 529 vermieden werden sollte. Der Hinweis, daß durch die Leistung des Überweisungsbetrages in diesen Fällen für die Dienstnehmer eine soziale Härte entstünde, geht ins Leere,

weil den unter 2. genannten Personen deswegen kein Nachteil erwächst, da die Leistung aus der Pensions(Renten)versicherung für vom Dienstgeber angerechnete Versicherungszeiten der Dienstgeber erhalten würde und zur Wahrung der Anwartschaft für die nicht angerechneten Zeiten in den meisten Fällen eine Fortsetzung der Pensionsversicherung notwendig wäre, und

weil den unter 3. genannten Personen bei Eintritt des Versorgungsfalles durch die in Aussicht genommene Änderung des Ruhegenußvordienstzeitengesetzes, BGBl. Nr. 193/1949, ohnehin eine weitere Anrechnung von Vordienstzeiten bis zur Erreichung des vollen Ausmaßes des Ruhegenusses gewährleistet wird und eine Leistung aus der Pensions(Renten)versicherung nur eine zusätzliche Versorgung und damit eine Besserstellung gegenüber den nach dem 31. März 1952 pragmatisierten Beamten bedeuten würde.

Die Forderungen, die laufenden Leistungen nach § 6 beziehungsweise § 7 des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 177/1948 abzufertigen, wurden unberücksichtigt gelassen. Es schien nämlich vor allem nicht vertretbar, eine dem Dienstnehmer bereits zuerkannte Leistung abzufertigen, wenn die dieser Leistung zugrunde liegenden Versicherungszeiten vom

Dienstgeber in der laufenden Versorgungsleistung nicht mehr berücksichtigt werden können. Um die Gleichbehandlung der Dienstnehmer und Dienstgeber zu gewährleisten, wurde auch von einer Abfertigung der dem Dienstgeber zustehenden Leistung Abstand genommen.

In einem Punkte mußte der Grundsatz, das Bundesgesetz BGBl. Nr. 177/1948 mit 1. Jänner 1961 endgültig außer Kraft zu setzen, durchbrochen werden. In dem Bestreben, das rückwirkende Inkrafttreten einschneidender Änderungen zu vermeiden, wurde für die Zeit vom 1. Jänner 1961 bis zum 1. Jänner 1962 ein Weiterwirken des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 177/1948 in Kauf genommen:

Für Personen, die bis zum 1. Jänner 1962 aus dem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis mit Anspruch auf Ruhe(Versorgungs)genuß ausscheiden und für die der sozialversicherungsrechtliche Stichtag spätestens am 1. Jänner 1962 liegt, soll die laufende Leistung so festgestellt werden, als ob die Bestimmungen der §§ 6 und 7 des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 177/1948 noch gelten würden. Natürlich sollen diese Leistungen genauso aufgewertet werden wie die bisher laufenden Leistungen nach dem Bundesgesetz BGBl. Nr. 177/1948.

Dem Einwand, den Überweisungsbetrag für die unter 1. genannten Personen nicht erst anlässlich der Ruhestandsversetzung beziehungsweise nach dem Tode des Beamten festzustellen, konnte vor allem aus finanziellen Erwägungen nicht Rechnung getragen werden. Der gesetzliche Auftrag an die Versicherungsträger, die anfallenden Überweisungsbeträge innerhalb einer kurzen Frist an die Dienstgeber zu leisten, hätte dazu geführt, daß einerseits die Versicherungsträger, denen ein Bundeszuschuß zusteht, mit diesem nicht das Auslangen gefunden hätten und andererseits noch aktiv gebarende Versicherungsträger allenfalls einen Bundeszuschuß in Anspruch nehmen müßten. Um den Dienstgeber aber nicht durch die spätere Zahlung finanziell zu benachteiligen, wird die Bemessungsgrundlage für den Überweisungsbetrag entsprechend der Anlage 5 aufgewertet. Für die Ablehnung der Forderung, den Überweisungsbetrag nicht erst anlässlich des Versorgungsfalles festzustellen, war auch die Überlegung maßgebend, daß der Dienstgeber erst im Zeitpunkt des Eintrittes des Versorgungsfalles beziehungsweise kurze Zeit vor der Ruhestandsversetzung von Gesetzes wegen die Möglichkeit hat, mit absoluter Sicherheit feststellen zu können, welche Versicherungszeiten zur Erreichung der vollen Höhe des Ruhe(Versorgungs)genusses noch angerechnet werden müßten.

Zu den Bestimmungen des neu gefaßten § 529 ist im einzelnen zu bemerken:

Zu Abs. 1: Die Leistungszuständigkeit des Versicherungsträgers richtet sich nach § 246. Auf die Anrechenbarkeit im Sinne des § 233 wurde hier verzichtet, weil für den Dienstgeber das Bundesgesetz BGBl. Nr. 177/1948 die Anwartschaftswahrung vorgesehen hatte. Dieser Vorteil soll dem Dienstgeber gewahrt bleiben und nunmehr auch dem Dienstnehmer zugute kommen. Der zweite Halbsatz der lit. a bezieht sich auf jene Fälle, für die wegen der nach dem 31. März 1952 erfolgten Pragmatisierung eigentlich durch das rückwirkende Inkrafttreten des § 308 mit 1. April 1952 ein Überweisungsbetrag zu leisten gewesen wäre, wenn nicht eine Leistung aus der Pensions(Renten)-versicherung vor der Kundmachung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes angefallen wäre. Für diese Gruppe soll nun ebenfalls der Überweisungsbetrag an den Dienstgeber geleistet und die Beiträge dem Dienstnehmer erstattet werden. Eine Anrechnung der erbrachten Leistungen auf den Überweisungsbetrag oder die zu erstattenden Beiträge findet nicht statt. Die Leistungen erlöschen aber nach § 100 in Verbindung mit § 310 (siehe Abs. 11).

Zu Abs. 2: Das Bundesgesetz BGBl. Nr. 177/1948 sprach von öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnissen. Dieser Begriff muß beibehalten werden, um den gleichen Personenkreis zu erfassen, auf den sich die Vorschriften des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 177/1948 bezogen haben. Die einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis gleichgestellten Dienstverhältnisse sind den beiden Verordnungen vom 4. August 1949, BGBl. Nr. 214, beziehungsweise vom 13. Mai 1955, BGBl. Nr. 113, entnommen worden. Die Angestellten des Dorotheums wurden neu einbezogen. Die Liste der gleichgestellten Dienstverhältnisse wird in eine eigene Anlage zum Gesetz (Anlage 11) aufgenommen.

Zu Abs. 3: Das Ausmaß des Überweisungsbetrages entspricht der Regelung des § 308. Als Bemessungsgrundlage wurde ein Durchschnitt angenommen, der sich aus den valorisierten Beitragsgrundlagen der Zeiten vor dem 1. April 1952 ergibt. Nach der vorgesehenen Regelung soll der Dienstgeber für die zur Gänze angerechneten Versicherungsmonate den vollen Überweisungsbetrag erhalten. Für die Versicherungsmonate, die nur zum Teil angerechnet werden ($\frac{1}{3}$, $\frac{1}{2}$), soll der Dienstgeber nur den entsprechenden Teil des Überweisungsbetrages erhalten ($\frac{1}{3}$, $\frac{1}{2}$).

Wenn auch die Ruhegenußvordienstzeitenverordnung, BGBl. Nr. 231/1949, keine „bedingte“ Anrechnung kennt, wird trotzdem die Möglichkeit für eine solche Anrechnung offengelassen, weil sie unter Umständen von

Gebietskörperschaften seinerzeit praktiziert worden ist.

Unter dem Begriff „Versorgungsfall“, der neu eingeführt wird, ist das Ausscheiden aus dem aktiven Dienstverhältnis durch Pensionierung (Ruhestandsversetzung, Übertritt in den Ruhestand von Gesetzes wegen) oder Tod des Beamten mit Anspruch auf einen laufenden Ruhe(Versorgungs)genuß zu verstehen. In lit. a kann es sich bei dem Versorgungsfall nur um einen solchen handeln, der nicht gleichzeitig mit dem Versicherungsfall eintritt. Würde dies nämlich geschehen, würde dieser Fall nach Abs. 9 zu behandeln und daher nach Abs. 1 lit. d von der Leistung eines Überweisungsbetrages ausgeschlossen sein.

Zu Abs. 4: Wenn eine Leistung aus der Pensionsversicherung in Verbindung mit § 6 und § 7 des BGBl. Nr. 177/1948 wegen geminderter Arbeitsfähigkeit gewährt und in einiger Zeit wegen Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit entzogen wird, soll in Hinkunft bei Eintritt eines neuen Versicherungsfalles eine laufende Rente nicht wieder anfallen; vielmehr soll der Überweisungsbetrag geleistet und im Sinne des Abs. 5 die in der Versorgungsleistung nicht berücksichtigte Versicherungszeit erstattet werden. Im übrigen kann auf die allgemeinen Ausführungen verwiesen werden. Für den zweiten Halbsatz gelten die Ausführungen in den letzten zwei Sätzen zu Abs. 3.

Zu Abs. 5: Für die Beitragsmonate, die der Dienstgeber nicht anrechnet und für die der Dienstgeber daher keinen Überweisungsbetrag erhält, werden dem Dienstnehmer 7 v. H. einer Bemessungsgrundlage von 1000 S erstattet. Wurden Beitragsmonate nur zum Teil angerechnet ($\frac{1}{3}$, $\frac{1}{2}$), so wird dem Dienstnehmer der restliche Teil erstattet. Z. B.: Wird ein Beitragsmonat zu einem Drittel angerechnet, erhält der Dienstgeber ein Drittel von 70 S als Überweisungsbetrag; dem Dienstnehmer verbleiben zwei Drittel von 70 S. Beiträge zur Weiterversicherung, die nach der Aufnahme in das Dienstverhältnis entrichtet wurden (mit Ausnahme solcher nach einer pensions[renten]-versicherungspflichtigen Nebenbeschäftigung) oder vor der Aufnahme entrichtet wurden, wobei die durch ihre Entrichtung erworbenen Beitragszeiten nicht vom Dienstgeber angerechnet worden sind, sowie Beiträge zur Höherversicherung werden dem Dienstnehmer erstattet. Wenn die Beiträge zur Weiterversicherung der Dienstgeber gezahlt hat, wird die Erstattung dieser Beiträge an ihn nur auf Grund einer Abtretungserklärung des Dienstnehmers möglich sein.

Die Erstattung der Beiträge hat gleichzeitig mit der Leistung des Überweisungs-

betrages zu erfolgen. Eines eigenen Antrages bedarf es hiezu nicht.

Die Anregung eines Dienstgebers, die von ihm für seine Dienstnehmer nach der Pragmatisierung gezahlten Beiträge zur freiwilligen Versicherung nicht erst mit der Leistung des Überweisungsbetrages, sondern sofort zu erstatten, wurde eingehend geprüft. Es ist richtig, daß dieser Dienstgeber die Beiträge in der Erwartung einer höheren Versicherungsleistung entrichtet hat und an Stelle der höheren Versicherungsleistung nunmehr ein einmaliger Überweisungsbetrag geleistet und die Beiträge zur freiwilligen Versicherung erstattet werden. Weiters ist auch das Argument richtig, daß die Zeiten, während deren die freiwillige Versicherung bestand, Zeiten des pensions(renten)versicherungsfreien Dienstverhältnisses waren. Diese Zeiten werden jedenfalls für den Anspruch auf den Ruhe-(Versorgungs)genuß angerechnet, so daß sie die Feststellung, welche Zeiten bei der Bemessung des Überweisungsbetrages zu berücksichtigen sind, nicht beeinflussen können. Trotz dieser Argumente konnte die vorgebrachte Anregung nicht berücksichtigt werden. Die Aufgabe des Grundsatzes, in den Fällen des Überweisungsbetrages erst anläßlich des Eintrittes des Versorgungsfalles zu liquidieren, hätte mit Recht wieder alle Verfechter jener Idee auf den Plan gerufen, die Liquidierung des ganzen Komplexes des BGBl. Nr. 177/1948 sofort durchzuführen. Die Gründe, die gegen ein solches Vorgehen sprechen, wurden bereits an anderer Stelle eingehend erörtert.

Zu Abs. 7: Die nach § 6 beziehungsweise nach § 6 und § 7 des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 177/1948 gebührenden Leistungen sind auf das 1,3fache des im Monat Dezember 1960 gebührenden Betrages zu erhöhen. Von einer Neubemessung nach den Bestimmungen der 8. Novelle wurde abgesehen. Die dem Dienstgeber gebührende Leistung war nämlich nach den vor dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz geltenden Vorschriften festzustellen gewesen, während die dem Dienstnehmer gebührende Leistung nach dem Leistungsrecht festzustellen war, das im Zeitpunkt des Renten-anfalles (Stichtages) in Geltung gestanden ist. Bei Anwendung der Vorschriften der 8. Novelle wäre es daher notwendig gewesen, jeweils zwei Berechnungen durchzuführen. Da die auf Grund der 8. Novelle erfolgte Erhöhung im Durchschnitt 30 v. H. beträgt, wurde aus verwaltungstechnischen Gründen dieser fixe Prozentsatz für die Aufwertung gewählt. Bei der dem Dienstgeber gebührenden Leistung wird der für Dezember 1960 ausgezahlte Betrag um 30 v. H. erhöht, während bei der dem Dienstnehmer gebührenden Leistung die im Dezember 1960 angewendeten Ruhens-

bestimmungen bei der Erhöhung außer Betracht zu lassen sind. Diese scheinbar unterschiedliche Behandlung gründet sich darauf, daß bei der dem Dienstgeber gebührenden Rente kein Ruhen nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz eintreten konnte, bei der dem Dienstnehmer gebührenden Rente jedoch die Ruhensvorschriften des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes anzuwenden waren. Die Begünstigung der früheren Auszahlung des vollen Mehrbetrages für die Geburtsjahrgänge 1876 und früher beziehungsweise für den Geburtsjahrgang 1877 gilt auch für den Dienstgeber.

Zu Abs. 9: Wie bereits in den allgemeinen Ausführungen betont, sollen sich die Vorschriften des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 177/1948 noch bis 1. Jänner 1962 auswirken. Treten die Voraussetzungen noch vor diesem Zeitpunkt ein, sind Leistungen so festzustellen, als ob die §§ 6 und 7 des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 177/1948 noch gelten würden. Die so ermittelten Leistungen sind wie die nach §§ 6 und 7 des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 177/1948 laufenden Leistungen um 30 v. H. zu erhöhen. Diese Leistungen werden mit dem vollen Mehrbetrag ausgezahlt, genauso wie die Leistungen aus der Pensions(Renten)versicherung, für die der Stichtag nach dem 31. Dezember 1960 liegt.

Zu Abs. 10: Mit Absicht wurde der Ausdruck „Rente“ vermieden, weil nur die dem Rentner (seinen Hinterbliebenen) zustehende „Dienstnehmerrente“ vom Ruhen erfaßt werden soll. Bei der vorgesehenen Konstruktion ist es auch ohne Belang, ob die „Dienstnehmerrente“ überhaupt einen „Grundbetrag“ enthält; ihr halber Wert gilt jedenfalls bei Anwendung der §§ 94 und 95 als ruhefähiger Grundbetrag. In den Jahren 1961 und 1962 wird in den Fällen, in denen nicht bereits der volle Mehrbetrag gebührt, der Grundbetrag nicht von der fiktiv neu bemessenen Leistung, sondern von der Leistung zu errechnen sein, auf die der Rentner beziehungsweise seine Hinterbliebenen tatsächlich Anspruch haben.

Zu Abs. 11: Die Anwendung des § 310 bedeutet nicht nur, daß in den normalen Fällen, in denen der Versorgungsfall gleichzeitig mit dem Versicherungsfall eintritt, mit der Zahlung des Überweisungsbetrages und der Erstattung der Beiträge alle Ansprüche und Berechtigungen aus der Pensionsversicherung erlöschen. Über § 310 ist nämlich auch § 100 anzuwenden: Nach § 100 Abs. 1 lit. c zweiter Halbsatz gebühren die Rente und allfällige Zuschüsse noch für den Monat, der dem Einlangen des Antrages gemäß § 308 Abs. 1 (hier natürlich: § 529 Abs. 4) folgt. Wenn in den Fällen des § 308 auch zu erwarten ist, daß der Antrag auf Leistung des Überweisungsbetrages erst einige

Zeit nach der Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis gestellt wird und damit eine Rente über die Pragmatisierung hinaus weiter zu gewähren ist, so braucht dies in den Fällen des § 529 kaum befürchtet zu werden. Bezieht ein Beamter eine Alters- oder Berufsunfähigkeits(Invaliditäts)rente, ohne bereits in den Ruhestand getreten zu sein, so ist wohl anzunehmen, daß der Dienstgeber unverzüglich anläßlich des Eintrittes des Versorgungsfalles die Anrechnung der Vordienstzeiten für den Ruhe(Versorgungs)genuß vornimmt und den Antrag auf Leistung des Überweisungsbetrages stellt, um möglichst bald in die Lage versetzt zu werden, den Ruhe(Versorgungs)genuß im gebührenden Ausmaß auszahlen zu können. Aus diesen Überlegungen heraus erschien es nicht erforderlich, für den Überweisungsbetrag nach § 529 die Bestimmungen des § 100 in dem Sinne zu modifizieren, daß eine Rente und allfällige Zuschüsse bereits mit Eintritt des Versorgungsfalles erlöschen.

Zu Abs. 12: Durch die Aufnahme des Abs. 12 soll erreicht werden, daß der Überweisungsbetrag auch für jene Dienstnehmer geleistet wird, die am 12. März 1938 Angehörige des Dienststandes waren, aber nach dem 9. April 1945 nicht auf einen Dienstposten des Dienststandes übernommen, sondern in den Ruhestand versetzt worden sind. Das gleiche gilt für solche Personen, die nach dem 9. April 1945 vor ihrer Übernahme in den Dienststand oder ihrer Versetzung in den Ruhestand verstorben sind.

Zu Z. 70:

§ 529 a:

Bei der Stadtgemeinde Graz bestand in der Zeit vom 1. September 1938 bis zum 31. Dezember 1943 ein besonderes Zweckvermögen der Stadtgemeinde ohne eigene Rechtspersönlichkeit unter der Bezeichnung „Arbeiter-Kranken- und Renteninstitut der Stadtgemeinde Graz“, dessen Aufgabe die Erbringung von Leistungen der Krankenfürsorge, Unfallfürsorge, Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenfürsorge an bestimmte Gruppen von Dienstnehmern der Stadtgemeinde Graz war. Diese Dienstnehmer waren für die Dauer ihrer Mitgliedschaft bei dem genannten Institut von der gesetzlichen Invalidenversicherung gemäß § 1234 RVO. befreit. Durch Verfügung des Oberbürgermeisters der Stadt Graz vom 2. November 1943 wurde das Institut mit dem 31. Dezember 1943 aufgelöst, wodurch die Befreiung der Dienstnehmer von der gesetzlichen Invalidenversicherung erloschen war. Mit Erlaß vom 20. November 1943, Zl. II-2611/43-667, hat das ehemalige Reichsver-

sicherungsamt auf Grund der Ermächtigung des Reichsarbeitsministers gemäß § 48 der Einführungsverordnung „Überleitungsbestimmungen vom ‚Arbeiter-Kranken- und Renteninstitut der Stadtgemeinde Graz‘ in die Rentenversicherung nach der Reichsversicherungsordnung“ erlassen.

Diese gemäß § 1 Abs. 1 SV-ÜG. 1953 als vorläufiges österreichisches Recht in Geltung gestandenen Vorschriften sind mit dem Wirksamkeitsbeginn des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes außer Kraft getreten (§ 543 Abs. 2). Es erweist sich daher als notwendig, für die nach dem Wirksamwerden des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes eintretenden Versicherungsfälle eine Regelung zu treffen, in welcher Weise die Zeiten der Mitgliedschaft zu dem genannten Institut, die in der gesetzlichen Invalidenversicherung versicherungsfrei waren, zu berücksichtigen sind. In Anlehnung an die Regelung der früheren Rechte, durch die diese Zeiten eine den Beitragszeiten zur gesetzlichen Invalidenversicherung ähnliche Behandlung erfuhren, werden diese Zeiten den Beitragszeiten aus der Zeit vor dem Wirksamwerden des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes gleichgestellt. Da diese Zeiten der Mitgliedschaft zu dem genannten Institut somit zu anrechenbaren Versicherungszeiten werden, wird für sie im Falle der Leistung eines Überweisungsbetrages gemäß § 308 ASVG. dieser mit dem für Beitragsmonate geltenden Hundertsatz (7 v. H. der Bemessungsgrundlage) zu berechnen sein. Da der Kreis der Personen, die durch die neu aufgenommene Bestimmung berührt werden, keinen Zuwachs, sondern eine stetige Verminderung erfährt, wurde die getroffene Regelung nicht in das Dauerrecht des Vierten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (§ 226), sondern als Übergangsbestimmung in den Zehnten Teil des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes aufgenommen.

Zu Z. 71 bis 73:

§§ 530, 535 und 536:

Diese Bestimmungen sind teilweise durch das Außerkrafttreten der in ihnen bezogenen Vorschriften, teils durch Zeitablauf gegenstandslos geworden. Sie werden daher aus den zu § 524 dargelegten Erwägungen aufgehoben.

Zu Z. 75:

Anlage 1:

Die hier vorgesehene Änderung der Anlage I zum ASVG. — Liste der Berufskrankheiten (§ 177 ASVG.) — in der laufenden Nr. 1 und 3

erfolgt auf Grund einer Empfehlung des Sachverständigenausschusses des Internationalen Arbeitsamtes. Eine Änderung der Praxis der Träger der Unfallversicherung tritt hiedurch nicht ein, weil sie bei der Anwendung dieser Bestimmungen im Sinne des Abkommens Nr. 42 über die Entschädigung bei Berufskrankheiten zwischen Legierungen und Verbindungen schon bisher keinen Unterschied gemacht haben.

Durch den bisherigen Wortlaut der laufenden Nr. 16 der Anlage 1 zum ASVG. ist jener Personenkreis unter Versicherungsschutz gestellt, welcher der Einwirkung von Röntgenstrahlen beziehungsweise Strahlen radioaktiver Stoffe ausgesetzt ist. Mit dieser Formulierung konnte bisher das Auslangen gefunden werden. Im Hinblick auf die fortschreitende Entwicklung auf dem Gebiete der Atomphysik können in naher Zukunft Versicherte auch der Einwirkung anderer ionisierender Strahlen, wie Neutronen, Protonen oder schwerer Rückstoßkerne, die im Reaktorbetrieb bei Teilchenbeschleunigern und Kernreaktionen auftreten, ausgesetzt sein. Erkrankungen durch Strahlen der genannten Art haben aber bisher in der Liste der Berufskrankheiten keine Berücksichtigung gefunden. Es ist daher notwendig, den Wortlaut der laufenden Nr. 16 entsprechend abzuändern.

Die Änderung der laufenden Nr. 17 geht auf eine Feststellung des Sachverständigenausschusses des Internationalen Arbeitsamtes bei seiner 28. Tagung in Genf im März 1958 über die Anwendung der Übereinkommen und Empfehlungen zurück. Er vertrat dabei die Ansicht, daß der Ausdruck „ähnliche Stoffe“ nicht hinreichend weit ausgelegt werden könnte, um auch Mineralöle und Erdpech, wie sie das Übereinkommen Nr. 42 über die Entschädigung bei Berufskrankheiten ausdrücklich aufzählt, zu umfassen.

Die Änderung der laufenden Nr. 33 geht auf eine von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt veranstaltete Enquete über berufliche Lärmschwerhörigkeit zurück. Dabei konnte festgestellt werden, daß berufliche Lärmschwerhörigkeit auch in Betrieben auftritt, die nicht unter der laufenden Nr. 33 in der Spalte 3 aufgezählt sind. Darüber hinaus führt die derzeitige Formulierung der laufenden Nr. 33 dazu, daß eine berufliche Lärmschwerhörigkeit erst dann anerkannt werden kann, wenn sie bereits zu einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von etwa 40 bis 50 % geführt hat. Durch die im Entwurf bei der laufenden Nr. 33 vorgesehenen Änderungen sowohl hinsichtlich der Umschreibung der Berufskrankheit als auch hinsichtlich der Abgrenzung der Unternehmen soll diesen Erkenntnissen Rechnung getragen werden.

Zu Z. 76:

Anlagen 9 bis 11:

Die Verrichtung von wesentlich bergmännischen Arbeiten (wobei es sich nach der bisherigen Fassung des § 236 Abs. 3 ASVG. um Arbeiten handelt, die infolge der Natur des Bergbaues mit besonderen Gefahren für die Gesundheit verknüpft sind oder eine vorzeitige Abnutzung der Arbeitskraft zur Folge haben), war schon vor dem Wirksamkeitsbeginn des ASVG. leistungsrechtlich von Belang. Die in der Anlage 9 zum ASVG. aufgestellte Liste hat jedoch — zum Unterschied von der nachfolgenden Anlage 10 zu § 281 dieses Gesetzes — keinen Vorläufer, der mit Gesetzeskraft ausgestattet gewesen wäre. Allerdings waren von einem früheren Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung in einem sogenannten Rahmenkatalog an die 200 konkret benannte Tätigkeiten verzeichnet worden, die aus vieljähriger Verwaltungsausübung und Spruchpraxis als wesentlich bergmännische Arbeiten anerkannt waren. Diese große Zahl war hauptsächlich durch die revierweise unterschiedlichen Gewinnungs- und Bringungsmethoden, aber auch durch die oft unterschiedliche Bezeichnungsweise für an sich gleichartige Tätigkeiten bedingt. Ohne Schmälerung des bisher bestandenen Umfanges sind in der neuen Anlage 9 die nach Betriebspunkten artverwandten Tätigkeiten in 5 Gruppen (Z. 1 bis 5) zusammengefaßt und damit in wesentlich einfacherer Art als bisher wiedergegeben worden. Zu der schon bisher einer wesentlich bergmännischen Arbeit gleichgestellten Tätigkeit des Anschlägers im Hauptförderungsschacht übertage (Z. 6) tritt nun neu die Tätigkeit der Hauer im engeren Sinne im Braunkohlentagbau als weitere Gruppe der gleichgestellten Arbeiten hinzu (Z. 7).

Als authentischer Vorläufer der Liste in Anlage 10 zum ASVG., und zwar zu § 281 dieses Gesetzes können die vor dem Wirksamkeitsbeginn des ASVG. geltenden Durchführungsbestimmungen zum knappschaftlichen Leistungszuschlag angesehen werden, jedoch nur hinsichtlich der Abschnitte, die sich mit der Aufzählung der eigentlichen Hauerarbeiten (der Hauerarbeiten im engeren Sinne) befassen. Diese Abschnitte sind nun textlich in die Hauptgruppe A (Grubenbetriebe) und B (Tagbaubetriebe in Gebirgslagen) zusammengefaßt und in der weiteren Unterteilung auf die im österreichischen Bergbau praktisch vorkommenden einschlägigen Tätigkeiten abgestellt worden. Dabei ist bewußt an die Stelle der bisherigen Bezeichnung „hochalpinen Bergbau übertage“ der Begriff „Tagbaubetrieb in Gebirgslagen“ gewählt worden, weil die

seit jeher und vor allem in Betracht kommenden Erz- und Magnesitbergbaue sich in einer Seehöhe von 1500 bis 2000 m befinden, die noch nicht als „hochalpin“ bezeichnet werden kann.

Hinsichtlich der neu angefügten Anlage 11 wird auf die Begründung zu § 529 Abs. 2 verwiesen.

Zu Art. VI:

Die Übergangsbestimmungen der Abs. 1 bis 5 tragen dem Umstand Rechnung, daß die Bestimmungen des Art. I gewisse Änderungen im Kreis der Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten herbeiführen werden. Personen, die bisher der Versicherungspflicht nicht unterlagen, werden versicherungspflichtig werden. Umgekehrt werden aber auch Personen, die bisher der Pflichtversicherung unterlegen sind, in Hinkunft nicht mehr pflichtversichert sein. In beiden Fällen sind Übergangsbestimmungen notwendig, um Härten beim Übergang zum neuen Recht nach Möglichkeit zu vermeiden. Die neuen Bestimmungen über die Weiterversicherung in der Kranken- und Pensionsversicherung sollen auch Personen zugute kommen, die die derzeit geltenden Voraussetzungen für eine Weiterversicherung nicht erfüllen, wohl aber nach der beantragten Fassung der einschlägigen Bestimmungen eine einmal bestandene Pflichtversicherung oder Weiterversicherung fortsetzen können. Sie werden die Möglichkeit haben, das Recht auf Weiterversicherung in der Krankenversicherung bis Ende Februar 1962 beziehungsweise das Recht auf Weiterversicherung in der Pensionsversicherung bis Ende Juni 1962 geltend zu machen. Die Weiterversicherung soll auf alle Fälle ab 1. Jänner 1962 beginnen.

Eine Übergangsbestimmung war auch im Hinblick auf die Änderung der Endigungsgründe einer Weiterversicherung in der Pensionsversicherung notwendig. Während die Weiterversicherung nach geltendem Recht unter anderem endet, wenn die Beiträge für mehr als 24 aufeinanderfolgende Monate rückständig sind, wird nach § 17 Abs. 7 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Antrages die Weiterversicherung unter anderem enden, wenn die Beiträge für mehr als sechs aufeinanderfolgende Monate nicht entrichtet sind. Personen, die am 31. Dezember 1961, obwohl sie bis zu 24 Monaten Beiträge schuldig sind, noch als weiterversichert gelten, sollen wegen der Änderung der Rechtslage nicht aus der Versicherung ausscheiden müssen. Sie werden auch im Jänner 1962 als weiterversichert gelten, wenn sie bis spätestens Ende Juni 1962 den Jänner-Beitrag entrichten. Ob die für die Zeit vor dem

1. Jänner 1962 fällig gewordenen Beiträge — es kann sich hierbei höchstens um die Beiträge für die 24 Kalendermonate der Jahre 1960 und 1961 handeln — entrichtet werden, bleibt dem Versicherten überlassen.

Die Übergangsbestimmung zu § 66 (Art. VI Abs. 6) trägt der Änderung im Charakter des Rechtsmittels gegen den Sicherstellungsauftrag Rechnung. Dadurch, daß die am 1. Jänner 1962 anhängigen Berufungen von diesem Zeitpunkt an als Einsprüche gelten, werden sie kraft Gesetzes ihre aufschiebende Wirkung verlieren.

Die Mindestbeitragsgrundlage für die Weiterversicherung in der Kranken- und Pensionsversicherung beträgt bereits seit 1. Jänner 1961 10 S. Art. IV Abs. 1 der 8. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 294/1960, hat jedoch bestimmt, daß die Mindestbeitragsgrundlage in dieser Höhe nur anzuwenden ist, wenn der Beginn der Weiterversicherung nach dem 31. Dezember 1960 liegt. Diese Übergangsbestimmung wurde im Abs. 7 neuerlich aufgenommen, um auszusprechen, daß auf Grund der Neufassung des § 76 Abs. 2 durch Art. I Z. 36 lit. b des Antrages die Meinung entstehen könnte, die vorzitierte Übergangsbestimmung der 8. Novelle sei obsolet geworden.

Die Übergangsbestimmung im Abs. 8 läuft faktisch auf eine gewisse Rückwirkung dieser Änderung hinaus, die im Hinblick auf den berechtigten Personenkreis sozialpolitisch notwendig scheint.

Die Neufassung des § 139 Abs. 5 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes bewirkt, daß auch in jenen Fällen, in denen die Arbeitsunfähigkeit die Folge eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit ist, das Krankengeld bis zur satzungsmäßigen Höchstdauer von 52 Wochen gewährt wird. Das gleiche gilt auch für die Anstaltspflege auf Rechnung eines Krankenversicherungsträgers. Diese sozialpolitisch sehr bedeutsame Änderung soll auch für alle Fälle gelten, in denen der Krankengeldanspruch am Tage vor Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes noch nicht erschöpft war beziehungsweise in denen an diesem Tage Anstaltspflege gewährt wurde.

Die Absätze 10 bis 13 sind Übergangsbestimmungen zum Art. II dieses Gesetzes, der die Änderungen des Zweiten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes über die Leistungen der Krankenversicherung beinhaltet. Sie laufen darauf hinaus, einzelne Änderungen, die ohne besondere Anordnung nur dann gelten würden, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. Dezember 1961 eintritt, auch für die laufenden Fälle anwendbar zu

erklären. Dies soll insbesondere für die Verbesserungen im Bereiche der Mutterschaftsleistungen gelten.

Eine ähnliche Rückwirkung wie für einzelne Bestimmungen der Krankenversicherung soll durch die Abs. 14 und 15 auch für einzelne Bestimmungen der Unfallversicherung bewirkt werden.

Die „Besondere Bemessungsgrundlage für Personen unter 30 Jahren“, die Änderungen im § 181 über die „Bemessungsgrundlage nach festen Beträgen“ und die Bestimmungen des neu eingefügten § 181 a sollen nach Abs. 14 des Art. VI dieses Bundesgesetzes ab 1. Jänner 1962 auch für alle schon laufenden Leistungen gelten, wenn sich daraus eine Erhöhung der Leistung ergibt und ein bezüglicher Antrag bis Ende 1962 eingebracht wird. Die im Abs. 15 der Übergangsbestimmungen angeführten Bestimmungen des Art. III sollen gleichfalls für alle laufenden Fälle ab 1. Jänner 1962 gelten.

Sehr eingehend haben sich die Antragsteller mit der Frage auseinandergesetzt, ob die Änderungen im Bereiche der Pensionsversicherung nur für Versicherungsfälle gelten sollen, in denen der Stichtag nach dem 31. Dezember 1961 liegt, oder ob die geänderten Vorschriften auch auf alle alten Versicherungsfälle angewendet werden sollen. Letzteres würde bedeuten, daß etwa auch die neuen Vorschriften der §§ 238 und 244 über die Bemessungsgrundlage auf alte Fälle angewendet werden müßten. Die Versicherungsträger hätten dann neuerlich die schon auf Grund der 8. Novelle individuell umgerechneten Fälle neuerlich umzurechnen, ohne daß daraus im ganzen gesehen wesentliche Verschiebungen im Rentenaufwand resultieren würden. Die administrative Belastung der Versicherungsträger aus einer solchen neuerlichen Aufrollung aller alten Fälle stünde in keinem Verhältnis zum Ergebnis, das man aus einer solchen Maßnahme im allgemeinen erwarten könnte. Die Durcharbeitung der alten Fälle würde mindestens ein Jahr in Anspruch nehmen, zumal den Versicherungsträgern auch aus den sonstigen Änderungen, insbesondere aus den Änderungen im Bereiche des Ausgleichszulagenrechtes, große administrative Mehrarbeit erwachsen wird. Unter einer solchen Mehrbelastung würde aber auch die Bearbeitung der neuen Anträge empfindlich leiden. Die Antragsteller sind daher zu der Meinung gekommen, daß die geänderten leistungsrechtlichen Bestimmungen nicht generell auch auf die alten Fälle angewendet werden sollen. Nur jene Änderungen, die im Einzelfall tatsächlich zu einer merklichen Besserstellung führen können, sollen auch für Versicherungsfälle gelten, die vor dem 1. Jänner 1962 eingetreten sind.

Hiebei war zu unterscheiden zwischen Änderungen, die zu einer Erhöhung schon laufender Ansprüche führen können und solchen Änderungen, durch die erst Ansprüche neu begründet werden. Praktisch ist eine Rückwirkung in Aussicht genommen für die Bestimmungen des § 235 Abs. 3 lit. b, § 237 Abs. 2, § 252 Abs. 2 Z. 2, § 258 Abs. 2 Z. 1, § 261 Abs. 4, § 284 Abs. 4, § 285 Abs. 4, § 269 Abs. 1 Z. 2 und § 529 a. Mit Ausnahme der Leistungsverbesserungen, die aus der Änderung der §§ 261 Abs. 4, 284 Abs. 4 und 285 Abs. 4 (Art. IV Z. 29, 37 lit. b und 38 lit. a) resultieren, werden alle die genannten Änderungen ab 1. Jänner 1962 wirksam werden, wenn dies bis Ende 1962 beantragt wird. Wird der Antrag erst später eingebracht, wird die erhöhte Leistung ab dem der Antragstellung folgenden Monatsersten gebühren. Die vorgenannten drei Bestimmungen — es handelt sich hier darum, daß der Grundbetragszuschlag bis zu 10 v. H. beziehungsweise bis zu 5 v. H. zu allen Direktrenten, also auch zu Altersrenten, gebührt — werden aus administrativen Gründen von Amts wegen ab 1. Jänner 1962 auf alle in Betracht kommenden Leistungsansprüche angewendet werden. Es bedarf also in diesen Fällen keiner besonderen Antragstellung der Rentenberechtigten.

Durch Abs. 18 sollen nachträgliche Beitragsentrichtungen, die während der bisherigen Geltungsdauer des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes für Vor-ASVG-Zeiten geleistet wurden, rechtlich untermauert werden.

Die Übergangsvorschrift des Abs. 19 steht mit der Änderung der Bestimmungen über den Anspruch auf Familiengeld in der Pensionsversicherung im Zusammenhang. Es wird dadurch erreicht, daß Familiengeld unter den sich nach § 302 in der Fassung des Antrages ergebenden Voraussetzungen und in der sich aus der erwähnten Bestimmung ergebenden Höhe auch in schon laufenden Fällen ab 1. Jänner 1962 gewährt werden kann. Die Schutzbestimmung des Abs. 19 zweiter Satz war deshalb notwendig, weil in einigen Fällen, in denen bisher Familiengeld gebührt hat, dieses Familiengeld nach § 302 beziehungsweise § 152 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes ab 1. Jänner 1962 nicht mehr gebühren wird. Es sind dies im wesentlichen jene Fälle, in denen der (die) Angehörige eine selbständige Erwerbstätigkeit ausübt, aus der ein Einkommen von mehr als 680 S erzielt wird.

Abs. 20 entspricht der Übergangsbestimmung des § 524 des Stammgesetzes und war im Hinblick auf die Änderung des Begriffes der Invalidität notwendig.

Die Abs. 21 und 22 beinhalten Übergangsbestimmungen, die im Hinblick auf die Erweiterung des Berufungsrechtes, die Möglich-

keit, auch gegen die Ablehnung des Antrages auf Bewilligung des Armenrechtes einen Rekurs einzubringen, und die Einführung einer Frist für die Einbringung des Antrages auf Zuerkennung der aufschiebenden Wirkung notwendig geworden sind.

Die Bestimmung des § 485 a, die im Bereiche der Bundesangestelltenkrankenversicherung einen gewissen Ersatz für die fehlende Unfallversicherung schaffen soll, muß, um den ihr zukommenden sozialpolitischen Zweck zu erfüllen, auch für alle alten Fälle anwendbar erklärt werden.

Das gleiche gilt für § 502 Abs. 1 in der Fassung des Antrages und für die Änderungen des § 522. Hier wird allerdings eine Erhöhung des Leistungsanspruches beziehungsweise der Leistungen selbst ab 1. Jänner 1952 nur gebühren, wenn der Antrag bis Ende 1962 eingebracht wird.

Die Übergangsvorschrift des Abs. 27 stellt sicher, daß die Änderungen in der Anlage 1 (Liste der Berufskrankheiten) mit einer gewissen Rückwirkung ausgestattet werden. Das neue Leistungsrecht über Berufskrankheiten wird auch auf alte Versicherungsfälle, sofern sie nach dem 31. Dezember 1955 eingetreten sind, angewendet werden können, wenn der Antrag bis zum Ende des Jahres 1962 gestellt wird.

Zu Artikel VII.

Mit Inkrafttreten des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes erhielt die Allgemeine Invalidenversicherungsanstalt die Bezeichnung Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter und die Angestelltenversicherungsanstalt die Bezeichnung Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten. Seither ist aus dem Kreise der Rentner immer wieder der Wunsch laut geworden, daß entsprechend der Änderung der Bezeichnung der Versicherungsträger auch die laufenden Leistungen aus der Pensionsversicherung nicht mehr als Renten, sondern als Pensionen bezeichnet werden sollten. Diesem Wunsch tragen die Antragsteller im Abs. 1 Rechnung, wobei sie die Meinung vertreten, daß dem Wunsche umso größere Berechtigung zukommt, als die Leistungen aus der Pensionsversicherung, insbesondere seit Durchführung der 8. Novelle, in ihrem Ausmaß tatsächlich weitgehend dem entsprechen, was herkömmlicherweise als Pension bezeichnet wird. Die Bezieher der laufenden Leistungen aus der Pensionsversicherung sollen in Hinkunft als Pensionisten bezeichnet werden.

Die Durchführung der entsprechenden Gesetzesänderungen — der Ausdruck „Rente“ beziehungsweise „Rentner“ kommt an sehr vielen Stellen des Gesetzes vor — wird auf

Grund der in Rede stehenden Bestimmung anlässlich der Wiederverlautbarung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes vorgenommen werden können.

Durch die Aufhebung des Art. V Abs. 3 der 8. Novelle, BGBl. Nr. 294/1960, wird bewirkt, daß der nach § 73 Abs. 5 von jeder zur Auszahlung gelangenden Rente und Rentensonderzahlung — mit Ausnahme der Waisenrenten — einzuhebende Betrag ab 1. Jänner 1962 mindestens S 6,80 beträgt. Dieser Mindestbetrag hat bisher schon für alle jene Fälle gegolten, in denen der Stichtag nach dem 31. Dezember 1960 gelegen ist. Die Vereinheitlichung des Mindesteinbehaltes wird vor allem aus administrativen Überlegungen beantragt. Die finanzielle Mehrbelastung kann dem einzelnen Rentner wohl zugemutet werden, zumal gerade bei den kleinsten Rentnern die an sich geringfügige Erhöhung des Mindesteinbehaltes mit einer Richtsatzserhöhung zusammenfällt.

Die Schutzbestimmung des Abs. 3 steht damit im Zusammenhang, daß bei der Neufeststellung von Renten, die nach den Bestimmungen der 8. Novelle neu berechnet wurden, bisher nicht auf das Gesamteinkommen anzurechnende Beträge — es handelt sich hier vor allem um die im § 292 Abs. 2 lit. i und k des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes genannten Beträge — untergegangen sind. Daraus resultiert, daß es trotz einer faktischen Minderung des Gesamteinkommens auch noch zu einer Minderung der Ausgleichszulage kommen kann. Solche Auswirkungen sind unverstänlich und sollen durch die gegenständliche Schutzbestimmung vermieden werden. Da derartige Fälle schon auf Grund der Umrechnung von Renten auf Grund der 8. Novelle vorgekommen sind, muß die Schutzbestimmung rückwirkend mit 1. Jänner 1961 in Wirksamkeit gesetzt werden (Art. VIII Abs. 2 lit. c).

Im Abs. 4 wird angeordnet, daß die auf Grund des Art. IV Z. 41 und 42 dieses Bundesgesetzes gebührende Ausgleichszulage von Amts wegen festzustellen ist. In diesem Zusammenhang muß jedoch betont werden, daß die sich aus Art. IV Z. 41 ergebende Erhöhung der Ausgleichszulage nicht als Neufeststellung im Sinne des § 296 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes gilt.

Der vorliegende Antrag beinhaltet zwei Sanierungsmaßnahmen für die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen, soweit sie die Krankenversicherung nach den Bestimmungen des Bundesangestelltenkrankenversicherungsgesetzes 1937 durchführt. Die Höchstbemessungsgrundlage für den Krankenversicherungsbeitrag wird von 3000 auf 3600 S.

erhöht. Der Hauptversammlung der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen wird die Möglichkeit gegeben, den Beitragssatz, der derzeit höchstens 4,8 v. H. betragen darf, bis auf maximal 5,1 v. H. zu erhöhen. Die Interessenvertretung der Versicherten und der Dienstgeber haben einer Erhöhung des Beitragssatzes, der derzeit mit 4,8 v. H. festgesetzt ist, auf 5,1 v. H. bereits zugestimmt. Um die Sanierungsmaßnahmen zum frühestmöglichen Zeitpunkt wirksam werden zu lassen, wird die Erhöhung des Beitragssatzes von 4,8 v. H. auf 5,1 v. H. von Gesetzes wegen verfügt.

Die Schlußbestimmungen in den Abs. 7 und 8 tragen den besonderen Verhältnissen im Be-

reiche der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues Rechnung und stellen gewisse Korrekturen der 8. Novelle für den Bereich dieser Versicherung dar.

Durch Abs. 9 wird schließlich die Amtsdauer der Verwaltungskörper der Landwirtschafts-krankenkasse für das Burgenland, die bereits Ende 1962 ablaufen würde, um ein Jahr verlängert. Damit wird eine Neubestellung der Verwaltungskörper bei diesem Versicherungsträger erst dann erfolgen müssen, wenn auch bei allen anderen nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz eingerichteten Versicherungsträgern die Neubestellung wegen Ablaufes der Amtsdauer vorzunehmen sein wird.