

Zu 599 der Beilagen zu den stenographischen Protokollen des Nationalrates (VII. GP.).

Erläuternde Bemerkungen.

Einleitung.

Schon im Motivenbericht zur Regierungsvorlage, betreffend das Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz vom 12. Juni 1947, BGBl. Nr. 142, wurde auf die Notwendigkeit hingewiesen, das gesamte Sozialversicherungsrecht in Österreich von Grund auf zu erneuern. Durch die Einführung der Reichsversicherungsgesetze in Österreich war mit einem Schläge die frühere österreichische Rechtsordnung — von einzelnen Ausnahmen abgesehen — beseitigt und durch die deutsche Rechtsordnung ersetzt worden. Im Motivenbericht zum Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz wurden die Gründe angeführt, die es damals nicht angezeigt erscheinen ließen, einfach auf das frühere österreichische Sozialversicherungsrecht, wie es namentlich im Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz 1938 und im Landarbeiterversicherungsgesetz vom 18. Juli 1928, BGBl. Nr. 235, zusammenfassend niedergelegt war, zurückzugreifen. Die seither eingetretene Entwicklung des Sozialversicherungsrechtes in Österreich konnte bei der Neuordnung nicht unberücksichtigt gelassen werden. Bei der Neugestaltung des österreichischen Sozialversicherungsrechtes muß daher an den letzten Stand angeschlossen werden.

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz soll alle derzeit geltenden Vorschriften über die Sozialversicherung — von den Sonderversicherungen der Krankenversicherung der Bundesangestellten, der Notarversicherung und der Meisterkrankenversicherung abgesehen — ersetzen. Diese in einer Unzahl von Gesetzen, Verordnungen und Erlässen enthaltenen Vorschriften, insbesondere auch die ehemals reichsdeutschen Vorschriften, soweit sie derzeit noch in Geltung stehen, werden mit dem Wirksamkeitsbeginn des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes außer Kraft treten. Neben dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz werden als sozialversicherungsrechtliche Vorschriften in Österreich in der Hauptsache nur noch das Arbeitslosenversicherungsgesetz, das Bundesangestellten-Krankenversicherungsgesetz 1937, das Notarversicherungsgesetz und die Vorschriften über die Meisterkrankenversicherung bestehen bleiben.

Bevor der erste Entwurf des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes erstellt wurde, waren schon viele Vorarbeiten zur Neuregelung des Sozialversicherungsrechtes in Österreich geleistet worden. Nach dem ursprünglichen Plan bestand die Absicht, die Neuregelung in Etappen durchzuführen. In mehreren aufeinanderfolgenden Gesetzen sollte auf einzelnen Teilgebieten der Sozialversicherung neues österreichisches Recht geschaffen werden. Zunächst war der Entwurf eines Allgemeinen Krankenversicherungsgesetzes ausgearbeitet worden, dem weitere Gesetze, betreffend die Unfallversicherung und die Pensionsversicherung und schließlich ein Gesetz, enthaltend gemeinsame Bestimmungen der Sozialversicherung, folgen sollten. Der zur Stellungnahme ausgesendete Entwurf eines Allgemeinen Krankenversicherungsgesetzes scheiterte schließlich an dem Widerstand der land- und forstwirtschaftlichen Interessenvertretungen, die damals die Schaffung eines besonderen land- und forstwirtschaftlichen Sozialversicherungsgesetzes nach dem Vorbild des Landarbeiterversicherungsgesetzes aus dem Jahre 1928 verlangten. Vordringliche Teilreformen an der in der Übergangszeit geltenden Rechtsordnung, besonders in der Rentenversicherung, und die wiederholt notwendig gewordene Anpassung der Leistungen und Beiträge in der Sozialversicherung an die eingetretenen Änderungen des Geldwertes führten zu einer zeitweisen Unterbrechung der Vorarbeiten an der Gesamtreform. Im Jahre 1952 wurden die unterbrochenen Arbeiten wieder fortgesetzt und ein neuer Plan für eine etappenweise Neuregelung in Angriff genommen. Nach Verabschiedung des 1. Sozialversicherungs-Neuregelungsgesetzes vom 3. April 1952, das in seinem Abschnitt I die Wartezeiten und Versicherungszeiten in den Rentenversicherungen und in seinem Abschnitt II die Kranken- und Invalidenversicherung der unständig Beschäftigten in der Land- und Forstwirtschaft grundlegend neu regelte, wurde der Entwurf eines 2. Sozialversicherungs-Neuregelungsgesetzes am 30. Juni 1952 zur Stellungnahme versendet, der die Regelung des Umfanges der Versicherung und der Aufbringung der Mittel zum Gegenstand hatte.

2

In den hiezu eingelangten Äußerungen sprachen sich mehrere Stellen gegen die Fortsetzung einer etappenweisen Neuregelung aus, wobei darauf hingewiesen wurde, daß es unmöglich sei, zu der im Entwurf vorgeschlagenen Regelung des Beitragswesens Stellung zu nehmen, solange nicht die geplante Regelung im Leistungsrecht bekannt sei.

Unter diesen Umständen hat sich das Bundesministerium für soziale Verwaltung entschlossen, unter Zugrundelegung von Vorschlägen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger den Entwurf eines Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes vorzubereiten, der eine Gesamtregelung des Sozialversicherungsrechtes bringen soll.

Hiebei wurde von folgenden Leitsätzen ausgegangen:

1. Das Gesetz hätte die allgemeine Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten und der ihnen sozialversicherungsrechtlich gleichgestellten Gruppen selbständig Erwerbstätiger zu regeln. Eine Regelung der Sonderversicherungen der Krankenversicherung der Bundesangestellten, der Meisterkrankenversicherung, der Notarversicherung, der Krankenversicherung der Empfänger von Arbeitslosengeld und Notstandshilfe und der Krankenversicherung der Kriegshinterbliebenen wurde — abgesehen von notwendigen Anpassungs- und Übergangsbestimmungen — in die Vorlage nicht aufgenommen. Die Neuregelung dieser Sonderversicherungen wird besonderen Gesetzen überlassen.

2. Das neue österreichische Sozialversicherungsrecht soll in klarer und übersichtlicher Weise zusammenfassend dargestellt und an die österreichischen Verhältnisse angepaßt werden. Hiebei soll die Zahl der einzelnen Bestimmungen gegenüber dem gegenwärtigen Stande wesentlich verringert werden.

3. Der Kreis der Personen, denen der Versicherungsschutz zugute kommen soll, hätte im wesentlichen unverändert zu bleiben, doch soll der Versichertenkreis im allgemeinen für alle Versicherungszweige einheitlich abgegrenzt werden.

4. Das Leistungssystem in den Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenversicherungen wäre zu einem Pensionsversicherungssystem mit einer Annäherung des Leistungsumfanges an das Pensionsrecht der öffentlichen Bediensteten auszubauen und durch Einführung einer Ausgleichszulage zu den versicherungsmäßig bemessenen Renten, die einen bestimmten Mindestbetrag nicht erreichen, zu ergänzen.

5. Auf dem Gebiet der Aufbringung der Mittel wäre in der Pensionsversicherung auf die erhöhten Erfordernisse, die sich aus der Verbesserung des Leistungssystems ergeben

werden, durch eine entsprechende Festsetzung der Beitragssätze und eine Neuregelung der Beteiligung des Bundes an der Aufbringung der Mittel sowie durch Heranziehung der Fürsorgeträger zur Tragung der Aufwendungen für die Ausgleichszulage zu den Renten Bedacht zu nehmen.

6. Im Leistungsstreitverfahren wäre wohl die Schiedsgerichtsbarkeit in der gegenwärtig geltenden Form im wesentlichen beizubehalten, jedoch im Interesse der Sicherung der Einheitlichkeit der Rechtsprechung eine Überprüfbarkeit durch Schaffung einer Oberinstanz vorzusehen.

7. Im übrigen hätte sich die Regelung auf eine Kodifikation des gegenwärtigen Rechtes zu beschränken. Insbesondere wären hinsichtlich der inneren und äußeren Organisation der Versicherungsträger, der bundesstaatlichen Aufsicht und der Vermögensanlage im wesentlichen die Regelungen zu übernehmen, wie sie derzeit im Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz 1953 enthalten sind. Die Beschränkung auf eine Kodifikation erwies sich im Hinblick darauf als notwendig, daß sich schon bei einer bloßen Kodifikation viele und schwierige Probleme aufwerfen und ein Hinausgehen über die Kodifikation im Sinne einer Reform noch viel mehr schwierige Fragen aufwerfen würden, bezüglich deren eine einheitliche Auffassung in den interessierten Kreisen nicht besteht. Es wäre dann zu befürchten gewesen, daß das Hauptziel der Neuregelung des Sozialversicherungsrechtes, nämlich das derzeit bestehende Vorschriftenchaos durch eine einheitliche und übersichtliche Regelung zu ersetzen, in naher Zeit nicht zu erreichen gewesen wäre.

Zum Ersten Teil:

Allgemeine Bestimmungen.

Zum Abschnitt I (§§ 1 bis 3): Geltungsbereich.

Zu den §§ 1 und 2:

In diesen einleitenden Bestimmungen wird der Geltungsbereich des Gesetzes abgegrenzt. Für die erfaßten Versicherungen wird die Sammelbezeichnung „Allgemeine Sozialversicherung“ gewählt, neben der noch folgende fünf Arten von Sonderversicherungen weiterbestehen bleiben sollen, die schon bisher in Sondergesetzen geregelt waren:

die Krankenversicherung der Bundesangestellten, geregelt im Bundesangestellten-Krankenversicherungsgesetz 1937, BGBl. Nr. 94; die Meisterkrankenversicherung, geregelt durch die §§ 115 b bis 115 u und 130 d der Gewerbeordnung und durch das Bundesgesetz, BGBl. Nr. 547/1935, in der Fassung der

Bundesgesetze BGBl. Nr. 466/1936 und 449/1937;

die Notarversicherung, geregelt durch das Notarversicherungsgesetz 1938, BGBl. Nr. 2, in der Fassung der Novellen vom 4. Juli 1951, BGBl. Nr. 174, vom 3. Juli 1952, BGBl. Nr. 159 und vom 9. März 1955, BGBl. Nr. 67;

die Krankenversicherung der Empfänger von Arbeitslosengeld und Notstandshilfe, geregelt durch die §§ 29 bis 33 des Arbeitslosenversicherungsgesetzes, BGBl. Nr. 184/1949;

die Krankenversicherung der Kriegshinterbliebenen, geregelt durch die §§ 68 bis 75 des Kriegsoferversorgungsgesetzes vom 14. Juli 1949, BGBl. Nr. 197, in der Fassung der Novellen vom 25. Juli 1951, BGBl. Nr. 159, und vom 6. Juli 1954, BGBl. Nr. 169.

Die Bestimmungen des Gesetzes sollen für diese Sonderversicherungen nur so weit gelten, als dies in den genannten Sondergesetzen oder aber in einzelnen Bestimmungen der Vorlage (Neunter und Zehnter Teil) selbst angeordnet wird.

Während das vor der Einführung des Reichsversicherungsrechtes in Österreich in Geltung gestandene österreichische Sozialversicherungsrecht in zwei großen Gesetzeswerken, nämlich im Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz und im Landarbeiterversicherungsgesetz geregelt war, umfaßt die Vorlage eine Gesamtregelung der Sozialversicherung für alle unselbständig Erwerbstätigen mit alleiniger Ausnahme des öffentlichen Dienstes und der Notariatskandidaten, also auch die in der Land- und Forstwirtschaft beschäftigten Personen. Soweit die Besonderheiten der Land- und Forstwirtschaft Sonderregelungen erfordern, wurden diese in der Vorlage entsprechend den Vorschlägen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger berücksichtigt.

Die Arbeitslosenversicherung wurde durch den Entwurf nicht erfaßt. Der von mehreren Stellen geäußerte Wunsch, auch die Arbeitslosenversicherung in die Neuregelung durch das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz einzubeziehen, wurde in der Erwägung nicht berücksichtigt, daß dieser Zweig der Sozialversicherung im weiteren Sinne des Wortes bereits durch ein neues österreichisches Gesetz aus dem Jahre 1949, nämlich durch das Arbeitslosenversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 184/1949, eine vollständige Neuregelung erfahren hat und weil die Arbeitslosenversicherung im engen Zusammenhang mit den über die Sozialversicherung hinausgreifenden Rechtsbereichen der Arbeitsvermittlung und der Berufsberatung geregelt werden muß. Auch würde die Einbeziehung der Arbeits-

losenversicherung den ohnehin schon großen Umfang der Vorlage noch bedeutend erweitern und damit die Vorberatung und parlamentarische Behandlung beträchtlich belasten. Die Vorlage beschränkt sich daher auf die Regelung der Krankenversicherung, der Unfallversicherung und der Pensionsversicherung, wobei sich die letztere wieder in die drei Zweige der Pensionsversicherung der Arbeiter, der Pensionsversicherung der Angestellten und der knappschaftlichen Pensionsversicherung gliedert. Über die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der Aufgliederung der Pensionsversicherung in mehrere Zweige werden die näheren Gründe in den einleitenden Ausführungen zum Vierten Teil dargelegt werden.

Zu § 3:

Im Abs. 1 wird der in der Sozialversicherung seit jeher geltende Grundsatz festgelegt, daß für die Einbeziehung in den Versicherungsschutz bei unselbständig erwerbstätigen Personen einzig und allein die Beschäftigung im Inland und nicht etwa die Staatsangehörigkeit maßgebend ist. Bei selbständig Erwerbstätigen wird die Einbeziehung in den österreichischen Versicherungsschutz davon abhängig gemacht, ob der Sitz des Betriebes und der Wohnsitz im Inland gelegen ist. Der Abs. 2 enthält mehrere Ausnahmen von diesen Regeln, und zwar für Dienstnehmer von Verkehrsunternehmen und für Dienstnehmer, die von Dienstgebern mit dem Sitz in Österreich ins Ausland entsendet werden. Der Versicherungsschutz der österreichischen Sozialversicherung wird sich nach der Vorlage auf solche ins Ausland entsendete Dienstnehmer erstrecken, soweit die Beschäftigung im Ausland die Dauer eines Jahres oder die im Einzelfall durch das Bundesministerium für soziale Verwaltung verlängerte Frist nicht übersteigt. Dies bedeutet eine Erweiterung des Versicherungsschutzes für die betroffenen Dienstnehmer gegenüber dem derzeit geltenden Recht. Die Bestimmungen der Abs. 2 und 3 werden allerdings als allgemeine Regeln nur soweit angewendet werden können, als nicht zwischenstaatliche Abkommen mit anderen Staaten über die Sozialversicherung im Verhältnis zu diesen Staaten Sonderregelungen treffen.

Zum Abschnitt II (§§ 4 bis 22): Umfang der Versicherung.

Bei der Regelung des Umfanges der Versicherung im Abschnitt II des Entwurfes wurden folgende Grundsätze beachtet:

1. Der Versicherungsschutz soll für alle Personengruppen, die nach derzeit geltendem Recht der Sozialversicherung unterliegen, auch weiterhin beibehalten werden. Eine nennenswerte Ausnahme von diesem Grundsatz wurde

4

bezüglich der im elterlichen Betrieb als Dienstnehmer mitarbeitenden Kinder im § 5 Abs. 1 Z. 1 getroffen. Solche Personen werden nur mehr in der Unfall- und Pensionsversicherung, soweit es sich um eine Beschäftigung in der Land- und Forstwirtschaft handelt, nur in der Unfallversicherung teilversichert sein. Die derzeit geltende Regelung, die es der Rechtsprechung im Einzelfall überließ, zu beurteilen, ob solche Kinder in einem entgeltlichen Beschäftigungsverhältnis oder nur im familienhaften Verhältnis im elterlichen Betrieb beschäftigt werden und damit der Versicherung unterliegen oder nicht unterliegen, erwies sich als unhaltbar. Bei der Beweisführung, ob ein entgeltliches Beschäftigungsverhältnis oder ein familienhaftes Verhältnis vorlag, war man meist auf die Angaben der Eltern und der Kinder angewiesen, weshalb die Versicherungseinrichtung der Gefahr der Riskenauslese durch die Betroffenen ausgesetzt war. Dies führte namentlich in der Landwirtschaft zu einer ungünstigen finanziellen Entwicklung der Rentenversicherung. Die im Betrieb der Eltern mitarbeitenden Kinder werden daher ebenso wie die Ehegattin und die Eltern des Unternehmers ausnahmslos von der Vollversicherung ausgenommen, und zwar ohne Rücksicht darauf, ob sie gegen Entgelt oder ohne Entgelt beschäftigt werden. Als Teilversicherte werden sie aber in der Unfallversicherung in den Versicherungsschutz einbezogen (§ 8 Abs. 1 Z. 2 und Z. 3 lit. b). In der Pensionsversicherung werden die im elterlichen Betrieb beschäftigten Kinder verschieden behandelt, je nachdem, ob es sich um eine Beschäftigung in der Land- und Forstwirtschaft oder in einem anderen Betrieb handelt. Die in der Land- und Forstwirtschaft beschäftigten Kinder der Unternehmer werden in der Pensionsversicherung als Teilversicherte nicht erfaßt, weil aus land- und forstwirtschaftlichen Kreisen der Wunsch geäußert wurde, für die Unternehmer in der Land- und Forstwirtschaft und deren mitarbeitende Kinder eine besondere gesetzliche Einrichtung für die Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenversicherung zu schaffen. In der Krankenversicherung sollen die mitarbeitenden Familienangehörigen des Unternehmers eines landwirtschaftlichen Betriebes das Recht erhalten, der Krankenversicherung freiwillig beizutreten (§ 18 Abs. 1 Z. 2); die in gewerblichen Betrieben mitarbeitenden Unternehmerkinder werden auf die Meisterkrankenversicherung verwiesen.

2. Der Kreis der Versicherten wird für die gesamte Versicherung, also Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung einheitlich umschrieben. Die derzeit bestehenden erheblichen Unterschiede in der Abgrenzung des Versichertenkreises in den einzelnen Zweigen

der Sozialversicherung werden beseitigt. Hiebei war es aber nicht zu vermeiden, daß für mehrere Gruppen von Personen Teilversicherungen nur in einem oder in mehreren dieser Versicherungszweige vorgesehen werden. Zum Teil handelt es sich hier um Dienstnehmergruppen, bei denen der dienstrechtliche Schutz die Einbeziehung in den einen oder anderen Zweig der Sozialversicherung entbehrlich erscheinen ließ, wie zum Beispiel bei Dienstnehmern im öffentlichen Dienst mit einer ausreichenden dienstrechtlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung, zum Teil sind es Personengruppen, bei denen von vornherein nur die Teilversicherung in dem einen oder anderen Versicherungszweig in Betracht kommt, wie zum Beispiel bei den Rentnern aus der Sozialversicherung, die — so wie bisher — nur in der Krankenversicherung teilversichert sein werden. Zu den hier Teilversicherten gehören auch die oben unter Z. 1 erwähnten, im elterlichen Betrieb beschäftigten Kinder. Die alle drei Zweige der Sozialversicherung (Krankenversicherung, Unfallversicherung und Pensionsversicherung) umfassende Versicherung wird im Entwurf als Vollversicherung bezeichnet.

3. Aus der Vereinheitlichung des Versichertenkreises ergab sich die Notwendigkeit, auch die Angestellten in einer leitenden oder höheren Stellung, die bisher wohl unfallversichert und pensionsversichert, aber nicht auch krankenversichert waren, in die Krankenversicherung und damit in die Vollversicherung einzu beziehen.

Da es immerhin häufig vorkommt, daß im elterlichen Betrieb beschäftigte Kinder in einem späteren Zeitpunkt den elterlichen Betrieb als selbständig Erwerbstätige weiterführen oder sonst zu einer selbständigen Erwerbstätigkeit übergehen und damit aus der Pflichtversicherung endgültig ausscheiden, so daß sie der erworbenen Anwartschaften in der Pensionsversicherung verlustig gehen, sieht die Vorlage im Vierten Teil (Leistungsrecht der Pensionsversicherung) die teilweise Rückerstattung der bis dahin geleisteten Pensionsversicherungsbeiträge an den früher Pflichtversicherten auf dessen Antrag vor.

4. Abgesehen von den oben zu den §§ 1 und 2 angeführten Sonderversicherungen enthält die Vorlage im Abschnitt II eine vollständige Aufzählung aller Gruppen von Personen, die der Sozialversicherung teilhaftig werden sollen. Die in fremden Gesetzen bisher vereinzelt vorkommenden Sonderregelungen, wie zum Beispiel die Pflichtversicherung der in Ausbildung stehenden Ärzte (§ 57 Abs. 3 des Ärztegesetzes, BGBl. Nr. 92/1949), die Pflichtversicherung der selbständigen Pecher und

der Markthelfer (§§ 52 a und 52 b SV-ÜG. 1953, BGBl. Nr. 99) und die Pflichtversicherung der öffentlichen Verwalter (§ 11 des Verwaltergesetzes, BGBl. Nr. 157/1946) sollen durch die einschlägigen Bestimmungen des vorliegenden Entwurfes ersetzt werden.

5. Wie schon oben zu den §§ 1 bis 3 erwähnt, wurde im Entwurf die Gliederung der Pensionsversicherung in die drei Zweige der Pensionsversicherung der Arbeiter, der Pensionsversicherung der Angestellten und der knappschaftlichen Pensionsversicherung beibehalten. Dementsprechend war es notwendig, in der Vorlage auch die Zugehörigkeit zu den einzelnen dieser Versicherungen zu regeln, wobei ebenfalls im wesentlichen die bisherige Abgrenzung beibehalten wurde, wenn auch hiefür eine von der bisherigen Formulierung abweichende vereinfachte Formulierung gewählt wurde.

Im einzelnen wäre zu den Bestimmungen des Abschnittes II, betreffend den Umfang der Versicherung (§§ 4 bis 22) noch zu bemerken:

Zu § 4:

Die im Abs. 1 an erster Stelle genannte Hauptgruppe der Vollversicherten ist die der Dienstnehmer, wobei dieser Begriff im Abs. 2 in Anlehnung an die in jahrelanger Spruchpraxis entwickelte Begriffsbestimmung übernommen wurde.

Durch die Z. 3 des Abs. 1 sollen Personen mit Hochschulbildung erfaßt werden, die zum Zweck der vorgeschriebenen Ausbildung für den künftigen Beruf nach Abschluß dieser Hochschulbildung beschäftigt werden, jedoch noch nicht in einem anerkannten Dienst- oder Lehrverhältnis stehen. Es sind dies insbesondere:

1. Die in Ausbildung stehenden Ärzte, die im allgemeinen schon derzeit nach § 57 Abs. 3 des Ärztegesetzes, BGBl. Nr. 92/1949, der Pflichtversicherung unterliegen. Hiebei wurde eine Formulierung gewählt, die jeden Zweifel darüber ausschließt, daß auch die sogenannten „Gastärzte“, denen das im § 57 des Ärztegesetzes vorgesehene Entgelt nicht gereicht wird, aber gestattet ist, sich in einer Heil- und Pflegeanstalt mit oder ohne Zuhilfenahme eines Stipendiums ausbilden zu lassen, erfaßt werden.

2. Die bei den Gerichten zur Absolvierung der vorgeschriebenen Gerichtspraxis mit oder ohne Unterstützungsbeitrag zugelassenen Rechtspraktikanten; die in den Kanzleien der Rechtsanwälte tätigen Rechtsanwaltsanwärter werden als Dienstnehmer bereits durch Abs. 1 Z. 1 für die Vollversicherung erfaßt.

3. Die das Probendienstjahr in Mittelschulen absolvierenden Probelehrer, die ebenso wie die unter Z. 1 und 2 genannten Ärzte und Rechtspraktikanten in keinem anerkannten Dienst- oder Lehrverhältnis stehen, aber doch wie Dienstnehmer beschäftigt werden. Nach der herrschenden Spruchpraxis werden diese Probelehrer schon derzeit in der gesetzlichen Sozialversicherung in allen Zweigen der Versicherung (auch in der Arbeitslosenversicherung) versichert.

4. Die Apotheken-Aspiranten; es sind dies gemäß § 1 Abs. 2 Z. 2 der pharmazeutischen Hilfskräfteverordnung, BGBl. Nr. 40/1930, in der Fassung der Verordnungen BGBl. Nr. 206/1930 und BGBl. Nr. 380/1936, Magister der Pharmazie, welche die zum Antritt der fachlichen Tätigkeit im Sinne des § 3 Abs. 2 des Apothekengesetzes, RGBl. Nr. 5/1907, geforderte fachliche Ausbildung genießen.

Wenn auch der Wunsch nach Einbeziehung in die Sozialversicherung bei den oben genannten Personengruppen nicht einhellig vertreten wurde, so war doch kein triftiger Grund dafür gegeben, diese Gruppen bei Vorliegen gleichartiger sozialer Verhältnisse verschieden zu behandeln, je nachdem innerhalb der einen oder der anderen Gruppe der größere Teil der der betreffenden Gruppe zugehörigen Personen für oder gegen die Versicherung eingestellt ist.

Volontäre werden jedoch von der Vollversicherung im Abs. 1 Z. 3 ausdrücklich ausgenommen, weil sich ihre Tätigkeit nicht im Rahmen eines geregelten Beschäftigungs- oder Ausbildungsverhältnisses abspielt und sich als Grundlage für eine Vollversicherung nicht eignet. Sie werden aber immerhin in der Unfallversicherung durch § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. c für die Fälle eines Unfalles, den sie während ihrer freiwilligen, zum Zwecke der Ausbildung verrichteten Tätigkeit erleiden, geschützt.

Eine weitere Gruppe von Personen, die in einem Ausbildungsverhältnis stehen, aber weder als Lehrlinge in Abs. 1 Z. 2 noch wegen des Fehlens der Hochschulbildung in Abs. 1 Z. 3 erfaßt sind, wird unter Abs. 1 Z. 4 angeführt, nämlich die Lernschwestern (Krankenpflegeschülerinnen) und Hebammenschülerinnen. Die Krankenpflegeschülerinnen waren schon bisher nach § 9 Abs. 2 Krankenpflegegesetz der Pflichtversicherung unterstellt worden.

Bei der Formulierung des Abs. 1 Z. 6, betreffend die Heimarbeiter, wurde das neue Heimarbeitsrecht (Heimarbeitsgesetz vom 10. März 1954, BGBl. Nr. 66) berücksichtigt. Es werden hiedurch zunächst auch die den Heimarbeitern gleichgestellten Zwischenmeister, die in der Regel mit nicht mehr als zwei familienfremden Hilfskräften arbeiten, fer-

ner auch Zwischenmeister, bei denen diese Voraussetzungen nicht zutreffen, und Mittelpersonen, wenn sie bei Vorliegen einer besonderen Schutzbedürftigkeit von der Heimarbeitskommission als den Heimarbeitern gleichgestellt bezeichnet werden, erfaßt; Zwischenmeister (Stückmeister), die als solche bei einer Meisterkrankenkasse versichert sind, werden jedoch im § 5 Abs. 1 Z. 10 von der Vollversicherung ausgenommen und im § 7 Z. 2 lit. b als nur in der Unfall- und Pensionsversicherung teilversichert erklärt.

Die meisten der im Abs. 4 aufgezählten Gruppen von den Dienstnehmern gleichgestellten selbständig erwerbstätigen Personen, die in ihren wirtschaftlichen und sozialen Verhältnissen sich von den Dienstnehmern nicht wesentlich unterscheiden, waren schon bisher in der Sozialversicherung erfaßt. Eine kleine Erweiterung hat dieser Personenkreis in der Z. 3 dadurch erfahren, daß neben den selbständigen Lehrern und Erziehern, Musikern und Artisten, die schon nach derzeitigem Recht sozialversichert sind, auch noch die selbständigen bildenden Künstler genannt werden, aus deren Kreisen schon seit langem der Wunsch nach Einbeziehung in den sozialen Versicherungsschutz laut geworden ist. Es besteht kein triftiger Grund, diese Gruppe von Künstlern anders zu behandeln wie Musiker und Artisten, die selbständig erwerbstätig sind. Die Einbeziehung aller zu den erwähnten Gruppen gehörigen Personen ist allerdings an die Voraussetzung geknüpft, daß die betreffende Beschäftigung den Hauptberuf und die Hauptquelle ihrer Einnahmen bildet und daß sie in Ausübung ihres Berufes keine Angestellten beschäftigen. Die Schwierigkeiten bei der Erfassung dieser Personen für die Pflichtversicherung und die Feststellung des Einkommens als Beitragsgrundlage und Bemessungsgrundlage für Leistungen werden bei den bildenden Künstlern nicht erheblich größer sein als bei den anderen im Abs. 3 Z. 3 genannten Personengruppen, die schon bisher in die Sozialversicherung einbezogen waren. Eine Erweiterung des Versichertenkreises bedeutet auch die Einbeziehung der im Abs. 3 unter Z. 6 und 7 angeführten Gepäckträger, Bergführer und Fremdenführer, bei denen ähnliche wirtschaftliche und soziale Verhältnisse wie bei den übrigen in Abs. 3 den Dienstnehmern gleichgestellten selbständig Erwerbstätigen die Unterstellung unter die Vollversicherung rechtfertigen. Ihre Erfassung wird keinen besonderen Schwierigkeiten begegnen, weil es sich durchwegs um selbständig Erwerbstätige handelt, die ihre Tätigkeit auf Grund einer behördlichen Lizenz ausüben oder aber, wie die Gepäckträger, sonst in ihrer Tätigkeit organisatorisch erfaßt sind.

Die im § 4 bezeichneten Personen sind nur soweit vollversichert, das heißt sowohl in der Kranken- wie auch in der Unfall- und Pensionsversicherung versichert, als sie nicht gemäß den §§ 5 und 6 von der Vollversicherung ausgenommen oder nach § 7 nur in einer oder zweien dieser Versicherungen versichert (teilversichert) sind.

Zu den §§ 5 und 6:

Die im § 5 vorgesehene Ausnahme von der Vollversicherung schließt nicht aus, daß einzelne hier genannte Gruppen von Personen im § 7 von einer Teilversicherung erfaßt werden. Die von der Vollversicherung ausgenommenen Personen sind zumeist auch schon nach bisherigem Recht entweder von der Pflichtversicherung überhaupt ausgenommen oder aber in einem oder in mehreren Versicherungszweigen versicherungsfrei gestellt. Die Gründe für die Ausnahme sind bei den einzelnen im § 5 aufgezählten Personengruppen verschiedenartiger Natur.

Die im Abs. 1 Z. 1 angeführten Personen (Ehegatten, Kinder und Eltern) werden im Hinblick auf ihre familienrechtliche Beziehung zum Dienstgeber, die Kinder aus den einleitend zum Abschnitt II unter Z. 1 angeführten Erwägungen, von der Vollversicherung ausgenommen. Die schon seit dem Jahre 1928 in Österreich bestehende Unfallversicherung der selbständigen Landwirte und ihrer Familienangehörigen soll allerdings auch nach der Vorlage (§ 8 Abs. 1 Z. 3 lit. b) beibehalten werden. Bezüglich der Unfall- und Pensionsversicherung der in anderen als land- und forstwirtschaftlichen Betrieben beschäftigten Kinder des Dienstgebers sei auf die einleitenden Ausführungen zum Abschnitt II unter Z. 1 hingewiesen. Im übrigen wird weder bei den Ehegatten noch bei den Eltern der Betriebsinhaber der Wunsch nach einer Einbeziehung in die Pflichtversicherung bestehen.

Im Abs. 1 Z. 2 werden die nach der Höhe des Entgeltes geringfügig Beschäftigten von der allgemeinen Regelung der Vollversicherung ausgenommen, weil das einzelne geringfügige Beschäftigungsverhältnis für sich allein betrachtet, eine zu schmale wirtschaftliche Basis für den Aufbau einer Sozialversicherung als einer Selbsthilfeeinrichtung abgeben würde und die Erfassung solcher geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse im allgemeinen praktisch kaum durchführbar wäre. In der Land- und Forstwirtschaft werden derartige geringfügige Beschäftigungen unter gewissen Voraussetzungen versicherungsmäßig berücksichtigt, soweit die im Neunten Teil enthaltene Sonderregelung für unständig beschäftigte Arbeiter (§§ 461 bis 471) dies vorsieht. Unter welchen Voraussetzungen eine Beschäfti-

gung als geringfügig gilt, wird im Abs. 2 ausgesagt. Maßgebend ist hierfür einzig und allein die Höhe des Entgelts im einzelnen Beschäftigungsverhältnis, wobei für Arbeiter der Betrag von 210 S, für Angestellte der Betrag von 270 S monatlich als Grenze gezogen wird. Kurzarbeiter und Hausbesorger werden jedoch auf jeden Fall, also auch bei geringfügigem Entgelt, von der allgemeinen Regelung der Vollversicherung nicht ausgenommen. Kurzarbeiter deshalb, weil es sich nur um eine vorübergehende Einschränkung der Arbeitsleistung handelt, Hausbesorger, weil ihr Dienstverhältnis der Natur der Sache nach ein ständiges ist, wenn auch das Entgelt der Höhe nach sehr geringfügig sein kann, und weil es ein ausdrücklicher Wunsch der zuständigen Gewerkschaft ist, die Hausbesorger allgemein dem Versicherungsschutz zu unterstellen.

Die im § 5 Abs. 1 Z. 3 genannten Dienstnehmer stehen in einem öffentlichen Dienstverhältnis und müssen von der Vollversicherung ausgenommen werden, weil ihre Krankenversicherung im Bundesangestellten-Krankenversicherungsgesetz 1937, sei es auf Grund dieses Gesetzes selbst oder auf Grund des Bundesgesetzes vom 14. Juli 1949, BGBl. Nr. 196, über die Sozialversicherung der Bediensteten der dem öffentlichen Verkehr dienenden Eisenbahnen, geregelt ist oder weil für sie besondere dienstherrliche Einrichtungen für die Krankenfürsorge bestehen und der Dienstgeber ihnen für die Fälle des Alters, der Invalidität und des Todes Versorgungsleistungen zusichert. Die dauernd angestellten Bediensteten der Zentralsparkasse der Gemeinde Wien und der Salzburger Sparkasse, die schon bisher als versicherungsfrei galten, werden gleichfalls von der Vollversicherung ausgenommen, weil für sie in ähnlicher Weise wie für Dienstnehmer in einem öffentlichen Dienstverhältnis durch entsprechende dienstherrliche Einrichtungen vorgesorgt ist. Die Ausnahme wird von der Gleichwertigkeit der dienstrechtlichen Anwartschaft auf Ruhe- und Versorgungsgenüsse mit den Anwartschaften auf die Leistungen der Unfall- und Pensionsversicherung abhängig gemacht. Beruht diese Anwartschaft auf bundesgesetzlicher Regelung oder einer gleichartigen landesgesetzlichen Regelung, dann kann füglichweise die Gleichwertigkeit von vornherein als gegeben angenommen werden, weshalb in diesem Falle auf eine Feststellung der Gleichwertigkeit in einem besonderen Verfahren aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung verzichtet wird. Hierbei wird eine entsprechende Anwartschaft auf bundesgesetzlicher Regelung auch dann anzunehmen sein, wenn diese Regelung nicht unmittelbar in einem Bundesgesetz selbst, sondern in einer auf eine bundes-

gesetzliche Ermächtigung zurückgehenden Vorschrift (Verordnung oder Statut) enthalten ist, wie dies zum Beispiel bei den Bundestheaterbediensteten (Bundestheater-Pensionsverordnung), bei den Bundesbahnbeamten (Pensionsvorschrift für die Bediensteten der Österreichischen Bundesbahnen) oder bei den Bediensteten der Österreichischen Nationalbank (Pensionsordnung der Österreichischen Nationalbank) der Fall ist.

In den übrigen Fällen muß die Gleichwertigkeit durch das Bundesministerium für soziale Verwaltung geprüft und festgestellt werden. Selbstverständlich können dienstrechtliche Versorgungseinrichtungen, die sich ihrem Wesen nach bloß als Zuschußeinrichtungen zu der Pensionsversicherung darstellen, eine Ausnahme von der Versicherungspflicht von vornherein nicht begründen. Die diesbezügliche Regelung ist im § 6 enthalten.

Zu § 5 Abs. 1 Z. 3 lit. b sei besonders darauf hingewiesen, daß mit der Fassung „... oder im Falle der Einbeziehung der Dienstnehmer in diese Versicherung begründen würde“ die Einbeziehung gemäß § 1a Bundesangestellten - Krankenversicherungsgesetz 1937 gemeint ist. Nach dieser Bestimmung können unter gewissen Voraussetzungen in die Krankenversicherung der Bundesangestellten auch die Angestellten der Länder, der Stadt Wien und der landesunmittelbaren Städte, ferner die Angestellten öffentlich-rechtlicher Interessenvertretungen (mit Ausnahme der Kammern für Arbeiter und Angestellte) und anderer öffentlich-rechtlicher Körperschaften einbezogen werden. Es werden daher Angestellte dieser Art, also zum Beispiel Landesbeamte und Landeslehrer, unter die Ausnahmebestimmung des § 5 Abs. 1 Z. 3 lit. b auch dann fallen, wenn von der Ermächtigung des § 1a Bundesangestellten-Krankenversicherungsgesetz 1937 hinsichtlich dieser Angestellten tatsächlich kein Gebrauch gemacht wurde und sie daher nicht bei der Krankenversicherungsanstalt der Bundesangestellten krankenversichert sind, sondern einer eigenen für sie geschaffenen dienstherrlichen Krankenfürsorgeeinrichtung angehören.

Bei den im § 5 Abs. 1 Z. 4 von der Vollversicherung ausgenommenen Personen (nichtständige Hochschulassistenten und Dorotheumsangestellte, die in einem öffentlich-rechtlichen oder unkündbaren privatrechtlichen Dienstverhältnis stehen) könnte es wegen der Eigenart des Dienstverhältnisses oder der besonderen Stellung des Dienstgebers fraglich sein, ob sie von den Ausnahmegründen der Z. 3 erfaßt werden. Um jeden Zweifel von vornherein zu beheben, werden daher diese Personengruppen in Z. 4 ausdrücklich angeführt. Die nichtständigen

Hochschulassistenten waren schon nach bisherigem Recht in der allgemeinen Sozialversicherung versicherungsfrei gestellt (§ 10 Hochschulassistentengesetz). Sie bleiben nach wie vor in der Sonderkrankenversicherung bei der Krankenversicherungsanstalt der Bundesangestellten versichert. Bezüglich der in einem öffentlich-rechtlichen oder in einem unkündbaren privatrechtlichen Dienstverhältnis stehenden Angestellten des Dorotheums, für die eine dienstrechtliche Pensionsregelung besteht und die bei der Krankenversicherungsanstalt der Bundesangestellten gemäß § 1 Abs. 1 Z. 2 lit. b Bundesangestellten-Krankenversicherungsgesetz 1937 krankenversichert sind, hat das ressortzuständige Bundesministerium für Inneres angeregt, die Versicherungsfreiheit, ähnlich wie dies im § 224 Abs. 1 Z. 6 a Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz 1938 vorgesehen war, ausdrücklich im Gesetz auszusprechen.

Unter Abs. 1 Z. 5 werden die ständigen Salinenarbeiter als von der Vollversicherung ausgenommen, angeführt. Für sie ist im Krankheitsfall durch eine dienstherrliche Krankenfürsorgeeinrichtung und für den Fall des Alters, der Berufsunfähigkeit und des Todes durch eine eigene Pensionseinrichtung des Dienstgebers ausreichend vorgesorgt. Es handelt sich hier um sehr alte Einrichtungen der Salinenverwaltung, deren Beibehaltung sowohl von den Arbeitern selbst als auch vom Dienstgeber gewünscht wird. Sie waren daher schon bisher in der Kranken- und Pensionsversicherung von der Versicherungspflicht ausgenommen. Die Ausnahme von der Vollversicherung geht von der Voraussetzung aus, daß die Pensionseinrichtung, soweit sie nicht schon jetzt einen ausreichenden Schutz für Dienstunfälle enthalten sollte, entsprechend ergänzt werden wird.

Die ständigen Arbeiter des Hauptmünzamttes, die unter Abs. 1 Z. 6 ausgenommen werden, sind bei der Krankenversicherungsanstalt der Bundesangestellten krankenversichert. Auf sie finden außerdem die Vorschriften über die Ruhe- und Versorgungsgenüsse der Staatsdruckereiarbeiter Anwendung (Erlaß des Bundesministeriums für Finanzen vom 28. Dezember 1921, Zl. 90.930-15 A/21). Bezüglich der Unfallversicherung gilt das gleiche wie bei den Salinenarbeitern.

Die Ausnahme im Abs. 1 Z. 7 betrifft die unter einer geistlichen Verpflichtung stehenden Personen, die der Versorgung nach den für sie geltenden kirchenrechtlichen Vorschriften überlassen bleiben. Die Ausnahme erstreckt sich bei den Geistlichen allerdings nicht auf Tätigkeiten, die solche Personen außerhalb ihrer geistlichen Verpflichtung, also auf Grund eines freien Arbeits- oder Dienstvertrages ausüben.

Hingegen sind die Angehörigen der Orden und Kongregationen der katholischen Kirche sowie der Diakonissenanstalten der evangelischen Kirche hinsichtlich jeder Tätigkeit von der Pflichtversicherung ausgenommen.

Für die im Abs. 1 Z. 8 genannten Notariatskandidaten und sonstigen Dienstnehmer von Notaren gelten die sonderrechtlichen Vorschriften über die Notarversicherung.

Im Abs. 1 Z. 9 werden schließlich Ausländer bei exterritorialen Dienstgebern von der Pflichtversicherung ausgenommen, obwohl ihr Beschäftigungsort im Inland liegt, weil das Territorialitätsprinzip auf diese Personen in Anbetracht der exterritorialen Stellung des Dienstgebers nicht angewendet werden kann.

Bezüglich der unter Abs. 1 Z. 10 genannten Zwischenmeister (Stückmeister) wird auf die Bemerkungen zu § 4 Abs. 1 Z. 6 hingewiesen.

Zu § 7:

Die im § 7 für eine Teilversicherung ausersehenen Personengruppen gehören durchwegs dem im § 4 umschriebenen Personenkreis an; sie sollen aber nicht in allen drei Versicherungen (Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung), sondern nur in einer oder in zweien dieser Versicherungen teilversichert sein. Die Einschränkung des Versicherungsschutzes hat ihren Grund darin, daß für die in Betracht kommenden Personenkreise dienstrechtlich wohl nicht so weit vorgesorgt ist, daß sie in allen Versicherungszweigen ausgenommen werden können, daß aber immerhin eine teilweise dienstrechtliche Versorgung, sei es für die Fälle des Alters, der Berufsunfähigkeit und des Todes, sei es für den Fall der Krankheit oder aber für Dienstunfälle vorgesehen ist, sodaß der Versicherungsschutz nur ergänzend in jenen Zweigen der Versicherung zu den dienstrechtlichen Einrichtungen hinzutreten muß, in denen diese keine ausreichende Vorsorge treffen.

In Z. 1 werden vier Sondergruppen von Bediensteten nur der Kranken- und Unfallversicherung unterstellt. Des Schutzes der Pensionsversicherung bedürfen sie nicht, weil eigene dienstrechtliche Versorgungssysteme für die dort genannten Dienstnehmergruppen eingerichtet sind, und zwar

- a) für ständige Arbeiter der Austria Tabakwerke AG. das Versorgungssystem nach dem vom Bundesministerium für Finanzen unter Zl. 33.930/23/50 vom 11. Mai 1950 genehmigten Provisionsstatut,
- b) für die angelobten Arbeiter der Österreichischen Staatsdruckerei nach dem mit dem Erlaß des Bundesministeriums für Finanzen vom 27. Juli 1927, Zl. 16.268/XXII, genehmigten Vorschrift über die

Ruhe- und Versorgungsgenüsse, in der jeweils geltenden Fassung,

- c) für Vertragsbedienstete der Post- und Telegraphenverwaltung, die Teilnehmer am ehemaligen Provisionsfonds für Postboten waren und in die Provisionsanwartschaft des Bundes rückübernommen wurden, nach der Postbotenprovisionsverordnung vom 25. Juli 1922, BGBl. Nr. 611, in der Fassung der Verordnungen vom 7. Dezember 1926, BGBl. Nr. 375, und vom 2. April 1930, BGBl. Nr. 123,
- d) für die ständigen Forstarbeiter der Österreichischen Bundesforste nach der für sie geltenden Vorschrift über die Versorgungsgenüsse vom 26. Mai 1930, Zl. 4190.

Die ständigen Arbeiter der Austria Tabakwerke AG. haben, „wenn sie arbeits- und erwerbsunfähig geworden sind und eine mindestens zehnjährige Dienstzeit in ständiger Eigenschaft zurückgelegt haben“, gemäß § 1 Abs. 1 des Provisionsstatuts Anspruch auf die Versetzung in den Provisionsstand. Arbeiter, die das 60. Lebensjahr und das 35. Dienstjahr vollstreckt haben, können nach dem Provisionsstatut über eigenes Ansuchen auch ohne ärztliche Konstatierung der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit in den dauernden Provisionsstand versetzt werden. Für den Fall des Todes sind Witwen- und Waisenprovisionen vorgesehen. Das Provisionsstatut enthält für die ständigen Arbeiter der Austria Tabakwerke AG. wohl auch besondere Begünstigungen für den Fall des Eintrittes der Dienstunfähigkeit bei Arbeitsunfällen (Hinzurechnung von 10 Jahren), doch reichen diese Begünstigungen nicht aus, um die Unfallversicherung zu ersetzen. Da nämlich auch das Arbeitsverhältnis der ständigen Arbeiter nach der Arbeitsordnung für die Arbeiterschaft der Austria Tabakwerke AG. durch Kündigung aufgelöst werden kann, wenn gewisse Kündigungsgründe, wie zum Beispiel Änderung, Einschränkung oder Stilllegung des Betriebes vorliegen, und das Provisionsstatut eine Provision nur gewährt, wenn der Arbeiter infolge der Unfallsfolgen „gänzlich arbeits- und erwerbsunfähig“ geworden ist, ist es notwendig, diese Arbeiter — so wie bisher — auch in den Unfallversicherungsschutz einzubeziehen, damit sie bei einer bloß teilweisen Minderung der Erwerbsfähigkeit im Falle der Auflösung des Dienstverhältnisses ohne Anfall einer Provision die in der Unfallversicherung vorgesehene entsprechende Entschädigung in Form einer Teilrente erhalten. Die ständigen Arbeiter der Austria Tabakwerke AG. unterliegen nicht der Krankenversicherung der Bundesangestellten. Für sie besteht auch keine Krankenfürsorgeeinrichtung des

Dienstgebers. Sie sind vielmehr nach den allgemeinen Vorschriften über die Krankenversicherung krankenversichert, und zwar bei einer eigens hiefür errichteten Betriebskrankenkasse. An diesem Zustand soll sich auch nach dem Entwurf nichts ändern.

Die im Gelöbnis stehenden männlichen und weiblichen Arbeiter der Österreichischen Staatsdruckerei haben nach der oben unter lit. b) bezogenen Vorschrift über die Ruhe- und Versorgungsgenüsse nach Maßgabe dieser Vorschrift für sich und ihre Hinterbliebenen Anspruch auf staatliche Ruhe- und Versorgungsgenüsse. Der Anspruch auf den Ruhegenuß besteht, wenn der Arbeiter nach Ablauf von zehn anrechenbaren Dienstjahren dienstuntauglich geworden ist oder unverschuldeterweise vom Dienst enthoben wird. Für Witwen und Waisen sind Witwen- und Waisenpensionen vorgesehen. Bezüglich der Notwendigkeit eines Unfallversicherungsschutzes gilt das gleiche wie für die ständigen Arbeiter der Austria Tabakwerke AG. Auch bei den angelobten Arbeitern der Österreichischen Staatsdruckerei kann der Fall eintreten, daß der Arbeiter infolge eines Arbeitsunfalles eine teilweise Minderung seiner Erwerbsfähigkeit erleidet, keinen Anspruch auf Provision hat und unter gewissen Voraussetzungen aus dem Dienstverhältnis ohne Provision entlassen wird. Die angelobten Arbeiter der Österreichischen Staatsdruckerei sind nicht nach den Vorschriften über die Krankenversicherung der Bundesangestellten krankenversichert. Für sie besteht ebenfalls eine eigene Betriebskrankenkasse, bei der sie nach den Vorschriften über die allgemeine Krankenversicherung krankenversichert sind. Dieser Zustand soll auch weiterhin beibehalten werden.

Bei den oben unter lit. c) angeführten Personen handelt es sich um eine zahlenmäßig sehr kleine Gruppe von Bediensteten (zirka 50 Personen), die in einem privatrechtlichen Dienstverhältnis zum Bund stehen und bezüglich deren die Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 8. Juli 1948, BGBl. Nr. 177, über die Regelung sozialversicherungsrechtlicher Verhältnisse aus Anlaß der Aufnahme in ein öffentlich-rechtliches Dienstverhältnis oder beim Ausscheiden aus einem solchen gemäß § 10 dieses Gesetzes durch Verordnung vom 4. August 1949, BGBl. Nr. 214, anwendbar erklärt worden sind. Ihre Einbeziehung in die Pensionsversicherung ist im Hinblick auf die bestehenden Provisionsanwartschaften gegenüber dem Bund nicht erforderlich. Hingegen müssen sie — so wie bisher — in der Kranken- und Unfallversicherung teilversichert werden, in der Krankenversicherung, weil für sie keine andere Krankenversicherung oder Kranken-

fürsorgeeinrichtung geschaffen ist, in der Unfallversicherung aus ähnlichen Erwägungen, wie sie oben bei den ständigen Arbeitern der Austria Tabakwerke AG. und den angelobten Arbeitern der Österreichischen Staatsdruckerei dargelegt worden sind.

Die unter lit. d) genannten provisionsberechtigten ständigen Bundesforstarbeiter wurden schon nach bisherigem Recht als invalidenversicherungsfrei behandelt, weil die ihnen und ihren Hinterbliebenen durch die Provisionsvorschrift zugesicherte Versorgung höher war als die Mindestleistung der Invalidenversicherung. Da seit 1. Jänner 1926 eine Neuaufnahme in das ständige (immatrikulierte) Dienstverhältnis bei den Bundesforstarbeitern nicht mehr stattfindet (§ 5 Abs. 4 letzter Satz des Bundesgesetzes vom 28. Juli 1925, BGBl. Nr. 282, über die Bildung eines Wirtschaftskörpers „Österreichische Bundesforste“), gibt es — wie das Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft mitteilte — nur noch zirka 50 provisionsberechtigte ständige Bundesforstarbeiter, die nur für die Teilversicherung in der Kranken- und Unfallversicherung in Betracht kommen.

Unter Z. 2 lit. a werden so wie im § 5 Abs. 1 Z. 3 Dienstnehmer im öffentlichen Dienst angeführt, die deshalb nicht in allen Versicherungen von der Versicherungspflicht ausgenommen werden können, weil eine dienstrechtliche Versorgung für Dienstunfälle und für die Versicherungsfälle des Alters, der Berufsunfähigkeit und des Todes nicht besteht, für die aber hinsichtlich der Versicherungsfälle der Krankenversicherung entweder durch die Unterstellung unter die Krankenversicherung der Bundesangestellten oder unter ein Krankenfürsorgeinstitut ihres Dienstherrn entsprechend vorgesorgt ist. Hieher gehören zum Beispiel Gemeindebedienstete, die in die Krankenversicherung der Bundesangestellten einbezogen sind oder für die eine eigene Krankenfürsorgeeinrichtung des Dienstgebers besteht, sofern sie keine Anwartschaft auf Ruhe- und Versorgungsgenüsse aus ihrem Dienstverhältnis haben. Ferner gehören hieher die Bediensteten der Krankenfürsorgeanstalt der Bundesangestellten und der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen sowie Bedienstete von öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen (Kammern), die nach den Vorschriften über die Krankenversicherung der Bundesangestellten krankenversichert sind, aber keiner dienstrechtlichen Versorgungseinrichtung angehören, die die Unfall- und Pensionsversicherung entbehrlich erscheinen ließe. Dies ist, wie schon erwähnt, auch dann der Fall, wenn eine bestehende dienstrechtliche Versorgungseinrichtung nur die Gewährung von Zuschüssen

zu den Renten der Pensionsversicherung beziehungsweise die Anrechnung solcher Renten auf die Pensionen der Versorgungseinrichtung vorsieht.

Unter Z. 2 lit. b mußten die den Heimarbeitern gleichgestellten Zwischenmeister (Stückmeister) als nur der Unfall- und Pensionsversicherung nach dem gegenständlichen Bundesgesetz unterliegend angeführt werden, soweit diese Zwischenmeister als selbständige Gewerbeinhaber bereits bei einer Meisterkrankenkasse versichert sind. Eine Befreiung von der Pflichtversicherung in der Meisterkrankversicherung auf Antrag im Sinne des § 492 wird bei solchen Zwischen(Stück)meistern nicht zugelassen werden (§ 492 Abs. 2 der Vorlage).

Nur der Unfallversicherung allein sollen die in Z. 3 des § 7 genannten Beschäftigten unterstellt werden. An erster Stelle werden hier die von der Vollversicherung ausgenommenen geringfügig Beschäftigten genannt, die für die Vollversicherung nicht erfaßbar sind. In der Unfallversicherung begegnet die Feststellung der Leistungsansprüche keinen Schwierigkeiten, weil der Anspruch an das Vorliegen eines leicht feststellbaren Arbeitsunfalles geknüpft ist. Hinsichtlich der Aufbringung der Mittel wird für diese Personen eine Sonderregelung in Aussicht genommen. Die in Z. 3 unter lit. b genannten Personen bedürfen sozialversicherungsrechtlich nur eines Unfallversicherungsschutzes. Die hier angeführten Bundesbahnbeamten sind auf Grund des Bundesgesetzes vom 14. Juli 1949, BGBl. Nr. 196, nach den Vorschriften über die Krankenversicherung der Bundesangestellten krankenversichert und haben überdies Anwartschaft auf die Pensionen nach der „Pensionsvorschrift für die Bediensteten der Unternehmung Österreichische Bundesbahnen“ gemäß der Kundmachung des Bundesministeriums für Verkehr und verstaatlichte Betriebe vom 14. November 1947, BGBl. Nr. 263, betreffend die Besoldungsordnung für die Beamten der Österreichischen Bundesbahnen. Die ferner unter lit. b noch angeführten Sondervertragsangestellten der Österreichischen Bundesbahnen werden im Neunten Teil (§ 472 Abs. 2) als nach den gesetzlichen Vorschriften über die Krankenversicherung der Bundesangestellten für den Fall der Krankheit versichert erklärt, und zwar unter der Voraussetzung, daß sie im Erkrankungsfall Anspruch auf Weiterzahlung ihrer Dienstbezüge durch mindestens sechs Monate haben und daß ihnen aus ihrem Dienstverhältnis die Anwartschaft auf Ruhe- und Versorgungsgenüsse zusteht, die den Leistungen aus der für diese Angestellten in Betracht kommenden Pensionsversiche-

rung gleichwertig sind. Die erhöhten Unfallgefahren des Bahndienstes lassen die Unterstellung der Beamten und Sondervertragsangestellten der Österreichischen Bundesbahnen unter die Unfallversicherung neben der versorgungsrechtlichen Regelung nach wie vor geboten erscheinen.

Die in lit. c genannten öffentlichen Verwalter, die unmittelbar vor ihrer Bestellung zu öffentlichen Verwaltern ausschließlich selbständig erwerbstätig gewesen sind, waren schon nach bisherigem Recht (§ 11 Abs. 5 des Verwaltergesetzes vom 26. Juli 1946, BGBl. Nr. 157, in der Fassung des Bundesgesetzes vom 22. Juni 1949, BGBl. Nr. 163) nur unfallversichert, während alle übrigen öffentlichen Verwalter gemäß § 4 Abs. 4 Z. 8 in allen Versicherungszweigen versichert (vollversichert) sein sollen.

Zu § 8:

Im § 8 werden weitere Gruppen von nur in einzelnen Versicherungszweigen pflichtversicherten Personen angeführt, die über den Kreis der im § 4 erfaßten Personen hinausgehend in eine Teilversicherung einbezogen werden. Bei mehreren der dort genannten Personengruppen handelt es sich um die Beibehaltung eines schon nach bisherigen Vorschriften bestehenden Sozialversicherungsschutzes, wie in der Krankenversicherung der Bezieher einer Rente aus der Rentenversicherung, in der Unfallversicherung der in der Land- und Forstwirtschaft selbständig erwerbstätigen Personen und deren mitarbeitenden Familienangehörigen, ferner in der Unfallversicherung der im Abs. 1 Z. 3 unter lit. c, d und e genannten Personen (Teilnehmer an beruflichen Ausbildungslehrgängen, Ferienpraktikanten, Volontäre, Angehörige von Feuer- und Wasserwehren, im freiwilligen Hilfs- und Rettungsdienst tätige Personen und schließlich Personen, die wie ein nach § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. a bis d oder nach § 4 Versicherter tätig werden, auch wenn dies nur vorübergehend geschieht). Was die Unfallversicherung der selbständig Erwerbstätigen, die Mitglieder einer Kammer der gewerblichen Wirtschaft sind, anlangt, sei darauf hingewiesen, daß die zu bestimmten Berufsgruppen zugehörigen gewerblichen Unternehmer seinerzeit auf Grund des § 538 der Reichsversicherungsordnung durch die Satzung der in Betracht kommenden Träger der Unfallversicherung in die Unfallversicherung einbezogen worden sind. Diese satzungsmäßig begründete Pflichtversicherung wurde auch nach dem Jahre 1945 durch die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt in Wien durchgeführt. Durch die Vorlage wird der Unfallversicherungsschutz auf die gewerblichen Unternehmer aller Berufsgruppen ausgedehnt.

Der Unfallversicherungsschutz der im Abs. 1 Z. 3 lit. d bezeichneten Personen (Angehörige von freiwilligen Feuer- und Wasserwehren und im freiwilligen Hilfs- und Rettungsdienst tätige Personen) erstreckt sich nur auf Tätigkeiten, die sie in Ausübung des Dienstes verrichten, worunter alle Tätigkeiten zu verstehen sein werden, welche die betreffenden Personen in Erfüllung ihrer Pflichten als Mitglieder einer freiwilligen Feuer- oder Wasserwehr oder im freiwilligen Hilfs- und Rettungsdienst ausüben, also z. B. auch die Teilnahme an Übungen, die Hilfe bei anderen Notständen als bei Brandbekämpfung, Überschwemmungen und dergleichen mehr. Die Bestimmung des Abs. 1 Z. 3 lit. e entspricht dem § 537 Z. 10 RVO., wonach Personen, die wie ein nach Nr. 1 bis 9 des § 537 RVO. Versicherter tätig werden, ebenfalls gegen Arbeitsunfälle versichert sind, auch wenn dies nur vorübergehend geschieht. Hiedurch werden Personen geschützt, die zwar nicht einer regelmäßigen Beschäftigung als selbständig oder unselbständig Erwerbstätige im Betrieb nachgehen, aber doch vorübergehend zu einer Arbeit im Betrieb herangezogen oder zugelassen werden und hiebei einen Arbeitsunfall erleiden. Es kommt zum Beispiel nicht selten in landwirtschaftlichen Betrieben vor, daß an sich betriebsfremde Personen, wie zum Beispiel Nachbarn, Erntehelfer oder Sommergäste vorübergehend im Betrieb aushelfen.

Eine Neuerung gegenüber dem derzeit geltenden Recht enthält § 8 Abs. 1 in Z. 2 und Z. 3 lit. f. Bezüglich der in Z. 2 als in der Unfall- und Pensionsversicherung teilversichert erklärten Personen (im elterlichen Betrieb beschäftigte Kinder) wird auf die einleitenden Bemerkungen zum Abschnitt II unter Z. 1 hingewiesen. Die Einbeziehung der Versichertenvertreter in die Unfallversicherung in Z. 3 lit. f trägt einem aus dem Kreise dieser Personen geltend gemachten Schutzbedürfnis Rechnung.

Zu § 9:

Die Bestimmungen des § 9 sollen zum Teil den § 363 a RVO. ersetzen und die Möglichkeit geben, die Krankenversicherung auf weitere kleinere schutzbedürftige Personenkreise auszuweiten, die dem im § 4 umschriebenen Kreis der Pflichtversicherten nicht angehören. Die Einbeziehung wird aber nicht mehr im Erlaßweg, sondern im Verordnungsweg mit Zustimmung des Hauptausschusses des Nationalrates zu erfolgen haben. Es kommen nach dem Wortlaut der Vorlage von vornherein nur Personen in Betracht, die keinem Erwerb nachgehen, wie zum Beispiel Teilnehmer an privaten Ausbildungslehrgängen und Schulungseinrichtungen (Caritasschülerin-

nen) oder nicht krankenversicherte Pensionsempfänger und Provisionsempfänger, ferner Grenzgänger, die in einem benachbarten Auslandsstaat unselbständig erwerbstätig sind und dort keinen gesetzlichen Krankenversicherungsschutz haben. Die Möglichkeit der Einbeziehung in die Krankenversicherung nach § 9 wird an die Voraussetzung geknüpft, daß der Einbeziehung nicht öffentliche Rücksichten vom Gesichtspunkt der Sozialversicherung entgegenstehen. Es darf also dem in Betracht kommenden Versicherungsträger durch die Einbeziehung keine Mehrbelastung in finanzieller und administrativer Beziehung zugemutet werden, welche die Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers gegenüber den schon durch das Gesetz in die Versicherung einbezogenen Personen beeinträchtigen würde. Überdies werden hiedurch auch verfassungsrechtliche Bedenken, die gegen die Erweiterung des Pflichtversichertenkreises im Verordnungsweg geltend gemacht werden könnten, entkräftet.

Zu den §§ 10 bis 12:

Die folgenden §§ 10 bis 12 regeln Beginn und Ende der Pflichtversicherung, und zwar enthält § 10 die Regelung über den Beginn der Pflichtversicherung, die §§ 11 und 12 die Regelung über das Ende der Pflichtversicherung. Im allgemeinen wurden hiebei im wesentlichen die in langjähriger Praxis erprobten bisherigen Regelungen beibehalten. In der Krankenversicherung der Rentner war allerdings eine Ergänzung des derzeit geltenden Rechtes notwendig. Die derzeit geltenden gesetzlichen Vorschriften über den Beginn der Rentnerkrankenversicherung haben sich als unzulänglich erwiesen. Zwischen dem Tag der Stellung des Antrages auf Zuerkennung der Rente und dem Tag der Rentenzuerkennung (Zustellung des Rentenbescheides) liegt oft ein Zeitraum von mehreren Monaten. Während dieser Zeit hat der Antragsteller noch nicht den gesetzlichen Schutz der Rentnerkrankenversicherung. Einige Versicherungsträger haben diesem Mangel dadurch abzuwehren versucht, daß sie vorläufige Bescheinigungen über den voraussichtlichen Rentenbeginn ausstellten. § 10 Abs. 6 und 7 des Gesetzes sieht hier eine Regelung vor, die so früh wie möglich die Krankenversicherung der Rentner wirksam werden läßt.

Zu den §§ 13 bis 15:

Im Anschluß an § 2 Abs. 1 der Vorlage, der drei Arten der Pensionsversicherung (Pensionsversicherung der Arbeiter, Pensionsversicherung der Angestellten und knappschaftliche Pensionsversicherung) entsprechend den derzeit als vorläufiges österreichisches Recht geltenden Bestimmungen der Reichsversicherungsord-

nung, des Angestelltenversicherungsgesetzes und des Reichsknappschaftsgesetzes vorsieht, werden in den §§ 13 bis 15 die der Pflichtversicherung unterliegenden Personen den einzelnen Zweigen der Pensionsversicherung zugewiesen. Hierbei wurde im wesentlichen an der bisherigen Zuweisung festgehalten. Bei der Abgrenzung wurde, soweit es sich um die Pensionsversicherung der Angestellten handelt, auf die verschiedenartigen einschlägigen arbeitsrechtlichen Ordnungen, wie Angestelltengesetz, Gutsangestelltengesetz, Vertragsbedienstetengesetz usw., soweit es sich um die knappschaftliche Pensionsversicherung handelt, auf die einschlägigen berggesetzlichen Vorschriften entsprechend Bedacht genommen.

Im einzelnen ist noch zu bemerken: Bei der Zuweisung der unter das Vertragsbedienstetengesetz 1948, BGBl. Nr. 86, fallenden Personen zur Pensionsversicherung der Angestellten wurde aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung die Einteilung in Entlohnungsgruppen nach dem bezogenen Gesetz zugrunde gelegt. Bei den Entlohnungsgruppen a, b und c des Schemas I (höherer Dienst, gehobener Fachdienst und Fachdienst) war es von vornherein feststehend, daß die nach diesen Entlohnungsgruppen entlohten Vertragsbediensteten so wie bisher der Pensionsversicherung der Angestellten zuzuweisen sind. Auch die Bediensteten der Entlohnungsgruppe d des Schemas I (mittlerer Dienst) dürften schon nach dem derzeit geltenden Recht zum weitaus überwiegenden Teil in der Pensionsversicherung der Angestellten versichert sein. Hingegen sind die Vertragsbediensteten des Hilfsdienstes (Entlohnungsgruppe e des Schemas I) derzeit zu einem nicht geringen Teil, wie z. B. in der Post- und Telegraphenverwaltung, nach den Merkmalen ihrer Tätigkeit in der Invalidenversicherung rentenversichert. Da nach der Vorlage die Zuweisung zur Pensionsversicherung der Angestellten ohne Bedachtnahme auf die Tätigkeitsmerkmale bloß nach der formalen Einreihung in die Entlohnungsgruppe e erfolgen soll, wird sich für eine größere Anzahl von Bediensteten die Notwendigkeit einer Überstellung von der Pensionsversicherung der Arbeiter (bisher Invalidenversicherung) zur Pensionsversicherung der Angestellten (bisher Angestelltenversicherung) ergeben. Im Bereich der Post- und Telegraphenverwaltung würden hievon nach einer Mitteilung des Bundesministeriums für Verkehr und verstaatlichte Betriebe zirka 6000 bisher invalidenversicherungspflichtige Bedienstete betroffen werden. Dieser Überstellung kommt im Beitragsrecht keine große Bedeutung zu, weil in dieser Beziehung voraussichtlich keine erheblichen Unterschiede zwischen der Pensionsversicherung der Arbeiter und der Pensions-

versicherung der Angestellten bestehen werden. Der sich hieraus ergebende Wechsel in der Zuständigkeit des Versicherungsträgers wird weder für die Versicherten noch für die Dienstgeber von Nachteil sein. Wohl aber hätte die Zuweisung der Bediensteten der Entlohnungsgruppe e des Schemas I (Hilfsdienst) zur Pensionsversicherung der Arbeiter für die immerhin in der überwiegenden Mehrzahl vorhandenen Bediensteten dieser Art, die nach den Merkmalen ihrer Tätigkeit derzeit der Angestelltenversicherung zugehören, eine wenn auch nicht sehr erhebliche Verschlechterung im Leistungsrecht zur Folge. Eine verschiedenartige Versicherungszugehörigkeit dieser Bediensteten je nach den Tätigkeitsmerkmalen würde die in der Vorlage gewählte einfache systematische Ordnung stören. Um Härten, die sich aus der Neuregelung ergeben könnten, zu vermeiden, werden im Abs. 4 des § 14 Vertragsbedienstete öffentlich-rechtlicher Körperschaften, die nach den für sie geltenden Entlohnungsvorschriften in ein Entlohnungsschema eingereiht sind, das einen gleichartigen Kreis von Bediensteten wie ein im Abs. 1 Z. 2 bezeichnetes Entlohnungsschema (Schema I, I L, II L) erfaßt, der Pensionsversicherung der Angestellten zugewiesen. Es werden sohin Facharbeiter (Partieführer, Vorarbeiter oder Spezialarbeiter), die eine höherwertige Tätigkeit ausüben und die Einreihung in die Pensionsversicherung der Arbeiter im Hinblick auf die Einreihung von Bediensteten der Entlohnungsgruppe e des Schemas I (Hilfsdienst) als Benachteiligung empfinden könnten, in die Pensionsversicherung der Angestellten aufzunehmen sein.

Von den im § 4 Abs. 3 genannten selbständig erwerbstätigen Personen, die als Pflichtversicherte den Dienstnehmern gleichgestellt sind, werden die im § 4 Abs. 3 unter Z. 1, 2, 3 und 8 genannten pflichtversicherten selbständig Erwerbstätigen (Hebammen, Krankenpfleger, Lehrer, Erzieher, Künstler, Musiker und Artisten sowie öffentliche Verwalter) als den Angestellten nächstehend in die Pensionsversicherung der Angestellten eingereiht. Alle übrigen nach § 4 Abs. 3 den Dienstnehmern gleichgestellten Pflichtversicherten, wie die Pecher, Markthelfer, Gepäckträger, Berg- und Fremdenführer, die nach den überwiegenden Merkmalen ihrer Tätigkeit als Arbeiter zu qualifizieren sind, werden der Pensionsversicherung der Arbeiter zugewiesen.

Im § 14 Abs. 2 ist die Herausgabe eines Berufsgruppenverzeichnisses durch das Bundesministerium für soziale Verwaltung in Aussicht genommen und im § 14 Abs. 3 außerdem die Ermächtigung vorgesehen, daß im Verordnungsweg Gruppen von Arbeitern

in gehobener Verwendung als zur Pensionsversicherung der Angestellten zugehörig erklärt werden. Derartige Verordnungen sind an die Zustimmung des Hauptausschusses des Nationalrates gebunden.

Bei der Abgrenzung des Kreises der zur knappschaftlichen Pensionsversicherung zugehörigen Personen sieht die Vorlage eine wesentliche Änderung insofern vor, als die nach bisherigem Recht geltende Einschränkung, daß Angestellte in knappschaftlichen Betrieben nur dann der knappschaftlichen Pensionsversicherung unterstellt sind, wenn sie regelmäßig, wenn auch nicht ununterbrochen, bei Arbeiten tätig werden, die unmittelbar dem Aufschluß, der Gewinnung oder der Förderung von Bodenschätzen dienen, fallen gelassen wird. In Hinkunft werden also alle Angestellten, die in knappschaftlichen Betrieben oder in Betrieben beschäftigt werden, die den knappschaftlichen Betrieben nach § 15 Abs. 3 und 4 gleichgestellt sind, hinsichtlich dieser Beschäftigung ausnahmslos der knappschaftlichen Pensionsversicherung zugewiesen sein. Hiedurch werden insbesondere alle Angestellten, die im Bürodienst knappschaftlicher Betriebe oder gleichgestellter Betriebe tätig sind, ebenfalls der knappschaftlichen Pensionsversicherung unterstellt sein. Bei der Bestimmung des Begriffes „knappschaftliche Betriebe“ in den Abs. 2 bis 4 des § 15 wurde bereits das neue Berggesetz vom 10. März 1954, BGBl. Nr. 73, berücksichtigt. Unter Arbeiten, die dem Aufschluß, der Gewinnung oder der Förderung von Bodenschätzen dienen, sind im Sinne des Berggesetzes auch Arbeiten zu verstehen, die der Ausrichtung, Vorrichtung und dem Abbau von Bodenschätzen dienen. Die Ausdehnung des Geltungsbereiches der knappschaftlichen Pensionsversicherung auf die Büroangestellten in knappschaftlichen Betrieben führte dazu, auch die Angestellten und Bediensteten der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues mit ihren Einrichtungen der Krankenbehandlung, die schon nach bisherigem Recht in der Krankenversicherung bei der Bergarbeiterversicherungsanstalt versichert waren, nunmehr auch hinsichtlich der Pensionsversicherung dieser Anstalt, die in Hinkunft die Bezeichnung „Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues in Graz“ erhalten wird, zuzuweisen.

Zu den §§ 16 bis 20:

Der Entwurf sieht so wie das bisherige Recht drei Formen der freiwilligen Versicherung vor:

1. die Weiterversicherung im unmittelbaren Anschluß an eine beendete Pflichtversicherung,

2. die Selbstversicherung von Personen, die nicht dem Kreis der Pflichtversicherten angehören, und

3. die Höherversicherung in der Pensionsversicherung.

Die Weiterversicherung wird in der Krankenversicherung und in der Pensionsversicherung zugelassen. Die Voraussetzungen für die Weiterversicherung in der Krankenversicherung (§ 16) sind im wesentlichen die gleichen wie nach bisher geltendem Recht. Neuerungen enthält die Vorlage für die Weiterversicherung in der Krankenversicherung nur insoweit, als die Weiterversicherung nach dem Tode des Versicherten nicht nur dem überlebenden Ehegatten, sondern auch der überlebenden Wirtschaftsführerin, soweit ihr die Angehörigeneigenschaft im Leistungsrecht der Krankenversicherung zukommt, den überlebenden Doppelwaisen und überdies auch nach dem Ausscheiden des Versicherten aus der Pflichtversicherung und Übernahme einer unselbständigen Erwerbstätigkeit in einem Auslandsstaat der im Inland zurückbleibenden Ehegattin und den im Inland zurückbleibenden Kindern ermöglicht werden soll. Es wird damit einem Bedürfnis Rechnung getragen, das in der Praxis bei der Anwendung der derzeit geltenden Bestimmungen zu Tage getreten ist. Was namentlich die Möglichkeit der Weiterversicherung durch die im Inland zurückbleibenden Familienangehörigen eines im Ausland beschäftigten ehemaligen österreichischen Pflichtversicherten anlangt, ist zu bemerken, daß hiedurch die Übernahme von Beschäftigungen in einem Auslandsstaat durch erwerbslos gewordene ehemalige österreichische Pflichtversicherte im Interesse der Entlastung des österreichischen Arbeitsmarktes erleichtert werden soll.

In der Pensionsversicherung wurde davon abgegangen, als Voraussetzung für die Weiterversicherung die Entrichtung einer bestimmten Anzahl von Versicherungsbeiträgen (mindestens 26 Wochenbeiträge) zu fordern. Es soll der Nachweis des Bestandes der Versicherung während eines bestimmten Mindestzeitraumes (26 Wochen oder 6 Monate innerhalb der letzten 52 Wochen oder 12 Monate, oder aber von 52 Wochen oder 12 Monaten innerhalb der letzten 156 Wochen oder 36 Monate) vor dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung genügen. Abs. 2 des § 17 regelt, in welcher Pensionsversicherung und, sofern in einer Pensionsversicherung mehrere Versicherungsträger in Betracht kommen, bei welchem Pensionsversicherungsträger die Weiterversicherung zulässig ist. Neu ist die Bestimmung, daß Zeiten der Pflichtversicherung nach dem Notarversicherungsgesetz bei der

Beurteilung, ob die erforderliche Vorversicherungszeit für die Weiterversicherung vorliegt, den Versicherungszeiten in der Pensionsversicherung der Arbeiter, Pensionsversicherung der Angestellten oder knappschaftlichen Pensionsversicherung gleichstehen. Diese Bestimmung wurde in die Vorlage aufgenommen, um Notariatskandidaten, die im Falle eines Berufswechsels aus der Pensionsversicherung nach dem Notarversicherungsgesetz 1938 ausscheiden, ebenfalls die Möglichkeit der Weiterversicherung, die im Notarversicherungsgesetz nicht vorgesehen ist, für den Fall zu geben, daß sie die erforderliche Vorversicherungszeit nur unter Anrechnung ihrer in der Pensionsversicherung nach dem Notarversicherungsgesetz zurückgelegten Versicherungszeiten nachweisen können. Das Notarversicherungsgesetz selbst sieht deswegen die Einrichtung der Weiterversicherung nicht vor, weil die Notarversicherung eine ausgesprochene berufsständische Versicherung für den Stand der Notare ist.

Das Recht auf Weiterversicherung in der Pensionsversicherung soll nach Abs. 3 des § 17 innerhalb einer bestimmten nicht allzu kurz bemessenen Frist (nämlich innerhalb von 6 Monaten nach dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung) geltend gemacht werden, wobei Zeiten der Anstaltspflege, des Krankengeld- oder Wochengeldbezuges eine Verlängerung der Frist herbeiführen. Diese Einschränkung des Rechtes auf Weiterversicherung ist darin begründet, daß die Sozialversicherung nach dem vorliegenden Entwurf grundsätzlich keine allgemeine Volksversicherung werden, sondern auf die in der Vorlage genannten Bevölkerungsgruppen, so namentlich auf Arbeiter und Angestellte und diesen gleichgestellte Personen beschränkt bleiben soll und daß daher auch die Weiterversicherung nach dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung nicht mehr zugelassen werden kann, wenn der zeitliche Zusammenhang mit der ehemaligen Pflichtversicherung allzulange unterbrochen ist.

Die Bestimmung des Abs. 4 Z. 2 des § 17, wonach die Weiterversicherung unter anderem endet, wenn die Beiträge für mehr als 24 aufeinanderfolgende Monate rückständig sind, entspricht der auch in den Vierten Teil der Vorlage übernommenen Regelung des § 8 Z. 3 des 1. Sozialversicherungs-Neurechtungsgesetzes, BGBl. Nr. 86/1952, wonach Zeiten freiwilliger Versicherung als Beitragszeiten einer Rentenversicherung nur anerkannt werden, wenn die Beiträge innerhalb von zwei Jahren nach Ablauf des Beitragszeitraumes, für den sie gelten sollen, entrichtet worden sind.

Durch die Bestimmung des Abs. 5 des § 17 schließlich soll Personen, die schon längere Zeit (mindestens 520 Beitragswochen oder 120 Beitragsmonate) der Versicherungsgemeinschaft, sei es als Pflicht-, sei es als freiwillig Versicherte angehört haben, aber die Vorversicherungszeit nach Abs. 1 für eine Weiterversicherung nicht aufweisen können, die spätere wirksame Einzahlung von Versicherungsbeiträgen ermöglicht werden, damit sie ihrer bereits erworbenen Anwartschaften nicht verlustig gehen und auch weitere Steigerungsbeträge erwerben können.

Außer der freiwilligen Versicherung in Form einer Weiterversicherung im Anschluß an eine bestandene Pflichtversicherung ist eine freiwillige Versicherung nur in der Krankenversicherung und in der Unfallversicherung, nicht aber in der Pensionsversicherung vorgesehen. Die nach dem geltenden Recht bestehende Möglichkeit der Selbstversicherung aller österreichischen Staatsangehörigen bis zum vollendeten 40. Lebensjahr wurde in der Erwägung aufgelassen, daß diese Einrichtung weit über den Rahmen einer Sozialversicherung für Arbeiter und Angestellte und ähnliche Gruppen von Beschäftigten hinausgeht und daß von dieser Einrichtung auch bisher sehr wenig Gebrauch gemacht worden ist. Die nicht sehr zahlreichen Personen, die nach der derzeit geltenden Bestimmung des § 1243 RVO. der Selbstversicherung beigetreten sind, werden nach einer Übergangsbestimmung die Möglichkeit erhalten, auch weiterhin freiwillig versichert zu bleiben.

Nach dem derzeit geltenden Recht sind unter anderen alle selbständig Erwerbstätigen, die in ihren Betrieben regelmäßig keine oder höchstens zwei Versicherungspflichtige beschäftigen, sowie auch die Familienangehörigen des Arbeitgebers, die ohne eigentliches Arbeitsverhältnis und ohne Entgelt in seinem Betrieb tätig sind, in der Krankenversicherung versicherungsberechtigt. Die Vorlage erweitert diese Versicherungsberechtigung auf alle selbständigen Landwirte und deren im Betrieb tätigen Familienangehörigen sowie auf alle sonst selbständig Erwerbstätigen, soweit ihnen die Krankenversicherung bei einer Meisterkrankenkasse nicht offensteht, ohne Rücksicht auf die Größe des Betriebes und die Zahl der im Betrieb beschäftigten Dienstnehmer. Damit wird praktisch für alle Gruppen selbständig Erwerbstätiger, für die keine eigene Einrichtung einer gesetzlichen Krankenversicherung besteht, die Möglichkeit des freiwilligen Beitrittes zur allgemeinen Krankenversicherung eröffnet. Es werden also außer den selbständigen Landwirten auch alle gewerblichen Unternehmer, die keiner Meister-

krankenkasse angehören oder angehören können und alle freiberuflich selbständig Erwerbstätigen der allgemeinen Krankenversicherung beitreten können. Was die Familienangehörigen der Dienstgeber anlangt, ist darauf hinzuweisen, daß die im elterlichen Betrieb mittätigen Kinder, auch wenn kein entgeltliches Beschäftigungsverhältnis vorliegt, nach § 5 Abs. 1 Z. 1 von der Vollversicherung ausgenommen und nach § 8 Abs. 1 Z. 2 beziehungsweise Z. 3 lit. b nur in der Unfall- und Pensionsversicherung beziehungsweise nur in der Unfallversicherung teilversichert werden sollen.

Für die im § 19 vorgesehene Selbstversicherung in der Unfallversicherung werden praktisch nur mehr folgende Personengruppen in Frage kommen:

1. freiberuflich selbständig Erwerbstätige;
2. die Familienangehörigen der freiberuflich selbständig Erwerbstätigen und der gewerblichen Unternehmer, soweit es sich nicht um Kinder handelt, die als im elterlichen Betrieb entgeltlich oder unentgeltlich tätig gemäß § 8 Abs. 1 Z. 2 in der Unfallversicherung der Pflichtversicherung unterliegen;
3. die in Z. 3 des § 19 genannte kleine Gruppe von Personen, bei denen das Bedürfnis nach einem Unfallversicherungsschutz in Form der freiwilligen Versicherung gegeben ist; es sind dies Lehrkräfte in verschiedenen Lehr- und Unterrichtseinrichtungen, bei denen die Voraussetzungen für eine Pflichtversicherung (Beschäftigungsverhältnis als Dienstnehmer oder als Lehrende bei einem der im § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. c bezeichneten Lehrgänge) nicht zutreffen.

§ 20 übernimmt schließlich aus dem bisherigen Recht auch die Rechtseinrichtung der freiwilligen Höherversicherung in der Pensionsversicherung. Es ist hierunter die Versicherung auf einer höheren Beitragsgrundlage zu verstehen, als sie in der Pflichtversicherung in Betracht kommt. Die Höherversicherung können sowohl Pflichtversicherte wie auch Weiterversicherte eingehen.

Zu den §§ 21 und 22:

Die Rechtseinrichtung der Formalversicherung war nach bisherigem Recht in der Krankenversicherung im § 213 RVO. vorgesehen. In dieser Vorschrift ist eine Leistungspflicht des Trägers der Krankenversicherung für den Fall festgesetzt, daß der Versicherungsträger für eine Person nach vorschriftsmäßiger und nicht vorsätzlich unrichtiger Anmeldung drei Monate ununterbrochen und unbeanstandet die Beiträge angenommen hat und sich nach Eintritt des Versicherungsfalles herausstellt, daß eine Ver-

sicherungspflicht nicht gegeben war. § 21 der Vorlage läßt ebenfalls eine Pflichtversicherung als Formalversicherung eintreten, auch wenn der Tatbestand einer versicherungspflichtigen Tätigkeit nicht besteht, sofern der Versicherungsträger auf Grund einer vorbehaltlos erstatteten, nicht vorsätzlich unrichtigen Anmeldung den Bestand der Pflichtversicherung zunächst als gegeben angesehen und für den vermeintlich Pflichtversicherten drei Monate ununterbrochen die Beiträge unbeanstandet angenommen hat. Um jede Unklarheit von vornherein zu vermeiden, wird im Abs. 3 des § 21 ausdrücklich festgehalten, daß die Formalversicherung für die Dauer ihres Bestandes in allen in Betracht kommenden Versicherungen, also nicht nur in der Krankenversicherung, sondern gegebenenfalls auch in der Unfall- und Pensionsversicherung die gleichen Rechtswirkungen wie die Pflichtversicherung hat. Mit der Formalversicherung sind also für deren Dauer sowohl für den vermeintlich Pflichtversicherten wie auch für die in Betracht kommenden Versicherungsträger alle Rechte und Pflichten verbunden, die sich aus der Pflichtversicherung auf Grund einer wirklich versicherungspflichtigen Tätigkeit ergeben hätten, dies insbesondere sowohl hinsichtlich der Beitragspflicht wie der Anspruchsberechtigung.

§ 22 der Vorlage enthält eine ähnliche Regelung für Personen, die als vermeintlich Versicherungsberechtigte weiterversichert oder selbstversichert sind.

Zum Abschnitt III (§§ 23 bis 32): Versicherungsträger und ihre Zuständigkeit. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Zu den §§ 23 bis 32:

Da das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz eine vollständige Neuregelung des Sozialversicherungsrechtes, soweit es sich nicht um Sonderversicherungen handelt, bringen soll, ist es notwendig, auch die jetzt im Abschnitt I des Sozialversicherungs-Überleitungsgesetzes enthaltenen Bestimmungen über die Versicherungsträger neu zu kodifizieren. Die Vorlage übernimmt im wesentlichen unverändert die derzeit nach den §§ 2 bis 10 des Sozialversicherungs-Überleitungsgesetzes geltende Regelung, die allerdings durch Aufnahme von Bestimmungen über den örtlichen und sachlichen Wirkungsbereich ergänzt werden mußten, weil sich das Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz in dieser Hinsicht darauf beschränkte, auf die als vorläufiges österreichisches Recht weitergeltenden ehemals

reichsrechtlichen Bestimmungen hinzuweisen. In der derzeit bestehenden äußeren Organisation der Versicherungsträger werden nach der Vorlage nur folgende, nicht sehr erhebliche Änderungen eintreten:

1. Im § 23 Abs. 3 zweiter Satz ist die Ermächtigung vorgesehen, daß das Bundesministerium für soziale Verwaltung eine Betriebskrankenkasse als aufgelöst erklärt. Eine solche Auflösungsverfügung kann nach Anhörung der in Betracht kommenden Interessenvertretungen aber nur verfügt werden, wenn eine der folgenden drei Voraussetzungen zutrifft:

- a) wenn die Hauptversammlung der Betriebskrankenkasse die Auflösung der Betriebskrankenkasse selbst beantragt, oder
- b) wenn der Eintritt wesentlicher Änderungen in den Verhältnissen, wie zum Beispiel die Auflösung des Betriebes, für den die Betriebskrankenkasse seinerzeit errichtet wurde, Sinken der Zahl der Versicherten, die Auflösung geboten erscheinen läßt, oder
- c) wenn grobe Unregelmäßigkeiten in der Gebarung festgestellt werden, die den Fortbestand der Betriebskrankenkasse im Interesse einer geordneten Durchführung der Versicherung nicht mehr vertretbar scheinen lassen.

2. Die im § 2 Abs. 3 des Sozialversicherungs-Überleitungsgesetzes aus dem deutschen Reichsversicherungsrecht übernommene Einrichtung der Eigenunfallversicherung der Gemeinde Wien wird nach der Vorlage nicht mehr aufrechterhalten werden. Nach Ansicht des Bundesministeriums für soziale Verwaltung besteht kein triftiger Anlaß, diese Sonderbehandlung gewisser Gruppen von Bediensteten der Gemeinde Wien in der Unfallversicherung weiterhin beizubehalten. Träger der Unfallversicherung soll für diese Gruppen künftig auch die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt in Wien sein, die einen entsprechend ausgebauten und gut eingespielten Apparat für die Durchführung der Versicherung besitzt. Die Änderung wird für die betroffenen Versicherten nicht von Nachteil sein. Bezüglich der Übertragung der in der Eigenunfallversicherung angefallenen Versicherungslast wird in einer Übergangsbestimmung Vorsorge getroffen werden.

3. Der sachliche Zuständigkeitsbereich der Landwirtschaftskrankenkassen wird auch auf die Bediensteten der Land- und Forstwirtschaftlichen Sozialversicherungsanstalt und der öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen der Dienstnehmer und Dienstgeber sowie der Berufsvereinigungen der Dienstnehmer und Dienst-

geber in der Land- und Forstwirtschaft, ferner auf das Forstschutz- und Forstaufsichtsdienstpersonal ausgedehnt; ferner soll hinsichtlich der Rentner die sachliche Zuständigkeit der Landwirtschaftskrankenkasse nach der Vorlage jedenfalls gegeben sein, wenn die Rente durch die Land- und Forstwirtschaftliche Sozialversicherungsanstalt ausgezahlt wird. Nach dem derzeit geltenden Recht ist für die sachliche Zuständigkeit der Landwirtschaftskrankenkassen in der Krankenversicherung der Rentner die Zugehörigkeit zu einer solchen Krankenkasse auf Grund der letzten Beschäftigung maßgebend. Diese Zugehörigkeit auf Grund der letzten Beschäftigung soll nach der Vorlage als zweiter Grund für die Zuständigkeit bei der Landwirtschaftskrankenkasse in der Krankenversicherung der Rentner zugelassen werden. Er wird bei den Beziehern einer Rente aus der Pensionsversicherung der Angestellten, so wie bisher, der einzige Grund für die Zuständigkeit der Landwirtschaftskrankenkasse sein. Personen, die ihre Rente von der Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter erhalten, werden in der Regel bei einer Gebietskrankenkasse krankenversichert sein; es könnte allerdings der Fall vorkommen, daß auch ein solcher Rentner bei der Landwirtschaftskrankenkasse krankenversichert sein wird, weil er auf Grund der letzten Beschäftigung vor dem Entstehen des Rentenanspruches bei einer Landwirtschaftskrankenkasse krankenversichert war und in dieser Versicherungszuständigkeit keine Änderung eintreten soll. Wurde aber die Rente erstmals vor dem Wirksamkeitsbeginn der Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes über die sachliche Zuständigkeit der Träger der Krankenversicherung festgestellt, dann soll es für die betreffenden Bezieher einer Rente nach früherem Recht nach der Übergangsbestimmung des § 519 bei der alten Zuständigkeitsregelung verbleiben, das heißt, alle Personen, die auf Grund früherer Vorschrift eine Rente zum Beispiel von der Allgemeinen Invalidenversicherungsanstalt bezogen haben, werden nach wie vor bei den Gebietskrankenkassen krankenversichert bleiben, es wäre denn, daß sie selbst eine Änderung dieser Versicherungszuständigkeit im Sinne der bezogenen Übergangsbestimmung beantragen. Mit der neuen Zuständigkeitsregelung für künftig anfallende Renten wird einem aus Kreisen der Land- und Forstwirtschaft schon seit langem geäußerten Wunsch Rechnung getragen. Im übrigen schließt sich die Vorlage bei der Zuweisung land- und forstwirtschaftlicher Betriebe zu den Landwirtschaftskrankenkassen eng an die Regelung des Landarbeitsgesetzes vom 2. Juni 1948, BGBl. Nr. 140, an. Es werden daher zum Beispiel land- oder

forstwirtschaftliche Nebenbetriebe nur dann als land- oder forstwirtschaftliche Betriebe im Sinne der Vorlage gelten, wenn auf sie die im § 5 Abs. 1 und 3 Landarbeitsgesetz genannten Merkmale zutreffen; damit wird hinsichtlich der Nebenbetriebe der bisherige Rechtszustand, wie er sich aus § 1 Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz im Zusammenhang mit § 10 der Verordnung zur Durchführung und Ergänzung der Verordnung über die Einführung der Sozialversicherung in Österreich vom 9. Februar 1939, DRGBL. I S. 196, und dem § 1 Abs. 2 des Landarbeiterversicherungsgesetzes vom 18. Juli 1928, BGBl. Nr. 235, ergibt, beibehalten. Ferner werden Betriebe von Kleingärten, die gemäß § 5 Abs. 2 des Landarbeitsgesetzes zum Gartenbau gehören, zum sachlichen Wirkungsbereich der land- und forstwirtschaftlichen Versicherungsträger gehören. Eine Ausnahme von dem Grundsatz, daß als land- und forstwirtschaftliche Betriebe im Sinne des ASVG. Betriebe im Sinne der Bestimmungen des Landarbeitsgesetzes gelten, wird hinsichtlich der von land- und forstwirtschaftlichen Erwerbsgenossenschaften betriebenen Sägen, Harzverarbeitungsstätten, Mühlen und Molkereien verfügt. Derartige Betriebe sollen bei der Anwendung der Bestimmungen des ASVG. nur dann als land- und forstwirtschaftliche Betriebe behandelt werden, wenn sie nicht dauernd mehr als fünf Dienstnehmer beschäftigen. Die Einschränkung auf kleinere Betriebe dieser Art (mit fünf oder weniger Arbeitern) war auch schon nach der gegenwärtigen Rechtslage gegeben, wie sie sich aus § 10 Abs. 4 der Durchführungsverordnung vom 9. Februar 1939, DRGBL. I S. 196, in Verbindung mit den §§ 1 bis 4, 6 und 7 des Landarbeiterversicherungsgesetzes vom 18. Juli 1928, BGBl. Nr. 235, ergibt und wonach Arbeiter in Betrieben der im § 1 Abs. 1 lit. d Landarbeiterversicherungsgesetz bezeichneten Genossenschaften, Vereinigungen und Verbände nur dann nach dem Landarbeiterversicherungsgesetz versichert waren, wenn die betreffenden Unternehmungen im Jahresdurchschnitt nicht mehr als fünf ständige Arbeiter beschäftigten und nicht fabrikmäßig betrieben wurden.

4. Hinsichtlich der sachlichen Zuständigkeit der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen in der Krankenversicherung der Rentner wird in Z. 4 lit. c eine gleichartige Regelung vorgesehen wie hinsichtlich der sachlichen Zuständigkeit der Landwirtschaftskrankenkassen.

5. Eine vorübergehende Änderung im Beschäftigungsverhältnis soll nach § 26 Abs. 2 keine Änderung der Zuständigkeit herbei-

führen; wenn der Dienstnehmer im selben Beschäftigungsverhältnis in einer anderen Art beschäftigt wird.

6. Aus welchem Zweig der Pensionsversicherung (Pensionsversicherung der Arbeiter, Pensionsversicherung der Angestellten, knappschaftliche Pensionsversicherung) die Leistungen zu erbringen sind, wenn der Versicherte in mehreren dieser Zweige der Pensionsversicherung Versicherungszeiten erworben hat, wird im Vierten Teil (§ 245) geregelt. Ausschlaggebend soll hiebei sein, in welchem Zweig der Versicherung der Versicherte die längere oder längste anrechenbare Versicherungszeit aufzuweisen hat, bei gleich langen anrechenbaren Versicherungszeiten, in welchem Zweig der Pensionsversicherung die letzte anrechenbare Versicherungszeit zurückgelegt wurde. Nach den gleichen Grundsätzen soll auch vorgegangen werden, wenn der in der Pensionsversicherung Versicherte Versicherungszeiten bei mehreren Trägern dieses Pensionsversicherungszweiges (Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter, Land- und Forstwirtschaftliche Sozialversicherungsanstalt, Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues) erworben hat (§ 246). Dies bedeutet eine Neuerung gegenüber dem derzeit geltenden Recht, wonach in jedem Fall nur der letzte Versicherungsträger mit der Versicherungsleistung belastet wird.

Die durch das Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz geschaffene Einrichtung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, in dem alle Krankenversicherungsträger einschließlich der Meisterkrankenkassen und auch alle Träger der Unfall- und Pensionsversicherung zusammengefaßt sind, hat sich während der verhältnismäßig kurzen Zeit ihres Bestandes durchaus bewährt. Der Aufgabenbereich, der dem Hauptverband im § 9 und in vereinzelt sonstigen Bestimmungen des Sozialversicherungs-Überleitungsgesetzes derzeit zugewiesen ist, konnte, weil sich dessen Abgrenzung in der Praxis als richtig erwiesen hat, im § 31 der Vorlage im großen und ganzen beibehalten werden. Nennenswerte Änderungen hinsichtlich dieses Wirkungsbereiches sieht die Vorlage in folgenden Punkten vor:

1. Die unter Z. 3 des § 31 Abs. 3 angeführte Aufgabe des Hauptverbandes, Richtlinien zur Regelung der dienst-, besoldungs- und pensionsrechtlichen Verhältnisse der Sozialversicherungsbediensteten aufzustellen, war wohl schon im gegenwärtig geltenden Recht (§ 9 Abs. 3 lit. c Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz) vorgesehen, doch wurde in der Formulierung dieser sehr weitgehenden und bedeut-

samen Ermächtigung ausdrücklich hervorgehoben, daß die vom Hauptverband zu erlassenden Richtlinien weder den gesetzlichen Bestimmungen des Arbeitsrechtes noch den öffentlichen Interessen vom Gesichtspunkt des Sozialversicherungsrechtes zuwiderlaufen dürfen und daß auch die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Versicherungsträger dadurch nicht gefährdet werden darf. Damit sind auch verfassungsrechtliche Einwendungen, die gegen eine schrankenlose Ermächtigung des Hauptverbandes auf diesem Gebiet vorgebracht werden könnten, im wesentlichen entkräftet. Kleine Ergänzungen enthält die Fassung des § 31 Abs. 3 Z. 3 der Vorlage gegenüber der entsprechenden Bestimmung des § 9 Abs. 3 lit. c Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz noch insofern, als neben dem Ausdruck „Richtlinien“ der Klammerausdruck „Musterdienstordnungen“ eingefügt und auch noch die Erstellung von Dienstpostenplänen besonders erwähnt wurde. Es hat sich nämlich in der Praxis gezeigt, daß sich die Richtlinien, die der Hauptverband auf Grund des § 9 Abs. 3 lit. c Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz erlassen hat, nicht bloß auf die Aufstellung von Grundsätzen beschränkt haben, sondern eine bis ins Detail gehende Gesamtregelung des Dienst-, Besoldungs- und Pensionsrechtes der Sozialversicherungsbediensteten enthalten, so daß sie sich tatsächlich als Musterdienstordnungen darstellen.

2. Z. 4 des § 31 Abs. 3 der Vorlage überträgt dem Hauptverband ganz allgemein die Aufgabe, für alle Sozialversicherungsträger bindende Richtlinien für das Zusammenarbeiten, für die Grundsätze der Verwaltung und Geschäftsführung und für eine wirtschaftliche Betriebsführung aufzustellen, soweit nicht die Regelung dieser Angelegenheiten Weisungen des Bundesministeriums für soziale Verwaltung vorbehalten ist. Durch die Aufstellung von Grundsätzen der Verwaltung und Geschäftsführung soll erreicht werden, daß die Erfahrungen, die auf diesem Gebiete namentlich hinsichtlich der inneren Organisation der Versicherungsträger und der Zusammenarbeit zwischen den Versicherungsträgern untereinander, bei einzelnen Versicherungsträgern gemacht worden sind, entsprechend ausgewertet werden und allen anderen Versicherungsträgern zugänglich gemacht werden. Auch können hiedurch Vereinheitlichungen und damit Kostenersparnisse auf dem Gebiet des Formularwesens erzielt werden. Schon nach derzeit geltendem Recht (§ 86 Abs. 2 SV-ÜG., in der Fassung der 4. Novelle, BGBl. Nr. 93/1950) hat der Hauptverband den gesetzlichen Auftrag, mit Zustimmung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung bindende Richtlinien für die wirt-

schaftliche Betriebsführung der Träger der Sozialversicherung aufzustellen. Die Herausgabe von Weisungen für die Rechnungslegung, Rechnungslegung sowie für die Erstellung des Jahresvoranschlages und des Jahresberichtes war im § 86 Abs. 2 SV-ÜG dem Bundesministerium für soziale Verwaltung vorbehalten geblieben; diese dem Bundesministerium für soziale Verwaltung vorbehaltene Aufgabe soll auch nach der Vorlage dem Hauptverband entzogen bleiben, jedoch wird das Anhörungsrecht des Hauptverbandes unangetastet gelassen.

3. Eine wesentliche Erweiterung des Aufgabenbereiches des Hauptverbandes enthält die Z. 5 des § 31 Abs. 3. Nach den Vorschlägen, die der Hauptverband selbst auf Grund der gewonnenen Erfahrungen bei der Anwendung der Vorschriften der §§ 69 bis 77 SV-ÜG., betreffend die Beziehungen der Sozialversicherungsträger und ihrer Verbände zu den Ärzten und anderen Erfüllungsgehilfen, erstattet hat, soll diesem der Abschluß von Gesamtverträgen mit den öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen der Ärzte und anderen Vertragspartnern der Sozialversicherung nach Maßgabe der Bestimmungen des Sechsten Teiles primär übertragen werden, während es nach dem derzeit geltenden Recht jedem einzelnen Sozialversicherungsträger überlassen war, solche Gesamtverträge entweder selbst abzuschließen oder aber den Hauptverband zum Abschluß derartiger Verträge zu ermächtigen. Dem Hauptverband ist nach derzeit geltendem Recht (§ 75 SV-ÜG.) primär nur der Abschluß sogenannter Rahmenverträge vorbehalten. Im übrigen wird auf die Bemerkungen zum Sechsten Teil hingewiesen.

4. In Z. 11 des § 31 Abs. 3 werden die bisher in lit. k und lit. l des § 9 Abs. 3 SV-ÜG. vorgesehenen Aufgaben (Aufstellung von Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Arzneien und Heilmitteln sowie Heilbehelfen sowie Regelung hinsichtlich der Abgabe von Arzneyspezialitäten für Rechnung der Sozialversicherung) zusammengefaßt, wobei die Herausgabe eines Verzeichnisses der zugelassenen Arzneyspezialitäten (einer sogenannten „Positivliste“) als Pflichtaufgabe des Hauptverbandes aufgelassen wird. Der Hauptverband hat bisher ein solches Verzeichnis nicht herausgegeben, sondern sich darauf beschränkt, in den Richtlinien das Verfahren zu regeln, nach dem Arzneyspezialitäten für Rechnung der Sozialversicherungsträger abgegeben werden dürfen. Der neue Text der Z. 11 des § 31 Abs. 3 der Vorlage läßt dem Hauptverband freien Spielraum bezüglich der Regelung der Abgabe von Arzneyspezialitäten für Rechnung der Sozialversicherungsträger,

doch wird die Regelung im Rahmen der Richtlinien auch nach der Vorlage der Zustimmung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung bedürfen. Überdies wird ähnlich wie in Z. 3 aus verfassungsrechtlichen Erwägungen ausdrücklich bestimmt, daß die Richtlinien in Wahrnehmung öffentlicher Interessen vom Gesichtspunkt des Sozialversicherungsrechtes und der wirtschaftlichen Tragfähigkeit aufzustellen sind. Auch darf durch die Richtlinien der Heilzweck nicht gefährdet werden. Hiedurch ist ausreichend sichergestellt, daß der Hauptverband bei der Regelung auf die Erfordernisse des Volksgesundheitsdienstes entsprechend Bedacht nimmt und sich nicht ausschließlich von Erwägungen finanzieller Natur leiten läßt.

Da die Meisterkrankenkassen so wie bisher nicht unmittelbar, sondern mittelbar über den schon derzeit bestehenden Verband der Meisterkrankenkassen dem Hauptverband angegliedert sein sollen und die Eigenart der Meisterkrankenversicherung auf gewissen Gebieten Sonderregelungen angezeigt erscheinen läßt, wird im Abs. 4 des § 31 die Wirksamkeit der Richtlinien für das Zusammenarbeiten, für die Grundsätze der Verwaltung und Geschäftsführung sowie für eine wirtschaftliche Betriebsführung und auch die Wirksamkeit der Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Arznei- und Heilmitteln für den Bereich der Meisterkrankenversicherung an die Zustimmung des Verbandes der Meisterkrankenkassen geknüpft.

Eine mit großer Verantwortung verbundene neue Aufgabe wird dem Hauptverband noch im Abs. 6 des § 31 übertragen. Von seiner Zustimmung soll es künftighin abhängen, ob gewisse Beschlüsse der Verwaltungskörper der einzelnen Versicherungsträger über die Vermögensverwaltung vollzogen werden dürfen. Es sind dies Beschlüsse über die Errichtung oder Erweiterung von Verwaltungsgebäuden oder von Gebäuden, die Zwecken der Kranken-(Heil)behandlung oder Heilfürsorge dienen sollen, ferner auch Beschlüsse über die Errichtung oder Erweiterung von derartigen Zwecken dienenden Einrichtungen in fremden Gebäuden. Durch diese Bestimmung soll in Verbindung mit den Bestimmungen des § 438 Abs. 1 Z. 2 und Abs. 3 bis 5 eine wirksame Sicherung dafür geschaffen werden, daß der Einsatz von Mitteln der Sozialversicherung zu den angeführten Zwecken nach einheitlichen Grundsätzen im ganzen Bundesgebiet gelenkt wird. Es wird dadurch unter anderem auch der Entschließung Rechnung getragen, die der Nationalrat auf Grund eines Berichtes des Rechnungshofes und auf Antrag des Rechnungshofausschusses in der Sitzung vom 3. No-

vember 1954 (393 der Beilagen) einstimmig gefaßt hat und mit der das Bundesministerium für soziale Verwaltung aufgefordert wurde, im künftigen Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz eine gesetzliche Vorsorge dafür zu treffen, daß die Mittel der Sozialversicherung für erweiterte Heilbehandlung durch einheitliche Planung und Lenkung bei den einzelnen Sozialversicherungsträgern wirtschaftlich verwaltet werden. Die in der Vorlage hiefür vorgesehene Regelung bedeutet keinen Eingriff in die Selbstverwaltung, weil die Verwaltungskörper des Hauptverbandes selbst aus Vertretern der Versicherungsträger, also wieder aus Vertretern der Versicherten und ihrer Dienstgeber, zusammengesetzt sind.

Zum Abschnitt IV (§§ 33 bis 43): Meldungen und Auskunftspflicht.

Zu den §§ 33 bis 43:

In diesem Abschnitt übernimmt die Vorlage im allgemeinen langjährig erprobte Regelungen früherer Gesetze über das Meldewesen und über die Auskunftspflicht der Dienstgeber. Gegenüber dem bisherigen Recht wären folgende Änderungen hervorzuheben:

1. Bei Versicherten, die nach der Vorlage wohl pensionsversichert, aber nicht gleichzeitig auch krankenversichert sein werden — in Betracht kommen Personen, die nach den Sondervorschriften über die Krankenversicherung der Bundesangestellten krankenversichert sind oder einer eigenen Krankenfürsorgeeinrichtung ihres Dienstgebers angehören sowie Stückmeister, die bei einer Meisterkrankenkasse krankenversichert sind — war nach bisherigem Recht die Erfassung und die Einhebung der Beiträge den Trägern der Rentenversicherung überlassen. § 33 Abs. 2 der Vorlage überträgt die Entgegennahme der Meldungen für die nur in der Unfall- und Pensionsversicherung Teilversicherten den Trägern der Krankenversicherung, denen ein entsprechender Apparat hiefür zur Verfügung steht, und zwar dem Träger der Krankenversicherung, der beim Bestehen einer Krankenversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz für sie sachlich und örtlich zuständig wäre, wenn die betreffenden Dienstnehmer der Krankenversicherung nach diesem Gesetz unterlägen; in der Regel wird dies die nach dem Beschäftigungsort in Betracht kommende Gebietskrankenkasse sein. Diesen zur Entgegennahme der Meldungen berufenen Krankenversicherungsträgern wird auch die Einhebung der Beiträge zur Unfall- und Pensionsversicherung obliegen.

2. Im § 36 wurden alle Sonderregelungen zusammengefaßt, die für einzelne Sonder-

gruppen von Pflichtversicherten, die nicht als Dienstnehmer gelten, notwendig sind, wie zum Beispiel für im Ausbildungsverhältnis stehende Pflichtversicherte, für die den Heimarbeitern gleichgestellten Personen, für Markthelfer, Pecher und sonstige pflichtversicherte selbständig Erwerbstätige. An Stelle des Dienstgebers wird bei diesen Gruppen von Pflichtversicherten die Meldepflicht entweder den Pflichtversicherten selbst oder aber einer anderen Person übertragen, die für die betreffende Gruppe die Verbindung zum Versicherungsträger herzustellen hat (Träger der Ausbildungseinrichtung bei den in Ausbildung stehenden Pflichtversicherten, Partieführer bei Markthelfern, geschäftsführender Obmann einer Gepäckträgergemeinschaft der Österreichischen Bundesbahnen bei Gepäckträgern). Hinsichtlich der Apotheken-Aspiranten zum Beispiel, die ihre Bezüge nicht von der Pharmazeutischen Gehaltskasse, sondern vom Apothekenbetrieb erhalten, in dem sie ausgebildet werden, werden nach der Regel des § 36 Abs. 1 Z. 1 der Vorlage die Meldepflichten grundsätzlich dem Konzessionsinhaber der Apotheke, soweit er selbst pharmazeutisch tätig ist, sonst aber dem Pächter, beziehungsweise dem verantwortlichen Leiter einer öffentlichen Apotheke oder dem Träger einer Anstaltsapotheke obliegen.

3. Eine Ausnahme von dem Grundsatz, daß die Meldungen bei einem Träger der Krankenversicherung zu erstatten sind, enthält § 37 der Vorlage bezüglich der nur in der Unfallversicherung Pflichtversicherten, jedoch mit Ausnahme der nur in der Unfallversicherung teilversicherten geringfügig Beschäftigten. Die Meldungen sind hier, soweit solche überhaupt vorgeschrieben sind, wie insbesondere bei den selbständig Erwerbstätigen, die Mitglieder einer Kammer der gewerblichen Wirtschaft sind, unmittelbar beim Träger der Unfallversicherung zu erstatten. Dies entspricht auch der derzeit geltenden Regelung. In der Unfallversicherung der selbständigen Landwirte und ihrer Familienangehörigen wird auf Meldungen — so wie bisher — verzichtet, soweit die Beiträge in diesem Zweig der Versicherung in Form eines Zuschlages zur Grundsteuer unabhängig von der Zahl der Versicherten, der Dauer der Versicherung und der Höhe des Arbeitsverdienstes bemessen werden. Der Bestand des Versicherungsverhältnisses wird praktisch erst bei Eintritt des Versicherungsfalles festgestellt.

4. Bezüglich der Form und des Inhaltes der Meldungen soll der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger mit Zustimmung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung Richtlinien erlassen, in denen auch einheitliche Vordrucke vorgeschrieben werden

können (§ 41). Hiedurch soll nach Möglichkeit eine Vereinheitlichung des gesamten Meldewesens herbeigeführt werden, die schon im Interesse der Bereitstellung der Versicherungsunterlagen für die Feststellung der Leistungen der Pensionsversicherung durch die Träger der Krankenversicherung geboten erscheint. Einem von Dienstgebersseite geäußerten Wunsche kommt die im § 41 Abs. 1 neu eingefügte Bestimmung entgegen, wonach auch ohne Vordruck erstattete Meldungen als ordnungsgemäß erstattet gelten, wenn sie alle wesentlichen Angaben enthalten, die für die Durchführung der Versicherung notwendig sind; es kann vorkommen, daß ein Dienstgeber nicht in der Lage ist, sich sofort einen Vordruck für die Erstattung der Anmeldung zu verschaffen und daher, um nicht meldesäumig zu werden, die Meldung vorläufig ohne Benützung eines Vordruckes erstattet. Er soll nicht unter die Strafsanktion für Meldesäumige gestellt werden, vorausgesetzt, daß er in der Meldung alle Angaben macht, die erforderlich sind, um die Versicherung durchführen zu können. Es wird selbstverständlich erwartet, daß er die Meldung unter Benützung eines Vordruckes nachholt, wenn er hiezu aufgefordert wird. Durch die Bestimmung des § 41 Abs. 2, wonach je eine Ausfertigung aller Meldungen auch dem zuständigen Arbeitsamt zu übermitteln ist, sollen die Arbeitsämter in die Lage versetzt werden, ihren Aufgaben auf dem Gebiet der Arbeitsmarktpolitik und der Arbeitslosenversicherung nachzukommen.

Zum Abschnitt V (§§ 44 bis 84): Mittel der Sozialversicherung.

Allgemeines.

Die Vorlage behält im allgemeinen das bisherige System der Aufbringung der Mittel der Sozialversicherung bei. Sie sieht folgende Arten der Aufbringung der Mittel vor:

Beiträge zur Pflichtversicherung, bemessen auf der Grundlage des Arbeitsverdienstes (Erwerbseinkommens) des einzelnen Versicherten (1. Unterabschnitt), und zwar

Allgemeine Beiträge, die vom laufenden Entgelt zu entrichten sind, und

Sonderbeiträge, die von den in größeren Zeiträumen als den Beitragszeiträumen wiederkehrenden Sonderzahlungen (13. oder 14. Monatsbezug, Weihnachtsgeld und dergleichen mehr) zu entrichten sind,

Sonstige Beiträge zur Pflichtversicherung (2. Unterabschnitt), und zwar

in der Unfallversicherung der Eisenbahnbediensteten

Beiträge der Eisenbahnunternehmungen, bemessen auf der Grundlage der ausbezahlten Lohnsummen,

in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung

Beiträge der Betriebsunternehmer in Form von Zuschlägen zur Grundsteuer,

in der Krankenversicherung der Rentner

Beiträge der Pensionsversicherungsträger unter teilweiser Beteiligung der Rentempfänger selbst,

für Teilversicherte in der Unfallversicherung

(zum Beispiel Teilnehmer an Schulungs- und Ausbildungslehrgängen öffentlich-rechtlicher Dienststellen, Angehörige der Feuer- und Wasserwehren und ähnliche mehr) Beiträge, für welche die Beitragsgrundlage und der Beitragssatz innerhalb eines gesetzlich festgelegten Rahmens durch die Satzung des Versicherungsträgers festgesetzt werden,

für Teilversicherte in der Krankenversicherung,

die auf Grund des § 9 der Vorlage in diese Versicherung im Verordnungsweg einbezogen werden (zum Beispiel Teilnehmer an privaten Ausbildungs- und Schulungseinrichtungen, Provisionempfänger, Grenzgänger), Beiträge nach Regelung im Verordnungsweg;

Beiträge zur freiwilligen Versicherung (3. Unterabschnitt), die vom Versicherten allein zu tragen sind. Nach der Art der Tragung der Beitragslast können drei große Gruppen von Arten der Aufbringung der Mittel in der Pflichtversicherung der unselbständig Erwerbstätigen unterschieden werden:

1. eine ungeteilte Aufbringung durch Beiträge der Dienstgeber der Versicherten in der Unfallversicherung,

2. eine zweigeteilte Aufbringung durch Beiträge der Versicherten und ihrer Dienstgeber zu gleichen Teilen in der Krankenversicherung,

3. eine dreigeteilte Aufbringung durch Beiträge der Versicherten und ihrer Dienstgeber und durch einen Beitrag des Bundes hauptsächlich in der Pensionsversicherung.

Der Beitrag des Bundes in der Pensionsversicherung ist in Form einer eingeschränkten Ausfallhaftung vorgesehen, wobei die Bildung oder Erhaltung einer gewissen Betriebsreserve ermöglicht wird. Die Heranziehung allgemeiner öffentlicher Mittel zur teilweisen

Finanzierung der Pensionsversicherung ist auch in Zukunft unerlässlich, weil bei ausschließlicher Bestreitung der Aufwendungen dieser Versicherung durch Beiträge der Versicherten und ihrer Dienstgeber diese Beiträge eine Höhe erreichen würden, die für die Betroffenen wirtschaftlich nicht mehr tragbar wäre. In die Vorlage werden zwar die durch Bundesgesetz vom 30. Juni 1955, BGBl. Nr. 137, ab August 1955 erhöhten Beitragssätze in der Pensionsversicherung der Arbeiter und der Angestellten einschließlich der Abzweigungen vom Unfallversicherungsbeitrag übernommen, doch werden die hiedurch erzielten Mehreinnahmen nur zum Teil die Mehraufwendungen der Versicherungsträger decken, die aus den Leistungsverbesserungen entstehen. Nach der in die Vorlage übernommenen Erhöhung werden die Beiträge zur Pensionsversicherung der Arbeiter bei der Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter 12 v. H., bei der Land- und Forstwirtschaftlichen Sozialversicherungsanstalt 13 v. H., bei der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen 12 v. H., die Beiträge zur Pensionsversicherung der Angestellten 11 v. H. der Beitragsgrundlage erreicht haben. Die Beiträge zur knappschaftlichen Pensionsversicherung werden für Arbeiter mit 17,5 v. H. und für Angestellte mit 18,5 v. H. der Beitragsgrundlage festgesetzt. Angesichts des wegen des Rentnerzuwachses und der Ansammlung von Anwartschaften auf Jahre hinaus noch zu gewärtigenden starken Anstiegens des Rentenaufwandes werden — da die Beiträge der Versicherten und ihrer Dienstgeber eine kaum mehr zu steigernde Höhe erreicht haben — in den nächsten Jahren allgemeine öffentliche Mittel zur teilweisen Finanzierung des Aufwandes der Pensionsversicherung in ständig steigendem Maß in Anspruch genommen werden müssen. Diese Inanspruchnahme ist aus folgenden Erwägungen aber auch durchaus gerechtfertigt:

1. Durch den Krieg und die Nachkriegsereignisse sind die seinerzeit angesammelten Rücklagen der Träger der Rentenversicherung zur Gänze verlorengegangen.

2. Durch die staatliche Gesetzgebung wurde den Trägern der Pensionsversicherung die Gewährung von Renten an Personen aufgetragen, bei denen die Voraussetzungen der Erfüllung der Wartezeit und der Erhaltung der Anwartschaft nur unter Zuhilfenahme beitragsfreier Zeiten (österreichischer Vordienstzeiten, Kriegsdienstzeiten) oder durch die kriegsbedingte Auflassung des Erlöschens von Anwartschaften bei längerer Unterbrechung in der Versicherung gegeben waren. Durch diese Begünstigungen sind Tausende

von Personen in den Genuß von Renten gekommen, die ihnen bei strenger Anwendung versicherungsmäßiger Grundsätze nicht gebührt hätten.

3. Gleichfalls durch die staatliche Gesetzgebung wurde die Versicherungslast in der Pensionsversicherung dadurch erhöht, daß für Kriegsdienstzeiten Steigerungsbeträge gezahlt werden mußten, ohne daß hierfür Versicherungsbeiträge entrichtet worden sind.

4. Durch die Einführung von Beihilfen, Ernährungszulagen und Mindestrenten, also Leistungsteilen, die unabhängig von der Dauer und Höhe der Beitragsleistung in gleicher Höhe für alle Rentenempfänger gewährt wurden und bei einer beträchtlichen Zahl der Renten den Hauptteil der Gesamrente bildeten, wurde der versicherungsmäßige Grundsatz der Gleichwertigkeit zwischen Beiträgen und Renten weitgehend verlassen. Die wiederholt aufeinanderfolgenden Anpassungen der Löhne an die Preise ließen auch eine rasche Anpassung der Renten an den geänderten Kaufwert des Geldes unerlässlich erscheinen, doch führte diese Anpassung wegen des beschränkten Ausmaßes der jeweils hiefür zur Verfügung gestellten Mittel letzten Endes zu einer immer weitergehenden Nivellierung der Renten. Die durch das Rentenbemessungsgesetz vom 6. Juli 1954 in Angriff genommene sogenannte Entnivellierung brachte zwar eine Erhöhung der bei den Anpassungen zurückgebliebenen Renten mit sich, die im Verhältnis zu den Löhnen und Beitragsleistungen im Zuge der Anpassung überhöhten Renten konnten aber begrifflicherweise nicht mehr auf das versicherungsmäßig entsprechende Ausmaß zurückgeführt werden. Auch hieraus ergab sich für längere Dauer eine beträchtliche Mehrbelastung der Versicherungsträger.

Für die außerordentlichen Mehraufwendungen, die den Versicherungsgemeinschaften in der Pensionsversicherung aus den obenangeführten vom Gesetzgeber aus Gründen der Fürsorge getroffenen Maßnahmen erwachsen, können die Versicherten und ihre Dienstgeber nicht allein aufkommen. Die durch Beiträge der Versicherten und ihrer Dienstgeber in der Pensionsversicherung aufgebrauchten Mittel bedürfen daher einer Ergänzung durch allgemeine öffentliche Mittel. Hierbei soll — abgesehen von der Heranziehung der Fürsorgeträger zur Tragung des Aufwandes für die neu eingeführte Ausgleichszulage (§ 299) — ausschließlich auf Mittel des Bundes gegriffen werden. Die Beitragsleistung des Bundes soll aber nicht mehr so wie bisher in Form eines mit einem festen Hundertsatz des Rentenaufwandes bestimmten Beitrages und darüber hinaus noch durch eine

Ausfallhaftung, sondern nur durch eine eingeschränkte Ausfallhaftung unter Berücksichtigung der Bildung einer notwendigen Betriebsreserve bewirkt werden. Im übrigen sei bezüglich des Ausmaßes der Beitragsleistung des Bundes auf die Erläuternden Bemerkungen zu § 80 der Vorlage hingewiesen.

Die durch das Rentenbemessungsgesetz vom 6. Juli 1954, BGBl. Nr. 151, vorweggenommene Neuregelung des Entgeltbegriffes wurde mit einigen Änderungen, die darauf abzielen, den Lohnabzug zu vereinfachen und damit die Arbeit der Lohnbüros zu erleichtern, in die Vorlage übernommen. Der von den Lohnbüros der Betriebe geäußerte Wunsch nach einer weitergehenden Vereinfachung des Lohnabzuges entsprechend dem im früheren Lohnabzugsrecht aufgestellten Grundsatz der einheitlichen Bemessungsgrundlage für Zwecke der Sozialversicherung und der Lohnsteuer konnte im Rahmen des vorliegenden Bundesgesetzes nicht erfüllt werden. Die näheren Gründe hiefür sind in den Erläuternden Bemerkungen zu § 49 angeführt. In die Vorlage wurde insbesondere auch die Regelung übernommen, wonach von den sogenannten Sonderzahlungen (zum Beispiel 13. oder 14. Monatsbezug, Weihnachts- oder Urlaubsgeld und dergleichen mehr) Sonderbeiträge mit dem gleichen Hundertsatz wie für die laufenden Entgelte insoweit zu entrichten sind, als die in einem Kalenderjahr fälligen Sonderzahlungen insgesamt den Betrag von 2400 S in der Krankenversicherung und von 3600 S in der Unfall- und Pensionsversicherung nicht übersteigen. Dementsprechend mußte zwischen einer „allgemeinen Beitragsgrundlage“ für die vom laufenden Entgelt zu berechnenden Beiträge und den Sonderzahlungen als Grundlage für die Bemessung der Sonderbeiträge unterschieden werden. Die von der allgemeinen Beitragsgrundlage zu entrichtenden Beiträge werden als „allgemeine Beiträge“, die von den Sonderzahlungen zu entrichtenden Beiträge als „Sonderbeiträge“ bezeichnet. Wo in der Vorlage von Beiträgen schlechthin die Rede ist, sind darunter sowohl die allgemeinen Beiträge als auch die Sonderbeiträge zu verstehen.

Bei den vorbereitenden Verhandlungen über den Gesetzentwurf stand zur Erwägung, ob die im Rentenbemessungsgesetz eingeführte Mindestbeitragsgrundlage beibehalten werden soll und in welcher Höhe eine Höchstbeitragsgrundlage festzusetzen wäre. Die Einhebung von Beiträgen von einer höheren Bemessungsgrundlage als dem tatsächlichen Arbeitsverdienst entsprechen würde, löste bei den Dienstgebern großen Unwillen aus, zumal im Renten-

bemessungsgesetz bestimmt worden war, daß der den Versicherten belastende Teil der Beiträge 20 v. H. seiner Geldbezüge nicht übersteigen dürfe und der Dienstgeber den verbleibenden Teil zuzüglich dem von vornherein von ihm zu zahlenden Teil zu tragen hat. Die seinerzeit hauptsächlich im Hinblick auf die Gewährung einer Mindestrente eingeführte Mindestbeitragsgrundlage wurde schließlich fallen gelassen. Die Einrichtung der Höchstbeitragsgrundlage wurde beibehalten, jedoch für die Krankenversicherung und im Anschluß daran auch für die Arbeitslosenversicherung einerseits und für die Unfall- und Pensionsversicherung andererseits ein verschieden hoher Betrag (2400 S beziehungsweise 3600 S monatlich) als Höchstbeitragsgrundlage festgesetzt.

Die Beitragshundertsätze in der Unfall- und Pensionsversicherung werden im Gesetz selbst fixiert, während in der Krankenversicherung die Festsetzung der Beitragssätze bis zu gesetzlich bestimmten Höchstgrenzen der satzungsmäßigen Regelung überlassen wird. Es stand zur Erwägung, auch in der Krankenversicherung den Beitragssatz im Gesetz starr festzulegen, wie dies seinerzeit im Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz geschehen war. Dies hätte den Vorteil gehabt, daß im gesamten Bundesgebiet je ein einheitlicher Beitragssatz in der Sozialversicherung der Arbeiter und der Angestellten gegolten hätte. Gegen eine solche starre Festsetzung der Beitragshöhe in der Krankenversicherung sprach aber zunächst die Überlegung, daß sich aus der verschiedenartigen Zusammensetzung des Versichertenkreises Unterschiede im Versicherungsrisiko ergeben und daß auch die Belastung der einzelnen Krankenversicherungsträger durch die unterschiedlichen Tarife für die Krankenhausverpflegskosten und für die ärztliche Hilfe ungleich ist. Schließlich durfte auch nicht außer acht gelassen werden, daß die Vorlage den einzelnen Krankenversicherungsträgern freien Spielraum hinsichtlich der autonomen Regelung auf dem Leistungssektor bei den sogenannten satzungsmäßigen Mehrleistungen läßt.

Die Vorlage verstärkt die Maßnahmen zur Sicherung der Einbringung der Beiträge. Es wurden Bestimmungen in die Vorlage aufgenommen, die die Stellung der Versicherungsträger im Eintreibungsverfahren verbessern sollen. Darüber hinaus werden Bestimmungen über die Haftung der Mitunternehmer, Teilunternehmer und Betriebsnachfolger für Beitragsschuldigkeiten vorgesehen. Hingegen wurde die Haftung des Verpächters, des Bauherrn und des Ehegatten, wie sie im früheren österreichischen

Recht vorgesehen war, in die Vorlage nicht übernommen, weil sie von seiten der Dienstgeber entschieden abgelehnt worden war (§ 67).

Die den Schluß des Abschnittes V bildenden Bestimmungen über die Anlage von Unterstützungsfonds (§ 84) entsprechen im wesentlichen den einschlägigen Bestimmungen der §§ 65 Abs. 4 und 65 a Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz 1953.

Über die betragsmäßigen Auswirkungen der in der Vorlage vorgesehenen Regelung der Aufbringung der Mittel bei den Versicherungsträgern gibt die den Erläuternden Bemerkungen beigeschlossene „Finanzielle Erläuterung“ Aufschluß.

**Zum 1. Unterabschnitt (§§ 44 bis 70):
Beiträge zur Pflichtversicherung auf Grund des
Arbeitsverdienstes (Erwerbseinkommens).**

Zu § 44:

Als unmittelbare — bei Einreihung der Versicherten in Lohnstufen mittelbare — Grundlage für die Bemessung der allgemeinen Beiträge wird der Arbeitsverdienst des Versicherten mit Ausnahme der im allgemeinen Teil der Begründung näher bezeichneten Sonderzahlungen herangezogen, und zwar bei Lohnempfängern das Entgelt, bei selbständig Erwerbstätigen das Erwerbseinkommen aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung und bei den in einem Ausbildungsverhältnis stehenden Pflichtversicherten, die wegen des Fehlens eines arbeitsrechtlichen Verhältnisses nicht zu den Lohnempfängern gezählt werden können, die wie immer gearteten Bezüge, die sie vom Träger der Ausbildungseinrichtung erhalten.

Der aus dem Reichsversicherungsrecht stammende Begriff des Grundlohnes als einer auf den Kalendertag abgestellten Beitragsgrundlage wird aus Gründen der praktischen Durchführung der Beitragsbemessung fallengelassen. Nach der Vorlage wird der Begriff der Beitragsgrundlage auf den gesamten Beitragszeitraum abgestellt sein. Da der Grundlohn nach bisherigem Recht auch die Grundlage für die Bemessung der Geldleistungen aus der Krankenversicherung und mit gewissen Einschränkungen auch für die Bemessung der Steigerungsbeträge aus den Rentenversicherungen bildete, muß mit der Auflassung des Begriffes „Grundlohn“ auch die Bemessungsgrundlage für die Leistungen in diesen Zweigen der Versicherung neu geregelt werden. Dies ist für die Leistungen der Krankenversicherung im § 125 der Vorlage (Zweiter Teil) und für die Leistungen der Pensionsversicherung in den §§ 238 bis 242 der Vorlage (Vierter Teil) vorgesehen.

Der Beitragszeitraum wird für den Normalfall im Gesetz selbst festgelegt; er umfaßt für Pflichtversicherte mit Monatslöhnen den Kalendermonat, für die anderen Pflichtversicherten (mit Wochen-, Tag-, Stundenlöhnen oder Akkord- und Stücklöhnen) die Kalenderwoche, in die der Monateserste fällt und die folgenden vollen Kalenderwochen dieses Kalendermonates. Da jedoch für einzelne Versicherungsträgergruppen Bedürfnisse der Praxis berücksichtigt werden müssen und daher eine starre gesetzliche Bindung nicht von Vorteil wäre, enthält die Vorlage die Ermächtigung für die Versicherungsträger, aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung und zur Sicherung des Beitrageinzuges im Wege der Satzung innerhalb eines gesetzlich festgelegten Rahmens für einzelne Gruppen von Versicherten oder Betrieben einen kürzeren oder längeren Zeitraum als Beitragszeitraum zu bestimmen.

Der Verwaltungsvereinfachung dient auch die Bestimmung des Abs. 3, die dem Versicherungsträger die Möglichkeit gibt, nach Anhörung des beteiligten Dienstgebers oder deren öffentlich-rechtlicher Interessenvertretungen sowie der öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen der Dienstnehmer die Beitragsgrundlage pauschalmäßig festzusetzen. Von dieser Ermächtigung werden die Träger der Krankenversicherung dann Gebrauch machen, wenn die laufende Erfassung der tatsächlichen Bezüge wegen deren ständig wechselnder Höhe allzu großen Schwierigkeiten begegnet.

Durch die Aufnahme der Bestimmungen des Abs. 4 soll klargestellt werden, daß Zulagen, Vergütungen und sonstige Zuwendungen der im § 49 Abs. 3 bezeichneten Art, die nicht zum Entgelt gehören, auch bei den im § 4 Abs. 1 Z. 3 und 4 und Abs. 3 Z. 8 bezeichneten Personen, die nicht als Entgeltempfänger im Sinne des § 44 Abs. 1 Z. 1 gelten (im Ausbildungsverhältnis stehende Personen, öffentliche Verwalter), nicht in die Grundlage für die Bemessung der allgemeinen Beiträge einbezogen werden.

Da es nicht selten vorkommt, daß Dienstgeber auch den auf den Versicherten entfallenden Teil des Sozialversicherungsbeitrages oder auf den Versicherten entfallende Abgaben zur Zahlung übernehmen und damit praktisch den Lohn erhöhen, wird im Abs. 5 bestimmt, daß sich die Beitragsgrundlage um diese ebenfalls als Entgelt aufzufassenden Leistungen des Dienstgebers erhöht. Durch diese Regelung soll erreicht werden, daß der durch die Übernahme des Versichertenanteiles am Beitrag oder der auf den Versicherten entfallenden Abgaben praktisch erhöhte Lohn wohl auch in der Beitragsgrundlage einmal erfaßt

wird, aber nicht zu einer immer weiter steigenden Beitragsgrundlage führt. Diese Regelung entspricht der gegenwärtigen Praxis der Krankenversicherungsträger.

Für Pflichtversicherte, die aus ihrem Beschäftigungs- oder Ausbildungsverhältnis — wie die in die Teilversicherung gemäß § 8 Abs. 1 Z. 2 einbezogenen, im elterlichen Betrieb ohne eigentliches Entgelt mitarbeitenden Kinder — ein Entgelt oder Bezüge aus dem Ausbildungsverhältnis überhaupt nicht erhalten, wird im Abs. 6 der Betrag von 16 S täglich einheitlich ohne Rücksicht auf Alter, Geschlecht oder Art und Dauer der Beschäftigung (Ausbildung) als Beitragsgrundlage erklärt. Dieser Betrag entspricht dem Mindestbetrag des Grundlohnes nach bisherigem Recht (§ 13 Abs. 1 Rentenbemessungsgesetz vom 6. Juli 1954, BGBl. Nr. 151).

Zu § 45:

Als auf den Kalendertag entfallende Höchstbeitragsgrundlage wurde in der Krankenversicherung der gleiche Betrag eingesetzt, der gegenwärtig gemäß § 13 des Rentenbemessungsgesetzes vom 6. Juli 1954, BGBl. Nr. 151, als Höchstbetrag des Grundlohnes festgesetzt ist (80 S). In der Unfall- und Pensionsversicherung wurde hingegen — abweichend vom derzeit geltenden Recht — der um 50 v. H. höhere Betrag von 120 S als kalendertägliche Höchstbeitragsgrundlage bestimmt. Hiedurch soll vermieden werden, daß die Rentenleistung bei den Pflichtversicherten mit einem höheren Arbeitsverdienst als 2400 S monatlich allzu weit hinter dem tatsächlichen Arbeitseinkommen, das durch die Rente ganz oder zum Teil ersetzt werden soll, zurückbleibt. Die sich aus dem Mindestbetrag des Grundlohnes ergebende Mindestbeitragsgrundlage, die derzeit gemäß § 13 Abs. 1 des Rentenbemessungsgesetzes vom 6. Juli 1954, BGBl. Nr. 151, mit 16 S täglich festgesetzt ist, wurde aus den schon in den einleitenden Bemerkungen zum Abschnitt V angeführten Gründen fallengelassen. Auf die Mindestbeitragsgrundlage mußte auch aus dem Grunde schon verzichtet werden, weil in der Pensionsversicherung die Einrichtung der Mindestrente aus dem früheren Recht in die Vorlage ebenfalls nicht übernommen wurde. Die an Stelle der Mindestrente neu eingeführte Ausgleichszulage (§§ 292 bis 299) muß im Beitragsrecht nicht berücksichtigt werden, weil die Aufwendungen hierfür den Trägern der Pensionsversicherung von den Trägern der allgemeinen Fürsorge zu ersetzen sind.

Erwägungen praktischer Natur haben dazu geführt, im Abs. 2 eine Bestimmung aufzunehmen, welche die Höchstbeitragsgrundlage

bei Pflichtversicherten, die nebeneinander mehrere versicherungspflichtige Beschäftigungen ausüben, in jedem dieser Beschäftigungsverhältnisse und damit in jedem der dadurch begründeten Versicherungsverhältnisse voll zur Auswirkung kommen läßt, auch wenn die Summe der Beitragsgrundlagen in allen diesen Beschäftigungsverhältnissen die Höchstbeitragsgrundlage überschreitet. Um Härten, die sich für den Versicherten aus der erhöhten Beitragsleistung in der Pensionsversicherung ergeben könnten, zu mildern, wird im § 70 bestimmt, daß die bei gleichzeitigen versicherungspflichtigen Beschäftigungen über die Höchstbeitragsgrundlage hinaus geleisteten Beiträge als Beiträge für die Höherversicherung zu berücksichtigen sind.

Zu § 46:

Nach der herrschenden Praxis der Krankenversicherungsträger werden gewisse Kategorien von Pflichtversicherten — es handelt sich vorwiegend um Versicherte mit stabilen Löhnen — von vornherein zum Zwecke der Bemessung der Beiträge in Lohnstufen eingereiht. Es besteht kein Grund, von dieser in der Praxis bewährten Regelung abzugehen, weshalb entsprechende Bestimmungen über die Beitragsgrundlage nach Lohnstufen in den § 46 aufgenommen wurden. Da die Einreihung in Lohnstufen schon im Vorhinein bei der Anmeldung vorgenommen wird, ist es zweckmäßig, ohne Rücksicht auf die in Betracht kommende Dauer des Versicherungsverhältnisses und der Beitragszeiträume, in den einzelnen Lohnstufen bloß den Tageswert der Beitragsgrundlage einzusetzen. Für die Anwendung der Lohnstufentabelle wird diese sowohl auf Tages- wie auch auf Wochen- und Monatsverdienste abgestellt werden. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, daß der lohnstufenmäßige Tageswert des Arbeitsverdienstes nach § 125 (Zweiter Teil) als Bemessungsgrundlage für die Barleistungen der Krankenversicherung heranzuziehen sein wird, gleichgültig, ob der Träger der Krankenversicherung von der Ermächtigung des § 46, die Beitragsgrundlage lohnstufenmäßig zu ermitteln, Gebrauch macht oder nicht. Er darf von dieser Ermächtigung jedenfalls nur Gebrauch machen, wenn sie der vereinfachten Berechnung der Beiträge und der Geldleistungen dient. Diese Einschränkung der Ermächtigung war auch aus verfassungsrechtlichen Erwägungen notwendig.

Zu § 47:

Diese Bestimmung entspricht im wesentlichen der gegenwärtig geltenden Regelung. Nach § 11 Abs. 3 führen Zeiten einer Arbeitsunterbrechung infolge Urlaubes ohne Entgelt-

zahlung nur bis zur Dauer eines Monats keine Unterbrechung des Versicherungsverhältnisses herbei; dieser kurze entgeltlose Zeitraum kann unschwer dadurch überbrückt werden, daß das Entgelt in dem Zeitabschnitt unmittelbar vor der Unterbrechung als Beitragsgrundlage herangezogen wird. Der auf den Zeitraum der Arbeitsunterbrechung entfallende anteilmäßige Beitrag des Versicherten kann bei der nächsten Lohnzahlung in Abzug gebracht werden, ohne daß dies für den Versicherten eine zu große Härte bedeuten würde. Allerdings muß hiebei die Regel des § 60 Abs. 1 letzter Satz beachtet werden, daß dem Versicherten bei einer Entgeltzahlung nicht mehr Beiträge abgezogen werden dürfen, als auf zwei Lohnzahlungszeiträume entfallen.

Zu § 48:

Die wiederholt eingetretenen Lohn- und Preisänderungen haben es mit sich gebracht, daß die Sozialversicherungsträger bei Nachberechnung von Beiträgen im Falle verspäteter, unrichtiger oder unterlassener Anmeldung zu Schaden gekommen sind, weil sie die Leistungen in einer den geänderten Lohn- und Preisverhältnissen angepaßten Höhe erbringen mußten, während sie die Beiträge, bemessen auf der Grundlage des noch nicht erhöhten früheren Arbeitsverdienstes, nachgezahlt erhielten. Auch war es mit administrativen Schwierigkeiten verbunden, bei der Nachberechnung von Beiträgen für weit zurückliegende Zeiten noch Rechtsvorschriften anwenden zu müssen, die schon längst durch neue Vorschriften abgelöst sind. Diesem Übelstand soll durch die Bestimmung des § 48 abgeholfen werden.

Zu § 49:

Nach den bis zum Inkrafttreten des Rentenbemessungsgesetzes in Geltung gestandenen Vorschriften hat Rechtsunsicherheit darüber Platz gegriffen, ob gewisse Bezüge des Dienstnehmers als Entgelt im sozialversicherungsrechtlichen Sinn aufzufassen und bei der Bemessung der Beiträge und Leistungen der Sozialversicherung zu berücksichtigen sind. Diese Rechtsunsicherheit war hauptsächlich darauf zurückzuführen, daß während des Krieges aus Gründen der Entlastung der Lohnbüros versucht worden war, den Lohnabzug in der Sozialversicherung und für die Lohnsteuer zu vereinheitlichen. Der Grundsatz der Vereinheitlichung konnte von vornherein nicht restlos eingehalten werden, weil wegen der verschiedenartigen Zweckbestimmung der Sozialversicherungsbeiträge und der Lohnsteuer Ausnahmen von diesem Grundsatz unerläßlich waren. So konnten zum Beispiel gewisse Freibeträge, die für Lohnsteuerzwecke zugelassen werden mußten, in der Sozialver-

sicherung nicht berücksichtigt werden. Spätere Steueränderungsgesetze aus der Zeit nach dem Jahre 1945 brachten weitere Änderungen des Lohnsteuerrechtes, namentlich hinsichtlich der Befreiung gewisser Überstundenentschädigungen oder Sonn- und Feiertagszulagen von der Lohnsteuer, die in der Sozialversicherung nicht berücksichtigt wurden. Der Grundsatz des einheitlichen Lohnabzuges war schon damals weitgehend durchbrochen worden. Im § 11 des Rentenbemessungsgesetzes wurde der Zusammenhang des sozialversicherungsrechtlichen Entgeltbegriffes mit dem Begriff des lohnsteuerpflichtigen Entgeltes — abgesehen von den geringfügigen Ausnahmen bei Fehlgeldentschädigungen und Arbeitskleidung — vollends aufgelassen. Der sozialversicherungsrechtliche Entgeltbegriff wurde im Rentenbemessungsgesetz dahingehend erweitert, daß grundsätzlich jeder Geld- oder Sachbezug, auf den der Versicherte arbeitsrechtlich Anspruch hat oder der bei ihm regelmäßig wiederkehrt, sofern es sich nicht um sogenannte onerose Bezüge, wie Schmutzzulagen, Ersätze für besondere Aufwendungen, Fehlgeldentschädigungen oder nur bei Beendigung des Dienstverhältnisses gewährte Vergütungen oder um Kinderbeihilfen handelt, als Entgelt erklärt wurde.

Die früheren Vorschriften über die Vereinfachung des Lohnabzuges wurden durch das Rentenbemessungsgesetz außer Kraft gesetzt. Die getroffene Neuregelung löste namentlich bei den größeren Unternehmungen Unzufriedenheit aus. Im Zuge der Vorberatung des Entwurfes wurde neuerdings der Wunsch vorgebracht, den Lohnabzug für Zwecke der Lohnsteuer und der Sozialversicherung wieder nach Möglichkeit zu vereinheitlichen. Diesem Wunsch konnte in der Vorlage nur in bescheidenem Ausmaß Rechnung getragen werden. Es war nicht möglich, alle steuerfreien Einkünfte der Gehalts- und Lohnempfänger auch in der Sozialversicherung beitragsfrei zu stellen. Dies trifft insbesondere bei den sehr häufig unter verschiedenen Bezeichnungen vorkommenden steuerfrei gestellten Gehalts- und Lohnzulagen, wie Erschwernis- oder Gefahrenzulagen, Zuschläge für Mehrarbeit (Überstundenentlohnung) und Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeit zu, die bei gewissen Angestellten- und Arbeiterkategorien oft einen sehr namhaften Teil des Gesamtlohneinkommens ausmachen. Es konnte nicht außer acht gelassen werden, daß die Beitragsgrundlage vielfach auch als Grundlage für die Bemessung der Leistungen der Sozialversicherung dient. Begreiflicherweise werden die versicherten Dienstnehmer jede Erleichterung durch Freistellung von Entgelten oder Entgeltteilen von der Steuerpflicht ohne jede Einschränkung be-

grüßen, während die gleiche Freistellung in der Sozialversicherung für sie wohl auch eine Entlastung bei der Beitragszahlung bringt, aber gleichzeitig die Anwartschaft auf die Leistungen aus der Versicherung schmälert. Es sei in erster Linie darauf hingewiesen, daß es in der Sozialversicherung unumgänglich notwendig ist, die Erfassung des Arbeitsverdienstes nach oben durch eine Höchstbeitragsgrundlage, die sich als Höchstbemessungsgrundlage im Leistungsrecht auswirkt, zu begrenzen. Unausweichlich ist auch, daß gewisse Absetzungen (Freibeträge, Absetzung der Sozialversicherungsbeiträge und anderer Absetzungsposten), die im Lohnsteuerrecht vorgesehen sind, in der Sozialversicherung nicht berücksichtigt werden.

Hingegen wurde in der Vorlage bei anderen in die Steuerpflicht nicht einbezogenen Einkünften aus nicht selbständiger Arbeit, die finanziell weniger ins Gewicht fallen, die Einheitlichkeit des Lohnabzuges nach Möglichkeit hergestellt. Hierzu gehören zum Beispiel Vergütungen für einen Mehraufwand, der mit Arbeiten außerhalb des Betriebes verbunden ist, wie Bauzulagen, Trennungsgelder, Zehrgelder, Entfernungszulagen, Stör- und Außerhauszulagen, ferner auf Grund gesetzlicher Vorschriften oder kollektivvertraglicher Regelungen gewährte Schmutzzulagen, und, soweit die in Betracht kommenden Bezüge einkommensteuerrechtlich nicht zum Arbeitslohn gehören (Z. 24 der Durchführungsbestimmungen, betreffend den Steuerabzug vom Arbeitslohn 1954, zu § 19 Einkommensteuergesetz 1953), der Mietwert von Werks- oder Dienstwohnungen, freie oder verbilligte Mahlzeiten und ähnliches mehr. Die Vielfalt der Arten von Zulagen und Zuwendungen der im Abs. 3 unter Z. 1, 2, 6 und 11 genannten Art ließ es ratsam erscheinen, den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zu ermächtigen, die hienach beitragsfrei gestellten Arten von Lohnabzügen nach Anhörung der Interessenvertretungen der Dienstnehmer und der Dienstgeber mit verbindlicher Wirkung festzustellen und zu verlautbaren. Es darf erwartet werden, daß die in die Vorlage aufgenommene Regelung, die nach eingehenden Vorberatungen mit Vertretern der Wirtschaft zustande gekommen ist, die Arbeit der Lohnbüros wenigstens einigermaßen erleichtern und die bei der gegenwärtig geltenden Regelung bestehenden Unklarheiten beseitigen wird. Bezüglich der im Abs. 3 unter Z. 9 angeführten Zuschüsse des Dienstgebers zum Krankengeld aus der gesetzlichen Krankenversicherung sei auf die einschlägigen Ausführungen zu § 57 hingewiesen.

Die neu aufgenommene Bestimmung des Abs. 6 soll sicherstellen, daß sich die Ver-

sicherungsträger und die zur Rechtsprechung berufenen Verwaltungsbehörden und Schiedsgerichte bei der Anwendung des § 49 an die rechtskräftigen Entscheidungen der Arbeitsgerichte über Entgeltansprüche halten, wobei allerdings nicht außer acht gelassen werden darf, daß sich der Begriff „Entgelt“ im arbeitsrechtlichen Sinn mit dem Entgeltbegriff des § 49 vielfach nicht deckt.

Zu § 50:

Das im § 50 vorgesehene Verfahren bei Bewertung der Sachbezüge entspricht dem bisherigen Verfahren. Die Führung bei der Aufstellung der Richtlinien für die Bewertung der Sachbezüge liegt weiterhin beim Bundesministerium für Finanzen. Bis zur Neubewertung der Sachbezüge bleiben gemäß § 543 Abs. 5 die nach den bisherigen Bestimmungen festgesetzten Sachbezugswerte unter Berücksichtigung der durch § 4 des Bundesgesetzes vom 30. Juni 1955, BGBl. Nr. 137, verfügten 20%igen Erhöhung in Geltung.

Zu § 51:

§ 51 regelt die Höhe der allgemeinen Beiträge für Vollversicherte. Die Bestimmungen der Abs. 1 bis 3 befassen sich mit den vollversicherten Dienstnehmern, bei denen eine Verteilung der Beitragslast auf den Versicherten und den Dienstgeber Platz greift. Abs. 4 betrifft die in einem Ausbildungsverhältnis stehenden Pflichtversicherten und die pflichtversicherten Heimarbeiter, also Personen, die wohl in keinem eigentlichen Dienstverhältnis stehen, bei denen aber der Träger der Ausbildungseinrichtung beziehungsweise der Auftraggeber in der Sozialversicherung die Pflichten des Dienstgebers zu übernehmen hat. Der Abs. 5 schließlich enthält die Regelung hinsichtlich der Höhe und der Tragung der Beiträge für selbständig erwerbstätige Personen, die hinsichtlich der Vollversicherung gemäß § 4 Abs. 3 den Dienstnehmern gleichgestellt sind, bei denen aber eine Verteilung der Beitragslast nicht in Frage kommt.

Bei einem Vergleich der im § 51 enthaltenen Regelung mit der derzeit geltenden Regelung, betreffend die Höhe der Beiträge und die Tragung der Beitragslast, ist folgendes festzuhalten:

1. Die Festsetzung der Höhe des Beitrages in der Krankenversicherung wird mit den bisherigen Einschränkungen auch in Zukunft der autonomen Regelung durch die Satzungen der Träger der Krankenversicherung überlassen bleiben. Ein Hinausgehen über den Beitragssatz von 7 v. H. der Beitragsgrundlage bei Arbeitern und über 4,5 v. H. bei An-

gestellten soll auch in Zukunft mit Zustimmung des Hauptausschusses des Nationalrates, und zwar nur dann zulässig sein, wenn dies zur Deckung des Erfordernisses des betreffenden Versicherungsträgers notwendig ist.

2. In der Unfallversicherung wird der allgemeine Beitrag — so wie bisher — für Arbeiter mit 2 v. H., für Angestellte mit 0·5 v. H. der allgemeinen Beitragsgrundlage festgesetzt. Schon nach bisherigem Recht mußte die Unfallversicherung von den mit 2 v. H. der Beitragsgrundlage berechneten Beiträgen 0·6 v. H. der Beitragsgrundlage an die Invalidenversicherung abgeben (§ 85 Abs. 5 SV-ÜG. 1953). Bei den Angestellten wurden nach bisherigem Recht von den mit 0·5 v. H. der Beitragsgrundlage bemessenen Unfallversicherungsbeiträgen 0·25 v. H. der Beitragsgrundlage, also die Hälfte, für die Rentenversicherung der Angestellten abgezweigt. Dem Träger der Unfallversicherung verblieben bisher tatsächlich nur Beiträge im Ausmaß von 1·4 v. H. der Beitragsgrundlage bei den Arbeitern und von 0·25 v. H. der Beitragsgrundlage bei den Angestellten. In der Unfallversicherung konnte mit den so verringerten Beitragssätzen nicht das Auslangen gefunden werden, weshalb die Abzweigung für die Pensionsversicherung bei Arbeitern von 0·6 v. H. auf 0·4 v. H. der Beitragsgrundlage herabgesetzt und bei Angestellten überhaupt aufgelassen wurde. Aber auch die verringerte Abzweigung soll nur für die Jahre 1956 bis 1960 wirksam sein; ab dem Jahre 1961 werden der Unfallversicherung die für sie bestimmten Beiträge wieder ungeschmälert zufließen.

3. In der Pensionsversicherung wurden — wie schon oben erwähnt — die gegenwärtig geltenden, durch das Bundesgesetz vom 30. Juni 1955, BGBl. Nr. 137, ab August 1955 erhöhten Beitragssätze übernommen (in der Pensionsversicherung der Arbeiter bei der Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter und bei der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen 12 v. H., in der Pensionsversicherung der Arbeiter bei der Land- und Forstwirtschaftlichen Sozialversicherungsanstalt 13 v. H. und in der Pensionsversicherung der Angestellten 11 v. H. der allgemeinen Beitragsgrundlage). In der Pensionsversicherung der Arbeiter bei der Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter und bei der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen, in Ausnahmefällen auch bei der Land- und Forstwirtschaftlichen Sozialversicherungsanstalt, soweit es sich nämlich um Betriebe handelt, bei denen die Einhebung von Beiträgen zur Unfallversicherung in Form von Zuschlägen zur Grundsteuer nicht in Betracht kommt (land- und forstwirtschaftliche Genossenschaftsbetriebe,

Betriebe der Jagd, Fischerei, Harzgewinnung), kommt zu den oben angeführten Beitragssätzen in den Jahren 1956 bis 1960 noch der vom Unfallversicherungsbeitrag abgezweigte Teil in der Höhe von 0·4 v. H. der Beitragsgrundlage hinzu; der Pensionsversicherung der Arbeiter werden daher insgesamt Beiträge in der Höhe von 12·4 v. H. bei den erstgenannten Versicherungsträgern und von 13·4 v. H. bei der Land- und Forstwirtschaftlichen Sozialversicherungsanstalt, bei der letztgenannten allerdings nur, soweit überhaupt allgemeine Beiträge zur Unfallversicherung eingehoben werden, zufließen. Die Einrichtung eines Mindestbeitrages, wie sie im § 80 a SV-ÜG. 1953 in der Fassung des Bundesgesetzes vom 3. Dezember 1953, BGBl. Nr. 13/1954, zur Zeit vorgesehen ist, wird nicht beibehalten. Im Hinblick auf die Erhöhung des Beitragssatzes von 12 auf 13 v. H. bei der Land- und Forstwirtschaftlichen Sozialversicherungsanstalt und mit Rücksicht darauf, daß bei ständig Beschäftigten in der Land- und Forstwirtschaft Monatslöhne unter 600 S kaum vorkommen dürften, erscheint die Einrichtung des Mindestbeitrages entbehrlich. Für unständig Beschäftigte ist im Neunten Teil durch eine Sonderregelung entsprechend vorgesorgt.

In der knappschaftlichen Pensionsversicherung wird bei Arbeitern der gegenwärtig geltende Beitragssatz von 18·5 v. H. der allgemeinen Beitragsgrundlage auf 17·5 v. H. dieser Beitragsgrundlage herabgesetzt. Die Differenz von 1 v. H. der allgemeinen Beitragsgrundlage soll der Krankenversicherung der Arbeiter bei der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues zugewendet werden, um den Ausfall wettzumachen, der aus der Einschränkung des im § 85 Abs. 3 lit. a SV-ÜG. 1953 vorgesehenen Zuschusses des Bundes in der bisherigen Höhe von 1 v. H. der Beitragsgrundlage der Arbeiter entstehen wird. Die Zuschußpflicht des Bundes soll in Hinkunft erst dann wirksam werden, wenn der gesamte Aufwand für Leistungen in der bezeichneten Krankenversicherung durch die gesamten Einnahmen auch bei einer Festsetzung des Beitrages mit 7 v. H. nicht zur Gänze gedeckt sein wird; aber auch in diesem Fall wird die Zuschußpflicht auf höchstens 0·5 v. H. der allgemeinen Beitragsgrundlage beschränkt bleiben (siehe im übrigen die Erläuternden Bemerkungen zu § 80 Abs. 1). In der knappschaftlichen Pensionsversicherung für Angestellte wurde ein Beitragssatz von 18·5 v. H. der allgemeinen Beitragsgrundlage eingesetzt. Es ist dies annähernd der gleiche Hundertsatz wie in der knappschaftlichen Pensionsversicherung für Arbeiter; nur entfiel hier die Notwendigkeit der Absetzung von 1 v. H. der Beitragsgrundlage zum Ausgleich der Einschränkung des

Bundeszuschusses, weil in der knappschaftlichen Krankenversicherung für Angestellte ein Bundeszuschuß schon bisher nicht vorgesehen war. Die Abzweigung eines Teiles des Beitrages zur Unfallversicherung für die knappschaftliche Pensionsversicherung (0·6 v. H. der Beitragsgrundlage für Arbeiter und 0·25 v. H. der Beitragsgrundlage für Angestellte) entfällt nach der Vorlage zur Gänze. Es ergibt sich demnach in der knappschaftlichen Pensionsversicherung für Arbeiter eine Herabsetzung der Beiträge von derzeit 19·1 v. H. (18·5 v. H. zuzüglich Abzweigung aus der Unfallversicherung 0·6 v. H.) auf 17·5 v. H., in der knappschaftlichen Pensionsversicherung für Angestellte von derzeit 21·75 v. H. (21·5 v. H. zuzüglich Abzweigung aus der Unfallversicherung 0·25 v. H.) auf 18·5 v. H. der allgemeinen Beitragsgrundlage. Diese Herabsetzung ist vertretbar, weil die Bergarbeiterversicherungsanstalt in der Rentenversicherung auf Grund der bisherigen Beitragssätze so namhafte Überschüsse erzielte, daß sie eine beträchtliche Rücklage ansammeln konnte. Die Herabsetzung bringt sowohl für die Betriebe als auch für die versicherten Arbeiter und Angestellten eine fühlbare Entlastung mit sich.

Die folgenden Abs. 3 bis 5 des § 51 enthalten die allgemeinen Regeln über die Tragung der Beitragslast. Soweit es sich bei den Versicherten um Dienstnehmer handelt, wird der Gesamtbeitrag — abgesehen von der Unfallversicherung, in der der Dienstgeber den gesamten Beitrag zu leisten hat — auf den Versicherten und dessen Dienstgeber aufgeteilt, wobei sich die Vorlage weitestgehend an das derzeit geltende Recht anschließt. In der Krankenversicherung und in der Pensionsversicherung der Arbeiter und der Angestellten, jedoch mit Ausnahme der Pensionsversicherung bei der Land- und Forstwirtschaftlichen Sozialversicherungsanstalt, soll so wie bisher je die Hälfte des Gesamtbeitrages auf den Versicherten und den Dienstgeber entfallen. Es werden also die Versicherten und deren Dienstgeber statt bisher je 5 v. H. künftighin in der Pensionsversicherung der Arbeiter je 6 v. H. der Beitragsgrundlage und in der Pensionsversicherung der Angestellten je 5·5 v. H. der Beitragsgrundlage zu tragen haben. In der Pensionsversicherung bei der Land- und Forstwirtschaftlichen Sozialversicherungsanstalt wird der Dienstgeber bei der Aufteilung des Beitragssatzes etwas stärker belastet als der Versicherte (7 v. H. gegenüber 6 v. H. der allgemeinen Beitragsgrundlage), weil sich bei den in der Land- und Forstwirtschaft beschäftigten Arbeitern der Beitragsabzug im Hinblick auf die geringeren Geldbezüge empfindlicher auswirkt als bei anderen Arbeitern.

In der knappschaftlichen Pensionsversicherung wird der vom Versicherten zu tragende Beitragsteil für Arbeiter mit 6 v. H. (statt bisher 6·5 v. H.), für Angestellte — so wie bisher — mit 6·5 v. H. festgesetzt. Für den Dienstgeber verbleibt daher ein Beitragsteil von 11·5 v. H. der allgemeinen Beitragsgrundlage für Arbeiter und von 12 v. H. dieser Grundlage für Angestellte. Die den Dienstnehmern gleichgestellten vollversicherten selbständig erwerbstätigen Personen, die selbständigen Hebammen, Krankenpfleger, selbständigen Lehrer, Erzieher usw., Pecher, Markthelfer und öffentlichen Verwalter sollen Beiträge mit dem gleichen Satz entrichten, wie sie für vollversicherte Dienstnehmer zu entrichten sein werden. Eine Aufteilung des Gesamtbeitrages entfällt, da diese Versicherten den Beitrag allein zu tragen haben.

Zu § 52:

Hier werden die Beiträge für Teilversicherte gemäß § 7 und § 8 Abs. 1 Z. 2, das ist für Personen, die entweder nur in der Kranken- und Unfallversicherung oder nur in der Unfall- und Pensionsversicherung oder nur in der Unfallversicherung allein pflichtversichert sind, geregelt. Die Regelung entspricht der für Vollversicherte geltenden Regelung.

Zu § 53:

Abweichend von den allgemeinen Regeln des § 51 über die Aufteilung der Gesamtbeiträge auf Versicherte und Dienstgeber wurden im § 53 Sondervorschriften über die Aufteilung des allgemeinen Beitrages aufgenommen. Die Sondervorschriften in den Abs. 1 und 2 sollen bestimmte Gruppen von Versicherten vor allzu großen Härten, die sich bei Anwendung der allgemeinen Aufteilungsregeln für sie ergeben würden, schützen. Es sind dies Versicherte, deren Bezüge hauptsächlich aus Sachbezügen bestehen und deren Geldbezüge so gering sind, daß bei der Anwendung der allgemeinen Aufteilungsregeln der auf den Versicherten entfallende Beitragsteil 20 v. H. der Geldbezüge übersteigen würde, und Versicherte, die nur Anspruch auf Sachbezüge haben oder überhaupt kein Entgelt erhalten, sodaß bei ihnen ein Beitragsabzug von vornherein nicht in Frage kommen kann. Im Abs. 3 des § 53 schließlich wird umgekehrt der auf den Dienstgeber entfallende Beitragsteil auf den Dienstnehmer überwält; es handelt sich hier um den selten vorkommenden Ausnahmefall, daß ein Dienstgeber, dem Exterritorialität zukommt, es ablehnt, den auf ihn entfallenden Teil des Sozialversicherungsbeitrages für seine Dienstnehmer zu entrichten. Da bei solchen Dienstgebern ein Zwang zur Beachtung der österreichischen Rechtsvorschriften nicht ausgeübt werden kann, bleibt nichts anderes übrig, als

den Dienstnehmer in solchen Fällen mit dem gesamten Beitrag zu belasten.

Zu § 54:

Die Einrichtung der Sonderbeiträge im § 54 wurde aus dem § 12 des Rentenbemessungsgesetzes vom 6. Juli 1954, BGBl. Nr. 151, übernommen. Die Sonderzahlungen (13. oder 14. Monatsbezug, Weihnachts- und Urlaubsgeld und dergleichen mehr) werden also auch nach dem Inkrafttreten des ASVG. zur Leistung von Sonderbeiträgen in allen Zweigen der Sozialversicherung herangezogen. Gegenüber dem derzeit geltenden Recht tritt eine Änderung vor allem insoweit ein, als im Hinblick auf die geänderten Bestimmungen des § 45 über die Höchstbeitragsgrundlagen darauf Bedacht zu nehmen war, daß in der Unfall- und Pensionsversicherung die Höchstbeitragsgrundlage auf 3600 S erhöht wird, während in der Krankenversicherung die Höchstbeitragsgrundlage mit 2400 S monatlich beibehalten wird. Weitere Änderungen gegenüber dem geltenden Recht enthält Abs. 2 des § 54. Abs. 2 tritt an die Stelle des § 12 Abs. 2 des Rentenbemessungsgesetzes, das dort ebenfalls bereits die Möglichkeit bot, die Beiträge von den Sonderzahlungen bei bestimmten Versicherungsgруппen in einheitlichen Hundertteilen des versicherungsmäßig erfaßten laufenden Lohnes festzusetzen. Die Arbeitslosenversicherung wird im Text des § 54 Abs. 1 nicht genannt, weil dieser Versicherungszweig durch ein besonderes Gesetz (Arbeitslosenversicherungsgesetz) geregelt ist.

Zu den §§ 55 und 56:

Diese Bestimmungen regeln die Dauer der Beitragspflicht im allgemeinen entsprechend der bisherigen bewährten Regelung. Die Verpflichtung zur Weiterentrichtung der Beiträge für den Fall, daß der Versicherte beim Krankenversicherungsträger nicht oder nicht rechtzeitig abgemeldet worden ist, wird auf die Höchstdauer von drei Monaten nach dem Ende der Versicherung eingeschränkt. Derzeit besteht diese Verpflichtung für die Dauer eines Jahres nach dem Ausscheiden aus der Versicherung. Die Verpflichtung zur Weiterentrichtung der Beiträge wird sich auf Beiträge zu allen Zweigen der Versicherung erstrecken, denen der Versicherte angehört hat. Damit wird die derzeit in der Praxis bestehende Rechtsunsicherheit bezüglich der Anwendbarkeit der Bestimmungen über die Weiterzahlung von Beiträgen bei nicht rechtzeitiger Abmeldung auch in der Unfall- und Pensionsversicherung aus der Welt geschafft werden. Neu ist die Bestimmung des Abs. 2 im § 56, wonach die allgemeinen Beiträge bis zum Zeitpunkt der Meldung oder der sonstigen Feststellung auf

Grund der bisherigen Beitragsgrundlage zu entrichten sind, wenn die Herabsetzung des Entgeltes vom Dienstgeber nicht oder nicht rechtzeitig gemeldet wird. Die Aufnahme dieser Bestimmung entspringt der Erwägung, daß die Meldesäumnis des Dienstgebers sich nicht zum Schaden des Versicherten oder des Versicherungsträgers auswirken darf. Auch die Bestimmung des Abs. 4, daß die Verlängerung der Beitragspflicht keine Formalversicherung im Sinne des § 21 bewirkt, wurde neu hinzugefügt. Es wird damit klar zum Ausdruck gebracht, daß aus der weiteren Verpflichtung zur Entrichtung der Beiträge nach dem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ein Leistungsanspruch des Versicherten nicht entstehen kann.

Zu § 57:

Die Beitragspflicht während einer durch Krankheit hervorgerufenen Arbeitsunfähigkeit ist in gleicher Weise geregelt wie im derzeit geltenden Recht. Erhält der Dienstnehmer während einer solchen Arbeitsunfähigkeit sein Entgelt weiter, so sind auch Beiträge von diesem Entgelt zu entrichten. Was hierbei als Entgelt zu berücksichtigen ist, richtet sich nach den Vorschriften des § 49 über den Entgeltbegriff. Daher werden Zuschüsse des Dienstgebers, die für die Zeit des Anspruches auf laufende Geldleistungen aus der Krankenversicherung gewährt werden, sofern diese Zuschüsse das Ausmaß von 50 v. H. der vollen Geld- und Sachbezüge vor dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit nicht erreichen, im Hinblick auf § 49 Abs. 2 Z. 9, wonach solche Bezüge nicht zum Entgelt im versicherungsrechtlichen Sinn gehören, nicht die Beitragspflicht nach sich ziehen. Die Beitragspflicht für die Dauer der durch Krankheit hervorgerufenen Arbeitsunfähigkeit wird daher nur bestehen, wenn Geld- und Sachbezüge aus dem Dienstverhältnis im Ausmaß von mindestens 50 v. H. der vollen Geld- und Sachbezüge vor dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit weitergezahlt werden. In diesem Zusammenhang sei auf die Regelung im Zweiten Teil der Vorlage (Leistungen der Krankenversicherung), und zwar auf die Bestimmung des § 143 Abs. 1 Z. 3 über das Ruhen des Krankengeldanspruches bei Fortbezug des Entgeltes im Krankheitsfall hingewiesen. Nach dieser Bestimmung wird das Krankengeld zu ruhen haben, wenn der Versicherte das Entgelt während der mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Krankheit weiter bezieht, wobei wieder für den Entgeltbegriff die oben angeführten Bestimmungen des § 49 maßgebend sein werden. Im Abs. 2 des § 57 wird angeordnet, daß für Versicherte ohne Entgelt, und zwar für Lehrlinge ohne Entgelt und für die in

Ausbildung stehenden Personen ohne Bezüge die allgemeinen Beiträge auch für die Dauer einer durch Krankheit hervorgerufenen Arbeitsunfähigkeit weiter zu entrichten sind. Alle diese Versicherten sind gemäß § 138 Abs. 2 vom Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen. Die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit infolge der Krankheit entfällt daher bei ihnen, weshalb auch eine Befreiung von der Weiterentrichtung der Beiträge während einer Arbeitsunfähigkeit von vornherein nicht in Frage kommt, zumal die Beiträge für sie auch während der Dauer der Arbeitsleistung zu entrichten sind, obwohl sie kein Entgelt beziehen.

Zu den §§ 58 bis 63:

Die hier aufgenommenen Bestimmungen über die Entrichtung der Beiträge (Fälligkeit, Einzahlung, Lohnabzug und Beitragsabfuhr) sind im wesentlichen dem geltenden Recht oder erprobten früheren Vorschriften des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes 1938 nachgebildet. Der letzte Satz des § 58 Abs. 1, betreffend die Fälligkeit der Sonderbeiträge, wurde aus dem § 12 Abs. 1 dritter Satz des Rentenbemessungsgesetzes vom 6. Juli 1954 übernommen. Im § 59 werden an Stelle des im geltenden Recht (§ 397 a RVO.) vorgesehenen einmaligen Säumniszuschlages bei nicht rechtzeitiger Entrichtung der Beiträge wieder laufende Verzugszinsen eingeführt, so wie dies im § 92 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes 1938 bestimmt war. Die Höhe der Verzugszinsen wird mit einem Hundertsatz der Beitragsschuld festgesetzt, der um 2 v. H. über der jeweiligen Rate der Oesterreichischen Nationalbank für den Wechseleskompte liegt, während der nach gegenwärtigem Recht einzuhebende einmalige Säumniszuschlag mit 2 v. H. der rückständigen Beiträge zu berechnen war. Der einmalige Säumniszuschlag war für Beitragsschuldner, die nur kurze Zeit in Verzug waren, äußerst belastend, während er Beitragsschuldner, die längere Zeit in Verzug waren, begünstigte. Diese Unbilligkeit soll durch die Einführung der Verzugszinsen vermieden werden.

Abs. 3 des § 60 trifft eine Neuregelung bezüglich der Sonderbeiträge, die von den Sonderzahlungen (13. oder 14. Monatsbezug, Weihnachts- oder Urlaubsgeld und dergleichen mehr) zu entrichten sind. Der auf den Versicherten entfallende Anteil an diesen Sonderbeiträgen soll demnach, sofern diesbezüglich nicht eine andere Regelung nach § 54 Abs. 2 vereinbart worden ist, nur von der Sonderzahlung, nicht aber vom laufenden Entgelt abgezogen werden dürfen.

Bezüglich der Abfuhr der von den Trägern der Krankenversicherung eingehobenen Bei-

träge für die Unfall- und Rentenversicherung schließt sich die Vorlage im § 63 Abs. 1 an die im 9. Durchführungserlaß des Bundesministeriums für soziale Verwaltung zum Arbeitslosenversicherungsgesetz vom 31. Oktober 1949, Zl. III-151.970-11/1949, Amtliche Nachrichten 1949, S. 571, getroffene und praktisch erprobte Regelung über die Abfuhr der Beiträge für die Arbeitslosenversicherung an. Ergänzend wurde noch hinzugefügt, daß die Träger der Krankenversicherung zu nicht rechtzeitig abgeführten Beiträgen Verzugszinsen zu zahlen haben. Dadurch sollen längere Verzögerungen in der Abfuhr der Beiträge nach Möglichkeit hintangehalten werden. Das Ausmaß der Verzugszinsen wurde in gleicher Höhe festgesetzt wie die Verzugszinsen, die zahlungssäumige Dienstgeber für rückständige Beiträge zu entrichten haben (siehe § 59). Da es ausnahmsweise immerhin denkbar wäre, daß den Träger der Krankenversicherung nachweisbar kein Verschulden an der verspäteten Abfuhr der Beiträge an die Träger der Unfall- oder Pensionsversicherung trifft, werden im letzten Satz des § 63 Abs. 4 diese Träger ermächtigt, auf die Zahlung von Verzugszinsen durch den abfuhrsäumigen Träger der Krankenversicherung ganz oder teilweise zu verzichten.

Zu den §§ 64 bis 67:

Das Verfahren zur Eintreibung der Beiträge wird im § 64 nach dem bewährten Vorbild des früheren österreichischen Rechtes geregelt. Durch die Bezugnahme auf die Bestimmung des § 3 des Verwaltungsvollstreckungsgesetzes 1950, BGBl. Nr. 172, in der einleitenden Bestimmung des § 64 Abs. 1 ist sichergestellt, daß die Versicherungsträger die Eintreibung der ihnen zustehenden Geldleistungen, insbesondere also der Beiträge, unmittelbar beim zuständigen Gericht beantragen können, weil ihnen gemäß § 32 Abs. 1 der Charakter öffentlich-rechtlicher Körperschaften zukommt. Einer allfälligen exekutiven Eintreibung rückständiger Beitragsforderungen, sei es im Wege der politischen Exekution, sei es im Wege der in der Regel in Anspruch genommenen gerichtlichen Exekution, hat eine schriftliche Mahnung voranzugehen. Der Vollstreckung selbst soll ein vom beitragsseinhebenden Versicherungsträger auszustellender Rückstandsausweis zugrunde gelegt werden.

Für die Durchführung der Mahnung und die Mahngebühr sollen die einschlägigen Bestimmungen des § 13 Abs. 1 bis 4 des Abgabeneinhebungsgesetzes 1951, BGBl. Nr. 87, entsprechend gelten. Diese besagen, daß die Mahnung in der Regel im Postweg zu bewirken ist und durch Zustellung eines Mahnschreibens (Mahnerlagscheines) vollzogen wird, in dem

der Schuldner aufgefordert wird, die Schuldbinnen zwei Wochen, von der Zustellung an gerechnet, zu bezahlen (Mahnklausel). Nach § 13 Abs. 3 des Abgabeneinhebungsgesetzes 1951 beträgt die Mahngebühr bei einem eingemahnten Betrag bis zu 100 S einschließlich 1 v. H., von dem Mehrbetrag 0,5 v. H., mindestens jedoch 1 S und höchstens 200 S. Die Mahngebühr ist nach unten auf einen durch zehn teilbaren Groschenbetrag abzurunden. Die Mahngebühr ist in den Rückstandsausweis aufzunehmen.

Durch die gegenwärtig geltende Verordnung über die Rangstellung der Beitragsrückstände zur Sozialversicherung im Konkursverfahren vom 7. Mai 1942, DRGBl. I S. 330, wurden die Beitragsrückstände in der Sozialversicherung, soweit sie nicht weiter als ein Jahr vor der Konkurseröffnung oder vor dem Ableben des Gemeinschuldners zurückliegen, in die erste Klasse der Konkursforderungen eingereiht, mithin günstiger behandelt als die Steuern und andere öffentliche Abgaben. Nach dem früheren österreichischen Recht (siehe insbesondere § 91 Abs. 1 letzter Satz Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz 1938) genossen die Sozialversicherungsbeiträge unterschiedslos im Konkurs- und Ausgleichsverfahren nur das Vorzugsrecht der Steuer rückstände. Auch § 52 der Österreichischen Konkursordnung wies die Sozialversicherungsbeiträge, die nicht früher als drei Jahre vor der Konkurseröffnung fällig geworden sind, ebenso wie die Steuern und anderen öffentlichen Abgaben der zweiten Klasse der Konkursforderungen zu; ältere Rückstände gehörten gemäß § 53 der Konkursordnung in die dritte Klasse. Diese Bestimmung der Konkursordnung wurde mit dem Inkrafttreten der oben erwähnten Verordnung vom 7. Mai 1942, DRGBl. I S. 330, praktisch außer Kraft gesetzt.

Die Vorlage beschränkt sich im § 65 Abs. 1 auf den Hinweis auf die einschlägigen jeweils geltenden Vorschriften der Ausgleichs- und der Konkursordnung. Hierbei wurde darauf Bedacht genommen, daß eine Abänderung und Ergänzung der Konkursordnung unter anderem auch hinsichtlich der Rangordnung der Beitragsrückstände in der Sozialversicherung in die Wege geleitet worden ist. Danach soll eine zweite Klasse neu geschaffen werden, in die Rückstände von Beiträgen zur Sozialversicherung und Ansprüche der „Urlaubskasse der Arbeiter in der Bauwirtschaft“ aus der Nichterfüllung der dem Dienstgeber nach dem Bauarbeiter-Urlaubsgesetz, BGBl. Nr. 81/1946, obliegenden Verpflichtungen gehören sollen, und zwar soweit solche Rückstände und Ansprüche das letzte Jahr vor der Konkurs-

eröffnung oder vor dem Ableben des Gemeinschuldners betreffen. In der ersten Klasse sollen also nur die im § 51 der Konkursordnung genannten Kosten, Forderungen und Ansprüche, darunter insbesondere die Forderungen von Dienstnehmern an Dienstbezügen, verbleiben. In die dritte Klasse werden die Steuern, Gebühren und so weiter und in die vierte Klasse alle übrigen Konkursforderungen eingereiht werden. Da im gegenwärtigen Zeitpunkt nicht feststeht, wann die Novelle zur Konkursordnung und wann das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz tatsächlich in Kraft treten werden, ist es notwendig, für den Fall eines späteren Inkrafttretens der Novelle zur Konkursordnung bis dahin die derzeit geltenden Vorschriften der Verordnung über die Rangstellung der Beitragsrückstände zur Sozialversicherung im Konkursverfahren vom 7. Mai 1942, DRGBl. I S. 330, weiter für anwendbar zu erklären. Eine diesbezügliche Schlußbestimmung enthält § 541 Abs. 6 der Vorlage.

Eine Neuerung gegenüber dem derzeit geltenden Recht enthält die Bestimmung des § 65 Abs. 2 erster Satz, wonach rückständige Beiträge aus dem letzten Jahr vor der Bewilligung einer Zwangsverwaltung oder Zwangsverpachtung, die sich auf Versicherungsverhältnisse aus dem betreffenden Betrieb oder aus der Unternehmung beziehen, vor den rückständigen Steuern und öffentlichen Abgaben zu berichtigen sind. Hiedurch soll den Sozialversicherungsbeiträgen auch bei der Zwangsverwaltung oder Zwangsverpachtung eine günstigere Stellung gegenüber den Steuern eingeräumt werden.

Im Verfahren zur Eintreibung der Sozialversicherungsbeiträge fehlte nach bisherigem Recht eine Bestimmung über die Sicherung der Beiträge durch eine vorläufige Sicherstellungsanordnung, wie sie im § 16 des Abgabeneinhebungsgesetzes 1951 für öffentliche Abgaben vorgesehen ist. In der Praxis der Versicherungsträger hat sich ergeben, daß bei gewissen Unternehmungen Eintreibungsmaßnahmen nach Eintritt der Fälligkeit und Vollstreckbarkeit der Beitragsforderungen wirkungslos bleiben. Zur Abwendung einer Gefährdung oder Erschwerung der Eintreibung der Beiträge ist bei solchen Unternehmungen die Erlassung einer Sicherstellungsanordnung erforderlich, noch bevor die Beitragsforderung der Höhe nach feststeht und vollstreckbar geworden ist. Durch die im § 66 erklärte Anwendbarkeit der Bestimmungen des § 16 Abs. 1 bis 3 des Abgabeneinhebungsgesetzes 1951 auf Beitragsforderungen in der Sozialversicherung erlangen die beitrags einhebenden Versicherungsträger die gleichen Möglichkeiten

zur Sicherung der Beiträge wie die Finanzbehörden.

Die Maßnahmen zur Sicherung der Beiträge werden schließlich im § 67 durch Übernahme einiger Haftungsbestimmungen des früheren österreichischen Rechtes erweitert. Die bezüglichen Bestimmungen wurden auf Vorschlag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger einschlägigen Bestimmungen des ehemaligen Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes 1938 nachgebildet. Soweit es sich bei den zur Haftung Herangezogenen nicht um Personen handelt, denen selbst in irgendeiner Form die Dienstgebereigenschaft zukommt, ist die Haftung darin begründet, daß entweder der zur Haftung Herangezogene am geschäftlichen Erfolg des Unternehmens, in dem der Versicherte beschäftigt ist, beteiligt ist, oder daß, wie dies beim Wechsel des Betriebsnachfolgers der Fall ist, die Beitragsschuld des Betriebsvorgängers als auf dem Unternehmen lastend angenommen wird. Die weitergehenden Haftungen für Beitragsschuldigkeiten, wie sie im Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz 1938 vorgesehen waren, wie zum Beispiel die Haftung des Ehegatten, des Bauherrn und so weiter, wurden in die Vorlage nicht übernommen, weil sie von der Dienstgeberseite als zu weitgehend und nicht ausreichend begründet abgelehnt wurden.

Zu § 68:

Die Bestimmungen über die Verjährung der Beiträge bringen gegenüber der derzeit geltenden noch aus dem Reichsversicherungsrecht stammenden Regelung (§ 29 RVO.) insofern eine Verbesserung der Stellung des Versicherungsträgers bei der Einbringung rückständiger Beiträge mit sich, als dem Versicherungsträger eine zweijährige Frist zur Geltendmachung des Rechtes auf Feststellung der Beitragsschuld und eine weitere zweijährige Frist zur Geltendmachung des Rechtes zur Einforderung festgestellter Beitragsschulden eingeräumt wird. Auch in dieser Bestimmung wurde früheres österreichisches Recht (§ 90 GSVG. 1938 und § 191 Landarbeiterversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 235/1928) wieder hergestellt.

Zu § 69:

Die Rückforderung ungebührlich entrichteter Beiträge wird hier auf Grund der Erfahrungen der Praxis nach den Vorschlägen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger geregelt. Gegenüber dem derzeit geltenden Recht (§§ 29 Abs. 1 und 1445 c RVO.) ist die Frist für die Rückforderung ungebührlich entrichteter Beiträge erweitert worden. Nach § 29 Abs. 2 RVO. verjährt nämlich der Anspruch auf Rückerstattung

ungebührlich entrichteter Beiträge im allgemeinen in sechs Monaten nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie entrichtet worden sind; in der Rentenversicherung ist diese Verjährungsfrist derzeit mit zwei Jahren festgesetzt (§ 1445 c RVO.). In der Vorlage wird diese Frist der zweijährigen Verjährungsfrist für die Einforderung rückständiger Beiträge durch den Versicherungsträger angeglichen.

Zu § 70:

Hier wird eine Sonderregelung für den Fall vorgesehen, daß der Pflichtversicherte gleichzeitig in mehreren versicherungspflichtigen Beschäftigungen steht und die Summe der Beitragsgrundlagen für diese Beschäftigungen die Höchstbeitragsgrundlage in der Pensionsversicherung im Betrage von 120 S täglich (§ 45 Abs. 1 lit. b) überschreitet. Die Regelung knüpft an die Regelung des § 45 Abs. 2 an, wonach bei gleichzeitiger mehrfacher Beschäftigung des Pflichtversicherten die Beiträge in jedem einzelnen Beschäftigungsverhältnis unter Berücksichtigung der Höchstbeitragsgrundlage zu bemessen sind. Da es bei dieser Regelung vorkommen kann, daß die Beitragsgrundlagen bei mehreren Beschäftigungen in der Summe die Höchstbeitragsgrundlage übersteigen, ist es im Hinblick auf die Bestimmung des § 244 Abs. 3 im Vierten Teil der Vorlage (Pensionsversicherung), wonach die Beitragsgrundlagen von sich zeitlich deckenden Versicherungszeiten zusammengerechnet und nur bis zur Höchstbeitragsgrundlage berücksichtigt werden, notwendig, in der Pensionsversicherung dafür vorzusorgen, daß die Beiträge, die von dem die Höchstbeitragsgrundlage übersteigenden Betrag der Summe der Entgelte entrichtet worden sind, auch auf der Leistungseite in irgendeiner Form berücksichtigt oder aber zurückerstattet werden. Die Vorlage läßt daher diese Mehrbeiträge als Beiträge zur Höherversicherung gelten, wenn der Versicherte einen diesbezüglichen Antrag beim zuständigen Träger der Pensionsversicherung stellt. In der Krankenversicherung werden die geleisteten Mehrbeiträge in der Weise honoriert, daß die Barleistungen aus jeder der mehreren Beschäftigungen von der in jeder einzelnen Beschäftigung in Betracht kommenden Beitragsgrundlage ohne Rücksicht darauf, ob die Summe dieser Beitragsgrundlagen die Höchstbeitragsgrundlage überschreitet, gewährt werden.

Zum 2. Unterabschnitt (§§ 71 bis 75): Sonstige Beiträge zur Pflichtversicherung.

Zu § 71:

§ 71 der Vorlage über die Beiträge in der Unfallversicherung bei der Versicherungsan-

stalt der österreichischen Eisenbahnen ersetzt die einschlägigen Vorschriften des § 80 SV-ÜG. 1953 und die dort bezogenen alten Vorschriften des § 16 Abs. 3 des Unfallversicherungsgesetzes 1929, BGBl. Nr. 150. An die Stelle der sonst in der Sozialversicherung, auch in der allgemeinen Unfallversicherung, vom Arbeitsverdienst des einzelnen Versicherten berechneten Beträge treten also in der Unfallversicherung beider Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen Beiträge, die lohnsummenmäßig für jede Eisenbahnunternehmung oder jeden sonstigen in Betracht kommenden Betrieb ermittelt werden. Die Höchstbeitragsgrundlage ist bei der Feststellung der Lohnsumme als Grundlage für die Ermittlung der Beiträge nicht zu berücksichtigen; wohl aber sind Sonderzahlungen nach § 49 Abs. 2, soweit sie als Grundlage für die Bemessung der Sonderbeiträge für das betreffende Kalenderjahr heranzuziehen sind (13. oder 14. Monatsbezug, Weihnachts- und Urlaubsgeld und dergleichen mehr), in die Lohnsumme einzubeziehen.

Zu § 72:

An dieser Stelle wurden nahezu wörtlich die derzeit geltenden Bestimmungen des § 79 SV-ÜG. 1953 über die Aufbringung der Mittel für die landwirtschaftliche Unfallversicherung übernommen. Auch diese Sonderregelung besteht schon seit vielen Jahren. Sie hat sich in der Praxis durchaus bewährt und muß schon deshalb auch weiterhin beibehalten werden, weil in der Unfallversicherung bei der Land- und Forstwirtschaftlichen Sozialversicherungsanstalt auch alle selbständigen Unternehmer und deren mitarbeitende Familienangehörigen einbezogen sind, die wegen des Fehlens einer Krankenversicherung einzeln nicht zur Versicherung gemeldet werden, daher namentlich gar nicht erfaßt sind und bei denen die Festsetzung einer individuellen Beitragsgrundlage in der Durchführung auf große Schwierigkeiten stoßen würde. Im Abs. 6 des § 72 wird die Aufbringung der Mittel für Personen geregelt, die der landwirtschaftlichen Unfallversicherung unterliegen, für die aber der Beitrag weder auf Grund des Arbeitsverdienstes des einzelnen Versicherten noch auch in Form eines Zuschlages zur Grundsteuer ermittelt werden kann — es sind dies zum Beispiel Lohndrescher ohne Grundbesitz. Zunächst wird bestimmt, daß für solche Personen die Beiträge zur Gänze vom Betriebsinhaber zu tragen sind. Ergänzend hierzu wird noch angeordnet, daß diese Beiträge von einer durch die Satzung des Unfallversicherungsträgers zu bestimmenden kalendertäglichen Beitragsgrundlage zu bemessen sind, wobei die Beitragsgrundlage einheitlich mit einem festen Betrag im

Rahmen des Erforderlichen festgesetzt werden soll. Als untere Grenze für die Beitragsgrundlage wird der Betrag von 16 S täglich (entsprechend der derzeit geltenden Mindestbeitragsgrundlage gemäß § 13 des Rentenbemessungsgesetzes, BGBl. Nr. 151/1954), als obere Grenze der Betrag von 120 S täglich (entsprechend der Höchstbeitragsgrundlage in der Unfall- und Pensionsversicherung gemäß § 45 Abs. 1 lit. b) bestimmt. Die angeführten Änderungen und Ergänzungen gegenüber dem jetzt geltenden Recht waren notwendig, um verfassungsrechtlichen Bedenken gegen die zu weitgehende Verordnungsermächtigung im § 79 Abs. 6 SV-ÜG. 1953 zu begegnen.

Zu § 73:

Gemäß § 83 Abs. 4 SV-ÜG. 1953 in der Fassung der 2. Novelle vom 7. April 1954, BGBl. Nr. 97, haben die Träger der Invaliden- und Angestellten(Pensions)versicherung für jeden krankenversicherten Rentenempfänger einen Beitrag an den zuständigen Träger der Krankenversicherung zu zahlen, dessen Höhe im Rahmen des Erforderlichen und von einem gewissen Betrag aufwärts an auch unter Bedachtnahme auf die allgemeine finanzielle Lage des Trägers der Krankenversicherung, höchstens jedoch mit 30 S monatlich vom Bundesministerium für soziale Verwaltung auf begründeten Antrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger festgesetzt wird. Die ständig ansteigenden Kosten der Krankenpflege (ärztliche Hilfe, Heilmittel, Krankenanstaltspflege) brachten es mit sich, daß die festen Beitragssätze im Bereich der einzelnen Krankenkassen von Zeit zu Zeit immer wieder geprüft und neu festgesetzt werden mußten. Um der Notwendigkeit der immer wiederkehrenden Neufestsetzung der Beiträge auszuweichen, wird auf Vorschlag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger im § 73 von den starren Beitragssätzen abgegangen und ein Gesamtbeitrag jedes einzelnen Trägers der Pensionsversicherung vorgesehen, der mit einem Hundertsatz des Gesamtaufwandes des betreffenden Trägers der Pensionsversicherung an ausgezahlten Renten bestimmt und zunächst an den Hauptverband einzuzahlen sein wird, dem es seinerseits obliegen soll, die so einfließenden Mittel auf die in Betracht kommenden Träger der Krankenversicherung nach einem vom Bundesministerium für soziale Verwaltung festzusetzenden Schlüssel aufzuteilen. Dieses Verfahren bedeutet gegenüber dem derzeit geltenden Verfahren der Beitragsfestsetzung in der Krankenversicherung der Rentner eine wesentliche Vereinfachung. Es ermöglicht überdies, daß die Träger der Krankenversicherung ohne un-

nötigen Verzug in den Besitz der erforderlichen Mittel für die Durchführung der Krankenversicherung der Rentner gelangen. Der Hundertsatz wird verschieden hoch sein, je nach dem, ob es sich um Rentenbezieher handelt, die bei einer Landwirtschaftskrankenkasse versichert sind (6 v. H.), oder ob es sich um Rentenbezieher handelt, die bei einer Gebietskrankenkasse versichert sind (7 v. H.). Diese Beitragssätze können im Verordnungsweg auf 7·5 v. H. beziehungsweise 6·5 v. H. des im Abs. 2 näher bezeichneten Aufwandes erhöht werden, wenn die Erfüllung folgender zwei Voraussetzungen nachgewiesen wird:

1. die Beitragssätze nach Abs. 2 reichen nicht aus, um die Summe der Aufwendungen in der Krankenversicherung der Rentner bei den in Betracht kommenden Trägern der Krankenversicherung (Gebietskrankenkassen und Landwirtschaftskrankenkassen insgesamt betrachtet) zu decken;

2. die allgemeine finanzielle Lage der Krankenversicherung (wieder Gebietskrankenkassen und Landwirtschaftskrankenkassen insgesamt betrachtet) läßt die Erhöhung erforderlich erscheinen, wobei auch die Vermögenslage entsprechend zu berücksichtigen sein wird.

Die unterschiedliche Festsetzung der Beitragssätze für Gebiets- und Landwirtschaftskrankenkassen findet ihre Begründung darin, daß die Aufwendungen der Landwirtschaftskrankenkassen für die Krankenpflege, namentlich für die Krankenanstaltspflege, durchschnittlich niedriger sind als die Aufwendungen der Gebietskrankenkassen für die gleichen Leistungen.

Die Rentenempfänger werden an der Aufbringung der Mittel für ihre Krankenversicherung in der Weise beteiligt, daß von der Rente ein Betrag einbehalten wird. Dieser Einbehalt ist verschieden geregelt, je nachdem ob es sich um Renten handelt, die schon nach den Bestimmungen des Vierten Teiles des ASVG. oder noch nach früheren leistungsrechtlichen Bestimmungen zuerkannt worden sind (sogenannte Altrenten). Bei den nach neuem Recht zuerkannten Renten ist der einzubehaltende Betrag mindestens mit 1 v. H. der Rente, jedoch nicht weniger als mit 4·40 S monatlich, höchstens mit 2·6 v. H. der Rente im Verordnungswege festzusetzen; innerhalb dieser Grenzen ist er nach der Rentenhöhe zu staffeln. Diese Regelung erfolgt unter Bedachtnahme darauf, daß das neue Leistungsrecht in der Pensionsversicherung in seinem Aufbau hinsichtlich des Verhältnisses der Höhe der Rente zum Arbeitsverdienst weitgehend an das Pensionsrecht der Bediensteten in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhält-

nis annäherungsweise angepaßt wird. Es wäre nicht mehr angebracht, den einzubehaltenden Betrag bei den nach dem neuen Recht zuerkannten Renten einheitlich mit dem geringen Betrag von 4·40 S monatlich festzusetzen. Bemerkt sei noch, daß der mit einem Hundertsatz der Rente zu bemessende Betrag, der von der Rente einzubehalten ist, auch von Hinterbliebenenrenten mit Ausnahme von Waisenrenten einzubehalten sein wird; auch von den Rentensonderzahlungen nach § 105 wird ein Betrag im gleichen Hundertsatz wie von der laufenden Rente einzubehalten sein. Hingegen wird der Betrag, den die Empfänger von Altrenten zu leisten haben werden, unverändert mit 4·40 S monatlich festgesetzt bleiben. Soweit es sich bei solchen Altrenten um Hinterbliebenenrenten jeder Art handelt, entfällt der Abzug — so wie bisher — zur Gänze. Von den Rentensonderzahlungen wird bei Altrenten gleichfalls — so wie bisher — kein Abzug für die Krankenversicherung der Rentner zu machen sein.

In der Krankenversicherung der Bezieher einer Rente aus der knappschaftlichen Pensionsversicherung und aus der von der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen durchgeführten Pensionsversicherung der Arbeiter soll die Zahlung von Beiträgen überhaupt entfallen, weil die Träger dieser Pensionsversicherungen gleichzeitig auch Träger der Krankenversicherung sind. Da aber gemäß § 444 Abs. 3 bei diesen beiden Versicherungsträgern die Erfolgsrechnung für die einzelnen Versicherungszweige getrennt aufzustellen ist, wird die Pensionsversicherung der Krankenversicherung den Aufwand für die Krankenversicherung der Rentner zu erstatten haben. Es kann hierfür auch ein Pauschbetrag satzungsmäßig festgesetzt werden, damit die Schwierigkeiten, die sich bei der Ermittlung der tatsächlichen Aufwendungen hinsichtlich der Arzthilfe und der Heilmittel in der Praxis ergeben könnten, vermieden werden.

Zu den §§ 74 und 75:

Für die in der Unfallversicherung teilversicherten selbständig Erwerbstätigen, soweit sie Mitglieder einer Kammer der gewerblichen Wirtschaft sind, ist der Beitrag derzeit durch die Satzung der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt mit 30 S jährlich festgesetzt. Dieser Beitragssatz, mit dem die Anstalt bisher das Auslangen gefunden hat, wurde auch in die Vorlage eingesetzt. Da nach der Vorlage der Kreis der in die Unfallversicherung einbezogenen Gewerbe- und Handeltreibenden wesentlich erweitert wird — gegenwärtig sind nur etwa zwei Drittel dieses Personenkreises durch die Satzung in die

Unfallversicherung einbezogen —, muß zunächst abgewartet werden, ob der Beitragssatz von 30 S jährlich auch weiterhin ausreichend sein wird. Sollte sich nach einiger Zeit der Durchführung der Versicherung ergeben, daß die Anstalt mit diesem Beitragssatz nicht das Auslangen findet, um die Aufwendungen für die Unfallversicherung der selbständig Erwerbstätigen zuzüglich einer entsprechenden Quote für Verwaltungsspesen zu decken, so ist das Bundesministerium für soziale Verwaltung ermächtigt, einen höheren Betrag als 30 S, jedoch höchstens 60 S mit Zustimmung des Hauptausschusses des Nationalrates als Jahresbeitrag festzusetzen. Für die in der Land- und Forstwirtschaft selbständig Erwerbstätigen gilt bezüglich der Beiträge zur Unfallversicherung die Sonderregelung gemäß § 72.

Die im letzten Satz des Abs. 1 aufgenommene Regel, daß der Beitrag zur Unfallversicherung der Versicherungsvertreter in den Verwaltungskörpern der Versicherungsträger in gleicher Höhe einzuheben ist wie der Beitrag zur Unfallversicherung der selbständig Erwerbstätigen, die Mitglieder einer Kammer der gewerblichen Wirtschaft sind, ist nur anwendbar, soweit nicht die Beitragssonderregelung nach § 71 (für Eisenbahnen) oder nach § 72 (für die Land- und Forstwirtschaft) Platz greift.

Die Regelung der Beiträge der gemäß § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. c und d nur in der Unfallversicherung Teilversicherten wird — abgesehen von der Beitragsregelung in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung — so wie bisher der Satzung des Unfallversicherungsträgers überlassen. Für die im Verordnungsweg in die Krankenversicherung einbezogenen Personen soll die Verordnung auch die Aufbringung der Mittel regeln. Die Vorlage setzt jedoch dieser Satzungs- beziehungsweise Verordnungsermächtigung durch Aufstellung von Grenzbeträgen beziehungsweise Grundsätzen Schranken.

Zum 3. Unterabschnitt (§§ 76 bis 79): Beiträge zur freiwilligen Versicherung.

Zu den §§ 76 bis 79:

Während die beiden ersten Unterabschnitte sich ausschließlich mit der Aufbringung der Mittel für Pflichtversicherte befassen, regelt der 3. Unterabschnitt ausschließlich die Beiträge zur freiwilligen Versicherung der in den §§ 16 bis 20 bezeichneten Arten (Weiterversicherung in der Kranken- und Pensionsversicherung, Selbstversicherung in der Krankenversicherung für selbständige Landwirte und ihre Familienangehörigen sowie für sonstige selbständig Erwerbstätige, Selbstversicherung in der Unfallversicherung und Höherver-

sicherung in der Pensionsversicherung). In der Weiterversicherung im Anschluß an eine Pflichtversicherung auf Grund der Beschäftigung (Tätigkeit) wird — ähnlich wie im derzeit geltenden Recht — die (allgemeine) Beitragsgrundlage im letzten Beitragszeitraum vor dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung herangezogen, unter gewissen Voraussetzungen aber auf Antrag des Versicherten auch eine niedrigere Beitragsgrundlage zugelassen, jedoch nicht unter 7 S für den Kalendertag. Dieser Betrag stellt gemäß § 5 Abs. 2 die unterste Grenze des täglichen Entgeltes dar, bei der die Ausnahme von der Versicherungspflicht wegen Geringfügigkeit der Beschäftigung nicht eintritt. Für Selbstversicherte soll die Beitragsgrundlage durch die Satzung des Versicherungsträgers innerhalb von Grenzen festgesetzt werden, die nach unten durch den Betrag von 16 S täglich, das ist der Betrag der gegenwärtig geltenden täglichen Mindestbeitragsgrundlage (§ 13 Abs. 1 Rentenbemessungsgesetz, BGBl. Nr. 151/1954) und nach oben durch den Betrag der Höchstbeitragsgrundlage in der in Betracht kommenden Versicherung (80 S in der Krankenversicherung beziehungsweise 120 S in der Unfallversicherung) gebildet werden. Dem Versicherungsträger wird es also freigestellt sein, ob er — eventuell gruppenweise — feste Beträge als Beitragsgrundlagen in seiner Satzung bestimmt oder das Erwerbseinkommen des selbständig Erwerbstätigen als Beitragsgrundlage heranzieht. Für die freiwillige Höherversicherung in der Pensionsversicherung kann der Versicherte die Höhe des Beitrages selbst bestimmen, doch muß der Beitrag mindestens 10 S monatlich betragen; er darf den Betrag von 240 S monatlich nicht übersteigen (§ 77 Abs. 2 zweiter Satz).

Bezüglich des Ausmaßes der Beiträge für freiwillig Versicherte wird bemerkt:

Die Vorlage überläßt es der Satzung des Versicherungsträgers, den Hundertsatz der Beitragsgrundlage für die Höhe des Beitrages in der Krankenversicherung für Weiter- und Selbstversicherte zu bestimmen. Als Obergrenze hierfür wird jedoch der Beitragssatz erklärt, der für die Krankenversicherung der der Pensionsversicherung der Angestellten zugehörigen Pflichtversicherten gilt. Da in der Krankenversicherung der pflichtversicherten Angestellten der Beitragssatz höchstens 4,5 v. H. der Beitragsgrundlage betragen darf (§ 51 Abs. 2), darf auch die Höhe des Beitrages in der Krankenversicherung für Weiter- und Selbstversicherte nicht höher als mit 4,5 v. H. der Beitragsgrundlage festgesetzt werden. Diese Begrenzung ist deshalb gerechtfertigt, weil freiwillig Versicherte keinen Anspruch auf Krankengeld beziehungsweise

Familien(Tag)geld haben und das Erfordernis in der freiwilligen Krankenversicherung das in der Krankenversicherung der pflichtversicherten Angestellten, bei denen Krankengeld beziehungsweise Familien(Tag)geld wegen des Fortbezuges von Entgelt frühestens erst ab Beginn der 7. Woche gewährt werden, nicht übersteigen wird. Auch in der Unfallversicherung wird die Festsetzung des Beitragssatzes für Selbstversicherte der satzungsmäßigen Regelung im Rahmen des Erforderlichen überlassen. In der Pensionsversicherung bestand hingegen kein triftiger Grund, für Weiterversicherte eine besondere Regelung hinsichtlich des Beitragssatzes zu treffen; es soll daher der gleiche Hundertsatz der Beitragsgrundlage, wie er für Pflichtversicherte gilt, auch für Weiterversicherte in der Pensionsversicherung gelten. Zu den Bestimmungen des § 78 über die Fälligkeit, Einzahlung und Haftung sei bemerkt, daß zur Sicherung der Einbringung der Beiträge in der freiwilligen Kranken- und Unfallversicherung der Familienangehörigen selbständig Erwerbstätiger (selbständig erwerbstätiger Landwirte) eine Haftung des selbständig Erwerbstätigen (des Landwirtes) zur ungeteilten Hand mit dem versicherten Familienangehörigen, der ja selbst oft über kein eigenes Einkommen verfügt, vorgesehen ist.

Zum 4. Unterabschnitt (§ 80): Beiträge des Bundes.

Zu § 80:

Dieser Unterabschnitt, der nur aus dem § 80 besteht; regelt die Beitragsleistung des Bundes in der Sozialversicherung, insbesondere in der Pensionsversicherung. Diese Beitragsleistung des Bundes ist nicht mehr, so wie dies im gegenwärtigen Recht (§ 85 Abs. 3 SV-ÜG. 1953, in der Fassung des § 15 Rentenbemessungsgesetz, BGBl. Nr. 151/1954) vorgesehen ist, aus einem mit einem bestimmten Hundertsatz des Rentenaufwandes festgesetzten Beitrag und einer allfälligen Ausfallhaftung zusammengesetzt, sondern für alle Träger der Pensionsversicherung mit dem Betrag bestimmt, um den 110 v. H. des im Abs. 2 umschriebenen Leistungsaufwandes für das betreffende Geschäftsjahr die Einnahmen des Versicherungsträgers für dieses Geschäftsjahr übersteigen. Eine Beitragsleistung des Bundes wird daher bei den Trägern der Pensionsversicherung — abgesehen von der Verpflichtung des Bundes, in den Jahren 1956 bis 1960 ein Viertel der Aufwendungen für die Ausgleichszulagen zu tragen (§§ 299 und 522 Abs. 3 und 4) — entfallen, bei denen in einem Geschäftsjahr die Einnahmen ausreichen, um den gesamten im Abs. 2 umschriebenen Leistungsaufwand zuzüglich eines zehnzehnten Zu-

schlages als pauschalierte Abgeltung für die sonstigen Ausgaben des Versicherungsträgers (insbesondere der Verwaltungsspesen) zu decken. Bei der Anwendung dieser Regel allein würde jede Rücklagenbildung bei den Versicherungsträgern ausgeschlossen sein; sie würde darüber hinaus bei dem einen oder anderen Versicherungsträger sogar dazu führen, daß eine in früherer Zeit angesammelte Rücklage nach und nach aufgezehrt wird, wenn die sonstigen Ausgaben mehr als 10 v. H. des Rentenaufwandes ausmachen. Um dieser Gefahr vorzubeugen und den Pensionsversicherungsträgern wenigstens eine Betriebsreserve in bescheidenem Ausmaß zu sichern, wird in der Vorlage für die Jahre 1958, 1959 und 1960 eine zusätzliche Regelung in diesem Sinn getroffen, daß bei der Gegenüberstellung der Einnahmen und des Rentenaufwandes zuzüglich des zehnzehnten Zuschlages für die sonstigen Aufwendungen nicht die vollen Einnahmen, die in den genannten Geschäftsjahren erzielt werden, sondern nur die um 5 v. H. verringerten Beitragseinnahmen berücksichtigt werden, wobei wieder diesen Beitragseinnahmen ein Betrag hinzugerechnet wird, der einem bestimmten Hundertsatz (7 v. H.) des Reinvermögens des in Betracht kommenden Versicherungsträgers am Schluß des vorangegangenen Geschäftsjahres entspricht. Durch diese zusätzliche Regelung soll erreicht werden, daß einerseits Versicherungsträger, die über keine entsprechende Betriebsreserve verfügen, eine solche in den Jahren 1958, 1959 und 1960 ansammeln können und daß andererseits Versicherungsträger, die bereits über Rücklagen in entsprechender Höhe oder darüber hinaus verfügen, eine geringere Beitragsleistung des Bundes erhalten, so daß sie unter Umständen genötigt sein werden, ihre Rücklage anzugreifen, um die sonstigen Ausgaben, wie insbesondere die Beiträge zur Krankenversicherung der Rentner und die Verwaltungsspesen zu bestreiten. Was außer den laufenden Renten noch zum Rentenaufwand zählt, wird im § 80 Abs. 2 ausdrücklich angeführt; es sind dies außer den Renten und Rentensonderzahlungen einschließlich der Zuschüsse (Kinderzuschüsse und Hilflosenzuschuß) und den Wohnungsbeihilfen die Abfertigungen der Witwenrenten bei Wiederverhehlung der Berechtigten und die Beitragsrückerstattungen beim Ausscheiden aus der Pensionsversicherung aus Anlaß der Aufnahme einer selbständigen Erwerbstätigkeit. Hingegen zählen die Ausgleichszulagen nach den §§ 292 bis 299 sowie die besonderen Steigerungsbeträge zu den Renten für die Höherversicherung nach § 248 Abs. 1 und § 251 Abs. 3 nicht zum Rentenaufwand im Sinne des § 80 Abs. 2, die Ausgleichszulagen deshalb, weil für die Tragung des Aufwandes

für die Ausgleichszulagen eine Sonderregelung im § 299 beziehungsweise im § 522 Abs. 3 und 4 vorgesehen ist. Was die im Abs. 2 erwähnten besonderen Steigerungsbeträge für Höherversicherung anlangt, so ist zu bemerken, daß diese dem Rentenaufwand bei der Bemessung des Bundesbeitrages in der Pensionsversicherung deshalb nicht zugerechnet werden, weil es nicht zumutbar erscheint, daß aus allgemeinen öffentlichen Mitteln zu einer Rentenleistung aus einer freiwillig gewählten Höherversicherung ein Zuschuß geleistet wird. Im übrigen werden die besonderen Steigerungsbeträge in der freiwilligen Höherversicherung in einem solchen Verhältnis zu den geleisteten Beiträgen festgesetzt, daß die Aufwendungen für diese Steigerungsbeträge aus den Beitragseinnahmen zur Höherversicherung voraussichtlich annähernd bestritten werden können. Die im § 85 Abs. 3 SV-ÜG. 1953 in der Fassung des § 15 Rentenbemessungsgesetz, BGBl. Nr. 151/1954, an dieser Stelle noch als zum Rentenaufwand gehörig angeführten Beihilfen und Ernährungszulagen sind seit 1. Jänner 1955 in allen Zweigen der Rentenversicherung infolge der Neuberechnung der Renten gemäß § 1 Rentenbemessungsgesetz weggefallen.

Zu den Beitragsleistungen des Bundes in der Pensionsversicherung nach § 80 Abs. 2 kommt außer der Beteiligung des Bundes an dem Aufwand für die Ausgleichszulagen in den ersten fünf Jahren der Wirksamkeit des neuen Gesetzes noch eine weitere Art einer Beitragsleistung des Bundes zur Sozialversicherung hinzu, die aber in ihrer finanziellen Auswirkung nur von ganz untergeordneter Bedeutung ist. Es ist dies die Beitragsleistung in der Krankenversicherung bei der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues (§ 80 Abs. 1), die nur dann wirksam wird, wenn diese Anstalt in der Krankenversicherung in den Jahren 1956 bis 1960 nicht in der Lage ist, mit den Einnahmen an Beiträgen der Versicherten und ihrer Dienstgeber bei Anwendung des gesetzlich zulässigen Beitragshöchstsatzes von 7 v. H. der Beitragsgrundlage auszukommen. Der Zuschuß zur Deckung des etwa noch verbleibenden Abganges ist mit 0,5 v. H. der Beitragsgrundlage der bei der Anstalt in der Krankenversicherung versicherten Arbeiter begrenzt. Er tritt an die Stelle des derzeit im § 85 Abs. 3 lit. a SV-ÜG. 1953 festgesetzten Zuschusses in der knappschaftlichen Krankenversicherung von 1 v. H. der Summe der Beitragsgrundlagen der Arbeiter.

Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle noch darauf hingewiesen, daß der Bund außer den im § 80 der Vorlage angeführten Beitragsleistungen in der Sozialversicherung

gemäß § 168 (Zweiter Teil der Vorlage) auch noch eine Ersatzleistung in der Krankenversicherung, nämlich den Ersatz von 40 v. H. der Aufwendungen für das Wochengeld, zu erbringen haben wird.

Zum 5. Unterabschnitt (§§ 81 bis 83): Gemeinsame Bestimmungen.

Zu den §§ 81 bis 83:

Dieser Unterabschnitt enthält Bestimmungen über die Verwendung der Mittel der Sozialversicherung, über die Vergütungen, die den Trägern der Krankenversicherung für die Mitwirkung an fremden Aufgaben gebühren, sowie über die Anwendbarkeit der Bestimmungen, betreffend die Eintreibung und Sicherung, Haftung, Verjährung und Rückforderung von Beiträgen auf Verzugszinsen, Mahngebühren und Verwaltungskostensätze.

Die Notwendigkeit einer Kostenvergütung zwischen den Versicherungsträgern für die Mitwirkung an fremden Aufgaben, wie sie im § 82 Abs. 1 vorgesehen ist, ergibt sich aus dem Umstand, daß die Mittel der einzelnen Versicherungszweige aus verschiedenen Quellen fließen. Während in der Krankenversicherung die Beiträge je zur Hälfte vom Dienstgeber und Dienstnehmer aufgebracht werden, stammen die Mittel der Unfallversicherung ausschließlich aus Beiträgen der Dienstgeber und in der Pensionsversicherung ist auch der Bund an der Aufbringung der Mittel für diesen Versicherungszweig beteiligt. Im Hinblick auf diese verschiedenartige Herkunft der Vermögensbestände der einzelnen Versicherungsträger konnte auf einen Ersatz der dem mit der Einhebung der Unfall- und Pensionsversicherungsbeiträge befaßten Träger der Krankenversicherung durch diese Mitwirkung erwachsenden Kosten durch die Träger der Unfall- und Pensionsversicherung nicht verzichtet werden. Umsomehr erscheint es verständlich, daß die Träger der Krankenversicherung, soweit sie auf Grund anderer gesetzlicher Vorschriften oder auf Grund von Vereinbarungen zur Einhebung von Beiträgen, Umlagen und so weiter verpflichtet sind (zum Beispiel Einhebung der Arbeiterkammerumlage), für die ihnen durch die Mitwirkung an diesen an sich versicherungsfremden Aufgaben erwachsenden Kosten eine Vergütung erhalten, wie dies im Abs. 2 des § 82 vorgesehen ist.

Zum 6. Unterabschnitt (§ 84): Unterstützungsfonds.

Zu § 84:

In diesem nur den § 84 umfassenden letzten Unterabschnitt werden die Bestimmungen des § 65 Abs. 4 und des § 65 a SV-ÜG. 1953, betreffend die Bildung von Unterstützungsfonds bei den Trägern der Krankenver-

sicherung und bei den Trägern der Unfall- und Pensionsversicherung, mit kleinen Änderungen übernommen. Bezüglich der Verwendung der Mittel der Unterstützungsfonds wird auch in der Krankenversicherung die gleiche Regelung übernommen, wie sie schon derzeit im § 65 a vorletzter und letzter Satz SV-ÜG. 1953 für die Verwendung von Mitteln der Unterstützungsfonds bei den Trägern der Unfall- und Pensionsversicherung gilt. Demnach werden diese Mittel in besonders berücksichtigungswürdigen Fällen für Unterstützungen herangezogen werden können; insbesondere werden bei der Gewährung von Unterstützungen die Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse des zu Unterstützenden in jedem einzelnen Fall festzustellen und zu berücksichtigen sein. Der Vorstand des Versicherungsträgers hat im Einvernehmen mit dem Überwachungsausschuß Richtlinien hierfür zu erlassen.

Zum Abschnitt VI (§§ 85 bis 104): Leistungsansprüche.

Dieser Abschnitt stellt allgemeine Regeln für die Ansprüche auf Versicherungsleistungen fest.

Zu den §§ 85 und 86:

Diese beiden Paragraphen regeln, mit welchem Zeitpunkt der Anspruch auf Leistungen entsteht und mit welchem Zeitpunkt die Leistungen anfallen. § 85 stellt den Grundsatz auf, daß der Leistungsanspruch entsteht, wenn alle für ihn festgesetzten Voraussetzungen vorliegen. Sind also mehrere Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch vorgesehen, so entsteht er, sobald die letzte noch nicht vorliegende Voraussetzung zu den übrigen schon vorliegenden Voraussetzungen hinzutritt (siehe Erk. des VGH. vom 25. April 1950, Zl. P/49/1, AN. 1950 S. 270). Dieser Zeitpunkt ist nach § 85 für das Entstehen des Anspruches und nach § 86 Abs. 1 im allgemeinen auch für den Anfall der Leistung maßgebend. Abweichend hiervon werden im § 86 Abs. 2 und 3 der Anfall der Hinterbliebenenrenten aus der Unfallversicherung nach dem Tode des Empfängers einer Verletztenrente und der Anfall der Renten aus der Pensionsversicherung geregelt. Der Anfall der Hinterbliebenenrenten nach einer Verletztenrente wird konform mit dem bisherigen Rechte mit dem Beginn des dem Tode des Rentenempfängers folgenden Kalendermonates festgesetzt, da gemäß § 100 Abs. 1 lit. b für den Sterbemonat des Verletzten noch die Verletztenrente gebührt. Die Regelung bezüglich des Anfalles der Renten aus der Pensionsversicherung weicht insofern von der bisherigen Regelung

ab, als die Renten mit Ausnahme der Hinterbliebenenrenten nach einem Rentenempfänger mit dem Eintritt des Versicherungsfalles (also nicht erst mit dem darauffolgenden Monatsersten) anfallen, wenn der Antrag innerhalb zweier Monate, bei Hinterbliebenenrenten innerhalb von sechs Monaten nach dem Eintritt des Versicherungsfalles gestellt wird. Hinterbliebenenrenten nach einem Rentenempfänger, die innerhalb sechs Monaten nach Eintritt des Versicherungsfalles beantragt werden, fallen — aus dem gleichen Grunde wie die Hinterbliebenenrenten aus der Unfallversicherung nach einem Verletztenrentner — erst mit dem dem Versicherungsfall (Tod des Rentenempfängers) folgenden Monatsersten an. Wird der Antrag auf eine Rente jeder Art aus der Pensionsversicherung erst nach Ablauf der vorangeführten Fristen gestellt, so fällt die Rente erst mit dem auf die Antragstellung folgenden Monatsersten an. Durch diese Regelung wird die Frist, während welcher der Antrag noch ohne Hinausschiebung des Anfalles der Leistung gestellt werden kann, für Hinterbliebene erheblich verlängert und für sonstige Leistungsberechtigte einheitlich mit zwei Monaten (gegenüber bisher je nach dem Fall mit ein bis zwei Monaten [vergleiche § 1286 RVO.]) festgesetzt. Auch wird dadurch, daß Renten aus dem Versicherungsfall geminderter Arbeitsfähigkeit bei Antragstellung innerhalb zweier Monate nach Eintritt des Versicherungsfalles mit diesem anfallen, erreicht, daß Renten wegen vorübergehender geminderter Arbeitsunfähigkeit unmittelbar an das Krankengeld anschließen.

Von dem Zeitpunkt des Anfalles der Leistung ist in der Pensionsversicherung der Zeitpunkt zu unterscheiden, zu dem die allfällig vorgesehenen reinen versicherungsmäßigen Voraussetzungen des Leistungsanspruches (Erfüllung einer vorgeschriebenen Wartezeit, Anrechenbarkeit erworbener Versicherungszeiten) gegeben sein müssen. Dieser ist im § 223 Abs. 2 bestimmt. Aus dem Vergleich der Bestimmungen des § 86 und des § 223 Abs. 2 ergibt sich ohne weiteres, daß sich die Entstehung des Anspruches, also der Leistungsfall, und der Zeitpunkt, zu dem die rein versicherungsmäßigen Voraussetzungen des Leistungsanspruches gegeben sein müssen, nicht decken müssen.

Zu § 87:

§ 87 besagt, daß — so wie bisher — Angehörigen verschollener Versicherter die Leistungen zu gewähren sind, die ihnen als Hinterbliebenen zustehen würden. Der Verschollenheitsbegriff wurde aus dem § 1 des Todeserklärungsgesetzes 1950, BGBl. Nr. 23/

40

1951, mit der Änderung übernommen, daß der für die Annahme der Verschollenheit maßgebende Zeitraum, während dessen der Aufenthalt unbekannt ist, mit einem Jahr begrenzt wird. Zur Begründung des Anspruches der Angehörigen auf die Betreuung als Hinterbliebene wird daher nicht erforderlich sein, daß ein gerichtliches Todeserklärungsverfahren durchgeführt und abgeschlossen ist. Stellt sich nachträglich heraus, daß der Verschollene noch am Leben ist, so erlischt der Anspruch auf die laufende Leistung ohne weiteres Verfahren gemäß § 100 Abs. 1 lit. b. Hinsichtlich des in der Sozialversicherung anzunehmenden Zeitpunktes des Todes Verschollener wurde im Abs. 2 eine vom Todeserklärungsgesetz abweichende Regel aufgestellt, um den praktischen Bedürfnissen der Sozialversicherung Rechnung zu tragen und den Angehörigen des Verschollenen nicht allzu lange die Hinterbliebenenversorgung vorzuenthalten. Die Betreuung wird sohin spätestens mit dem ersten Tag nach Ablauf des Jahres einsetzen, während dessen keine Nachrichten über den Verschollenen mehr eingelangt sind.

Zu § 88:

§ 88 versagt den Versicherten, die eine Krankheit, einen Arbeitsunfall oder eine Minderung der Arbeitsfähigkeit durch Selbstbeschädigung vorsätzlich herbeigeführt haben, ferner Personen (auch Hinterbliebenen), die den Versicherungsfall durch die Verübung eines Verbrechens veranlaßt haben, dessentwegen sie rechtskräftig verurteilt wurden, die Geldleistungen aus den so entstandenen Versicherungsfällen. Gleichzeitig wird jedoch den schuldlosen Angehörigen des Versicherten unter den in der Vorlage enthaltenen Voraussetzungen ein Rechtsanspruch auf die dort angeführten Leistungen gewährt. Von den bisherigen Rechtsvorschriften unterscheiden sich die Bestimmungen der Vorlage hauptsächlich durch die kraft Gesetzes eintretende Verwirkung der Geldleistungen aus der Krankenversicherung (bisher konnte das Krankengeld durch die Satzung versagt werden), durch die Verpflichtung zur Versagung der Leistung aus der Unfall- und Pensionsversicherung in Verbrechensfällen (bisher Kannbestimmung, die aber auch für Fälle vorsätzlicher Vergehen galt) und durch die Gewährleistung von Leistungsansprüchen für schuldlose Angehörige (bisher Kannbestimmung).

Zu § 89:

§ 89 handelt vom Ruhen der Leistungsansprüche in den Fällen der Haft und des

Aufenthaltes im Ausland. Nach Abs. 1 entfällt die Leistung für Zeiten der Verbüßung einer vom Gericht oder von der Verwaltungsbehörde (Polizei) verhängten Freiheitsstrafe oder der zwangsweisen Anhaltung in einem Arbeitshaus beziehungsweise in einer Bundeserziehungsanstalt für Erziehungsbedürftige sowie für die Dauer eines Auslandsaufenthaltes. Hiebei gilt aber nicht als Auslandsaufenthalt ein Aufenthalt außerhalb Österreichs, während dessen der Berechtigte im Sinne des § 3 Abs. 2 als im Inland beschäftigt gilt; ein solcher Aufenthalt kann nämlich nach der Leistungsseite hin nicht anders behandelt werden als nach der Beitragsseite. Besondere Begünstigungen für politisch Geschädigte sind hinsichtlich des Ruhens beim Auslandsaufenthalt im § 503 vorgesehen.

Aus praktischen Gründen sollen nach Abs. 2 Ansprüche auf Renten, die ja in der Regel in Monatsbeträgen ausgezahlt werden, nicht ruhen, wenn die Dauer der Haft oder Anhaltung einen Monat nicht überschreitet. Auch soll nach Abs. 2 der Auslandsaufenthalt in einem Kalenderjahre, der zwei Monate nicht übersteigt, nicht zum Ruhen eines Rentenanspruches führen; in solchen Fällen haben die Rentenversicherungsträger in der Regel schon bisher gemäß § 61 Abs. 1 Z. 1 SV-ÜG. österreichischen Staatsbürgern die Zustimmung zum Auslandsaufenthalt erteilt, sodaß das Ruhen unterblieb. Nunmehr sollen solche kurze Auslandsaufenthalte allgemein bei allen Versicherten ohne besondere Bewilligung des Versicherungsträgers nicht zum Ruhen der Rente führen. Die Untersuchungshaft wird der Strafhaft (zwangsweisen Anhaltung) hinsichtlich der Rentenansprüche nicht gleichgestellt, da sie bloß eine vorläufige Maßnahme darstellt und keinen Strafcharakter hat; es erschiene daher unbillig, Rentenzahlungen schon aus dem Grunde der Untersuchungshaft zu verweigern, doch wird eine solche im Falle der Verurteilung in dem Ausmaße, in dem sie auf die Strafhaft angerechnet wird, selbst als Strafhaft zu werten sein. Hingegen sollen nach Abs. 2 zweiter Satz Leistungen aus der Krankenversicherung auch während einer Untersuchungshaft ruhen, dies in der Erwägung, daß Naturalleistungen ohnehin nicht erbracht werden können und für Geldleistungen die innere Begründung, nämlich den durch die Erkrankung verursachten Verlust des Arbeitsentgeltes zu ersetzen, fehlt.

Von den Ruhensbestimmungen für den Fall des Auslandsaufenthaltes sind im Abs. 3 Ausnahmen vorgesehen, die sich mit den bisher bestandenen decken. Die Z. 2 wird allerdings nur mehr in Fällen anzuwenden

sein, in denen nicht schon nach Abs. 1 Z. 2 oder nach Abs. 2 erster Satz ein Ruhen ausgeschlossen ist. Auf Grund des § 89 Abs 3 Z. 1 wird der Inhalt der seinerzeit auf Grund des § 61 Abs. 1 Z. 2 SV-ÜG. erlassenen Verordnung vom 6. Februar 1951, BGBl. Nr. 79, in der Fassung der Verordnung vom 24. Oktober 1951, BGBl. Nr. 247, betreffend die Wahrung der Gegenseitigkeit in Sozialversicherungsangelegenheiten im Verhältnis zu den Vereinigten Staaten von Amerika, in eine neu zu erlassende Verordnung zu übernehmen sein.

Nach Abs. 4 und 5 werden die im Inland wohnenden Angehörigen solcher Versicherter, deren Anspruch ruht, durch die Gewährung eigener Ansprüche weitgehend geschützt.

In allen Bestimmungen des § 89 sind die einschlägigen nicht immer übereinstimmenden bisherigen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung und des Sozialversicherungs-Überleitungsgesetzes, den erfahrungsgemäß tatsächlichen Bedürfnissen angepaßt und vereinfacht, zusammengefaßt.

Zum § 90:

Nach den §§ 254 Abs. 1 Z. 2, 271 Abs. 1 Z. 2, 277 Abs. 1 Z. 2 und 279 Abs. 1 Z. 2 fällt eine Rente aus dem Versicherungsfall vorübergehender geminderter Arbeitsfähigkeit jedenfalls ab der 27. Woche des Bestandes der geminderten Arbeitsfähigkeit an. Es ist ferner im § 139 Abs. 4 bestimmt, daß der Anspruch auf das Krankengeld durch die Zuerkennung eines Rentenanspruches aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit nicht berührt wird. Es kann sich daher ergeben, daß ein solcher Rentenanspruch und ein Krankengeldanspruch nebeneinander laufen. Für diesen Fall soll also der Krankengeldanspruch unberührt bleiben, der Rentenanspruch aber nur mit dem den Krankengeldanspruch übersteigenden Betrage flüssiggemacht werden. Dies verfügt § 90. Die gleiche Regelung greift Platz, wenn statt des Krankengeldanspruches Anstaltspflege gewährt wird.

Zum § 91:

Es ergibt sich das Bedürfnis, auch eine Regelung für das Zusammentreffen von Rentenansprüchen aus der Pensionsversicherung zu treffen. Da es nach § 100 Abs. 2 nicht vorkommen kann, daß nebeneinander Rentenansprüche aus eigener Pensionsversicherung (sogenannte direkte Renten) laufen, gibt es nur ein Zusammentreffen eines Rentenanspruches aus eigener Pensionsversicherung mit einem Hinterbliebenenrentenanspruch aus der Pensionsversicherung, allenfalls in Ausnahmefällen ein Zusammentreffen mehrerer Hinter-

bliebenenrentenansprüche. In diesen Fällen soll — im wesentlichen im Einklang mit dem bisherigen übernommenen Reichsrecht (§ 1279 RVO.), das milder war als das frühere österreichische Recht (vergleiche § 66 Abs. 1 GSVG. 1938) — die höhere Rente und die halbe kleinere Rente flüssiggemacht werden.

Zu § 92:

§ 92 regelt das Ruhen beim Zusammentreffen von Rentenansprüchen aus der Unfallversicherung und aus der Pensionsversicherung für den Rentenempfänger — einer von den Betroffenen vielfach geäußerten, nicht unberechtigten Klage Rechnung tragend — günstiger als die bisherigen Rechtsvorschriften. Es erleidet nämlich in jedem Falle der Rentenberechtigte gegenüber der Summe aus beiden Renten nur eine Einbuße im Betrage der Hälfte der kleineren Rente. Nach dem bisherigen Rechte gebührte neben einer Verletztenrente nur die halbe Invalidenrente unverkürzt, die andere Hälfte ruhte bis zur Höhe der Verletztenrente. Beide Bezüge zusammen konnten somit den Betrag der vollen Invalidenrente nur übersteigen, wenn die Verletztenrente höher war als die halbe Invalidenrente. Nunmehr soll die Rente aus der Pensionsversicherung nur mit der Hälfte der niedrigeren Rente ruhen, was zur Folge hat, daß die Summe beider Bezüge den Betrag der vollen Pensionsversicherungsrente auch übersteigen wird, wenn die Verletztenrente den halben Betrag jener Rente nicht erreicht; es werden in diesem Falle beide Bezüge zusammen immerhin noch um die Hälfte der Verletztenrente höher sein, als die volle Rente aus der Pensionsversicherung. Auch wenn die Verletztenrente die halbe Rente aus der Pensionsversicherung übersteigt, jedoch noch unter dem vollen Betrage dieser Rente bleibt, tritt eine Verbesserung gegenüber der jetzigen Rechtslage insofern ein, als die genannte Leistung nicht um den Betrag der halben Pensionsversicherungsrente, sondern um den — kleineren — Betrag der halben Verletztenrente verkürzt wird.

Trifft eine Rente aus der Pensionsversicherung mit Anstaltspflege oder Krankengeld aus der Unfallversicherung zusammen, ohne daß diese Leistungen an die Stelle einer bis zu ihrem Beginn gewährten Rente treten, so führen sie nach Abs. 2 das Ruhen der Rente im gleichen Ausmaß wie die Vollrente herbei, da in diesen Fällen volle Erwerbsunfähigkeit anzunehmen ist. Treten aber die Anstaltspflege oder Krankengeld aus der Unfallversicherung an die Stelle einer bis zu ihrem Beginn gewährten Rente, so verbleibt es bei dem Ruhen der Rente aus der

Pensionsversicherung, wie es durch die Verletztenrente herbeigeführt wurde.

Da im Falle der Abfertigung der Rente aus der Unfallversicherung diese wegfällt, würde das Ruhen der Rente aus der Pensionsversicherung mangels besonderer Regelung vom Zeitpunkt der Abfertigung an unterbleiben. Dies würde eine ungerechtfertigte Besserstellung des abgefertigten gegenüber dem die Rente weiterbeziehenden Rentenberechtigten bedeuten. Abs. 3 verfügt daher, daß die Rente aus der Pensionsversicherung nach der Abfertigung der Rente aus der Unfallversicherung, und zwar in der sich nach dem Betrage der beiden Rentenansprüche gemäß Abs. 1 ergebenden Höhe durch so viele Monate ruht, als der Abfertigungsbetrag volle Monatsbeträge der Rente aus der Unfallversicherung enthält.

Zu § 93:

Im versendeten Entwurf war im § 91 b für den Fall des Zusammentreffens eines Rentenanspruches aus der Pensionsversicherung mit einem Ruhe(Versorgungs)genußanspruch aus einem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis vorgesehen, daß der Rentenanspruch aus der Pensionsversicherung mit dem Grundbetrag, höchstens jedoch mit dem Grundbetrag des Ruhe(Versorgungs)genusses ruht. Hiebei war für Ruhe(Versorgungs)genüsse als Grundbetrag der Hundertsatz der im Ruhe(Versorgungs)genuß berücksichtigten Dienstbezüge angenommen, der nach dem Pensionsschema für die Bundesangestellten als niedrigster Satz des Ruhe(Versorgungs)genusses vorgesehen ist. Dieser Regelung lag der Gedanke zugrunde, daß der Teil der nebeneinander gebührenden Versicherungs- und Versorgungsleistungen, der unabhängig von der Länge der Versicherungszeit beziehungsweise der Dienstzeit bemessen ist, nur einmal, und zwar mit dem höchsten der zusammentreffenden Grundbeträge, gewährt werden soll. Dadurch sollte verhindert werden, daß ein solcher Dienstnehmer mit Rücksicht darauf, daß er verschiedenen Versorgungs- oder Versicherungseinrichtungen angehört hat, besser fährt, als wenn er nur einer dieser Einrichtungen zugehörig gewesen wäre.

Diese Regelung des versendeten Entwurfes begegnete zahlreichen Einwänden. Vor allem wurde eingewendet, daß in solchen Fällen vielfach sowohl der Grundbetrag des Ruhe(Versorgungs)genusses wie auch der Grundbetrag des Rentenanspruches mit Rücksicht darauf sehr niedrig ist, weil sowohl in der einen wie in der anderen Laufbahn mit Rücksicht auf die nur teilweise Verbringung des Arbeitslebens in jeder dieser Laufbahnen der Bezug nicht erreicht werden konnte, der bei Verbringung

des ganzen Arbeitslebens nur in der einen oder der anderen Laufbahn erreichbar gewesen wäre.

Es wird daher in der Vorlage von der Regelung des versendeten Entwurfes abgegangen und verfügt, daß beim Zusammentreffen eines Ruhe(Versorgungs)genußanspruches mit einem Rentenanspruch der Grundbetrag bei Renten aus eigener Pensionsversicherung mit dem Betrage von 239 S, bei Hinterbliebenenrenten mit dem Betrage von 147 S ruht. Damit wird die einschlägige Regelung der §§ 6 Abs. 2 lit. b und 4 des Rentenbemessungsgesetzes, BGBl. Nr. 151/1954, in einer vereinfachten Form auch für die auf Grund des ASVG. zuerkannten Renten übernommen. Diese Regelung ist wesentlich milder als die des versendeten Entwurfes, weil nach dieser in vielen Fällen höhere Beträge zum Ruhen gekommen wären.

Eine weitere Milderung der Regelung der Vorlage liegt darin, daß Waisenrentenansprüche von dem Ruhen aus diesem Grunde überhaupt ausgenommen werden.

Bemerkt soll werden, daß nach der Regelung nur Ruhe(Versorgungs)genußansprüche aus einem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis zum Ruhen führen. Zuschußleistungen zu den Rentenansprüchen aus der gesetzlichen Pensionsversicherung, die für Beschäftigungszeiten gewährt werden, während derer der Dienstnehmer in die gesetzliche Pensionsversicherung einbezogen war, führen also überhaupt kein Ruhen des Rentenanspruches nach dem vorliegenden Paragraphen herbei. Eine weitere Ausnahme wird im § 528 statuiert (siehe dort).

Zu § 94:

Auch bezüglich der Regelung des Zusammentreffens von Rentenanspruch und Erwerbseinkommen weicht die Vorlage weitgehend von dem versendeten Entwurf ab.

Vor allem wird das Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit überhaupt als Ruhensgrund ausgeschaltet. Es geschieht dies deswegen, weil die richtige Erfassung des Einkommens aus selbständiger Erwerbstätigkeit außerordentlich großen Schwierigkeiten begegnet und die aufgewendete Verwaltungsarbeit mit dem erzielten Effekt kaum in Einklang stehen würde.

Bezüglich des Ruhens bei Zusammentreffen eines Rentenanspruches mit Entgelt aus einer unselbständigen Erwerbstätigkeit verfügt Abs. 1, daß der Grundbetrag mit dem Betrage ruht, um den das im Monat gebührende Entgelt 500 S übersteigt, höchstens jedoch mit dem Betrage, um den die Summe aus Rente und Entgelt den Betrag von 1300 S übersteigt. Damit ist — abweichend vom versendeten

Entwurf, der nur einen Freibetrag von 240 S vorsah — der Freibetrag mit 500 S festgesetzt. Entgelt unter dieser Höhe führt also überhaupt zu keinem Ruhen des Rentenanspruches. Damit ist jedem Rentenberechtigten ermöglicht, 500 S monatlich aus unselbständiger Erwerbstätigkeit zu verdienen, ohne daß eine Kürzung der Rente eintritt. Aber auch dann, wenn er mehr als 500 S verdient und Rente und Entgelt zusammen nicht 1300 S übersteigen, tritt noch kein Ruhen des Rentenanspruches ein. Ferner ruht die Rente, wenn der Rentner mehr als 500 S verdient, nicht auf jeden Fall mit dem 500 S übersteigenden Verdienste, sondern wenn der Betrag, um den Rente und Entgelt zusammen 1300 S übersteigen, kleiner ist als der 500 S übersteigende Betrag des Arbeitsverdienstes, nur mit dem ersteren Betrag.

Ein Ruhen über den Grundbetrag hinaus ist — im Gegensatz zum versendeten Entwurf — nicht vorgesehen. Auch sind Waisenrenten überhaupt vom Ruhen ausgenommen, da hier offenbar nur kleine Verdienste in Betracht kommen können.

Zu § 95:

Dieser Paragraph trifft gemeinsame Bestimmungen für die Anwendung der §§ 90 bis 94.

Die §§ 91 bis 94 sollen nach Abs. 1 auf Ansprüche auf Knappschaftsrente und Knappschaftssold nicht angewendet werden, da diese beiden Leistungen ihrer Natur nach nur zusätzliche Leistungen sind, das heißt Leistungen, die schon auf Grund der Annahme geringer bemessen sind, daß neben ihnen ein anderes Einkommen der für ein allfälliges Ruhen in Betracht kommenden Arten besteht.

Nach Abs. 2 sind bei Anwendung der §§ 90 bis 94 die Renten mit allen Zuschüssen und Zuschlägen, jedoch nicht die besonderen Steigerungsbeträge für die Höherversicherung (§ 248 Abs. 1 und § 251 Abs. 3) heranzuziehen, da ihre Einbeziehung in das Ruhen mit Rücksicht auf den Charakter der Höherversicherung als einer der Vertragsversicherung nahestehenden Einrichtung untunlich erscheint.

Im Abs. 3 wird der Fall behandelt, daß mehrere der Ruhensbestimmungen der §§ 90 bis 94 anzuwenden sind. Hiefür werden folgende Regeln aufgestellt:

1. Die bezeichneten Paragraphen sind in der Reihenfolge ihrer Bezeichnung (also zum Beispiel § 90 vor § 92) anzuwenden (Abs. 3 erster Satz).

2. Da durch die Anwendung jeder dieser Bestimmungen die Rentenansprüche aus der Pensionsversicherung einem teilweisen Ruhen zugeführt werden, ist immer nur der nach Durchführung der früher anzuwendenden Be-

stimmungen verbleibende Rentenbetrag bei Anwendung der folgenden Bestimmungen heranzuziehen (Abs. 3 zweiter Satz), damit eine zu harte Auswirkung der Ruhensbestimmungen vermieden werde.

Nach Abs. 4 endlich sind mehrere Rentenansprüche aus der Pensionsversicherung und mehrere Rentenansprüche aus der Unfallversicherung bei Anwendung der §§ 92 bis 94 je zu einer Einheit zusammenzufassen, also jeweils der Gesamtbetrag der Ansprüche jeder dieser Arten heranzuziehen. Der sich hieraus für Ansprüche aus der Pensionsversicherung ergebende Gesamtruhensbetrag ist auf die mehreren Ansprüche im Verhältnis ihrer Höhe aufzuteilen.

Zu § 96:

Im Abs. 1 soll das Ruhen von Rentenansprüchen aus der Unfall- und Pensionsversicherung (also auch das Ruhen nach § 89) erst mit dem auf den Eintritt des Ruhensgrundes folgenden Monatsersten eintreten, um Rückverrechnungen zu vermeiden. Dagegen sind von dem Tage des Wegfalls des Ruhensgrundes die Renten ungekürzt auszuzahlen.

Im Abs. 2 wurde das Ruhen des bereits bestehenden Rentenanspruches aus Gründen der Vereinfachung der Verwaltung vom Zeitpunkt der Aufnahme der laufenden Zahlung der hinzutretenden Rente auf den diesem Zeitpunkt nächstfolgenden Monatsersten verlegt.

Zu § 97:

§ 97 Abs. 1 sieht vor, daß die — nach bisherigem Recht nicht zulässige — Weitergewährung von Waisenrenten und Kinderzuschüssen aus der Unfallversicherung und Pensionsversicherung über das 18. Lebensjahr hinaus, so wie auch bisher schon die Erhöhung der Witwenrente aus der Unfallversicherung — abweichend von der Grundregel, daß in derartigen Fällen die Leistungen nur für die Zeit nach Anmeldung des Anspruches gebühren — auch für eine Zeit bis zu drei Monaten vor der Anmeldung möglich ist, bei der Erhöhung der Witwenrente unter der Voraussetzung, daß in dieser zurückliegenden Zeit schon die Voraussetzungen für die erhöhte Witwenrente gegeben waren.

Zu § 98:

§ 98 übernimmt im wesentlichen den bisherigen Rechtszustand. Eine Änderung tritt dadurch ein, daß die Leistungsansprüche durch Alimentationsforderungen nur bis zur Hälfte belastet werden dürfen und die zur ausnahmsweisen Übertragung der Ansprüche zu anderen als den im Gesetz angeführten

Zwecken erforderliche Zustimmung, die bisher den Landesbehörden als den Nachfolgern der seinerzeitigen Oberversicherungsämter oblag, aus Zweckmäßigkeitsgründen und zur Vereinfachung den Versicherungsträgern überlassen wird. Diese werden ausdrücklich verpflichtet, bei der Erteilung der Zustimmung ausschließlich auf die Interessen des Anspruchsberechtigten und seiner Angehörigen Bedacht zu nehmen, um diese vor den möglichen wirtschaftlich nachteiligen Folgen einer voreiligen Zession zu bewahren. Da der Versicherungsträger nach der Bestimmung des § 407 Z. 6 über den Antrag auf Zustimmung im Falle der gänzlichen oder teilweisen Ablehnung einen formellen Bescheid zu erteilen hat, ist der Anspruchsberechtigte in der Lage, im Instanzenzuge die Entscheidung des Versicherungsträgers überprüfen zu lassen; hierdurch erscheint eine objektive Beurteilung jedenfalls gesichert. Um jeden Zweifel auszuschließen, wird schließlich festgestellt, daß andere Ansprüche als auf Geldleistungen, insbesondere die in der Pensionsversicherung erworbenen Anwartschaften, von der Übertragung, Pfändung und Verpfändung ausgeschlossen sind.

Zu den §§ 99 und 100:

Diese Bestimmungen befassen sich mit dem Ende der Ansprüche auf laufende Leistungen, das sind Leistungen, die auf bestimmte oder unbestimmte Dauer gewährt und in regelmäßig wiederkehrenden Zeiträumen flüssiggemacht werden. § 100 setzt — übereinstimmend mit dem bisherigen Recht — in taxativer Aufzählung die Fälle fest, in denen der Anspruch ipso jure endet, ohne daß es also eines konstitutiven Verwaltungsaktes des Versicherungsträgers bedürfte; es sind dies die Fälle, in denen der Wegfall der Voraussetzungen des Anspruches so eindeutig an den Tag tritt, daß sich ein weiteres Verfahren hierüber erübrigt. Der maßgeblichen Änderung der Sachlage wird einfach durch die Einstellung der Leistung Rechnung getragen. Die Vorlage bezeichnet diese Art des Endens des Anspruches als „Erlöschen“. In allen anderen Fällen des Wegfalles der Anspruchsvoraussetzungen haben nach § 99 Abs. 1 die Versicherungsträger die Leistung zu „entziehen“, das heißt, sie haben nach Durchführung eines Feststellungsverfahrens das Ende des Anspruches mit einem formellen, im Instanzenzuge anfechtbaren Bescheid auszusprechen. Um den weiteren Bezug einer nicht mehr gebührenden Leistung tunlichst zu verhindern, werden die Versicherungsträger im § 99 Abs. 2 ermächtigt, die Leistung mit zeitlicher Begrenzung ganz oder teilweise auch zu entziehen, wenn der Anspruchsberechtigte einer Aufforderung zu einer

Nachuntersuchung oder Beobachtung unbegründet nicht nachkommt und auf die Entziehung als Folge dieses Verhaltens aufmerksam gemacht worden ist. Für den Kalendermonat, in dem der Anspruch erloschen ist, gebühren nach § 100 Abs. 1 Schlußsatz jedenfalls noch die Rente und der Kinderzuschuß. In den Fällen der „Entziehung“ wird die Rente nach § 99 Abs. 3 auch noch für den der Zustellung des Entziehungsbescheides folgenden Monat gewährt, da in diesen Fällen nicht, wie in der Regel in den Fällen des „Erlöschens“, der Zeitpunkt des Endes der Rente schon lange vorher bekannt ist oder die wegfallende Rente durch eine Rente oder Leistung anderer Art ersetzt wird, also eine besondere Rücksichtnahme sozial indiziert erscheint.

Im § 100 Abs. 2 wird der allgemeine Grundsatz aufgestellt, daß jeder Anspruch auf eine laufende Leistung aus eigener Pensionsversicherung (auf eine sogenannte direkte Rente) mit Anfall einer anderen derartigen Leistung, und zwar mit dem diesem Anfall folgenden Monatsletzten erlischt. Mehrere direkte Renten können also nicht nebeneinander gebühren. Die Aufnahme dieses Grundsatzes war mit Rücksicht darauf notwendig, weil nunmehr — abweichend vom bisherigen Recht — die Invalidenrente, das Ruhegeld und die Knappschaftsvollrente je in zwei selbständige Leistungen zerlegt wurden, und zwar in je eine Leistung aus dem Versicherungsfall des Alters und aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit, die bei Zutreffen ihrer Voraussetzungen nebeneinander anfallen und gebühren können. Da dies nicht beabsichtigt ist, mußte obiger Grundsatz aufgestellt werden. Lediglich für den Knappschaftssold ist im § 275 Abs. 2 abweichend verfügt, daß für die Dauer des Bestandes des Anspruches auf eine Leistung aus einem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit nur ein Ruhen des Anspruches eintritt (siehe Erläuternde Bemerkungen zu § 275). Da es häufig vorkommt, daß Renten mit einem zurückliegenden Zeitpunkt anfallen, wird im Abs. 2 ferner verfügt, daß die noch über den Zeitpunkt des Anfalles des neuen Anspruches geleisteten Rentenraten des früheren Anspruches aus der Spitzrente hereingebracht werden.

Zu § 101:

Die Reichsversicherungsordnung gibt den Versicherungsträgern die Möglichkeit (Kannbestimmung), unter Verzicht auf die Rechtskraft ihrer Bescheide die Leistung neu festzustellen, wenn sie sich bei erneuter Prüfung der Anspruchsberechtigung überzeugen, daß die Leistung zu Unrecht ganz oder teilweise abgelehnt, entzogen, eingestellt oder zu niedrig festgestellt worden ist. Hingegen verpflichtete

das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz die Versicherungsträger zum Widerruf der Anerkennung oder zur Richtigstellung der Bemessung einer Leistung, wenn sich nachträglich ergab, daß diese Leistung infolge eines wesentlichen Irrtums über die tatsächlichen Verhältnisse oder eines offenkundigen Versehens zuerkannt oder bemessen wurde. In beiden Fällen hat sich der Gesetzgeber zur Auffassung bekannt, daß die Bescheide der Versicherungsträger über Leistungsansprüche einer absoluten Rechtskraft überhaupt nicht fähig sind, sondern ohne Bindung an die Voraussetzungen für die Wiederaufnahme des Verfahrens wegen materieller Unrichtigkeit trotz ihrer formellen Rechtskraft aufgehoben oder abgeändert werden können. Dieser Auffassung ist grundsätzlich zuzustimmen, da mit Rücksicht auf den öffentlich-rechtlichen Charakter der Versicherungsleistungen jederzeit und ungehemmt durch formalrechtliche Bedenken die Herstellung des gesetzlichen Zustandes möglich sein soll. Nicht einzusehen ist jedoch die Einseitigkeit der angeführten gesetzlichen Vorschriften, von denen die der R.V.O. Bescheidänderungen nur zugunsten, die des GSVG., zumindest hinsichtlich des Leistungsanspruches an sich, nur zuungunsten der Anspruchswerber oder Anspruchsberechtigten zulassen beziehungsweise zuließen. Aus diesen Erwägungen verfügt § 101 zwingend die Richtigstellung auf wesentlichem Irrtum über den Tatbestand oder offenkundigem Versehen beruhender gesetzwidriger Feststellungen, und zwar dem Gebote der Rechtsgleichheit folgend, nach beiden Richtungen. Hiebei wird ausdrücklich die Rückwirkung der Neufeststellung ausgesprochen, die aber auch schon im Sinne der bisherigen Vorschriften gelegen war. Der gutgläubige Empfänger nicht gebührender Leistungen wird durch die Bestimmung weitestgehend geschützt, daß solche nur zu ersetzen sind, wenn der Bezug durch bewußt unwahre Angaben oder bewußte Verschweigung maßgebender Tatsachen herbeigeführt wurde. Diese Regelung hinsichtlich der rückwirkenden Herstellung des gesetzlichen Zustandes soll sich auch auf die Fälle unterlassener oder ungebührlicher Ruhestellung von Leistungsansprüchen erstrecken.

Zu § 102:

Für die Pensionsversicherung bedarf es besonderer Bestimmungen über den Verfall von Leistungsansprüchen wegen Zeitablaufes nicht, da durch die Bestimmung über die Anrechenbarkeit der Versicherungszeiten und über die Wartezeit ohnehin eine wirksame Geltendmachung von Leistungsansprüchen zeitlich begrenzt ist.

Bei den Leistungsansprüchen aus der Krankenversicherung handelt es sich um kurzfristige Leistungen, deren Eigenart es mit sich bringt, daß für länger zurückliegende Zeiträume nicht mehr festzustellen ist, ob und in welcher Dauer die primäre Voraussetzung für den Anspruch, nämlich Krankheit oder Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit vorgelegen war. Unter diesen Umständen kann angenommen werden, daß ohne Schmälerung bedeutsamer Interessen der Versicherten mit der Festsetzung einer nicht zu langen Ausschlußfrist — in der Vorlage sind zwei Jahre vorgesehen — das Auslangen gefunden werden kann. Es würde den Grundsätzen der Einfachheit der Verwaltung widersprechen, für diese Leistungsansprüche dem Versicherungsträger zuzumuten, die nicht einfachen Regeln des bürgerlichen Rechtes über die Verjährung anzuwenden und, wenn er zu der Anschauung gelangt ist, daß Verjährung nicht eingetreten ist, sich mit der Schwierigkeit herumzuschlagen, auf Grund eines kaum mehr klärbaren Tatbestandes Leistungen festzustellen.

Was die Leistungsansprüche aus der Unfallversicherung betrifft, so liegen die Verhältnisse bei den kurzfristigen Leistungen dieser Versicherung wie Krankenbehandlung und Krankengeld gleich wie bei den entsprechenden Leistungen der Krankenversicherung. Nach den bisherigen Erfahrungen kann aber auch für die übrigen Leistungsansprüche mit der Festsetzung einer Ausschlußfrist das Auslangen gefunden werden, wenn — wie im bisherigen geltenden deutschen Recht und im früheren österreichischen Recht — gewisse Ausnahmen von der Anwendung der Ausschlußfrist zugestanden werden. Diese Ausnahmen können auf Grund der langjährigen Erfahrung mit den bisherigen Regelungen übersichtlich und für die Anwendung einfach gestaltet werden. Eine Ausnahme ist gegeben, wenn eine Folge des Unfalles überhaupt erst nach Ablauf der Frist oder nach diesem Zeitpunkt in einem so verstärkten Ausmaße hervortritt, daß sich das Bedürfnis nach Entschädigung ergibt, die zweite Ausnahme, wenn der Anspruchsberechtigte an der Geltendmachung des Anspruches durch Verhältnisse gehindert war, die außerhalb seines Willens lagen. Selbstverständlich muß aber verlangt werden, daß dann der Anspruch innerhalb einer gewissen Frist nach dem Auftreten der neuen Folge oder der Verstärkung der Folge oder nach dem Wegfall des Hindernisses geltend gemacht wird, schon deswegen, weil Leistungsansprüche desto schwieriger festzustellen sind, je länger die Zeit zurückliegt, für die sie geltend gemacht werden.

Im Abs. 5 ist nach dem Vorbild des § 53 Abs. 4 GSVG. der Verfall von einzelnen Renten-

46

raten nach Ablauf eines Jahres vorgesehen. Es handelt sich hiebei um die selten vorkommenden Fälle, daß Rentenraten infolge irgendwelcher Umstände nicht zur Auszahlung gelangen. Die Frist eines Jahres erscheint ausreichend, die Zahlung der ausgebliebenen Rentenraten zu verlangen. Verstreicht sie fruchtlos, kann wohl angenommen werden, daß der Entfall der Zahlung den Versicherten nicht hart betroffen hat.

Zu § 103:

Dieser Paragraph übernimmt aus dem bisherigen Recht die Ermächtigung für die Versicherungsträger, eigene Forderungen gegen Anspruchsberechtigte auf die von ihnen zu erbringenden Geldleistungen aufzurechnen, beschränkt jedoch die Aufrechnungsmöglichkeit auf geschuldete fällige Beiträge, auf zu Unrecht erbrachte Leistungen, soweit diese vom Empfänger rückzuerstatten sind, und auf gewährte Vorschüsse. Die Aufrechnung ist, soweit es sich um geschuldete Beiträge oder zu Unrecht erbrachte Leistungen handelt, mit der Hälfte der zu erbringenden Leistung begrenzt. Vorschüsse können unbeschränkt aufgerechnet werden. Die Rechtmäßigkeit und das Ausmaß der Aufrechnung sind im Verwaltungsrechtsweg überprüfbar.

Zu § 104:

Diese Bestimmungen enthalten die bei der Auszahlung der Leistungen zu beachtenden Regeln. Hinsichtlich der laufenden Geldleistungen (Renten, Kranken-, Familien- und Taggeld) tritt keine Änderung gegenüber dem gegenwärtigen Zustand ein. Für einmalige Geldleistungen wird die Auszahlungsfrist aus technischen Gründen mit zwei Wochen vorgesehen. Um einem unberechtigten Rentenbezug vorzubeugen, erhält der Versicherungsträger im Abs. 5 die Ermächtigung, die Renten bis zu der von ihm verlangten Beibringung von Lebens- oder Witwenschaftsbestätigungen zurückzuhalten. Einem schon seit langem aus Rentnerkreisen geäußerten Wunsch kommt die Bestimmung des Abs. 6 entgegen, die besagt, daß die Gebühren für die Zustellung von Renten vom Versicherungsträger zu zahlen sind. Es soll dadurch eine auch nur geringfügige Schmälerung des Nettoerfolges der Rente durch eine Zustellgebühr für den Berechtigten hintangehalten werden. Die praktische Durchführung dieser Bestimmung wird erfordern, daß die anweisenden Pensionsversicherungsträger ein Übereinkommen mit dem Österreichischen Postsparkassenamt wegen der Übernahme dieser Gebühren treffen.

Zu § 105:

Die Rentensonderzahlung — gewöhnlich als 13. Rente bezeichnet —, die in den Jahren 1954 und 1955 auf Grund besonderer, nur auf das einzelne Jahr abgestellter gesetzlicher Regelung gewährt wurde, wird in der Vorlage als Dauer-einrichtung vorgesehen. Hiebei wurde im wesentlichen die Regelung des Bundesgesetzes vom 30. Juni 1955, BGBl. Nr. 137, entsprechend angepaßt an die Bestimmungen der Vorlage, übernommen.

Zu § 107:

An dieser Stelle wird den Versicherungsträgern zunächst die Verpflichtung auferlegt, zu Unrecht erbrachte Geldleistungen zurückzufordern. Von dieser Verpflichtung sind sie nur enthoben, wenn die Geldleistung infolge eines wesentlichen Irrtums über den Tatbestand oder eines offenkundigen Versehens erbracht worden ist und der gesetzliche Zustand gemäß § 101 Abs. 1 mit Wirkung vom Tage der Auswirkung des Irrtums oder Versehens hergestellt wird, es sei denn, daß der Empfänger der Leistung den Bezug durch bewußt unwahre Angaben, bewußte Verschweigung maßgebender Tatsachen oder Verletzung der Meldevorschriften herbeigeführt hat. Das Rückforderungsrecht des Versicherungsträgers wird an eine Verjährungsfrist gebunden, die ebenso wie die Frist für die Verjährung des Anspruches auf Leistungen aus der Kranken- oder Unfallversicherung mit zwei Jahren festgesetzt wird. Für besondere Ausnahmefälle erhält der Versicherungsträger die Ermächtigung, auf die Rückforderung zu verzichten oder die Erstattung in Teilbeträgen zuzulassen.

Zu § 108:

Die Bezugsberechtigung im Falle des Todes des Rentenempfängers für eine in diesem Zeitpunkt schon fällige, aber noch nicht ausgezahlte Rente ist — so wie nach dem geltenden Recht — nacheinander dem Ehegatten, den Kindern, dem Vater, der Mutter und den Geschwistern zugestanden, wenn sie mit dem Berechtigten zur Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben (siehe zum Beispiel §§ 614 und 1292 RVO).

Zum Abschnitt VII (§§ 109 und 110): Befreiung von Abgaben.

Zu den §§ 109 und 110:

In den Bestimmungen dieser Paragrafen wurden im wesentlichen die Vorschriften der §§ 118 und 119 SV-ÜG. in der zuletzt durch die 8. Novelle festgestellten Fassung übernommen.

Im § 109 ist für die Sozialversicherungsträger und den Hauptverband die persönliche Ge-

bührenfreiheit von den Stempel- und Rechtsgebühren festgelegt. Die persönliche Gebührenfreiheit bedeutet, daß diese Körperschaften für der Gebührenpflicht unterliegende Schriften und Rechtsgeschäfte welcher Art immer die hierfür festgesetzten Gebühren nicht zu entrichten haben. Ist an einem gebührenpflichtigen zweiseitigen Rechtsgeschäfte eine solche Körperschaft beteiligt und kommt dem anderen Teil nicht Befreiung von der Gebührenpflicht zu, so sind die Gebühren zur Gänze von dem nicht befreiten Geschäftspartner zu entrichten. Bezüglich der Körperschaftssteuer wird nur mehr auf die einschlägige Regelung im Körperschaftssteuergesetz hingewiesen, derzufolge die Versicherungsträger und der Hauptverband als Körperschaften öffentlichen Rechtes von der Körperschaftssteuer befreit sind, jedoch die von ihnen geführten Betriebe gewerblicher Art der Körperschaftssteuer unterliegen. Hiedurch wird auch für die Sozialversicherungsträger völlig außer Zweifel gestellt, daß sie für die von ihnen geführten Betriebe gewerblicher Art körperschaftssteuerpflichtig sind.

Im § 110 ist sachliche Freiheit, das heißt, eine auf Rechtsgeschäfte, Rechtsurkunden, sonstige Schriften und Amtshandlungen der dort angegebenen bestimmten Arten beschränkte Befreiung von der Entrichtung der bundesrechtlich geregelten öffentlichen Abgaben sowie von der Entrichtung der Bundesverwaltungsgebühren und der Gerichts- und Justizverwaltungsgebühren ausgesprochen. Diese Befreiung erstreckt sich auf die betreffenden Rechtsgeschäfte, die betreffenden Urkunden oder Amtshandlungen als solche. Es ist also auch von der anderen an dem Rechtsgeschäfte beteiligten Seite keine Gebühr zu entrichten. Wird jedoch die von der Abgabe befreite Schrift zu einem anderen Zweck gebraucht, als dem, für den die Gebührenfreiheit zugestanden ist, so ist die Abgabe nachträglich zu entrichten.

Im § 110 Abs. 1 wurde auch die Abgabefreiheit für Rechtsgeschäfte, Schriften und Amtshandlungen aufgenommen, die die Durchsetzung von Ersatzansprüchen aus der Versicherung gegen Dienstgeber oder dritte Personen betreffen, da es sich hierbei um eine enge mit der Durchführung der Versicherung verbundene Aufgabe handelt.

Zum Abschnitt VIII (§§ 111 bis 115): Strafbestimmungen.

Zu den §§ 111 bis 115:

Wie in allen bisher in Österreich in Geltung gestandenen gesetzlichen Vorschriften über

die Sozialversicherung müssen auch in die Vorlage zum Schutz der Versicherungsgemeinschaft und ihres geordneten Funktionierens Strafbestimmungen über Verstöße gegen die Melde- und Auskunftspflicht aufgenommen werden. Die Vorlage folgt in der Regelung im wesentlichen den vor 1939 in Geltung gestandenen österreichischen Vorschriften (vergleiche insbesondere die §§ 138 bis 141 GSVG. 1938). Im besonderen wird bemerkt:

Die Untersuchung und Bestrafung wird entsprechend den das österreichische Verwaltungsstrafrecht beherrschenden Grundsätzen in erster Instanz den Bezirksverwaltungsbehörden übertragen (vergleiche § 26 Abs. 1 VStG. 1950, BGBl. Nr. 272/1950). Insofern wird also von den einschlägigen Bestimmungen der reichsrechtlichen Vorschriften abgegangen, die auch die Verhängung von Verwaltungsstrafen im engeren Sinne den Versicherungsträgern übertragen (siehe insbesondere §§ 529, 530, 1487, 1492 RVO.).

Bei der Festsetzung des Strafrahmens im § 111 wurde auf das Rundschreiben des Bundeskanzleramtes vom 30. November 1950, Z. 39.467/2 a/50, Bedacht genommen, das darauf abzielt, daß die in Gesetzentwürfen beantragten Sätze für Verwaltungsstrafen sich in einem einheitlichen Rahmen bewegen und einen entsprechenden Abstand zu den Strafsätzen für gerichtlich strafbare Handlungen halten. Es sind daher auch im allgemeinen bloß Geldstrafen vorgesehen, die nur im Falle der Uneinbringlichkeit in Arreststrafen umgewandelt werden. Lediglich bei nachgewiesener Schädigungsabsicht, also bei besonders erschwerenden Umständen, wird primär eine Arreststrafe verhängt.

Neben den Verwaltungsstrafen im engeren Sinne wird im § 113 die Vorschreibung von Beitragszuschlägen durch den Versicherungsträger bei Unterlassung der Anmeldung zur Pflichtversicherung oder bei Meldung zu niedriger Entgelte vorgesehen. Das Höchstausmaß dieser Zuschläge ist gleich hoch festgesetzt wie der im § 531 RVO. vorgesehene Höchstbetrag an Beitragsmehrzahlung (Zweifaches der rückständigen Beiträge), aber viel niedriger als der Höchstsatz der Buße, wie er im § 139 GSVG. 1938 festgesetzt war (zehnfaches Ausmaß der nachzuzahlenden Beiträge). Die Übernahme des Höchstsatzes des letztangeführten Gesetzes kam mit Rücksicht darauf nicht in Betracht, daß dieser auf die damals viel geringere Höhe der Beiträge (infolge der niedrigen Höchstgrenze der Beitragsgrundlage in der Arbeiterversicherung) abgestellt war.

Eine Änderung gegenüber dem bisherigen Recht stellt die Strafbestimmung des § 114 insoweit dar, als Verstöße gegen die Vor-

schriften über die Einbehaltung und Einzahlung der Beiträge eines Dienstnehmers durch den Dienstgeber jedenfalls als Vergehen durch die Gerichte geahndet werden. Das Ausmaß der Freiheitsstrafe entspricht dem sonst nach dem österreichischen Strafrecht bei Vergehen üblichen Ausmaß der Strafe. Das Ausmaß der Freiheitsstrafe ist bezüglich des Mindestausmaßes wesentlich höher als das in den §§ 6 und 7 des Strafanwendungsgesetzes, BGBl. Nr. 148/1945, im Zusammenhalt mit § 533 RVO. festgesetzte Mindestausmaß (24 Stunden Arrest); hingegen ist das Höchstaussmaß (1 Jahr beziehungsweise bei sehr erschwerenden Umständen 2 Jahre) erheblich niedriger als das im Strafanwendungsgesetz derzeit zugelassene Höchstaussmaß (3 Jahre strenger Arrest). Die im früheren österreichischen Sozialversicherungsrecht getroffene Regelung, wonach die im Abzugsweg eingehobenen Beitragsteile bis zur tatsächlichen Abfuhr ein dem Dienstgeber anvertrautes Gut sind (§ 89 Abs. 2 GSVG. 1938 und § 187 Abs. 2 Landarbeiterversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 235/1928), ergab unter Umständen den nach dem Strafrecht zu ahndenden Tatbestand der Untreue. Entsprechend der herrschenden Rechtsprechung zu der derzeit geltenden einschlägigen Regelung des § 533 RVO., betreffend die Vorenthaltung von Beiträgen, wird der Tatbestand des § 114 nicht erfüllt sein, wenn ein Dienstgeber wegen Zahlungsschwierigkeiten nur einen Teil des Arbeitslohnes auszahlt.

In Anlehnung an die Bestimmungen des Arbeitsinspektionsgesetzes, BGBl. Nr. 194/1947, wonach die Verletzung eines Geschäfts- oder Betriebsgeheimnisses, das einem Organ der Arbeitsinspektion bei Ausübung seines Dienstes bekannt geworden ist, strafrechtlich verfolgt wird, war es notwendig, in die Vorlage auch für die Organe des Unfallverhütungsdienstes analoge Strafbestimmungen aufzunehmen (§ 115).

Zum Zweiten Teil:

Leistungen der Krankenversicherung.

Der Zweite Teil, der die Leistungen der Krankenversicherung regelt, enthält im großen und ganzen keine umwälzenden Neuerungen gegenüber dem derzeit geltenden Recht. Vor allem wurde darauf Bedacht genommen, daß das Niveau des Leistungsrechtes in der Krankenversicherung beibehalten wurde und keine irgendwie nennenswerte Verschlechterung in den Leistungen eintritt. Allerdings war es im Hinblick auf die angespannte finanzielle Lage der meisten Träger der Krankenversicherung und in Anbetracht des Umstandes, daß der Beitrag zur Krankenversicherung bei den

meisten Krankenversicherungsträgern bereits das kaum mehr weiter zu steigernde Ausmaß von 7 v. H. der Beitragsgrundlage erreicht hat, auch nicht möglich, gewisse sozialpolitisch erstrebenswerte Verbesserungen im Leistungsrecht vorzunehmen. Es durfte nicht außer acht gelassen werden, daß die Entwicklung der Rentenversicherung ein weiteres beträchtliches Ansteigen des Aufwandes in diesem Versicherungszweig erwarten läßt, sodaß alle Mehreinnahmen, die allenfalls in der Sozialversicherung noch erschlossen werden können, der Rentenversicherung zugewendet werden müssen.

Auch hinsichtlich des Leistungssystems bringt die Vorlage im Zweiten Teil keine einschneidenden Änderungen. Die bisherige Einteilung in Sachleistungen und Geldleistungen wurde ebenso übernommen wie die bisherige Einteilung der Leistungen in gesetzlich vorgeschriebene Mindestleistungen und Mehrleistungen, die durch die Satzung des Versicherungsträgers eingeführt werden können. An nennenswerten Neuerungen seien hervorgehoben:

1. Die Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit wurde neben der Krankheit als eigener Versicherungsfall mit besonderen Leistungen nach dem Vorbild der internationalen Konvention über die Mindestnorm der sozialen Sicherheit konstruiert.

2. Bei länger dauernden, mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Krankheiten wird das Krankengeld ab dem 43. Tag in der Höhe von 60 v. H. der Bemessungsgrundlage als gesetzliche Mindestleistung gewährt. Nach dem derzeit geltenden Recht (§ 191 Abs. 2 RVO.) ist eine solche Erhöhung nur als satzungsmäßige Mehrleistung zugelassen. Hingegen wird der im Zuge der Anpassung der Geldleistungen der Sozialversicherung an die Lohn- und Preisverhältnisse zugunsten länger dauernd Erkrankter eingeführte Zuschuß zum Krankengeld in der Höhe von 18 kalendertäglich (§ 8 Abs. 3 Sozialversicherungs-Anpassungsgesetz 1951) fallen gelassen. Die Erhöhung des Krankengeldausmaßes für Versicherte mit Angehörigen soll — so wie bisher — der satzungsmäßigen Regelung vorbehalten bleiben, wobei gemäß § 121 Abs. 3 auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers und das wirtschaftliche Bedürfnis der zu begünstigenden Versicherten Bedacht zu nehmen sein wird.

3. Die Regelung der Beziehungen der Träger der Krankenversicherung zu den öffentlichen Krankenanstalten wird im § 148 als Grundsatzbestimmung bezeichnet, weil es sich hier nicht um eine ausschließliche Angelegenheit des Sozialversicherungswesens im Sinne des

Art. 10 Abs. 1 Z. 11 B.-VG., sondern auch um eine Angelegenheit der Heil- und Pflegeanstalten im Sinne des Art. 12 Abs. 1 Z. 2 B.-VG. handelt, in der nur die Gesetzgebung über die Grundsätze Bundessache, die Erlassung von Ausführungsgesetzen aber Landesache ist. Da das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz ein einfaches Bundesgesetz, hingegen das ebenfalls in Vorbereitung stehende Krankenanstaltengesetz ein Grundsatzgesetz des Bundes sein wird, wäre es angezeigt, die Regelung dieser Materie auch in das Grundsatzgesetz, betreffend das Krankenanstaltenrecht, zu übernehmen.

4. Die Geldleistungen nach § 7 des Mutterschutzgesetzes vom 17. Mai 1942, DRGBl. I S. 321 (Wochen- und Stillgeld) werden bei gleichzeitiger Aufhebung dieser Bestimmung des Mutterschutzgesetzes als Versicherungsleistung übernommen, das heißt, die im derzeit geltenden Recht vorgesehenen eingeschränkten Leistungen der Versicherung (Wochengeld in der Höhe des Krankengeldes und Stillgeld in der Höhe des halben Krankengeldes) werden entsprechend erweitert, sodaß die derzeit vorgesehenen Ergänzungsleistungen des Bundes nach dem Mutterschutzgesetz entfallen können. Den Versicherungsträgern wird aber nach wie vor ein Anspruch auf Kostenersatz im beiläufigen bisherigen Ausmaß gegenüber dem Bund eingeräumt. Das Stillgeld wird als Regelleistung mit 2 S täglich ungefähr in der bisherigen Höhe beibehalten, als satzungsmäßige Mehrleistung kann es bis auf 5 S erhöht werden. Die Leistung des Wochengeldes wird bei gewissen Gruppen von Versicherten (freiwillig Versicherte, vom Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossene Pflichtversicherte, den Dienstnehmern gleichgestellte pflichtversicherte selbständig Erwerbstätige und aus der Pflichtversicherung ausgeschiedene, aber noch anspruchsberechtigte Personen) durch eine einmalige Geldleistung in der Form eines namhaft erhöhten Entbindungsbeitrages ersetzt.

Im besonderen wird zu den einzelnen Bestimmungen erläuternd bemerkt:

Zum Abschnitt I (§§ 116 bis 132): Gemeinsame Bestimmungen.

Zu den §§ 116 bis 124:

Bei der Aufzählung der Versicherungsfälle im § 116 Abs. 1 wird — wie oben erwähnt — die Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit als besonderer Versicherungsfall angeführt, dies in der Erwägung, daß dieser Versicherungsfall den ebenso sozialpolitisch wie finanziell bedeutsamen Anspruch auf Krankengeld auslöst und es daher angezeigt erscheint, zur Schaffung

klarer Rechtsverhältnisse auch den Zeitpunkt des Eintrittes dieses Versicherungsfalles im § 120 besonders zu fixieren. Die Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit kann gleichzeitig mit dem Zeitpunkt des Eintrittes des Versicherungsfalles der Krankheit selbst einsetzen oder aber auch erst in einem späteren Zeitpunkt eintreten, nach dem schon einige Zeit Krankheit, die ärztliche Hilfe und die Anwendung von Heilmitteln erforderte, jedoch zunächst Arbeitsunfähigkeit nicht zur Folge hatte, bestanden hat. Die genaue Festlegung des Zeitpunktes des Eintrittes des Versicherungsfalles, insbesondere auch des Versicherungsfalles der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, ist schon im Hinblick auf die Formulierung des § 122 notwendig, wonach die Leistungen der Krankenversicherung in erster Linie für Versicherungsfälle gewährt werden, die während des Bestandes der Versicherung eingetreten sind.

Die Bestimmung des § 119 überträgt dem Träger der Krankenversicherung ebenso wie im bisherigen Recht die Leistungspflicht auch dann, wenn es sich um die Folgen eines Arbeitsunfalles oder um eine Berufskrankheit handelt. Dem Träger der Krankenversicherung steht in diesem Fall allerdings ein Ersatzanspruch gegen den Träger der Unfallversicherung zu, dessen Ausmaß im ersten Abschnitt des Fünften Teiles der Vorlage geregelt ist.

Bei der Festlegung des Zeitpunktes des Eintrittes des Versicherungsfalles im § 120 werden hinsichtlich der Definition des Begriffes „Krankheit“ die Grundsätze herangezogen, die sich in der Judikatur zu diesem Begriff herausgebildet haben. Der Eintritt des Versicherungsfalles der Mutterschaft wird mit dem Beginn der 6. Woche vor der Entbindung festgelegt, und zwar in der Erwägung, daß die Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft in Form des Wochengeldes für die letzten sechs Wochen vor der voraussichtlichen Entbindung gebühren. In konsequenter Beachtung des Grundsatzes, daß Versicherungsleistungen erst nach Eintritt des Versicherungsfalles fällig werden können, erwies es sich als zweckmäßig, den Versicherungsfall der Mutterschaft bereits sechs Wochen vor der Entbindung eintreten zu lassen. Es wird dadurch auch erreicht, daß das Wochengeld schon vor der Entbindung allwöchentlich fällig wird und ausgezahlt werden kann, während es im bisherigen Recht einer diesbezüglichen Ausnahmebestimmung bedurfte (§ 195 a Abs. 3 RVO.).

Die Bestimmungen des § 121 über die Art der Leistungen der Krankenversicherung schließen mit der Einteilung in Pflichtleistungen und freiwilligen Leistungen an das bisherige Recht an, wobei die Pflichtleistungen

entweder als gesetzliche Mindestleistungen oder als satzungsmäßige Mehrleistungen gewährt werden. Um die bereits im bisherigen Recht vorgesehene Einrichtung der satzungsmäßigen Mehrleistungen, die sich im Hinblick auf die größere Anpassungsfähigkeit an die jeweiligen sozialen und finanziellen Verhältnisse als sehr zweckmäßig erwiesen hat, mit den Grundsätzen der österreichischen Bundesverfassung (Art. 18 B.-VG.) in Einklang zu bringen, wird im § 121 Abs. 3 die gesetzliche Ermächtigung dahingehend abgegrenzt, daß als solche satzungsmäßige Mehrleistungen nur unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten vorgesehen werden dürfen. Darüber hinaus setzt das Gesetz bei den einzelnen Bestimmungen des Zweiten Teiles, in denen satzungsmäßige Mehrleistungen vorgesehen sind, jeweils noch weitere Grenzen fest, innerhalb deren die satzungsmäßigen Mehrleistungen gewährt werden können.

Im § 122 Abs. 1 zweiter Satz wird der seit jeher in der Krankenversicherung geltende Grundsatz aufgenommen, daß auch nach dem Ende der Versicherung für einen vorher eingetretenen Versicherungsfall auszuführen ist, solange die Voraussetzungen für den Anspruch überhaupt gegeben sind. In den Abs. 2 bis 5 des § 122 wird zusammenfassend geregelt, an welche Personen und unter welchen Voraussetzungen auch für Versicherungsfälle, die nach dem Ende der Versicherung eintreten, als weiter ausstrahlende Auswirkung einer vorangegangenen Versicherung Leistungen zu gewähren sind. Es kommen hier vier Fälle in Betracht:

1. Während des Bezuges von Kranken- oder Wochengeld oder während einer auf Rechnung des Versicherungsträgers gewährten Anstaltspflege tritt der Versicherungsfall der Krankheit bei einem Familienangehörigen des aus der Versicherung bereits ausgeschiedenen Anspruchsberechtigten ein.

2. Während des Bezuges von Kranken- oder Wochengeld oder während einer auf Rechnung des Versicherungsträgers gewährten Anstaltspflege tritt bei dem aus der Versicherung bereits ausgeschiedenen selbst ein weiterer Versicherungsfall ein, sei es der Versicherungsfall einer neuen Krankheit, sei es der Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge einer neuen Krankheit, sei es der Versicherungsfall der Mutterschaft oder der Versicherungsfall des Todes.

3. Nach dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung und innerhalb der vorgesehenen Schutzfristen tritt bei dem erwerbslos gewordenen ehemals Versicherten oder einem seiner Familienangehörigen einer der Ver-

sicherungsfälle ein, für die Leistungen der Krankenversicherung vorgesehen sind.

4. Der Versicherungsfall der Mutterschaft tritt innerhalb der im § 122 Abs. 3 vorgesehenen besonderen Schutzfrist von sechs Wochen nach dem Ende der Pflichtversicherung ein.

In allen diesen Fällen wird eine Anspruchsberechtigung eingeräumt, obwohl der Anspruchsberechtigte nicht mehr dem Kreise der Pflichtversicherten angehört.

Die dem § 116 als Abs. 2 angefügte Ermächtigung gibt den Trägern der Krankenversicherung die Möglichkeit, auch fremde Einrichtungen, die der Betreuung von Kranken oder der Krankheitsverhütung dienen, zu fördern und zu unterstützen, vorausgesetzt, daß diese Einrichtungen gemeinnützig sind und daß durch eine solche Maßnahme die Erfüllung der Hauptaufgaben der Krankenversicherung, wie sie im Abs. 1 des § 116 angeführt sind, nicht gefährdet wird. Als solche Einrichtungen kommen zum Beispiel Einrichtungen von Gewerkschaften und anderen nicht Erwerbszwecken dienenden Organisationen für die Krankenbehandlung und Krankheitsverhütung in Frage, wie von solchen Organisationen betriebene Heime für Rekonvaleszente oder gesundheitsgefährdete Arbeiter und Angestellte und deren Familienangehörige, medizinisch-wissenschaftliche Forschungsinstitute und dergleichen mehr. Hiedurch wird den Krankenversicherungsträgern die Möglichkeit gegeben, in bescheidenem Rahmen Mittel für Betreuungs- und Fürsorgezwecke auszugeben, die letzten Endes wieder den Versicherten zugute kommen.

Im § 123 wird der Kreis der Familienangehörigen, für die bei Eintritt des Versicherungsfalles in ihrer Person Leistungen gewährt werden, im wesentlichen gleich abgegrenzt wie nach dem bisherigen Recht. Als Altersgrenze für die Einbeziehung in den Schutz der Krankenversicherung sieht die Vorlage bei Kindern und Enkeln das vollendete 18. Lebensjahr vor. Darüber hinaus wird bis zur äußersten Grenze des vollendeten 24. Lebensjahres die Angehörigeneigenschaft anerkannt, wenn die in der Vorlage genau angegebenen besonderen Gründe (Berufsausbildung, Gebrechlichkeit) bei den betreffenden Familienangehörigen zutreffen. Nach dem derzeit geltenden Recht war es der Satzung des Versicherungsträgers überlassen geblieben, eine Altersgrenze festzusetzen. Um eine gleiche Behandlung der Versicherten bei allen Trägern der Versicherung sicherzustellen, wird die Autonomie der Versicherungsträger in dieser Frage auf Vorschlag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger eingeschränkt. Die Herabsetzung der Altersgrenze im Wege einer Satzungsbestimmung wird

also in Hinkunft als Maßnahme zur finanziellen Sanierung eines Institutes nicht mehr möglich sein. Bezüglich der Frage, welcher Versicherungsträger die Leistungen zu erbringen habe, wenn infolge mehrfacher Angehörigeneigenschaft die Zuständigkeit mehrerer Versicherungsträger gegeben ist (§ 123 Abs. 4), wird die Regelung dahin getroffen, daß der zuerst in Anspruch genommene Versicherungsträger die Leistungen zu erbringen habe. Aus Gründen der Vereinfachung wird davon Abstand genommen, in diesem Falle eine Rückverrechnung mit den anderen in Betracht kommenden Versicherungsträgern vorzusehen. Eine kleine Erweiterung sieht die Vorlage bezüglich der Mutter, Tochter (auch Stief-, Enkel- oder Pflegetochter) oder Schwester des (der) Versicherten vor, die eine bestimmte Zeit hindurch den Haushalt des (der) Versicherten führen (Wirtschaftsführerin). Als besondere Voraussetzung für diesen aus dem früheren österreichischen Recht (§ 158 Abs. 2 Z. 5 und § 228 Abs. 2 Z. 4 Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz 1938) übernommenen erweiterten Familienschutz ist bei männlichen Versicherten erforderlich, daß eine arbeitsfähige Gattin nicht vorhanden ist, bei weiblichen Versicherten, daß sie in Beschäftigung steht oder den Hilflosenzuschuß aus der Pensionsversicherung bezieht. Im übrigen kann Eltern und Geschwistern oder anderen Familienangehörigen des Versicherten sowie auch der nicht verwandten Wirtschaftsführerin eines männlichen Versicherten der Schutz der Krankenversicherung unter gewissen Voraussetzungen, insbesondere unter der Voraussetzung der häuslichen Gemeinschaft, zugewendet werden, wenn die Satzung des Versicherungsträgers dies ausdrücklich bestimmt. Auch hier wird aus verfassungsrechtlichen Gründen die dem Versicherungsträger erteilte Ermächtigung, durch die Satzung weitere Personen in den Kreis der Angehörigen einzubeziehen, dadurch eingeschränkt, daß hiebei auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers Bedacht zu nehmen ist.

Zu den §§ 125 bis 127:

§ 125 sieht als Bemessungsgrundlage für die Barleistungen der Krankenversicherung (mit Ausnahme der Barleistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft), also für die Bemessung des Krankengeldes, des Familiengeldes, Taggeldes und des Sterbegeldes im Anschluß an die in Aussicht genommene Regelung des Beitragsrechtes den Tageswert der Lohnstufe vor, in die der Versicherte auf Grund seines Arbeitsverdienstes zuletzt vor dem Versicherungsfall eingereiht war. Da aber die Ermittlung der Beitragsgrundlage nach Lohnstufen nicht allgemein zwingend vorgeschrieben

ist, sondern es der Satzung des Versicherungsträgers überlassen ist, ob und inwieweit die Beitragsgrundlage nach Lohnstufen ermittelt werden soll, ist es notwendig, auch eine Regelung für den Fall zu treffen, daß sich die Beitragsgrundlage nach dem wirklichen Arbeitsverdienst richtet. Dieser selbst wird aber nicht als Bemessungsgrundlage für die Barleistungen herangezogen. Im Interesse einer Vereinfachung erscheint es geboten, hier eine fiktive Beitragsgrundlage nach Lohnstufen zu ermitteln und diese sodann als Bemessungsgrundlage für die Barleistungen zu nehmen. Die Vorlage übernimmt auch hierin einen Vorschlag, den der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger dem Bundesministerium für soziale Verwaltung erstattet hat.

Die im bisherigen Recht (§ 12 Abs. 4 Rentenbemessungsgesetz) vorgesehene Art der Berücksichtigung der Sonderzahlungen bei der Bemessung der Geldleistungen der Krankenversicherung bereitete bei der praktischen Durchführung große Schwierigkeiten. Die Sonderzahlungen waren bisher in der Weise zu berücksichtigen, daß zum Grundlohn ein Zuschlag hinzuzurechnen war, der dem auf einen Kalendertag entfallenden Teil der beitragspflichtigen Sonderzahlungen, die im Jahre des Eintrittes des Versicherungsfalles fällig geworden sind, entsprach. Diese Regelung wurde in die Vorlage nicht mehr übernommen. Die Berücksichtigung der Sonderzahlungen soll nach der Bestimmung des § 125 Abs. 3 vielmehr pauschalmäßig durch Erhöhung der Bemessungsgrundlage um einen Hundertsatz erfolgen, der in der Satzung des Versicherungsträgers einheitlich oder gesondert für bestimmte Gruppen von Versicherten unter Bedachtnahme auf den Durchschnittswert der Sonderzahlung festgesetzt wird. Die Berechnung der Geldleistungen wird hiedurch wesentlich vereinfacht werden. In den Fällen, in denen die von den Sonderzahlungen zu entrichtenden Sonderbeiträge auf Grund des im § 54 Abs. 2 vorgesehenen Verfahrens pauschalmäßig in Hundertteilen der allgemeinen Beitragsgrundlage zu errechnen sind, ist dieser für die Errechnung der Sonderbeiträge festgesetzte Hundertsatz gleichzeitig auch für die Erhöhung der Bemessungsgrundlage für die Geldleistungen der Krankenversicherung heranzuziehen.

Für die Geldleistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft erübrigt sich nach der in der Vorlage getroffenen Regelung die Festsetzung einer Bemessungsgrundlage. Diese Leistungen sind entweder, wie das Stillgeld und der Entbindungsbeitrag, im Gesetz selbst mit einem festen Betrag bestimmt (§§ 163

und 164) oder es wird die Leistung, wie beim Wochengeld, in Anlehnung an die bisher geltenden Bestimmungen des § 7 des Mutterschutzgesetzes nach dem durchschnittlichen Arbeitsverdienst der letzten 13 Wochen, vermindert um die gesetzlichen Abzüge, bemessen (§ 162).

Bei Weiterversicherten und Selbstversicherten ist eine Bemessungsgrundlage nur hinsichtlich des Sterbegeldes erforderlich, das gemäß § 171 in einem Vielfachen der Bemessungsgrundlage gewährt wird. Die sonst für Weiterversicherte und Selbstversicherte noch in Betracht kommenden Barleistungen (Stillgeld, Entbindungsbeitrag) werden im Gesetz mit festen Beträgen festgesetzt (§§ 163 und 164). Für sie erübrigt sich daher die Bestimmung einer Bemessungsgrundlage.

Zu den §§ 128 bis 130:

Die §§ 128 bis 130 enthalten die erforderlichen leistungsrechtlichen Sonderbestimmungen für Personen,

1. die mehrfach in der gesetzlichen Krankenversicherung erfaßt sind, sei es auf Grund mehrerer Beschäftigungen oder auf Grund einer Beschäftigung und des Bezuges einer Sozialversicherungsrente;

2. die ihren ordentlichen Wohnsitz außerhalb des Sprengels des für sie zuständigen Versicherungsträgers haben und

3. die sich im dienstlichen Auftrag im Ausland aufhalten und bei denen während eines solchen Auslandsaufenthaltes der Versicherungsfall eintritt.

Die Sonderregelung für die unter Z. 1 bezeichneten Personen ist notwendig, weil die Vorlage eine mehrfache Versicherung nicht ausschließt. Übt zum Beispiel der Versicherte mehrere Beschäftigungen nebeneinander aus, von denen jede die Voraussetzungen für die Pflichtversicherung aufweist, so tritt in jeder dieser Beschäftigungen die Pflichtversicherung ein. Das gleiche gilt, wenn ein aus dem Titel des Rentenbezuges für den Krankheitsfall Versicherter einer versicherungspflichtigen Beschäftigung nachgeht. In allen diesen Fällen besteht in jeder dieser Versicherungen die Pflicht zur Entrichtung der Beiträge, wobei die Höchstbeitragsgrundlage in jedem einzelnen Beschäftigungsverhältnis zu berücksichtigen ist (§ 45 Abs. 2). Es ist daher recht und billig, daß ein derart mehrfach Versicherter auch die Barleistungen aus jeder der in Betracht kommenden Versicherungen erhält. Hingegen läßt es die Eigenart der Sachleistungen nicht zu, auch diese Leistungen für ein und denselben Versicherungsfall mehrfach zu gewähren. Die in der Vorlage vorgesehene Regelung entspricht

im wesentlichen der Regelung im bisherigen Recht.

Die Sonderregelung für die oben unter Z. 2 bezeichneten Personen trägt praktischen Bedürfnissen Rechnung und soll den Versicherten und deren Angehörigen, soweit sie ihren ordentlichen Wohnsitz außerhalb des Sprengels des für sie zuständigen Versicherungsträgers haben, die Inanspruchnahme der Leistungen erleichtern und die wechselseitigen Beziehungen der hiebei beteiligten Versicherungsträger nach erprobtem Vorbild des derzeit geltenden Rechtes regeln.

Die Sonderregelung für die oben unter Z. 3 genannten Personen schließt an die Bestimmungen des § 3 Abs. 2 der Vorlage an, die abweichend von dem sonst in der Sozialversicherung geltenden Territorialitätsprinzip unter gewissen Voraussetzungen mehrere Gruppen von Personen dem österreichischen Sozialversicherungsrecht unterstellen, die nicht im Inland, sondern im Ausland beschäftigt sind. Tritt bei solchen Personen der Versicherungsfall während des Aufenthaltes im Ausland ein, so sind sie grundsätzlich ebenso anspruchsberechtigt wie Pflichtversicherte, bei denen der Versicherungsfall während der Beschäftigung im Inland eintritt. Da aber der inländische Versicherungsträger — abgesehen von zwischenstaatlichen Regelungen, die eine Verwaltungshilfe des örtlich und sachlich in Betracht kommenden ausländischen Versicherungsträgers vorsehen — in den Fällen der Erkrankung des berechtigten Versicherten im Ausland praktisch keine Möglichkeit hat, dem Versicherten die Sachleistungen der Versicherung durch eigene oder Vertragseinrichtungen der Krankenbehandlung zur Verfügung zu stellen und auch eine Erfassung und Kontrolle der erkrankten Versicherten im Ausland durch den inländischen Versicherungsträger nicht möglich ist, wird der berechtigte Versicherte mit seinen Leistungsansprüchen zunächst an den Dienstgeber gewiesen, in dessen Auftrag er im Ausland tätig geworden ist. Der Dienstgeber seinerseits erhält die von ihm ausgelegten Kosten vom inländischen Versicherungsträger in den Grenzen erstattet, die sich im allgemeinen aus der Leistungspflicht bei Erkrankungen im Inland ergeben. Ein erhöhter Kostenersatz ist für die Fälle vorgesehen, in denen der Dienstgeber dem berechtigten Versicherten das Entgelt während der Erkrankung im Ausland weiterzahlt. In diesen Fällen wäre es unbillig, den inländischen Versicherungsträger durch den Wegfall des Krankengeldes einfach zu entlasten und den Dienstgeber auf die im Abs. 3 festgesetzten Höchstbeträge des Kostenersatzes zu beschränken, die in der Regel weit hinter den

tatsächlichen Kosten zurückbleiben werden, die dem Dienstgeber aus der Verpflichtung nach Abs. 1 erwachsen sind. Der inländische Versicherungsträger wird daher im Abs. 4 verpflichtet, in den Fällen des Entgeltfortbezuges und damit des Entfalles des Krankengeldanspruches des Versicherten einen Kostenersatz bis zur doppelten Höhe der nach Abs. 2 bestimmten Höchstsätze zu gewähren.

Zu den §§ 131 und 132:

Die §§ 131 und 132 sehen — hinsichtlich der im folgenden unter Z. 2 und Z. 3 genannten Punkte in Nachbildung geltender Vorschriften — bare Leistungen als Ersatz für Sachleistungen vor, und zwar

1. für den Fall, daß der Anspruchsberechtigte die Vertragseinrichtungen, insbesondere Vertragsärzte, oder die eigenen Einrichtungen des Versicherungsträgers zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe) nicht in Anspruch nimmt (§ 131 Abs. 1 und 2);

2. für den Fall, daß bei einer plötzlichen Erkrankung oder bei einem Unfall oder einem ähnlichen Ereignis ein Vertragsarzt oder eine Vertragskrankenanstalt oder eigene Einrichtungen des Versicherungsträgers für die ärztliche Hilfe nicht rechtzeitig die notwendige Hilfe leisten können (§ 131 Abs. 3 und 4);

3. für den Fall, daß die Satzung Versicherte in besonders günstiger wirtschaftlicher Lage auf bare Leistungen an Stelle der Sachleistungen allgemein verweist (§ 132).

Die unter Z. 1 angeführte Regelung stellt in der Krankenversicherung der Arbeiter und Angestellten eine Neuerung gegenüber dem bisher geltenden Recht dar. Eine ähnliche Regelung hat es bisher nur in der nach dem Bundesangestellten - Krankenversicherungsgesetz 1937 geregelten Krankenversicherung (§ 8 Abs. 1) gegeben. In der Krankenversicherung der Arbeiter und Angestellten waren beim Vorhandensein von eigenen oder Vertragseinrichtungen der Versicherungsträger für die Gewährung der Arzthilfe Kostenvergütungen bei Inanspruchnahme anderer ärztlicher Hilfe lediglich in den unter Z. 2 genannten Fällen vorgesehen. Der Versicherte wird nach den Bestimmungen des § 131 Abs. 1 und 2 bei der Auswahl des ihm zusagenden Arztes nicht auf den Kreis der Vertragsärzte der Versicherungsträger beschränkt sein. Er wird auch bei der Inanspruchnahme einer Nichtvertragseinrichtung eine Kostenvergütung in dem Ausmaß der Kosten erhalten, die dem Versicherungsträger bei Inanspruchnahme einer Vertragseinrichtung erwachsen wären. Diese Einrichtung der wahlweisen Behandlung durch Nichtvertragsärzte kommt einer Forderung

der Ärzteschaft entgegen, die bei den Vorbereitungen des Gesetzentwurfes mit Nachdruck die Zulassung aller freiberuflich tätigen Ärzte zur Tätigkeit im Rahmen der Sozialversicherung verlangte. Dadurch, daß der Versicherte im Falle der Inanspruchnahme eines nicht im Vertrag zur Sozialversicherung stehenden Arztes in der Regel nur einen Teil der von ihm zunächst selbst gezahlten Kosten der Arzthilfe ersetzt erhält und er daher in nennenswertem Ausmaß an den Kosten beteiligt bleibt, ist der Gefahr einer nicht gerechtfertigten Überinanspruchnahme von Mitteln der Krankenversicherung vorgebeugt. Da der nicht im Vertragsverhältnis stehende Arzt weder Heilmittel oder Heilbehelfe als Sachleistungen auf Rechnung des Versicherungsträgers verschreiben kann noch auch berechtigt ist, die Arbeitsunfähigkeit des erkrankten Versicherten in einer für den Versicherungsträger verbindlichen Weise festzustellen, ergibt sich zwangsläufig die Notwendigkeit, auch für die Heilmittel und Heilbehelfe in solchen Fällen Kostenersatz zu gewähren beziehungsweise dafür Vorsorge zu treffen, in welcher Weise die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten festzustellen ist. Zweckmäßigerweise wird bei der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit der vertrauensärztliche Dienst des Versicherungsträgers heranzuziehen sein, wobei eine Bescheinigung des behandelnden Privatärztes über die Art und Dauer der Behandlung und der getroffenen therapeutischen Maßnahmen entsprechend zu beachten sein wird.

Die Regelung unter Z. 2 ersetzt im wesentlichen die für derartige Fälle schon bisher vorgesehene Regelung des § 73 Abs. 2 SV-ÜG. Der Kostenersatz geht in diesen Fällen weiter als in den Fällen des § 131 Abs. 1 und 2, weil er nicht auf den Betrag eingeschränkt ist, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragseinrichtung vom Versicherungsträger aufzuwenden gewesen wäre.

Eine der Regelung des § 132 — oben unter Z. 3 angeführt — entsprechende Bestimmung war bereits im § 52 Abs. 4 SV-ÜG. vorgesehen.

Zum Abschnitt II (§§ 133 bis 171): Leistungen aus den einzelnen Versicherungsfällen.

Zu den §§ 133 bis 137:

Der Umfang der Krankenbehandlung (bisher Krankenpflege genannt) ist im wesentlichen der gleiche wie nach dem geltenden Recht. Die bisher gebräuchliche Sammelbezeichnung „Krankenpflege“ für die Leistungen der ärztlichen Hilfe, Heilmittel und Heilbehelfe wurde im Hinblick auf das Kran-

kenpflegegesetz als zu eng erachtet und durch die Bezeichnung „Krankenbehandlung“ ersetzt. Die Dauer der Krankenbehandlung wird, solange das Versicherungsverhältnis besteht, zeitlich nicht begrenzt. Eine während dieser Zeit begonnene Krankenbehandlung wird noch durch 26 Wochen weitergewährt, nachdem die Versicherung geendet hat. Bezieht der Erkrankte Krankengeld, dann gebührt die Krankenbehandlung selbstverständlich für die ganze Dauer des Krankengeldanspruches. Diese für die Versicherten sehr günstige Regelung wurde unverändert aus dem derzeit geltenden Recht übernommen. Ebenso wurde auch der Grundsatz der freien Arztwahl, der im § 70 Abs. 1 lit. a des SV-ÜG. enthalten ist, in den § 135 Abs. 2 übernommen. Dieser Grundsatz soll auch gegenüber eigenen Einrichtungen des Versicherungsträgers (Verbände) für die Gewährung der ärztlichen Hilfe (Ambulatorien) gelten, das heißt, es soll dem Versicherten freigestellt bleiben, ob er die ärztliche Hilfe bei einem freiberuflich tätigen Vertragsarzt oder in einer kasseneigenen Einrichtung (Ambulatorium) in Anspruch nimmt. Eine Einschränkung dieses Wahlrechtes darf auch bei Röntgenleistungen, physiko-therapeutischen Behandlungen und Laboratoriumsuntersuchungen nicht Platz greifen. Die Inanspruchnahme der eigenen Einrichtungen des Versicherungsträgers zur Gewährung der Leistungen der Krankenbehandlung, insbesondere der Ambulatorien, soll künftighin auch dadurch nicht begünstigt werden, daß die Zuzahlungen der die Leistung in Anspruch nehmenden Personen in verschiedener Höhe festgesetzt werden, je nachdem, ob die eigene Einrichtung des Versicherungsträgers (Ambulatorium) oder ein freiberuflich tätiger Vertragsarzt in Anspruch genommen wird. Im übrigen sei an dieser Stelle auf die Ausführungen zu den §§ 131 und 132 hingewiesen, die sich mit dem Recht des Versicherten auf Rückersatz der zunächst von ihm selbst bestrittenen Kosten der Inanspruchnahme eines nicht im Vertrag stehenden freiberuflich tätigen Arztes befassen.

Eine Neuerung bringt die Vorlage im § 136 Abs. 3 bezüglich der Einführung einer Rezeptgebühr beim Bezug von Heilmitteln auf Rechnung des Versicherungsträgers. Eine im wesentlichen gleichartige Einrichtung besteht bereits seit langem in der Krankenversicherung der Bundesangestellten. Es erwies sich angesichts der angespannten finanziellen Lage bei einer Reihe von Krankenversicherungsträgern wie auch im Hinblick auf die ständig ansteigenden Ausgaben der Krankenversicherungsträger auf dem Medikamentensektor als notwendig, diese Maßnahme auch in der allgemeinen Krankenversicherung der Arbeiter und Ange-

stellten einzuführen, um durch eine solche Beteiligung des Versicherten an den Kosten der Heilmittel einem unwirtschaftlichen Überkonsum vorzubeugen. Bei dem bestehenden System der freien Arztwahl ist das Ausmaß der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe und damit auch des Heilmittelbezuges dem Versicherten anheimgegeben. Es müssen daher Vorkehrungen getroffen werden, daß die für den Versicherungsträger notwendige Ökonomie im Bezug von Heilmitteln gewährleistet ist. Bei dem großen Umfang dieser Leistungen sind Einrichtungen der Kontrolle, mögen sie auch noch so gewissenhaft durchgeführt werden, nicht ausreichend, um dem Überkonsum zu steuern. Daß ein solcher Überkonsum besteht, geht aus den Gebarungsausweisen der Versicherungsträger unzweifelhaft hervor. Der Aufwand für Heilmittel ist zu einer Höhe angewachsen, welche die Leistungsfähigkeit der Versicherungsträger beträchtlich übersteigt. Er ist auch noch weiterhin im Ansteigen begriffen. Durch die Einführung der Rezeptgebühr werden die Versicherten an einem wirtschaftlichen Konsum mitinteressiert, ohne daß der Bezug der notwendigen Heilmittel wesentlich erschwert wird. Es soll hiedurch vor allem der Verbrauch an solchen Heilmitteln unter Kontrolle gebracht werden, die erfahrungsgemäß in großer Menge an die Versicherten und deren Familienangehörigen immer wieder ausgegeben zu werden pflegen, wie zum Beispiel Kopfwepulver und dergleichen mehr, und die Krankenversicherungsträger außerordentlich belasten.

Die Rezeptgebühr muß in einer Höhe festgesetzt werden, daß das Interesse des Versicherten an einem wirtschaftlichen Konsum wachgerufen wird, andererseits aber die Gebühr für ihn keine unerträgliche Belastung bedeutet. In der Familienhilfe werden die Versicherten bei den meisten Trägern der allgemeinen Krankenversicherung schon nach bisherigem Recht an den Kosten der Heilmittel in der Weise beteiligt, daß der Versicherungsträger nur 80 v. H. der Kosten trägt. Die gesetzliche Handhabe hierfür bietet im bisherigen Recht § 205 Abs. 1 RVO., der grundsätzlich nur eine teilweise Erstattung der Kosten durch den Versicherungsträger vorsieht. Um die praktische Durchführung zu erleichtern, wird in der Vorlage hinsichtlich der Rezeptgebühr sowohl für die Versicherten selbst wie auch für deren Familienangehörige eine einheitliche Regelung getroffen. Der als Rezeptgebühr vorgesehene Betrag von 2 S entspricht ungefähr dem schon derzeit in der Familienhilfe zu tragenden durchschnittlichen Kostenanteil des Versicherten von 20 v. H., wenn man annimmt, daß der durchschnittliche Wert eines verordneten Heil-

mittels zwischen 10 und 12 S liegt. In der Familienhilfe wird daher die Einführung der Rezeptgebühr für die Versicherten insgesamt betrachtet keine Mehrbelastung mit sich bringen, bei kostspieligen Arzneien wird die Neuregelung für den Versicherten in der Familienhilfe sogar eine Entlastung mit sich bringen, weil der Beitrag von 2 S bei solchen Heilmitteln wesentlich niedriger sein wird als der bisherige 20%ige Selbstbehalt.

Die Abgabe von Heilmitteln für anzeigepflichtige, übertragbare Krankheiten ist von Gesetzes wegen rezeptgebührenfrei. Darüber hinaus werden der Satzung der Versicherungsträger eine Reihe von Möglichkeiten zur Milderung dieser starren gesetzlichen Regelung eingeräumt. Vor allem wird die Satzung ermächtigt, die Rezeptgebühr mit einem niedrigeren festen Betrag als 2 S festzusetzen oder von der Einhebung einer Rezeptgebühr überhaupt Abstand zu nehmen. Von dieser Möglichkeit werden solche Versicherungsträger Gebrauch machen können, deren finanzielle Lage beziehungsweise deren Aufwand auf dem Medikamentensektor die Einhebung der Rezeptgebühr in der vollen gesetzlichen Höhe nicht notwendig erscheinen läßt. Eine weitere Möglichkeit zur Milderung von Härten, die die Einhebung der Rezeptgebühr mit sich bringen kann, bietet die Vorlage mit der Bestimmung, daß durch die Satzung auch bei anderen als übertragbaren Krankheiten oder allgemein bei Krankheiten von einer bestimmten längeren Dauer von der Einhebung der Rezeptgebühr abgesehen werden kann und schließlich auch Gruppen von sozial schutzbedürftigen Personen von der Entrichtung einer Rezeptgebühr befreit werden können.

Um die praktische Durchführung zu erleichtern, wird für den gebührenfreien Bezug von Heilmitteln die Auflegung besonderer Rezeptformulare vorgesehen, die den Aufdruck „rezeptgebührenfrei“ tragen sollen. Solche Vordrucke werden vom Versicherungsträger zweckmäßigerweise fortlaufend zu numerieren sein und nur durch den Chefarzt oder Vertrauensarzt der Krankenkasse abgegeben werden.

Zu § 137:

Die Bestimmungen des § 137 über die Heilbehelfe enthalten keine wesentlichen Änderungen gegenüber dem geltenden Recht. Gewisse Heilbehelfe, wie Brillen, Schuheinlagen und sonstige kleinere Heilbehelfe, deren Kosten einen in der Satzung zu bestimmenden Betrag nicht übersteigen, werden nach wie vor als Regelleistungen zu gewähren sein. Darüber hinausgehend können auch noch andere Heilbehelfe als satzungsmäßige Mehrleistungen unter den allgemeinen Voraussetzungen des § 121 Abs. 3 satzungsmäßig eingeräumt werden.

Zu den §§ 138 bis 143:

Der 2. Unterabschnitt (§§ 138 bis 143) enthält eine zusammenfassende Regelung des Anspruches auf Krankengeld. Grundsätzlich sollen nur Pflichtversicherte und aus der Pflichtversicherung ausgeschiedene, aber noch anspruchsberechtigte Personen diese Geldleistung beim Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit erhalten. Für Weiterversicherte und freiwillig Versicherte wird Krankengeld, das ja den bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit ausfallenden Arbeitslohn ersetzen soll, nicht gewährt. Aber auch von den Pflichtversicherten müssen gewisse Gruppen vom Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen werden, weil bei ihnen ein Ersatz des bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit ausfallenden Lohnes von vornherein nicht in Frage kommt. Es sind dies:

1. Lehrlinge ohne Entgelt, soweit es solche derzeit überhaupt noch gibt,

2. nach § 4 Abs. 1 Z. 3 und 4 pflichtversicherte, in Ausbildung stehende Personen ohne Bezüge, wie zum Beispiel in Berufsausbildung stehende Ärzte ohne Entgelt, in Ausbildung stehende Rechtspraktikanten, die kein Entgelt erhalten,

3. in der Krankenversicherung der Rentner Bezieher einer Rente aus der Pensionsversicherung.

Die Höchstdauer des Krankengeldanspruches wird wie im bisherigen Recht mit 26 Wochen als gesetzliche Mindestleistung festgelegt. Es wird den Trägern der Krankenversicherung freigestellt, in ihrer Satzung die Dauer der Krankenhilfe unter den Voraussetzungen des § 121 Abs. 3 bis auf ein Jahr zu erweitern. Von der ursprünglich in Aussicht genommenen Erweiterung der gesetzlichen Höchstdauer des Krankengeldanspruches auf 52 Wochen wurde im Zuge der Vorberatungen über den Entwurf Abstand genommen, um den Versicherungsträgern immerhin die Möglichkeit offenzulassen, einer allfälligen künftigen ungünstigen finanziellen Entwicklung durch eine Anpassung des Leistungsumfanges auch in dieser Hinsicht Rechnung zu tragen.

Abs. 3 des § 139 enthält Bestimmungen darüber, unter welchen Voraussetzungen das Krankengeld bei Wiedererkrankung an derselben nicht behobenen Krankheitsursache gebührt, und zwar sowohl im Falle der Unterbrechung des Krankenstandes vor Ablauf der gesetzlichen oder satzungsmäßigen Höchstdauer als auch im Falle der Wiedererkrankung nach Ablauf der Höchstdauer. Im erstgenannten Fall entstand nach der Rechtsprechung der Schiedsgerichte kein neuer Anspruch auf Krankengeld, wenn der Versicherte nach dem ersten Krankenstand nicht wieder arbeitsfähig wurde und keine neue

Krankheit, sondern dasselbe Leiden neuerlich Behandlung erforderte. Es wurden also in einem solchen Falle die Zeiten der Arbeitsunfähigkeit für die Beurteilung des Ablaufes der Höchstdauer zusammengerechnet, wobei die Dauer der Unterbrechung im Gesetz nicht begrenzt war. In der Vorlage wird eine solche Begrenzung in der Dauer von vier Monaten vorgenommen. Wird der Versicherte vor Ablauf der Höchstdauer, aber nach Ablauf der Frist von vier Monaten infolge derselben Krankheit neuerdings arbeitsunfähig, so beginnt ein neuer Versicherungsfall, für den wiederum Anspruch auf Krankengeld für die Höchstdauer ohne Anrechnung der früheren Krankheitsdauer besteht. Auch die Regelung im zweiten Satz des § 139 Abs. 3 weicht von der derzeit geltenden Regelung ab. Sie betrifft die sogenannten Ausgesteuerten, daß heißt, die Versicherten, deren Krankengeldanspruch wegen Ablaufes der Höchstdauer erschöpft ist. Tritt ein solcher Ausgesteuerter in der Folgezeit wieder in ein Versicherungsverhältnis ein und wird er infolge einer anderen Krankheit als der Krankheit, für die er bereits ausgesteuert worden ist, neuerdings arbeitsunfähig, so gilt dies als ein neuer Versicherungsfall. Ist aber die neuerdings eintretende Arbeitsunfähigkeit auf dieselbe Krankheit zurückzuführen, für die der weggefallene Krankengeldanspruch bestanden hat, dann hat es auch für die Wiedererkrankung bei den Folgen der Aussteuerung zu verbleiben, es sei denn, daß der Erkrankte in der Zwischenzeit mindestens 13 Wochen in einer den Anspruch auf Krankengeld eröffnenden gesetzlichen Krankenversicherung oder durch mindestens 52 Wochen sonst in einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert war. Durch den Bestand einer Versicherung von so beträchtlicher Dauer soll der Versicherte eine neue Anwartschaft auf Krankengeld erwerben, auch wenn die Wiedererkrankung auf dieselbe nicht behobene Krankheitsursache zurückgeht, wie im früheren Versicherungsfall, für den er bereits ausgesteuert wurde.

Durch § 139 Abs. 4 werden die Leistungsverpflichtungen aus der Krankenversicherung gegenüber den Leistungsverpflichtungen aus der Pensionsversicherung in klarer Weise abgegrenzt, sodaß diesbezüglich Streitigkeiten, wie sie bisher zwischen den Trägern der Kranken- und Rentenversicherung immer wieder vorgekommen sind, vermieden werden können. Die Lösung, die in der Vorlage gewählt wurde, belastet primär jedenfalls die Krankenversicherung. Der Träger dieser Versicherung hat innerhalb der gesetzlichen und auch der allenfalls satzungsmäßig erweiterten Höchstdauer den Anspruch auf

Krankengeld zu prästieren, auch wenn während der Dauer des Krankengeldanspruches eine Rente aus dem Versicherungsfall des Alters oder aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit anfällt. Um einen Doppelbezug zu vermeiden, der nicht vertretbar wäre, weil die wiederkehrenden Geldleistungen der Sozialversicherung (Krankengeld, Rente) gleichermaßen dazu bestimmt sind, einen Ersatz für den entfallenden Arbeitsverdienst zu bilden, bestimmt § 90 der Vorlage — Erster Teil, Abschnitt VI —, daß beim Zusammenreffen eines Rentenanspruches aus der Pensionsversicherung mit dem Anspruch auf Krankengeld der erstgenannte Anspruch für die weitere Dauer des Krankengeldbezuges mit dem Betrag des Krankengeldes ruht; der Träger der Pensionsversicherung hat also nur eine Differenzleistung auszuführen, wenn der Rentenanspruch höher ist als der Krankengeldanspruch.

Die Höhe des Krankengeldes wird, so wie bisher, im allgemeinen mit 50 v. H. der Bemessungsgrundlage für den Kalendertag, das ist des lohnstufenmäßig erfaßten täglichen Arbeitsverdienstes, bemessen werden. Auch die Familienzuschläge von 10 v. H. für den Ehegatten und 5 v. H. der Bemessungsgrundlage für jeden sonstigen Angehörigen werden als satzungsmäßige Mehrleistungen wieder vorgesehen. Die meisten Krankenversicherungsträger haben diese Mehrleistung eingeführt. Die Erhöhung des Krankengeldes ab dem 43. Tag einer mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Erkrankung auf 60 v. H. der Bemessungsgrundlage wird — wie schon in den einleitenden Bemerkungen zum Zweiten Teil hervorgehoben wurde — als gesetzliche Mindestleistung vorgeschrieben; dies bedeutet eine beachtenswerte Verbesserung des Leistungsrechtes, weil die Erhöhung auf 60 v. H. bisher nur als satzungsmäßige Mehrleistung vorgesehen war. Für jene Landwirtschaftskrankenkassen, die derzeit in ihren Satzungen die Gewährung eines Teilkrankengeldes beim Fortbezug des Teilentgeltes, namentlich der Sachbezüge der freien Station (Unterkunft und Verpflegung) vorsehen, enthält § 522 eine Übergangsregelung, die es diesen Landwirtschaftskrankenkassen ermöglichen soll, ein Teilkrankengeld auch in Zukunft satzungsmäßig zu gewähren.

Die Bestimmungen über das Ruhen des Krankengeldanspruches (§ 143) wurden im großen und ganzen den derzeit geltenden Vorschriften nachgebildet. Die Vorlage unterscheidet in den §§ 142 und 143 ausdrücklich zwischen Tatbeständen, die den Anspruch auf Krankengeld von vornherein ausschließen (Versagungsgründe), und Tatbeständen, die das Ruhen des Krankengeldanspruches zur

Folge haben. Während die Zeiten, für die das Krankengeld nach § 142 von vornherein versagt wird, auf die Höchstunterstützungsdauer nicht angerechnet werden können, sind die Zeiten des Ruhens des Krankengeldanspruches auf diese Höchstunterstützungsdauer anrechenbar (siehe § 140). Die Ruhensgründe des § 143 Abs. 1 werden allgemein von Gesetzes wegen wirksam werden, während die im Abs. 5 des § 143 vorgesehenen Tatbestände das Ruhen des Krankengeldanspruches nur dann herbeiführen, wenn der Versicherungsträger dies ausdrücklich verfügt.

Von den im Abs. 4 des § 143 angeführten Ausnahmen vom Ruhen des Krankengeldes übernimmt die unter lit. a aufgenommene Bestimmung die schon bisher geltende Regelung des Art. II Abs. 2 letzter Satz des Bundesgesetzes vom 9. Juli 1953, BGBl. Nr. 141, womit das Bundesgesetz über die Beschäftigung von Kindern und Jugendlichen abgeändert wurde. Der Bezug des Teilentgeltes, das Lehrlingen (Anlernlingen) vom Unternehmer nach dem zitierten Bundesgesetz zu leisten ist, hat somit kein Ruhen des Krankengeldes zur Folge. Der unter lit. b angeführte Ausnahmegrund betrifft die Dienstverhältnisse im Sinne der Hausbesorgerordnung. Auch in diesen Fällen soll bei Fortbezug des Entgeltes kein Ruhen des Krankengeldes eintreten, weil dieses Entgelt, abgesehen von der Dienstwohnung, hauptsächlich aus dem Reinigungsgeld besteht, das vom erkrankten Hausbesorger, der in diesem Fall für die Bestellung eines Stellvertreters aufzukommen hat, dem Stellvertreter überlassen werden muß und ihm selbst daher während der Zeit seiner Erkrankung nicht zügute kommt.

Zu den §§ 144 bis 152:

Die Ersatzleistung der Pflege in der allgemeinen Gebührenklasse einer öffentlichen Krankenanstalt wird im § 144 Abs. 1 ausdrücklich zur Pflichtleistung der Krankenversicherung erklärt, auf die der Versicherte für sich und seine erkrankten Familienangehörigen, wenn und solange es die Krankheit erfordert, Anspruch hat, vorausgesetzt, daß im Sprengel des Versicherungsträgers eine öffentliche Krankenanstalt überhaupt besteht und der Erkrankte nicht etwa mit seiner Zustimmung in eine nichtöffentliche Krankenanstalt untergebracht wird. Dies bedeutet eine Verbesserung des Leistungsrechtes, weil die derzeit als vorläufiges österreichisches Recht geltende Reichsversicherungsordnung die Gewährung der Krankenhauspflege in das pflichtgemäße Ermessen des Versicherungsträgers gestellt hat. Eine finanzielle Mehrbelastung der Versicherungsträger wird aber diese Änderung nicht mit sich bringen, weil

die österreichischen Versicherungsträger auch nach der Einführung der Reichsversicherungsordnung im Erfordernisfall die Krankenhauspflege ausnahmslos gewährt haben. Die Gewährung der Pflege in einer öffentlichen Krankenanstalt soll nur dann eine Kannleistung des Versicherungsträgers bleiben, wenn die Unterbringung in der Anstalt nicht durch die Art der Krankheit bedingt ist, sondern nur deshalb erfolgt, weil für den Erkrankten die Möglichkeit einer entsprechenden häuslichen Pflege nicht gegeben ist. In solchen Fällen einer sozialen Indikation muß es — um Mißbräuchen vorzubeugen — dem Versicherungsträger im Einzelfall überlassen bleiben, zu beurteilen, ob die Gewährung der Anstaltspflege auf Rechnung des Versicherungsträgers gerechtfertigt erscheint. In den sogenannten Asylierungsfällen, daß heißt in Fällen, in denen die Unterbringung in der Anstalt nicht wegen einer notwendigen Behandlung, sondern hauptsächlich wegen der Pflege erfolgt, soll dagegen die Gewährung der Anstaltspflege auf Rechnung des Versicherungsträgers von vornherein ausgeschlossen werden, weil es über die Grenzen des Aufgabenbereiches einer Krankenversicherung hinausgehen würde, für derartige Versorgungsfälle aufzukommen.

In der Regel wird der Versicherungsträger die Kosten der Pflege des Versicherten oder eines seiner Familienangehörigen in einer öffentlichen Krankenanstalt nur zu übernehmen haben, wenn der Erkrankte nach den Bestimmungen der Satzung und Krankenordnung auf Rechnung des Versicherungsträgers in die Anstalt eingewiesen worden ist. In besonderen Dringlichkeitsfällen soll aber der Versicherungsträger zur Übernahme der Verpflegskosten auch dann verpflichtet werden, wenn eine vorherige Einweisung nicht möglich war, weil bis zu einer solchen Einweisung ohne Gefahr für den Erkrankten nicht zugewartet werden konnte. In diesem Falle muß die Krankenanstalt dem Versicherungsträger die Aufnahme binnen acht Tagen anzeigen.

Die Bestimmung des § 146 über die Höchstdauer der Pflege in öffentlichen Krankenanstalten schließt sich, soweit es sich um die Versicherten selbst handelt, eng an die Bestimmungen des § 139 über die Höchstdauer des Krankengeldanspruches an. Für Angehörige wird die Gewährung der Pflege in öffentlichen Krankenanstalten im § 147 der Satzung überlassen und mit längstens 26 Wochen begrenzt. Während der Versicherte, wenn er selbst in der öffentlichen Krankenanstalt untergebracht ist, zu den Verpflegskosten, die der Versicherungsträger nach § 148 an die Krankenanstalt entrichtet, keine weiteren Kosten zu übernehmen hat,

wird bei Unterbringung eines Angehörigen der Versicherte einen Kostenbeitrag an die öffentliche Krankenanstalt zu entrichten haben. Dieser Kostenbeitrag wird mit 20 v. H. des Betrages bemessen, den die Krankenanstalt insgesamt für den betreffenden Verpflegungsfall zu erhalten hat. Die Versicherungsträger sollen darüber hinaus ermächtigt werden, den Kostenanteil des Versicherten bei Angehörigen bis auf 10 v. H. des der Krankenanstalt gebührenden Verpflegungskostenersatzes herabzusetzen.

Auch sonst sind die Bestimmungen des § 148, der die Beziehungen der Versicherungsträger zu den öffentlichen Krankenanstalten regelt, vielfach neu. Die hier vorgesehene Regelung mußte — wie schon einleitend erwähnt — als Grundsatzregelung im Sinne des Art. 12 Abs. 1 des Bundes-Verfassungsgesetzes konstruiert werden, weil die Angelegenheiten der Heil- und Pflegeanstalten nach dieser Verfassungsbestimmung nur hinsichtlich der Gesetzgebung über die Grundsätze als Bundessache erklärt sind. Die Erlassung von Ausführungsgesetzen und die Vollziehung bleibt Landessache. Die Aufstellung einheitlicher Grundsätze für die Regelung der Beziehungen der Krankenversicherungsträger zu den öffentlichen Krankenanstalten durch die Bundesgesetzgebung erweist sich schon deshalb als notwendig, weil das Sozialversicherungswesen gemäß Art. 10 Abs. 1 Z. 11 des Bundes-Verfassungsgesetzes sowohl hinsichtlich der Gesetzgebung wie der Vollziehung Bundessache ist und eine bundeseinheitliche Regelung daher auch in diesem Bereich unentbehrlich ist. Die Vorlage beschränkt sich im § 148 darauf, einige wichtige allgemeine Grundsätze für die Regelung der Beziehungen der Versicherungsträger zu den öffentlichen Krankenanstalten aufzustellen, die vor allem die Rechte der Versicherten sowohl gegenüber den Versicherungsträgern wie auch gegenüber den öffentlichen Krankenanstalten, in die sie eingewiesen werden, sichern sollen. In erster Linie mußte die Verpflichtung der öffentlichen Krankenanstalten festgelegt werden, die nach sozialversicherungsrechtlicher Vorschrift eingewiesenen Erkrankten in die allgemeine Gebührenklasse aufzunehmen. Das geltende Krankenanstaltenrecht in den einzelnen Ländern, in denen im wesentlichen das Krankenanstaltengesetz vom 15. Juli 1920, StGBI. Nr. 327, übernommen worden ist, enthält die Bestimmung, daß die allgemeine Gebührenklasse, die in jeder öffentlichen Heil- und Pflegeanstalt bestehen muß, nur für Unbemittelte bestimmt ist und daß Bemittelte in der allgemeinen Gebührenklasse nur im Falle und für die Dauer der Unabweisbarkeit verpflegt werden. Bisher war es den Ver-

trägen zwischen den Versicherungsträgern und den Krankenanstalten überlassen, die Aufnahme der auf Grund sozialversicherungsrechtlicher Vorschriften eingewiesenen Erkrankten in der allgemeinen Gebührenklasse jedenfalls sicherzustellen. Um keine Rechtsunsicherheit in dieser für die Versicherten und deren Angehörige überaus wichtigen Frage der Aufnahme in die allgemeine Gebührenklasse aufkommen zu lassen, empfiehlt es sich, diese Verpflichtung der öffentlichen Krankenanstalten im Gesetz selbst zu verankern. Durch den in Z. 2 des § 148 aufgestellten Grundsatz wird die Pflege in einer öffentlichen Krankenanstalt als Sachleistung gewährleistet, die auf Rechnung des Versicherungsträgers, und zwar, soweit es sich um den Versicherten selbst handelt, ohne jeden Kostenbeitrag des Versicherten, soweit es sich aber um Angehörige des Versicherten handelt, mit einer geringen Kostenbeteiligung des Versicherten erbracht wird. In Ergänzung hiezu wird unter Z. 3 und 5 des § 148 bestimmt, daß mit den nach Z. 2 geleisteten Verpflegungskosten die gesamten Kosten der Anstaltspflege einschließlich der ärztlichen Behandlung und der Beistellung von Heilmitteln als abgegolten gelten und daß der Rechtsträger der Krankenanstalt keine darüber hinausgehenden Kosten beim eingewiesenen Erkrankten und den für ihn unterhaltspflichtigen Personen verlangen darf. Der Grundsatz unter Z. 4 soll den zahlungspflichtigen Versicherungsträgern die Möglichkeit geben, die Voraussetzungen für ihre Leistungspflicht zu prüfen. Z. 6 enthält eine Sonderregelung für den Fall der Unterbringung des Erkrankten in einer öffentlichen Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Geisteskranken. Sie übernimmt den derzeit in Erlassen festgelegten Grundsatz der Kostenteilung zwischen den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung und den Fürsorgeverbänden. Diese Kostenteilung ist 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 derartigen Anstalt im Interesse des Kranken oder aus sicherheitspolizeilichen Gründen erfolgte. Soweit § 148 der Vorlage und das in Vorbereitung stehende neue Krankenanstaltengesetz über die gegenseitigen Rechte und Pflichten der Versicherungsträger und der Rechtsträger der Krankenanstalten keine Grundsätze enthalten, bleibt die nähere Regelung der Beziehungen zwischen den Versicherungsträgern und den Krankenanstalten den zwischen diesen abzuschließenden Verträgen überlassen; insbesondere bleibt es

den Verträgen auch vorbehalten, die Höhe der von den Versicherungsträgern zu entrichtenden Verpflegskosten zu regeln, wobei vorausgesetzt wird, daß die öffentlichen Krankenanstalten den Versicherungsträgern ermäßigte Verpfleggebühren einräumen werden. Die allfällige Festsetzung eines Höchstausmaßes des zulässigen Rabattes wird dem neuen Krankenanstaltengesetz vorbehalten.

§ 149 liefert die Rechtsgrundlage für die Unterbringung von Versicherten und ihren Familienangehörigen in eigenen Krankenanstalten der Versicherungsträger oder in sonstigen nichtöffentlichen Krankenanstalten. Die Unterbringung in einer solchen Anstalt auf Rechnung des Versicherungsträgers ist nur zulässig, wenn entweder im Sprengel des Versicherungsträgers — wie dies zum Beispiel im Lande Vorarlberg der Fall ist — eine öffentliche Krankenanstalt überhaupt nicht besteht oder wenn der Erkrankte ausdrücklich seine Zustimmung hiezu gibt. Die Unterbringung in der nichtöffentlichen Krankenanstalt steht im übrigen der Unterbringung in einer öffentlichen Krankenanstalt gleich. Die Regelung der Beziehungen zu den nicht eigenen nichtöffentlichen Krankenanstalten wird den Verträgen überlassen.

Während die oben besprochenen §§ 144 bis 149 die Gewährung der Anstaltspflege als Sachleistung der Krankenversicherung behandeln, trifft § 150 Vorsorge für den Fall, daß der Erkrankte oder dessen Familienangehörige eine Krankenanstalt aus eigenem aufsuchen und für die Kosten dieser Anstaltspflege zunächst selbst aufkommen, beziehungsweise daß ein Unterhaltsverpflichteter diese Kosten bezahlt. In einem solchen Fall sind dem Versicherten die Kosten der Anstaltspflege nur unter bestimmten Voraussetzungen und in dem im § 150 Abs. 2 vorgesehenen eingeschränkten Ausmaß zu ersetzen. Als wichtigste Voraussetzung wird verlangt, daß die Anstaltspflege notwendig und unaufschiebbar war. Diese Voraussetzungen werden jedenfalls als gegeben angesehen werden müssen, wenn Spitalsbedürftigkeit und Unabweisbarkeit im Sinne des Krankenanstaltenrechtes vorliegen. Beim Zutreffen der genannten Voraussetzungen kommt der Kostenersatz nach § 150 in zwei Fällen in Frage:

1. wenn weder öffentliche Krankenanstalten noch im Vertragsverhältnis stehende nicht-öffentliche Krankenanstalten für die Gewährung der Anstaltspflege durch den Versicherungsträger zur Verfügung stehen;

2. wenn die nichtöffentliche Krankenanstalt, die der Erkrankte aufsucht, in keinem Vertragsverhältnis zum Versicherungsträger steht, wobei es gleichgültig ist, ob im Sprengel des Versicherungsträgers eine öffentliche Kranken-

anstalt oder eine im Vertragsverhältnis mit dem Versicherungsträger stehende nicht-öffentliche Krankenanstalt besteht oder nicht besteht.

Die Bestimmungen des § 152 über das Familien- und Taggeld entsprechen sowohl hinsichtlich der Voraussetzungen für den Anspruch wie auch hinsichtlich des Umfanges der Leistung im allgemeinen dem derzeit geltenden Recht. Eine Verbesserung ergibt sich hinsichtlich der Leistungen des Familien- und des Taggeldes zwangsläufig aus der Festsetzung der Höhe des Krankengeldes im erhöhten Ausmaß von 60 v. H. der Bemessungsgrundlage bei länger dauernden Krankheiten ab dem 43. Tag als gesetzliche Mindestleistung. Diese Erhöhung wird sich bei länger dauernden Krankheiten auch in der Höhe des Familien- und Taggeldes auswirken.

Zu § 153:

Die im § 153 enthaltenen Grundsätze für die Gewährung von Zahnbehandlung und Zahnersatz entsprechen im wesentlichen der Regelung, wie sie schon bisher übereinstimmend in den Satzungen der meisten Krankenversicherungsträger getroffen ist. Es wird grundsätzlich daran festgehalten, daß auch die Zahnbehandlung und der Zahnersatz als Sachleistungen gewährt werden. Beim Zahnersatz können allerdings auch Zuschüsse zu den Kosten eines Zahnersatzes geleistet werden, für die der Versicherte zunächst selbst aufkommen ist. Die nähere Regelung wird nach wie vor der Satzung überlassen. Auch hier wird jede Begünstigung der eigenen Einrichtungen des Versicherungsträgers (Zahnambulatorien) gegenüber den freiberuflich tätigen Vertragsfachärzten für Zahnbehandlung und Zahnersatz und Vertragsdentisten dadurch ausgeschlossen, daß eine verschieden hohe Festsetzung von Zuzahlungen der Versicherten zu den Leistungen im Gesetz ausdrücklich untersagt wird.

Zu den §§ 154 bis 156:

Die Bestimmungen des § 154 über die Hilfe bei körperlichen Gebrechen und des 5. Unterabschnittes, betreffend die erweiterte Heilfürsorge und Krankheitsverhütung, enthalten im wesentlichen keine nennenswerten Neuerungen. Die derzeit geltende Regelung hat sich in jahrelanger Anwendung durchaus bewährt und konnte daher im allgemeinen unverändert in die Vorlage übernommen werden. Es handelt sich hier durchwegs um Leistungen, bei denen den Versicherungsträgern ein freierer Spielraum eingeräumt werden muß als bei den sonstigen Leistungen der Krankenversicherung, damit sie die jeweiligen Bedürfnisse der Versicherten und ihre finanziellen Möglichkeiten entsprechend berücksichtigen können.

Eine vom Versicherungsträger gewährte erweiterte Heilfürsorge im Sinne des § 155 hat keinen Einfluß auf die Höchstdauer der Anstaltspflege im Sinne des § 146 oder des Krankengeldanspruches gemäß § 139. Zeiten einer solchen Heilfürsorge werden daher auf die Höchstdauer der Anstaltspflege oder des Krankengeldanspruches nicht anzurechnen sein.

Zu den Bestimmungen des § 156 über die Krankheitsverhütung sei ausdrücklich festgestellt, daß durch diese Bestimmungen, soweit sich die dort vorgesehenen Maßnahmen auch auf beschäftigte Jugendliche erstrecken, die Vorschriften des § 25 des Bundesgesetzes vom 1. Juli 1948, BGBl. Nr. 146, über die Beschäftigung von Kindern und Jugendlichen, die eine periodische Untersuchung der beschäftigten Jugendlichen zwecks Überwachung ihres Gesundheitszustandes anordnen, nicht berührt werden.

Zu den §§ 157 bis 168:

Das Leistungsrecht für den Versicherungsfall der Mutterschaft ist hinsichtlich des Wochengeldes und des Stillgeldes derzeit teils in der Reichsversicherungsordnung, teils im Mutterschutzgesetz vom 17. Mai 1942, DRGBl. I S. 321, geregelt. In Beschäftigung stehende weibliche Versicherte österreichischer Staatsbürgerschaft (einschließlich der Volksdeutschen) mit Ausnahme der Hausgehilfinnen und Hausangestellten erhalten das Wochen- und Stillgeld in dem erweiterten Umfang des § 7 des Mutterschutzgesetzes. Hiebei wird das Wochengeld in der Höhe des Nettodurchschnittsverdienstes der letzten 13 Wochen bemessen. Alle übrigen Versicherten (pflichtversicherte Hausgehilfinnen und Pflichtversicherte ausländischer Staatsangehörigkeit mit Ausnahme der Volksdeutschen, ferner Weiterversicherte und freiwillig Versicherte, aus der Pflichtversicherung ausgeschiedene, aber noch anspruchsberechtigte Personen, den Dienstnehmern gleichgestellte pflichtversicherte selbständig erwerbstätige Personen und die Familienangehörigen aller Versicherten) erhalten Wochengeld und Stillgeld nur in dem in der Reichsversicherungsordnung (§ 195 a und § 205 a) vorgesehenen Ausmaß, und zwar Wochengeld in der Höhe des Krankengeldes, also nur das halbe versicherungsmäßig erfaßte Entgelt. Die sonstigen Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft (Hebammenhilfe, Heilmittel, ärztliche Behandlung, einmaliger Entbindungsbeitrag, Wöchnerinnenheimpflege) richten sich bei allen Versicherten und ihren Familienangehörigen ausschließlich nach der Reichsversicherungsordnung.

Die Vorlage beseitigt diese Zweiteilung und enthält eine zusammenfassende Regelung

des Leistungsrechtes für den Versicherungsfall der Mutterschaft. Hiebei soll den Versicherten, die derzeit Anspruch auf das erhöhte Wochengeld nach § 7 des Mutterschutzgesetzes haben, ohne eine Wartezeit erfüllen zu müssen, das Wochengeld im gleichen Umfang wie bisher auch ohne Wartezeit zugesichert werden. § 162 Abs. 1 bestimmt daher, daß das Wochengeld in der Höhe des auf den Kalendertag entfallenden durchschnittlichen Arbeitsverdienstes der letzten 13 Wochen, vermindert um die gesetzlichen Abzüge, gebührt. Es entspricht dies der derzeit geltenden Regelung im § 7 des Mutterschutzgesetzes. Die Vorlage schließt die Hausgehilfinnen und Hausangestellten von diesem erweiterten Wochengeldanspruch nicht aus. Für diese Gruppen von Beschäftigten bringt die Neuregelung daher eine Verbesserung des Leistungsrechtes, die aber wegen der an sich nicht allzu großen Zahl der hier in Betracht kommenden Personen für die Versicherungsträger keinen beträchtlichen Mehraufwand mit sich bringen wird.

Mit dem Wirksamkeitsbeginn der Neuregelung des Leistungsrechtes für den Versicherungsfall der Mutterschaft hinsichtlich des Wochen- und Stillgeldes werden die derzeit geltenden einschlägigen Bestimmungen des Mutterschutzgesetzes (§§ 7 und 14 Abs. 3) sowie der Ausführungsbestimmungen hiezu für den Wirksamkeitsbereich des neuen Leistungsrechtes außer Kraft treten. Hingegen werden die arbeitsrechtlichen Bestimmungen des Mutterschutzgesetzes, insbesondere auch jene Bestimmungen der §§ 7 und 14 Abs. 3 des Mutterschutzgesetzes und der Ausführungsbestimmungen hiezu, die sich mit dem Entgeltanspruch gegen den Dienstgeber befassen, durch die Vorlage nicht berührt. Es wird daher eine Dienstnehmerin gegen ihren Dienstgeber nach wie vor keinen Anspruch auf Entgelt haben, solange sie während der im Mutterschutzgesetz vorgesehenen Schutzfrist mit der Arbeit aussetzt; hingegen wird der Entgeltanspruch für die Zeit bestehen, während der die Dienstnehmerin auch während der Schutzfrist — in Betracht kommt nur die Schutzfrist vor der Entbindung, weil in der Schutzfrist nach der Entbindung ein absolutes Beschäftigungsverbot besteht — tatsächlich arbeitet.

Neu ist die Regelung, daß die unmittelbar Versicherten, die vom Anspruch auf das Wochengeld in der Höhe des auf den Kalendertag entfallenden durchschnittlichen Arbeitsverdienstes der letzten 13 Wochen, vermindert um die gesetzlichen Abzüge, ausgeschlossen sind, und alle mitversicherten Familienangehörigen nach einem in der Vorlage berücksichtigten Vorschlag des Hauptverbandes an

Stelle der wiederkehrenden Barleistung des Wochengeldes einen einmaligen Pauschbetrag erhalten sollen. Dies bedeutet für die Versicherungsträger eine nicht unerhebliche Vereinfachung der Verwaltung. Dieser Pauschbetrag wird für die bezeichneten Personengruppen einheitlich mit 300 S festgesetzt. Als satzungsmäßige Mehrleistung ist unter den Bedingungen des § 121 Abs. 3 eine Erhöhung bis auf 1200 S vorgesehen. Mit dem Pauschbetrag werden sowohl der einmalige Beitrag zu den sonstigen Kosten der Entbindung, der nach dem derzeit geltenden Recht im Betrag von S 36-50 bis höchstens S 91-30 geleistet wird, als auch das Wochengeld beziehungsweise Familienwochengeld in der in der Reichsversicherungsordnung vorgesehenen Höhe abgegolten werden.

Für das tägliche Stillgeld ist im § 163 Abs. 2 der Betrag von 2 S vorgesehen; er entspricht ungefähr der Höhe des Stillgeldes nach derzeit geltendem Recht (S 1-95). Als satzungsmäßige Mehrleistung wird nach der Vorlage eine Erhöhung auf 5 S zugelassen. Durch diese Ermächtigung wird den Versicherungsträgern die Möglichkeit für eine wesentliche Verbesserung der Leistung gegenüber dem derzeit geltenden Recht geboten, wobei sie allerdings die allgemeine Regel des § 121 Abs. 3 beachten werden müssen.

Für krankenversicherte Rentner sind so wie bisher Geldleistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft nicht vorgesehen.

Die Bestimmungen des § 166 über das Ruhen des Wochengeldes bei Anstaltspflege und bei Fortbezug des Entgelts sind den entsprechenden Bestimmungen des § 143 Abs. 1 Z. 2 und 3 nachgebildet. In der Regel wird die Versicherte während der Zeit, für die ein Wochengeldanspruch überhaupt in Frage kommt (sechs Wochen vor und sechs beziehungsweise acht oder zwölf Wochen nach der Entbindung), mit der Arbeit aussetzen und daher gegen den Dienstgeber keinen Anspruch auf Entgelt haben. Die in den §§ 2 und 3 des Mutterschutzgesetzes und in den einschlägigen Bestimmungen der Landarbeitsordnungen vorgesehenen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und für Mütter nach der Niederkunft gestatten eine Arbeitsleistung nur unter bestimmten Voraussetzungen. Bis zum Ablauf von sechs Wochen nach der Niederkunft besteht ein absolutes Beschäftigungsverbot. Leistet die werdende Mutter mit ihrer eigenen Zustimmung vor der Entbindung Arbeit, dann hat sie in der Regel auch Anspruch auf Entgelt. In diesem Fall, der aus sozialmedizinischen Gründen nicht begünstigt werden soll, wird die Ruhensbestimmung des § 166 Abs. 1 Z. 2 wirksam werden.

Gemäß § 14 Abs. 3 des Mutterschutzgesetzes werden den Trägern der Krankenversicherung derzeit die durch § 7 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes erwachsenden Mehrausgaben aus Bundesmitteln ersetzt. Für den Ersatz kommt bei weiblichen Versicherten, welche die Mindestversicherungszeit für das Wochengeld nach § 195 a RVO. aufweisen, die Ergänzung vom versicherungsmäßigen Wochengeld (in der Höhe des Krankengeldes, also des halben Entgelts) auf das im § 7 des Mutterschutzgesetzes vorgesehene Ausmaß des Wochengeldes (Nettodurchschnittsverdienst pro Tag) in Betracht; bei Versicherten, welche die im § 195 a RVO. vorgesehene Mindestversicherungszeit nicht haben, muß die gesamte Leistung des § 7 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes aus Bundesmitteln ersetzt werden. Ein Ersatz von Stillgeld oder anderen Leistungen ist in den geltenden Vorschriften nicht vorgesehen. Die hieraus sich ergebende Lastenverteilung zwischen den Versicherungsträgern und dem Bund soll auch nach der Vorlage beibehalten werden. Es ist aber im § 168 ein vereinfachtes Verfahren in dem Sinn vorgesehen, daß der Bund 40 v. H. der Aufwendungen für das Wochengeld den Versicherungsträgern ersetzt. Dies entspricht nach den Erfahrungen ungefähr der bisherigen Beteiligung des Bundes an den Gesamtkosten der Wochengeldausgaben der Krankenversicherung.

Zu den §§ 169 bis 171:

An Leistungen aus dem Versicherungsfall des Todes sieht die Vorlage entsprechend den derzeit geltenden Bestimmungen ein Sterbegeld beim Tod des Versicherten als gesetzlich vorgeschriebene Pflichtleistung und ein Sterbegeld beim Tod eines Angehörigen als satzungsmäßige Mehrleistung vor. § 169 Abs. 2 enthält zugunsten der Hinterbliebenen nach einem sogenannten ausgesteuerten Versicherten eine Ausnahme von den Grundsätzen des § 122, betreffend die Anspruchsberechtigung während der Dauer der Versicherung und nach dem Ausscheiden aus der Versicherung.

Bei der Aufzählung der Personen, die auf das Sterbegeld Anspruch haben, wird im § 170 das schon im geltenden Recht vorgesehene Prioritätsrecht der Person oder der Stelle beibehalten, welche die Kosten der Bestattung bestritten beziehungsweise die Bestattung besorgt hat. Ein allfälliger Überschuß wird an die Angehörigen in der im Gesetz angeführten Reihenfolge auszuzahlen sein.

Hinsichtlich der Höhe des Sterbegeldes ist keine wesentliche Änderung gegenüber dem geltenden Recht vorgesehen. Die gesetzliche Mindestleistung wird beim Tod des Versicherten mit dem Zwanzigfachen der

Bemessungsgrundlage festgesetzt, die satzungsmäßige Mehrleistung mit dem Vierzigfachen der Bemessungsgrundlage begrenzt, wobei als Bemessungsgrundlage — so wie bei allen übrigen nicht mit einem festen Betrag bestimmten Barleistungen der Krankenversicherung — der gemäß § 125 zu ermittelnde Tageswert der Lohnstufe gilt. Für die satzungsmäßige Mehrleistung des Sterbegeldes beim Tod eines Angehörigen werden ebenfalls die gleichen Grenzwerte in die Vorlage übernommen, wie sie § 205 b RVO. enthält (beim Tod der Ehegattin bis zu zwei Drittel des beim Tod des Versicherten gebührenden Sterbegeldes, beim Tod eines sonstigen Angehörigen bis zur Hälfte des beim Tod des Versicherten gebührenden Sterbegeldes).

Nennenswerte Änderungen bringt die Vorlage hinsichtlich der Höhe des Sterbegeldes in der Krankenversicherung der Bezieher einer Rente. Während nach derzeit geltendem Recht feste Beträge im Gesetz hiefür festgesetzt waren, macht die Vorlage im § 171 Abs. 3 die Höhe des Sterbegeldes im Falle des Todes des versicherten Rentenempfängers und auch im Falle des Todes des Ehegatten oder eines Kindes von der Höhe der Rente abhängig; es wird beim Tod des versicherten Rentenempfängers und beim Tod des Ehegatten mit einer Monatsrente, beim Tod eines Kindes mit einer halben Monatsrente (ohne Kinder- und Hilflosenzuschuß und ohne Berücksichtigung von Kürzungs- und Ruhensbestimmungen) zu gewähren sein.

Die im § 171 Abs. 5 enthaltene Sonderregelung, betreffend die Höhe des Sterbegeldes in der Krankenversicherung der Bezieher einer Rente aus der knappschaftlichen Pensionsversicherung, trägt der derzeit in dieser Versicherung geltenden Regelung Rechnung, die durch das ASVG. nicht verschlechtert werden soll.

Zum Dritten Teil: Unfallversicherung.

Dieser Teil der Vorlage übernimmt im wesentlichen die Vorschriften des bisherigen Unfallversicherungsrechtes, das sich im allgemeinen gut bewährt hat und daher keiner größeren Abänderungen bedarf. Kleinere Änderungen wurden hauptsächlich dort vorgenommen, wo es zur Vereinfachung der Vorschriften selbst und deren Durchführung angebracht und wo eine Verbesserung von Leistungen wünschenswert und vertretbar erschien. Auf die vorgenommenen Änderungen wird bei den einzelnen Bestimmungen der Vorlage, auf deren systematisch richtige Gliederung besonders Bedacht genommen wurde, hingewiesen. Beigefügt wird, daß

besondere Vorschriften für einzelne Gruppen von Versicherten, wie z. B. über die Erhöhung der Renten für die bei der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen Versicherten und deren Hinterbliebene beim Zusammenreffen des Rentenanspruches mit einem Schadenersatzanspruch nach den gesetzlichen Bestimmungen über die erhöhte Haftpflicht der Eisenbahnen, im Neunten Teil „Sonderbestimmungen“ der Vorlage behandelt werden werden.

Zum Abschnitt I (§§ 172 bis 184): Gemeinsame Bestimmungen.

Zu den §§ 172 und 173:

Die Reihenfolge in der Darstellung der Aufgaben und Leistungen der Unfallversicherung soll zum Ausdruck bringen, daß die Gewährung von Renten — obwohl der umfangreichste Aufgabenkreis — der letzte Zweck der Versicherung ist. Die tunlichste Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten und eine zum größtmöglichen Erfolg führende Unfallheilbehandlung sollen aus sozialen, aber auch aus wirtschaftlichen Gründen an der Spitze der Aufgaben der Versicherungsträger stehen.

Zu § 174:

Die Präzisierung des Begriffes „Eintritt des Versicherungsfalles“ ist wegen der Alternative bei Berufskrankheiten notwendig und erleichtert die Fassung der folgenden Bestimmungen, für die dieser Begriff von Bedeutung ist.

Zu den §§ 175 bis 177:

§ 175 definiert den Begriff „Arbeitsunfall“ und zählt auch jene Unfälle auf, die zwar nicht unter den engen Begriff „Arbeitsunfall“ subsumiert werden können, aber wegen des Zusammenhanges mit der die Versicherung begründenden Beschäftigung als Arbeitsunfälle gelten sollen.

§ 176 Abs. 1 Z. 1 dehnt den Versicherungsschutz für Personen, die nach dem Ersten Teil der Vorlage unfallversichert sind, auf Tätigkeiten aus, die sie außerberuflich aber doch im mittelbaren Zusammenhang mit ihrer versicherungspflichtigen Beschäftigung als Teilnehmer der Betriebsversammlung oder als Mitglieder des Betriebsrates ausüben. Dies stellt eine aus Billigkeitsgründen gebotene Verbesserung des bisherigen Rechtes dar.

Zu § 177 sei bemerkt, daß eine erhebliche Erweiterung der gegenwärtigen Liste der Berufskrankheiten vorgesehen ist. Die neue Liste der Berufskrankheiten wird in Form

einer Anlage zum Gesetz (Anlage 1) aufgenommen. Hiezu wird bemerkt:

Die Krankheiten, die in Österreich gegenwärtig als entschädigungspflichtige Berufskrankheiten zu gelten haben, sind in der Anlage zur Dritten Verordnung über Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten vom 16. Dezember 1936, DRGBl. I S. 1117, in der Fassung der Vierten Verordnung zur Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten vom 29. Jänner 1943, DRGBl. I S. 85, aufgezählt. Die Vorschriften der Dritten Berufskrankheiten-Verordnung sind in Österreich gleichzeitig mit der Einführung der Reichsversicherungsordnung ab 1. Jänner 1939 wirksam geworden. Seit dem Erscheinen der Vierten Berufskrankheiten-Verordnung ist eine Zeitspanne von zwölf Jahren verstrichen, innerhalb der sich, besonders durch die Umstellung auf die Friedensproduktion, das Wirtschaftsleben in seinem strukturellen Aufbau grundlegend geändert hat. Mit dieser Umstellung und Ausweitung der Güterproduktion haben auch die beruflichen Gefahrenmomente durch Änderung der technischen Produktionsverfahren, durch Verwendung anderer Rohstoffe, durch Erzeugung neuer Zwischen- und Endprodukte, bedeutend an Umfang zugenommen. Es hat sich daher die Notwendigkeit ergeben, entsprechend dem raschen Fortschritt der Technik und ihren mit sich bringenden neuen Schädigungsmöglichkeiten, die Liste der Berufskrankheiten, die sich in ihrer bisherigen Form mehr und mehr als unzureichend erwies, durch Aufnahme einer Reihe von Erkrankungen, die durch Metallgifte, wie Kadmium, Chrom usw., verursacht werden, sowie durch Einbeziehung mechanisch bedingter Schäden bei Arbeiten unter Tage beziehungsweise im Stollen- oder Tunnelbau zu ergänzen. Entsprechend der zahlenmäßigen Zunahme und größer werdenden Bedeutung der allergischen Erkrankungen der Lunge durch Stoffe, die als Allergene besonders wirksam sind, wird auch das Asthma bronchiale, allerdings mit der Einschränkung auf Bäckerei- oder Mühlenbetriebe, in die Liste der Berufskrankheiten aufgenommen. Ferner war es nach den Erfahrungen, die bei der Durchführung der erwähnten Berufskrankheiten-Verordnungen gemacht wurden, notwendig geworden, die bisherige Textierung einzelner Punkte etwas zu ändern. So zum Beispiel wird bei der bisherigen Nr. 17a (neu Nr. 26 a) „schwere Staublungenerkrankungen (Silikose)“ das Wort „schwer“ weggelassen und gleichzeitig das Wort „Silikose“ in den Klammerausdruck eingefügt; dadurch werden Schwierigkeiten, die sich bisher in der Praxis bei der Beurteilung von Staublungenerkrankungen er-

gaben, beseitigt und wird der Versicherungsschutz auch auf durch Silikatstaub verursachte Lungenveränderungen ausgedehnt, sofern diese eine Leistungsminderung von Atmung oder Kreislauf nach sich ziehen. Im gleichen Sinne wird auch die bisherige Nr. 18 a (neu Nr. 27a) „Schwere Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose)“ geändert. Die Schneeberger Lungenkrankheit (bisher Nr. 21) wird nicht mehr in die Liste aufgenommen; soweit Erkrankungen dieser Art auftreten sollten, wären sie durch Nr. 16 (Erkrankungen durch Röntgenstrahlen oder radioaktive Stoffe) erfaßt.

In der vorliegenden Liste der Berufskrankheiten ist den Erkenntnissen der Arbeitsmedizin des letzten Dezenniums weitgehend Rechnung getragen. Mit ihr wurden auch Wünsche von Körperschaften hinsichtlich einer Änderung und Ergänzung der Liste, soweit diese medizinisch begründet waren, berücksichtigt. So stellt die neue Liste der Berufskrankheiten einen wesentlichen Fortschritt auf dem Gebiete des Versicherungsschutzes der Dienstnehmer dar.

Im einzelnen werden nachstehende Änderungen und Ergänzungen vorgenommen:

1. Nach Nr. 5 wird eingefügt:

- „6 - Erkrankungen durch Kadmium oder seine Verbindungen - Alle Unternehmen;
- 7 - Erkrankungen durch Beryllium oder seine Verbindungen - Alle Unternehmen;
- 8 - Erkrankungen durch Chrom oder seine Verbindungen - Alle Unternehmen.“

Die Nr. 6 bis 8, 8 a, 9 bis 12 erhalten die Bezeichnung 9 bis 16.

2. An Stelle der bisherigen Nr. 13 tritt Nr. 17 in folgender Fassung:

- „17 - Hautkrebs oder zur Krebsbildung neigende Hautveränderungen durch Ruß, Paraffin, Teer; Anthrazen, Pech und ähnliche Stoffe - Alle Unternehmen.“

3. An Stelle der bisherigen Nr. 14 tritt Nr. 18 in folgender Fassung:

- „18 - Krebs oder andere Neubildungen sowie Schleimhautveränderungen der Harnwege durch aromatische Amine - Alle Unternehmen.“

Die Nr. 15, 16 und 16 a erhalten die Bezeichnung 19 bis 21.

4. Nach der Nr. 21 wird eingefügt:

- „22 - Drucklähmungen der Nerven - Alle Unternehmen;
- 23 - Chronische Erkrankungen der Schleimbeutel der Knie- oder Ellbogengelenke durch ständigen Druck oder ständige Erschütterung - Alle Unternehmen;
- 24 - Abrißbrüche der Wirbeldornfortsätze - Alle Unternehmen;

- 25 - Meniskusschäden bei Bergleuten nach mindestens dreijähriger regelmäßiger Tätigkeit unter Tag und bei anderen Personen nach mindestens dreijähriger regelmäßiger die Kniegelenke in gleicher Weise in Anspruch nehmender Tätigkeit - Unternehmen des Bergbaues, Stollen- oder Tunnelbau.“
5. An Stelle der bisherigen Nr. 17a und b tritt die Nr. 26 a und b in folgender Fassung:
- „26 - a) Staublungenerkrankungen (Silikose oder Silikatose) mit objektiv feststellbarer Leistungsminderung von Atmung oder Kreislauf - Alle Unternehmen;
- b) Staublungenerkrankung in Verbindung mit aktiv-fortschreitender Lungentuberkulose (Siliko-Tuberkulose) - Alle Unternehmen.“
6. An Stelle der bisherigen Nr. 18 a und b tritt die Nr. 27a und b in folgender Fassung:
- „27 - a) Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose) mit objektiv feststellbarer Leistungsminderung von Atmung oder Kreislauf - Alle Unternehmen;
- b) Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose) in Verbindung mit Lungenkrebs - Alle Unternehmen.“
7. Die bisherige Nr. 19 wird unter Nr. 8 erfaßt.
8. An Stelle der bisherigen Nr. 20 tritt Nr. 29 in folgender Fassung:
- „29 - Erkrankungen der tieferen Luftwege und der Lunge durch Thomasschlackemehl - Thomasschlackemühlen, Düngemittelmischereien und Betriebe, die Thomasschlackemehl lagern, befördern oder verwenden.“
9. An Stelle der bisherigen Nr. 20 a tritt Nr. 28 in folgender Fassung:
- „28 - Erkrankungen der tieferen Luftwege und der Lunge durch Aluminium oder seine Verbindungen - Alle Unternehmen.“
10. Die bisherige Nr. 20 b wird unter Nr. 7 erfaßt.
11. Die bisherige Nr. 21 (Schneeberger Lungenkrankheit) entfällt.
12. Nach der Nr. 29 wird eingefügt:
- „30 - Beruflich verursachtes Asthma bronchiale - Bäckerei- oder Mühlenbetriebe;
- 31 - Erkrankungen der Knochen, Gelenke und Bänder durch Fluorverbindungen (Fluorose) - Alle Unternehmen;
- 32 - Erkrankungen der Zähne durch Mineralsäuren - Alle Unternehmen.“
13. An Stelle der bisherigen Nr. 22 tritt Nr. 33 in folgender Fassung:
- „33 - Durch Lärm verursachte Taubheit oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit - Metallbearbeitung und -verarbeitung, Webereien, Spinnereien, Zementmühlen, Schotterwerke, Arbeit an Prüfständen.“
14. Nach Nr. 33 wird eingefügt:
- „34 - Hornhautschädigungen des Auges durch Benzochinon - Chemische Industrie.“
15. Die bisherige Nr. 23 wird Nr. 35.
16. An Stelle der bisherigen Nr. 24 tritt Nr. 36 in folgender Fassung:
- „36 - Wurmkrankheit der Bergleute, verursacht durch Ankylostoma duodenale oder Strongyloides stercoralis - Unternehmen des Bergbaues, Stollen- oder Tunnelbau.“
17. An Stelle der bisherigen Nr. 25 tritt Nr. 37 in folgender Fassung:
- „37 - Tropenkrankheiten, Fleckfieber - Alle Unternehmen.“
18. Die bisherige Nr. 26 wird Nr. 38. An Stelle der Worte „... und Tätigkeiten in der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege und ...“ treten die Worte „... und Beschäftigungen in der öffentlichen und privaten Fürsorge und“
19. An Stelle der bisherigen Nr. 27 tritt Nr. 39 in folgender Fassung:
- „39 - Von Tieren auf Menschen übertragene Krankheiten - Tierhaltung und Tierpflege sowie Tätigkeiten, die durch Umgang oder Berührung mit Tieren, mit tierischen Teilen, Erzeugnissen und Abgängen zur Erkrankung Anlaß geben.“
- Zu den §§ 178 bis 182:**
- Im § 178 wird der Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes folgend ausdrücklich festgestellt, daß in die Bemessungsgrundlage für die Geldleistungen der Unfallversicherung bei der Ausübung mehrerer Tätigkeiten grundsätzlich die Einkünfte aus allen Tätigkeiten einzubeziehen sind, die unter dem Schutz der Versicherung stehen, also nicht etwa bloß die Einkünfte aus der einen Tätigkeit, bei der der Versicherungsfall eingetreten ist.
- Nach § 179 wird die Bemessungsgrundlage aus den Beitragsgrundlagen während des Bemessungszeitraumes faktisch oder fiktiv errechnet und damit dem Prinzip der Äquivalenz zwischen Beiträgen und Leistungen Rechnung getragen. Ansonsten werden im großen und ganzen die bisherigen Vorschriften, soweit ihnen praktische Bedeutung zukommt, übernommen.

Zu § 183:

Die Bestimmungen des § 183 weichen von den bisherigen Vorschriften dadurch ab, daß die im Abs. 2 vorgesehene einjährige Frist für die Neufeststellung der Rente nicht eingehalten zu werden braucht, wenn eine neue Heilbehandlung abgeschlossen oder eine vorübergehende Verschlimmerung wieder behoben wurde. Diese Regelung, die auch im Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz enthalten war, erscheint sachlich absolut gerechtfertigt.

Zu § 184:

Die Vorlage stellt die Möglichkeit der Abfindung von Renten von mehr als 25 v. H. auf eine weitaus breitere Basis als das bisherige Recht, das die Abfindung solcher Renten nur zum Erwerb von Grundbesitz oder zur wirtschaftlichen Stärkung vorhandenen eigenen Grundbesitzes zuläßt. Es erscheint zweckmäßig, Abfindungen auch zu gewähren, wenn hiedurch anderweitig die Schaffung einer sicheren Existenzgrundlage gewährleistet wird.

Zum Abschnitt II (§§ 185 bis 188): Unfallverhütung; Vorsorge für eine erste Hilfeleistung.

Wie schon früher erwähnt, kommt der Unfallverhütung als vorbeugender Maßnahme im Rahmen der Unfallversicherung hervorragende Bedeutung zu. Sie dient der Erhaltung des Lebens und der Gesundheit der Versicherten und ist geeignet, auch materielle Schäden hintanzuhalten. Neben diesen nicht nur sozial, sondern auch volkswirtschaftlich wichtigen Zielen verfolgt sie schließlich den Zweck, die Rentenlast zu drücken. Um den an sie gestellten Anforderungen genügen zu können, muß die Unfallverhütung entsprechend gesetzlich untermauert sein. Es war daher notwendig, in die Vorlage Bestimmungen aufzunehmen, um den Versicherungsträgern, so wie bisher, die rechtliche Möglichkeit eines ersprießlichen Wirkens auch auf diesem Gebiete zu geben und zu sichern. Mag sich hier auch der Aufgabenkreis der Träger der Unfallversicherung mit dem der arbeitsrechtlichen und bergrechtlichen Aufsichtsbehörden berühren, so erscheint es im Hinblick auf das eminente unmittelbare Interesse der Versicherungsträger an der Sache doch unmöglich, diese von der Entfaltung einer zweckdienlichen Tätigkeit auszuschließen; da nach den Bestimmungen der Vorlage, die im einzelnen wohl keiner Erläuterung bedürfen, ein Übergriff in behördliche Befugnisse nicht stattfinden kann, bestünde hiezu auch in dieser Beziehung keine Veranlassung.

Beigefügt sei, daß die Bestimmungen der Vorlage mit den in anderen Gesetzen (zum Beispiel im Arbeitsinspektionsgesetz) enthaltenen einschlägigen Vorschriften nicht in Widerspruch zu bringen sind und daß diese nach wie vor volle Gültigkeit besitzen sollen.

Zum Abschnitt III (§§ 189 bis 220): Leistungen.**Zu den §§ 189 bis 197:**

Nach der Unfallverhütung haben die Träger der Unfallversicherung ihr Hauptaugenmerk der Heilbehandlung der Versicherten zuzuwenden. Diese darf sich nicht damit begnügen, die Arbeitsunfähigkeit schlechtweg zu beseitigen, sondern soll weitestgehend den vor dem Eintritt des Versicherungsfalles bestandenen Gesundheitszustand wiederherstellen. Dieser Erfolg wird vielfach nur mit den besonderen Mitteln und den besonderen Methoden erreicht werden können, die auch heute schon sehr zum Nutzen der Versehrten angewendet werden. Die Heranbildung besonders geschulter Ärzte und der Betrieb entsprechend eingerichteter Unfallkrankenhäuser (Unfallstationen) durch die Träger der Unfallversicherung ist heute aus der modernen Unfallheilbehandlung nicht mehr wegzudenken. Die hieraus erwachsenden Kosten erscheinen durch die erzielten Heilerfolge sozial gerechtfertigt, überdies vermindern sie aber auch den Rentenaufwand.

Die Bestimmungen der Vorlage sichern den unselbständig Erwerbstätigen die Heilbehandlung — sei es durch den Träger der Krankenversicherung (Krankenbehandlung), sei es durch den Träger der Unfallversicherung — vom Eintritt des Versicherungsfalles an. Die für selbständig Erwerbstätige im bisherigen Recht zugelassene Karenzfrist bis zu 13 Wochen wird mit zwei Monaten fixiert, doch werden die Träger der Unfallversicherung ermächtigt, diese Frist satzungsmäßig herabzusetzen.

Während einer vom Träger der Unfallversicherung gewährten Anstaltsbehandlung besteht Anspruch auf Familiengeld und Taggeld (in der Krankenversicherung gebührt Taggeld nur an Stelle des Familiengeldes). Derzeit wird den Angehörigen Familiengeld in der Höhe der Hinterbliebenenrenten gewährt, das Taggeld beträgt S 1.59. Abweichend hiervon erhalten nach der Vorlage als Familiengeld die in der Krankenversicherung Pflichtversicherten das Familiengeld nach den Vorschriften der Krankenversicherung, andere Versehrte, sofern sie nicht ohnehin mindestens die Hälfte ihres vollen Entgeltes weiterbeziehen, für jeden Angehörigen 0.6 v. H. eines Zwölftels der Bemessungsgrundlage. Das

Taggeld wird mit 4 S festgesetzt. Während das Familiengeld etwas hinter dem bisherigen Betrage zurückbleiben kann, wird das Taggeld mehr als verdoppelt. Beide Leistungen zusammen werden jedenfalls höher sein als bisher. Gleichwohl wird für den Bedarfsfall die Möglichkeit der Gewährung zusätzlicher Unterstützungen aus dem Grunde der Heilbehandlung beibehalten.

Zu den §§ 198 bis 201:

Schäden, die durch die Heilbehandlung nicht behoben werden konnten, sollen tunlichst durch die unter dem Begriff „Berufsfürsorge“ zusammengefaßten Maßnahmen ausgeglichen werden. Es sind dies im wesentlichen die Maßnahmen, die in der derzeit noch geltenden Verordnung über Krankenbehandlung und Berufsfürsorge in der Unfallversicherung vorgesehen sind.

Zu § 202:

Hier sind die erforderlichen einschlägigen Vorschriften des bisherigen Rechtes einschließlich der Verordnung über Krankenbehandlung und Berufsfürsorge in der Unfallversicherung gedrängt zusammengefaßt.

Zu den §§ 203 bis 213:

Die Voraussetzungen für den Rentenanspruch bleiben unverändert (§ 203).

§ 204 regelt den Anfall der Versehrtenrente, und zwar Abs. 1 für den Normalfall des auch krankenversicherten Arbeitnehmers, Abs. 2 für die nach § 7 krankenversicherungsfreien, in der Unfallversicherung teilversicherten Arbeitnehmer und Abs. 3 für die selbständig Erwerbstätigen und deren mitversicherte Angehörige; für diese letzte Gruppe ist, wie bei der Heilbehandlung, eine Karenzfrist von zwei Monaten vorgesehen, die durch die Satzung herabgesetzt werden kann.

Im § 206 wird der in Österreich früher bestandene Hilflosenzuschuß wieder eingeführt.

Beim Kinderzuschuß tritt dadurch eine Verbesserung ein, daß er in den im § 207 Abs. 4 angeführten Fällen nicht mehr mit dem Ablauf des 18. Lebensjahres begrenzt wird.

Die Einrichtung der „vorläufigen Rente“ und der „Gesamtvergütung“ wird aus verwaltungswirtschaftlichen Gründen beibehalten (§ 209).

§ 210 will die Entschädigung nach mehreren Versicherungsfällen auf die verwaltungsmäßig denkbar einfachste und sicherlich auch dem Anspruchsberechtigten zusagendste Art, nämlich durch die Zusammenziehung der Ver-

sicherungsfälle zu einem Entschädigungsfall, lösen. Daß die daraus resultierende Gesamtrente nach der höchsten der in Betracht kommenden Bemessungsgrundlagen zu bemessen ist, stellt einen großen Vorteil für den Anspruchsberechtigten dar; auch die Begründung der Leistungszuständigkeit eines Versicherungsträgers, wenn nach der Versicherungszuständigkeit verschiedene Versicherungsträger leistungspflichtig wären, ist für ihn vorteilhaft, da er nur einem Partner gegenübersteht. Eine Auseinandersetzung zwischen den etwa in Betracht kommenden mehreren Versicherungsträgern soll nicht stattfinden, weil hiedurch die Einfachheit der Lösung ohne einen entsprechenden Erfolg auf der anderen Seite gestört würde. Der zur Leistung der Gesamtrente verpflichtete Versicherungsträger hat nicht nur diese, sondern auch alle anderen Geld- und sonstigen Leistungen, nötigenfalls auch Heilbehandlung, zu erbringen, gleichgültig, auf welchen Versicherungsfälle sich der Anspruch gründet.

§ 211 übernimmt die Bestimmung der Verordnung über Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten, betreffend die Übergangsrente, mit der Abänderung in die Vorlage, daß die Bezugsdauer mit einem Jahr, die Höhe aber mit dem Doppelten des bisherigen Ausmaßes begrenzt wird. Die zeitliche Begrenzung soll den Übergangscharakter dieser Leistung hervorheben, die Erhöhung auf das Ausmaß der Vollrente soll den Anreiz zu einem Berufswechsel erhöhen. An Stelle der zeitlichen Übergangsrente kann auch ein einmaliges Übergangsgeld gewährt werden, das höchstens den Betrag der halben Jahresvollrente erreichen darf.

Die Bezugsdauer für Versehrtengeld (bisher Krankengeld) aus der Unfallversicherung (§ 212) wird von einem halben auf ein ganzes Jahr hinaufgesetzt. Für nicht nach dem im Entwurf vorliegenden Gesetz Krankenversicherte bestimmt sich das Versehrtengeld nach der Bemessungsgrundlage, und zwar so, daß es täglich die Hälfte des auf den Tag entfallenden Teiles der Bemessungsgrundlage beträgt.

Zu den §§ 214 bis 220:

Das Sterbegeld (§ 214) geht zum Unterschied von der bisherigen Regelung primär zu Lasten der Krankenversicherung, da dieser als dem Grundelement der gesamten Sozialversicherung in erster Linie die Leistungspflicht zukommt.

Die Gewährung der erhöhten Witwenrente (§ 215 Abs. 2) wegen Vollendung des 60. Lebensjahres ist bisher gesetzlich nicht vorgesehen.

In Angleichung an das Rentenversicherungsrecht wird ferner auch in der Unfallversicherung die Witwenrente für Geschiedene eingeführt (Abs. 3), einerseits allerdings mit gewissen Sicherungen gegen eine mißbräuchliche Ausnutzung, andererseits aber wird die Gewährung der Geschiedenenrente nicht mehr dem Ermessen des Versicherungsträgers anheimgestellt, sondern der Geschiedenen ein Rechtsanspruch auf die Rente eingeräumt. Neu sind auch die Bestimmungen des § 215 Abs. 5, wonach die Witwenrente bei Wiederverheiratung für den Fall der neuerlichen Witwenschaft unter bestimmten Voraussetzungen wieder auflebt.

§ 217 weicht hinsichtlich der Anerkennung des Anspruches auf Witwen(Witwer)rente unter den Voraussetzungen der Z. 1 und 2 von den bisherigen Vorschriften, die eine solche Ausnahme nicht kennen, ab.

Die Bestimmungen über die Waisenrente (§ 218) bringen dadurch eine Rechtsverbesserung, daß sie — wie es auch beim Kinderzuschuß der Fall ist — die Gewährung oder Weitergewährung auch nach der Vollendung des 18. Lebensjahres zulassen und für Doppelwaisen das Ausmaß der Rente auf 30 v. H. erhöhen.

Einem in der Praxis hervorgetretenen Bedürfnis entspricht § 219 insofern, als er außer bedürftigen Aszendenten auch unversorgten Geschwistern einen Anspruch auf Hinterbliebenenrente zuerkennt.

Zum Vierten Teil: Pensionsversicherung. Allgemeines.

Die Bestimmungen des vorliegenden Vierten Teiles über die Leistungen der Pensionsversicherung gehen über eine bloße Kodifikation der gegenwärtigen einschlägigen Regelung erheblich hinaus. Die Vorlage geht in folgenden Punkten neue Wege:

1. Die Dreiteilung der Pensionsversicherung in Pensionsversicherung der Arbeiter (bisher Invalidenversicherung), Pensionsversicherung der Angestellten (bisher Angestelltenversicherung) und knappschaftliche Pensionsversicherung wird zwar insofern aufrechterhalten, als jeder dieser Zweige seine besonderen Beitragssätze, sein besonderes Leistungssystem und seine besonderen Versicherungsträger hat. Die Grundlagen für die Bemessung der Beiträge und der Leistungen werden jedoch in allen drei Zweigen auf dieselbe Weise ermittelt. Auch die Bestimmungen über die Erwerbung von Beitrags- und Ersatzzeiten und ihre Anrechenbarkeit sind für alle drei Zweige im

wesentlichen gleich. Dies gilt auch — abgesehen von gewissen Ausnahmen für die in der knappschaftlichen Pensionsversicherung vorgesehenen Spezialleistungen — hinsichtlich der Vorschriften über die Wartezeit für die einzelnen Leistungen und die Dritteldeckung. Hingegen bestehen hinsichtlich der Arten der Leistungen, deren Voraussetzungen und deren Bemessung Verschiedenheiten. Im Verhältnis zwischen Pensionsversicherung der Arbeiter und Pensionsversicherung der Angestellten werden diese Unterschiede allerdings sehr reduziert. Es bleibt noch als wichtigster Unterschied, daß beim Arbeiter die für die Zuerkennung einer Rente wegen geminderter Arbeitsfähigkeit erforderliche Einbuße an Erwerbsfähigkeit nach den sich auf dem gesamten Arbeitsmarkt bietenden Arbeiten, beim Angestellten dagegen nur nach den im Rahmen seiner Berufsgruppe in Betracht kommenden Arbeiten zu beurteilen ist. Von größerer Bedeutung sind dagegen die Unterschiede zwischen dem Leistungsrecht dieser beiden Versicherungen einerseits und dem Leistungsrecht der knappschaftlichen Pensionsversicherung andererseits.

2. Hat ein Versicherter seinen Versicherungsverlauf in mehreren Zweigen verbracht, so werden nicht mehr, wie bisher, bei Eintritt des Versicherungsfalles Teilrenten aus den durchlaufenden Versicherungszweigen erbracht. Der Versicherte erhält vielmehr im Regelfalle die Leistung zur Gänze nach den Vorschriften und von dem Versicherungsträger des Zweiges, in dem er in den letzten 15 Jahren überwiegend versichert war, wobei jedoch im allgemeinen die in den anderen Zweigen erworbenen Versicherungszeiten für die Begründung des Anspruches und die Bemessung der Leistung berücksichtigt werden.

3. Um dem Versicherten im Alter und bei Minderung der Arbeitsfähigkeit und nach seinem Tode den Hinterbliebenen eine möglichst seinem Lebensstandard vor der Berentung entsprechende Leistung zu sichern, werden die Renten, und zwar sowohl der Grund- wie auch der Steigerungsbetrag grundsätzlich mit einem Hundertsatz des Durchschnittes der Löhne (Gehälter) bemessen, von denen in den letzten 60 vor der Berentung in der Versicherung verbrachten Monaten Beiträge entrichtet wurden. Dieser Durchschnitt bildet die Bemessungsgrundlage der Rente. Für Fälle, in denen der Lohn (Gehalt) des Versicherten mit zunehmendem Alter zurückging, ist eine zweite Bemessungsgrundlage nach Vollendung des 45. Lebensjahres vorgesehen, von welcher der Grundbetrag und der bis zum Stichtage für diese Bemessungsgrundlage erworbene Steigerungsbetrag bemessen werden.

Es wird also in der Invaliden- und Angestelltenversicherung von der bisherigen Art der Bemessung der Renten abgegangen, wonach diese aus einem fixen Grundbetrag und einem von der jeweiligen Beitragsgrundlage bemessenen Steigerungsbetrag (System der Durchrechnung) bestehen. Auch in der knappschaftlichen Pensionsversicherung, in der die Renten (abgesehen vom Knappschaftssold) gegenwärtig nur aus den von den jeweiligen Beitragsgrundlagen errechneten Steigerungsbeträgen bestehen, wird nunmehr die Rente aus Grund- und Steigerungsbetrag zusammengesetzt. Da in den Vorschriften über die Bemessungsgrundlage vorgesehen ist, daß Beitragsgrundlagen aus der Zeit vor dem letzten Lohn- und Preisabkommen, die zur Errechnung der Bemessungsgrundlage herangezogen werden, entsprechend aufgewertet werden, kann den bisherigen Vorschriften über die Anpassungszuschläge und die Ernährungszulage entraten werden. Das neue Rentenschema führt im Zusammenwirken mit der Erhöhung der Höchstgrenze für die Beitragsgrundlage und mit dem Wegfall der Ernährungszulage dazu, daß im Leistungssystem wieder das Versicherungsprinzip gegenüber dem Fürsorgeprinzip in den Vordergrund tritt.

4. Neu eingeführt wird in allen Versicherungszweigen ein Hilflosenzuschuß zur direkten Rente und als einmalige Leistung die Abfindung für Hinterbliebene, wenn Hinterbliebenenrenten mangels Erfüllung der Wartezeit nicht gebühren oder deswegen nicht anfallen, weil rentenberechtigte Hinterbliebene nicht vorhanden sind. Ferner ist vorgesehen, daß die Witwenrente bei Wiederverheiratung der Witwe nach Auflösung der neuen Ehe unter gewissen Voraussetzungen wieder auflebt.

5. Im versendeten ursprünglichen Entwurf war auch eine Entnivellierung der bis zum Inkrafttreten der Neuregelung angefallenen Renten (Altrenten) vorgesehen. Die Neubemessung der Altrenten in diesem Sinne wurde durch das Rentenbemessungsgesetz vorweggenommen. Hierbei hat es nach der vorliegenden Fassung der Vorlage sein Bewenden. Die Vorlage beschränkt sich daher darauf, für den Verlauf und Ablauf der Altrenten mit gewissen Ausnahmen und Modifikationen die Bestimmungen der Vorlage für Neurenten zu übernehmen.

6. Die 13. Monatsrente, die erstmalig im Jahre 1954 gewährt und auf Grund eines besonderen Gesetzes auch im Jahre 1955 flüssiggemacht wird, ist in der Vorlage nunmehr als Dauereinrichtung vorgesehen. Bei den Altrentnern kann eine 13. Rente nur auf die Weise zustandekommen, daß

zu den bisher ausgezahlten zwölf Monatsrenten eine 13. hinzutritt. Um die Gleichbehandlung der Neurentner mit den Altrentnern zu wahren, wird auch bei den Neurentnern zu den zwölf Monatsrenten, die auf Grund der nach dem laufenden Entgelt ermittelten Bemessungsgrundlage und des neuen Rentenschemas berechnet sind, eine 13. Rente hinzugefügt. Siehe auch den vierten Absatz der Bemerkung zum § 243 und die Bemerkungen zum § 249 Abs. 3.

7. Mindestbeträge für die Renten sind, als dem Versicherungsprinzip widersprechend, nicht mehr vorgesehen. Für den Lebensunterhalt unzulängliche Renten werden jedoch durch sogenannte Ausgleichszulagen, die von den Fürsorgeträgern getragen werden, aufgefüllt, soweit kein anderes Einkommen vorliegt, das zusammen mit der Rente für die Bestreitung des Unterhaltes ausreicht.

Schließlich sei noch bemerkt, daß die Bestimmungen dieses Teiles in ihrer Regelung auch die unter der Geltung des bisherigen Rechtes erworbenen Versicherungszeiten erfassen. Es wurde absichtlich vermieden, diesbezüglich die Regelung in eine Dauer- und eine Überleitungsregelung zu zerlegen, da auch die Überleitungsregelung noch durch lange Zeit neben der Dauerregelung anzuwenden wäre und die Trennung der beiden Regelungen die Anwendung der Bestimmungen nur erschweren würde.

Zum Abschnitt I (§§ 221 bis 252): Gemeinsame Bestimmungen.

Zu § 221:

Um die Versicherungsfälle der Invalidität, der Berufsunfähigkeit und der Dienstunfähigkeit gemeinsam kurz bezeichnen zu können, werden sie im Begriff der „Versicherungsfälle der geminderten Arbeitsfähigkeit“ zusammengefaßt.

Die bisherige Berufsunfähigkeit der knappschaftlichen Pensionsversicherung wird zur Unterscheidung von der an strengere Voraussetzungen gebundenen „Berufsunfähigkeit“ der Pensionsversicherung der Angestellten mit dem Ausdruck „Dienstunfähigkeit“ bezeichnet. Diese Bezeichnung wurde gewählt, weil die Dienstunfähigkeit der knappschaftlichen Pensionsversicherung ihrem Inhalt nach der Dienstunfähigkeit, wie sie bei den öffentlich-rechtlichen Bediensteten als Voraussetzung für die Versetzung in den Ruhestand gefordert wird, stark nahekommt.

Abweichend vom versendeten Entwurf wird ein besonderer Versicherungsfall für das Bergmannstreuegeld nicht mehr vorgesehen. Die

Vorlage geht vielmehr davon aus (siehe § 222 Abs. 2 Z. 5 und § 281 Abs. 1 und 2), daß das Bergmannstreuegeld unter gewissen besonderen Voraussetzungen als weitere Leistung aus einem der Versicherungsfälle des Alters, der geminderten Arbeitsfähigkeit oder des Todes gebührt.

Zu § 222:

Im Abs. 1 ist als neue Leistung — entsprechend dem Vorbild der österreichischen Angestelltenpensionsversicherung vor 1939 — die Abfindung für Hinterbliebene hinzugefügt, die in den Fällen gewährt wird, in denen Hinterbliebenenrenten mangels Erfüllung der Wartezeit oder mangels solcher Hinterbliebenen, die rentenberechtigt sind, nicht anfallen.

Auch bei der knappschaftlichen Pensionsversicherung wird nach Abs. 2 die Abfindung für Hinterbliebene den schon bisher vorgesehenen Leistungen hinzugefügt. Bei den Hinterbliebenenrenten wird in dieser Pensionsversicherung nur mehr eine Witwenrente vorgesehen, die ebenso wie schon bisher die Witwenrente in der Pensionsversicherung der Arbeiter und in der Pensionsversicherung der Angestellten ohne weitere Voraussetzungen, außer dem Tode des Versicherten, gebührt. Hinsichtlich der Z. 5 siehe den letzten Absatz der Bemerkung zu § 221.

Zu § 223:

Abs. 1 regelt, wann für die einzelnen Leistungen der Versicherungsfall als eingetreten gilt. Hierbei wird davon ausgegangen, daß der Versicherungsfall vorliegt, wenn der Tatbestand, für den die betreffende Leistung vorgesehen soll, das heißt, die Minderung der Arbeitsfähigkeit, der Tod des Versicherten usw., also die für den konkreten Leistungsanspruch charakteristische Leistungsvoraussetzung eingetreten ist. Abs. 1 folgt bei Feststellung des Eintrittes des Versicherungsfalles für die einzelnen Leistungen im allgemeinen der Regelung des § 3 des I. SV-NG. Er weicht hievon nur insofern ab, als nach Z. 2 lit. b, um bei vorübergehender Invalidität, Berufsunfähigkeit oder Dienstunfähigkeit den unmittelbaren Anschluß der Rente an das Krankengeld sicherzustellen, die 26 Wochen geminderter Arbeitsfähigkeit, die für den Eintritt des Versicherungsfalles gefordert werden, ebenso zu berechnen sind wie die Aussteuerungsfrist für das Krankengeld.

Abs. 2 stellt die Bedeutung des Eintrittes des Versicherungsfalles für die Durchführung der Versicherung klar. Hierbei geht die Vorlage davon aus, daß sich nach dem Eintritt des

Versicherungsfalles der Stichtag für die Feststellung richten soll, ob, in welchem Zweige der Pensionsversicherung und in welchem Ausmaße eine Leistung gebührt. Mit Rücksicht darauf, daß die Vorlage in allen Zweigen der Pensionsversicherung aus Gründen der Vereinfachung der Verwaltung die Berechnung der Versicherungszeiten nach Kalendermonaten vorsieht (§ 231), wird der Eintritt des Versicherungsfalles selbst nur dann als Stichtag für die bezeichneten Feststellungen festgesetzt, wenn er auf einen Monatsersten fällt. Fällt er nicht auf einen Monatsersten, so verschiebt sich dieser Stichtag auf den dem Eintritt des Versicherungsfalles folgenden Monatsersten. Auf diese Weise wird im Zusammenhalt mit der Berechnung der Versicherungszeiten nach Kalendermonaten sichergestellt, daß bei der Leistungsfeststellung nur ganze Kalendermonate in die Rechnung eingehen, was auch wieder verwaltungsvereinfachend wirkt. Dagegen, daß durch diese Verschiebung des Stichtages eine Schädigung des Versicherten eintreten kann, sorgt § 234 Abs. 1 Z. 1 vor (siehe die Bemerkung zu dieser Bestimmung).

Nach der Regelung der Vorlage soll es dem Versicherten nicht verwehrt sein, einen Leistungsanspruch aus einem Versicherungsfall des Alters, der geminderten Arbeitsfähigkeit oder der Eheschließung nicht gleichzeitig mit dem Eintritt des Versicherungsfalles, sondern erst später geltend zu machen, sei es, weil er in dem erstangeführten Zeitpunkt noch nicht die Wartezeit erfüllt hat oder weil er zur Verbesserung der Rente noch Versicherungszeiten erwerben will od. dgl. Für diese Fälle muß der erwähnte Stichtag, um eine solche Absicht nicht zu vereiteln, auf den Zeitpunkt der Stellung des Antrages auf die Leistung, beziehungsweise, wenn er nicht auf einen Monatsersten fällt, auf den nachfolgenden Monatsersten verschoben werden.

Zu den §§ 224 bis 232:

Die §§ 224 bis 232 stellen fest, welche Zeiten aus der Zeit vor Inkrafttreten des ASVG. als Beitragszeiten (§ 226) oder als Ersatzzeiten (§§ 228 und 229) als erworben anerkannt und wie in der Zeit nach dem Inkrafttreten des ASVG. Beitragszeiten (§ 225) und welche Ersatzzeiten (§ 227) nach dem Inkrafttreten erworben werden können. § 230 schränkt, soweit die Erwerbung von Beitragszeiten nach den §§ 225 und 226 die Entrichtung von Beiträgen voraussetzt, die Erwerbung von Beitragszeiten durch Entrichtung von Beiträgen entsprechend ein, um eine Verschiebung des Versicherungsrisikos nach dem Stichtag (§ 223 Abs. 2) zuungunsten des Versicherungsträgers auszu-

schließen. Die §§ 231 und 232 stellen sodann fest, wie diese erworbenen Versicherungszeiten bei der Feststellung der Versicherungsleistungen zu erfassen sind.

Zu § 224:

Dieser Paragraph schafft den Begriff „Versicherungszeiten“ als gemeinsamen Oberbegriff für Beitragszeiten und Ersatzzeiten.

Zu § 225:

Die Regelung der Erwerbung von Beitragszeiten für einen nach Inkrafttreten des Entwurfes gelegenen Zeitraum folgt in ihren Grundzügen der des § 8 des 1. SV-NG. Abgesehen von der Anpassung der Fassung an die sonstigen Bestimmungen der Vorlage wurden jedoch auf Grund der seither gewonnenen Erfahrungen folgende inhaltliche Änderungen vorgenommen:

1. In Z. 1 lit. a ist nunmehr vorgesehen, daß Zeiten der Beschäftigung als Dienstnehmer — ohne Rücksicht darauf, ob Beiträge entrichtet worden sind oder nicht — als Beitragszeiten zählen sollen, wenn die Anmeldung binnen sechs Monaten vom Tage des Beginnes der Beschäftigung an erstattet worden ist. Hiedurch wird die Verwaltung wesentlich vereinfacht, da einer besonderen Evidenzhaltung hinsichtlich der Entrichtung der Beiträge nur mehr die verhältnismäßig seltenen Fälle bedürfen, in denen die Anmeldung nach Ablauf dieser sechs Monate erstattet worden ist.

2. In Z. 1 lit. b ist die Beschränkung der Anrechnung von Beitragszeiten, für welche die Beiträge nachentrichtet werden, auf die Wartezeit fallengelassen; es besteht nämlich kein Anlaß, allgemein eine solche Beschränkung der Anrechnung festzusetzen. Gegen spekulative Nachentrichtung von Beiträgen sorgt § 230 genügend vor, auf den durch das Wort „wirksam“ und die Zitierung des § 230 hingewiesen wird. Dadurch wird verhindert, daß nach dem Stichtage (§ 223 Abs. 2) in spekulativer Absicht für längere Zeiten wirksam Beiträge nachentrichtet werden können. Dagegen hat es keinen Sinn, jede Nachentrichtung von Beiträgen, auch wenn sie lange vor Eintritt des Versicherungsfalles oder vor der Antragstellung auf die Leistung liegt, nur beschränkt für die Erfüllung der Wartezeit wirken zu lassen, wie es nach der bisherigen Regelung der Fall war.

3. In Z. 2 sind nicht mehr die Zeiten einer unständigen Beschäftigung oder einer Nebenbeschäftigung als Dienstnehmer angeführt, da die Erwerbung von Beitragszeiten aus

unständigen Beschäftigungen, die nach der Vorlage nur mehr bei unständig beschäftigten Arbeitern in der Land- und Forstwirtschaft vorkommen wird, im Abschnitt I des Neunten Teiles (§ 470) besonders geregelt ist, und Zeiten einer Nebenbeschäftigung ohnehin unter Z. 1 fallen.

4. Die Abs. 2 und 3 sollen Härten vorbeugen, die sich entweder dadurch ergeben könnten, daß durch ein lange andauerndes Streitverfahren über die Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung die Fristen für die Entrichtung von Beiträgen sich wesentlich verkürzen (Abs. 2) oder daß die verspätete Entrichtung der Beiträge den Dienstnehmer, den selbst keine Mitschuld an der verspäteten Entrichtung trifft, um die Anspruchsberechtigung auf Leistungen bringt, deren er dringend benötigt (Abs. 3). Von der Ermächtigung im Abs. 3 wird jedoch das Bundesministerium nur in Fällen besonderer Härte Gebrauch zu machen haben, um nicht durch zu weitgehende Anwendung dieser Bestimmung die Voraussetzungen der Halbdeckung (§ 233), der Dritteldeckung (§ 237) und der Wartezeit (§ 236), an denen im Interesse der Aufrechterhaltung der Leistungsfähigkeit der Versicherung festgehalten werden muß, illusorisch zu machen. Ein Fall besonderer Härte kann beispielsweise vorliegen, wenn glaubhaft gemacht wird, daß von einer zuständigen Stelle eine unrichtige Rechtsbelehrung erteilt wurde.

Zu § 226:

§ 226 bestimmt, welche Zeiten aus der Zeit vor Inkrafttreten des ASVG. als Beitragszeiten anerkannt werden. Es werden nach Abs. 1 alle solchen Zeiten als Beitragszeiten in die Neuregelung übernommen, die nach den am Vortage des Inkrafttretens in Geltung gestandenen Vorschriften als solche anerkannt waren. Zur Vermeidung von Zweifeln wird im zweiten Satz dieses Absatzes ausdrücklich festgestellt, daß hiezu auch die vor 1919 in der damaligen Pensionsversicherung erworbenen in den Liquidationsübereinkommen mit den Nachfolgestaaten des ehemaligen Kaisertums Österreich dem Versicherungsträger eines anderen Nachfolgestaates als der Republik Österreich zugewiesenen Beitragszeiten gehören, wenn die Voraussetzungen des § 127 Abs. 2 AngVG. 1928 und des § 346 Abs. 1 Z. 2 lit. d des GSVG. 1938 erfüllt sind, nicht dagegen die Zeiten für die nach § 114 Abs. 4 SV-ÜG. 1953 in der zuletzt geltenden Fassung, nach § 31 des 1. SV-NG. in der zuletzt geltenden Fassung oder nach § 502

Abs. 4 der Vorlage Beiträge nachentrichtet worden sind. Die letztangeführten Zeiten scheinen unter § 228 Abs. 1 Z. 2 als Ersatzzeiten auf. Ihre Berücksichtigung bei der Feststellung von Leistungsansprüchen wird im § 251 besonders geregelt.

Im dritten Halbsatz des ersten Satzes des Abs. 1 wird bestimmt, daß die Bestimmungen der am Vortag des Inkrafttretens der Neuregelung geltenden Vorschriften, nach denen die in die Neuregelung übernommenen Beitragszeiten nicht im vollen tatsächlichen Ausmaß auf die Wartezeit oder auf die Bemessung der Leistungen anzurechnen sind, außer Betracht zu bleiben haben. Diese Bestimmung erweist sich als notwendig, weil in der Pensionsversicherung der Angestellten bisher diese Beschränkungen der Anrechnung aus den früheren Gesetzen übernommen waren und die Aufrechterhaltung dieser Beschränkungen eine Schlechterstellung der Angestellten gegenüber den Arbeitern mit Rücksicht auf die im § 229 Z. 1 vorgesehene günstige Anrechnung der Vordienstzeiten zur Folge gehabt hätte; siehe hiezu auch die Bemerkungen zum § 229 Z. 2.

Im letzten Satz des Abs. 1 wird schließlich — mit Rücksicht auf die Aufhebung des SV-ÜG. 1953 in der zuletzt geltenden Fassung mit dem Inkrafttreten der Regelung der Vorlage — der Inhalt der §§ 55 und 56 des SV-ÜG. 1953 über die aus der Zeit vor dem 10. April 1945 zu übernehmende Versicherungslast in die Vorlage übernommen. Es wird hiebei daran festgehalten, daß hiedurch einer abweichenden zwischenstaatlichen Regelung, die entweder schon getroffen ist (siehe zum Beispiel Art. 24 des Ersten Abkommens über Sozialversicherung mit der Bundesrepublik Deutschland) oder noch getroffen werden wird (siehe Z. 13 des Schlußprotokolls zu diesem Abkommen und Z. 1 des Zusatzprotokolls zum Vertrag mit Italien über Sozialversicherung), nicht Eintrag getan wird.

Abs. 2 regelt, inwieweit Beitragszeiten nach Inkrafttreten der Regelung der Vorlage noch für eine vorher gelegene Zeit erworben werden können. Voraussetzung für eine solche nachträgliche Erwerbung von Beitragszeiten ist zunächst, daß für die betreffende Zeit nach den für sie in Geltung gestandenen oder nachträglich für sie getroffenen Bestimmungen Beiträge auf Grund der Pflichtversicherung zu entrichten waren oder auf Grund freiwilliger Versicherung hätten entrichtet werden können. Für die Frage aber, ob die Nachentrichtung noch zulässig ist und in welcher Höhe die Beiträge zu entrichten sind, sollen

schon die Bestimmungen der Vorlage gelten, um die Anwendung der bezüglichlichen nach Zeiträumen verschiedenen alten Vorschriften zu vermeiden.

Zu § 227:

Aus der Zeit nach dem Inkrafttreten des ASVG. werden Ersatzzeiten nur in zwei Fällen erworben werden können.

Nach Z. 1 wird jedes volle Schul(Studien)jahr, das in Schulen bestimmter im Gesetz bezeichneter Arten zurückgelegt wurde, angefangen von demjenigen Schul(Studien)jahr, das im Kalenderjahr der Vollendung des 15. Lebensjahres begonnen hat, bis zu einem festgesetzten zeitlichen Gesamthöchstaussmaß mit sechs Monaten als Ersatzzeit angerechnet. Voraussetzung für diese Anrechnung ist, daß zwischen dem Verlassen der Schule und einer sonstigen nachfolgenden Versicherungszeit oder einer neutralen Zeit im Sinne des § 234 Abs. 1 Z. 4 nicht mehr als drei Jahre liegen, damit der Zusammenhang des Schulbesuches mit der versicherungspflichtigen Beschäftigung als schulmäßige Vorbereitung für diese nachgewiesen ist. Da in vielen Fällen dem Schulbesuch während des ersten und zweiten Weltkrieges Kriegsdienstzeiten oder Dienstpflichtzeiten irgendwelcher Art unmittelbar gefolgt sein werden und für die Anrechnung dieser Zeiten nach § 228 Abs. 1 Z. 1 Voraussetzung ist, daß die letzte Beitrags- oder Ersatzzeit nicht länger als drei Jahre vor dem Beginn des Kriegsdienstes oder der Dienstpflicht liegt, mußte gesorgt werden, daß der Schulbesuch auch dann als Ersatzzeit gilt, wenn ihm eine Kriegsdienstzeit oder Dienstpflichtzeit innerhalb dreier Jahre nachfolgt und diese Zeit nur als neutrale Zeit nach § 234 Abs. 1 Z. 4 zählt.

Die vorliegende Bestimmung soll diejenigen Versicherten, bei denen infolge erweiterter Schulbildung der Eintritt in das Erwerbsleben und damit auch der Beginn der Versicherung hinausgeschoben wird, einigermaßen für den daraus resultierenden Verlust an Beitragszeiten schadlos halten. Die Anrechnung erfolgt nur im halben Ausmaß, da Beiträge nicht entrichtet wurden. Diese Beschränkung der Anrechnung gilt sowohl für die Wartezeit als auch für die Bemessung der Leistungen.

Nach Z. 2 werden auch Zeiten der Kriegsgefangenschaft (Zivilinternierung) und der Heimkehr aus ihr, die nach dem Inkrafttreten der Neuregelung liegen, unter den gleichen Voraussetzungen und in gleicher Weise als Ersatzzeiten angerechnet, wie solche vor dem

Inkrafttreten der Neuregelung liegende Zeiten (siehe § 228 Abs. 1 Z. 1).

Zu den §§ 228 und 229:

Da die Festlegung der Ersatzzeiten aus der Zeit vor Inkrafttreten der Neuregelung sehr umfangreiche Bestimmungen erfordert, wurde die bezügliche Regelung — abweichend vom versendeten Entwurf — auf zwei Paragraphen aufgeteilt, von denen der erste, § 228, die allen Zweigen der Pensionsversicherung gemeinsamen Ersatzzeiten und der zweite, § 229, die auf einzelne Zweige der Pensionsversicherung beschränkten Ersatzzeiten regelt.

§ 228 Abs. 1 Z. 1 (Kriegsdienst- und Dienstpflichtzeiten) entspricht dem § 11 Z. 4 des I. SV-NG.

In der Z. 2 des § 228 Abs. 1 werden als Ersatzzeiten die Zeiten erfaßt, für die nach § 114 Abs. 4 SV-ÜG. 1953, nach § 31 des I. SV-NG. — beide Bestimmungen in der am Tage vor dem Inkrafttreten der Neuregelung geltenden Fassung — oder nach § 502 Abs. 4 der Vorlage Beiträge entrichtet worden sind. Es handelt sich hiebei um Zeiten, für die wohl Beiträge, aber von einer begünstigt niedrigen Beitragsgrundlage entrichtet worden sind. Sie stehen sozusagen in der Mitte zwischen Beitrags- und Ersatzzeiten. Die Vorlage teilt sie den Ersatzzeiten zu, trifft jedoch hinsichtlich ihrer Auswirkungen bei der Feststellung der Leistungen im § 251 besondere Bestimmungen (siehe dort).

In Z. 3 des § 228 Abs. 1 wird endlich die im § 227 Z. 1 hinsichtlich der Berücksichtigung von bestimmten Schul- und Studienzeiten als Ersatzzeiten enthaltende Regelung auch für Zeiten dieser Art, die vor Inkrafttreten der Neuregelung liegen, anwendbar erklärt.

In Z. 4 des § 228 Abs. 1 endlich werden die Zeiten einer Freiheitsbeschränkung, die während der Besetzung Österreichs ab April 1945 verfügt wurde, ohne daß ein nach den österreichischen Gesetzen strafbarer Tatbestand vorlag, unter analogen Voraussetzungen wie die Kriegsdienstzeiten als Ersatzzeiten erfaßt.

Im Abs. 2 wird des näheren angegeben, inwieweit die Heimkehr aus der Kriegsgefangenschaft dieser gleichgehalten wird. Ferner wird im Einklang mit dem früheren österreichischen Recht (siehe § 128 Abs. 2 AngVG. 1928) die Zivilinternierung der Kriegsgefangenschaft gleichgestellt.

§ 229 Z. 1 regelt, inwieweit die nicht rentenversicherten Beschäftigungszeiten als Arbeiter aus der Zeit vor Einführung der Invaliden-

versicherung als Ersatzzeiten der Pensionsversicherung der Arbeiter anerkannt werden. Die Umschreibung dieser Zeiten wird konform dem § 11 Z. 3 des I. SV-NG. getroffen. Auch stimmt die Berücksichtigung dieser Zeiten für die Erfüllung der Wartezeit mit der einschlägigen Regelung des § 11 Z. 3 des I. SV-NG. überein. Hinsichtlich der Berücksichtigung dieser Ersatzzeiten für die Bemessung der Leistungen wird jedoch von der bezüglichen Regelung des § 14 des I. SV-NG. abgegangen. Während nämlich hinsichtlich der Berücksichtigung dieser Ersatzzeiten für die Erfüllung der Wartezeit noch von dem tatsächlich nachgewiesenen Ausmaß dieser Ersatzzeiten ausgegangen werden konnte — werden doch solche Zeiten mit Rücksicht auf die lange Dauer der seit 1938 verstrichenen Zeit nur noch in verhältnismäßig seltenen Fällen für die Erfüllung der Wartezeit heranzuziehen sein —, kann diese Methode für die Erfassung dieser Ersatzzeiten für die Bemessung der Leistungen nicht angewendet werden. Es werden nämlich für die Bemessung der Renten noch durch lange Zeit solche Ersatzzeiten in sehr vielen Berentungsfällen heranzuziehen sein; die Feststellung des tatsächlichen Ausmaßes dieser Zeiten würde kaum mehr möglich sein, jedenfalls aber außerordentlich viel Verwaltungsarbeit mit sich bringen. Es werden daher diese Ersatzzeiten für die Bemessung der Leistungen pauschalmäßig erfaßt. Hiebei wird angenommen, daß in jedem zwischen dem Eintritt in das arbeitsfähige Alter und dem 1. Jänner 1939 fallenden Kalenderjahr bei Versicherten der Geburtsjahrgänge bis 1905 acht, der ab 1906 bis 1916 sieben und der ab 1917 sechs Monate an Versicherungszeiten erworben worden wären; es wird also fingiert, daß in jedem in Betracht kommenden Kalenderjahr durch acht beziehungsweise sieben beziehungsweise sechs Monate Beschäftigung als Arbeiter vorlag. Hatte der Versicherte aber in dem angegebenen Zeitraum andere Versicherungszeiten erworben oder war er selbständig erwerbstätig, so vermindern sich die als erworben geltenden Versicherungszeiten um die Dauer dieser anderen Versicherungszeiten beziehungsweise der selbständigen Erwerbstätigkeit, höchstens jedoch um je acht beziehungsweise sieben beziehungsweise sechs Monate für ein Kalenderjahr. Die Abstufung der für jedes Kalenderjahr anzurechnenden Versicherungsmonate nach dem Geburtsjahrgange, dem der Versicherte angehört, trägt dem Umstande Rechnung, daß die Versicherten aus den älteren Jahrgängen bis zum Eintritt des Versicherungsfalles mit Rücksicht auf die erst mit 1. Jänner 1939 erfolgte Einführung der Invalidenversicherung bei Eintritt eines Versicherungsfalles

regelmäßig viel weniger Beitragsmonate aufzuweisen haben werden als die jüngeren Jahrgänge und daher zur Erlangung einer ihrer Beschäftigungszeit entsprechenden Rente einer besseren Berücksichtigung ihrer nicht versicherten Beschäftigungszeiten bedürfen.

Diese Regelung stellt eine sehr weitgehende Berücksichtigung der vor der Einführung der Invalidenversicherung gelegenen Vordienstzeiten als Arbeiter dar. Es wird dadurch ein Versicherter, der das 65. Lebensjahr bei Inkrafttreten des neuen Gesetzes vollendet, eine anrechenbare Versicherungszeit von rund 39 Jahren erreichen können.

§ 229 Z. 2, betreffend die Anrechnung nichtversicherter Beschäftigungszeiten der Angestellten aus der Zeit vor dem 1. Juli 1927 wurde gegenüber der den gleichen Gegenstand regelnden Bestimmung des § 11 Z. 1 des 1. SV-NG., mit der auch noch der § 231 Z. 1 des versendeten Entwurfes übereinstimmt, grundlegend geändert.

In den Stellungnahmen zu der angeführten Bestimmung des versendeten Entwurfes wurde eingewendet, einerseits, daß sie die Anwendung alter nur schwer zugänglicher Vorschriften erfordere, andererseits, daß die in diesen Vorschriften vorgesehenen Beschränkungen der Anrechnung eine erhebliche Schlechterstellung der Angestellten gegenüber den Arbeitern mit Rücksicht auf die im Entwurf vorgesehene günstige Anrechnung der Vordienstzeiten dieser bedeutet.

Diesen Einwendungen wurde in der neuen Bestimmung des § 229 Z. 2 Rechnung getragen. Nach dem ersten Halbsatz dieser Bestimmung sollen nunmehr die vor dem 1. Juli 1927 und nach der Vollendung des 15. Lebensjahres gelegenen Zeiten, die nach dem Stand der Vorschriften am 1. Juli 1927 (das ist nach den Vorschriften des Angestelltenversicherungsgesetzes 1928) — doch ohne die dort vorgesehene Einschränkung, daß die Versicherungspflicht erst mit dem vollendeten 17. Lebensjahr beginnt — die Pflichtversicherung in der damaligen Angestellten-Pensionsversicherung begründet hätten, als Ersatzzeiten gelten. Hienach ist also zunächst die nachgewiesene Dauer solcher Beschäftigungszeiten für ihre Anrechnung als Ersatzzeiten maßgebend. Nach dem zweiten Halbsatz wird jedoch ein gewisses Mindestausmaß an solchen Ersatzzeiten garantiert und tritt dieses Mindestausmaß, wenn es höher ist als das Ausmaß der nachgewiesenen Ersatzzeiten, an dessen Stelle; bei der Bestimmung dieses Mindestausmaßes ist nach dem zweiten Halbsatz wie folgt vorzugehen: Zunächst ist festzustellen, welches Ausmaß an Ersatzzeiten sich nach Z. 1 für den 31. Dezember 1938

ergeben würde (Summe 1). Dann ist die Summe aus den nachgewiesenen Beschäftigungszeiten nach dem ersten Halbsatz und der Beitragszeit aus dem Zeitraum bis zum 31. Dezember 1938 festzustellen (Summe 2). Das Ausmaß, um das die Summe 1 die Summe 2 übersteigt, ist den nachgewiesenen Beschäftigungszeiten aus der Zeit vor dem 1. Juli 1927 insoweit zuzuschlagen, als hiedurch das Ausmaß der kalendermäßigen Zeit vom vollendeten 15. Lebensjahr bis zum 30. Juni 1927 nicht überschritten wird. Hiedurch ist im allgemeinen sichergestellt, daß ein Angestellter zum 31. Dezember 1938 nicht weniger an Versicherungszeiten haben kann als ein gleichalteriger Arbeiter auf Grund des § 229 Z. 1, also die gerügte Schlechterstellung der Angestellten gegenüber den Arbeitern vermieden.

§ 229 Z. 3 entspricht in seiner Fassung dem gegenwärtig geltenden Recht des § 11 Z. 2 des 1. SV-NG.

Zu § 230:

Das in der Vorlage vorgesehene Leistungssystem geht davon aus, daß der Eintritt eines Versicherungsfalles beziehungsweise die erfolgte Antragstellung auf die Leistung und der dadurch gemäß § 223 Abs. 2 herbeigeführte Eintritt des Stichtages für die Feststellung der Leistung es nicht ausschließt, daß für eine nach dem Stichtag gelegene Zeit durch Leistung von Pflicht- oder freiwilligen Beiträgen Versicherungszeiten erworben werden, die zwar nicht mehr für die Leistung aus dem eingetretenen Versicherungsfalle, jedoch für Leistungen aus einem später eintretenden Versicherungsfalle gleicher oder anderer Art wirksam werden können. Da nämlich in der Vorlage Befreiungen von der Versicherungspflicht aus dem Grunde des vorgerückten Lebensalters, der geminderten Arbeitsfähigkeit oder des Bezuges einer Rente aus der Pensionsversicherung nicht vorgesehen sind, muß man konsequenterweise die während solcher Zustände gezahlten Beiträge für die Leistungen aus künftigen Versicherungsfällen wirksam werden lassen.

Dagegen ist es, wie schon bemerkt, auszuschließen, daß Beiträge, die nach dem Stichtag (§ 223 Abs. 2) — und zwar gleichviel, ob für vorher oder für nachher gelegene Zeiträume — entrichtet werden, für die Leistung aus diesem schon eingetretenen Versicherungsfalle noch berücksichtigt werden. Hievon ist jedoch eine Ausnahme insofern zu machen, als für den letzten dem Stichtag unmittelbar vorangegangenen Beitragszeitraum, für den vielleicht am Stichtag die Frist zur Zahlung der Beiträge noch nicht

einmal abgelaufen war, mit Wirksamkeit für die Leistung aus diesem Versicherungsfall noch Beiträge entrichtet werden können.

Diesen Erwägungen trägt die Bestimmung des Abs. 1 Rechnung.

Abs. 2 stellt fest, daß die Einschränkungen der wirksamen Nachentrichtung von Beiträgen, wie sie im ersten Satz enthalten sind, nicht gelten, wenn die Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung erst nach dem Stichtag (§ 223 Abs. 2) in einem schon vorher eingeleiteten Verfahren festgestellt wird, da in solchen Fällen eine spekulative einseitige Verschiebung der Versicherungslast wohl nicht vorliegen kann.

Zu § 231:

Nach dem geltenden Recht des § 12 des I. SV-NG. werden die Versicherungszeiten der Angestelltenversicherung und der knappschaftlichen Rentenversicherung nach Kalendermonaten erfaßt. Sind mindestens 15 Tage eines Kalendermonates durch Versicherungszeiten gedeckt, so wird dieser als voller Monat gezählt, kürzere Versicherungszeiten innerhalb eines Kalendermonates werden solchen in den nachfolgenden Monaten so lange zugeschlagen, bis in einem Kalendermonat mindestens 15 Tage an Versicherungszeiten vorliegen. Dieser Kalendermonat zählt sodann voll. Die Versicherungszeiten der Invalidenversicherung werden dagegen nach Kalenderwochen erfaßt. Sind mindestens drei Tage einer Kalenderwoche durch Versicherungszeiten gedeckt, so wird diese Kalenderwoche als volle Woche gezählt, kürzere Versicherungszeiten werden solchen in den nachfolgenden Monaten so lange zugeschlagen, bis in einer Kalenderwoche mindestens drei Tage an Versicherungszeiten vorliegen. Diese Kalenderwoche zählt sodann voll. Hievon greift die Ausnahme Platz, daß Beitragsmonate oder Beitragswochen, für die Beiträge nach Beitragsklassen berechnet worden sind, jedenfalls als volle Monate oder Wochen zählen.

Der versendete Entwurf hatte diese Regelung unverändert übernommen. In den Stellungnahmen hiezu wurde eingewendet, daß die Weiterrechnung kürzerer Versicherungszeiten als eine Woche oder ein Monat eine bedeutende administrative Arbeit verursache, die mit dem erzielten Erfolg in Anbetracht der verhältnismäßigen Seltenheit solcher kurzer Versicherungszeiten nicht im Einklang stehe.

Demgegenüber ist einzuwenden, daß solche kurze Versicherungszeiten bei gewissen Kategorien von Dienstnehmern eine häufige Erscheinung darstellen und daher ihre gänzliche

Vernachlässigung zu erheblichen Nachteilen für die betreffenden Versicherten führen würde.

Es ist aber trotzdem möglich, eine gewisse Vereinfachung, und zwar in der Pensionsversicherung der Arbeiter, in der solche kurze Versicherungszeiten am häufigsten sind, dadurch herbeizuführen, daß auch in dieser Versicherung die Versicherungszeiten nach Kalendermonaten gezählt werden und daher auch nur die Ergänzung auf Kalendermonate vorgenommen wird. Dadurch verringert sich die Zahl der Weiterrechnungen von kurzen Versicherungszeiten erheblich. Es wird aber dadurch auch in Fällen, in denen sowohl Versicherungszeiten der Pensionsversicherung der Arbeiter wie auch Versicherungszeiten eines anderen Zweiges der Pensionsversicherung vorliegen, die Ermittlung der gesamten Versicherungszeit wesentlich erleichtert, da Umrechnungen von Wochen in Monate oder umgekehrt nicht mehr stattzufinden brauchen.

Die Vorlage sieht also nunmehr in allen Zweigen der Pensionsversicherung die Erfassung der Versicherungszeiten für die Feststellung der Leistungsansprüche nach Kalendermonaten vor. Es zählt jeder Kalendermonat als Versicherungsmonat, in dem mindestens Versicherungszeiten in der Dauer von 15 Tagen oder von zwei Beitragswochen, für die der Beitrag nach Beitragsklassen berechnet worden ist, oder eine solche Beitragswoche und 8 Tage an sonstigen Versicherungszeiten liegen. Liegen in einem Kalendermonat Versicherungszeiten in einem kürzeren Ausmaß vor, so erfolgt die Weiterrechnung auf einen oder mehrere nachfolgende Kalendermonate, die nicht das obige Mindestausmaß an Versicherungszeiten aufweisen, bis in einem solchen Kalendermonat das Mindestausmaß erreicht ist. Dieser Kalendermonat zählt dann als Versicherungsmonat.

Zeiträume (Kalendermonate oder Kalenderwochen), für welche die Beiträge nach Beitragsklassen berechnet worden sind, gelten hiebei zur Gänze als Versicherungszeiten, also ein mit solchen Beiträgen gedeckter Kalendermonat, oder zwei zur Gänze in einem Kalendermonat gelegene mit solchen Beiträgen belegte Kalenderwochen als ein Versicherungsmonat. Sollte in einem Kalendermonat eine mit solchen Beiträgen belegte Kalenderwoche nur zum Teil liegen, so zählt der in diesem Kalendermonat liegende Teil der Woche, wenn nicht schon der Kalendermonat als Versicherungsmonat gerechnet wird, für die Weiterrechnung mit so vielen Tagen als Versicherungszeit, als Tage dieser Woche in dem Kalendermonate gelegen sind.

Im letzten Satz dieses Paragraphen wird allgemein die Regel aufgestellt, daß von

Versicherungszeiten, die sich zeitlich decken, nur eine gezählt wird, wobei eine bestimmte Reihenfolge dafür aufgestellt wird, welche der zusammentreffenden Zeiten herangezogen wird und welche wegfällt; die Reihenfolge ist so bestimmt, daß die höherwertige Zeit der geringerwertigen Zeit vorangeht. Eine gewisse Ausnahme von der Regel, daß von sich deckenden Versicherungszeiten nur eine berücksichtigt wird, stellen die Bestimmungen der §§ 244 Abs. 3 und 249 Abs. 1 dar; sie bleiben nach dem Schlußsatz des vorliegenden § 231 unberührt.

Zu § 232:

Enthält ein Versicherungsmonat nur Versicherungszeiten gleicher Art, also nur Beitragszeiten der Pflichtversicherung oder Beitragszeiten der freiwilligen Versicherung oder Ersatzzeiten, so ist es klar, daß auch der Versicherungsmonat nur dieser allein vertretenen Art angehört. Die Unterscheidung der Versicherungsmonate nach diesen Arten ist für die Anwendung der Bestimmungen des vorliegenden Vierten Teiles der Vorlage wichtig, da zum Beispiel Beitragsmonate der freiwilligen Versicherung anders für die Erfüllung der Wartezeit wirken als Beitragsmonate der Pflichtversicherung, da ferner Beitragsmonate der freiwilligen Versicherung und Ersatzmonate nur mit gewissen Beschränkungen bei Bildung der Bemessungsgrundlage herangezogen werden und da weiters Ersatzmonate bei der Bemessung des Ausstattungsbeitrages nicht berücksichtigt werden und so weiter. Nun kann es vorkommen, daß ein Versicherungsmonat durch Versicherungszeiten verschiedener Art gebildet wird. Solche Versicherungsmonate werden nach Abs. 1, je nachdem welche Art von Versicherungszeiten in dem Monat das zeitliche Übergewicht hat, als Beitragsmonate der Pflichtversicherung, als Beitragsmonate der freiwilligen Versicherung oder als Ersatzmonate angesehen. Hat aber keine der in dem Versicherungsmonat liegenden Arten das zeitliche Übergewicht, so bestimmt sich die Reihenfolge nach § 231 vorletzter Satz.

Nach Abs. 2 ist auch, wenn in einem Versicherungsmonat Versicherungszeiten mehrerer Zweige der Pensionsversicherung vorliegen, für die Zuteilung des Versicherungsmonates zu einem der beteiligten Zweige maßgebend, welcher Zweig durch die längsten Versicherungszeiten vertreten ist. Läßt sich demnach die Zugehörigkeit nicht bestimmen, so gilt die Reihenfolge: knappschaftliche Pensionsversicherung, Pensionsversicherung der Angestellten, Pensionsversicherung der Arbeiter. Es erfolgt die Reihung also nach der Wertigkeit der Versicherungszweige hinsichtlich des Leistungssystems.

Endlich ist auch nach Abs. 3 für die Feststellung, bei welchem Träger der Pensionsversicherung der Arbeiter ein Monat als erworben gilt, wenn in dem Monat ein Wechsel des Versicherungsträgers stattgefunden hat, maßgebend, bei welchem Träger die längere Versicherungszeit zugebracht wurde. Hiezu mußte aber auch mit Rücksicht darauf, daß die derzeitigen Träger der Pensionsversicherung der Arbeiter erst seit 1. Jänner 1948 bestehen, näher geregelt werden, bei welchem dieser jetzigen Träger Versicherungszeiten der Pensionsversicherung der Arbeiter aus der Zeit vor dem 1. Jänner 1948 als erworben gelten. Ist nach der Hauptregel der für den Versicherungsmonat zuständige Versicherungsträger nicht zu bestimmen, so erfolgt die Zuteilung in der Reihenfolge: Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter, Land- und Forstwirtschaftliche Sozialversicherungsanstalt, Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen. Maßgebend war für die Reihung die Größe des Versicherungsträgers.

Zu § 233:

Die Vorlage macht die Anrechenbarkeit der Versicherungszeiten nur mehr davon abhängig, daß sie in dem Anrechnungszeitraum liegen. Die weitere Voraussetzung für die Anrechenbarkeit der Versicherungszeiten, die sogenannte Dritteldeckung, wie sie noch im versendeten Entwurf vorgesehen war, wird zwar nicht fallen gelassen. Sie wird jedoch mit dem gleichen Inhalt neben die Wartezeit als allgemeine Voraussetzung für den Leistungsanspruch gestellt. Die bezügliche Regelung ist in den §§ 235 und 237 enthalten (siehe des näheren die Erläuternden Bemerkungen zu diesen beiden Paragraphen).

Aus dieser anderen Konstruktion ergibt sich eine wesentliche Vereinfachung der Bestimmungen über die Anrechenbarkeit der Versicherungsmonate. Im übrigen ist der Anrechnungszeitraum so wie im § 5 des 1. SV-NG. als der längste unmittelbar vor dem Stichtag (§ 223 Abs. 2), jedoch nach dem 31. Dezember 1938 gelegene Zeitraum konstruiert, der mindestens zur Hälfte durch Versicherungszeiten gedeckt ist. Hiebei wird in der Vorlage nun ausdrücklich festgestellt, daß Versicherungsmonate aller Zweige der Pensionsversicherung zu berücksichtigen sind. Dieser Grundsatz der Gleichstellung der Versicherungszeiten aus allen drei Pensionsversicherungszweigen, der auch für die Erfüllung der Wartezeit — mit Ausnahme für die Sonderleistungen der Knappschaftsrente und des Knappschaftssolds der knappschaftlichen Pensionsversicherung — und für die Bemessung der Leistungen mit Ausnahme der Knappschaftsrente gilt, macht es möglich,

bei einem aus Zeiten mehrerer Zweige der Pensionsversicherung gemischten Versicherungsverlauf die Leistung nur aus einem Zweige zu gewähren und dabei den ganzen Versicherungsverlauf zu berücksichtigen.

Die Voraussetzung für die Anrechenbarkeit der vor dem 1. Jänner 1939 gelegenen Versicherungszeiten ist konform mit § 5 Abs. 2 des 1. SV-NG. geregelt.

Auch sieht die Vorlage, wie im § 5 Abs. 3 des 1. SV-NG., die Einrichtung der neutralen Zeiten vor, die jedoch nunmehr so wie die Versicherungszeiten — zur Vereinfachung der Verwaltung — in Monaten (sogenannten neutralen Monaten) erfaßt werden. Mit den neutralen Monaten werden Zeiten der Unterbrechung der Versicherung erfaßt, die nicht mit einem dauernden Ausscheiden aus dem Versichertenkreis verbunden sind. Sie werden in der Weise berücksichtigt, daß sie bei Feststellung des Anrechnungszeitraumes außer Betracht bleiben. Praktisch kommt dies darauf hinaus, daß sich um die Hälfte dieser Monate das zur Erreichung der Halbdeckung erforderliche Ausmaß der Versicherungszeiten vermindert.

Die durch verschiedene Ergänzungen recht umfangreich gewordene Aufzählung der Ersatzzeiten und die nähere Regelung ihrer Erfassung in Monaten wird in einen besonderen Paragraph, den § 234, aufgenommen.

Zu § 234:

Dieser Paragraph enthält im Abs. 1 die Aufzählung der verschiedenen Arten von Ersatzzeiten.

Die Z. 2, 4, 5, 6 und 7 dieses Absatzes waren bereits im § 5 Abs. 3 des 1. SV-NG. vorgesehen. Es wurde lediglich Z. 5 noch vervollständigt, um auch Zeiten der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit von Personen zu erfassen, die als Arbeitslose nicht krankenversichert sind, wie die Hausgehilfen.

Z. 1 wurde neu eingefügt, um eine Schädigung in Fällen zu verhindern, wo der Anspruchswerber in der Zeit zwischen dem Versicherungsfall beziehungsweise der Antragstellung und dem Stichtag (§ 223 Abs. 2) nicht versichert war.

Die ebenfalls neue Z. 3 beugt vor, daß in gewissen Grenzfällen durch Verspätung der Antragstellung auf die Altersrente kein Nachteil eintreten kann.

Z. 8 soll Lücken der Versicherung unschädlich machen, die durch von Gesetzes wegen, also nicht auf Antrag erfolgte Befreiungen von der Pensionsversicherungspflicht entstanden sind — welche die Vorlage nicht mehr kennt — zum Beispiel durch Befreiung wegen

Überschreitens der Einkommensgrenze für die Versicherungspflicht, durch Befreiung der Ehefrauen von nach den §§ 1234, 1237 und 1242 RVO. beziehungsweise nach den §§ 11, 14 und 17 RAVG. versicherungsfreien oder von der Versicherungspflicht befreiten Personen.

Z. 9 berücksichtigt endlich Zeiten einer im Zuge eines strafgerichtlichen Verfahrens verhängten Untersuchungshaft, wenn das Verfahren sodann nicht zu einer Verurteilung geführt hat.

Die Zeiten eines öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnisses werden nicht mehr als neutrale Zeiten anerkannt. Jeder andere Versicherte, der aus der Versicherung ausscheidet, muß zur Erhaltung der Anwartschaft die Versicherung freiwillig fortsetzen. Es liegt kein Grund vor, demjenigen, der infolge Übertrittes in das pragmatische Dienstverhältnis aus der Versicherung ausscheidet, Versicherungszeiten, für die weder der Dienstgeber noch der Versicherte nach den Vorschriften des § 308 einen Überweisungsbetrag verlangt hat und die daher in der Versicherung zunächst weiter fortwirken, ohne weitere Beitragsleistung aufrechtzuerhalten. In Fällen, in denen der Übertritt in das öffentlich-rechtliche Dienstverhältnis vor dem Inkrafttreten der einschlägigen Bestimmungen der Vorlage erfolgt ist, daher noch das Bundesgesetz vom 8. Juli 1948, BGBl. Nr. 177, angewendet worden ist, in welchen Fällen bisher noch nach § 5 Abs. 3 lit. f des 1. SV-NG. Zeiten des öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnisses als neutrale Zeiten behandelt wurden, werden nach § 527 Abs. 1 Z. 2 auch nach Inkrafttreten des ASVG. diese Zeiten als neutrale Zeiten behandelt werden, um die Rechte der Versicherten gegenüber dem bisherigen Rechtszustand nicht zu beeinträchtigen.

Abs. 2 ordnet, damit bei der Erfassung des Versicherungsverlaufes zur Vereinfachung der bezüglichen Feststellungen nur Monate in Erscheinung treten, die Erfassung der neutralen Zeiten in Monaten an. Neutraler Monat ist hienach jeder Kalendermonat, der nicht Versicherungsmonat ist und mindestens 15 Tage neutraler Zeiten enthält. Auch hier gilt die Regelung, daß neutrale Zeiten, die sich zeitlich decken, nur einfach gezählt werden.

Zu den §§ 235 bis 237:

Diese Paragraphen behandeln die allgemeinen Voraussetzungen für die im § 222 Abs. 1 und 2 angeführten Leistungsansprüche mit Ausnahme für die Abfindung nach § 269 Abs. 1 Z. 1. Nach dem bisherigen Recht (§ 4 des 1. SV-NG.) und auch noch nach dem versendeten Entwurf gab es als allgemeine Voraussetzung für den Leistungsanspruch nur die Erfüllung

der Wartezeit. Wie schon zum § 233 erwähnt wurde, tritt nun hiezu als weitere allgemeine Voraussetzung, daß die sogenannte Dritteldeckung in einem dem Stichtag (§ 223 Abs. 2) nahegelegenen, im § 237 näher bestimmten Zeitraum erfüllt ist. Diese Dritteldeckung stellt sich ihrem Wesen nach als eine Verschärfung der Wartezeit dar, der nach wie vor nicht entraten werden kann, sollen nicht Personen, die längst versicherungsfremd geworden sind, noch in den Genuß von Leistungen gelangen können.

Zu § 235:

Für die beiden allgemeinen Voraussetzungen der Leistungsansprüche sind nach § 235 Abs. 2 die nach § 233 anrechenbaren Versicherungszeiten aller Zweige der Pensionsversicherung zu berücksichtigen. Hievon greift für die besonderen Leistungen der knappschaftlichen Pensionsversicherung, das ist die Knappschaftsrente und der Knappschaftssold, die Ausnahme Platz, daß für sie nur die anrechenbaren Versicherungsmonate der knappschaftlichen Pensionsversicherung, beim Knappschaftssold außerdem diejenigen anrechenbaren Beitragsmonate der ehemaligen österreichischen Angestellten(Pensions)versicherung zu berücksichtigen sind, während derer wesentlich bergmännische oder ihnen gleichzuhaltende Arbeiten (§ 236 Abs. 3) verrichtet worden sind. Die Einschränkung, die für diese beiden besonderen Leistungen der knappschaftlichen Pensionsversicherung getroffen wird, erklärt sich aus dem Umstand, daß es sich hier um Leistungen handelt, die in den beiden anderen Zweigen der Pensionsversicherung nicht vorgesehen sind und die in der knappschaftlichen Pensionsversicherung wegen der ausnehmend starken Abnützung durch die Beschäftigung des Bergmannes eingerichtet wurden und auch nur dort — wegen der besonders hohen Beitragsleistung — finanziell möglich sind. Wenn hiebei für den Knappschaftssold auch die anrechenbaren Beitragsmonate der ehemaligen österreichischen Angestellten(Pensions)versicherung, während derer wesentlich bergmännische oder ihnen gleichzuhaltende Arbeiten verrichtet wurden, berücksichtigt werden, so soll dies die wesentlich bergmännisch beschäftigten Angestellten vor dem Nachteil bewahren, daß sie, die erst mit 1. Jänner 1939 in die knappschaftliche Pensionsversicherung aufgenommen wurden, erst im höheren Alter als die Arbeiter in den Genuß des Knappschaftssolds gelangen können.

Bemerkt wird noch, daß zufolge der Bestimmung des § 281 Abs. 1, nach der Bergmannstreuegeld nur gebührt, wenn Knappschaftssold

bezogen wurde oder hätte bezogen werden können, der vorliegende Abs. 2 auch für das Bergmannstreuegeld gilt.

Abs. 3 entspricht dem Abs. 3 des § 4 des 1. SV-NG. Um die bei der Anwendung dieser Bestimmung des 1. SV-NG. aufgetretenen Zweifel, was hiebei als Arbeitsunfall oder Berufskrankheit anzusehen ist, zu beseitigen, wurde klargestellt, daß nur solche Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten zu berücksichtigen sind, die bei einem unfallversicherten Dienstnehmer oder einer den unfallversicherten Dienstnehmern nach § 4 Abs. 3 gleichgestellten Person eingetreten sind.

Zu § 236:

Gegenüber der einschlägigen Regelung des § 4 Abs. 2 des 1. SV-NG. ist geändert, daß bei Personen, die erstmals nach Vollendung des 50. Lebensjahres und nach Inkrafttreten des ASVG. versicherungspflichtig geworden sind, die kleine Wartezeit 96 Monate beträgt (Abs. 1 Z. 1). Die kleine Wartezeit von 60 Monaten ist tragbar bei Versicherten, die schon in jungem Alter in die Versicherung eintreten. Sie werden in aller Regel weit mehr als die 60 Monate an Versicherungszeiten aufweisen, bevor sie eine Rente in Anspruch nehmen. Wenn aber ein solcher Versicherter ausnahmsweise schon in frühem Alter invalide oder berufsunfähig wird, soll ihm die kurze Wartezeit zur Erlangung einer Rente verhelfen. Anders liegen aber die Verhältnisse bei Personen, die in vorgerücktem Alter erstmalig in die Versicherung eintreten. Für diese Fälle ist die Wahrscheinlichkeit einer nach kurzem Versicherungsverlauf eintretenden Invalidität oder Berufsunfähigkeit viel größer; auch kann nicht ganz von der Hand gewiesen werden, daß die kurze Wartezeit für außerhalb des Kreises der unselbständig Erwerbstätigen stehende Personen den Anreiz bietet, im vorgerückten Alter durch Scheinanstellungen in den Genuß einer Monatsrente zu gelangen, die nach einem Pensionsschema bemessen ist, das kurze Versicherungszeiten durch Festsetzung eines hohen Grundbetrages außerordentlich begünstigt.

Zu Abs. 1 Z. 2 wird bemerkt, daß zufolge der Bestimmung des § 275 Abs. 1, nach dem Voraussetzung für die Gewährung des Bergmannstreuegeldes ist, daß Knappschaftssold bezogen wurde oder hätte bezogen werden können, praktisch die Wartezeit von 300 Monaten auch für das Bergmannstreuegeld erforderlich ist.

Abs. 2 verlangt im Einklang mit dem geltenden Recht für den Knappschaftssold, daß während der für die Wartezeit erforderlichen

300 anrechenbaren Versicherungsmonate wenigstens durch 180 Monate wesentlich bergmännische oder ihnen gleichzuhaltende Arbeiten verrichtet worden sind. Analog wird bei der Knappschaftsrente — jedoch nur für Angestellte — verlangt, daß während der für die Wartezeit nach Abs. 1 Z. 1 erforderlichen anrechenbaren Versicherungsmonate mindestens durch 30 Monate solche qualifizierte Arbeiten verrichtet worden sind. Ein Angestellter, der nach § 15 Abs. 1 der knappschaftlichen Pensionsversicherung zugehört, obwohl er nur Büroarbeiten verrichtet, kann also die Knappschaftsrente nur erlangen, wenn er durch die angegebene Mindestzeit die bezeichneten schweren Arbeiten verrichtet hat. Für einen stets nur mit Büroarbeiten beschäftigt gewesenen Angestellten scheidet die Knappschaftsrente als Versicherungsleistung sohin aus, er hat jedoch jedenfalls auf die gegenüber der Invaliditäts- und Altersrente und den Hinterbliebenenrenten der Pensionsversicherung der Angestellten unter gleichen Verhältnissen höheren Leistungen der Knappschaftsvollrente, Knappschaftsaltersrente und Hinterbliebenenrenten der knappschaftlichen Pensionsversicherung Anspruch.

Im Abs. 3 sind die wesentlich bergmännischen Arbeiten im Einklang mit der bisherigen einschlägigen Judikatur umschrieben. Die Bestimmung, welche Arbeiten ihnen nach Schwere und Gefahr gleichzuhalten sind, wird dem Ordnungswege überlassen.

Zu § 237:

Die Dritteldeckung für den Leistungsanspruch ist gegeben, wenn die 36 Kalendermonate, die nach Ausschaltung der neutralen Monate zuletzt vor dem Stichtag (§ 223 Abs. 2) liegen, zwölf Versicherungsmonate nach § 235 Abs. 2 enthalten.

Nach § 5 Abs. 1 des 1. SV-NG. mußten die letzten 36 Monate vor dem Eintritt des Versicherungsfalles (vor der Antragstellung) durch Versicherungszeiten gedeckt sein. Da vielfach in der letzten Zeit vor Eintritt des Versicherungsfalles (vor der Antragstellung auf die Leistung) sogenannte neutrale Zeiten (§ 5 Abs. 3 des 1. SV-NG.) liegen, die bei Feststellung der Dritteldeckung außer Betracht zu lassen sind und daher die 36 Monate verkürzen, führte die bisherige Regelung dazu, daß es oft Zufall war, ob die verbleibenden wenigen Monate noch zu einem Drittel durch Versicherungszeiten gedeckt waren. Um dem abzuhelfen, wird nunmehr verfügt, daß die letzten 36 Kalendermonate vor dem Stichtage, die nicht als neutrale Monate gelten, zu einem Drittel durch Versicherungsmonate gedeckt sein müssen. Hiedurch wird erreicht, daß

immer ein Zeitraum von 36 Monaten vorliegt, für den die Dritteldeckung festzustellen ist.

Nach Abs. 2 wird von dem Erfordernis der Dritteldeckung abgesehen, wenn für die Zeit vom 1. Jänner 1939 oder vom Zeitpunkt des späteren erstmaligen Eintrittes in die Versicherung bis zum Stichtag (§ 223 Abs. 2) die Dreivierteldeckung durch Versicherungsmonate gegeben ist. Hiedurch soll Versicherten, die vor dem Zeitraum, für den ansonsten die Dritteldeckung festzustellen ist, eine besondere Dichte der Versicherungszeiten aufweisen, die Erlangung der Leistung ermöglicht werden, auch wenn sie das Erfordernis der Dritteldeckung nicht erfüllen.

Für die Knappschaftsrente und den Knappschaftssold, damit aber auch (zufolge der Bestimmung des § 281 Abs. 1, nach der als Voraussetzung für die Gewährung des Bergmannstreuegeldes gefordert ist, daß Knappschaftssold bezogen wurde oder hätte bezogen werden können) für das Bergmannstreuegeld werden nach Abs. 3 nicht neutrale Monate schlechthin, sondern nur solche neutrale Monate bei Feststellung der Dritteldeckung ausgeschaltet, denen zuletzt ein Versicherungsmonat der knappschaftlichen Pensionsversicherung vorangeht. Andere neutrale Monate wirken also so wie Zeiten, während der keine Versicherung bestand und die auch nicht als neutral gelten. Diese Änderung gegenüber dem geltenden Recht wurde aus analogen Gründen, wie sie zu § 235 Abs. 2 angeführt sind, vorgesehen.

Zu § 238:

Siehe zunächst die Ausführungen unter Allgemeines P. 3.

Im Normalfall ist die Bemessungsgrundlage nach Abs. 1 gleich der Beitragsgrundlage, die im Durchschnitt des Bemessungszeitraumes, das ist der letzten 60 anrechenbaren Versicherungsmonate vor dem Bemessungszeitpunkt, das ist dem Stichtage (§ 223 Abs. 2), auf einen Versicherungsmonat entfällt. Hiebei greifen jedoch folgende Besonderheiten Platz:

1. Versicherungsmonate aus der Zeit vom 1. Jänner 1947 bis 30. September 1950 bleiben nach Abs. 2 außer Betracht, weil in dieser Zeit die Höchstgrenze der Beitragsgrundlage (des Grundlohnes) nicht entsprechend den geänderten Lohn- und Preisverhältnissen erhöht war, daher gegenüber der Zeit vorher und nachher eine Unterversicherung vorlag.

2. Von den letzten 60 anrechenbaren Versicherungsmonaten werden nach Abs. 3 zunächst nur die Beitragsmonate der Pflichtversicherung zur Bildung der Bemessungsgrundlage herangezogen. Wenn mindestens 36 Beitragsmonate der Pflichtversicherung unter diesen letzten 60 Versicherungsmonaten

vorliegen, so wird nur aus den Beitragsgrundlagen in diesen Beitragsmonaten der Pflichtversicherung die Bemessungsgrundlage errechnet. Sind aber in den letzten 60 anrechenbaren Versicherungsmonaten weniger als 36 Beitragsmonate der Pflichtversicherung enthalten, so werden, um wenigstens einen Durchschnitt von 36 Monaten zu erlangen, zu den vorhandenen Beitragsmonaten der Pflichtversicherung auch die auf 36 Monate fehlende Zahl von Ersatzmonaten und Beitragsmonaten der freiwilligen Versicherung herangezogen; die Beitragsmonate freiwilliger Versicherung zählen hierbei aber nur zur Hälfte. Die Regelung sucht also möglichst einen Durchschnitt von Beitragsgrundlagen aus der Pflichtversicherung zu erlangen, da diese Beitragsgrundlagen das verlässlichste Bild von den Einkommenverhältnissen des Versicherten in der in Betracht kommenden Zeit bieten. Beitragsgrundlagen von Ersatzmonaten und aus freiwilliger Versicherung werden nur aushilfsweise herangezogen, wobei obendrein die Beitragsmonate freiwilliger Versicherung nur zur Hälfte gerechnet werden, sodaß gegenüber diesen, die gewöhnlich niedrige Beitragsgrundlagen aufweisen, auch die Beitragsgrundlagen von Ersatzmonaten bei der Bildung der Bemessungsgrundlage schwerer wiegen. Es werden ferner Versicherungsmonate innerhalb der Bemessungszeit, während derer Krankengeld, Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe aus gesetzlicher Versicherung bezogen wurde oder bei Einbeziehung in eine solche Versicherung hätte bezogen werden können, für die Bildung der Bemessungsgrundlage außer Betracht gelassen, um eine Drückung der Bemessungsgrundlage durch die Berücksichtigung solcher nicht voll mit Versicherungszeiten ausgefüllter Versicherungsmonate zu vermeiden.

Für die Bemessungsgrundlage als Durchschnitt der Beitragsgrundlagen aus der Bemessungszeit ergibt sich ein Höchstbetrag, der von den für die Versicherungsmonate der Bemessungszeit geltenden Höchstbeitragsgrundlagen abhängt. In der Vorlage ist eine Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlage von 2400 S nach bisherigem Recht auf 3600 S vorgesehen. Dies bringt die Gefahr mit sich, daß auch dann die Bemessungsgrundlage sich stark über 2400 S erheben wird, wenn in der verhältnismäßig geringen Zahl von Versicherungsmonaten, welche die Bemessungszeit bilden, Beitragsgrundlagen mit oder gegen 3600 S vorliegen, in den übrigen Versicherungsmonaten aber die Beiträge von viel geringeren Beitragsgrundlagen gezahlt wurden. Um dieser Gefahr einer ungerechtfertigten Belastung der Versicherung vorzubeugen, wird im Abs. 4 bestimmt, daß ein Übersteigen von 2400 S durch die Bemessungsgrundlage

nur bis zu dem Betrag anerkannt wird, um den auch die durchschnittliche monatliche Beitragsgrundlage aus den letzten 120 anrechenbaren Beitragsmonaten der Pflichtversicherung den Betrag von 2400 S übersteigt. Hiedurch wird eine höhere Bemessungsgrundlage als 2400 S davon abhängig gemacht, daß durch eine entsprechend lange Zeit die Beiträge von Beitragsgrundlagen über 2400 S entrichtet wurden. Auch bei der Ermittlung der durchschnittlichen monatlichen Beitragsgrundlage aus den letzten 120 anrechenbaren Beitragsmonaten der Pflichtversicherung werden Beitragsmonate, deren Beitragsgrundlage dadurch gedrückt ist, daß während derselben teilweise ein Krankenstand oder Arbeitslosigkeit vorlag, außer Betracht gelassen. Siehe auch die Bemerkungen zum § 526.

Zu § 239:

Die hier geregelte Bemessungsgrundlage nach Vollendung des 45. Lebensjahres soll Versicherte, bei denen der Versicherungsfall für die Leistung nach dem Höhepunkt ihrer Schaffenskraft eintritt und deren Entgelt sich seither verringert hat, vor Nachteilen bewahren. Diese Bemessungsgrundlage wird für denjenigen Tag als Bemessungszeitpunkt gebildet, an dem der Versicherte erstmalig nach Vollendung des 45. Lebensjahres 60 Beitragsmonate der Pflichtversicherung oder Ersatzmonate einer Kriegs- oder sonstigen Pflichtdienstleistung aufzuweisen hat. Beitragsmonate der freiwilligen Versicherung werden hierbei nicht herangezogen. Auch für diese Bemessungsgrundlage bleiben Versicherungsmonate der bezeichneten Arten aus der Zeit vom 1. Jänner 1947 bis 30. September 1950, und zwar aus dem gleichen Grunde wie bei der normalen Bemessungsgrundlage außer Betracht. Dagegen werden Versicherungsmonate der bezeichneten Arten aus der Pensionsversicherung der Angestellten und der knappschaftlichen Pensionsversicherung auch aus der Zeit vor dem 1. Jänner 1939 herangezogen. Zur Bildung der Bemessungsgrundlage werden von den vorhandenen Beitragsgrundlagen der bezeichneten Arten die letzten 60 herangezogen. Von dieser besonderen Bemessungsgrundlage werden dann der Grundbetrag und die bis zum Bemessungszeitpunkt für diese Bemessungsgrundlage entfallenden Steigerungsbeträge errechnet. Von der niedrigeren normalen nach § 238 ermittelten Bemessungsgrundlage werden nur die auf die Zeit nach diesem Bemessungszeitpunkt entfallenden Steigerungsbeträge bemessen. Auf diese Weise ist der Versicherte dagegen geschützt, daß er die Auswirkung von in früheren Jahren bestandenen höheren Beitragsgrundlagen auf die Bemessung der Leistungen verliert.

Zu § 240:

Diese Bestimmung verfolgt den Zweck, den Versicherten davor zu bewahren, daß für eine Leistung, die innerhalb einer verhältnismäßig kurzen Zeit nach Wegfall einer anderen Leistung anfällt, eine niedrigere Bemessungsgrundlage als für die weggefallene Leistung ermittelt wird. Erfahrungsgemäß ist in den ersten Jahren nach Wegfall einer Rente mit einer Schmälerung des Lohn(Gehalts)bezuges zu rechnen, dies umso mehr, wenn bald nach dem Wegfall der Rente wieder ein Versicherungsfall eintritt und daher kaum angenommen werden kann, daß der Versicherte zwischen durch seine volle Leistungsfähigkeit erlangt hat. In diesen Fällen soll dem Versicherten die der früheren Leistung zugrunde gelegte höhere Bemessungsgrundlage für den Grundbetrag und den bis zum Bemessungszeitpunkt der weggefallenen Leistung erworbenen Steigerungsbetrag erhalten bleiben.

Zu § 241:

Bei Eintritt eines Versicherungsfalles der geminderten Arbeitsfähigkeit als Folge eines Arbeitsunfalles nach kurz vorher erfolgtem Eintritt in das Berufsleben kann sich leicht ergeben, daß sich eine Bemessungsgrundlage nach § 238 nicht ermitteln läßt. Für solche Fälle wird die Bemessungsgrundlage aus der Unfallversicherung mit dem auf einen Monat entfallenden Betrag, also mit einem Zwölftel, einfach in die Pensionsversicherung übernommen.

Zu § 242:

Abs. 1 stellt gemeinsam für die Bemessungsgrundlage nach den §§ 238 und 239 fest, daß sie aus den Beitragsgrundlagen der die Bemessungszeit nach § 238 Abs. 3 beziehungsweise § 239 Abs. 2 Z. 2 bildenden Versicherungsmonate zu bilden ist und verfügt — konform mit § 238 Abs. 3 erster Satz zweiter Halbsatz —, daß Beitragsgrundlagen der freiwilligen Versicherung nur mit dem halben Betrage heranzuziehen sind.

Abs. 2 besagt, daß unter dem im Abs. 1 gebrachten Begriff „Beitragsgrundlage des Versicherungsmonates“ die Summe der nach den beiden folgenden §§ 243 und 244 ermittelten Beitragsgrundlagen der Versicherungszeiten zu verstehen ist, aus denen der Versicherungsmonat nach § 233 entstanden ist. Diese Beitragsgrundlagen sind unter Außerachtlassung einer allfälligen Höherversicherung zu ermitteln. Die Höherversicherung wird also für die Ermittlung der Bemessungsgrundlage gänzlich ausgeschaltet. Sie wird in der Leistung nach besonderer Regelung berücksichtigt (siehe § 248).

Zu § 243:

In diesem Paragraphen werden die näheren Bestimmungen darüber getroffen, was als Beitragsgrundlage für die in den Bemessungszeitraum fallenden Versicherungszeiten anzunehmen ist. Diese Bestimmungen sind mit Rücksicht darauf, daß der Ausdruck „Beitragsgrundlage“ nicht allen früheren Regelungen der Rentenversicherungen bekannt ist, aber auch deswegen notwendig, weil Beitragsgrundlagen aus der Zeit vor dem 1. August 1951 nicht unverändert, sondern erst nach einer entsprechenden Aufwertung herangezogen werden können.

Nach Abs. 1 Z. 1 gilt als Beitragsgrundlage für nach dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes gelegene Beitragszeiten die allgemeine Beitragsgrundlage nach den §§ 44 bis 48 der Vorlage. Da in der allgemeinen Beitragsgrundlage die Sonderzahlungen nicht berücksichtigt werden, diese vielmehr bis zu einem Betrage von 3600 S jährlich eine besondere Grundlage für die Einhebung von Sonderbeiträgen bilden, scheiden diese Sonderzahlungen auch für die Berücksichtigung in der Bemessungsgrundlage aus. Gegenleistung für die Sonderbeiträge ist gewissermaßen die zusätzlich zu den 12 Monatsrenten während eines Kalenderjahres gewährte 13. Monatsrente, wie sie im § 106 vorgesehen ist. In Fällen, in denen in einem Kalenderjahr Sonderbeiträge von mehr als einem Monatsbezug oder vier Wochenbezügen entrichtet wurden, kommt als weitere Gegenleistung der besondere Steigerungsbetrag nach § 249 Abs. 3 hinzu.

Es ist dies eine der beiden in Betracht kommenden Möglichkeiten für die Konstruktion der 13. Monatsrente. Die andere Möglichkeit wäre gewesen, als Beitragsgrundlage für nach dem Inkrafttreten des Gesetzes liegende Zeiten die allgemeine Beitragsgrundlage zusätzlich des auf diesen Teil entfallenden Teiles von Sonderzahlungen des betreffenden Kalenderjahres einzusetzen, das 13fache der im Durchschnitt auf einen Versicherungsmonat hienach entfallenden Beitragsgrundlage als Bemessungsgrundlage zu nehmen und aus dieser für das Jahr ermittelten Bemessungsgrundlage eine Jahresrente mit den sich aus den Paragraphen über die Bemessung der einzelnen Rentenarten ergebenden Hundertsätzen zu errechnen und diese in 13 Teilbeträgen auszuzahlen.

Die erstangeführte Methode wurde gewählt, weil sie auch bei den Altrenten nach dem Rentenbemessungsgesetz angewendet wurde und in den Fällen, wo Sonderzahlungen entweder überhaupt nicht oder doch in einer geringeren Höhe als einem Monatsbezug vorliegen, die zweitangeführte Methode den Betrag der Monatsrente stark drückt. Der erstange-

fürten, in der Vorlage angewendeten Methode haftet der Nachteil an, daß das Jahresausmaß der Rente, bezogen auf das Jahreseinkommen, wenn Sonderzahlungen im Ausmaß von mehr als einem Monatsbezug vorliegen, gegenüber den in den Bestimmungen über die Bemessung der Renten festgesetzten Hundertsätzen etwas zurückbleibt. Diesem Nachteil wird durch den in solchen Fällen nach § 249 Abs. 3 gebührenden besonderen Steigerungsbetrag abgeholfen (siehe oben).

Im Abs. 1 Z. 2 wird festgestellt, was als Beitragsgrundlage für vor dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes zurückgelegte Beitragszeiten gilt. Hierbei wird unterschieden, ob in den Unterlagen für die Bemessung der Steigerungsbeträge ein Arbeitsverdienst (lit. a), wie für Beitragszeiten nach dem GSVG, und für Beitragszeiten, für die zur Berechnung des Beitrages seit dem 30. Juni beziehungsweise 1. Juli 1942 nach der Zweiten Lohnabzugsverordnung ein Grundlohn zugrunde gelegt wurde, oder eine Beitrags(Gehalts)klasse (lit. b) vorgemerkt ist, wie in der Invaliden- und der Angestelltenversicherung für die Beitragszeiten vom 1. Jänner 1939 bis 30. Juni 1942 allgemein und ab 1. Juli 1942 für Zeiten der Selbstversicherung, der freiwilligen Weiterversicherung und für Zeiten der Pflichtversicherung der Selbstständigen. Hierbei ist in lit. a der Aufwertungsfaktor, bei lit. b in der Anlage 2 zur Vorlage der aufgewertete Betrag selbst angegeben. Sonderzahlungen im Sinne des § 11 Abs. 1 des Rentenbemessungsgesetzes werden ebenso wenig berücksichtigt wie die Sonderzahlungen nach dem ASVG. in Z. 2 lit. a.

In lit. a ist der Aufwertungsfaktor für Zeiten vor 1947 mit 6, für die Zeit von Oktober 1950 bis Juli 1951 mit 1·2 angesetzt. Ferner wird in lit. a die Höchstbeitragsgrundlage bestimmt, bis zu der die allenfalls aufgewerteten Arbeitsverdienste zu berücksichtigen sind. Die in der Anlage 2 angegebenen Beträge der Beitragsgrundlagen für die Zeit vor 1947 wurden auf der Grundlage der in den betreffenden Gehalts(Beitrags)klassen zu entrichtenden Beiträge beziehungsweise im Bereiche der knappschaftlichen Pensionsversicherung auf der Grundlage der mittleren Arbeitsverdienste der Beitragsklassen in Verbindung mit dem Aufwertungsfaktor 6 ermittelt. Für die Zeit von Oktober 1950 bis Juli 1951 wurde aus Gründen der Vereinfachung der Aufwertungsfaktor von 1·2 an Stelle des etwas höher liegenden rechnermäßigen Aufwertungsfaktors angewendet.

In lit. c wurde für Beitragszeiten vor dem 1. Juli 1927 aus der Pensionsversicherung der Angestellten eine einheitliche Beitragsgrundlage angegeben, die dem derzeitigen durch-

schnittlichen Verdienst der Angestellten entspricht. Die tatsächlichen Bezüge können nicht herangezogen werden, weil sie entweder vor der Inflation der Jahre 1919 bis 1922 liegen oder zwar nach dieser Inflation liegen, aber noch nicht entsprechend nachgezogen waren.

In lit. d wird für die knappschaftliche Pensionsversicherung für die Zeit vor dem 1. April 1939, für die bisher (§ 15 des I. SV-NG.) auch die Steigerungsbeträge von einem einheitlichen Monatsentgelt von 150 S zu berechnen waren, ebenfalls eine einheitliche Beitragsgrundlage angegeben. Da der Betrag von 150 S offenkundig zu niedrig war und eine der Hauptursachen für die derzeitige geringe Höhe der Renten aus der knappschaftlichen Pensionsversicherung ist, wurden die Ansätze so erhöht, daß sie dem derzeitigen Durchschnittsverdienst der knappschaftlich Versicherten nahekommen.

Im Abs. 1 Z. 3 werden die Beitragsgrundlagen für die sogenannten Vordienstzeiten bestimmt, und zwar in lit. a für die Vordienstzeiten der Arbeiter mit dem in der betreffenden Zeit üblichen Arbeitsverdienste gleichartig Beschäftigter, in lit. b für die Vordienstzeiten der Angestellten, die ja vor Juli 1927 liegen müssen, mit dem gleichen Wert wie für Beitragszeiten der Pensionsversicherung der Angestellten in dieser Zeit (Z. 2 lit. c) und in lit. c für die Vordienstzeiten der Bergarbeiter mit dem gleichen Wert wie für Beitragszeiten der knappschaftlichen Pensionsversicherung aus dieser Zeit (Z. 2 lit. d).

Nach Abs. 2 Z. 4 ist für Ersatzzeiten nach § 227 Z. 2 und nach § 228 Abs. 1 Z. 1 (Kriegsdienst- oder Dienstpflichtzeiten) die Beitragsgrundlage aus dem Durchschnitt der Beitragsgrundlagen der letzten drei Versicherungsmonate vor dem Beginn der Ersatzzeit zu ermitteln. Für Ersatzzeiten nach § 227 Z. 1 und nach § 228 Abs. 1 Z. 3 (Schulzeiten) wird eine einheitliche Beitragsgrundlage von 210 S für den Kalendermonat (7 S für den Kalendertag) festgesetzt.

Abs. 2 soll spekulativen Erhöhungen in den letzten Versicherungsmonaten der Bemessungszeit vorbeugen.

Zu § 244:

Dieser Paragraph trifft nähere Bestimmungen über die Beitragsgrundlage in gewissen Sonderfällen.

Abs. 1 bestimmt, daß bei Verlust der Unterlagen für die Bemessung der Steigerungsbeträge für vor dem 1. Jänner 1946 gelegene Beitragszeiten die Beitragsgrundlage für Zeiten der Pflichtversicherung auf Grund der damaligen Arbeitsverdienste gleichartig Beschäftigter

zu ermitteln ist und daß als Beitragsgrundlage für Zeiten der freiwilligen Versicherung die Beitragsgrundlage von 7 S für den Kalendertag angenommen wird (vergleiche § 243 Abs. 2 Z. 4). Während im § 67 SV-ÜG. für Fälle des Verlustes der Unterlagen in der Invalidenversicherung einheitliche Steigerungsbeträge für Männer und für Frauen bestimmt waren, werden hier für die Zeiten der Pflichtversicherung in allen Zweigen der Pensionsversicherung nach der Art der Beschäftigung differenzierte Beitragsgrundlagen festgesetzt.

Abs. 2 sorgt für den Fall vor, daß Beiträge zur Höherversicherung gemeinsam mit den Beiträgen zur Pflicht- oder freiwilligen Versicherung in einer Beitrags(Gehalts)klasse entrichtet wurden. Da die Beiträge zur Höherversicherung, wie schon erwähnt, in der Leistung eine besondere Berücksichtigung finden sollen, ohne die Höhe der Bemessungsgrundlage zu beeinflussen, muß aus der gemeinsamen Beitragsleistung der Anteil der Hauptversicherung herausgeschält werden. Es geschieht dies auf die Weise, daß als Beitragsgrundlage für die Hauptversicherung die Beitragsgrundlage angesehen wird, die der in Betracht kommenden höchsten Beitrags(Gehalts)klasse der Pflichtversicherung entspricht. Ist aber der gemeinsame Beitrag für die Haupt- und die Höherversicherung in einer niedrigeren als der angeführten Beitragsklasse entrichtet worden, so wird angenommen, daß die Hauptversicherung in der tatsächlich versicherten Beitragsklasse bestanden hat, so als ob keine Höherversicherung durchgeführt worden wäre.

Im Abs. 3 wird für den Fall, daß sich Versicherungszeiten decken, verfügt, daß die Beitragsgrundlagen zusammengerechnet werden und für die Bildung der Bemessungsgrundlage bis zur Höchstbeitragsgrundlage berücksichtigt werden. Ergänzend hiezu bestimmt § 249 für vor dem Inkrafttreten des ASVG. liegende Zeiten, daß ein bestimmter Hundertsatz der den Höchstbetrag überschreitenden Summe der Beitragsgrundlagen sodann als Beitrag zur Höherversicherung gilt. Dadurch ist für die Versicherungszeiten vor Inkrafttreten des ASVG. in gleicher Weise wie für Versicherungszeiten nach dessen Inkrafttreten (vergleiche § 70) vorgesorgt, daß sie in der Leistung berücksichtigt werden.

Abs. 4 soll Benachteiligungen des Versicherten vorbeugen, die sich daraus ergeben würden, daß in einer Beitragszeit der Pflichtversicherung wegen Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit nur ein Teilentgelt (zum Beispiel nach § 8 Abs. 1 letzter Satz des Angestelltengesetzes) geleistet wurde. In solchen Fällen soll für die betreffende Zeit das volle Entgelt als Beitragsgrundlage eingesetzt werden.

Zu § 245:

Während nach der bisherigen Regelung ein Versicherter, der Versicherungszeiten mehrerer Rentenversicherungen erworben hatte, eine aus Teilleistungen der einzelnen Versicherungszweige zusammengesetzte Gesamtleistung erhielt, die nach den Vorschriften über die sogenannte Wanderversicherung bemessen wurde, wird nach der neuen Regelung der Versicherte für die Leistungsgewährung ausschließlich einem der durchlaufenen Zweige der Pensionsversicherung als leistungszugehörig zugewiesen. Hierbei wird zwischen den Leistungen aus den im § 221 angeführten Versicherungsfällen des Alters, der Minderung der Arbeitsfähigkeit, des Todes und der Eheschließung einerseits und den Leistungen der Gesundheitsfürsorge andererseits unterschieden.

Für die erstangeführten Leistungen bestimmt sich die Leistungszugehörigkeit nach den letzten Jahren vor dem Stichtag (§ 223 Abs. 2). So wie die Leistung im allgemeinen von einer aus den Beitragsgrundlagen der letzten fünf Jahre vor Eintritt des Versicherungsfalles (vor der Antragstellung) gebildeten Bemessungsgrundlage bemessen wird, soll sich entsprechend die Leistungszugehörigkeit, also die Entscheidung darüber, welches Leistungssystem und welche Leistungsarten für den Versicherten in Betracht kommen, nach seiner Versicherungszugehörigkeit in den letzten 15 Jahren vor dem Stichtag (§ 226 Abs. 2) richten. Hat der Versicherte während dieser Zeit nur Versicherungsmonate eines Zweiges aufzuweisen, so ist er diesem leistungszugehörig (Abs. 2), sonst richtet sich die Leistungszugehörigkeit nach dem Zweig, in dem in diesen letzten 15 Jahren die größere oder größte Zahl von Versicherungsmonaten anrechenbar ist (Abs. 3). Diese Regel ist dadurch verfeinert, daß Versicherungsmonate, die mehr als 10 Jahre vor dem Eintritt des Versicherungsfalles (vor der Antragstellung) liegen, nur zur Hälfte zählen. Dadurch bekommen im Sinne des Leitgedankens die letzten 10 Jahre größeres Gewicht.

Praktisch führt dies zum Beispiel dazu, daß ein Versicherter, der vor dem Stichtag (§ 223 Abs. 2) ununterbrochen durch mindestens $6\frac{1}{4}$ Jahre in einem Zweig der Pensionsversicherung versichert war, zu diesem Versicherungszweig leistungszugehörig geworden ist, wenngleich er die gesamten vorhergelegenen Versicherungsmonate in anderen Zweigen der Pensionsversicherung, allenfalls sogar in einem einzigen Zweig erworben hat. Wird also durch $6\frac{1}{4}$ Jahre ununterbrochener Versicherungszugehörigkeit zu einem Zweig der Pensionsversicherung die Leistungszugehörigkeit zu diesem Zweig gesichert, so ist es

andererseits auch vertretbar, daß der Versicherte die vordem bestandene Leistungszugehörigkeit — zu einem vielleicht höherwertigen Zweig — dadurch verliert, daß er durch 6¼ Jahre hindurch ununterbrochen in einem anderen Pensionsversicherungszweig versichert war.

Abs. 4 bestimmt, daß bei Bestimmung der Leistungszugehörigkeit nach den Abs. 2 und 3, also nur in dieser Hinsicht, neutrale Monate, in denen ein Rentenanspruch aus eigener Versicherung bestand — also Monate des Bestandes eines Rentenanspruches, während derer nicht eine Pensionsversicherung lief — als Versicherungsmonate des Zweiges, aus dem die Rente gebührt, zu gelten haben. Hiedurch soll vermieden werden, daß der Versicherte beziehungsweise seine Hinterbliebenen für die Leistung aus einem späteren Versicherungsfall, zum Beispiel dem des Todes oder des Alters nach einem Versicherungsfall der Minderung der Arbeitsfähigkeit einem anderen Zweige leistungszugehörig werden, weil die Zeit des Rentenbezuges aus den letzten 15 Jahren herausfällt und dadurch allenfalls Versicherungsmonate eines anderen Zweiges als desjenigen, aus dem die Rente gebührte, ein stärkeres Gewicht bekommen, ohne daß tatsächlich eine Änderung in den erworbenen Versicherungsmonaten seit dem früheren Versicherungsfall eingetreten ist.

Abs. 5 bestimmt eine Ausnahme von den Regeln der Abs. 2 und 3. Ist nämlich ein Versichelter aus einem dem Leistungssystem nach minderwertigen Zweig der Pensionsversicherung in einen in dieser Beziehung höherwertigen Zweig übergetreten und hat er nachher einen Arbeitsunfall erlitten oder sich eine Berufskrankheit zugezogen, so soll er jedenfalls für eine Leistung aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit oder des Todes dem höherwertigen Zweig leistungszugehörig sein, dem er bei Eintritt des Versicherungsfalles für die Unfallversicherung versicherungszugehörig war. Dies auch dann, wenn er nach den Abs. 2 und 3 noch dem minderwertigen Zweig der Pensionsversicherung leistungszugehörig wäre.

Für die Leistungen der Gesundheitsfürsorge weist Abs. 6 den Versicherten dem Zweige zu, in dem er zuletzt ununterbrochen durch sechs Monate versichert war, und zwar auch dann, wenn er gleichzeitig Rentner ist, den Rentner aber im übrigen dem Zweige der Versicherung zu, aus dem er die Rente bezieht.

Zu § 246:

§ 246 stellt fest, daß der Versicherungsträger des Zweiges zu leisten hat, dem der Versicherte

leistungszugehörig ist. Dieser allgemeine Grundsatz bedarf einer näheren Ausführung für die Pensionsversicherung der Arbeiter, für die mehrere Versicherungsträger zuständig sind und in der daher auch bei mehreren Versicherungsträgern Versicherungsmonate erworben sein können. Unter diesen mehreren Versicherungsträgern wird der leistungszuständige Versicherungsträger unter entsprechender Anwendung der Regelung des § 245 bestimmt. Hinsichtlich der Frage, bei welchem derzeitigen Träger der Pensionsversicherung der Arbeiter Versicherungszeiten aus der Zeit vor deren Errichtung (1. Jänner 1948) als erworben gelten, wird auf die Regelung des § 232 Abs. 3 zweiter Satz verwiesen.

Zu § 247:

Dieser Paragraph stellt den Grundsatz auf, daß der leistungszuständige Versicherungsträger gegenüber den anderen Versicherungsträgern, die an dem in der Leistung berücksichtigten Versicherungsverlauf beteiligt waren, Anspruch auf einen entsprechenden Ersatz der von ihm gewährten Leistung hat. Da gegenwärtig kein Überblick darüber besteht, wie sich die von Grund auf neue Regelung praktisch auswirken wird, wird die nähere Regelung des Leistungersatzes, von dem bloß die Versicherungsträger betroffen sind, dem Bundesministerium für soziale Verwaltung überlassen. Als Richtlinie für die zu treffende nähere Regelung wird festgesetzt, daß in erster Linie auf die Zahl der anrechenbaren Versicherungsmonate, die bei jedem der beteiligten Versicherungsträger zugebracht worden sind, Bedacht zu nehmen ist und daß — zur Vereinfachung der Verwaltung — auch eine Pauschalierung des Ersatzes vorgesehen werden kann.

Zu den §§ 248 und 249:

Bei der Höherversicherung sind zwei Arten zu unterscheiden, und zwar erstens Höherversicherungen, die durch abgesonderte Beitragsleistung zu ihr entstanden sind (§ 1389 RVO. und § 170 a RAVG.) oder nach § 20 in Hinkunft noch entstehen werden (§ 248 Abs. 2 lit. a), zweitens Höherversicherungen, zu denen Beiträge nicht abgesondert, sondern zusammen mit dem Beitrag zur Pflicht- oder freiwilligen Versicherung in einer Beitragsklasse geleistet wurden (§ 248 Abs. 2 lit. b) und drittens Höherversicherungen, die vom Gesetzgeber fingiert werden, um bei sich deckenden Versicherungszeiten über die Höchstbeitragsgrundlage hinaus geleistete Beiträge in der Leistung berücksichtigen zu können (§§ 249, 250 und 251).

In diesen Fällen der Höherversicherung wird nach § 248 Abs. 1 zur direkten Rente mit Ausnahme der Knappschaftsrente monatlich 1 v. H., zur Knappschaftsrente monatlich $\frac{1}{2}$ v. H. der geleisteten oder fingierten Beiträge als besonderer Steigerungsbetrag gewährt. In den Fällen der oben erwähnten dritten Gruppe von Höherversicherungen gilt, soweit sie in § 249 Abs. 1 erfaßt sind, ein bestimmter Hundertsatz des Betrages, um den die mehreren Beitragsgrundlagen die höchste Beitragsgrundlage übersteigen, als zur Höherversicherung geleisteter Beitrag.

Da § 249 Abs. 1 auf dem Gedanken beruht, nur eine Beitragsleistung in der Leistung zu erfassen, die auf Grund mehrerer gleichzeitiger versicherungspflichtiger Beschäftigungen oder auf einer freiwilligen Versicherung neben einer Pflichtversicherung in einem anderen Zweige beruht, wird im Abs. 2 ausdrücklich festgestellt, daß die Regelung des Abs. 1 auf die in Österreich in den Jahren 1939 bis 1942, auf Grund derselben Beschäftigung von Gesetzes wegen einerseits in der Pensionsversicherung der Arbeiter, andererseits in der damaligen knappschaftlichen Pensionsversicherung durchgeführte Doppelversicherung nicht anzuwenden ist.

Nach § 249 Abs. 3 gelten auch die Sonderbeiträge nach § 54 zur Pensionsversicherung, soweit sie von Sonderzahlungen entrichtet wurden, die über das Ausmaß eines Monatsbezuges oder von vier Wochenbezügen hinausgehen, als Beiträge zur Höherversicherung. Über den Zweck vorliegender Bestimmung siehe die bezügliche Ausführung im vierten Absatz der Bemerkungen zum § 243.

Zu § 250:

Besondere Bestimmungen mußten für die Versicherten getroffen werden, die bereits die sogenannte kleine Wartezeit von 60 Versicherungs(Mitglieds)monaten bei einer Sonderversicherungsanstalt des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes (Versicherungsanstalt für Angestellte in der Land- und Forstwirtschaft, Versicherungsanstalt der Presse und Versicherungsanstalt der Pharmazeuten) am 31. Dezember 1938 oder bei einem Träger der Pensionsversicherung der Bediensteten der privaten Eisenbahnen am 31. Dezember 1939 zurückgelegt hatten.

Die Anwartschaften der erstbezeichneten Gruppe von Versicherten, die sie mit 31. Dezember 1938 bis zu einem Höchstausmaß der Beitragsgrundlage von 800 S (533 RM) erworben hatten, waren gemäß § 27 Abs. 1 EVO. in die Reichsangestelltenversicherung übernommen worden. Diese Versicherten hätten in der Folge nach § 21 der Ersten DVO. zur

EVO. die Begünstigung, als Pflichtversicherte in die Gehaltsklasse J eingereiht zu werden, wenn ihr Arbeitsverdienst 400 RM überstieg. Ab 1. Juli 1942 trat mit Rücksicht auf die Abschaffung der Gehaltsklassen für die Pflichtversicherung an Stelle dieser Höherreihung die Gewährung eines jährlichen Steigerungsbetrages von 2·40 RM (S) gegen die Entrichtung eines monatlichen Zusatzbeitrages von 10 RM (S) durch den Arbeitgeber.

Die Anwartschaften der oben zweitangeführten Gruppe, die bei dem Pensionsinstitut für die Bediensteten der privaten Eisenbahnen bis zum 31. Dezember 1939 erworben worden waren, waren nach § 28 Abs. 6 der Zweiten DVO. zur EVO. bis zu einer Bemessungsgrundlage von 420 RM (S) in die Reichsangestelltenversicherung übernommen worden.

Diese Begünstigungen für die Versicherungszeiten bis Ende 1938 bei der erstangeführten Gruppe und bis Ende 1939 bei der zweitangeführten Gruppe werden in der Vorlage in der Weise berücksichtigt, daß für diese Versicherten, wenn ihre nach § 238 oder § 239 ermittelte Bemessungsgrundlage kleiner ist als der sechsfache Betrag der im Bescheid zur Feststellung der Anwartschaft zum 31. Dezember 1938 beziehungsweise zum 31. Dezember 1939 festgestellten Bemessungsgrundlage, dieser Betrag an die Stelle der Bemessungsgrundlage nach § 238 oder § 239 für die Berechnung des Grundbetrages und des auf die Zeit bis zum 31. Dezember 1938 beziehungsweise zum 31. Dezember 1939 entfallenden Steigerungsbetrages tritt. Insoweit wird ihnen also die Bemessungsgrundlage, die seinerzeit zum Stichtag für den Übergang in die Reichsversicherung durch gegenüber den sonstigen Versicherten erhöhte Beitragsleistung erworben wurde, entsprechend valorisiert, erhalten.

Die weitere Begünstigung der erstbezeichneten Gruppe, nämlich die Einreihung in die Gehaltsklasse J, ab 1. Jänner 1939, wird im Abs. 3 und im Abs. 4 lit. a dadurch berücksichtigt, daß für diese Zeit bei Errechnung der Bemessungsgrundlage eine monatliche Beitragsgrundlage von 1800 S (also um 300 S mehr als nach der Anlage zu § 243 für die höchste Gehaltsklasse) eingesetzt und außerdem die Leistung eines Beitrages zur Höherversicherung von 60 S monatlich angenommen wird. Ferner wird auf die ab 1. Juli 1942 bis 31. Dezember 1946 geleisteten Zusatzbeiträge die Leistung eines Beitrages zur Höherversicherung von 120 S und für jeden späteren Zusatzbeitrag die Leistung eines Beitrages zur Höherversicherung von 80 S monatlich angenommen.

Zu § 251:

Ersatzzeiten nach § 228 Abs. 1 Z. 2, das sind alle Ersatzzeiten, für die zu den ermäßigten Sätzen des § 31 des 1. SV-NG. Beiträge nachentrichtet worden sind, müssen im Interesse der Versicherten eine Sonderbehandlung für die Berücksichtigung in den Leistungen erfahren. Vor allem müssen sie bei der Ermittlung der Bemessungszeit außer Betracht bleiben, da sonst eine Schmälerung der Bemessungsgrundlage infolge der diesen Beiträgen entsprechenden geringen Beitragsgrundlagen eintreten könnte. Dies wird im Abs. 3 erster Satz verfügt. Die Beiträge dieser Art werden nach Abs. 3 zweiter Satz als Beiträge zur Höherversicherung behandelt, das heißt, sie werden auch bei Bemessung des normalen Steigerungsbetrages nicht berücksichtigt, es wird vielmehr für sie ein besonderer Steigerungsbetrag nach § 248 Abs. 1 von 1 v. H., bei der Knappschaftsrente von monatlich $\frac{1}{2}$ v. H. gewährt, wobei jedoch bei der Knappschaftsrente und bei der Knappschaftsvollrente — um die für solche Beiträge gegenwärtig gewährten Steigerungsbeträge nicht zu unterschreiten — der besondere Steigerungsbetrag für den Monat mit 25 g beziehungsweise 40 g festgesetzt wird.

Nach Abs. 2 werden diese Zeiten aber bei der Feststellung des Bestandes eines Leistungsanspruches, also für die Anrechenbarkeit der Versicherungszeiten und für die Erfüllung der Wartezeit und der Dritteldeckung im vollen Ausmaß als Ersatzzeiten berücksichtigt. Nur werden die auf Grund des § 31 des 1. SV-NG. erworbenen Zeiten (nicht also auch die auf Grund des § 114 Abs. 4 des SV-ÜG. 1953 erworbenen Zeiten, für die nur die Beitragssätze des § 31 des 1. SV-NG. angewendet wurden) höchstens mit 24 Monaten auf die Erfüllung der Wartezeit angerechnet, welche Beschränkung schon im gegenwärtigen Recht vorgesehen ist.

Zu § 252:

Die in allen Zweigen der Pensionsversicherung für die Kinder der Versicherten vorgesehenen Leistungen (Leistungsbestandteile) der Waisenrente und des Kinderzuschusses ließen es angezeigt erscheinen, den Begriff des Kindes einheitlich festzustellen.

Der Kreis der Kinder wird im Abs. 1 gegenüber dem bisherigen Rechtszustand durch die Einbeziehung der Stiefkinder erweitert. Die Ausdehnung der leistungsbegründenden Kindeseigenschaft über das 18. Lebensjahr hinaus im Abs. 2 wurde dem früheren österreichischen Sozialversicherungsrecht nachgebildet.

Es war zu diesem Gegenstand auch die Frage zu prüfen, ob bei Versicherung beider Elternteile Anspruchsberechtigung auf Waisenrente etwa nur gegenüber einem Elternteil, zum Beispiel bei ehelichen Kindern nur gegenüber dem Vater, bestehen soll. Es wurde davon abgesehen, diese Einschränkung Platz greifen zu lassen, da auch sonst eine Anspruchsberechtigung einer Person aus mehreren Versicherungen dem Grunde nach anerkannt wird (zum Beispiel Anspruch auf Invaliditätsrente neben Witwenrente) und nur eine teilweise Stilllegung der einen oder anderen Leistung Platz greift. Es besteht kein Grund, gerade bei der Anspruchsberechtigung von Kindern anders vorzugehen. Es wird also allenfalls ein doppelter Anspruch auf Waisenrente anerkannt, solche nebeneinander gegebenenfalls Waisenrenten werden jedoch auch teilweise dem Ruhen zugeführt.

Zum Abschnitt II (§§ 253 bis 269): Pensionsversicherung der Arbeiter.**Zu § 253:**

Das Anfallsalter für die Altersrente ist im Abs. 1 sowie in der gegenwärtigen Regelung mit 65 Jahren für Männer, mit 60 Jahren für Frauen festgesetzt. Die Altersrente gebührt aber im Gegensatz zum gegenwärtigen Recht nur, wenn der Anspruchswerber am Stichtag (§ 223 Abs. 2) in der Pensionsversicherung nicht pflichtversichert ist. Der Antrag auf Altersrente kann also mit Erfolg nur gestellt werden, wenn sich der Anspruchswerber zur Ruhe gesetzt hat. Der Umstand, daß durch die Regelung des vorliegenden Entwurfes den Versicherten ausreichende Renten gesichert werden, berechtigt andererseits dazu, vom Versicherten zu verlangen, daß er nicht jüngeren Arbeitskräften einen Arbeitsplatz durch weiteres Verbleiben in seiner bisher innegehabten pensionsversicherungsrechtlichen Beschäftigung wegnimmt. Nimmt er nach dem Stichtag wieder eine unselbstständige Beschäftigung auf, so ist § 94 anzuwenden.

Nach § 230 Abs. 1 können nach dem Stichtag (§ 223 Abs. 2) Versicherungszeiten mit Wirksamkeit für die Leistung aus dem eingetretenen Versicherungsfall nicht mehr erworben werden. Hat also zum Beispiel ein Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitsrentner während des Bestandes des Rentenanspruches Versicherungszeiten erworben, so wirken diese nur für eine Rente aus dem nachfolgenden Versicherungsfall des Alters oder des Todes. Nun könnte es sich ergeben, daß ein solcher Rentner trotz der hinzuerworbenen Versicherungszeiten bei Erreichung des Anfallsalters

für die Altersrente nicht die für diese Rente vorgesehene längere Wartezeit aufzuweisen hat und daß er daher die unter Berücksichtigung der während des Rentenanspruches erworbenen Versicherungszeiten zu errechnende Altersrente nicht bekommen kann. Dem wird durch Abs. 2 erster Satz vorgebeugt. Der zweite Satz dieses Absatzes besagt, daß die Invaliditätsrente, die bis zum Anfallsalter für die Altersrente gebührte, mit der Erreichung dieses Alters in die Altersrente übergeht, wodurch der Rentner für eine Entziehung der Rente wegen Wegfalles der Invalidität nicht mehr in Betracht kommt. Diese in eine Altersrente umgewandelte Invaliditätsrente gebührt mindestens in dem bis zur Erreichung des Anfallsalters für die Altersrente bestandenem Ausmaß. Eines besonderen Antrages bedarf es zur Umwandlung nur, wenn während des Bezuges der Invaliditätsrente Versicherungszeiten erworben wurden, damit diese Zeiten in einem Steigerungsbetrag berücksichtigt werden.

Zu § 254:

Nach Abs. 1 besteht außer bei dauernder auch bei vorübergehender Invalidität, und zwar ab der 27. Woche ihres Bestandes, Anspruch auf Invaliditätsrente. Die Berechnung der Karenzzeit erfolgt konform wie im § 223 Abs. 1 Z. 2 lit. b (siehe die Bemerkung hiezu). Es ist also im Zusammenhalt mit § 86 Abs. 3 für die lückenlose Aneinanderreihung von Krankengeld und Invaliditätsrente gesorgt. Ab der 27. Woche des Bestandes vorübergehender Invalidität besteht Anspruch auf Invaliditätsrente, auch wenn noch Krankengeld gebührt. Nach § 90 ruht aber dann die Invaliditätsrente mit dem Betrag des Krankengeldes.

Abs. 3 schließt aus, daß nach Anfall einer Rente aus dem Versicherungsfall des Alters (mit Ausnahme des Knappschaftssoldes) noch eine Invaliditätsrente anfallen kann. Dies bedeutet, daß während des Bestandes des Altersrentenanspruches zurückgelegte Versicherungszeiten nur mehr mit Wirkung für eine Leistung aus dem Versicherungsfall des Todes erworben werden können.

Zu § 255:

Abweichend vom bisherigen Recht wird nur mehr die Einschränkung der Erwerbsfähigkeit auf mehr als die Hälfte (nicht mehr auf mehr als zwei Drittel) verlangt. Dagegen bleibt es dabei, daß bei Prüfung, ob diese Einschränkung der Erwerbsfähigkeit gegeben ist, der ganze Arbeitsmarkt und nicht etwa nur die Berufsgruppe des Versicherten in Betracht zu ziehen ist.

Zu § 256:

Durch die zeitlich begrenzte Zuerkennung der Invaliditätsrente bei vorübergehender Invalidität soll dem Rentenberechtigten klar zum Ausdruck gebracht werden, daß es sich nur um einen auf die voraussichtliche Dauer der Krankheit zeitlich beschränkten Rentenbezug handelt, er also mit einem Wegfall der Rente nach Ablauf der Frist, für die sie zuerkannt ist, rechnen muß. Die Möglichkeit der zeitlich begrenzten Zuerkennung der Rente wirkt auch verwaltungsvereinfachend, da ein Entziehungsverfahren erspart wird.

Zu § 257:

Nach dem zweiten Satz hat bei der Feststellung der Hinterbliebenenrenten nach einer als Rentenempfänger aus der Pensionsversicherung gestorbenen Person die Prüfung, ob die allgemeinen Voraussetzungen für den Hinterbliebenenrentenanspruch erfüllt sind, zu unterbleiben.

Zu § 258:

Der Ausschließungsgrund des § 258 Abs. 2 Z. 1 wurde gegenüber dem geltenden Recht (§ 66 Abs. 3 SV-ÜG. 1953) dadurch gemildert, daß auch dann, wenn ein Rentner nach Vollendung des 65. Lebensjahres geheiratet hat, die Witwe Anspruch auf Witwenrente hat, wenn der Altersunterschied zwischen den Gatten nicht mehr als zehn Jahre beträgt und die Ehe drei Jahre gedauert hat. Hiedurch wird es ermöglicht, daß auch die Witwe aus einer Ehe, die der Gatte, nachdem er im späten Alter Witwer geworden war, geschlossen hat, um die Vorteile eines durch eine Frau besorgten Haushaltes zu genießen, noch eine Witwenrente bekommen kann. Ein Mißbrauch dieser Begünstigung wird dadurch hintangehalten, daß der Altersunterschied nicht mehr als zehn Jahre betragen darf.

Eine gegenüber dem geltenden Recht neue Bestimmung ist Abs. 3 Z. 3. Diese Bestimmung soll verhindern, daß eine Witwe deswegen vom Witwenrentenanspruch ausgeschlossen wird, weil sie den Ehegatten nach Scheidung der Ehe mit ihm nochmals, aber erst in dessen späteren Jahren geheiratet hat. Eine solche Witwe wäre sonst schlechter gestellt, als wenn sie einen anderen Mann geheiratet hätte, weil sie in diesem Fall eine Rente nach dem Gatten aus erster Ehe nach Abs. 4 bekommen könnte.

Abs. 4 gestaltet die Kannleistung der Witwenrente der Frau aus geschiedener, für nichtig erklärter oder aufgehobener Ehe, wie sie im gegenwärtigen Recht vorgesehen ist, in eine Pflichtleistung bei Zutreffen gewisser Voraussetzungen um. Um eine spekulative

Ausnützung dieser Einrichtung auszuschließen, sind gewisse Sicherungen eingebaut.

Zu § 260:

Neu ist die sich aus Abs. 1 im Zusammenhalt mit § 246 Abs. 2 verfügte Gewährung der Waisenrente unter gewissen Voraussetzungen über das 18. Lebensjahr hinaus. Sie erfordert eine besondere Antragstellung, da geprüft werden muß, ob die besonderen Voraussetzungen für die Weitergewährung vorliegen; von dem Zeitpunkt der Antragstellung hängt es ab, von wann an die Weitergewährung einsetzt (siehe § 97 Abs. 1).

Zu § 261:

Der Grundbetrag ist gegenüber dem versendeten Entwurf von 40 auf 30 v. H. der Bemessungsgrundlage im Abs. 1 herabgesetzt. Es ist jedoch durch Abs. 4 vorgesorgt, daß der Grundbetrag bei Invaliditätsrenten nach § 254 Abs. 1 einen Zuschlag bis zu 10 v. H. der für den Grundbetrag maßgebenden Bemessungsgrundlage erfährt, soweit die Rente durch diesen Zuschlag nicht auf mehr als 50 v. H. ansteigt. Unmittelbar nach Zurücklegung der Wartezeit würde die Invaliditätsrente nur 33 v. H. betragen, durch den Zuschlag steigt sie auf 43 v. H. Dies zeigt, daß die Invaliditätsrente im Normalfall mindestens 43 v. H. der Bemessungsgrundlage beträgt. Hierin ist eine weitgehende Anerkennung des Alimentationsprinzips gelegen.

Die Steigerungsbeträge (Abs. 2) sind von 120 zu 120 Versicherungsmonaten gestaffelt festgesetzt.

Nach Abs. 1, 2 und 4 gebührt demnach als Invaliditätsrente

nach 10 Versicherungsjahren	46 v. H.	} der Bemessungsgrundlage (einschl. des Zuschlages zum Grundbetrag)
„ 15 „	50 v. H.	
„ 20 „	50 v. H.	} der Bemessungsgrundlage
„ 30 „	57 v. H.	
„ 40 „	72 v. H.	

und für jedes weitere Versicherungsjahr 1·5 v. H., höchstens jedoch nach Abs. 5 79·5 v. H. der Bemessungsgrundlage.

Als Altersrente gebühren

nach 15 Versicherungsjahren (Wartezeit für die Altersrente)	40·5 v. H.	} der Bemessungsgrundlage
„ 20 „	45 v. H.	
„ 30 „	57 v. H.	
„ 40 „	72 v. H.	

und für jedes weitere Versicherungsjahr 1·5 v. H., höchstens jedoch nach Abs. 5 79·5 v. H. der Bemessungsgrundlage.

Ebenso wie bei der Anrechenbarkeit der Versicherungszeiten und der Erfüllung der Wartezeit werden nach Abs. 5 auch bei der Bemessung der Steigerungsbeträge die

anrechenbaren Versicherungsmonate aus allen Zweigen der Pensionsversicherung, höchstens jedoch 540 Versicherungsmonate berücksichtigt.

Die folgende kurze Gegenüberstellung dient dem Vergleich des vorliegenden Rentenschemas mit dem im Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz 1938 vorgesehenen und mit dem Schema der Bundesbeamten.

Zurückgelegte Versicherungszeit (Dienstzeit) in Jahren	Ausmaß der Direktrente in Hundertteilen der Bemessungsgrundlage nach dem		Ausmaß des Ruhegenusses der Bundesbeamten in Hundertteilen des pensionsfähigen Bezuges	
	ASVG			GSVG
	Inval.-R	Altersrente		
10	46 v. H.	—	35 v. H.	
20	50 v. H.	45 v. H.	45 v. H.	
30	57 v. H.	57 v. H.	57 v. H.	
40	72 v. H.	72 v. H.	72 v. H.	

Der Vergleich mit dem Schema des GSVG zeigt, daß das Ausmaß der Invaliditätsrente bei einer zurückgelegten Versicherungszeit von 30 Jahren an, das Ausmaß der Altersrente (von geringen Abweichungen in den Zwischenwerten abgesehen) fast bei allen Versicherungszeiten das gleiche ist wie im GSVG.

Der Vergleich mit dem Schema der Bundesbeamten zeigt, daß die Hundertsätze für kürzere Versicherungszeiten größer und für längere Versicherungszeiten (mehr als 20 Jahre) kleiner sind; bei 45 (oder mehr) Versicherungsjahren steigt jedoch der Hundertsatz des ASVG wieder etwas über den Höchstsatz des Bundeschemas an, nämlich auf 79·5 v. H.

Zu § 262:

Der Kinderzuschuß wird abweichend vom geltenden Recht nicht mit einem festen Betrage, sondern mit 5 v. H. der Bemessungsgrundlage, mindestens aber mit dem Betrage von 32 S (gegenüber in allen Fällen 31·80 S) festgesetzt. Diese Art der Bemessung liegt auf der Linie der Entnivellierung; sie bewirkt gegenüber der gegenwärtigen Höhe eine Verbesserung der Leistung für alle Bemessungsgrundlagen über 640 S. Hinsichtlich der Weitergewährung des Kinderzuschusses über das 18. Lebensjahr gilt das gleiche wie bei der Waisenrente.

Zu § 263:

Der Hilflosenzuschuß in der Höhe der halben Rente wird nach dem Vorbild des früheren österreichischen Rechtes eingeführt. Entsprechend dem Zweck dieses Leistungszuschusses, für die Kosten der notwendigen Wartung und Hilfe einen Beitrag zu leisten, wird er im Abs. 1 nach unten mit 300 S

und nach oben mit 600 S monatlich begrenzt.

Erhält der Rentner die Pflege, deren Kosten der Hilflosenzuschuß decken soll, in einer Kranken-, Heil- oder Siechenanstalt, in der er auf Kosten des Versicherungsträgers untergebracht ist, so ruht der Hilflosenzuschuß nach Abs. 2, jedoch erst ab dem Beginn der fünften Woche der Anstaltspflege. Kürzere dauernde Anstaltsaufenthalte sollen nicht das Ruhen des Hilflosenzuschusses herbeiführen, da gewöhnlich in solchen Fällen die Kosten für die Pflege weiterlaufen und auch die mit der Ruhestellung des Hilflosenzuschusses verbundene Verwaltungsarbeit kaum in entsprechendem Verhältnis mit dem erzielten finanziellen Erfolg stehen würde.

Zu § 264:

Nach Abs. 1 erster Satz beträgt die Witwenrente 50 v. H. der Invaliditätsrente, auf die der Versicherte bei seinem Ableben Anspruch gehabt hat oder hätte. Die Bemessung der Witwenrente muß allein mit einem Hundertsatz der Invaliditätsrente (und nicht auch der Altersrente) erfolgen, auf die der Versicherte Anspruch gehabt hat oder hätte, weil bei einer anrechenbaren Versicherungszeit zwischen 15 und 24 Jahren die Invaliditätsrente infolge der im § 261 Abs. 4 verfügten Erhöhung des Grundbetrages höher ist als die Altersrente und nach einem im aktiven Stand verstorbenen Versicherten es zweifelhaft wäre, ob die Invaliditäts- oder Altersrente als Grundlage für die Bemessung der Witwenrente heranzuziehen wäre. Es wird daher auch bei einer nach einem Altersrentner angefallenen Witwenrente diese nach der Invaliditätsrente zu bemessen sein, die ihm gebührt hätte.

Infolge dieser Regelung wird sich der zweite Satz dieses Absatzes für Witwen, die am Stichtag das 40. Lebensjahr vollendet haben, nur in Fällen auswirken, in denen ein Invaliditätsrentner oder ein aktiver Versicherter stirbt, der trotz des Zuschlages nach § 261 Abs. 4 nicht eine Invaliditätsrente von 50 v. H. erreicht, also bei anrechenbaren Versicherungsjahren bis zu nicht ganz 15 Versicherungsjahren.

Abs. 2 entspricht der einschlägigen Regelung des geltenden Rechtes (§ 1272 Abs. 4 RVO.).

Zu § 265:

Im versendeten Entwurf war ein Wahlrecht der Witwe vorgesehen, sich bei Wiederverheiratung mit dem dreifachen Jahresbetrag der Rente abfertigen zu lassen oder die Witwenrente für den Fall der Auflösung der neuen Ehe vorzubehalten, wenn ihr aus dieser Ehe keine Versorgung anfällt.

Demgegenüber stellt die Vorlage in der neuen Fassung eine weitgehende Verbesserung dar. Vor allem wird im Abs. 2 der Abfertigungsbetrag auf das Fünffache der Jahreswitwenrente erhöht. Im Abs. 2 wird bestimmt, daß die wiederverheiratete Witwe, wenn die neue Ehe durch Tod des Ehegatten, durch Aufhebung oder Scheidung aus alleinigem oder überwiegendem Verschulden der Ehegattin aufgelöst oder, ohne daß die Ehegattin als schuldig anzusehen ist, für nichtig erklärt wird und sich für die Ehefrau aus dieser Ehe kein Anspruch auf eine mit der Witwenrente aus früherer Ehe gleichwertige Versorgung ergibt, die Witwenrente aus erster Ehe mit dem der Auflösung (Nichtigklärung) der zweiten Ehe folgenden Monatsersten, frühestens jedoch von dem Monatsersten wieder erhält, der dem Ablauf von fünf Jahren seit dem seinerzeitigen Wegfall der Rente folgt. Aus dieser Regelung ergibt sich, daß die Witwe durch die Eingehung einer neuen Ehe, sofern sie nicht alleiniges oder überwiegendes Verschulden an der Auflösung dieser Ehe trifft oder bei Nichtigklärung dieser Ehe als schuldig anzusehen ist, keinen Nachteil erleidet.

Zu § 266:

Neu ist die Einführung eines höheren Satzes der Waisenrente für doppelt verwaiste Kinder. Die Waisenrenten werden in einem Bruchteil der Witwenrente festgesetzt, um ihnen auch einen Mindestsatz der Rente zu sichern, wie bei der Witwenrente.

Zu § 268:

Der Ausstattungsbeitrag entspricht der Beitragserstattung des geltenden Rechtes. Er ist mit 4 v. H. der normalen Bemessungsgrundlage des § 238 für jeden anrechenbaren Beitragsmonat (nicht Versicherungsmonat) festgesetzt. Mit Rücksicht darauf, daß der Beitragssatz bis 1949 niedriger als 10 v. H. war und die Beitragserstattung von der Bemessungsgrundlage berechnet wird, die aus den letzten und daher im Regelfalle höchsten Beitragsgrundlagen ermittelt wird, entspricht der Ausstattungsbeitrag dem Ausmaß nach ungefähr der Beitragserstattung nach dem geltenden Recht.

Zu § 269:

In dem zur Stellungnahme versendeten Entwurf war nach dem Muster des früheren österreichischen Rechtes der Angestellten-(Pensions)versicherung nur eine Abfindung für die Witwe (den Witwer) beziehungsweise für die Kinder (§ 252) vorgesehen, wenn Hinterbliebenenrenten aus dem alleinigen

Grunde nicht gebühren, weil die Voraussetzungen für den Anspruch auf Hinterbliebenenrenten (Wartezeit oder Dritteldekung) nicht gegeben sind. Im übrigen kamen als leistungsberechtigt nur Personen in Betracht, die ansonsten die Voraussetzungen für einen Hinterbliebenenrentenanspruch erfüllen; bei der Witwenrente darf also kein Ausschließungsgrund im Sinne des § 258 Abs. 2 gegeben sein und die Kinder müssen den Voraussetzungen des § 252 entsprechen.

In mehreren zum versendeten Entwurf erstatteten Äußerungen wurde es bemängelt, daß die im § 46 des Reichsangestelltenversicherungsgesetzes vorgesehene Beitragserstattung für weibliche Versicherte, die nach Erfüllung der Wartezeit, ohne selbst eine Rente bezogen zu haben und ohne Hinterlassung von anspruchsberechtigten Hinterbliebenen gestorben sind, vom Entwurf nicht übernommen wurde. Mit Rücksicht darauf, daß in solchen Fällen eine einmalige Leistung an die Hinterbliebenen unter gewissen Voraussetzungen gerechtfertigt erscheint, dies aber unter gleichen Voraussetzungen auch bei männlichen Versicherten zutrifft, wird nunmehr in der Vorlage außer für die im vorhergehenden Absatz erwähnten Fälle auch für die vorbesprochenen Fälle, und zwar für alle Versicherten, Männer und Frauen, eine Abfindung vorgesehen. Die Voraussetzungen sind für diese Abfindung im wesentlichen gleich geregelt wie seinerzeit im Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz 1938 für die Angestellten(Pensions)versicherung.

Die Abfindung, die in beiden Fällen eine Übergangsmaßnahme für die ihres Ernährers beraubten Hinterbliebenen darstellt, beträgt in den erstgenannten Fällen in der Regel das Sechsfache, in den zweitgenannten Fällen das Dreifache der monatlichen Bemessungsgrundlage nach § 238.

Die Konstruktion dieser einmaligen Leistung als Beitragserstattung wie im gegenwärtig geltenden Recht hätte dem sich durch das ganze Leistungsrecht hindurchziehenden Grundsatz nicht entsprochen, der Bemessung der Leistungen nicht die während des ganzen Versicherungsverlaufes bestandenene Beitragsgrundlagen, sondern nur den Durchschnitt der Beitragsgrundlagen in einem zeitlichen Ausschnitt des Versicherungsverlaufes zugrunde zu legen.

Zum Abschnitt III (§§ 270 bis 274): Pensionsversicherung der Angestellten.

Zu den §§ 270 bis 274:

Mit Rücksicht auf die weitgehende Angleichung des Leistungsrechtes der Pensions-

versicherung der Arbeiter und desjenigen der Pensionsversicherung der Angestellten genügt es, für alle Leistungen der Pensionsversicherung der Angestellten mit Ausnahme der Berufsunfähigkeitsrente auf die einschlägigen Bestimmungen für die Pensionsversicherung der Arbeiter im vorhergehenden Abschnitt zu verweisen. Dies geschieht im § 270.

Während im § 271 die Berufsunfähigkeitsrente für ähnliche Fälle wie die Invaliditätsrente aus der Pensionsversicherung der Arbeiter vorgesehen ist, wird sie nach § 272 — wie bisher das Ruhegeld (vgl. § 397 RAVG.) — auch an Versicherte, die das 60. Lebensjahr vollendet und seit mindestens einem Jahr ununterbrochen arbeitslos sind, für die Dauer der Arbeitslosigkeit gewährt.

Der im § 273 vorgesehene Begriff der Berufsunfähigkeit ist dem des geltenden Rechtes gleich.

Nach § 274 gelten für die Bemessung der Berufsunfähigkeitsrente und die Gewährung von Zuschüssen zu ihr die für die Invaliditätsrente der Pensionsversicherung der Arbeiter getroffenen Bestimmungen entsprechend.

Zum Abschnitt IV (§§ 275 bis 291): Knappschaftliche Pensionsversicherung.

Zu § 275:

Die Anspruchsvoraussetzungen für den Knappschaftssold sind im Abs. 1 gleich wie im gegenwärtigen Recht geregelt.

Wenn im Abs. 2 abweichend vom geltenden Recht der Knappschaftssold nicht als mit der Gewährung einer Rente aus dem Versicherungsfall geminderter Arbeitsfähigkeit wegfallend, sondern als ruhend erklärt wird, so war der Grund dafür der, daß er bei Wegfall einer solchen Rente automatisch und ohne besondere Antragstellung wieder aufleben soll. Dagegen soll mit dem Anfall einer sonstigen Altersrente der Knappschaftssold endgültig wegfallen.

Zu § 276:

Außer mit der Vollendung des 65., beziehungsweise bei Frauen des 60. Lebensjahres soll die Knappschaftsaltersrente bei Männern auch gebühren, wenn sie nach Vollendung des 60. Lebensjahres die besondere Wartezeit für den Knappschaftssold erfüllen, die 300 Monate an Versicherungszeiten, davon 180 Monate wesentlich bergmännische Arbeiten erfordert (Abs. 3). Männer, die so lange Zeiten schwerer Arbeit aufweisen, sollen schon früher in den Bezug der Altersrente gelangen. Im übrigen ist die Regelung für die Begründung des Anspruches auf Knappschaftsaltersrente konform mit der einschlägigen Regelung für die Alters-

rente der Pensionsversicherung der Arbeiter, insbesondere also auch Voraussetzung für den Anspruch auf Knappschaftsaltersrente, daß am Stichtage (§ 223 Abs. 2) nicht Versicherungspflicht in der Pensionsversicherung vorliegt (siehe die einschlägigen Bemerkungen zum § 253 Abs. 1). Nur konnte die Wartezeit für die Altersrente nicht als erfüllt angenommen werden, wenn bis zum Anfallsalter für sie bloß eine Knappschaftsrente gebührte, da die Knappschaftsrente eine geringer bemessene Rente ist. Aus dem gleichen Grunde findet von der Knappschaftsrente, die bei Erreichung des Anfallsalters für die Altersrente gebührt, nicht ein automatischer Übergang auf die Knappschaftsaltersrente statt.

Zu § 277:

Für die besondere Berufsunfähigkeit, die für die Gewährung der Knappschaftsrente vorliegen muß, übernimmt die Vorlage den Ausdruck „Dienstunfähigkeit“ (siehe dazu die Ausführungen zu § 221).

Zu § 278:

Die Umschreibung des Begriffes der Dienstunfähigkeit deckt sich im wesentlichen mit dem des Begriffes der Berufsunfähigkeit im § 35 des RKG. Es wurde nur der Ausdruck „wirtschaftlich gleichwertige Tätigkeiten“, der vielfach in der Spruchpraxis zu eng ausgelegt wurde, durch den Ausdruck „nicht erheblich geringer entlohnte Tätigkeiten“ ersetzt, wodurch zum Ausdruck kommen soll, daß der Versicherte zum Beispiel sich auch auf Tätigkeiten verweisen lassen muß, die mit einem um etwa 10 bis 15 Prozent geringeren Lohn verbunden sind.

Zu den §§ 279 und 280:

Die Regelung stimmt im wesentlichen mit der für die Invaliditätsrente der Invalidenversicherung überein.

Zu § 281:

Die einmalige Leistung des Bergmannstreuegeldes erfordert das Vorliegen folgender Voraussetzungen:

1. Dem Versicherten muß die Knappschaftsrente oder Knappschaftsvoll(alters)rente angefallen sein.
2. Er muß im Zeitpunkt des Anfalles der Knappschaftsrente oder Knappschaftsvoll(alters)rente mindestens ein volles Jahr eine nach Vollendung des 50. Lebensjahres zurückgelegte Hauer- oder ihr gleichzuhaltende Tätigkeit aufzuweisen haben.
3. Er muß während dieses Jahres Knappschaftssold bezogen haben oder doch die

Voraussetzungen für dessen Bezug — abgesehen von der Antragstellung — erfüllt haben. Aus dieser Bedingung ergibt sich mittelbar, daß er auch die besondere Wartezeit für den Knappschaftssold erfüllt haben muß (siehe die entsprechenden Bemerkungen bei § 235 Abs. 2 und bei § 236).

Sind im Falle des Todes des Versicherten die oben unter Z. 2 und 3 angeführten Voraussetzungen gegeben, so steht nach Abs. 2 der Anspruch auf das Bergmannstreuegeld bestimmten Angehörigen des Versicherten zu.

Zu § 282:

Für den Anspruch auf Hinterbliebenenrenten gelten die einschlägigen Vorschriften der Pensionsversicherung der Arbeiter. Die einfache Witwenrente des geltenden Rechtes der knappschaftlichen Rentenversicherung ist also nicht mehr vorgesehen. Es ist nicht einzusehen, warum die Witwe eines Bergmannes, solange sie nicht gewisse strengere Voraussetzungen erfüllt, nur diese recht unzulängliche — von der Knappschaftsrente abgeleitete — Witwenrente bekommen soll, während bei den sonstigen Arbeitern eine vollwertige Witwenrente ohne jede besondere Voraussetzung gewährt wird. Es wird daher nur eine Witwenrente vorgesehen, die von der Knappschaftsvoll(alters)rente zu bemessen ist.

Zu § 283:

Der Knappschaftssold, der ebenfalls wie die Knappschaftsrente zumeist neben Erwerbstätigkeit gewährt wird, ist in ungefähr gleicher Höhe wie nach geltendem Recht (einschließlich des Zuschlages nach dem Sozialversicherungs-Anpassungsgesetz 1951) festgesetzt.

Zu § 284:

Von dem Rentenschema des bisherigen Rechtes, das für die Knappschaftsvoll(alters)rente nur Steigerungsbeträge, ergänzt durch einen Mindest- und einen Höchstbetrag der Rente vorsieht, wird abgegangen. Dieses Schema krankt an dem Nachteil, daß ein Ansteigen der Rente nur in einer verhältnismäßig engen Zone des Versicherungsverlaufes stattfindet, da der Mindest- und der Höchstbetrag der Rente die Auswirkung der Steigerungsbeträge sehr einschränkt. Demgegenüber steigt die Rente nach dem in der Vorlage vorgeschlagenen Schema vom Zeitpunkt an, wo überhaupt eine Rente anfallen kann, kontinuierlich an. Die Funktion des Mindestbetrages der Rente übernimmt der Grundbetrag, der ebenso wie in den übrigen Zweigen der Pensionsversicherung mit 30 v. H. der Bemessungsgrundlage festgesetzt ist (Abs. 2). Zu diesem Grundbetrag kommt bei der

Knappschaftsvollrente wie bei der Invaliditätsrente aus der Pensionsversicherung der Arbeiter (§ 261 Abs. 4) und auch bei der Berufsunfähigkeitsrente aus der Pensionsversicherung der Angestellten (§ 274) ein Zuschlag bis zu 10 v. H. der Bemessungsgrundlage, die für den Grundbetrag maßgebend ist; durch diesen Zuschlag darf sich jedoch die Knappschaftsvollrente bis auf 56 v. H. der Bemessungsgrundlage — und nicht nur wie in den beiden anderen Zweigen auf 50 v. H. der Bemessungsgrundlage — erhöhen. Diese Erhöhung der Begrenzung mußte mit Rücksicht auf das um durchschnittlich um etwas mehr als 10 v. H. höherwertige Schema der knappschaftlichen Pensionsversicherung vorgenommen werden. Die Steigerungsbeträge (Abs. 3) sind wie bei der Invaliditäts(alters)rente der Pensionsversicherung der Arbeiter von 120 zu 120 Versicherungsmonaten gestaffelt, jedoch bis zu 30 Versicherungsjahren mit höheren Sätzen bemessen.

Als Knappschaftsvollrente gebührt

nach 10 Versicherungsjahren	49 v. H.	} der Bemessungs- grundlage (ein- schließlich des Zuschlages zum Grundbetrag)
„ 15	55 v. H.	
„ 20	56 v. H.	
„ 30	65 v. H.	
„ 40	80 v. H.	} der Bemessungs- grundlage

und sodann

für jedes weitere Versicherungsjahr 1·5 v. H. der Bemessungsgrundlage, höchstens jedoch nach Abs. 5 87·5 v. H. der Bemessungsgrundlage.

Als Knappschaftsaltersrente gebühren

nach 15 Versicherungsjahren...	45 v. H.
„ 20	51 v. H.
„ 30	65 v. H.
„ 40	80 v. H.

der Bemessungsgrundlage und für jedes weitere Versicherungsjahr 1·5 v. H., höchstens jedoch nach Abs. 5 87·5 v. H. der Bemessungsgrundlage.

Dieses Schema ist also in Berücksichtigung der Gefährlichkeit und Schwere der von den knappschaftlichen Versicherten im allgemeinen zu leistenden Arbeiten höherwertig als das der Pensionsversicherung der Arbeiter und der Pensionsversicherung der Angestellten. Es ergibt bei gleicher Versicherungszeit und gleicher Bemessungsgrundlage eine im Durchschnitt um etwas mehr als 10 v. H. höhere Rente.

Zu dieser so errechneten Rente kommt noch der Leistungszuschlag für wesentlich bergmännische Tätigkeit oder ihr gleichzuhaltende Tätigkeit (Abs. 6). Dieser Leistungszuschlag setzt aber abweichend vom gegenwärtigen

Recht nicht erst mit dem 11. Jahr der erforderlichen qualifizierten Tätigkeit, sondern schon mit dem ersten Jahr dieser Tätigkeit ein. Ferner gebührt er — wie schon erwähnt, ebenfalls abweichend vom geltenden Recht — bei wesentlich bergmännischer Tätigkeit, bisher nur bei Hauer­tätigkeit unter Tage.

Die Bemessung des Leistungszuschlages in Hundertteilen der Bemessungsgrundlage bedeutet gegenüber dem geltenden Recht, wonach der Leistungszuschlag mit absoluten Beträgen bemessen ist, eine Verbesserung der Leistung für die überwiegende Mehrzahl der in Betracht kommenden Fälle. Beispielsweise ergibt sich für eine 30jährige Dauer der wesentlich bergmännischen Tätigkeit nach dem neuen Recht für alle Bemessungsgrundlagen von mehr als 1060 S monatlich ein höherer Leistungszuschlag.

Zu § 285:

Die Knappschaftsrente besteht aus denselben Bestandteilen wie die Knappschafts(alters)vollrente, jedoch sind die Hundertsätze sowohl für den Grundbetrag, wie auch für den Steigerungsbetrag und den Leistungszuschlag nur halb so hoch wie für die Knappschaftsvollrente. Kinderzuschüsse und Hilflosenzuschuß werden zur Knappschaftsrente nicht gewährt (siehe die §§ 286 und 287). Die Knappschaftsrente ist eine Leistung, die nicht so strenge Voraussetzungen hat, daß nicht daneben eine Erwerbstätigkeit ausgeübt werden könnte und auch fast regelmäßig ausgeübt wird. Wenngleich die Knappschaftsrente nach der Vorlage unter sonst gleichen Verhältnissen nur die Hälfte der Knappschaftsvollrente — nach dem geltenden Recht jedoch fünf Achtel derselben — ergibt, liegt hierin keine absolute Verschlechterung der Leistung, da in der Regel die Bemessungsgrundlage für die Knappschaftsvollrente nach dem neuen Recht wesentlich größer sein wird als das durchschnittliche Entgelt, das gegenwärtig der Bemessung dieser Rente zugrunde zu legen ist.

Zu den §§ 286 und 287:

Für den Kinder- und Hilflosenzuschuß zur Knappschaftsalters(voll)rente gilt hinsichtlich Gebührllichkeit und Bemessung das gleiche wie in der Invalidenversicherung; der Leistungszuschlag wird aber bei der Bemessung des Hilflosenzuschusses nicht berücksichtigt.

Zu § 288:

Das Bergmannstreuegeld wird nicht mehr, wie bisher, nach den beiden ersten und den folgenden Jahren differenziert, vielmehr mit dem einheitlichen Betrage von 3000 S fest-

gesetzt und mit 30.000 S insgesamt maximiert. Da das Bergmannstreuegeld nur für Jahre gegeben wird, während derer Knappschaftssold bezogen wurde oder hätte bezogen werden können, Knappschaftssold aber nur gezahlt wird, wenn weder Knappschaftsrente noch Knappschaftsvoll(alters)rente gebührt (§ 275 Abs. 2), bleibt es bei der einschlägigen Regelung des geltenden Rechtes, daß Zeiten, während derer die letztgenannten Leistungen gebührten, bei der Bemessung des Bergmannstreuegeldes nicht berücksichtigt werden.

Zu § 289:

Bei der hier angeordneten entsprechenden Anwendung der Bestimmungen über das Ausmaß der Hinterbliebenenrenten aus der Pensionsversicherung der Arbeiter war darauf Bedacht zu nehmen, daß

1. das Höchstausmaß der Hinterbliebenenrenten sich selbstverständlich nach der im einzelnen Falle in Betracht kommenden Knappschaftsvoll(alters)rente zu richten hat (§ 289 Z. 1) und daß

2. das Rentenschema der knappschaftlichen Pensionsversicherung im Durchschnitt zirka 10 v. H. höherwertiger ist als das der Pensionsversicherung der Arbeiter, daß daher auch der Mindestbetrag der Witwenrente mit einem entsprechend höheren Hundertsatz (28 v. H.) anzusetzen ist (§ 289 Z. 2).

Zu § 290:

Der Ausstattungsbeitrag, für den im übrigen die gleichen Vorschriften wie für den Ausstattungsbeitrag in der Pensionsversicherung der Arbeiter gelten, ist mit Rücksicht auf den höheren Beitragssatz in der knappschaftlichen Pensionsversicherung an Stelle von 4 mit 5 v. H. der Bemessungsgrundlage nach § 238 festgesetzt.

Zum Abschnitt V (§§ 292 bis 299): Ausgleichszulage zu Renten aus der Pensionsversicherung.

Das bisherige Recht hatte für die Renten aus eigener Pensionsversicherung und für die Hinterbliebenenrenten Mindestbeträge festgesetzt. Sie betragen

für die Invalidenrente (Altersfürsorgerechte), das Ruhegeld (Altersfürsorgerechte) und die Knappschaftsvollrente	411 S
für die Witwen(Witwer)rente aus der Invaliden- und Angestelltenversicherung	233 S
für die Witwenvollrente aus der knappschaftlichen Rentenversicherung	251 S

und für die Waisenrenten aus der Rentenversicherung 217 S; von denen aber wegen des Anspruches auf Kinderbeihilfe 147 S gemäß § 5 des Rentenbemessungsgesetzes ruhen. Zu diesen Mindestsätzen trat noch die Wohnungsbeihilfe.

Die Vorlage sieht für die nach seinen Bestimmungen zuerkannten Renten solche Mindestbeträge für die Renten nicht mehr vor, da Mindestrenten mit dem Versicherungsgedanken nicht in Einklang stehen.

An ihrer Stelle soll nach § 292 Abs. 1 die Einrichtung der Ausgleichszulage treten, die zu Renten aus der Pensionsversicherung tritt, wenn das Gesamteinkommen des Rentners — und der im Richtsatz berücksichtigten Angehörigen — den Richtsatz nicht erreicht.

Nach § 292 Abs. 2 ist das Gesamteinkommen eines Rentenberechtigten nach den bei Bemessung einer Fürsorgeunterstützung nach den Vorschriften über die öffentliche Fürsorge anzuwendenden Vorschriften zu berechnen, wobei, wenn der Richtsatz mit Rücksicht auf Angehörige eine Erhöhung erfährt (siehe § 292 Abs. 3 lit. a), auch die Einkommen dieser Angehörigen miteinzubeziehen sind. Jedenfalls bleibt aber kraft Abs. 2 Schlußsatz die Wohnungsbeihilfe außer Betracht, die auch in die Mindestsätze des bisher geltenden Rechtes nicht einbezogen war. Der Richtsatz beträgt nach § 292 Abs. 3 für Rentenberechtigte aus eigener Pensions-(Renten)versicherung 500 S und erhöht sich für die Ehegattin und für jedes Kind, für das Anspruch auf Kinderzuschuß besteht, um je 100 S,

für Berechtigte auf Witwenrente	400 S,
für Berechtigte auf einfache Waisenrente	200 S,
für Berechtigte auf Doppelwaisenrente	300 S.

Nach Abs. 3 und 4 des § 292 greifen hinsichtlich der Gewährung der Ausgleichszulage zwei Einschränkungen Platz, nämlich

1. daß nur der höchste in Betracht kommende Richtsatz anzuwenden ist und nur zur höchsten Rente eine Ausgleichszulage gebührt, wenn ein Rentenberechtigter Anspruch auf mehrere Renten aus der Pensionsversicherung oder bisherigen Rentenversicherung hat, und daß

2. ein Rentenberechtigter, der nach Abs. 2 bei der Bemessung des Richtsatzes eines anderen Rentenberechtigten berücksichtigt ist, keinen Anspruch auf Ausgleichszulage haben soll.

Durch die im obigen P. 1 angeführte Bestimmung des § 292 Abs. 4 soll verhindert werden, daß eine Person, die zwei Renten aus der Pensionsversicherung hat, zum Beispiel

eine Rente aus eigener Versicherung und eine Witwenrente, zwei Ausgleichszulagen bekommt und so zu einem höheren Bezug als den für sie bestimmten Richtsatz gelangt. Außerdem wird durch diese Bestimmung klargestellt, daß in solchen Fällen nur der höchste in Betracht kommende Richtsatz anzuwenden ist und zu welcher von mehreren Renten die Ausgleichszulage gebührt, was für den Versicherungsträger wichtig ist. Nach P. 2 wird verhindert, daß durch die Ausgleichszulage innerhalb einer Familie ein über den ohnehin nach der Größe des Familienstandes bemessenen Richtsatzes hinausgehender Bezug entsteht.

Nach § 293 ist die Ausgleichszulage, soweit in der Vorlage nichts anderes bestimmt ist, als Bestandteil der Rente anzusehen und auch für ihre Feststellung das für die Feststellung von Renten vorgesehene Verfahren anzuwenden. Die Ausgleichszulage ist also grundsätzlich als Leistung aus der Sozialversicherung konstruiert. Abweichungen von diesem Grundsatz ergeben sich unter anderem daraus,

1. daß bei Anwendung der Ruhensbestimmungen der §§ 90 bis 96 die Ausgleichszulage nach § 295 außer Betracht zu lassen ist,

2. daß für die Neufeststellung der Ausgleichszulage im § 296 besondere Bestimmungen getroffen sind und

3. daß endlich der Fürsorgeträger bei Feststellung des Gesamteinkommens als ortsnahe Stelle nach § 297 erster Satz Verwaltungshilfe zu leisten hat,

4. daß die Ausgleichszulage nach § 299 — abgesehen von der Übergangszeit bis 1960 und von dem Ausnahmefall des § 299 Abs. 3 — zur Gänze vom Fürsorgeverband zu tragen ist, weshalb auch dem Fürsorgeträger nach § 297 zweiter Satz Parteistellung eingeräumt wird.

§ 294 setzt fest, daß die Ausgleichszulage mit dem Betrage gebührt, um den das Gesamteinkommen den Richtsatz unterschreitet.

Bei Anwendung der Ruhensbestimmungen ist nach § 295 die Ausgleichszulage nicht heranzuziehen. Inwieweit die Rente ruht, ist also ohne Heranziehung der Ausgleichszulage festzustellen. Ruht ein Teil der Rente ohne die Ausgleichszulage wegen des Zusammentreffens mit einer anderen Rente aus der Pensionsversicherung, mit einer Rente aus der Unfallversicherung oder mit einem Ruhe(Versorgungs)genuß aus einem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis zu einem öffentlich-rechtlichen Dienstgeber, so kann dies zur Folge haben, daß entweder erst eine Ausgleichszulage zustandekommt oder daß sie dem Betrag nach höher ist, als sie ohne die Ruhensbestimmung wäre. Soweit nun eine solche Auswirkung auf die Ausgleichs-

zulage durch einen Bezug, der nicht aus der Sozialversicherung herrührt, also durch einen Ruhe(Versorgungs)genuß herbeigeführt wird, soll nach § 299 Abs. 3 diese Auswirkung nicht zu Lasten des Fürsorgeträgers gehen. Insoweit hat also der Pensionsversicherungsträger die Ausgleichszulage selbst zu tragen. Es soll sohin wegen dieses Ruhensgrundes nicht der Pensionsversicherungsträger zugunsten des Fürsorgeträgers entlastet werden. Aus der Regelung des § 295 ergibt sich im übrigen, daß bei Rentenberechtigten, die eine Ausgleichszulage erhalten, die Ruhensbestimmungen sich nur dadurch auswirken, daß ein Teilbetrag der eigentlichen Rente aus dieser auf die Ausgleichszulage verschoben wird. Derartige Rentenberechtigte erfahren somit durch die Ruhensbestimmungen keine Einbuße an ihrem Gesamtrentenbezug.

Durch § 296 erster Satz wird vorgesorgt, daß schon durch den Rentenanspruch das Verfahren zur Feststellung der Ausgleichszulage ausgelöst wird, es also hiezu keines besonderen Antrages bedarf. Die Neufeststellung der Ausgleichszulage, die übrigens nach dem zweiten Satz dieses Paragraphen nur vorzunehmen ist, wenn der Tatbestand sich so geändert hat, daß eine Ausgleichszulage wegfallen oder anfallen oder sich um 50 S ändern würde, ist auf Antrag oder von Amts wegen vorzunehmen.

Zu den §§ 297 und 298 siehe die Bemerkungen zu § 293.

§ 299 regelt die Tragung des Aufwandes für die Ausgleichszulage. Grundsätzlich soll die Ausgleichszulage aus Fürsorgemitteln getragen werden. Hienach käme der endgültige Pflichtfürsorgeverband, der für den Empfänger der Ausgleichszulage zuständig ist oder wäre, zur Tragung der Ausgleichszulage in Betracht. Es mußte jedoch darauf Bedacht genommen werden, daß hieraus eine über die Leistungsfähigkeit eines Fürsorgeverbandes hinausgehende Belastung entstehen kann, wenn sich in dem Sprengel eines finanzschwachen Fürsorgeverbandes besonders viele Rentner niedergelassen haben. Es mußte daher für einen Ausgleich dieser Belastung innerhalb der Fürsorgeverbände eines Landes vorgesorgt werden.

Es wird daher — übrigens auch aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung — im § 299 Abs. 1 bestimmt, daß zunächst das Land, in dem der für den Empfänger der Ausgleichszulage zuständige endgültig verpflichtete Fürsorgeträger seinen Sitz hat, die Ausgleichszulage zu ersetzen hat, soweit nicht in den Abs. 2 und 3 hinsichtlich der Tragung der Ausgleichszulage etwas anderes bestimmt ist. Nach § 299 Abs. 2 übernimmt nämlich der Bund — zur Erleichterung der Belastung

der Fürsorgeverbände — ein Viertel der Ausgleichszulage zur Tragung. Nach § 299 Abs. 3 greift ferner die Ausnahme Platz, daß der Träger der Pensionsversicherung eine Ausgleichszulage zu tragen hat, soweit sie durch Anwendung der Ruhensbestimmung des § 93 zustandekommt (über den Grund dieser Bestimmung siehe die Ausführungen zu § 295).

Das Land hat sodann nach § 290 Abs. 4 den Aufwand für Ausgleichszulagen, den sie nach Abs. 1 ersetzt hat, auf die Fürsorgeverbände des Landes im Verhältnis der Finanzkraft der den einzelnen Fürsorgeverbänden angehörenden Gemeinden aufzuteilen.

Schließlich wird zu diesem Abschnitt bemerkt, daß dessen Bestimmungen nach den Übergangsvorschriften des § 522 Abs. 3 und Abs. 4 auch auf die noch unter Anwendung der Bestimmungen des bisherigen Rechtes zuerkannten Renten anzuwenden sind. Dies mußte schon deswegen geschehen, weil die Richtsätze, wie sie im § 292 Abs. 3 bestimmt sind, höher liegen als die bisherigen Mindestsätze der Renten und sohin ansonsten die Altrentner hinsichtlich der Existenzsicherung schlechter behandelt wären als die Neurentner.

Zum Abschnitt VI (§§ 300 bis 307): Gesundheitsfürsorge.

Zu den §§ 300 bis 307:

Die Regelung schließt sich im allgemeinen der gegenwärtig geltenden Regelung für das Heilverfahren an. Besonders zu erwähnen ist:

1. Heilverfahren wegen Tuberkulose soll auch Angehörigen des Versicherten und anderen in seinem Haushalt lebenden Personen gewährt werden, wenn hiedurch eine Gefährdung des Versicherten abgewendet oder verhindert wird (§ 301 Abs. 2).

2. Im § 306 wird die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues ermächtigt, Mittel für eine besondere Gesundheitsfürsorge aufzuwenden, um den gesundheitlichen Gefahren der bergmännischen Arbeit zu begegnen. Die näheren Bestimmungen erlassen der Vorstand und Überwachungsausschuß des Versicherungsträgers mit Zustimmung des Ministeriums. Hiemit ist die gesetzliche Grundlage gegeben, in gewissen Grenzen die Maßnahmen, die im Abschnitt II der Verordnung über den weiteren Ausbau der Knappschaftlichen Versicherung vom 19. Mai 1941, DRGBl. I S. 287, eingeführt wurden, aufrechterhalten zu können.

Gegenüber dem versendeten Entwurf wurden im übrigen folgende Änderungen in diesem Abschnitt vorgenommen:

1. Entsprechend den von mehreren Stellen (auch von Versicherungsträgern) vorgebrachten Einwendungen wurde im § 300 die Ermächtigung zu allgemeinen Maßnahmen zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der Versicherten als eine Aufgabe des allgemeinen Gesundheitswesens, zu der die Pensionsversicherungsträger nicht berufen sind, weggelassen.

2. Im § 301 Abs. 3 wurden auch die Krankenanstalten als eine Einrichtung, in der Heilverfahren durchgeführt werden können, aufgezählt, da besonders in Tuberkulosefällen vielfach die Einweisung in Krankenanstalten erfolgt.

3. § 302 Abs. 1 wurde an die Regelung für die entsprechenden Leistungen der Krankenversicherung angepaßt.

4. § 303 wurde zur Sicherstellung eines einheitlichen Vorganges bei allen Versicherungsträgern und weil der Verfassungsdienst des Bundeskanzleramtes gegen die im versendeten Entwurf vorgesehene uneingeschränkte Ermächtigung der Versicherungsträger, nach ihrem Belieben hinsichtlich der Rente zu verfügen, Einspruch erhoben hat, die bindende Regelung getroffen, daß die Rente während eines Heilverfahrens nicht berührt, dagegen Familien- und Taggeld an Rentner nicht gewährt wird.

Zum Abschnitt VII (§§ 308 bis 313): Aufnahme in ein pensionsversicherungsfreies Dienstverhältnis und Ausscheiden aus einem solchen.

Im Abschnitt VII (§§ 308 bis 313) werden die Übertritte aus einem pensionsversicherungspflichtigen Dienstverhältnis in ein pensionsversicherungsfreies Dienstverhältnis und umgekehrt aus einem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis in ein pensionsversicherungspflichtiges Dienstverhältnis geregelt. Die Regelung folgt dem Grundgedanken der einschlägigen Regelung des § 71 des GSVG. 1938, weicht jedoch im einzelnen verschiedentlich von dieser Regelung ab.

Zu § 308:

Die Regelung für den Übertritt aus einem pensionsversicherungspflichtigen Dienstverhältnis in ein Dienstverhältnis, in dem der Dienstnehmer nach einer der im Abs. 2 angeführten Bestimmungen nicht der Pensionsversicherung unterliegt, beruht auf dem Gedanken, daß der Dienstgeber, wenn er von den in der Versicherung erworbenen anrechenbaren Versicherungsmonate gewisse in lit. a bis c näher bezeichnete Versicherungsmonate für die Begründung des Anspruches auf einen Ruhe(Versorgungs)genuß und dessen Ausmaß anrechnet, für diese Versicherungs-

monate einen Überweisungsbetrag auf seinen Antrag erhält und daß dem Versicherten, wenn sonach der Überweisungsbetrag geleistet wird, auf jeden Fall die Beträge, die auf vom Dienstgeber nicht angerechnete Beitragsmonate entfallen, zurückgezahlt werden. Damit wird dem sowohl von den öffentlich-rechtlichen Dienstgebern wie auch von den Gewerkschaften der öffentlichen Bediensteten vertretenen Standpunkt Rechnung getragen, daß ein gänzliches Ausscheiden des in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis übertretenen Bediensteten aus der Versicherung Platz greifen soll.

Im einzelnen ist zu der getroffenen Regelung folgendes zu bemerken:

Nach Abs. 1 lit. a bis c muß der Dienstgeber, damit er mit Erfolg einen Überweisungsbetrag verlangen kann, die anrechenbaren Beitragsmonate der Pflichtversicherung und die anrechenbaren Ersatzmonate nach § 229 (die sogenannten Vordienstzeiten), während der der Versicherte bei öffentlich-rechtlichen Dienstgebern — also nicht nur bei dem betreffenden Dienstgeber selbst, sondern auch bei anderen öffentlich-rechtlichen Dienstgebern — beschäftigt war, ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, soweit er aber bei privaten Dienstgebern beschäftigt war, ab dem vollendeten 25. Lebensjahr voll, wenn aber während dieser Versicherungsmonate Teilbeschäftigung vorlag, zu dem entsprechenden Teil für seine Pensionsversorgung anrechnen. Er muß ferner Ersatzmonate nach § 228 Abs. 1 Z. 1 und 4 und § 227 Abs. 2, das sind also die Kriegsdienste und Dienstpflichtzeiten sowie die Verschleppungszeiten, wenn vor diesen eine Beschäftigung bei einem öffentlich-rechtlichen Dienstgeber bestand, ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, sonst von dem vollendeten 25. Lebensjahr voll für seine Pensionsversorgung anrechnen. Endlich muß er die anrechenbaren Beitragsmonate der Pflichtversicherung und Ersatzmonate der oben angegebenen Art, die zwischen dem vollendeten 18. und 25. Lebensjahr liegen und nicht schon nach vorstehendem angerechnet werden, bedingt für den Fall der Versetzung in den Ruhestand wegen Dienstunfähigkeit oder des Todes, wenn also ein Ruhe(Versorgungs)genuß vor Erreichen der Vollpension anfällt, für seine Pensionsversorgung anrechnen.

Mit diesen Zeiten, die der Dienstgeber anrechnen muß, sind alle Beitragsmonate der Pflichtversicherung und alle Ersatzmonate, mit Ausnahme der auf Schulzeiten gegründeten (§ 227 Z. 1 und § 228 Abs. 1 Z. 3), erfaßt, sofern sie nach dem 18. Lebensjahre liegen. Die Schulzeiten wurden nicht einbezogen, weil sie mit Ausnahme der Hochschulzeiten regel-

mäßig vor dem 18. Lebensjahr liegen, also für eine Anrechnung im öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis von vornherein nicht in Betracht kommen, Hochschulzeiten aber auf jeden Fall, auch wenn kein Überweisungsbetrag geleistet wird, angerechnet werden.

Als Überweisungsbetrag werden für jeden sonach für die Pensionsversorgung bedingt oder unbedingt angerechneten Beitragsmonat 7 v. H. und für jeden angerechneten Ersatzmonat 1 v. H. der Bemessungsgrundlage nach § 238 geleistet. Für Ersatzmonate ist deswegen ein niedrigerer Überweisungsbetrag vorgesehen, weil der Versicherungsträger für sie keine Beiträge erhalten hat. Bei der Festsetzung des Überweisungsbetrages für die Beitragsmonate mußte darauf Rücksicht genommen werden, daß der Versicherungsträger bis zur Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis das Versicherungsrisiko getragen hat.

Nach vorstehenden Ausführungen über Abs. 1 sind im Überweisungsbetrag an den Dienstgeber Beitragsmonate der Pflichtversicherung und Ersatzmonate vor dem vollendeten 18. Lebensjahr nicht berücksichtigt. Ferner sind auch Beitragsmonate der freiwilligen Pensionsversicherung und Beiträge zur Höherversicherung nicht berücksichtigt. Die für die Beitragsmonate der Pflichtversicherung und der freiwilligen Versicherung geleisteten Beiträge und die Beiträge zur Höherversicherung sind nun nach Abs. 3 an den Versicherten, und zwar automatisch, sobald der Dienstgeber den Antrag auf den Überweisungsbetrag gestellt hat, zurückzuerstatten. Es bleiben also beim Versicherungsträger keinerlei Beiträge stehen, die für den Versicherten an ihn geleistet wurden.

Abs. 4 bestimmt, daß als Stichtag für die Feststellung der Anrechenbarkeit der Versicherungsmonate der im § 11 Abs. 5 angegebene Tag zu gelten hat.

Zu § 309:

Abs. 2 sieht — konform der einschlägigen Regelung bei der Gewährung von Leistungen auf Grund eines gemischten Versicherungsverlaufes — vor, daß dem leistungszuständigen Versicherungsträger die an den Dienstgeber und Dienstnehmer überwiesenen Beträge, soweit sie auf bei anderen Pensionsversicherungsträgern erworbene Versicherungszeiten entfallen, von diesen ersetzt werden.

Zu § 310:

Nach diesem Paragraphen erlöschen alle Ansprüche und Anwartschaften, die aus den Versicherungsmonaten erhoben werden können, die im Überweisungsbetrag oder in den

rückerstatteten Beiträgen berücksichtigt sind. Der Versicherte gilt also aus allen diesen Anwartschaften und Ansprüchen entfertigt.

Zu § 311:

Nach den bisherigen Vorschriften waren für einen Dienstnehmer beim Ausscheiden aus einem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis für die Zeit des Dienstverhältnisses, in der der Dienstnehmer sonst versicherungspflichtig gewesen wäre, Beiträge nach dem jeweiligen Lohn nachzuentrichten, wenn beim Ausscheiden keine Versorgungsleistung anfiel. An Stelle dieser Beitragsnachentrichtung tritt nun nach § 297 Abs. 1 — vorbehaltlich der Bestimmung des Abs. 3 — die Leistung eines Überweisungsbetrages an den Versicherungsträger, der für das aufgelöste Dienstverhältnis zuständig gewesen wäre. Dieser Überweisungsbetrag wird mit 7 v. H. des auf den letzten Monat des pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnisses entfallenden Entgeltes im Sinne des § 49, höchstens jedoch von dem im Zeitpunkt des Ausscheidens für die Beitragsgrundlage maßgebenden Höchstbetrag bemessen. Der nach dem ASVG. geltende Höchstbetrag von 3600 S konnte nicht allein herangezogen werden, da die Regelung der §§ 308 bis 313 nach § 543 Abs. 2 lit. a auf alle Fälle rückwirken soll, in denen die Aufnahme oder das Ausscheiden aus einem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis nach dem 31. März 1952 erfolgte. Der Überweisungsbetrag erhöht sich um einen an den Dienstgeber allenfalls seinerzeit bei Begründung des pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnisses auf Grund gesetzlicher Vorschrift empfangenen Überweisungsbetrag.

Abs. 2 sieht zur Vereinfachung der Verwaltung vor, daß im Falle des unmittelbaren Übertrittes des Dienstnehmers aus einem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis in ein anderes pensionsversicherungsfreies Dienstverhältnis, in dem der Dienstgeber die Voraussetzungen für die Leistung eines Überweisungsbetrages an ihn nach § 308 erfüllt, der frühere Dienstgeber den Überweisungsbetrag nach Abs. 1 unmittelbar an den neuen Dienstgeber zu leisten hat. In solchen Fällen entfällt dann die Leistung eines Überweisungsbetrages des Versicherungsträgers an den neuen Dienstgeber nach § 308.

Nach Abs. 3 ist der Dienstgeber von der Leistung des Überweisungsbetrages nach Abs. 1 entbunden, wenn der Dienstnehmer entweder beim Ausscheiden durch Tod keine nach der Pensionsregelung des Dienstgebers versorgungsberechtigten Hinterbliebenen hinterläßt oder wenn der Dienstnehmer nach den Pensionsvorschriften für seine laufenden Versorgungs-

ansprüche entfertigt wurde, das heißt den kapitalmäßigen Wert dieser Versorgungsansprüche erhalten hat. In diesen Fällen kann der Dienstnehmer jedoch innerhalb sechs Monaten nach dem im § 11 Abs. 5 bezeichneten Zeitpunkt, solange ein Versicherungsfall nicht eingetreten ist, den Überweisungsbetrag selbst leisten. Ebenso kann ein nichtentfertigter Dienstnehmer, solange ein Versicherungsfall nicht eingetreten ist, innerhalb der gleichen Frist einen Überweisungsbetrag, den er aus Anlaß der Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis erhalten hat, wie auch Beiträge, die ihm nach § 308 Abs. 3 zurückgezahlt wurden, an den Versicherungsträger rückerstatten.

Zu § 313:

Die im Überweisungsbetrag (in der Beitragsrückzahlung nach § 311) berücksichtigten vollen Monate werden in die Pensionsversicherung als Beitragsmonate übernommen.

Zum Abschnitt VIII (§ 314): Ausscheiden aus der Pensionsversicherung aus Anlaß der Übernahme des elterlichen Betriebes.

Zu § 314:

Nach § 8 Abs. 1 Z. 2 sind die im Betriebe der Eltern, Großeltern, Wahl- oder Stiefeltern als Dienstnehmer oder Lehrlinge beschäftigten Kinder, Enkel, Wahl- oder Stiefkinder, ferner die im Betriebe der Eltern, Großeltern, Wahl- oder Stiefeltern beschäftigten Kinder, Enkel, Wahl- oder Stiefkinder, die das 17. Lebensjahr vollendet haben und keiner anderen Erwerbstätigkeit hauptberuflich nachgehen, alle diese soweit es sich nicht um eine Beschäftigung in einem land- oder forstwirtschaftlichen oder gleichgestellten Betrieb (§ 27 Abs. 2) handelt, in der Unfall- und Pensionsversicherung teilversichert. Die öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen der Unternehmer von nicht landwirtschaftlichen Betrieben verlangten jedoch, daß solchen Versicherten, wenn sie wegen Aufnahme einer selbständigen Erwerbstätigkeit, also nicht nur bei Übernahme des elterlichen Betriebes, aus der Pensionsversicherung ausscheiden, die Beiträge aus der Pensionsversicherung rückerstattet werden. Diesem Verlangen wird in der Vorlage insoweit Rechnung getragen, als 90 v. H. der Beiträge, die für die auf Grund der Beschäftigung im elterlichen Betrieb erworbenen, bei der Aufnahme der selbständigen Erwerbstätigkeit anrechenbaren Beitragsmonate zur Pensionsversicherung entrichtet wurden, rückerstattet werden, wenn diesen Personen nicht schon vorher ein Rentenanspruch gemäß § 222 Abs. 1 und 2 angefallen ist. Die Kosten eines aus der Pensions-

versicherung gewährten Heilverfahrens werden von den rückzuerstattenden Beiträgen abgezogen. Bekanntlich war nach der Rechtsprechung auf Grund der gegenwärtigen Gesetzeslage das als Betriebsnachfolger ausersehene Kind jedenfalls als versicherungsfrei anerkannt. Nach der Regelung der Vorlage wird zwar auch dieses Kind in die Unfall- und Pensionsversicherung einbezogen, erhält aber mit den oben angegebenen Beschränkungen bei Aufnahme einer selbständigen Erwerbstätigkeit die zur Pensionsversicherung auf Grund der Beschäftigung im elterlichen Betriebe gezahlten Beiträge zurück.

Zum Fünften Teil:

Beziehungen der Versicherungsträger (Verbände) zueinander und Ersatzleistungen. Haftung des Dienstgebers bei Arbeitsunfällen.

Allgemeines.

In diesem Teil werden geregelt

1. die Ersatzansprüche, die sich aus den Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung einerseits und den Trägern der Unfall- und Pensionsversicherung andererseits dadurch ergeben, daß die Voraussetzungen für Leistungsansprüche aus ein und demselben Anlaß in mehreren Versicherungen (Kranken- und Unfallversicherung oder Kranken- und Pensionsversicherung) gegeben wären (Abschnitt I, 1. und 2. Unterabschnitt);

2. die Zusammenarbeit der Versicherungsträger (Verbände) miteinander durch Gewährung gegenseitiger Verwaltungshilfe und durch einheitliche Festsetzung der Verpflegskosten in den Einrichtungen der Versicherungsträger (Abschnitt I, 3. Unterabschnitt);

3. die Ersatzansprüche der Träger der allgemeinen Fürsorge, die diesen gegenüber den Versicherungsträgern dann zustehen, wenn die Fürsorgeträger einen in der Sozialversicherung Anspruchsberechtigten aus Mitteln der allgemeinen Fürsorge vorläufig unterstützen (Abschnitt II);

4. das zivilrechtliche Schadenersatzrecht, soweit dieses im Zusammenhang mit der sozialversicherungsrechtlichen Regelung einer Ergänzung oder Änderung bedarf (Abschnitt IV).

Zu den einzelnen Bestimmungen des Fünften Teiles wird erläuternd bemerkt:

Zum Abschnitt I (§§ 315 bis 322): Beziehungen der Versicherungsträger zueinander.

Zu den §§ 315 bis 319:

Bei einer durch einen Arbeitsunfall verursachten Krankheit oder bei einer Berufs-

krankheit eines in der Kranken- und Unfallversicherung Versicherten hat primär der Träger der Krankenversicherung die Krankenbehandlung und die wiederkehrenden Geldleistungen der Krankenversicherung zu gewähren (§ 119 der Vorlage, Zweiter Teil). Die Unfallheilbehandlung, die — wie auch die Krankenbehandlung in der Krankenversicherung — ärztliche Hilfe, Heilmittel und Heilbehelfe sowie allenfalls an deren Stelle auch Anstaltspflege (Pflege in Kranken-, Kur- und sonstigen Anstalten) umfaßt, sowie das Familien- und Taggeld aus der Unfallversicherung, sind nach § 191 der Vorlage (Dritter Teil) grundsätzlich erst zu gewähren, wenn und soweit der Versicherte die entsprechenden Leistungen nicht aus der Krankenversicherung erhält. Bezüglich der Auseinandersetzung zwischen dem Träger der Krankenversicherung und dem Träger der Unfallversicherung über die endgültige Tragung der Kosten der zunächst vom Träger der Krankenversicherung erbrachten Leistungen enthält § 315 die Anordnung, daß der Träger der Krankenversicherung für die Kosten der Krankenbehandlung in den ersten vier Wochen aus eigenen Mitteln (ohne Kostenersatz) aufzukommen hat, daß ihm aber bei einer länger als vier Wochen dauernden Krankenbehandlung vom ersten Tag der fünften Woche nach dem Arbeitsunfall beziehungsweise nach dem Beginn der Berufskrankheit an ein Kostenersatz aus den Mitteln der Unfallversicherung gebührt. Die gleiche Regelung gilt auch für die wiederkehrenden Geldleistungen aus der Krankenversicherung. Bezüglich des Sterbegeldes enthält § 214 Abs. 4 der Vorlage (Dritter Teil) die Bestimmung, daß neben dem allfälligen Anspruch auf Sterbegeld aus der Krankenversicherung gegebenenfalls noch eine Ergänzungsleistung als Sterbegeld aus der Unfallversicherung gewährt wird, wenn die notwendigen Bestattungskosten aus dem Sterbegeld der Krankenversicherung nicht gedeckt werden können. Der Träger der Unfallversicherung soll aber nach der Bestimmung des § 315 Abs. 2 dem Träger der Krankenversicherung das aus der Krankenversicherung gewährte Sterbegeld bis zu dem Betrag ersetzen, um den das nach § 214 Abs. 2 errechnete Sterbegeld den Betrag eines allenfalls nach § 214 Abs. 4 tatsächlich gewährten Sterbegeldes übersteigt.

Die in die Vorlage auf Vorschlag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger aufgenommene Regelung der Ersatzansprüche im Verhältnis zwischen Kranken- und Unfallversicherung geht von der Überlegung aus, daß die Leistungen der Krankenversicherung bei jeder Krankheit ohne Rücksicht auf die Ursache der Krankheit gebühren, daß

aber andererseits bei einer längeren Dauer der durch den Arbeitsunfall verursachten Krankheit oder der Berufskrankheit die Kosten der Krankenbehandlung (Heilbehandlung) in das vom Träger der Unfallversicherung zu tragende Versicherungsrisiko einzubeziehen wären. Eine solche Aufteilung hinsichtlich der endgültigen Tragung der Kosten ist auch im gegenwärtig geltenden Recht vorgesehen, jedoch fallen nach dem derzeit geltenden Recht (§ 1505 RVO.) die Aufwendungen dem Träger der Unfallversicherung erst vom 46. Tag nach dem Unfall an zur Last.

Eine Sonderregelung enthält § 316 für den Fall, daß der Träger der Unfallversicherung die Heilbehandlung eines in der Krankenversicherung Anspruchsberechtigten während der ersten vier Wochen der Krankheit selbst gewährt hat. In diesem Fall soll der Träger der Krankenversicherung die Aufwendungen dem Träger der Unfallversicherung ersetzen. Dem Träger der Unfallversicherung muß billigerweise ein Ersatzanspruch gegenüber dem Träger der Krankenversicherung auch dann eingeräumt werden, wenn sich später herausstellt, daß die Krankheit, für die der Träger der Unfallversicherung Heilbehandlungsaufwendungen gemacht hat, nicht die Folge eines Arbeitsunfalles ist. Die Ersatzpflicht des Trägers der Krankenversicherung bleibt in diesem Fall auf das Ausmaß der Leistungen der Krankenversicherung beschränkt.

§ 317 regelt das Ausmaß der Ersatzansprüche im Verhältnis zwischen Kranken- und Unfallversicherung. Im Abs. 1 wird das Ausmaß der Ersatzansprüche für den Fall der nur ausnahmsweise bei einer geringen Zahl der Verrechnungsfälle zuzulassenden Abrechnung nach Einzelfällen und Kalendertagen der Behandlungszeit (Einzelabrechnung) bestimmt. Hiebei wird aus Gründen der Vereinfachung eine Abgeltung des für jeden Kalendertag der Behandlungszeit zu leistenden Ersatzes mit einem Teilbetrag beziehungsweise Vielfachen des Krankengeldes vorgesehen. Der Ersatz ist verschieden hoch festgesetzt, je nachdem, ob außer den Sachleistungen der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel und Heilbehelfe) auch Krankengeld oder statt diesen Sachleistungen Anstaltspflege gewährt wird oder nicht. Im ersten Fall wird der Ersatz in der Höhe des Einunddreiviertelfachen des Krankengeldes, im zweiten Fall in der Höhe des halben Krankengeldes zu leisten sein. In den Fällen, in denen infolge des Arbeitsunfalles Arbeitsunfähigkeit während der Kranken(Heil)behandlung überhaupt nicht eintritt, hat jede Ersatzpflicht zwischen den Versicherungsträgern zu entfallen.

Abgesehen von den seltenen Fällen, in denen das Bundesministerium für soziale Verwaltung

die Einzelabrechnung wegen der geringen Zahl der Verrechnungsfälle zulassen kann, soll gemäß Abs. 3 eine vierteljährliche pauschalmäßige Abgeltung der gegenseitigen Ersatzansprüche stattfinden. Das Nähere hierüber haben die Versicherungsträger zu vereinbaren. Den zu vereinbarenden vierteljährlichen Pauschalabgeltungen sollen die unter Berücksichtigung der im Abs. 1 für Einzelfälle festgesetzten Ersatzbeträge schätzungsweise zu ermittelnden Aufwendungen des ersatzberechtigten Versicherungsträgers zugrunde gelegt werden. Kommt eine Vereinbarung zwischen den beteiligten Versicherungsträgern innerhalb der im § 318 festgesetzten Fristen nicht zustande, so hat das Bundesministerium für soziale Verwaltung den Inhalt der Vereinbarung, insbesondere die Höhe des vierteljährlich zu leistenden Pauschbetrages zu bestimmen.

Beträut der Unfallversicherungsträger einen Krankenversicherungsträger mit der Durchführung der Heilbehandlung im Sinne des § 193 der Vorlage (Dritter Teil), so muß er dem Träger der Krankenversicherung die ausgewiesenen Kosten eines solchen Heilverfahrens ersetzen.

Zu § 320:

Diese Bestimmungen schließen an die Bestimmungen der §§ 301 ff. über die Gewährung eines Heilverfahrens in der Pensionsversicherung (Vierter Teil der Vorlage) an. Da angenommen werden kann, daß im Falle der Einleitung eines Heilverfahrens durch den Träger der Pensionsversicherung auch der Versicherungsfall der Krankheit im Sinne der Krankenversicherung gegeben sein wird, erscheint es recht und billig, den Krankenversicherungsträger zur teilweisen Tragung der Kosten des Heilverfahrens im Wege der Leistung eines Kostenersatzes heranzuziehen. Dieser Kostenersatz wird durch einen Pauschbetrag geleistet, der für jeden Kalendertag des Heilverfahrens der Höhe des täglichen Krankengeldes entspricht.

Zu den §§ 321 und 322:

Im § 321 wird eine gegenseitige Verwaltungshilfe der Versicherungsträger angeordnet.

Eine besondere Regelung für die Zusammenarbeit der Versicherungsträger untereinander enthält § 322 hinsichtlich der von einem Versicherungsträger zu leistenden Kosten der Pflege in der einem anderen Versicherungsträger gehörigen Einrichtung der Krankenbehandlung (Krankenanstalt, Heilstätte und dergleichen mehr). Die Versicherungsträger sollen hierüber eine Vereinbarung treffen. Für den Fall des Nichtzustandekommens einer

solchen Vereinbarung wird der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger ermächtigt, die Verpflegskosten mit verbindlicher Kraft für die beteiligten Versicherungsträger festzusetzen. Dieser hat gemäß § 31 Abs. 3 Z. 10 der Vorlage (Erster Teil) auch die Aufgabe, Vorkehrungen zur gemeinsamen zweckmäßigen Ausnützung und wirtschaftlichen Betriebsführung derartiger Einrichtungen der Versicherungsträger zu treffen.

Zum Abschnitt II (§§ 323 bis 330): Beziehungen der Versicherungsträger zu den Fürsorgeträgern.

Zu den §§ 323 bis 330:

Die Vorlage räumt dem Träger der allgemeinen Fürsorge, der einen Hilfsbedürftigen für eine Zeit unterstützt hat, für die dieser einen Anspruch auf eine Versicherungsleistung nach dem ASVG. hat, einen Ersatzanspruch ein. Der Ersatz wird — so wie dies auch im derzeit geltenden Recht vorgesehen ist — in Ansehung der Versicherungsleistung gewährt, die für den Versicherungsfall gebührt, dessentwegen die Fürsorgeleistung gewährt wurde. Wurde also zum Beispiel die Fürsorgeleistung wegen eines Arbeitsunfalles gewährt, so ist der Ersatz in Ansehung der Leistung der Unfallversicherung vom Träger dieser Versicherung zu leisten. Hingegen ist der Ersatzanspruch nicht auf die Versicherungsleistung beschränkt, die für den Zeitraum gebührt, für den die Fürsorgeleistung gewährt wurde; es genügt vielmehr, daß der Unterstützungsempfänger für die Zeit, für die ihm die Unterstützung gewährt wurde, überhaupt einen Anspruch auf eine Versicherungsleistung hat. Es kann daher der Ersatz auch in Ansehung der Versicherungsleistung gewährt werden, die für einen späteren Zeitraum fällig wird als für den die Unterstützung gegeben wird. Dies wird vielfach auch notwendig sein, weil der ersatzpflichtige Versicherungsträger seinerseits den geleisteten Ersatz von der wiederkehrenden Geldleistung der Versicherung nur bis zum halben Betrag dieser Geldleistungen durch Abzug hereinbringen darf. Der Träger der allgemeinen Fürsorge soll sowohl für die von ihm erbrachten Sachleistungen wie auch für Geldleistungen Ersatz erhalten. Der Ersatz von Geldleistungen wird in der Regel dann in Frage kommen, wenn ein Verfahren zur Feststellung der Versicherungsleistung bereits anhängig ist, die Versicherungsleistung vom Versicherungsträger aber noch nicht festgestellt wurde. In einem solchen Fall wird der Träger der allgemeinen Fürsorge im Falle der Hilfsbedürftigkeit des Anspruchswerbers vor-

läufig unterstützend eingreifen müssen. Ausnahmsweise wird aber auch ein Eingreifen des Fürsorgeträgers dann notwendig sein, wenn eine Versicherungsleistung zwar bereits festgestellt wurde, diese aber aus irgendeinem Grund, wie zum Beispiel wegen unvorhergesehener Verzögerungen in der Auszahlung nicht rechtzeitig in die Hand des Bezugsberechtigten gelangt. In einem solchen Fall soll dem Fürsorgeträger ebenfalls Ersatz für die von ihm vorläufig gewährte Unterstützung geleistet werden.

Die Frist für die Geltendmachung des Ersatzanspruches des Trägers der allgemeinen Fürsorge wird im § 330 verschieden lang festgesetzt, je nachdem es sich um eine Sachleistung oder eine Geldleistung des Fürsorgeträgers handelt. Bei Sachleistungen ist die Frist, so wie dies im geltenden Recht (§ 1539 RVO.) vorgesehen ist, mit sechs Monaten nach Ablauf der Fürsorgeunterstützung begrenzt. Bei Geldleistungen der Fürsorge ist die Geltendmachung des Ersatzanspruches an eine vorherige Anzeige beim Versicherungsträger, die innerhalb von 14 Tagen nach Zuerkennung der Fürsorgeleistung zu erstatten ist, und an eine Frist zur Geltendmachung von zwei Monaten nach Ablauf der Fürsorgeleistung geknüpft. Dadurch sollen die Versicherungsträger rechtzeitig in die Lage versetzt werden, die Versicherungsleistung zur Befriedigung des Ersatzanspruches heranzuziehen.

Ausgeschlossen ist der Ersatzanspruch des Fürsorgeträgers bei Geldleistungen für eine Zeit, für die eine Geldleistung aus der Sozialversicherung fällig geworden ist, wenn der Fürsorgeträger nach einer innerhalb von 14 Tagen erstatteten Anzeige vom Anfall der Geldleistung aus der Sozialversicherung durch den Versicherungsträger benachrichtigt worden ist. Der Fürsorgeträger soll in einem solchen Falle seine Fürsorgeleistung unter Bedachtnahme auf die ihm bekanntgegebene Versicherungsleistung einstellen oder entsprechend einschränken; unterläßt er dies, so ist kein triftiger Grund für eine Ersatzpflicht des Versicherungsträgers mehr gegeben.

Zum Abschnitt III (§ 331): Bevorschussung von Renten aus der Pensionsversicherung aus den Mitteln der Arbeitslosenversicherung.

Zu § 331:

Hinsichtlich der Bevorschussung von Renten aus der Pensionsversicherung aus den Mitteln der Arbeitslosenversicherung, der Rückerstattung solcher Leistungen an das Arbeitsamt und der Anrechnung auf die nachzuzahlenden

Rentenbeträge konnte sich die Vorlage darauf beschränken, auf die einschlägigen Bestimmungen des § 20 b des Arbeitslosenversicherungsgesetzes, BGBl. Nr. 184/1949, in der Fassung der 6. Arbeitslosenversicherungsgesetz-Novelle vom 30. Juni 1954, BGBl. Nr. 167, hinzuweisen.

Zum Abschnitt IV (§§ 332 bis 337): Schadenersatz und Haftung.

Zu den §§ 332 bis 337:

Die Bestimmungen dieses Abschnittes treten ergänzend und teilweise auch abändernd zu den zivilrechtlichen Schadenersatzbestimmungen hinzu.

Die im § 332 vorgesehene Legalzession wurde aus dem bisherigen Recht übernommen. Die Legalzession wird in allen Arten der Versicherung (Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung) eintreten. Ansprüche auf Schmerzensgeld werden von der Legalzession ausgenommen. Dadurch wird eine Streitfrage, deren Lösung bisher der Judikatur überlassen blieb, im Gesetz selbst in einer jeden Zweifel ausschließenden Weise aus der Welt geschafft.

§ 333 schränkt den zivilrechtlichen Schadenersatzanspruch des Versicherten gegenüber dem Dienstgeber bei einem durch einen Arbeitsunfall oder durch eine Berufskrankheit hervorgerufenen Schaden auf die Fälle der vorsätzlichen Herbeiführung des Arbeitsunfalles oder der Berufskrankheit durch den Dienstgeber ein. Auch in diesem Fall vermindert sich der Schadenersatzanspruch um die Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung. Die gleiche Einschränkung gilt gegenüber den Hinterbliebenen des Versicherten, wenn der Tod des Versicherten auf den Arbeitsunfall oder auf die Berufskrankheit zurückzuführen ist. Eine Sonderregelung ist im Abs. 3 des § 333 für gewisse bei der Teilnahme des Versicherten am allgemeinen Verkehr eintretende Arbeitsunfälle enthalten; sie ist im Hinblick auf die erhöhte Haftpflicht beim Betrieb bestimmter Verkehrsmittel, wie Eisenbahn und Kraftfahrzeuge, angefügt worden. Eine Teilnahme des Versicherten am allgemeinen Verkehr im Sinne des § 333 Abs. 3 ist aber nicht anzunehmen, wenn der Geschädigte das Verkehrsmittel in Ausübung seines Dienstes zum Beispiel als Lokomotivführer oder Schaffner und so weiter bedient.

Bei der Anwendung des § 333 Abs. 1 und 2 sind dem Dienstgeber gleichgestellt der gesetzliche oder bevollmächtigte Vertreter des Unternehmers sowie der Aufseher im Betrieb und

bei den im § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. d bezeichneten Betrieben und Tätigkeiten (Feuerwehren, Wasserwehren, Österreichisches Rotes Kreuz, Rettungsgesellschaften, Rettungsflugwacht und Österreichischer Bergrettungsdienst) die in Betracht kommende Körperschaft und ihre Organe, die Angehörigen der Körperschaft und die beigezogenen Helfer.

Während § 333 den Schadenersatzanspruch des Versicherten bei Arbeitsunfällen (Berufskrankheiten) gegenüber dem Dienstgeber regelt, sieht der folgende § 334 bei Arbeitsunfällen (Berufskrankheiten) Ersatzansprüche der in Betracht kommenden Träger der Sozialversicherung gegenüber dem Dienstgeber vor. Bei leichter Fahrlässigkeit des Dienstgebers sind solche Ersatzansprüche ausgeschlossen. Der Dienstgeber wird also bei von ihm durch leichte Fahrlässigkeit herbeigeführten Arbeitsunfällen (Berufskrankheiten) hier durch die Sozialversicherung nicht nur von seiner zivilrechtlichen Schadenersatzpflicht gegenüber dem Versicherten, sondern auch von jeder Ersatzpflicht gegenüber dem Versicherungsträger befreit. Es wird hiedurch darauf Rücksicht genommen, daß die Dienstgeber für die Versicherungslast der hauptsächlich hier leistungspflichtigen Unfallversicherung allein aufzukommen haben und die von ihnen zu erhaltende Unfallversicherung die zivilrechtliche Schadenersatzpflicht des Unternehmers zum Teil ablösen soll. Bei einem grob fahrlässig durch den Dienstgeber herbeigeführten Arbeitsunfall wird der Dienstgeber zwar von seiner Schadenersatzpflicht gegenüber dem Versicherten befreit, er muß jedoch den in Betracht kommenden Trägern der Sozialversicherung (Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung) für die von diesen gewährten Leistungen Ersatz leisten. Bei vorsätzlicher Herbeiführung des Arbeitsunfalles durch den Dienstgeber trifft diesen die Schadenersatzpflicht gegenüber dem Versicherten, soweit der nach Zivilrecht gebührende Schadenersatz über die Leistungen des Sozialversicherungsträgers hinausgeht. Der Dienstgeber hat aber auch den Sozialversicherungsträgern die von diesen gewährten Leistungen zu ersetzen, sodaß in diesem Fall eine Entlastung des Dienstgebers durch die Unfallversicherung überhaupt nicht Platz greift.

Bezüglich der Verjährung der Ersatzansprüche war nur eine Sonderregelung hinsichtlich des Ersatzanspruches des Versicherungsträgers gegenüber dem Dienstgeber nach § 334 erforderlich. Die Verjährungsfrist wird in Anlehnung an die dreijährige Frist für die Geltendmachung von Beitragsforderungen allgemein mit drei Jahren nach der ersten rechtskräftigen Feststellung der Entschädigungspflicht festgesetzt.

Zum Sechsten Teil:

Beziehungen der Träger der Sozialversicherung und ihrer Verbände zu den Ärzten, Dentisten, Hebammen, Apothekern, Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern.

Die gesetzlichen Bestimmungen, welche die Regelung der Beziehungen zwischen den Sozialversicherungsträgern und ihren Vertragspartnern zum Gegenstand haben, wurden — abgesehen von den im Zweiten Teil (§ 148 und § 149 Abs. 2) enthaltenen Bestimmungen, betreffend die Beziehungen zu den Krankenanstalten, die mit dem Leistungsrecht, soweit es die Anstaltspflege betrifft, eng zusammenhängen — in einem besonderen Teil des Gesetzes zusammengefaßt. Dieser Teil, der die Beziehungen der Sozialversicherungsträger und ihrer Verbände zu den Ärzten, Dentisten und anderen Vertragspartnern regelt, wird an die Stelle der einschlägigen Bestimmungen des Abschnittes X (§§ 69 bis 77) des Sozialversicherungs-Überleitungsgesetzes treten.

Die aus dem Privatrecht in das Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz übernommene Bezeichnung „Erfüllungsgehilfen“ wurde, weil sie in mißverständlicher Deutung dieser Bezeichnung bei der Ärzteschaft Anstoß erregt hat, durch die Bezeichnung „Vertragspartner“ ersetzt.

An dem durch die Praxis bewährten Grundsatz der vertraglichen Regelung der Beziehungen der Versicherungsträger zu ihren Vertragspartnern wird auch in der Vorlage festgehalten, ebenso wird die Einrichtung des Abschlusses von Gesamtverträgen aus der Regelung des Sozialversicherungs-Überleitungsgesetzes übernommen, jedoch mit gewissen Abänderungen, die den Erfahrungen Rechnung tragen, die bei der Anwendung der Bestimmungen des Sozialversicherungs-Überleitungsgesetzes seither gemacht worden sind.

Der Abschnitt I enthält Bestimmungen, die als gemeinsame Bestimmungen im Verhältnis zu allen Vertragspartnern gelten sollen, der Abschnitt II behandelt die Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den Ärzten, während der Abschnitt III die Beziehungen zu den anderen Vertragspartnern zum Inhalt hat.

Außer dem im § 338 dargestellten Grundsatz der vertragmäßigen Regelung der Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den Vertragspartnern der Gesundheitsberufe enthält der Abschnitt I im § 339 Vorschriften über die Beteiligung der öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen der Gesundheitsberufe am Verfahren bei der Errichtung, Erwerbung oder Erweiterung eigener Einrichtungen der Träger der Krankenversicherung zur Betreu-

ung der Versicherten und ihrer Angehörigen. Diese Beteiligung soll einerseits schon beim Versicherungsträger, der eine solche Einrichtung zu errichten, zu erwerben oder zu erweitern beabsichtigt, selbst stattfinden, andererseits aber auch im sanitätsbehördlichen Genehmigungsverfahren. Die einschlägigen Bestimmungen, die einer nachdrücklichst vertretenen Forderung der Ärzteschaft entgegenkommen, werden in sinnvoller Verbindung mit den gleichfalls die versicherungseigenen Einrichtungen zur Krankenbehandlung betreffenden Bestimmungen des § 23 Abs. 6 und des § 31 Abs. 6 anzuwenden sein. Auf versicherungseigene Einrichtungen der Träger der Unfall- und Pensionsversicherung (§ 24 Abs. 2 und § 25 Abs. 2) finden die Vorschriften des § 339 keine Anwendung.

Es entspricht einem oftmals geäußerten Wunsch der Ärzteschaft, in paritätisch zusammengesetzten Ärzteausschüssen ein Forum zu erhalten, das für die Beratung von grundsätzlichen Fragen der Sozialversicherung verwendet werden soll. Nicht mit Unrecht wurde darauf hingewiesen, daß die Einigungskommissionen, die bestimmte Streitfälle zu schlichten und zu entscheiden haben, solche Ärzteausschüsse nicht ersetzen können. Die psychologischen Voraussetzungen, die notwendig sind, um eine ersprißliche Tätigkeit erwarten zu lassen, liegen dann nicht mehr vor, wenn ein bestimmter Streitfall zur Behandlung steht. Das Gesetz sieht daher als Beratungsorgane Landesärzteausschüsse in jedem Bundesland und einen Bundesärzteausschuß in Wien vor. Damit ist die Möglichkeit gegeben, daß alle Fragen, die in der Sozialversicherung die freiberuflich tätigen Ärzte berühren, gemeinsam mit den Vertretern der Sozialversicherungsträger beraten werden können. Die Aufgaben und die Tätigkeit dieser Ärzteausschüsse sollen in Geschäftsordnungen geregelt werden, die zwischen der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zu vereinbaren sind.

§ 341 überträgt den Abschluß der Gesamtverträge mit den öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen der Ärzte, soweit es sich um die Krankenversicherung handelt, ausschließlich dem Hauptverband. Hiedurch soll nach Möglichkeit eine Ausrichtung des Vertragsrechtes nach einheitlichen Grundsätzen für den Bereich der gesamten Krankenversicherung gewährleistet werden. Den einzelnen Trägern der Krankenversicherung, in der Meisterkrankenversicherung dem Verband der Meisterkrankenstellen, wird eine Einflußnahme auf das Zustandekommen und auf den Inhalt der Verträge in der Weise eingeräumt,

daß jeder vom Hauptverband abgeschlossene Vertrag der Zustimmung der in Betracht kommenden Versicherungsträger beziehungsweise des Verbandes der Meisterkrankenkassen bedarf. Hinsichtlich der Meisterkrankenversicherung bestimmt § 480 Abs. 1 Z. 9 ergänzend, daß in dieser Versicherung der Abschluß von Gesamtverträgen oder von Ergänzungsvereinbarungen auch dem Verband der Meisterkrankenkassen übertragen werden kann. Auf der Seite der Ärzteschaft tritt als Partner beim Abschluß der Gesamtverträge die örtlich zuständige Ärztekammer oder mit deren Zustimmung die Österreichische Ärztekammer auf.

Wie dies schon im § 70 SV-ÜG. geschehen war, stellt das Gesetz Grundsätze für den wesentlichen Inhalt der Verträge auf. Diese Grundsätze müssen beim Abschluß der Verträge beachtet werden. Zunächst wird im § 341 Abs. 3 bestimmt, daß der Inhalt des Gesamtvertrages auch Inhalt des Einzelvertrages ist, der zwischen dem Träger der Krankenversicherung und dem Arzt abzuschließen sein wird, und daß dem Gesamtvertrag zuwiderlaufende Einzelvereinbarungen rechtsunwirksam sind. Im § 342 werden die durch die Gesamtverträge zu regelnden Gegenstände beispielsweise aufgezählt; vor allem wird der Grundsatz der freien Ärztwahl aus § 70 Abs. 1 lit. a SV-ÜG. übernommen. Einen wesentlichen Ausbau erfährt das gegenwärtige Recht hinsichtlich der Ansprüche der Ärzte und Zahntechniker auf Vergütung der Behandlung. Das derzeit geltende Recht gibt den Vertragspartnern diesbezüglich freien Spielraum. Die Vorlage schränkt diese Vertragsfreiheit ein, indem sie vorsieht, daß die Vergütung grundsätzlich nach Einzelleistungen zu bemessen und für die Gesamtausgaben des Versicherungsträgers eine Höchstgrenze zu vereinbaren ist. Das derzeit in den meisten Verträgen vereinbarte System der pauschalierten Vergütung nach Behandlungsfällen (sogenanntes Fallpauschale) hatte wohl in der praktischen Anwendung den Vorteil größerer Einfachheit, war aber im höchsten Grade ungerecht, weil für einen Behandlungsfall mit einer einzigen ärztlichen Leistung gleich viel gezahlt wurde, wie für einen Behandlungsfall, der eine intensive und länger dauernde ärztliche Behandlung mit zahlreichen Ordinationen und Hausbesuchen erforderte. Dieses Entlohnungssystem nahm den Ärzten begreiflicherweise jeden Anreiz, die Behandlung eines Falles, soweit überhaupt medizinisch die Möglichkeit dafür gegeben ist, selbst bis zur Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten durchzuführen. Nur die Vergütung nach Einzelleistungen gibt dem Behandler Gewähr dafür, daß seine Leistung im Einzel-

fall gebührend vergütet wird. Aber auch vom Standpunkt des Versicherten muß diese Form der Vergütung als die einzig richtige bezeichnet werden, weil er bei dieser Art der Vergütung mit einer ausreichenden und individuellen Betreuung rechnen darf. Der mit dem System der Vergütung nach Einzelleistungen für die Versicherungsträger verbundenen Gefahr des Ansteigens des Aufwandes auf ein nicht mehr erträgliches Ausmaß soll dadurch begegnet werden, daß für die Gesamtausgaben des Versicherungsträgers eine Höchstgrenze vereinbart wird. Hierbei ist die Leistungsfähigkeit des einzelnen Versicherungsträgers, die sich am besten in der Summe der Beitragsgrundlagen widerspiegelt, entsprechend zu berücksichtigen, damit auch die Befriedigung der sonstigen Leistungsansprüche, insbesondere auch der Ansprüche auf die Geldleistungen und die Ansammlung einer ausreichenden Rücklage für unvorhergesehene Ausgabensteigerungen sichergestellt wird.

Das Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz hat keine nähere Regelung hinsichtlich der Aufnahme der Ärzte in ein Vertragsverhältnis und der Auflösung des Vertragsverhältnisses getroffen, sondern in dieser Hinsicht den Verträgen völlig freien Spielraum gelassen. Dies wurde als ein gewisser Mangel empfunden, der durch die Bestimmungen des § 343 der Vorlage beseitigt werden soll. Im § 343 Abs. 1 werden die Träger der Krankenversicherung verpflichtet, bei der Aufnahme der Ärzte in das Vertragsverhältnis im Einvernehmen mit der zuständigen Ärztekammer vorzugehen. Es wird damit einer schon seit langem vertretenen Forderung der Ärzteschaft nach gesetzlicher Verankerung des Rechtes ihrer Interessenvertretungen, bei der Aufnahme der Ärzte in das Vertragsverhältnis mitzuwirken, Rechnung getragen. Im Abs. 2 werden die Gründe taxativ aufgezählt, die zu einem Erlöschen des Vertragsverhältnisses ohne vorherige Kündigung führen. Auch diese Bestimmung stellt ebenso wie die ergänzend hinzutretende Bestimmung des Abs. 3 über die Verpflichtung des Trägers der Krankenversicherung zur Auflösung des Vertragsverhältnisses mit einem Vertragsarzt einen bedeutsamen Ausbau des gegenwärtig geltenden Rechtes dar. Die Abs. 4 und 5 gewährleisten dem Vertragsarzt einen gewissen Schutz vor ungerechtfertigter oder vor unbegründeter vorzeitiger Auflösung des Vertrages. Die Bedingungen, die im Gesamtvertrag bezüglich der Auflösung des Vertrages zu vereinbaren sein werden, müssen für beide Vertragsteile gleich sein. Sie müssen mit den Bestimmungen des § 343, insbesondere auch des § 343 Abs. 5 über die Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist im Einklang stehen.

Die Entscheidung von Streitigkeiten aus dem Einzelvertrag soll — wie bisher — Schiedskommissionen überlassen bleiben, die im wesentlichen als Vertragseinrichtungen tätig werden sollen. Immerhin erweist sich ihre Verankerung im Gesetz selbst als zweckmäßig, umso mehr als durch die Schiedskommissionen die Zuständigkeit der Gerichte in den hier in Frage stehenden Streitfällen ausgeschlossen werden soll. Dies kann nur durch eine gesetzliche Bestimmung selbst geschehen.

Das Gesetz unternimmt es schließlich, die überaus knappen Bestimmungen des § 71 SV-ÜG. 1953 auch hinsichtlich der Entscheidung von Streitigkeiten aus dem Gesamtvertrag entsprechend auszubauen. Die paritätische Einigungskommission beziehungsweise die paritätische Obereinigungskommission soll im Gesetz selbst vorgesehen werden. Ihre Errichtung beim Amt der zuständigen Landesregierung beziehungsweise beim Bundesministerium für soziale Verwaltung bedeutet, daß diese Kommissionen in den Behördenaufbau eingegliedert werden. Ein Rechtszug in Gesamtstreitigkeiten an die Obereinigungskommission hat sich im Hinblick auf den hohen Streitwert, den solche Streitigkeiten haben können, als notwendig erwiesen.

Die Obereinigungskommission soll befugt sein, einen Gesamtvertrag, der aufgekündigt ist, für eine begrenzte Zeit zu verlängern. Damit soll die Voraussetzung geschaffen werden, daß die Vertragsparteien sich einigen und einen neuen Vertrag schließen. Die bisher vorgesehene Dreimonats-Frist hat sich als zu kurz erwiesen; sie ist daher auf sechs Monate verlängert worden. Im übrigen werden eine Reihe von bisher nicht einheitlich ausgelegten Bestimmungen eindeutiger gefaßt. So wird zum Beispiel ausgesprochen, daß die Sechsmonats-Frist vom Tag der Entscheidung zählt, weiters, daß der Antrag auf Verlängerung des aufgekündigten Vertrages vor Ablauf der Wirksamkeit des Gesamtvertrages gestellt werden muß; andernfalls würde ja eine rückwirkende Inkraftsetzung des außer Kraft getretenen Gesamtvertrages zur Rechtsunsicherheit führen. Die Vertragspartner werden daher den Antrag an die Obereinigungskommission vor Ablauf des aufgekündigten Gesamtvertrages stellen müssen; in diesem Falle soll allerdings der aufgekündigte Gesamtvertrag bis zur Entscheidung der Obereinigungskommission vorläufig in Kraft bleiben. Daß mit Ablauf der Geltungsdauer eines durch die Obereinigungskommission verlängerten Gesamtvertrages auch die in Betracht kommenden Einzelverträge erlöschen, war bisher in den

Verträgen vorgesehen. Eine gesetzliche Bestimmung erweist sich als notwendig, da es fraglich ist, inwieweit eine diesbezügliche Vertragsbestimmung gegenüber den Einzelverträgen wirksam werden kann.

Während der oben besprochene Abschnitt II zunächst ausschließlich die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung und ihrer Verbände zu den Ärzten regelt, enthält der folgende Abschnitt III Bestimmungen über die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung und ihrer Verbände zu anderen Vertragspartnern als Ärzten, wie zum Beispiel zu Dentisten, Apothekern, Optikern, Orthopädiemechanikern. Hierbei werden auf die Gesamtverträge hinsichtlich aller dieser Berufe die Bestimmungen des § 341 sinngemäß mit der Maßgabe anzuwenden sein, daß an die Stelle der Ärztekammern die zuständigen öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen der genannten Berufsgruppen treten. Es wird daher der Abschluß der Gesamtverträge auch bei diesen Berufen — ebenso wie bei den Ärzten — Sache des Hauptverbandes sein, wobei allerdings jeder Vertrag wieder der Zustimmung der in Betracht kommenden Versicherungsträger (Verband der Meisterkrankenkassen) bedürfen wird. Mit anderen Vertragspartnern als Ärzten, Dentisten und Krankenanstalten wird der Abschluß von Gesamtverträgen jedoch nicht — so wie bei den Ärzten und Dentisten — zwingend vorgeschrieben; sie können abgeschlossen werden, sofern sich dies als zweckmäßig erweist. Hinsichtlich der Krankenanstalten ist der Abschluß von Gesamtverträgen in der Vorlage nicht vorgesehen; die Beziehungen zu den Krankenanstalten werden vielmehr durch Einzelverträge, die mit den Rechtsträgern der in Betracht kommenden Krankenanstalten abzuschließen sein werden, zu regeln sein.

Hinsichtlich der Beziehungen zu den Apothekern beziehungsweise zu den Hausapotheken führenden Ärzten enthält die Vorlage im § 350 die Anordnung, unter welchen Voraussetzungen die Abgabe von Heilmitteln für Rechnung der Krankenversicherungsträger zulässig ist. Diese Bestimmung erweist sich als notwendig, um eine einwandfreie Rechtsgrundlage hierfür zu schaffen.

Im Verhältnis zu den Dentisten, Hebammen und Apothekern sollen gleichfalls im Gesetz selbst Instanzen zur Entscheidung von Streitigkeiten aus dem Einzelvertrag oder aus dem Gesamtvertrag vorgesehen werden. Bisher wurden diese Einrichtungen für die Hebammen und Apotheker in den abgeschlossenen Gesamtverträgen vereinbart. Es ist jedoch zweckmäßig, die paritätischen Einigungskommissionen und die paritätische Ober-

einigungskommission auch für diese Vertragspartner durch eine gesetzliche Bestimmung für zuständig zu erklären, wobei selbstverständlich die sonst von den Ärztekammern zu berufenden Beisitzer, auf Vorschlag der in Betracht kommenden öffentlich-rechtlichen Interessenvertretung zu bestellen sind.

Zum Siebenten Teil.

Verfahren.

I. Allgemeines.

Vor Erläuterung der einzelnen Bestimmungen dieses Teiles seien im folgenden einige grundsätzliche Fragen erörtert.

1. Das Verfahren vor den Versicherungsträgern und das allgemeine Verwaltungsverfahrensgesetz.

Das Verfahren in der Sozialversicherung war im früheren österreichischen Recht (siehe insbesondere GSVG., BGBl. Nr. 1/1938) in das Verfahren in Leistungssachen und das Verfahren in Verwaltungssachen gegliedert, es war ferner geschieden in das Verfahren vor den Versicherungsträgern und das Verfahren vor den Behörden (Verwaltungsbehörden, Schiedsgerichten). Den Versicherungsträgern oblag insbesondere die Erfassung der Versicherten durch Entgegennahme der Meldungen oder durch amtswegige Einbeziehung in die Versicherung, die Einhebung der Beiträge und die Zuerkennung der Leistungen. Zur Durchführung dieser Aufgaben war den Versicherungsträgern vom Gesetzgeber Bescheidrecht gegenüber den Personen verliehen, zu denen sie das Gesetz in rechtlicher Beziehung setzte oder die nach den Vorschriften des Gesetzes zu ihnen in rechtlicher Beziehung treten konnten, wie Pflichtversicherte, deren Dienstgeber, für die Beitragszahlung haftende Drittpersonen, freiwillig Versicherte und Personen, die aus einem Versicherungsverhältnis Ansprüche ableiten oder Leistungen beziehen. Ein solcher Bescheid stellte sich als rechtsfeststellende Verständigung über ein sich aus einem bestimmten Tatbestand nach den Sozialversicherungsvorschriften ergebendes Rechtsverhältnis dar und hatte für die an diesem Rechtsverhältnis Beteiligten bindende Wirkung, wenn er unangefochten blieb. Der Bescheid formalisierte also das konkrete Rechtsverhältnis so, daß die getroffene Rechtsfeststellung so lange maßgebend blieb, bis sie durch den über deren Anfechtung erlassenen Bescheid der Verwaltungsbehörde oder des Schiedsgerichtes oder durch einen anderen auf Grund einer maßgebenden Änderung des Tatbestandes er-

gangenen Bescheid des Versicherungsträgers ersetzt wurde (siehe Kerber „Die gewerbliche Sozialversicherung“, Verlag der Österreichischen Staatsdruckerei, Wien 1936, S. 214).

Für das dem Bescheid des Versicherungsträgers vorangehende Verfahren und den Bescheid des Versicherungsträgers selbst galten kraft Gesetzes gewisse Bestimmungen des AVG., jedoch insbesondere nicht die Bestimmungen des letzterwähnten Gesetzes über das Ermittlungsverfahren. Dies deswegen nicht, weil es praktisch bei dem Massenbetrieb der Versicherungsträger einfach unmöglich wäre, und eine vollkommene Stilllegung der ihnen obliegenden Aufgaben herbeiführen würde, wenn die Versicherungsträger verhalten würden, ein Ermittlungsverfahren nach den strengen Grundsätzen des AVG. durchzuführen. Die trotzdem durch den Bescheid des Versicherungsträgers in bestimmten Formen erfolgende Formalisierung des Rechtsverhältnisses hatte die große praktische Bedeutung, daß sie auf diese Weise rasch erfolgen konnte und damit zunächst eine vorläufige eindeutige Grundlage für die Durchführung der Versicherung geschaffen wurde, die mangels Anfechtung für den Versicherungsträger und die mit Bescheid beteiligten Personen sodann endgültige Wirkung erhielt.

War eine der Parteien, die an dem durch den Bescheid festgestellten Rechtsverhältnis beteiligt war, mit dem Bescheid des Versicherungsträgers nicht einverstanden, so hatte sie die Möglichkeit, den Bescheid, je nachdem es sich um eine Verwaltungssache oder eine Leistungssache handelte, bei der Verwaltungsbehörde oder bei dem Schiedsgericht anzufechten. In diesem Stadium setzte erst dann ein geregeltes Ermittlungsverfahren nach den Vorschriften, die für die zur Entscheidung des Streitiges berufenen Stelle galten, ein; in diesem Verfahren kam auch dem Versicherungsträger nur mehr Parteistellung zu.

Auch das Verfahrensrecht der RVO. unterscheidet zwischen dem Verfahren in Leistungssachen, dort Spruchverfahren genannt, und dem Verfahren in Verwaltungssachen, dort als Beschlußverfahren bezeichnet. Es sind auch im großen und ganzen die gleichen Angelegenheiten einerseits dem Spruchverfahren und andererseits dem Beschlußverfahren zugewiesen, wie im früheren österreichischen Sozialversicherungsrecht dem Verfahren in Leistungssachen und dem in Verwaltungssachen. Spruch- und Beschlußverfahren beginnen jedoch erst vor der Behörde. Das Verfahren vor den Versicherungsträgern ist in der RVO. sehr dürftig geregelt. So enthält die RVO. überhaupt keine Regelung für das Verfahren vor den Versicherungsträgern in

Beschlußsachen. Sie kennt wohl Entscheidungen der Versicherungsträger in Beschlußsachen, die jedoch an keine bestimmte Form gebunden und auch nicht fähig sind, Rechtskraft zu erlangen. In einer Angelegenheit, in der ein Versicherungsträger eine solche Entscheidung erlassen hatte, kann jederzeit ein Streit bei der Verwaltungsbehörde anhängig gemacht werden. Das gleiche gilt für Leistungssachen in der Krankenversicherung. Lediglich das von den Versicherungsträgern durchzuführende Feststellungsverfahren für Leistungen der Unfallversicherung und Pensionsversicherung ist in der RVO. ausführlicher geregelt und vorgesehen, daß der Versicherungsträger einen der Rechtskraft fähigen Bescheid erläßt.

Wir sehen also auch in den reichsrechtlichen Vorschriften die Tendenz, die Versicherungsträger möglichst nicht einem streng geregelten Verfahren zu unterwerfen.

Die im vorstehenden besprochene Regelung des GSVG. hinsichtlich der Anwendung von Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes auf das Verfahren vor den Versicherungsträgern beruhte auf langjährigen Erfahrungen, die bei der Durchführung der Sozialversicherungsvorschriften gewonnen worden sind. Es erschien daher begründet, hinsichtlich der Anwendung von Bestimmungen des AVG. 1950 auf das Verfahren vor den Versicherungsträgern im wesentlichen die Regelung des GSVG. zu übernehmen. Hiebei war auch der Regelung des GSVG. in der Hinsicht zu folgen, daß im ASVG. nur angeführt wird, welche Paragraphen des AVG. 1950 entsprechend anzuwenden sind. Es war also zu vermeiden, den Wortlaut dieser Bestimmungen in das ASVG. einzubauen. Die Änderungen des Wortlautes des AVG. 1950, die sich hiebei als erforderlich erweisen würden, brächten nämlich die Gefahr mit sich, daß die zu den bezüglichen Bestimmungen des AVG. 1950 vorhandene reiche Judikatur nicht auch ohne weiteres als für das Verfahren vor den Versicherungsträgern maßgebend anzuerkennen wäre. Dies aber wäre ein großer Nachteil.

2. Das Verfahren vor den zur Entscheidung von Streitigkeiten berufenen Behörden.

Zur Entscheidung von Streitigkeiten in Verwaltungssachen werden im Entwurf wie bisher die Landeshauptleute und das Bundesministerium für soziale Verwaltung berufen. Zur Entscheidung von Streitigkeiten in Leistungssachen waren im früheren österreichischen Recht und sind auch unter der Geltung des SV-ÜG. Schiedsgerichte berufen. Für die Einheitlichkeit der Rechtsprechung

der Schiedsgerichte, gegen deren Erkenntnisse kein Rechtsmittel zugelassen war, sorgte die Einrichtung, daß Erkenntnisse der Schiedsgerichte vom Verwaltungsgerichtshof auf Antrag des Bundesministeriums für soziale Verwaltung, seit Inkrafttreten des SV-ÜG. auch des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, auf die richtige Anwendung des Gesetzes überprüft wurden. Die bezügliche Bestimmung des SV-ÜG. (§ 111) hat jedoch der Verfassungsgerichtshof mit Erkenntnis vom 15. Juni 1953, G 3/53-8, mit Wirkung vom 15. Juni 1954 als verfassungswidrig aufgehoben. Seither fehlt es an einer Vorsorge für eine einheitliche Rechtsprechung in Leistungssachen der Sozialversicherung.

Die Vorlage hält daran fest, daß über Leistungsstreitigkeiten Schiedsgerichte entscheiden sollen, da diese Einrichtung der Schiedsgerichte eingelebt ist und sowohl bei den Versicherten wie auch bei den Versicherungsträgern großes Vertrauen genießt.

Es mußte jedoch dem Umstand Rechnung getragen werden, daß der Verfassungsgerichtshof in dem obenangeführten Erkenntnis die Schiedsgerichte als Gerichte erklärt hat und daß es dem in der Verfassung verankerten Gedanken der Trennung der Justiz von der Verwaltung widersprechen würde, wenn das als Gericht anzusehende Schiedsgericht im Instanzenzug über ein Rechtsmittel gegen den Bescheid eines Versicherungsträgers, der bei Ausübung der Bescheidbefugnis wie eine Verwaltungsbehörde fungiert (vergleiche Erk. VGH., Jg. 1934, der Sammlung der Erkenntnisse des VGH. Nr. 17960), entscheiden würde.

Die Vorlage sieht daher vor, daß der Anspruchswerber, wenn er sich mit dem Inhalt des Bescheides des Versicherungsträgers, also mit der Ablehnung seines Leistungsantrages oder mit der Bemessung der ihm in Erledigung seines Antrages zuerkannten Leistung nicht zufrieden gibt, eine Klage beim Schiedsgericht einbringen kann. Mit der Einbringung der Klage tritt aber nach der Regelung der Vorlage der Bescheid des Versicherungsträgers außer Kraft. Der Versicherungsträger hat jedoch bis zur rechtskräftigen Beendigung des gerichtlichen Verfahrens eine Leistung insoweit zu gewähren, als nach dem außer Kraft getretenen Bescheid eine Leistungspflicht anerkannt ist.

Auf diese Weise wird die Entscheidung des Versicherungsträgers mit der Einbringung der Klage unwirksam und das Schiedsgericht entscheidet über die Klage in erster Instanz. Damit ist aber dem Grundsatz der Trennung der Gewalten nach Schrifttum und Rechtsprechung Rechnung getragen.

Im übrigen wird die Einrichtung der Schiedsgerichte und das von ihnen zu beobachtende

Verfahren im wesentlichen konform mit dem geltenden Recht geregelt. Jedoch wird dem jetzt seit Wirksamwerden der Aufhebung des § 111 SV-ÜG. bestehenden Mangel einer Vorsorge für eine einheitliche Rechtsprechung in Leistungssachen der Sozialversicherung Rechnung getragen. Es wird nämlich als zweite Instanz über den Schiedsgerichten das Oberlandesgericht Wien berufen, an das in gewissen wichtigeren Fällen die Parteien, also sowohl die Versicherten wie auch die Versicherungsträger, Berufung bzw. Rekurs einlegen können.

Eine weitere Vorsorge für die Einheitlichkeit der Rechtsprechung besteht darin, daß das Oberlandesgericht auf Verlangen des Justizministeriums, wenn in derselben grundsätzlichen Frage abweichende Entscheidungen der Schiedsgerichte oder des Oberlandesgerichtes vorliegen, ein Gutachten zu erstatten hat.

II. Besonderer Teil.

Zum Abschnitt I (§§ 352 bis 360): Allgemeine Bestimmungen.

Zu § 352:

Die Bestimmungen des vorliegenden Siebenten Teiles der Vorlage können auf das Verfahren zur Durchführung der Bestimmungen dieses Gesetzes nicht ausnahmslos angewendet werden. Vor allem kommen sie dann nicht zur Anwendung, wenn die Durchführung der Gesetzesbestimmungen im Wege des Abschlusses privatrechtlicher Verträge erfolgt (Z. 1), wie dies hinsichtlich der Versorgung der Versicherten und ihrer Angehörigen mit den gesetzlich und satzungsmäßig vorgesehenen Sachleistungen (vergleiche § 164), und hinsichtlich der personellen Vorsorge für die Erledigung der Bürogeschäfte der Fall ist (§ 420). Die Anwendung der Verfahrensbestimmungen des Siebenten Teiles ist auch ausgeschlossen bei Angelegenheiten, zu deren Entscheidung im Streitfall schon in erster Instanz die ordentlichen Gerichte zuständig sind, wie zum Beispiel nach § 348 für Streitigkeiten aus Abschnitt IV des Fünften Teiles, betreffend Schadensersatz und Haftung. Die vorliegenden Verfahrensbestimmungen sind ferner nicht anzuwenden, wenn in anderen Teilen der Vorlage besondere verfahrensrechtliche Regelungen getroffen sind (Z. 2), so zum Beispiel für die Durchführung der vorgeschriebenen Meldungen (§§ 33 bis 41) oder für die Eintreibung der Beiträge (§ 64). Jedenfalls bleibt auch die Anwendung der Bestimmungen des Siebenten Teiles für die Behandlung von Angelegenheiten der Bundesbeiträge (§ 80) und der Kostenersätze des Bundes (§ 160) außer Betracht

(Z. 3). Endlich werden diese Bestimmungen auch nicht angewendet, wenn die in anderen Teilen der Vorlage vorgesehenen Straf-, Aufsichts-, Entscheidungs- oder Genehmigungszustimmungs)befugnisse von den dort hiezu berufenen Behörden ausgeübt werden (Z. 4); in diesen Fällen gelten die Verfahrensvorschriften, nach denen diese Behörden auch sonst vorzugehen haben.

Mit diesen Einschränkungen sollen die Verfahrensvorschriften des vorliegenden Siebenten Teiles auch bei Durchführung der Bestimmungen über die zusätzliche Pensionsversicherung von Bediensteten der österreichischen Bundesbahnen sowie von Bediensteten von Privatbahnunternehmungen gelten.

Zu § 353:

Die Gliederung der Regelung in Vorschriften für das Verfahren in Leistungssachen und in Vorschriften für das Verfahren in Verwaltungssachen ergibt sich aus dem wesentlich verschiedenen Charakter der Leistungs- und Verwaltungssachen, der in weiterer Folge auch dazu führt, daß zur Entscheidung von Streitigkeiten in Verwaltungssachen die Behörden der allgemeinen staatlichen Verwaltung, zur Entscheidung von Streitigkeiten in Leistungssachen hingegen die Schiedsgerichte der Sozialversicherung und das Oberlandesgericht Wien berufen werden.

Zu § 354:

In diesem Paragraph werden taxativ die Angelegenheiten aufgezählt, die als Leistungssachen gelten. Hierbei werden in Z. 1 die Fragen der Versicherungszugehörigkeit, der Versicherungszuständigkeit, der Leistungszugehörigkeit und der Leistungszuständigkeit aus den Leistungssachen ausgeschieden. Diese Fragen, soweit sie bei Feststellung des Bestandes, des Umfangs oder des Ruhens eines Anspruches auf eine Versicherungsleistung oder im Leistungsstreitverfahren auftauchen, sind nicht als Leistungssachen anzusehen. Über diese Fragen hat nach § 413 Abs. 1 Z. 2 unter Ausschluß eines Bescheidrechtes der Versicherungsträger der Landeshauptmann zu entscheiden. Soweit sie aber erst im Leistungsstreitverfahren erster oder zweiter Instanz auftauchen, darf nach § 413 Abs. 4 über diese Fragen als Vorfragen nicht entschieden werden; es muß vielmehr in diesem Falle die Einleitung des Verfahrens zur Entscheidung dieser Vorfragen beim Landeshauptmann beantragt werden und das Leistungsstreitverfahren ausgesetzt beziehungsweise unterbrochen werden. Diese Regelung wurde gewählt, weil, soweit die Fragen der Versicherungszugehörigkeit oder Ver-

sicherungszuständigkeit unabhängig vom Leistungsfeststellungsverfahren oder vom Leistungstreitverfahren bei Durchführung der Versicherung auftauchen, also etwa im Hinblick auf die Beitragsleistung sie ohne Zweifel Verwaltungssachen darstellen, in der Kranken- und Unfallversicherung aber damit gleichzeitig auch geklärt ist, welcher Versicherungsträger zu leisten hat, also leistungszuständig ist und in der Pensionsversicherung die Leistungszugehörigkeit und Leistungszuständigkeit ihrerseits wieder von der Versicherungszuständigkeit und Versicherungszugehörigkeit in dem ganzen anrechenbaren in der Leistung zu berücksichtigenden Versicherungsverlauf nach den Vorschriften der §§ 245 und 246 abhängt. Mit dieser Regelung soll also die Zuständigkeit verschiedener Behörden zur Entscheidung derselben Frage ausgeschlossen werden. Dagegen, daß durch die Unterbrechung des Leistungsfeststellungsverfahrens oder des Leistungstreitverfahrens zwecks Entscheidung der bezeichneten Vorfrage eine Verzögerung in der Leistungsgewährung eintritt, ist durch § 413 Abs. 5 vorgesorgt. Schließlich sei bemerkt, daß diese Regelung ihr Vorbild in der einschlägigen Regelung des GSVG. 1938 hat (vgl. § 132 c des angeführten Gesetzes).

In Z. 3 werden die Streitigkeiten über Ersatzansprüche der Fürsorgeträger gemäß Abschnitt II des Fünften Teiles den Leistungssachen wegen des engen Zusammenhanges, in dem die Ersatzansprüche der Fürsorgeträger mit den Leistungsansprüchen stehen (vgl. § 98 und die §§ 323 bis 330), zugewiesen.

Zu § 355:

Die Umschreibung der Verwaltungssachen in diesem Paragraph geht davon aus, daß alle Angelegenheiten, für welche die verfahrensrechtlichen Bestimmungen dieses Teiles gelten und die nicht Leistungssachen sind, als Verwaltungssachen anzusehen sind. Die Aufzählung von hieher gehörigen Angelegenheiten in den Z. 1 bis 6 ist nicht taxativ. Die Streitigkeiten zwischen den Versicherungsträgern (Verbänden) aus der Durchführung des Gesetzes, insbesondere auch die Streitigkeiten aus gegenseitigen Ersatzansprüchen der Versicherungsträger (Z. 6) werden unter die Verwaltungssachen eingereiht. Was insbesondere die Ersatzstreitigkeiten zwischen Versicherungsträgern betrifft, handelt es sich dabei um Angelegenheiten, die sich besser zur Entscheidung im Verwaltungsverfahren gem. § 416 durch das Bundesministerium für soziale Verwaltung, das zugleich oberste Aufsichtsbehörde der Versicherungsträger ist, als zur Entscheidung durch die im Leistungstreitverfahren berufenen Stellen eignen. Allenfalls wäre die

Schaffung einer eigenen Schiedsinstanz für solche Streitigkeiten in Betracht gekommen; da jedoch besondere Vorteile sich hieraus nicht ergeben würden und die Schaffung neuer Behörden möglichst zu vermeiden ist, wurde davon abgesehen.

Zu § 356:

Die Berufung der ordentlichen Gerichte zur Entscheidung von Streitigkeiten aus den Bestimmungen des Gesetzes über Schadenersatz und Haftung (Abschnitt IV des Fünften Teiles) ergibt sich daraus, daß es sich bei diesen Vorschriften nur um Ergänzungen der Bestimmungen des ABGB. über Schadenersatz handelt, die jedenfalls als bürgerliche Rechtssachen anzusehen sind, zu deren Entscheidung die ordentlichen Gerichte berufen sind (§ 1 Jurisdiktionsnorm). Im übrigen wird die Zuständigkeit der ordentlichen Gerichte nicht berührt (siehe § 352 Z. 1).

Zu § 357:

Siehe hiezu die Ausführungen im Punkt 2 des allgemeinen Teiles der Bemerkungen zum vorliegenden Siebenten Teil der Vorlage. Aus den dort angeführten Gründen werden (so wie im GSVG. 1938) die Bestimmungen des AVG. 1950 über das Ermittlungsverfahren nicht als für die Versicherungsträger geltend angeführt. Auch sonst decken sich im allgemeinen die angeführten Paragraphen des AVG. 1950 mit den in § 127 Abs. 2 und § 130 Abs. 5 GSVG. 1938 angeführten Paragraphen des AVG., die im Verfahren vor den Versicherungsträgern anzuwenden waren. Darüber hinaus werden insbesondere die Vorschriften über Inhalt und Form der Bescheide mit Ausnahme der für die Versicherungsträger nicht in Betracht kommenden Bestimmungen des § 58 Abs. 3 und der Abs. 1 bis 3 des § 62 als anwendbar erklärt.

Zu § 358:

In der Frage der Einvernahme von Beteiligten (Parteien) und Auskunftspersonen erwies sich eine besondere von den einschlägigen Bestimmungen des AVG. 1950 abweichende Regelung als erforderlich, da den Versicherungsträgern eine Zwangsgewalt gegenüber den in Betracht kommenden Personen nicht zusteht.

Zu § 359:

Auch die Regelung des AVG. 1950 über die Kosten des Verfahrens mußte durch besondere, den Bedürfnissen der Sozialversicherung entsprechende Bestimmungen ersetzt werden.

108

Zu § 360:

Dieser Paragraph entspricht dem § 135 GSVG. 1938 und den §§ 115 und 116 RVO.

Bemerkt wird, daß unter den Verwaltungsbehörden auch die Gemeinden zu verstehen sind.

Zum Abschnitt II (§§ 361 bis 408): Verfahren in Leistungssachen.**Zu § 361:**

Die hier für die Einleitung des Verfahrens zur Feststellung von Leistungsansprüchen getroffene Regelung entspricht der Regelung des geltenden Rechtes (vergleiche §§ 1538, 1545 und 1613 Abs. 1 und 6 RVO.). Jedoch wurde das Alter, von dem an Minderjährige zur selbständigen Stellung eines Leistungsantrages berechtigt sind, entsprechend einem Antrage des Arbeiterkammertages vom vollendeten 16. auf das vollendete 14. Lebensjahr, mit dem Minderjährige vielfach schon im Berufsleben stehen, herabgesetzt.

Der Abs. 4 ist an die Stelle des § 350 des versendeten Entwurfes getreten. Dort war verfügt, daß Anbringen aller Art mit Wirkung für den zuständigen Versicherungsträger auch bei einem anderen Versicherungsträger oder bei einer Behörde der allgemeinen staatlichen Verwaltung eingebracht werden können und daß dann der Tag des Einlangens bei dieser Stelle als Tag der Einbringung bei dem zuständigen Versicherungsträger gilt. Sowohl der Hauptverband wie auch der Arbeiterkammertag und einzelne Ämter der Landesregierungen haben sich gegen diese Regelung als zu weitgehend ausgesprochen und wollen sie auf Leistungsanträge in Leistungssachen beschränkt haben und wünschen außerdem, daß im Gesetz selbst die rasche Weitergabe solcher nicht bei dem zuständigen Versicherungsträger eingebrachten Leistungsanträge angeordnet wird. Diesen Anregungen wurde Rechnung getragen und die nunmehr auf Anträge auf Leistungen in der Unfallversicherung und Pensionsversicherung beschränkte Regelung in den Abschnitt II (Verfahren in Leistungssachen), wohin sie nunmehr gehört, als Abs. 4 des § 361 übernommen.

Zu § 362:

Auch hinsichtlich der Behandlung von Rentenanträgen der Unfall- und Pensionsversicherung, die noch vor Ablauf eines Jahres nach Rechtskraft der Abweisung eines Antrages auf eine Verletztenrente oder auf eine Rente aus der Pensionsversicherung wegen geminderter Arbeitsfähigkeit oder nach Rechtskraft der Entziehung einer solchen Rente ohne

Nachweis einer Änderung der Unfallsfolgen beziehungsweise des Gesundheitszustandes wieder eingebracht werden, folgt die Regelung derjenigen des § 125 GSVG. 1938 und des § 1635 RVO. Die Regelung dient der Vereinfachung des Verfahrens.

Gegenüber dem versendeten Entwurf wurde auf Antrag einiger Stellen geändert, daß der Versicherungsträger verhalten wird, vor Zurückweisung des Antrages den Leistungswerber zur Beibringung einer Bescheinigung über die wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes aufzufordern.

Zu den §§ 363 bis 365:

Die Unfallsanzeige, die Erhebungen des Trägers der Unfallversicherung und die behördlichen Erhebungen von Arbeitsunfällen sind ebenfalls nach dem Vorbilde des bisher geltenden Rechtes geregelt (vergleiche §§ 1552 und 1553 Abs. 1 RVO; §§ 6 und 7 der Dritten Verordnung über Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten vom 16. Dezember 1936, DRGBl. I S. 1117 in der jetzt geltenden Fassung). Die Regelung entspricht auch im wesentlichen den einschlägigen Vorschriften des GSVG. 1938 (§§ 50 und 121), nur ist im Entwurf die Unfallsanzeige auch bei Berufskrankheiten vorgeschrieben.

Gegenüber dem versendeten Entwurf wurde über das in zahlreichen Äußerungen gestellte Verlangen die Meldefrist von drei auf fünf Tage erhöht, ferner entsprechend dem Antrag der Unfallversicherungsträger auch eine Meldepflicht der Ärzte für Berufskrankheiten vorgesehen.

Zu § 366:

Um den Versicherungsträgern die Möglichkeit zu geben, festzustellen, ob die für einen Leistungsanspruch geforderten gesundheitlichen Voraussetzungen gegeben sind, muß den Anspruchswerbern und den Anspruchsberechtigten die Verpflichtung auferlegt werden, sich einer vom Versicherungsträger angeordneten ärztlichen Untersuchung oder der Beobachtung in einer Krankenanstalt zu unterziehen. Auch eine Sanktion für den Fall der Nichteinhaltung dieser Verpflichtung war festzusetzen. Diese Sanktion wurde entsprechend mehreren Äußerungen gegenüber dem versendeten Entwurf dahin geändert, daß die Entscheidung über den Leistungsanspruch nicht auf die für den Säumigen ungünstigste Sachverhaltsfeststellung gegründet werden kann, sondern daß ihr der Sachverhalt, soweit er festgestellt wurde, zugrunde zu legen ist. Es soll also die Sanktion nur dahin gehen, daß der Versicherungsträger, ohne sich dem Vorwurf mangelhaften Verfahrens auszusetzen, von der

Ergänzung seiner Erhebungen durch die ärztliche Untersuchung des Anspruchswerbers oder Anspruchsberechtigten Abstand nehmen und auf Grund der sonstigen Erhebungen entscheiden kann.

Im versendeten Entwurf war noch nicht der Abs. 3 enthalten. Durch diesen Absatz, der nach gepflogenen Einvernehmen mit den Sektionen III und V des Bundesministeriums für soziale Verwaltung und den Trägern der Unfallversicherung in den Entwurf aufgenommen wurde, soll die bestehende Institution des Arbeitsinspektionsarztes auch weiterhin wie bisher der Aufgabe dienstbar gemacht werden können, eine einheitliche Beurteilung der Frage, ob eine Berufskrankheit vorliegt oder nicht, bei allen Unfallversicherungsträgern sicherzustellen.

Zu § 367:

Hinsichtlich der Verpflichtung des Versicherungsträgers bei Feststellung eines Leistungsanspruches oder bei einer sonstigen im Abs. 2 angeführten Verfügung über einen Leistungsanspruch einen Bescheid zu erteilen, wird zwischen den Leistungsansprüchen aus der Krankenversicherung und den Ansprüchen aus der Unfallversicherung auf den Leistungen der Krankenversicherung gleichartige Leistungen (das ist Unfallheilbehandlung, Familien-, Tag- oder Versehrtengeld und Gewährung von Hilfsmitteln sowie von Berufsfürsorge) einerseits und den übrigen Leistungsansprüchen der Unfallversicherung und den Leistungsansprüchen der Pensionsversicherung andererseits unterschieden. Hinsichtlich der ersten Gruppe von Leistungsansprüchen, bei denen es sich durchwegs um kurzfristige im Leben der Versicherten des öfteren entstehende Leistungsansprüche handelt, soll ein Bescheid nur erteilt werden, wenn entweder ohne Einwilligung des Erkrankten (Versehrten) eine Anstaltspflege oder Wiederaufnahme der Heilbehandlung angeordnet wird oder eine Leistung ganz oder teilweise abgelehnt, entzogen, zum Ruhen gebracht oder deren Rückersatz auferlegt wird. Für diese durchwegs kurzfristigen Leistungsansprüche dem Versicherungsträger eine unbedingte Bescheidspflicht aufzuerlegen, würde eine nicht zu bewältigende Verwaltungsarbeit herbeiführen. Dagegen muß wie schon im früheren österreichischen Recht und auch nach dem zuletzt als vorläufiges österreichisches Recht in Geltung gestandenen Reichsrecht bei den langfristigen Leistungsansprüchen der Unfallversicherung und auch bei den Leistungsansprüchen der Pensionsversicherung, die ebenfalls langfristigen Charakters sind, jedenfalls ein Bescheid erteilt werden.

Zu § 368:

Im Interesse der Versicherten werden im Abs. 1 die Versicherungsträger, so wie im früheren österreichischen Recht (vergleiche § 127 Abs. 3 GSVG: 1938) und entsprechend dem Vorbild des § 73 Abs. 1 AVG. 1950, gehalten, die Bescheide über Leistungen binnen einer gewissen Zeit nach der Anspruchserhebung beziehungsweise in der Unfallversicherung nach Erstattung der Unfallsanzeige zu erlassen. Bei der Feststellung der Fristen mußte auf die Verzögerungen im Feststellungsverfahren, die durch die Verluste von Unterlagen über den Versicherungsverlauf in der Kriegs- und ersten Nachkriegszeit häufig herbeigeführt werden, Bedacht genommen werden.

Nach Abs. 2 wird der Versicherungsträger, wenn er die nach Abs. 1 in Betracht kommende Frist zur Bescheiderteilung nicht einhalten kann, weil die erforderlichen Erhebungen nicht abgeschlossen sind, verhalten, die Leistung zu bevorschussen, wenn seine Leistungspflicht dem Grunde nach feststeht. Wird sodann der Bescheid bis zum Ablauf von neun Monaten nach der Antragstellung beziehungsweise nach dem Einlangen der Unfallsanzeige nicht erlassen, so kann der Anspruchswerber nach § 383 Abs. 2 den Leistungsanspruch durch Klage beim Schiedsgericht geltend machen (siehe dort).

Zu § 369:

Der § 369 regelt das Verfahren über Ersatzansprüche der Fürsorgeträger und Gemeinden gemäß Abschnitt II des Fünften Teiles. Es wird festgestellt, daß es in diesem Verfahren ein Bescheidrecht der Versicherungsträger nicht gibt. In diesen Fällen besteht nämlich ein Bedürfnis nach rascher vorläufiger Formalisierung der gegenständlichen Rechtsbeziehung nicht. Es wird also in Form eines Schriftenwechsels zunächst der beiderseitige Rechtsstandpunkt klargestellt werden. Führt dieser Schriftenwechsel nicht zu einem für den Fürsorgeträger befriedigenden Ergebnis oder nimmt der Versicherungsträger nicht binnen sechs Monaten nach Geltendmachung des Ersatzanspruches schriftlich zu der Ersatzforderung Stellung, so hat der Fürsorgeträger nach § 383 Abs. 4 die Möglichkeit, binnen einem Monat nach Zustellung der Mitteilung über die Ablehnung des Ersatzanspruches beziehungsweise nach Ablauf der sechsmonatigen Frist Klage auf Anerkennung des Ersatzanspruches beim Schiedsgericht einzubringen.

Zu den §§ 370 bis 399:

Die Bestimmungen dieser Paragraphen, die das den Schiedsgerichten der Sozialversicherung übertragene Leistungsstreitverfahren erster In-

stanz regeln, decken sich in vielen Punkten mit den einschlägigen Bestimmungen des Sozialversicherungs-Überleitungsgesetzes 1953 und der hiezu erlassenen Schiedsgerichtsverordnung, BGBl. Nr. 18/1948. In den folgenden Bemerkungen werden daher nur die Abweichungen von der geltenden Regelung erläutert.

Zu § 370:

Die Absätze 1 und 2 übernehmen, abgesehen von einigen terminologischen Änderungen, die Regelung des § 94 Abs. 1 SV-ÜG. 1953.

Abs. 3 regelt die Bezeichnung der Schiedsgerichte. Er folgt hiebei der Bestimmung des § 1 der Schiedsgerichtsverordnung. Zur Klarstellung wurde jedoch nach dem Wort „für“ der Hinweis: „(folgt der Name des Landes)“, und nach dem Wort „in“ der Hinweis: „(folgt der Name der Stadt, in der das Schiedsgericht seinen Sitz hat)“ aufgenommen.

Zu § 371:

Hier werden die Streitigkeiten aufgezählt, zu deren Entscheidung die Schiedsgerichte in erster Instanz ausschließlich zuständig sind. Hiezu gehören die Streitigkeiten über alle im § 354 aufgezählten Leistungssachen, somit außer den Streitigkeiten über den Bestand, den Umfang und das Ruhen eines Anspruches auf eine Versicherungsleistung (§ 354 Z. 1) auch die Streitigkeiten über die Verpflichtung zum Rückerersatz einer zu Unrecht empfangenen Versicherungsleistung (§ 354 Z. 2) und über Ersatzansprüche der Fürsorgeträger gemäß Abschnitt II des Fünften Teiles (§ 354 Z. 3).

Überdies gehört zur Zuständigkeit der Schiedsgerichte die Entscheidung über Streitigkeiten in Verfahrenskostensachen nach § 359 Abs. 2 und 4. Bei § 359 Abs. 2 handelt es sich um den Kostenersatzanspruch der dort genannten Personen gegen den Versicherungsträger, bei § 359 Abs. 4 um die Verpflichtung einer Partei zum Kostenersatz an den Versicherungsträger.

Zu § 372:

Für die örtliche Zuständigkeit des Schiedsgerichtes ist der Wohnsitz (Sitz), in Ermangelung eines solchen der Aufenthaltsort des Klägers im Inland maßgebend. Falls der Kläger im Inland weder einen Wohnsitz (Sitz) noch einen Aufenthaltsort hat, ist das Schiedsgericht der Sozialversicherung für Wien zuständig. Ob ein Wohnsitz, Sitz oder Aufenthaltsort im Inland gegeben ist, ist nach den hiefür in Betracht kommenden Bestimmungen der Jurisdiktionsnorm (§§ 66 ff.) zu beurteilen.

Aus der Bestimmung des Abs. 2 ergibt sich, daß grundsätzlich das bei Einleitung des Verfahrens zuständige Gericht bis zu dessen Beendigung zuständig bleibt. Ein Wechsel in der Zuständigkeit tritt nur in den Fällen ein, in denen sich die Zuständigkeit nach dem Wohnsitz richtet und dieser während der Anhängigkeit des Verfahrens verlegt wird. Der Wechsel des Aufenthaltsortes des Klägers hat daher auf die Zuständigkeit des Schiedsgerichtes keinen Einfluß. Er kann jedoch allenfalls Anlaß zur Delegation eines anderen Schiedsgerichtes auf Grund der Bestimmung des § 375 Abs. 2 geben.

Zu § 373:

Die vor die Schiedsgerichte gehörigen Streitigkeiten können in erster Instanz weder vor die ordentlichen Gerichte noch vor die Arbeitsgerichte, die vor die ordentlichen Gerichte oder vor die Arbeitsgerichte gehörigen Rechtsachen nicht vor die Schiedsgerichte der Sozialversicherung gebracht werden. Die Schiedsgerichte haben den Mangel ihrer Zuständigkeit in jeder Lage des Verfahrens bei sonstiger Nichtigkeit wahrzunehmen; bei mangelnder örtlicher Zuständigkeit haben sie nach § 374 Abs. 1 vorzugehen.

Zu § 374:

Im § 13 der Schiedsgerichtsverordnung war für den Fall, daß eine Klage, die von einem örtlich unzuständigen Schiedsgericht an das nach seiner Auffassung örtlich zuständige Schiedsgericht überwiesen worden war, verfügt worden, daß dieses nicht mehr seine Unzuständigkeit mit der Begründung aussprechen kann, daß das überweisende Schiedsgericht zuständig sei. Zur Vereinfachung und Abkürzung der Erledigung eines solchen negativen Kompetenzkonfliktes wird nunmehr im zweiten Satz des Abs. 1 bestimmt, daß das Schiedsgericht, an das die Klage überwiesen worden ist, sich nicht mehr örtlich unzuständig erklären kann. Damit ist auch die Bestimmung des zweiten Satzes des § 9 Abs. 2 der Schiedsgerichtsverordnung, wonach über einen verneinenden Zuständigkeitsstreit das Bundesministerium für soziale Verwaltung zu entscheiden hat, überflüssig geworden.

Zu § 375:

Die hier vorgesehene Einrichtung der Delegation eines anderen Schiedsgerichtes durch das Oberlandesgericht Wien soll für die Fälle vorsorgen, in denen ein Schiedsgericht infolge des Ausscheidens eines abgelehnten Mitgliedes beschlußunfähig geworden ist oder in denen aus Gründen der Prozeßökonomie die Behandlung der Streitsache durch ein anderes als das

örtlich zuständige Gericht zweckmäßiger erscheint.

Zu § 376:

Der erste Satz des Abs. 1 übernimmt, abgesehen von einigen terminologischen Änderungen, die Bestimmungen des § 96 Abs. 1 SV-ÜG. 1953. Da die Unterscheidung zwischen Beisitzern und Beisitzer-Stellvertretern keinen praktischen Wert hat, wurde die Bezeichnung „Beisitzer-Stellvertreter“ nicht mehr übernommen.

Der zweite Satz des Abs. 1 weicht von § 98 Abs. 2 SV-ÜG. 1953 insoweit ab, als nicht nur die Beisitzer, sondern auch die Vorsitzenden der Schiedsgerichte und deren Stellvertreter einem Verwaltungskörper eines Versicherungsträgers nicht als Mitglieder angehören dürfen.

Abs. 2 übernimmt die Regelung des § 96 Abs. 2 SV-ÜG. 1953 mit der Abweichung, daß der Vorsitzende und dessen Stellvertreter aus dem Kreise der bei einem Gericht am Sitze des Schiedsgerichtes ernannten Richter zu bestellen sind. Die Aufnahme dieser Einschränkung ermöglicht die Regelung, daß ein zum Vorsitzenden eines Schiedsgerichtes oder zu dessen Stellvertreter bestellter Richter im Falle seiner strafweisen Versetzung an einen anderen Dienstort seine Funktion beim Schiedsgericht verliert.

Im Abs. 3 wird die Berufung der Beisitzer den Landeshauptleuten übertragen, da diese als ortsnahe Stellen besser und schneller funktionieren werden als das Bundesministerium für soziale Verwaltung, das bisher nach § 96 Abs. 3 SV-ÜG. 1953 zur Berufung der Beisitzer zuständig war. Ferner werden die Landeshauptleute ermächtigt, für Dienstgebergruppen, für welche keine öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen vorhanden sind, Vorschläge allenfalls bestehender freier Interessenvertretungen dieser Gruppen einzuholen. Abs. 4 übernimmt die Bestimmungen des § 98 Abs. 1 SV-ÜG. 1953. In Übereinstimmung mit der im § 420 Abs. 2 getroffenen Regelung wurde jedoch die Altersgrenze von 30 auf 24 Jahre herabgesetzt.

Zu § 377:

Die Ablehnung der Berufung zum Beisitzer war bisher im § 3 der Schiedsgerichtsverordnung geregelt. Die dort angeführten Ablehnungsgründe haben sich jedoch in der Praxis als etwas zu eng erwiesen. Es sollen daher neben hohem Alter und die Amtsführung hindernden Gebrechen auch sonstige die ordnungsmäßige Ausübung des Amtes hindernde Umstände zur Ablehnung der Berufung berechtigen. Die Entscheidung über die Ablehnung (Nieder-

legung) ist in gleicher Weise wie die Berufung zum Beisitzer dem Landeshauptmann und nicht mehr dem Bundesministerium für soziale Verwaltung übertragen. Die Abs. 2 und 3 übernehmen die Vorschriften der §§ 4 und 5 der Schiedsgerichtsverordnung. Auch hier wird jedoch zur Enthebung eines Beisitzers und zur Bestellung eines neuen Beisitzers der Landeshauptmann und nicht das Bundesministerium für soziale Verwaltung berufen.

Zu § 378:

Die Bestimmungen des § 99 SV-ÜG. 1953 wurden im wesentlichen unverändert übernommen. Durch die Fassung des ersten Satzes des Abs. 1 soll schärfer zum Ausdruck gebracht werden, daß der Vorsitzende und seine Stellvertreter in dieser Funktion als Richter im Sinne des Bundes-Verfassungsgesetzes tätig sind. Im letzten Satz des Abs. 1 wird überdies bestimmt, wer den Vorsitzenden bei der Leitung und Einteilung der Geschäfte des Schiedsgerichtes zu vertreten hat.

Zu § 379:

Abs. 1 übernimmt unverändert die Vorschriften des § 6 der Schiedsgerichtsverordnung.

Die Abs. 2 und 3 übernehmen die Regelung des § 8 der Schiedsgerichtsverordnung mit den Änderungen, daß das zulässige Ausmaß der Ordnungsstrafe von 300 S auf 1000 S erhöht und die Zuständigkeit zur Entscheidung über Beschwerden gegen Verfügungen nach Abs. 2 dem Präsidenten des Oberlandesgerichtes Wien übertragen wird.

Abs. 4 bestimmt nunmehr ausdrücklich, daß zur Bewilligung der Urlaube der Beisitzer der ständige Vorsitzende zuständig ist.

Zu § 380:

Hier wird die Regelung des § 100 SV-ÜG. 1953 mit der Abweichung übernommen, daß über die Ablehnung eines Vorsitzenden oder eines seiner Stellvertreter immer der Präsident des Oberlandesgerichtes Wien zu entscheiden hat.

Zu § 381:

Zum Unterschied vom geltenden Recht (§ 95 SV-ÜG. 1953) haben die Schiedsgerichte — außer den im § 480 Abs. 1 Z. 10 vorgesehenen Abteilungen — nur zwei Abteilungen, und zwar eine land- und forstwirtschaftliche Abteilung und eine allgemeine Abteilung, zu errichten. Es wird ihnen aber freigestellt, im Bedarfsfall weitere Abteilungen, und zwar für die Dienstnehmer des Bergbaues und für Eisenbahnbedienstete, zu errichten.

Zu § 382:

Die Vorschriften dieses Paragraphen folgen, abgesehen von einigen terminologischen Änderungen, der Regelung des § 96 Abs. 4 und 5 SV-ÜG. 1953 und des § 2 der Schiedsgerichtsverordnung. So wie bisher muß der Senat aus dem ständigen Vorsitzenden oder einem seiner Stellvertreter und zwei Beisitzern bestehen, von denen der eine dem Kreise der Dienstnehmer, der andere dem Kreise der Dienstgeber angehören muß. Der Beisitzer aus dem Kreise der Dienstnehmer ist nach Tunlichkeit aus dem Kreise der für die Abteilung in Betracht kommenden Dienstnehmer auszuwählen. Durch die Einfügung der Worte „nach Tunlichkeit“ werden Streitigkeiten über die Auswahl des Beisitzers aus dem Kreise der Dienstnehmer vermieden werden können.

Zu § 383:

Nach einer vielfach vertretenen Ansicht kommt den Versicherungsträgern die Stellung von Verwaltungsbehörden zu. Da die österreichische Verfassung die Überprüfung von Bescheiden einer Verwaltungsbehörde durch eine instanzmäßige Gerichtsbarkeit nicht kennt, ist es nicht möglich, den Schiedsgerichten der Sozialversicherung die Überprüfung der Bescheide des Versicherungsträgers auf Grund eines dagegen erhobenen Rechtsmittels zu übertragen. Das Verfahren vor den Schiedsgerichten muß daher mittels Klage eingeleitet werden (Abs. 1).

Um zu verhüten, daß ein Versicherter in Leistungssachen nach § 354 Z. 1 und 2 sowie in Verfahrenskostensachen nach § 359 Abs. 2 und 4 die Entscheidung des Schiedsgerichtes anruft, bevor noch ein Verfahren vor dem Versicherungsträger eingeleitet oder das dort eingeleitete Verfahren abgeschlossen wurde, mußte in den Abs. 2, 3 und 5 bestimmt werden, daß in solchen Fällen die Klage nur zulässig ist, wenn der Versicherungsträger bereits einen Bescheid erlassen hat.

Eine Ausnahme von diesem Grundsatz besteht nur in Leistungssachen nach § 354 Z. 1. Hier kann nämlich eine Klage auch dann erhoben werden, wenn der Versicherungsträger innerhalb von neun Monaten nach Zustellung des Antrages auf Zuerkennung des Leistungsanspruches einen Bescheid nicht erlassen hat. Durch die Einführung dieser dem geltenden Recht fremden Säumnisklage wird ein wirksamer Schutz der Versicherten gegen Verzögerungen des Verfahrens vor dem Versicherungsträger geschaffen.

Klagen in Leistungssachen nach § 354 Z. 3 haben nach Abs. 4 zur Voraussetzung, daß der Versicherungsträger entweder den Ersatz-

anspruch des Fürsorgeträgers schriftlich abgelehnt oder es unterlassen hat, dem Fürsorgeträger innerhalb von sechs Monaten nach Anmeldung des Anspruches seine Stellungnahme schriftlich mitzuteilen.

Da es für den Versicherungsträger unbedingt notwendig ist, daß seine Pflichten und Rechte in Leistungssachen und in Verfahrenskostensachen möglichst rasch endgültig geklärt werden und diese rasche Klärung auch im Interesse der Kläger liegt, wurde das Klagerrecht befristet, und zwar in Leistungssachen nach § 354 Z. 3 mit einem Monat, in allen übrigen Fällen mit drei Monaten ab Entstehung des Klagerechtes.

Die Abs. 6 und 7 übernehmen, abgesehen von einigen terminologischen Änderungen, die Regelung des § 10 der Schiedsgerichtsverordnung unverändert.

Zu § 384:

Damit dem in der Verfassung festgelegten Grundsatz der Trennung der Justiz von der Verwaltung auf jeden Fall entsprochen wird, mußte festgesetzt werden, daß durch die rechtzeitige Einbringung der Klage der Bescheid des Versicherungsträgers im Umfang des Klagebegehrens außer Kraft tritt (Abs. 1).

Hat der außer Kraft getretene Bescheid einen früheren in der gleichen Leistungssache ergangenen Bescheid abgeändert, so würde mangels einer anderen gesetzlichen Regelung mit der Einbringung der Klage der frühere Bescheid des Versicherungsträgers wieder wirksam werden. Der Versicherungsträger wäre in einem solchen Fall verpflichtet, bis zur rechtskräftigen Beendigung des Leistungsstreitverfahrens die in dem früheren, nunmehr wieder wirksam gewordenen Bescheid festgestellte Leistung zu erbringen. Um dem Versicherungsträger das Recht, eine Leistung wegen wesentlicher Änderung der Verhältnisse neu festzusetzen, zu sichern, mußte daher im zweiten Halbsatz des Abs. 1 angeordnet werden, daß frühere Bescheide, insoweit sie durch den außer Kraft getretenen Bescheid abgeändert worden sind, nicht wieder wirksam werden.

Das durch die Einbringung der Klage bewirkte Außerkrafttreten des Bescheides (Abs. 1) hätte mangels einer anderen Regelung zur Folge, daß der Versicherungsträger nicht verpflichtet wäre, die in dem Bescheid zuerkannte Leistung während der Dauer des Leistungsstreitverfahrens zu erbringen. Im Interesse des Schutzes des in vielen Fällen mittellosen Versicherten ist es daher unbedingt notwendig anzuordnen, daß der Versicherungsträger dem Kläger die Leistung, die Gegenstand der Klage ist, bis zur rechtskräftigen Beendigung des Verfahrens vorläufig insoweit zu gewähren

hat, als dies dem außer Kraft getretenen Bescheid entspricht (Abs. 2).

Durch die Bestimmung des Abs. 3 wird dem Versicherungsträger das Recht gesichert, auch während der Anhängigkeit eines Leistungsstreitverfahrens im Hinblick auf eine Änderung der Verhältnisse über die Leistung einen neuen Bescheid zu erlassen. Macht der Versicherungsträger von diesem Recht Gebrauch, so erlischt seine im Abs. 2 festgelegte Verpflichtung; er hat vielmehr vom Zeitpunkt der Erlassung des neuen Bescheides an lediglich die darin festgesetzte Leistung zu erbringen. Der Versicherte kann den während der Anhängigkeit eines Leistungsstreitverfahrens erlassenen neuen Bescheid des Versicherungsträgers durch die Einbringung einer neuen Klage außer Kraft setzen. Falls im Zeitpunkt der Einbringung dieser Klage das ursprüngliche Verfahren noch anhängig ist, können beide Verfahren unter den Voraussetzungen des § 187 Abs. 1 der Zivilprozeßordnung verbunden werden.

Zu § 385:

Nach § 384 Abs. 1 und 2 hat die Einbringung einer Klage zur Folge, daß der Bescheid im Umfange des Klagebegehrens außer Kraft tritt und daß der Versicherungsträger dem Kläger die Leistung, die Gegenstand der Klage ist, bis zur rechtskräftigen Beendigung des Verfahrens in dem im Bescheid festgestellten Ausmaß zu gewähren hat.

Durch die Zurücknahme der Klage wird das Verfahren beendet. Mangels einer anderen gesetzlichen Regelung würde daher mit dem Zeitpunkt der Zurücknahme der Klage der im § 384 Abs. 2 festgelegte Anspruch des Klägers auf vorläufige Gewährung der im außer Kraft getretenen Bescheid zuerkannten Leistung erlöschen. Der Kläger würde in einem solchen Fall selbst den Anspruch verlieren, den ihm der Versicherungsträger in seinem Bescheid zuerkannt hatte. Es kommt immer wieder vor, daß rechtsunkundige und unvertretene Kläger ihre Klage zurückziehen, ohne sich über die rechtliche Tragweite ihrer Prozeßhandlung klar geworden zu sein. Im Interesse des Schutzes der meist rechtsunkundigen und oftmals unvertretenden Kläger ist es daher unbedingt erforderlich, im Verfahren in Leistungssachen nach § 354 Z. 1 und 2 die Möglichkeit der Zurücknahme der Klage auszuschließen (Abs. 1).

Wenn sich während der Anhängigkeit eines Verfahrens vor dem Schiedsgericht über eine Leistungssache nach § 354 Z. 1 die Verhältnisse des Klägers dahin ändern, daß er eine höhere als die eingeklagte Leistung verlangen kann, so müßte er mangels einer anderen gesetzlichen

Regelung beim Versicherungsträger beantragen, daß dieser die Leistung wegen der Änderung der Verhältnisse durch Bescheid neu festsetzt; falls der Versicherungsträger diesem Antrag nicht entspricht, könnte der Versicherte die höhere Leistung beim Schiedsgericht mittels Klage geltend machen. Dieser sowohl für den Versicherungsträger als auch für den Versicherten umständliche Weg wird durch die Regelung des Abs. 2 vermieden. Danach kann der Kläger die höhere Leistung im Wege einer Änderung der Klage geltend machen. Eine solche Klagsänderung ist auch dann zuzulassen, wenn zu besorgen ist, daß hiedurch eine erhebliche Erschwerung oder Verzögerung des Verfahrens eintreten wird.

Der Versicherungsträger ist berechtigt, eine Leistung, über die im Leistungsstreitverfahren bereits rechtskräftig entschieden worden ist, wegen Änderung der Verhältnisse durch Bescheid neu festzustellen. Eine Klage, mit der ein solcher Bescheid außer Wirksamkeit gesetzt wird, müßte mangels einer anderen gesetzlichen Regelung wegen rechtskräftig entschiedener Sache auf Einrede oder von Amts wegen zurückgewiesen werden. Es mußte daher im Abs. 3 angeordnet werden, daß in solchen Fällen die Rechtskraft einer den gleichen Anspruch betreffenden früher gefällten Entscheidung des Schiedsgerichtes oder des Oberlandesgerichtes Wien nicht zu berücksichtigen ist.

Zu § 386:

Hier werden die Personen bezeichnet, die zur Vertretung vor den Schiedsgerichten zuzulassen sind. Diese Regelung wurde, abgesehen von einigen stilistischen Änderungen, unverändert aus § 102 Abs. 3 SV-ÜG. 1953 und § 11 der Schiedsgerichtsverordnung übernommen. Sie wurde lediglich durch die Bestimmung des Abs. 1 Z. 4 ergänzt, wonach juristische Personen auch durch ein Mitglied eines geschäftsführenden Organes oder durch einen eigenen Angestellten vertreten werden können. Diese Ergänzung ist deshalb notwendig, weil nach den Bestimmungen dieses Gesetzes außer den Sozialversicherungsträgern auch andere juristische Personen, z. B. Fürsorgeträger, vor den Schiedsgerichten als Parteien auftreten können.

Zu § 387:

Hier werden die Vorschriften des § 102 Abs. 1 SV-ÜG. 1953 und des § 15 der Schiedsgerichtsverordnung unverändert übernommen.

Zu § 388:

Abgesehen von einigen terminologischen Änderungen wurden die Bestimmungen des § 12 der Schiedsgerichtsverordnung unverändert übernommen.

114

Zu § 389:

Die Abs. 1 und 2 entsprechen den Bestimmungen des § 14 der Schiedsgerichtsverordnung. Abs. 3 übernimmt die Regelung des § 16 Abs. 1 der Schiedsgerichtsverordnung.

Zu § 390:

Im ersten Satz wird in Übereinstimmung mit § 105 Abs. 3 SV-ÜG. 1953 ausgesprochen, daß der Senat seine Entscheidungen in nicht-öffentlicher Sitzung zu beschließen hat. Der zweite Satz übernimmt die Bestimmung des § 17 der Schiedsgerichtsverordnung. Durch den dritten Satz werden die Bestimmungen der Jurisdiktionsnorm über die Beratung und Abstimmung im Senat für sinngemäß anwendbar erklärt. Im letzten Satz werden schließlich die Vorschriften des § 16 Abs. 2 und 3 der Schiedsgerichtsverordnung unverändert übernommen.

Zu § 391:

Im Abs. 1 wird angeordnet, daß die Schiedsgerichte über den klageweise erhobenen Anspruch grundsätzlich durch Urteil zu entscheiden haben. Eine Ausnahme besteht nur bei der Entscheidung über Streitigkeiten in Verfahrenskostensachen nach § 359 Abs. 2 und 4. In diesen Streitigkeiten ist auch über den erhobenen Anspruch durch Beschluß zu entscheiden, und zwar durch den Vorsitzenden des Schiedsgerichtes ohne vorhergehende mündliche Verhandlung. Die weitgehende Vereinfachung des Verfahrens bei Streitigkeiten nach § 359 Abs. 2 und 4 erscheint deshalb vertretbar, da der Gegenstand dieser Streitigkeiten nur ausnahmsweise die Bagatellgrenze übersteigen wird.

Im Abs. 2 werden, abgesehen von einigen stilistischen und terminologischen Änderungen, die Vorschriften des § 18 Abs. 1 der Schiedsgerichtsverordnung unverändert übernommen.

Die Vorschrift des Abs. 3 schafft eine für das Verfahren in Leistungssachen nach § 354 Abs. 1 unbedingt erforderliche Ausnahme von den Bestimmungen des § 406 erster Satz der Zivilprozeßordnung. Abs. 4 übernimmt die Bestimmungen des § 18 Abs. 4 der Schiedsgerichtsverordnung mit der Abänderung, daß die Leistungsfrist statt mit zwei Wochen mit höchstens vier Wochen bestimmt werden kann.

Zu § 392:

Hier werden, abgesehen von einigen terminologischen und stilistischen Änderungen, die Vorschriften der Abs. 5 und 6 des § 105 SV-ÜG. 1953 und des § 22 der Schiedsgerichtsverordnung unverändert übernommen.

Zu § 393:

Durch Beschluß erfolgen alle Entscheidungen, die nicht über den erhobenen Anspruch ergehen, und überdies die meritorischen Entscheidungen über Klagen in Verfahrenskostensachen nach § 359 Abs. 2 und 4 (siehe § 391 Abs. 1).

Zu § 394:

Durch diese Vorschrift soll den Parteien die Möglichkeit geboten werden, sich nach der Zustellung der Entscheidung ohne Hast über ihr weiteres Vorgehen klar zu werden.

Zu § 395:

Hier wurde, abgesehen von einigen terminologischen Änderungen, die Regelung des § 106 Abs. 2 SV-ÜG. 1953 und des § 25 Abs. 1 der Schiedsgerichtsverordnung unverändert übernommen.

Zu § 396:

Abweichend vom geltenden Recht (§ 103 Abs. 1 und 2 SV-ÜG. 1953) wurden von der subsidiären Geltung der Vorschriften der Zivilprozeßordnung die Bestimmungen über das Ruhen des Verfahrens, über die Möglichkeit der Abhaltung einer ersten Tagsatzung, über Urteile in Versäumnisfällen und über das Verfahren in Bagatellsachen ausgenommen.

Der Ausschluß der Bestimmungen über das Ruhen des Verfahrens, über die Möglichkeit der Abhaltung einer ersten Tagsatzung und über Urteil in Versäumnisfällen erfolgte einerseits im Hinblick auf den öffentlich-rechtlichen Charakter der Ansprüche aus der Sozialversicherung und andererseits im Interesse des Schutzes rechtsunkundiger und unvertreter Versicherter.

Wie sich aus § 400 ergibt, soll für die Frage der Zulässigkeit einer Berufung die Höhe des Streitwertes grundsätzlich ohne Bedeutung sein. Im Hinblick darauf mußte für das Verfahren vor den Schiedsgerichten die Geltung der Bestimmungen der Zivilprozeßordnung über das Verfahren in Bagatellsachen (§§ 448 bis 453) ausgeschlossen werden.

Zu § 397:

Abgesehen von einigen terminologischen Änderungen wurden hier die Bestimmungen des § 27 Abs. 1 und 2 der Schiedsgerichtsverordnung unverändert übernommen.

Zu § 398:

Die Bestimmungen des § 28 der Schiedsgerichtsverordnung wurden unverändert übernommen.

Zu § 399:

Hier wird ausgesprochen, daß die Träger der Sozialversicherung den Schiedsgerichten alle aus ihrer Tätigkeit erwachsenden Kosten zu ersetzen haben. Hierzu gehören nicht nur die Kosten im Sinne des § 1 Z. 6 des Gerichtlichen Einbringungsgesetzes 1948, BGBl. Nr. 109, wie z. B. die Gebühren der Zeugen, Sachverständigen und Beisitzer sowie die Postgebühren, sondern auch die Vergütung, die den Schiedsgerichten für die Besorgung der Kanzleigeschäfte zu leisten ist. Letztere wird vom Bundesministerium für Justiz nach Anhörung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, allenfalls in einem Pauschbetrag, festgesetzt.

Der erste Satz des Abs. 2 bestimmt, daß die Versicherungsträger den Schiedsgerichten zur vorläufigen Bestreitung der Kosten einen Vorschuß zu leisten haben. Der zweite Satz regelt, wie Kosten, die in mehreren Verfahren, an denen verschiedene Versicherungsträger beteiligt sind, entstanden sind (zum Beispiel Beisitzergebühren), auf die beteiligten Versicherungsträger aufzuteilen sind. Soweit Abs. 2 abweichende Bestimmungen nicht enthält, werden die von den Versicherungsträgern zu ersetzenden Kosten nach den Bestimmungen des Gerichtlichen Einbringungsgesetzes 1948 einzubringen sein.

Zu den §§ 400 bis 405:

Hier wird das Leistungsstreitverfahren zweiter Instanz, dessen Durchführung dem Oberlandesgericht Wien für den Bereich des ganzen Bundesgebietes übertragen ist, behandelt.

Zu § 400:

In diesem Paragraph werden die Gründe festgesetzt, aus denen ein Urteil eines Schiedsgerichtes mit Berufung angefochten werden kann. Eine Berufung ist nur zulässig, wenn das Urteil aus einem der im § 477 der Zivilprozeßordnung bezeichneten Mängel nichtig ist, wenn ihm in einem wesentlichen Punkte eine tatsächliche Voraussetzung zugrunde gelegt erscheint, die mit den Akten in Widerspruch steht (Aktenwidrigkeit), oder wenn es auf einer unrichtigen rechtlichen Beurteilung der Sache beruht.

Die Berufung wegen Aktenwidrigkeit oder unrichtiger rechtlicher Beurteilung der Sache wird im Abs. 3 auf solche Streitsachen eingeschränkt, die für den Anspruchswerber oder Anspruchsberechtigten von größerer wirtschaftlicher Bedeutung sind. Es wird daher die Berufung überhaupt nicht zugelassen in Sachen, wo ein Leistungsanspruch aus der Krankenversicherung strittig ist, da es sich

hierbei durchwegs nur um kurzfristige Leistungen handelt, bei denen die Prüfung durch den Versicherungsträger und das Schiedsgericht als ausreichend angesehen werden kann.

Gegen Urteile der Schiedsgerichte über einen Leistungsanspruch aus der Unfallversicherung wird nach Abs. 3 Z. 1 die Berufung an das Oberlandesgericht Wien für zulässig erklärt, wenn der ursächliche Zusammenhang des Schadens mit einem Arbeitsunfall oder mit einer Berufskrankheit strittig war, daher zu entscheiden ist, ob überhaupt ein Leistungsanspruch aus der Unfallversicherung zusteht oder nicht (lit. a), ferner wenn die Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit für eine Dauerrente bei der erstmaligen Feststellung der Dauerrente strittig war (lit. b). Bei Neufeststellung der Dauerrente wird sie dagegen nur zugelassen, wenn der letztvorhergehenden rechtskräftigen Feststellung der Dauerrente eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 50 v. H. zugrunde gelegt war oder wenn seit dieser letzten rechtskräftigen Feststellung mindestens fünf Jahre verstrichen sind, wenn es sich also um die Weiterbelassung einer Schwerversehrtenrente oder um die Neufeststellung der Rente nach Ablauf einer längeren Zeit seit der letzten rechtskräftigen Feststellung der Rente handelt (lit. b). Schließlich wird gegen Urteile über Leistungsansprüche aus der Unfallversicherung die Berufung auch zugelassen, wenn das Vorliegen einer Ausnahme von der zweijährigen Ausschußfrist für die Antragstellung im Sinne des § 102 Abs. 3 strittig ist (lit. c).

Ausgeschlossen von der Berufung sind also alle Urteile über Leistungsansprüche aus der Unfallversicherung, wenn nur die Höhe der Bemessungsgrundlage oder die Bemessung einer Hinterbliebenenrente strittig war oder wenn es sich um einen Anspruch auf die im § 367 Abs. 1 angeführten kurzfristigen oder einmaligen Leistungen der Unfallversicherung handelt.

Gegen Urteile über einen Leistungsanspruch aus der Pensionsversicherung wird nach Abs. 3 Z. 2 die Berufung zugelassen, wenn in dem Verfahren vor den Schiedsgerichten strittig waren das Vorliegen einer geminderten Arbeitsfähigkeit oder die Erfüllung der Wartezeit, in welchen Fällen es sich regelmäßig darum handelt, ob überhaupt eine Rente gebührt, ferner wenn strittig war die Anrechenbarkeit von Versicherungszeiten oder die Bemessungsgrundlage, wobei es sich gewöhnlich um schwierige Streitfragen handelt, von deren Entscheidung auch die Höhe der Rente wesentlich abhängen kann (lit. a). Ferner wird die Berufung zugelassen, wenn der Bestand des Anspruches auf Bergmanns-

treuegeld im Verfahren vor dem Schiedsgericht strittig war, da es sich bei dieser Leistung um eine hochwertige einmalige Leistung handelt (lit. b). In einer Leistungssache nach § 354 Z. 3, also bei Streitigkeiten über Ersatzansprüche der Fürsorgeträger gemäß Abschnitt II des Fünften Teiles, wird die Berufung nach Abs. 3 Z. 3 zugelassen, wenn der Streitwert den Betrag von 10.000 S übersteigt, also die Entscheidung der Angelegenheit für den Versicherungsträger oder den Fürsorgeträger von wirtschaftlicher Bedeutung sein kann, z. B. wenn es sich um einen kleineren Versicherungsträger oder um einen finanziell schwachen Fürsorgeträger handelt.

Zu § 401:

Durch diese Bestimmung wird sichergestellt, daß alle Beschlüsse, durch welche die Einleitung oder die Fortsetzung des gesetzmäßigen Verfahrens vor den Schiedsgerichten abgelehnt wird, mit Rekurs angefochten und vom Oberlandesgericht Wien überprüft werden können.

Zu § 402:

Durch die Bestimmung des Abs. 1 wird die ausschließliche Zuständigkeit des Oberlandesgerichtes Wien zur Entscheidung über Berufungen und Rekurse gegen Entscheidungen der Schiedsgerichte geschaffen. Dadurch, daß das Rechtsmittelverfahren bei einem Gericht konzentriert ist, wird die Einheitlichkeit der Rechtsprechung in Leistungssachen nach § 354 sichergestellt. Ein weiterer Rechtszug gegen die Entscheidungen des Oberlandesgerichtes Wien erscheint daher entbehrlich.

Berufungen und Rekurse sind beim Schiedsgericht, dessen Entscheidung angefochten wird, einzubringen, und zwar Berufungen in zweifacher, Rekurse in einfacher Ausfertigung.

Die Frist zur Einbringung der Berufung oder des Rekurses und die Frist zur Erstattung der Berufungsmittelung (§ 468 Abs. 2 der Zivilprozeßordnung) ist abweichend von den Bestimmungen der Zivilprozeßordnung mit vier Wochen festgesetzt worden. Innerhalb dieser Frist werden auch rechtsunkundige und im Verfahren vor den Schiedsgerichten unvertretene Parteien die Möglichkeit haben, sich über ihre Rechtslage beraten zu lassen.

Nach Abs. 4 sind verspätet erhobene Berufungen sowie unzulässige oder verspätet erhobene Rekurse vom Schiedsgericht zurückzuweisen. Diese Regelung entspricht den Bestimmungen der Zivilprozeßordnung.

Da die Urteile der Schiedsgerichte nur wegen Nichtigkeit, wegen Aktenwidrigkeit oder wegen unrichtiger rechtlicher Beurteilung der Sache angefochten werden können, wird eine mündliche Berufungsverhandlung in der Regel entbehrlich sein. Abs. 5 bestimmt daher, daß das Oberlandesgericht Wien über Berufungen und Rekurse gegen Entscheidungen der Schiedsgerichte in nichtöffentlicher Sitzung und ohne vorhergehende mündliche Verhandlung entscheidet. Es kann jedoch eine mündliche Berufungsverhandlung anordnen, wenn dies im einzelnen Fall erforderlich erscheint.

Zu § 403:

Das Oberlandesgericht Wien hat im Leistungsstreitverfahren zweiter Instanz die Vorschriften der Zivilprozeßordnung sinngemäß anzuwenden. Im Verfahren über Berufungen sind insbesondere die Bestimmungen des Ersten Abschnittes des Vierten Teiles der Zivilprozeßordnung, im Verfahren über Rekurse insbesondere die Bestimmungen des Dritten Abschnittes des Vierten Teiles des gleichen Gesetzes anzuwenden. Nichtigkeits- und Wiederaufnahmsklagen sind ebenfalls nach den Vorschriften der Zivilprozeßordnung zulässig.

Zu § 404:

Die im Abs. 1 vorgesehenen Gutachten des Oberlandesgerichtes Wien dienen der Vereinheitlichung der Rechtsprechung. Das Gutachten muß vom Bundesministerium für Justiz beantragt werden. Gegenstand des Gutachtens kann nur eine Rechtsfrage von grundsätzlicher Bedeutung sein, die in rechtskräftigen Urteilen, die in Leistungssachen nach § 354 Z. 1 und 2 ergangen sind, verschieden entschieden worden ist.

Nach Abs. 2 hat das Oberlandesgericht Wien das Gutachten in einem verstärkten Senat von fünf Richtern zu beschließen. Diesem Senat muß als Vorsitzender der Präsident oder der Vizepräsident dieses Gerichtshofes angehören. Die übrigen Mitglieder dieses Senats müssen jenen Senaten entnommen werden, denen die Entscheidung über Rechtsmittel gegen Urteile und Beschlüsse der Schiedsgerichte übertragen ist.

Durch die im Abs. 3 vorgesehene Veröffentlichung der Gutachten im Amtsblatt der österreichischen Justizverwaltung wird sichergestellt, daß die Gutachten allen Schiedsgerichten der Sozialversicherung zur Kenntnis kommen.

Zu § 405:

Auf Grund der Bestimmungen dieses Paragraphen gelten für das Oberlandesgericht

Wien bei Ausübung der ihm im Vierten Unterabschnitt übertragenen Aufgaben subsidiär die Vorschriften der Jurisdiktionsnorm. Es finden daher unter anderem die Bestimmungen über die Beratung und Abstimmung (§§ 9 ff.), im Verfahren über Rechtsmittel gegen Entscheidungen der Schiedsgerichte überdies die Bestimmungen über die Zusammensetzung der Senate des Oberlandesgerichtes (§ 8 Abs. 1) und über die Ablehnung von Richtern (§§ 19 ff.) Anwendung.

Zu den §§ 406 und 407:

In diesen Paragraphen werden die gemeinsamen Bestimmungen für das Verfahren vor den Schiedsgerichten der Sozialversicherung und vor dem Oberlandesgericht Wien geregelt.

Zu § 406:

Im Abs. 1 wird für das Verfahren in Leistungssachen nach § 354 Z. 1 und 2 sowie in Verfahrenskostensachen nach § 359 Abs. 2 und 4 die Kostenersatzpflicht der Parteien in einer von den Vorschriften der Zivilprozeßordnung abweichenden Art geregelt.

Diese Regelung wird von dem Gedanken beherrscht, daß der meist mittellose Kläger nicht durch Kosten belastet werden darf, die ihm die Verfolgung seiner Ansprüche vor dem Schiedsgericht und vor dem Oberlandesgericht Wien unter Umständen sogar unmöglich machen würden.

In lit. a wird daher angeordnet, daß die beklagte Partei — der Versicherungsträger — alle Kosten, die ihr durch das Verfahren erwachsen sind, ohne Rücksicht auf dessen Ausgang zu tragen hat. Der Versicherungsträger kann daher diese Kosten, zu denen unter anderem auch die Gebühren der Zeugen, Sachverständigen und Beisitzer sowie die Postgebühren gehören, die er gemäß § 399 an das Schiedsgericht zu bezahlen hat, vom Kläger grundsätzlich nicht ersetzt verlangen. Der Kläger kann nur unter den Voraussetzungen des § 407 Abs. 1 zur Tragung dieser Kosten herangezogen werden, wenn er sie nämlich durch Mutwillen, Verschleppung oder Irreführung veranlaßt hat.

Der Kläger wird oftmals nicht in der Lage sein, die Kosten der Fahrt zur mündlichen Verhandlung vor dem Schiedsgericht oder dem Oberlandesgericht Wien oder zur Untersuchung durch einen ärztlichen Sachverständigen aus eigenem zu tragen und den mit der Zureise verbundenen Verdienstentgang auf sich zu nehmen. In lit. b wird daher angeordnet, daß der Versicherungsträger dem Kläger auf dessen Verlangen die notwendigen

Barauslagen und den Entgang an Arbeitsverdienst zu ersetzen hat, wenn dieser auf Anordnung des Schiedsgerichtes oder des Oberlandesgerichtes Wien zur mündlichen Verhandlung oder beim ärztlichen Sachverständigen erschienen ist. Ist der Kläger ohne Anordnung zur mündlichen Verhandlung erschienen, so können ihm die Barauslagen und der Entgang an Arbeitsverdienst vergütet werden, wenn das Schiedsgericht oder das Oberlandesgericht Wien feststellt, daß sein Erscheinen erforderlich war.

Andere als die im lit. b genannten Kosten hat die beklagte Partei dem Kläger nur zu ersetzen, wenn sie in dem Verfahren unterlegen ist. Diese Kosten, zu denen z. B. die anlässlich der Einbringung eines Schriftsatzes erwachsenden Barauslagen oder die Kosten eines Vertreters gehören, sind vom Schiedsgericht oder vom Oberlandesgericht Wien in der Endentscheidung nach Billigkeit zu bestimmen (lit. c).

Für die Fürsorgeträger brauchen hinsichtlich der Kostenersatzpflicht besondere Schutzbestimmungen nicht geschaffen zu werden. Es konnten daher im Abs. 2 für die Verfahren in Leistungssachen nach § 354 Z. 3 die Vorschriften der Zivilprozeßordnung für anwendbar erklärt werden.

Zu § 407:

Im Abs. 1 wird, abgesehen von einigen terminologischen Änderungen, die Regelung des § 21 der Schiedsgerichtsverordnung unverändert übernommen.

Abs. 2 sieht die Möglichkeit vor, einem Zeugen oder Sachverständigen, der ohne genügenden Grund einer Ladung nicht Folge leistet oder die Aussage oder die Abgabe des Gutachtens verweigert, die durch die Säumnis oder durch die Weigerung verursachten Verfahrenskosten aufzuerlegen. Diese Vorschrift stellt eine notwendige Ergänzung der im Abs. 1 getroffenen Regelung dar.

Zu § 408:

Die Berechtigung zur Fortsetzung des Verfahrens zur Feststellung eines Leistungsanspruches durch den Versicherungsträger oder eines Leistungsstreitverfahrens erster oder zweiter Instanz wird in diesem Paragraphen besonders geregelt. Es sind hiezu in einer bestimmten Reihenfolge nur gewisse nahe Verwandte zugelassen, die mit dem Anspruchsberechtigten zur Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben. Hiebei wird von der Annahme ausgegangen, daß diesen nahen Angehörigen auch der Leistungsanspruch, der beim Tode des Anspruchs-

werbers oder Anspruchsberechtigten noch nicht zuerkannt war, zugute gekommen wäre, beziehungsweise daß sie auch zwischenweil den Unterhalt des Leistungswerbers bestritten haben. Sie sollen daher auch berechtigt sein, das Verfahren fortzusetzen, um zu einer Deckung ihrer allfälligen Aufwendungen zu gelangen.

Zum Abschnitt III (§§ 409 bis 417): Verfahren in Verwaltungssachen.

Zu § 409:

Die Zuständigkeit der Versicherungsträger in Verwaltungssachen ist konform der Zuständigkeit der Versicherungsträger zur Entgegennahme der Meldungen und zur Beitrags-einhebung (vergleiche die §§ 33, 39, 58 Abs. 3 und 6, 78 Abs. 3) geregelt.

Zu § 410:

Die im ersten Satz dieses Paragraphen getroffene allgemeine Umschreibung, in welchen Fällen der Versicherungsträger in Verwaltungssachen einen Bescheid zu erlassen hat, ist dem § 130 Abs. 1 GSVG. 1938 nachgebildet. Bekanntlich steht den Versicherungsträgern nach dem vorläufig in Österreich geltenden Reichsrecht eine Befugnis, in Verwaltungssachen der Rechtskraft fähige Bescheide zu erlassen, überhaupt nicht zu. Diesem Mangel, der auf die große Zersplitterung der Organisation der Krankenversicherung im ursprünglichen Geltungsgebiet dieses Rechtes zurückzuführen ist, wird durch die Rückkehr zur einschlägigen Regelung des früheren österreichischen Rechtes abgeholfen. Die im zweiten Satz enthaltene Aufzählung von Fällen, in denen Bescheide zu erlassen sind, ist nicht taxativ. Sie entspricht der Praxis, wie sie sich bei Anwendung des früheren österreichischen Rechtes herausgebildet hat.

Zu § 411:

Durch diese Bestimmung wird vorgesorgt, daß in den zahlreichen Fällen, in denen nach § 406 der Träger der Krankenversicherung auch im Namen von Trägern der anderen im vorliegenden Bundesgesetz geregelten Versicherungen tätig wird, diese die Möglichkeit haben, ihre Rechte selbst wahrzunehmen. Die ihnen zugestandene Parteistellung im Verfahren vor den Verwaltungsbehörden ermöglicht ihnen, Einspruch gegen den Bescheid des Krankenversicherungsträgers zu erheben.

Zu § 412:

Aus dieser Regelung ergibt sich, daß eine Angelegenheit, in der nach § 410 der Versicherungsträger einen Bescheid zu erlassen

hat, an die Verwaltungsbehörde nur im Rechtsmittelwege herangetragen werden kann. Das Rechtsmittel wird Einspruch genannt. Es ist beim Versicherungsträger einzubringen. Das Rechtsmittel unterscheidet sich dadurch von der Berufung, daß der Einspruch keine aufschiebende Wirkung hat, wenn nicht der Landeshauptmann aus den im Abs. 2 angegebenen Gründen den Vollzug aussetzt. Diese abweichende Regelung mußte getroffen werden, weil die Versehung des Einspruches mit aufschiebender Wirkung ein geordnetes Funktionieren der Sozialversicherung gefährden würde. Sie hätte zum Beispiel zur Folge, daß einfach durch Erhebung eines Einspruches die mit Bescheid des Versicherungsträgers ausgesprochene Einbeziehung in die Versicherung und deren Auswirkungen (insbesondere die Beitragszahlung) bis zum rechtskräftigen Abschluß des Verfahrens hinausgezogen werden könnte.

Zu § 413:

§ 413 umschreibt die sachliche Zuständigkeit des Landeshauptmannes in dem im vorliegenden Siebenten Teil der Vorlage geregelten Verfahren über Verwaltungssachen.

Nach diesem Paragraph entscheidet der Landeshauptmann erstens über Einsprüche gegen Bescheide der Versicherungsträger (§ 412) und zweitens unter Ausschluß eines Bescheidrechtes der Versicherungsträger über die Versicherungszugehörigkeit und -zuständigkeit, in der Pensionsversicherung auch über die Leistungszugehörigkeit und -zuständigkeit.

Für das Verfahren zur Entscheidung über die Versicherungszugehörigkeit(-zuständigkeit), beziehungsweise die Leistungszugehörigkeit oder Leistungszuständigkeit (§ 413 Abs. 1 Z. 2) werden in den Abs. 3 bis 5 des § 413 nähere Vorschriften getroffen, die den Bestimmungen des § 132 c GSVG. 1938 nachgebildet sind. Abs. 4 sichert, daß ein Kompetenzkonflikt bei Entscheidung dieser Fragen nicht eintreten kann. Abs. 5 sorgt vor, daß die Erbringung der Leistung durch das Verfahren zur Klärung der Zuständigkeit (Zugehörigkeit) nicht übermäßig hinausgezogen wird.

Im übrigen siehe zu § 413 Abs. 1 Z. 2 und Abs. 3 bis 5 auch die Bemerkungen zu § 354.

Nach Abs. 6 soll aus Gründen der Zweckmäßigkeit das nach Abs. 1 Z. 2 und Abs. 3 bis 5 vorgesehene Verfahren zur Entscheidung von Zuständigkeits- und Zugehörigkeitsstreitigkeiten auch im Verhältnis zu den Sonderversicherungen (Krankenversicherung der Bundesangestellten, Meisterkrankenversicherung, Notarversicherung) Anwendung finden.

Zu § 414:

In dieser Bestimmung wird die örtliche Zuständigkeit der Landeshauptleute entsprechend den Bedürfnissen der Sozialversicherung geregelt.

Zu § 415:

Gegen den Bescheid des Landeshauptmannes wird ein Berufungsrecht nur eingeräumt, wenn er über die Versicherungszuständigkeit oder -zugehörigkeit beziehungsweise die Leistungszuständigkeit oder die Leistungszugehörigkeit oder über die Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung entschieden hat. Durch diese Regelung ist das Berufungsrecht auf Fälle von größerer Bedeutung für den Versicherten eingeschränkt (vergleiche die analoge Regelung des § 90 Abs. 2 Schlußsatz SV-ÜG. 1953).

Zu § 416:

Zur Entscheidung von Streitigkeiten zwischen Versicherungsträgern (siehe § 355 Z. 5) — mit Ausnahme solcher, welche die Versicherungs(Leistungs)zugehörigkeit oder Versicherungs(Leistungs)zuständigkeit betreffen, die nach § 413 Abs. 1 Z. 2 in erster Instanz vor den Landeshauptmann gehören — und von Streitigkeiten zwischen den Verbänden und Versicherungsträgern wird in erster und zugleich letzter Instanz das Bundesministerium für soziale Verwaltung als deren oberste Aufsichtsbehörde berufen (siehe auch die einschlägige Bemerkung zum § 355).

Zu § 417:

Dieser Paragraph übernimmt mit entsprechender Anpassung die Regelung des § 91 SV-ÜG. 1953.

Zum Achten Teil:**Aufbau der Verwaltung.**

Der Aufbau der Verwaltung in der Sozialversicherung (Verwaltungskörper der Versicherungsträger, Vermögensverwaltung, Aufsicht, Bedienstete und dergleichen mehr) hat im neuen österreichischen Recht bereits eine vollständige, sämtliche Sozialversicherungsträger umfassende Neuregelung durch das Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz (Abschnitte II bis VII) erfahren. Diese Regelung war — namentlich was die Verteilung der Mandate der Versicherungsvertreter in den Verwaltungskörpern auf die Dienstnehmer- und Dienstgebergruppe anlangt — eine in langwierigen politischen Verhandlungen erzielte Kompromißlösung, die sich praktisch

bewährt hat. Sie wurde daher, mit Ausnahme der Sonderbestimmungen für die Krankenversicherung der Bundesangestellten, die Meisterkrankenversicherung und die Notarversicherung, nach Vornahme geringfügiger Änderungen und Ergänzungen, die eine leichte Verstärkung des Dienstgebereinflusses auf die Verwaltung bewirken, in den Achten Teil übernommen. Im Abschnitt III des Neunten Teiles werden diejenigen Bestimmungen des Achten Teiles, die schon bisher als gemeinsame Bestimmungen über den Aufbau der Verwaltung für sämtliche Träger der Sozialversicherung galten, auch in den genannten Sonderbestimmungen als anwendbar erklärt und zugleich die von der allgemeinen Regelung abweichenden Sonderbestimmungen für diese Sondernversicherungen zusammenfassend dargestellt. Auf die bezüglichen Erläuternden Bemerkungen zum Neunten Teil wird hingewiesen.

Ebenfalls bereits derzeit geltende Vorschriften des neuen österreichischen Rechtes, nämlich die Bestimmungen des § 17 des 1. Sozialversicherungs-Neuregelungsgesetzes, BGBl. Nr. 86/1952, über die Versicherungsunterlagen in der Renten(Pensions)versicherung, wurden in den Abschnitt VIII ohne wesentliche Änderungen aufgenommen, weil das bezeichnete Gesetz ebenso wie das Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz 1953 mit dem Wirksamkeitsbeginn des ASVG. zur Gänze aufgehoben werden wird (§ 541 Abs. 2).

Nennenswerte materielle Änderungen gegenüber den derzeit geltenden Vorschriften enthalten folgende Bestimmungen des Achten Teiles: §§ 418 Abs. 4 und 5, 419, 420 Abs. 1, 4 und 5, 421 Abs. 1 und 7, 422, 423 Abs. 5 und 6, 424, 427 Abs. 2, 428, 429, 431, 433, 437, 438, 442 bis 447, 448, 449, 451 Abs. 2, 457 bis 460.

Zu diesen Änderungen wird bemerkt:

Zu § 418 Abs. 4 und 5:

Das derzeit geltende Recht (§ 4 Abs. 1 Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz 1953) hat es bei der Land- und Forstwirtschaftlichen Sozialversicherungsanstalt der satzungsmäßigen Regelung überlassen, nach Bedarf Landesstellen zu errichten und deren Sprengel festzusetzen. Auf Grund dieser Bestimmung hat die Anstalt in ihrer Satzung die Errichtung je einer Landesstelle in Wien (für die Länder Wien, Niederösterreich und Burgenland), Linz (für Oberösterreich), Salzburg (für die Länder Salzburg, Tirol und Vorarlberg), Graz (für Steiermark) und Klagenfurt (für Kärnten) vorgesehen. Da sich aber mittlerweile die bestehende Organisation bereits eingelebt hat und ein Bedürfnis nach einer Änderung in

absehbarer Zeit nicht besteht, werden Sitz und Sprengel der Landesstellen auch bei der Land- und Forstwirtschaftlichen Sozialversicherungsanstalt im Gesetz selbst festgesetzt.

Aus dem im § 4 Abs. 2 SV-ÜG. 1953 derzeit umschriebenen Aufgabenkreis der Landesstellen werden zwei Aufgaben den Landesstellen künftighin nicht mehr übertragen sein, und zwar die Überwachung der Krankenkassen hinsichtlich der Einhebung und Abfuhr der Beiträge zur Unfall- und Alters(Invaliditäts)-versicherung und Mitwirkung bei der Abfuhr und Abrechnung der als Zuschlag zur Grundsteuer eingehobenen Beiträge zur landwirtschaftlichen Unfallversicherung (§ 4 Abs. 2 lit. e SV-ÜG. 1953) sowie die Verwaltung der im Sprengel der Landesstelle befindlichen anstaltseigenen Einrichtungen der Krankenbehandlung (§ 4 Abs. 2 lit. g SV-ÜG. 1953). Die erstgenannte Aufgabe hat sich in der Praxis als überflüssig erwiesen. Sie hat auch Mißstimmung bei den Krankenkassen erregt, die nach dem Aufbau der Verwaltung den übrigen Versicherungsträgern gleichgeordnet sind. Die Verwaltung der im Sprengel der Landesstelle befindlichen anstaltseigenen Einrichtungen der Krankenbehandlung wird zweckmäßigerweise zentral durch die Hauptstelle zu besorgen sein. Die Hauptstelle wird aber die Büros der Landesstellen jederzeit auch zur Mitwirkung an der Durchführung anderer als der im § 418 Abs. 5 der Vorlage bezeichneten Aufgaben heranziehen können.

Zu § 419:

Ebenso wie bei der Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten und bei der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues sollen auch bei der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen am Sitze der Anstalt in Wien Rentenausschüsse für das gesamte Gebiet der Republik Österreich errichtet werden. Im § 15 Abs. 1 Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz 1953 ist die Einrichtung von Rentenausschüssen bei der letztgenannten Anstalt nicht vorgesehen; die Aufgaben dieser Ausschüsse werden derzeit vom Vorstand der Anstalt besorgt. Es besteht aber kein triftiger Grund, diese von der allgemeinen Regelung abweichende Regelung beizubehalten.

Zu § 420 Abs. 1:

Bei einzelnen Versicherungsträgern werden auf Grund der Bestimmungen im Ersten Teil der Vorlage (§ 8 Abs. 1 Z. 3 lit. a und b) auch selbständig Erwerbstätige pflichtversichert sein, die selbst keine Dienstnehmer beschäftigen und daher nicht als Dienstgeber im Sinne des ersten Satzes dieses Absatzes angesehen werden

können. Diese Personen werden, um auch ihnen die Möglichkeit zu eröffnen, an der Verwaltung der Versicherungsträger teilzunehmen, den Dienstgebern als Versicherungsvertreter gleichgestellt.

Zu § 420 Abs. 4:

Die Aufnahme dieser Bestimmung erschien notwendig, weil sich in der Praxis Zweifel ergeben haben, ob zum Beispiel ein in die Hauptversammlung entsendeter Versicherungsvertreter, der zugleich Stellvertreter eines Vorstandsmitgliedes ist, in der Hauptversammlung nunmehr zwei oder nur eine Stimme hat.

Zu § 420 Abs. 5:

Die oft sehr starke zeitliche Inanspruchnahme einzelner Mitglieder der Verwaltungskörper in der Sozialversicherung durch ihre Funktion läßt es unvermeidlich erscheinen, daß diesen nicht nur reine Aufwandsentschädigungen, sondern darüber hinaus noch eine weitere Honorierung ihrer Mühewaltung in Form einer ständigen Funktionszulage zugebilligt werden mußte. Hieraus soll nicht abgeleitet werden können, daß durch die Ausübung einer derart honorierten Funktion ein besoldetes Beschäftigungsverhältnis und damit eine Pflichtversicherung begründet wird. Dies wird durch die neue Formulierung des ersten Satzes im Abs. 5 ausdrücklich klar gestellt.

Neu ist im Abs. 5 auch die Vorschrift, daß die vom Bundesministerium für soziale Verwaltung für die Höhe der Entschädigung an die Mitglieder der Verwaltungskörper aufzustellenden Grundsätze einheitliche Höchstbeträge für Reisekostenentschädigungen, Sitzungsgelder und Funktionsgebühren festsetzen müssen, sodaß in dieser Hinsicht die Autonomie der Versicherungsträger im Interesse der Erzielung einer bundeseinheitlichen Regelung eine Einschränkung erfährt.

Zu § 421 Abs. 1:

Die aus § 21 Abs. 1 SV-ÜG. 1953 übernommenen Bestimmungen des § 421 Abs. 1 der Vorlage über die Entsendung der Versicherungsvertreter wurden nur durch die Aufnahme einer Sonderregelung, betreffend die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, ergänzt. Bei dieser Anstalt sollen die Versicherungsvertreter aus der Gruppe der Dienstgeber, soweit öffentlich-rechtliche Interessenvertretungen für sie nicht bestehen, vom Bundesministerium für soziale Verwaltung auf Vorschlag der Bundeskammer der gewerblichen Wirtschaft entsendet werden. Durch die Einräumung dieses Vorschlagsrechtes wird der genannten Bundeskammer eine über ihren

sonstigen gesetzlichen Wirkungsbereich hinausgehende Ingerenz auf die Zusammensetzung der Verwaltungskörper bei der ausschließlich aus Beiträgen der Dienstgeber erhaltenen Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt eingeräumt.

Zu § 421 Abs. 7:

Um ein reibungsloses Funktionieren der Rentenausschüsse zu gewährleisten und Verzögerungen in der Bearbeitung der Rentenanträge zu vermeiden, erwies es sich als notwendig, in der Vorlage die Möglichkeit vorzusehen, daß für ein Mitglied des Rentenausschusses auch mehrere Stellvertreter bestellt werden können.

Zu § 422:

Bedürfnissen der Praxis entsprechend, wurde hier eine Vorschrift aufgenommen, wonach ein Versicherungsvertreter nach mindestens zweijähriger Amtsführung seine Wiederbestellung für die nächste Amtsdauer ablehnen kann.

Zu § 423 Abs. 5:

Die aus dem § 17 Abs. 3 SV-ÜG. 1953 übernommenen Bestimmungen der ersten beiden Sätze im Abs. 5 wurden im letzten Satz im Hinblick auf die im § 421 Abs. 1 zweiter Satz vorgenommene Ergänzung hinsichtlich des Vorschlagsrechtes der Bundeskammer der gewerblichen Wirtschaft bei der Entsendung von Dienstgebervertretern in die Verwaltungskörper der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt durch eine Bestimmung des Inhaltes ergänzt, daß die Bestimmungen des ersten und zweiten Satzes auch für den Antrag der Bundeskammer der gewerblichen Wirtschaft auf Enthebung der von ihr vorgeschlagenen Versicherungsvertreter gelten sollen. Im Falle einer Neuwahl in die Organe der Bundeskammer wird daher diese Kammer die Möglichkeit haben, die Enthebung der von ihr seinerzeit vorgeschlagenen Versicherungsvertreter bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt zu beantragen und einen neuen Vorschlag zu erstatten.

Zu § 423 Abs. 6:

Diese Bestimmung dient lediglich der Klarstellung, weil sich bei der Anwendung des bisher geltenden Rechtes diesbezüglich Zweifel ergaben.

Zu § 424:

Die Haftung der Versicherungsvertreter ist derzeit im § 17 Abs. 4 Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz 1953 geregelt. Die Vorlage enthält im § 424 die gleiche Regelung. Neu

ist lediglich die eingefügte Bezugnahme auf das Amtshaftungsgesetz vom 18. Dezember 1948, BGBl. Nr. 20/1949, das auch auf die Mitglieder der Verwaltungskörper anzuwenden ist (§ 1 des Amtshaftungsgesetzes). Meritorisch tritt dadurch gegenüber der derzeitigen Rechtslage keine Änderung ein, da auch nach bisher geltendem Recht die Haftung der Mitglieder der Verwaltungskörper der Sozialversicherungsträger über die im Amtshaftungsgesetz normierte Haftung hinausgeht.

Zu § 427 Abs. 2:

Entsprechend einem Vorschlag des Hauptverbandes wurden die derzeit geltenden einschlägigen Vorschriften des § 20 Abs. 5 Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz 1953 bei der Übernahme in die Vorlage dahingehend erweitert, daß auch die Mitglieder der Landesstellenausschüsse sowie die Versicherungsvertreter in den Rentenausschüssen gleichzeitig der Hauptversammlung angehören sollen.

Zu den §§ 428 und 429:

Hinsichtlich der Zahl der Versicherungsvertreter im Vorstand und Überwachungsausschuß wird bei einigen Versicherungsträgern, und zwar bei der Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten, der Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter und einigen Gebietskrankenkassen eine Änderung der Zahl der Versicherungsvertreter im Sinne einer Erweiterung dieser Verwaltungskörper vorgenommen.

Zu § 431:

Nach dem derzeit geltenden Recht (§ 25 Abs. 2 Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz 1953) sind gleichzeitig mit dem Obmann der zweite und der dritte Obmann zu wählen. Praktisch kommt diesen die Funktion von Stellvertretern des (ersten) Obmannes zu. Dieser Tatsache wird bei der Neuformulierung der einschlägigen Bestimmung des § 431 der Vorlage dadurch Rechnung getragen, daß der bisher als zweiter Obmann bezeichnete Funktionär die Bezeichnung erster Obmann-Stellvertreter und der bisher als dritter Obmann bezeichnete Funktionär die Bezeichnung zweiter Obmann-Stellvertreter erhält. Auf Vorschlag des Hauptverbandes wurde ferner die Vorschrift, wonach der dritte Obmann (jetzt zweiter Obmann-Stellvertreter genannt) der Gruppe zu entnehmen ist, der der zweite nicht angehört, in die Vorlage nicht mehr aufgenommen. Dadurch wird bei der Wahl dieses Funktionärs ein größerer Spielraum gegeben sein.

Der letzte Satz des § 431 enthält eine Ausnahme von der schon im § 25 Abs. 1 letzter

Satz SV-ÜG. 1953 enthaltenen Regel, daß die Obmänner der Versicherungsanstalten der Anstalt weder als Dienstnehmer noch als Dienstgeber angehören müssen, hinsichtlich des Obmannes bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt. Für diese Anstalt wird vielmehr ausdrücklich der Grundsatz aufgestellt, daß der Obmann der Anstalt als Dienstgeber angehören muß. Diese neue Bestimmung, die dem Umstand Rechnung trägt, daß die Mittel der Unfallversicherung ausschließlich aus Beiträgen der Dienstgeber aufgebracht werden, soll gemäß § 543 Abs. 2 lit. c erst mit dem 1. Jänner 1959 in Kraft treten. Bis dahin wird also hinsichtlich des Vorsitzes im Vorstand der genannten Anstalt keine Änderung in der Rechtslage eintreten.

Zu § 433:

Die Vorschriften über die Verwaltungskörper des Hauptverbandes wurden in einem eigenen Abschnitt zusammengefaßt. Die entsprechende Regelung für den Verband der Meisterkrankenkassen wurde in den Neunten Teil aufgenommen. Gegenüber dem gegenwärtigen Zustand wurden mehrere Abänderungen vorgenommen. Nach der bestehenden Gesetzeslage sind als Verwaltungsorgane des Hauptverbandes ein Vorstand, ein Überwachungsausschuß sowie Sektionsausschüsse vorgesehen (§ 14 Abs. 4 Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz 1953). Dem Vorstand obliegt gemäß § 31 Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz 1953 die gesamte Geschäftsführung, soweit diese nicht durch Gesetz oder Satzung anderen Verwaltungskörpern oder Einrichtungen zugewiesen ist. Der Vorstand ist aber gemäß § 31 Abs. 1 zweiter Satz Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz 1953 ermächtigt, einzelne seiner Obliegenheiten engeren Ausschüssen zu übertragen. Von dieser Ermächtigung wurde beim Hauptverband in der Form Gebrauch gemacht, daß die vom Bundesministerium für soziale Verwaltung genehmigte Satzung des Hauptverbandes im § 21 die Einrichtung eines Verwaltungsausschusses anordnet, der aus dem Präsidenten, den Vizepräsidenten und aus 30 Mitgliedern, und zwar 21 Vertretern der Dienstnehmer und 9 Vertretern der Dienstgeber besteht. Es ist dem Vorstand überlassen, unbeschadet seiner eigenen Verantwortlichkeit zu beschließen, welche Aufgaben dem Verwaltungsausschuß zur Vorberatung oder Beschlußfassung übertragen werden können. Im Laufe der Zeit hat es sich herausgestellt, daß der Umfang dieser Verwaltungskörper, beziehungsweise die große Zahl der Mitglieder des Vorstandes, aber auch noch die des Verwaltungsausschusses, die Tätigkeit dieser Verwaltungsorgane sehr behinderte und daß diese Organisationen den

praktischen Anforderungen nicht gerecht wurden. Es ergab sich bald die Notwendigkeit, ein kleineres Organ einzurichten, das weder im Gesetz noch in der Satzung ausdrücklich vorgesehen ist, nämlich den sogenannten Präsidialausschuß, der alle dringenden und laufenden Angelegenheiten, soweit sie nicht dem Büro und dem Präsidenten zur selbständigen Erledigung überlassen sind, zu erledigen hat. Diese Einrichtung des Präsidialausschusses hat sich in der Praxis bewährt. Sie soll daher nach dem Vorschlag des Hauptverbandes, um die volle rechtliche Wirksamkeit der Beschlüsse dieses Verwaltungsorgans durch eine gesetzliche Bestimmung sicherzustellen, in die Vorlage übernommen werden. Zur Herbeiführung einheitlicher Bezeichnungen bei allen Sozialversicherungsträgern erhält der bisherige Vorstand des Hauptverbandes die Bezeichnung „Hauptversammlung“, während das bisher als „Präsidialausschuß“ bezeichnete Organ unter der Benennung „Vorstand“ im Gesetz verankert wird.

Bei den Sektionsausschüssen tritt insofern eine Änderung ein, als die Krankenversicherungsanstalt der Bundesangestellten nunmehr auch dem Sektionsausschuß für die Träger der Krankenversicherung angegliedert wird.

Die Zusammensetzung der Verwaltungskörper beim Hauptverband wird den praktischen Bedürfnissen angepaßt, wobei der Einfluß der Dienstgeber etwas verstärkt wird.

Zu § 437:

Die hier zusammengefaßten Bestimmungen über die Aufgaben des Überwachungsausschusses entsprechen im wesentlichen den Bestimmungen im § 32 Abs. 1 bis 4 und im § 33 SV-ÜG. 1953. Nur im letzten Satz des Abs. 2 wird das Recht des Überwachungsausschusses auf Mitwirkung bei der Erstellung des Jahresvoranschlages dadurch etwas erweitert, daß ihm nicht nur Gelegenheit zu geben ist, vor der Beschlußfassung durch den Vorstand in den Jahresvoranschlag Einsicht zu nehmen, sondern daß er auch Gelegenheit zu erhalten hat, rechtzeitig zum Jahresvoranschlag Stellung zu nehmen.

Zu § 438:

Das Recht der Mitwirkung des Überwachungsausschusses an der Geschäftsführung des Versicherungsträgers beziehungsweise des Hauptverbandes wurde gegenüber den derzeit geltenden einschlägigen Bestimmungen des § 32 Abs. 5, 6 und 8 SV-ÜG. 1953 weiter ausgebaut. Das einverständliche Vorgehen der beiden Verwaltungskörper wird zusätzlich auch bei der Bestellung, Kündigung und Entlassung des leitenden Arztes sowie dessen

ständigen Stellvertreter, ferner beim Abschluß von Verträgen mit den Vertragspartnern der Heilberufe und, soweit es sich um den Hauptverband handelt, auch bei der Beschlußfassung über die Aufstellung von Richtlinien nach § 31 Abs. 3 Z. 3 (Regelung der dienst-, besoldungs- und pensionsrechtlichen Verhältnisse der Sozialversicherungsbediensteten und Erstellung von Dienstpostenplänen) vorgeschrieben. Im übrigen wird das Verfahren für den Fall, daß ein Einverständnis zwischen den beiden genannten Verwaltungskörpern nicht zustandekommt, neu geregelt. Während bisher in einem solchen Fall der Überwachungsausschuß seine Vorstellungen samt deren Begründung dem Vorstand zu übergeben und sodann der Obmann die Beschlüsse des Vorstandes und des Überwachungsausschusses der Aufsichtsbehörde zur Entscheidung vorzulegen hatte, wird künftighin der Obmann den Vorstand und den Überwachungsausschuß zu einer gemeinsamen Sitzung und Beschlußfassung einzuberufen haben. Der Beschluß bedarf der Zweidrittel-Mehrheit der abgegebenen Stimmen. Der gemeinsam mit dem Überwachungsausschuß beratende Vorstand führt die Bezeichnung „erweiterter Vorstand“. Ist auch im erweiterten Vorstand ein gültiger Beschluß nicht zustande zu bringen, so hat zunächst der Hauptverband, dem der Obmann des Versicherungsträgers Mitteilung zu machen hat, den Versuch zu unternehmen, eine gültige Beschlußfassung im Bereich des Versicherungsträgers herbeizuführen. Scheitert auch dieser Versuch, dann bleibt es dem Obmann des Versicherungsträgers anheim gestellt, die Angelegenheit dem Bundesministerium für soziale Verwaltung zur Entscheidung vorzulegen. Eine Verpflichtung hiezu besteht jedoch nicht. Genehmigt das Bundesministerium für soziale Verwaltung den Beschluß des (einfachen) Vorstandes, so ist dieser auch ohne Zustimmung des Überwachungsausschusses und ohne gültigen Beschluß des erweiterten Vorstandes zu vollziehen. Diese Regelung läßt die Absicht erkennen, auch in den im § 438 Abs. 1 bezeichneten Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung eine Regelung im Bereich der autonomen Verwaltung herbeizuführen und erst dann, wenn alle Versuche diesbezüglich fehlgeschlagen haben, einen Eingriff der obersten Verwaltungsbehörde zuzulassen.

Zu § 442:

Nach dem derzeit geltenden Recht war die Regelung hinsichtlich der Beschlußfähigkeit eines Verwaltungskörpers der Satzung beziehungsweise der Geschäftsordnung des Versicherungsträgers überlassen. Da es sich hier aber um eine immerhin sehr

wesentliche Angelegenheit handelt und es angezeigt erscheint, eine einheitliche Regelung bei allen Versicherungsträgern. (Verbänden) herbeizuführen, wurden die Bestimmungen des Abs. 2 im § 442 neu eingefügt. Ihr Inhalt entspricht im wesentlichen der bei den meisten Versicherungsträgern schon tatsächlich bestehenden Übung.

Zu den §§ 443 und 444:

Hinsichtlich der Rechnungslegung der Versicherungsträger und des Hauptverbandes wurde im § 444 auf die erprobten einschlägigen Vorschriften des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes 1938 zurückgegriffen. Der Rechnungsabschluß, den die Versicherungsträger für jedes Kalenderjahr erstellen sollen, wird demgemäß so wie das auch derzeit schon auf Grund von Weisungen, die das Bundesministerium für soziale Verwaltung erlassen hat, praktisch gehandhabt wird — jedenfalls aus einer Erfolgsrechnung und einer Schlußbilanz zu bestehen haben. Außerdem haben die Versicherungsträger einen Geschäftsbericht und statistische Nachweisungen zu verfassen. Ein Termin für die Aufstellung des Jahresvoranschlages und des Rechnungsabschlusses ist im Entwurf nicht vorgesehen. Die Festsetzung eines solchen Termins ist vielmehr den nach Abs. 5 zu erlassenden Weisungen des Bundesministeriums für soziale Verwaltung vorbehalten. Dadurch soll die Möglichkeit geschaffen werden, die Regelung hinsichtlich des Termins den jeweiligen Gegebenheiten leichter anpassen zu können. Abs. 6 sieht die Veröffentlichung der Erfolgsrechnung der Versicherungsträger im amtlichen Teil der „Wiener Zeitung“ beziehungsweise in den amtlichen Landeszeitungen vor. Obwohl eine solche Veröffentlichung für die Versicherungsträger zweifellos mit großen Kosten verbunden ist, glaubt das Bundesministerium für soziale Verwaltung dennoch, daß hievon nicht Abstand genommen werden kann, weil die öffentliche Rechnungslegung wesentlich dazu beitragen wird, das Vertrauen der Öffentlichkeit in die Gebarung der Versicherungsträger zu stärken.

Eine bedeutsame Änderung gegenüber dem bisherigen Recht enthält Abs. 4, der bei der Erstellung des Rechnungsabschlusses und der statistischen Nachweisungen eine Sektionierung nach Arbeitern und Angestellten bei den Gebietskrankenkassen, Landwirtschaftskrankenkassen und Betriebskrankenkassen vorsieht. Hiedurch sollen für die weitere Entwicklung des Beitrags- und Leistungsrechtes wertvolle Unterlagen bereitgestellt werden.

Zu § 445:

Die bisher geltenden Vorschriften über die Rechtsbeziehungen der Betriebskranken-

124

kassen zu den Betriebsunternehmern wurden hier zusammengefaßt beziehungsweise soweit solche Vorschriften bisher fehlten, ergänzt.

Zu den §§ 446 und 447:

Die Aufzählung der zulässigen Vermögensanlagen wurde im Abs. 1 Z. 3 durch die Zulassung der Anlage in inländischen Liegenschaften (Grundstücken, Gebäuden) mit Ausnahme von Liegenschaften, die ausschließlich oder zum größten Teil industriellen, gewerblichen oder land- und forstwirtschaftlichen Zwecken dienen, ergänzt. Der Text der derzeit geltenden Bestimmungen des § 51 des Sozialversicherungs-Überleitungsgesetzes 1953 wurde bei der praktischen Anwendung des Gesetzes in mehrfacher Hinsicht als unzulänglich empfunden. Durch die Neutextierung der einschlägigen Bestimmungen im § 446 und im darauffolgenden § 447 soll die schon derzeit geübte Praxis auch im Wortlaut des Gesetzes eine unanfechtbare Grundlage finden. Materiellrechtlich enthalten diese Bestimmungen nur insofern eine wesentliche Änderung, als die fruchtbringende Anlage von verfügbaren Beständen der Versicherungsträger (des Hauptverbandes) in Einlagen bei Kreditunternehmen jeder Art zulässig sein wird, vorausgesetzt, daß sie einen anerkannten Ruf genießen.

Zu den §§ 448 und 449:

In die aus den §§ 41 bis 43 SV-ÜG. 1953 übernommenen Bestimmungen der §§ 448 und 449 der Vorlage, betreffend die Aufsichtsbehörden und die Aufgaben der Aufsicht, wurden die früher im Zusammenhang mit der Regelung der Tätigkeit der Verwaltungskörper im § 36 SV-ÜG. 1953 enthaltenen Bestimmungen über die Entsendung eines Vertreters des Bundesministeriums für Finanzen zu den Sitzungen der Verwaltungskörper der Versicherungsanstalten, an deren finanzieller Gestion der Bund wegen der Beteiligung von Bundesmitteln besonders interessiert ist, eingebaut. In diese Regelung wurde auch der Hauptverband neu einbezogen. Diese Änderung wurde in der Erwägung vorgenommen, daß es sich auch hier letzten Endes um eine Angelegenheit der bundesstaatlichen Aufsicht handelt.

Zu § 451 Abs. 2:

Zur Sicherung der kontinuierlichen Abwicklung der Versicherungsgeschäfte im Interesse der Versicherten werden als Ergänzung des bisher geltenden Rechtes die Bestimmungen über die Auflösung eines Verwaltungskörpers und die Übertragung der vorläufigen Geschäftsführung und Vertretung auf einen vorläufigen Verwalter auch für den Fall als anwendbar erklärt, daß ein Verwaltungskörper die ihm obliegenden Geschäfte nicht ausführt.

Zu den §§ 457 bis 459:

Die Vorschriften über die Versicherungsunterlagen für die Pensionsversicherung wurden im wesentlichen unverändert aus dem bisher geltenden Recht (§ 17 des I. Sozialversicherungs-Neuregelungsgesetzes) übernommen. Neu angefügt wurde die Bestimmung des § 458, wonach die Behörden der Arbeitslosenversicherung und der Kriegsoferversorgung verpflichtet sind, den Trägern der Krankenversicherung alle Tatsachen aus ihrem Geschäftsbereich bekanntzugeben, die für die Rentenansprüche aus der Pensionsversicherung von Bedeutung sind.

Zu § 460:

Auf dem Gebiete des Dienstrechtes der Sozialversicherungsbediensteten wurden im Zuge der Schaffung eines vorläufigen Dienstrechtes durch § 46 Abs. 1 Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz 1953 die Bestimmungen des Beamten-Überleitungsgesetzes, StGBI. Nr. 134/1945, für anwendbar erklärt. In dem letztgenannten Bundesgesetz war im § 5 Abs. 1 die Erstellung von Dienstpostenplänen vorgesehen. Diese Bestimmung war während der Geltung des vorläufigen Dienstrechtes gemäß § 46 Abs. 1 Z. 4 des Sozialversicherungs-Überleitungsgesetzes 1953 auf die Sozialversicherungsträger mit der Maßnahme anzuwenden, daß bei der Erstellung der Dienstpostenpläne auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsträger entsprechend Bedacht zu nehmen war. In den Richtlinien des Hauptverbandes zur Regelung der dienst-, besoldungs- und pensionsrechtlichen Verhältnisse der Sozialversicherungsbediensteten, die gemäß § 9 Abs. 3 lit. c Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz 1953 erlassen wurden und das vorläufige Dienstrecht ablösten, ist den Sozialversicherungsträgern die Erstellung eines Dienstpostenplanes nicht auferlegt. Das vorläufige Dienstrecht kann aber auf Bedienstete, für die der Hauptverband bereits Dienstordnungen erlassen hat, nicht mehr angewendet werden. Es erweist sich daher als notwendig, in die Vorlage (§ 460 Abs. 2) eine Bestimmung aufzunehmen, die, entsprechend der seinerzeit bestehenden Rechtslage, den Sozialversicherungsträgern die Erstellung eines Dienstpostenplanes unter Rücksichtnahme auf ihre wirtschaftliche Lage aufträgt.

Zum Neunten Teil:

Sonderbestimmungen.

Allgemeine Bemerkungen.

Der Neunte Teil enthält Sonderbestimmungen 1. für unständig beschäftigte Arbeiter in der Land- und Forstwirtschaft,

2. für Eisenbahnbedienstete,
3. über die Krankenversicherung der Bundesangestellten,
4. über die Meisterkrankenversicherung,
5. über die Notarversicherung,
6. für Geschädigte aus politischen oder religiösen Gründen oder aus Gründen der Abstammung.

Für die unter Z. 1 und 2 bezeichneten Personengruppen konnten die Sonderbestimmungen nicht in den Teilen I bis V untergebracht werden, weil es sich um umfangreiche, von den allgemeinen Bestimmungen erheblich abweichende Sonderregelungen handelt, deren zusammenfassende Darstellung in einem besonderen Abschnitt des Neunten Teiles sich als zweckmäßig erweist. Die Sonderbestimmungen unter Z. 3, 4 und 5 betreffen die im § 2 Abs. 2 angeführten Sondersicherungen der Krankenversicherung der Bundesangestellten, der Meisterkrankenversicherung und der Notarversicherung, für die die Vorschriften des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes nur soweit gelten sollen, als dies in den Vorschriften über diese Sondersicherungen oder in Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes angeordnet ist. Die Aufnahme solcher Sonderbestimmungen in die Vorlage war notwendig, weil das Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz 1953, das mit dem Wirksamkeitsbeginn des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes zur Gänze aufgehoben werden soll, auf gewissen Teilgebieten des Sozialversicherungsrechtes, wie zum Beispiel Arten, Bildung und Tätigkeit der Verwaltungskörper, Aufsicht, Bedienstete, Vermögensanlage, auch die bezeichneten Sondersicherungen erfaßte und bis zur gesetzlichen Neuregelung der Sondersicherungen eine Übergangsregelung, betreffend die Anwendbarkeit der einschlägigen Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes auf diese Sondersicherungen, unerlässlich ist. Die unter Z. 6 genannten Sonderbestimmungen, betreffend Begünstigungen für Geschädigte, entsprechen in ihrem Inhalte im wesentlichen den Bestimmungen des Abschnittes XIV (§§ 112 bis 117) des Sozialversicherungs-Überleitungsgesetzes 1953, doch wurden die Begünstigungen namentlich hinsichtlich der aus politischen, religiösen oder rassischen Gründen seinerzeit ausgewanderten entsprechend einer am 12. Juli 1955 im Nationalrat eingebrachten Regierungsvorlage, betreffend eine 4. Novelle zum SV-ÜG. 1953, noch erweitert. Auch hier erscheint es zweckmäßig, die zusammenfassende Darstellung der Begünstigungen in einem eigenen Abschnitt beizubehalten.

Zum Abschnitt I (§§ 461 bis 471): Versicherung der unständig beschäftigten Arbeiter in der Land- und Forstwirtschaft.

Die Sonderregelung, betreffend die Versicherung der unständig beschäftigten Arbeiter in der Land- und Forstwirtschaft, wie sie im Abschnitt I enthalten ist, knüpft an die Bestimmungen des § 5 Abs. 1 Z. 2 über die Ausnahme von geringfügig entlohnten Beschäftigten von der Vollversicherung und an die damit im Zusammenhang stehende Bestimmung des § 5 Abs. 2 über die Definition des Begriffes „geringfügig Beschäftigter“ an. Nach diesen Bestimmungen werden Dienstnehmer hinsichtlich einer Beschäftigung, die nach der Höhe des Entgeltes (Einkommens) als geringfügig anzusehen ist, grundsätzlich von der Vollversicherung ausgenommen. Sie werden gemäß § 7 Z. 3 lit. a nur in der Unfallversicherung teilversichert sein. Da es aber besonders in der Landwirtschaft Dienstnehmer gibt, die derart geringfügig entlohnten Tätigkeiten in rascher Aufeinanderfolge nachzugehen pflegen und hieraus einen wesentlichen Teil ihres Lebensunterhaltes zu bestreiten pflegen, unterstellt die Vorlage im Neunten Teil auch diese Dienstnehmer dem Schutze der Vollversicherung. Wegen der Kurzfristigkeit und des oftmaligen Wechsels des Beschäftigungsverhältnisses wie auch wegen der Unregelmäßigkeit hinsichtlich der Höhe der Entlohnung ist es aber nicht ohne weiteres möglich, die sonstigen Bestimmungen über die Durchführung der Sozialversicherung hinsichtlich der Erfassung des der Versicherung zugrunde liegenden Arbeitsverdienstes, der Einhebung der Beiträge und der Leistungen anzuwenden. Es sind Sonderregelungen unumgänglich notwendig, die auf die Eigenart solcher Beschäftigungsverhältnisse abgestellt sind. Die sonstigen Bestimmungen des ASVG. über die materielle rechtliche Regelung der Sozialversicherung sollen auf die unständig beschäftigten Arbeiter in der Land- und Forstwirtschaft nur soweit angewendet werden, als nicht im Abschnitt I des Neunten Teiles abweichende Sonderbestimmungen vorgesehen sind.

Als Vorbild für die Sonderregelung im Abschnitt I, betreffend die unständig beschäftigten Arbeiter in der Land- und Forstwirtschaft, diente die seit dem 1. April 1952 in Wirksamkeit stehende Sonderregelung der Kranken- und Invalidenversicherung der unständig Beschäftigten in der Land- und Forstwirtschaft, wie sie im Abschnitt II (§§ 18 bis 28) des 1. Sozialversicherungs-Neuregelungsgesetzes, BGBl. Nr. 86/1952, getroffen worden war. Die praktischen Erfahrungen bei der Durchführung des bezogenen Gesetzes wurden in der Vorlage berücksichtigt.

Zu § 461:

Während das 1. Sozialversicherungs-Neuregelungsgesetz im § 18 den Anwendungsbereich der Sonderregelung auf die Kranken- und Invalidenversicherung beschränkte, werden die Sonderbestimmungen nach der Vorlage auch die Unfallversicherung der unständig Beschäftigten umfassen. Nur hinsichtlich der Aufbringung der Mittel wird in der Land- und Forstwirtschaft die Unfallversicherung insofern eine Sonderstellung haben, als in dieser Versicherung die Beiträge nach dem Grundsatz der Pauschalierung als Zuschlag zur Grundsteuer eingehoben werden.

Zu § 462:

Die Definition des Begriffes „unständig Beschäftigter“ wurde mit folgenden Änderungen aus § 19 Abs. 1 des 1. Sozialversicherungs-Neuregelungsgesetzes übernommen:

1. Einem Vorschlag des Hauptverbandes entsprechend wurde die Mindestzahl von Arbeitstagen im Kalendermonat, die erforderlich ist, um einen geringfügig entlohnten Beschäftigten als vollversicherten unständig Beschäftigten zu behandeln, von neun Arbeitstagen auf zehn Arbeitstage erhöht.

2. Der Begriff des unständig beschäftigten Arbeiters wird im § 462 durch die Einführung des Begriffes „kurzfristiges Beschäftigungsverhältnis“ für die praktische Anwendung der Sonderbestimmungen klargestellt. Als kurzfristig wird jedes Beschäftigungsverhältnis in der Land- und Forstwirtschaft anzusehen sein, das höchstens zwei unmittelbar aufeinanderfolgende Arbeitstage dauert, wobei als Arbeitstag wieder jeder Kalendertag zu berücksichtigen ist, an dem der unständig beschäftigte Arbeiter in einem Beschäftigungsverhältnis mindestens vier Stunden tätig ist. Das einzelne kurzfristige Beschäftigungsverhältnis begründet für sich allein noch nicht Anwartschaften und Ansprüche auf Leistungen aus der Sozialversicherung nach den Sonderbestimmungen des Neunten Teiles. Es ist hiezu vielmehr erforderlich, daß der Arbeiter derartigen kurzfristigen Beschäftigungen mindestens an zehn Arbeitstagen im Kalendermonat nachgegangen ist. Erst dann erlangt er den Charakter eines unständig beschäftigten Arbeiters. Die Einführung des Begriffes „kurzfristiges Beschäftigungsverhältnis“ war auch deshalb notwendig, um die Erfassung der unständig beschäftigten Arbeiter zu ermöglichen, da es ja erst nach Ablauf je eines Kalendermonates möglich sein wird, festzustellen, ob der betreffende Arbeiter die erforderlichen zehn Arbeitstage im Kalendermonat aufzuweisen und damit den Charakter eines unständig beschäftigten Arbeiters in dem betreffenden Kalendermonat erlangt hat.

Zu § 463:

Die Bestimmung des § 463 über die Weiterversicherung enthält eine Begünstigung für die unständig beschäftigten Arbeiter gegenüber dem § 16 Abs. 1 der Vorlage, weil die allgemeine Frist für die Geltendmachung des Rechtes auf Weiterversicherung, die im § 16 Abs. 1 der Vorlage mit drei Wochen nach dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung begrenzt ist, für unständig Beschäftigte auf fünf Wochen erweitert wird. Diese Begünstigung kann damit begründet werden, daß man dem unständig Beschäftigten einen längeren Zeitraum einräumen muß für die Überlegung, ob er sich weiterversichern soll oder nicht, weil er ja von vornherein nicht wissen kann, ob es ihm möglich sein wird, die erforderliche Anzahl von Arbeitstagen für die Pflichtversicherung zu erreichen.

Zu den §§ 464 und 465:

Die dem § 22 des 1. Sozialversicherungs-Neuregelungsgesetzes nachgebildeten Vorschriften über die Meldungen unständig beschäftigter Arbeiter erfuhren zunächst im Abs. 1 im Anschluß an den im § 462 neu eingeführten Begriff des kurzfristigen Beschäftigungsverhältnisses eine Änderung dahingehend, daß die Meldepflicht jeden kurzfristig beschäftigten Arbeiter trifft, auch wenn noch nicht feststeht, daß er im Beschäftigungsmonat die erforderliche Zahl von Arbeitstagen für die Eigenschaft eines unständig beschäftigten Arbeiters erreichen wird. Auch die weiteren Bestimmungen über die Meldungen und den Ausweis sind dementsprechend auf kurzfristig beschäftigte Arbeiter abgestellt.

Zu § 466:

Die bisherige Regelung des § 24 des 1. Sozialversicherungs-Neuregelungsgesetzes, betreffend die Versicherungsbeiträge für unständig Beschäftigte, hat sich in der Praxis im allgemeinen bewährt. Sie konnte daher mit einigen wenigen Änderungen in die Vorlage übernommen werden. Die Änderungen stehen im Zusammenhang mit der Einführung des Begriffes „kurzfristiges Beschäftigungsverhältnis“ im § 462. Ebenso wie bei den Meldungen wird auch bei der Beitragsleistung jeder kurzfristig Beschäftigte erfaßt, auch wenn er im Laufe des Beschäftigungsmonates die erforderliche Mindestanzahl von Arbeitstagen für die Qualifikation als unständig Beschäftigter nicht erreicht. Neu ist die Bestimmung des Abs. 6, die eine Verwertung nicht rückerstatteter Beiträge in der Weiterversicherung zuläßt.

Zu § 467:

Die Verhältnisse hinsichtlich der Art und der Gestaltung der Arbeitsverhältnisse der

unständig Beschäftigten sind bei den einzelnen Beschäftigtengruppen und auch in den einzelnen Ländern so verschieden, daß es kaum möglich ist, alle diese Beschäftigungsverhältnisse versicherungsrechtlich ganz gleich zu behandeln. Es war daher schon bei der Regelung der Versicherung der unständig Beschäftigten in der Land- und Forstwirtschaft durch das 1. Sozialversicherungs-Neuregelungsgesetz notwendig, eine weitgehende Ermächtigung für die Landwirtschaftskrankenkassen bezüglich abweichender Sonderregelungen für die Meldungen und Versicherungsbeiträge aufzunehmen (§ 25 des 1. Sozialversicherungs-Neuregelungsgesetzes). Auch die Vorlage läßt im § 467 eine abweichende Regelung der Meldungen und Versicherungsbeiträge von der normalen Regelung zu. Sie wird aber im Gesetz selbst getroffen und ist anzuwenden, wenn der kurzfristig beschäftigte Arbeiter dies beantragt und bereits eine gewisse Mindestversicherungsdauer (60 Monate) aufweist. Diese gegenüber dem 1. Sozialversicherungs-Neuregelungsgesetz neue Bestimmung ist auf Grund eines Vorschlages des Hauptverbandes, der sich auf praktische Erfahrungen bei der Durchführung der bisherigen Bestimmungen stützt, in die Vorlage aufgenommen worden.

Zu § 468:

In Ansehung der Leistungen aus der Krankenversicherung wurde die Regelung des § 26 des 1. Sozialversicherungs-Neuregelungsgesetzes mit folgenden Änderungen beibehalten:

1. Durch die Satzung des Versicherungsträgers soll die Wartezeit für den Anspruch auf die satzungsmäßigen Mehrleistungen — einem Vorschlag des Hauptverbandes entsprechend — auch länger als mit 26 Wochen festgesetzt werden können. Nach den allgemeinen Bestimmungen des § 121 Abs. 3 kann der Anspruch auf Mehrleistungen von der Erfüllung einer Wartezeit von 6 Monaten innerhalb der letzten 12 Monate vor Eintritt des Versicherungsfalles abhängig gemacht werden.

2. Als Bemessungsgrundlage für die baren Leistungen der Krankenversicherung konnte nicht mehr ein Grundlohn herangezogen werden, weil dieser Begriff überhaupt fallengelassen wurde. An dessen Stelle sieht die Vorlage den Tageswert einer Lohnstufe vor, in die der unständig Beschäftigte durch die Satzung eingereiht wird. Hierbei können auch Mitgliederklassen für einzelne Gruppen von unständig Beschäftigten bestimmt werden.

3. Für den Anspruch auf Kranken- und Hausgeld wird außer der Erfüllung der Wartezeit noch die Zurücklegung von mindestens 20 anrechenbaren Arbeitstagen (derzeit 18 Ar-

beitstage) innerhalb der letzten zwei Kalendermonate vor dem Beginn der mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Erkrankung oder — so wie auch derzeit — eine Versicherungszeit von mindestens 26 Wochen innerhalb der letzten 52 Wochen vor dem genannten Zeitpunkt erforderlich sein.

Zu § 470:

Die hier an Stelle der Regeln des § 27 des 1. Sozialversicherungs-Neuregelungsgesetzes aufgenommenen Regeln für die Bemessung der Leistungen aus der Pensionsversicherung wurden an das neue Leistungsrecht des Vierten Teiles angepaßt. Eine solche Anpassung war schon deshalb erforderlich, weil nach der Neuregelung im Vierten Teil nicht nur die Steigerungsbeträge, sondern auch der Grundbetrag der Rente von den Beitragsgrundlagen abhängen (siehe § 261). Eine kleine Verbesserung des Leistungsrechtes für die unständig Beschäftigten bringt die Vorlage durch die Bestimmungen des § 470, wonach jeder Kalendermonat, für den im Ausweis mindestens 15 Arbeitstage eingetragen sind, als Beitragsmonat der Pflichtversicherung zählt, und daß Kalendermonate, für welche die Beiträge gemäß § 467 Abs. 1 auf Antrag des kurzfristig beschäftigten Arbeiters bei Vorliegen einer längeren Vorversicherungszeit fortlaufend für den ganzen Kalendermonat berechnet werden, jedenfalls als Beitragsmonate der Pflichtversicherung zählen. Nach dem derzeit geltenden Recht (§ 27 Abs. 1 des 1. Sozialversicherungs-Neuregelungsgesetzes) werden erst für 20 in einem Kalendermonat eingetragene Arbeitstage vier Wochen gezählt.

Zum Abschnitt II (§§ 472 bis 479): Versicherung der Bediensteten der dem öffentlichen Verkehr dienenden Eisenbahnen.

Die in diesem Abschnitt zusammenfassend dargestellten Sonderbestimmungen über die Versicherung der Eisenbahnbediensteten sollen zunächst die Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 14. Juli 1949, BGBl. Nr. 196, betreffend einige Bestimmungen über die Sozialversicherung der Bediensteten der dem öffentlichen Verkehr dienenden Eisenbahnen, in der Fassung des Bundesgesetzes vom 14. März 1951, BGBl. Nr. 76, ersetzen. Einige Bestimmungen dieses Abschnittes, wie die §§ 472 Abs. 4, 477 und 479 treten an die Stelle der entsprechenden, im Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz 1953 enthaltenen Bestimmungen über die Versicherung der Eisenbahnbediensteten, und zwar des § 84 Abs. 3 über den Höchstbeitrag, des § 68 über die Erhöhung der Renten aus der Unfallversicherung bei Wegfall der erhöhten Haftpflicht der Eisenbahnen bei Dienst- und

Arbeitsunfällen und des § 122 über die Pensionsinstitute. Die Bestimmungen des § 476 sollen die gesetzliche Grundlage für die weitere Einbeziehung von kostenlos durch die Eisenbahnen beförderten Bundesbediensteten in den Unfallversicherungsschutz bilden, die schon derzeit auf Grund des § 540 Abs. 1 RVO. durch die Satzung der Anstalt der Unfallversicherung unterstellt sind. Der Abschnitt II enthält daher im großen und ganzen nur eine Neukodifikation bereits geltenden Rechtes. Neu sind lediglich die Bestimmungen des § 472 Abs. 2 und des § 474 Abs. 2. § 472 Abs. 2 soll es ermöglichen, eine kleine Gruppe von Sondervertragsangestellten der Österreichischen Bundesbahnen, die ähnliche besoldungs- und pensionsrechtliche Verhältnisse aufweisen wie die Bundesbahnbeamten, in die Krankenversicherung der Bundesangestellten einzubeziehen. Es wird hiedurch einem schon seit langem geäußerten Verlangen des Bundesministeriums für Verkehr und verstaatlichte Betriebe Rechnung getragen. § 474 Abs. 2 läßt hinsichtlich der Auszahlung von Kranken-, Familien- und Taggeld eine von § 104 Abs. 1 abweichende satzungsmäßige Regelung zu, die der Organisation der Eisenbahnversicherung Rechnung trägt. Die letzten beiden Sätze im § 474 Abs. 1 wurden in Berücksichtigung des Umstandes angefügt, daß sowohl Bundesbahnbedienstete wie auch Privatbahnbedienstete, denen Angestelltencharakter zukommt, im Erkrankungsfall bei Arbeitsunfähigkeit nur für längstens drei Tage das Entgelt vom Dienstgeber weiter erhalten, sodaß also die Versicherungsanstalt ab dem vierten Tag der Arbeitsunfähigkeit das Krankengeld zu leisten hat. Um den dadurch für sie entstehenden Mehraufwand decken zu können, wird durch die Sonderbestimmung im § 474 Abs. 1 vorletzter und letzter Satz der Höchstbeitragssatz mit 7 v. H. so wie bei den Arbeitern begrenzt.

Zum Abschnitt III (§§ 480 bis 499): Sonderversicherungen.

Wie schon im Allgemeinen Teil der Erläuternden Bemerkungen ausgeführt wurde, ist es notwendig, für die im § 2 Abs. 2 genannten Sonderversicherungen der Krankenversicherung der Bundesangestellten, der Meisterkrankenversicherung und der Notarversicherung bis zur gesetzlichen Neuregelung dieser Versicherungen vorläufig Bestimmungen in den Entwurf des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes aufzunehmen, wonach auf gewissen Teilgebieten des Sozialversicherungsrechtes, für die schon bisher gemeinsame Bestimmungen des Sozialversicherungs-Überleitungsgesetzes 1953 gegolten haben, auch künftighin die einschlägigen Be-

stimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes für anwendbar erklärt werden. Die in Betracht kommenden gemeinsamen Bestimmungen sind im § 480 angeführt.

Die folgenden Unterabschnitte (2., 3. und 4. Unterabschnitt) enthalten darüber hinaus noch gewisse Sonderbestimmungen für die einzelnen der genannten Sonderversicherungen. Auch diese Sonderbestimmungen sollen im wesentlichen unverändert bisher geltende Bestimmungen des Sozialversicherungs-Überleitungsgesetzes 1953 ablösen.

In der Krankenversicherung der Bundesangestellten handelt es sich um die bisherigen Bestimmungen des § 14 Abs. 2 über die Arten der Verwaltungskörper, des § 19 Abs. 1 Z. 4 und Abs. 2 über die Zusammensetzung der Verwaltungskörper, des § 54 über Anstaltsmitglieder und Anstaltsangehörige, des § 54 a Abs. 1 lit. d letzter Satz über das Ruhen des Leistungsanspruches und des § 84 über die Versicherungsbeiträge.

Im § 487, der an die Stelle des § 54 Abs. 2 des Sozialversicherungs-Überleitungsgesetzes 1953 treten wird, wurde eine neue Formulierung gewählt, weil der derzeit geltende Text des § 54 Abs. 2 des Sozialversicherungs-Überleitungsgesetzes 1953, der eine sehr weitgehende Ermächtigung für die Krankenversicherungsanstalt der Bundesangestellten zur Einbeziehung von Gemeindebediensteten in die Krankenversicherung der Bundesangestellten enthält, verfassungsrechtlich anfechtbar war. Durch die im § 487 nunmehr vorgesehene Novellierung des § 1 a Abs. 1 Z. 1 lit. a des Bundesangestellten - Krankenversicherungsgesetzes 1937, der sich in seinem gegenwärtigen Wortlaut nur auf die Angestellten der Länder, der bundesunmittelbaren Stadt Wien und der landesunmittelbaren Städte bezieht, werden die Bediensteten sonstiger Gemeinden den Angestellten der Länder und der landesunmittelbaren Städte gleichgestellt. Es wird daher künftighin die Einbeziehung von Gemeindebediensteten gemäß § 1 a Abs. 3 des Bundesangestellten - Krankenversicherungsgesetzes 1937 auf Antrag der Gemeinde und nach Anhörung der Krankenversicherungsanstalt der Bundesangestellten vom Bundesministerium für soziale Verwaltung durch Verordnung zu verfügen sein. Auf Grund des alten Rechtes bereits verfügte Erweiterungen des Versicherungskreises werden durch § 487 Abs. 2 aufrechterhalten.

§ 489 nimmt Bezug auf die Bestimmungen des § 10 Abs. 1 letzter Satz und des § 11 Abs. 5 im Ersten Teil der Vorlage, betreffend den Beginn und das Ende der Pflichtversicherung im Falle der Aufnahme in ein öffentlich-rechtliches Dienstverhältnis oder beim Ausscheiden aus einem solchen.

Da die dort aufgestellten Grundsätze auch für den Beginn und das Ende der Krankenversicherung nach den Vorschriften des Bundesangestellten-Krankenversicherungsgesetzes 1937 von Bedeutung sind, § 10 Abs. 1 letzter Satz und § 11 Abs. 5 aber für diese Krankenversicherung unmittelbar nicht gelten werden, ist es notwendig, im § 489 die Anwendbarkeit der bezogenen Bestimmungen über den Beginn und das Ende der Pflichtversicherung auch in der Krankenversicherung der Bundesangestellten ausdrücklich anzuordnen. Dies bedeutet keine Neuerung gegenüber dem derzeit geltenden Recht, weil auch die §§ 1 und 2 des oben erwähnten Bundesgesetzes vom 8. Juli 1948, BGBl. Nr. 177, die Krankenversicherung der Bundesangestellten mit erfaßten.

Eine Neuerung gegenüber dem geltenden Recht enthält § 485 Abs. 2 zugunsten der schuldlos geschiedenen Ehegattin eines nach den Vorschriften über die Krankenversicherung der Bundesangestellten Pflichtversicherten. Einer solchen Ehegattin wird das Recht eingeräumt, der Krankenversicherung freiwillig beizutreten. Damit findet ein schon seit langem geäußelter Wunsch aus Kreisen der Versicherten Erfüllung.

In der Meisterkrankenversicherung werden durch die Sonderbestimmungen des 3. Unterabschnittes folgende Bestimmungen des Sozialversicherungs-Überleitungsgesetzes 1953 ersetzt: §§ 14 ff. über die Arten und Bildung der Verwaltungskörper, insbesondere § 19 Abs. 4 über die Zusammensetzung der Verwaltungskörper der Meisterkrankenkassen durch die Bestimmungen des § 491 Z. 4, über die Verwaltungskörper, die §§ 8 Abs. 1, 19 Abs. 4, 22, 31 Abs. 1 über den Verband der Meisterkrankenkassen durch § 493.

Im § 491 wird hinsichtlich einzelner Teilgebiete des Sozialversicherungsrechtes, auf denen schon bisher die für die Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten geltenden Vorschriften auch in der Meisterkrankenversicherung angewendet worden sind, die Anwendbarkeit von Bestimmungen des Ersten, Zweiten, Fünften und Achten Teiles in der Meisterkrankenversicherung vorgesehen. Hiedurch wird die Aufhebung des Erlasses des ehemaligen Reichsarbeitsministers vom 13. Oktober 1941, Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung S. II 415, über die Rechtsstellung der Meisterkrankenkassen ermöglicht, in dem unter anderem verfügt worden war, daß auf die Meisterkrankenkassen gewisse Vorschriften der RVO. sinngemäße Anwendung zu finden haben. Bei der Auswahl der auch in der Meisterkrankenversicherung anzuwendenden Bestimmungen wurde auf die Besonderheiten dieser

Versicherung hinsichtlich der Eigenart der Versicherten (selbständig Erwerbstätige) sowie Art und Aufbau der Versicherungsleistungen Bedacht genommen. Die ausgewählten Bestimmungen können mit einigen Ergänzungen auch in der Meisterkrankenversicherung angewendet werden.

Durch die Bestimmung des § 490 Abs. 1 letzter Satz wird der Kreis der in die Meisterkrankenversicherung einbezogenen Personengruppen nach dem Stand vom 9. April 1945, das ist dem Stichtag für die Übernahme früherer reichsrechtlicher Vorschriften als vorläufiges österreichisches Recht (§ 1 Abs. 1 SV-ÜG.) beibehalten. Diese Regelung knüpft an die Bestimmung des § 30 Abs. 2 der Zweiten Verordnung zur Durchführung und Ergänzung der sogenannten Einführungsverordnung vom 5. Februar 1940, DRGBl. I S. 270, an. Auf Grund dieser Verordnung konnte das damalige Oberversicherungsamt Wien die Angleichung des Bezirkes und des Kreises der Pflichtversicherten der Meisterkrankenkassen an die damals eingetretenen Gebietsveränderungen und an die Organisation der gewerblichen Wirtschaft verfügen und hiebei einerseits den Versicherungszwang auf Personen ausdehnen, die bis dahin der Pflichtversicherung nicht unterlagen, andererseits auch einen bestehenden Versicherungszwang aufheben. Die bezüglichen Verfügungen sollen in ihren rechtlichen Auswirkungen auch weiterhin aufrecht bleiben, obwohl im übrigen alle als vorläufiges österreichisches Recht rezipierten reichsversicherungsrechtlichen Vorschriften durch § 541 Abs. 2 aufgehoben werden.

Seit der Überleitung des Sozialversicherungsrechtes fehlte eine gesetzliche Grundlage für die weitere Entwicklung der Meisterkrankenversicherung in der Richtung einer Ausdehnung des Versicherungsschutzes auf bisher nicht einbezogene Gruppen von Gewerbe- und Handeltreibenden. Dieser Mangel wird durch die Bestimmung des § 490 Abs. 2 beseitigt. Künftighin werden die Fachgruppen der Kammern der gewerblichen Wirtschaft ermächtigt sein, Beschlüsse über die Verpflichtung von Kammermitgliedern zur Pflichtkrankenversicherung zu fassen, vorausgesetzt, daß gleichzeitig der Beitritt zu der sachlich und örtlich in Betracht kommenden Meisterkrankenkasse beschlossen wird. Desgleichen werden die Fachgruppen ermächtigt sein, die Pflichtversicherung innerhalb der Fachgruppe auf Mitglieder auszudehnen, die bisher der Pflichtversicherung nicht unterlagen. Die im 3. Unterabschnitt enthaltene Regelung, betreffend die Meisterkrankenversicherung, ist nur als Provisorium gedacht, das durch eine neue Gesamtregelung der Meisterkrankenver-

sicherung durch ein Sondergesetz abgelöst werden soll.

Hinsichtlich der Notarversicherung wird im § 494 zunächst in Übereinstimmung mit dem bisherigen Recht (§ 14 Abs. 3 des Sozialversicherungs-Überleitungsgesetzes 1953) angeordnet, daß für die Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates die Vorschriften des Notarversicherungsgesetzes 1938 über die Verwaltungskörper gelten, sodaß also in dieser Versicherung die allgemeinen Bestimmungen des Achten Teiles über die Verwaltung der Sozialversicherungsträger nicht heranzuziehen sein werden. Die §§ 495 und 496 treten an die Stelle der bisherigen Bestimmungen der §§ 60 und 84 Abs. 3 des Sozialversicherungs-Überleitungsgesetzes 1953.

Im § 497 werden die Fälle neu geregelt, in denen ein Versicherter sowohl in der Pensionsversicherung nach dem Notarversicherungsgesetz 1938 wie auch in der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz Beitragszeiten erworben hat. In diesen Fällen sind nach Abs. 1 und 2 dieses Paragraphen in jeder der beiden Pensionsversicherungen die in der anderen Pensionsversicherung erworbenen Beitragsmonate für die Wahrung der Anwartschaft beziehungsweise für die Anrechenbarkeit der Versicherungszeiten und für die Erfüllung der Wartezeit (in der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz auch für die Dritteldeckung) wie eigene Beitragszeiten zu berücksichtigen. Abs. 3 verfügt, daß in solchen Fällen bei der Bemessung des Steigerungsbetrages zu Leistungen aus der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz der anzuwendende Satz unter Berücksichtigung der für die Bemessung der Leistung nach dem Notarversicherungsgesetz 1938 anrechenbaren Beitragszeiten zu bestimmen ist. Abs. 4 trifft Vorsorge, daß beim Zusammentreffen eines Rentenanspruches aus der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz mit einem Rentenanspruch aus der Pensionsversicherung nach dem Notarversicherungsgesetz 1938 der Grundbetrag jedes der beiden Rentenansprüche insoweit ruht, daß dem Rentenberechtigten nur der größere Grundbetrag verbleibt, er also nicht besser behandelt wird, als wenn er seine ganzen Versicherungszeiten in der Versicherung verbracht hätte, aus der ihm der größere Grundbetrag erwuchs. Abs. 5 hebt die einschlägigen bisherigen überholten Bestimmungen des Notarversicherungsgesetzes 1938 auf. Abs. 6 bestimmt, auf welche Fälle die Neuregelung anzuwenden ist.

§ 498 paßt die Bestimmungen des § 1 Abs. 2 des Notarversicherungsgesetzes 1938 an die durch das ASVG. geänderte Rechtslage an.

§ 499 verfügt, daß in Fällen des Ausscheidens aus einem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis bei nachherigem unmittelbarem Eintritt in die Pensionsversicherung nach dem Notarversicherungsgesetz 1938 die Regelung der §§ 311 bis 313 mit der Maßgabe anzuwenden ist, daß der Überweisungsbetrag an die Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates zu leisten ist. Diese Regelung ist nach Abs. 2 mit gewissen Besonderheiten auch anzuwenden, wenn das Ausscheiden aus dem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis vor dem 1. Jänner 1956 erfolgt ist. Durch diesen Paragraphen wird eine Lücke der Regelung des Notarversicherungsgesetzes ausgefüllt, die sich bereits unliebsam bemerkbar gemacht hat.

Zum Abschnitt IV (§§ 500 bis 506): Begünstigungen für Geschädigte aus politischen oder religiösen Gründen oder aus Gründen der Abstammung.

Im Zuge der Neukodifikation des Sozialversicherungsrechtes mußten auch die Bestimmungen des Abschnittes XIV (§§ 112 bis 117) des Sozialversicherungs-Überleitungsgesetzes 1953 über die Begünstigungen für Geschädigte aus politischen oder religiösen Gründen oder aus Gründen der Abstammung, soweit sie nicht reinen Überleitungscharakter hatten und daher als überholt angesehen werden können, in die Vorlage übernommen werden. Hiebei wurden die Änderungen und Ergänzungen, die diese Bestimmungen durch die 2. und 3. Novelle zum Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz 1953, BGBl. Nr. 97/1954 und BGBl. Nr. 165/1954, erfahren haben, und auch die Änderungen und Ergänzungen, die in der am 12. Juli 1955 eingebrachten Regierungsvorlage, betreffend eine 4. Novelle zum SV-ÜG 1953, im Art. I Z. 2 bis 8 enthalten sind, berücksichtigt. Auf die Erläuternden Bemerkungen zu der letzterwähnten Regierungsvorlage darf hingewiesen werden.

Zum Zehnten Teil:

Übergangs- und Schlußbestimmungen.

Zum Abschnitt I (§§ 507 bis 536): Übergangsbestimmungen.

Die Übergangsbestimmungen der §§ 507 bis 511 und 513 bis 516 tragen dem Umstand Rechnung, daß die Bestimmungen des Ersten Teiles der Vorlage gewisse Änderungen im Kreis der Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten herbeiführen werden. Personen, die bisher versicherungsfrei waren, werden versicherungspflichtig werden und um-

gekehrt kann es auch vorkommen, daß Beschäftigungsverhältnisse, die nach bisherigem Recht den Versicherungsschutz begründeten, aus der Versicherung herausgenommen werden. In beiden Fällen sind Übergangsbestimmungen notwendig, um unnötige Härten beim Übergang zum neuen Recht nach Möglichkeit zu vermeiden. Im einzelnen wäre noch zu bemerken, daß sich nach § 510 Abs. 1 in der Meisterkrankenversicherung nur Personen, die auf Grund einer Erwerbstätigkeit pflichtversichert sind, befreien lassen können, nicht aber auch Personen, die auf Grund eines Rentenbezuges in der allgemeinen Sozialversicherung versichert sind; Stückmeister (Zwischenmeister), die bei einer Meisterkrankenkasse versichert sind und als solche gemäß § 5 Abs. 1 Z. 10 von der Vollversicherung nach dem ASVG. ausgenommen, gemäß § 7 Z. 2 lit. b aber in der Unfall- und Pensionsversicherung nach dem ASVG. teilversichert sein werden, sollen von der Befreiungsmöglichkeit des § 510 ausgeschlossen sein. Sie werden in ihrer Tätigkeit als Heimarbeiter beziehungsweise Zwischen(Stück)meister jedenfalls in der Meisterkrankenversicherung versichert bleiben.

Durch § 512 wird eine kleine Gruppe von Dienstnehmern von der Versicherungspflicht ausgenommen. Es handelt sich um die ständigen Angestellten des Zentraldienstes und der Wiener Liquidatur der Donau-Save-Adria-Eisenbahngesellschaft (vormals Südbahngesellschaft). Diese ist eine protokollierte Firma mit dem Sitz in Wien, auf die gemäß Artikel 4 Abs. 6 des Südbahnabkommens vom 29. März 1923, BGBl. Nr. 546, die österreichischen Gesetze und sonstigen Vorschriften insoweit keine Anwendung finden, als sie mit dem Abkommen in Widerspruch stehen. Da nach Artikel 17 Abs. 16 des Südbahnabkommens für die Bediensteten durch eine eigene Versorgungseinrichtung des Unternehmens entsprechend vorgesorgt ist, müssen die in Rede stehenden Dienstnehmer — es handelt sich nach einem Bericht der genannten Gesellschaft um etwa zehn Bedienstete — so wie schon bisher von der Pflichtversicherung ausgenommen bleiben. Neue Versicherte dieser Art können nicht mehr anfallen, weshalb die bezügliche Bestimmung als Übergangsbestimmung in den Zehnten Teil aufgenommen wurde.

Durch die Bestimmungen des § 517 über die Umbenennung bisheriger Versicherungsträger wird lediglich zum Ausdruck gebracht, daß die umbenannten Versicherungsträger rechtlich identisch mit den Versicherungsträgern sind, die nach bisherigem Recht die gleichen Aufgaben hatten wie die ent-

sprechenden im Ersten Teil vorgesehenen Versicherungsträger. Es handelt sich also hier nicht um neue Körperschaften, die Rechtsnachfolger früherer Körperschaften sind, sondern um bloß umbenannte, schon bisher bestehende Körperschaften.

Die Aufhebung der aus dem Reichsversicherungsrecht als vorläufiges österreichisches Recht übernommenen Eigenunfallversicherung der Gemeinde Wien im Ersten Teil der Vorlage läßt es notwendig erscheinen, den Übergang der Unfallversicherung von der Gemeinde Wien als bisherigem Träger der Unfallversicherung für die Bediensteten ihrer Hoheitsverwaltung und ihrer Eigenbetriebe zu regeln. Die im Ersten Teil vorgesehenen Träger der Unfallversicherung werden durch § 518 Abs. 1 verpflichtet, die Entschädigungen aus Arbeitsunfällen (Berufskrankheiten), die bis zum Wirksamkeitsbeginn des ASVG. die Gemeinde Wien zu gewähren hatte, weiterhin zu leisten. Die Gemeinde Wien wird hiefür im Abs. 2 des § 518 ihrerseits verpflichtet, einen Überweisungsbetrag an die übernehmenden Unfallversicherungsträger zu leisten. Wenn auch die Gemeinde Wien als Träger der Eigenunfallversicherung nicht verpflichtet war, eine Rücklage zu bilden, so ist es doch gerechtfertigt, sie zur Leistung eines Überweisungsbetrages anlässlich der Übertragung der Versicherungslast auf die neuen Versicherungsträger zu verhalten, weil diese Versicherungsträger aus den Beiträgen, die die Gemeinde Wien als Dienstgeberin bei früherer Zuständigkeit der anderen Unfallversicherungsträger zu leisten gehabt hätte, auch Mittel für die Rücklagenbildung abzweigen hätten müssen. Im gleichen Maße, in dem die übernehmenden Träger der Unfallversicherung für ihren alten Versichertenstock Rücklagen angesammelt haben, soll die Gemeinde Wien für die von ihr abzugebenden Versicherten durch den Überweisungsbetrag zur Rücklagenbildung beitragen.

Hinsichtlich der Regelung der sachlichen Zuständigkeit in der Krankenversicherung der Rentner tritt gemäß § 26 eine Änderung ein. Auf die einschlägigen Erläuternden Bemerkungen zu § 26 wird hingewiesen. § 519 läßt diese Änderung in der sachlichen Zuständigkeit bei Renten, die erstmals vor dem allgemeinen Wirksamkeitsbeginn des ASVG., das ist vor dem 1. Jänner 1956, festgestellt worden sind, beziehungsweise festgestellt werden, erst auf Antrag des Rentenbeziehers wirksam werden, und zwar mit dem auf die Antragstellung folgenden Monatsersten. Eine solche Übergangsregelung ist notwendig, weil das amtswegige Herausgreifen der Fälle, in denen die neue Regelung die Zuständigkeit

eines anderen als des bisherigen Trägers der Krankenversicherung begründet, mit einem ganz beträchtlichen Verwaltungsmehraufwand verbunden wäre, der vermieden werden kann, wenn die Änderung in der sachlichen Zuständigkeit erst auf Antrag des Beziehers der Rente vorgenommen wird.

Die Übergangsbestimmung des § 521, betreffend die Beitragsgrundlagen bei bisheriger freiwilliger Rentenversicherung, wurden nicht nur auf bisher Selbstversicherte, sondern auch auf nach bisherigem Recht Weiterversicherte abgestellt, weil es bei diesen Weiterversicherten unmöglich gewesen wäre, auf die letzte Beitragsgrundlage in der Pflichtversicherung zurückzugreifen. Diese hätte den seither eingetretenen Lohn- und Preisänderungen entsprechend valorisiert werden müssen. Es wird daher auch bei diesen Weiterversicherten als Beitragsgrundlage der Betrag anzunehmen sein, der der Höhe des im letzten Beitragszeitraum vor dem Wirksamkeitsbeginn des ASVG. in der Weiterversicherung selbst entrichteten Beitrages entspricht.

Die Bestimmungen des § 522 regeln den Übergang vom alten Leistungsrecht auf das neue Leistungsrecht. Hier wird von dem Grundsatz ausgegangen, daß das neue Leistungsrecht, wie es im Abschnitt VI des Ersten Teiles, im Zweiten bis Vierten und Neunten Teil dargestellt ist, zunächst nur für Leistungen aus neu eintretenden Versicherungsfällen gilt. Maßgebend soll hierfür sein bei Leistungen aus der Kranken- und Unfallversicherung, ob der Versicherungsfall vor oder ab dem allgemeinen Wirksamkeitsbeginn des ASVG. (1. Jänner 1956) eintreten wird, bei Leistungen aus der Pensionsversicherung, ob der Stichtag nach § 223 Abs. 2, das ist der dem Eintritt des Versicherungsfalles, beziehungsweise bei Leistungen nach § 223 Abs. 1 Z. 1, 2 oder 4 der der späteren Antragstellung folgende Monatserste, wenn aber der Eintritt des Versicherungsfalles (die Antragstellung) auf einen Monatsersten fällt, der Tag des Eintrittes des Versicherungsfalles (der Antragstellung), vor dem 1. Jänner 1956 oder nach dem 31. Dezember 1955 liegt. Leistungen, bei denen der nach vorstehendem maßgebende Zeitpunkt vor dem 1. Jänner 1956 liegt, aus Versicherungsfällen, die bereits vor dem Wirksamkeitsbeginn des ASVG. eingetreten sind — und zwar gleichgültig, ob die Leistung in diesem Zeitpunkt bereits zuerkannt war oder nicht (sogenannte alte Leistungen) — werden, soweit im § 522 Abs. 3, 4 und 6 nicht ausdrücklich anderes bestimmt wird, noch nach dem alten Leistungsrecht, wie es vor dem Wirksamkeitsbeginn

des ASVG. gegolten hat, zu behandeln sein. Es werden also vor allem alle im Zeitpunkt des Wirksamkeitsbeginnes des ASVG. bereits laufenden Leistungen, insbesondere die laufenden Renten aus der Unfallversicherung und den Rentenversicherungen, im alten Ausmaß weiter zu leisten sein, soweit nicht eine später eintretende Änderung in den Voraussetzungen eine Neufeststellung des Leistungsanspruches bedingt. Die Bemessungsgrundlage für die Leistungen bleibt in solchen Fällen jedenfalls unverändert. Die Bemessungsregeln des neuen Rechtes sind auf diese Fälle nicht anzuwenden. Die Aufwertung dieser alten Renten wurde durch das Rentenbemessungsgesetz vom 6. Juli 1954, BGBl. Nr. 151, vorweggenommen.

Eine Ausnahme von der oben genannten Hauptregel enthält der § 522 Abs. 2 für Hinterbliebenenrenten aus der Pensionsversicherung. Bei solchen Hinterbliebenenrenten gilt der Tod des Versicherten als eigener Versicherungsfall. Der durch diesen Versicherungsfall herbeigeführte Stichtag (siehe oben) für die Hinterbliebenenrenten kann zwar bereits unter der Wirksamkeit des ASVG. eingetreten sein, doch war der Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit oder des Alters bereits vor dem Wirksamwerden des ASVG. eingetreten. Da das Ausmaß der Hinterbliebenenrente vom Ausmaß der Direktrente des verstorbenen Versicherten abhängt, muß in solchen Fällen auf die noch nach dem alten Recht bemessene Invaliditäts(Alters)rente des verstorbenen Versicherten bei der Bemessung der Hinterbliebenenrente zurückgegriffen werden. Es soll hiedurch vermieden werden, daß die Invaliditätsrente des verstorbenen Versicherten lediglich zum Zwecke der Bemessung der Hinterbliebenenrenten nach dem neuen Leistungsrecht neu berechnet werden muß.

Im Abs. 3 des § 522 werden die Bestimmungen des neuen Leistungsrechtes erschöpfend aufgezählt, die auch auf die sogenannten alten Leistungen im weiteren Verlauf ihrer Gewährung angewendet werden sollen. An erster Stelle werden hier die Ruhensbestimmungen des ASVG. mit Ausnahme der Ruhensbestimmungen der §§ 90 bis 96 genannt. Ebenso werden auch gewisse gemeinsame Bestimmungen über Leistungsansprüche im Abschnitt VI des Ersten Teiles, wie zum Beispiel über die Zahlung und Aufrechnung von Leistungen ohne Änderung auch auf die Leistungen alten Rechtes angewendet werden können. In der Krankenversicherung werden für die Sachleistungen auch in den im Zeitpunkt des Wirksamwerdens des ASVG. bereits anhängigen Versicherungs-

fallen die Leistungen nicht mehr nach dem alten Leistungsrecht, sondern bereits nach dem neuen Leistungsrecht des ASVG. weiterhin zu gewähren sein.

In der Unfall- und auch in der Pensionsversicherung sind unter anderem auch die Bestimmungen der Vorlage über die Hilflosenzuschüsse, die Weitergewährung der Kinderzuschüsse über das 18. Lebensjahr, die Abfertigung der Witwenrente bei Verheiratung der Witwe, und die Wiedergewährung der Witwenrente, in der Pensionsversicherung auch der geänderte Invaliditätsbegriff und die Vorschriften über die Ausgleichszulage auf die Altrenten anzuwenden.

Leitgedanke bei der Übergangsregelung des § 522 war, überall dort, wo das neue Leistungsrecht auch in alten Versicherungsfällen aus der Zeit vor dem Wirksamkeitsbeginn des ASVG angewendet werden kann, ohne daß die Bemessungsgrundlage der Leistung berührt werden muß, auf die weitere Anwendung des alten Leistungsrechtes zu verzichten. Eine Ausnahme hiervon sieht nur der Abs. 5 des § 522 hinsichtlich der Ruhensbestimmungen der §§ 90 bis 96 beziehungsweise der einschlägigen Bestimmungen des derzeit geltenden Rechtes vor.

Einige Bestimmungen des neuen Leistungsrechtes können auf die noch nach dem alten Leistungsrecht festgestellten Leistungen allerdings nur mit gewissen Modifikationen angewendet werden (§ 522 Abs. 4). Dies gilt insbesondere auch für die Anwendung der Bestimmungen über die Ausgleichszulage auf Altrenten. Hierzu wird im Abs. 4 Z. 4 bestimmt, daß die Ausgleichszulage erstmalig von Amts wegen festzustellen ist und daß bei Anwendung der Vorschriften des § 295 und des § 299 Abs. 3 an Stelle der dort zitierten Bestimmungen der Vorlage die für die Altrentner weitergeltenden Bestimmungen des bisherigen Rechtes treten.

Nach § 522 Abs. 3 Z. 1 sind die Ruhensbestimmungen des neuen Rechtes über das Ruhen von Leistungen aus der Pensionsversicherung wegen des Zusammentreffens mit anderen Leistungen aus der Pensionsversicherung, mit Leistungen aus der Unfallversicherung, mit Ruhe(Versorgungs)genüssen aus pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnissen, ferner mit Entgelt aus unselbständiger Erwerbstätigkeit auf die alten Leistungen nicht anzuwenden. Dementsprechend sind nach § 522 Abs. 5 die Bestimmungen, die bisher über das Zusammentreffen von Leistungen der Rentenversicherung mit anderen Bezügen gelten, weiter anzuwenden, wobei jedoch gewisse Erleichterungen einzelner dieser Bestimmungen vorgesehen sind. So

wird bei Zusammentreffen mit Entgelt die Freigrenze des neuen Rechtes übernommen und außerdem das Ruhen mit dem bisherigen Höchstbetrag von 239 S beziehungsweise 147 S begrenzt. Ferner wird ein Ruhen wegen Einkommens aus selbständiger Erwerbstätigkeit ebenfalls in Anpassung an das neue Recht überhaupt ausgeschlossen.

Bezüglich der Übergangsbestimmungen des § 522 Abs. 7 wird auf die Bemerkungen zum Zweiten Teil (§ 141) hingewiesen.

Die folgenden §§ 523 und 524 enthalten Ausnahmeregelungen für die Unfallversicherung bezüglich der Anwendung von Bestimmungen des neuen Rechtes auf Leistungen in Fällen, die aus der Zeit vor dem Wirksamwerden des ASVG. auf die Zeit nachher übergreifen. Sie sollen die Durchführung der Versicherung technisch erleichtern.

§ 525 enthält eine Übergangsbestimmung für Leistungen bei Berufskrankheiten. Da das ASVG. in der Anlage 1 eine vielfach geänderte und erweiterte Liste der Berufskrankheiten bringt und die erklärte Absicht bestand, die hier durch das ASVG. vorgenommenen Verbesserungen mit einer gewissen Rückwirkung auszustatten, wird im § 525 die Anwendung des neuen Leistungsrechtes über Berufskrankheiten auch auf alte Versicherungsfälle, sofern sie nach dem 31. Dezember 1952 eingetreten sind, zugelassen, und zwar auf Antrag des Versicherten, der im Zeitpunkt des Inkrafttretens des ASVG. noch an einer nach dem neuen Recht als Berufskrankheit anerkannten Krankheit leidet. Ein derartiger Antrag muß innerhalb von sechs Monaten nach Kundmachung des ASVG. gestellt werden.

Zu § 526:

Diese Bestimmung stellt eine Ergänzung der Vorschrift des § 238 Abs. 4 für die Übergangsjahre 1959 bis 1960 dar. In diesen Jahren soll nicht eine Erhöhung der Bemessungsgrundlage über 2400 S, sondern schon eine Erhöhung derselben über den Betrag von 2000 S im Jahre 1956, von 2100 S im Jahre 1957, von 2200 S im Jahre 1958 und von 2300 S im Jahre 1959 von dem Zutreffen der Voraussetzungen nach § 238 Abs. 4 abhängen. Diese Übergangsbestimmung mußte mit Rücksicht darauf getroffen werden, daß erst ab 1. August 1954 die Höchstgrenze der Beitragsgrundlage von 1800 S auf 2400 S erhöht wurde und die sofortige uneingeschränkte Auswirkung von Beitragsgrundlagen, die 1800 S übersteigen, in der Bemessungsgrundlage ein nicht gerechtfertigtes zu starkes Ansteigen der Renten gegenüber Renten,

134

die unter sonst gleichen Verhältnissen noch zu Ende des Jahres 1955 unter der Geltung der bisherigen Vorschriften anfallen, zur Folge gehabt hätte.

Zu § 527:

Die Bestimmungen dieses Paragraphen verfolgen den Zweck, den bisherigen Rechtszustand, wie er sich als Folge der Aufnahme in ein pensionsversicherungsfreies Dienstverhältnis vor dem 1. April 1952 nach den für diese Zeit in Geltung gelassenen Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 8. Juli 1948, BGBl. Nr. 177, für die beteiligten Dienstgeber und Dienstnehmer ergab, aufrecht zu erhalten.

Die dem Dienstgeber nach § 6 des oben bezogenen Gesetzes zustehende Rente wird daher im Abs. 1 Z. 1 mit dem Betrage, mit dem sie zum 31. Dezember 1955 gebührt hätte, fixiert und ruhefrei gestellt.

Für die dem Dienstnehmer allenfalls nach § 7 zuerkennende Rente wird nach Abs. 1 Z. 2 weiterhin wie bisher die Zeit des pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnisses als neutrale Zeit behandelt und für diese Dienstnehmerrente bestimmt, daß sie nicht niedriger sein darf, als die Rente, die sich bei Bemessung dieser Leistung zum 31. Dezember 1955 ergeben hätte. Auf diesen Leistungsanspruch des Dienstnehmers sind dann allenfalls die Ruhensbestimmungen des vorliegenden Bundesgesetzes anzuwenden.

Hiedurch erscheint vorgesorgt, daß weder der Dienstgeber in den Erwartungen, auf Grund deren er die Pragmatisierung vorgenommen hat, enttäuscht wird, noch der Dienstnehmer eine Beeinträchtigung der ihm durch das Bundesgesetz vom 8. Juli 1948, BGBl. Nr. 177, zugesicherten Anwartschaften erfährt.

Im Abs. 2 wird — in Ausfüllung einer Lücke des Anwendungsbereiches des Bundesgesetzes vom 8. Juli 1948, BGBl. Nr. 177 — dessen Anwendung auch für die Angestellten des Dorotheums verfügt, die während der Wirksamkeit dieses Gesetzes (10. April 1945 bis 31. März 1952) in ein pensionsversicherungsfreies Dienstverhältnis beim Dorotheum aufgenommen worden sind.

Zu § 528:

Die Übergangsbestimmung des § 528 hat Fälle im Auge, in denen die Aufnahme in ein pensionsversicherungsfreies Dienstverhältnis, aus dem die Anwartschaft auf Ruhe(Versorgungs)genüsse zugesichert ist, vor dem 1. Jänner 1956 unter der Bedingung erfolgte, daß der aus der Pensionsversicherung er-

wachsende Rentenanspruch auf den Ruhe(Versorgungs)genußanspruch angerechnet wird. Erfolgt nach dem 31. Dezember 1955 die Aufnahme in ein Dienstverhältnis, aus dem die Anwartschaft auf Ruhe(Versorgungs)genüsse zugesichert ist, unter der erwähnten Bedingung, so ist dieses Dienstverhältnis, da im Sinne des § 6 letzter Satz die Gleichwertigkeit der Ruhe(Versorgungs)genüsse mit den Leistungen nach der Vorlage für solche Fälle ausgeschlossen ist, auf keinen Fall pensionsversicherungsfrei und kommt daher auch von vornherein die Ruhensbestimmung des § 93 (Zusammentreffen eines Ruhe[Versorgungs]genußanspruches mit einem Rentenanspruch) nicht zur Anwendung.

Es stünde nun mit diesem von der Vorlage eingenommenen Standpunkt nicht im Einklang, wenn nach Wirksamwerden der Vorlage noch in Fällen, in denen die Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis vor dem Wirksamkeitsbeginn der Vorlage erfolgte, die Ruhensbestimmungen des § 6 Abs. 2 lit. b und 4 des Rentenbemessungsgesetzes, BGBl. Nr. 151/1954, die an sich nach § 522 Abs. 5 nach dem Inkrafttreten der Vorlage noch weiter anzuwenden wären, tatsächlich weiter angewendet würden, beziehungsweise wenn der Rentenanspruch schon unter Anwendung der Bestimmungen der Vorlage zuerkannt wurde, allenfalls § 93 angewendet würde; die Anwendung des § 93 konnte nämlich auf die Erwägung gestützt werden, daß der Ruhe(Versorgungs)genuß aus einem Dienstverhältnis stammt, das bei seinem Beginn und sodann bis 31. Dezember 1955 noch pensionsversicherungsfrei war. Um diese mit dem Geiste der Regelung der Vorlage nicht entsprechenden Folgen auszuschließen, wird im § 528 ausdrücklich für die Zeit nach dem Inkrafttreten der Vorlage, also ab 1. Jänner 1956, die Anwendung der angeführten Ruhensbestimmungen ausgeschlossen.

Schließlich sei noch bemerkt, daß diese Bestimmung praktische Bedeutung für die in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis stehenden Angestellten der Gemeinden in einzelnen Bundesländern sowie für die pragmatischen Angestellten der Kammern der gewerblichen Wirtschaft hat.

Zu § 529:

Mit Rücksicht auf die Aufhebung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 177/1948 im § 541 Abs. 2 Z. 2 mußte dessen § 9 in das vorliegende Gesetz übernommen und eine analoge Regelung auch für die Fälle getroffen werden, in denen das Ausscheiden aus dem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis nach dem 31. März 1952 erfolgte, und daher gemäß

§ 543 Abs. 2 lit. a schon ein Überweisungsbetrag zu leisten wäre.

Zu § 530:

Diese Übergangsbestimmungen entsprechen den Übergangsbestimmungen der §§ 29 und 30 des 1. SV-NG. Diese Bestimmungen waren, da die bezüglichen Erleichterungen auch nach Inkrafttreten der Vorlage Platz greifen sollen, in die Vorlage aufzunehmen.

Zu § 531:

Für das Ausmaß und die Fälligkeit von Beiträgen, die auf Grund des § 31 Abs. 1 des 1. SV-NG. oder nach § 114 Abs. 4 des SV-ÜG. 1953 nach dem Inkrafttreten der Vorlage auf Grund einer vorher zugelassenen Nachentrichtung geleistet werden oder nach § 502 Abs. 4 nach Inkrafttreten der Vorlage zur Nachentrichtung zugelassen werden, sollen die Bestimmungen des § 31 des 1. SV-NG. weitergelten. Auch diese Bestimmung war notwendig, um durch die Aufhebung des 1. SV-NG. im § 541 Abs. 1 Z. 12 keine Lücke entstehen zu lassen.

Zu § 532:

Hinsichtlich der Regelung der Beziehungen der Versicherungsträger zu den Ärzten und anderen Vertragspartnern sollen nach § 532 die laufenden Verträge auch nach dem Wirksamwerden des ASVG zunächst insoweit unverändert weitergelten, als nicht durch die Bestimmungen über die Entscheidung von Streitigkeiten aus solchen Verträgen nach § 532 Abs. 2 schon das neue Recht anzuwenden ist. Beim Abschluß neuer Verträge werden allerdings die Bestimmungen des neuen Rechtes, die im großen und ganzen den Bestimmungen des alten Rechtes entsprechen, ausnahmslos heranzuziehen sein. Hiedurch wird der Übergang vom alten zum neuen Recht gesichert.

Zu § 533:

Die Bestimmungen des § 533 regeln den Übergang vom alten zum neuen Verfahrensrecht. Als Grundsatz soll hiebei nach Abs. 1 gelten, daß die neuen Verfahrensbestimmungen des ASVG. nicht nur auf die ab diesem Zeitpunkt neu anhängig werdenden Verfahren, sondern auch auf die Verfahren anzuwenden sind, die bereits vor dem Wirksamkeitsbeginn anhängig gemacht, aber noch nicht rechtskräftig abgeschlossen worden sind. Solche Verfahren werden nach den neuen Verfahrensvorschriften von der nach diesen Bestimmungen zuständigen Stelle (Versicherungsträger oder Behörde) fortzusetzen und abzuschließen sein.

Die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Bundesgesetzes bei den Schiedsgerichten der Sozialversicherung anhängigen Verfahren müssen nach Abs. 1 nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes fortgesetzt werden. Für Fälle, in denen dieses Verfahren durch Berufung eingeleitet worden war, wird in Abs. 2 lit. a angeordnet, daß die Berufung vom Zeitpunkt ihrer Einbringung als Klage im Sinne des § 383 Abs. 2 gilt und daß mit dem gleichen Zeitpunkt die Wirkungen des § 384 (Außerkräfttreten des Bescheides, Verpflichtung zur vorläufigen Gewährung der dem Bescheid entsprechenden Leistung) eintreten.

Im Abs. 2 lit. b mußte für die Fälle, in denen das Verfahren mit Klage eingeleitet worden war, die Anwendbarkeit der Bestimmungen des § 383 Abs. 2 ausgeschlossen werden.

Da nach diesem Bundesgesetz im Verfahren vor den Schiedsgerichten der Eintritt des Ruhens des Verfahrens ausgeschlossen ist, müßten mangels einer anderen gesetzlichen Regelung alle Verfahren, in denen vor dem Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes Ruhen des Verfahrens eingetreten ist, von Amts wegen auch dann fortgesetzt werden, wenn keine der beiden Parteien an der Fortsetzung interessiert ist. Um die Schiedsgerichte nicht mit überflüssigen Arbeiten zu belasten, ordnet daher Abs. 2 lit. c an, daß solche Verfahren nur dann fortzusetzen sind, wenn eine der beiden Parteien innerhalb von drei Monaten nach dem Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes einen diesbezüglichen Antrag stellt.

Die Aufnahme der Bestimmung des Abs. 4 im § 533 über das Verbleiben im Amte der unmittelbar vor dem Inkrafttreten des ASVG. tätigen Beisitzer der Schiedsgerichte bis zum 31. Dezember 1956 war erforderlich, um den Landeshauptmännern ausreichende Zeit für die Neubestellung sämtlicher Beisitzer einzuräumen. Hinsichtlich der Vorsitzenden ist eine gleichartige Bestimmung nicht aufgenommen worden, weil die Neubestellung der Vorsitzenden keine allzu große Verwaltungsarbeit verursacht.

Zu § 534:

Der folgende § 534 stellt im Abs. 1 sicher, daß mit dem Wirksamkeitsbeginn der neuen Bestimmungen über die Verwaltungskörper, die ja nur unwesentlich von den derzeit geltenden Bestimmungen abweichen, die im Amt befindlichen Verwaltungskörper auch nach dem Wirksamwerden des ASVG im Amt verbleiben, bis ihre bis zum 31. Dezember 1958 währende Amtsdauer abgelaufen ist (vergleiche hierzu auch § 18 Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz 1953 in der Fassung des Art I Z. 1 des Bundesgesetzes vom 3. Dezember 1953,

136.

BGBI. Nr. 13/1954). Die Abs. 2 bis 4 tragen dem Umstand Rechnung, daß die Regelung hinsichtlich der Zusammensetzung der Verwaltungskörper, wie sie im Achten Teil der Vorlage vorgesehen ist, mehrfach von der derzeit geltenden Regelung nach dem Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz 1953 abweicht. Diese abweichende Regelung würde eine Neubestellung der in Betracht kommenden Verwaltungskörper erfordern. Eine solche Neubestellung soll jedoch aus Gründen der Verwaltungsökonomie und im Hinblick auf die Kürze des Zeitraumes, der zwischen der Kundmachung und dem Wirksamwerden des ASVG. liegt, vermieden werden. Es genügt bei den Verwaltungskörpern, die nach dem neuen Recht eine Erweiterung erfahren, eine entsprechende Ergänzung durch Neubestellung der zusätzlich erforderlichen Versicherungsvertreter. Soweit es sich aber um die gleichfalls die Zusammensetzung von Verwaltungskörpern berührende neue Bestimmung des § 527 Abs. 2 handelt, wonach nicht nur die Mitglieder des Vorstandes und des Überwachungsausschusses, sondern auch die Mitglieder der Landesstellenausschüsse und die Versicherungsvertreter in den Rentenausschüssen der Hauptversammlung anzugehören haben, wird das Inkrafttreten dieser Bestimmung auf den 1. Jänner 1959 hinausgeschoben, ab dem gemäß Abs. 1 des § 534 die Amtsdauer der alten Verwaltungskörper allgemein enden wird. In diesem Zusammenhang sei auch noch auf die Erläuternden Bemerkungen zu § 431 Abs. 1 letzter Satz, betreffend den Obmann bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, hingewiesen. Durch Abs. 4 schließlich wird sich — aus dem gleichen Grund wie oben angeführt — die Neubestellung von Mitgliedern der Hauptversammlung und des Vorstandes beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger erübrigen, soweit die in Betracht kommenden Versicherungsvertreter schon bisher dem Vorstand beziehungsweise dem Präsidialausschuß angehört; nur soweit eine Ergänzung notwendig sein wird, soll diese in Anwendung der Bestimmungen des Abs. 3 vorgenommen werden. Diese Übergangsregelung war möglich, weil der gegenwärtig beim Hauptverband bestehende Vorstand nach seinem Umfang und Aufgabenkreis der Hauptversammlung, der derzeit bestehende Präsidialausschuß aber nach seinem Umfang und Aufgabenkreis dem Vorstand entsprach.

Zu § 535:

Die Übergangsregelung des § 535 wurde in die Vorlage aufgenommen, weil die Neuregelung des Dienstrechtes durch den Hauptverband im Sinne des § 9 Abs. 3 lit. c in

Verbindung mit § 46 Abs. 1 Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz 1953 für eine Gruppe von Bediensteten noch ausständig ist. Für diese Bediensteten muß daher die weitere Anwendung der früheren tarif- und dienstordnungsmäßigen Bestimmungen im Sinne des § 46 Abs. 1 Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz 1953 sichergestellt werden. Sollte bis zum Wirksamwerden des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes die dienstrechtliche Neuregelung ausnahmslos für alle Sozialversicherungsbediensteten bereits durchgeführt sein, so würde die Übergangsbestimmung des § 535 Abs. 1 als gegenstandslos entfallen. Die Bestimmungen des Abs. 2 des § 535 geben den sogenannten Spätheimkehrern unter den Emigranten und Kriegsgefangenen noch die Möglichkeit, die Begünstigungen des Beamten-Überleitungsgesetzes, namentlich hinsichtlich der Rehabilitierung, und im Anschluß daran auch die Begünstigungen des Beamtenentschädigungsgesetzes in Anspruch nehmen zu können. Es handelt sich hier nur mehr um wenige vereinzelte Fälle.

Zu § 536:

Die Übergangsbestimmung des § 536, betreffend die Vermögensanlage, entspricht dem § 51 Abs. 5 Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz 1953.

Zum Abschnitt II (§§ 537 bis 544):**Schlußbestimmungen.**

Die Schlußbestimmungen des § 539 über die Einstellung von Leistungen und die Unwirksamklärung des Nachlasses von Verbindlichkeiten auf Grund des Verbotsgesetzes 1947 treten an die Stelle der gleichlautenden Bestimmungen des § 88 Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz 1953.

Die Neukodifikation des österreichischen Sozialversicherungsrechtes durch das ASVG. ermöglicht es, alle derzeit noch geltenden, durch § 1 Abs. 1 des Sozialversicherungs-Überleitungsgesetzes vom 12. Juni 1947, BGBI. Nr. 142, als vorläufiges österreichisches Recht rezipierten reichsrechtlichen Vorschriften mit den sich aus § 522 und aus sonstigen bezüglichen Bestimmungen der Vorlage ergebenden Ausnahmen aufzuheben. Diese Aufhebung wird durch § 541 Abs. 2 erster Satz verfügt. Es werden demnach mit dem Wirksamwerden des ASVG. insbesondere folgende reichsrechtliche Vorschriften außer Kraft treten:

1. die Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1911, DRGBl. I S. 509;
2. das Angestelltenversicherungsgesetz vom 28. Mai 1924, DRGBl. I S. 563;

3. das Reichsknappschaftsgesetz vom 1. Juli 1926, DRGBl. I S. 369;

4. die Verordnungen über die Einführung der reichsrechtlichen Sozialversicherung im Lande Österreich beziehungsweise die Verordnungen zur Durchführung und Ergänzung dieser Verordnungen, und zwar die

Verordnung vom 22. Dezember 1938, DRGBl. I S. 1912,

Verordnung vom 9. Februar 1939, DRGBl. I S. 196,

Zweite Verordnung vom 5. Februar 1940, DRGBl. I S. 270,

Dritte Verordnung vom 5. Februar 1940, DRGBl. I S. 279;

5. die Verordnungen über die Vereinfachung des Lohnabzuges, soweit sie das Gebiet der Sozialversicherung betreffen, und zwar die

a) Verordnung vom 1. Juli 1941, DRGBl. I S. 362,

b) Verordnung vom 24. April 1942, DRGBl. I S. 252.

Von der Aufhebung werden die früheren österreichischen gesetzlichen Vorschriften über die Krankenversicherung der Bundesangestellten, über die Meisterkrankenversicherung und über die Notarversicherung nicht erfaßt. Diese Vorschriften bleiben auch nach dem

Wirksamwerden des ASVG. mit den Änderungen und Ergänzungen, die sich aus dem Neunten Teil ergeben, weiterhin in Geltung.

Außer den als vorläufiges österreichisches Recht rezipierten ehemals reichsrechtlichen Vorschriften über die Sozialversicherung werden auch alle Gesetze des neuen österreichischen Rechtes, die seit April 1945 auf dem Gebiet der Sozialversicherung erschienen sind, mit der gleichen Einschränkung wie bei den reichsrechtlichen Vorschriften, durch § 541 Abs. 2 aufgehoben. Die bezüglichen Gesetze und einzelnen Gesetzesvorschriften sind im § 541 Abs. 2 letzter Satz erschöpfend angeführt.

Jene sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften des neuen österreichischen Rechtes, die durch die Bestimmungen des ASVG. unberührt bleiben sollen, sind im § 541 Abs. 5 angeführt. Diese Aufzählung ist allerdings nicht erschöpfend.

Die Schlußbestimmungen des § 542 über die Sonderbeiträge in der Arbeitslosenversicherung übernehmen bereits geltendes Recht (siehe § 12 Abs. 1 zweiter Satz des Rentenbemessungsgesetzes vom 6. Juli 1954, BGBl. Nr. 151) provisorisch bis zur entsprechenden Novellierung des Arbeitslosenversicherungsgesetzes.

Finanzielle Erläuterungen.

Die Vorlage hat eine Reihe von Änderungen durchgemacht, die zum Teil erst unmittelbar vor ihrer Einbringung festgelegt worden sind. Gerade die Entscheidungen über die wichtigsten Einzelfragen kamen erst in der letzten Zeit zustande. Solche Fragen betrafen vor allem auch verschiedene Maßnahmen auf dem Gebiete der Pensionsversicherung, denen zum Teil eine größere finanzielle Tragweite zukommt.

Bei dieser Sachlage war es infolge der Kürze der zur Verfügung gestandenen Zeit unmöglich, der Vorlage eine alle Details behandelnde finanzielle Erläuterung beizuschließen. Die Darstellung der finanziellen Auswirkungen der Vorlage mußte sich daher darauf beschränken, aus dem bereits im Laufe der Verhandlungen vorgearbeiteten Zahlenmaterial ein rohes Gesamtbild zusammenzusetzen, das möglichst weitgehend dem Stand des Textes der Vorlage im Zeitpunkt der Einbringung gerecht wird.

Aus dem gleichen Grunde verzichten die finanziellen Erläuterungen auf eine Darstellung der Gebarung jener Versicherungszweige, deren Träger in der Aufbringung der Mittel teilweise oder zur Gänze autonom sind, für welche also die Höhe der Versicherungsbeiträge im Gesetz nicht unmittelbar vorgeschrieben, sondern der Festsetzung durch die Satzung überlassen ist. Es handelt sich dabei um die Krankenversicherung und um die Unfallversicherung bei der Land- und Forstwirtschaftlichen Sozialversicherungsanstalt. Auch die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen deckt den Aufwand der von ihr durchgeführten Unfallversicherung im Wege der reinen Umlage auf die Eisenbahnunternehmungen, ohne daß es der Festsetzung einer bestimmten Beitragshöhe im Gesetz bedürfte.

Die folgenden Darstellungen befassen sich daher mit der Schilderung der voraussichtlichen Gebarung der fünf Pensionsversicherungsträger einerseits und der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt andererseits.

Das bereits erwähnte versicherungstechnische Grundlagenmaterial ist soweit bearbeitet worden, daß daraus die Entwicklung des Rentenaufwandes für die Jahre 1956 bis 1970 abgeleitet werden kann. Die Fassung des § 80 der Vorlage, durch welche der Bundesbeitrag zur Pensionsversicherung festgelegt

ist, läßt jedoch offensichtlich erkennen, daß die hiedurch getroffene Regelung der Aufbringung der Mittel, soweit es sich um Leistungen des Bundes handelt, den Charakter eines fünfjährigen Provisoriums trägt. Die Formel zur Bemessung des Bundesbeitrages sieht für die Jahre 1958 bis 1960 eine Konstruktion vor, durch welche eine — wenn auch nur bescheidene — Reservenbildung der Pensionsversicherungsträger erreicht werden sollte; sie eröffnet hingegen für die spätere Zeit keinerlei Möglichkeit einer Reservenbildung. Die bis zum Ablauf der ersten fünf Jahre gewonnenen Erfahrungen sollen die Grundlage für spätere Verhandlungen über die Beteiligung des Bundes an der Tragung der Kosten der Pensionsversicherung bilden.

Der geschilderte Umstand läßt es im gegenwärtigen Zeitpunkt nicht notwendig erscheinen, die Gebarung der Pensionsversicherungsträger über das Jahr 1960 hinaus zu verfolgen.

In technischer Hinsicht wird zu den Grundlagen, auf denen die künftige Entwicklung des Rentenaufwandes aufgebaut ist, bemerkt, daß, soweit dies aus dem gegebenen Beobachtungsmaterial der letzten Jahre überhaupt möglich war, versucht wurde, in den einzelnen Versicherungszweigen Häufigkeitsmaßzahlen für den Zu- und Abgang von Leistungsempfängern abzuleiten, die dann den in der Vorlage enthaltenen Änderungen des Leistungsrechtes angepaßt wurden. Hierbei wurde auch der Verbesserung der Lebenserwartung Rechnung getragen. Bei der Berechnung der Zahl der künftigen Rentenfälle wurde selbstverständlich darauf Bedacht genommen, daß die Beschäftigten derzeit eine abnormale und in den einzelnen Gruppen verschiedene Altersschichtung aufweisen.

Die durchschnittliche Höhe der künftig anfallenden Renten wurde für jedes Anfallsjahr gesondert errechnet, wobei die Bestimmungsgrößen (Versicherungszeit und Bemessungsgrundlage) aus einem stichprobenweise gewonnenen Erhebungsmaterial der Anstalten stammen.

Die voraussichtliche Höhe der künftigen Beitragseinnahmen stützt sich außer auf die in der Vorlage festgelegten Beitragssätze und die nach den neuen Bestimmungen — insbesondere unter Berücksichtigung der Obergrenze von 3.600 S — für die einzelnen Beschäftigtenkategorien ermittelte durchschnitt-

liche Beitragsgrundlage im allgemeinen auf den gegenwärtig gegebenen Umfang des Beschäftigtenstandes.

In den folgenden Tabellen werden zunächst die für die finanzielle Entwicklung maß-

gebenden Hauptgrößen: die Zahl der Rentempfänger, die Höhe der Durchschnittsrenten, die Zahl der Versicherten und die Höhe der durchschnittlichen Beitragsgrundlage für die drei größten Versichertenkreise wiedergegeben.

Rechnungsgrundlagen für die Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter:

	1956	1957	1958	1959	1960
Technische Zahl der Rentempfänger:					
Direktrenten	249.900	255.500	260.900	266.400	271.900
Witwenrenten	131.400	138.600	145.500	152.200	158.700
Waisenrenten	70.000	70.000	70.000	70.000	70.000
Durchschnittliche monatliche Rente ohne Wohnungsbeihilfe *):					
Direktrente	535 S	545 S	555 S	566 S	576 S
Witwenrente	273 S	279 S	286 S	292 S	299 S
Waisenrente	100 S	101 S	102 S	104 S	106 S
Zahl der Pflichtversicherten	1.100.000 gleichbleibend				
Durchschnittliche monatliche allgemeine Beitragsgrundlage	1.230 S gleichbleibend				

*) Die bezüglichen Durchschnittsrenten für 1955 betragen:

Direktrente	517 S
Witwenrente	234 S
Waisenrente	99 S

Rechnungsgrundlagen für die Land- und Forstwirtschaftliche Sozialversicherungsanstalt in der Pensionsversicherung der Arbeiter:

	1956	1957	1958	1959	1960
Technische Zahl der Rentempfänger:					
Direktrenten	56.600	57.700	58.700	59.700	60.600
Witwenrenten	14.000	14.900	15.900	16.700	17.600
Waisenrenten	16.000	16.000	16.000	16.000	16.000
Durchschnittliche monatliche Rente ohne Wohnungsbeihilfe *):					
Direktrente	493 S	485 S	478 S	472 S	468 S
Witwenrente	258 S	258 S	257 S	256 S	255 S
Waisenrente	90 S	90 S	90 S	90 S	90 S
Zahl der Pflichtversicherten	172.000	170.000	170.000	170.000	170.000
Durchschnittlich monatliche allgemeine Beitragsgrundlage	810 S gleichbleibend				

*) Die bezüglichen Durchschnittsrenten für 1955 betragen:

Direktrente	473 S
Witwenrente	234 S
Waisenrente	89 S

140

Rechnungsgrundlagen für die Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten:

	1956	1957	1958	1959	1960
Technische Zahl der Rentenempfänger:					
Direktrenten	73.800	77.400	81.100	84.900	88.900
Witwenrenten	54.900	57.000	59.100	61.100	63.100
Waisenrenten	22.000	22.300	22.600	22.900	23.200
Durchschnittliche monatliche Rente ohne Wohnungsbeihilfe *):					
Direktrente	746 S	754 S	763 S	774 S	786 S
Witwenrente	359 S	363 S	367 S	371 S	376 S
Waisenrente	118 S	119 S	120 S	122 S	124 S
Zahl der Pflichtversicherten	425.000	435.000	435.000	435.000	435.000
Durchschnittliche monatliche allgemeine Beitragsgrundlage		1.650 S gleichbleibend			

*) Die bezüglichen Durchschnittsrenten für 1955 betragen:

Direktrente	705 S
Witwenrente	317 S
Waisenrente	117 S

Die folgenden Aufstellungen zeigen die voraussichtliche Entwicklung der Ausgaben und Einnahmen der fünf Pensionsversicherungsträger in den Jahren 1956 bis 1960 auf.

Voraussichtliche Ausgaben und Einnahmen der Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter:
Millionen Schilling

	1956	1957	1958	1959	1960
Ausgaben:					
Rentenaufwand ohne Wohnungsbeihilfen...	2.445·3	2.560·4	2.676·0	2.795·6	2.916·2
Wohnungsbeihilfen	106·9	110·6	114·1	117·5	120·8
Rentenaufwand im weiteren Sinne *)	2.552·2	2.671·0	2.790·1	2.913·1	3.037·0
Krankenversicherung der Rentner.....	156·1	163·1	170·2	177·5	184·9
übriger Aufwand	170·0	178·0	185·5	193·0	200·0
Summe der Ausgaben ...	2.878·3	3.012·1	3.145·8	3.283·6	3.421·9
Einnahmen:					
Versicherungsbeiträge	2.127·0	2.127·0	2.127·0	2.127·0	2.127·0
Wohnungsbeihilfen	106·9	110·6	114·1	117·5	120·8
übrige Einnahmen	18·0	15·2	12·2	12·1	11·9
Summe der Einnahmen ohne Bundesbeitrag..	2.251·9	2.252·8	2.253·3	2.256·6	2.259·7
Bundesbeitrag.....	555·5	685·3	889·2	1.021·4	1.155·0
Summe der Einnahmen ...	2.807·4	2.938·1	3.142·5	3.278·0	3.414·7
Gebarungserfolg (+, -)	- 70·9	- 74·0	- 3·3	- 5·6	- 7·2

*) Basis für die Ermittlung des Bundesbeitrages.

141

Voraussichtliche Ausgaben und Einnahmen der Land- und Forstwirtschaftlichen Sozialversicherungsanstalt in der Pensionsversicherung der Arbeiter:

Millionen Schilling

	1956	1957	1958	1959	1960
Ausgaben:					
Rentenaufwand ohne Wohnungsbeihilfen...	431.4	435.7	440.3	444.9	449.5
Wohnungsbeihilfen	20.8	21.3	21.9	22.4	22.9
Rentenaufwand im weiteren Sinne *)	452.2	457.0	462.2	467.3	472.4
Krankenversicherung der Rentner	22.2	22.4	22.6	22.8	23.0
übriger Aufwand	30.0	31.4	32.7	34.0	35.3
Summe der Ausgaben ...	504.4	510.8	517.5	524.1	530.7
Einnahmen:					
Versicherungsbeiträge	227.5	225.0	225.0	225.0	225.0
Wohnungsbeihilfen	20.8	21.3	21.9	22.4	22.9
übrige Einnahmen	1.2	1.0	1.0	1.0	1.0
Summe der Einnahmen ohne Bundesbeitrag.	249.5	247.3	247.9	248.4	248.9
Bundesbeitrag	247.9	255.4	267.9	273.1	278.4
Summe der Einnahmen ...	497.4	502.7	515.8	521.5	527.3
Gebbarungserfolg (+, -)	- 7.0	- 8.1	- 1.7	- 2.6	- 3.4

*) Basis für die Ermittlung des Bundesbeitrages.

Voraussichtliche Ausgaben und Einnahmen der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen in der Pensionsversicherung der Arbeiter:

Millionen Schilling

	1956	1957	1958	1959	1960
Ausgaben:					
Rentenaufwand ohne Wohnungsbeihilfen...	53.0	56.9	61.1	65.2	69.5
Wohnungsbeihilfen	2.3	2.3	2.4	2.4	2.5
Rentenaufwand im weiteren Sinne *)	55.3	59.2	63.5	67.6	72.0
Krankenversicherung der Rentner	5.5	5.6	5.7	5.8	5.9
übriger Aufwand	3.0	3.1	3.2	3.3	3.4
Summe der Ausgaben ...	63.8	67.9	72.4	76.7	81.3
Einnahmen:					
Versicherungsbeiträge	44.0	44.0	44.0	44.0	44.0
Wohnungsbeihilfen	2.3	2.3	2.4	2.4	2.5
übrige Einnahmen	3.0	3.0	2.9	2.7	2.5
Summe der Einnahmen ohne Bundesbeitrag.	49.3	49.3	49.3	49.1	49.0
Bundesbeitrag	11.5	15.8	18.6	23.7	28.8
Summe der Einnahmen ...	60.8	65.1	67.9	72.8	77.8
Gebbarungserfolg (+, -)	- 3.0	- 2.8	- 4.5	- 3.9	- 3.5

*) Basis für die Ermittlung des Bundesbeitrages.

142

Voraussichtliche Ausgaben und Einnahmen der Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten:

Millionen Schilling

	1956	1957	1958	1959	1960
Ausgaben:					
Rentenaufwand ohne Wohnungsbeihilfen ..	930.2	984.0	1.042.3	1.104.7	1.172.2
Wohnungsbeihilfen	30.8	32.2	33.8	35.2	36.7
Rentenaufwand im weiteren Sinne *)	961.0	1.016.2	1.076.1	1.139.9	1.208.9
Krankenversicherung der Rentner	60.0	63.0	66.5	70.0	73.9
übriger Aufwand	85.0	91.5	97.5	103.0	108.0
Summe der Ausgaben ...	1.106.0	1.170.7	1.240.1	1.312.9	1.390.8
Einnahmen:					
Versicherungsbeiträge	1.055.0	1.080.0	1.080.0	1.080.0	1.080.0
Wohnungsbeihilfen	30.8	32.2	33.8	35.2	36.7
übrige Einnahmen	36.0	36.6	35.7	32.5	29.4
Summe der Einnahmen ohne Bundesbeitrag ..	1.121.8	1.148.8	1.149.5	1.147.7	1.146.1
Bundesbeitrag	—	—	9.5	87.2	170.2
Summe der Einnahmen ...	1.121.8	1.148.8	1.159.0	1.234.9	1.316.3
Gebarungserfolg (+, —)	+ 15.8	— 21.9	— 81.1	— 78.0	— 74.5

*) Basis für die Ermittlung des Bundesbeitrages.

Voraussichtliche Ausgaben und Einnahmen der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues in der knappschaftlichen Pensionsversicherung:

Millionen Schilling

	1956	1957	1958	1959	1960
Ausgaben:					
Rentenaufwand ohne Wohnungsbeihilfen...	109.2	115.4	121.2	126.5	131.1
Wohnungsbeihilfen	5.8	5.8	5.9	5.9	6.0
Rentenaufwand im weiteren Sinne *)	115.0	121.2	127.1	132.4	137.1
Krankenversicherung der Rentner	14.0	14.1	14.2	14.3	14.4
übriger Aufwand	14.8	15.2	15.6	16.0	16.3
Summe der Ausgaben ...	143.8	150.5	156.9	162.7	167.8
Einnahmen:					
Versicherungsbeiträge	147.2	147.2	147.2	147.2	147.2
Wohnungsbeihilfen	5.8	5.8	5.9	5.9	6.0
übrige Einnahmen	12.0	12.8	13.4	13.8	14.0
Summe der Einnahmen ohne Bundesbeitrag ..	165.0	165.8	166.5	166.9	167.2
Bundesbeitrag	—	—	—	—	—
Summe der Einnahmen ...	165.0	165.8	166.5	166.9	167.2
Gebarungserfolg (+, —)	+ 21.2	+ 15.3	+ 9.6	+ 4.2	— 0.6

*) Basis für die Ermittlung des Bundesbeitrages.

Die im vorstehenden aufgezeigten voraussichtlichen Gebarungsergebnisse der Träger der Pensionsversicherung geben zu folgenden summarischen Betrachtungen Anlaß.

Die Ausgabenseite des Budgets der einzelnen Träger ist einerseits durch die Bestimmungen des Leistungsrechts, andererseits durch die versicherungstechnisch bedingte Entwicklung der Rentnerstände bestimmt. Für

die Bedeckung der Ausgaben stehen, abgesehen vom Bundesbeitrag, im wesentlichen die Versicherungsbeiträge zur Verfügung, deren Ausmaß durch die bezüglichen Bestimmungen des Entwurfes über die Beitragssätze festgelegt ist. Sowohl der Rentenaufwand als auch — in noch weit stärkerem Maße — die Einnahmen an Versicherungsbeiträgen hängen von der künftigen Entwicklung der Wirt-

schaftslage ab. Bei Erstellung der Voraussage für die nächsten fünf Jahre wurde diesbezüglich von der Annahme ausgegangen, daß sich der Beschäftigtenstand und das Lohnniveau weiterhin auf ungefähr der gegenwärtigen Höhe halten werden. Lediglich in der Pensionsversicherung der Angestellten ist noch mit einem schwachen Ansteigen der Versichertenzahl, in der Pensionsversicherung der landwirtschaftlichen Arbeiter mit einem weiteren geringen Rückgang der Zahl der Beschäftigten gerechnet worden.

Die zweite wesentliche Komponente der Einnahmen der Pensionsversicherungsträger bildet der nach der Bestimmung des § 80 der Vorlage errechnete Bundesbeitrag. Von seiner Höhe hängt, wenn einerseits die Ausgaben feststehen und andererseits auch an der im Gesetz festgelegten Belastung der Versicherten und der Arbeitgeber festgehalten werden soll, der Gebarungserfolg der Träger in den einzelnen Geschäftsjahren ab.

Die Gebarungsentwicklung der Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter zeigt deutlich die Wirkung der für die Bemessung des Bundesbeitrages festgesetzten Formel auf. Die Jahre 1956 und 1957, für welche die Formel überhaupt keinerlei Reservebildung anstrebt, schließen mit einem Gebarungsabgang von je rund 70 Millionen Schilling. In den darauffolgenden drei Geschäftsjahren wird durch die Beitragsformel wenigstens erreicht, daß die Gebarungsabgänge nur eine unbedeutende Höhe aufweisen. Zur Bildung von Reserven kommt es jedoch nicht.

Ein analoges Bild zeigt die Gebarungsentwicklung in der Pensionsversicherung der landwirtschaftlichen Arbeiter, bei der die auftretenden Gebarungsabgänge allerdings geringer sind als bei der Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter. Beide Anstalten sind nicht in der Lage, aus ihren flüssigen Mitteln die Gebarungsabgänge in der rechnermäßigen aufgezeigten Höhe zu decken.

Die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen, Abteilung Pensionsversicherung, dürfte die Möglichkeit haben, die in den nächsten fünf Jahren zu gewärtigenden Gebarungsabgänge aus den flüssigen Mitteln der Anstalt zu decken.

Bei der Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten kommt es nach dem aufgestellten Gebarungsplan in den Jahren 1957 bis 1960 zu Gebarungsabgängen, durch welche nahezu ein Viertel des gegenwärtigen Reinvermögens aufgezehrt wird; die Liquidität der Anstalt wird dadurch nicht gefährdet.

Die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues ist die einzige Anstalt, die in ihrer Abteilung Pensionsversicherung bis zum

Jahre 1960 noch aktiv gebaren wird, sogar ohne in diesem Zeitraum einen Bundesbeitrag in Anspruch zu nehmen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß die in der Vorlage getroffene Regelung des Bundesbeitrages auch für den Zeitraum der ersten fünf Jahre der Wirksamkeit des Gesetzes keine befriedigende Lösung in bezug auf die von den Pensionsversicherungsträgern angestrebte Anbahnung einer Reservenbildung darstellt.

Durch die Gewährung von Ausgleichszulagen an bedürftige Empfänger von Renten, deren Höhe den vorgesehenen Richtsatz nicht erreicht, entsteht ein weiterer Aufwand, der jedoch in den oben angeführten Ausgaben der Pensionsversicherungsträger nicht enthalten ist, weil er vorläufig in den Jahren 1956 bis 1960 zu einem Viertel vom Bund und zu drei Viertel von den Fürsorgeträgern zu tragen ist. Die Schätzung dieses Aufwandes hat für das Jahr 1956 zu folgendem Ergebnis geführt, wobei angenommen wurde, daß eine Lehrlingsentschädigung auf den Richtsatz angerechnet wird, eine Kinderbeihilfe jedoch nicht.

Schätzung des voraussichtlichen Aufwandes an Ausgleichszulagen im Jahre 1956:

Millionen Schilling

	Ausgleichszulagen zu			Zusammen
	Direktrenten	Witwenrenten	Waisenrenten	
Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter	30.0	59.6	72.8	162.4
Land- und Forstwirtschaftliche Sozialversicherungsanstalt	9.4	8.6	18.3	36.3
Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten	3.2	13.3	20.5	37.0
Versicherungsanstalt der österr. Eisenbahnen.....	1.9	4.0	5.4	11.3
Versicherungsanstalt des österr. Bergbaues				
Insgesamt: ...	44.5	85.5	117.0	247.0
Davon belastet den Bund				61.8
die Fürsorgeträger				185.2

Für die ersten Jahre der Wirksamkeit der Vorlage muß mit einem geringfügigen Anstieg des Gesamtaufwandes gerechnet werden, weil in diesen Jahren noch die an Altrentner zu gewährenden Ausgleichszulagen das Übergewicht haben. Es wird daher der voraussichtliche Aufwand an Ausgleichszulagen

144

im Jahre 1957 mit zirka 250 Mill. S,
im Jahre 1958 mit zirka 253 Mill. S,
im Jahre 1959 mit zirka 255 Mill. S und
im Jahre 1960 mit zirka 257 Mill. S ange-
nommen.

Für spätere Jahre erscheint die
Annahme gerechtfertigt, daß der Auf-

wand an Ausgleichszulagen geringer werden
wird.

Die folgende Übersicht gibt eine Zusammen-
stellung der Belastung des Bundes durch die
Bundesbeiträge auf Grund des § 80 und durch
die Beteiligung an den Kosten der Ausgleichs-
zulagen auf Grund des § 299.

Belastung des Bundes durch Bundesbeitrag und Ausgleichszulagen:

Millionen Schilling

	1956	1957	1958	1959	1960
Bundesbeitrag für die					
Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter ..	555.5	685.3	889.2	1.021.4	1.155.0
Land- und Forstwirtschaftliche Sozialver- sicherungsanstalt	247.9	255.4	267.9	273.1	278.4
Versicherungsanstalt der österr. Eisenbahnen	11.5	15.8	18.6	23.7	28.8
Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten	—	—	9.5	87.2	170.2
Versicherungsanstalt des österr. Bergbaues	—	—	—	—	—
Bundesbeitrag zusammen	814.9	956.5	1.185.2	1.405.4	1.632.4
Ausgleichszulagen (25 v. H.)	61.8	62.5	63.3	63.8	64.3
Insgesamt ...	876.7	1.019.0	1.248.5	1.469.2	1.696.7

Abschließend sei nunmehr die bereits er-
wähnte Darstellung der voraussichtlichen Ge-
barung der Allgemeinen Unfallversicherungs-
anstalt für die Jahre 1956 bis 1960 wieder-

gegeben. Die aufscheinenden Gebarungsbü-
cher dienen der Ansammlung der not-
wendigen Liquiditätsreserve.

Voraussichtliche Ausgaben und Einnahmen der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt:

Millionen Schilling

	1956	1957	1958	1959	1960
Ausgaben:					
Barleistungen	192.0	198.5	204.6	210.2	215.5
Wohnungsbeihilfen	2.2	2.2	2.3	2.3	2.4
Sachleistungen	68.0	68.7	69.4	70.1	70.8
übriger Aufwand	37.0	37.4	37.7	38.1	38.5
Summe der Ausgaben ...	299.2	306.8	314.0	320.7	327.2
Einnahmen:					
Versicherungsbeiträge	335.9	337.0	337.0	337.0	337.0
Wohnungsbeihilfen	2.2	2.2	2.3	2.3	2.4
übrige Einnahmen	6.5	8.3	9.9	11.3	12.5
Summe der Einnahmen ...	344.6	347.5	349.2	350.6	351.9
Gebarungserfolg (+, —)	+ 45.4	+ 40.7	+ 35.2	+ 29.9	+ 24.7